



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Верољуб М. Вучић

**ПРОЦЕНА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА
КОД БОЛЕСНИКА СА МАЛИГНИМ
БОЛЕСТИМА У ПРИМАРНОЈ
ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2022.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Veroljub M. Vučić

**PROCENA MENTALNOG ZDRAVLJA KOD
BOLESNIKA SA MALIGNIM BOLESTIMA U
PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2022.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Veroljub M. Vucic

**ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH IN
PATIENTS WITH MALIGNANT DISEASES
IN PRIMARY HEALTH CARE**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2022.

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>Аутор</i>
Име и презиме: Верољуб М. Вучић
Датум и место рођења: 11.04.1956. године, Велика Дренова, Трстеник
Садашње запослење: Дом здравља Трстеник
<i>Докторска дисертација</i>
Наслов: Процена менталног здравља код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити
Број страница: 62
Број слика: 30
Број библиографских података: 88
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина. Онкологија.
Ментор/коментор: - проф. др Ивана Живановић-Мачужић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу / - доц. др Александар Даговић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
<i>Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 02.07.2020. године
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-918/19 од 10.12.2020. године
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњеност услова кандидата: <ol style="list-style-type: none">1. проф. др Владимир Јањић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, председник2. доц. др Снежана Радовановић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, члан3. доц. др Владимир Ђорђевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Нишу за ужу научну област Психијатрија са медицинском психологијом, члан
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: <ol style="list-style-type: none">1. проф. др Снежана Радовановић, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, председник2. доц. др Ана Воларевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Когнитивна психологија, члан3. доц. др Владимир Ђорђевић, доцент Медицинског факултета Универзитета у Нишу за ужу научну област Психијатрија са медицинском психологијом, члан
Датум одбране дисертације:

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE

Autor
Ime i prezime: Veroljub M. Vučić
Datum i mesto rođenja: 11.04.1956. godine, Velika Drenova, Trstenik
Sadašnje zaposlenje: Dom zdravlja Trstenik
Doktorska disertacija
Naslov: Procena mentalnog zdravlja kod bolesnika sa malignim bolestima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Broj stranica: 62
Broj slika: 30
Broj bibliografskih podataka: 88
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu
Naučna oblast (UDK): Medicina. Onkologija.
Mentor/komentor: - prof. dr Ivana Živanović-Mačužić, vanredni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu / - doc. dr Aleksandar Dagović, docent Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu
Ocena i odbrana
Datum prijave teme: 02.07.2020. godine
Broj odluke i datum prihvatanja doktorske disertacije: IV-03-918/19 od 10.12.2020. godine
Komisija za ocenu naučne zasnovanosti teme i ispunjenost uslova kandidata: <ol style="list-style-type: none">1. prof. dr Vladimir Janjić, vanredni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Psihijatrija, predsednik2. doc. dr Snežana Radovanović, docent Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Socijalna medicina, član3. doc. dr Vladimir Đorđević, docent Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu za užu naučnu oblast Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, član
Komisija za ocenu i odbranu doktorske/umetničke disertacije: <ol style="list-style-type: none">1. prof. dr Snežana Radovanović, vanredni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Socijalna medicina, predsednik2. doc. dr Ana Volarević, docent Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Kognitivna psihologija, član3. doc. dr Vladimir Đorđević, docent Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu za užu naučnu oblast Psihijatrija sa medicinskom psihologijom, član

IDENTIFIKATION PAGE OF DOCTORAL DISSERTATION

Autor
Name and surname: Veroljub M. Vučić
Date and place of birth: 11.04.1956. Velika Drenova, Trstenik
Current employment: Health Center Trstenik
Doctoral dissertation
Title: Assessment of mental health in patients with malignant diseases in primary health care
No. of pages: 62
No. of images: 30
No. of bibliographic data: 88
Institution and place of work: Faculty of Medical Sciences Universtty of Kragujevac. Kragujevac
Scientific area (UDK): Medicina. Oncology.
Mentor/komentor: - prof. dr Ivana Živanović-Mačužić, associate professor, Faculty of Medical sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Anatomy - doc. dr Aleksandar Dagović, assistant professor, Faculty of Medical sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Oncology
Grade and dissertation defense
Topic Application Date : 02.07.2020.
Decision number and date of acceptance of doctoral/artistic dissertation topic: IV-03-918/19, 10.12.2020.
Commision for evaluacion of scientific meric of the topic and eligibility of the candidate:
<ol style="list-style-type: none">1. prof. dr Vladimir Janjić, associate professor, Faculty of Medical sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Psychiatry, president2. doc. dr Snežana Radovanović, assistant professor of Faculty of Medical sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Social medicine, member3. doc. dr Vladimir Đorđević, assistant professor of Mediactal faculty University of Niš for the narrow scientific field of Psychiatry with medical psychology, member
Commission for evaluation and defense of doctoral:
<ol style="list-style-type: none">1. prof. Dr Snežana Radovanović, associate professor of Faculty of Medical sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Social medicine, president2. doc. dr Ana Volarević, assistant professor of Faculty of Medical sciences, University of Kragujevac for the narrow scientific field of Cognitive psychology, member3. doc. dr Vladimir Đorđević, assistant professor of Mediactal faculty University of Niš for the narrow scientific field of Psychiatry with medical psychology, member
Date of Dissersttation Defense:

ЗАХВАЛНИЦА

Велику захвалност дугујем ментору и коментору, такође захваљујем и другим професорима Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу који су ми својим смерницама и добронамерним сугестијама помогли при изради ове докторске дисертације.

Велику захвалност дугујем и својој породици на подршци да истрајем.

САЖЕТАК

Увод: Циљ ове студије је истраживање повезаности симптома депресивности и анксиозности код пацијената са малигним болестима у примарној здравственој заштити.

Метод: Проспективна опсервациона студија је обухватила одрасле кориснике **примарне** здравствене заштите у Дому здравља Трстеник, Централна Србија, старости 19 и више година, оба пола, са дијагнозом онколошке болести. Као инструмент истраживања за процену симптома депресивности коришћен је упитник PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire), изведен из PRIME MD-and (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders), и Beck Anxiety Scale (BAI) за регистровање присуства одређених симптома анксиозности.

Резултати: Највећи проценат пацијената имао је симптоме благе (27,2%) или умерене депресије (22%), док је 18% пријавило симптоме велике депресије. Сви испитаници су окарактерисани као особе са тешком анксиозношћу (скор 26-63). Ниво депресије и анксиозности је већи код старијих испитаника, у присуству хроничних болести са већим ограничењима и присуством потешкоћа у обављању свакодневних активности, са израженијим дејством бола на активност, присуство стреса.

Закључак: Брига о менталном здрављу пацијената оболелих од малигнух болести мора заузимати значајан део националне здравствене политике сваке земље.

Кључне речи: Ментално здравље, пацијенти са малигним болестима, депресија, анксиозност

SAŽETAK

Uvod: Cilj ove studije je istraživanje povezanosti simptoma depresivnosti i anksioznosti kod pacijenata sa malignim bolestima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Metod: Prospektivna opservaciona studija je obuhvatila odrasle korisnike primarne zdravstvene zaštite u Domu zdravlja Trstenik, Centralna Srbija, starosti 19 i više godina, oba pola, sa dijagnozom onkološke bolesti. Kao instrument istraživanja za procenu simptoma depresivnosti korišćen je upitnik PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire), izveden iz PRIME MD-and (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders), i Beck Anxiety Scale (BAI) za registrovanje prisustva određenih simptoma anksioznosti.

Rezultati: Najveći procenat pacijenata imao je simptome blage (27,2%) ili umerene depresije (22%), dok je 18% prijavilo simptome velike depresije. Svi ispitanici su okarakterisani kao osobe sa teškom anksioznošću (skor 26-63). Nivo depresije i anksioznosti je veći kod starijih ispitanika, u prisustvu hroničnih bolesti sa većim ograničenjima i prisustvom poteškoća u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, sa izraženijim dejstvom bola na aktivnost, prisustvo stresa.

Zaključak: Briga o mentalnom zdravlju pacijenata obolelih od malignih bolesti mora zauzimati značajan deo nacionalne zdravstvene politike svake zemlje.

Ključne reči: Mentalno zdravlje, pacijenti sa malignim bolestima, depresija, anksioznost

ABSTRACT

Background: The aim of this study is to research the association of cancer with the presence of symptoms of depression and anxiety in primary health care patients.

Methods: The prospective observational study which included adult users of health care at the Health Center Trstenik, Central Serbia, aged 19 and over, both sexes, with a diagnosis of oncological disease. A research instrument to assess depressive symptoms is used PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire) questionnaire, derived from PRIME MD-and (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders), and the Beck Anxiety Scale (BAI) to register the presence of certain anxiety symptoms.

Results: The largest percentage of patients had symptoms of mild (27.2%) or moderate depression (22%), while 18% reported symptoms of major depression. All subjects were characterized as persons with severe anxiety (score 26-63). The level of depression and anxiety is higher in older subjects, in the presence of chronic diseases with greater limitations of activity and the presence of difficulties in performing daily activities, with a more pronounced effect of pain on activity, the presence of stress.

Conclusion: Caring for the mental health of cancer patients must occupy a significant part of each country's national health policy.

Key words: Mental health, Cancer Patients, Depression, Anxiety

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	1
1.1. Инциденција и морталитет од малигних неоплазми	2
1.2. Ментално здравље код болесника са малигним болестима	3
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ.....	8
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД.....	9
3.1. Врста студије.....	9
3.2. Популација на којој је вршено истраживање	9
3.3. Узорковање	9
3.4. Инструменти коришћени у току истраживања	9
3.5. Варијабле	10
3.6. Прикупљање података	11
3.7. Снага студије и величина узорка.....	11
3.8. Статистичка обрада података	11
4. РЕЗУЛТАТИ	12
4.1. Социодемографске и здравствене карактеристике испитаника	12
4.2. Процена менталног здравља код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити.....	30
4.3. Скор социјалне подршке код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити	39
4.4. Скор социјалне подршке као предиктор анксиозности и депресивности код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити	43
5. ДИСКУСИЈА	44
6. ЗАКЉУЧАК.....	54
7. ЛИТЕРАТУРА.....	57
8. ПРИЛОГ	
8.1. Упитник за становништво узраста 15 година и више - интервју	
8.2. PHQ -9 (The Patient Health Questionnaire)	
8.3. Бекова скала анксиозности (BAI)	
8.4. Упитник за скор социјалне подршке (Oslo-3 Social Support Scale)	

1. УВОД

Постављање дијагнозе малигне болести и процес савременог и врло комплексног лечења, поред соматских проблема, могу изазвати и веома интензивне емоционалне реакције код болесника, са значајним психолошким последицама. Психолошке реакције оболелих су веома бројне и различите, од уобичајених, пролазних реакција, до озбиљне психопатолошке симптоматологије. Резултати савремених истраживања спроведених у свету указују да се код оболелих од онколошких болести често јављају ментални поремећаји (у форми кормобидитета), при чему су депресивна и анксиозна симптоматологија најчешће (1). Многе студије су показале да постоји снажна повезаност између онколошких болести и симптома депресивности и анксиозности (2) и да отприлике једна трећина особа са онколошким болестима развија и менталне поремећаје, од којих је депресија најчешћа (3, 4, 5, 6, 7). Друге пак студије су откриле повезаност између онколошких болести и повећаних стопа анксиозних поремећаја (8).

Поремећаји менталног здравља су у директној вези са нивоом инвалидности, напредовања болести, присуством бола и пратећих споредних ефекта одређених хемотерапијских лекова, туге због тренутних и очекиваних губитака, страха од дијагностичких и терапијских процедура и страха од смрти (9). Како значајан део пацијената са онколошким болестима у различитим фазама тока своје болести развија менталне поремећаје, потребна је правовремена и тачна дијагноза и адекватно лечење коморбидних менталних поремећаја у настојању да се не само повећа квалитет живота већ и смање штетни ефекти тих поремећаја на ефикасност лечења, дужину боравка у болници и прогнозу саме болести. Упркос томе што односи између онколошких болести и менталних поремећаја могу варирати (зависно од тока, стадијума и прогнозе саме болести), чињеница је да су онколошке болести снажније повезане са депресивношћу и анксиозношћу него било које друге болести. Такође, ментални поремећаји могу уследити из готово свих врста онколошких болести и да њихово постојање може допринети слабијем придржавању прописаним терапијским третманима, погоршању квалитета живота и повећању смртности (10).

