

ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENIM SUSTAVOM I PERCEPCIJA POVJERENJA U ZDRAVSTVENI SUSTAV

Brenko, Tijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:097437>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-03**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Tijana Brenko

ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENIM SUSTAVOM I PERCEPCIJA POVJERENJA U
ZDRAVSTVENI SUSTAV

Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

HEALTH SYSTEM SATISFACTION AND PERCEPTION OF TRUST IN THE
HEALTHCARE SYSTEM

Tijana Brenko

Final work

Rijeka, 2021.

Mentor rada: Izv.prof.prim.dr.sc. Elizabeta Dadić-Hero, dr.med.

Komentor rada: Izv.prof.prim.dr.sc. Klementina Ružić, dr.med.

Završni rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podaci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Preddiplomski stručni studij sestринства
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Tijana Brenko
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	Elizabeta Dadić Hero
Datum predaje rada	
Identifikacijski br. podneska	1615988388
Datum provjere rada	5.7.2021.
Ime datoteke	Brenko_završni.docx
Veličina datoteke	249,97k
Broj znakova	70868
Broj riječi	11570
Broj stranica	49

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	
	17

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	5.7.2021.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Podudarnost od 17% studentskog rada je radi prepoznate literature.

Datum

Potpis mentora

SADRŽAJ

SADRŽAJ	5
1. UVOD	1
2. ANKSIOZNOST	2
2.1. Anksiozni poremećaji	5
2.1.1. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAD).....	5
2.1.2. Panični poremećaj	5
2.1.3. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OCD).....	5
2.1.4. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	6
2.2. Evaluacija i terapija anksioznih poremećaja	6
3. DEPRESIJA	9
3.1. Vrste depresije	11
3.1.1. Veliki depresivni poremećaj.....	11
3.1.2. Perzistentni depresivni poremećaj (distimija)	12
3.1.3. Sezonski afektivni poremećaj.....	12
3.2. Evaluacija i terapija depresije.....	13
4. HOLISTIČKI PRISTUP I KOMUNIKACIJA	16
5. CILJ ISTRAŽIVANJA	19
6. ISPITANICI I METODE	20
7. REZULTATI.....	21
8. RASPRAVA.....	31
9. ZAKLJUČAK	34
10. SAŽETAK.....	35
11. SUMMARY	36
12. LITERATURA.....	37
13. PRILOZI.....	42
14. ŽIVOTOPIS	43
15. ZAHVALA.....	44

1. UVOD

Anksioznost i depresija predstavljaju stanja narušenog mentalnog zdravlja, koja se mogu javiti kod svih pojedinaca, neovisno o dobi ili spolu. Anksioznost se može objasniti kao pretjeran odgovor organizma na određenu situaciju, najčešće uključuje povećanu zabrinutost i strah. Međutim, anksioznost nije jednostavno definirati jer obuhvaća širok raspon simptoma, utjecaja anksioznosti na pojedince i mjeru u kojoj ometa njihovu kvalitetu života i svakodnevno funkcioniranje. Američko udruženje za anksioznost i depresiju (ADAA – eng. *Anxiety and Depression Association of America*) procjenjuje da će 31% svih odraslih pojedinaca u nekom trenutku života doživjeti simptome anksioznosti (1). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), procjenjuje da 284 milijuna odraslih osoba širom svijeta osjeća anksioznost, od toga u 63% slučajeva anksioznost zahvaća žene, a u 37 % slučajeva muškarce (2).

Depresija je česta i ozbiljna medicinska bolest koja negativno utječe na osjećaje, način razmišljanja i ponašanje pojedinca. Depresija najčešće uzrokuje osjećaj tuge i/ili gubitak interesa za aktivnosti svakodnevnog života ili aktivnosti koje su pojedincima prethodno predstavljale užitak. Depresija može dovesti do različitih emocionalnih i fizičkih problema, smanjiti sposobnost funkcioniranja na poslu i kod kuće i značajno umanjiti kvalitetu života pojedinca (3). ADAA navodi kako u bilo kojem trenutku, 3 do 5 % ljudi pati od depresije, odnosno da 264 milijuna ljudi širom svijeta živi s depresijom (1). Depresija se češće javlja kod žena nego kod muškaraca, a istraživanja su pronašla i razlike u načinu na koji se depresivno raspoloženje očituje na temelju spola i dobi (3).

Anksioznost i depresija uvelike utječu na svakodnevno funkcioniranje svih pojedinaca, a samim time i na percepciju zdravstvenog sustava i razinu zadovoljstva i povjerenja u isti. Zdravstveni djelatnici, koji zbog prirode svog posla predstavljaju rizičnu skupinu za razvoj anksioznosti i depresije, aktivni su djelatnici zdravstvenog sustava te se očekuje da imaju visoku razinu povjerenja u isti, no anksioznost i depresija mogu utjecati i na njihovu percepciju. Stoga je tema ovog rada utvrditi u kojoj mjeri su simptomi anksioznosti i depresije prisutni kod zdravstvenih djelatnika te kako utječu na percepciju zdravstvenog sustava kod zdravstvenih djelatnika.

2. ANKSIOZNOST

Anksioznost je prirodni odgovor organizma na stres, a može se objasniti kao osjećaj straha ili strepnje zbog sadašnje ili buduće situacije. Međutim, ukoliko su osjećaji povezani sa određenom situacijom ekstremni, traju dulje od šest mjeseci i ometaju svakodnevni život, anksioznost se može smatrati stanjem narušenog mentalnog zdravlja. Anksioznost se može manifestirati na različite načine, ovisno o osobi koja je doživljava. Osjećaji koji se povezuju s anksioznošću mogu varirati od „leptira u trbuhu“ do ubrzanog rada srca, noćnih mora, napada panike i negativnih misli koje se ne mogu kontrolirati. Simptomi opće anksioznosti uključuju:

- ubrzan rad srca,
- ubrzano disanje,
- osjećaj nemira,
- problemi s koncentracijom,
- poteškoće sa spavanjem (4).

Ovisno o uzroku i prisutnim simptomima, anksioznost se može podijeliti na nekoliko različitih oblika koji nose zajedničko ime – anksiozni poremećaji. Anksiozni poremećaji heterogeni su skup uobičajenih poremećaja mentalnog zdravlja koje obično karakteriziraju pretjerani strah i zabrinutost. Iako anksiozne poremećaje općenito karakteriziraju osjećaji tjeskobe, simptomi se mogu manifestirati različito, ovisno o podtipu poremećaja. Anksiozni poremećaji, poput generaliziranog anksioznog poremećaja (GAD), posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) i socijalnog anksioznog poremećaja (SAD), spadaju u najčešće psihijatrijske bolesti s doživotnom prevalencijom od oko 30%. Drugi oblici anksioznih poremećaja uključuju panični poremećaj, agorafobiju (strah od mjesta koja mogu prouzročiti osjećaj tjeskobe), specifičnu fobiju, opsesivno-kompulzivni poremećaj i anksiozni poremećaj razdvajanja (5).

Prema izvješću globalnog tereta bolesti (*eng. Global Burden of Disease*) objavljenoj 2014. godine, anksiozni poremećaji su šesti vodeći uzrok globalne invalidnosti, što uzrokuje 26,8 milijuna godina života prilagođenih navedenom invaliditetu (6). Anksiozni poremećaji vrlo su često povezani s drugim mentalnim poremećajima, uključujući depresiju i ovisnost o drogama, međutim anksiozni poremećaji su često povezani i s povišenim kardiovaskularnim čimbenicima rizika poput visokog krvnog tlaka, više stope kardiovaskularnih bolesti i s preranom smrtnošću (7).

U američkim analizama životnih dijagnoza na uzorku populacije, 58% osoba s depresijom također je zadovoljilo kriterije za neki anksiozni poremećaj, a suprotno tome, većina pojedinaca s dijagnosticiranim anksioznim poremećajima također je zadovoljila kriterije za ozbiljnu depresiju, iako su stope komorbiditeta jako varirale među poremećajima. U kliničkoj praksi, povezanost anksioznih poremećaja s drugim stanjima narušenog mentalnog zdravlja, predstavlja značajan problem pri dijagnostici i liječenju. Povećan osjećaj straha i tjeskobe, može se naći u vrlo širokom rasponu psihijatrijskih dijagnoza, stoga je jasno da postoji i međusobno preklapanje podtipova anksioznosti, odnosno različitih anksioznih poremećaja (8).

Etiologija anksioznosti osim stresnih situacija i depresije, može uključivati bolest ili bolno tjelesno stanje, pozitivnu obiteljsku anamnezu te čimbenike okoliša poput zlostavljanja djece i zlorabe supstanci. Ipak, anksiozni poremećaji su najčešće ukorijenjeni u stresnim životnim događajima, koji mogu jako varirati ovisno o pojedincu (9).

Jedan od najranijih stresnih životnih perioda za pojedince je pubertet, a pogađajući između 15-20% mladih, anksiozni poremećaji su među najrasprostranjenijim psihijatrijskim stanjima djece i adolescenata (10). Također, anksiozni poremećaji prisutni u mladosti, povećavaju rizik od pokušaja samoubojstva te predviđaju niz psihijatrijskih poremećaja kasnije u životu, uključujući ostale anksiozne poremećaje, poremećaje zlorabe supstanci i depresiju (10).

Trudnoća je razdoblje u kojem su prisutne fiziološke, psihičke, hormonalne i socijalne promjene, povećavajući rizik od emocionalne patnje i psihijatrijskog morbiditeta u ovoj fazi ženskog života. Mnoge žene trudnoću doživljavaju kao izvor sreće, zadovoljstva i samospunjenja, međutim tijekom razdoblja trudnoće, mnoge žene također doživljavaju promjene u svom mentalnom zdravlju. Studija provedena u Brazilu obuhvatila je ukupno 209 trudnica, a dokazala je prisutnost anksioznosti kod 26,8% trudnica te je anksioznost bila češća u trećem tromjesečju trudnoće (42,9%), kako se približavao porod (11).

Općenito su stope anksioznosti daleko više kod žena nego kod muškaraca, iako uzrok navedenog nije u potpunosti jasan. Procjenjuje se da je u 2017. godini, 284 milijuna ljudi doživjelo anksiozni poremećaj, od čega su 179 milijuna činile žene, u odnosu na 105 milijuna muškaraca (12). Američki Nacionalni institut za mentalno zdravlje izvještava da je doživotna prevalencija anksioznog poremećaja 60% veća kod žena nego kod muškaraca te da se početak, težina, klinički tijek i odgovor na liječenje anksioznih poremećaja značajno razlikuju kod žena (13). Navedena razlika prema spolu može ukazivati na potencijalnu ulogu hormona spolnih žlijezda u etiologiji anksioznosti, posebice jer su studije dokazale da će žene vjerojatnije doživjeti anksioznost tijekom hormonalnih promjena poput puberteta, menopauze,

perimenstrualnog i postpartalnog razdoblja. Također, kliničke studije na muškarcima sugeriraju da testosteron ima anksiolitičke i antidepressivne prednosti, s potencijalom da unaprijedi raspoloženje i mentalno zdravlje i kod žena i kod muškaraca. Međutim, s obzirom na različite načine djelovanja testosterona, nije jasno jesu li djelovanje androgena na androgene receptore ili konverzija u estrogen odgovorni za te učinke (14).

Bolesti, a posebice one koje se povezuju sa visokom stopom smrtnih ishoda, predstavljaju značajan izvor stresa za pojedinca i nerijetko uzrokuju neki od anksioznih poremećaja. U meta-analizi iz 2018. godine navodi se da dvije trećine pacijenata s karcinomom ima klinički značajne simptome anksioznosti koji se razlikuju ovisno o vrsti karcinoma. Najviša razina anksioznosti zabilježena je kod karcinoma pluća, ginekološkog i hematološkog karcinoma, a dokazi upućuju da se ove varijacije odnose na različite prognoze, razinu boli i stupnjeve narušavanja tjelesne slike povezane sa svakom vrstom tumora (15).

Istraživanja dokazuju da i stanja koja zahtijevaju operativno liječenje pod općom anestezijom, također predstavljaju veliki izvor stresa za pacijente te mogu uzrokovati anksioznost (15, 16). Preoperativna anksioznost jedan je od najvažnijih problema pacijenata, jer uzrokuje emocionalne i psihijatrijske probleme, kao i tjelesne probleme. Studija koja je obuhvatila ukupno 499 pacijenata dokazala je statistički značajnu veću prevalenciju anksioznosti kod pacijenata koji su trebali biti podvrgnuti općoj anesteziji, uspoređujući s pacijentima koji su trebali biti operirani uz lokanu anesteziju (16).

Simptomi koji su zajednički svim anksioznim poremećajima uključuju povećanu razinu straha i negativnog uzbuđenja. Strah kao odgovor organizma na stres je godinama proučavan na životinjama kao „odgovor borbom ili bijegom“, što se naziva i reakcijom akutnog stresa. Razumijevanje stresa i ljudskih reakcija na stres, nužno je razumijevanje anksioznosti, prepoznavanje iste i primjenu te razvoj najboljih oblika liječenja. Psiholozi navode kako je strah normalan akutni odgovor na stres, ali ukoliko isti traje dugo ili je pretjeran s obzirom na stresor, tada može ukazivati na anksioznost. Dijagnostički kriteriji anksioznosti uključuju prekomjerni strah i tjeskobu koja traje najmanje šest mjeseci te poteškoće u kontroli istih. Kako bi se postavila dijagnoza, tijekom najmanje šest mjeseci mora biti prisutno tri ili više sljedećih simptoma: nemir, osjećaj stalnog pritiska, osjećaj „ruba“ (osjećaj da je osoba na rubu pucanja), povećan umor, poteškoće u koncentraciji ili potpuna praznina uma, razdražljivost, napetost mišića i poremećaj spavanja. Kada se jednom postavi dijagnoza anksioznosti, potrebno je utvrditi o kojem se tipu anksioznosti radi kako bi se osobi moglo pružiti najadekvatnije terapijsko rješenje (17).

