

Odnos psihološke boli, zdravstvene kvalitete života i suicida kod osoba s depresivnim poremećajem

Dravinec, Rea

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:355336>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Rea Dravinec

**Odnos psihološke boli, zdravstvene kvalitete
života i suicida kod osoba s depresivnim
poremećajem**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Rea Dravinec

**Odnos psihološke boli, zdravstvene kvalitete
života i suicida kod osoba s depresivnim
poremećajem**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: izv.prof.dr.sc. Lovorka Brajković

Zagreb, 2024.

Odnos psihološke boli, zdravstvene kvalitete života i suicida kod osoba s depresivnim poremećajem

Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi u kojoj mjeri psihološka bol, zdravstvena kvaliteta života i depresija predviđaju vjerojatnost suicida kod osoba oboljelih od depresivnog poremećaja. Točnije, može li se temeljem ovih prediktora predvidjeti razina suicida i je li ta predikcija bolja za pojedinačnu varijablu ili za njihovu kombinaciju. U istraživanju su ukupno sudjelovale 73 osobe (32,9% muškaraca i 67,1% žena) hospitalizirane na odjelu psihijatrije u Klinici za psihijatriju Sveti Ivan, prosječna dob bila je 44,5 godina. Podatci su prikupljeni papir – olovka metodom putem upitnika koji se sastojao od „Upitnika o zdravlju pacijenta“, „Upitnika suicidalnosti“, „Upitnika zdravstvenog statusa“ i „Mee – Bunney Skale za procjenu psihološke boli“ te pitanja o socio – demografskim podacima. Rezultati istraživanja pokazali su značajnu povezanost sve tri prediktorske varijable: psihološka bol, depresivnost i zdravstvena kvaliteta života sa varijablom suicida. Ipak, nisu sve varijable značajno doprinijele predviđanju suicida. Psihološka bol pokazala se značajnom u predviđanju razine suicida kad je iz analize isključena depresivnost, no u kombinaciji ova dva faktora jedino se depresivnost pokazala značajnom. Razina depresivnosti se pokazala najznačajnijim faktorom u predviđanju razine suicida, dok se zdravstvena kvaliteta života samo djelomično pokazala kao značajan faktor u predviđanju vjerojatnosti suicida. Subskala emocionalne dobrobiti značajno doprinosi predviđanju, dok subskala generalnog zdravlja ne doprinosi značajno. Rezultati također pokazuju i kako se kombinacijom psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života može bolje predvidjeti razina suicida kod osoba s depresivnim poremećajem, nego temeljem samo jednog od ovih prediktora.

Ključne riječi: suicid, psihološka bol, depresija, zdravstvena kvaliteta života

The relationship between psychological pain, health related quality of life and suicide among people with depression disorder

Abstract

The aim of this study was to determine the extent to which psychological pain, health-related quality of life, and depression predict the likelihood of suicide in individuals diagnosed with depressive disorder. Specifically, the research sought to ascertain whether these predictors can forecast suicide risk levels better individually or in combination. The study included a total of 73 participants (32.9% men and 67.1% women) hospitalized in the psychiatric ward at the Sveti Ivan Clinic for Psychiatry, with an average age of 44.5 years. Data were collected using a paper-and-pencil method through questionnaires, which comprised the "Patient Health Questionnaire," the "Suicidality Questionnaire," the "Health Status Questionnaire," the "Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale," and questions about socio-demographic information. The results indicated a significant correlation between all three predictor variables: psychological pain, depression, and health-related quality of life and the variable of suicide. However, not all variables significantly contributed to the prediction of suicide. Psychological pain was a significant predictor of suicide levels when depression was excluded from the analysis. In contrast, when both factors were considered together, only depression remained significant. Depression emerged as the most significant factor in predicting suicide levels, while health-related quality of life was only partially significant. Specifically, the subscale of emotional well-being significantly contributed to the prediction, whereas the general health subscale did not. Furthermore, the findings demonstrated that the combination of psychological pain, depression, and health-related quality of life provides a better prediction of suicide risk in individuals with depressive disorder than any single predictor alone.

Keywords: suicide, psychological pain, depression, health related quality of life

Sadržaj:

Uvod	1
<i>Suicid</i>	2
<i>Depresija</i>	4
<i>Psihološka bol</i>	6
<i>Zdravstvena kvaliteta života</i>	8
Cilj i problemi	10
Metoda	11
<i>Sudionici</i>	11
<i>Instrumenti</i>	11
<i>Postupak</i>	13
Rezultati	14
Rasprava	21
<i>Ograničenja i doprinosi istraživanja</i>	25
Zaključak	27
Literatura	28
Prilozi	32

Uvod

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) (2023) više od 700 000 ljudi, u svijetu, godišnje počinu suicid, dok je broj pokušaja do 20 puta veći. Suicid je drugi po redu uzrok smrti među osobama između 10. i 34. godine starosti, a deseti u svim starosnim grupama. Još je češći kod osoba s psihičkim smetnjama poput graničnog poremećaja ličnosti i shizofrenije, a kod osoba s depresivnim poremećajem smatra se jednim od vodećih uzroka smrti koje su se mogle spriječiti. Republika Hrvatska ne razlikuje se mnogo od ostatka svijeta kad je riječ o stopi suicida, 2022. godine suicid je u Hrvatskoj počinilo 529 osoba, što je iznad prosjeka Europske Unije (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2023). Ovakva statistika zabrinjavajuća je te zahtijeva pomno razmatranje i dublje razumijevanje kako bi se mogao osmisliti adekvatan plan prevencije.

Uz ovakvu poražavajuću statistiku, valja se osvrnuti i na posljedice pandemije koronavirusa (COVID-19). Postotak osoba s depresivnim simptomima za vrijeme pandemije gotovo se udvostručio te je stopa suicida shodno porasla (Lee i sur., 2021; McIntyre i Lee, 2020). Pandemiju su u Hrvatskoj popratila i dva velika potresa koji su također imali negativno djelovanje na mentalno zdravlje građana. Istraživanje Šagur i suradnika (2023) pokazalo je kako su ovi događaji značajnije utjecali na mentalno zdravlje osoba s psihičkim poremećajima, nego na ostatak populacije, na način da su osobe s psihičkim poremećajem pokazale višu razinu depresivnosti i stresa u razdoblju nakon potresa. Iz ovih podataka možemo vidjeti kako je ova već ranjiva skupina u proteklih nekoliko godina pretrpjela „dodatne udarce“ na svoje psihičko zdravlje. Stoga je iznimno važno dodatno se posvetiti proučavanju upravo ove skupine te pokušati naći adekvatne načine potpore, prevencije suicida i daljnjeg razvoja psihičkih poremećaja.

Još jedan od važnih čimbenika u razvoju depresije, a posljedično i pojavi suicida je psihološka bol. Iako se često pojavljuje u komorbiditetu s depresijom, to nije uvijek slučaj. Mee i suradnici (2011) navode kako je psihološka bol sama po sebi rizičan čimbenik za pojavu suicida, dok Shneidman (1993; prema Mee i sur., 2011) u svom istraživanju navodi kako osobe u oproštajnim pismima često pišu da „ne mogu više podnijeti ovu bol“. Psihološka bol jednako je stvarna kao i ona fizička, no zbog njene specifičnosti teško ju je definirati i adekvatno istražiti. U posljednje vrijeme psihološka bol se sve više istražuje, no opće prihvaćena definicija i konceptualizacija ovog pojma još nije usuglašena među autorima

koji se njome bave. Ipak, u gotovo svim definicijama spominje se osjećaj nesklada, bespomoćnosti i patnje (Čekić, 2021). Zajednički pojmovi u ovim definicijama svakako reflektiraju važnost psihološke boli kao jednog od prediktora suicida, ali i važnost daljnjeg istraživanja ovog pojma i u drugim kontekstima.

Posljednji, ali nikako i najmanje važan, čimbenik povezan s razvojem depresije i pokušaja suicida koji će se spominjati u ovom istraživanju je zdravstvena kvaliteta života. U dosadašnjim istraživanjima osobe sa slabijom kvalitetom života pokazale su se rizičnijima za pokušaj suicida od ostalih sudionika (Goldney i sur., 2001; Min i Min, 2015). Također, Min i Min (2015) uz lošiju zdravstvenu kvalitetu života kao važan rizičan čimbenik naglašavaju i prethodne pokušaje suicida kao i suicidalne ideje. Uz njih i brojni drugi autori spominju prethodne pokušaje suicida, kao i obiteljsku povijest pokušaja suicida kao neizostavnu komponentu u procjeni rizika za (ponovni) pokušaj suicida (Orsolini i sur., 2020; Pajić i Orešković, 2022; Takahashi, 2001).

Suicid

Pojam suicid pojavljuje se još u 17. stoljeću kad ga je u svom djelu „Religio Medici“ upotrijebio Thomas Bowie. Brzo se širi u druge jezike i izaziva zanimanje kod brojnih drugih autora pa tako do 18. stoljeća već postoje brojne definicije suicida. U 18. stoljeću suicid se smatra bizarnim i neobičnim činom te su njegove definicije većinom negativnog prizvuka. Tako se primjerice u rječniku „Dictionnaire de Trevoux“ suicid definira kao „...sustav kukavica koje nemaju strpljenja za patnju ni hrabrosti podnijeti težinu sramote...“ (Mindoljević Drakulić, 2013).

Do danas su se pogledi na suicid neupitno promijenili, no jednoznačna definicija i dalje nije usvojena. Problematika u definiranju suicida polazi od brojnih pojmova povezanih sa suicidom poput: suicidalne ideje, pokušaj suicida, suicidalna namjera, namjerno samoozljeđivanje; a za koje različiti autori koriste različite definicije. Nepostojanje jednoznačne terminologije otežava daljnja istraživanja te može dovesti do pogrešaka u analizama postojećih istraživanja ukoliko istraživači ne obrate pažnju na definicije pojmova koje istražuju (Palmer, 2008). Američka psihološka udruga (APA) (2018a) suicid definira kao čin oduzimanja vlastitog života gdje uzrok može biti velika depresivna epizoda, zlouporaba sredstava ovisnosti ili neki drugi poremećaj. Ipak do suicida može doći i kad nema naznaka za

neke psihološke poremećaje, a naročito u neodrživim situacijama poput teškog gubitka ili oslabljenog zdravlja. Uz sam pojam suicida važno je definirati i pojam suicidalnih ideja, budući da se u istraživanjima ova dva pojma najčešće spominju te su neodvojivi jedan od drugog. Suicidalne ideje definiraju se kao misli o ili preokupacija s oduzimanjem vlastitog života te su često simptom velike depresivne epizode. Važno je napomenuti i kako najviše slučajeva suicidalnih ideja ne napreduje do pokušaja suicida (APA, 2018b).