Резултати студија указују на чињеницу да оболели од малигнух болести са менталним поремећајима обично не добијају адекватан третман, упркос постојању ефикасних психоонколошких интервенција, посебно за честе проблеме попут депресивности и анксиозности. Разлог најчешће представља уобичајена пракса да ментални поремећаји код ових болесника често остају препознати од стране здравствених радника, најчешће под клиничком сликом симптома основне болести или токсичних ефеката лечења попут умора, губитка апетита, проблема са спавањем, мучнином и повраћањем и могу лоше утицати на сарадњу и прихватање лечења, функционалну и когнитивну способност болесника, квалитет њиховог живота, опоравак и преживљавање (11).

Стога ова студија има за циљ да испита потенцијалне везе онколошких болести и менталног здравља код пацијената у примарној здравственој заштити. Односи између депресивности и анксиозности код онколошких болесника, нису у потпуности истражени у Србији, што доприноси актуелности овог истраживања. Резултати истраживања могу допринети развијању јасних смерница за решавање проблема менталног здравља код онколошких пацијената које је неопходно за обезбеђивање квалитетне неге и лечења ових пацијента и смањење ризика за лош квалитет живота и прерану смртност.

1.1. Инциденција и морталитет од малигнух неоплазми

Малигне неоплазме су препознате као глобални социјалномедицински проблем. Са 24,5 милиона случајева карцинома широм света и 9,6 милиона смртних случајева од малигнух болести и порастом просечних годишњих стандардизованих стопа према полу и старости за све врсте карцинома заједно у многим државама света, малигне неоплазме су заиста глобални здравствени проблем. Највиши пораст инциденце карцинома догодио се у земљама средње развијености. У земљама са ниским и средњим развојем, старење и промене у стопи инциденције доприносе једнако (по 12%), а у земљама са средњим и високим нивоом развијености, повећана инциденција углавном је узрокована старењем становништва. Карцином заузима друго место у рангирању глобалних смртних случајева и спада међу два водећа водећа узрока смрти. Ова промена у оптерећењу болестима због демографских и епидемиолошких транзиција има важне импликације на здравствену политику: обезбеђивање приступа универзалној здравственој покривености и заштита од катастрофалних здравствених издатака директно повезаних са лечењем од карцинома, али и од дугорочних трошкова повезаних са карциномом. Педесет посто случајева карцинома јавља се у земљама са високим развојем, праћено морталитетом од 30%. Да би се осигурао одрживи глобални развој, потребни су појачани напори за смањење ових здравствених неједнакости. Препознавање снажне међузависности између социоекономског статуса и здравља и великог доприноса карцинома укупном оптерећењу болестима први је корак у постављању приоритета улагања у превенцију и лечење карцинома (12, 13).

Европа има 9% светске популације, али и 25% глобалног терета малигнух болести. Процене учесталости и морталитета од малигнух болести за 40 земаља у четири подручја Европе (25 облика малигнух болести), показале су да је у 2018. години било 3,91 милиона нових случајева карцинома, као и 1,93 милиона смртних случајева. Најчешће локализације малигнух неоплазми биле су карцином дојке, затим колоректални карцином, карцином плућа и карцином простате. Ова четири карцинома представљају половину укупног терета малигнух болести у Европи. Најчешћи узроци смрти од малигнитета били су карциноми плућа, колоректални карцином, карцином дојке и панкреаса. У ЕУ процењени број нових случајева малигнух болести био је приближно 1,6 милиона код мушкараца и 1,4 милиона код жена, при чему је исте године од те болести умрло 790.000 мушкараца и 620.000 жена. Садашње процене оптерећења карциномом у Европи, заједно са описом профила уобичајених карцинома на националном и регионалном нивоу, пружају основу за утврђивање приоритета за акције контроле и превенције малигнух болеста широм Европе. Овде изнете процене засноване су на забележеним подацима из 145 регистара малигнух болести заснованих на популацији у Европи (14). Оптерећење карциномом у Европској унији (ЕУ) расте и подстакло је Европску комисију (ЕК) да развије стратегије за контролу ове болести. Заједничка превентивна политика „једна величина за све“ можда неће бити ефикасна у смањењу морбидитета и морталитета од канцера. Земље чланице ЕУ нису хомогене у погледу своје изложености факторима ризика за настанак малигнух болести (начин живота, социо-економски статус, загађење ваздуха и вакцинација). Подаци из различитих извора, укључујући Еуростат, УНЕСКО-ов Институт за статистику, Европску здравствену анкету, Еуробарометар и Европску агенцију за животну средину, обједињени су и коришћени су за израду кластер анализе. Идентификовано је четири обрасца понашања у превенцији карцинома у ЕУ, што је омогућило груписање држава чланица ЕУ у четири различите групе земаља, укључујући: земље које се баве спортом, нације изложене дувану и загађивачима, земље нездравог начина живота и групу која ужива стимуланс. Оваква студија открива да постоји потреба за блиској сарадњом међу земљама ЕУ које припадају истом кластеру ради размене најбољих пракси у вези са мерама здравствене политике које би могле побољшати интервенције у контроли малигнух болести на локалном нивоу и широм ЕУ. На основу ових студија земље ЕУ

могу се поделити у четири групе у погледу стопе смртности од карцинома и њихових промена током времена: Прву групу чине земље чије су стопе смртности ниже од просека ЕУ и смањују се и ту спада 11 држава чланица ЕУ: Луксембург, Малта, Шпанија, Аустрија, Белгија, Италија, Немачка, Финска, Шведска, Португал и Француска. Друга група укључује Бугарску, Грчку и Кипар које имају стопе смртности ниже од просека ЕУ, али које се повећавају. Трећа група састоји се од 11 земаља укључујући: Ирску, Данску, Чешку, Холандију, Хрватску, Мађарску, Словачку, Словенију, Естонију, Литванију, Летонију и Пољску у којима су стопе смртности веће од просека ЕУ, али се смањују. И четврта група обухвата само једну земљу, а то је Румунија у којој је стопа смртности од малигнух болести много већа од просека ЕУ и ова средња вредност наставља да расте (15).

1.2. Ментално здравље код болесника са малигним болестима

Ментално здравље се дефинише као одсуство менталне болести или се дефинише као стање бића које укључује биолошке, психолошке или социјалне факторе који доприносе на ментално стање појединца и способност да функционише у окружењу. Светска здравствена организација укључује остваривање сопствених потенцијала, способност да се носи са нормалним животним стресовима и допринос заједнице као кључне компоненте менталног здравља. Друге дефиниције се протежу даље од овога и укључују интелектуални, емоционални и духовни развој, позитивну перцепцију себе, осећање сопствене вредности и физичког здравља и интраперсонални склад (16).

Депресивна и анксиозна симптоматологија као најчешћи поремећаји менталног здравља, често се јављају у форми кормобидитета код оболелих од онколошких болести. Према критеријумима психијатријске дијагнозе, генерализована дијагноза анксиозности подразумева прекомерну анксиозност или забринутост коју је тешко контролисати и нарушава функционисање, а јавља се заједно са најмање три од следећих симптома испоњених већином времена у последњих шест месеци: немир или осећај притиска, бити лако уморан, тешкоће у концентрацији, раздражљивост, напетост мишића, прекид спавања. Дијагноза велике депресије подразумева најмање пет од следећих симптома испоњених већину времена у последње две недеље: туга, осећај безнадежности или празнине или депресијем, губитак интересовања или задовољства за већину активности, значајне промене у тежини или апетиту, прекиди спавања, укључујући превише или премало спавања, психомоторно успоравање или узнемиреност које могу да примете други, умор или губитак енергије, осећај кривице или безвредности или осећај терета, тешкоће у концентрацији или неодлучност, активне самоубилачке мисли или планови. Студије показују да пацијенти оболели од малигнух болести показују виши ниво анксиозности и депресије у поређењу са општом популацијом. Већина оболелих од карцинома, који након лечења имају прогнозу живота дужег од 5 година, добро се прилагођава животу након постављене дијагнозе и третмана карцинома, али неки доживљавају трајно негативно расположење почев од уобичајених осећаја рањивости, туге и страхова, па све до онеспособљавања, депресије, анксиозности, трауме, панике и егзистенцијалне кризе што нарушава нормално функционисање у свакодневним активностима и квалитет живота (17).

Симптоми негативног расположења, анксиозност, страх од поновног јављања, пострауматски стрес и депресија често се јављају истовремено. Физички симптоми, проблеми са кретањем, смањена сексуална функција, два или више коморбидитета, потешкоће у свакодневном животу, негативна слика тела, финансијски проблеми, претходна историја депресије, седентарни животни стил и усамљеност су најчешће повезани са симптомима депресије и анксиозности (18-20).

Неке студије указују на повећани ниво анксиозности и депресије чак и годинама након дијагнозе што је најчешће условљено страхом од рецидива и напредовања болести (21, 22).

Повећане стопе преживљавања током последњих деценија условљене већим могућностима лечења, доприносе већој стопи пацијената са малигним болестима који постају дугорочно преживели, али са друге стране носе нежељене ефекте лечења и дијагнозе. Све то доприноси да поред физичких последица, пацијенти имају и повећан ниво анксиозности и депресије чак и годинама након дијагнозе. Неизвесности код онколошких пацијената значајно утиче на њихов радни и породични живот и може појачати анксиозност што је посебно изражено код млађих пацијената који се труде да остану у радној снази, да подижу децу и врате се у нормалан живот, што може довести до додатног терета Родитељство и подизање деце, али и финансијски аспекти и промене у каријери могу довести до великог притиска да оздраве. Истовремено, болест и лечење карцинома могу утицати на радну способност и реинтеграцију у свакодневни рад након успешног лечења. Налази многих студија показују да људи млађе животне доби који су преживели карцином показују виши ниво испољавања менталних поремећаја у односу на старије онколошке пацијенте. Будући да се оболели који су у радној доби суочавају са развојним задацима са високим одговорностима као што су изградња и брига о породици и успостављање сопственог идентитета у социјалном и радном окружењу, постоји потреба за бољим разумевањем њихове емоционалне ситуације (23).

Студија која је истраживала анксиозност и депресију код одраслих преживелих од малигну болести и факторе повезане са њима показала је да је 40% преживелих пријавило умерене до високе оцене анксиозности, а приближно 20% њих је пријавило умерене до високе оцене депресије. Већа анксиозност била је значајно повезана са женским полом, млађим узрастом, мањом социјалном подршком, нижим физичким здрављем и лошијим породичним функционисањем. Бити незапослен, примати мање социјалне подршке, не лечити се, краће време од постављања дијагнозе, слабије физичко здравље и лошије породично функционисање били су значајно повезани са вишим нивоима депресије. Боља социјална подршка, породично функционисање и физичко здравље били су повезани са нижом анксиозношћу и депресијом (24, 25, 26).

Студија која је испитивала нивое анксиозности и депресије у зависности од врсте карцинома, пола и старости, показала је да је 19% пацијената показало клинички ниво анксиозности, 22,6% је имало субклиничке симптоме, 12,9% пацијената пријавило је клиничке симптоме депресије, док је 16,5% описало субклиничке симптоме депресије. Анализе према типу карцинома откриле су значајне разлике тако да су пацијенти са карциномом плућа, гинеколошким или хематолошким карциномом пријавили највећи ниво промена у менталном здрављу у тренутку дијагнозе. Жене су показале веће стопе анксиозности и депресије, а код неких врста карцинома преваленција је била два до три пута већа од оне која се виђа код мушкараца. Код неких врста карцинома емоционални стрес је у обрнутој вези са годинама. Код пацијената млађих од 50 година и жена код свих врста карцинома откривен је субклинички или клинички ниво анксиозности у преко 50% случајева (27, 28).

