

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

Harolt Placento

**POVEZANOST ZDRAVSTVENE PISMENOSTI I KVALITETE ŽIVOTA
BOLESNIKA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2022.

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

Harolt Placento

**POVEZANOST ZDRAVSTVENE PISMENOSTI I KVALITETE ŽIVOTA
BOLESNIKA S MENTALNIM POREMEĆAJIMA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2022.

Doktorska je disertacija ostvarena u Općoj županijskoj bolnici Našice, Kliničkom bolničkom centru Osijek, Općoj županijskoj bolnici Požega i Općoj bolnici „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod.

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

Komentorica doktorske disertacije: prof. prim. dr. sc. Lada Zibar.

Doktorska disertacija ima: 113 listova, 22 tablice, 1 sliku.

ZAHVALA

Zahvaljujem izv. prof. dr. sc. Robertu Lovriću, mentoru, na nesebičnoj potpori, stručnim i znanstvenim savjetima, usmjeravanju i strpljenju tijekom provođenja istraživanja i izrade doktorske disertacije.

Zahvaljujem prof. prim. dr. sc. Ladi Zibar, komentorici, na stručnim i znanstvenim savjetima i podršci.

Hvala kolegicama i kolegama, stručnim suradnicima na izuzetnoj suradljivosti i pomoći: Zdenki Rade, Katarini Marić, Kristini Kordić, Marinu Mamiću i Domagoju Vuliću.

Zahvaljujem kolegici Zvezdani Gvozdanović na razumijevanju, pomoći i podršci te Dariji Salopek-Žiha na iskrenim konstruktivnim komentarima i savjetima.

Najviše zahvaljujem svojoj supruzi i djeci na strpljenju, razumijevanju i potpori.

Hvala svima koji su mi na bilo koji način pomogli tijekom studiranja i izrade doktorske disertacije.

SADRŽAJ

Popis kratica.....	III
Popis tablica.....	V
Popis slika.....	VII
1. UVOD	1
1.1. Zdravstvena pismenost.....	1
1.1.1. Definicija i značenje pojma zdravstvene pismenosti.....	2
1.1.2. Zdravstvena pismenost – povijesni pregled.....	4
1.1.3. Odnos opće i zdravstvene pismenosti.....	5
1.1.4. Zdravstvena pismenost i komunikacija.....	7
1.1.5. Procjena zdravstvene pismenosti.....	9
1.1.6. Instrumenti za mjerenje zdravstvene pismenosti.....	9
1.2. Kvaliteta života.....	11
1.2.1. Definicija i značenje pojma kvalitete života.....	11
1.2.2. Kvaliteta života – teorijski okvir.....	12
1.2.3. Odrednice kvalitete života.....	14
1.2.4. Kvaliteta života osoba s kroničnim bolestima.....	15
1.2.5. Instrumenti za mjerenje kvalitete života.....	16
1.3. Bolesnici s mentalnim poremećajima.....	17
1.3.1. Definicija i pojavnost mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj.....	17
1.3.2. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.....	19
1.3.3. Zdravstvena pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima.....	19
1.3.4. Kvaliteta života bolesnika s mentalnim poremećajima.....	20
1.3.5. Zdravstvena njega bolesnika s mentalnim poremećajima – povijesni i teorijski okvir.....	21
1.3.6. Komunikacija s bolesnikom s mentalnim poremećajima.....	23
2. HIPOTEZA	26
3. CILJ ISTRAŽIVANJA	27
4. ISPITANICI I METODE	28
4.1. Ustroj studije.....	28

4.2. Ispitanici	29
4.3. Metode	30
4.3.1. Psihometrijska analiza SAHLCA-50 testa.....	30
4.3.2. Instrumenti	31
4.4. Statističke metode.....	35
4.5. Etička načela.....	36
5. REZULTATI	37
5.1. Obilježja ispitanika.....	37
5.2. Zdravstvena pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima.....	39
5.2.1. Razlike u zdravstvenoj pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja ispitanika	40
5.3. Samoprocjena kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima	44
5.3.1. Razlike u samoprocijenjenoj kvaliteti života bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja ispitanika	45
5.4. Doprinos općih obilježja ispitanika i zdravstvene pismenosti u predviđanju lošije kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima	55
6. RASPRAVA	58
6.1. Zdravstvena pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima.....	59
6.1.1. Razlike u zdravstvenoj pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja	61
6.1.2. Samoprocjena kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima	66
6.1.3. Doprinos zdravstvene pismenosti i općih obilježja u predviđanju lošije ocjene kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima	72
7. ZAKLJUČAK.....	79
8. SAŽETAK.....	81
9. SUMMARY.....	83
10. LITERATURA.....	85
11. ŽIVOTOPIS	109
12. PRILOZI.....	113

Popis kratica

AAHLS	Skala svih aspekata zdravstvene pismenosti (prema engl. <i>All Aspects of Health Literacy Scale</i>)
AIMS	Skala za mjerenje utjecaja oboljenja od artritisa na kvalitetu života (prema engl. <i>Arthritis Impact Measurement Scale</i>)
BDI	Beckov inventar depresivnosti (prema engl. <i>Beck Depression Inventory</i>)
DAHL	Demografska procjena zdravstvene pismenosti (prema engl. <i>Demographic Assessment of Health Literacy</i>)
EORTC QLQ-C30	Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od karcinoma Skala europske organizacije za liječenje oboljelih od karcinoma (prema engl. <i>European Organization for Research on Treatment of Cancer Questionnaire Core 30</i>)
EU	Europska unija
HLQ	Upitnik zdravstvene pismenosti (prema engl. <i>Health Literacy Questionnaire</i>)
HLS-EU	Europski upitnik zdravstvene pismenosti (prema engl. <i>The European Health Literacy Survey</i>)
HLS-EU-Q	Europski upitnik zdravstvene pismenosti (prema engl. <i>The European Health Literacy Survey Questionnaire</i>)
HLS-EU-Q16	Kratki europski upitnik zdravstvene pismenosti (prema engl. <i>Short form of the European Health Literacy Survey Questionnaire</i>)
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
ICN	Međunarodni savjet medicinskih sestara (prema engl. <i>International Council of Nurses</i>)
KBC	klinički bolnički centar
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija
NVS	Najnoviji vitalni znak (prema engl. <i>Newest Vital Sign</i>)
NVS-HR	Hrvatska inačica najnovijeg vitalnog znaka (prema engl. <i>Croatian version of the Newest Vital Sign</i>)

NVS-UK	Najnoviji vitalni znak verzija Ujedinjenog Kraljevstva (prema engl. <i>Newest Vital Sign UK Version</i>)
OB	opća bolnica
OŽB	opća županijska bolnica
PTSP	poslijetraumatski stresni poremećaj
REALM	Brza procjena pismenosti odraslih u medicini (prema engl. <i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>)
RH	Republika Hrvatska
SAHLCA-50	Kratka procjena zdravstvene pismenosti za odrasle koji govore hrvatski jezik (prema engl. <i>Short Assessment of Health Literacy for Croatian Adults</i>)
SAHLPA-23	Kratka procjena zdravstvene pismenosti za odrasle koji govore portugalski jezik (prema engl. <i>Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults</i>)
SAHLSA-50	Kratka procjena zdravstvene pismenosti za odrasle koji govore španjolski jezik (prema engl. <i>Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults</i>)
SF-36	Upitnik za samoprocjenu zdravlja SF-36 (prema engl. <i>Short form health survey-36</i>)
SF-12	Kratki upitnik za samoprocjenu zdravlja – 12 pitanja (prema engl. 12-item Short Form Health Survey)
SHC	Upitnik tjelesnih simptoma (prema engl. <i>Subjective Health Complaints</i>)
SIP	Profil učinka bolesti (prema engl. <i>Sickness Impact Profile</i>)
S-TOFHLA	Skraćeni test funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslih (prema engl. <i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i>)
SWLS	Skala zadovoljstva životom (prema engl. <i>Satisfaction with Life Scale</i>)
TOFHLA	Test funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslih (prema engl. <i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>)
WHOQOL	Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (prema engl. <i>The World Health Organization Quality of Life Instrument</i>)

Popis tablica

Tablica 1.1. Relativni udio obrazovne strukture stanovništva RH u dobi od ≥ 15 godina	5
Tablica 1.2. Relativni udio obrazovne strukture stanovništva RH s obzirom na spol	5
Tablica 4.1. Pouzdanost hrvatske inačice SAHLCA-50 testa i osnovne karakteristike distribucije primijenjenih testova (N = 590).....	31
Tablica 4.2. Konkurentna i konvergentna valjanost SAHLCA-50 testa (korelacije testova)	31
Tablica 5.1. Osnovna obilježja ispitanika	37
Tablica 5.2. Raspodjela ispitanika s obzirom na postavljene medicinske dijagnoze	38
Tablica 5.3. Raspodjela ispitanika s obzirom na pridružene bolesti.....	39
Tablica 5.4. Raspodjela ispitanika s obzirom na broj ostvarenih bodova u SAHLCA-50 testu (kriterij zdravstvene pismenosti/nepismenosti)	40
Tablica 5.5. Razlike u postignutim bodovima u SAHLCA-50 testu s obzirom na opća obilježja ispitanika	41
Tablica 5.6. Razlike u postignutim bodovima ispitanika u SAHLCA-50 testu s obzirom na najučestalije medicinske dijagnoze ispitanika	42
Tablica 5.7. Zdravstvena pismenost ispitanika s obzirom na opća obilježja	43
Tablica 5.8. Zdravstvena pismenost ispitanika s obzirom na najučestalije medicinske dijagnoze	44
Tablica 5.9. Samoprocjene razina kvalitete života ispitanika prema SF-36 skali	45
Tablica 5.10. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na spol ispitanika.....	46
Tablica 5.11. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na dobne skupine ispitanika	47
Tablica 5.12. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika.....	48
Tablica 5.13. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na bračni status ispitanika.....	49
Tablica 5.14. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika	51
Tablica 5.15. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na najčešće medicinske dijagnoze u ispitanika.....	53
Tablica 5.16. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života ispitanika s obzirom na zdravstvenu pismenost ispitanika.....	54

Tablica 5.17. Doprinos općih obilježja ispitanika i zdravstvene pismenosti u predviđanju lošije kvalitete života	56
Tablica 5.18. Predviđanje vjerojatnosti lošije kvalitete života ispitanika.....	57

Popis slika

Slika 4.1. Slijed istraživanja28

1. UVOD

1.1. Zdravstvena pismenost

Zdravstvena je pismenost termin koji se u svakodnevnoj komunikaciji sve češće koristi i ima sve veću važnost i u zdravstvenoj zaštiti stanovništva i u široj društvenoj zajednici. Dužnost je zdravstvenog sustava osigurati osnovne preduvjete za zdravlje. Međutim, ti preduvjeti uključuju i aktivni angažman i sudjelovanje svakog pojedinca u aktivnostima vezanim uz pitanja i odluke važne za njegovo zdravlje (1). Znanja i vještine koje su pojedincu potrebne u svrhu upravljanja svojim zdravljem predstavljaju temelj zdravstvene pismenosti (2).

Europska je anketa o zdravstvenoj pismenosti uputila na činjenicu da je 12 % ispitanika imalo neodgovarajuću opću zdravstvenu pismenost, dok je njih 35 % imalo problematično nisku razinu zdravstvene pismenosti (3). Nadalje, neki autori sugeriraju da je na razini Europske unije (EU) prevalencija niske razine zdravstvene pismenosti od 27 do 48 %, uz činjenicu da su stanovnici istočnih, zapadnih i južnih zemalja EU-a imali nižu razinu zdravstvene pismenosti u odnosu na stanovnike sjevernih zemalja EU-a (4). Stoga, niska razina zdravstvene pismenosti u mnogim zemljama postaje primarno pitanje od nacionalnog interesa (5). Na globalnoj razini zdravstvena je pismenost izdvojena kao jedan od temeljnih elemenata poboljšanja i promicanja zdravlja koji je potreban za uspješan održivi razvoj do 2030. godine (6). Poznato je da se zdravstvena pismenost povezuje s učinkovitijim pristupom i korištenjem zdravstvenih informacija i usluga što ima važan utjecaj na tjelesno i mentalno stanje i ponašanje pojedinaca (7). Studije sustavnoga pregleda literature upućuju na to da postoje učinci zdravstvene pismenosti na različite zdravstvene ishode (8, 9). Rezultati spomenutih istraživanja upućuju na to da se niska razina zdravstvene pismenosti ili zdravstvena nepismenost povezuje s povećanim brojem hospitalizacija, češćim korištenjem hitne službe, rjeđim mamografijama i procjepeljivanjem protiv gripe, nepravilnom interpretacijom deklaracija o lijekovima i nepravilnom primjenom lijekova, nepridržavanjem zdravstvenih preporuka, a među starijim osobama i lošijim cjelokupnim zdravstvenim statusom te višim udjelom mortaliteta (8 - 20). Mnogi znanstvenici i praktičari opisuju nisku razinu zdravstvene pismenosti kao tihu epidemiju koja znatno utječe na funkcioniranje zdravstvenih sustava u cijelom svijetu (21). Također, velik broj istraživanja sugerira kako zdravstvena pismenost doprinosi zdravstvenom ponašanju te ukupnoj kvaliteti života pojedinca i šire društvene zajednice (3, 8, 22 - 25).

1.1.1. Definicija i značenje pojma zdravstvene pismenosti

U današnje su vrijeme vještine zdravstvene pismenosti vrlo bitne jer očuvanje i unaprjeđenje zdravlja ovisi upravo o pravilnim izborima pojedinca (26). Pojam se zdravstvene pismenosti prvi put opisuje sredinom sedamdesetih godina prošlog stoljeća u kontekstu socijalnih istraživanja (27) i smatra se važnom bihevioralnom odrednicom zdravlja te složenim konceptom koji uključuje više sastavnica (28). Iako se istraživači načelno slažu s gore navedenim činjenicama, još uvijek nije usuglašena definicija zdravstvene pismenosti (29). Analizirajući rane definicije zdravstvene pismenosti, evidentno je da se odnose na osnovne vještine čitanja i razumijevanja pročitanih informacija koje se tiču zdravlja pojedinca i njegova pravilnog postupanja u zdravstvenom sustavu. Stoga je zdravstvenu pismenost moguće definirati kao osobno, kognitivno i društveno umijeće koje određuje sposobnost pojedinaca u pretraživanju, pronalaženju, razumijevanju i primjeni informacija u svrhu unaprjeđenja i održavanja vlastitog zdravlja (30). Kasnije se definicije vežu i na sposobnost pojedinca da odgovori složenim zahtjevima u društvu vezanim uz zdravlje (31), a fokus se s pojedinca preusmjerava na osnaživanje kolektivne odgovornosti za zdravlje preko zdravstvene pismenosti obitelji, zajednice i populacijskih grupa (32).

Budući da je bilo evidentno kako su definicije zdravstvene pismenosti neusuglašene, Sorensen i suradnici u okviru Europskoga udruženja za zdravstvenu pismenost (European Health Literacy Consortium) provode sustavni pregled literature (33). Otkrivaju sedamnaest različitih definicija zdravstvene pismenosti i zaključuju da je zdravstvena pismenost povezana s općom pismenosti. Termin zdravstvene pismenosti podrazumijeva specifična znanja, motiviranost i kompetencije pojedinaca da pristupe, razumiju, procijene i primijene zdravstvene informacije kako bi svakodnevno mogli prosuđivati i donositi odluke povezane sa zdravstvenom skrbi, prevenirati bolesti i unaprjeđivati zdravlje u cilju cjeloživotnog poboljšavanja i održavanja kvalitete života (3, 33). Tako sveobuhvatno definirana zdravstvena pismenost ima prednosti zbog mogućnosti donošenja ispravnih zdravstvenih odluka ne samo vezanih za zdravstvenu skrb nego i u svakodnevnom životu (radno mjesto, trgovina, slobodno vrijeme, itd.) (34).

Važno je spomenuti i sustavni pregled literature Malloy-Weir i suradnika koji su otkrili čak 250 različitih definicija zdravstvene pismenosti koje su u konačnici podijelili u tri kategorije (35). U prvu su kategoriju uvrstili šest najčešće empirijski potvrđenih i korištenih definicija. U drugoj su kategoriji 133 modificirane inačice prvih šest definicija, dok su u trećoj idućih 111 drugačijih

definicija zdravstvene pismenosti. Među svim definicijama Svjetska zdravstvena organizacija (3) usvaja definiciju proizišlu iz sustavnog pregleda literature Sorensen i suradnika smatrajući ju sveobuhvatnom (33).

Moguće je razlikovati tri razine zdravstvene pismenosti i to funkcionalnu, interaktivnu i kritičku (30, 36). Funkcionalna se zdravstvena pismenost primarno odnosi na sposobnosti čitanja i pisanja, odnosno na razumijevanje i praćenje zdravstvenih informacija. U praksi se odnosi na vještine čitanja i razumijevanja obrazaca, zdravstvenih informacija, medicinskih oznaka te usmenih i pisanih informacija, preporuka, savjeta zdravstvenih djelatnika (liječnika, medicinskih sestara, farmaceuta i drugih), a na taj se način pojedinac brine o svojem zdravlju na individualnoj razini (30). Interaktivna se zdravstvena pismenost odnosi na višu razinu pismenosti, odnosno na kognitivne i interpersonalne vještine. U praksi se odnosi na vještine i sposobnosti pojedinca u cilju traženja, shvaćanja i korištenja zdravstvenih podataka kako bi donio odluke i smanjio zdravstvene rizike. Ta je razina zdravstvene pismenosti još uvijek individualno usmjerena (30). Kritička zdravstvena pismenost omogućava kritičko razmatranje, razumijevanje i analiziranje zdravstvenih informacija iz širokog spektra izvora. Povezana je s donošenjem ispravnih odluka u vezi sa zdravljem, poboljšanjem osobnih, društvenih, političkih i ekonomskih kapaciteta te razumijevanjem i većom kontrolom nad životnim događanjima (30, 37, 38). Jednom stečena znanja nisu dovoljna za cijeli životni vijek i tako se nameće koncept cjeloživotnog učenja (39). Napredovanje među razinama zdravstvene pismenosti moguće je i ne ovisi samo o kognitivnim osobinama i socijalnoj vještini pojedinca, nego i o izloženosti zdravstvenim informacijama i porukama te njihovu sadržaju i metodama komunikacije (40). U suvremenom konceptu zdravlja funkcionalna zdravstvena pismenost svrstana je u zdravstvene resurse, odnosno smatra se čimbenikom koji doprinosi zdravstvenom potencijalu, a u suprotnosti zdravstvena se nepismenost smatra zdravstvenim rizikom i čimbenikom smanjenja zdravstvenog potencijala (41).

Na temelju poznatih dimenzija, a u okviru dvanaest poznatih konceptualnih modela zdravstvene pismenosti, Europsko udruženje za zdravstvenu pismenost predlaže konceptualni model koji obuhvaća širok spektar javnog zdravlja (42). Tako razvijen konceptualni model obuhvaća dimenzije od ranije postojećih konceptualnih modela zdravstvene pismenosti utemeljenih na dokazima (33). Predloženi je koncept povezan s trima oblastima zdravlja i to sa zdravstvenom zaštitom, prevencijom bolesti i unaprjeđivanjem zdravlja, odnosno socijalnim odrednicama zdravlja. U takvom konceptu zdravstvene pismenosti preduvjet je da pojedinac ima vještine

pristupanja, razumijevanja, procjene i primjene zdravstvenih informacija da bi mogao donositi ispravne odluke o zdravlju. Za spomenuto su potrebni znanje, motivacija i sposobnosti na osobnoj razini. Navedene sposobnosti primarno podrazumijevaju osobne odrednice pojedinca na koje značajan utjecaj imaju društvene i okolinske, odnosno situacijske odrednice. Nadalje, spomenute odluke osobne razine rezultirat će pravilnim korištenjem zdravstvenih usluga i reflektirat će se na zdravstvenim troškovima kao i odgovorno zdravstveno ponašanje. Takvo se ponašanje značajno odražava na zdravstvene ishode i participiranje u zdravstvenoj zaštiti. Svi ti procesi značajno doprinose osobnom osnaživanju i progresivnom osiguravanju više razine autonomije, jednakosti i pravednosti pri upotrebi zdravstvenih usluga čime se osigurava održivost zdravstvenog sustava na populacijskoj razini (33). U suprotnom, neučinkovita komunikacija i postupci na individualnoj razini zbog zdravstvene nepismenosti rezultira će pogreškama, lošom kvalitetom zdravstvene zaštite i rizicima za sigurnost pacijenata (43). Na populacijskoj razini zdravstvena pismenost omogućuje osobama sudjelovanje u privatnim i javnim dijalozima o zdravlju, medicini, znanstvenim spoznajama i kulturnim uvjerenjima. Dakle, zdravstvena pismenost utječe na niz svakodnevnih životnih aktivnosti od doma, posla, kulture, društva (44, 45).

1.1.2. Zdravstvena pismenost – povijesni pregled

Pojam zdravstvene pismenosti prvi se put opisuje sredinom sedamdesetih godina prošlog stoljeća u kontekstu socijalnih istraživanja kada se naglašava značajna važnost uvođenja zdravstvene pismenosti kao minimalnog standarda u sustav školstva (27). Zatim slijedi razdoblje od tridesetak godina neprepoznavanja važnosti i uloge koncepta zdravstvene pismenosti gdje je objavljeno svega nekoliko stručnih radova (29). Interes za zdravstvenu pismenost pojavljuje se najprije u Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi, a u prvih desetak godina ovoga stoljeća poprima međunarodnu važnost (46). Kao što je navedeno, porast pojačanog interesa javlja se unazad dvadesetak godina, a samo u prvih desetak godina otkriveno je mnoštvo problema vezano uz zdravstvenu pismenost, njezinu ulogu na sposobnosti pojedinca pri shvaćanju zdravlja i zdravstvenih informacija, brizi za zdravlje i njihovu odnosu (47). Sørensen je tijekom 2017. godine zabilježila 6 129 objavljenih radova na temu zdravstvene pismenosti koji s godinama postaju sve brojniji (29). Zdravstvena pismenost sve češće postaje osnovom mnogih istraživanja te je prepoznata kao značajan prediktor zdravlja što ju čini važnom sastavnicom procjene i nadzora unutar zdravstvenog sustava (48).

1.1.3. Odnos opće i zdravstvene pismenosti

Razina opće pismenosti/obrazovanja koja je definirana kao socijalna determinanta zdravlja može imati izravan utjecaj na razinu zdravstvene pismenosti stanovništva (49). Posljednji podatci Državnog statističkog zavoda iz 2011. godine u Republici Hrvatskoj (RH) upućuju na još uvijek nisku razinu obrazovanosti stanovništva (50) (Tablica 1.1.).

Tablica 1.1. Relativan udio obrazovne strukture stanovništva RH u dobi ≥ 15 godina

Razina obrazovanja	Relativan udio
nezavršena osnovna škola	9,52 %
osnovna škola	21,30 %
srednja stručna sprema	52,63 %
viša stručna sprema	5,84 %
visoka stručna sprema i više	10,55 %
nepoznato	0,16 %

Prema podacima Državnog statističkog zavoda iz 2011. godine (50)

Spomenuti popis stanovništva također upućuje na značajne razlike u strukturi stanovništva s obzirom na razinu obrazovanja između ženskog i muškog spola (50). Udio je žena viši na svim razinama obrazovanja osim na srednjoškolskoj razini (Tablica 1.2.).

Tablica 1.2. Relativan udio obrazovne strukture stanovništva RH s obzirom na spol

Razina obrazovanja	Relativan udio	
	muškarci	žene
nezavršena osnovna škola	5,61 %	13,09 %
osnovna škola	18,23 %	24,08 %
srednja stručna sprema	59,99 %	45,93 %
viša stručna sprema	5,75 %	5,91 %
visoka stručna sprema i više	10,26 %	10,80 %

Prema podacima Državnog statističkog zavoda iz 2011. godine (50)

Postojale su razlike u obrazovanju i prema hrvatskim županijama koje su u fokusu ovoga rada. Evidentno je da u Brodsko-posavskoj županiji, koja je imala 131 512 stanovnika, čak 14 186

(10,79 %) stanovnika nije imalo školsko obrazovanje, osnovnoškolsko je obrazovanje imalo 38 114 (28,98 %) stanovnika, srednjoškolsko obrazovanje 66 659 (50,69 %), više obrazovanje 5 190 (3,94 %) stanovnika, a visoko i više 7 265 (5,52 %) stanovnika. Podatci o obrazovanju nisu bili poznati za 98 (0,07 %) stanovnika. Navedeni podatci razine obrazovanja bili su u granicama prosjeka RH, osim broja visokoobrazovanih stanovnika koji su bili ispod prosjeka. Osječko-baranjska županija u 2011. godini imala je 258 226 stanovnika. Od toga 24 210 (9,38 %) stanovnika nije imalo nikakvo formalno obrazovanje, osnovnoškolsko je obrazovanje imalo 68 694 (26,60 %), a srednjoškolsko 132 290 (51,23 %) stanovnika. Višu je naobrazbu imalo 11 286 (4,37 %), a visoku i više 21 592 (8,36 %) stanovnika. Za 154 (0,06 %) stanovnika podatci nisu bili poznati. Podatci razine obrazovanja u Osječko-baranjskoj županiji bili su u granicama prosjeka RH. Požeško-slavonska županija imala je 64 892 stanovnika. Školsko obrazovanje nije imalo 9 137 (14,08 %) stanovnika, osnovnoškolsko je obrazovanje imalo 18 382 (28,33 %), a srednjoškolsko 30 752 (47,39 %) stanovnika. Višu je školu završio 2 951 (4,55 %) stanovnik, dok je visoku naobrazbu i više imalo 3 547 (5,47 %) stanovnika. Podatci za 123 (0,19 %) stanovnika bili su nepoznati. Iznad republičkog prosjeka bio je broj stanovnika koji su bez škole, nasuprot tomu broj stanovnika koji su imali visoku naobrazbu i više bio je ispod prosjeka. Broj stanovnika s drugim razinama obrazovanja u Požeško-slavonskoj županiji bio je u granicama prosjeka RH (50). Prema navedenom izvještaju, nepismenih stanovnika u RH bilo je 0,8 %, a također treba naglasiti da se pismenom osobom, neovisno o obrazovnom statusu i jeziku, smatrala ona osoba koja je znala čitati i pisati te je samostalno bila u stanju napisati i pročitati pismo i sastavak iz svakodnevnog života (50). Najpovoljniju obrazovnu strukturu prema istom izvještaju imali su gradovi koji broje više od sto tisuća stanovnika i to Zagreb, Split, Osijek i Rijeka.

Kako je ranije spomenuto, zdravstvena je pismenost usko povezana s općom pismenosti, a uključuje osobnu motivaciju, razumijevanje, znanje, vrjednovanje i primjenjivanje zdravstvenih pojmova i odluka iz područja zdravstvene zaštite te prevenciju bolesti i promoviranje zdravlja u kontekstu održavanja cjeloživotne kvalitete života (51). Činjenica je da su sposobnost čitanja i pisanja temelj zdravstvene pismenosti na kojem se mogu graditi komplementarne vještine (52). Zdravstvena pismenost ima polazište u konvergenciji obrazovanja, zdravstvenih usluga te kulturnih i društvenih čimbenika, skup je prakse i istraživanja iz raznih područja. Skup je individualnih i društvenih čimbenika, a odražava se na aspektu svakodnevnice (dom, zajednica, radno mjesto, zdravstvena skrb, političko područje)

(51). Razumljivo je da zdravstvena pismenost nije samo skup funkcionalnih sposobnosti nego da se sastoji od skupa vještina koje ljudima omogućavaju potpunije uključivanje i sudjelovanje u zdravstvenoj zaštiti, a u zajednici osigurava viši stupanj kontrole nad svakodnevnim događajima (53).

1.1.4. Zdravstvena pismenost i komunikacija

Zdravstvena pismenost značajno utječe na ishode liječenja i kvalitetu zdravstvene zaštite i izravno je povezana s uspješnošću komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata (54, 55). Komunikacija je temelj socijalne interakcije i odrednica je ljudske prirode. Može se definirati kao razmjena informacija, mišljenja i emocija između ljudi putem govora ili drugih sredstava. Komunikaciju je moguće definirati i promatrati kao stvaranje i transakciju poruka. Proces komunikacije odvija se u kontekstu koji obuhvaća fizički prostor, kulturne i socijalne vrijednosti i psihološke uvjete (56). Komunikacijom se zadovoljava niz potreba, među ostalim potrebe za kontaktom, stimulacijom, ljubavi, pripadanjem, sigurnošću, osmišljavanjem i strukturiranjem vremena, priznanjem i samoaktualizacijom, slobodom, a na kraju i potreba za moći (57). Komunikacija koja se događa i bez riječi (izrazi lica, držanje tijela, udaljenost i/ili prepreke od sugovornika) naziva se neverbalna komunikacija, a njome se također šalje određena poruka željeli to ili ne željeli (58).

U zdravstvenom sustavu naglasak se stavlja na verbalnu komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata s obzirom na važnost informacijskog sadržaja. Neverbalni i paraverbalni oblik komunikacije nema posebnu semantičku i logičku vrijednost, ali je važan promatrano iz aspekta empatije i emocionalnog učinka koji postoji između sudionika u komunikaciji (59). Na ponašanje u komunikacijskom procesu i međusobnu suradnju utječu specifične odrednice svakog sudionika (60). U raznim stresnim i nepredviđenim situacijama gdje je vrlo teško uočiti promjene u neverbalnim porukama posebno dolazi do izražaja važnost usklađivanja verbalne i neverbalne komunikacije. Komunikaciju i njezinu svrhu sažeto i vrlo jasno opisuje Težak koji navodi kako proces pisanja i govora podrazumijeva uvjeravanje. Osoba može nekoga uvjeriti ako uistinu zna koga točno treba uvjeravati i razloge zašto ga uvjeriti. Također, autor navodi da kulturno pisanje i govor podrazumijeva iskorištavanje riječi na funkcionalan način, a primjereno svrsi, predmetu i osobi koja sudjeluje u komunikaciji (61).

Uspješna komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenta primarno ovisi o njihovoj sposobnosti razumijevanja jedni drugih. Još od vremena Aristotela postoji potreba za

prilagođavanjem poruka sugovorniku pa je uz sadržaj informacije potrebno obratiti pozornost i na karakteristike sugovornika (62). Istraživanja upućuju na to da pacijenti malo ili vrlo malo zapamte, tj. razumiju što im zdravstveni djelatnici u procesu informiranja žele prenijeti (63, 64). Često upute zdravstvenih djelatnika kao i informativni materijali nisu prilagođeni razini zdravstvene pismenosti pacijenta pa ih više od polovice pacijenata ne razumije (32) što utječe na uspješnost komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, a posljedično na kvalitetu zdravstvene skrbi (65). Kako se jezik struke razlikuje od općeg jezika, a najčešće u toj komunikaciji sudjeluju korisnici (pacijenti) koji nemaju takva stručna znanja, takva komunikacijska barijera može izazivati osjećaj bespomoćnosti kao i u krajnjem slučaju odustajanje od njihove namjere (66). Evidentno je da postoji potreba da se upute i informativni materijali zdravstvenih djelatnika sa stručnog jezika prilagode (prevedu) laicima što se još naziva i „intralingvalno prevođenje” (67). Budući da su zdravstveni djelatnici „bilingvalni“, od njih se očekuje da prilagode svoj stručni jezik u kontaktu s pacijentima. Nisu uvijek uspješni u tim nastojanjima i ponekad svjedočimo primjerima komunikacijskih nesporazuma koji mogu značajno utjecati na (ne)zadovoljstvo, ali i sigurnost pacijenata kao i ishode liječenja (68, 69). Međutim, ako se zdravstveni djelatnici učinkovito koriste komunikacijskim vještinama, korist je višestruka. Na taj način zdravstveni djelatnici mogu učinkovitije analizirati i prepoznati probleme pacijenata, a pacijenti značajno bolje razumiju svoje tegobe, mogućnosti dijagnostike i liječenja te su zadovoljniji zdravstvenom uslugom i skrbi. Nadalje, smanjuje se anksioznost pacijenata i njihova ranjivost, a pacijenti će se vjerojatnije pridržavati i slijediti upute i savjete o zdravstvenoj skrbi (70).

Zaključno, da bi se uspješno oblikovale i razmijenile željene informacije, važno je poznavanje osobe kojoj se želi prenijeti/poslati poruku, a u zdravstvu bi se to „upoznavanje” zapravo moglo svesti na ispitivanje razine zdravstvene pismenosti. Zdravstveni djelatnici u današnje vrijeme prepoznaju važnost ispitivanja razine zdravstvene pismenosti pacijenata i imaju pozitivno mišljenje o sudjelovanju u edukaciji i korištenju instrumenata za njezinu procjenu (71, 72), za razliku od vremena od prije petnaestak godina kada su zdravstveni djelatnici imali iznenađujuće negativno mišljenje o važnosti zdravstvene pismenosti (73). Procjena zdravstvene pismenosti zasigurno je potrebna pri planiranju, prilagođavanju i provedbi intervencija usmjerenih na pojedinca te poboljšanja učinkovitosti komunikacije (74). Takva modificirana komunikacija i druge intervencije mogu pomoći pojedincima s niskom razinom zdravstvene pismenosti pri

razumijevanju savjeta i zdravstvenih informacija te su izravno povezana s boljim zdravstvenim ishodima (9, 75, 76).

1.1.5. Procjena zdravstvene pismenosti

Zdravstvenu se pismenost osobe ne može procjenjivati samo na temelju vještina čitanja i pisanja ili izravnim pitanjima razumije li osoba nešto (77). U današnjem se sve zahtjevnijem i složenijem sustavu zdravstva problem zdravstvene (ne)pismenosti ponekad ne prepoznaje jer korisnici zbog stida ili tjeskobe ne traže pomoć u snalaženju sa zdravstvenim informacijama (78). Osobe s neodgovarajućom zdravstvenom pismenosti često se osjećaju neshvaćeno i nedovoljno informirano, a pritom nemaju odgovarajuću potporu zdravstvenih profesionalaca što sugerira kako bi zdravstveni djelatnici sve više trebali razvijati vještine prepoznavanja i procjenjivanja zdravstvene (ne)pismenosti pacijenata (79, 80). Osobito je važno osigurati pravovremenu, sustavnu i kontinuiranu procjenu razine zdravstvene pismenosti u zdrave i bolesne populacije pouzdanim i valjanim instrumentom. Spomenuto je da se zdravstvena pismenost može promatrati/mjeriti kroz tri razine i to kao funkcionalna, interaktivna i kritička (30, 36) pa je važno izabrati odgovarajući instrument za procjenu ciljane razine zdravstvene pismenosti. Promatrajući iz perspektive zdravstvenog sustava, a kako bi kvalitetno sudjelovali u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, korisnici bi trebali imati najmanje zadovoljavajuću razinu funkcionalne zdravstvene pismenosti (41).