Uz već spomenutu veliku depresivnu epizodu, odnosno veliki depresivni poremećaj, postoje brojni rizični čimbenici koji potiču razvoj suicidalnih ideja, a posljedično i pokušaj suicida. Rizični čimbenici mogu se podijeliti u različite grupe, od onih bioloških i genetskih, preko socijalnih i ekonomskih do psiholoških i neuroloških (Turecki i sur., 2019). Sve grupe jednako dobro predviđaju mogućnost za pokušaj suicida te su jednako važne, no ovo će se istraživanje usredotočiti na one psihološke i socijalne. Jedan od najvažnijih psiholoških rizičnih faktora koji još i Schnideman (1993) prepoznaje u svojim istraživanjima je psihološka bol, a takve rezultate potvrđuju i sva dosadašnja istraživanja (Campos i sur., 2018; Olié i sur., 2010). Kao što je već ranije spomenuto, psihološka bol povezana je i s brojnim psihičkim poremećajima i bolestima, a među njima se kao rizični čimbenici za pojavu suicidalnih ideja ističu: anksiozni poremećaji, poremećaji kontrole impulsa, post-traumatski stresni poremećaj (PTSP), povijest samoozljeđivanja, izloženost suicidalnom ponašanju drugih te zlouporaba alkohola i droga (Mars i sur, 2019; Nock i sur., 2009). Nadalje, prema istraživanju Arsenaault-Lapierre i suradnika (2004), čak 87,3% osoba koje su počinile suicid imale su neki psihički poremećaj, a najčešće kategorije poremećaja bile su afektivni poremećaji (43,2%) i poremećaji povezani sa zlouporabom sredstava ovisnosti (25,7%). Također, istraživanje pokazuje i da osobe koje su izvršile suicid često imaju i više no jedan psihički poremećaj, odnosno da u prosjeku imaju 2,36 psihijatrijskih dijagnoza. Uz to, Marčinko i suradnici (2011) u svojoj knjizi iznose podatke koji se slažu s onima do sad spomenutih autora. Naime, prema ovim autorima psihijatrijski poremećaj koji nosi najveći rizik od suicida je bipolarni afektivni poremećaj (15-18% rizika), a slijede ga alkoholizam i depresija (10-15% rizika). Također, autori navode kako se većina suicida kod psihijatrijskih bolesnika događa u razdoblju kad su izvan bolničkog liječenje i to obično u prvih nekoliko tjedana nakon otpuštanja iz bolnice.

Osim psihičkih poremećaja neke tjelesne bolesti i nedostaci također mogu biti rizičan čimbenik ili okidač za suicid. Tjelesne bolesti čine rizični čimbenik kod 11 - 51% žrtava suicida, a ti postotci su viši ako je osoba starije životne dobi. Propadajuće zdravlje i narušena

zdravstvena kvaliteta života često dovode do poremećaja raspoloženja te sekundarnog nastanka depresivnog poremećaja. Shodno tome, osobe koje se teško nose sa psihičkom bolešću obično prvo pokazuju znakove depresije, a tek potom se razvijaju suicidalne ideje i simptomi (Marčinko i sur., 2011).

Depresija

Veliki depresivni poremećaj (ili unipolarna depresija) jedan je od najčešćih poremećaja raspoloženja, a rizik za obolijevanje od ovog poremećaja tokom života iznosi 20-30%. Uz to, ovaj je rizik čak dvostruko veći za žene nego za muškarce, a ukupan mortalitet osoba s depresijom dvostruko je veći nego u općoj populaciji (Habak-Žerjavić i sur., 2004; Cuijpers i Smit, 2002). Još jedna zabrinjavajuća činjenica je i kako se u svijetu javlja trend sve ranijeg pojavljivanja prvih simptoma depresije pa je tako čak 40% oboljelih prvu epizodu depresije iskusilo prije 20. godine života. Najviše osoba ipak prvu epizodu doživi između 20. i 50. godine, što čini 50% od ukupno oboljelih, a preostalih 10% prvu epizodu doživi nakon 50. godine. Nažalost, trećina osoba s depresivnim poremećajem će se tokom života samo djelomično oporaviti ili se neće oporaviti (Miko, 2015).

Postoje brojne teorije o tome što dovodi do razvoja depresivnog poremećaja, no ni jedna do sad poznata teorija nije uspjela rastumačiti sve moguće uzroke i rizične čimbenike za razvoj ovog poremećaja. Ovakva situacija ne čudi, budući da se, s obzirom na veliku heterogenost simptoma i ne očekuje samo jedan čimbenik u etiologiji depresije (Hautzinger, 2002). Posljedično, teorije depresivnosti mogu se podijeliti u 4 krovne kategorije koje se dalje dijele na svoje potkategorije: biološke (genetičke, biokemijske i neurofiziološke), psihoanalitičke (Freudova teorija unutrašnje ljutnje, Bibringova teorija niskog samopoštovanja, Blattova teorija privrženosti i autonomije), bihevioralne (Lewinsonova teorija socijalnih vještina i Teorija samokontrole L. Rehm) i kognitivne teorije (Beckova kognitivna teorija i Teorije naučene bespomoćnosti i beznadnosti) (Vulić-Prtorić, 2004). Svaka od ovih teorija dala je jedinstven pogled na razvoj depresivnosti, doprinijela je boljem razumijevanju problema i omogućila širenje vidika kad je u pitanju depresivni poremećaj.

Shodno tome, depresivne poremećaje dijelimo u više različitih kategorija ovisno o trajanju, uzrocima i vremenu pojavljivanja, no sve kategorije povezuje prisutnost tužnog, ispraznog i/ili razdražljivog raspoloženja popraćenog kognitivnim i somatskim promjenama koje značajno utječu na funkcioniranje osobe (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Također, kod osoba oboljelih od depresivnih poremećaja možemo uočiti žalost, utučenost, bezvoljnost, neraspoloženje, slabost, sumnju u sebe, osjećaj bezvrijednosti, beznade i besmislenost, a nerijetko se pojavljuju i tjeskoba, nemir, nedostatak energije, poremećaj apetita i sna, gubitak tjelesne težine, smanjeni libido, otežana koncentracija te suicidalne ideje. Ipak, ne treba smetnuti s uma da sva prethodno nabrojena stanja doživljavaju i psihički zdrave osobe te da se ona smatraju normalnom reakcijom u razdoblju nakon gubitka, neuspjeha, razočaranja, pomanjkanja ciljeva i slično. Točna prekretnica između normalnih reakcija i simptoma koji se smatraju klinički značajnima još nije poznata, stoga je izuzetno važno biti oprezan prilikom provođenja dijagnostičkih postupaka i istraživanja u ovom području (Hautzinger, 2002).

Dakle, kako bismo lakše razlučili radi li se o depresivnim simptomima ili o reakcijama na neki događaj, izdvojeni su neki rizični čimbenici za razvoj depresivnog poremećaja. Neki od ovih čimbenika već su spomenuti u ovom radu, a oni uključuju ženski spol, pri čemu žene imaju gotovo dvostruko veći rizik za razvoj velikog depresivnog poremećaja nego muškarci, naročito u mlađoj dobi. Isto tako, mlađa dob ističe se kao rizičan čimbenik te se u posljednjih dvadesetak godina najčešća dob obolijevanja pomakla s razdoblja između 30. i 40. godine na razdoblje između 18. i 25. godine života. Ipak, ne treba zanemariti činjenicu da se depresija može pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi. Također, rizični čimbenici uključuju hereditet, stres i socio-ekonomske faktore poput nesigurnog bračnog statusa, nižeg obrazovanja, nesigurnog zaposlenja i života u većem mjestu (Hautzinger, 2002).

Kao što smo je ranije navedeno, jedan od simptoma depresije su i suicidalne ideje. Prema istraživanju Takahashi (1993; prema Takahashi, 2001) kod jedne od šest osoba s velikim depresivnim poremećajem uzrok smrti bio je suicid. Također, rizik za suicid kod osoba s depresijom nekoliko je desetaka puta veći nego u ostatku populacije. Posebnu pažnju treba pridati i osobama kod kojih simptomi nisu jakog intenziteta, ali su prisutni kroz duži period vremena, osobama kod kojih je izražen osjećaj beznade i bezvrijednosti te osobama koje imaju problema s nesanicom. S ovim nalazima slažu se i drugi autori koji u svojim istraživanjima navode kako između 12 i 19% osoba s depresivnim poremećajem uspješno počini suicid. Nadalje, isti autori navode i kako je rizik za počinjenje suicida veći u početnim stadijima bolesti te ubrzo nakon otpuštanja iz bolnice (Guze i Robins, 1970; Goodwin i Jamison, 1990; Roy, 1993). Ovakve zaključke potvrđuje i istraživanje Fawcett i suradnika (1987) u kojem se kroz period od 4 godine pratio 921 sudionik s depresivnim poremećajem. U

tom periodu njih 25 je počinilo suicid, od čega 32% u prvih šest mjeseci, a 62% unutar godine dana od otpuštanja iz bolnice.

Psihološka bol

Iako se psihološka bol u posljednje vrijeme sve više istražuje, još uvijek ne postoji jednoznačna i opće prihvaćena definicija ovog pojma. Shodno tome, u literaturi uz pojam psihološka bol postoje i brojni drugi termini kao što je duševna bol, psihička bol, psiha, praznina, emocionalna bol, psihološka kvaliteta života i unutrašnja uznemirenost (Čekić, 2021). Ovakve razlike u terminologiji dodatno otežavaju stvaranje valjane definicije te ukazuju na nedovoljnu istraženost ovog pojma. Jednu od prvih definicija psihološke boli daju Joffe i Sandler (1967) koji ju definiraju kao emocionalno stanje povezano s neskladom između idealne i stvarne percepcije pojedinca. Nekoliko godina kasnije Engel, (1969; prema Meerwijk i Weiss, 2011) daje svoju definiciju prema kojoj je psihološka bol psihološko iskustvo koje obuhvaća povrijeđenost i patnju uz iznimku stvarne fizičke povrede. Nadalje, Bloger (1999) psihološku bol definira kao stanje u kojem se pojedinac osjeća slomljeno radi gubitka sebe, vlastite ranjivosti te razvijenosti svijesti o vlastitim negativnim karakteristikama. Naposljetku, Schnideman (1999) u svojoj definiciji podrazumijeva kako je psihološka bol (*psychache*) introspektivno iskustvo negativnih emocija povezano s osjećajem krivnje, patnje, straha, panike, usamljenosti i bespomoćnosti. Vidljivo je kako sve ove definicije, iako različite, imaju jednu sličnost, a to je prisutnost negativnih emocija te osjećaj dezintegracije i patnje. Ipak, sve su ove definicije vrlo apstraktne te ne daju jasan zaključak o tome što je to psihološka bol i kako ju prepoznati (Meerwijk i Weiss, 2011).

Meerwijk i Weiss (2011) u svom radu analiziraju sve do sad postojeće definicije s ciljem za stvaranjem jasne i jednoznačne definicije psihološke boli. Shodno tome, definiraju ju kao trajni, neugodni i neizdrživi osjećaj koji proizlazi iz spoznaje vlastitih nesposobnosti i nedostataka. Ova negativna spoznaja najčešće je rezultat gubitka nekoga ili nečega ili pak neuspjeha u ostvarivanju nečega što je usko povezano sa zadovoljenjem osnovnih psiholoških potreba. Autori se također osvrću i na brojne nazive koji se u literaturi koriste kako bi se opisalo ovo stanje te zaključuju kako se oni u suštini odnose na isti osjećaj. Ipak, smatraju kako je pojam „psihološka“ najprihvatljiviji u većini profesionalnih disciplina te najrazumljiviji pacijentima. Kako bi olakšali prepoznavanje psihološke boli kod ljudi Meerwijk i Weiss (2011) izdvojili su njene ključne indikatore i podijelili ih u tri kategorije, a

to su: karakteristike, preduvjeti i ishodi. Tako su karakteristike psihološke boli: neugodni osjećaji koji se često doživljavaju kao dezintegracija selfa, procjena sebe kao manjkavog ili nesposobnog, trajnost stanja koje zahtjeva vrijeme kako bi se razriješilo i da je to stanje koje je neodrživo tokom vremena bez ozbiljnih negativnih posljedica. Nadalje, preduvjeti su gubitak nekoga ili nečega i neuspjeh u ostvarivanju nečega što je usko povezano sa zadovoljenjem osnovnih psiholoških potreba. Ishodi se pak dijele na pozitivne i negativne. Prvi su prilagodba i osobni rast te jasniji smisao života, a potonji su razvoj patologije (psihičke i fizičke) i suicid.