Постоји опсежна литература о психолошком утицају малигне болести код пацијената са карциномом дојке. Прегледи постојећих истраживања процењују да трећина до половине жена са карциномом дојке доживљава психолошки стрес и да вишеструки претходни и пратећи фактори временом утичу на психолошко функционисање пацијената. Што се посебно тиче карцинома дојке, до једне трећине пацијената може патити од психолошког морбидитета током године након почетне операције; штавише, признато је да нежељени ефекти помоћних третмана карцинома могу такође играти улогу у психолошком прилагођавању, с тим што проблеми трају код значајног броја жена до неколико година након лечења. Поред тога, идентификовано је неколико психосоцијалних и демографских променљивих које утичу на психолошки

морбидитет, као што су старост у дијагнози, брачни статус, здравствене тегобе након операције које нису повезане са карциномом и преморбидне карактеристике личности. Жене које пате од карцинома дојке имале су знатно већу анксиозност, депресију и опште симптоме психопатологије. То указује на то да болест активира сложене механизме који доводе до опште психопатологије од пуке анксиозности и депресивних реакција. Интензиван осећај напетости, нервозе и забринутости и реакције на стрес могу се променити током времена након почетне дијагнозе што сугерише да се жене могу постепено помирити са својом болешћу и осећати се мање узнемиреним и мање пасивним у прихватању, али у исто време некако мање позитивним и вољним да се суоче са својим стањем. Понекад се у таквим околностима може видети и претерани оптимизам, који укључује компоненту порицања путем које појединци могу покушати да умање тежину свог стања. Поред горе поменутих психолошких реакција на живот опасну болест, треба узети у обзир и чињеницу да би биолошке компоненте повезане са самом болешћу, као и са њеним лечењем, могле бити одговорне за симптоме депресије који се често примећују код пацијената са карциномом. Тако се чини да су хормоналне промене попут нагле промене нивоа стероида, које се јављају из различитих разлога повезане су са симптомима поремећаја расположења у подгрупи жена. Интересантно је и запажање да се неколико хроничних болести, укључујући различите врсте карцинома, мање или више често компликује са депресијом, при чему неке индикације указују на то да његова преваленција код пацијената са карциномом може зависити од локализације тумора. Такође је утврђено да су бес и агресивност значајно повећани у групи карцинома дојке у поређењу са осталим карциномима. Даље, претпоставља се да су психолошки одговори на карцином дојке, попут беспомоћности и безнађа, фактори који утичу на преживљавање, иако су узрочни механизми нејасни. Беспомоћност и репресија изгледа да су два кључна фактора уско повезана и повезана са бесом и агресивношћу, јер потиснуто непријатељство, негативне емоције и осећај губитка контроле који често описују пацијенти са карциномом дојке вероватно ће кроз зачарани круг допринети неповољној прогнози, док порицање и минимизирање је повезано са повољнијом прогнозом. Што се тиче улоге различитих социодемографских променљивих, укључујући образовни ниво, радни статус и породични статус, за развој психопатологије у две проучаване групе, примећено је да су разведене и удовице са карциномом дојке постигле већи резултат у опсесивности и депресији, што указује већа рањивост повезана са таквим животним догађајима. Утврђено је да су резултати љутње и агресивности нижи код жена са средњим или високим образовним нивоом, што вероватно указује на то да ове жене имају развијенији и софистициранији систем за суочавање и већи приступ информацијама у поређењу са женама са нижим образовним нивоом. Слично томе, у анализи вишеструке регресије, жене које припадају групи средњег и високог образовања показале су да имају знатно ниже оцене анксиозности стања и особина, што би се могло објаснити комбинацијом горе наведеног заједно са адекватнијим приступом болести (29).

Студија пресека спроведена је међу пацијентима са карциномом дојке у Универзитетском Малезијском медицинском центру, Куала Лумпур, помоћу упитника о болничкој анксиозности и депресији. Повезани истраживани фактори односили су се на социо-демографију, социо-економско порекло и статус обољења. Преваленца анксиозности била је 31,7%, а депресије 22,0% међу пацијентима са карциномом дојке. Старосна група, месечни приход и број посета месечно били су значајно повезани са анксиозношћу. За депресију су значајно повезани брачни статус, особа у пратњи финансијска подршка и осећај терета; они у млађој старосној групи са ниским месечним примањима имали су 2 пута већу вероватноћу да буду повезани са анксиозношћу. Болесници са мањом финансијском подршком и они који су самци, били су у 3-4 пута већем ризику за развој депресије. Закључено је да у лечењу пацијената са раком дојке, треба пружити више пажње или подршке младима и пацијентима са ниским социо-економским статусом, јер имају висок ризик од анксиозности и депресије (30).

Нејасно је да ли депресија или симптоми депресије утичу на смртност код пацијената са карциномом дојке. У популационој, националној, ретроспективној кохортној студији у Данској, депресија је дефинисана као афективни или анксиозни поремећај који је захтевао пријем пацијенткиња у психијатријску болницу. Аутори су открили да пацијенти са карциномом дојке и симптомима депресије имају умерено, али значајно већи ризик од смртности у зависности од стадијума тумора дојке и дужине депресије. Исти резултат пронађен је и код неприродних узрока смрти попут несреће, самоубиства или убистава (31).

Многи истраживачи су истраживали преваленцију и штетне ефекте анксиозности у лечењу карцинома дојке, али мало је познато о разликама у нивоу анксиозности код жена које се лече различитим методама. Преглед који је имао за циљ да утврди најбоље доступне доказе о нивоу анксиозности међу женама са тумором дојке које су се подвргавале лечењу карцинома и факторе који доприносе анксиозности у различитим модалитетима лечења, показали су да је анксиозност свеприсутна и јавља се уз све облике лечења карцинома дојке. Ниво анксиозности код жена које су се подвргавале хемотерапији био је највећи пре прве инфузије хемотерапије. Режији радиотерапије нису утицали на ниво анксиозности код пацијената који су лечени радиотерапијом, а већина истраживања је закључила да је ниво анксиозности био већи код жена које су биле подвргнуте мастектомији од оних које су биле подвргнуте терапији очувања дојке (32).

Други идентификовани фактори ризика за анксиозност код одраслих са онколошким болестима, укључују краће време од постављања дијагнозе и већи број коморбидних стања, староса доба, ниво образовања, брачно стање, висину прихода, запосленост, социјалну подршку, припадност расним мањинама, религија, интензитет лечења, тренутна активност - оптерећење симптома и лошија прогноза болести (33-36).

Симптоме депресије и анксиозности били су чешћи код старијих пацијената у односу на млађе, потом код пацијената нижег образовања и руралних подручја, као и код пацијената са већим оптерећењем симптома и лошијим физичким функционисањем, док су пацијенти који су били у брачној заједници ређе пријављивали симптоме анксиозности и депресије. Из свега произилази да образовање може бити заштитни фактор у појави депресије и анксиозности услед бољег приступа информацијама о свом здравственом стању, разумевању протокола лечења. Такође, брачна заједница, религиозност и духовност препознати су као извор подршке који помаже онколошком пацијенту да превазиђе животне потешкоће и стресне догађаје попут дијагнозе карцинома. Већа учесталост симптома депресије и анксиозности код пацијената руралним подручјима може се објаснити лошом доступношћу здравствених услуга са којима се суочава становништво руралних подручја (37, 38).

Подаци такође показују да се код пацијената са лошијом прогнозом болести психолошки дистрес значајно повећава у последња два до три месеца пре смрти, а посебно у последњем месецу живота (39).

Висок ниво патње код пацијената и квалитет живота пацијената са карциномом, посебно оних који су у стресу и депресији, треба да буде важна тема јавног здравља. У том смислу, неопходно је омогућити адекватан скрининг на депресивност и анксиозност код пацијената са онколошким болестима како би се превенирали поремећаји менталног здравља у овој популационој категорији. Поред тога, постепено увођење психоонколошких интервенција попут саветовања и психотерапије, предуслов су за побољшање квалитета живота болесника и бољу прогнозу болести. Негативне последице менталних поремећаја на квалитет живота оболелих од малигних болести, указују на потребу рутинског скрининга, процене, праћења и збрињавања болесника са овим проблемима (40).

Идентификација психосоцијалних потреба болесника од стране здравствених радника, разумевање процеса суочавања са болешћу и благовремено откривање поремећаја менталног здравља представљају важан корак у редукацији менталних

поремећаја оболелих од малигнух болести. Брига о менталном здрављу онколошких болесника мора заузети значајан део националне здравствене политике сваке земље.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

Ова студија има за циљ да испита потенцијалне везе онколошких болести и менталног здравља код пацијената у примарној здравственој заштити.

А. Главни циљеви

1. Испитати повезаност онколошких болести са присуством симптома депресивности код пацијената у примарној здравственој заштити;
2. Испитати повезаност онколошких болести са присуством симптома анксиозности код пацијената у примарној здравственој заштити;
3. Утврдити утицај демографских и социоекономских карактеристика онколошких пацијената на ментално здравље

Б. Хипотезе

1. Присуство онколошких болести представља значајан предиктор депресивности
2. Присуство онколошких болести представља значајан предиктор анксиозности
3. Симптоми депресивности и анксиозности су чешће присутни код онколошких пацијената са коморбидитетима
4. Демографске и социоекономске карактеристике онколошких пацијената условљавају разлике у присуству симптома депресивности и анксиозности;
5. Пацијенти са онколошким болестима који имају лошију перцепцију сопственог здравља чешће испољавају симптоме депресивности и анксиозности;
6. Функционална ограничења у обављању свакодневних активности, степен инвалидности проузрокован напредовањем болести и присуство бола код онколошких пацијената значајно утичу на њихово ментално здравље;
7. Коморбидитет онколошких болести и депресивности и анксиозности условљава разлике у коришћењу примарне здравствене заштите;
8. Неостварене потребе за здравственом заштитом чешће су код онколошких пацијената са коморбидитетима;
9. Онколошки пацијенти без социјалне потпоре чешће испољавају поремећаје менталног здравља

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

3.1. Врста студије

Истраживање ће бити спроведено у виду проспективне опсервационе студије којом ће бити обухваћена популација одраслог становништва (оба пола) старости 19 и више година.

3.2. Популација на којој је вршено истраживање

Популацију из које ће се узорковати испитаници чиниће пацијенти оболели од онколошких болести, корисници здравствене заштите Дома Здравља Трстеник који ће пре почетка истраживања бити упознати са циљем и процедуром истраживања и дати информисани пристанак за учешће у студији.

Укључујући критеријуми:

Студијом ће бити обухваћени пацијенти са дијагностикованим онколошким болестима који су потписали информисани пристанак за учешће у студији.

Искључујући критеријуми:

Истраживањем неће бити обухваћени:

1. Пацијенти млађи од 19 година
2. Присуство психијатријског обољења
3. Пацијенти са акутним инфективним (заразним) болестима
4. Пацијенти са хроничним инфективним (заразним) болестима
5. Труднице
6. Пацијенти од којих није добијена писана сагласност за учешће у студији.

3.3. Узорковање

Узорак ће чинити пацијенти оба пола, старосне доби 19 и више година, са дијагнозом онколошке болести (увидом у медицинску документацију – здравствени картон).

3.4. Инструменти коришћени у току истраживања

Као инструмент истраживања, поред општег упитника о демографским и социоекономским карактеристикама (упитник Европског истраживања здравља-други талас) (41), за процену симптома депресивности биће коришћен PHQ -9 (*The Patient Health Questionnaire*) упитник самопроцене за пацијенте, изведен из PRIME MD-a (*The Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), инструмента који се користи за евалуацију најчешћих психијатријских поремећаја на нивоу примарне здравствене заштите. PHQ-9 је скраћени упитник који се односе на следеће психичке проблеме: смањење интересовања или задовољства у обављању активности; малодушност, потиштеност, безнадежност; проблеме са спавањем (проблем уснивања, спавања у континуитету или превише спавања); осећај замора или недостатка енергије; смањен или појачан апетит; лоше мишљење о себи, осећај промашености, разочарења у себе или своју породицу (осећање безвредности или претерани или неадекватни осећај кривице); тешкоће са концентрисањем на активности као што су читање новина или гледање телевизије (смањена способност мишљења, концентрације или неодлучност - процењено

субјективно или од стране других); успорено кретање или говор или супротно, психомоторни немир и поликинезија (примећено од стране других, а не само као субјективни осећај); суицидалне мисли. Скала је састављена од 9 питања са могућим одговорима “без тегоба” (што се бодује са нула поена) или “неколико дана, понекад” (што је бодовано са 1 поеном), или “више од 7 дана” (што је бодовано са 2 поена), или “скоро сваки дан” (што је бодовано са 3 поена). Сабирањем бодова за сваки одговор добија се укупан скор чија се вредност креће од 0 до 27. Вредности скорa од 0 до 4 указују на одсуство симптома депресивности, скор од 5 до 9 означава благе депресивне симптоме (субсиндромална депресивност), а вредност скорa 10 и више указује на високу вероватноћу постојања депресивне епизоде, која се даље квалификује као умерена (скор од 10 до 14), умерено тешка (скор од 15 до 19) и тешка депресивност (скор 20 и више). Тиме ће, на основу вредности PHQ-9 скорa, испитаници бити сврстани у једну од следећих категорија: без симптома депресивности, благи депресивни симптоми (субсиндромална депресивност) и депресивна епизода (умерена, умерено тешка и тешка депресивност) (42).