1.1.6. Instrumenti za mjerenje zdravstvene pismenosti

U literaturi postoji više od 200 različitih strukturiranih instrumenata (81 - 86) za mjerenje/procjenu zdravstvene pismenosti. Temeljem sustavnih pregleda literature (87 - 89) vidljivo je da su često upotrebljavani testovi: Test funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslih (TOFHLLA, engl. *Test of Functional Health Literacy in Adults*) i skraćeni oblik testa (S-TOFHLLA, engl. *Short Test of Functional Health Literacy in Adults*) (90), Brza procjena pismenosti odraslih u medicini (REALM, engl. *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) (91), Upitnik zdravstvene pismenosti (HLQ, engl. *Health Literacy Questionnaire*) (92), Skala svih aspekata zdravstvene pismenosti (AAHLS, engl. *All Aspects of Health Literacy Scale*) (93), Demografska procjena zdravstvene pismenosti (DAHL, engl. *Demographic Assessment of Health Literacy*) (94), Kratka procjena zdravstvene pismenosti za odrasle koji govore španjolski (SAHLSA-50, engl. *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults*) (95),

Najnoviji vitalni znak (NVS, engl. *Newest Vital Sign*) (28). Instrumenti se razlikuju po sadržaju, načinu primjene, vremenu potrebnom za dovršenje, analizu i obradu rezultata, predviđenoj veličini uzorka te razini pouzdanosti i valjanosti (32). Najčešće su upotrijebljeni instrumenti za procjenu zdravstvene pismenosti odraslih *TOFHLA* i *REALM*. Međutim, navedena su dva instrumenta pokazala neke poteškoće u primjeni (npr. ograničena primjenjivost u populaciji s nižim obrazovanjem, dugo vrijeme za prevođenje, različite poteškoće u prijevodu, itd.) (96). Nadalje, instrumenti se za procjenu zdravstvene pismenosti razlikuju i po rangiranju rezultata (bodovnih kategorija), tj. po određivanju i tumačenju razine zdravstvene pismenosti. Primjerice kod *TOFHLA* testa mogući je raspon bodova od 0 do 100. Rezultati se rangiraju na temelju ostvarenih bodova ispitanika kada veći broj bodova upućuje na višu razinu zdravstvene pismenosti, a definiraju se u trima razinama. Razina zdravstvene pismenosti u slučaju rezultata testa manjeg od 60 bodova tumači se kao neodgovarajuća, od 60 do 74 boda kao granična, a 75 bodova i više kao odgovarajuća razina (90). Nasuprot *TOFHLA* testu, rezultati *SAHLCA-50* testa prikazuje se u dvjema razinama – odgovarajuća/neodgovarajuća, tj. zdravstveno pismen/nepismen. Jedan od češće upotrebljavanih instrumenata za odrasle jest *SAHLCA-50*. Taj je instrument Leeja i suradnika u svojem izvornom obliku nastao iz *REALM* upitnika, a osmišljen je i konstruiran na španjolskom jeziku (95) i do sada je preveden i potvrđen na nekoliko jezika (81, 96 - 100). Primarno služi za procjenu funkcionalne zdravstvene pismenosti odraslih osoba. Analiza stručne literature u hrvatskom kontekstu upućuje na postojanje samo lingvistički validiranog testa, spomenute hrvatske inačice instrumenta *NVS-HR* (101) i spomenutog testa *SAHLCA-50* koji je psihometrijskim metodama potvrđen kao valjan instrument za procjenu funkcionalne zdravstvene pismenosti u zdrave i bolesne populacije u hrvatskom kontekstu (100). S obzirom na spomenute brojne testove za procjenu zdravstvene pismenosti, trenutačno na globalnoj razini ne postoji „zlatni standard“ pomoću kojeg se procjenjuje zdravstvena pismenost u općoj populaciji, a osobito ne u osoba s mentalnim poremećajima (102). Tako je zdravstvena pismenost izazovan koncept koji je teško ispravno procijeniti (103). Motivi i razlozi za odabir *SAHLCA-50* instrumenta za ovo istraživanje prvenstveno su određeni istraživačkim pitanjem i svrhom studije te nizom drugih elemenata (psihometrijska potvrda, sadržaj, praktična i teorijska osnova instrumenta, dostupnost instrumenta, dobre metričke odrednice i pouzdanost, način i stupanj složenosti primjene instrumenata, materijalna sredstva, raspoloživo vrijeme itd.). Odabrani je psihometrijski potvrđeni instrument *SAHLCA-50* (100) na hrvatskom jeziku za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti učinkovit i održiv

instrument koji će pridonijeti teorijskom i znanstvenom objašnjenju i dubljem razumijevanju koncepta zdravstvene pismenosti u hrvatskom kontekstu.

1.2. Kvaliteta života

1.2.1. Definicija i značenje pojma kvalitete života

Prema definiciji Leksikografskog zavoda „Miroslav Krleža“ kvaliteta života podrazumijeva termin primjenjivan u različitim profesijama s različitim značenjima. Tako u području ekonomije kvaliteta života podrazumijeva životni standard, tj. društvene i materijalne životne uvjete. U području medicine kvaliteta je života definirana razinom očuvanosti bolesnikovih životnih funkcija bolesnika, dok je u području psihologije kvaliteta života smatrana individualnom samoprocjenom vlastitoga načina života. Navedena se procjena uglavnom temelji na individualnom iskustvu, očekivanjima, težnjama i sustavu vrijednosti pojedinca (104). Kao što je navedeno, pojam je kvalitete života višeznačan i često se spominje u različitim kontekstima, od pitanja svakodnevnog života do polemika unutar akademske zajednice. Prema tomu teško ga je jedinstveno i jednostavno definirati. Koncept kvalitete života povezan je sa svim područjima života pa sve više postaje predmetom interesa u medicini, filozofiji, vjeri, ekonomiji, politici itd. Posljednjih dvadesetak godina u dostupnoj literaturi širom svijeta termini kao kvaliteta života, zadovoljstvo životom, subjektivna kvaliteta životom i slično zapravo su sinonimi za mjeru subjektivnog zadovoljstva životom u cijelosti ili njegovim određenim segmentima (105). Stručna i znanstvena literatura kroz pregledne i istraživačke radove nudi više od stotinu definicija i značenja kvalitete života (106, 107). Prema Krizmanić i Kolesarić, kvaliteta je života subjektivan doživljaj vlastitoga života koji zapravo određuju objektivne okolnosti u kojima osoba živi te specifične karakteristike i životno iskustvo te osobe (108). Pojedini autori definiraju kvalitetu života kao opće blagostanje (109). Navedeni autori tumače da kvaliteta života uključuje različite objektivne čimbenike kao i subjektivno vrjednovanje materijalnog, tjelesnog, emotivnog i socijalnog blagostanja, uključujući i osobni razvoj (109). Cummins i suradnici objašnjavaju kvalitetu života homeostatskim modelom (110). Navode da se prioriteti pojedinaca mijenjaju u skladu s dobi. Također predlažu da je za održavanje stabilnosti kvalitete života nužno kompenzirati smanjivanje zadovoljstva unutar pojedine domene, povećavanjem zadovoljstva u drugoj domeni (110). Svjetska zdravstvena organizacija kvalitetu života definira kao percepciju svake osobe o njezinu položaju u životu u kontekstu sustava vrijednosti i kulture življenja, a primarno u odnosu na očekivanja, ciljeve,

standarde, ali i specifične probleme u sredini gdje osoba živi (111). Iako kvalitetu života istraživači ne definiraju jednako, ipak postoji konsenzus oko dvaju segmenata koncepta kvalitete života, a to su višedimenzionalnost i subjektivnost. Višedimenzionalnost se ističe kroz dosadašnja istraživanja i rezultate psihometrijskih mjerenja zdravstvenog statusa koja prikazuju da su za kvalitetu života pojedinca važna različita područja života, a segment se subjektivnosti odnosi na činjenicu da samo on to može razumjeti i procijeniti (112, 113). U zdravstvu se u današnje vrijeme sve češće procjenjuje kvaliteta života vezana uz zdravlje bolesnika zbog planiranja troškova i praćenja kliničke učinkovitosti zdravstvenih intervencija (114).

1.2.2. Kvaliteta života – teorijski okvir

Nužan preduvjet koncepta kvalitete života povezane sa zdravljem opisuje Svjetska zdravstvena organizacija 1947. godine, tada proširujući definiciju zdravlja te uvrštavajući mentalno i socijalno zdravlje uz ono tjelesno (115). Koncept kvalitete života ne potječe neposredno iz područja biomedicine i zdravstva, već iz pokreta pozitivne psihologije i istraživanja socijalnih indikatora tijekom prošlog stoljeća (116). U medicini se taj koncept neizravno počeo pojavljivati 1980-ih godina kada se naziva zdravstvenim statusom (116). Broj je publikacija na temu kvalitete života u medicini u samim počecima bio deficitaran, dok se 90-ih godina značajno povećala zainteresiranost autora i znanstvenika. Koncept kvalitete života u početku bilježi svoju važnost u području onkologije kada se nametalo pitanje treba li dulje vrijeme preživljavanja uz nuspojave terapije zamijeniti, uvjetno rečeno, kvalitetnijim, ali vjerojatno kraćim životom, bez primjene kemoterapije (116). Bitno je istaknuti da, sukladno ranije navedenoj definiciji, zdravlje osobe obuhvaća više od samo tjelesnog blagostanja. Moguće je i da su teško bolesne osobe razumno sretne i da dobro funkcioniraju u životu, a svoju kvalitetu života smatraju dobrom (116). U osnovi kvaliteta života predstavlja širi koncept koji uključuje tjelesno i mentalno zdravlje, materijalnu samostalnost, socijalne odnose te odnose prema obilježjima vanjske okoline (117). Preduvjeti su kvalitetnog življenja i funkcioniranja aktivno i puno participiranje u komunikacijskim i interakcijskim procesima u okvirima tjelesnoga i društvenog okruženja (108).

Izuzetno je važna konceptualna jasnoća kvalitete života jer bi razlike u tumačenju i značenju mogle dovoditi do različitih ishoda istraživanja i u području kliničke prakse i u području zdravstvene njege. Prema tomu kvalitetu života kao višedimenzionalni koncept koji ima svoje pozitivne i negativne subjektivne procjene tjelesnih, psihičkih i socijalnih aspekata života

podržava veći broj autora, a mali se broj zalaže za jednodimenzionalni koncept (118). Višedimenzionalni konstrukt kvalitete života može se raščlaniti na subjektivnu i objektivnu sastavnicu. Početna istraživanja kvalitete života bavila su se objektivnim parametrima (osobna primanja, radni odnos, stupanj obrazovanja, zdravlje, ušteda i drugima) (119). Vidljivo je da su kod objektivnih podataka često prisutne subjektivne odluke, od onih koji ih iznose do onih koji ih prikupljaju, pa tako na primjer podatke o primanjima ispitanici ponekad prikazuju namjerno manje ili veće, ovisno o procjeni što ima više odgovara u danom trenutku (120). Kasnije se uvidjelo da objektivni parametri nisu dostatni indikatori kvalitete života jer nisu uzeti u obzir subjektivni stavovi i uvjerenja pojedinaca. Stoga se uvode subjektivni indikatori kvalitete života (110). Istraživači upućuju na to da subjektivni i objektivni indikatori nisu povezani linearno. Recimo da pojedinac ima loše socijalne uvjete života – poboljšavanjem tih uvjeta vjerojatno će se povećati i razina subjektivne procjene zadovoljstva životom, ali na određenoj razini spomenuta će se povezanost izgubiti (121). Kada pojedinac zadovolji osnovne životne potrebe, daljnje povećavanje njegovih materijalnih resursa ne utječe značajno na subjektivnu procjenu zadovoljstva životom (122). Najvećom prednosti subjektivnih indikatora smatra se „uhvaćeno“ iskustvo i percepcija pojedinca o njihovoj važnosti. Subjektivni pokazatelji podrazumijevaju vlastitu percepciju kvalitete života, omogućuju definiranje ključnih dimenzija kvalitete života, pomažu otkriti čemu je potrebno usmjeriti pozornost pri analizi te osiguravaju jednostavniju usporedbu rezultata među specifičnim sastavnicama kvalitete života (123). Za subjektivnu sastavnicu kvalitete života prema Cumminsu veže se sedam domena i to: zdravlje, sigurnost, materijalno blagostanje, intimnost, produktivnost, društveni položaj te emocionalno blagostanje (110). Analizirajući međuođnos objektivnih i subjektivnih indikatora kvalitete života, neki autori opisuju nisku korelaciju nelinearnog karaktera, odnosno da se promjenom objektivnih čimbenika ne mora uvijek promijeniti i subjektivna sastavnica kvalitete života (105). Teorijsko tumačenje pojma subjektivne dobrobiti i zadovoljstva životom podrazumijeva i razvoj različitih modela. Najčešći je spominjani model tzv. odozdo u smjeru prema gore, potom model odozgo u smjeru prema dolje te model dinamičke ravnoteže. U modelu odozdo prema gore pridaje se veći značaj objektivnim okolnostima i zbiru zadovoljstava u mnogobrojnim i specifičnim aspektima života (124). Model odozgo u smjeru prema dolje tumači da unutarnje osobine ličnosti svakog pojedinca određuju objašnjenje pojedinih životnih situacija na pozitivan ili negativan način. Model dinamičke ravnoteže sjedinjuje prethodna dva modela i uvjetovan je crtama ličnosti (124). Navedeni model sugerira kako je procjena zadovoljstva životom određena doprinosom izvora informacija i različitih vanjskih i

situacijskih čimbenika (124). Stoga se u kliničkoj praksi bilježi česta pojava fenomena gdje dva oboljela istih ili vrlo sličnih kliničkih parametara različito samoprocjenjuju kvalitetu svojega života (125).

1.2.3. Odrednice kvalitete života

Uvažavajući segment subjektivnosti i da su za kvalitetu života pojedinca važna različita područja života, Calman ističe da se kvaliteta života očituje razlikama između očekivanja i stvarnih iskustava osobe (126). Dakle, kvaliteta življenja svakog pojedinca uvelike će ovisiti o prijašnjim iskustvima pojedinca, trenutačnom načinu života kao i njegovim željama, ambicijama i ciljevima za budućnost. Tako je moguće da će na pojedina specifična područja koje pojedinac smatra važnima za kvalitetu života utjecati sociokulturno okruženje u kojem pojedinac živi. Stoga, pri procjeni kvalitete života trebalo bi otkriti koja su životna područja pojedincu važna i procijeniti do koje mjere pojedina područja sudjeluju u ukupnoj kvaliteti njegova života (127). Cummins na temelju analize mnogobrojnih studija dolazi do zaključka da postoje univerzalna područja: zdravlje, produktivnost, emocionalno i materijalno blagostanje, dobri odnosi s drugim ljudima, položaj u društvu i sigurnost (110). Na razini RH Vuletić i Mujkić istraživale su odrednice osobne kvalitete života na uzorku gradske populacije (128). Rezultati njihova istraživanja upućuju na to da ispitanici navode kao odrednice kvalitete života čak 61 životno područje (128). Također, navode veliku varijabilnost odgovora, ali u konačnici klasificiraju životna područja u osam domena: zdravlje, emocionalno blagostanje, materijalno blagostanje, međuljudske odnose, postignuća ili produktivnost, sigurnost, društvenu zajednicu te religiju tj. domenu duhovnog života (128). Utvrđuju i razlike u učestalosti imenovanja životnih područja prema dobi ispitanika. Tako ispitanici u dobi od 18 do 29 godina najčešće navode posao (11,9 %), zdravlje (12,2 %), obitelj (12,7 %) i ljubav (13,9 %), dok ispitanici u dobi od 30 do 59 godina najčešće navode zdravlje (16,6 %), obitelj (14,8 %), financijsko i materijalno stanje (12 %) te posao (11,6 %). U skupini od 60 godina i više ispitanici najčešće imenuju: zdravlje (18,9 %), obitelj (14,4 %), financijsko i materijalno stanje (10,6 %) te društveni život (7,2 %) (128). Kada su autorice analizirale navedena životna područja po važnosti za ispitanike, također su utvrdile razlike po dobnim skupinama. Tako ispitanici mlađe dobne skupine (18 do 29 godina) najvažnija životna područja u kvaliteti života rangiraju tako da im je zdravlje na prvom mjestu, zatim slijede obitelj, religija i ljubav, a poslije toga prijateljstvo, posao, financije i materijalno stanje (128). U drugoj dobnoj skupini (30 do

59 godina) utvrđuju zamjenu rangiranja važnosti životnog područja zdravlja i obitelji tako da ispitanici obitelji pridaju veću važnost (128). Nadalje ispitanici iz te dobne skupine više rangiraju karijeru od mlađih i starijih ispitanika što autorice smatraju očekivanim s obzirom na to da su u toj skupini radno aktivni ispitanici. Ispitanici stariji od 60 godina kao najvažnije životno područje navode zdravlje, a obitelj svrstavaju na drugo mjesto što jasno opravdava smjer promjene životnih prioriteta (128). Imenovana životna područja koja se javljaju kao odrednice kvalitete života u RH sukladne su rezultatima drugih istraživača u drugim dijelovima svijeta i kulturama (105, 129). Iz svega navedenog proizlazi da je zdravlje jedna od najvažnijih odrednica osobne kvalitete života i to saznanje uvelike pomaže pri odabiru instrumenta za mjerenje kvalitete života.

1.2.4. Kvaliteta života osoba s kroničnim bolestima

Incidencija kroničnih nezaraznih bolesti u svijetu u stalnom je porastu, a standardizirana je stopa smrtnosti značajno viša u siromašnijim zemljama s nižim životnim standardom (130). Procjenjuje se da će do 2030. godine broj umrlih od kroničnih nezaraznih bolesti porasti na 52 milijuna godišnje (130). U RH, prema pokazateljima smrtnosti i pobola, na prvome su mjestu srčanožilne bolesti nakon kojih slijede maligne bolesti, ozljede, a potom mentalni poremećaj (131). Tijek je kroničnih bolesti spor i dugotrajan te negativno utječe na funkcionalni status, radnu sposobnost i kvalitetu života oboljele osobe. Iako su provedena mnogobrojna istraživanja o utjecaju raznih kroničnih bolesti na kvalitetu života, ne postoji zajednički usuglašen stav koja bolest i u kojoj mjeri najviše utječe na kvalitetu života osobe (132). Vjerojatno to ovisi o prirodi bolesti, stadiju bolesti, pridruženim bolestima i stanjima, brizi o sebi, a time i o pridržavanju zdravstvenih preporuka i uzimanju terapije, a spominje se i kulturni utjecaj (132). U osoba s kroničnim bolestima češće dolazi do izražaja emocionalni problemi (anksioznost, depresija), poteškoće i ograničenja u tjelesnom funkcioniranju i vitalnosti, a često je prisutna i socijalna izoliranost (132). Kvaliteta života u osoba s kroničnim bolestima vidno je narušena (133). Posljednjih dvadesetak godina ispitivanje kvalitete života čini važnu, a trebalo bi i neizostavnu, sastavnicu zdravstvenog nadzora i procjene, osobito u kroničnih bolesnika (117). Na temelju spomenutih istraživanja proizišli su različiti specifični programi i intervencije kojima je cilj edukacija i usmjeravanja osoba da preuzmu brigu o sebi i održavaju bolest pod kontrolom što u konačnici doprinosi podizanju kvalitete života i sprječavanju preuranjene smrti (132). Kronični tijek nije obilježje samo i isključivo tjelesnih oboljenja. Naprotiv, u današnje se

vrijeme bilježi stalan porast i relativno visoka prevalencija mentalnih poremećaja koji su obilježeni kroničnim tijekom (134). Zbog sveprisutnog društvenog etiketiranja, subjektivne patnje, lošijih ishoda tjelesnih bolesti osoba s mentalnim poremećajima u suvremenom društvu, fenomen kvalitete njihova života sve više dobiva na značenju (26) i ne predstavlja samo područje interesa psihijatarata i zdravstvenih radnika već i drugih segmenata društva koji (ne)izravno pružaju skrb osobama s mentalnim tegobama (135).

1.2.5. Instrumenti za mjerenje kvalitete života

Dostupne tehnike za procjenu kvalitete života uglavnom se temelje na instrumentima, tj. anketnim upitnicima, a vrjednuju se u okviru konteksta svojstvenog pojedinoj kulturi. Međutim, nije sigurno da je upitnik koji je valjan i primjenjiv za ispitanike jedne kulture valjan i primjenjiv za ispitanike druge kulture (136). Ako se uzme u obzir da trenutačno postoji više od tisuću upitnika za procjenu kvalitete života, onda je potpuno jasan značaj pravilnog odabira upitnika zbog specifičnosti bolesti i usporedivosti s drugim istraživanjima (137). Interpretacija mjera kvalitete života nije jednostavna zbog nedostatka „zlatnog standarda“, odnosno odgovarajuće mjerne jedinice koja omogućuje procjenu kvalitete života u određenom vremenu, populaciji i regiji (121). Zdravstveni djelatnici, osobito psiholozi, najčešće procjenjuju i mjere kvalitetu života iz perspektive povezanosti sa zdravljem. Takvi upitnici omogućuju ponovnu primjenu nakon određenog vremena radi utvrđivanja promjena stanja u bolesnika nakon primijenjenih zdravstvenih intervencija. Procjena kvalitete života iz perspektive zdravlja može se primijeniti na bilo koje zdravstveno stanje i procjenjuje funkcionalnu sposobnost, dobrobit i kvalitetu života pojedinca (135).

Instrumenti koji se primjenjuju za procjenu kvalitete života povezanu sa zdravljem najčešće se dijele u tri skupine (135). U prvu se skupinu svrstavaju opći upitnici koji obuhvaćaju više područja kvalitete života, a najčešće su višedimenzionalni. U toj su skupini najčešće upotrebljavani Upitnik za samoprocjenu zdravlja (SF-36, engl. *The Short Form-36 Health Survey*) (138), Kratak upitnik za samoprocjenu zdravlja 12 - pitanja (SF-12, engl. *12-item Short Form Health Survey*) (139), Profil učinka bolesti (SIP, engl. *Sickness Impact Profile*) (140) i Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL, engl. *The World Health Organization Quality of Life Instrument*) (111). Instrumenti u drugoj skupini dizajnirani su za procjenu utjecaja znakova i simptoma bolesti na kvalitetu života bolesnika, tj. vežu se uz točno određene bolesti (npr. maligne bolesti, dijabetes, kardiovaskularne bolesti, artritis, itd.).

Primjerice, Skala europske organizacije za liječenje oboljelih od karcinoma (EORTC QLQ-C30, engl. *European Organization for Research on Treatment of Cancer Questionnaire Core 30*) koristi se kod bolesnika koji su oboljeli od malignih bolesti (141), a kod bolesnika oboljelih od artritisa Skala za mjerenje utjecaja oboljenja od artritisa na kvalitetu života (AIMS, engl. *Arthritis Impact Measurement Scale*) (142). Treća su skupina instrumenti koji mjere pojedine domene kvalitete života. Takav je upitnik Beckov inventar depresivnosti (BDI, engl. *Beck Depression Inventory*) (143).

1.3. Bolesnici s mentalnim poremećajima

1.3.1. Definicija i pojavnost mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj

Narušeno mentalno zdravlje često se definira kao prisutnost psihopatološke simptomatologije, a takvo stanje implicira slabije sposobnosti kontrole osjećaja, misli, ponašanja i održavanja međuljudskih odnosa te se očituje kroz širok spektar stanja koja se nazivaju mentalne smetnje, poremećaji i bolesti (144). Mentalne se smetnje mogu definirati kao stanje napetosti i/ili osjećajne neugode, najčešće uzrokovane fiziološkim i/ili okolišnim promjenama koje se povremeno mogu javiti kod svih ljudi, ali ne uzrokuju trajne funkcionalne posljedice (145). Nadalje, mentalne se smetnje opisuju kao stanja i ponašanja pojedinca kojima su karakteristike značajnije emocionalne smetnje koje narušavaju stabilno i uspješno funkcioniranje pojedinca i njegovu kvalitetu života (145). Potrebno je naglasiti da termin mentalne smetnje nije istoznačnica s terminom mentalne bolesti jer mentalne su smetnje najčešće slabijeg intenziteta, kraćeg/ograničenog trajanja i najčešće se ne odražavaju na sve segmente života oboljele osobe. Mentalna bolest pak podrazumijeva daleko složenije simptome i znakove koji značajno, a nerijetko i trajno, narušavaju emocionalno, socijalno i kognitivno funkcioniranje oboljele osobe (145). Kada je riječ o mentalnim poremećajima, treba imati na umu da su to izuzetno nepovoljna i ozbiljna stanja koja ponekad imaju razoran učinak na oboljele i da je njihova simptomatologija često slična mentalnoj bolesti, ali najčešće ne utječu na sve aspekte života osobe niti ostavljaju trajne posljedice. Budući da se mentalni poremećaj i mentalna bolest manifestiraju sličnim znakovima i simptomima, potrebno je naglasiti glavnu razliku između mentalnog poremećaja i mentalne bolesti (145). Mentalne bolesti mogu svojim razornim karakterom, ekstremnim intenzitetom i dugim trajanjem nemilosrdno u potpunosti narušiti život oboljelog. Nadalje, mentalna bolest nerijetko ima ponavljajući karakter, tj. bolesnici imaju „mirna“ razdoblja takozvane remisije kada se znakovi i simptomi mentalne bolesti smiruju, da bi opet nakon

nekog vremena došlo do pogoršanja što najčešće primjećuju i osobe u okolini oboljelog (145). Mentalnim će se bolesnikom smatrati ona osoba kojoj je zbog voljnih/emocionalnih i/ili intelektualnih oštećenja prisutnih tijekom duljeg razdoblja narušeno osobno, interpersonalno, obiteljsko, socijalno i profesionalno funkcioniranje (135).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), točnije Odjel za mentalne poremećaje, sistematizirano prikuplja podatke koji omogućuju praćenje, prikazivanje i usporedbu pobola od mentalnih bolesti u RH. Kada je riječ o ukupnom opterećenju bolestima za RH, prema posljednjim objavljenim podacima, može se zaključiti da su mentalni poremećaji na četvrtom mjestu vodećih skupina, a prije njih samo su srčanožilne i maligne bolesti te ozljede (131). U skupini mentalnih poremećaja najveći udio opterećenja bilježe depresivni poremećaji (25,9 %), zatim poremećaji uzrokovani alkoholom (17,1 %) te anksiozni poremećaji (14,6 %) (131). Prema dostupnim podacima iz 2017. godine, udio mentalnih poremećaja na primarnoj razini zdravstvene zaštite bio je 4,2 % i nalazili su se na 13. mjestu evidentiranog pobola, s time da je 60 % dijagnosticirano u radno aktivnog stanovništva (20 – 64 godine). Udio od 5,9 % psihijatrijskih pregleda zabilježen je u specijalističko-konzilijarnoj djelatnosti, a od toga 76 % čine pregledi radno aktivnog stanovništva. Iste godine mentalni poremećaji s udjelom od 5,6 % nalazili su se na devetom mjestu ukupnog bolničkog pobola u RH, dok su u domeni radno aktivnog stanovništva mentalni poremećaji bili na četvrtom mjestu (131). Prema ukupnom broju dana bolničkog liječenja s udjelom od 15,4 %, bili su vodeća skupina. U ukupnom mortalitetu u RH mentalni poremećaji, koji su navedeni kao osnovni uzrok smrti, sudjeluju s 1,5 – 2 % (131).

Mentalni poremećaji imaju relativno visoku pojavnost nerijetko s početkom u mlađoj odrasloj dobi, često imaju kroničan tijek, značajno sudjeluju u korištenju zdravstvenih potencijala i smanjuju kvalitetu života oboljelih. Gotovo trećina osoba s mentalnim poremećajima liječi se cijeli život gdje prolazi različite zdravstvene tretmane (146). Mentalni poremećaji doprinose intenziviranju i komplikacijama različitih bolesti (147), češćem korištenju zdravstvenih usluga (148) te učestalijim izostancima s radnog mjesta čime opterećuju obiteljski proračun (149). Takve osobe često imaju i niža primanja, tj. niži socioekonomski status (25, 150 - 152) što je ujedno i čimbenik rizika za nižu razinu zdravstvene pismenosti (8, 31) pa se iz svega navedenog može zaključiti da su mentalni poremećaji prioritetan javnozdravstveni izazov i u RH i u svijetu (131).

1.3.2. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja

Kao što je ranije navedeno, mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja mogu se očitovati u neprimjerenom ili neočekivanom ponašanju, doživljavanju i mišljenju, kršenju kulturnih i društvenih normi, osobnoj patnji te raznim smetnjama funkcioniranja u socijalnoj, radnoj i obiteljskoj okolini (153), a moguće ih je klasificirati prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) (154). Takvom klasifikacijom poglavlju Mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F00 – F99) pripadaju sljedeće skupine kategorija dijagnoza:

- (F00 – F09) Organski i simptomatski mentalni poremećaji
- (F10 – F19) Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari
- (F20 – F29) Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja
- (F30 – F39) Poremećaji raspoloženja
- (F40 – F48) Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom
- (F50 – F59) Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike
- (F60 – F69) Poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odraslih
- (F70 – F79) Mentalna retardacija
- (F80 – F89) Poremećaji psihološkog razvoja
- (F90 – F98) Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji
- (F99) Neodređeni mentalni poremećaj (154).

1.3.3. Zdravstvena pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima

Pretpostavlja se da osobe s mentalnim poremećajima imaju nižu razinu zdravstvene pismenosti od mentalno zdravih osoba (102). Jedan od razloga pretpostavke jest i činjenica da osobe s mentalnim poremećajima imaju uglavnom niži socioekonomski status (150 - 152) koji se smatra značajnim čimbenikom rizika za nižu razinu zdravstvene pismenosti (8). Također, moguće je da kognitivno i/ili funkcionalno oštećenje koje ponekad prati mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja dodatno doprinosi nižoj razini zdravstvene pismenosti osoba s mentalnim poremećajima (155).

Pojedini su istraživači ispitivali zdravstvenu pismenost osoba oboljelih od mentalnih bolesti, a njihova su istraživanja uputila na različite i oprječne rezultate. Manji broj spomenutih istraživanja opisuje odgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti u većine ispitanika (146, 156), dok rezultati drugih istraživanja upozoravaju na značajno veći broj ispitanika s mentalnim poremećajima koji imaju nisku razinu zdravstvene pismenosti (80, 102, 157 - 161). Također, navedena istraživanja opisuju i povezanost između niske razine zdravstvene pismenosti i lošijih ishoda povezanih sa zdravljem. Takva su i slična istraživanja još uvijek rijetka i nedostatna, ali izrazito važna zbog činjenice da osobe s mentalnim poremećajima imaju značajnu potrebu za zdravstvenim uslugama (162, 163) kao i zbog evidentne povezanosti razine zdravstvene pismenosti i zdravstvenih ishoda koji čine bitnu sastavnicu koncepta kvalitete života osoba s mentalnim poteškoćama (80, 102, 146, 157 - 161). Gotovo trećina osoba s mentalnim poremećajima do kraja svoga života pristupa zdravstvenom sustavu i prolazi različite zdravstvene tretmane kada im je zdravstvena pismenost izrazito važna i nužna za razumijevanje zdravstvene terminologije i učinkovito korištenje zdravstvene zaštite (146).

Pregledom srodne stručne i znanstvene literature uočeno je da je, unatoč brojnim studijama o zdravstvenoj pismenosti u zdravoj i bolesnoj populaciji, još uvijek nedostatan broj studija koje ispituju izdvojeni doprinos koncepta zdravstvene pismenosti na kvalitetu života, a osobito kvalitetu života osoba s mentalnim poremećajima. Taj deficit može utjecati na globalno razumijevanje važnosti koncepta zdravstvene pismenosti osoba s mentalnim poteškoćama, primarno s aspekta njihove kvalitete života. Ovim se istraživanjem nastoji ispuniti taj nedostatak pružanjem rezultata koji će osigurati dublji uvid u doprinos zdravstvene pismenosti na ukupnu kvalitetu života osoba s mentalnim poremećajima. Upravo su navedene znanstvene činjenice kao i istraživačka pitanja i moguće dvojbe glavno polazište ovog istraživanja. U neposrednom procesu zdravstvene skrbi bolesnika s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja pravovremenom i učinkovitom procjenom njihove razine zdravstvene pismenosti zdravstveni djelatnici mogu dobiti vrlo korisne podatke i tako planirati i prilagoditi strategije komunikacije, edukacije i druge suportivne metode zdravstvene skrbi.

1.3.4. Kvaliteta života bolesnika s mentalnim poremećajima

S obzirom na to da je zdravstvena pismenost potvrđeno povezana sa zdravstvenim ponašanjem pojedinca i šire društvene zajednice (3, 8, 22 - 25), pretpostavlja se da koncept zdravstvene pismenosti ima bitan doprinos na zdravlje i ukupnu kvalitetu života osoba s mentalnim

poremećajima. Osobe s mentalnim poremećajima u odnosu na mentalno zdrave ljude imaju viši udio komorbiditeta i loših ishoda zbog tjelesnih bolesti što značajno narušava kvalitetu njihova funkcioniranja u zajednici (156). U mnogim zemljama incidencija samoubojstava kao indikator ugroze mentalnog zdravlja premašuje broj smrtno stradalih u prometu (131). Potrebno je naglasiti da osobe s mentalnim poteškoćama boluju i od somatskih bolesti kao i ostala populacija. Kod tih bolesnika njihova mentalna vulnerabilnost i mentalni poremećaji mogu intenzivirati reakciju na somatske simptome, negativno utjecati na brigu o sebi i vlastitoj bolesti te sposobnosti nošenja s bolesti, a sve se to može očitovati kroz osjećaj smanjenja energije, raspoloženja i kognitivnog kapaciteta uz osjećaj sramote i (samo)stigmatizacije (164). Na globalnoj je razini razvidno da se u bolesnika koji boluju od mentalnih poremećaja (primarno u bolesnika s depresijom) češće bilježe i drugi komorbiditeti kroničnog tijeka (165). Od komorbiditeta koji se pojavljuju u osoba s mentalnim poteškoćama treba posebno naglasiti dijabetes, pretilost i kardiovaskularne bolesti (166, 167) koji uzrokuju znatno veći morbiditet i mortalitet (168, 169) u toj već ugroženoj skupini bolesnika. Istraživači ističu da osobe s mentalnim bolestima imaju češće potrebu za korištenjem zdravstvenih usluga i lošiju kvalitetu medicinske skrbi (102, 152, 162, 170), a moguće je da tomu doprinosi i niska razina zdravstvene pismenosti što se najvjerojatnije odražava na sveukupnu kvalitetu života.

1.3.5. Zdravstvena njega bolesnika s mentalnim poremećajima – povijesni i teorijski okvir

Njega se bolesnika spominje još iz vremena postanka čovječanstva kada su opisani primjeri njege osoba zbog povreda nastalih tijekom lova na životinje, sukoba među plemenima, tijekom elementarnih nepogoda ili svakodnevnih borbi za opstanak (171). Nadalje se kroz povijest njega spominje kao djelatnost u crkvenim knjigama i drugim spisima kada su je najčešće provodile žene, majke, časne sestre itd. Njega se potom tijekom godina razvija kao djelatnost i vještina da bi krajem devetnaestog stoljeća postala znanstvenom disciplinom. U devetnaestom stoljeću, točnije 1860. godine Florence Nightingale britanska bolničarka i humanistica osniva školu za medicinske sestre u bolnici Sv. Tome u Londonu radi uvođenja profesionalnog sestriinstva (171). Osniva suvremeno sestriinstvo koje počiva na temeljima brige o bolesnim i nemoćnim osobama koja je usmjerena na potrebe pojedinca i njegovu zdravlju i blagostanju (172). I od tada pa sve do danas dolazi do širenja politika, okvira strategija i istraživanja koja su povezana sa zdravstvenom negom (173). Sestriinstvo se kroz povijest suočavalo s brojnim izazovima i

profiliralo se od jedne prethodno pomagačke profesije do sadašnje autonomne koje kao aktivni sudionik doprinose razvoju svih razina zdravstvenog sustava (174). Sestrinstvo se profiliralo kao struka unutar zdravstvenog sustava i šire čija je temeljna djelatnost zdravstvena njega. Zdravstvena njega prati i prilagođava se promjenama u području vještina, znanja i edukacije, a tako se s vremenom mijenjaju i teorije i definicije zdravstvene njege. Mnogo teoretičarki poput Virginie Hendreson, Nancy Roper, Dorothy E. Johnson i Calliste Roy potiču holistički pristup za identifikaciju i rješavanje problema vezanih uz bolesnikove potrebe (175) jer bolesnici žele da ih se vidi i tretira kao osobe, a ne dijagnozu (176). Svaka je teorija zdravstvene njege u svom nastanku rezultat doprinosa različitih čimbenika poput elementa vremena i kulture naroda, razine obrazovanja, stajališta i iskustva pojedinih autora (177). Florence Nightingale opisuje zdravstvenu njegu u kontekstu stvaranja najboljih mogućih uvjeta da bi se omogućilo djelovanje prirodnih sila. Ernestine Wiedenbach temelji zdravstvenu njegu na znanju i suosjećanju u pomoći pojedincima i obitelji kojima je pomoć potrebna. Dorothy E. Johnson smatra da se zdravstvenom njegom utječe na poticanje i održavanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja (177, 178). Virginia Henderson svoju teoriju temelji na Maslowljevoj teoriji motivacije i nudi jasnu ulogu medicinske sestre s aspekta pomoći zdravom i bolesnom pojedincu (179). Odnosi se na osnovnih 14 ljudskih potreba koje osoba treba zadovoljiti da bi mogla normalno funkcionirati i na kojima se temelji sadašnji proces zdravstvene njege. Dorothea Elizabeth Orem smatra da je pomoć medicinske sestre potrebna pacijentima u cilju razvijanja njihove samostalnosti i održavanja ravnoteže između njihovih potreba i mogućnosti koje moraju zadovoljiti da bi održavali zdravlje i najviše razine kvalitete života (177, 178). Model samopomoći Dorothee E. Orem pruža smjernice za planiranje i primjenu temeljnih načela učinkovite samopomoći pojedinaca (180). Međunarodni savjet medicinskih sestara (ICN, engl. *International Council of Nurses*) zdravstvenu njegu opisuje kao zbrinjavanje osoba svih dobnih skupina, obitelji kao i cjelokupne zajednice zdravih i bolesnih osoba u različitim okruženjima (181).