2.1. Anksiozni poremećaji

2.1.1. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAD)

GAD karakterizira ustrajna i pretjerana briga zbog niza različitih situacija koje često ni ne predstavljaju izvor stresa za većinu populacije. Osobe s GAD-om uvijek predviđaju katastrofu i očekuju najgore čak i kad nema očiglednog razloga za zabrinutost, a najčešće su zabrinuti zbog novca, zdravlja, obitelji, posla ili drugih problema. Pojedinci s GAD-om teško kontroliraju svoju brigu, a zabrinutost i strah se nerijetko manifestiraju kroz fizičke simptome kao osjećaj stezanja u mišićima i prsima te probleme sa spavanjem u vidu nesanice. GAD se javlja postupno i može započeti tijekom bilo kojeg životnog razdoblja, iako je najveći rizik između djetinjstva i srednje životne dobi. Kada je njihova tjeskoba blaga do umjerena ili se liječi, osobe s GAD-om jako dobro funkcioniraju u poslovnom, obiteljskom i socijalnom smislu, ipak učestalo izbjegavaju životne situacije za koje smatraju da im mogu izazvati anksioznost (17).

2.1.2. Panični poremećaj

Panični poremećaj dijagnosticira se kod ljudi koji doživljavaju spontane napade panike i vrlo su zaokupljeni strahom od ponovnog napada. Napadi panike javljaju se neočekivano, ponekad ne direktno uzrokovani stresom, mogu čak probuditi ljude iz sna. Panični poremećaj obično započinje u odrasloj dobi, nakon 20. godine života i to dvostruko češće kod žena nego kod muškaraca. Panični poremećaj može uvelike ometati svakodnevni život, uzrokujući da osobe s navedenim poremećajem napuštaju posao, učestalo posjećuju liječnika i izbjegavaju situacije u kojima se boje da bi mogli doživjeti napad panike. Smetnje kod ovog poremećaja su najveće kada je povezan s agorafobijom – strahom od javnog otvorenog prostora i mnoštva ljudi. Simptomi paničnog poremećaja osim generalnog osjećaja panike, najčešće uključuju fizičke simptome poput ubrzanog rada srca, nedostatka zraka, a kod nekih ljudi i osjećaja „tjesne kože“ (18).

2.1.3. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OCD)

OCD zahvaća približno 1 od 40 odraslih i 1 od 100 djece, a karakteriziran je opsesijama i prisilama koje pojedinci ne mogu kontrolirati, čak i ukoliko su svjesni da iste nisu racionalne. Opsesije predstavljaju sve nametljive i neželjene misli, slike i nagone koji kod pojedinca

uzrokuju tjeskobu ili druge negativne emocije. Prisile su neželjena ponašanja koja se pojedinac osjeća primoranim izvesti kako bi doživjela olakšanje u smislu smanjenja tjeskobe ili potiskivanja misli. Uobičajene opsesije uključuju pretjeranu zabrinutost oko čistoće, mikroorganizama, bolesti i potrebu za simetrijom, dok uobičajene prisile uključuju učestalu provjeru, pranje, čišćenje i uređenje. Iako mnogi ljudi s OCD-om prepoznaju da njihove opsesije i prisile nisu racionalne, osjećaju snažnu, neobjašnjivu potrebu za ispunjenjem istih. Zbog toga, mogu provesti nekoliko sati svaki dan usredotočujući se na svoje opsesije, izvodeći naizgled besmislene rituale, što uvelike može ometati normalnu rutinu, školske zadatke, posao, obitelj ili društvene aktivnosti (19).

2.1.4. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

PTSP predstavlja dugotrajnu reakciju pojedinca koji je doživio traumu ili svjedočio istoj, a može uključivati ozbiljnu nesreću, prirodnu katastrofu, teroristički incident, iznenadnu smrt voljene osobe, rat, nasilni osobni napad poput silovanja ili druge po život opasne događaje. Većina ljudi koji dožive takve iznimno stresne događaje se postupno oporavi od njih, ali ljudi s PTSP-om i dalje su intenzivno depresivni i tjeskobni mjesecima ili čak godinama nakon događaja. Kao i kod ostalih anksioznih poremećaja, žene imaju veću vjerojatnost da će razviti PTSP od muškaraca, a nerijetko se razvija i kod djece. PTSP je često povezan s drugim anksioznim poremećajima i razvojem ovisnosti. Najčešći simptomi PTSP-a uključuju probleme sa spavanjem i noćne more u kojima ponovno proživljavaju stresan događaj, probleme s povjerenjem, bliskošću, komunikacijom i rješavanjem problema, što uvelike utječe na odnose s drugim ljudima i posljedično narušava kvalitetu života pojedinca. PTSP sa iznimno ozbiljnom kliničkom slikom i neadekvatnom terapijom može dovesti do drugih anksioznih poremećaja ili psihoza (20).

2.2. Evaluacija i terapija anksioznih poremećaja

Dijagnosticiranje, evaluacija i praćenje terapijskih tretmana najčešće se provodi putem različitih upitnika i skala. Skale i upitnici usmjereni su na utvrđivanje sveobuhvatnih simptoma anksioznosti, simptoma specifičnih za pojedine anksiozne poremećaje, ali i utvrđivanje razine ozbiljnosti simptoma koje pojedinac osjeća. Problematika skala i upitnika za procjenu anksioznosti je subjektivnost jer rezultati uvelike ovise o iskrenosti ispitanika, prihvatanja simptoma i problematike kao i općeg poimanja pojedinca o prisustvu simptoma. Osobe koje

imaju anksioznost ili depresiju nerijetko negiraju svoje stanje, stoga rezultate upitnika i skala treba nadopuniti osobnom i obiteljskom anamnezom (21).

Najčešće su korišteni sljedeći upitnici i skale za procjenu:

- STAI upitnik (*eng. The State-Trait Anxiety Inventory*): osmišljen je od strane Spilberga i suradnika 1968. godine, a svoju klinički se primjenjuje za procjenu anksioznosti kao stanja i osobina ličnosti, sastoji se od 2 skale: S- skala sadrži 20 tvrdnji putem kojih se procjenjuju prolazna anksiozna stanja, a Q-skala također sadrži 20 tvrdnji kojima se procjenjuju individualni čimbenici i rizik od razvoja anksioznosti (22),
- BAI upitnik (*eng. Beck Anxiety Inventory*): u literaturi je poznat i kao Beckov registar anksioznosti, a osmišljen je kao alat za procjenu generalizirane anksioznosti, diferenciranje anksioznosti od depresije i procjenu težine simptoma anksioznosti, sastoji se od 21 pitanja s višestruko ponuđenim odgovorima te ukupni rezultat ukazuje na stupanj anksioznosti – veći rezultat znači veći stupanj anksioznosti (23),
- ASQ upitnik (*eng. The Anxiety Symptoms Questionnaire*): kratki je upitnik za samoizvještavanje koji mjeri učestalost i intenzitet simptoma i razvijen je za poboljšanje procjene simptoma anksioznosti u kliničkom okruženju, sastoji se od 17 čestica na koje ispitanik odgovara prema učestalosti i intenzitetu navedenog simptoma (24),
- GAD 7 skala (*eng. Generalized anxiety disorder*): GAD-7 koristan je u ustanovama na razini primarne zdravstvene zaštite i mentalnog zdravlja kao alat za provjeru i mjeru ozbiljnosti simptoma za četiri najčešća anksiozna poremećaja (generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, socijalna fobija i posttraumatski stresni poremećaj), sastoji se od 7 pitanja, a klinički je široko primjenjiv jer zahtijeva otprilike 1-2 minute za ispunjavanje i osjetljiva je na promjene povezane s liječenjem pa može ukazati na uspješnost liječenja (25).

Prema smjernicama za liječenje anksioznih poremećaja, svim pacijentima treba predložiti psihoterapiju i farmakoterapiju, no odluke o liječenju treba donositi na temelju tipa i težine anksioznog poremećaja, sklonosti informiranog pacijenta, očekivanog trajanja liječenja i trajnosti učinka pojedine metode liječenja, očekivanih nuspojava i dostupnosti određenog liječenja. Ukoliko se jedan oblik liječenja pokaže neučinkovitim, treba isprobati drugi ili kombinaciju oba (26).

Uzimajući u obzir sve oblike liječenja za sve anksiozne poremećaje, kognitivno - bihevioralna terapija je vrsta psihoterapije za koju postoje najsnažniji dokazi i predstavlja preporučenu metodu liječenja najviše razine (26,27). Specifičnosti kognitivno - bihevioralne

terapije variraju ovisno o određenom anksioznom poremećaju koji se liječi, no zajednički element navedene metode kod svih anksioznih poremećaja je da pacijent mora prihvatiti da je njegova situacijski izazvana anksioznost neutemeljena te da je određena situacija koja mu izaziva anksioznost zapravo bezopasna. To se najbolje postiže direktnim izlaganjem stresnoj situaciji pod nadzorom terapeuta, tijekom kojeg pacijent mora doživjeti navikavanje na reakciju anksioznosti, kako bi se pobio strah i umanjilo intenzitet simptoma. Kognitivno – bihevioralna terapija uključuje i edukaciju pacijenta o anksioznom poremećaju i simptomima, vodeći se teorijom da poznavanje i razumijevanje problema dovodi do učenja novih vještina za suočavanje sa stresom. Ukoliko psihoterapeut ima više pacijenata s istim ili sličnim anksioznim poremećajima i intenzitetom simptoma, korisno je organizirati grupnu terapiju koja sudionicima pruža osjećaj pripadnosti i podrške. S druge strane, kod pacijenata koji imaju socijalnu fobiju, grupna terapija se može koristiti kao metoda izlaganja stresu u kontroliranim uvjetima (27).

Prema studiji Batelaana i suradnika, osobe s anksioznim poremećajem imaju 52% veći rizik od razvoja kardiovaskularnih bolesti uspoređujući s općom populacijom (28), stoga je poticanje osoba s anksioznim poremećajima na redovitu tjelesnu aktivnost nužna terapijska metoda za smanjenje navedenog rizika. Uzimajući u obzir sve pozitivne učinke redovite tjelesne aktivnosti na organizam u cijelosti i činjenicu da tjelesna neaktivnost predstavlja faktor rizika za razvoj anksioznih poremećaja, jasno je za zaključiti da tjelesna aktivnost može uvelike utjecati na poboljšanje zdravlja i simptoma anksioznosti. Studija iz 2015. godine dokazala je da tjelesna aktivnost dovodi do smanjenja simptoma kod osoba s PTSP-om (29), a studija iz 2018. godine da kombinacija aerobnih vježbi i kognitivno-bihevioralne terapije dovodi do poboljšanja simptoma kod osoba s paničnim poremećajem i agorafobijom (30).

3. DEPRESIJA

Depresija označava stanje sveprisutnog lošeg raspoloženja, u trajanju od minimalno dva tjedna. Depresija je jako učestala u svijetu, a prema izvješću Globalnog tereta bolesti (*eng. Global Burden of Disease*), zahvaćeno je više od 264 milijuna ljudi. Također, procjenjuje se da depresija pogađa 1 od 15 odraslih osoba u bilo kojoj životnoj dobi, što znači da će svaka šesta osoba na svijetu u nekom trenutku svog života doživjeti depresiju (31).

Depresija se u mnogočemu razlikuje od uobičajenog pada raspoloženja ili kratkotrajnih emocionalnih odgovora na situacije u svakodnevnom životu, a posebice u trajanju i ozbiljnosti simptoma te stupnju narušenog mentalnog zdravlja i kvalitete života. Depresija prvenstveno negativno utječe na osjećaje i način razmišljanja, a posljedično i na ponašanje. Depresija postaje ozbiljno zdravstveno stanje kada počne utjecati na svakodnevni život pojedinca u mjeri da ugrožava funkcioniranje u fizičkom, psihičkom, emocionalnom i socijalnom smislu. U najgorem slučaju, ne-dijagnosticirana i ne-liječena depresija može dovesti do samoubojstva, zbog čega svake godine umre blizu 800 000 ljudi prema podacima SZO (32).

Depresija se češće javlja kod žena nego kod muškaraca, a Američko udruženje za anksioznost i depresiju (ADAA – *eng. Anxiety and Depression Association of America*) navodi kako su pronađene razlike i u načinu na koji se depresija manifestira na temelju spola i dobi (33).

Najčešći simptomi depresije kod muškaraca uključuju:

- promjene u raspoloženju u vidu bijesa, agresivnosti, razdražljivosti, tjeskobe i nemira praćene s epizodama osjećaja tuge, beznada i osjećaja potpune praznine,
- promjene ponašanja kao što je gubitak interesa ili prestanak uživanja u omiljenim aktivnostima, pretjerana konzumacija alkohola ili drugih supstanci,
- promjene u kognitivnim sposobnostima poput nedostatka koncentracije, poteškoća pri izvršavanju svakodnevnih jednostavnih zadataka, pretjerano odgađanje odgovora tijekom razgovora,
- promjene u obrascu spavanja poput nesanice, iznimno nemirnog i isprekidanog sna ili pretjerane pospanosti,
- fizičke manifestacije poput pretjeranog umora, glavobolje, probavnih smetnji,
- samoubilačke misli u kombinaciji sa sudjelovanjem u rizičnim aktivnostima,
- gubitak seksualnog nagona (34).

Također, muškarci u mnogo manjem broju priznaju da su depresivni i ne potražuju pomoć, uspoređujući sa ženama, a mnogi psiholozi navode da uzrok navedenog leži u društvenim mitovima i stereotipima o depresiji. Postoji nekoliko društvenih mitova o depresiji zbog kojih muškarci ne žele razgovarati ili potražiti pomoć zbog svoje depresije. Ovi mitovi uključuju ideju da je depresija znak osobne slabosti, 'pravi muškarci' kontroliraju svoje osjećaje i ne dopuštaju da ih životne situacije pogađaju, svatko s dovoljno snage volje trebao bi biti u stanju jednostavno odbaciti negativne osjećaje, osjećati se tužno ili nezadovoljno nije muževno te muškarci ne bi trebali tražiti pomoć, već bi se trebali moći nositi sami s lošim raspoloženjem. Međutim, sve se više nastoji podignut svijest populacije o depresiji i simptomima iste, uključujući istaknute sportaše i političare koji počinju govoriti o svojoj depresiji što pomaže u smanjenju socijalne stigme o depresiji (34).