За утврђивање анксиозности биће коришћена Бекова скала анксиозности (BAI), која се може користи и за клиничке и за истраживачке потребе. Скала не служи за постављање дијагнозе анксиозних поремећаја, већ се користи за регистровање присуства одређених анксиозних симптома. Питања се односе на присуство одређених симптома анксиозности (нпр. страх да ће се десити најгоре, нервоза, немогућност опуштања, престрављеност или уплашеност, дрхтавица, осећање губитка контроле итд.). Свако питање има опсег од четири могућа одговора међу којима испитаници бирају један (0-уопште не, 1-благо "није ми много сметало", 2-умерено "било је повремени врло непријатно" и 3-озбиљно "било је скоро неподношљиво"). Скала је градирана тако да први одговор носи 0, а четврти 3 поена. Опсег могућих бодова на скали креће се од 0 до 63. На основу скорова добијених на скали, испитаници се могу сврстати у једну од четири категорије: 0-7 они са минималним нивоом анксиозности, 8-15 они са благом анксиозношћу, 16-25 они са умереном анксиозношћу и 26-63 они са озбиљном анксиозношћу (43).

Скор социјалне подршке (*Oslo-3 Social Support Scale*) је формиран на основу три питања из упитника и додељивањем одређеног броја бодова за сваки одговор: „Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?“ (број бодова се креће од 1 („Ниједна“) до 4 („6 или више“)), „Колико су људи уистину заинтересовани за Вас, за оно што радите, што Вам се дешава у животу?“ (број бодова се креће од 1 („Нимало нису заинтересовани“) до 5 („Веома су заинтересовани“)), „Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?“ (број бодова се креће од 1 („Јако тешко“) до 5 („Врло лако“)). Након сабирања бодова формиран је скор социјалне подршке: јака социјална подршка (12-14 бодова), умерена (9-11 бодова) и лоша (3-8 бодова) (44).

Увидом у медицинску документацију (здравствени картон) су прикупљени подаци о присуству/одсуству онколошких болести као и присуству коморбидитета.

Протоколе овог истраживања одобрио је Етички одбор Дома Здравља Трстеник..

3.5. Варијабле

Зависна варијабла у истраживању је присуство симптома депресивности и анксиозности код онколошких пацијената примарне здравствене заштите.

Независне варијабле у истраживању су: демографске карактеристике: пол, узраст, брачно стање, структура породице, тип насеља; социјалне карактеристике: занимање, образовање, материјални статус; самопроцена здравља; здравствено стање (присуство друге хроничне незаразне болести); Могућност обављања свакодневних активности; коришћење примарне и болничке здравствене заштите, неостварене потребе

за здравственом заштитом; детерминанте здравља (пушење, употреба алкохола, физичка активност, хигијенске навике, навике у исхрани, стрес); социјална потпора

3.6. Прикупљање података

Подаци су прикупљени анкетирањем одраслих пацијената оба пола (старости 19 и више година) оболелих од онколошке болести, у моменту коришћења здравствене заштите у Дому Здравља Трстеник. Пре почетка истраживања испитаници су упознати са циљем и процедуром истраживања и дали информисани пристанак за учешће у студији. Анкетирање је обављао лекар опште медицине из службе за здравствену заштиту одраслих Дома Здравља Трстеник.

3.7. Снага студије и величина узорка

Употребом статистичког програма G*Power за хи-квадрат (χ^2) тест, уз прихваћене вредности вероватноће грешке првог типа $\alpha = 0,05$ и снагу студије од 0,95, укупна величина узорка процењена је на 221 испитаника. Величина узорка је израчуната према подацима студије сличног дизајна (4). Полазећи од преваленције анксиозности од 42,2% међу оболелима од малигнух болести анализом исхода дихотомне варијабле (присуство/одсуство анксиозности) у оба смера, за 95% интервал поверења, утврђен је укупан број испитаника и он износи 221 испитаник, заокружено 250 испитаника.

3.8. Статистичка обрада података

Сви подаци од интереса добијени горе описаним методама биће анализирани применом одговарајућих статистичких алата. За приказивање података користиће се методе дескриптивне статистике: табелирање и графичко приказивање. Хи-квадрат (χ^2) тест биће коришћен за упоређивање разлика у учесталости категоријских варијабли.

Односи између зависне променљиве (присуство/одсуство депресивности и анксиозности) и скупа независних променљивих испитиваће се униваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом. Ризик би се оцењивао помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења. Статистички значајним сматрали би се сви резултати где је вероватноћа мања од 5% ($p < 0.05$). Сви статистички прорачуни били би урађени помоћу комерцијалног, стандардног програмског пакета SPSS, верзија 20.0. (The Statistical Package for Social Sciences software (SPSS Inc, version 20.0, Chicago, IL)).

4. РЕЗУЛТАТИ

4. 1. Социодемографске и здравствене карактеристике испитаника

Студијом је обухваћено 250 пацијената са дијагнозом карцинома: 174 особа женског пола (70%) и 76 особа мушког пола (30%) Графикон 1. Просечна старост испитаника износила је $61,07 \pm 12,97$ год (распон 27-89 година). У односу на пол, просечна старост жена износила је $60,7 \pm 13,3$ године (min 27, max 85), а мушкараца $61,9 \pm 12,3$ године (min 34, max 89).

Графикон 1. Полна дистрибуција испитаника



Када је у питању учесталост појединих врста карцинома, обрада статистичких података указала је да је међу испитаницима било: (0,8%) испитаника са карциномом усана, (2,%) испитаника са карциномом орофаринкса, (1,6%) са карциномом танког црева, (4,4%) са карциномом колона, (3,6%) са ректосигмоидним карциномом, (3,6%) са карциномом ректума, (5,2%) са карциномом ануса, (1,2%) са карциномом жучне кесе, (1,6%) са карциномом панкреаса, (0,4%) са карциномом носне шупљине, (2,4%) са карциномом ларинкса, (0,8%) са карциномом трахеје, (7,2%) са бронхогеним карциномом, (3,2%) са меланомом, (1,6%) са немеланомским карциномом коже, (0,8%) са мезотелиомом плеуре, (28,3%) са карциномом дојке, (0,8%) са карциномом вулве, (1,2%) са карциномом вагине, (5,2%) са карциномом егзоцervикса, (1,2%) са карциномом утеруса, (2,4%) са карциномом јајника, (5,6%) са карциномом простате, (0,4%) са карциномом тестиса, (3,6%) са карциномом бубрега, (3,2%) са карциномом бешике, (0,4%) са мененгиомом, (2,0%) са карциномом штитасте жлезде, (0,4%) са карциномом лимфних чворова, (1,2%) са Ходчкин лимфомом и (3,6%) са мултилим мијеломом. На основу података може се закључити да су три најучесталија карцинома у студијској популацији били: карцином дојке (дијагностификован код 28,3% испитаника у студији), карцином бронха и плућа (дијагностификован код 7,2% испитаника у студији) и карцином простате (дијагностификован код 5,6% испитаника у студији), (Табела 1).

Табела 1. Дистрибуција карцинома различитих локализација

Ознака карцинома на графикону	МКБ ознака	локализација	Процентуални удео у студијској популацији
1	C00	усне	0,8
2	C10	орофаринкс	2,0
3	C17	танко црево	1,6
4	C18	колон	4,4
5	C19	сигма и ректум	3,6
6	C20	ректум	3,6
7	C21	анус	5,2
8	C23	жучна кеса	1,2
9	C25.9	панкреас	1,6
10	C30	носна шупљина	0,4
11	C32	ларинкс	2,4
12	C33	трахеја	0,8
13	C34	бронх и плућа	7,2
14	C43	меланом	3,2
15	C44	кожа	1,6
16	C45	мезотелиом плеура	0,8
17	C50	дојка	28,3
18	C51	вулва	0,8
19	C52	вагина	1,2
20	C53.1	егзоцервикс	5,2
21	C54.3	утерус	1,2
22	C56	јајник	2,4
23	C61	простата	5,6
24	C62	тестис	0,4
25	C64	бубрег	3,6
26	C67	бешика	3,2
27	C70	можданице	0,4
28	C73	штитаста жлезда	2,0
29	C77	лимфни чворови	4,0
30	C81.9	Hodgkin	1,2
31	C90	мултипли мијелом	3,6

Када је у питању стадијум болести, (65,7%) пацијената је било у првом стадијуму болести, (33,1%) у другом стадијуму болести и (1,2%) у трећем стадијуму.

Од укупног броја испитаника, (55%) је било оперисано односно (45%) није било оперисано у току спровођења студије. У погледу терапије, (36,7%) пацијената је било на хемиотерапији, (58,2%) није било на хемиотерапији, (4,0%) је примало комбиновану терапију (хемио + радиотерапија), док је (1,2%) било искључиво на радиотерапији. Социодемографске карактеристике пацијената приказане су у Табели 2. Структура пацијената била је таква да се бележи приближно слични одзив испитаника из руралне и урбане средине. Највећи проценат пацијената је у браку, и живи у домаћинствима са другима. У погледу образовања, углавном се ради о појединцима са основним односно средњим образовањем, од којих је свега (4,4%) њих запослено (већински део студијске популације чине домаћице, пензионери и незапослени). Мање од 50% њих је тренутно запослено (45,8%) тј самозапослено (1,2%), и то у смислу рада на неодређено време (39,4%) тј. на одређено време (7,6%). При том највећи део запослених ради са пуним радним временом (42,2%). У погледу навика, пушачи чине већински део популације (78,3%), док конзумента алкохола има 86 (34,5%).

Табела 2. Социодемографске карактеристике испитиване популације

Анализирана варијабла		№ (%)
Средина	рурална	131 (52,4%)
	урбана	119 (47,6%)
Брачни статус	неожењен/неудата	5 (2,0%)
	брак	171 (68,4%)
	удовац(ица)	50 (19,9%)
	разведен(а)	24 (9,7%)
Живот у домаћинству са неким	ДА	167 (66,8%)
	НЕ	83 (33,2%)
Образовање	без школе	8 (3,2%)
	1-7 разреда ОШ	47 (18,8%)
	основна школа	44 (17,6%)
	2 године средње школе	56 (22,4%)
	средња школа	46 (18,4%)
	специјализација након средње године	4 (1,6%)
	виша школа	17 (6,8%)
	висока школа/основне студије	28 (11,2%)
Радни статус	рад за плату	11 (4,4%)
	незапослен	58 (23,2%)
	пензија	72 (28,8%)
	неспособан за рад	26 (10,4%)

	домаћица	83 (33,2%)
Новчана примања/плата (икада)	ДА	126 (50,4%)
	НЕ	124 (49,6%)
Запосленост	запослен	115 (45,8%)
	самозапослен	3 (1,2%)
Врста уговора о раду	рад на неодређено	99 (39,4%)
	рад на одређено	19 (7,6%)
Рад на послу	пуно радно време	106 (42,2%)
	део радног времена	11 (4,4%)
Конзумирање цигарета	ДА	195 (78,3%)
	НЕ	55 (21,7%)
Конзумирање алкохола	ДА	86 (34,5%)
	НЕ	164 (65,5%)

Скоро 65% испитаника карактерише своје здравље као лоше. Код готово свих испитаника присутна је хронична, дуготрајна болест, дуже од 6 месеци, чије присуство има за последицу ограничење активности, за које 39,2% испитаника тврди да је озбиљно. Када је у питању стање зуба, код трећине популације стање је лоше, тако да чак 32,4% пацијента нема више од 10 зуба. На питање о коришћењу протезе, већински део студијске популације се изјаснио да је не користи (64,8%). Чак 37,6% популације пријављује присуство више од пет других хроничних болести/стања у последњих 12 месеци (поред карцинома). Међу њима је свакако доминантна артеријска хипертензија, присутна код (67,2%) пацијената коју углавном регулишу применом антихипертензива (63,3%). Редовну употребу антихипертензива у последње 4 недеље пријавило је 53,6% пацијената. Када се ради о повредама у претходних годину дана, свега 21 испитаник је доживео исте, и то: 4% њих друмску саобраћајну незгоду и 4,4% незгоду у кући, због којих су били примљени (и део њих задржан) у одговарајуће здравствене установе. Свега (10%) испитаника пријављује одсуство са посла у претходних 12 месеци, које је код највећег броја њих трајало 60 дана (28%) односно 90 дана (24%). Преко половина студијске популације користи наочаре односно сочива, што није случај са слушним апаратом (примена од старне 5,6% пацијената). Пацијенти у том смислу негирају постојање већих тешкоћа са слухом, како у тихим тако и у бучним просторијама. 55,2% пацијената има тешкоће у пешачењу. Сличан проценат испитаника пријављује тешкоће у обављању свакодневних (највише у вези купања/туширања 41,2%) и кућних активности (тежи кућни послови 83,2%). Већински део пацијената жали се на присуство јаког телесног бола, који у највећем броју случајева умерено утиче на њихове активности (код 47,2% популације). Малодушност, депресија и безнадежност истичу као главне проблеме са којима се сусрећу, уз слабо интересовање за рад и осећај замора (преко 70% испитиване популације). У последњих 12 месеци, од болнички лечених пацијената већина њих провела до 5 ноћи у болници (занемарујући оне који нису знали тачан број ноћи проведених у установи). Близу половине пацијената имало је пријем у дневну болницу у

последњих годину дана и то највише њих до шест пријема (код 10,4% испитаника), Табела 3.