Teorija zdravstvene njege Hildegard Peplau najbolje opisuje sestrinsku skrb psihijatrijskih bolesnika (182, 183). Teoretičarka definira model interpersonalnih odnosa kojemu je temelj psihodinamski koncept primjenjujući načela ljudskih odnosa i naglašavajući da je ključan odnos medicinske sestre i bolesnika. Pomoć pri rješavanju mentalno-zdravstvenih problema putem terapijskog odnosa i komunikacije glavna je intervencija, ali i poslanje psihijatrijskog sestrinstva. Promatra zdravstvenu njegu kao interpersonalni proces, terapijski i edukativni

instrument koji djeluje suradnički s drugima kako bi se postiglo zdravlje bolesnika (182, 183). U okviru discipline psihijatrije postojala je evidentna potreba za poboljšanjem sveukupne zdravstvene skrbi psihijatrijskih bolesnika. Krajem 19. stoljeća naglašava se izričita potreba da psihijatrijsko sestrinstvo postane prepoznatljivo kao struka/profesija, a psihijatrijske medicinske sestre ravnopravni članovi tima (57). Domaća literatura od prije petnaestak godina navodi da tada nije bio jasno definiran pojam i značenje psihijatrijskog sestrinstva i psihijatrijske zdravstvene njege (184). Međutim, jasno je bilo definirano da su medicinske sestre koje rade na psihijatriji dio interdisciplinarnog tima koji nastoji pružiti bolesniku najkvalitetniju zdravstvenu skrb (185). Od 2009. godine u RH temeljem Pravilnika o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara-medicinskih tehničara omogućeno je specijalističko usavršavanje medicinskih sestara u psihijatrijskoj djelatnosti kada medicinske sestre/tehničari usvajaju specifična znanja i vještine te napredna načela psihijatrijske zdravstvene njege (186). Temeljem navedenog pravilnika započela je i formalna stručna specijalistička izobrazba medicinskih sestara/tehničara iz područja psihijatrijske djelatnosti. Psihijatrijske sestre stječu kompetencije zdravstvene njege osoba s mentalnim poteškoćama koje su cjelovite individue sa svojim tjelesnim, emocionalnim, socijalnim i duhovnim dimenzijama, ali, nažalost, često su predmetom predrasuda i stereotipiziranja (187). Osobama s mentalnim poteškoćama potrebno je pristupiti holistički i poštovati jedinstvenost njihova ljudskoga bića, uvažavati njihovu privatnost, razvijati partnerski odnos i terapijsku komunikaciju, bezuvjetno ih prihvatiti i uključiti u proces zdravstvene njege. Bitno je naglašavanje i uvažavanje njihovih sposobnosti, potencijala i jakih strana te im pomoći pri prilagodbi, liječenju i prihvaćanju novonastalih stanja (183).

1.3.6. Komunikacija s bolesnikom s mentalnim poremećajima

Komunikacija je jedan od najvažnijih aspekata pružanja zdravstvene skrbi bolesnicima s mentalnim poremećajima. Stoga je izrazito važno posjedovati specifična znanja i komunikacijske vještine u radu s osobama kojima su dijagnosticirani mentalni poremećaji. Dakle, komunikacijska je kompetentnost medicinskih sestara ključna za razvoj i održavanje pomoćnih odnosa, uz druge nužne sastavnice humane skrbi kao što su empatija, međusobno uvažavanje, povjerenje, suradnja, profesionalnost i etičnost zdravstvenog tima (188). U komunikaciji s bolesnicima s mentalnim poremećajima potrebno je izbjegavati sarkazam, parcijalnost, proturječje, kritiziranje, moraliziranje, ismijavanje, postidivanje, prijetnje i

optužbe te „držanje lekcija“ jer sve navedeno negativno utječe ili čak potpuno blokira komunikaciju (57). Poznavanje verbalnih i neverbalnih sastavnica komunikacije i načela holističkog pristupa u zdravstvenoj skrbi bolesnika s mentalnim poremećajima ne predstavlja samo preduvjet dobre komunikacije, već značajno doprinosi prepoznavanju mogućih patoloških simptoma ili sindroma (189). Neverbalna je komunikacija vrlo često pravovremen i koristan signal za pripremu intervencija ublažavanja i sprječavanja nepoželjnog ponašanja (190). Primjerice osoba koja uzbuđeno hoda i pritom ima stisnute šake te namrgođen i ljut izraz lica daje naslutiti da bi možda u sljedećem trenutku mogla postati verbalno ili fizički agresivna što nameće potrebu za intervencijama spomenutih metoda ublažavanja (190). U procesu komunikacije moguće je identificirati nekoliko funkcija neverbalne komunikacije kao što su izražavanje emocija i odnosa prema drugima te predstavljanje sebe i praćenje govora (191). Potrebno je istaknuti da je neverbalna komunikacija najmoćniji i najučestaliji način komunikacije (190). Važno je obratiti pozornost na tu činjenicu, osobito pri radu s oboljelim od mentalnih poremećaja. Za uspješnu komunikaciju s osobama koje boluju od mentalnih poremećaja ključne su sljedeće specifične odrednice i sposobnosti zdravstvenih profesionalaca: empatija, stjecanje povjerenja, suradnja, profesionalnost, pojedinačan pristup uz stalnu dostupnost, pozitivna egzistencijalna pozicija i etika (189). Važno je naglasiti da bolesnici u pojedinim situacijama daju prednost komunikaciji s liječnikom, radnim terapeutom ili medicinskom sestrom. Takav se odabir bolesnika ne bi trebao doživljavati kao poraz, ali ni kao pobjedu jer bolesnik treba biti u fokusu interesa i subjektom zdravstvene skrbi (188). Tako zdravstveni djelatnik dobiva priliku razvijanja odnosa povjerenja osiguravajući svakom bolesniku potporu, prihvaćenost, savjete, uvjete za mijenjanje ponašanja i stavova u pozitivnom smjeru što podrazumijeva osnovu terapijske komunikacije (184, 189). Ribarić i Vidoši smatraju da zdravstveni djelatnici moraju stalno nadograđivati i unaprjeđivati sljedeće vještine terapijske komunikacije (189):

- smanjenje napetosti i anksioznosti postiže se omogućavanjem bolesniku da pokazuje svoje probleme koliko on želi i kojom brzinom njemu odgovara i nikako odmah ne inzistirati na temama koje mu izazivaju nelagodu i anksioznost;
- postavljanje otvorenih pitanja jer ona zahtijevaju proširen odgovor;
- traženje pojašnjenja i poticanje odgovora kod općenitih izjava (npr. kod bolesnikove izjave „*Mene nitko ne voli*“ odgovoriti upitom: „*Na koga ste mislili kada kažete da Vas nitko ne voli ?*“);

- poticanje konfrontacije kada se bolesnika upućuje na nelogične tvrdnje (npr. izjava „*Govorite kako ste dobro, a izgledate tužni*“);
- procjena razumijevanja onoga što je bolesnik izrekao, provjera što bolesnik želi poručiti, što se pod time podrazumijeva, što je mislio i je li to ono kako smo mi shvatili;
- empatijsko razumijevanje i usmjeravanje bolesnika na njegovo viđenje problema i kojim ga načinom želi rješavati;
- intervencije u okolini u svrhu osiguravanja privatnosti za vrijeme razgovora;
- orijentacija na ovdje i sada te usmjeravanje razgovora na trenutačne osjećaje i neposredne događaje;
- davanje informacija koje će bolesniku pomoći u poželjnom pogledu i reagiranju na određene situacije;
- vođenje razgovora u svrhu pomoći bolesniku u detaljnom opisu događaja i njegovih osjećaja (npr. pitanje: „*Recite mi nešto više kako se osjećate u vezi s...*“);
- metoda reflektiranja/zrcaljenja u svrhu osiguravanja povratne informacije o njegovu ponašanju (npr. izjava: „*Djelujete mi jako ljuto*“);
- orijentacija na stvarnost i ispravak nerealnih percepcija bolesnika (npr. izjava: „*To nije sirena, to je pas*“);
- kognitivno restrukturiranje u svrhu pomoći bolesniku u orijentaciji na pozitivne ishode, jačanju bolesnikova samopouzdanja i unaprjeđenju pozitivne slike o sebi;
- izražavanje dvojbe u svrhu informiranja bolesnika o tome da drugi ljudi, računajući i zdravstveno osoblje, ne vide događaje takvim kakvima ih on vidi;
- verbalizacija naznačenog, kada je potrebno izravno reći bolesniku (npr. izjava: „*Kažete da ste ljuti na sve oko sebe, jeste li ljuti i na mene?*“);
- sažimanje izrečenih ideja i osjećaja radi potvrde i njihova boljeg razumijevanja kao i odnosa među njima (188).

Kvalitetna komunikacija s osobama koje boluju od mentalnih poremećaja doprinosi pozitivnom ozračju i osjećaju ugone kada se postiže dodatna motiviranost bolesnika za aktivno sudjelovanje u zdravstvenoj skrbi te u konačnici olakšava i poboljšava cjelokupan proces liječenja i zdravstvene njege (188).

2. HIPOTEZA

Zdravstvena je pismenost povezana s kvaliteto života i doprinosi ukupnoj kvaliteti života bolesnika oboljelih od mentalnih poremećaja. Zdravstveno pismeni ispitanici samoprocjenjuju kvalitetu svojega života boljom u odnosu na zdravstveno nepismene ispitanike.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni je cilj istraživanja dobiti uvid u zdravstvenu pismenost i razinu kvalitete života bolesnika oboljelih od mentalnih poremećaja te utvrditi povezanost i doprinos zdravstvene pismenosti razini kvalitete njihova života.

Posebni su ciljevi istraživanja bili:

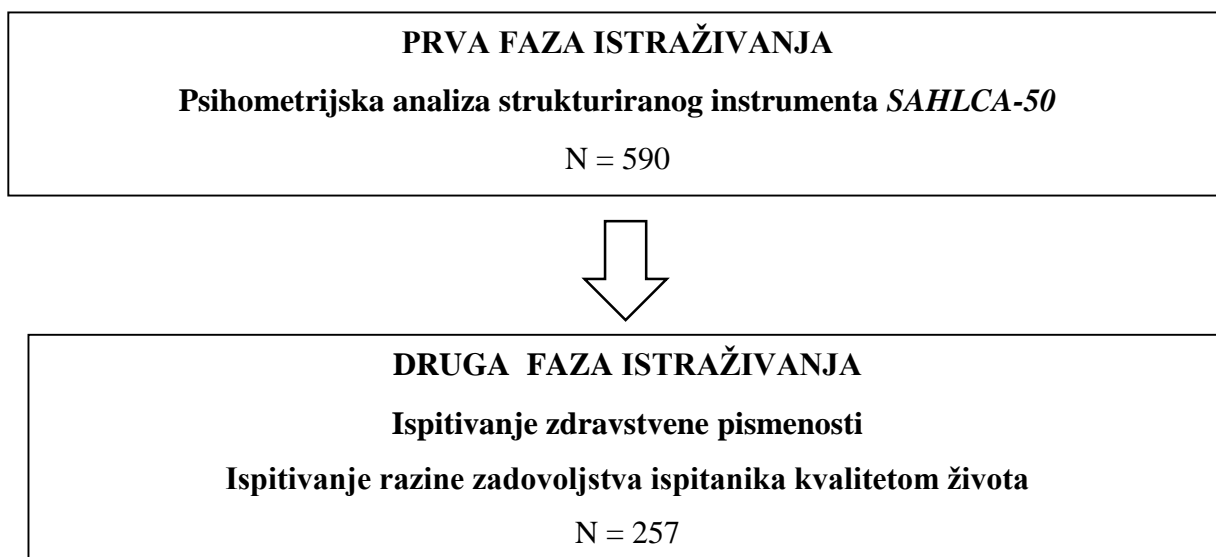
- psihometrijski analizirati strukturirani instrument *Short Assessment of Health Literacy for Croatian Adults (SAHLCA-50)* za ispitivanje zdravstvene pismenosti
- ispitati zdravstvenu pismenost osoba s mentalnim poremećajima
- ispitati samoprocijenjenu razinu zadovoljstva osoba s mentalnim poremećajima kvalitetom života
- ispitati postoje li razlike u zdravstvenoj pismenosti osoba s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja (dob, spol, razinu obrazovanja, bračno stanje, mjesto stanovanja i postavljenu dijagnozu mentalnog poremećaja)
- ispitati postoje li razlike u samoprocjeni kvalitete života ispitanika s obzirom na opća obilježja (dob, spol, razinu obrazovanja, bračno stanje, mjesto stanovanja i postavljenu dijagnozu mentalnog poremećaja)
- ispitati postoji li povezanost zdravstvene pismenosti i kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima
- ispitati doprinos zdravstvene pismenosti u objašnjenju ukupne kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima .

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno u dvjema fazama:

- Prva je pripremna faza istraživanja provedena od travnja do prosinca 2018. godine u svrhu ispitivanja psihometrijskih svojstava hrvatske inačice strukturiranog instrumenta *SAHLCA-50* za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti (100).
- Druga je faza istraživanja provedena tijekom prosinca 2021. godine te siječnja i veljače 2022. godine u svrhu ispitivanja zdravstvene pismenosti i razine zadovoljstva ispitanika kvalitetom života (Slika 4.1.).



Slika 4.1. Slijed istraživanja

Tijekom prve faze provedeno je presječno, prospektivno istraživanje u Kliničkom bolničkom centru Osijek (KBC Osijek), Općoj županijskoj bolnici Požega (OŽB Požega), Općoj županijskoj bolnici Našice (OŽB Našice), Općoj županijskoj bolnici Pakrac i Bolnici hrvatskih veterana (OŽB Pakrac i Bolnica hrvatskih veterana) (100).

Tijekom druge faze provedeno je presječno, prospektivno istraživanje na klinikama/odjelima za psihijatriju u četirima zdravstvenim ustanovama u RH: KBC Osijek, OŽB Našice, OŽB Požega i Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod (OB „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod). Primijenjen je kvantitativni istraživački pristup. Kriteriji su odabira ispitivanih zdravstvenih institucija bili:

- bolničke ustanove u trima hrvatskim županijama (Osječko-baranjska, Brodsko-posavska, Požeško-slavonska);
- bolničke ustanove koje u svojem sastavu imaju odjel za psihijatriju koji zbrinjava osobe s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja (ambulanta, dnevna bolnica, hospitalizacija u stacionarnom odjelu);
- dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju (pisana dopuštenja etičkih povjerenstava ispitivanih zdravstvenih ustanova).

4.2. Ispitanici

U prvoj, pripremnoj, fazi istraživanja, u kojoj je rađena psihometrijska analiza strukturiranog instrumenta *SAHLCA-50* za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti, dobrovoljno je sudjelovalo ukupno 590 ispitanika (100). Ispitanici su bili osobe koje su u vrijeme trajanja istraživanja u četirima ispitivanim zdravstvenim ustanovama (KBC Osijek, OŽB Našice, OŽB Požega, OŽB Pakrac, Bolnica hrvatskih veterana) bili pacijenti, pratnja pacijentima, posjetitelji pacijentima, nezdravstveni (*outsourcing*) djelatnici ispitivanih ustanova, prijevoznici i službeni dostavljači u ispitivanim ustanovama. U istraživanje nisu bili uključeni zdravstveni djelatnici navedenih ustanova. Istraživanje su provodile prethodno educirane osobe.

Kriteriji su uključivanja ispitanika u prvoj fazi istraživanja bili:

- ispitanici stariji od 18 godina
- ispitanici razumiju i govore hrvatski jezik
- dobrovoljno sudjelovanje ispitanika u istraživanju.

Isključni su kriteriji ispitanika u prvoj fazi istraživanja bili:

- simptomi i znakovi kognitivnih oštećenja
- problemi s vidom i/ili sluhom koji se ne mogu ispraviti pomagalima (naočale, slušni aparat i sl.)
- ispitanici pod utjecajem alkohola ili opojnih sredstava.

Kriteriji su uključivanja i isključivanja ispitanika u prvoj fazi pripreme instrumenta za istraživanje definirani prema preporukama autora originalne inačice *SAHLSA-50* instrumenta (95).

U drugoj je fazi istraživanja sudjelovalo ukupno 257 ispitanika. Ispitanici su u ovoj fazi istraživanja bili bolesnici koji su se liječili/zbrinjavali u ambulantama, dnevnim bolnicama ili su bili hospitalizirani na odjelima psihijatrije ispitivanih četiriju bolničkih ustanova (KBC Osijek, OŽB Našice, OŽB Požega i OB „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod).

Kriteriji su uključivanja ispitanika u drugoj fazi istraživanja bili:

- ispitanici stariji od 18 godina
- ispitanici razumiju i govore hrvatski jezik
- bolesnici koji se liječe/zbrinjavaju u ambulantama, dnevnim bolnicama ili su hospitalizirani na odjelima psihijatrije ispitivanih zdravstvenih ustanova
- dobrovoljno sudjelovanje ispitanika u istraživanju.

Isključni su kriteriji ispitanika u drugoj fazi istraživanja bili:

- simptomi i znakovi kognitivnih oštećenja
- problemi s vidom i/ili sluhom koji se ne mogu ispraviti pomagalima (naočale, slušni aparat i sl.)
- postavljene medicinske dijagnoze prema MKB 10 od F00 do F04, F06, F07, te od F70 do F79 (poglavlje *Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja*) (154).

U svrhu izračuna odgovarajućeg broja ispitanika primijenjene su statističke metode kako slijedi: za uočavanje srednjeg efekta ($d = 0,5$) u razlici numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina (spol, mjesto stanovanja), uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,80, minimalna potrebna veličina uzorka 128 ispitanika. Za uočavanje srednjeg efekta ($f = 0,25$) između četiriju nezavisnih skupina (dob, bračno stanje) uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,85, minimalna je potrebna veličina uzorka 180 ispitanika, a za uočavanje srednjeg efekta ($f = 0,25$) u razlici numeričkih varijabli između pet skupina (razina obrazovanja, dijagnoze), uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,80, minimalna je potrebna veličina uzorka 200 ispitanika. Za regresijsku analizu minimalna potrebna veličina uzorka uz snagu testa od 95 % jest 105 ispitanika. Zaključno, uz dodatno 10 % ispitanika (zbog mogućeg osipanja) minimalna je veličina uzorka u istraživanju 220 ispitanika (G*Power inačica 3.1.2).

4.3. Metode

4.3.1. Psihometrijska analiza SAHLCA-50 testa

U prvoj, pripremnoj fazi istraživanja rađena je psihometrijska analiza prethodno na hrvatski jezik lingvistički validiranog instrumenta *SAHLSA-50* za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti, uz prethodno dopuštenje autora prevedene skale (99). Također, dopuštenje za psihometrijsku analizu te dodatne upute za uporabu instrumenta dobiveno je od autora izvorne španjolske inačice *SAHLSA-50* testa (95). Nakon provedene psihometrijske analize uz preporuke i suglasnost autora izvornog instrumenta, strukturirani se instrument imenuje Short Assessment of Health Literacy for Croatian Adults (*SAHLCA-50*).

Rezultati su psihometrijske analize uputili da *SAHLCA-50* test ima dobre psihometrijske odrednice i visoku razinu pouzdanosti unutarnje konzistencije (100) koja je u skladu s rezultatima autora izvornog *SAHLSA-50* testa (95). Cronbach alfa koeficijent za hrvatsku inačicu *SAHLCA-50* iznosio je 0,91 (Tablica 4.1).

Tablica 4.1. Pouzdanost hrvatske inačice *SAHLCA-50* testa i osnovne karakteristike distribucije primijenjenih testova (N = 590)

Test	Aritmetička sredina	SD	Raspon	Asimetrija	α^*
SAHLCA-50	41,58	7,23	6 – 50	-1,61	0,91
NVS	3,29	2,02	0 – 6	-0,16	0,78
SHC	63,8	16,01	29 – 116	0,48	0,90
SWLS	24,12	6,46	5 – 35	-0,46	0,84

* α – koeficijent pouzdanosti *Cronbach's alpha*; SD – standardna devijacija

Rezultati korelacija *SAHLCA-50* s ostalim primijenjenim testovima potvrđuju konkurentnu i konvergentnu valjanost *SAHLCA-50* (100) (Tablica 4.2.).

Tablica 4.2. Konkurentna i konvergentna valjanost *SAHLCA-50* testa (korelacije testova)

Test	SAHLCA-50	NVS-HR	SHC	SWLS
SAHLCA-50	1	0,46**	-0,12**	0,07
NVS		1	-0,17**	0,13**
SHC			1	-0,24**
SWLS				1

** $P < 0.01$; * $P < 0.05$

Instrument *SAHLCA-50* pokazuje karakteristike stabilnog i pouzdanog instrumenta za procjenu i usporedbu funkcionalne zdravstvene pismenosti u svim područjima i na svim razinama zdravstvenog sustava u RH (100).

4.3.2. Instrumenti

Prva faza istraživanja

U prvoj fazi istraživanja kao instrument upotrijebljen je anonimni anketni upitnik koji se sastojao od ukupno 96 pitanja raspoređenih u pet dijelova upitnika (Prilog 1). Prvi je dio upitnika bio prethodno lingvistički validiran instrument na hrvatski jezik *SAHLSA-50* (99) i

sastojao se od pedeset pitanja. Osnovne su psihometrijske odrednice instrumenta *SAHLCA-50* prikazane i opisane u odjeljku „Psihometrijska analiza *SAHLCA-50* testa“, dok su detaljni rezultati psihometrijske analize opisani u publiciranoj studiji (100). Drugi je dio upitnika bio *NVS-HR* (101) i sastojao se od ukupno sedam pitanja u svrhu provjere konkurentne valjanosti *SAHLCA-50* testa. Treći je dio upitnika sadržavao pet pitanja o demografskim odrednicama/obilježjima ispitanika (dob, spol, razina obrazovanja, bračni status i mjesto stanovanja). Četvrti je dio upitnika bila hrvatska inačica instrumenta *Upitnika tjelesnih simptoma* (SHC, engl. *Subjective Health Complaints*) (192) za provjeru konvergentne valjanosti *SAHLCA-50* skale i sadržavao je dvadeset i devet pitanja. Peti je dio upitnika bila hrvatska inačica *Skale zadovoljstva životom* (SWLS, engl. *Satisfaction with Life Scale*) (193) s pet pitanja u svrhu provjere konvergentne valjanosti *SAHLCA-50* skale. U prva je dva dijela upitnika istraživač bilježio odgovore ispitanika, a u ostalim su dijelovima upitnika ispitanici samostalno bilježili svoje odgovore metodom olovka – papir.

Druga faza istraživanja

U drugoj je istraživačkoj fazi primijenjen instrument anonimni anketni upitnik sastavljen od triju dijelova (95 pitanja) (Prilog 2).

Prvi je dio upitnika bila prethodno psihometrijski analizirana i potvrđena hrvatska inačica testa funkcionalne zdravstvene pismenosti *SAHLCA-50* (100). U prvom su dijelu *SAHLCA-50* upitnika istraživači prikupljali podatke provodeći testiranje sa svakim ispitanikom pojedinačno ("licem u lice"), osiguravajući stalnu privatnost i anonimnost svakog ispitanika. *SAHLCA-50* test se sastoji od pedeset plastificiranih kartica A4 formata (primjer jedne kartice u Prilogu 3). Na svakoj se plastificiranoj kartici nalazi jedna glavna/matična riječ, a ispod nje pridružena dva pojma/odgovora i treći ponuđeni pojam „ne znam“. Istraživač je ispitaniku dao plastificiranu karticu *SAHLCA-50* testa i zamolio ga da naglas pročita matičnu riječ, nakon čega istraživač čita ponuđene pojmove. Nakon što ispitanik razmisli, naglas izgovara pojam/odgovor za koji smatra da najviše odgovara matičnoj riječi ili se odlučuje za odgovor „ne znam“. Istraživač bilježi odgovor na anketnom upitniku sa znakom „X“. Ispitanik na opisan način odgovara redosljedom na svih pedeset plastificiranih kartica/matičnih riječi. Ispitanik tako izražava svoju funkcionalnu zdravstvenu pismenost (matična riječ koju pročita pokazuje opću pismenost, pridružujući pojam/odgovor koji najviše odgovara matičnoj riječi dokazuje razumijevanje). Prema Placento i sur., zdravstveno nepismenim ispitanikom smatra se ispitanik čiji je rezultat točnih pridruživanja pojmove s matičnom riječi bio manji ili jednak 42 boda (100). Vrijeme za odgovaranje ispitanicima nije bilo ograničeno. Prosječno je trajanje *SAHLCA-50* testiranja

iznosilo pet minuta što je u skladu s preporukama i iskustvima autora originalne inačice SAHLSA-50 koji opisuju vrijeme testiranja od tri do šest minuta (95).

Drugi je dio instrumenta sadržavao devet pitanja o demografskim odrednicama i obilježjima ispitanika (dob, spol, bračni status, razina obrazovanja, mjesto stanovanja, ekonomski status, istodobna pojava dviju ili više bolesti (komorbiditeti), medicinska dijagnoza, trajanje bolesti) na koja su ispitanici odgovarali samostalno primjenom metode olovka – papir.

Treći je dio instrumenta bio hrvatska inačica upitnika za procjenu kvalitete života vezane uz zdravlje *SF-36* i sadržavao je ukupno 36 pitanja (194). Upitnik je inače slobodan za preuzimanje i primjenu u istraživačke svrhe te je pouzdan, valjan i primjenjiv za ispitivanje specifičnih domena kvalitete života osoba, uključujući i bolesnike s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja (195, 196). Navedenim je upitnikom ispitana samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika bolesnika s mentalnim poremećajima. Upitnik *SF-36* teorijski je utemeljen i validiran instrument koji omogućava operacionalizaciju dvaju generalnih koncepata/domena zdravlja (tjelesno i mentalno) i njihovih dviju općih manifestacija: funkcioniranje i dobrobit. Upitnik uključuje pitanja višestrukog izbora (tri do šest ponuđenih odgovora).

Rezultati se izražavaju u osam dimenzija zdravlja, a one čine profil zdravstvenog statusa:

- tjelesno funkcioniranje (10 pitanja)
- ograničenje zbog tjelesnih teškoća (4 pitanja)
- tjelesni bolovi (2 pitanja)
- percepcija općeg zdravlja (5 pitanja)
- vitalnost i energija (4 pitanja)
- socijalno funkcioniranje (2 pitanja)
- ograničenje zbog emocionalnih teškoća (3 pitanja)
- psihičko zdravlje (5 pitanja).

Domena tjelesnog zdravlja uključuje četiri dimenzije: a) tjelesno funkcioniranje, b) ograničenje zbog tjelesnih teškoća, c) tjelesne bolove i d) percepciju općeg zdravlja. Domena mentalnog zdravlja uključuje sljedeće četiri dimenzije: a) vitalnost i energija, b) socijalno funkcioniranje, c) ograničenje zbog emocionalnih teškoća i d) psihičko zdravlje. Pojedinačni se odgovori na svako pitanje boduju različito. Odgovori se ponderiraju prema utvrđenim istraživačkim normama i u skladu s dijagnostičkim vrijednostima pojedinog odgovora ispitanika (197). Pitanje koje se odnosi na promjene u zdravlju prikazuje se odvojeno, distribucijom frekvencija.

Osim toga, pojedine dimenzije zdravlja obuhvaćene su različitim brojem pitanja. Navedeni je broj usklađen sa psihometrijskim kriterijima valjanosti i pouzdanosti upitnika. Svaki broj bodova zabilježen u pojedinoj dimenziji upitnika transformira se u standardne vrijednosti i baždaren je na jedinstvenu skalu čiji je teorijski minimum jednak 0, a maksimum 100 bodova. Veći zbroj bodova predstavlja bolju kvalitetu života. Naveden način bodovanja osigurava kvantitativnu usporedbu različitih iskaza zdravlja mjerenih instrumentom te validaciju izmjerene razine zadovoljstva i diferencijaciju ispitivanih dimenzija zdravlja (197). Važno je napomenuti da se većina pitanja temelji na samoprocjeni zdravstvenog statusa u posljednja četiri tjedna. Tako se nastoji postići što manji utjecaj raznih trenutačnih okolnosti poput kratkotrajnih akutnih zdravstvenih problema ili trenutačnog raspoloženja koji mogu utjecati na odgovore ispitanika. Upitnik *SF-36* može se koristiti u općoj populaciji, ali se koristi i kod bolesnika s mentalnim poremećajima, a pogodan je za dugotrajno praćenje funkcioniranja bolesnika s primarnim mentalnim poremećajima (196). Metodološka utemeljenost koja prati razvoj *SF-36* upitnika, njegova pozitivna međunarodna reputacija (198) i psihometrijska potvrda (194) razlozi su za odabir i primjenu toga upitnika u ovom istraživanju. Također, instrument je primijenjen jer mjeri kvalitetu života primarno vezanu uz zdravlje, a drugi instrumenti mjere pretežito opće zadovoljstvo životom. Nadalje, upitnik sadrži lako razumljiva i vrlo pristupačna pitanja kojima je omogućena njegova primjena u istraživanjima neovisno o obrazovnoj razini ispitanika i njihovu sociokulturnom statusu. Odgovaranje na postavljena pitanja u prosjeku traje od 10 do 20 minuta što ne opterećuje ispitanika i ne uzrokuje njihovu nezainteresiranost (199).

Ispitanici su anketni upitnik ispunjavali u ambulantama i odjelima psihijatrije navedenih istraživanih zdravstvenih ustanova uz osiguranu privatnost ispitanika. Istraživač je prije samog uključivanja ispitanika u istraživanje detaljno objasnio ispitanicima svrhu istraživanja, etička pitanja i pojedinosti o ispunjavanju upitnika. Svaki je ispitanik vlastoručnim potpisom dao suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Ispitanici su se imali pravo povući prije i tijekom popunjavanja upitnika. Anonimnost je ispitanika prije, tijekom i nakon istraživanja zajamčena.

Tijekom istraživanja podatci su prikupljeni metodom anonimne ankete. Ispitanike je uglavnom anketirao istraživač (doktorski kandidat) i pet educiranih suradnika istraživača. Kriteriji odabira suradnika bili su: završen minimalno preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva, najmanje pet godina radnog iskustva u radu s bolesnicima s mentalnim poremećajima, rad u ispitivanim institucijama u ambulantama i/ili odjelima koji zbrinjavaju bolesnike s mentalnim poremećajima u vrijeme provođenja istraživanja, završena edukacija o načinu primjene

istraživačkih instrumenata i načinu prikupljanja podataka/komuniciranja s ispitanicima koju je provodio glavni istraživač (doktorski kandidat), dobrovoljno sudjelovanje u edukaciji i istraživanju u ulozi suradnika.

4.4. Statističke metode

U pripremnoj istraživačkoj fazi provedena je psihometrijska analiza lingvistički validiranog i prilagođenog SAHLCA-50 testa na hrvatski jezik (99). Provedena je konfirmatorna čimbenična analiza i metoda maksimalne vjerojatnosti za provjeru uklapanja jednočimbeničnog modela (100) opisanog u izvornom instrumentu (95) radi provjere i potvrde čimbenične strukture instrumenta SAHLCA-50 na hrvatskom uzorku. Za određivanje optimalne granične vrijednosti SAHLCA-50 testa za kategorije zdravstveno pismen/nepismen upotrijebljena je krivulja radne karakteristike prijavnika (ROC). Područje ispod krivulje (AUC) i 95 % intervali pouzdanosti, osjetljivosti i specifičnosti izraženi su za cijeli uzorak. Pouzdanost tipa interne konzistencije izračunata je pomoću Cronbachova alfa koeficijenta. Pearsonov koeficijent korelacije upotrijebljen je za ispitivanje korelacije dobivenih rezultata i u svrhu provjere konvergentne i divergentne valjanosti (100). Analiza prikupljenih podataka provedena je pomoću statističkog paketa IBM SPSS (Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Ovdje su prikazane osnovne statističke metode koje su upotrijebljene za psihometrijsku analizu instrumenta SAHLCA-50, a detaljno su opisane u publiciranoj studiji (100).

U glavnoj istraživačkoj fazi kategorijski su podatci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike kategorijskih varijabli ispitane su χ^2 testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli ispitana je Shapiro-Wilkovim testom. Numerički su podatci opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kontinuiranih varijabli između dviju nezavisnih skupina ispitane su Mann-Whitneyjevim U testom (Hodges Lehmannova razlika s pripadnim 95% intervalom pouzdanosti razlike). Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli za više od dvije nezavisne skupine ispitane su Kruskal-Wallisovim testom (Post hoc Conover). Logističkom regresijom (bivarijatnom i multivarijatnom – *stepwise metoda*) ocijenio se utjecaj više čimbenika na vjerojatnost da će bolesnici s mentalnim poremećajima ocijeniti svoju kvalitetu života lošijom. Sve su *P* vrijednosti dvostrane. Razina je značajnosti postavljena na Alpha = 0,05. Za statističku analizu upotrijebljen je statistički program MedCalc® Statistical Software version 20.111 (*MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2022*) i IBM SPSS Statistics 23 (*IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.*)

4.5. Etička načela

Ovo je istraživanje odobreno na temelju suglasnosti Etičkog povjerenstva OŽB Našice (01-665/2-2021), Etičkog povjerenstva OŽB Požega (02-7/4-4/1-2-2021), Etičkog povjerenstva OB „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod (29.10.2021.) i Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara-tehničara za zdravstvenu njegu KBC-a Osijek (R1-14029-2/2021). Dobiveno je pozitivno mišljenje i suglasnost Etičkog povjerenstva Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku Medicinskog fakulteta Osijek o predloženom istraživanju (KLASA:602-04/21-08/07; URBROJ: 2158-61-07-21-185). Tijekom istraživanja poštivala su se sva etička načela i ljudska prava u biomedicinskom istraživanju u području biomedicine i zdravstva uključujući standarde korištenja postupaka u znanstvenim istraživanjima. Ispitanici su bili obaviješteni o cilju istraživanja, dobili su pisanu obavijest za ispitanike, izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje, dobrovoljno su pristali sudjelovati u njemu što su potvrdili svojim potpisom.

5. REZULTATI

5.1. Obilježja ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 257 ispitanika, bolesnika s mentalnim poremećajima, od kojih je bilo 159 (61,9 %) muškaraca i 98 (38,1 %) žena. Medijan je dobi ispitanika 53 godine (interkvartilnog raspona od 44 do 59 godine) u rasponu od 18 do 74 godina. U dobi od 51 do 60 godina bilo je 109 (42,4 %) ispitanika. Na selu živi 113 (44 %) ispitanika, a s obzirom na bračni status, u braku ih je 153 (59,5 %). Srednju stručnu spremu ima 174 (67,7 %) ispitanika, a s višom ili visokom ih je 51 (19,8 %). Mjesečna primanja po članu kućanstva manja od 1 500 kuna imaju 34 (13,2 %) ispitanika (Tablica 5.1.).

Tablica 5.1. Osnovna obilježja ispitanika (N = 257)

Obilježje ispitanika	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	159 (61,9)
Žene	98 (38,1)
Dobne skupine	
do 40 godina	49 (19,1)
41 – 50	57 (22,2)
51 – 60	109 (42,4)
61 i više	42 (16,3)
Mjesto stanovanja	
Selo	113 (44)
Grad	144 (56)
Bračni status	
U braku	153 (59,5)
Neoženjen (neudata)	60 (23,3)
Razveden/ a	33 (12,8)
Udovac/ica	11 (4,3)
Razina obrazovanja	
Nezavršena osnovna škola	3 (1,2)
Osnovna škola	29 (11,3)
Srednja stručna sprema	174 (67,7)
Viša stručna sprema	27 (10,5)
Visoka stručna sprema i više	24 (9,3)
Mjesečna primanja po članu kućanstva	
manje od 1500 kn	34 (13,2)
1501 do 3000	87 (33,9)
3001 do 4500	75 (29,2)
4501 i više	61 (23,7)

Medijan je trajanja bolesti devet godina (interkvartilnog raspona od dvije do 19 godina), u rasponu od najmanje jedne godine do 47 godina. Najčešća je medicinska dijagnoza za 128 (49,8 %) ispitanika *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* (MKB 10 klasifikacija; dijagnoze F40 – F48), a za 53 (20,6 %) ispitanika *poremećaji raspoloženja* (MKB 10 klasifikacija; dijagnoze F30 – F39). Samo jedan ispitanik (0,4 %) ima dijagnozu *bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike* (MKB 10 klasifikacija; skupina bolesti F50 – F59) (Tablica 5.2.).