S obzirom na indikatore psihološke boli koji su do sad opisani, ne čudi kako se ona vrlo često povezuje s depresijom. Lester (2000) u svom istraživanju navodi kako su i trenutni i najviši stupanj psihološke boli povezani s težinom depresivnih simptoma, odnosno depresivne epizode. Također, postoje indikacije kako je psihološka bol za vrijeme depresivne epizode gora od bilo koje fizičke boli koju osoba može iskusiti. Nadalje, psihološka bol se u depresiji najviše očituje kroz nefunkcionalne obrasce razmišljanja, a samim time i kroz strategije suočavanja sa stresom usmjerene na problem, na traženje podrške i udaljavanje (Orbach i sur., 2003). Shodno tome, osobe koje proživljavaju psihološku bol često ne vide izlaz, njihova bol je nepodnošljiva jer polazi od nezadovoljenja osnovnih psiholoških potreba, a kad ta bol postane neizdrživa javljaju se suicidalne ideje. Stoga se psihološka bol često opisuje i kao glavni razlog zašto osobe na kraju izvrše suicid te je vrlo čest pojam u oproštajnim pismima (Shneidman, 1985; prema Tossani, 2013). Olié i suradnici (2010) u svom istraživanju navode kako je psihološka bol čest osjećaj tokom depresivnih epizoda te kako je ta bol veća kod osoba koje su pokušale počinuti suicid za razliku od onih koje nisu. Uz to, zaključuju i kako je psihološka bol povezana s intenzitetom i frekvencijom suicidalnih ideja. Nadalje, neki autori navode kako je psihološka bol jača kod osoba koje su pokušale počinuti suicid, nego kod onih koje nisu čak i kad je razina depresivnih simptoma između tih dviju grupa slična. Ovaj nalaz upućuje na to kako je psihološka bol, i bez prisutnosti depresivnih simptoma, rizičan čimbenik za pojavu suicidalnih ideja i pokušaja suicida. Ipak, ozbiljnost i smrtnost pokušaja suicida ne može se odrediti samo na temelju psihološke boli koju osoba osjeća. U obzir treba uzeti moguću interakciju između psihološke boli i socijalne izolacije, teškoća u komunikaciji s drugima, teškoća s rješavanjem drugih socijalnih problema, aleksitimije i shizoidnih osobina ličnosti. Ovakav nalaz ne umanjuje značajnost povezanosti psihološke boli i depresije, već ojačava značenje psihološke boli u razvoju

suicidalnih ideja, a posljedično i pokušaja suicida (Ducasse i sur., 2017; Verrocchio i sur., 2016; Conejero i sur., 2018).

Zdravstvena kvaliteta života

U posljednjih nekoliko desetljeća određivanje kvalitete života osobe dobiva na važnosti u zdravstvenoj skrbi. Međutim, termin kvaliteta života koristi se kako bi opisalo mnoštvo različitih stvari kao što su: zdravstveni status, fizička spremnost, simptomi, psiho-socijalna prilagodba, zadovoljstvo životom, sreća i dobrobit. Veliki raspon mogućih značenja kvalitete života otežavao je usporedbu rezultata raznih istraživanja, stoga je uveden pojam zdravstvena kvaliteta života (Ferrans i sur., 2005). Ova podjela smišljena je kako bi se odvojili zdravstveni od drugih utjecaja na kvalitetu života pa tako zdravstvena kvaliteta života iz svoje definicije isključuje kulturalne, političke i socijalne čimbenike i koncentrira se na one zdravstvene. Ipak, granice između zdravstvene i kvalitete života kao takve ovise o tome zbog čega se obavlja procjena te o osobnim preferencama osobe, istraživača i liječnika (Guyatt i sur., 1993).

Iz svega navedenog moguće je zaključiti kako postoje brojne definicije i mjere zdravstvene kvalitete života. Ferrans i suradnici (2005) nude revidiranu verziju modela zdravstvene kvalitete života kojeg su prvotno objavili Wilson i Cleary 1995. godine. Oni u svoj model, za razliku od Wilsona i Clearyja, uključuju karakteristike pojedinca i karakteristike okoline. Karakteristike pojedinca sastoje se od 4 faktora koji mogu utjecati na zdravlje pojedinca, a to su demografski, razvojni, psihološki i biološki faktori. Karakteristike okoline se pak dijele na socijalne (utjecaj obitelji, prijatelja i liječnika te kulturno nasljedstvo) i fizičke (postojanje institucija poput bolnica i škola, sigurnost susjedstva, postojanje mogućnosti za fizičke aktivnosti, zagađenost životnog prostora, političko stanje, itd.). Obje karakteristike zatim individualno povezuju s pet načina procjene ishoda bolesnika. To su: biološke funkcije (funkcioniranje stanica, organa i organskih sustava), simptomi (kognitivni, fizički i emocionalni), mogućnost funkcioniranja (fizičkog, psihičkog, socijalnog te ispunjenja uloga), samo-procjena općeg zdravlja i samo-procjena kvalitete života, odnosno zadovoljstva vlastitim životom. Potom ishode povezuju na način da onaj prethodni utječe na sljedećeg. Nešto jednostavniji prikaz i definiciju nude Kaplan i Hays (2022) prema kojima se zdravstvena kvaliteta života odnosi na funkcioniranje i dobrobit u fizičkim, mentalnim i socijalnim domenama života. Pri tome se funkcioniranje odnosi na mogućnost brige za sebe

(npr. održavanje higijene i kretanje bez asistencije), održavanje svoje uloge (na poslu ili u obitelji) te socijalno funkcioniranje (mogućnost održavanja odnosa s obitelji i prijateljima), dok je dobrobit nešto više subjektivno određena i uključuje emocionalnu dobrobit (zadovoljstvo, sreća, tuga, depresija i anksioznost), bol i letargiju.

Sagledavanjem ove definicije moguće je reći kako je zdravstvena kvaliteta života izostanak depresije, budući da su neki od pokazatelja depresije upravo nemogućnost normalnog funkcioniranja te nedostaci u socijalnoj i psihološkoj dobrobiti. Prema nekim istraživanjima osobe s depresivnim poremećajem pokazuju značajno lošije funkcioniranje u svojim ulogama, fizičkom i psiho-socijalnom aspektu od onih sa kroničnim bolestima. Druga istraživanja potvrđuju ove nalaze i kad se kontrolira utjecaj fizičkih bolesti kod osoba s depresivnim poremećajem (Wells i sur., 1989; Ormel i sur., 1994). Nadalje, Daly i suradnici (2010) u svom istraživanju navode kako su jači simptomi depresije povezani s lošijom zdravstvenom kvalitetom života, što je u skladu s do sad navedenim o povezanosti depresije i zdravstvene kvalitete života. Osim simptoma depresije, faktori poput rase, etniciteta, bračnog statusa, obrazovanja, zaposlenja, mjesečnih primanja također su povezani sa zdravstvenom kvalitetom života. Navedeni faktori također čine i rizične čimbenike za suicid, što je još jedna važna domena na koju treba obratiti pažnju kad osoba koje imaju lošiju zdravstvenu kvalitetu života. Shodno tome, Benson i suradnici (2021) zaključuju kako, kod osoba s umjereno jakim i jakim simptomima depresije, postoji pozitivna povezanost između lošije zdravstvene kvalitete života, povećanog traženja medicinske skrbi i slabijih rezultata na poslu te snažnijeg iskazivanja suicidalnih ideja. Nadalje, prema Min i Min (2015) osobe koje su imale suicidalne ideje ili pokušaje imaju značajno nižu zdravstvenu kvalitetu života od osoba koje nisu imale takva iskustva. Istraživači također navode i kako postoji mogućnost određivanja ozbiljnosti suicidalnog ponašanja pomoću upitnika zdravstvene kvalitete života. Naime, pokazalo se kako osobe koje su izrazile i suicidalne ideje i pokušaje imaju najnižu zdravstvenu kvalitetu života, a nakon njih slijede osobe koje su izrazile samo suicidalne ideje. Uz to, oni koji nisu izrazili ni suicidalne ideje ni pokušaje imaju najvišu zdravstvenu kvalitetu života.

Shodno svemu navedenom, možemo zaključiti kako psihološka bol, depresija i zdravstvena kvaliteta života imaju brojne dodirne točke. Moguće je zaključiti i kako postoji međupovezanost ovih konstrukata, kao i povezanost svakog od njih sa suicidom. U daljnjem tekstu pokušat će se razjasniti doprinos psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života u predviđanju suicida i njegovih pokušaja.

Cilj i problemi

Cilj ovog istraživanja je utvrditi u kojoj mjeri psihološka bol, zdravstvena kvaliteta života i depresija predviđaju vjerojatnost suicida kod osoba oboljelih od depresivnog poremećaja.

1. Opisati povezanost psihološke boli sa razinom suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem.

H1: Postoji pozitivna povezanost između psihološke boli i suicidalnosti, na način da osobe s višom razinom psihološke boli pokazuju i višu razinu suicidalnosti.

2. Opisati povezanost razine depresivnosti sa razinom suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem.

H2: Postoji pozitivna povezanost između razine depresivnosti i suicidalnosti, na način da osobe s višom razinom depresivnosti pokazuju i višu razinu suicidalnosti.

3. Opisati povezanost zdravstvene kvalitete života sa razinom suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem.

H3: Postoji negativna povezanost između zdravstvene kvalitete života i razine suicidalnosti, na način da osobe s boljom zdravstvenom kvalitetom života pokazuju niže razine suicidalnosti.

4. Ispitati doprinos, psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života u predviđanju razine suicidalnosti kod osoba oboljelih od depresivnog poremećaja.

H4: Postoji statistički značajan doprinos psihološke boli u predviđanju razine suicidalnosti, na način da osobe s višom razinom psihološke boli imaju više razine suicidalnosti.

H5: Postoji statistički značajan doprinos razine depresivnosti u predviđanju razine suicidalnosti, na način da osobe s višom razinom depresivnosti imaju više razine suicidalnosti.

H6: Postoji statistički značajan doprinos zdravstvene kvalitete života u predviđanju razine suicidalnosti, na način da osobe s boljom zdravstvenom kvalitetom života imaju niže razine suicidalnosti.

H7: Osobe s većom psihološkom boli, višom razinom depresivnosti i lošijom zdravstvenom kvalitetom života vjerojatnije će (pokušati) izvršiti suicid od osoba koje se nose samo s jednim od navedenih problema.