Simptomi depresije kod žena u mnogočemu su drugačiji nego kod muškaraca, a najčešći su:

- učestale promjene raspoloženja od radosti do ekstremne tuge, razdražljivost i iritabilnost što dovodi do povlačenja iz društvenih okupljanja i izolacije,
- osjećaj krivnje, bezvrijednosti i beznada što može dovesti do misli o samoubojstvu,
- narušene kognitivne sposobnosti, poput sporijeg razmišljanja, zaboravljanja ili neaktivnog sudjelovanja u razgovoru
- promjene u obrascima spavanja, najčešće kao pretjerano spavanje ili ostajanje u krevetu duži niz sati nakon buđenja,
- fizički simptomi koji uključuju smanjenu energiju, izrazit umor, promjene apetita u smislu povećanja i gubitka istog, bolovi i grčevi, glavobolja (34).

Uspoređujući osobe s depresijom prema dobi: kod mlađe djece se depresija najčešće može uočiti kroz pretjeranu reakciju na trenutno odvajanje od roditelja ili odbijanje odlaska u školu, tinejdžeri koji boluju od depresije su najčešće razdražljivi ili skloni problematičnom ponašanju te je kod njih depresija nerijetko povezana s poremećajima prehrane, osobe starije životne dobi koje boluju od depresije najčešće povezuju depresiju s drugim medicinskim bolestima i komorbiditetima te rijetko traže pomoć (33).

Jedinstven i točan uzrok depresije je nepoznat, a autori mnogih studija smatraju kako je depresija obično rezultat kombinacije nedavnih događaja i drugih okolišnih ili osobnih čimbenika, a ne jednog neposrednog problema ili događaja. Istraživanja sugeriraju da trajne stresne situacije u svakodnevnom životu, kao što su dugotrajna nezaposlenost, život u nasilnoj

obiteljskoj zajednici, dugotrajna izolacija ili usamljenost, dugotrajni stres na poslu, vjerojatnije uzrokuju depresiju nego nedavni životni stres. Međutim, nedavni događaji poput gubitka posla ili kombinacija negativnih događaja mogu 'potaknuti' depresiju kod osoba koje su već izložene riziku zbog prethodnih loših iskustava ili osobnih čimbenika. Osobni čimbenici koji mogu povećati rizik od depresije su: pozitivna obiteljska anamneza, osobne- karakterne crte poput tendencije pretjerane zabrinutosti, niskog samopoštovanja, samokritičnosti i perfekcionizma, druge ozbiljne medicinske bolesti, posebice one s visokom stopom smrtnosti te ovisnost o alkoholu ili drogama (35).

Istraživački tim opće bolnice Massachusetts i Sveučilišta Harvard analizirali su 106 čimbenika iz svakodnevnog života ljudi kako bi utvrdili mogu li pronaći druge čimbenike koji utječu na povećanje rizika od depresije. Rad je djelomično financirao Nacionalni institut za mentalno zdravlje (NIMH – eng. *National Institute of Mental Health*) (36). Autori su pregledali širok spektar životnih stilova i čimbenika okoliša te povezanost istih s depresijom kod više od 112 000 starijih odraslih Britanaca. Čimbenici svakodnevnog života koje su promatrali uključivali su vježbanje, spavanje, upotrebu televizora i računala, prehranu, društvene aktivnosti i socijalnu podršku. Čimbenici okoliša uključivali su koliko ljudi živi oko zelenih površina i buke ili zagađenja zraka. Depresija kod sudionika u istraživanju procjenjivana je nakon šest do osam godina. Studija je dokazala 18 čimbenika povezanih s manjim izgledima za depresiju, a 11 s većim rizikom za depresiju. Čimbenici koji su umanjili rizik od depresije uključivali su tendenciju povjeravanja drugima, adekvatno trajanje sna, redovno provođenje tjelesne aktivnosti poput plivanja, vožnje biciklom, brzog hoda ili vježbanje u sportskom klubu ili teretani, uz pravilnu prehranu. Čimbenici koji su najviše podignuli rizik od depresije uključuju dugo drijemanje tijekom dana, svakodnevno duže vrijeme provedeno za računalom, televizijom ili mobitelom i nezdrava prehrana (36).

3.1.Vrste depresije

3.1.1. Veliki depresivni poremećaj

Veliki depresivni poremećaj je najčešće poistovjećen s općim terminom „depresija“ te predstavlja najčešće dijagnosticirani oblik depresije. Prema statističkim podacima koje navodi Američko udruženje za anksioznost i depresiju, 2017. godine 17,3 milijuna ljudi u SAD-u doživjelo je barem jednu veliku depresivnu epizodu u posljednjih godinu dana, što predstavlja 6,7% svih odraslih Amerikanaca (33). Veliki depresivni poremećaj obuhvaća najmanje 5 od 9

uobičajenih simptoma depresije, a jedan od simptoma mora biti neprolazan osjećaj tuge ili gubitak interesa i zadovoljstva u većini uobičajenih aktivnosti. Ostali simptomi uključuju smanjenje ili povećanje apetita, nemogućnost spavanja ili pretjerano spavanje, psihomotornu agitaciju, stalni umor, osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane i neprikladne krivnje, ponavljajuće misli o smrti i samoubilačke ideje sa ili bez planova za počinjenje samoubojstva. Kako bi se postavila dijagnoza, simptomi moraju biti prisutni neprekidno kroz dva tjedna ili duže i moraju predstavljati značajnu promjenu u odnosu na prethodno funkcioniranje. Veliki depresivni poremećaj utječe na socijalno, profesionalno, obiteljsko i drugo važno funkcioniranje, što značajno umanjuje kvalitetu života (37).

3.1.2. Perzistentni depresivni poremećaj (distimija)

Karakteristika ovog oblika depresije je nisko, mračno ili tužno raspoloženje koje je stalno prisutno veći dio dana i većinu dana, najmanje 2 godine. Da bi se postavila dijagnoza trajnog depresivnog poremećaja, kod osobe moraju biti prisutna najmanje dva dijagnostička simptoma koja uključuju loš apetit ili prejedanje, nesanicu ili hipersomniju, nisku energiju ili umor, slabo samopoštovanje, lošu koncentraciju, poteškoće u donošenju odluka ili osjećaje beznađa. Intenzitet navedenih simptoma značajno je manji kod trajnog depresivnog poremećaja, uspoređujući s velikim depresivnim poremećajem. Također, za dijagnostiku je važno i vrijeme trajanja simptoma, a razmaci bez simptoma traju kraće od dva mjeseca (38).

3.1.3. Sezonski afektivni poremećaj

Ljudi s sezonskim afektivnim poremećajem osjećaju simptome velikog depresivnog poremećaja samo tijekom određenog doba godine, obično zime. Smatra se da je to povezano s kraćim zimskim danima i nedostatkom sunčeve svjetlosti u mnogim zemljama. Najčešći simptomi uključuju socijalno povlačenje, povećano spavanje i debljanje, a simptomi suptilno nestaju tijekom proljeća. Sezonski afektivni poremećaj se najčešće pojavljuje svake godine, a tijekom zimskih mjeseci uvelike utječe na svakodnevno funkcioniranje osoba s navedenom dijagnozom i umanjuje kvalitetu života (39).

3.2. Evaluacija i terapija depresije

Kako bi se utvrdila depresija, vrsta depresije i intenzitet simptoma, kliničari se najčešće koriste različitim upitnicima i skalama. Točnost procjene putem upitnika ili skale ovisi o subjektivnim odgovorima pojedinca, odnosno o tome koliko je osoba svjesna sebe i svojih simptoma, stoga je uz rezultat upitnika ili skale, iznimno važno dobiti iscrpnu anamnezu kako bi se postavila čim točnija dijagnoza. Najčešći upitnici i skale za procjenu depresije su:

- BDI upitnik (*eng. Beck Depression Inventory*): je samoocjenjiva skala koja se sastoji od 21 stavke te procjenjuje ključne simptome depresije, uključujući raspoloženje, pesimizam, osjećaj neuspjeha, samozadovoljstvo, krivnju, kaznu, nesklonost, samooptuživanje, samoubilačke ideje, plač, razdražljivost, socijalno povlačenje, neodlučnost, promjena slike tijela, poteškoće u radu, nesаница, umor, gubitak apetita, gubitak kilograma, somatska zaokupljenost i gubitak libida, osmišljen je od strane Becka i suradnika 1988. godine,
- ljestvica depresije Centra za epidemiološke studije (CES-D – *eng. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*): izvorno ju je objavio Radloff 1977. godine, a sastoji se od 20 stavki koje traže od ispitanika da procijene koliko su često tijekom prošlog tjedna imali simptome povezane s depresijom, poput nemirnog sna, lošeg apetit i osjećaj usamljenosti, prvenstveno je dizajnirana za korištenje u općoj populaciji, a sada se koristi kao alat za probir depresije u primarnim zdravstvenim ustanovama,
- Hamiltonova ljestvica za depresiju (HDRS, HRSD ili HAM-D – *eng. Hamilton Rating Scale for Depression*) HDRS (poznat i kao Ham-D) najčešće je korištena ljestvica procjene depresije koju provodi kliničar, izvorna verzija sadrži 17 predmeta (HDRS17) koji se odnose na simptome depresije prisutne u prošlom tjednu, izvorno je razvijena za bolničke stacionare, pa je tako naglasak na melankoličnim i fizičkim simptomima depresije, no kasnija verzija s 21 stavkom (HDRS21) sadrži 4 stavke usmjerene na podtip depresije (40).

Depresija se, čak i kod najtežih slučajeva, može liječiti. Liječenje depresije najčešće obuhvaća primjenu lijekova, psihoterapiju ili kombinaciju navedenih metoda. Lijekovi za liječenje simptoma depresije nazivaju se antidepresivi, a većina modernih antidepresiva djeluje na kemijske prijenosnike u mozgu (serotonin i noradrenalin), koji prenose poruke između moždanih stanica. Antidepresivi mogu postići blago poboljšanje tijekom prvih dva tjedna

korištenja, no značajno poboljšanje se postiže tijekom dva do tri mjeseca korištenja. Međutim, ukoliko pacijent uopće ne osjeća poboljšanje nakon nekoliko tjedana, liječnik može promijeniti dozu lijeka ili zamijeniti antidepresiv. Liječnici obično preporučuju pacijentima da nastave uzimati lijekove šest ili više mjeseci nakon poboljšanja simptoma, a kod nekih se pacijenata preporučuje dugoročno uzimanje kako bi se smanjio rizik od budućih epizoda depresije (41).

Psihoterapija ili "terapija razgovorom" ponekad se koristi kao samostalna metoda liječenja, no najčešće u kombinaciji s antidepresivima. Mnogim je istraživanjima dokazano da je kognitivno - bihevioralna terapija učinkovita u liječenju depresije, a podrazumijeva usmjeravanje pacijenta na rješavanje problema u sadašnjosti te pomaže pacijentu da prepozna iskrivljeno i negativno razmišljanje s ciljem mijenjanja misli i ponašanja kako bi pozitivnije odgovorio na životne izazove (42,43,44). Meta-analiza iz 2013. godine koja je obuhvatila ukupno 115 studija tematike kognitivno-bihevioralne terapije kod pacijenata s depresijom, dokazala je da je kognitivno – bihevioralna terapija jednako uspješna u liječenju blage do umjerene depresije u usporedbi s antidepresivima te da postiže zadovoljavajuće rezultate u liječenju težih oblika depresije, u kombinaciji s antidepresivima (42).

Već je desetljećima poznato da tjelesna aktivnost ima antidepresivno djelovanje, no razumijevanje neuro-muskularnih mehanizama, kojima tjelesna aktivnost može umanjiti simptome depresije, još uvijek je ograničeno (45,46, 47). Meta-analiza iz 2017. godine ukazuje na to da se kod odraslih osoba s depresijom često uočavaju volumenska smanjenja u hipokampusu, prednjem cingulastom korteksu, prefrontalnom korteksu, striatumu i amigdali, kao i da je ugroženi integritet bijele tvari. Dakle, liječenje antidepresivima može povećati volumen hipokampusa, prednjeg cingulata i orbitofrontalnog korteksa, povećati integritet bijele tvari i izazvati promjene u funkcionalnoj dinamici neuronskih mreža kod odraslih osoba s depresijom. Autori navode kako je mali broj studija ispitivao učinke tjelesne aktivnosti na neuronske sustave kod depresivnih osoba, no može se predvidjeti da tjelesna aktivnost dovodi do sličnih neuronskih promjena kao i antidepresivi. Zaključak meta-analize je da tjelesna aktivnost predstavlja održiv, ne-farmaceutski tretman za depresiju, čije se blagodati mogu se zadržati i nakon kraja liječenja, za razliku od antidepresiva (45).

Ukoliko se navedenim metodama liječenja ne postižu zadovoljavajući rezultati, elektro-konvulzivna terapija (ECT – eng. *Electroconvulsive Therapy*) i druge terapije stimulacije mozga mogu biti opcija liječenja. Elektro-konvulzivna terapija medicinski je tretman koji se najčešće primjenjuje kod pacijenata s teškom depresijom, a nisu reagirali na druge terapijske tretmane. ECT uključuje kratku električnu stimulaciju mozga dok je pacijent pod anestezijom te se najčešće primjenjuje dva do tri puta tjedno kroz ukupno 6 do 12 tretmana. ECT izvodi tim

educiranih medicinskih stručnjaka, uključujući psihijatra, anesteziologa i medicinsku sestru/tehničara. ECT se koristi od četrdesetih godina prošlog stoljeća, a dugogodišnja istraživanja dovela su do velikih poboljšanja i prepoznavanja njegove učinkovitosti kao glavnog, a ne kao krajnjeg liječenja (48).