Tablica 5.2. Raspodjela ispitanika s obzirom na postavljene medicinske dijagnoze

Medicinske dijagnoze	Broj (%) ispitanika
Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari (MKB 10; dijagnoze F10 – F19)	30 (11,7)
Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja (MKB 10; dijagnoze F20 – F29)	31 (12,1)
Poremećaji raspoloženja (MKB 10; dijagnoze F30 – F39)	53 (20,6)
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (MKB 10; dijagnoze F40 – F48)	128 (49,8)
Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (MKB 10; dijagnoze F50 – F59)	1 (0,4)
Poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odraslih (MKB 10; dijagnoze F60 – F69)	14 (5,4)

Bolesti krvožilnog sustava ima 106 (41,2 %) ispitanika, a njih 67 (26,1 %) bolest probavnog sustava. Od bolesti mišićno-koštanog sustava boluju 54 (21 %) ispitanika. Bolest endokrinog sustava navodi 57 (22,2 %) ispitanika. Ostale bolesti, bolesti imunološkog sustava, pokrivnog, limfnog, živčanog, reproduktivnog, dišnog i mokraćnog sustava, nalaze se kod manjeg broja ispitanika (Tablica 5.3.).

Tablica 5. 3. Raspodjela ispitanika s obzirom na pridružene bolesti

Pridružene bolesti	Broj (%) ispitanika
bolesti krvožilnog sustava (npr. visoki krvni tlak, bolesti srčanih zalistaka, nenormalni srčani ritmovi, aneurizme, tumori srca...)	106 (41,2)
probavnog sustava (npr. bolesti usta - uključujući jezik i zube, jednjaka, želudca, crijeva, jetre, gušterače...)	67 (26,1)
endokrinog sustava (npr. šećerna bolest, bolesti hipofize, štitnjače, nadbubrežne žlijezde, gušterače...)	57 (22,2)
imunološkog sustava (npr. alergije, imunodeficijencije, bolesti bijelih krvnih stanica...)	25 (9,7)
pokrivnog sustava (npr. bolesti kože, uključujući kosu i nokte, znojne i lojne žlijezde...)	14 (5,4)
limfnog sustava (bolesti limfnog sustava npr. limfedem...)	3 (1,2)
mišićno-koštanog sustava (npr. giht, osteoporoza, osteoartritis, tumori mišića i kostiju...)	54 (21)
živčanog sustava (npr. multipla skleroza, mišićna distrofija, vrtoglavica, tumori živčanog sustava...)	38 (14,8)
reproduktivnog sustava (npr. neplodnost, policistični jajnici, impotencija, upala prostate, tumori reproduktivnih organa...)	26 (10,1)
dišnog sustava (npr. bronhitis, cistična fibroza, opstruktivne bolesti pluća, rak pluća...)	26 (10,1)
mokraćnog sustava (npr. bubrežni kamenci, inkontinencija, kronično bubrežno zatajenje, tumori bubrega...)	37 (14,4)

5.2. Zdravstvena pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima

Zdravstvena pismenost ispitanika, bolesnika s mentalnim poremećajem, procijenjena je primjenom *SAHLCA-50* testa (raspon mogućih bodova na skali je od 0 do 50). Medijan je skale iznosio 45 bodova (interkvartilnog raspona od 41 do 48) u rasponu od 15 do 50 bodova. Samo je jedan ispitanik (0,4 %) ostvario 15 bodova, a maksimalan broj bodova ostvarilo je 18 ispitanika (7 %) (Tablica 5.4.). Rangovi upućuju da je najviše ispitanika, njih 27 (10,5 %), postiglo 46 bodova. S obzirom na ostvarene bodove, uz graničnu vrijednost od 42 boda, zdravstveno je pismeno 173 (67,3 %) ispitanika, a zdravstveno ih je nepismenih bilo 84 (32,7 %) (Tablica 5.4.).

Tablica 5.4. Raspodjela ispitanika s obzirom na broj ostvarenih bodova u SAHLCA-50 testu (kriterij zdravstvene pismenosti/nepismenosti)

	Ostvareni bodovi (SAHLCA-50)	Broj (%) ispitanika	Rang (prema broju ispitanika)
Zdravstveno nepismeni	15	1 (0,4)	17
	27	2 (0,8)	16
	28	1 (0,4)	17
	29	1 (0,4)	17
	30	5 (1,9)	13
	31	3 (1,1)	15
	33	1 (0,4)	17
	34	4 (1,6)	14
	35	4 (1,6)	14
	36	6 (2,3)	12
	37	2 (0,8)	16
	38	10 (3,9)	10
	39	7 (2,7)	11
	40	10 (3,9)	10
	41	10 (3,9)	10
Zdravstveno pismeni	42	17 (6,6)	8
	43	12 (4,7)	9
	44	21 (8,2)	6
	45	22 (8,6)	5
	46	27 (10,5)	1
	47	24 (9,3)	3
	48	26 (10,1)	2
	49	23 (8,9)	4
	50	18 (7,0)	7

5.2.1. Razlike u zdravstvenoj pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja ispitanika

Značajnije su zdravstveno pismenije žene u odnosu na muškarce (Mann-Whitneyjev U test, $P < 0,001$) kao i ispitanici koji žive u gradu u odnosu na ispitanike koji žive na selu (Mann-Whitneyjev U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.5.). Ispitanici s mentalnim poremećajima u dobi do 40 godina značajno su zdravstveno pismeniji u odnosu na ispitanike u dobi od 51 do 60 godina

(Kruskal-Wallisov test, $P = 0,03$). Nisu utvrđene značajne razlike u bodovima SAHLCA-50 testa s obzirom na bračni status.

S obzirom na razinu obrazovanja, značajno su zdravstveno nepismeniji ispitanici nezavršene i završene osnovne škole u odnosu na ispitanike koji imaju više razine obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, $P < 0,001$) (Tablica 5.5.).

Tablica 5.5. Razlike u postignutim bodovima u SAHLCA-50 testu s obzirom na opća obilježja ispitanika

Obilježja ispitanika	Medijan (interkvartilni raspon) SAHLCA-50		<i>P</i>
Spol			
Muškarci	44 (40 – 47)	†Razlika =2 95% CI = 1 do 3	<0,001*
Žene	46 (44 – 48)		
Mjesto stanovanja			
Selo	44 (40 – 46)	†Razlika =2 95% CI = 1 do 4	<0,001*
Grad	46 (43 – 48)		
Dobne skupine			
do 40 godina	46 (44 – 48)	H test = 8,8 df = 3	0,03 ^{‡§}
41 – 50	45 (42 – 48)		
51 – 60	44 (39 – 47)		
61 i više	45 (40 – 47)		
Bračni status			
U braku	44 (40 – 48)	H test = 3,3 df = 3	0,34 [‡]
Neoženjen (neudata)	45 (42 – 48)		
Razveden/ a	45 (42 – 47)		
Udovac/ica	44 (40 – 46)		
Razina obrazovanja			
Nezavršena osnovna škola	37 (36 – 40)	H test = 65,8 df = 4	<0,001 [‡]
Osnovna škola	38 (31 – 44)		
Srednja stručna sprema	45 (42 – 47)		
Viša stručna sprema	47 (46 – 49)		
Visoka stručna sprema i više	48 (46 - 49)		

CI – raspon pouzdanosti (eng. *Confidence interval*); *Mann-Whitneyjev U test; †Hodges-Lehmannova razlika medijana; ‡Kruskal-Wallisov test (Post hoc Conover)

§na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (do 40 godina) vs. (51 – 60 godina)

||na razini $P < 0,05$ značajne su razlike (nezavršena OŠ) vs. (svi ostali); (osnovna škola) vs. (svi ostali)

Za testiranje razlika u SAHLCA-50 skoru u odnosu na postavljenu medicinsku dijagnozu, zbog malog su broja ispitanika isključene dvije dijagnoze: *Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike i Poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odraslih.*

Iako su nešto niže vrijednosti ukupnog SAHLCA-50 skora kod ispitanika koji imaju dijagnozu iz skupine *Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja*, on se ne razlikuje značajno u odnosu na druge najučestalije dijagnoze (Tablica 5.6.).

Tablica 5.6. Razlike u postignutim bodovima ispitanika u SAHLCA-50 testu s obzirom na najučestalije medicinske dijagnoze ispitanika

Medicinske dijagnoze	n (%)	Medijan (interkvartilni raspon) SAHLCA-50	P^*
Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari (MKB 10; dijagnoze F10 – F19)	30 (11,7)	45 (41 – 48)	H test = 2,3 df = 3 0,51
Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja (MKB 10; dijagnoze F20 – F29)	31 (12,1)	43 (35 – 48)	
Poremećaji raspoloženja (MKB 10; dijagnoze F30 – F39)	53 (20,6)	45 (42 – 48)	
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (MKB 10; dijagnoze F40 – F48)	128 (49,8)	45 (42 – 48)	

[‡]Kruskal-Wallisov test (Post hoc Conover)

Od ukupno 98 (38 %) žena, 80 (55 %) ih je zdravstveno pismeno u odnosu na muškarce (χ^2 test, $P < 0,001$). Značajne su razlike u zdravstvenoj pismenosti prema mjestu stanovanja. Od ukupno 144 (56 %) ispitanika koji žive u gradu, značajno je više, njih 109 (63 %) koji su zdravstveno pismeni u odnosu na ispitanike iz sela (χ^2 test, $P = 0,001$).

Nisu utvrđene značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti osoba s mentalnim poremećajima s obzirom na dobne skupine i na bračni status. S obzirom na razinu obrazovanja, ispitanici s višom i visokom stručnom spremom zdravstveno su pismeniji u odnosu na one s nezavršenom/završenom osnovnom školom (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 5.7.).

Tablica 5.7. Zdravstvena pismenost ispitanika s obzirom na opća obilježja

Obilježja ispitanika	Broj (%) ispitanika			P*
	Zdravstveno pismeni (n = 173)	Zdravstveno nepismeni (n = 84)	Ukupno	
Spol				
Muškarci	93 (54)	66 (79)	159 (62)	<0,001
Žene	80 (46)	18 (21)	98 (38)	
Mjesto stanovanja				
Selo	64 (37)	49 (58)	113 (44)	0,001
Grad	109 (63)	35 (42)	144 (56)	
Dobne skupine				
do 40 godina	38 (22)	11 (13)	49 (19)	0,13
41 – 50	42 (24)	15 (18)	57 (22)	
51 – 60	68 (39)	41 (49)	109 (42)	
61 i više	25 (14)	17 (20)	42 (16)	
Bračni status				
U braku	33 (19)	27 (32)	60 (23)	0,08
Neoženjen (neudata)	110 (64)	43 (51)	153 (60)	
Razveden/ a	24 (14)	9 (11)	33 (13)	
Uovac/ica	6 (3)	5 (6)	11 (4)	
Razina obrazovanja				
Nezavršena osnovna škola	0	3 (4)	3 (1)	<0,001
Osnovna škola	8 (5)	21 (25)	29 (11)	
Srednja stručna sprema	115 (66)	59 (70)	174 (68)	
Viša stručna sprema	26 (15)	1 (1)	27 (11)	
Visoka stručna sprema i više	24 (13,9)	0	24 (9,3)	

* χ^2 test

Nema značajnih razlika u zdravstvenoj pismenosti ispitanika s mentalnim poremećajima s obzirom na najučestalije medicinske dijagnoze (Tablica 5.8.).

Tablica 5.8. Zdravstvena pismenost ispitanika s obzirom na najučestalije medicinske dijagnoze

Medicinske dijagnoze	Broj (%) ispitanika			<i>P</i> *
	Zdravstveno pismeni (n = 173)	Zdravstveno nepismeni (n = 84)	Ukupno	
Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari (MKB 10; dijagnoze F10 – F19)	19 (12)	11 (14)	30 (12)	0,42
Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja (MKB 10; dijagnoze F20 – F29)	17 (10)	14 (18)	31 (13)	
Poremećaji raspoloženja (MKB 10; dijagnoze F30 – F39)	37 (23)	16 (20)	53 (22)	
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (MKB 10; dijagnoze F40 – F48)	89 (55)	39 (49)	128 (53)	

* χ^2 test

5.3. Samoprocjena kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima

Kvaliteta života ispitanika samoprocijenjena je *SF-36* skalom koja ocjenjuje dvije domene: tjelesno i mentalno zdravlje. Raspon *SF-36* skale je od 0 do 100, kada veći broj podrazumijeva bolju kvalitetu života, kako ukupne skale tako i pojedinih domena upitnika. Ukupna je kvaliteta života medijana 37,7 (interkvartilnog raspona od 29,7 do 49,4) u rasponu od 8 do 72, što ukazuje da je kvaliteta života loše samoprocijenjena (Tablica 5.9.). U domeni tjelesnog zdravlja najbolje je samoprocijenjena dimenzija tjelesno funkcioniranje medijanom 65 (interkvartilnog raspona od 40 do 85), a u domeni mentalnog zdravlja dimenzija socijalno funkcioniranje medijanom 50 (interkvartilnog raspona od 50 do 62,5). U usporedbi s prošlom godinom, ispitanici su svoje zdravlje su sada samoprocijenili u rasponu od 0 do 100 (Tablica 5.9.).

Tablica 5.9. Samoprocjene razina kvalitete života ispitanika prema SF-36 skali

SF-36 upitnik		Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum - maksimum
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	65 (40 - 85)	0 - 100
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	0 (0 - 18,75)	0 - 25
	Tjelesna bol	50 (40 - 80)	10 - 100
	Percepcija općeg zdravlja	42 (30 - 58,5)	0 - 100
Tjelesno zdravlje - ukupno		41,7 (31,2 - 56,7)	3 - 81
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	40 (25 - 55)	0 - 100
	Socijalno funkcioniranje	50 (50 - 62,5)	0 - 75
	Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0 (0 - 16,67)	0 - 25
	Psihičko zdravlje	44 (26 - 56)	0 - 100
Mentalno zdravlje - ukupno		33,9 (26,88 - 42,19)	12 - 69
SF-36 - ukupno		37,69 (29,66 - 49,44)	8 - 72
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu		50 (25 - 50)	0 - 100

5.3.1. Razlike u samoprocijenjenoj kvaliteti života bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja ispitanika

U domeni tjelesnog zdravlja nisu utvrđene značajne razlike u samoprocjenama ispitanika s obzirom na spol. U domeni mentalnog zdravlja, žene su značajno niže ocijenile dimenziju zadovoljstvo psihičkim zdravljem (Mann-Whitneyjev U test, $P = 0,04$), kao i ukupno mentalno zdravlje (Mann-Whitneyjev U test, $P = 0,04$) (Tablica 5.10.).

Tablica 5.10. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na spol ispitanika

SF-36 upitnik	Medijan (interkvartilni raspon)		Razlika	95% interval pouzdanosti	P*	
	Muškarci (n = 159)	Žene (n = 98)				
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	60 (45 - 85)	70 (40 - 90)	5	-5 do 10	0,33
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	0 (0 - 12,5)	6,3 (0 - 18,8)	0	0 do 0	0,09
	Tjelesna bol	50 (40 - 80)	60 (40 - 80)	0	0 do 10	0,22
	Percepcija općeg zdravlja	40 (25 - 57)	47 (30 - 67)	5	0 do 12	0,08
Tjelesno zdravlje - ukupno		38 (30 - 55)	45,8 (32,5 - 59,8)	4,5	-0,8 do 9,3	0,08
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	45 (25 - 55)	35 (25 - 55)	-5	-10 do 0	0,19
	Socijalno funkcioniranje	50 (50 - 62,5)	50 (50 - 50)	0	0 do 0	0,22
	Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0 (0 - 16,7)	0 (0 - 25)	0	0 do 0	0,43
	Psihičko zdravlje	44 (32 - 56)	40 (12 - 52)	-8	-12 do 0	0,04
Mentalno zdravlje - ukupno		34,42 (28,1 - 43,3)	32,19 (24,3 - 39,1)	-2,8	-5,8 do 0	0,04
SF-36 - ukupno		36,69 (29,6 - 50,6)	38,5 (29,6 - 49,0)	0,9	-2,4 do 4,4	0,60
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu		25 (25 - 50)	50 (25 - 75)	0	0 do 0	0,37

*Mann-Whitneyjev U test

Ukupna samoprocijenjena kvaliteta života značajno je najbolje ocijenjena kod ispitanika u dobi do 40 godina, medijana 50,6 (interkvartilnog raspona od 38,9 do 56,4). Sve razlike pojedinih dimenzija, domene tjelesnog zdravlja kao i ukupno tjelesno zdravlje značajno se razlikuju s obzirom na dobne skupine (Kruskal-Wallisov test, $P < 0,001$). U domeni mentalnog zdravlja značajno se razlikuje dimenzija samoprocijenjena vitalnost i energija koja je značajno najbolje ocijenjena u dobnoj skupini do 40 godina (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,02$) (Tablica 5.11.).

Tablica 5.11. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na dobne skupine ispitanika

SF-36 upitnik	Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na dobne skupine				P*	
	do 40	41 – 50	51 – 60	61 i više		
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	95 (72,5 – 100)	75 (45 – 92,5)	60 (40 – 75)	45 (28,75 – 61,3)	< 0,001†
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	12,5 (0 – 25)	0 (0 – 12,5)	0 (0 – 12,5)	0 (0 – 12,5)	< 0,001‡
	Tjelesna bol	80 (60 – 100)	60 (40 – 90)	50 (40 – 60)	55 (30 – 72,5)	< 0,001‡
	Percepcija općeg zdravlja	60 (37 – 76)	45 (27,5 – 57)	37 (25 – 52)	37,5 (25 – 58)	< 0,001‡
	Tjelesno zdravlje – ukupno	59,9 (48,9 – 67,7)	45 (30,8 – 60,9)	36,3 (27,5 – 50,2)	37,3 (27,2 – 46,6)	< 0,001†
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	50 (30 – 65)	35 (25 – 55)	40 (20 – 50)	40 (25 – 50)	0,02§
	Socijalno funkcioniranje	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 50)	50 (50 – 62,5)	50 (37,5 – 53,1)	0,27
	Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0 (0 – 25)	0 (0 – 16,67)	0 (0 – 8,33)	0 (0 – 16,67)	0,23
	Psihičko zdravlje	44 (24 – 64)	40 (18 – 52)	44 (24 – 52)	48 (31 – 57)	0,28
Mentalno zdravlje – ukupno	37,5 (29,7 – 47,5)	32,1 (26,3 – 38,9)	33,8 (25,5 – 40,4)	34,1 (29,8 – 40,5)	0,05	
SF-36 – ukupno	50,6 (38,9 – 56,4)	38,4 (29,6 – 49,9)	35,5 (27,2 – 43,3)	35,9 (27,9 – 46,2)	< 0,001‡	
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu	50 (25 – 75)	50 (25 – 75)	25 (25 – 50)	37,5 (25 – 50)	0,04	

*Kruskal-Wallisov test (Post hoc Conover)

†na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (do 40) vs. (svi ostali); (41 – 50) vs. (svi ostali)‡na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (do 40) vs. (svi ostali)§na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (do 40) vs. (41 – 50; 51 – 60)||na razini $P < 0,05$ značajne su razlike (do 40) vs. (51 – 60, 61 i više)

Nema značajnih razlika u pojedinim domenama i u ukupnoj skali samoprocijenjene kvalitete života ispitanika s mentalnim poremećajima u odnosu na mjesto stanovanja (Tablica 5.12.).

Tablica 5.12. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika

SF-36 upitnik	Medijan (interkvartilni raspon)		Razlika	95% interval pouzdanosti	P*	
	Selo	Grad				
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	60 (40 – 80)	65 (45 – 90)	5	0 do 15	0,07
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	0 (0 – 18,75)	0 (0 – 18,75)	0	0 do 0	0,90
	Tjelesna bol	50 (40 – 80)	60 (40 – 87,5)	0	0 do 10	0,19
	Percepcija općeg zdravlja	40 (25 – 57)	45 (30 – 62)	5	-2 do 10	0,17
Tjelesno zdravlje - ukupno		40 (29,5 – 54,5)	43,4 (32,5 – 58,4)	3,8	-1,1 do 8,3	0,13
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	40 (25 – 50)	45 (25 – 55)	0	-5 do 5	0,47
	Socijalno funkcioniranje	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 62,5)	0	0 do 0	0,43
	Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0 (0 – 16,7)	0 (0 – 16,7)	0	0 do 0	0,93
	Psihičko zdravlje	40 (28 – 52)	44 (21 – 60)	0	-4 do 8	0,77
Mentalno zdravlje – ukupno		33,9 (27,7 – 40,0)	33,4 (26,7 – 44,3)	0	-2,6 do 2,9	0,99
SF-36 – ukupno		36,38 (31,3 – 46,2)	38,9 (29,3 – 51,2)	2,03	-1,3 do 5,3	0,23
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu		25 (25 – 50)	50 (25 – 50)	0	0 do 0	0,92

*Mann-Whitneyjev U test

S obzirom na bračni status, značajno su najlošije samoprocijenili dimenziju psihičko zdravlje razvedeni ispitanici u odnosu na sve druge oblike bračnog statusa (Kruskal-Wallisov test, $P < 0,001$) (Tablica 5.13.).

Tablica 5.13. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na bračni status ispitanika

SF-36 upitnik	Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na bračni status				P*	
	U braku	Neoženjen/ neudana	Razveden/a	Udovac/-ica		
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	70 (46,2 – 95)	60 (40 – 82,5)	65 (45 – 82,5)	50 (40 – 80)	0,14
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	6,25 (0 – 25)	0 (0 – 18,7)	0 (0 – 12,5)	0 (0 – 6,25)	0,28
	Tjelesna bol	70 (40 – 100)	50 (40 – 80)	50 (40 – 70)	60 (30 – 90)	0,13
	Percepcija općeg zdravlja	45 (25 – 67)	40 (30 – 57)	45 (35 – 53,5)	40 (20 – 52)	0,79
Tjelesno zdravlje – ukupno	48,13 (33,2 – 62,1)	40,5 (29,2 – 56,8)	38 (32,5 – 54,94)	36,25 (24,2 – 45,8)	0,17	
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	42,5 (25 – 58,7)	40 (25 – 55)	30 (17,5 – 47,5)	50 (35 – 60)	0,14
	Socijalno funkcioniranje	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 62,5)	50 (37,5 – 50)	0,42
	Ograničenja zbog emoc. poteškoća	0 (0 – 16,7)	0 (0 – 25)	0 (0 – 8,33)	0 (0 – 16,7)	0,65
	Psihičko zdravlje	40 (20 – 56)	44 (30 – 56)	28 (12 – 44)	52 (40 – 64)	<0,001 [†]
Mentalno zdravlje – ukupno	33,17 (26,7 – 45,2)	34,75 (27,96 – 42,25)	28,63 (22,3 – 36,7)	35,38 (30 – 46,6)	0,06	
SF-36 – ukupno	39,09 (32,4 – 52,6)	37,69 (29,3 – 49,6)	32,56 (28,5 – 45,9)	36,77 (25,1 – 46,2)	0,26	
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu	50 (25 – 75)	50 (25 – 50)	25 (25 – 62,5)	25 (25 – 50)	0,36	

*Kruskal-Wallisov test (Post hoc Conover)

[†]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (razvedeni) vs. (svi ostali)

Ispitanici visoke stručne spreme značajno su najviše samoprocijenili dimenziju tjelesno funkcioniranje u odnosu na ispitanike ostalih razina obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,03$). Ispitanici niže naobrazbe imaju značajno niže samoprocjene dimenzije tjelesnog zdravlja zbog bolova u odnosu na ispitanike sa završenom srednjom, višom ili visokom razinom obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,01$). Percepcija općeg zdravlja značajno je najlošije ocijenjena kod ispitanika nezavršene osnovne škole u odnosu na srednju, višu ili visoku stručnu spremu (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,01$). Ukupna ocjena domene tjelesnog zdravlja značajno

je niža kod ispitanika nezavršene osnovne škole u odnosu na ispitanike drugih razina obrazovanja (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,007$). U domeni mentalnog zdravlja nema značajnih razlika u ocjeni pojedine dimenzije s obzirom na razinu obrazovanja. Ukupna kvaliteta života značajno je najniže samoprocijenjena kod ispitanika završene/nezavršene osnovne škole u odnosu na obrazovanije ispitanike (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,01$) (Tablica 5.14).

Tablica 5.14. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika

SF-36 upitnik		Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na razinu obrazovanja					P
		Nezavršena osnovna škola	Završena osnovna škola	Srednja stručna sprema	Viša stručna sprema	Visoka stručna sprema i više	
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	40 (5 – 65)	50 (27,5 – 75)	62,5 (45 – 85)	60 (35 – 90)	82,5 (53,8 – 98,8)	0,03 [†]
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	0 (0 – 6,2)	0 (0 – 9,4)	0 (0 – 18,75)	0 (0 – 18,75)	12,5 (0 – 25)	0,21
	Tjelesna bol	10 (10 – 30)	50 (30 – 70)	50 (40 – 80)	50 (40 – 90)	70 (50 – 100)	0,01 [‡]
	Percepcija općeg zdravlja	20 (10 – 25)	45 (25 – 57)	42 (29,25 – 57)	35 (25 – 60)	58,5 (35 – 74,25)	0,01 [†]
Tjelesno zdravlje – ukupno		17,5 (6,3 – 31,6)	36,3 (28,3 – 50,4)	41,4 (31,5 – 57,1)	40 (26,3 – 65,5)	56,4 (41,9 – 72,3)	0,007 [§]
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	40 (15 – 40)	40 (25 – 55)	40 (25 – 55)	35 (20 – 50)	50 (35 – 68,7)	0,15
	Socijalno funkcioniranje	50 (37,5 – 62,5)	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 50)	50 (50 – 59,38)	0,89
	Ograničenja zbog emoc. poteškoća	0 (0 – 0)	0 (0 – 25)	0 (0 – 16,67)	0 (0 – 16,67)	0 (0 – 25)	0,28
	Psihičko zdravlje	28 (8 – 44)	48 (36 – 52)	40 (24 – 52)	36 (20 – 52)	52 (36 – 77)	0,06
Mentalno zdravlje – ukupno		32,6 (15,1 – 33,5)	34,8 (29,9 – 42,5)	33,2 (26,6 – 40,8)	32,5 (22,5 – 39,0)	39,4 (30,5 – 50,6)	0,09
SF-36 – ukupno		25,1 (10,7 – 33)	36,7 (29,5 – 45,7)	38,1 (29,5 – 48,1)	34,2 (27,8 – 50,7)	47,3 (36,2 – 57,5)	0,01
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu		25 (0 – 75)	25 (25 – 62,5)	50 (25 – 50)	25 (0 – 50)	50 (25 – 75)	0,44

*Kruskal-Wallisov test (Post hoc Conover)

[†]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (VSS) vs. (svi ostali)[‡]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (nezavršena OŠ / završena OŠ) vs. (svi ostali)[§] na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (nezavršena OŠ) vs. (srednja sprema, viša sprema, visoka sprema)^{||} na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (nezavršena OŠ) vs. (srednja sprema, visok sprema); (OŠ) vs. (visoka sprema); (srednja sprema) vs. (visoka sprema)

U domeni Tjelesno zdravlje ispitanici s dijagnozom *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* samoprocjenjuju značajno manje ograničenja zbog tjelesnih poteškoća u odnosu na ispitanike s dijagnozama *poremećaji raspoloženja* ili s dijagnozom *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,002$).

Također, ispitanici s istom dijagnozom *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* značajnije više samoprocjenjuju percepciju općeg zdravlja (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,003$) i domenu ukupnog tjelesnog zdravlja (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,004$) te manje prijavljuju osjećaj bola (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,03$).

U domeni mentalnog zdravlja dimenzija vitalnost i energija najlošije je samoprocijenjena kod ispitanika s dijagnozama iz skupine *poremećaji raspoloženja* (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,004$) te samoprocjenjuju značajno veće ograničenje zbog emocionalnih poteškoća u odnosu na ispitanike s drugim dijagnozama (Kruskal-Wallisov test, $P < 0,001$).

Domena mentalnog zdravlja, ukupna skala kvalitete života kao i ocjena sadašnjeg zdravlja u odnosu na prošlu godinu značajno su najviše samoprocijenjeni kod ispitanika koji imaju dijagnozu *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* (Kruskal-Wallisov test, $P < 0,001$) (Tablica 5.15.).

Tablica 5.15. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života s obzirom na najčešće medicinske dijagnoze u ispitanika

SF-36 upitnik		Medijan (interkvartilni raspon) u odnosu na dijagnoze				P*
		Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari (1)	Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja (2)	Poremećaji raspoloženja (3)	Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (4)	
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	77,5 (60 – 96,3)	75 (45 – 90)	70 (40 – 80)	60 (40 – 85)	0,11
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	15,6 (0 – 25)	6,3 (0 – 12,5)	0 (0 – 12,5)	0 (0 – 18,8)	0,002 [†]
	Tjelesna bol	70 (50 – 100)	60 (50 – 100)	60 (40 – 80)	50 (40 – 80)	0,03 [‡]
	Percepcija općeg zdravlja	57 (47 – 72)	50 (30 – 62)	37 (30 – 51)	40 (26,3 – 57)	0,003 [†]
Tjelesno zdravlje – ukupno		52 (44,3 – 68,3)	48,4 (36,3 – 61,1)	40 (33,4 – 54,2)	36,3 (30 – 56,2)	0,004 [†]
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	60 (45 – 65)	45 (25 – 60)	30 (17,5 – 50)	40 (26,3 – 50)	< 0,001 [§]
	Socijalno funkcioniranje	50 (46,9 – 50)	50 (37,5 – 50)	50 (50 – 62,5)	50 (50 – 62,5)	0,22
	Ograničenja zbog emoc. poteškoća	25 (0 – 25)	0 (0 – 16,7)	0 (0 – 0)	0 (0 – 16,7)	< 0,001 [§]
	Psihičko zdravlje	60 (32 – 65)	48 (44 – 68)	32 (20 – 48)	40 (28 – 52)	< 0,001
Mentalno zdravlje – ukupno		44,6 (32,3 – 50,9)	36,3 (26,9 – 49,8)	31,9 (23,3 – 35,7)	33,2 (27,6 – 40,6)	< 0,001 [§]
SF-36 – ukupno		47,9 (37,6 – 59,1)	43,9 (34,5 – 52,8)	37,5 (29,2 – 42,1)	36,2 (29,3 – 47,4)	< 0,001
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu		50 (25 – 75)	75 (25 – 100)	25 (25 – 50)	25 (25 – 50)	<0,001

*Kruskal-Wallisov test (Post hoc Conover)

[†]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (1) vs. (3,4)[‡]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (1) vs. (4)[§]na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (1) vs. (2,3,4); (2) vs. (3); (3) vs. (4)^{||}na razini $P < 0,05$ značajna je razlika (1) vs. (3,4); (2) vs. (3,4)

Domena Tjelesno zdravlje značajno je bolje samoprocijenjena kod zdravstveno pismenih ispitanika (Mann-Whitneyjev U test, $P = 0,02$). Dimenzija percepcija općeg zdravlja (Mann-Whitneyjev U test, $P = 0,02$) i tjelesno funkcioniranje (Mann-Whitneyjev U test, $P = 0,02$) također su bolje samoprocijenjeni kod zdravstveno pismenih ispitanika u odnosu na zdravstveno nepismene. Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća značajno su veća kod zdravstveno nepismenih ispitanika (Mann-Whitneyjev U test, $P = 0,009$) (Tablica 5.16.).

Tablica 5.16. Razlike u domenama i ukupnoj SF-36 skali kvalitete života ispitanika s obzirom na zdravstvenu pismenost ispitanika

SF-36 upitnik		Medijan (interkvartilni raspon)		Razlika	95% interval pouzdanosti	P*
		Zdravstveno pismeni	Zdravstveno nepismeni			
Tjelesno zdravlje	Tjelesno funkcioniranje	70 (45 – 95)	55 (40 – 73,8)	-12,5	-20 do -5	0,02
	Ograničenja zbog tjelesnih poteškoća	6,3 (0 – 25)	0 (0 – 6,3)	0	0 do 0	0,009
	Tjelesna bol	50 (40 – 80)	55 (40 – 80)	0	-10 do 0	0,50
	Percepcija općeg zdravlja	45 (30 – 66)	40 (25 – 52)	-5	-12 do 0	0,04
Tjelesno zdravlje – ukupno		43,8 (31,3 – 61,2)	39,3 (30,1 – 49,2)	-6,1	-11,3 do -0,94	0,02
Mentalno zdravlje	Vitalnost i energija	40 (25 – 55)	45 (26,3 – 50)	0	-5 do 5	0,87
	Socijalno funkcioniranje	50 (50 – 62,5)	50 (37,5 – 62,5)	0	0 do 0	0,87
	Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0 (0 – 16,7)	0 (0 – 16,7)	0	0 do 0	0,65
	Psihičko zdravlje	40 (22 – 56)	44 (32 – 52)	0	-4 do 8	0,73
Mentalno zdravlje – ukupno		33 (26,6 – 42,3)	34,4 (28 – 41,5)	0,92	-2 do 3,6	0,54
SF-36 – ukupno		38,2 (29,3 – 51)	36,8 (31,7 – 42,8)	-2,6	-6,3 do 1	0,18
Samoprocjene zdravlja u odnosu na prošlu godinu		50 (25 – 75)	50 (25 – 50)	0	0 do 0	0,84

*Mann-Whitneyjev U test

5.4. Doprinos općih obilježja ispitanika i zdravstvene pismenosti u predviđanju lošije kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima

Logističkom regresijom ispitan je doprinos više čimbenika na vjerojatnost da će bolesnici s mentalnim poremećajima samoprocijeniti svoju kvalitetu života lošijom. U tu svrhu ispitanici su podijeljeni u dvije skupine. Tako ispitanici koji imaju (prema *SF-36*) ukupan zbroj bodova veći od 50 pripadaju skupini bolesnika s boljom kvalitetom života, dok druga skupina ispitanika s ukupnim zbrojem bodova manjim od 50 čini skupinu bolesnika lošije kvalitete života. S obzirom na navedenu podjelu, 62 (24,1 %) je ispitanika svoju kvalitetu života ocijenilo dobrom, dok je njih 195 (75,9 %) svoju kvalitetu života ocijenilo lošijom.

Bivarijatnom logističkom regresijom zabilježeno je da na lošiju kvalitetu života značajnu prediktivnu vrijednost imaju dijagnoze iz skupine *poremećaji raspoloženja* (OR = 6,85) ili dijagnoze iz skupine *neurotski i somatofornni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* u odnosu na dijagnoze skupine *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari*; dob ispitanika od 51 – 60 godina (OR = 6,05) ili 61 i više godina (OR = 5,2), zdravstveno nepismen u odnosu na zdravstveno pismenog (OR = 2,77) (Tablica 5.17.).