Metoda

Sudionici

Sudionici u ovom istraživanju prikupljeni su prigodnom metodom na odjelu psihijatrije u Klinici za psihijatriju Sveti Ivan. U istraživanju su ukupno sudjelovale 73 osobe, od čega 24 muškarca (32,9%) i 49 žena (67,1%). Raspon dobi kreće se od 23 do 76, a prosječna dob je 44,5 godina. Najveći broj ispitanika je u braku (39,7%), dok ih je 31,5% neoženjeno, 20,5% rastavljeno, a 8,2% su udovice/udovci. Također, najveći broj ispitanika dolazi iz mjesta s više od 100 000 stanovnika (28,8%), dok su ostale veličine gradova podjednako zastupljene (12,3-15,1%). Kod 28,8% sudionika još netko u obitelji boluje od neke psihičke bolesti, a 17,8% sudionika izvještava kako je netko od članova obitelji pokušao izvršiti suicid, od čega je 6,8% završilo smrtnim ishodom.

Instrumenti

Socio-demografski podatci

Za potrebe istraživanja konstruiran je upitnik socio-demografskih podataka koji je sadržavao pitanja o spolu, dobi, veličini mjesta iz kojeg dolazi osoba, vrsti psihičke bolesti od koje osoba boluje te o obiteljskoj povijesti suicida.

Upitnik o zdravlju pacijenta (PHQ-9) (Kroenke i sur., 2001)

Upitnik o zdravlju pacijenata (PHQ-9) namijenjen je procjeni, dijagnosticiranju i mjerenju razine depresivnosti prema kriterijima Dijagnostičko – statističkog priručnika (DSM-IV). Upitnik se sastoji od ukupno 10 pitanja, pri čemu prvih 9 koristimo za procjenu psihičkog stanja pacijenta u protekla dva tjedna. Na svako od 9 pitanja odgovara se na *Likertovoj* skali od 4 stupnja (0 – uopće ne, 1 – nekoliko dana, 2 – više od polovine navedenih

dana, 3 – skoro svaki dan). Deseto pitanje „Koliko ste se teško zbog njih bavili svojim poslom, brinuli o kućanstvu ili ophodili s drugim ljudima?“ namijenjeno je ispitanicima koji su na barem jedno od prethodnih pitanja dali pozitivan odgovor. Ono služi kao dodatna pomoć u procjeni te ne ulazi u ukupni rezultat. Ukupni rezultat formira se kao linearna kombinacija (suma) rezultata prvih 9 čestica, a njegov raspon je od 0 do 27, pri čemu veća vrijednost označava više simptoma ili jače simptome depresije. Rezultati veći od 15 impliciraju i postojanje velikog depresivnog poremećaja. Test – retest pouzdanost iznosi 0,84, dok Cronbach koeficijent unutarnje konzistencije iznosi 0.89 (Kroenke i sur., 2001). U ovom istraživanju Cronbach $\alpha=0,80$.

Upitnik suicidalnosti (Suicide screening questionnaire-self rating (SSQ-SR)) (Yook i sur., 2023)

Za ispitivanje suicidalnosti u ovom istraživanju korišten je Upitnik suicidalnosti (SSQ-SR). Upitnik sadrži 25 pitanja usmjerenih ka procjeni suicidalnog rizika za pojedinca, samim time ispituje rizične faktore poput stresnih životnih događaja, socijalne izolacije, negativnog raspoloženja, internalizirane ili eksternalizirane psihopatologije, te prethodnih suicidalnih misli i pokušaja. Na sva pitanja odgovara se na *Likertovoj* skali od 4 stupnja, prvih dvadeset pitanja ispituju dosadašnje iskustvo osobe, a skala se kreće od 1 – *potpuno netočno* do 4 – *potpuno točno*. Posljednjih 5 pitanja ispituju vremenski okvir u kojem su se javljale suicidalne misli i ponašanja od 1 – *nikad*, 2 – *prije više od 12 mjeseci*, 3 – *prije 2 do 12 mjeseci*, 4 – *u proteklom mjesecu*. Ukupni rezultat se formira kao suma rezultata svake pojedine čestice te se kreće u rasponu od 25 do 100. Prema Yook i suradnicima (2023) upitnik ima zadovoljavajuću pouzdanost unutarnje konzistencije, Cronbach $\alpha = 0,96$. U ovom istraživanju Cronbach $\alpha=0,86$.

Upitnik zdravstvenog statusa (36- Item Short Form Health Survey (SF-36)) (RAND, 1992)

Upitnik zdravstvenog statusa koristi se za multidimenzionalnu procjenu zdravlja. Sastoji se od 8 dimenzija: fizičko funkcioniranje (čestice 3-12), ograničenja zbog fizičkih poteškoća (čestice 13-16), tjelesni bolovi (čestice 21 i 22), percepcija općeg zdravlja (čestice 1 i 33 do 36), ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (čestice 17-19), socijalno funkcioniranje (čestice 20 i 32), psihičko zdravlje (čestice 24-26, 28 i 30) i energija/vitalnost (čestice 23, 27,29 i 31). Sve čestice i skale za odgovore moguće je pronaći u prilogu istraživanja (Prilog 3.) Ukupni rezultat na upitniku izračunava se, za svaku pojedinu dimenziju, kao aritmetička sredina rezultata pripadajuće dimenzije, a izražava se kao

standardizirana vrijednost u rasponu od 0 do 100, pri čemu viši rezultat znači bolju zdravstvenu kvalitetu života. Cronbach α za sve dimenzije kreće se u rasponu od 0.78 do 0.93 (Ware i Sherbourne, 1992). (Fizičko funkcioniranje = 0,93, ograničenja zbog fizičkih teškoća = 0,84, ograničenja zbog emocionalnih teškoća = 0,83, energija/vitalnost = 0.86, emocionalna dobrobit = 0,90, socijalno funkcioniranje = 0,85, tjelesni bolovi = 0,78, percepcija općeg zdravlja = 0,78. Budući da su za potrebe ovog istraživanja korištene samo subskale emocionalne dobrobiti i generalnog zdravlja, za njih su izračunate mjere pouzdanosti unutarnje konzistencije. Za subskalu emocionalne dobrobiti Cronbach $\alpha=0,75$, a za subskalu generalnog zdravlja Cronbach $\alpha=0,55$.

Mee – Bunney Skala za procjenu psihološke boli (Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale (MBPPAS))(Mee i Bunney, 2010)

Mee – Bunney skala za procjenu psihološke boli koristi se za mjerenje intenziteta i frekvencije psihološke boli. Skala se sastoji od ukupno 10 čestica, od koji se 8 odnosi na psihološku bol, a dvije čestice ispituju želju za prekidom te boli odnosno umiranjem. Na sva pitanja odgovara se na Likertovoj skali od 5 stupnjeva. Za pitanja o frekvenciji psihološke boli, primjerice „*Koliko često doživljavate tešku psihološku bol?*“, skala se kreće od 1 – *nikad* do 5 – *uvijek*. Dok se za pitanja o intenzitetu kao što je na primjer „*U posljednja 3 mjeseca najmanji intenzitet psihološke boli bio mi je:*“ skala kreće od 1 – *bezbolno* do 5 – *nepodnošljivo*, osim za česticu „*Koliko još psihološke boli mislite da možete podnijeti prije nego postane nepodnošljiva?*“, kod koje se zbog obratnog smjera skala kreće od 1 – *jako puno* do 5 – *nimalo*. Ukupni rezultat na skali formira se kao suma rezultata svake pojedine čestice te se kreće u rasponu od 10 do 50. Prema Mee i suradnicima (2011) Cronbach $\alpha = 0,83$ za osobe s depresivnim poremećajem, dok je za kontrolnu skupinu $\alpha = 0,94$. U ovom istraživanju Cronbach $\alpha = 0,84$.

Postupak

Istraživanje je provedeno uživo *papir olovka* tehnikom u Klinici za psihijatriju Sveti Ivan (Klinika) u periodu od 5. ožujka do 20. svibnja 2024. godine. Provedbu istraživanja odobrilo je etičko povjerenstvo Klinike te etičko povjerenstvo Fakulteta hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu. Upitnici su, uz pomoć liječnika i medicinskih sestara/tehničara, podijeljeni pacijentima koji borave na odjelu te pacijentima u dnevnoj bolnici. Važno je napomenuti kako su upitnici podijeljeni samo osobama oboljelim od neke vrste depresivnog

poremećaja, dok su ostali poremećaji i bolesti izdvojeni iz ovog istraživanja. U početnoj uputi ispitanicima su dane informacije o samom istraživanju, njegovoj svrsi, vremenu potrebnom za ispunjavanje te *e-mail* istraživača na koji se mogu javiti ako imaju bilo kakva pitanja. Naglašeno je i kako je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te kako mogu odustati u bilo kojem trenutku ispunjavanja te da odustajanje od sudjelovanja u istraživanju neće imati nikakav negativan utjecaj na njihovo liječenje. Svojim potpisom ispitanici su potvrdili kako su upoznati s istraživanjem te su dali svoj pristanak za sudjelovanje u istom.

Rezultati

Kako bi se odgovorilo na probleme i hipoteze postavljene u ovom istraživanju, primijenjene su određene statističke metode. Proveden je Kolmogorov-Smirnovljev test kojim se provjerila normalnost distribucije svih konstrukata, nakon čega je provedena statistička obrada kojom su se odredili deskriptivni statistici za ukupne rezultate na mjerama psihološke boli, zdravstvene kvalitete života, depresije i suicida. Zdravstvenu kvalitetu života u ovom radu odredili smo s dvije dimenzije, od ukupno 8 koliko je moguće izračunati upitnikom SF-36, a to su generalno zdravlje i emocionalna dobrobit. Smatramo kako te dvije mjere dovoljno dobro predstavljaju ukupnu zdravstvenu kvalitetu života osobe, dok su ostale mjere izdvojene radi jednostavnije analize podataka. Nadalje, izračunata je matrica Pearsonovih korelacija svih konstrukata, odnosno povezanost između svih istraživačkih mjera. Ovim postupkom određen je odnos između prediktora i kriterija te između pojedinih prediktora. Budući da korelacijska metoda daje samo opisnu vrijednost, odnosno indikator za visinu i smjer povezanosti dva konstrukata, za jasnije razumijevanje odnosa između konstrukata provedena je višestruka regresijska analiza. Ova analiza daje odgovor na uspješnost predviđanja razine suicida s obzirom na razinu depresivnosti, psihičke boli i zdravstvene kvalitete života. Razina značajnosti istraživanja je postavljena na 5%. Za analizu rezultata koristio se program SPSS, verzija 23, odnosno statistički softverski paket IBM-a.