4. HOLISTIČKI PRISTUP I KOMUNIKACIJA

Razvojem psihologije posljednjih desetljeća, postalo je jasno da psihološki poremećaji često kompliciraju tjelesnu bolest te da su biološki čimbenici važni kod pacijenata narušenog mentalnog zdravlja. Iz navedenog je jasno da postavljanje dijagnoze tjelesnih bolesti može dovesti do simptoma anksioznosti ili depresije, ali i da neliječeni anksiozni poremećaji i depresija mogu dovesti do tjelesnih bolesti. Stoga je iznimno važno da zdravstveni djelatnici pristupaju pacijentu u cijelosti, uzimajući u obzir fizičko, ali i mentalno zdravlje pacijenta. Odnosno, postoji velika potreba za primjenom biopsihosocijalnog modela ili holističkog pristupa na svim razinama zdravstvene zaštite. Suradnja između psihijatrijskih i nepsihijatrijskih liječnika u kliničkim službama je nužna kako bi se pacijentu pružilo sveobuhvatno liječenje i skrb (49).

George Engel, američki patolog i psihijatar, je 1977. godine objavio svoj rad „Potreban je novi medicinski model: izazov za biomedicinu“, u kojem se prvi put spominje pojam „biopsihosocijalni model“. Model je utemeljen na rezultatima Engelovih studija ulceroznog kolitisa, depresije i psihogene boli, a predstavljao je izazov za biomedicinu i biomedicinski model (50). Osnovni principi modela uključivali su biološku, psihološku i socijalnu dimenziju ljudskog života i percepciju da osoba pati u cjelini, a ne samo na razini izoliranog bolesnog ili oštećenog organa/organskih sustava. Biopsihosocijalni model podrazumijeva da bi liječnik i drugi zdravstveni djelatnici, trebali koristiti holistički pristup u pogledu pacijenata te uzeti u obzir ne samo fizičke simptome pacijenta, već i osobnost i emocionalne potrebe pacijenta, uvjete okoline u kojoj pacijent živi te sposobnost suočavanja sa stresom koji predstavlja bolest (51).

Psihosocijalni čimbenici mogu uvelike utjecati na fizičko zdravlje pacijenta, a samim time na ozbiljnost i tijek bolesti. Biopsihosocijalni model razmatra interakcije i korelaciju genetske predispozicije, osobina ličnosti, stresnih situacija i socijalnu dimenziju pacijenta u kojoj živi i radi. Stresna iskustva i pretjerana reakcija na ista u vidu anksioznosti ili depresije, mogu modificirati imunološki odgovor i utjecati na poštivanje liječenja. Nepridržavanje farmakoterapije, kao i psihosocijalnih intervencija, može uzrokovati neispravan oporavak psihosocijalnog funkcioniranja, ponavljanje poremećaja, ali i veće troškove zdravstvene zaštite (51).

Psihijatrija u svakodnevnoj kliničkoj praksi predstavlja posebnu domenu medicine, naspram drugih medicinskih disciplina, zbog kompleksnosti, ograničenosti dijagnostike u odnosu na druge grane medicine, subjektivnosti u izražavanju simptoma kod pacijenata, bliske

povezanosti psihosocijalnih čimbenika s mentalnim zdravljem, ali i zbog stigmatizacije bolesti koje podrazumijevaju narušeno mentalno zdravlje. Iz navedenih razloga, biopsihosocijalni model je posebno primjenjiv na pacijente s narušenim mentalnim zdravljem, ali ne bi se trebao previdjeti ni kod somatskih bolesti. Važno je poznavanje i razumijevanje simptoma anksioznosti i depresije, kako bi liječnici i zdravstveni djelatnici iz drugih grana medicine, mogli uvidjeti iste kod pacijenata koje primarno liječe zbog somatske bolesti. Jednako je važno da psihijatri koji liječe pacijente s anksioznim poremećajima ili depresijom, pregledavaju pacijenta holistički, kako bi se kod primjene kognitivno-bihevioralne terapije mogli usmjeriti na rješavanje stresnih životnih situacija specifičnih za pacijenta (52).

Holistički pristup pacijentu nemoguće je provesti isključivo kroz fizički pregled ili druge dijagnostičke metode, već ključnu ulogu ima komunikacija. Učinkovita komunikacija zdravstvenog djelatnika i pacijenta središnja je klinička funkcija u izgradnji terapijskog odnosa između zdravstvenog djelatnika i pacijenta. Komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika obuhvaćaju sposobnost prikupljanja anamnestičkih podataka kako bi se olakšalo postavljanje dijagnoze, pacijentu pružila adekvatna terapija i savjetovanje te kako bi se uspostavio odnos povjerenja s pacijentom. Dobra komunikacija između zdravstvenog djelatnika i pacijenta može pomoći u regulaciji osjećaja pacijenta, olakšati razumijevanje medicinskih informacija i omogućiti bolju identifikaciju potreba, percepcije i očekivanja pacijenata. Pacijenti koji imaju dobru komunikaciju sa svojim liječnikom, vjerojatnije će slijediti savjete i pridržavati se propisanog liječenja. Priopćavanje loših vijesti pacijentima te postavljanje dijagnoza složen je i izazovan komunikacijski zadatak u praksi, a izgradnja dobrog odnosa s pacijentom može uvelike utjecati na njegovu reakciju, kao i prihvaćanje ili odbijanje liječenja. Važni čimbenici za dobru komunikaciju zdravstvenih djelatnika s pacijentom uključuju razumijevanje perspektive pacijenta, razmjenu informacija i znanja te razumijevanje očekivanja koje pacijent ima (53).

Do loše komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata može doći i zbog nerazumijevanja i ne poznavanja različitih tipova komunikacije. Tipovi komunikacije između zdravstvenih djelatnika i pacijenata uključuju verbalnu komunikaciju, neverbalnu komunikaciju, pisanu komunikaciju i vizualnu komunikaciju. Dakle, dobra komunikacija podrazumijeva mnogo više od verbalnog prijenosa informacija između djelatnika i pacijenta, i obrnuto. Kako bi verbalna komunikacija između zdravstvenog djelatnika i pacijenta bila dobra, važan je izbor riječi, ali i ton glasa kojim se međusobno obraćaju jedan drugome. Kako bi se postigla dobra komunikacija, ali i dobar odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta, ponekad je potrebno da zdravstveni djelatnik izbor riječi ograniči na ne-medicinske i pacijentu

pokuša objasniti moguće simptome i ozbiljnost bolesti na razini koju pacijent razumije. Također, važno je da ton glasa iskazuje interes za opće stanje pacijenta i njegove simptome, kako bi se pacijent lakše otvorio i bio u potpunosti iskren (54).

Neverbalna komunikacija također može ukazivati na zainteresiranost zdravstvenog djelatnika za stanje pacijenta, ali i obrnuto. Ukoliko zdravstveni djelatnik za vrijeme komunikacije s pacijentom izražava čuđenje podizanjem obrva ili neodobravanje odmahivanjem glave, vrlo je vjerojatno da će se pacijent osjećati nesigurno i ograničiti komunikacijski kanal. Pisana komunikacija se odvija preko svakog nalaza kojeg zdravstveni djelatnik napiše za pacijenta, i iako predstavlja indirektnu komunikaciju, može utjecati na emocije i povjerenje pacijenta. Primjerice, ukoliko zdravstveni djelatnik na nalazu zapiše krivi podatak o pacijentu ili izmjeni anamnestičke podatke, pacijent može dobiti dojam da ga se ne sluša ili ne uvažava. Također je važno da se zdravstveni djelatnici nalaze u primjerenom okruženju, primjereno obučeni jer to može utjecati na vizualnu komponentu komunikacije. Studije dokazuju da su liječnici s boljim komunikacijskim i međuljudskim vještinama, u mogućnosti ranije otkriti probleme pacijenta, prevenirati medicinske krize i skupe intervencije te pružiti bolju podršku svojim pacijentima. Sve navedeno može dovesti do boljih i kvalitetnijih ishoda, nižih troškova zdravstvenog sustava, većeg razumijevanja zdravstvenih problema od strane pacijenta i boljeg pridržavanja postupka liječenja (55).

5. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je istražiti i usporediti prisutnost simptoma anksioznosti i depresije kod zdravstvenih djelatnika i utjecaj navedenih simptoma na povjerenje u zdravstveni sustav i zadovoljstvo istim. Iz pregledane literature, može se zaključiti da simptomi anksioznosti i depresije mogu utjecati na percepciju povjerenja i osjećaj zadovoljstva, stoga je cilj istražiti kako navedeni simptomi utječu na percepciju zdravstvenog sustava kod ispitanika, na povjerenje u zdravstveni sustav i posljedično, zadovoljstvo zdravstvenim sustavom.

H1: Zdravstveni djelatnici imaju visoku razinu povjerenja u zdravstveni sustav i zadovoljni su istim.

H2: Zdravstveni djelatnici sa simptomima anksioznosti imaju manju razinu povjerenja u zdravstveni sustav i manje su zadovoljni istim.

H3: Zdravstveni djelatnici sa simptomima depresije imaju više povjerenja u zdravstveni sustav i zadovoljniji su istim.

6. ISPITANICI I METODE

Istraživanje će se provesti na 46 zdravstvenih djelatnika, putem 4 anketna upitnika: Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom i percepcija povjerenja u zdravstveni sustav, BAI upitnik – Beckov indeks anksioznosti, BDI – II – M upitnik - Beckov indeks depresije i Indeks anksiozne osjetljivosti. Ispitanicima će anketa biti dostavljena u tiskanom obliku te su svi ispitanici informirani o anonimnosti rezultata i korištenju rezultata istraživanja isključivo s ciljem pisanja završnog rada. Također, svi ispitanici potpisali su obrazac za informirani pristanak prije ispunjavanja anketa.

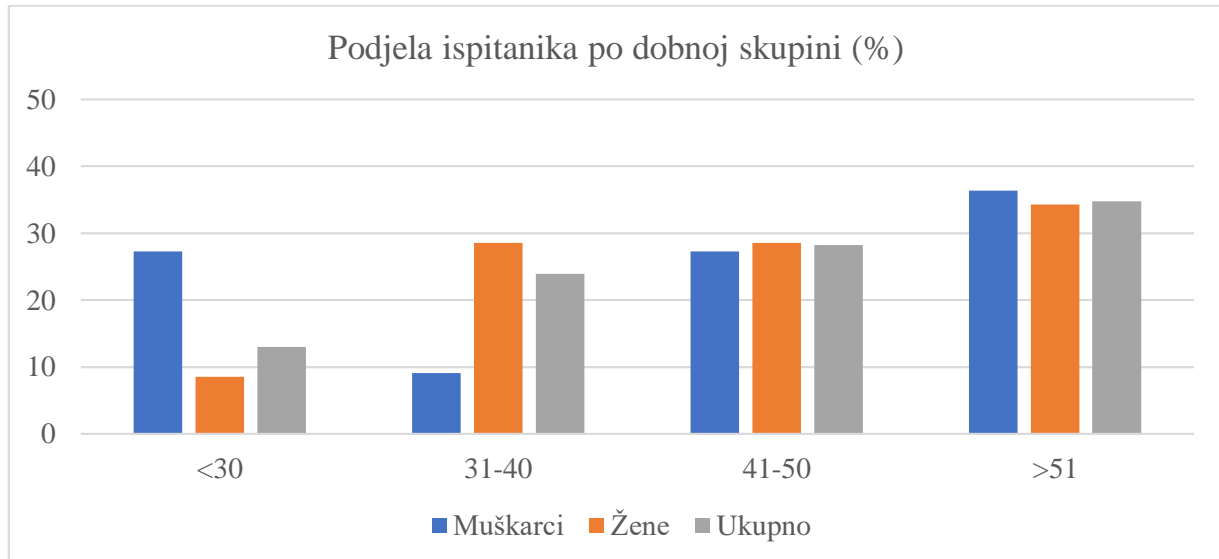
Podatci dobiveni istraživanjem upisivani su u tablice pomoću programa Microsoft Office Excel 2016, nakon čega su statistički obrađeni u programu Statistica (Version 13.5.0.17, 1984-2018 TIBCO Software Inc). Obrađeni su deskriptivno, a prikazani u obliku tablica i grafova. Podatci su prikazani u obliku postotaka, aritmetičke sredine i standardne devijacije, medijana i moda te minimalnih i maksimalnih vrijednosti. Vrijednosti nisu pratile normalna raspodjelu podataka koja je ispitivana putem Kolmogorov-Smirnov testa. Neparametrijskim Mann-Whitney U Test ispitivane su razlike između ispitanika pojedine skupine na razini statističke značajnosti od 0,05 (5%).

7. REZULTATI

Tablica 1. prikaz prosječnih vrijednosti dobi ispitanika u ovisnosti o spolu. Prosječna dob ispitanika iznosila je $44,17 \pm 11,39$ godina, medijan 45,50 godina.