Tablica 5.17. Doprinos općih obilježja ispitanika i zdravstvene pismenosti u predviđanju lošije kvalitete života

Čimbenik	β	Wald	<i>P</i>	Omjer vjerojatnosti (OR)	95% raspon pouzdanosti
Spol (M)	0,24	0,63	0,43	1,27	0,70 do 2,32
Dob (do 40)					
41 - 50	1,16	7,66	0,006	3,20	1,41 do 7,29
51 – 60	1,80	20,9	<0,001	6,05	2,79 do 13,10
61 i više	1,65	10,8	0,001	5,2	1,94 do 13,9
Mjesto stanovanja (grad)	-0,55	3,34	0,07	0,57	0,32 – 1,04
Bračni status (u braku)					
Neoženjeni/ neudane	0,26	0,59	0,44	1,29	0,66 do 2,51
Rastavljen/a	1,13	6,53	0,06	3,11	0,95 do 10,1
Udovac/-ica	0,66	0,62	0,43	1,93	0,38 do 9,83
Dijagnoza (Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari)					
Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja	0,46	0,78	0,38	1,59	0,57 – 4,45
Poremećaji raspoloženja	1,92	11,5	0,001	6,85	2,25 – 20,8
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom	1,14	7,23	0,007	3,13	1,36 – 7,17
Trajanje bolesti	0,02	2,26	0,13	1,02	0,99 do 1,06
Primanja po članu domaćinstva (manje od 1500 kn)					
1501 do 3000 kn	-0,44	0,55	0,46	0,69	0,19 do 2,09
3001 do 4500 kn	-0,93	2,46	0,12	0,39	0,12 do 1,26
4501 kn i više	-1,58	7,11	0,008	0,21	0,06 do 0,66
SAHLCA (pismeni)					
Zdravstveno nepismeni	1,02	7,86	0,005	2,77	1,36 do 5,66

β – regresijski koeficijent

Za izvođenje modela predviđanja lošije kvalitete života primijenjena je multivarijatna logistička regresija. Koristila se kod odabira prediktora engl. *Stepwise* logistička regresija, primijenio se kriterij statističke značajnosti veće od 0,10, a kriterij je u istraživanju odabrana granična vrijednost od 0,20. Nezavisni su prediktori koji značajno doprinose predikciji loše kvalitete života dob od 51 do 60 godina (OR = 2,44), dijagnoze iz skupine *poremećaji raspoloženja* (OR = 6,78) ili dijagnoze skupine *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* (OR = 2,50) i zdravstvena nepismenost (OR = 2,67), dok mjesečna

primanja po članu domaćinstva od 4501 kunu i više smanjuju vjerojatnost loše kvalitete života (Hosmer – Lemeshow test, $P = 0,24$). Model je u cijelosti statistički značajan ($\chi^2 = 45,01$; $df = 5$; $P < 0,001$) i objašnjava između 16,1 % (po Cox & Snell) do 24,0 % (po Nagelkerke) varijance loše kvalitete života, a točno klasificira 76 % slučajeva (Tablica 5.18.).

Tablica 5.18. Predviđanje vjerojatnosti lošije kvalitete života ispitanika

Čimbenik	β	Wald	P	Omjer vjerojatnosti (OR)	95% raspon pouzdanosti
*Dob (51 – 60 godina)	0,89	6,68	0,009	2,44	1,24 do 4,80
†Dijagnoza					
Poremećaji raspoloženja	1,91	12,8	<0,001	6,78	2,38 do 19,30
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom	0,92	6,83	0,009	2,50	1,26 do 4,97
§Primanja 4501 kn i više	-1,07	9,25	0,002	0,34	0,17 do 0,68
‡SAHLCA-50 (zdravstveno nepismeni)	0,98	6,48	0,01	2,67	1,25 do 5,70
Konstanta	1,10	0,11	0,04		

β – regresijski koeficijent;

* referentna je skupina dob do 40 godina;

† referentna su skupina bolesnici s dijagnozom *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari*;

§ referentna su skupina bolesnici s mjesečnim primanjima po osobi manje od 1500 kuna

‡ referentna su skupina zdravstveno pismeni bolesnici

6. RASPRAVA

Provedeno je istraživanje imalo za cilj dobiti uvid u zdravstvenu pismenost i razinu kvalitete života bolesnika oboljelih od mentalnih poremećaja te utvrditi povezanost i doprinos zdravstvene pismenosti razini kvalitete njihova života. Analizom literature utvrđeno je da u dosadašnjim istraživanjima u RH nije ispitivana spomenuta povezanost, a zdravstvena se pismenost još uvijek ne percipira dostatno važnim čimbenikom u procesu zdravstvene skrbi bolesnika oboljelih od mentalnih bolesti. Upravo je mogući doprinos zdravstvene pismenosti na kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima bio primarnim fokusom ovoga istraživanja.

Od ukupno 257 ispitanika u ovom istraživanju, 61,9 % bilo je muškaraca i 38,1 % žena. Takva je spolna raspodjela na neki način očekivana i u skladu je s posljednjim dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) o vodećim uzrocima hospitalizacija u skupini mentalnih poremećaja u RH 2017. godine, uz brojčanu dominaciju muškog spola (131). U ovom je istraživanju bilo najmanje (16,3 %) ispitanika starijih od 61 godinu, a najviše (42,4 %) u dobnoj skupini od 51 do 60 godinu što podupiru spomenuti podatci HZJZ-a prema kojima je najviše (43,56 %) hospitalizacija obuhvatilo upravo srednju starosnu dob od 40 do 59 godina, a najmanje (4,8 %) je hospitaliziranih bilo iz skupine od 10 do 19 godina (131). U ovom je istraživanju bilo najviše (67,7 %) ispitanika sa srednjoškolskim obrazovanjem, a najmanje ih je bilo (1,2 %) s nezavršenom osnovnom školom. Osnovnu je školu završilo 11 % ispitanika, dok je 19,8 % ispitanika imalo višu i višu i visoku stručnu spremu. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, ograničenu zdravstvenu pismenost najčešće imaju upravo osobe s najnižom razinom i niskom razinom obrazovanja (3). Osobe s niskom razinom zdravstvene pismenosti sklonije su rizičnom ponašanju (3), lošijoj prevenciji i neodgovornijem pristupu liječenju kroničnih bolesti (2, 200), uz češće korištenje zdravstvenih usluga (22, 201). Svi navedeni čimbenici mogu značajno pridonijeti nejednakosti u održivosti zdravlja (3, 54). U ovom je istraživanju najmanje ispitanika (13,2 %) koji su naveli da imaju manje od 1500 kuna primanja po članu obitelji mjesečno, a najviše ispitanika (33,9 %) navelo je primanja od 1501 do 3000 kuna mjesečno. Svjetska zdravstvena organizacija također sugerira da nižu razinu zdravstvene pismenosti imaju osobe s jako niskim (73,9 %) i niskim socioekonomskim statusom (60 %) (3). Pojedini autori kao najznačajnije prediktore neodgovarajuće zdravstvene pismenosti navode siromaštvo, loš socijalni status, obrazovanje, dob i spol (31). U ovom je istraživanju bilo najviše (49,8 %) ispitanika s dijagnozama iz skupine *neurotski i somatofornni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* (F10 – F19), a najmanje ispitanika (0,4 %) iz skupine *bihevioralni sindromi*

vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50 – F59). Na nacionalnoj razini, prema posljednjim dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2017. godine, u skupini *mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja* (F00 – F99) najveći su udio opterećenja bilježili depresivni poremećaji (25,9 %), a zatim poremećaji uzrokovani alkoholom (17,1 %) (131). Prema bolničkom pobolu bolesnika s mentalnim poremećajima na temelju navedenog izvješća, najčešće su dijagnostičke kategorije bile mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom (18,1 %), shizofrenija (15,1 %), depresivni poremećaji (13,0 %) te reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe, uključujući PTSP (6,2 %) (131). Pojedini autori upozoravaju da mentalni poremećaji doprinose intenziviranju i komplikacijama pridruženih bolesti (147) koje su značajno bile zastupljene i kod ispitanika u ovom istraživanju. Najčešće su pridružene bolesti bile bolesti krvožilnog sustava (41,2 %), probavnog sustava (26,1 %), mišićno-koštanog sustava (21 %), endokrinog sustava (22,2 %) te manje udio bolesti ostalih tjelesnih sustava. Evidentno je da su ispitanici bolesnici s mentalnim poremećajima u ovom istraživanju značajno izloženi intenziviranju komplikacija vlastitih pridruženih bolesti.

6.1. Zdravstvena pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima

Kako je spomenuto, globalno je nedostatan broj studija koje istražuju i opisuju zdravstvenu pismenost bolesnika s mentalnim poremećajima, dok se pozornost češće pridaje pismenosti mentalnog zdravlja, odnosno razumijevanju medicinskih dijagnoza i koncepata mentalnog zdravlja (202). Jasno je da su istraživanja i nova saznanja o zdravstvenoj pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima vrlo važna upravo zbog izrazitih potreba za zdravstvenim uslugama tih bolesnika (162). Potvrđeno je da oni dobivaju lošiju kvalitetu zdravstvene skrbi, često se ne pridržavaju zdravstvenih preporuka te češće imaju nizak socioekonomski status i općenito lošije zdravstvene ishode (102, 152).

Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da je primjenom *SAHLCA-50* testa utvrđeno 173 (67,3 %) zdravstveno pismenih ispitanika (> 42 boda), dok je zdravstveno nepismenih (≤ 42 boda) bilo njih 84 (32,7 %). Ti su rezultati ili podudarni ili u potpunosti suprotni rezultatima drugih istraživanja što se na neki način očekivalo jer istraživanja na globalnoj razini upućuju na značajno oprječne rezultate. Tako pojedine studije opisuju odgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti kod većine ispitanika bolesnika s mentalnim poremećajima (146, 156), dok drugi istraživači bilježe značajno veći broj ispitanika s niskom/neodgovarajućom razinom zdravstvene pismenosti (80, 102, 157 - 161). Rezultati istraživanja provedenog u Limi (Peru) (203) upućuju na viši udio (34,4 %) zdravstveno nepismenih ispitanika u odnosu na rezultate

ovog istraživanja, dok jedno argentinsko istraživanje opisuje niži udio (30,1 %) zdravstveno nepismenih ispitanika (204) u odnosu na rezultate ove studije. Udio je zdravstveno nepismenih ispitanika u ovom istraživanju podudaran rezultatima studije iz 2015. godine u kojoj je za procjenu zdravstvene pismenosti primijenjen *REALM* test (161). U sustavnom pregledu literature iz 2021. godine, analizirajući istraživanja u kojima su upotrijebljena dva različita testa funkcionalne pismenosti – *TOFHLA* (146, 158) i *REALM* (102, 157, 158, 160, 161, 205) – zabilježene su razlike u razini zdravstvene pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na korištene upitnike (206). Spomenuti istraživači koji su u svojim istraživanjima koristili *TOFHLA* test (146, 158) utvrdili su da 9 % (146), odnosno 38 % (158) bolesnika s mentalnom bolešću ima neodgovarajuću zdravstvenu pismenost. Ponderirani srednji prosjek tih dviju studija na temelju veličina uzorka pokazao je da 27 % ispitanika ima neodgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti (206). Nadalje, spomenuti istraživači koji su koristili *REALM* test zdravstvene pismenosti (102, 157, 158, 160, 161, 205), na temelju kojega je nastao *SAHLSA-50* test, utvrdili su da 23 % do 76 % bolesnika s mentalnim poremećajima ima neodgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti. Uspoređujući navedenih šest istraživanja, Degan i suradnici (206) utvrdili su da je prosječan udio ispitanika s neodgovarajućom razinom zdravstvene pismenosti iznosio 49 % te zaključuju da oni koji žive s mentalnom bolešću imaju veću stopu neodgovarajuće razine zdravstvene pismenosti u odnosu da na opću populaciju Australije (206). Istraživači Galletly i suradnici u istraživanju opisuju njima neočekivan rezultat viših razina zdravstvene pismenosti kod bolesnika s mentalnim bolestima u usporedbi s nacionalnom razinom zdravstvene pismenosti u Australiji (146). Također, potrebno je spomenuti istraživanje Rolováe (207) koja je zdravstvenu pismenost mjerila *HLS-EU-Q* upitnikom u dvjema psihijatrijskim ustanovama u Pragu. Rezultati njezina istraživanja upućuju na to da je prosječna ocjena opće zdravstvene pismenosti ispitanika bila 34,1 što je upućivalo na dovoljnu razinu pismenosti, međutim gotovo polovica ispitanika imala je ograničenu razinu zdravstvene pismenosti, a promicanje zdravlja otkriveno je kao najproblematičnija domena zdravstvene pismenosti (207). Međutim, u sustavnom pregledu literature Paasche-Orlow i suradnici (208) navode da su u većini istraživanja korišteni *REALM* ili *TOFHLA* testovi. Također, pronalaze da prevalencija niske razine zdravstvene pismenosti nije bila povezana s instrumentom mjerenja. Takvi su različiti rezultati moguće rezultat nedosljednosti mjerenja i konceptualizacije zdravstvene pismenosti (206).

Analiza literature upućuje na to da na području RH nisu dostupna istraživanja razine zdravstvene pismenosti u bolesnika s mentalnim poremećajima, ali je dostupno istraživanje na

razini opće populacije kada su istraživači primjenom istog instrumenta utvrdili 45 % zdravstveno nepismenih ispitanika (100). Navedeno može upućivati na činjenicu da su ispitanici s mentalnim poremećajima u ovom istraživanju zdravstveno pismeniji od ispitanika iz opće populacije. Potrebno je podsjetiti da su ispitanici u ovom istraživanju bili bolesnici liječeni u ispitivanim zdravstvenim ustanovama koji su u potpunosti bili spremni na suradnju pri istraživanju. Također, moguće je da su se ispitanici u ovom istraživanju više zanimali za detalje o svojoj bolesti i tako neformalno „učili“. Nadalje, jedan je od mogućih razloga i značajno manji udio ispitanika u ovom istraživanju sa završenom samo osnovnom školom i ispitanika bez specifične edukacije u odnosu na ranije provedeno istraživanje Placenta i suradnika (100). U drugom istraživanju koje je obuhvatilo 142 roditelja djece u pedijatrijskoj ambulanti (209), mjereno hrvatskom inačicom instrumenta *SAHLSA-50*, utvrđen je viši udio (83,1 %) zdravstveno pismenih u odnosu na rezultate ovog istraživanja. Također, jedno je istraživanje provedeno u Kliničkom bolničkom centru Rijeka, uz primjenu instrumenta *S-TOFHLA* (nisu prethodno ispitana psihometrijska svojstva u hrvatskom kontekstu), pokazalo da je 3,6 % ispitanika imalo graničnu, a njih 14 % neodgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti što je dodatno upućivalo na ekonomske učinke zdravstvene pismenosti na zdravstveni sustav (210). Nadalje, rezultati istraživanja koje je 2018. godine obuhvatilo 100 hospitaliziranih bolesnika u Kliničkom bolničkom centru Osijek, uz primjenu lingvistički validirane hrvatske inačice *NVS* instrumenta, uputili su na to da 51 % ispitanika ima srednju razinu, a njih 7 % nisku razinu zdravstvene pismenosti (101). Takvi i slični rezultati u hrvatskom kontekstu mogu se objasniti evidentnom dinamičnošću konstrukcije zdravstvene pismenosti, znajući da je ona kombinacija kognitivnih kapaciteta, kvalitete obrazovanja/edukacije, mogućnosti i životnog iskustva pojedinca, kulturnog okruženja i konteksta društvenog i tržišnog sustava te povijesti zemlje/regije u nekom zemljopisnom području (211). Usuprot navedenim razlikama, istraživači impliciraju da je osnovna i najučinkovitija mjera s kojom je moguće poboljšati zdravlje cijele populacije poboljšanje zdravstvene pismenosti stanovništva (212, 213).

6.1.1. Razlike u zdravstvenoj pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na opća obilježja

Mnoga istraživanja opisuju odnos zdravstvene pismenosti i sociodemografskih obilježja ispitanika, a rezultati su vrlo različiti ili čak suprotni. S obzirom na spol, u ovom su istraživanju ispitanice bile značajno zdravstveno pismenije u odnosu na muškarce kada je od ukupno 98

žena njih 80 bilo zdravstveno pismeno. Više studija (100, 101, 214 - 216) sugerira postojanje razlika u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na spol kada su žene bile zdravstveno pismenije od muškaraca. Također, Placento i suradnici na razini opće populacije, na istom području i uz primjenu istog instrumenta, opisuju rezultate u kojima su ispitanice bile značajno pismenije od muškaraca (100). Nadalje, u Europskoj anketi zdravstvene pismenosti istraživači smatraju muški rod jednim od čimbenika koji se povezuje s nižom razinom zdravstvene pismenosti (31). Pojedini autori navedeno objašnjavaju činjenicom da su žene češće i više angažirane u preuzimanju uloge njegovatelja što im na neki način osigurava češći doticaj sa zdravstvenim sustavom i češćim pristupom zdravstvenim informacijama (215, 217). Moguće je da je to razlog bolje pismenosti kod žena u našoj regiji. Međutim, rezultati studija provedenih u Gani (218) i Kosovu (219) upućuju na suprotne rezultate kada je muškarcima procijenjena viša razina zdravstvene pismenosti. Upravo navedena područja karakterizira „dominacija muške rodne uloge“ i različiti oblici spolne diskriminacije kada muškarci imaju prilike i uvjete za bolji socioekonomski napredak, a time i proširivanje znanja o vlastitom zdravlju. Upravo su ti čimbenici u uskoj svezi s razinom zdravstvene pismenosti (217). Nadalje, Paasche-Orlow i suradnici (208) u sustavnom pregledu literature opisuju prevalenciju niske razine zdravstvene pismenosti koja nije bila povezana sa spolom. Među ostalim, prema Europskoj anketi zdravstvene pismenosti (31) spol se smatra najslabijim prediktorom loše zdravstvene pismenosti.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da su bolesnici s mentalnim poremećajima koji žive u gradu pismeniji u odnosu na bolesnike koji žive na selu. Dakle, od ukupno 144 bolesnika koji žive u gradu njih je 109 zdravstveno pismeno, dok je od 133 bolesnika koji žive na selu zdravstveno pismenih samo njih 64. Srodne studije opisuju značajno različite rezultate. Tako Placento i suradnici koji su ispitali funkcionalnu zdravstvenu pismenost u općoj populaciji, na istom zemljopisnom području kao i ovo istraživanje, primjenom istog testa, također utvrđuju da su ispitanici koji žive u gradu zdravstveno pismeniji u odnosu na one koji žive na selu (100). Analizirajući globalno, više studija iz zemalja u razvoju, u odnosu na razvijene zemlje opisuju značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti između ruralnog i urbanog stanovništva (220). Coman i suradnici u svojem istraživanju u Rumunjskoj primjenom *HLS-EU-Q16* testa dolaze do zaključka da zdravstvena pismenost nije povezana s mjestom stanovanja (211) što navode i drugi istraživači (221). Ta se tvrdnja može poduprijeti rezultatima istraživanja Aljasim i Ostini koji su u svojoj sustavnoj analizi literature zaključili da istraživači u zemljama u razvoju, u usporedbi s onima u razvijenim zemljama, značajno više prijavljuju da su stanovnici urbanih

sredina pismeniji od ruralnih (220). Rezultati većine studija upućuju na to da je razina zdravstvene pismenosti viša u ispitanika u urbanim područjima (218, 220, 222 - 225). Unatoč utvrđenim razlikama u razini zdravstvene pismenosti između stanovnika grada i sela, ne može se sa sigurnošću utvrditi da je tomu jedini uzrok mjesto stanovanja. Također je vjerojatan doprinos i drugih čimbenika poput razine obrazovanja, dostupnosti zdravstvenih resursa, socioekonomskog statusa koji moguće imaju i značajniji doprinos na razinu zdravstvene pismenosti od samog mjesta stanovanja (31).

U ovom su istraživanju, prema *SAHLCA-50* skoru, bolesnici s mentalnim poremećajima u dobi do 40 godina bili značajno zdravstveno pismeniji u odnosu na starije bolesnike, osobito u odnosu na ispitanike u dobi od 51 do 60 godinu. Spomenuto istraživanje Placenta i suradnika u općoj populaciji opisuje korelaciju između zdravstvene pismenosti i dobi ispitanika kada stariji ispitanici postižu niže rezultate na testu zdravstvene pismenosti (100). Također, više inozemnih srodnih studija opisuju da je razina zdravstvene pismenosti usko povezana s dobi ispitanika (75, 226). Rose i suradnici u svojem istraživanju navode da se s porastom dobi ispitanika povećava i razina njihove zdravstvene pismenosti (158). Međutim, drugi autori u osoba starije životne dobi bilježe povećan rizik za neodgovarajuću zdravstvenu pismenost (208, 227). Stručna i znanstvena literatura češće opisuju neodgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti u osoba starije životne dobi (213, 228 - 230). Baker i suradnici u dvjema velikim studijama navode da su više stope smrtnosti u starijih osoba povezane s niskom razinom zdravstvene pismenosti (231, 232) što dodatno naglašava važnost zdravstvene pismenosti u starijih osoba koje se obično smatraju posebno osjetljivom i rizičnom skupinom za nižu razinu zdravstvene pismenosti (75, 233). Uzimajući u obzir mentalne poremećaje i bolesti, Gazmarin i suradnici svojom studijom također potvrđuju da osobe starije životne dobi koje boluju od depresije imaju nižu razinu zdravstvene pismenosti (230). Istraživači u Limi u Peruu u hospitaliziranih bolesnika primjenom instrumenta *SAHLSA-50* također bilježe značajnu povezanost starije životne dobi i neodgovarajuće razine zdravstvene pismenosti (203). Prema drugim autorima brojni su čimbenici niže razine zdravstvene pismenosti u starijoj populaciji: niži socioekonomski status, niži stupanj obrazovanja, tjelesne promjene povezane sa starenjem i slabljenjem kognitivnih funkcija koje mogu dovesti do komunikacijskih poteškoća i nerazumijevanja zdravstvenih pojmova, uputa i informacija (234, 235). Tu tezu podržavaju i druga istraživanja o zdravstvenoj pismenosti koja su potvrdila kako su starija dob, nisko obrazovanje i migracijska pozadina bili čimbenici rizika za nisku razinu zdravstvene pismenosti (42, 236). Također, pokazalo se da na ispitanikovu sposobnost ispunjavanja zadataka zdravstvene pismenosti može utjecati i

slabljenje kognitivnih funkcija povezanih s dobi (237, 238). Tako je na neki način očekivano da su najviše „pogođeni“ stariji bolesnici zbog oslabljenih kognitivnih sposobnosti (vida, sluha, pamćenja, čitanja, razumijevanja, itd.) (226). U ovom su se istraživanju navedeni „biasi“ nastojali minimalizirati jasnim isključnim kriterijima koji su, među ostalim, isključivali ispitanike sa znakovima značajnijih kognitivnih oštećenja i problema s vidom i/ili sluhom koji se ne mogu kompenzirati pomagalima što je i preporuka autora *SAHLSA-50* instrumenta (95). Također, ovo je istraživanje obuhvatilo ispitanike širokog raspona životne dobi kako bi se osigurao što bolji uvid u međuodnos dobi i zdravstvene pismenosti. Zaključno se može utvrditi da stariju životnu dob, osobito onu iznad 65 godina, treba podrazumijevati kao značajan prediktor u objašnjenju niže razine zdravstvene pismenosti. Međutim, uvijek treba uzeti u obzir i druge čimbenike koji mogu doprinijeti varijaciji razine zdravstvene pismenosti unutar dobne skupine poput njihova socioekonomskog statusa i razine obrazovanja (78).

Rezultati ovog istraživanja ne upućuju na značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na bračni status ispitanika što je u skladu s drugim istraživanjima koja su ispitivala zdravstvenu pismenost hospitaliziranih bolesnika, također primjenom *SAHLSA-50* instrumenta (203, 204). Međutim, rezultati spomenutog istraživanja Placenta i suradnika (100) u općoj populaciji upućuju na to da su s obzirom na bračni status udovice bile manje zdravstveno pismene od ostalih ispitanika. Autori također navode da je taj rezultat moguć zbog čimbenika prigodnosti uzorka.

Razina je obrazovanja također jedan od čimbenika koji se povezuje sa zdravstvenom pismenosti. Rezultati ovog istraživanja upućuju na značajno nižu razinu zdravstvene pismenosti bolesnika s nezavršenom i završenom samo osnovnom školom u odnosu na bolesnike s višom razinom obrazovanja. Prema dostupnoj srodnoj literaturi, ovo je prva studija koja ispituje funkcionalnu zdravstvenu pismenost u bolesnika s mentalnim poremećajima u RH, stoga se rezultati ne mogu usporediti s rezultatima drugih studija s ovih prostora. Najsličnije su istraživanje u RH proveli Placento i suradnici, ali na uzorku ispitanika iz opće populacije (100). Autori su utvrdili da su ispitanici s višom razinom obrazovanja bili zdravstveno pismeniji u odnosu na manje obrazovane ispitanike (100). Važno je napomenuti da srodna literatura i prethodne inozemne studije opisuju pozitivnu povezanost između niže razine zdravstvene pismenosti i niže razine obrazovanja (203, 204, 208, 230, 239). Zabilježeno je da osobe s višom razinom obrazovanja (53, 208, 228, 240 - 242) kao i osobe s boljim materijalnim statusom (242, 243) obično imaju i višu razinu zdravstvene pismenosti što je istraživanjima potvrđeno i na

razini Europe (242). U RH Dukić i suradnici zaključili su da ispitanici sa srednjoškolskim i visokoškolskim obrazovanjem imaju četiri puta veću vjerojatnost biti zdravstveno pismeniji u usporedbi s ispitanicima osnovnoškolskog obrazovanja (210). Na neki je način i očekivano da će osobe koje imaju problema s općom pismenošću imati i dodatne poteškoće u tumačenju zdravstvenih informacija. Dakle, može se pretpostaviti da visoka razina opće pismenosti ujedno pridonosi i visokoj razini zdravstvene pismenosti. Međutim, istraživanje provedeno na 275 kanadskih srednjoškolaca pokazalo je da razina opće pismenosti nije bila povezana s razinom zdravstvene pismenosti koju autori izdvajaju kao značajan izazov u području obrazovanju, ali i drugim područjima (244). Evidentno je da se zdravstvena pismenost pojedinca može značajno razlikovati od razine njegove opće pismenosti. Taj je međuodnos vrlo specifičan i vezan uz sveukupan kontekst kada osoba može sasvim dobro funkcionirati u nekim svakodnevnim situacijama i s niskom razinom zdravstvene pismenosti. Međutim, razina zdravstvene pismenosti, točnije potreba za njom, dolaze do potpunog izražaja tek u trenucima kada pojedincu zatrebaju (245). Nadalje, analizirajući povezanost zdravstvene pismenosti i razine obrazovanja bolesnika s mentalnim poremećajima, pojedini istraživači ne navode značajnu povezanost (80, 159, 207), dok druga istraživanja opisuju da je niža razina zdravstvene pismenosti povezana s nižom razinom obrazovanja (79, 146, 158, 246). Stoga, moguće je zaključiti da je upravo razina obrazovanja značajna determinanta razine zdravstvene pismenosti (240). Upravo zdravstvenu pismenost istraživači sve češće ističu kao potencijalnu posrednicu između razine obrazovanja i zdravlja (247, 248). Iris van der Heide i suradnici izdvajaju zdravstvenu pismenost kao važan medijator između obrazovanja i zdravstvenog statusa te zaključuju da zdravstvena pismenost ima veću ulogu u ispitanika s nižim razinama obrazovanja u odnosu na ispitanike s visokim razinama obrazovanja (228). Navode da je zdravstvena pismenost važniji medijator za osobe sa srednjoškolskim u odnosu na osobe s nižim obrazovanjem i kako razina zdravstvene pismenosti ne pokazuje linearan gradijent s porastom razine obrazovanja (228). Budući da mehanizmi utjecaja razine obrazovanja na zdravstvene ishode još nisu dostatno ispitani i razjašnjeni, potrebna su daljnja istraživanja o relativnoj važnosti posredničke uloge zdravstvene pismenosti (228, 249).

Pojedine studije opisuju značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na njihovu/njihove medicinsku/medicinske dijagnozu/dijagnoze (102, 246, 250). Rezultati ovog istraživanja upućuju na nešto niže vrijednosti ukupnog SAHLCA-50 skora u bolesnika koji imaju dijagnozu iz skupine *shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja* u odnosu na bolesnike s drugim ispitivanim skupinama dijagnoza mentalnih

poremećaja, međutim te razlike nisu značajne. Pojedini autori u svojim istraživanjima bilježe viši udio neodgovarajuće razine zdravstvene pismenosti među bolesnicima s dijagnozom shizofrenije u odnosu na razinu zdravstvene pismenosti u bolesnika s drugim dijagnozama mentalnih poremećaja (102, 250). Važno je spomenuti i studiju koja opisuje značajno višu stopu smrtnosti od COVID-19 u bolesnika s dijagnosticiranom shizofrenijom u odnosu na bolesnike s drugim dijagnozama mentalnih poremećaja (251). S obzirom na to da je ta skupina bolesnika izrazito vulnerabilna (252), od vitalne je važnosti težiti podizanju njihove razine zdravstvene pismenosti. Nasuprot ranije opisanim istraživanjima, rezultati jednog novijeg australskog istraživanja na uzorku bolesnika oboljelih od shizofrenije upućuju na to da ispitanici imaju odgovarajuću razinu zdravstvene pismenosti (253). Takvi se rezultati mogu objasniti dobrom koordinacijom i zdravstvenom skrbi u zajednici (npr. psihoedukacija, redoviti pregledi, psihosocijalna rehabilitacija, partnerstvo, podrška) (253). Dok pojedini autori tumače da je razina zdravstvene pismenosti u bolesnika s dijagnosticiranim poslijetraumatskim stresnim poremećajem viša u odnosu na razinu zdravstvene pismenosti u bolesnika s drugim dijagnozama mentalnih poremećaja (246), drugi autori ne bilježe značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na dijagnoze mentalnih poremećaja (157). Kako je ranije spomenuto, publicirano je vrlo malo studija koje ispituju zdravstvenu pismenost u bolesnika s mentalnim poremećajima, a rezultati su navedenih studija različiti i oprečni (205) ili istražuju neke druge aspekte zdravstvene pismenosti (80). Navedeno značajno otežava analizu i usporedbu rezultata ove i ranijih studija što implicira evidentnu potrebu za provedbom daljnjih istraživanja u svrhu utvrđivanja razina, doprinosa i učinaka zdravstvene pismenosti na životno funkcioniranje bolesnika s mentalnim poremećajima.

6.1.2. Samoprocjena kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima

Izuzetno važna sastavnica zdravstvene skrbi, osobito u kroničnih bolesnika, njihova je percepcija kvalitete vlastitoga života koja uvijek treba biti u središtu zdravstvene skrbi i kojoj treba težiti (254). Procjena kvalitete života bolesnika sve se češće implementira u svakodnevnu kliničku praksu jer doprinosi postizanju željenih pozitivnih ishoda zdravstvene skrbi (255). Poznavanjem podataka o bolesnikovoj samoprocjeni kvalitete života zdravstveni djelatnici mogu značajno unaprijediti komunikaciju i prepoznati moguće dodatne bolesnikove potrebe, poteškoće i probleme te tako unaprijediti zdravstvenu skrb osobito u bolesnika starije životne dobi (256). Posebice je važno ispitivati i utvrditi kvalitetu života bolesnika koji boluju od mentalnih poremećaja jer poznato je da upravo ta skupina bolesnika ima nižu kvalitetu života

u odnosu na opću populaciju (135, 257, 258). Literatura opisuje više socioekonomskih čimbenika koji se povezuju s boljom kvalitetom života bolesnika koji boluju od mentalnih poremećaja poput: muški spol (259), zaposlenost (260), mlađa životna dob (261), viša primanja (262) i život s obitelji (263). Međutim, ne postoji jasan konsenzus oko neposrednog utjecaja spomenutih čimbenika na kvalitetu života pojedinca. Analizirajući fenomen kvalitete života na europskoj razini, evidentno je da su rezultati zdravstvene ankete (*SF-36* instrument) vrlo slični, no ukupna je kvaliteta života u RH niža u odnosu na europski prosjek (264). Također, treba naglasiti da postoje regionalne razlike u samoprocijenjenoj kvaliteti života kada su najlošiji rezultati zabilježeni u istočnoj regiji RH (265). Kersnik i suradnici napominju da na kvalitetu života, među ostalim, mogu utjecati zdravstveno stanje, heterogenost, razlika u dobi ispitanika i kulturno-zemljopisna situacija (266).

U ovom su istraživanju ukupnu kvalitetu života bolesnici s mentalnim poremećajima samoprocijenili lošom (medijan 36,6) što je na neki način bio i očekivan rezultat s obzirom na rezultate ranijih srodnih istraživanja (135, 257, 258, 267, 268). Međutim, unatoč rezultatima ranijih istraživanja, toliko je niska vrijednost samoprocijenjene kvalitete života ipak iznenađujuća i moguće da je posljedica trenutnog mentalnog stanja / zdravlja ispitanika. Smith i suradnici u provedenoj metaanalizi studija dolaze do zaključka da pri samoprocjeni kvalitete života bolesnici pridaju veću važnost mentalnom zdravlju nego vlastitom tjelesnom funkcioniranju (269). Važno je istaknuti činjenicu da u pojedinaca nezadovoljstvo kvalitetom vlastitoga života može negativno djelovati na njihovo mentalno zdravlje i svakodnevno životno funkcioniranje. Dugotrajno loša kvaliteta života može biti mogući rizični čimbenik za razvoj depresije (270) i tako se na neki način zatvara „začarani krug“ iz kojega bolesnici teško mogu naći izlaz bez pružene profesionalne pomoći.

Analiza domene mentalnog zdravlja u ovom istraživanju pokazuje da su žene u odnosu na muškarce značajno niže samoprocijenile zadovoljstvo svojim psihičkim zdravljem kao i ukupno mentalno zdravlje što je u skladu s rezultatima drugih istraživanja (271, 272). Spomenuta istraživanja također upućuju na to da su bolesnici muškog spola bolje samoprocijenili tjelesnu domenu, dimenziju vitalnost i energija kao i ukupnu kvalitetu života (271, 272). Istraživači uglavnom opisuju da u općoj populaciji žene lošije samoprocjenjuju kvalitetu života u odnosu na muškarce kao i bolesnice s ozbiljnim mentalnim bolestima u odnosu na bolesnike (273). Dakle, može se zaključiti da na globalnoj razini, s obzirom na spol, postoje značajne razlike u procjeni mentalnog zdravlja i kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima. Colillas-Malet i suradnici navedeni fenomen tumače kao odraz sociokulturnih

čimbenika kroz koje su nametnute uloge i obrasci ponašanja koji utječu na žene i muškarce i njihovo suočavanje sa psihičkom patnjom (274). Autori također navode da su žene u odnosu na muškarce često u lošijem položaju u odnosu na javne institucije i društvo općenito (274). To tumačenje u velikoj mjeri objašnjava i opravdava rezultate ovog istraživanja.

Nadalje, rezultati ovog istraživanja u domeni mentalnog zdravlja upućuju na značajne razlike samo u području vitalnosti i energije kada su značajno najbolje samoprocjene utvrđene kod bolesnika s mentalnim poremećajima u dobi do 40 godina. To nije iznenađujući rezultat jer se upravo osobe mlađe životne dobi povezuju s vitalnosti i životnom energijom, entuzijazmom, živahnosti i odsutnosti umora (275). Samoprocjene domene tjelesnog zdravlja kao i procjena ukupnog tjelesnog zdravlja značajno se razlikuju s obzirom na dobne skupine pri čemu ih mlađi ispitanici bolje samoprocjenjuju. Tako je i ukupna kvaliteta života u ovom istraživanju značajno najbolje samoprocijenjena kod ispitanika u životnoj dobi do 40 godina. Mnoge studije opisuju negativnu povezanost procesa starenja i rezultata u tjelesnoj domeni kao i ukupnoj kvaliteti života u bolesnika s mentalnim poremećajima (276 - 278). Također, jedno istraživanje provedeno u RH na uzorku opće populacije potvrđuje da stariji ljudi procjenjuju lošije svoju kvalitetu života u odnosu na mlađe ispitanike (279). Istraživanja na temu kvalitete života u starijoj životnoj dobi češće upućuju na mogućnost snižavanja kvaliteta života zbog različitih bolesti i pridruženih stanja, a ne nužno zbog biološke dobi (279). Stoga bolesnici starije životne dobi osjećaju više simptoma bolesti (npr. bolove u leđima i nogama, oslabljen vid i sluh, itd.), koriste više vrsta i veće količine lijekova te imaju osjećaj da se njihovi zdravstveni problemi samo gomilaju. Dakle, razlozi lošije samoprocjene kvalitete života u starijoj životnoj dobi najvjerojatnije se mogu objasniti mnogobrojnim promjenama koje osobe doživljavaju tijekom svojega života, a na to utječe i promijenjena slika o sebi, vlastitim vrijednostima i sposobnostima (280).

Prema rezultatima ovog istraživanja nisu utvrđene značajne razlike u kvaliteti života bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na mjesto stanovanja ni u pojedinim domenama ni prema ukupnoj skali što nije iznenađujući rezultat. No potrebno je napomenuti da je moguće kako pojedini čimbenici vezani uz ruralna područja imaju utjecaj na kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima (281). Ti bolesnici imaju povećane potrebe za zdravstvenom skrbi, a čimbenici poput ograničenog pristupa zdravstvenoj skrbi u ruralnim područjima i socioekonomskih čimbenika (financije) mogu dodatno ograničiti pristup i tako (ne)izravno utjecati na smanjenje kvalitete života (281). Međutim, udaljenosti između ispitivanih

zdravstvenih ustanova u ovom istraživanju nisu toliko velike kao u pojedinim područjima RH (npr. otoci, slabije naseljena područja, i sl.) i taj se rezultat stoga ne može generalizirati.