Tablica 1. Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka, statistika asimetrije i spljoštenosti, te Kolmogorov-Smirnovljevog testa za varijable Psihološka bol, Depresivnost, Suicidalnost, Zdravstvena kvaliteta života: subskale Emocionalna dobrobit i Generalno zdravlje (N=73)

	M	SD	Min	Max	Asimetrija	Spljoštenost	K-S
Suicidalnost	52,46	10,21	30	81	,296	,219	0,68
Psihološka bol	31,01	5,82	20	45	-,018	-,475	,079
Depresivnost	15,13	5,30	4	26	-,113	-,443	,079
Emocionalna dobrobit	41,64	14,43	8	72	-,284	-,161	,099
Generalno zdravlje	41,98	15,45	0	85	,182	,327	,112

Prije same obrade podataka, provjerena je normalnost distribucije varijabli korištenjem Kolmogorov – Smirnovljevog testa i mjera asimetrije i spljoštenosti (Tablica 1.). Kad govorimo o mjeri asimetričnosti najveće pozitivno odstupanje pokazuje suicidalnost (0,295), a prati ju subskala generalno zdravlje (0,182). Subskala emocionalna dobrobit najviše je negativno asimetrična (-0,284), nakon čega slijedi depresivnost (-0,113) i psihološka bol (-0,018), koja gotovo ne pokazuje asimetričnost. S druge strane, psihološka bol pokazuje najviši negativni indeks spljoštenosti (-0,475), a slijedi ju i depresivnost (-0,443) s neznatno manjim indeksom te subskala emocionalna dobrobit (-0,161). Pozitivne indekse spljoštenosti pokazuju subskala generalno zdravlje (0,327) i suicidalnost (0,219). Prema Kline (2005) mjere asimetrije u rasponu od -3 do +3 te mjere spljoštenosti u rasponu od -10 do +10 smatraju se prihvatljivima. Budući da mjere rezultata u ovom istraživanju ne prelaze izvan zadanih raspona, distribucije rezultata smatraju se normalnima. Ovakav zaključak potvrđuje i Kolmogorov – Smirnovljev test za sve varijable, osim generalnog zdravlja (0,112, $p > 0,05$), no budući da pri razini značajnosti $p < 0,01$ ni ova varijabla ne odstupa značajno od normalne distribucije ipak je uključena u daljnju analizu.

Suicidalnost, kao glavni istraživački konstrukt, ima moguć teorijski raspon od 25 do 100, u ovom istraživanju taj se raspon kreće od 30 do 81, uz $M=52,46$ i $SD=10,21$ iz čega je moguće zaključiti kako većina ispitanika trenutno nema sklonost ka suicidu, to jest pokazuju niže razine suicidalnih ideja i tendencija. Nadalje, teorijski raspon vrijednosti rezultata psihološke boli kreće se od 10 do 50, a u ovom istraživanju dobiven je raspon od 20 do 45, uz $M=31,01$ i $SD=5,82$. Iz ovih rezultata vidljivo je kako je razina psihološke boli povišena, odnosno da većina ispitanika osjeća veliku psihološku bol. Shodno tome, depresivnost u ovom istraživanju ima raspon od 4 do 26, što gotovo dostiže gornju granicu teorijskog

raspona, koji se kreće od 0 do 27. Aritmetička sredina nešto je iznad prosjeka ($M=15,13$, $SD=5,30$) te je iznad vrijednosti koja implicira postojanje velikog depresivnog poremećaja. Za obje subskale zdravstvene kvalitete života teorijski raspon se kreće od 0 do 100, u ovom istraživanju subskala emocionalna dobrobit kreće se u rasponu od 8 do 72, uz $M=41,64$ i $SD=14,43$, a subskala generalno zdravlje u rasponu od 0 do 85 uz $M=41,98$ i $SD=15,45$. Iz ovih rezultata moguće je zaključiti kako ispitanici u ovom istraživanju imaju nešto lošiju zdravstvenu kvalitetu života od prosjeka (Tablica 1.).

Tablica 2. Prikaz korelacijske analize varijabli Pearsonovim koeficijentom ($N=73$)

	Suicidalnost	Psihološka bol	Depresivnost	Emocionalna dobrobit	Generalno zdravlje
Suicidalnost	1	,544**	,636**	-,606**	-,380**
Psihološka bol		1	,714**	-,474**	-,389**
Depresivnost			1	-,558**	-,425**
Emocionalna dobrobit				1	,354**
Generalno zdravlje					1

Napomena: ** $p < ,01$

Prva tri problema u ovom istraživanju bave se povezanošću između psihološke boli, depresije i zdravstvene kvalitete života i suicida. Prema Papić (2008) koeficijenti korelacije definiraju se na način da je 0 - potpuna odsutnost korelacije, 0 - 0,2 je neznatna korelacija, 0,2 - 0,5 je relativno slaba, 0,5 - 0,8 je srednje jaka, 0,8 - 1 je jaka, te je 1 potpuna korelacija. Hipoteza postavljena za prvi istraživački problem, a temeljem dosadašnjih istraživanja, bila je da postoji povezanost između psihološke boli i razine suicidalnosti, na način da osobe s većom psihološkom boli pokazuju više razine suicidalnosti. Iz Tablice 2. moguće je iščitati kako postoji značajna pozitivna povezanost između suicidalnosti i psihološke boli ($r=0,55$), što potvrđuje prvu istraživačku hipotezu u ovom istraživanju. Osobe sa depresivnom simptomatologijom koje imaju više razine psihološke boli sklonije su suicidu od onih s nižim razinama, što je u skladu s očekivanjima. Nadalje, drugi istraživački problem govori o povezanosti između razine depresivnosti i suicidalnosti, pri čemu hipoteza nalaže kako postoji povezanost, na način da osobe s višom razinom depresivnosti pokazuju i višu razinu suicidalnosti. Između ova dva konstrukta postoji značajna pozitivna povezanost ($r=0,64$)(Tablica 2.), što potvrđuje i drugu istraživačku hipotezu. Samim time, dobiven je i

odgovor na drugi istraživački problem, iz dobivenih rezultata moguće je zaključiti kako su osobe s višom razinom depresivnosti sklonije suicidu od onih s nižom razinom. Treći istraživački problem odnosi se na povezanost između zdravstvene kvalitete života i suicidalnosti. Budući da je zdravstvena kvaliteta života u ovom istraživanju određena s dvije subskale, provjerena je razina povezanosti između objiju subskala i suicidalnosti (Tablica 2.). Između subskale emocionalne dobrobiti i suicidalnosti postoji značajna negativna povezanost ($r=-0,61$). Subskala generalnog zdravlja također je značajno negativno povezana sa suicidalnošću ($r=-0,38$). Stoga je moguće zaključiti kako postoji značajna negativna povezanost između zdravstvene kvalitete života i suicida, čime je potvrđena i treća hipoteza. Osobe oboljele od depresivnog poremećaja koje imaju bolju zdravstvenu kvalitetu života manje su sklone suicidu, u odnosu na one s lošijom zdravstvenom kvalitetom života.

Tablica 3. Prikaz koeficijenta multiple korelacije i koeficijenta determinacije (N=73)

R	R ²	Prilagođeni R ²	F	p
,713	,508	,479	17,559	,000

Kako bi se odgovorilo na četvrti, posljednji istraživački problem, koji se odnosi na mogućnost predviđanja razine suicidalnosti na temelju psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života, provedena je višestruka regresijska analiza. Iz Tablice 3. vidljivo je kako model s 4 prediktora objašnjava ukupno 50,8% varijance kriterija. Odnosno, kako je na temelju psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života moguće objasniti 50,8% pokušaja suicida na uzorku sudionika ovog istraživanja. Testiranjem značajnosti koeficijenta determinacije model se pokazao značajnim $F=17,56$ uz $p<0,01$.

Tablica 4. Prikaz nestandardiziranih (*b*) i standardiziranih (β) koeficijenata analiziranih prediktora (psihološka bol, depresivnost, emocionalna dobrobit i generalno zdravlje) uz rezultate testiranja njihove značajnosti ($N = 73$)

	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
	B	Standardna pogreška	β		
(Konstanta)	48,459	8,039		6,028	,000
Psihološka bol	,208	,216	,118	,961	,340
Depresivnost	,636	,254	,330	2,503	,015
Emocionalna dobrobit	-,240	,074	-,340	-3,253	,002
Generalno zdravlje	-,049	,063	-,074	-,769	,444

Nadalje, iz Tablice 4. vidljivo je koliko svaki pojedini prediktor doprinosi objašnjenju ukupne varijance kriterija. Samo depresivnost ($\beta=0,33$, $p<0,05$) i emocionalna dobrobit ($\beta=-0,34$, $p<0,05$) značajno doprinose predviđanju suicidalnosti, dok su se psihološka bol ($\beta=0,12$, $p>0,05$) i generalno zdravlje ($\beta=-0,07$, $p>0,05$) pokazali neznačajnima u predviđanju. Ovime je potvrđena peta hipoteza koja govori o značajnosti razine depresivnosti u predviđanju razine suicidalnosti. Osobe s višom razinom depresivnosti su u povećanom riziku da će počinuti suicid u odnosu na one s nižom razinom. Budući da samo subskala emocionalna dobrobit, od dvije subskale korištene za opisivanje zdravstvene kvalitete života, značajno doprinosi predviđanju razine suicidalnosti, djelomično je potvrđena šesta hipoteza, prema kojoj zdravstvena kvaliteta života doprinosi predviđanju razine suicidalnosti. Subskala emocionalna dobrobit moguće se pokazala važnijom u ovom istraživanju zbog same prirode ispitanika i njihovih dijagnoza, dok subskala generalno zdravlje nije značajno doprinijela predviđanju. Naposljetku, hipoteza o doprinosu psihološke boli u predviđanju razine suicida nije potvrđena. Prema visokoj povezanosti depresivnosti i psihološke boli ($r=0,71$)(Tablica 2.) moguće je zaključiti kako ta dva prediktora vjerojatno objašnjavaju isti dio varijance kriterija, zbog čega se doprinos psihološke boli nije pokazao značajnim.

Tablica 5. Prikaz koeficijenta multiple korelacije i koeficijenta determinacije za svaki od tri bloka u hijerarhijskoj regresijskoj analizi (N=73)

Model	R	R ²	Prilagođeni R ²	F	p
1	,544	,296	,286	29,827	,000 ^b
2	,648	,420	,404	25,393	,000 ^c
3	,713	,508	,479	17,559	,000 ^d

Kako bismo odgovorili na posljednju istraživačku hipotezu u ovom istraživanju, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Hipoteza se odnosi na bolju mogućnost predviđanja razine suicidalnosti temeljem ukupnog doprinosa razina psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života, u odnosu na samo jedan od navedenih problema. U prvom bloku u regresijsku analizu ulazi psihološka bol, koja objašnjava 29,6% varijance kriterija, a model je značajan $F=29,83$, uz $p<0,01$. Stoga je temeljem razina psihološke boli moguće predvidjeti 29,6% pokušaja suicida. U drugom bloku, uz psihološku bol, u analizu ulazi i depresivnost, ova dva prediktora zajedno objašnjavaju 42% varijance kriterija ($F=25,39$, $p<0,01$), odnosno 42% pokušaja suicida moguće je predvidjeti temeljem razina psihološke boli i depresivnosti. U trećem, i posljednjem, bloku u analizu ulazi i zdravstvena kvaliteta života, postotak objašnjene varijance kriterija raste na 50,8% i krajnji model je značajan $F=17,56$ uz $p<0,01$ (Tablica 5.). Posljednji blok u hijerarhijskoj regresijskoj analizi jednak je višestrukoj regresijskoj analizi prikazanoj i objašnjenoj u Tablici 3.