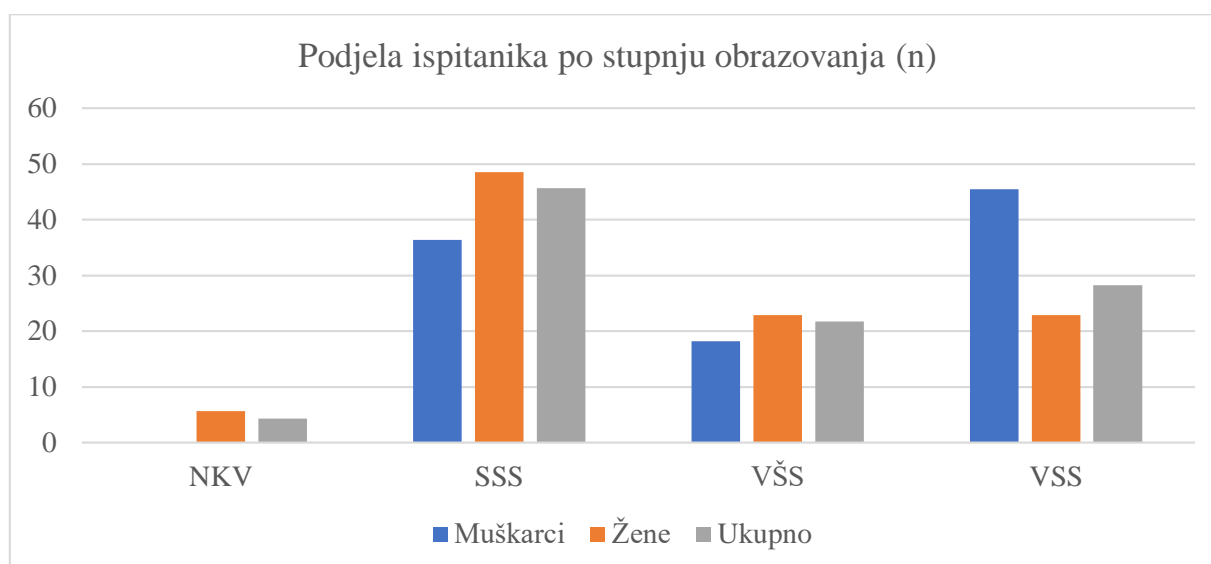
Dob	N	Aritmetička sredina \pm stdv	Medijan	Raspon (min-max)
M	11	$42,55 \pm 13,32$	47,00	24,00-59,00
Ž	35	$44,69 \pm 10,88$	45,00	20,00-62,00
Ukupno	46	$44,17 \pm 11,39$	45,50	20,00-62,00

Najveći broj ispitanika ukupno, ali i muškog i ženskog spola, pripada dobnoj skupini >51 godinu, dok najmanji broj ispitanika pripada dobnoj skupini <30 godina (Slika 1).



Slika 1- prikaz podjele ispitanika prema dobnoj skupini u ovisnosti o spolu (%)

Ispitanici su u najvećem postotku srednje stručne spreme (SSS), njih sveukupno 45,65% (n=21), no muški ispitanici u najvećem postotku imaju završenu visoku stručnu spremu (VSS), njih 45,45% (n=5), a ženski ispitanici SSS.



Slika 2 - prikaz podjele ispitanika po stupnju obrazovanja u ovisnosti o spolu (n)

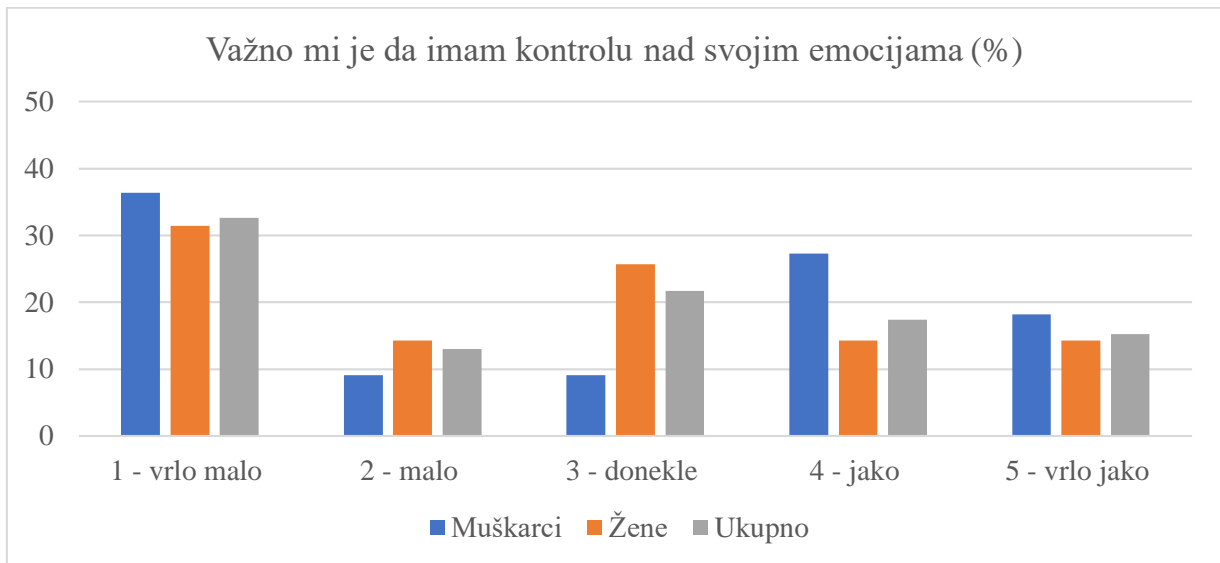
Tablica 2 – prikaz podjele ispitanika po stupnju obrazovanja u ovisnosti o dobnoj skupini (n (%))

	≤30	31-40	41-50	≥51
NKS	-	-	1 (7,69)	1 (6,25)
SSS	3 (50,00)	4 (36,36)	5 (38,46)	9 (56,25)
VŠS	2 (33,33)	3 (27,28)	2 (15,39)	3 (18,75)
VSS	1 (16,67)	4 (36,36)	5 (38,46)	3 (18,75)

Tablica 3 – prikaz ukupnih rezultata indeksa anksiozne osjetljivosti i njegovih podjela u ovisnosti o spolu ispitanika. Muški ispitanici prosječno su ostvarili manje bodova pri zbroju tjelesne zabrinutosti ($9,91 \pm 2,12$) u usporedbi s ispitanicima ženskog spola ($10,46 \pm 3,36$) unatoč tome ostvarili su isti medijan te nije pronađena statistički značajna razlika ($p=0,959$).

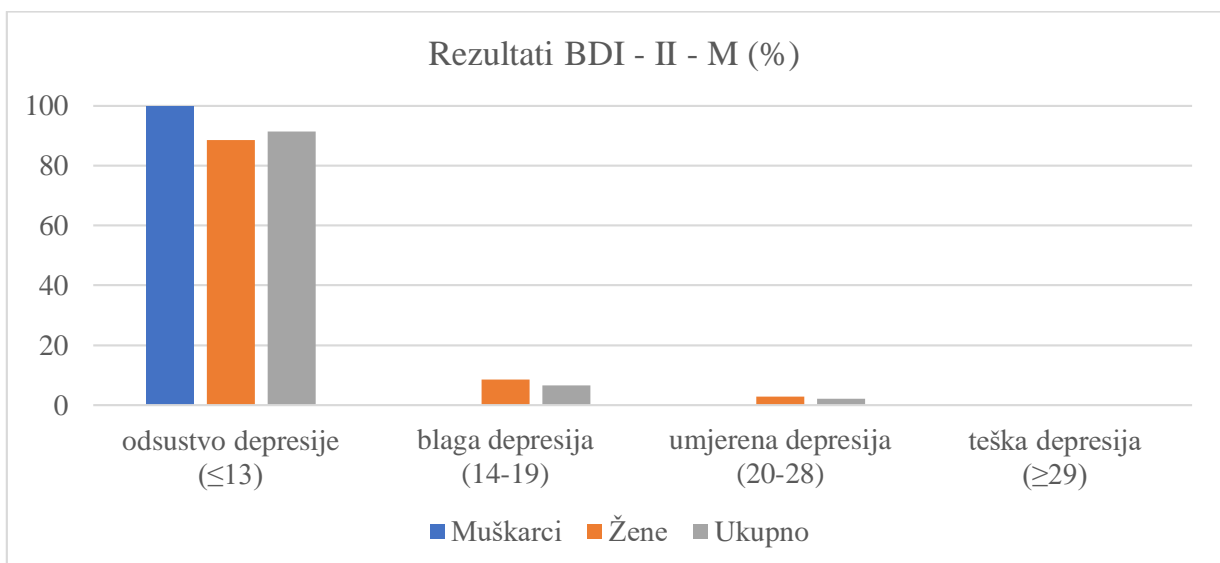
	Aritmetička sredina \pm stdv	Medijan	Raspon (min-max)	p
Indeks anksiozne osjetljivosti				
M	22,45 \pm 6,07	23,00	16,00-34,00	0,817
Ž	22,51 \pm 5,75	23,00	16,00-36,00	
Ukupno	22,50 \pm 5,76	23,00	16,00-36,00	
Tjelesna zabrinutost				
M	9,91 \pm 2,12	9,00	8,00-14,00	0,959
Ž	10,46 \pm 3,36	9,00	8,00-21,00	
Ukupno	10,33 \pm 3,10	9,00	8,00-21,00	
Psihološka zabrinutost				
M	7,64 \pm 1,86	7,00	6,00-12,00	0,554
Ž	7,43 \pm 2,28	6,00	6,00-13,00	
Ukupno	7,48 \pm 1,95	7,00	6,00-13,00	
Socijalna zabrinutosti				
M	4,91 \pm 2,59	5,00	2,00-9,00	0,757
Ž	4,63 \pm 2,28	5,00	2,00-9,00	
Ukupno	4,70 \pm 2,33	5,00	2,00-9,00	

Ispitanici su u najvećem postotku na izjavu „Važno mi je da imam kontrolu nad svojim emocijama“ odgovorili s *vrlo malo* 32,61% (n=15), a u najmanjem s *malo* 13,04% (n=6).

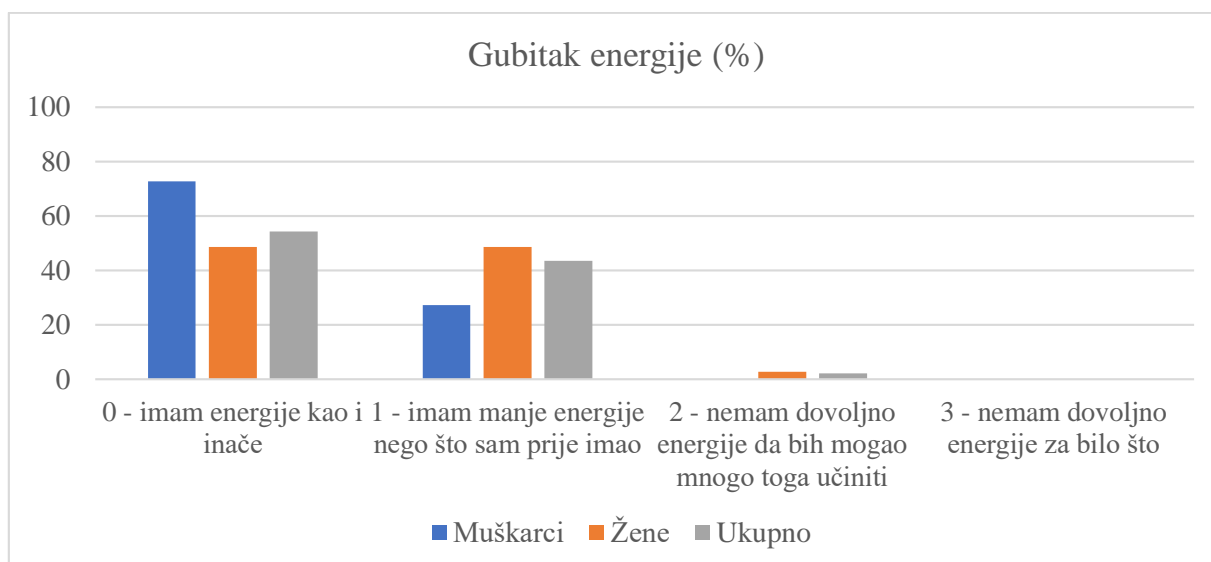


Slika 3- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Važno mi je da imam kontrolu nad svojim emocijama“ u ovisnosti o spolu (%)

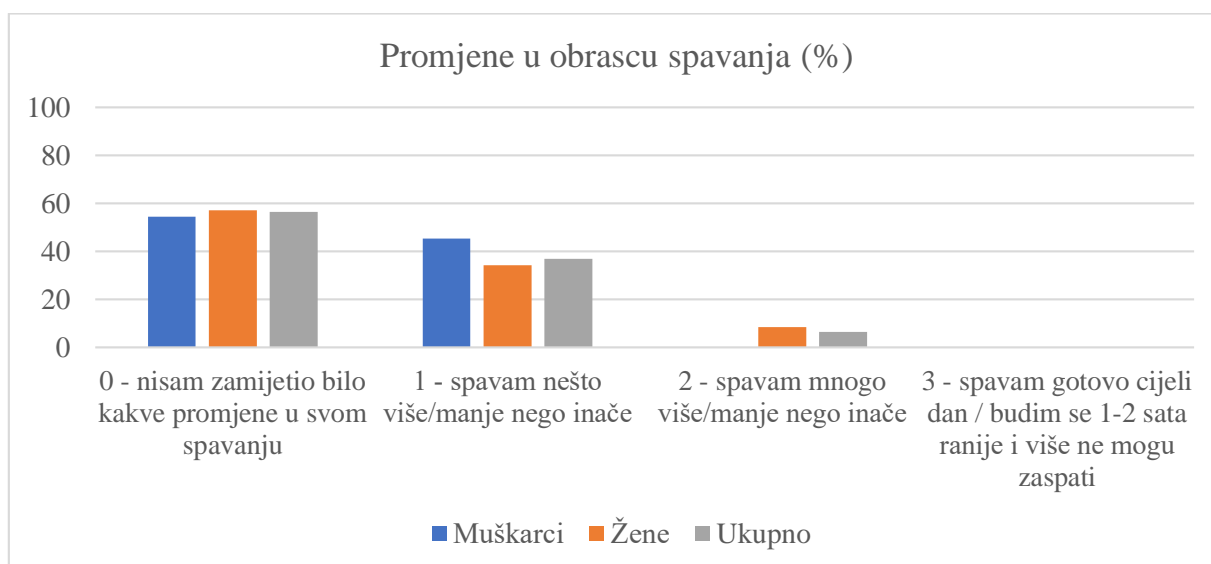
Najveći postotak ispitanika ima odsustvo depresije 91,30% (n=42). Svi ispitanici muškog spola imaju odsustvo depresije te 88,57% (n=31) ispitanika ženskog spola. 8,57% (n=3) ispitanika ženskog spola ima blagu depresiju, a jedan ispitanik ima umjerenu.