U ovom istraživanju, s obzirom na bračni status, značajno najlošije samoprocjenjuju dimenziju psihičko zdravlje razvedeni ispitanici što je u skladu s drugim istraživanjima koja također opisuju i lošije samoprocjene ukupne kvalitete života samaca (277, 282). Heider i suradnici također su opisali negativnu povezanost samačkog života i domene mentalnog zdravlja u bolesnika s mentalnim poremećajima (263). Moguće je da u braku postoji pozitivan učinak na muškarce i žene, promatrajući bračnu zajednicu kao mjesto socijalne potpore kada se osobe u braku uvijek imaju komu obratiti u različitim životnim situacijama (283). Isto tako moguće je da razvedeni bolesnici s mentalnim poremećajima gube taj specifičan oblik socijalne potpore i zbog toga lošije procjenjuju vlastito psihičko zdravlje.

Analize povezanosti razine obrazovanja i kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima u ovom istraživanju upućuju na to da su ispitanici visoke stručne spreme bili značajno zadovoljniji svojim tjelesnim funkcioniranjem u odnosu na ispitanike svih drugih razina obrazovanja. Studije koje nastoje objasniti povezanost navedenih dviju varijabli upućuju na vrlo različite pa i oprečne rezultate. Tako pojedini autori opisuju negativnu korelaciju razine obrazovanja i kvalitete života (284, 285), dok drugi autori opisuju da su obrazovaniji bolesnici s mentalnim poremećajima značajno zadovoljniji kvalitetom života od manje obrazovanih (286 - 288). Moguće je da viša razina obrazovanja neizravno podrazumijeva i bolje plaćeni posao, a na taj se način kroz ekonomsku neovisnost bolesnici vjerojatno osjećaju korisniji za društvo i tjelesno spremniji. Suprotno spomenutom, bolesnici niže naobrazbe u odnosu na bolesnike sa završenom srednjom, višom ili visokom razinom obrazovanja značajnije su bili nezadovoljni kvalitetom života i to najčešće zbog bolova. U skladu s navedenim, moguće je da su ispitanici niže naobrazbe izloženi složenijim i težim fizičkim poslovima što značajno pridonosi mogućim ozljedama i drugim poteškoćama koje mogu za posljedice imati bolove. Osjećaji bolova očekivano doprinose lošijim subjektivnim percepcijama općeg zdravlja i kvalitete života. Drugi istraživači ističu negativnu povezanost razine obrazovanja s dimenzijama tjelesnog funkcioniranja i percepcije općeg zdravlja (289). Nadalje, u ovom istraživanju ukupna ocjena domene tjelesnog zdravlja značajno je niža kod bolesnika nezavršene osnovne škole u odnosu na sve druge razine obrazovanja što se također može povezati s tjelesnim simptomima bolesti, primarno bolovima. Poznato je da tjelesni simptomi bolesti snažno utječu i na procjenu kvalitete života (165). U ovom istraživanju bolesnici s

najvišom razinom obrazovanja najbolje samoprocjenjuju kvalitetu života što je moguće zbog njihove očekivano više razine verbalne inteligencije od manje obrazovanih ispitanika kao i očekivano većim financijskim prihodima i boljim socioekonomskim statusom koji inače predstavljaju značajne prediktore kvalitete života (290).

Nadalje, u ovom su istraživanju u domeni tjelesnoga zdravlja bolesnici s dijagnozama iz skupine *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* (F10 - F19) samoprocijenili značajno manje ograničenja zbog tjelesnih poteškoća u odnosu na bolesnike s dijagnozama iz skupine *poremećaji raspoloženja ili neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom*. Potrebno je naglasiti da su ispitanici s dijagnozama iz skupine F10 - F19 gotovo svi bili bolesnici s dijagnozama iz kategorije bolesti *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom alkohola* (F10 - F10.9) i da se te rezultate ne može generalizirati na sve bolesnike iz skupine dijagnoza F10 - F19. Navedeni rezultati nisu iznenađujući jer je poznato da tjelesni simptomi mogu biti snažno povezani s depresijom i anksioznošću kao i s kvalitetom života (165, 291).

Također je potrebno spomenuti da se u skupinu dijagnoza *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* ubrajaju i anksiozni poremećaji te dijagnoze poslijetraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). S obzirom na to da je Domovinski rat značajno doprinio povećanju prevalencije PTSP-a (292), u ovom je istraživanju očekivano PTSP često zastupljena dijagnoza. PTSP je primarno povezan s mentalnim zdravljem, ali se ne isključuje i njegov utjecaj na tjelesno zdravlje (293). Poznato je da u tih bolesnika postoji veća prevalencija mišićno-koštanih, živčanih, respiratornih, kardiovaskularnih, probavnih i infektivnih bolesti (294). Ako simptomi PTSP-a traju dulje od godinu dana, veća je vjerojatnost razvoja depresije kao i značajnije pojave tjelesnih tegoba (295). Od inih psihijatrijskih poremećaja u komorbiditetu s PTSP-om, najčešće se navode zloupotreba sredstava ovisnosti, depresija i generalizirani anksiozni poremećaj (296). Stupanj funkcionalne onesposobljenosti povezan sa smanjenom kvalitetom života izraženiji je u bolesnika s PTSP-om, a subjektivna je kvaliteta života lošija u odnosu na druge anksiozne ili depresivne poremećaje (297, 298) što dodatno podupire rezultate ovog istraživanja.

Bolesnici s dijagnozama iz skupine *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* značajno bolje samoprocjenjuju svoje opće i ukupno tjelesno zdravlje uz značajno manje prijavljivanja osjećaja bolova. Uzimajući u obzir da redukcija/apstinencija alkohola kod ovisnika i apstinencija izaziva osjećaj „viška vremena i

određenu prazninu“ te ih je potrebno motivirati i uvoditi u razne druge aktivnosti (299), moguće je da upravo zbog navedenih aktivnosti ispitanici bolje samoprocjenjuju moguća ograničenja zbog tjelesnih poteškoća u odnosu na bolesnike iz drugih skupina dijagnoza. Zanimljivo je da pojedina istraživanja ne utvrđuju značajne razlike u domeni tjelesnoga zdravlja u bolesnika s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja uzrokovanih upotrebom alkohola, čak ni u odnosu na zdrave ispitanike iz opće populacije (300).

U domeni mentalnog zdravlja u ovom su istraživanju dimenziju vitalnosti i energije najlošije samoprocijenili bolesnici s dijagnozama iz skupine *poremećaji raspoloženja*. Također, isti su ispitanici samoprocijenili i značajno veća vlastita ograničenja zbog emocionalnih poteškoća u odnosu na bolesnike s drugim dijagnozama. Pojedini istraživači nisu utvrdili povezanost domene mentalnog zdravlja i medicinske dijagnoze ispitanika (274), dok su drugi istraživači došli do saznanja da mentalno zdravlje značajnije utječe na samoprocjenu kvalitete života u odnosu na domenu tjelesnog funkcioniranja (269). Kako u skupinu dijagnoza *poremećaji raspoloženja* pripada i kategorija dijagnoza *depresije* (F32 – F33.9), a poznata je negativna povezanost depresije i kvalitete života (262, 301), moguće je upravo time tumačiti uzroke lošijih procjena vitalnosti i energije kao i emocionalnih poteškoća. Naime, kao što je i spomenuto, vitalnost i energija najčešće se vežu uz živahnost, energiju i entuzijazam (275), dok se bolesnici s depresivnim poremećajima često žale na loše raspoloženje, bolove i težinu u ekstremitetima, osjećaj nemoći, smetnje spavanja i općenito nedostatak volje (302). Stručna literatura sugerira da je kod osoba s dijagnozom poremećaja raspoloženja najizraženija lošija kvaliteta života i značajno ovisi o vrsti mentalnog poremećaja (258, 303).

Nadalje, rezultati ovog istraživanja upućuju na to da su domenu mentalnog zdravlja i dimenziju ocjene sadašnjeg zdravlja u odnosu na prošlu godinu kao i ukupnu skalu kvalitete života značajno najviše samoprocijenili bolesnici koji imaju dijagnozu iz skupine *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* u odnosu na ispitanike s drugim dijagnozama. Rezultati drugih studija upućuju na to da se kvaliteta života bolesnika s dijagnozama iz skupine *mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih upotrebom alkohola* može poboljšati ako osobe apstiniraju ili započnu liječenje (304, 305) osobito u domeni mentalnog zdravlja (306, 307). Budući da su ispitanici u ovom istraživanju bili bolesnici koji se liječe u bolnici, dnevnoj bolnici i polikliničko konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a gdje na kontrole dolaze i osobe iz klubova liječenih alkoholičara, moguće da je to bio jedan od razloga njihove bolje samoprocjene.

U ovom su istraživanju dimenziju percepcije općeg zdravlja i tjelesnog funkcioniranja kao i domenu tjelesnog zdravlja značajno bolje samoprocijenili zdravstveno pismeni u odnosu na zdravstveno nepismene bolesnike. Također, zdravstveno nepismeni bolesnici značajno su više navodili vlastita ograničenja zbog tjelesnih poteškoća. Slični su rezultati loših samoprocjena zdravlja od strane ograničeno zdravstveno pismenih ispitanika utvrđeni u drugim studijama koje su uključivale korisnike primarne zdravstvene zaštite (2) i ispitanike iz opće populacije osam europskih zemalja (42). Degan je 2021. godine na temelju sustavnog pregleda literature zaključila da nema dovoljno dokaza o značajnom utjecaju zdravstvene pismenosti na zdravstvene ishode u bolesnika s mentalnim poremećajima (206). Navedeno svakako treba uzeti u obzir pri tumačenju rezultata i ovog istraživanja koje svakako osigurava dodatne dokaze, uz nastojanje osvještavanja i korisnika i pružatelja zdravstvene zaštite o važnosti zdravstvene pismenosti u bolesnika s mentalnim poremećajima. Do sada proučavan fenomen kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima upućuje na nezadovoljavajuću razinu kvalitete života u usporedbi s općom populacijom (135, 257, 258). Bolest osoba s mentalnim poremećajima negativno utječe i na kvalitetu života obitelji u kojoj žive kao i njihove rodbine (308). Unatoč svim tim saznanjima ostaju još brojna pitanja oko kojih su istraživači još nesložni i na kojima će se raditi u budućnosti, primjerice: može li se kvaliteta života osoba s mentalnim poteškoćama valjano procjenjivati i je li ona ista kod različitih vrsta smetnji (290) te ostaje li procijenjena kvaliteta života ista ili slična tijekom nekog određenog razdoblja ili se poboljšava smanjenjem simptoma bolesti ili oporavkom (309). Iz dostupne je stručne literature evidentno da kvaliteta života u bolesnika s mentalnim poremećajima na našim prostorima nije dostatno istražena, stoga će rezultati ovog istraživanja dodatno uputiti na specifične probleme, pružiti valjane argumente, postaviti temelj za daljnja istraživanja i upotpuniti prazninu u ovom osjetljivom i zahtjevnom području.

6.1.3. Doprinos zdravstvene pismenosti i općih obilježja u predviđanju lošije ocjene kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima

Logističkom je regresijom u ovom istraživanju zabilježen značajan doprinos više čimbenika vjerojatnosti da će ispitanici, bolesnici s mentalnim poremećajima, samoprocijeniti svoju kvalitetu života lošijom. U tu su svrhu ispitanici bili podijeljeni u dvije skupine. Prvu su skupinu ispitanika činili ispitanici koji su imali ukupan zbroj bodova (prema *SF-36* ljestvici) veći od 50 i time svoju kvalitetu života samoprocijenili boljom, dok su drugu skupinu ispitanika činili bolesnici s ukupnim zbrojem bodova manjim od 50 i svoju su kvalitetu života samoprocijenili

lošijom. Tako je 24,1 % ispitanika kvalitetu života samoprocijenilo boljom, dok je njih čak 75,9 % kvalitetu života samoprocijenilo lošijom. Međutim, kako je spomenuto, literatura opisuje općenito lošiju kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima (135, 257, 258, 267, 268) što na neki način sugerira da rezultati ovog istraživanja nisu iznenađujući. Vuletić i suradnici u svojem istraživanju opisuju da je kvaliteta života ispitanika iz uzorka opće populacije u istočnoj regiji RH samoprocijenjena najniže u odnosu na druge regije u RH (265).

Rezultati bivarijatne logističke regresije u ovom istraživanju upućuju na to da na lošiju kvalitetu života značajnu prediktivnu vrijednost / doprinos imaju dijagnoze iz skupina *poremećaji raspoloženja* i *neurotski i somatoformni poremećaji* i *poremećaji izazvani stresom*, a nije zabilježena prediktivna vrijednost dijagnoza iz skupine *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari*. Navedeni rezultat podupiru i rezultati drugih istraživanja koji također opisuju značajno najlošije samoprocjene kvalitete života upravo kod bolesnika s poremećajima raspoloženja u odnosu na bolesnike s drugim mentalnim poremećajima (258, 303). Kako je ranije navedeno, u ovom je istraživanju PTSP zabilježen kao najučestalija dijagnoza u skupini bolesti *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom*, a poznato je da bolesnici s PTSP-om u odnosu na bolesnike s drugim anksioznim ili depresivnim poremećajima lošije procjenjuju kvalitetu svojega života (297, 298) što dodatno podupire rezultate ovog istraživanja.

Nadalje, rezultati regresijske analize upućuju na značajnu prediktivnu vrijednost dobi ispitanika na kvalitetu života kada bolesnici s mentalnim poremećajima u dobi 51 – 60 godina imaju šest puta veću vjerojatnost, a ispitanici sa 61 i više godina pet puta veću vjerojatnost lošijih samoprocjena kvalitete života u odnosu na ispitanike u dobi do 40 godina. Navedeni su rezultati u skladu s drugim studijama koje su istraživale kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima i koje podupiru tezu kada bolesnici s mentalnim poremećajima, osobito starije životne dobi, lošije samoprocjenjuju kvalitetu života (276 - 278, 310, 311). Kao što je opisano, starija životna dob rezultira mnogobrojnim psihosomatskim promjenama i „gomilanjem simptoma bolesti“ kao i mogućim promjenama slike o sebi, vlastitim sposobnostima i vrijednostima (280), ali ne nužno zbog biološke dobi (279).

Prediktivne su analize u ovom istraživanju uputile na gotovo tri puta veću vjerojatnost da će zdravstveno nepismeni ispitanici s mentalnim poremećajima lošije samoprocijeniti kvalitetu života u odnosu na one zdravstveno pismene što potvrđuje postavljenu hipotezu ovog istraživanja. Ovdje je svakako korisno podsjetiti da nije zabilježena značajna razlika u

zdravstvenoj pismenosti između ispitanika s obzirom na skupine dijagnoza mentalnih poremećaja. Poznato je da ispitanici s nižom razinom zdravstvene pismenosti ponekad prijavljuju više zdravstvenih problema i tjelesnih simptoma (312) što dodatno podupire rezultate ovog istraživanja. Nadalje, bolesnici s mentalnim poremećajima također češće koriste zdravstvene usluge (102, 148, 152, 162, 170), češće su nezaposleni (151), a kada i jesu u radnom odnosu, učestalije izostaju s radnog mjesta što često umanjuje njihove mjesečne prihode (149) i dovodi do lošijeg socioekonomskog statusa (102, 152). Sve navedeno nesumnjivo (ne)izravno negativno utječe na njihovu kvalitetu života. Analiza dostupne literature upućuje na to da je ovo prvo istraživanje koje ispituje povezanost zdravstvene pismenosti i kvalitete života u bolesnika s mentalnim poremećajima u RH što onemogućuje usporedbu rezultata ovog istraživanja s rezultatima drugih istraživanja na ovim prostorima. Nadalje, Christensen i Grace u svojem istraživanju nisu zabilježili značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti između bolesnika s obzirom na skupinu dijagnoza mentalnih poremećaja (157), dok drugi autori u svojim istraživanjima opisuju kako bolesnici s dijagnozom shizofrenije imaju niže razine zdravstvene pismenosti u odnosu na druge bolesnike s mentalnim poremećajima (102, 250). Nasuprot tomu, Lincoln i suradnici svojim istraživanjem potvrđuju da bolesnici s dijagnozom PTSP-a imaju višu razinu zdravstvene pismenosti u odnosu na bolesnike s drugim dijagnozama mentalnih poremećaja (246).

Rezultati multivarijatne logističke regresije u ovom istraživanju također upućuju na činjenicu da četiri nezavisna prediktora značajno doprinose predviđanju loše kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima, a to su: životna dob 51 – 60 godina, dijagnoze iz skupine *poremećaji raspoloženja* i dijagnoze iz skupine *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* te zdravstvena nepismenost, dok mjesečna primanja po članu domaćinstva od 4501 kunu i više značajno smanjuju vjerojatnost loše kvalitete života. Također, predikcijski je regresijski model u cijelosti značajan i objašnjava između 16,1 % (po Cox & Snell) do 24,0 % (po Negelkerke) varijance loše kvalitete života i točno klasificira 76 % slučajeva. Kako je ranije opisivano, evidentno je da su životna dob i dijagnoza bolesti prediktori lošije kvalitete života, a zdravstvena nepismenost značajno doprinosi lošoj kvaliteti života u bolesnika s mentalnim poremećajima. Analiza istraživanja na globalnoj razini koja opisuju povezanost zdravstvene pismenosti i kvalitete života kod različitih grupa bolesnika i bolesti te različitih kultura upućuju na značajno različite rezultate. Tako u jednom novijem brazilskom istraživanju autori na uzorku od 251 bolesnika s dijagnozom arterijske hipertenzije utvrđuju da većina ispitanika s neodgovarajućom razinom zdravstvene pismenosti bolje procjenjuje kvalitetu života u odnosu

na bolesnike s odgovarajućom razinom (313). Autori te rezultate objašnjavaju mogućnošću navikavanja i prilagodbe bolesnika na njihovo kronično zdravstveno stanje koje ne dopušta utjecaj na domene zdravlja, vezano uz koncept kvalitete života (313). Pojedine studije nisu zabilježile povezanost između zdravstvene pismenosti i kvalitete života (314 - 316). Međutim, Couture i suradnici sugeriraju da, unatoč spomenutoj nepovezanosti, treba provoditi istraživanja međuodnosa zdravstvene pismenosti i kvalitete života, uz naglasak na važnost varijable zdravstvenog stanja ispitanika (315). Upravo rezultati jednog istraživanja u osam europskih zemalja upućuju na značajnu povezanost niske razine zdravstvene pismenosti i loših samoprocjena zdravstvenog stanja ispitanika (3, 31). Takvi rezultati sugeriraju da bi moguće ispitanici upravo domenu tjelesnog zdravlja i njihovo ukupno tjelesno zdravlje samoprocijenili loše što bi u konačnici doprinijelo lošijoj procjeni vlastite kvalitete života. Jedna velika studija u kojoj je bilo uključeno 913 žena iz ruralnih područja Kine sugerira da je niska razina zdravstvene pismenosti bila povezana s nižom kvalitetom života, ali samo za pojedine etničke skupine (317). Druga studija provedena u Louisiani, na uzorku muškaraca s karcinomom prostate, opisuje povezanost zdravstvene pismenosti i mentalne domene kvalitete života (318). I drugi autori u svojim istraživanjima utvrđuju da je niska razina zdravstvene pismenosti povezana s lošijom kvalitetom života (25, 80, 319 - 322). Nedavno provedena opsežna i vrlo značajna metaanaliza međunarodnih studija opisuje postojanje umjerene korelacije zdravstvene pismenosti i kvalitete života (25). Također, autori u svojoj metaanalizi sugeriraju da razlike u primijenjenim instrumentima, heterogenosti ispitanika, životnoj dobi i vrsti bolesti potencijalno mogu narušiti dosljednost rezultata. Međutim, autori istovremeno prepoznaju zdravstvenu pismenost kao vrlo važnu determinantu očekivanog životnog vijeka i potiču daljnja istraživanja na tu temu (25). Slične zaključke navode i Couture i suradnici kada utvrđuju kako je moguće da povezanost između zdravstvene pismenosti i kvalitete života ovisi o specifičnim odrednicama poput kulturoloških karakteristika ispitanika, specifičnosti njihovih bolesti i/ili aspektima kvalitete njihova života (315). Kako je ranije opisano, rezultati ovog istraživanja jasno upućuje na to da je zdravstvena nepismenost bolesnika s mentalnim poremećajima jedan od prediktora loših samoprocjena kvalitete njihova života što je podudarno s drugim istraživanjima koja također opisuju zdravstvenu pismenost kao prediktor bolje kvalitete života u bolesnika s različitim medicinskim dijagnozama (323, 324). Analiza malobrojnih studija koje istražuju povezanost zdravstvene pismenosti i kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima upućuje na značajno različite rezultate. Lincoln i suradnici, koji su za procjenu zdravstvene pismenosti koristili *REALM* upitnik (91) i dio *SF-36* upitnika (197) koji se odnosi na mentalnu domenu, u bolesnika s ovisnostima ne utvrđuju povezanost između zdravstvene

pismenosti i mentalne domene kvalitete života (160). Također naglašavaju da njihova studija predstavlja početak istraživanja tog područja i potrebu daljnjeg istraživanja zdravstvene pismenosti i njezina utjecaja na kvalitetu života, i to ne samo u bolesnika s ovisnostima već i u ostalih bolesnika s mentalnim poremećajima (160). Nadalje, Degan i suradnici, koji su istraživali zdravstvenu pismenost i kvalitetu života bolesnika s *mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja uzrokovanih upotrebom psihoaktivnih tvari*, primjenjujući upitnike, *HLQ* skraćenu inačicu upitnika *WHOQOL* te *SF-12* upitnik, utvrđuju da ispitanici s niskom razinom zdravstvene pismenosti imaju lošiju kvalitetu života (80). Također, spomenuti autori upozoravaju na značajan deficit studija koje ispituju povezanost zdravstvene pismenosti i kvalitete života bolesnika iz istraživane grupe bolesti i općenito bolesnika s mentalnim poremećajima (80). Navedeni nedostaci istraživanja u stručnoj i znanstvenoj literaturi i nedostatne preporuke istraživača nameću jasnu potrebu za ovakvim i sličnim istraživanjima na temu povezanosti zdravstvene pismenosti i kvalitete života u bolesnika s mentalnim poremećajima, osobito na ovim područjima.

Rezultati prediktivnih analiza u ovom istraživanju upućuju na činjenicu da viša mjesečna primanja, točnije ona od 4 501 kunu i više po članu obitelji, značajno predviđaju bolje procjene kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima. Ti su rezultati u skladu s drugim studijama koje također potvrđuju da su viši financijski prihodi značajni prediktori kvalitete života (290). Nadalje, pojedini autori opisuju pozitivnu povezanost viših mjesečnih prihoda i socioekonomskog statusa s boljom samoprocjenom kvalitete života u bolesnika s mentalnim poremećajima (262, 274, 325). Tako Nordt i suradnici navode da bolesnici sa shizofrenijom i drugim psihozama koji imaju bilo kakvo zaposlenje bolje samoprocjenjuju kvalitetu života u odnosu na nezaposlene bolesnike (151). Naglašavaju da je kod nezaposlenih bolesnika s mentalnim poremećajima prisutan izostanak socijalne i psihološke značajke rada (npr. raspolaganje vremenom, dobivanje socijalne podrške, osjećaj svrsishodnosti i samopoštovanja, itd.) što se negativno odražava na njihovu samopercepciju kvalitete života (151). Na području RH za sada ne postoje istraživanja i točni podaci koji opisuju moguću povezanost mjesečnih prihoda i kvalitete života u bolesnika s mentalnim poremećajima. Međutim, već ranije spomenuta jedna hrvatska studija koja je obuhvatila 9 070 ispitanika iz opće populacije, uz primjenu hrvatske inačice *SF-36* instrumenta (192), potvrđuje povezanost financijskih prihoda i kvalitete života (265, 326). Znakovit je i ranije spomenuti rezultat u navedenoj studiji koji upućuje na značajno lošije samoprocjene tjelesne i mentalne domene zdravlja kao i ukupnog zdravlja ispitanika iz istočne regije u odnosu na ostale regije RH što svakako treba uzeti u obzir

pri tumačenju rezultata ovog istraživanja. Moguće je da ispitanici s neodgovarajućom razinom zdravstvene pismenosti u ovom istraživanju ne posvećuju dovoljno pozornosti vlastitom zdravlju jer teže prikupljaju, interpretiraju i primjenjuju informacije i preporuke vezane uz zdravlje što značajno doprinosi njihovoj lošijoj kvaliteti života. Sve navedeno jasno upućuje na to da bolesnici s mentalnim poremećajima predstavljaju vulnerabilnu skupinu i zahtijevaju fizičku, psihološku i edukacijsku potporu na svim razinama zdravstvene zaštite. Poznato je da bolesnici s mentalnim poremećajima imaju pojačanu potrebu za čestim i gotovo cjeloživotnim zdravstvenim uslugama (162, 163). Zbog povećanog morbiditeta i mortaliteta ove vulnerabilne skupine (156, 166, 167), od vitalne je važnosti provođenje kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja u cilju kontinuirane procjene i edukacije bolesnika s mentalnim poremećajima u svrhu podizanja razine zdravstvene pismenosti i povećanja kvalitete njihova života.

Također, buduće bi analize trebalo fokusirati na formiranje prediktorskih modela unutar kojih je moguće otkriti doprinos koncepta zdravstvene pismenosti kvaliteti života osoba s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja i prevenciji ranije opisanih mogućih problema (npr. lošiji ishod liječenja, veći troškovi zdravstvene skrbi, nezadovoljstvo pružatelja zdravstvene zaštite kao i nezadovoljstvo bolesnika, itd.). Nadalje, preporučljivo bi bilo fokusirati se na longitudinalna istraživanja kako bi se mogli utvrditi uzroci i posljedice te ishodi utjecaja zdravstvene pismenosti na kvalitetu života u bolesnika s mentalnim poremećajima. Kako je ranije opisano, koncept zdravstvene pismenosti utječe na kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima i postupak zdravstvenog opismenjavanja treba promatrati kao njihov osobni razvoj u svrhu podizanja kvalitete života. Pri planiranju zdravstvenog opismenjavanja potrebno je slijediti određene specifične korake (78). Prvi korak podrazumijeva procjenu zdravstvene pismenosti u određenoj skupini ljudi kako bi se utvrdio razmjer problema i osmislila strategija djelovanja. Potom bi slijedila procjena mogućih poteškoća i prepreka (složenost zdravstvenog sustava, ograničenja obrazovnog sustava, itd.) takvih strategija zdravstvenog opismenjavanja (78). Sljedeći bi korak podrazumijevao procjenu postojećih projekata i otkrivanje mogućih slabosti. Krajnji bi korak bio utvrđivanje metoda i postupaka kojima bi se otklonile otkrivene poteškoće, problemi i slabosti te postigli ranije definirani ciljevi zdravstvenog opismenjavanja (78). Podizanje razine zdravstvene pismenosti osiguralo bi veću autonomiju i osnažilo pojedince te poboljšalo kvalitetu njihova života, a na razini društva osiguralo bi kvalitetniji i održiv zdravstveni sustav (33). Također, Svjetska zdravstvena organizacija naglašava važnost takvih strategija koje osnažuju pojedince i zajednicu te podižu kvalitetu života jer bolesti neposredno utječu na ekonomski i socijalni razvoj, opadanje trenutačnih potencijala i

iscrpljivanje kapaciteta društva (327). Ministarstvo zdravstva RH također prepoznaje probleme mentalnog zdravlja i u dokumentu „*Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022. – 2030.*“, koji je trenutačno u procesu savjetovanja, predlaže jednu od mjera unaprjeđenja mentalnog zdravlja koja stremlje povećati zdravstvenu pismenost na području mentalnog zdravlja (328). Nadalje, RH se od 1. 10. 2021. godine uključila u projekt Europske komisije „JA-ImpleMENTAL“, a kao partner u tom projektu sudjeluje i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (329). Projekt ima za cilj potporu državama članicama, odnosno projektnim partnerima u njihovu nastojanju poboljšanja skrbi mentalnog zdravlja. Republika se Hrvatska svojim sudjelovanjem u tom projektu obvezala implementirati dva primjera dobre prakse i to u područjima preventive suicida i zaštite mentalnog zdravlja do 30. 9. 2024. godine. Vrlo je važno otkrivanje vulnerabilnih skupina i njihovih problema te definiranje ciljeva i radnji koje treba poduzeti da bi se problemi počeli rješavati.

Upravo je ovo istraživanje inicijalni korak u otkrivanju nekoliko specifičnih problema bolesnika s mentalnim poremećajima s primarnim fokusom na njihovu zdravstvenu pismenost i kvalitetu života. Također, ovo istraživanje pruža dublji uvid u doprinos zdravstvene pismenosti na kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima. Nadalje, rezultati ovog istraživanja predočavaju jedinstvene znanstveno utemeljene dokaze o globalno nedostatno istraženom fenomenu doprinosa zdravstvene pismenosti na kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima, upućuju na prateće probleme i ispunjavaju dio praznine koja trenutačno postoji u ovom području. Na taj se način postavlja dobar temelj za daljnja stručna i znanstvena istraživanja u cilju unaprjeđenja zdravlja i kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima i ponašanja. S praktičnoga aspekta, psihometrijski analizirana i pouzdana hrvatska inačica instrumenta *SAHLCA-50* (100) omogućit će buduće procjene i usporedbe funkcionalne zdravstvene pismenosti u svim područjima i na svim razinama zdravstvenog sustava u RH. Također, instrument se može koristiti u kombinaciji s drugim istraživačkim pristupima u svrhu ispitivanja mogućih korelacija između razine zdravstvene pismenosti i različitih individualnih i kontekstualnih čimbenika (npr. dob, spol, razina obrazovanja, kulturološki čimbenici, kvocijent inteligencije, emocionalna inteligencija, itd.). Trenutačno se otvara niz pitanja koja se temelje na pristupu znanstveno utemeljenih dokaza o mogućnostima kreiranja specifičnih intervencija i edukacijskih procesa koji će pomoći u podizanju razine zdravstvene pismenosti i kvalitete života u bolesnika s mentalnim poremećajima što istovremeno podrazumijeva svrsishodno ulaganje u budućnost.

7. ZAKLJUČAK

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

- Postoje značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti bolesnika s mentalnim poremećajima s obzirom na njihova opća obilježja. Žene su značajno zdravstveno pismenije u odnosu na muškarce. Bolesnici u dobi do 40 godina značajno su zdravstveno pismeniji u odnosu na bolesnike u dobi od 51 do 60 godina. Značajno su zdravstveno pismeniji bolesnici koji žive u gradu u odnosu na bolesnike koji žive na selu. Bolesnici s višom razinom obrazovanja značajno su zdravstveno pismeniji u odnosu na bolesnike s nezavršenom i završenom osnovnom školom. Nije utvrđena značajna razlika u zdravstvenoj pismenosti bolesnika s obzirom na ispitivane medicinske dijagnoze.
- Postoje značajne razlike u samoprocjeni kvalitete života osoba s mentalnim poremećajima s obzirom na njihova opća obilježja. Žene su u domeni mentalnog zdravlja značajno manje zadovoljne svojim psihičkim zdravljem i ukupnim mentalnim zdravljem u odnosu na muškarce, dok nije utvrđena značajna razlika u ukupnoj kvaliteti života bolesnika s obzirom na spol. Bolesnici u dobi do 40 godina značajno su bolje samoprocijenili kvalitetu života u odnosu na bolesnike ostalih dobnih skupina. S obzirom na bračni status, značajno su najlošije samoprocijenili psihičko zdravlje razvedeni bolesnici. Ukupnu kvalitetu života značajno su lošije samoprocijenili bolesnici s nezavršenom i završenom osnovnom školom u odnosu na obrazovanije bolesnike.
- Bolesnici s dijagnozama *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari* svoju su kvalitetu života procijenili značajno boljom u odnosu na bolesnike s drugim medicinskim dijagnozama mentalnih poremećaja.
- Postoji značajna povezanost zdravstvene pismenosti i kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima.
- Predviđanju loše kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima značajno doprinose prediktori: zdravstvena nepismenost, životna dob od 51 do 60 godina te dijagnoze iz skupine *poremećaji raspoloženja* (F30 – F39) i skupine *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom* (F40 – F48).

- Mjesečna primanja po članu domaćinstva od 4501 kunu i više značajno smanjuju vjerojatnost lošije kvalitete života bolesnika oboljelih mentalnim poremećajima.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Glavni je cilj ispitati zdravstvenu pismenost i kvalitetu života bolesnika s mentalnim poremećajima, potom utvrditi povezanost zdravstvene pismenosti i razine kvalitete njihova života te ispitati doprinos zdravstvene pismenosti u objašnjenju ukupne kvalitete života ispitanika.

Nacrt studije: Presječno istraživanje provedeno na klinikama za psihijatriju u četirima hrvatskim zdravstvenim ustanovama.

Ispitanici i metode: U istraživanje je bilo uključeno 257 bolesnika s mentalnim poremećajima koji su liječeni u ispitivanim zdravstvenim ustanovama. Instrument je istraživanja bio anketni upitnik koji se sastojao od triju dijelova. Prvi je dio upitnika sadržavao pitanja o općim obilježjima ispitanika, a drugi se dio upitnika sastojao od dvaju validiranih upitnika: Testa kratke procjene zdravstvene pismenosti za odrasle koji govore hrvatski jezik (*SAHLCA-50*) i hrvatske inačice Upitnika za procjenu kvalitete života vezane uz zdravlje (*SF-36*).

Rezultati: Od ukupno 257 ispitanika zdravstveno je pismeno 173 (67,3 %), dok je njih 84 (32,7 %) zdravstveno nepismeno. Značajno su zdravstveno pismenije žene ($P < 0,001$), potom ispitanici koji žive u gradu ($P < 0,001$) te ispitanici s višom razinom obrazovanja ($P < 0,001$). Ispitanici u dobi do 40 godina značajno su zdravstveno pismeniji u odnosu na ispitanike u dobi od 51 do 60 godina ($P = 0,03$). Kvalitetu života najbolje samoprocjenjuju ispitanici u dobi do 40 godina, a ispitanici s nezavršenom ili završenom osnovnom školom kvalitetu života procjenjuju značajno lošije od obrazovanijih ispitanika ($P = 0,01$). Ispitanici s dijagnozom *mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovanih upotrebom psihoaktivnih tvari* (F10 - F19) samoprocjenjuju kvalitetu života značajno boljom u odnosu na bolesnike s drugim dijagnozama. Žene su značajno manje zadovoljne svojim psihičkim ($P = 0,04$) i mentalnim ($P = 0,04$) zdravljem. Razvedeni ispitanici značajno najlošije samoprocjenjuju svoje psihičko zdravlje ($P < 0,001$). Lošijoj kvaliteti života značajno doprinose zdravstvena nepismenost, dob od 51 do 60 godina, dijagnoze iz skupine *poremećaji raspoloženja* ili skupine *neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom*. Mjesečna primanja po članu domaćinstva od 4501 kunu i više smanjuju vjerojatnost loše kvalitete života ($P = 0,24$) ispitanika.

Zaključak: Općenito je niska razina kvalitete života ispitanika. Postoji **pozitivna** povezanost zdravstvene pismenosti i razine kvalitete njihova života **na način da** zdravstvena pismenost doprinosi u objašnjenju kvalitete života bolesnika s mentalnim poremećajima.

Ključne riječi: kvaliteta života; mentalni poremećaji; samoprocjena; zdravstvena pismenost

9. SUMMARY

Title: Relationship between the health literacy and the quality of life in patients with mental disorders

Objectives: The main goal was not only to examine the health literacy and the quality of life in patients with mental disorders, but also to determine the connection between the health literacy and the level of their quality of life, and finally to examine the contribution of the health literacy while explaining the overall quality of life of the respondents.

Study design: A cross-sectional research was conducted at psychiatric clinics in four Croatian health institutions.

Participants and methods: 257 patients with mental disorders were included in the research. All of them were treated in the Croatian health institutions. The research instrument was a questionnaire consisting of three parts. The first part of the questionnaire contained questions about the general characteristics of the respondents, and the second part of the questionnaire consisted of two validated questionnaires: the Short Assessment of the Health Literacy for Croatian Speaking Adults (*SAHLCA-50*) and the Croatian version of The Croatian Health Survey – *SF-36*.