Табела 3. Подаци о здравственом статусу студијске популације добијени анкетирањем

Анализирана варијабла	Н° (%)	
Самопроцена здравља у целини	веома добро	7 (2,8%)
	добро	1 (0,4%)
	просечно	77 (30,8%)
	лоше	161 (64,4%)
	врло лоше	4 (1,6%)
Присуство дуготрајне болести (>6 месеци)	ДА	242 (96,8%)
	НЕ	8 (3,2%)
Ограничење активности	озбиљно ограничење	98 (39,2%)
	ограничење	147 (58,8%)
	без ограничења	5 (2,0%)
Стање зуба	веома добро	3 (1,2%)
	добро	53 (21,2%)
	просечно	78 (31,2%)
	лоше	83 (33,2%)
	веома лоше	33 (13,2%)
Недостатак зуба	ниједан	0
	1-5	75 (30,0%)
	6-10	44 (17,6%)
	>10	81 (32,4%)
	сви	50 (20,0%)
Протеза	тотална	51 (20,4%)
	парцијална	37 (14,8%)
	без протезе	162 (64,8%)
Хронична болест/стање поред карцинома у претходних 12 месеци ^а	без других болести поред карцинома	7 (2,8%)
	једна	10 (4,0%)
	две	20 (8,0%)
	три	21 (8,4%)
	четири	54 (21,6%)

	пет	44 (17,6%)
	више од пет	94 (37,6%)
НТА	ДА	168 (67,2%)
	НЕ	79 (31,6%)
	не зна	3 (1,2%)
Лечење НТА	дијетом	5 (2,0%)
	лековима	159 (63,3%)
	дијетом и лековима	5 (2,0%)
	без лечења	80 (32%)
	не зна	1 (0,4%)
Примена антихипертензива у последње 4 недеље	редовно	134 (53,6%)
	понекад	34 (13,6%)
	НЕ	82 (32,8%)
Повреде у претходних годину дана	друмска саобраћајна незгода	10 (4,0%)
	незгода у кући	11 (4,4%)
	НЕ	229 (91,6%)
Указивање медицинске помоћи због незгоде	пријем и останак	11 (52,4%)
	пријем без останка у установи	8 (38,1%)
	помоћ доктора/мед техничара	1 (4,8%)
	НЕ	1 (4,8%)
Одсуство са посла у претходних 12 месеци	ДА	25 (10%)
	НЕ	225 (90%)
Укупно трајање одсуства	30 дана	2 (8%)
	60 дана	7 (28%)
	90 дана	6 (24%)
	120 дана	1 (4%)
	180 дана	2 (8%)
	не зна	7 (28%)
Коришћење наочара/сочива	ДА	128 (51,2%)
	НЕ	122 (48,8%)
	слеп/не види	-
Тешкоће са видом чак и уз наочаре	без тешкоћа	149 (59,6%)
	мање тешкоће	89 (35,6%)

	велике тешкоће	12 (4,8%)
	није у стању да види	-
Слушни апарат	ДА	14 (5,6%)
	НЕ	236 (94,4%)
	глув	-
Тешкоће у чујењу у тихој просторији	без тешкоћа	137 (54,8%)
	мање тешкоће	110 (44%)
	велике тешкоће	3 (1,2%)
	није у стању да чује	-
Тешкоће у чујењу у бучној просторији	без тешкоћа	48 (19,2%)
	мање тешкоће	164 (65,6%)
	велике тешкоће	38 (15,2%)
	није у стању да чује	-
Тешкоће у пешачењу/0,5km	без тешкоћа	58 (23,2%)
	мање тешкоће	138 (55,2%)
	велике тешкоће	52 (20,8%)
	није у стању да пешачи	2 (0,8%)
Ход уз/низ степенице	без тешкоћа	24 (9,6%)
	мање тешкоће	110 (44%)
	велике тешкоће	111 (44,4%)
	није у стању да хода	5 (2,0%)
Тешкоће у обављању свакодневних активности^b	без тешкоћа	141 (56,4%)
	мање тешкоће	85 (34%)
	велике тешкоће	22 (8,8%)
	није у стању да их обавља	2 (0,8%)
Помоћ при активности	ДА	103 (41,2%)
	НЕ	147 (58,8%)
Потреба за указивањем више помоћи	ДА	155 (62%)
	НЕ	95 (38%)
Тешкоће у обављању кућних послова^c	без тешкоћа	29 (11,6%)
	мање тешкоће	146 (58,4%)
	велике тешкоће	68 (27,2%)

	није у стању да их обавља	7 (2,8%)
Помоћ у кући	ДА	175 (70%)
	НЕ	75 (30%)
Потреба за додатном помоћи у кући	ДА	203 (81,2%)
	НЕ	47 (18,8%)
Присуство телесног бола у претходне 4 недеље	без бола	-
	веома слаб	31 (12,4%)
	слаб	33 (13,2%)
	умерен	124 (49,6%)
	јак	61 (24,4%)
	веома јак	1 (0,4%)
Утицај бола на активности	нимало	6 (2,4%)
	мало	48 (19,2%)
	умерено	118 (47,2%)
	много	63 (25,2%)
	веома много	15 (6%)
Сметње у смислу присуства проблема у претходне 4 недеље^d	не уопште	20 (8%)
	неколико дана	115 (46%)
	више од седам дана	61 (24,4%)
	скоро свакодневно	54 (21,6%)
Напетост/стрес у претходне 4 недеља	ДА, понекад	78 (31,2%)
	ДА, више него други људи	119 (47,6%)
	ДА, неподнољљивост живота	53 (21,2%)
	НЕ	-
Болничко лечење у претходних 12 месеци	ДА	184 (73,6%)
	НЕ	66 (26,4%)
Број ноћи проведених у болници	до 5 дана	56 (22,3%)
	до 10 дана	40 (15,9%)
	до 15 дана	9 (3,6%)
	до 20 дана	7 (2,8%)
	>20 дана	1 (0,4%)
	не зна	138 (55%)

Пријем у дневну болницу у претходних 12 месеци	ДА	124 (49,6%)
	НЕ	126 (50,4%)
Број пријема у дневну болницу	један	7 (2,8%)
	два	11 (4,4%)
	три	19 (7,6%)
	четири	3 (1,2%)
	пет	7 (2,8%)
	шест	26 (10,4%)
	седам	2 (0,8%)
	десет	15 (6%)
	не зна	161 (64,1%)

Поред хипертензије, најзаступљенији коморбидитети у студијској популацији је депресија (присутна код 92% испитаника) и хиперхолестеролемија (72,8%) (Табела 4).

Табела 4. Заступљеност коморбидитета у студијској популацији

Болест/стање	№	%
Астма (укључује и алергијску астму)	37	14,8
Хронични бронхитис, хронична обструктивна болест плућа, емфизем	83	33,2
Инфаркт миокарда (срчани удар) или хроничне последице инфаркта миокарда	15	6,0
Коронарна болест срца или ангина пекторис	72	28,8
Повишен крвни притисак (хипертензија)	168	67,2
Мождани удар (церебрално крварење, церебрална тромбоза – шлог) или хроничне последице мозданог удара	7	2,8
Артроза – дегенеративно обољење зглобова (не укључује артритис – запаљење зглобова)	109	43,6
Деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима	113	45,2
Вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом	39	15,6
Шећерна болест (дијабетес)	54	21,6
Алергија, као што је алергијска кијавица, поленска грозница, упала очију, дерматитис, алергија на храну или друге алергије (не укључује алергијску астму)	34	13,6
Цироза јетре	0	0
Немогућност задржавања мокраће (уринарна инконтиненција), проблеми са контролисањем мокраћне бешике	51	20,4
Бубрежни проблеми	48	19,2

Депресија	230	92,0
Рак (малигно обољење)	250	100
Повишена масноћа у крви (холестерол)	182	72,8

Када је у питању обављање свакодневних активности, ограниченост се огледала у погледу утјумања хране код 0,4% испитаника, лежања и устајања из кревета или седења и устајања са столице код 11,2%, облачења и свлачења код 17,2% и најчешће ограничење је било при купању или туширању (41,2%) и употреби WC /клозета (27,2%), Табела 5.

Табела 5. Ограниченост пацијената у обављању свакодневних активности

Активност	Број пацијената	Процент од укупног броја испитаника обухваћених студијом
Узимање хране, јело	1	0,4%
Лежање и устајање из кревета или седење и устајање са столице	28	11,2%
Облачење и свлачење	43	17,2%
Коришћење WC/клозета	68	27,2%
Купање или туширање	103	41,2%

У погледу ограничености пацијената у обављању кућних активности, најчешће потешкоће су биле при обављању куповине 54,8% и обављању тежих кучних послова (83,2%), Табела 6. Проблеми са којима се студијска популација сусретала месец дана уназад од анкетирања су најчешће малодушност, депресија или безнадежност (78,8%) и осећање замора или недостатка енергије (76,8%), Табела 7.

Табела 6. Ограниченост пацијената у обављању кућних активности

Активност	N	%
Припремање хране	35	14%
Коришћење телефона	5	2%
Куповина	137	54,8%
Узимање терапије (лекови)	14	5,6%
Лакши кућни послови	136	54,4%
Повремени тежи кућни послови	208	83,2%
Вођење рачуна о финансијама, рачунима и друге административне активности	65	26%

Табела 7. Табеларни приказ проблема са којима се студијска популација сусретала месец дана уназад од анкетирања

Анализирани проблем/стање	N	%
Слабо интересовање или задовољство за рад	177	70,8%
Малодушност, депресија или безнадежност	197	78,8%
Проблем заспивања, спавања у континуитету или превише спавања	75	30%
Осећање замора или недостатка енергије	192	76,8%
Лош апетит или преједање	126	50,4%
Лоше мишљење о себи	56	22,4%
Тешкоће у концентрисању на ствари, као што су читање новина или гледање телевизије	93	37,2%
Приметна успореност кретања или говора/ узврпољеност и немир	37	14,8%

У оквиру дела анкете која се односи на здравствену заштиту, сви пацијенти су се изјаснили да имају изабраног лекара опште праксе. Преко 95% њих је имало последњу консултацију са изабраним лекаром уназад/унутар 3 месеца од анкетирања, и то углавном до две консултације (38,6%). Близу 65% пацијенткиња има изабраног гинеколога у државној, односно 8% њих у приватној пракси. Када је у питању стоматолог, чак (58,5%) испитаника нема изабраног стоматолога, док остатак популације углавном посећује приватног зубара (30,2%). Преко 50% пацијената наводи да је последњи пут био код стоматолога пре више од 12 месеци. Међу специјалистима, пацијенти су највише посећивали психолога. Највећим делом негирају потребу за хитном помоћи и кућном негом у последњих 12 месеци. Од приватних услуга испитаници су углавном користили лабораторијске услуге (37,5%) и услуге радиолошке дијагностике (26,6%). Нешто изнад трећине пацијента тј. 36,3% користи препарате традиционалне медицине, док готово комплетна студијска популација конзумира прописане лекове (највише лекове за смирење-85,2% и аналгетике-83,2%), али и непрописане лекове/биљна средства (98%). Преко 90% испитаника тврди да су последњи пут премерили крвни притисак, вредност гликемије и холестеролемије у здравственој установи у претходних 12 месеци, што се не може рећи и за тест на окултно крварење и колоноскопију, које 81,3% испитаника никада није радило. 97,6% пацијенткиња се изјаснило да је у неком периоду одрадило мамографију и то углавном по савету лекара (59,5%). Слична ситуација је и са Рапанісолау тестом (свега 2,3% њих никада није радило овај тест). Генерално, већи проценат испитаника задовољан је квалитетом здравствене службе (56,6%), која је у 2,8% случајева окарактерисана као „веома задовољавајућа“, Табела 8. Навике у конзумирању лекова и витамина приказане су у Табели 9.