Slika 4- prikaz podjele ispitanika na kategorije BDI – II – M upitnika u ovisnosti o spolu ispitanika (%)



Slika 5- prikaz odgovora na postavljeno pitanje vezano uz „gubitak energije,, u ovisnosti o spolu (%)



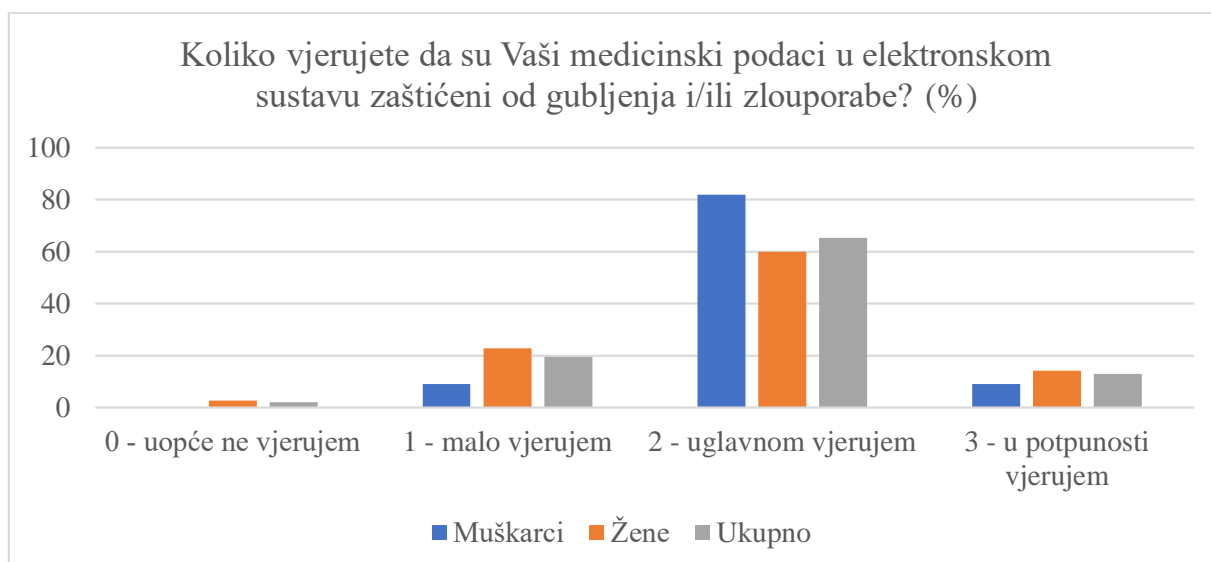
Slika 6- prikaz odgovora na postavljeno pitanje vezano uz „promjene u obrascu spavanja,, u ovisnosti o spolu (%)

Tablica 4 – prikaz pojedinačnih odgovora BAI upitnika u ovisnosti o spolu (%)

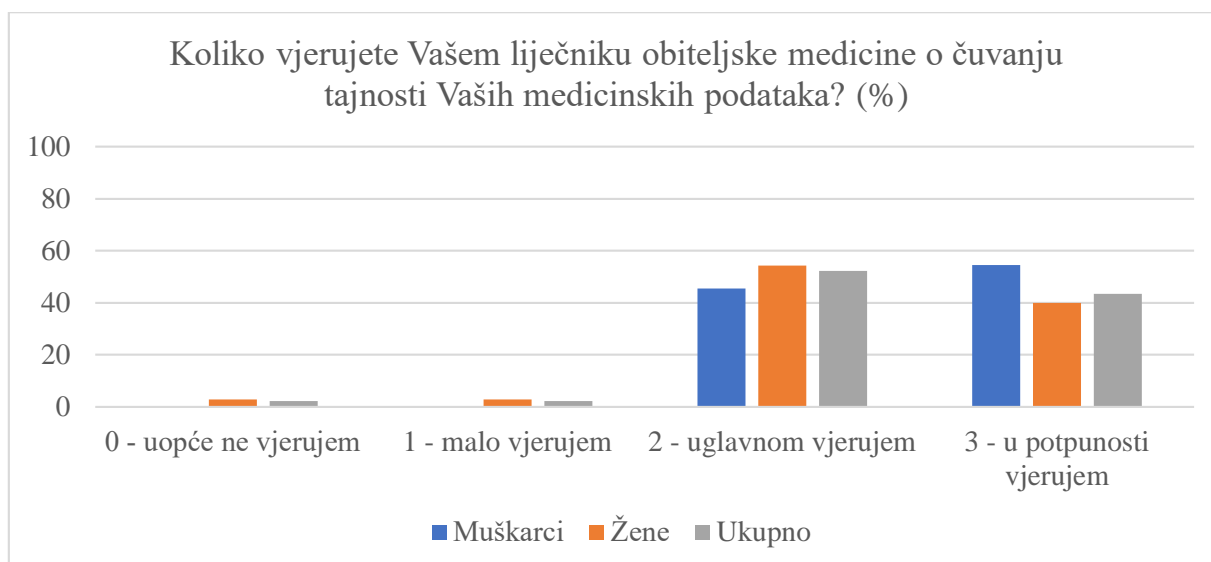
		0 – gotovo nikad	1 – ponekad	2 – često	3 – stalno
1. Obamrlost ili trnjenje					
	M	10 (90,91)	1 (9,09)	-	-
	Ž	25 (71,43)	10 (28,57)	-	-
	Ukupno	35 (76,09)	11 (23,91)	-	-
2. Osjećaj vrućine					
	M	7 (63,64)	4 (36,36)	-	-
	Ž	13 (37,14)	14 (40,00)	7 (20,00)	1 (2,86)
	Ukupno	20 (43,48)	18 (39,13)	7 (15,22)	1 (2,17)
3. Klecanje nogu					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	28 (80,00)	7 (20,00)	-	-
	Ukupno	37 (80,43)	9 (19,57)	-	-
4. Nemogućnost opuštanja					
	M	7 (63,64)	4 (36,36)	-	-
	Ž	16 (45,71)	15 (42,86)	3 (8,57)	1 (2,86)
	Ukupno	23 (50,00)	19 (41,30)	3 (6,52)	1 (2,17)
5. Strah da će se dogoditi najgore					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	19 (54,28)	15 (42,86)	1 (2,86)	-
	Ukupno	28 (60,87)	17 (36,96)	1 (2,17)	-
6. Vrtoglavicu ili omaglicu					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	23 (65,71)	11 (31,43)	1 (2,86)	-
	Ukupno	32 (69,57)	13 (28,26)	1 (2,17)	-
7. Lupanje ili brzo udaranje srca					
	M	8 (72,73)	3 (27,27)	-	-
	Ž	14 (40,00)	17 (48,57)	3 (8,57)	1 (2,86)
	Ukupno	22 (47,83)	20 (43,48)	3 (6,52)	1 (2,17)
8. Nesigurnost, nestabilnost					
	M	9 (81,82)	1 (9,09)	1 (9,09)	-
	Ž	19 (54,28)	12 (34,29)	4 (11,43)	-
	Ukupno	28 (60,87)	13 (28,26)	5 (10,87)	-
9. Prestrašenost, užasnutost					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	26 (74,28)	8 (22,86)	1 (2,86)	-
	Ukupno	35 (76,09)	10 (21,74)	1 (2,17)	-
10. Nervozi					
	M	3 (27,27)	7 (63,64)	1 (9,09)	-
	Ž	8 (22,86)	22 (62,85)	4 (11,43)	1 (2,86)
	Ukupno	11 (23,92)	29 (63,04)	5 (10,87)	1 (2,17)

*nastavak tablice na sljedećoj stranici

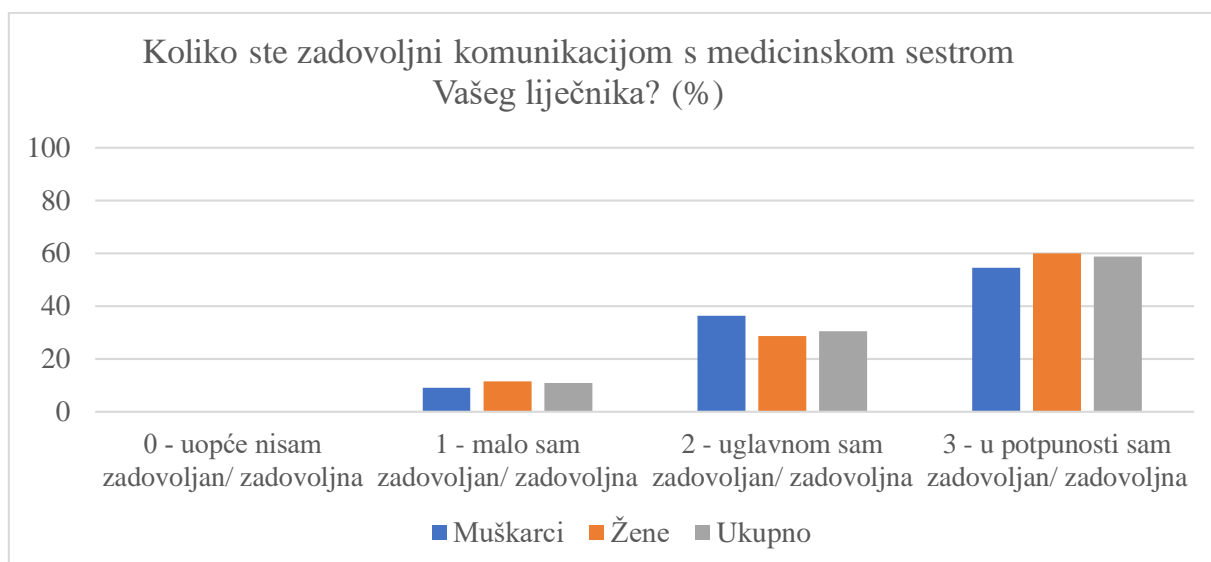
		0 – gotovo nikad	1 – ponekad	2 – često	3 – stalno
11. Osjećaj gušenja					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	34 (97,14)	1 (2,86)	-	-
	Ukupno	43 (93,48)	3 (6,52)	-	-
12. Drhtanje ruku					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	30 (85,71)	3 (8,57)	1 (2,86)	1 (2,86)
	Ukupno	39 (84,79)	5 (10,87)	1 (2,17)	1 (2,17)
13. Drhtavost					
	M	8 (72,73)	3 (27,27)	-	-
	Ž	31 (88,57)	3 (8,57)	1 (2,86)	-
	Ukupno	39 (84,79)	6 (13,04)	1 (2,17)	-
14. Strah od gubitka kontrole					
	M	8 (72,73)	3 (27,27)	-	-
	Ž	25 (71,43)	10 (28,57)	-	-
	Ukupno	33 (71,74)	13 (28,26)	-	-
15. Poteškoće disanja					
	M	8 (72,73)	3 (27,27)	-	-
	Ž	30 (85,71)	5 (14,29)	-	-
	Ukupno	38 (62,61)	8 (17,39)	-	-
16. Strah od umiranja					
	M	10 (90,91)	1 (9,09)	-	-
	Ž	29 (82,86)	6 (71,14)	-	-
	Ukupno	39 (84,79)	7 (15,21)	-	-
17. Prestrašenost (uplašenost)					
	M	7 (63,64)	3 (27,27)	1 (9,09)	-
	Ž	24 (68,47)	10 (28,57)	1 (2,86)	-
	Ukupno	31 (67,39)	13 (28,26)	2 (4,35)	-
18. Poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu					
	M	5 (45,45)	6 (54,55)	-	-
	Ž	26 (72,28)	8 (22,86)	1 (2,86)	-
	Ukupno	31 (67,39)	14 (30,44)	1 (2,17)	-
19. Klonulost (slabost)					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	22 (62,85)	11 (31,43)	1 (2,86)	1 (2,86)
	Ukupno	31 (67,39)	13 (28,27)	1 (2,17)	1 (2,17)
20. Užarenost lica					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	21 (60,00)	12 (34,29)	2 (5,71)	-
	Ukupno	30 (65,22)	14 (30,43)	2 (4,35)	-
21. Znojenje (ne zbog vrućina)					
	M	9 (81,82)	2 (18,18)	-	-
	Ž	20 (57,14)	12 (34,29)	3 (8,57)	-
	Ukupno	29 (63,05)	14 (30,43)	3 (6,52)	-



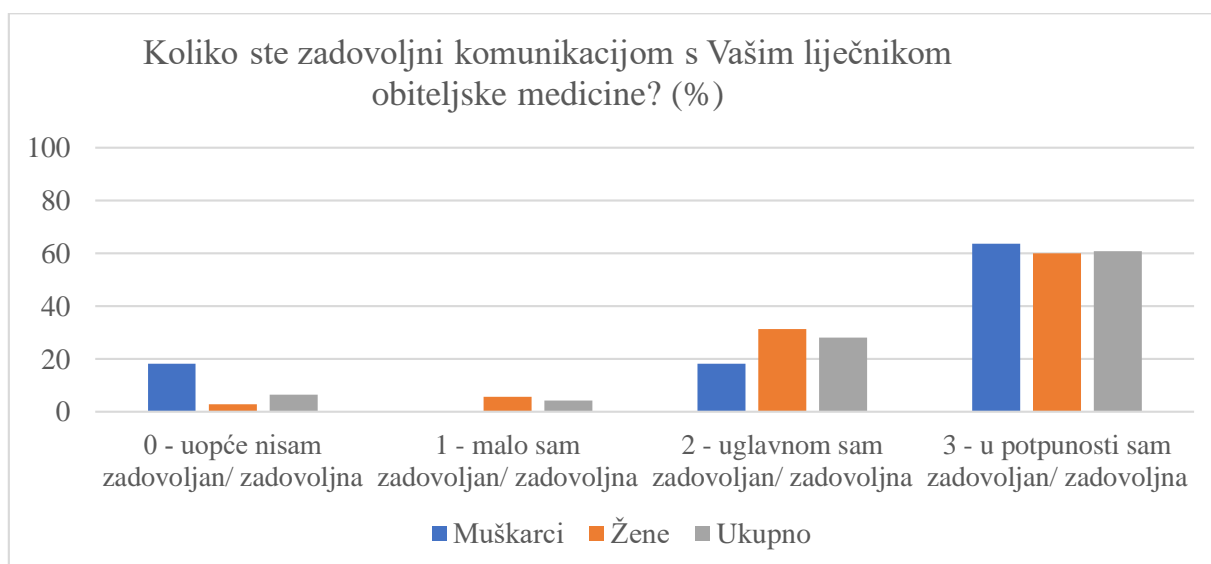
Slika 7- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko vjerujete da su Vaši medicinski podaci u elektronskom sustavu zaštićeni od gubljenja i/ili zlouporabe?“ u ovisnosti o spolu (%)