Results: Out of a total of 257 respondents, 173 (67.3%) are health literate, while 84 (32.7%) are health illiterate. Women are significantly more health literate ($P < 0.001$), followed by respondents who live in the city ($P < 0.001$) and respondents with a higher level of education ($P < 0.001$). Respondents aged up to 40 years are significantly more health literate compared to respondents aged 51 to 60 years ($P = 0.03$). The quality of life is best self-assessed by respondents under the age of 40, while respondents with incomplete or completed primary school rate the quality of life significantly worse than more educated respondents ($P = 0.01$). Respondents diagnosed with *Mental and behavioural disorders caused by the use of psychoactive substances* (F10 - F19) self-assess the quality of life as significantly better than patients with other diagnoses. Women are significantly less satisfied with their psychological ($P = 0.04$) and mental ($P = 0.04$) health. Divorced respondents significantly self-assess their psychological health the worst ($P < 0.001$). Health illiteracy, patients aged 51 to 60 years, people diagnosed with the *Mood Disorders* group or the group of patients with *Neurotic and somatoform disorders and stress-induced disorders* significantly contribute to a poorer quality of life. Monthly incomes per household member of HRK 4,501 (€ 597,38) and above reduce the probability of a poor quality of life ($P = 0.24$) of respondents.

Conclusion: The level of the respondents' quality of life is generally low. There is a **positive** connection between health literacy and the level of their quality of life **in a way that** health literacy contributes to the explanation of the quality of life of patients with mental disorders.

Key words: quality of life; mental disorders; self-assessment; health literacy

10. LITERATURA

1. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health. 1 izd: London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK; 2005.
2. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health*. 2011;56(2):201-7.
3. World Health Organisation. Health literacy: the solid facts. 1 izd: WHO Regional Office for Europe. Denmark : Copenhagen; 2013.
4. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, i sur. What is the prevalence of low health literacy in european union member states? A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2021;36(3):753-61.
5. Neuhauser L. Integrating participatory design and health literacy to improve research and interventions. *Inf Serv Use*. 2017;37(2):153-76.
6. Brach C, Harris LM. Healthy People 2030 health literacy definition tells organizations: make information and services easy to find, understand, and use. *J Gen Intern Med*. 2021;36(4):1084-5.
7. McMichael C, Gifford S. "It is good to know now... before it's too late": Promoting sexual health literacy amongst resettled young people with refugee backgrounds. *Sex Cult*. 2009;13(4):218-36.
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
9. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun*. 2011;16(sup3):30-54.
10. Schumacher JR, Hall AG, Davis TC, Arnold CL, Bennett RD, Wolf MS, i sur. Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. *Medical care*. 2013;51(8):654.
11. Wolf MS, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of 'low health literacy': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Soc Sci Med*. 2010;70(9):1335-41.
12. Rosas-Salazar C, Apter AJ, Canino G, Celedón JC. Health literacy and asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(4):935-42.

13. Komenaka IK, Nodora JN, Hsu C-H, Martinez ME, Gandhi SG, Bouton ME, i sur. Association of health literacy with adherence to screening mammography guidelines. *Obstet Gynecol.* 2015;125(4):852-9.
14. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R, i sur. The health literacy management scale (HeLMS): a measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Educ Couns.* 2013;91(2):228-35.
15. Hasnain-Wynia R, Wolf MS. Promoting health care equity: is health literacy a missing link? *Health Serv Res.* 2010;45(4):897.
16. Petriček G, Vrcić-Keglević M, Vuletić G, Cerovečki V, Ožvačić Z, Murgić L. Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study. *Croat Med J.* 2009;50(6):583-93.
17. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, i sur. Limited literacy and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):806-12.
18. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, i sur. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ open.* 2018;8(2):e018281.
19. Kuo MD D, Thaker S, Duncan M, Puente M, Parra S, Rider A, i sur. Use of short assessment of health literacy for Spanish adults (SAHLSA-50) to determine the health literacy rate of the Spanish-speaking population in an urban emergency department. *J Family Strengths.* 2017;17(1):11.
20. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? *Can J Public Health.* 2005;96(2):S62-S77.
21. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an epidemic of limited health literacy: Weathering the perfect storm. *J Gen Intern Med.* 2008;23(8):1273-6.
22. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, i sur. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health.* 2002;92(8):1278-83.
23. Hope CJ, Wu J, Tu W, Young J, Murray MD. Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61(19):2043-9.
24. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med.* 2005;118(4):371-7.

25. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan C, Wang D, Yu X, i sur. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1-10.
26. Vorko-Jović A, Strnad M, Rudan I. *Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada; 2010.
27. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Educ Monogr*. 1974;2(1_suppl):1-10.
28. Rowlands G, Khazaezadeh N, Oteng-Ntim E, Seed P, Barr S, Weiss BD. Development and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign. *J BMC Public Health*. 2013;13(1):1-9.
29. Sørensen K, Pleasant A. Understanding the conceptual importance of the differences among health literacy definitions. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:3-14.
30. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
31. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, i sur. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
32. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-7.
33. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, i sur. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):1-13.
34. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:34-59.
35. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*. 2016;37(3):334-52.
36. Freebody P, Luke A. Literacies programs: Debates and demands in cultural context. *Prospect: an Australian journal of TESOL*. 1990;5(3):7-16.
37. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int*. 2018;33(5):901-11.
38. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Soc Sci Med*. 2011;73(1):60-7.

39. Dijanošić B. Prilozi definiranju pojma funkcionalne pismenosti. *Andragoški glasnik*. 2008;13(1):25-35.
40. Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promot Int*. 2011;26(1):4-13.
41. Kekuš D, Stanisavljević S, Joković S. Appropriateness of therapeutic and informative communication to the health literacy level of health service users. *Sestrinska reč*. 2017;21(75):4-7.
42. HLS-EU CONSORTIUM. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012; Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research: Vienna, Austria, 2012. .
43. Magasi S, Durkin E, Wolf MS, Deutsch A. Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(2):206-12.
44. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *J Health Commun*. 2003;8(S1):119-20.
45. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005;20(2):195-203.
46. Paasche-Orlow MK, McCaffery K, Wolf MS. Bridging the international divide for health literacy research. *Patient Educ Couns*. 2009;75(3):293-4.
47. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci*. 2008;10(3):248-55.
48. van Dulmen S. Patient-centredness. *Patient Educ Couns*. 2003;3(51):195-6.
49. Allmendinger J, von den Driesch E. Social inequalities in Europe: facing the challenge. *WZB Discussion Paper*, 2014.
50. Državni zavod za statistiku. Statistička izvješća 1582/2016. Statistical report. Zagreb: Državni zavod za statistiku, 2016.
51. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health Promot Int*. 2014;29(4):634-44.
52. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285-96.
53. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8.
54. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJ, Salter C, Reijneveld SA, i sur. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC public health*. 2015;15(1):1-10.

55. Kaplan RM. Shared medical decision making: a new tool for preventive medicine. *Am J Prev Med.* 2004;26(1):81-3.
56. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating nurses: A call for radical transformation.* 1 izd: San Francisco CA: Jossey-Bass; 2009.
57. Jakovljević M. *Psihijatrija za studente Visoke zdravstvene škole.* Izd. 1: Samobor: A.G. Matoš; 2003.
58. Frosthalm L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, i sur. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. *Psychosom Med.* 2005;67(6):897-905.
59. Moussas G, Karkanias A, Papadopoulou A. Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication. *Psychiatriki.* 2010;21(2):148-57.
60. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999;131(11):822-9.
61. Težak S. *Hrvatski naš svagda(š)nji.* 1. izd. Zagreb: Školske novine; 1990.
62. Šeba E. Neke novije komunikacijske teorije i njihova primjena na homiletiku. *Diacovensia: teološki prilozi.* 2020;28(1):107-27.
63. Lowenstein AJ, Bradshaw MJ. *Fuszard's Innovative Teaching Strategies in Nursing.* 3 izd: Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2004.
64. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, i sur. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama.* 2002;288(4):475-82.
65. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health literacy in primary care practice. *Am Fam Physician.* 2015;92(2):118-24.
66. Bukovčan D. Stručnojezična frazeologija i metaforika u međujezičnom i međukulturalnom kontrastiranju. *Fluminensia.* 2016;28(1):143-162.
67. Baker M. *Routledge encyclopedia of translation studies.* 1. izd: London: Routledge; 1997.
68. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903-18.
69. Bion J, Heffner J. Challenges in the care of the acutely ill. *The Lancet.* 2004;363(9413):970-7.
70. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med.* 1996;42(11):1511-9.

71. Asan O, Young HN, Chewning B, Montague E. How physician electronic health record screen sharing affects patient and doctor non-verbal communication in primary care. *Patient Educ Couns.* 2015;98(3):310-6.
72. Alanazi B, Butler-Henderson K, Alanazi M. Perceptions of healthcare professionals about the adoption and use of EHR in Gulf Cooperation Council countries: a systematic review. *BMJ Health Care Inform.* 2020;27(1).
73. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient Educ Couns.* 2007;66(1):119-22.
74. Bakker MM, Putrik P, Rademakers J, van de Laar M, Vonkeman H, Kok MR, i sur. Addressing Health Literacy Needs in Rheumatology: Which Patient Health Literacy Profiles Need the Attention of Health Professionals? *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2021;73(1):100-9.
75. Manafo E, Wong S. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Educ Res.* 2012;27(6):947-60.
76. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, i sur. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract.* 2012;13(1):1-12.
77. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns.* 1996;27(1):33-9.
78. Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* 1 izd. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, urednici. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
79. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ open.* 2016;6(1):e009627.
80. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP. Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2019;96:46-52.
81. Health Literacy Tool Shed. A database of health literacy measures. Dostupno na adresi: <https://healthliteracy.bu.edu/> Datum pristupa: 17. 2. 2022.
82. Marques SRL, Lemos SMA. Health literacy assessment instruments: literature review. *Audiology-Communication Research.* 2017;22.
83. Duell P, Wright D, Renzaho AM, Bhattacharya D. Optimal health literacy measurement for the clinical setting: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(11):1295-307.

84. Machado ALG, Lima FET, Cavalcante TF, Araújo TLd, Vieira NFC. Instruments of health literacy used in nursing studies with hypertensive elderly. *Rev Gaucha Enferm.* 2014;35:101-7.
85. Liu H, Zeng H, Shen Y, Zhang F, Sharma M, Lai W, i sur. Assessment tools for health literacy among the general population: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(8):1711.
86. Guo S, Armstrong R, Waters E, Sathish T, Alif SM, Browne GR, i sur. Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. *BMJ open.* 2018;8(6):e020080.
87. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci.* 2009;11(1):77-89.
88. Altin SV, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC public health.* 2014;14(1):1-13.
89. Nguyen TH, Paasche-Orlow MK, McCormack LA. The state of the science of health literacy measurement. *Information Services & Use.* 2017;37(2):189-203.
90. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537-41.
91. Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, i sur. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med.* 1991;23(6):433-5.
92. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health.* 2013;13(1):1-17.
93. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns.* 2013;90(2):247-53.
94. Hanchate AD, Ash AS, Gazmararian JA, Wolf MS, Paasche-Orlow MK. The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): a new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *J Gen Intern Med.* 2008;23(10):1561-6.
95. Lee SYD, Bender DE, Ruiz RE, Cho YI. Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health Serv Res.* 2006;41(4p1):1392-412.
96. Apolinario D, Braga RdCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, i sur. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev Saude Publica.* 2012;46:702-11.

97. Pander Maat H, Essink-Bot M-L, Leenaars KEF, Fransen MP. A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2014;14(1):990.
98. Lee SYD, Stucky BD, Lee JY, Rozier RG, Bender DE. Short assessment of health literacy—Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Serv Res*. 2010;45(4):1105-20.
99. Berlančić T, Kuharić M, Janković D, Milić J, Badak K, Zibar L. Croatian Translation and Linguistic Adaptation of the Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50). *Southeastern European Medical Journal*. 2020;4(2):121-8.
100. Placento H, Lovrić B, Gvozdanić Z, Farčić N, Jovanović T, Jovanović Tomac J, i sur. Croatian Version of the Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50): Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation. *Healthcare*. 2022;10(1):111.
101. Brangan S, Ivanišić M, Rafaj G, Rowlands G. Health literacy of hospital patients using a linguistically validated Croatian version of the Newest Vital Sign screening test (NVS-HR). *PLoS One*. 2018;13(2):e0193079.
102. Clausen W, Watanabe-Galloway S, Baerentzen MB, Britigan DH. Health literacy among people with serious mental illness. *Community Ment Health J*. 2016;52(4):399-405.
103. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83.
104. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Kvaliteta života. Dostupno na adresi: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=34866>. Datum pristupa: 1. 7. 2022.
105. Cummins RA. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Soc Indic Res*. 2000;52(1):55-72.
106. Bowling A. *Measuring disease*. 2. izd. Buckingham: Open University Press; 2001.
107. Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *J Intellect Disabil Res*. 2004;48(3):203-16.
108. Krizmanic M, Kolesaric V. Pokusaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". *Primijenjena psihologija*. 1989:179-84.
109. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil*. 1995;16(1):51-74.
110. Cummins RA, Lau AL, Stokes M. HRQOL and subjective well-being: noncomplementary forms of outcome measurement. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2004;4(4):413-20.
111. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.

112. Buchholz W, Bradlyn A, Pollock BH, Meran J, Testa M, Simonson D. Assessment of quality of life. *N Engl J Med.* 1996;335(7):520-4.
113. Breslin S. Quality of life: how is it measured and defined? *Urol Int.* 1991;46(3):246-51.
114. Wennberg JE. Outcomes research, cost containment, and the fear of health care rationing. *N Engl J Med.* 1990;323(17):1202-4.
115. De Haes JC, Van Knippenberg FC. The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1985;20(8):809-17.
116. Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World psychiatry.* 2006;5(3):139.
117. Bosić-Živanović D, Medić-Stojanoska M, Kovačev-Zavišić B. Kvalitet života obolelih od dijabetesa melitusa tipa 2. *Vojnosanit Pregl.* 2012;69(10):858-63.
118. Bell D. Well-being and quality of life: Measuring the benefits of culture and sport: A literature review and thinkpiece. *Scottish Executive Social Research.* 2005.
119. Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *ScientificWorldJournal.* 2003;3:1030-40.
120. Das D. Urban quality of life: A case study of Guwahati. *Soc Indic Res.* 2008;88(2):297-310.
121. Cummins RA. On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Soc Indic Res.* 1995;35(2):179-200.
122. Cummins RA. Personal income and subjective well-being: A review. *J Happiness Stud.* 2000;1(2):133-58.
123. Slavuj L. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria.* 2012;17(1):73-92.
124. Brajković L, Vuletić G. Teorije subjektivne kvalitete života. U: Vuletić G. i sur., ur. *Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost i Filozofski fakultet sveučilišta u Osijeku.* 2011; 17-20.
125. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993;118(8):622-9.
126. Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics.* 1984;10(3):124-7.
127. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1447-62.
128. Vuletić G, Mujkić A. Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. *Lijec Vjesn.* 2002;124(2):64-70.

129. Cummins RA. The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Soc Indic Res.* 1996;303-28.
130. Kralj V, Brkić Biloš I, Ćorić T, Silobrčić Radić M, Šekerija M. Chronic noncommunicable diseases–burden of disease in the population of Croatia. *Cardiologia Croatica.* 2015;10(7-8):167-75.
131. Silobrčić Radić M, Vrbanec I. *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj.* Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2018.
132. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychol Res.* 2013;1(3).
133. Flanagan S, Damery S, Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):1-11.
134. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
135. Adrić I. Kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika. *Zdravstveni glasnik.* 2015;1(2):15-24.
136. Liu B-C. Quality of life indicators: A preliminary investigation. *Soc Indic Res.* 1974;1(2):187-208.
137. Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. *Eur J Psychol.* 2013;9(1).
138. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;473-83.
139. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;220-33.
140. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.* 1981;787-805.
141. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, i sur. 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(5):365-76.
142. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH, Dunaif R. The arthritis impact measurement scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis Rheum.* 1982;25(9):1048-53.
143. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4(6):561-71.
144. Muslić L, Jovičić Burić D, Markelić M, Musić Milanović S. Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija.* 2020;48(3):324-43.

145. Jokić-Begić N, Kamenov Ž, Lauri Korajlija A. Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija*. 2005;33(1):10-9.
146. Galletly C, Neaves A, Burton C, Liu D, Denson LA. Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):316-21.
147. Askari MS, Andrade LH, Chiavegatto Filho A, Silveira CM, Siu E, Wang Y-P, i sur. Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample, Brazil. *J Affect Disord*. 2017;220:1-7.
148. Prigent A, Kamendje-Tchokobou B, Chevreul K. Socio-demographic, clinical characteristics and utilization of mental health care services associated with SF-6D utility scores in patients with mental disorders: contributions of the quantile regression. *Quality of Life Research*. 2017;26(11):3035-48.
149. Assunção AA, Lima EdP, Guimarães MDC. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00166815.
150. Aro S, Aro H, Keskimäki I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder A 17-year retrospective follow-up. *Br J Psychiatry*. 1995;166(6):759-67.
151. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med*. 2007;65(7):1420-9.
152. Schoeyen HK, Birkenaes AB, Vaaler AE, Auestad BH, Malt UF, Andreassen OA, i sur. Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *J Affect Disord*. 2011;129(1-3):68-74.
153. Jakovljević M. NEMA ZDRAVLJA BEZ DUŠEVNOG ZDRAVLJA: ŠTO JE TO DUŠEVNO ZDRAVLJE? Postoji li posve normalno ludilo, suluda normalnosti, posve normalna glupost i glupa normalnost? *Zdravstveni glasnik*. 2016;2(1):65-71.
154. Kuzman, M. ur. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija Svezak 1. 2 izd: Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
155. Krishan S, von Esenwein SA, Druss BG. The health literacy of adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2012;63(4):397.
156. Morgan VA, Waterreus A, Jablensky A, Mackinnon A, McGrath JJ, Carr V, i sur. People living with psychotic illness in 2010: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(8):735-52.

157. Christensen RC, Grace GD. The prevalence of low literacy in an indigent psychiatric population. *Psychiatr Serv.* 1999;50(2):262-3.
158. Rose LE, Sawyer AL, Everett A. Cardiovascular health literacy and treatment adherence in persons with serious mental illness. *Issues Ment Health Nurs.* 2014;35(2):88-99.
159. Bacon O, Vandenberg A, May ME. Provider and patient perception of psychiatry patient health literacy. *Pharm Pract (Granada).* 2017;15(2):908.
160. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, i sur. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):818-22.
161. Lincoln AK, Arford T, Doran MV, Guyer M, Hopper K. A preliminary examination of the meaning and effect of limited literacy in the lives of people with serious mental illness. *J Community Psychol.* 2015;43(3):315-20.
162. Odlaug B, Gual A, DeCourcy J, Perry R, Pike J, Heron L, i sur. Alcohol dependence, co-occurring conditions and attributable burden. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(2):201-9.
163. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
164. Talić G, Ostojić L, Novaković Bursać S, Nožica-Radulović T, Stevanović-Papić Đ. Idiopathic scoliosis from psychopathological and mind-body medicine perspectives. *Psychiatr Danub.* 2016;28(4):357-62.
165. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(2):147-55.
166. Jin H, Folsom D, Sasaki A, Mudaliar S, Henry R, Torres M, i sur. Increased Framingham 10-year risk of coronary heart disease in middle-aged and older patients with psychotic symptoms. *Schizophr Res.* 2011;125(2-3):295-9.
167. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, i sur. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* 2011;10(1):52.
168. Chwastiak LA, Rosenheck RA, Desai R, Kazis LE. The association of psychiatric illness and all-cause mortality in the National Department of Veterans Affairs Health Care System. *Psychosom Med.* 2010;72(8):817.
169. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(10):1123-31.

170. Lawrence DM, D'Arcy C, Holman J, Jablensky AV, Hobbs MS. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *Br J Psychiatry*. 2003;182(1):31-6.
171. Roux G, Halstead JA. *Issues and trends in nursing*. 2. izd. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2017.
172. Peličić D. Foundations of the aspect of health care and two hundred years since the birth of Florence Nightingale 1820-1910. *Zdravstvena zaštita*. 2020;49(4):83-90.
173. Feo R, Kitson A, Conroy T. How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2189-229.
174. Živanović D, Javorac J, Dimoski Z, Šumonja S. Profesija sestriinstva u savremenom sistemu zdravstvene zaštite i javnom zdravlju: nove uloge i izazovi. *Zdravstvena zaštita*. 2021;50(2).
175. Čukljek S. Kvalitete života u zdravstvenoj njezi. *Plavi fokus*. 2008;3:35-6.
176. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med*. 2001;110(4).
177. George JB. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. 6. izd. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education; 2011.
178. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. 2. izd. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta; 1995.
179. Henderson V, Nite G. *Principles and practice of nursing*: LWW; 1978.
180. Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S. *Fundamentals of nursing: Human health and function*. 7. izd. Philadelphia: Lippincott; 1992.
181. International Council of Nurses (2002). The ICN definition of nursing. Dostupno na adresi: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. Datum pristupa: 23. 3. 2022.
182. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 1997;10(4):162-7.
183. Sedić, B. *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestriinstva*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
184. Prlić N, Rogina V, Muk B. *Zdravstvena njega 4: zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika*. 4. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
185. Berrett ME, Hardman RK, Richards PS. The role of spirituality in eating disorder treatment and recovery. U: Maine M, McGilley BH, Bunnell D, urednici. *Treatment of Eating Disorders: Bridging the Research-practice Gap*. Boston: Academic Press; 2010. str. 367-85.
186. Narodne novine, službeni list Republike Hrvatske. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara-medicinskih tehničara. *Narodne novine d.d.* 2009; NN 139/09.
187. Mohr WK. Spiritual issues in psychiatric care. *Perspect Psychiatr Care*. 2006;42(3):174-83.
188. Moro Lj, Frančišković T, i sur. *Psihijatrija*. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

189. Ribarić S, Vidoša A. Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja. Udžbenik za srednje medicinske i zdravstvene škole. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
190. Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i drugim zdravstvenim strukama. 1. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
191. Knapp ML. Neverbalna komunikacija u ljudskoj interakciji. 1. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
192. Krapić N, Čoso B, Sušanj Z. Crte ličnosti i stavovi prema radu i organizaciji kao prediktori tjelesnih simptoma zaposlenika. Psihologijske teme. 2006;15(1):81-100.
193. Penezić Z. Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi. Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja. 2006;15(4-5 (84-85)):643-69.
194. Maslić Seršić D, Vuletić G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. Croat Med J. 2006;47(1):95-102.
195. Bullinger M. Generic quality of life assessment in psychiatry. Potentials and limitations. Eur Psychiatry. 1997;12(4):203-9.
196. Sederer LI, Hermann R, Dickey B. The imperative of outcome assessment in psychiatry. Am J Med Qual. 1995;10(3):127-32.
197. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and mental health summary scales-a user's manual. 5 izd: Boston: Health Assessment Lab; 1994.
198. Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):903-12.
199. Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults? Age Ageing. 1995;24(2):120-5.
200. Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. J Acquir Immune Defic Syndr. 2000;25(4):337-44.
201. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, i sur. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC public health. 2015;15(1):1-12.
202. Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, i sur. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. J Nerv Ment Dis. 2016;204(4):321-4.
203. Macha-Quillama LF, Samanamú-Leandro AE, Rodríguez-Hurtado DC. Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima, Perú. Rev Salud Publica (Bogota). 2017;19:679-85.

204. Konfino J, Mejía R, Majdalani MP, Pérez-Stable EJ. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina (B Aires)*. 2009;69(6):631-4.
205. Brosnan S, Barron E, Sahm L. Health literacy and the clozapine patient. *Perspect Public Health*. 2012;132(1):39-42.
206. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP, Smith AM. Health literacy of people living with mental illness or substance use disorders: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(6):1454-69.
207. Rolová G, Barták M, Rogalewicz V, Gavurová B. Health literacy in people undergoing treatment for alcohol abuse—A pilot study. *Kontakt*. 2018;20(4):e394-e400.
208. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175-84.
209. Mamić I, Mamić M, Lovrić B. Zdravstvena pismenost roditelja djece u hitnoj pedijatrijskoj ambulanti. *Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku*. 2018(10. Štamparovi dani):13-.
210. Dukić N, Blečić AA, Cerović L. Economic implications of insufficient health literacy. *Economic research-Ekonomska istraživanja*. 2013;26(sup1):117-32.
211. Coman MA, Forray AI, Van den Broucke S, Chereches RM. Measuring Health Literacy in Romania: Validation of the HLS-EU-Q16 Survey Questionnaire. *Int J Public Health*. 2022;67:1604272.
212. Ishikawa H, Yamaguchi I, Nutbeam D, Kato M, Okuhara T, Okada M, i sur. Improving health literacy in a Japanese community population—a pilot study to develop an educational programme. *Health Expect*. 2018;21(4):814-21.
213. Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res*. 2016;25(11):2869-77.
214. Toçi E, Burazeri G, Myftiu S, Sørensen K, Brand H. Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *J Public Health Med*. 2016;38(1):6-13.
215. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men? *Am J Mens Health*. 2015;9(5):370-9.
216. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(12):1086-90.

217. Budhathoki SS, Pokharel PK, Good S, Limbu S, Bhattachan M, Osborne RH. The potential of health literacy to address the health related UN sustainable development goal 3 (SDG3) in Nepal: a rapid review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-13.
218. Amoah PA, Phillips DR. Socio-demographic and behavioral correlates of health literacy: a gender perspective in Ghana. *Women Health.* 2020;60(2):123-39.
219. Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, Jerliu N, Sørensen K, Brand H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health.* 2014;128(9):842-8.
220. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2020;103(10):2142-54.
221. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, i sur. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health.* 2015;15(1):1-13.
222. Zahnd WE, Scaife SL, Francis ML. Health literacy skills in rural and urban populations. *Am J Health Behav.* 2009;33(5):550-7.
223. Deresse B, Shaweno D. General public knowledge, attitudes, and practices towards persons with epilepsy in South Ethiopia: A comparative community-based cross-sectional study. *Epilepsy Behav.* 2016;58:106-10.
224. Wei M-H. The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. *Health Educ J.* 2014;73(4):423-34.
225. Halverson J, Martinez-Donate A, Trentham-Dietz A, Walsh MC, Strickland JS, Palta M, i sur. Health literacy and urbanicity among cancer patients. *J Rural Health.* 2013;29(4):392-402.
226. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician.* 2005;72(3):463-8.
227. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Von Wagner C. Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016;71(3):445-57.
228. Van Der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun.* 2013;18(sup1):172-84.
229. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot.* 2012;1.

230. Gazmararian J, Baker D, Parker R, Blazer DG. A multivariate analysis of factors associated with depression: evaluating the role of health literacy as a potential contributor. *Arch Intern Med.* 2000;160(21):3307-14.
231. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *J Gen Intern Med.* 2008;23(6):723-6.
232. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 2007;167(14):1503-9.
233. van der Heide I, Uiters E, Sørensen K, Röthlin F, Pelikan J, Rademakers J, i sur. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *Eur J Public Health.* 2016;26(6):906-11.
234. Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med.* 2002;34(5):383-9.
235. Cutilli CC. Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthop Nurs.* 2007;26(1):43-8.
236. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. *Med J Aust.* 2009;191(10):530-4.
237. Baker DW, Gazmararian J, Sudano J, Patterson M, Parker R, Williams M. Health literacy and performance on the Mini-Mental State Examination. *Aging Ment Health.* 2002;6(1):22-9.
238. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *J Gen Intern Med.* 2015;30(7):958-64.
239. Barber MN, Staples M, Osborne RH, Clerehan R, Elder C, Buchbinder R. Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. *Health Promot Int.* 2009;24(3):252-61.
240. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect.* 2008;11(2):113-22.
241. Lee S-YD, Tsai T-I, Tsai Y-W, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health.* 2010;10(1):1-8.
242. Rowlands G. Health literacy: ways to maximise the impact and effectiveness of vaccination information. *Hum Vaccin Immunother.* 2014;10(7):2130-5.
243. Bakker JP, O'Keeffe KM, Neill AM, Campbell AJ. Ethnic disparities in CPAP adherence in New Zealand: effects of socioeconomic status, health literacy and self-efficacy. *Sleep.* 2011;34(11):1595-603.

244. Wu AD, Begoray DL, MacDonald M, Wharf Higgins J, Frankish J, Kwan B, i sur. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promot Int.* 2010;25(4):444-52.
245. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, i sur. Health literacy-report of the council on scientific affairs. *JAMA.* 1999;281(6):552-7.
246. Lincoln A, Espejo D, Johnson P, Paasche-Orlow M, Speckman JL, Webber TL, i sur. Limited literacy and psychiatric disorders among users of an urban safety-net hospital's mental health outpatient clinic. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(9):687-93.
247. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):857-61.
248. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med.* 2009;7(3):204-11.
249. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet.* 2012;380(9846):1011-29.
250. Sajatovic M, Gunzler D, Einstadter D, Thomas C, McCormick RA, Perzynski AT, i sur. Clinical characteristics of individuals with serious mental illness and type 2 diabetes. *Psychiatr Serv.* 2015;66(2):197-9.
251. Hassan L, Peek N, Lovell K, Carvalho AF, Solmi M, Stubbs B, i sur. Disparities in COVID-19 infection, hospitalisation and death in people with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a cohort study of the UK Biobank. *Mol Psychiatry.* 2021:1-8.
252. Wong KTG, Liu D, Balzan R, King D, Galletly C. Smartphone and internet access and utilization by people with schizophrenia in South Australia: quantitative survey study. *JMIR Ment Health.* 2020;7(1):e11551.
253. Thomson S, Galletly C, Prener C, Garverich S, Liu D, Lincoln A. Associations between health literacy, cognitive function and general literacy in people with schizophrenia attending community mental health clinics in Australia. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):1-9.
254. Trikkalinou A, Papazafiropoulou AK, Melidonis A. Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes.* 2017;8(4):120.
255. Higginson I. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ.* 2001 May 26; 322 (7297): 1297-300.
256. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(23):3027-34.

257. Deenik J, Kruisdijk F, Tenback D, Braakman-Jansen A, Taal E, Hopman-Rock M, i sur. Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):1-11.
258. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, Degruy FV, i sur. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study. *Jama*. 1995;274(19):1511-7.
259. Baladón L, Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Palao DJ, Fernández A. Gender differences in the impact of mental disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life among non-demented primary care elderly patients. *Qual Life Res*. 2016;25(6):1461-74.
260. Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. Individual quality of life of people with severe mental disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(1):3-9.
261. Montemagni C, Castagna F, Crivelli B, De Marzi G, Frieri T, Macrì A, i sur. Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2014;220(1-2):102-11.
262. Hsiao CY, Hsieh MH, Tseng CJ, Chien SH, Chang CC. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2367-76.
263. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, Schomerus G, Bebbington PE, Brugha T, i sur. A prospective study of quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophr Res*. 2007;93(1-3):194-202.
264. Jureša V, Ivanković D, Vuletić G, Babić-Banaszak A, Srček I, Mastilica M, i sur. The Croatian health survey–SF-36: I. General quality of life assessment. *Coll Antropol*. 2000;24(1):69-78.
265. Vuletic G, Sincek D, Kraljik N, Vuger-Kovacic D. Croatian regional differences in health related quality of life in relation to self perceived economic status. *Economy of eastern Croatia yesterday, today, tomorrow*. 2012;1:318-24.
266. Kersnik J, Scvab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care*. 2001;19(3):174-7.
267. Maier W, Gänsicke M, Freyberger H, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(1):29-36.

268. Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients. *J Anxiety Disord.* 2010;24(6):559-64.
269. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res.* 1999;8(5):447-59.
270. Cummins RA. Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. *J Happiness Stud.* 2010;11(1):1-17.
271. Noghani F, Seyedfatemi N, Karimirad M-R, Akbarzadeh A, Hasanpour-Dehkordi A. Health related quality of life in family caregivers of patients suffering from mental disorders. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(11):VC05.
272. ZamZam R, Midin M, Hooi LS, Yi EJ, Ahmad SN, Azman SF, i sur. Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5(1):1-10.
273. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Geneva: World Health Organization; 2018.
274. Colillas-Malet E, Prat G, Espelt A, Juvinyà D. Gender differences in health-related quality of life in people with severe mental illness. *PLoS One.* 2020;15(2):e0229236.
275. Buchwald D, Pearlman T, Umali J, Schmaling K, Katon W. Functional status in patients with chronic fatigue syndrome, other fatiguing illnesses, and healthy individuals. *Am J Med.* 1996;101(4):364-70.
276. Angermeyer MC, Kilian R, Wilms H-U, Wittmund B. Quality of life of spouses of mentally ill people. *Int J Soc Psychiatry.* 2006;52(3):278-85.
277. Margetic BA, Jakovljevic M, Furjan Z, Margetic B, Marsanic VB. Quality of life of key caregivers of schizophrenia patients and association with kinship. *Cent Eur J Public Health.* 2013;21(4):220.
278. Boyer L, Caqueo-Urizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-Maldonado J, Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract.* 2012;13(1):1-6.
279. Lučev I. Kvaliteta života u Hrvatskoj–povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme.* 2008(1-2):67-89.
280. Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. *Adult development and aging*: Cengage Learning; 2018.
281. Wadsworth ME, Montgomery SM, Bartley MJ. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Soc Sci Med.* 1999;48(10):1491-9.

282. Leng A, Xu C, Nicholas S, Nicholas J, Wang J. Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;33(1):23-9.
283. Lillard LA, Panis CW. Marital status and mortality: The role of health. *Demography*. 1996;33(3):313-27.
284. Caron J, Latimer E, Tousignant M. Predictors of psychological distress and quality of life in disadvantaged socio-economic populations of Montreal. *J Urban Health*. 2002;79(1):S60-S61.
285. Bonsaksen T. Exploring gender differences in quality of life. *Ment Health Rev (Brighton)*. 2012.
286. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Res*. 2005;137(3):203-13.
287. Vandiver VL. Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and USA. *Community Ment Health J*. 1998;34(5):501-11.
288. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MNS, Fonseca JOP. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cad Saude Publica*. 2005;21:1338-40.
289. Brna P, Gordon K, Dooley J. Health-related quality of life among Canadians with migraine. *J Headache Pain*. 2007;8(1):43-8.
290. Vuletić G, Benjak T, Brajković L, Brkljačić T, Davern M, Golubić R i sur. *Kvaliteta života i zdravlje*. 1. izd. Osijek: Filozofski fakultet, Sveučilišta J.J.Strossmayer u Osijeku; 2011.
291. Baune BT, Caniato RN, Arolt V, Berger K. The effects of dysthymic disorder on health-related quality of life and disability days in persons with comorbid medical conditions in the general population. *Psychother Psychosom*. 2009;78(3):161-6.
292. Kozarić Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix*. 2007;13(71):102-6.
293. Zen AL, Whooley MA, Zhao S, Cohen BE. Post-traumatic stress disorder is associated with poor health behaviors: findings from the heart and soul study. *Health Psychol*. 2012;31(2):194.
294. Possemato K, Wade M, Andersen J, Ouimette P. The impact of PTSD, depression, and substance use disorders on disease burden and health care utilization among OEF/OIF veterans. *Psychol Trauma*. 2010;2(3):218.
295. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez JdJG. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(4):646.

296. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C, Breslau N. Epidemiological Risk Factors for Trauma and PTSD. U: R. Yehuda, urednik. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. str. 23–59.
297. Seedat S, Lochner C, Vythilingum B, Stein DJ. Disability and quality of life in post-traumatic stress disorder. *Pharmacoeconomics*. 2006;24(10):989-98.
298. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, i sur. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018;30(3):383.
299. Majdak M, Zorić Prskalo B, Bagarić A. Motivation for behavioural change of the Addicts in hospital and outpatient treatment. *Jahr: Europski časopis za bioetiku*. 2021;12(2):243-64.
300. Malet L, Llorca P-M, Beringuier B, Lehert P, Falissard B. AIQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(2):181-7.
301. Huang H, Shen H, Ning K, Zhang R, Sun W, Li B, i sur. Quality of life and its correlates in alcohol use disorder patients with and without depression in China. *Front Psychiatry*. 2021;11:1652.
302. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*. 2017;26(2 Psihijatrija danas):161-0.
303. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1171-8.
304. Rubio JM, Olfson M, Villegas L, Pérez-Fuentes G, Wang S, Blanco C. Quality of life following remission of mental disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(5):16457.
305. Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin H-J. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *Int J Med Sci*. 2009;6(4):160.
306. Dawson DA, Li T-K, Chou SP, Grant BF. Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(1):84-92.
307. Daepfen J-B, Faouzi M, Sanchez N, Rahhali N, Bineau S, Bertholet N. Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(4):457-65.
308. Lima-Rodríguez JS, de Medina-Moragas AJ, Fernández-Fernández MJ, Lima-Serrano M. Factors associated with quality of life in relatives of adults with serious mental illness: A systematic review. *Community Ment Health J*. 2022:1-20.