Tablica 6. Prikaz nestandardiziranih (b) i standardiziranih (β) koeficijenata analiziranih prediktora (psihološka bol, depresivnost, emocionalna dobrobit i generalno zdravlje) uz rezultate testiranja njihove značajnosti u svakom od tri bloka u hijerarhijskoj regresijskoj analizi ($N = 73$)

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	p
		B	Standardna pogreška	β		
1	(Konstanta)	22,903	5,507		4,159	,000
	Psihološka bol	,953	,175	,544	5,461	,000
2	(Konstanta)	27,771	5,185		5,356	,000
	Psihološka bol	,322	,228	,184	1,415	,161
	Depresivnost	,971	,250	,504	3,880	,000
3	(Konstanta)	48,459	8,039		6,028	,000
	Psihološka bol	,208	,216	,118	,961	,340
	Depresivnost	,636	,254	,330	2,503	,015
	Emocionalna dobrobit	-,240	,074	-,340	-3,253	,002
	Generalno zdravlje	-,049	,063	-,074	-,769	,444

U tablici 6. prikazani su nestandardizirani (B) i standardizirani (β) koeficijenti za svaki od prediktora u svakom koraku hijerarhijske regresijske analize. U prvom bloku psihološka bol, kao jedini prediktor, značajno doprinosi predviđanju suicida ($\beta = 0,55$, $p < 0,01$). Kad u analizu uključimo i depresivnost, β koeficijent psihološke boli opada i postaje neznačajan ($\beta = 0,18$, $p > 0,05$), dok je za depresivnost $\beta = 0,50$, uz $p < 0,01$. Ovakva situacija moguća je, kao što smo već ranije napomenuli, zbog visoke povezanosti između psihološke boli i depresije. Posljednji blok u ovoj analizi jednak je višestrukoj regresijskoj analizi prikazanoj u Tablici 4., stoga ćemo samo ukratko opisati promjene koje su vidljive u kretanju veličine β koeficijenata. U posljednjem bloku u analizu ulazi i zdravstvena kvaliteta života, zbog povećanja broja prediktora, β koeficijent depresivnosti opada, no ostaje značajan ($\beta = 0,33$, $p < 0,01$). Vrijednost β koeficijenta psihološke boli opada još više u odnosu na prvi i drugi blok te ostaje neznačajan ($\beta = 0,12$, $p > 0,05$). Što se tiče zdravstvene kvalitete života, kao što smo već ranije

naveli, β koeficijent za subskalu emocionalna dobrobit pokazao se značajnim ($\beta=-0,34$, $p<0,01$), dok je za subskalu generalnog zdravlja neznačajan ($\beta=-0,74$, $p>0,05$).

Rasprava

Cilj provedenog istraživanja bio je utvrditi uspješnost predviđanja vjerojatnosti suicida na temelju psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života kod osoba s depresivnim poremećajem. Uz to, nastojalo se utvrditi može li se temeljem zajedničkog pojavljivanja ovih varijabli bolje predvidjeti vjerojatnost suicida, nego li temeljem samo jedne od njih. U tu svrhu provjerene su korelacije između suicida i psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života te su provedene višestruka i hijerarhijska regresijska analiza.

Prvim problemom ovog istraživanja nastojalo se odrediti povezanost između psihološke boli i suicidalnosti na uzorku osoba s depresivnim poremećajem. Olié i suradnici (2010) u svom istraživanju navode kako osobe koje su pokušale počiniti suicid osjećaju jaču psihološku bol, u usporedbi s onima koje to nisu pokušale. Shodno tome, zaključuju i kako postoji povezanost između psihološke boli i jačine te učestalosti suicidalnih misli. Slične zaključke donosi i Shneidman (1885; prema Tossani, 2013) koji je proučavanjem oprostajnih pisama otkrio kako osobe u njima često navode kako više ne mogu podnijeti tu „bol“. Kada bol postane neizdrživa, ljudi više ne vide izlaz te se javljaju suicidalne ideje. Prema rezultatima ovog istraživanja psihološka bol i suicid kod osoba s depresivnim poremećajem pokazuju srednju pozitivnu povezanost. Ovime je potvrđena prva hipoteza, a rezultati su u skladu s očekivanjima temeljenima na dosadašnjim istraživanjima. Moguće je zaključiti kako će osobe s više simptoma psihološke boli ili s težim simptomima vjerojatnije pokušati suicid od onih koji ne osjećaju tako jake simptome ili kod kojih ti simptomi nisu toliko učestali. Simptomi psihološke boli mogu se okarakterizirati kao neugodni ili neizdrživi osjećaji koji proizlaze iz osjećaja vlastite nesposobnosti i nedostataka. Do ovakvog stanja kod ljudi najčešće dolazi zbog neuspjeha u ostvarivanju nekih ciljeva, najčešće onih usko povezanih sa zadovoljenjem psiholoških potreba ili zbog gubitka s kojim se osoba ne zna nositi (Meerwijk i Weiss, 2011). Nadalje, Conejero i suradnici (2018) navode kako je psihološka bol jača kod osoba koje su pokušale počiniti suicid, nego kod osoba s depresivnim poremećajem. Čak i kad je razina depresivnih simptoma jednaka, osobe koje su pokušale počiniti suicid iskazuju kako osjećaju više psihološke boli.

Prethodno navedeni nalaz Conejera i suradnika (2018) dovodi nas do drugog problema ovog istraživanja, koji je bio opisati povezanost razine depresivnosti i suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem. Prema Takahashi (1993; prema Takahashi, 2001) uzrok smrti kod jedne od šest osoba s depresivnim poremećajem je upravo suicid, a sam rizik za suicid nekoliko je desetaka puta veći nego kod ostatka populacije. Guze i Robins (1970) navode kako između 12 i 19% osoba s depresivnim poremećajem uspješno izvrši suicid. Iz nalaza prethodno navedenih autora može se zaključiti kako petina osoba s depresivnim poremećajem u nekom trenutku života smrt vidi kao jedini izlaz. Budući da se ovdje radi samo o uspješno počinjenom suicidu, nedvojbeno je kako je stvarna brojka i puno veća. Povezanost između suicida i depresivnosti neporeciva je te o njoj svjedoče brojne studije pa tako i ova. Na uzorku ispitanika u ovom istraživanju povezanost između depresivnosti i suicida pokazala se srednje jakom te pozitivnom, čime je potvrđena druga hipoteza i dobiven je odgovor na drugi problem. Osobe s jačim simptomima depresivnosti vjerojatnije će pokušati počinuti suicid od onih sa slabijim intenzitetom i/ili frekvencijom simptoma. Simptomi depresije mogu se očitovati kao prisutnost tužnog, ispraznog ili razdražljivog raspoloženja, slabosti, sumnje u sebe, osjećaja bezvrijednosti, tjeskobe, nedostatka energije, poremećaja sa spavanjem, itd. (Hautzinger, 2002). Sve ove promjene u osobi izazivaju osjećaj bespomoćnosti i opće obeshrabrenosti, stoga i ne čudi kako velik dio osoba s depresivnim poremećajem na kraju podleže pritisku i okrene se suicidu, kao jedinoj opciji u kojoj vide izlaz.

Sljedeći problem ovog istraživanja bio je opisati povezanost zdravstvene kvalitete života sa razinom suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem. Prema nekim istraživanjima osobe s depresivnim poremećajem pokazuju značajno lošije funkcioniranje u svojim ulogama, fizičkom i psiho-socijalnom aspektu od onih sa kroničnim bolestima, čak i kad se kontrolira utjecaj fizičkih bolesti (Wells i sur., 1989; Ormel i sur., 1994). Nadalje, faktori poput rase, etniciteta, bračnog statusa, obrazovanja, zaposlenja i mjesečnih primanja povezani su sa zdravstvenom kvalitetom života, a ubrajaju se i u rizične faktore za suicid. Shodno tome, Benson i suradnici (2021) zaključuju kako kod osoba s depresivnim poremećajem, postoji pozitivna povezanost između lošije zdravstvene kvalitete života te snažnijeg iskazivanja suicidalnih ideja. Rezultati ovog istraživanja pokazuju srednje jaku, negativnu korelaciju subskale emocionalne dobrobiti i suicida te relativno slabu, negativnu korelaciju subskale generalnog zdravlja i suicida. Korelacije su negativne zbog izračunavanja ukupnih rezultata, na način da veći rezultat na upitniku zadovoljstva životom u ovom istraživanju pokazuje bolju kvalitetu života. Ovime je potvrđena treća hipoteza te je dobiven

odgovor na treći istraživački problem. Osobe s lošijom zdravstvenom kvalitetom života pokazuju veći rizik, odnosno sklonost suicidu od osoba koje imaju bolju zdravstvenu kvalitetu života. Ovakav nalaz potvrđuje i istraživanje Min i Min (2015) koji u svom istraživanju navode kako osobe koje su imale suicidalne ideje ili pokušaje imaju značajno nižu zdravstvenu kvalitetu života, od osoba koje nisu imale takva iskustva. Nadalje, pokazalo se i kako osobe koje su izrazile i suicidalne ideje i pokušaje imaju najnižu zdravstvenu kvalitetu života, nakon njih slijede osobe koje su izrazile samo suicidalne ideje. Dok, oni koji nisu izrazili ni suicidalne ideje ni pokušaje imaju najvišu zdravstvenu kvalitetu života.

Posljednji istraživački problem bio je ispitati doprinos psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života u predviđanju razine suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem. Kako bismo mogli odgovoriti na njega postavljene su četiri istraživačke hipoteze, koje će u nastavku biti prikazane redom, nakon čega ćemo se osvrnuti na problem u cijelosti.

Četvrta istraživačka hipoteza u ovom radu odnosi se na određivanje doprinosa psihološke boli u predviđanju razine suicida. Većina dosadašnjih istraživanja bavila se isključivo povezanošću psihološke boli i suicida, no ne i samom predikcijom, stoga su naša očekivanja nastala djelomično temeljem rezultata istraživanja o povezanosti, a djelomično logičkim zaključivanjem. Primjerice Schnideman (1985; prema Tossani, 2013) u svom istraživanju navodi kako je psihološka bol često i glavni razlog zašto osobe počine suicid. Prema rezultatima višestruke regresijske analize, u ovom istraživanju, psihološka bol ne doprinosi značajno predviđanju razine suicida te je četvrta hipoteza odbačena. Temeljem značajne povezanosti i same prirode konstrukata očekivalo se kako će psihološka bol, u ovom istraživanju, značajno doprinijeti predviđanju, na način da će osobe s višom psihološkom boli imati i više razine suicidalnosti. Ipak, ovakav rezultat moguć je, kao što smo i prethodno opisali u poglavlju *Rezultati*, zbog visoke međusobne povezanosti psihološke boli i depresije. Lester (2000) u svom istraživanju navodi kako su i trenutni i najviši stupanj psihološke boli povezani s težinom depresivnih simptoma. Shodno tome, visoka povezanost ova dva konstrukta bila je očekivana, no nije očekivano kako će oba konstrukta objašnjavati isti dio vjerojatnosti rizika od suicida. Važnost psihološke boli u predviđanju rizika od suicida potvrđuje i naknadno provedena hijerarhijska analiza, gdje je psihološka bol značajno predviđala vjerojatnost suicida u prvom koraku. Ipak, kad joj se u drugom koraku pridruži razina depresivnost, postaje neznačajna te joj β koeficijent opada.