Табела 8. Коришћење примарне здравствене заштите

Анализирана варијабла		N° (%)
Изабрани лекар опште праксе	ДА	250 (100%)
	НЕ	-
	<3 месеца	242 (96,8%)
	3-6 месеци	-

Последња консултација код изабраног лекара	6-12 месеци	3 (1,2%)
	>12 месеци	-
	никада	1 (0,4%)
	не зна	4 (1,6%)
Број консултација у претходне 4 недеље	једна	34 (13,7%)
	две	96 (38,6%)
	три	43 (17,3%)
	четири	13 (5,2%)
	пет	2 (0,4%)
	не зна	62 (24,9%)
Изабрани гинеколог	ДА, државни	112 (64,7%)
	ДА, приватни	14 (8,1%)
	НЕ	47 (27,2%)
Последња посета гинекологу	<12 месеци	46 (26,6%)
	>12 месеци	75 (43,4%)
	не зна	52 (30%)
Старост у тренутку прве посете гинекологу	<20 год	21 (12,1%)
	20-24	33 (19,1%)
	25-30	22 (12,7%)
	не зна	97 (56,1%)
Изабрани стоматолог	ДА, државни	28 (11,3%)
	ДА, приватни	75 (30,2%)
	НЕ	147 (58,5%)
Последња посета стоматологу	<6 месеци	6 (2,4%)
	6-12 месеци	7 (2,8%)
	>12 месеци	124 (50,2%)
	никада	11 (4,5%)
	не зна	102 (40,1%)
Посета специјалисти	<12 месеци	250 (100%)
	>12 месеци	-
	никада	-
	не зна	-
	ДА, физијатар	9 (3,6%)
	ДА, психолог	71 (28,3%)

Посета специјалисти физикалне медицине и/или психологу	ДА, физијатар и психолог	24 (9,6%)
	НЕ	143 (57%)
	не зна	4 (1,6%)
Кућна нега у претходних 12 месеци	ДА	26 (10,4%)
	НЕ	221 (88%)
	не зна	4 (1,6%)
Хитна помоћ у претходних 12 месеци	ДА	67 (26,7%)
	НЕ	173 (68,9%)
	не зна	11 (4,4%)
Приватна пракса у претходних 12 месеци	ДА	63 (25,1%)
	НЕ	11 (4,4%)
	не зна	176 (70,5%)
Врста услуге у приватној пракси	лабораторија	24 (37,5%)
	радиолошка дијагностика	17 (26,6%)
	интерниста	2 (3,1%)
	офталмолог	5 (7,8%)
	остало	5 (7,8%)
	радиолог, интерниста, психијатар	3 (4,7%)
	радиолог, офталмолог, остало	5 (7,8%)
	радиолог, офталмолог	3 (4,7%)
Традиционална медицина у последње 2 недеље	ДА	91 (36,3%)
	НЕ	39 (15,5%)
	не зна	120 (48,2%)
Примена лекова у последње две недеље*	ДА	244 (97,2%)
	НЕ	2 (0,8%)
	не зна	4 (2%)
Непрописани лекови/биљна средства у последње 2 недеље	ДА	246 (98%)
	НЕ	-
	не зна	4 (2%)
Вакцина за грип	давно	107 (42,6%)
	никад	128 (51%)
	не зна	15 (6,4%)
	током претходних 12 месеци	232 (92,4%)

Мерење ТА од стране здравственог радника	1-3 године	12 (4,8%)
	>5 година	1 (0,4%)
	не зна	5 (2,4%)
Мерење холестерола од стране здравственог радника	током претходних 12 месеци	236 (94%)
	1-3 године	11 (4,4%)
	3-5 година	3 (1,6%)
Мерење шећера од стране здравственог радника	током претходних 12 месеци	236 (94%)
	1-3 године	11 (4,4%)
	3-5 година	3 (1,6%)
Тест на окултно крварење у столици	током претходних 12 месеци	29 (11,6%)
	1-2 године	11 (4,4%)
	2-3 године	1 (0,4%)
	>3 године	2 (0,8%)
	никада	204 (81,3%)
	не зна	3 (1,5%)
Колоноскопија	током претходних 12 месеци	29 (11,6%)
	1-5 година	11 (4,4%)
	5-10 година	1 (0,4%)
	>10 година	2 (0,8%)
	никада	204 (81,3%)
	не зна	3 (1,5%)
Мамографија	током претходних 12 месеци	28 (22,8%)
	1-2 године	48 (39%)
	2-3 године	40 (32,5%)
	>3 године	4 (3,3%)
	никада	3 (2,4%)
Одлазак на мамографију	самоиницијативно	17 (14%)
	по савету лекара	72 (59,5%)
	по позиву лекара	34 (26,4%)
Rapnicolau тест	током претходних 12 месеци	8 (9,3%)
	1-2 године	30 (34,9%)
	2-3 године	42 (48,8%)
	>3 године	4 (4,7%)
	никада	2 (2,3%)

Одлазак на Раранicolau тест	самоиницијативно	20 (23,3%)
	по савету лекара	42 (48,8%)
	по позиву лекара	24 (27,9%)
Разлози недобијања здравствене заштите	дуго чекање	5 (2%)
	удаљеност/проблеми са превозом	15 (6%)
	не постојање разлога	52 (20,7%)
	без потребе за здравственом заштитом	179 (71,3%)
Врста нереализоване здравствене заштите због финансија	здравствена нега	-
	стоматолошка здравствена заштита	13 (5,2%)
	прописивање лекова	9 (3,6%)
	без финансијских проблема	27 (10,7%)
	без потребе за здравственом заштитом	202 (80,5%)
Задовољство здравственом службом	веома задовољан	7 (2,8%)
	задовољан	142 (56,6%)
	ни задовољан ни незадовољан	96 (38,2%)
	незадовољан	4 (2%)
	веома незадовољан	1 (0,4%)

Табела 9. Навике у коришћењу лекова у студијској популацији

Врста лека	Број пацијената	Процент од укупног броја испитаника обухваћених студијом
Витамици, минерали (за јачање организма)	16	6,4%
Биљни препарати (за јачање организма и лечење болести)	65	26%
Против болова (главобоље, зубобоље и сл.)	208	83,2%
За лечење одређених болести	149	59,6%
Антибиотици	76	30,4%
За притисак	164	65,6%
За смирење	213	85,2%
За несаницу	102	40,8%
За варење	50	20%
Против затвора	27	10,8%

У погледу активности преко 55% испитаника се током анкете изјаснило да углавном практикују ходање (највећи проценат њих до пола сата дневног хода) и умерено напрезање. Мали број пацијената упражњава остале активности попут вожње бицикла (6,4%). По питању навика у исхрани (42,6%) испитаника доручкује сваки дан, односно (47%) то чини понекад. Нешто изнад 27% испитаника не конзумира млеко и млечне производе. Највећи број пацијената користи полубели хлеб (58,6%) и користи уље (48,6%) за припрему оброка. Конзумирање рибе није устаљена навика пацијената, чак 55% испитаника уопште не једе рибље месо. 15-18% популације користи свеже воће и поврће у исхрани више пута дневно. Просечна висина пацијената обухваћених студијом износи $172,9 \pm 5,6\text{cm}$ (range 159-185cm), а тежина $72,8 \pm 11,9\text{kg}$ (range 52-116kg). У односу на пол, просечна висина жена износи $170,5 \pm 4,2\text{cm}$ (range 159-180cm) и тежина $71,1 \pm 10,5\text{kg}$ (range 52-88 kg); просечна висина мушкараца износи $177,3 \pm 5,2\text{cm}$ (range 165-185cm) а просечна тежина $75,7 \pm 13,8\text{kg}$ (range 52-116 kg), Табела 10.

Табела 10. Навике у исхрани и физичкој активности

Анализирана варијабла		№ (%)
Активност	углавном седи или стоји	77 (30,7%)
	углавном хода или се умерено напреже	141 (56,2%)
	углавном ради тежак, физички захтеван посао	3 (1,2%)
	не обавља никакав посао	8 (3,2%)
	не зна	21 (8,7%)
Дневна минутажа хода	10-29 мин	96 (38,2%)
	30-59 мин	62 (24,7%)
	1-2 сата	11 (4,4%)
	2-3 сата	1 (0,4%)
	3 сата и више	-
	не зна	80 (32,3%)
Дневна минутажа вожње бицикла	10-29 мин	5 (2%)
	30-59 мин	7 (2,8%)
	1-2 сата	4 (1,6%)
	2-3 сата	-
	3 сата и више	-
	не зна	234 (93,6%)
Доручковање	сваки дан	107 (42,6%)
	понекад	118 (47%)
	никад	25 (10,4%)
	сваки дан по 2 и више шоље	7 (2,8%)
	сваки дан по једну шољу	58 (23,1%)

Конзумирање млека и млечних производа	понекад, не сваки дан	118 (47%)
	никада	67 (27,1%)
Конзумирање хлеба	бели	46 (18,3%)
	полубели	147 (58,6%)
	интегрални	11 (4,4%)
	комбиновано	39 (15,5%)
	не једе хлеб	7 (3,2%)
Конзумирање масноће	свињска	115 (45,8%)
	биљна	9 (3,6%)
	уље	122 (48,6%)
	не користи масноћу	-
	не зна	4 (2%)
Досољавање хране	ДА, скоро увек	95 (37,8%)
	ДА, када храна није довољно слана	86 (34,3%)
	никад	64 (25,5%)
	не зна	5 (2,4%)
Конзумирање рибе	више од 2 пута недељно	1 (0,4%)
	2 пута недељно	2 (0,8%)
	мање од два пута недељно	90 (35,9%)
	никад	139 (55,4%)
	не зна	18 (7,5%)
Конзумирање воћа	једном и више пута дневно	39 (15,1%)
	4-6 пута недељно	-
	1-3 пута недељно	-
	мање од једном недељно	2 (0,8%)
	никада	2 (0,8%)
	не зна	207 (83,3%)
Конзумирање поврћа и салата	једном и више пута дневно	47 (18,7%)
	4-6 пута недељно	1 (0,4%)
	1-3 пута недељно	-
	мање од једном недељно	1 (0,4%)
	никада	1 (0,4%)
	не зна	200 (80,1%)

Начин исхране у контексту размишљања о здрављу	увек	30 (12%)
	често	64 (25,5%)
	понекад	116 (46,2%)
	никад	33 (13,1%)
	не зна	7 (3,2%)
Промене у начину исхране у последњих 12 месеци^a	ДА	59 (23,5%)
	НЕ	4 (1,6%)
	није било потребе	182 (72,5%)
	не зна	5 (2,4%)
Да ли сматрате да понашањем ризикујете да оболите од неке болести?^b	ДА	68 (27,1%)
	НЕ	41 (16,3%)
	већ оболео	134 (53,4%)
	не зна	7 (3,2%)
Утицај различитих фактора на здравље^c	велики	134 (53,4%)
	умерен	30 (12%)
	мали	14 (5,6%)
	не зна	72 (29%)
Вожња	ДА	61 (24,3%)
	НЕ	3 (1,2%)
	понекад	7 (2,8%)
	не вози	179 (71,7%)
Информисање о здрављу у средствима јавног информисања^d	ДА	49 (19,5%)
	НЕ	155 (61,8%)
	повремено	41 (16,3%)
	не зна	5 (2,4%)

Већина испитаника није мењала своје навике везане за исхрану у последњих 12 месеци (72,5%). Они који су то учинили, истичу значај редуције уноса соли и шећера у исхрани (Табела 11).