Slika 8- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko vjerujete Vašem liječniku obiteljske medicine o čuvanju tajnosti Vaših medicinskih podataka?“ u ovisnosti o spolu (%)



Slika 9- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko ste zadovoljni komunikacijom s medicinskom sestrom Vašeg liječnika?“ u ovisnosti o spolu (%)



Slika 10- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko ste zadovoljni komunikacijom s Vašim liječnikom obiteljske medicine?“ u ovisnosti o spolu (%)

Tablica 5 – prikaz medijana, moda i raspona odgovora na postavljena pitanja u ovisnosti o kategoriji depresije i anksioznosti

		Medijan	Mod	Raspon (min-max)	p
Koliko vjerujete da su Vaši medicinski podaci u elektronskom sustavu zaštićeni od gubljenja i/ili zlouporabe?					
BDI – II – M	Odsustvo depresije	2,00	2,00	0,00-3,00	0,815
	Blaga do umjerena depresija	2,00	2,00	1,00-3,00	
BAI	Niska do blaga anksioznost	2,00	2,00	0,00-3,00	0,824
	Umjerena do teška anksioznost	2,00	2,00	1,00-3,00	
Koliko vjerujete Vašem liječniku obiteljske medicine o čuvanju tajnosti Vaših medicinskih podataka?					
BDI – II – M	Odsustvo depresije	2,00	2,00	0,00-3,00	0,770
	Blaga do umjerena depresija	2,50	*	2,00-3,00	
BAI	Niska do blaga anksioznost	2,00	2,00	1,00-3,00	0,177
	Umjerena do teška anksioznost	2,00	2,00	0,00-3,00	
Ukoliko ste koristili usluge liječnika specijaliste, koliko vjerujete u čuvanje tajnosti Vaših medicinskih podataka?					
BDI – II – M	Odsustvo depresije	2,00	2,00	0,00-4,00	0,711
	Blaga do umjerena depresija	2,00	2,00	2,00-3,00	
BAI	Niska do blaga anksioznost	2,00	2,00	1,00-4,00	0,410
	Umjerena do teška anksioznost	2,00	2,00	0,00-3,00	
Koliko ste zadovoljni komunikacijom s medicinskom sestrom Vašeg liječnika?					
BDI – II – M	Odsustvo depresije	3,00	3,00	1,00-3,00	0,090
	Blaga do umjerena depresija	2,00	2,00	2,00-2,00	
BAI	Niska do blaga anksioznost	3,00	3,00	1,00-3,00	0,620
	Umjerena do teška anksioznost	2,50	3,00	1,00-3,00	
Koliko ste zadovoljni komunikacijom s Vašim liječnikom obiteljske medicine?					
BDI – II – M	Odsustvo depresije	3,00	3,00	0,00-3,00	0,861
	Blaga do umjerena depresija	2,50	*	2,00-3,00	
BAI	Niska do blaga anksioznost	3,00	3,00	0,00-3,00	0,043
	Umjerena do teška anksioznost	2,00	2,00	0,00-3,00	

* višestruk mod

8. RASPRAVA

Prema pregledanoj literaturi, jasno je da se percepcija i zadovoljstvo zdravstvenim sustavom mijenjaju tijekom godina radnog staža i životnim iskustvima. U ovom istraživanju obuhvaćene su sve dobne skupine, rezultati istraživanja ukazuju na sveobuhvatni stav zdravstvenih djelatnika prema zdravstvenom sustavu. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 46 ispitanika od kojih je 23,91% (n=11) muškog spola, a 76,09% (n=35) ženskog. Prosječna dob ispitanika iznosila je $44,17 \pm 11,39$ godina, medijan 45,50 godina. Najmlađi ispitanik imao je 20 godina, a najstariji 62, stoga se može zaključiti da je istraživanje obuhvatilo sve dobne skupine zdravstvenih djelatnika.

Najveći postotak ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju pripada dobnoj skupini starijoj od 51 godinu, njih 34,78% (n=16) te je također najveći broj ispitanika ženskog spola. Stoga, iako su u istraživanju sudjelovali ispitanici svih dobnih skupina i oba spola, prema statističkoj podjeli, u istraživanju je sudjelovalo najviše žena starijih od 50 godina. Navedeni je podatak bitno uzeti u obzir, s obzirom da mnoga istraživanja navode kako žene u menopauzi imaju povećan rizik od razvoja depresije (56,57).

Mnoga su provedena istraživanja dokazala kako su anksioznost i depresija učestale kod zdravstvenih djelatnika, zbog svakodnevne odgovornosti za ljudski život, loših uvjeta rada i nedostatka resursa (58,59). Studija provedena u Australiji 2018. godine navodi kako veliko radno opterećenje medicinskih sestara može dovesti do premorenosti i stresa, a zahtjevna priroda navedenog zanimanja izlaže medicinske sestre većem riziku od razvoja negativnih mentalnih stanja poput depresije, anksioznosti i stresa. Studija je obuhvatila ukupno 102 medicinske sestre, a utvrđeno je da su stope rasprostranjenosti depresije, anksioznosti i stresa 32,4%, 41,2% i 41,2%. Nezadovoljstvo poslom značajno je predviđalo veći rizik da medicinske sestre razviju simptome depresije (60).

Također je potrebno uzeti u obzir i činjenicu da se istraživanje provelo u doba pandemije virusa COVID-19, koja je dodatno povećala razine stresa kod zdravstvenih djelatnika zbog povećane potrebe za medicinskim liječenjem i zdravstvenom skrbi, ali i stalnog bliskog kontakta s pacijentima, odnosno izlaganja mogućnosti zaraze. Pandemija COVID-19 može značajno utjecati na mentalno zdravlje zdravstvenih radnika koji se nalaze na prvom mjestu navedene krize (61,62).

Meta-analiza o prevalenciji depresije i anksioznosti kod zdravstvenih djelatnika tijekom pandemije COVID-19 iz 2020. godine obuhvatila je trinaest studija s ukupno 33.062 sudionika. Anksioznost je procijenjena u 12 studija, s objedinjenom prevalencijom od 23,2%, a depresija

u 10 studija, sa stopom prevalencije od 22,8%. Analiza podskupina otkrila je razlike u spolu i zanimanju kod ženskih liječnika i medicinskih sestara koji pokazuju veću stopu afektivnih simptoma u odnosu na muško osoblje (63).

Međutim, s obzirom da upitnici korišteni u istraživanju nisu usmjereni na pitanja povezana s aktualnom pandemijom, nemoguće je procijeniti jesu li simptomi anksioznosti ili depresije povezani sa istom. No, treba uzeti u obzir i činjenicu da ljudi stariji od 50 godina češće imaju obiteljske, financijske i zdravstvene probleme u odnosu na mlađe ljude te navedeno može izazivati simptome anksioznosti ili depresije, neovisno o radnom mjestu ili izboru karijere.

Najpoznatiji i u istraživanjima najčešće korišten alat za procjenu i mjerenje anksiozne osjetljivosti je Indeks anksiozne osjetljivosti (*eng. Anxiety Sensitivity Index*) autora Stevena Reissa i suradnika. Indeks anksiozne osjetljivosti koristi se za utvrđivanje rizika za razvoj anksioznih poremećaja, a ne samo za procjenu već utvrđene anksioznosti. Veći rezultat ukazuje na veću razinu anksiozne osjetljivosti, a samim time i veći rizik od razvoja anksioznih poremećaja.

U gotovo svim tvrdnjama Indeksa anksiozne osjetljivosti, najzastupljeniji odgovor bio je 1 – vrlo malo, a jedino rezultati odgovora na tvrdnju „*Važno mi je da imam kontrolu nad svojim emocijama*“ ukazuju na raznoliku zastupljenost važnosti iste. Iako su ispitanici u najvećem postotku važnost navedene tvrdnje označili s vrlo malo, odnosno njih 32,61% (n=15), zastupljenost ostalih odgovora bila je veća nego kod ostalih tvrdnji, što ukazuje na raznoliku važnost kontrole vlastitih osjeća kod pojedinaca. Navedeno se može pripisati i raznolikosti u dobnim skupinama, odnosno činjenici da se potreba za kontrolom vlastitih emocija mijenja tijekom godina i s životnim iskustvom.

Uspoređujući rezultate istraživanja prema pojedinačnim česticama, ispitanici navode minimalne ili umjerene simptome koji mogu ukazivati na prisutnost depresije. Najveći postotak ispitanika navodi kako se ne osjeća žalosno, bezvrijedno ili obeshrabljeno u vezi sa svojom budućnošću, ne smatraju se neuspješnima, nemaju osjećaj krivnje te također ne navode povećanu potrebu za plakanjem ili suicidalne misli. Odnosno, u gotovo svim tvrdnjama, najzastupljeniji odgovor je bio 0. Pitanja koja su se odnosila na gubitak energije, promjene u obrascu spavanja i povećan umor, ukazuju na veću zastupljenost odgovora 1 (raspon 0-3), u odnosu na ostala pitanja iz upitnika te se navedeno može povezati s životnom dobi ispitanika. Odnosno, navedene promjene se mogu povezati s fiziološkim mehanizmima starenja i s hormonalnim promjenama, s obzirom da je najveći broj ispitanika ženskog spola. Odsustvo drugih simptoma poput pretjerane tuge i/ili gubitka interesa za aktivnosti koje su ranije pružale užitek, ukazuje kako navedene promjene najvjerojatnije nisu povezane s depresijom.

Rezultati upitnika o zadovoljstvu zdravstvenim sustavom i povjerenjem u isti, dokazuju da ispitanici imaju visoku razinu zadovoljstva zdravstveni sustav te visoku razinu povjerenja u isti. Navedeno govori u prilog tome kako ispitanici imaju visoku razinu povjerenja u zdravstveni sustav, vjeruju kako su njihovi osobni podaci zaštićeni te kako je mogućnost zlouporabe podataka svedena na minimum, čime se ujedno i potvrđuje 1. hipoteza istraživanja.

Usporedba pojedinog odgovora ankete „Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom i percepcija povjerenja u zdravstveni sustav“ s rezultatima BDI – II – M i BAI koji dijele ispitanike na one s odsustvom depresije, blagom do umjerenom depresijom i one s niskom do blagom anksioznosti i umjerenom do teškom, dokazala je da postoje razlike u pojedinim odgovorima na postavljena pitanja. S obzirom da su se navedene tvrdnje odnosile samo na zadovoljstvo komunikacijom s medicinskom sestrom i obiteljskim liječnikom, a na cjelokupnim zdravstvenim sustavom, ne mogu se potvrditi 2. i 3. hipoteza istraživanja. Također, ograničenje provedenog istraživanja je i činjenica da su ispitanici zdravstveni djelatnici koji ne mogu biti u potpunosti objektivni u procjeni komunikacije unutar zdravstvenog sustava, s obzirom da i oni svakodnevno komuniciraju s pacijentima. Unatoč tome, rezultati istraživanja ukazuju na razliku u razini zadovoljstva komunikacijom kod ispitanika sa simptomima anksioznosti i depresije.

9. ZAKLJUČAK

Anksiozni poremećaji i depresija globalno su zastupljena stanja narušenog mentalnog zdravlja kod osoba svih spolova i životnih dobi, a zdravstveni djelatnici posebno su rizična skupina za razvoj istih zbog prirode posla koja uključuje svakodnevnu odgovornost za ljudski život i teške uvjete rada. Iz pregledane literature može se zaključiti da anksioznost i depresija češće zahvaćaju žene, nego muškarce te da navedene dijagnoze mogu značajno umanjiti kvalitetu života zahvaćenih pojedinaca, ali i povećati rizik za razvoj tjelesnih bolesti. Anksioznost se najčešće manifestira kroz simptome poput povećanog stresa, straha i razdražljivosti, dok su najčešći simptomi depresije osjećaj beznađa i gubitka interesa za aktivnosti koje su pojedincu nekad pružale zadovoljstvo.

Provedeno istraživanje dokazalo je da ispitanici nemaju ili imaju vrlo blage simptome anksioznosti i depresije te da imaju visoke razine zadovoljstva zdravstvenim sustavom i povjerenja u isti. No, treba uzeti u obzir da su ispitanici zdravstveni djelatnici stoga njihova razina zdravstvenog sustava ne može biti u potpunosti objektivna i primjenjiva na opću populaciju.