309. Winsper C, Crawford-Docherty A, Weich S, Fenton S-J, Singh SP. How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clin Psychol Rev.* 2020;76:101815.
310. Zok K, editor *Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten.* Public Health Forum; 2017: De Gruyter.
311. Cho Y, Lee JK, Kim D-H, Park J-H, Choi M, Kim H-J, i sur. Factors associated with quality of life in patients with depression: A nationwide population-based study. *PLoS One.* 2019;14(7):e0219455.
312. Ownby RL, Acevedo A, Jacobs RJ, Caballero J, Waldrop-Valverde D. Quality of life, health status, and health service utilization related to a new measure of health literacy: FLIGHT/VIDAS. *Patient Educ Couns.* 2014;96(3):404-10.
313. Moura Borges F, Wellington Costa Lima E, Nunes Carvalho GC, De Oliveira Lima LH, Gomes Machado AL, Vilarouca Da Silva AR. Relación entre alfabetización en salud y calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *Ciencia y enfermería.* 2022;28.
314. Smith JL, Haggerty J. Literacy in primary care populations. *Can J Public Health.* 2003;94(6):408-12.
315. Couture ÉM, Chouinard M-C, Fortin M, Hudon C. The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):1-6.
316. Song S, Lee S-M, Jang S, Lee YJ, Kim N-H, Sohn H-R, i sur. Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1-11.
317. Wang C, Li H, Li L, Xu D, Kane RL, Meng Q. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11(1):1-9.
318. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, i sur. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? Findings from the North Carolina-Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP). *Cancer.* 2012;118(15):3842-51.
319. Wallace LS, Rogers ES, Weiss BD. Relationship between health literacy and health-related quality of life among Tennesseans. *Tenn Med.* 2008;101(5):35-9.
320. Xia J, Wu P, Deng Q, Yan R, Yang R, Lv B, i sur. Relationship between health literacy and quality of life among cancer survivors in China: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019;9(12):e028458.

321. Ehmann AT, Groene O, Rieger MA, Siegel A. The relationship between health literacy, quality of life, and subjective health: results of a cross-sectional study in a rural region in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1683.
322. Correa-Rodríguez M, Rueda-Medina B, Callejas-Rubio J-L, Ríos-Fernández R, De la Herra-Fernandez J, Ortego-Centeno N. The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life, Attitudes and Perceptions of Covid-19 and Vaccination Among Patients with Systemic Autoimmune Diseases. *Clin Nurs Res*. 2022:10547738221090558.
323. Tung H-H, Lu T-M, Chen L-K, Liang S-Y, Wu S-F, Chu K-H. Health literacy impact on elderly patients with heart failure in Taiwan. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2014;5(3):72-6.
324. Wei CW, Wu ML, Tung HH. Relationships between health literacy and quality of life among survivors with breast cancer. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(2):e12922.
325. Bengtsson-Tops A, Hansson L, Sandlund M, Bjarnason O, Korkeila J, Merinder L, i sur. Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicentre study. *Qual Life Res*. 2005;14(1):221-9.
326. Vuletić G. Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*. 2013(7):213-22.
327. World Health Organization. *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;2013.
328. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. *Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022. – 2030*. Dostupno na adresi: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=20208>. Datum pristupa: 20. 5. 2022.
329. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Implementacija dobrih europskih praksi u zaštiti mentalnog zdravlja*. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/programi-projekti/implementacija-dobrih-europskih-praksi-u-zastiti-mentalnog-zdravlja/>. Datum pristupa: 29. 5. 2022.

11. ŽIVOTOPIS

Podatci o doktorandu

Ime i prezime: Harolt Placento

Nadnevak i mjesto rođenja: 26. kolovoza 1973., Našice

Zvanje: magistar sestrinstva (mag. med. techn.)

Matični broj studenta: 70140687

Adresa: Športska 45, 31 500 Jelisavac

Obiteljsko stanje: oženjen, otac troje djece

e-pošta: h.placento@gmail.com

Obrazovanje pristupnika:

2014. – Medicinski fakultet Osijek, poslijediplomski sveučilišni studij Biomedicina i zdravstvo

2011. – 2013. diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

2004. – 2008. preddiplomski stručni studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

1988. – 1992. Školski centar „Ruđer Bošković“ u Osijeku, smjer: medicinska sestra/tehničar

Radno iskustvo pristupnika:

2018. – naslovno suradničko zvanje asistenta na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, na Katedri za sestrinstvo i palijativnu medicinu

2018. – Opća županijska bolnica Našice, Ravnateljstvo, magistar sestrinstva – viši stručni savjetnik za kvalitetu

2016. – recenzent u časopisu Croatian Nursing Journal

2014. – 2018. Opća županijska bolnica Našice, OHBP, glavni medicinski tehničar Odjela

2014. – 2018. Opća županijska bolnica Našice, Ravnateljstvo, medicinski tehničar za kvalitetu

2008. – 2014. Opća županijska bolnica Našice, Odjel za internu medicinu, prvostupnik sestrinstva na Odjelu hemodijalize

2007. – 2008. Opća županijska bolnica Našice, Odjel za internu medicinu, medicinska sestra/tehničar na Odjelu hemodijalize

1995. – 2007. Opća županijska bolnica Našice, Odjel za kirurgiju, medicinski tehničar u hitnoj kirurškoj ambulanti

1995. – 132. Brigada HV-a, medicinska sestra/tehničar

1994. – 1995. Opća županijska bolnica Našice, Odjel za kirurgiju, medicinska sestra/tehničar

1993. – 1994. Opća županijska bolnica Našice, medicinska sestra/tehničar pripravnik

Prikaz znanstvenog i stručnog rada

Lovrić B, **Placento H**, Farčić N, Lipič Baligač M, Mikšić Š, Mamić M, Jovanović T, Vidić H, Karabatić S, Cviljević S, Zibar L, Vukoja I, Barać I. Association between Health Literacy and Prevalence of Obesity, Arterial Hypertension, and Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(15):9002

Placento H, Lovrić B, Gvozdanić Z, Farčić N, Jovanović T, Jovanović Tomac J, i sur. Croatian Version of the Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50): Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation. *Healthcare*. 2022;10(1):111.

Salopek-Žiha D, Hlavati M, Gvozdanić Z, Gašić M, **Placento H**, Jakić Hrvoje, i sur. Differences in distress and coping with the COVID-19 stressor in nurses and physicians. *Psychiatr Danub*. 2020;32(2):287-293.

Gvozdanić Z, Farčić N, **Placento H**, Lovrić R, Dujmić Ž, Jurić A, i sur. Diet Education as a Success Factor of Glycemia Regulation in Diabetes Patients: A Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:4003.

Smokrović E, Gusar I, Hnatešen D, Bačkov K, Bajan A, Gvozdanić Z, **Placento H**, Boštjan Ž. The Influence of Work Motivation, Work Environment and Job Satisfaction on Turnover Intention of Croatian Nurses: A Qualitative Study. *SEEMEDJ*. 2019;3(2):33-44.

Petrović N, Prlić N, Gašparić I, **Placento H**, Gvozdanić Z. Quality of life among persons suffering from multiple sclerosis. *Medica Jadertina*. 2019;49(3-4):217-226.

Gvozdanić Z, Dujmić Ž, Prka AM, Farčić N, **Placento H**, Gašić M, Lovrić S. Nurses' Knowledge of Palliative Care. *CNJ*. 2019;3(2):157-165.

Gašić M, **Placento H**, Gvozdanić Z, Neuberg M, Djuran M, Tičić K. Incidence of complications in patients treated with plaster splints in emergency departments in four hospitals. *CNJ*. 2017;1:79-90.

Gašić M, **Placento H**, Neuberg M, Gvozdanić Z, Mikulaj Z, Barbarić D, Kuzmić D. Frequency of complications in patients treated with plaster cradle in emergency departments (sažetak). *Signa Vitae*. 2015;10 (Suppl 2):58-9.

Placento H, Gvozdanić Z. Utjecaj edukacije na interdijalizni porast tjelesne težine u bolesnika liječenih ponavljanim hemodijalizama (sažetak). Acta Med Croatica, 2014;68(2):343.

Gvozdanić Z, Hnatešen D, Nađ V, **Placento H**. Teorija suradnje, Koncept ranjivosti. U: Prlić N, Pajnkihar M. Teorijska promišljanja o/u zdravstvenoj njezi. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet, diplomski studij Sestrinstvo; 2012. str.55-66.

Javna izlaganja na stručnim skupovima, radionice

Placento H, Gašić M. Predavanje/prezentacija: Učestalost komplikacija u bolesnika liječenih sadrenom udlagom u odjelima hitne bolničke pomoći. 7. kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara „Sestrinstvo bez granica“. Opatija. 2019.

Placento H, Gvozdanić Z. Predavanje/prezentacija: Kako uspješno prenijeti znanje kolegama? HUMS stručno društvo gipsera, Radionica - „Tečaj izrade sadrene udlage“. Našice, 17.05.2018.

Placento H, Solomun I. Predavanje/prezentacija :Kirurška kontrolna lista u OŽB Našice. 8. konferencija društva za kvalitetu u suorganizaciji s društvom za suzbijanje boli Našice. Našice, 09.03.2018.

Gašić M, **Placento H**, Neuberg M, Gvozdanić Z. Medicinske sestre/tehničari – gipseri - tko smo mi i gdje smo stali? Zbornik radova 1. stručnog skupa Ortopedsko traumatološkog društva HUMS-a i 4. stručnog skupa Društva medicinskih tehničara- gipsera. Zadar 2017.

Gvozdanić Z, Dujmić Ž, **Placento H**, Gašić M, Matić IP. Znanje i stavovi medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi. Zbornik radova 2. Međunarodnog kongresa palijativne skrbi. Slavonski Brod 2017.

Dani doktoranada: **Harolt Placento**. Poster: Health Literacy in Fourth and Fifth Category Patients (Australasian Triage Scale) who asked for help in the Integrated Hospital Emergency Admission Unit (IHEAU). Dani doktoranada, Medicinski fakultet Osijek 19. 09. 2017.

Majer D, Gvozdanić Z, **Placento H**, Paulić K, Zlosa M. Prikaz elektronski vođene sestrinske dokumentacije dekubitalnih ulkusa u BIS-u. Zbornik sažetaka radova 3. simpozij društva za kvalitetu. Osijek 2016.

Gašić M, **Placento H**, Gvozdanović Z, Tičić K, Neuberg M, Barbarić D, Mikalaj Z, Kuzmić D, Djuran M. Tehničke karakteristike imobilizacija kod ispitanika liječenih sadrenom udlagom u četiri zdravstvene ustanove: u Zbornik XVI Stručni skup kirurških sestara Hrvatske; XXVII Stručni skup društva kirurških sestara Slavonije i Baranje. Osijek 2016.

Dani doktoranada: **Placento H**. Poster: utjecaj edukacije na interdijalizni porast tjelesne težine u bolesnika liječenih ponavljanim hemodijalizama. Dani doktoranada. Medicinski fakultet Osijek. 27.-28. 05. 2015.

Gašić M, **Placento H**, Neuberg M, Gvozdanović Z, Mikalaj Z, Barbarić D, Kuzmić D. Učestalost komplikacija u bolesnika liječenih sadrenom udlagom u odjelima hitnog bolničkog prijama: Knjiga sažetaka, 9. Hrvatski kongres hitne medicine. Zagreb 2015.

Gvozdanović Z, **Placento H**, Prlić N, Gjurčić Ž, Gašić M. Utjecaj edukacije na efikasnost terapije i samokontrolu oboljelih od šećerne bolesti: Knjiga sažetaka, 5. Kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara. Opatija 2015.

Gvozdanović Z, **Placento H**, Gjurčić Ž, Oreški A. Utjecaj edukacije na efikasnost terapije i samokontrolu oboljelih od šećerne bolesti: Knjiga sažetaka, 10. simpozij „Mogućnosti i izazovi u zbrinjavanju osoba sa šećernom bolešću“ HUMS Društvo za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma. Zagreb 2015.

Članstvo u znanstvenim, stručnim društvima i radnim skupinama

član Hrvatske komore medicinskih sestara i tehničara

član Povjerenstva za staleška pitanja Hrvatske komore medicinskih sestara i tehničara

član Hrvatske udruge medicinskih sestara

član Stručnog društva za kvalitetu Hrvatske udruge medicinskih sestara

član Izvršnog odbora Stručnog društva za kvalitetu Hrvatske udruge medicinskih sestara

član Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara/tehničara

predsjednik podružnice Bolnice Našice Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara/tehničara

član Glavnog vijeća Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara/tehničara

recenzent u časopisu Croatian Nursing Journal

12. PRILOZI

- Prilog 1 Anketni upitnik u pripremnoj fazi
- Prilog 2 Anketni upitnik u glavnoj istraživačkoj fazi
- Prilog 3 Primjer jedne kartice SAHLCA-50 testa

Prilog 1 Anketni upitnik u pripreмноj fazi

Ovaj dio popunjava istraživač na temelju odgovora ispitanika s kartica.

Označite na crtu u tablici odgovor ispitanika oznakom „ x “

ANKETNI UPITNIK ZDRAVSTVENE PISMENOSTI SAHLSA-50

MATIČNA RIJEČ	PONUĐENI ODGOVOR		
1. PROSTATA	<input type="checkbox"/> Žlijezda	<input type="checkbox"/> Cirkulacija	<input type="checkbox"/> Ne znam
2. ZAPOSLENJE	<input type="checkbox"/> Posao	<input type="checkbox"/> Obrazovanje	<input type="checkbox"/> Ne znam
3. MENSTRUACIJSKO	<input type="checkbox"/> Mjesečno	<input type="checkbox"/> Dnevno	<input type="checkbox"/> Ne znam
4. GRIPA	<input type="checkbox"/> Zdrav	<input type="checkbox"/> Bolestan	<input type="checkbox"/> Ne znam
5. UPOZORITI	<input type="checkbox"/> Mjeriti	<input type="checkbox"/> Reći	<input type="checkbox"/> Ne znam
6. JELO	<input type="checkbox"/> Večera	<input type="checkbox"/> Šetnja	<input type="checkbox"/> Ne znam
7. ALKOHOLIZAM	<input type="checkbox"/> Ovisnost	<input type="checkbox"/> Rekreacija	<input type="checkbox"/> Ne znam
8. MASNOĆA	<input type="checkbox"/> Naranča	<input type="checkbox"/> Maslac	<input type="checkbox"/> Ne znam
9. ASTMA	<input type="checkbox"/> Disati	<input type="checkbox"/> Koža	<input type="checkbox"/> Ne znam
10. KOFEIN	<input type="checkbox"/> Budnost	<input type="checkbox"/> Voda	<input type="checkbox"/> Ne znam
11. OSTEOPOROZA	<input type="checkbox"/> Kost	<input type="checkbox"/> Mišić	<input type="checkbox"/> Ne znam
12. DEPRESIJA	<input type="checkbox"/> Tek	<input type="checkbox"/> Osjećaji	<input type="checkbox"/> Ne znam
13. KONSTIPACIJA	<input type="checkbox"/> Zatvor	<input type="checkbox"/> Proljeв	<input type="checkbox"/> Ne znam
14. TRUDNOĆA	<input type="checkbox"/> Porođaj	<input type="checkbox"/> Djetinjstvo	<input type="checkbox"/> Ne znam
15. INCEST	<input type="checkbox"/> Obitelj	<input type="checkbox"/> Susjed	<input type="checkbox"/> Ne znam
16. PILULA	<input type="checkbox"/> Tableta	<input type="checkbox"/> Kolačić	<input type="checkbox"/> Ne znam
17. TESTIS	<input type="checkbox"/> Ovulacija	<input type="checkbox"/> Sperma	<input type="checkbox"/> Ne znam
18. REKTALNO	<input type="checkbox"/> Tuš	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Ne znam
19. OKO	<input type="checkbox"/> Sluh	<input type="checkbox"/> Vid	<input type="checkbox"/> Ne znam
20. IRITACIJA	<input type="checkbox"/> Ukočeno	<input type="checkbox"/> Bolno	<input type="checkbox"/> Ne znam
21. ABNORMALNO	<input type="checkbox"/> Drukčije	<input type="checkbox"/> Slično	<input type="checkbox"/> Ne znam
22. STRES	<input type="checkbox"/> Zabrinutost	<input type="checkbox"/> Sreća	<input type="checkbox"/> Ne znam
23. SPONTANI POBAČAJ	<input type="checkbox"/> Izgubiti	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Ne znam
24. IKTERUS	<input type="checkbox"/> Žuto	<input type="checkbox"/> Bijelo	<input type="checkbox"/> Ne znam
25. PAPANICOLAU	<input type="checkbox"/> Test	<input type="checkbox"/> Cjepivo	<input type="checkbox"/> Ne znam
26. OSIP	<input type="checkbox"/> Dlaka	<input type="checkbox"/> Koža	<input type="checkbox"/> Ne znam
27. NAZNAKA	<input type="checkbox"/> Uputa	<input type="checkbox"/> Odluka	<input type="checkbox"/> Ne znam
28. NAPAD	<input type="checkbox"/> Ozlijeđen	<input type="checkbox"/> Zdrav	<input type="checkbox"/> Ne znam
29. MENOPAUZA	<input type="checkbox"/> Gosподе	<input type="checkbox"/> Djevojke	<input type="checkbox"/> Ne znam
30. SLIJEPO CRIJEVO	<input type="checkbox"/> Ogrebotina	<input type="checkbox"/> Bol	<input type="checkbox"/> Ne znam
31. PONAŠANJE	<input type="checkbox"/> Misao	<input type="checkbox"/> Vlananje	<input type="checkbox"/> Ne znam
32. PREHRANA	<input type="checkbox"/> Zdravlje	<input type="checkbox"/> Gazirano piće	<input type="checkbox"/> Ne znam
33. DIJABETES	<input type="checkbox"/> Šećer	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Ne znam
34. SIFILIS	<input type="checkbox"/> Kontraceptivi	<input type="checkbox"/> Kondom	<input type="checkbox"/> Ne znam
35. UPALA	<input type="checkbox"/> Otekлина	<input type="checkbox"/> Znoj	<input type="checkbox"/> Ne znam
36. HEMOROIDI	<input type="checkbox"/> Vene	<input type="checkbox"/> Srce	<input type="checkbox"/> Ne znam

37. HERPES	__ Zrak	__ Seks	__ Ne znam
38. ALERGIJA	__ Otpornost	__ Reakcija	__ Ne znam
39. BUBREG	__ Mokraća	__ Vrućica	__ Ne znam
40. KALORIJE	__ Hrana	__ Vitamini	__ Ne znam
41. LIJEK	__ Instrument	__ Terapija	__ Ne znam
42. ANEMIJA	__ Krv	__ Živac	__ Ne znam
43. CRIJEVA	__ Probava	__ Znoj	__ Ne znam
44. KALIJ	__ Mineral	__ Protein	__ Ne znam
45. KOLITIS	__ Crijeva	__ Mjehur	__ Ne znam
46. PRETILOST	__ Težina	__ Visina	__ Ne znam
47. HEPATITIS	__ Pluća	__ Jetra	__ Ne znam
48. ŽUČNI MJEHUR	__ Arterija	__ Organ	__ Ne znam
49. EPILEPSIJA	__ Padavica	__ Smirenost	__ Ne znam
50. ARTRITIS	__ Želudac	__ Zglob	__ Ne znam

Ovaj dio popunjava istraživač na temelju odgovora ispitanika s kartice deklaracije.

Označite u tablici je li odgovor “točan” ili “netočan” oznakom „ x “

NVS-HR: tablica za bodovanje

Pitanje	Točno	Netočno
1. Koliko ćete kalorija (kcal) unijeti ako pojedete cijelo pakiranje?		
2. Ako Vam se savjetuje da za desert ne pojedete više od 60 grama ugljikohidrata, koju količinu sladoleda najviše smijete pojesti?		
3. Zamislite da Vam liječnik savjetuje smanjenje količine zasićenih masti u prehrani. Obično dnevno unesete 42 g zasićenih masti, u što je uključena jedna porcija sladoleda. Ako prestanete jesti sladoled, koliko ćete grama zasićenih masti pojesti svakog dana?		
4. Ako svakog dana obično unesete hranom 2500 kalorija, koliki ćete postotak od Vašeg dnevnog unosa kalorija (kcal) unijeti ako pojedete jednu porciju sladoleda?		
5. Zamislite da ste alergični na sljedeće tvari: penicilin, kikiriki, gumene rukavice i ubode pčela. Je li za Vas sigurno jesti ovaj sladoled?		
6. (Ako je odgovor na 5. pitanje “Ne”), pitajte: “Zašto ne?”		
7. (Ako je odgovor na 6. pitanje „Jer bih mogao/mogla imati alergijsku reakciju“), pitajte: Zašto biste imali alergijsku reakciju?		
Ukupno točnih odgovora (0 do 6)		

Ovaj dio ispunjava ispitanik.

Upute: zaokružite odgovarajući odgovor, upišite traženi podatak na crtu.

1. Vaš spol: a) M b) Ž

2. Vaša dob _____ (u godinama)

3. Koja je razina vašeg obrazovanja:

- a) Nezavršena osnovna škola
- b) Osnovnoškolsko obrazovanje
- c) Srednja stručna sprema
- d) Viša stručna sprema
- e) Visoka stručna sprema

4. Mjesto stanovanja:

- a) selo b) grad

5. Bračno stanje:

- a) neoženjen (neudata) b) u braku c) razveden/a d) udovac/ica

SHC

Niže je navedena lista tjelesnih simptoma. Molimo Vas da pokraj svake tvrdnje zaokružite jedan broj koji najbolje opisuje koliko Vas je često taj problem uznemiravao (mučio) **u posljednjih godinu dana**. Pritom brojevi znače sljedeće:

1-nikada	2-rijetko	3-ponekad	4-često	5-gotovo uvijek
-----------------	------------------	------------------	----------------	------------------------

1. bol u ruci	1	2	3	4	5
2. alergije	1	2	3	4	5
3. anksioznost/tjeskoba	1	2	3	4	5
4. astma	1	2	3	4	5
5. bol u gornjem dijelu leđa	1	2	3	4	5
6. ekcem	1	2	3	4	5
7. glavobolja	1	2	3	4	5
8. kašalj	1	2	3	4	5
9. migrena	1	2	3	4	5
10. bol u donjem dijelu leđa	1	2	3	4	5
11. mučnina u želucu	1	2	3	4	5
12. osjećaj da Vas peče u želucu/žgaravica	1	2	3	4	5
13. prehlada/gripa	1	2	3	4	5
14. problemi s disanjem	1	2	3	4	5

15. bol u vratu	1	2	3	4	5
16. problemi sa spavanjem	1	2	3	4	5
17. proljev	1	2	3	4	5
18. srčane aritmije	1	2	3	4	5
19. bol u trbuhu	1	2	3	4	5
20. tuga/depresija	1	2	3	4	5
21. tvrda stolica	1	2	3	4	5
22. vrtoglavice	1	2	3	4	5
23. bol u želucu zbog problema s probavom	1	2	3	4	5
24. umor	1	2	3	4	5
25. bol u ramenima	1	2	3	4	5
26. bol u nogama tijekom tjelesnih aktivnosti	1	2	3	4	5
27. valovi vrućine	1	2	3	4	5
28. vjetrovi	1	2	3	4	5
29. bol u grudima	1	2	3	4	5

SWLS

Dolje je navedeno pet izjava s kojima se Vi možete slagati ili ne slagati. Procijenite svoje slaganje s izjavom tako da označite odgovarajući broj na skali (1 = uopće se ne slažem; 7 = potpuno se slažem)

Moj je život vrlo blizu onome što smatram idealnim.	1	2	3	4	5	6	7
Moji životni uvjeti su izvrsni.	1	2	3	4	5	6	7
Zadovoljan/ zadovoljna sam svojim životom.	1	2	3	4	5	6	7
Do sada sam ostvario/ ostvarila važne stvari koje želim u životu.	1	2	3	4	5	6	7
Kad bih živio/ živjela ispočetka, ne bih gotovo ništa promijenio/ promijenila.	1	2	3	4	5	6	7

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
 Medicinski fakultet Osijek
 Poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo
 Harolt Placento, mag. med. techn.; Božica Lovrić, mag.med.techn.; Zvezdana Gvozdanović,
 mag. med. techn.; Nikolina Farčić, mag. med. techn.; Tihomir Jovanović, mag.med.techn.
 Kontakt telefon: 0915286589
 E-mail: h.placento@gmail.com

Prilog 2 Anketni upitnik u glavnoj istraživačkoj fazi

ANKETNI UPITNIK ZDRAVSTVENE PISMENOSTI (SAHLCA-50)

Prvi dio upitnika POPUNJAVA ISTRAŽIVAČ na temelju odgovora ispitanika s kartica.

Označite na crtu u tablici odgovor ispitanika oznakom „ x “

MATIČNA RIJEČ	PONUĐENI ODGOVOR		
1. PROSTATA	<input type="checkbox"/> Žlijezda	<input type="checkbox"/> Cirkulacija	<input type="checkbox"/> Ne znam
2. ZAPOSLENJE	<input type="checkbox"/> Posao	<input type="checkbox"/> Obrazovanje	<input type="checkbox"/> Ne znam
3. MENSTRUACIJSKO	<input type="checkbox"/> Mjesečno	<input type="checkbox"/> Dnevno	<input type="checkbox"/> Ne znam
4. GRIPA	<input type="checkbox"/> Zdrav	<input type="checkbox"/> Bolestan	<input type="checkbox"/> Ne znam
5. UPOZORITI	<input type="checkbox"/> Mjeriti	<input type="checkbox"/> Reći	<input type="checkbox"/> Ne znam
6. JELO	<input type="checkbox"/> Večera	<input type="checkbox"/> Šetnja	<input type="checkbox"/> Ne znam
7. ALKOHOLIZAM	<input type="checkbox"/> Ovisnost	<input type="checkbox"/> Rekreacija	<input type="checkbox"/> Ne znam
8. MASNOĆA	<input type="checkbox"/> Naranča	<input type="checkbox"/> Maslac	<input type="checkbox"/> Ne znam
9. ASTMA	<input type="checkbox"/> Disati	<input type="checkbox"/> Koža	<input type="checkbox"/> Ne znam
10. KOFEIN	<input type="checkbox"/> Budnost	<input type="checkbox"/> Voda	<input type="checkbox"/> Ne znam
11. OSTEOPOROZA	<input type="checkbox"/> Kost	<input type="checkbox"/> Mišić	<input type="checkbox"/> Ne znam
12. DEPRESIJA	<input type="checkbox"/> Tek	<input type="checkbox"/> Osjećaji	<input type="checkbox"/> Ne znam
13. KONSTIPACIJA	<input type="checkbox"/> Zatvor	<input type="checkbox"/> Proljev	<input type="checkbox"/> Ne znam
14. TRUDNOĆA	<input type="checkbox"/> Porodaj	<input type="checkbox"/> Djetinjstvo	<input type="checkbox"/> Ne znam
15. INCEST	<input type="checkbox"/> Obitelj	<input type="checkbox"/> Susjed	<input type="checkbox"/> Ne znam
16. PILULA	<input type="checkbox"/> Tableta	<input type="checkbox"/> Kolačić	<input type="checkbox"/> Ne znam
17. TESTIS	<input type="checkbox"/> Ovulacija	<input type="checkbox"/> Sperma	<input type="checkbox"/> Ne znam
18. REKTALNO	<input type="checkbox"/> Tuš	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Ne znam
19. OKO	<input type="checkbox"/> Sluh	<input type="checkbox"/> Vid	<input type="checkbox"/> Ne znam
20. IRITACIJA	<input type="checkbox"/> Ukočeno	<input type="checkbox"/> Bolno	<input type="checkbox"/> Ne znam
21. ABNORMALNO	<input type="checkbox"/> Drukčije	<input type="checkbox"/> Slično	<input type="checkbox"/> Ne znam
22. STRES	<input type="checkbox"/> Zabrinutost	<input type="checkbox"/> Sreća	<input type="checkbox"/> Ne znam
23. SPONTANI POBAČAJ	<input type="checkbox"/> Izgubiti	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Ne znam
24. IKTERUS	<input type="checkbox"/> Žuto	<input type="checkbox"/> Bijelo	<input type="checkbox"/> Ne znam
25. PAPANICOLAU	<input type="checkbox"/> Test	<input type="checkbox"/> Cjepivo	<input type="checkbox"/> Ne znam
26. OSIP	<input type="checkbox"/> Dlaka	<input type="checkbox"/> Koža	<input type="checkbox"/> Ne znam
27. NAZNAKA	<input type="checkbox"/> Uputa	<input type="checkbox"/> Odluka	<input type="checkbox"/> Ne znam
28. NAPAD	<input type="checkbox"/> Ozlijeđen	<input type="checkbox"/> Zdrav	<input type="checkbox"/> Ne znam
29. MENOPAUZA	<input type="checkbox"/> Gospođe	<input type="checkbox"/> Djevojke	<input type="checkbox"/> Ne znam
30. SLIJEPO CRIJEVO	<input type="checkbox"/> Ogrebotina	<input type="checkbox"/> Bol	<input type="checkbox"/> Ne znam
31. PONAŠANJE	<input type="checkbox"/> Misao	<input type="checkbox"/> Vladanje	<input type="checkbox"/> Ne znam
32. PREHRANA	<input type="checkbox"/> Zdravlje	<input type="checkbox"/> Gazirano piće	<input type="checkbox"/> Ne znam
33. DIJABETES	<input type="checkbox"/> Šećer	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Ne znam
34. SIFILIS	<input type="checkbox"/> Kontraceptivi	<input type="checkbox"/> Kondom	<input type="checkbox"/> Ne znam
35. UPALA	<input type="checkbox"/> Otekлина	<input type="checkbox"/> Znoj	<input type="checkbox"/> Ne znam
36. HEMOROIDI	<input type="checkbox"/> Vene	<input type="checkbox"/> Srce	<input type="checkbox"/> Ne znam

10. Dijagnoza bolesti (šifra F) : _____

11. Trajanje bolesti (koliko godina se liječite od ove bolesti) _____

12. Primanja po članu kućanstva (ukupna novčana primanja podijeljeno s brojem ukućana)

- a) manje od 1500 kn
- b) 1501 do 3000 kn
- c) 3001 do 4500
- d) 4501 i više

13. Od kojih se još bolesti liječite (osim gore navedene bolesti – za pomoć možete pitati osobu koja Vas anketira, može više odgovora)

- a) Bolesti krvožilnog sustava (npr. visoki krvni tlak, bolesti srčanih zalistaka, nenormalni srčani ritmovi, aneurizme, tumori srca...)
- b) Probavnog sustava (npr. bolesti usta - uključujući jezik i zube, jednjaka, želudca, crijeva, jetre, gušterače...)
- c) Endokrinog sustava (npr. šećerna bolest, bolesti hipofize, štitnjača, nadbubrežne žlijezde, gušterače...)
- d) Imunološkog sustava (npr. alergije, imunodeficijencije, bolesti bijelih krvnih stanica...)
- e) Pokrivnog sustava (npr. bolesti kože, uključujući kosu i nokte, znojne i lojne žlijezde...)
- f) Limfnog sustava (bolesti limfnog sustava npr. limfedem...)
- g) Mišićno-koštanog sustava (npr. giht, osteoporoza, osteoartritis, tumori mišića i kostiju...)
- h) Živčanog sustava (npr. multipla skleroza, mišićna distrofija, vrtoglavica, tumori živčanog sustava...)
- i) Reproktivnog sustava (npr. neplodnost, policistični jajnici, impotencija, upala prostate, tumori reproduktivnih organa...)
- j) Dišnog sustava (npr. bronhitis, cistična fibroza, opstruktivne bolesti pluća, rak pluća...)
- k) Mokraćnog sustava (npr. bubrežni kamenci, inkontinencija, kronično bubrežno zatajenje, tumori bubrega...)

SUBJEKTIVNA OCJENA ZDRAVLJA (upitnik SF-36)

1. Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje (**zaokružite jedan broj ispred odgovora**):

Izvršno	1
Vrlo dobro	2
Dobro	3
Zadovoljavajuće	4
Loše	5

2. U usporedbi s prošlom godinom, kako biste sada ocijenili svoje zdravlje?

Puno bolje nego prije godinu dana	1
Malo bolje nego prije godinu dana	2
Otprilike isto kao prije godinu dana	3
Malo lošije nego prije godinu dana	4
Puno lošije nego prije godinu dana	5

Sljedeća se pitanja odnose na aktivnosti kojima se možda bavite **tijekom jednog tipičnog dana**.

Je li Vas trenutno Vaše zdravlje ograničava u obavljanju tih aktivnosti? Ako DA, u kojoj mjeri?

	DA puno	DA malo	NE nimalo
3. Fizički naporne aktivnosti kao što su trčanje, podizanje teških predmeta	1	2	3
4. Umjeren naporne aktivnosti npr. pomicanje stola, boćanje, vožnja biciklom	1	2	3
5. Podizanje ili nošenje torbe s namirnicama	1	2	3
6. Uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova)	1	2	3
7. Uspinjanje uz stepenice (jedan kat)	1	2	3
8. Saginjanje, klečanje, prigibanje	1	2	3
9. Hodanje više od 1 km	1	2	3
10. Hodanje oko pola km	1	2	3
11. Hodanje 100 m	1	2	3
12. Kupanje ili oblačenje	1	2	3

Jeste li u **proteklih mjesec dana** u svom radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima imali neki od sljedećih problema zbog svojeg fizičkoga zdravlja? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

	DA	NE
13. Skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	1	2
14. Obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
15. Niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti	1	2
16. Imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uložiti dodatni trud)	1	2

Jeste li u **proteklih mjesec dana** imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema? (npr. osjećaj depresije ili tjeskobe)

	DA	NE
17. Skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	1	2
18. Obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
19. Niste obavili posao ili neke druge aktivnosti onako pažljivo kao obično	1	2

20. U kojoj su mjeri u **proteklih mjesec dana** Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima ?

- Uopće ne 1
- U manjoj mjeri 2
- Umjereno 3
- Prilično 4
- Izrazito 5

21. Kakve ste tjelesne bolove imali u **proteklih mjesec dana**?

Nikakve	1
Vrlo blage	2
Blage	3
Umjerene	4
Teške	5
Vrlo teške	6

22. U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u **proteklih mjesec dana** ometali u vašem uobičajenom radu (uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)?

Uopće ne	1
Malo	2
Umjereno	3
Prilično	4
Izrazito	5

Sljedeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u proteklih mjesec dana. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali. Koliko ste (se) vremena u **proteklih mjesec dana**: (zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

	Stalno	Skoro uvijek	Dobar dio vremena	Povremeno	Rijetko	Nikada
23. Osjećali puni života	1	2	3	4	5	6
24. Bili vrlo nervozni	1	2	3	4	5	6
25. Osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti	1	2	3	4	5	6
26. Osjećali spokojnim i mirnim	1	2	3	4	5	6
27. Bili puni energije	1	2	3	4	5	6
28. Osjećali malodušnim i tužnim	1	2	3	4	5	6
29. Osjećali iscrpljenim	1	2	3	4	5	6
30. Bili sretni	1	2	3	4	5	6
31. Osjećali umornim	1	2	3	4	5	6

32. Koliko su Vas u **proteklih mjesec** dana vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete rodbini, prijateljima itd.)?

Stalno	1
Skoro uvijek	2
Povremeno	3
Rijetko	4
Nikada	5

Koliko je u Vašem slučaju TOČNA ili NETOČNA svaka od dolje navedenih tvrdnji

	Potpuno točno	Uglavnom točno	Ne znam	Uglavnom netočno	Potpuno netočno
33. Čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi	1	2	3	4	5
34. Zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem	1	2	3	4	5
35. Mislim da će mi se zdravlje pogoršati	1	2	3	4	5
36. Zdravlje mi je odlično	1	2	3	4	5

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Medicinski fakultet Osijek
Poslijediplomski doktorski studij Biomedicina i zdravstvo
Harolt Placento, mag. med. techn.
Kontakt telefon: 0915286589
E-mail: h.placento@gmail.com

1. PROSTATA		
__ Žlijezda	__ Cirkulacija	__ Ne znam