Табела 11. Промене у навикама везане за исхрану код студијске популације

Промена	Број пацијената	Процент од укупног броја испитаника обухваћених студијом
Смањење уноса масноћа	43	17,2%
Промена врсте масноће у исхрани	36	14,4%
Смањење уноса соли	54	21,6%

Смањење уноса шећера	45	18%
Повећано конзумирање воћа и поврћа	44	17,6%
Смањење тежине (дијете)	13	5,2%
Смањење конзумирања алкохолних пића	16	6,4%

Као потенцијалне ризикофакторе за обољевање наводе управо начин исхране, те конзумирање цигарета и/или алкохола (Табела 12).

Табела 12. Приказ различитих фактора који би по мишљењу студијске популације могли утицати на здравље и степен утицаја (веома/умерено)

ФАКТОР	УТИЦАЈ*	
	Велики	Умерен
Исхрана	128 (51,2%)	23 (9,2%)
Физичка активност	113 (45,2%)	17 (6,8%)
Конзумирање цигарета	132 (52,8%)	21 (8,4%)
Конзумирање алкохола	128 (51,2%)	13 (5,2%)
Друштвене активности (дружење са пријатељима, изласци, излети)	53 (21,2%)	2 (0,8%)

*број пацијената који је одговорио потврдно у анкети; процентуални удео у односу на целокупну студијску популацију

Информисање о здрављу путем средстава јавног информисања од стране студијске популације, приказано је у Табели 13. Најчешће је путем телевизије и интернета.

Табела 13. Информисање о здрављу путем средстава јавног информисања од стране студијске популације

Средство информисања	Да ли пратите теме о здрављу путем следећих средстава јавног информисања?*	
	ДА	Повремено
Телевизија	32 (12,8%)	32 (12,8%)
Радио	-	-
Штампа	17 (6,8%)	10 (4%)
Интернет	27 (10,8%)	11 (4,4%)

*број пацијената који је одговорио потврдно у анкети; процентуални удео у односу на целокупну студијску популацију

4.2. Процена менталног здравља болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити

За процену симптома депресивности коришћен је PHQ-9 (*The Patient Health Questionnaire*) упитник самопроцене за пацијенте, изведен из PRIME MD-a (*The Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), инструмента који се користи за евалуацију најчешћих психијатријских поремећаја на нивоу примарне здравствене заштите. Просечна вредност скорa депресивности на нивоу читаве студијске популације износи

11,6 ± 6,9 (range 0-25). У односу на пол, код особа женског пола средња вредност скова депресивности износила је 11,5 ± 6,6, а код особа мушког пола 11,8 ± 7,7. Сходно овоме, није утврђено постојање статистички значајне разлике у просечним вредностима скова депресивности између жена и мушкараца (Independent samples T test, $p = 0,769$).

Табела 14. Дистрибуција студијске популације према упитнику за самопроцену депресивности (PHQ-9)

	Врста тегобе	N° (%)			
		ниједном	понекад	>7 дана	скоро сваки дан
1	Смањено интересовање или задовољство	19 (7,6%)	129 (51,6%)	35 (14%)	67 (26,8%)
2	Осећање празнине, нерасположење, и безнадежност	21 (8,4%)	82 (32,8%)	59 (23,6%)	88 (35,2%)
3	Проблеми са спавањем	43 (17,2%)	119 (47,6%)	82 (32,8%)	6 (2,4%)
4	Умор/брзо замарање	21 (8,4%)	52 (20,8%)	78 (31,2%)	99 (39,6%)
5	Смањен или појачан апетити	36 (14,4%)	106 (42,4%)	89 (35,6%)	19 (7,6%)
6	Негативно размишљање о себи	112 (44,8%)	75 (30%)	43 (17,2%)	20 (8%)
7	Тешкоће у концентрисању	90 (36%)	74 (29,6%)	62 (24,8%)	24 (9,6%)
8	Успореност у кретању и говору	99 (39,6%)	86 (34,4%)	49 (19,6%)	16 (6,4%)
9	Суицидне мисли	135 (54%)	49 (19,6%)	24 (9,6%)	42 (16,8%)

На основу података приказаних у Табели 15 може се закључити да је највећи проценат пацијената обухваћених студијом са симптомима благе депресије (27,2%) односно умерене депресије (22%). Симптом тешке депресије пријављује 18% студијске популације.

Табела 15. PHQ-9 скор у студијској популацији

Тежина симптома	PHQ-9 резултат	N° (%)
Без симптома	0	12 (4,8%)
Минимална депресија	1–4	28 (11,2%)
Блага депресија	5–9	68 (27,2%)
Умерена депресија	10–14	55 (22%)
Умерено тешка депресија	15–19	42 (16,8%)
Тешка депресија	20-25	45 (18%)

Однос депресивности и врсте карцинома: Статистичком обрадом података утврђено је постојање значајне разлике у вредностима PHQ-9 резултатима међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома (One-Way ANOVA, $df(30) = 3,317$, $p < 0,001$). Највеће просечне вредности PHQ-9 скова утврђене су код пацијента са лимфомом (23,0), мененгиомом (22,0) и карцином панкреаса (20,8) (Табела 16). У односу на стадијум болести, такође је потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скова депресивности ($p = 0,024$), тако да су највеће просечне

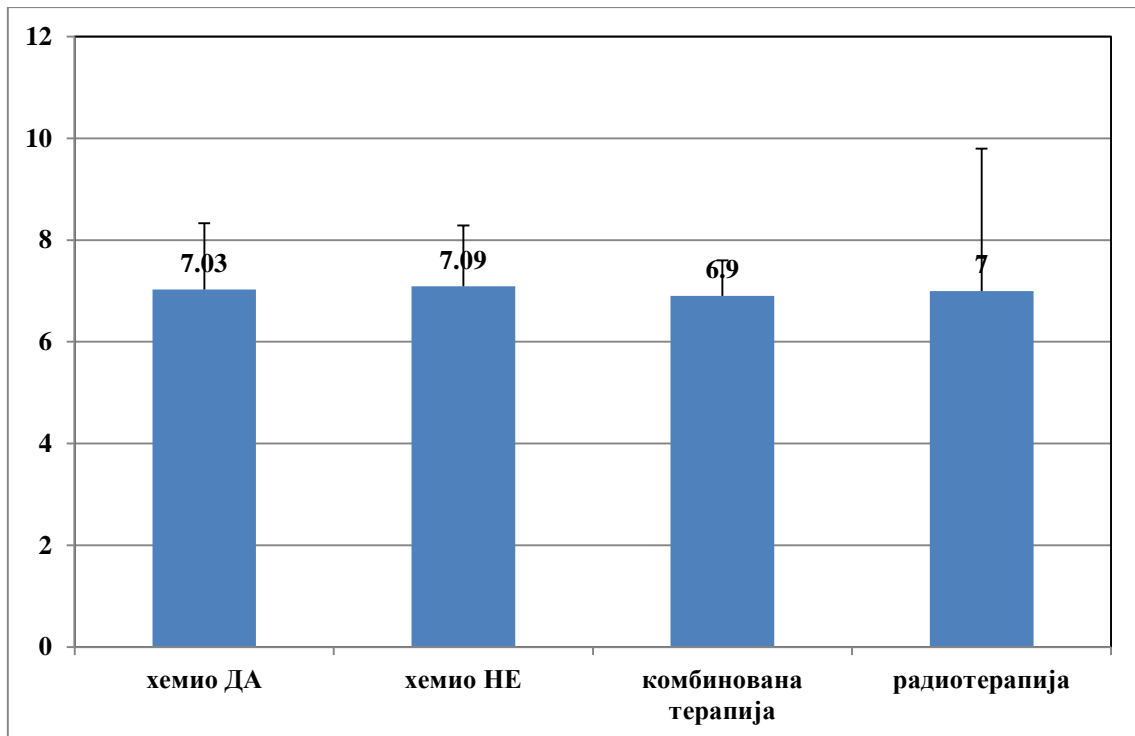
вредности евидентиране код пацијената у трећем стадијуму болести ($21,5 \pm 4,9$), док су вредности биле ниже код оних у другом ($12,7 \pm 6,7$) и првом стадијуму болести ($10,9 \pm 6,9$).

Табела 16. Приказ вредности PHQ-9 скорa код пацијената са различитим карциномима

МКБ ознака карцинома	№	PHQ-9 (\bar{Y})	SD	95% CI (min-max)
C00	2	8,5	0,71	2,2–14,8
C10	5	12,0	4,12	6,9–21,0
C17	4	13,0	5,03	4,9–21,0
C18	11	14,7	6,26	10,5–18,9
C19	9	9,4	8,25	3,1–15,8
C20	9	9,3	3,32	6,8–11,9
C21	13	12,2	9,32	6,6–17,9
C23	3	16,3	1,53	12,5–20,1
C25.9	4	20,8	6,5	10,4–31,1
C30	1	4,0	–	–
C32	6	10,8	6,85	3,6–18,0
C33	2	0	0	0,0
C34	18	17,0	5,07	14,5–19,5
C43	8	3,8	3,28	1,0–6,5
C44	4	8,2	4,5	1,1–15,4
C45	2	13,0	2,83	-12,4–38,4
C50	71	9,5	5,93	8,1–10,9
C51	2	2,5	0,71	-3,8–8,8
C52	3	5,0	5,57	-8,8–18,8
C53.1	13	12,4	7,14	8,1–16,7
C54.3	3	8,7	2,89	1,5–15,8
C56	6	18,0	3,29	14,6–21,4
C61	14	12,6	6,55	8,8–16,4
C62	1	12,0	–	–
C64	9	11,6	8,37	5,1–17,9
C67	8	17,6	4,95	13,5–21,8
C70	1	22,0	–	–
C73	5	7,0	6,71	-1,3–15,3
C77	1	23,0	–	–
C81.9	3	16,0	8,66	-5,5–37,5
C90	9	15,6	6,15	10,8–20,3

За разлику од стадијума, није утврђен статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скорa депресивности (One-Way ANOVA, $df(3) = 2,478$, $p = 0,062$), иако су нешто веће вредности скорa нађене код пацијената на комбинованој (радиотерапија+хемиотерапија) терапији (Графикон 2).

Графикон 2. Однос PHQ-9 скорa у групама пацијената са карциномима на различитим третманима



Слично, није утврђена значајнија разлика у просечном скору депресивности међу оперисаним и неоперисаним пацијентима ($11,75 \pm 6,4$ vs $11,46 \pm 7,6$) (Independent sample T test, $p = 0,741$).

За утврђивање анксиозности коришћена је Бекова скала анксиозности (BAI). Скала се користи за регистровање присуства одређених анксиозних симптома. Питања се односе на присуство одређених симптома анксиозности (нпр. страх да ће се десити најгоре, нервоза, немогућност опуштања, престрављеност или уплашеност, дрхтавица, осећање губитка контроле итд.). Свако питање има опсег од четири могућа одговора међу којима испитаници бирају један (0-уопште не, 1-благо "није ми много сметало", 2-умерено "било је повремено врло непријатно" и 3-озбиљно "било је скоро неподношљиво"). Скала је градирана тако да први одговор носи 0, а четврти 3 поена. Опсег могућих бодова на скали креће се од 0 до 63.

Средња вредност скорa анксиозности у студијској популацији износи $45,4 \pm 9,5$ (range 27-63). У погледу на пол, средња вредност скорa анксиозности код особа женског пола је $45,8 \pm 8,8$ (range 28-63), а код особа мушког пола $44,6 \pm 10,9$ (range 27-63). Не постоји статистички значајна разлика у средњој вредности скорa анксиозности између жена и мушкараца (Independent samples T test, $p = 0,406$). На основу скорова добијених на скали, сви испитаници из студије окарактерисани су као особе са озбиљном анксиозношћу (скор 26-63). Резултати тестирања популације применом Бекове скале приказани су у Табели 17.