10.SAŽETAK

Anksioznost i depresija predstavljaju stanja narušenog mentalnog zdravlja, koja se mogu javiti kod svih pojedinaca, neovisno o dobi ili spolu. Američko udruženje za anksioznost i depresiju (ADAA – *eng. Anxiety and Depression Association of America*) procjenjuje da će 31% svih odraslih pojedinaca u nekom trenutku života doživjeti simptome anksioznosti, a Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), procjenjuje da 284 milijuna odraslih osoba širom svijeta osjeća anksioznost, od toga u 63% slučajeva anksioznost zahvaća žene, a u 37 % slučajeva muškarce. Depresija najčešće uzrokuje osjećaj tuge i/ili gubitak interesa za aktivnosti svakodnevnog života ili aktivnosti koje su pojedincima prethodno predstavljale užitak. ADAA navodi kako u bilo kojem trenutku, 3 do 5 % ljudi pati od depresije, odnosno da 264 milijuna ljudi širom svijeta živi s depresijom. Zdravstveni djelatnici, koji zbog prirode svog posla predstavljaju rizičnu skupinu za razvoj anksioznosti i depresije, aktivni su djelatnici zdravstvenog sustava te se očekuje da imaju visoku razinu povjerenja u isti, no anksioznost i depresija mogu utjecati i na njihovu percepciju. Stoga je cilj istraživanja bio istražiti i usporediti prisutnost simptoma anksioznosti i depresije kod zdravstvenih djelatnika i utjecaj navedenih simptoma na povjerenje u zdravstveni sustav i zadovoljstvo istim. Istraživanje se provelo putem 4 anketna upitnika: Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom i percepcija povjerenja u zdravstveni sustav, BAI upitnik – Beckov indeks anksioznosti, BDI – II – M upitnik - Beckov indeks depresije i Indeks anksiozne osjetljivosti. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 46 ispitanika od kojih je 23,91% (n=11) muškog spola, a 76,09% (n=35) ženskog. Prosječna dob ispitanika iznosila je $44,17 \pm 11,39$ godina, medijan 45,50 godina. Prosječne vrijednosti Indeksa anksiozne osjetljivosti (IAO) u provedenom istraživanju iznose 22,5 što ukazuje na nisku razinu anksiozne osjetljivosti kod svih ispitanika. Prema rezultatima BDI – II – M, najveći postotak ispitanika ima odsustvo depresije 91,30% (n=42). Prema rezultatima BAI upitnika, ispitanici su u najvećem postotku 54,35% (n=25) ostvarili 7 ili manje bodova, što ukazuje da imaju nisku razinu anksioznosti. Blaga anksioznost uočena je kod 28,26% (n=13) ispitanika, umjerena kod njih 15,22% (n=7), a teška anksioznost uočena je samo kod jedne osobe i to ženskog spola. Rezultati upitnika o zadovoljstvu zdravstvenim sustavom i povjerenjem u isti, dokazuju da ispitanici imaju visoku razinu zadovoljstva zdravstveni sustav te visoku razinu povjerenja u isti.

Ključne riječi: anksioznost, depresija, zdravstveni djelatnici, zdravstveni sustav, zadovoljstvo zdravstvenim sustavom

11.SUMMARY

Anxiety and depression are states of impaired mental health, which can occur in all individuals, regardless of age or gender. The American Anxiety and Depression Association (ADAA) estimates that 31% of all adults will experience anxiety symptoms at some point in their lives, and the World Health Organization (WHO) estimates that 284 million adults worldwide feel anxiety, of which in 63% of cases anxiety affects women and in 37% of cases men. Depression most often causes feelings of sadness and / or loss of interest in activities of daily living or activities that have previously been enjoyable for individuals. The ADAA states that at any given time, 3 to 5% of people suffer from depression, meaning that 264 million people worldwide live with depression. Healthcare professionals, who due to the nature of their work represent a risk group for the development of anxiety and depression, are active employees of the healthcare system and are expected to have a high level of confidence in it, but anxiety and depression can also affect their perception. Therefore, the aim of the study was to investigate and compare the presence of symptoms of anxiety and depression in health professionals and the impact of these symptoms on confidence in the health system and satisfaction with the same. The research was conducted through 4 survey questionnaires: Health system satisfaction and perception of trust in the health system, BAI questionnaire - Beck anxiety index, BDI - II - M questionnaire - Beck depression index and Anxiety sensitivity index. A total of 46 respondents participated in the study, of which 23.91% (n = 11) were male and 76.09% (n = 35) were female. The mean age of the subjects was 44.17 ± 11.39 years, the median was 45.50 years. The average values of the Anxiety Sensitivity Index (IAO) in the conducted research are 22.5, which indicates a low level of anxiety sensitivity in all subjects. According to the results of BDI - II - M, the largest percentage of respondents has the absence of depression 91.30% (n = 42). According to the results of the BAI questionnaire, the respondents scored 7 or less points in the highest percentage of 54.35% (n = 25), which indicates that they have a low level of anxiety. Mild anxiety was observed in 28.26% (n = 13) of respondents, moderate in 15.22% (n = 7), and severe anxiety was observed in only one person, a female. The results of the questionnaire on satisfaction with the health system and trust in it prove that the respondents have a high level of satisfaction with the health system and a high level of trust in it.

Keywords: anxiety, depression, health professionals, health system, health system satisfaction

12.LITERATURA

1. ADAA – činjenice i statistika, dostupno na <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics> , pristupljeno 20.05.2021.
2. Depresija i drugi učestali mentalni poremećaji – WHO,2017, dostupno na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> , pristupljeno 20.05.2021.
3. Depresija – Američka psihološka udruga, dostupno na <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> , pristupljeno 20.05.2021.
4. Schuyler D. Anxiety. Prim Care Companion CNS Disord. 2016;18(5).
5. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. Brain Behav. 2016;6(7)
6. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ, Whiteford HA. The global burden of anxiety disorders in 2010. Psychol Med. 2014;44(11):2363-74.
7. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, Stubbs B. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. Curr Psychiatry Rep. 2018;20(8):63.
8. Goodwin GM. The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):249-60.
9. Almokhtar A. Adwas et al., Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment, East African Scholars J Med Sci; Vol-2, Iss-10, 2019; 580-91
10. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(7):52.
11. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. Rev Esc Enferm USP. 2017;51
12. Anksiozni poremećaji – statistika, 2017., dostupno na <https://ourworldindata.org/mental-health#anxiety-disorders> , pristupljeno 25.05.2021.
13. Američki institut za mentalno zdravlje, dostupno na <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/any-anxiety-disorder>,pristupljeno 25.05.2021.

14. McHenry J, Carrier N, Hull E, Kabbaj M. Sex differences in anxiety and depression: role of testosterone. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(1):42-57
15. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ.* 2018;361:k1415.
16. Celik F, Edipoglu IS. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *Eur J Med Res.* 2018;23(1):41.
17. Munir S, Takov V, Generalized Anxiety Disorder, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL),2017
18. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician.* 2015;91(9):617-24.
19. Bhikram T, Abi-Jaoude E, Sandor P. OCD: obsessive-compulsive ... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatry Neurosci.* 2017;42(5):300-306.
20. Herringa RJ. Trauma, PTSD, and the Developing Brain. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(10):69.
21. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;467-72
22. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI)]. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(1):101-12.
23. Lemay V, Hoolahan J, Buchanan A. Impact of a Yoga and Meditation Intervention on Students' Stress and Anxiety Levels. *Am J Pharm Educ.* 2019;83(5):7001.
24. Baker A, Simon N, Keshaviah A, Farabaugh A, Deckersbach T, Worthington JJ, Hoge E, Fava M, Pollack MP. Anxiety Symptoms Questionnaire (ASQ): development and validation. *Gen Psychiatr.* 2019;32(6)
25. Mossman SA, Luft MJ, Schroeder HK, Varney ST, Fleck DE, Barzman DH, Gilman R, DelBello MP, Strawn JR. The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Ann Clin Psychiatry.* 2017;29(4):227-234A.
26. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;155(37):611-20.

27. Wolgensinger L. Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):347-51.
28. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;208(3):223–31.
29. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2015;230(2):130-6.
30. Bischoff S, Wieder G, Einsle F, Petzold MB, Janßen C, Mumm JLM, Wittchen HU, Fydrich T, Plag J, Ströhle A. Running for extinction? Aerobic exercise as an augmentation of exposure therapy in panic disorder with agoraphobia. *J Psychiatr Res.* 2018;101:34-41.
31. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.*
32. Depresija – SZO, dostupno na <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression> , pristupljeno 30.05.2021.
33. Depresija – ADAA, dostupno na <https://adaa.org/understanding-anxiety/depression> , pristupljeno 30.05.2021.
34. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 2017;143(8):783-822.
35. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression^[P]_[SEP]. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019;21(4):397-405.
36. Choi KW, Stein MB, Nishimi KM, Ge T, Coleman JRI, Chen CY, Ratanatharathorn A, Zheutlin AB, Dunn EC; 23andMe Research Team; Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Breen G, Koenen KC, Smoller JW. An Exposure-Wide and Mendelian Randomization Approach to Identifying Modifiable Factors for the Prevention of Depression. *Am J Psychiatry.* 2020;177(10):944-54.
37. Paris J. The mistreatment of major depressive disorder. *Can J Psychiatry.* 2014;59(3):148-51.
38. Patel RK, Rose GM. Persistent Depressive Disorder. 2020 Oct 7. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.

39. Kurlansik SL, Ibay AD. Seasonal affective disorder. *Am Fam Physician*. 2012;86(11):1037-41.
40. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63,454-66.
41. Peng GJ, Tian JS, Gao XX, Zhou YZ, Qin XM. Research on the Pathological Mechanism and Drug Treatment Mechanism of Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(4):514-23.
42. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry*. 2013;58(7):376-85.
43. Asarnow LD, Manber R. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Med Clin*. 2019;14(2):177-84.
44. Webb CA, Rosso IM, Rauch SL. Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: Current Progress and Future Directions. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(3):114-22.
45. Gujral S, Aizenstein H, Reynolds CF 3rd, Butters MA, Erickson KI. Exercise effects on depression: Possible neural mechanisms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;49:2-10.
46. Lubans D, Richards J, Hillman C, Faulkner G, Beauchamp M, Nilsson M, Kelly P, Smith J, Raine L, Biddle S. Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms. *Pediatrics*. 2016;138(3)
47. de Oliveira LDSSCB, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(1):36-42.
48. Kaliora SC, Zervas IM, Papadimitriou GN. [Electroconvulsive therapy: 80 years of use in psychiatry]. *Psychiatriki*. 2018;29(4):291-302.
49. Burgard P. A holistic approach to the patients/ Families with inborn errors of metabolism. *J Mother Child*. 2020;24(2):65-72.
50. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196: 129-36.
51. Papadimitriou G. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *Psychiatriki*. 2017;28(2):107-10.

52. Gardener AC, Ewing G, Mendonca S, Farquhar M. Support Needs Approach for Patients (SNAP) tool: a validation study. *BMJ Open*. 2019;9(11)
53. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1138-145.
54. McCabe R, Healey PGT. Miscommunication in Doctor-Patient Communication. *Top Cogn Sci*. 2018;10(2):409-24.
55. Richard C, Glaser E, Lussier MT. Communication and patient participation influencing patient recall of treatment discussions. *Health Expect*. 2017;20(4):760-70.
56. Mattina GF, Van Lieshout RJ, Steiner M. Inflammation, depression and cardiovascular disease in women: the role of the immune system across critical reproductive events. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2019;13:1753944719851950
57. Sramek JJ, Murphy MF, Cutler NR. Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016;18(4):447-57.
58. Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, Winkler EC, Herzog W, Hartmann M. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(9):1513-9.
59. Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):13.
60. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;16(1):61.
61. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, Takada K, Muto Y, Fujimoto K, Akagi Y, Mawatari M, Ueda A, Kawakami J, Komatsu J, Izumo T. Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Intern Med*. 2020;59(21):2693-99.
62. Conti C, Fontanesi L, Lanzara R, Rosa I, Porcelli P. Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*. 2020;15(11)
63. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-7.

13.PRILOZI

Slika 1- prikaz podjele ispitanika prema dobnoj skupini u ovisnosti o spolu (%)	21
Slika 2 - prikaz podjele ispitanika po stupnju obrazovanja u ovisnosti o spolu (n)	22
Slika 3- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Važno mi je da imam kontrolu nad svojim emocijama“ u ovisnosti o spolu (%)	24
Slika 4- prikaz podjele ispitanika na kategorije BDI – II – M upitnika u ovisnosti o spolu ispitanika (%)	24
Slika 5- prikaz odgovora na postavljeno pitanje vezano uz „gubitak energije,, u ovisnosti o spolu (%).....	25
Slika 6- prikaz odgovora na postavljeno pitanje vezano uz „promjene u obrascu spavanja,, u ovisnosti o spolu (%).....	25
Slika 8- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko vjerujete da su Vaši medicinski podaci u elektronskom sustavu zaštićeni od gubljenja i/ili zlouporabe?“ u ovisnosti o spolu (%)	28
Slika 9- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko vjerujete Vašem liječniku obiteljske medicine o čuvanju tajnosti Vaših medicinskih podataka“ u ovisnosti o spolu (%).....	28
Slika 10- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko ste zadovoljni komunikacijom s medicinskom sestrom Vašeg liječnika?“ u ovisnosti o spolu (%)	29
Slika 11- prikaz odgovora na postavljeno pitanje „Koliko ste zadovoljni komunikacijom s Vašim liječnikom obiteljske medicine?“ u ovisnosti o spolu (%)	29
Tablica 1 – prikaz prosječnih vrijednosti dobi ispitanika u ovisnosti o spolu.....	21
Tablica 2 – prikaz podjele ispitanika po stupnju obrazovanja u ovisnosti o dobnoj skupini (n (%)).....	22
Tablica 3 – prikaz ukupnih rezultata indeksa anksiozne osjetljivosti i njegovih podjela u ovisnosti o spolu ispitanika.....	23
Tablica 4 – prikaz pojedinačnih odgovora BAI upitnika u ovisnosti o spolu (%).....	26
Tablica 5 – prikaz medijana, moda i raspona odgovora na postavljena pitanja u ovisnosti o kategoriji depresije i anksioznosti.....	30

14. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Tijana Brenko

Datum i mjesto rođenja: 03.04.1977.g., Rijeka

OBRAZOVANJE:

2018.g. – do danas: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

1991.g.- 1995.g. : Srednja medicinska škola u Rijeci

1983.g. – 1991.g. : Osnovna škola Gornja Vežica Rijeka

RADNO ISKUSTVO:

1996.g. – 2019.g. : Dom za starije i nemoćne osobe „Mali kartec“, Krk

2019.g.- 2020 g. : Centar za rehabilitaciju „Fortica“, Kraljevica

15.ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici izv.prof.prim.dr.sc. Elizabeti Dadić Hero, na nesebičnoj stručnoj pomoći i potpori te dragocjenim uputama, savjetima i sugestijama koje su mi bile potrebne za izradu završnog rada.