Sljedeća hipoteza odnosila se na doprinos razine depresivnosti u predviđanju razine suicidalnosti, a temeljem dosadašnjih istraživanja očekivao se značajan doprinos, na način da će osobe s višom razinom depresivnosti biti sklonije suicidu. Ovakva očekivanja nastala su u skladu s dosada provedenim istraživanjima. Jedno od njih je istraživanje Arsenault-Lapierre i suradnika (2004) prema kojem je čak 87,3% osoba koje su počinile suicid imalo neki psihički poremećaj. Najčešće kategorije poremećaja bile su afektivni poremećaji (43,2%), u koje spada depresija i poremećaji povezani sa zlouporabom sredstava ovisnosti (25,7%), koji se također često povezuju s depresivnim simptomima. Nadalje, Marčinko i suradnici (2011) u svom istraživanju zaključuju kako je psihijatrijski poremećaj koji nosi najveći rizik od suicida bipolarni afektivni poremećaj (15-18% rizika), a slijede ga alkoholizam i depresija (10-15% rizika). Rezultati ovog istraživanja u skladu su s očekivanjima te je u skladu s tim potvrđena i peta hipoteza. Može se reći kako rezultati u ovom istraživanju pokazuju značajan doprinos razine depresivnosti u predviđanju rizika od suicida na uzorku osoba s depresivnim poremećajem.

Šesta hipoteza odnosila se na doprinos zdravstvene kvalitete života u predviđanju razine suicidalnosti. Očekivalo se kako će zdravstvena kvaliteta života značajno doprinijeti u predviđanju suicidalnosti kod osoba s depresivnim poremećajem. Budući da dosadašnja istraživanja najviše istražuju povezanost ova dva pojma te ne spominju prediktivnu vrijednost zdravstvene kvalitete života u ovom kontekstu, ova su očekivanja nastala dijelom iz rezultata o povezanosti, a dijelom logičkim zaključivanjem. Mogućnost predviđanja razine suicidalnosti temeljem zdravstvene kvalitete života spominju jedino Min i Min (2015), koji u svom istraživanju navode kako postoji mogućnost određivanja ozbiljnosti suicidalnog ponašanja pomoću upitnika zdravstvene kvalitete života. Rezultati ovog istraživanja djelomično su u skladu s očekivanjima. Budući da je zdravstvena kvaliteta života u ovom istraživanju izražena kroz dvije subskale Upitnika SF-36, emocionalnu dobrobit i generalno zdravlje, promatrao se doprinos za svaku subskalu. Emocionalna dobrobit pokazala se značajnom u predviđanju suicidalnosti kod depresivnih osoba, dok generalno zdravlje nije dalo značajan doprinos. Stoga, možemo reći kako je šesta hipoteza djelomično potvrđena te kako se temeljem zdravstvene kvalitete života tek djelomično može predvidjeti razina suicidalnosti kod depresivnih osoba. Ipak, ovaj nalaz treba promatrati sa zadržkom, budući da u istraživanje nije uključeno svih 8 dimenzija zdravstvene kvalitete života koliko se može izmjeriti Upitnikom SF-36, no više o tome opisat će se u dijelu *Ograničenja i doprinosi istraživanja*.

Posljednja hipoteza u ovom istraživanju ispitivala je u kojoj će mjeri osobe s većom psihološkom boli, višom razinom depresivnosti i lošijom zdravstvenom kvalitetom života vjerojatnije (pokušati) izvršiti suicid od osoba koje se nose samo s jednim od navedenih problema. Marčinko i suradnici (2011) navode kako propadajuće zdravlje i narušena zdravstvena kvaliteta života mogu dovesti do poremećaja raspoloženja te sekundarnog nastanka depresivnog poremećaja te kako, uz psihičke poremećaje i tjelesne bolesti i nedostaci mogu biti rizičan čimbenik za pokušaj suicida. Isto tako, zdravstvenu kvalitetu života moguće je definirati i kao izostanak depresije, budući da su neki od pokazatelja depresije upravo nemogućnost normalnog funkcioniranja te nedostaci u socijalnoj i psihološkoj dobrobiti (Kaplan i Hays, 2022). Nadalje, Lester (2000) u svom istraživanju navodi kako su trenutni i najviši stupanj psihološke boli povezani s težinom depresivnih simptoma, a postoje i indikacije kako je psihološka bol za vrijeme depresivne epizode gora od bilo koje fizičke boli koju osoba može iskusiti. Temeljem prikazanih istraživanja, koja potvrđuju povezanost psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života međusobno, a isto tako i sa suicidom, očekivalo se kako će predviđanje suicida biti to bolje što se više konstrukata doda u analizu. Ovakva očekivanja potvrđena su rezultatima ovog istraživanja, dodavanjem više varijabli u analizu, postotak objašnjene varijance rastao je, čime je potvrđena posljednja hipoteza. Može se zaključiti kako se temeljem psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života zajedno može bolje predvidjeti razina suicidalnosti, nego li temeljem samo jedne od ovih varijabli.

Ograničenja i doprinosi istraživanja

Ovo istraživanje nije bez nedostataka i pojedinih ograničenja, prvo, a moguće i najvažnije jest veličina i priroda uzorka. Naime, uzorak je prikupljen u samo jednoj zagrebačkoj bolnici, dobrovoljnim sudjelovanjem hospitaliziranih na odjelu za afektivne poremećaje, što ga čini prigodnim. Samim time, rezultati se ne mogu generalizirati na sve osobe oboljele od depresivnog poremećaja u Hrvatskoj. Budući da se u ovom istraživanju radilo o osjetljivoj populaciji, odlučeno je kako je za analizu dovoljan minimalan broj sudionika. Za provedbu regresijske analize preporučeno je imati 10 do 15 sudionika po prediktoru. U ovom istraživanju bilo je četiri prediktora, a uzorak čine 73 osobe, čime je ova pretpostavka zadovoljena. Ipak, veličina uzorka je premala kako bi se mogli donositi zaključci za cijelu populaciju. Buduća istraživanja svakako bi trebala uključiti veći broj ispitanika kako bi se mogli donijeti snažniji zaključci. Nadalje, svi podatci u ovom istraživanju prikupljeni su

papir – olovka metodom te samoiskazom, čime je sudionicima omogućeno davanje socijalno poželjnih odgovora te je upitna njihova objektivnost u procjenjivanju. Također, moguće je i da je priroda samih pitanja kod dijela sudionika izazvala potrebu da se prikažu u boljem svjetlu, a kod drugih da svoje stanje prikažu lošijim nego što zapravo je. Što se tiče papir – olovka metode, sudionici su zbog ovakvog načina prikupljanja podataka mogli preskakati pitanja, ispunjavati upitnik kroz nekontroliran period vremena te u različitim uvjetima, što je također moglo utjecati na njihovu procjenu. Također, ovdje se radilo o jednokratnom istraživanju, sudionici su davali svoje procjene u samo jednoj točki vremena. Kako bi se omogućili snažniji zaključci te eventualna kauzalnost za buduća istraživanja, preporuča se korištenje longitudinalnih istraživanja, na taj način omogućila bi se procjena sudionika kroz različite periode depresivnog poremećaja. Naposljetku, u ovom istraživanju koristile su se samo dvije od osam dimenzija zdravstvene kvalitete života koliko je moguće izmjeriti upitnikom SF-36. Iako su izabrane emocionalna dobrobit i generalno zdravlje, za koje smatramo kako dobro prikazuju cjelokupan konstrukt, za potpuniju analizu potrebno je uzeti u obzir svih osam dimenzija.

Ovim istraživanjem pokušalo se doprinijeti boljem razumijevanju tematike suicida kod depresivnih osoba. Koliko nam je poznato ovakvo istraživanje dosad nije provedeno na prostoru Republike Hrvatske te ne postoji istraživanje koje kombinira prediktore korištene u ovom istraživanju. Rezultatima ovog istraživanja dodatno je objašnjen pojedinačni doprinos psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života u predviđanju suicida, kao i doprinos ovih prediktora zajedno.

Zaključak

Postotak suicida u Republici Hrvatskoj i u svijetu zabrinjavajuć je, a još je veći kad se radi o osobama s psihičkim poremećajima. Stoga se ovim istraživanjem nastojalo doprinijeti objašnjavanju mogućih uzroka suicida na uzorku osoba s depresivnim poremećajem te otkriti na koje bi se načine i uz pomoć kojih mjera mogle predvidjeti suicidalne ideje i pokušaji. Rezultati ovog istraživanja djelomično su bili u skladu s očekivanjima. Dobivene su značajne korelacije između sva tri prediktora: psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života i suicida. Nadalje, psihološka bol pokazala se kao značajan faktor u predviđanju suicida kad je iz analize izuzeta depresivnost, no u kombinaciji ova dva faktora jedino se depresivnost pokazala značajnom. Ovakav nalaz vjerojatno je rezultat visoke povezanosti ova dva konstrukta, zbog čega oni posljedično objašnjavaju isti dio varijance suicida. Uz to, zdravstvena kvaliteta života samo se djelomično pokazala kao značajan faktor u predviđanju vjerojatnosti suicida. Subskala emocionalne dobrobiti značajno doprinosi predviđanju, dok subskala generalnog zdravlja ne doprinosi značajno. Ipak, kako bi se ovakav nalaz mogao uopćiti, potrebno je uključiti svih osam dimenzija zdravstvene kvalitete života u analizu. Naposljetku, rezultati su pokazali kako se kombinacijom psihološke boli, depresivnosti i zdravstvene kvalitete života može bolje predvidjeti razina suicida kod osoba s depresivnim poremećajem, nego temeljem samo jednog od ovih prediktora.

Literatura

- Američka psihološka udruga. (2018a). APA Dictionary od psychology: Suicide, <https://dictionary.apa.org/suicide> . Pristupljeno: 11.12.2023.
- Američka psihološka udruga. (2018b). APA Dictionary od psychology: Suicidal ideation, <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation> . Pristupljeno: 11.12.2023.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: peto izdanje*. Naklada Slap.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. i Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Benson, C., Singer, D., Carpinella, C. M., Shawi, M. i Alphs, L. (2021). The health-related quality of life, work productivity, healthcare resource utilization, and economic burden associated with levels of suicidal ideation among patients self-reporting moderately severe or severe major depressive disorder in a national survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 111-123. <https://doi.org/10.2147/NDT.S22953>
- Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9, 342–362.
- Campos, R.C., Holden, R.R. i Santos, S. (2018). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 407-417. <https://doi.org/10.1002/jclp.22518>
- Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D. i Courtet, P. (2018). Psychological pain, depression and suicide: Recent evidences and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>
- Cuijpers, P. i Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies, *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-36. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00413-x](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00413-x)
- Čekić, E. (2021). Definicija i procjena duševne boli. *Pregled: časopis za društvena pitanja*, 46(2), 87-100. <https://doi.org/10.48052/19865244.2021.2.87>
- Daly, E.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Gaynes, B.N., Warden, D., Morris, D.W., Luther, J.F., Farabaugh, A., Cook, I. i Rush, A.J. (2010). Health-related quality of life in depression: A STAR*D report. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22, 43-55.
- Ducasse, D., Holden, R.R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P. i Olié, E. (2017). Psychological pain in suicidality: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79 (3). <https://doi.org/10.4088/jcp.16r10732>
- Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R. i Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 35-40.

- Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E. i Larson, J.L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Hrabak-Žerjavić, V., Silobrčić Radić, M., Folnegović-Šmalc, V. i Mimica, N. (2004). Javnozdravstveno značenje depresivnih poremećaja. *Medicus*, 13, 11-17.
- Hautzinger, M. (2002). *Depresija*. Naklada Slap.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2023). Samoubojstva u Hrvatskoj, 2023, <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvrsena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2023/>. Pristupljeno: 22.11.2023.
- Goldney, R.D., Fisher, L.J., Wilsonand, D.H. i Cheok, F. (2001). Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Medical Journal of Australia*, 175(10), 546-549. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143717.x>
- Goodwin, F.K. i Jamison, K.R. (1990). Manic depressive illness. *New York, NY: Oxford Press*, 44, 135-230.
- Guze, S.B. i Robins, E. (1970). Suicide and primary affective disorder. *Journal of Psychiatry*, 117, 437–438.
- Joffe, W. G. i Sandler, J. (1967). On the concept of pain, with special reference to depression and psychogenic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 69–75.
- Kaplan, R.M. i Hays, R.D. (2022). Health- related quality of life measurment in public health. *Annual Review of Public Health*, 43, 355-373. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052120-012811>
- Kline, T. J. (2005). Psychological testing: A practical approach to design and evaluation. Sage publications. <https://doi.org/10.4135/9781483385693>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. i Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
- Lee, Y., Lui, L.M.W., Chen-Li, D., Liao, Y., Mansur, R.B., Brietzke, E. i suradnici. (2021). Government response moderates the mental health impact of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of depression outcomes across countries. *Journal of Affective Disorders*, 290, 364–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.050>
- Lester, D. (2000). Psychache, depression and personality. *Psychological Reports*, 87 (3). <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.3.940>
- Marčinko, D. i suradnici (2011). *Suicidologija*. Medicinska naklada.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, D., Moran, P., O'Connor, R.C., Tilling, K., Wilkinson, P. i Gunell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*, 6, 327–37. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- McIntyre R.S. i Lee Y. (2020). Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 19, 250–251. <https://doi.org/10.1002/wps.20767>

- Mee, S., Bunney, B.G., Bunney W.E., Hetrick, W., Potkin S.G i Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1504-1510. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011>
- Meerwijk, E. L. i Weiss, S. J. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss & Trauma*, 16(5), 402–412. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>
- Miko, I. (2015). *Etiologija depresije* (Diplomski rad). Medicinski fakultet, Sveučilište u Zgrebu. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:496070>
- Min, J. i Min, K. (2015). Suicide behaviors and health-related quality of life: results from the korean community health survey of 393,073 adults. *Journal od Psychiatry*, 18(1). <http://dx.doi.org/10.4172/Psychiatry.1000214>
- Mindojević Drakulić, A. (2013). *Suicid: fenomenologija i psihodinamika*. Medicinska naklada.
- Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C. i Williams, D.R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P. i Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 226-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P. i Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life - Threatening Behaviour*, 33, 219–30. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>
- Ormel, J., VonKorf, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A. i Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22), 1741-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220035028>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, R., Martinotti, G., Di Giannantonio, M. i De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry Investig*, 17(3), 207-221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Pajić, V. i Orešković, S. (2022) An exploratory analysis of fifteen years suicide trends using population-level data from Croatian committed suicides registry. *Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.857284>
- Palmer, S. (2008). *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention*. Routledge.
- Papić, M. (2008). *Poslovna statistika*. Skripta.

- Roy, A. (1993). Features associated with suicide attempts in depression: a partial replication. *Journal of Affective Disorders*, 27, 35–38.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29, 287–294.
- Šagud, M., Bajs Janović, M., Vuksan Ćusa, Z., Jakšić, N., Bagarić Krakan, L., Begić, D., Grubišin, J., Janović, Š., Jevtović, S., Kosanović Rajačić, B., Mamić, G., Kudlek Mikulić, S., Marčinko, D., Mihaljević Peleš, A., Šeparović Lisak, M., Štimac, Z., Živković, M., Vuksan Ćusa, B. i Wang, W. (2023). Depression and stress levels in patients with different psychiatric disorders during concurrent early-phase COVID-19 pandemic and earthquake in Croatia. *BMC Psychiatry*, 23, 798-808. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05302-w>
- Takahashi, Y. (2001). Depression and suicide. *Japan Medical Association Journal*, 40(8), 359-363.
- Tossani, E. (2013). The concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82 (2), 67-73. <https://doi.org/10.1159/000343003>
- Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D., O'Connor, R.C., Oquendo, M.A., Pirkis, J. i Stanley, B.H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers* 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Verrocchio, M.C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M. i Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Front Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Naklada slap.
- Ware, J.E. i Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey: I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. i Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03430070062031>
- World Health Organization (WHO). (2023). Suicide, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> . Pristupljeno: 6.11.2023.

Prilozi

Prilog 1. Upitnik o zdravlju pacijenta (PHQ-9) (Kroenke i sur., 2001)

		Uopće ne	Nekoliko dana	Više od polovine navedenih dana	Skoro svaki dan
1.	Smanjen interes ili zadovoljstvo u obavljanju uobičajenih stvari				
2.	Imali ste osjećaj potištenosti, depresije ili beznađa?				
3.	Teško ste zaspali, ili ste loše spavali, ili ste pak previše spavali.				
4.	Osjećaj umora ili nedostatka energije				
5.	Bili ste oslabljenog apetita ili se prejedali.				
6.	Loš osjećaj u svezi sebe samog – ili da niste uspjeli u životu, ili da ste iznevjerili sebe ili svoju obitelj.				
7.	Poteškoće s koncentracijom, npr. prilikom čitanja novina ili gledanja televizije				
8.	Kretali ste se ili razgovarali usporeno tako da su to mogli i drugi primijetiti? Ili naprotiv – bili usplahireni ili nemirni, tako da ste se morali kretati više nego uobičajeno?				
9.	Razmišljali ste kako bi bilo bolje da ste mrtvi ili da se ozlijedite na neki način?				

Ako ste označili neke od navedenih problema, koliko ste se teško zbog njih bavili svojim poslom, brinuli o kućanstvu ili ophodili s drugim ljudima?

Uopće ne teško	Donekle teško	Vrlo teško	Izuzetno teško

Prilog 2. Upitnik suicidalnosti (Suicide screening questionnaire-self rating (SSQ-SR)) (Yook i sur., 2023)

	<i>DOGAĐAJI U POSLJEDNJIH MJESEC DANA</i>	POTPUNO NETOČNO	NETOČNO	TOČNO	POTPUNO TOČNO
1.	Nervozan/na sam zbog financijskih problema (npr. nezaposlenost, bankrot, siromaštvo)				
2.	Nervozan/na sam jer me ne tretiraju jednako ili me zlostavljaju.				
3.	U konfliktu/prekidu/razvodu sam sa partnerom/partnericom ili članom obitelji.				
4.	Patim od kad sam doživio/la nasilje (npr. fizičko, verbalno, seksualno).				
5.	Rijetko upoznajem ljude i većinu dana provodim sam/a.				
6.	Nemam se na koga osloniti u teškim vremenima.				
7.	Frustriran/a sam zbog ponavljajućih neuspjeha u važnim stvarima.				
8.	Beskorisna sam osoba.				
9.	Život mi je očajan.				
10.	Osjećam se tužno ili beznadno.				
11.	Imam česte promjene raspoloženja koje je teško kontrolirati.				
12.	Osjećam se depresivno i letargično u svemu.				
13.	Osjećam se anksiozno i nervozno.				
14.	Imam problema sa spavanjem.				
15.	Teško mi je kontrolirati želju za umiranjem kad pijem alkohol.				
16.	Kad čujem da se netko slavan ili meni poznat ubio i ja želim umrijeti.				
17.	Osjećam potrebu da se ubijem.				
18.	Smrt je jedini izlaz iz moje trenutne situacije.				
19.	Ljudima oko mene bi bilo bolje da me nema.				
20.	Planiram se ubiti.				
	<i>OVO MI SE DESILO:</i>	NIKAD	PRIJE VIŠE OD 12 MJESECI	PRIJE 2 - 12 MJESECI	U POSLJEDNJIH MJESEC DANA
21.	Pokušao/la sam se ubiti.				
22.	Isplanirao/la sam kako, gdje ili kada ću se ubiti.				
23.	Napisao/la sam poruku koja implicira samoubojstvo (npr. oproštajno pismo, dnevnik, post na društvenim mrežama).				

24.	Već sam se ranije pripremio/la za samoubojstvo (npr. provjerio/la sam mjesto, kupio/la alat).				
25.	Na Internetu sam pretraživao/la samoubojstvo ili sam se priključio/la grupama koje se bave samoubojstvom.				

1. Općenito, da li biste rekli da je Vaše zdravlje:

- 1 – odlično
- 2 – vrlo dobro
- 3 – dobro
- 4 – zadovoljavajuće
- 5 – loše

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

- 1 - puno bolje nego prije godinu dana
- 2 - malo bolje nego prije godinu dana
- 3 - otprilike isto kao i prije godinu dana
- 4 - malo lošije nego prije godinu dana
- 5 - puno lošije nego prije godinu dana

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

Ograničava li Vas trenutno Vaše zdravlje u obavljanju tih aktivnosti? Ako da, u kojoj mjeri?

	AKTIVNOST	DA - puno	DA - malo	NE - nimalo
3.	Fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima.			
4.	Pomicanje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl.			
5.	Podizanje ili nošenje torbe s namirnicama.			
6.	Uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova).			
7.	Uspinjanje uz stepenice (jedan kat).			
8.	Saginjanje, klečanje ili pregibanje.			
9.	Hodanje više od 1 kilometra.			
10.	Hodanje oko pola kilometra.			
11.	Hodanje 100 metara.			
12.	Kupanje ili oblačenje.			

Jeste li u protekla 4 tjedna u svom radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima imali neki od sljedećih problema zbog svog fizičkog zdravlja?

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

Jeste li u protekla 4 tjedna 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 ili drugim aktivnostima.		
18.	Obavili ste manje nego što ste željeli.		
19.	Niste obavili posao ili neke druge aktivnosti onako pažljivo kao i obično.		

20. U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima?

1 – uopće ne

2 – u manjoj mjeri

3 – umjereno

4 – prilično

5 – izrazito

21. Kakve ste tjelesne bolove imali u protekla 4 tjedna?

1 – nikakve

2 – vrlo blage

3 – blage

4 – umjerene

5 – teške

6 – vrlo teške

22. U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla 4 tjedna ometali u Vašem uobičajenom radu (uključuju i rad izvan kuće i kućne poslove)?

1 – uopće ne

2 – malo

3 – umjereno

4 – prilično

5 – izrazito

Sljedeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekla 4 tjedna. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali. Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna:

		STALNO	SKORO UVIJEK	DOBAR DIO VREMENA	POVREMENO	RIJETKO	NIKADA
23.	Osjećali puni života?						
24.	Bili vrlo nervozni?						
25.	Osjećali tako potišteni da vas ništa nije moglo razvedriti?						
26.	Osjećali spokojnim i mirnim?						
27.	Bili puni energije?						
28.	Osjećali malodušnim i tužnim?						
29.	Osjećali iscrpljenim?						
30.	Bili sretni?						
31.	Osjećali umorni?						

32. Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjeti prijateljima, rodbini itd.)

1 – stalno

2 – skoro uvijek

3 – povremeno

4 – rijetko

5 – nikada

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.					
34.	Zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem.					
35.	Mislim da će mi se zdravlje pogoršati.					
36.	Zdravlje mi je odlično.					