Табела 17. Резултати тестирања анксиозности у студијској популацији добијени применом Бекове скале

	Врста тегобе	N° (%)			
		уопште не	благо	умерено	неподношљиво
1	Утрнулост	3 (1,2%)	157 (62,8%)	80 (32%)	10 (4%)
2	Осећај врелине	135 (54,2%)	88 (35,3%)	26 (10,4%)	-
3	Несигурност у ногама	59 (23,6%)	120 (48%)	63 (25,2%)	8 (3,2%)
4	Немогућност опуштања	7 (2,8%)	82 (32,8%)	127 (50,8%)	34 (13,6%)
5	Страх од најгорег	5 (2%)	76 (30,4%)	120 (48%)	49 (19,6%)
6	Вртоглавица	61 (24,4%)	168 (67,2%)	20 (8%)	1 (0,4%)
7	Лупање срца	92 (36,8%)	144 (57,6%)	14 (5,6%)	-
8	Нестабилност	30 (12%)	137 (54,8%)	76 (30,4%)	7 (2,8%)
9	Ужаснутост	19 (7,6%)	91 (36,4%)	106 (42,4%)	34 (13,6%)
10	Нервоза	10 (4%)	57 (22,8%)	122 (48,8%)	61 (24,4%)
11	Осећај гушења	118 (47,2%)	96 (38,4%)	28 (11,2%)	8 (3,2%)
12	Дрхтање руку	109 (43,6%)	125 (50%)	16 (6,4%)	-
13	Осећај тремора	159 (63,6%)	73 (29,2%)	18 (7,2%)	-
14	Страх од губитка контроле	51 (20,4%)	133 (53,2%)	63 (25,2%)	3 (1,2%)
15	Тешкоће у дисању	126 (50,4%)	66 (26,4%)	43 (17,2%)	15 (6%)
16	Страх од умирања	8 (3,2%)	68 (27,2%)	127 (50,8%)	47 (18,8%)
17	Преплашеност	9 (3,6%)	89 (35,6%)	98 (39,2%)	54 (21,6%)
18	Лоше варење	34 (13,6%)	170 (68%)	27 (10,8%)	19 (7,6%)
19	Несвестица	34 (13,6%)	192 (76,8%)	23 (9,2%)	1 (0,4%)
20	Црвенило лица	50 (20%)	165 (66%)	32 (12,8%)	3 (1,2%)
21	Знојење	5 (2%)	147 (58,8%)	90 (36%)	8 (3,2%)
22	Суицидне мисли	124 (49,6%)	64 (25,6%)	17 (6,8%)	45 (18%)

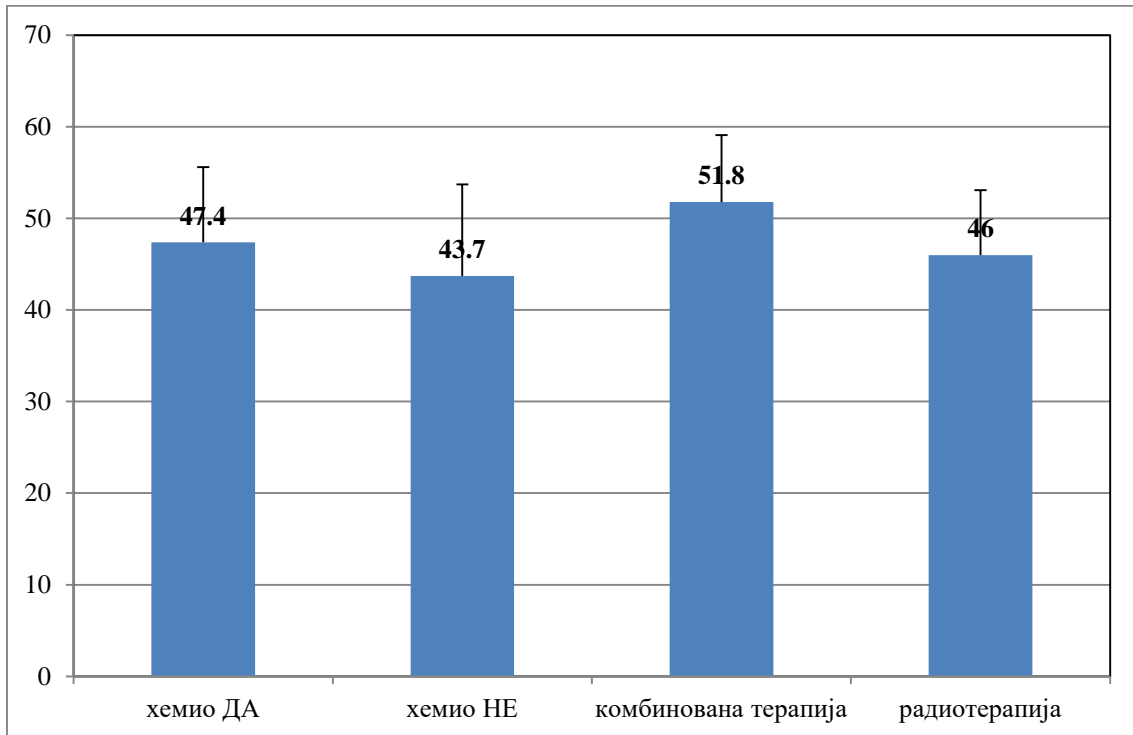
Статистичком обрадом података утврђено је постојање значајне разлике у изражености анксиозности међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома (One-Way ANOVA, $df(30)=3,197$, $p < 0,001$). Највеће просечне вредности Бековог скорa утврђене су код пацијента са менингеомом (63,0), карцином панкреаса (58,2) и лимфом (56,0), (Табела 18). У односу на стадијум болести, такође је потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скорa анксиозности ($p = 0,003$), тако да су највеће просечне вредности евидентиране код пацијената у трећем стадијуму болести ($53,0 \pm 14,1$), док су вредности биле ниже код оних у другом ($48,1 \pm 8,9$) и првом стадијуму болести ($44,01 \pm 9,4$).

Табела 18. Приказ вредности Бековог скорa код пацијената са различитим карциномима

МКБ ознака карцинома	N°	Беков скор (\bar{Y})	SD	95% CI (min-max)
C00	2	40,0	5,65	-10,8–90,8
C10	5	42,4	0,89	41,3–43,5
C17	4	48,0	8,98	33,7–62,3
C18	11	54,0	8,79	48,1–59,9
C19	9	46,2	10,34	38,3–54,2
C20	9	44,6	7,60	38,7–50,4
C21	13	45,8	13,77	37,5–54,2
C23	3	49,5	2,12	30,4–68,6
C25.9	4	58,2	9,50	43,1–73,4
C30	1	38,0	–	–
C32	6	39,8	7,86	31,6–48,1
C33	2	34,0	0,0	34,0–34,0
C34	18	50,8	7,67	46,9–54,6
C43	8	32,2	4,03	28,8–35,6
C44	4	40,2	7,41	28,4–52,1
C45	2	51,5	7,78	-18,4–121,4
C50	71	42,5	7,69	40,7–44,3
C51	2	32,0	7,07	-31,5–95,5
C52	3	44,3	7,51	25,7–62,9
C53.1	13	47,7	9,01	42,2–53,1
C54.3	3	41,7	2,52	35,4–47,9
C56	6	54,8	5,42	49,1–60,5
C61	14	46,1	8,92	40,9–51,3
C62	1	44,0	–	–
C64	9	44,3	8,19	38,0–50,6
C67	8	52,4	8,81	45,0–59,7
C70	1	63,0	–	–
C73	5	43,6	9,50	31,8–55,4
C77	1	56,0	–	–
C81.9	3	51,3	15,01	14,0–88,6
C90	9	47,1	8,36	-40,7–53,5

Такође, показан је статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скорa анксиозности (One-Way ANOVA, $df(3)= 4,428$, $p = 0,005$) (Графикон 3).

Графикон 3. Однос Бековог скорa у групама пацијената са карциномима на различитим третманима



Није утврђена статистички значајнија разлика у просечном скору анксиозности међу оперисаним и неоперисаним пацијентима ($46,04 \pm 8,9$ vs $44,7 \pm 10,1$) (Independent sample T test, $p = 0,272$).

Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај на степен испољавања депресивности, при чему су све везе позитивног карактера сем за: образовање, одсуство са посла, примену антихипертензива, потребу за додатном помоћи око активности, коришћење хитне помоћи, извесне навике у исхрани, средину и социјалну потпору (уочити предзнак минус код Odds ratio). Мањи степен образовања, веће одсуство са посла, примена антихипертензива, мања потреба за помоћи око активности, мање коришћење хитне помоћи, мања социјална потпора и рурална средина повећавају ниво депресивности. Ниво депресивности већи је код старијих испитаника, код присуства хроничних болести/стања (коморбидитети), код већих ограничења активности, и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности, присуства тешкоћа са видом, лошије оралне хигијене, и присуства напетости/стреса, Табела 19.

Табела 19. Регресиона анализа утицаја различитих варијабли на испољавање депресивности у студијској популацији

Параметар	PHQ-9 скор		
	95% CI for Exp (B) (lower–upper)	Odds ratio	p
Старост	1,9–25,8	0,06	0,045
Образовање	0,5–1,3	-0,92	<0,001
Рад на послу	0,9–7,6	4,27	0,012
Одсуство са посла	2,6–8,7	-5,68	<0,001
Ограничење активности	2,9–6,2	4,62	<0,001
Здравље у целини	0,7–4,2	2,43	0,006
Хроничне болести	0,4–1,8	1,14	0,002
Хипертензија	1,1–2,7	1,91	<0,001
Примена антихипертензива	0,4–2,1	-1,27	0,002
Тешкоће са видом	0,3–2,4	1,37	0,013
Стање зуба	0,3–2,3	1,03	0,043
Тешкоће у обављању свакодневних активности	0,2–2,2	1,03	0,042
Утицај бола на обављање активности	1,6–3,1	2,30	<0,001
Потреба за додатном помоћи око активности	0,9–4,2	-2,56	0,002
Присуство напетости/стрес	0,6–3,7	1,57	0,008
Неостварене потребе за здравственом заштитом	1,1–3,7	2,14	0,001
Коришћење хитне помоћи	5,3–10,4	-7,89	<0,001
Конзумирање млека и млечних производа	0,4–5,2	2,80	0,022
Конзумирање соли у исхрани	1,3–8,7	-5,03	0,010
Средина	0,3–9,2	-4,72	0,038
Социјална потпора	0,2–2,4	-1,42	0,036

Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај на степен испољавања анксиозности, при чему су све везе позитивног карактера сем за: образовање, потребу за додатном помоћи око активности и у кући, коришћење дневне болнице и кућне неге, активност и социјалну потпору (уочити предзнак минус код Odds ratio). Мањи степен образовања, мања потреба за помоћи око активности, мање коришћење кућне неге, мања активност и социјална потпора повећавају ниво анксиозности. Ниво анксиозности већи је код старијих испитаника, код присуства дуготрајне болести, код већих ограничења активности, и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности, и утицаја средства информисања, Табела 20.

**Табела 20. Регресиона анализа утицаја различитих варијабли на испољавање
анксиозности у студијској популацији**

Параметар	Беков скор		
	95% CI for Exp (B) (lower–upper)	Odds ratio	p
Старост	0,07–0,27	0,18	0,001
Образовање	0,3–1,6	-0,93	0,004
Запосленост	0,7–15,1	7,90	0,032
Здравље у целини	4,9–10,2	7,60	<0,001
Дуготрајна болест	7,5–24,5	16,1	<0,001
Ограничење активности	3,8–8,9	6,40	<0,001
Хипертензија	0,5–2,0	1,28	0,001
Тешкоће у обављању свакодневних активности	1,8–4,5	3,17	<0,001
Утицај бола на обављање активности	0,7–2,5	1,59	<0,001
Потреба за додатном помоћи око активности	2,3–6,3	-4,32	<0,001
Потреба за помоћ у кући	1,8–5,3	-3,56	<0,001
Присуство напетости/стрес	3,7–5,9	4,80	<0,001
Коришћење дневне болнице	0,05–7,6	-3,76	0,043
Коришћење кућне неге	1,5–9,4	-5,46	0,008
Коришћење хитне помоћи	5,6–12,8	9,29	<0,001
Неостварене потребе за здравственом заштитом	0,5–7,5	3,53	0,032
Активност	0,6–5,4	-3,02	0,016
Конзумирање млека и млечних производа	0,5–6,2	3,36	0,021
Конзумирање воћа	0,8–4,4	2,59	0,006
Средства информисања	0,9–6,7	3,84	0,011
Социјална потпора	0,4–3,6	-2,03	0,015

4.3. Социјална подршка код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити

Скор социјалне подршке болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити одређивао се према питањима из упитника. Дистрибуција одговора на питања која су била понуђена су следећа:

1. „Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?“ (број бодова се креће од 1 („Ниједна“) до 4 („6 или више“)),

На прво питање 97 пацијената (38,8%) одговорило је одрично у смислу постојања блиских особа на које могу увек рачунати; (58,4%) је навело да постоје 2-3 особе на које могу рачунати; (2,8%) је навело да постоје 3-5 особа на које увек могу рачунати (Графикон 4).

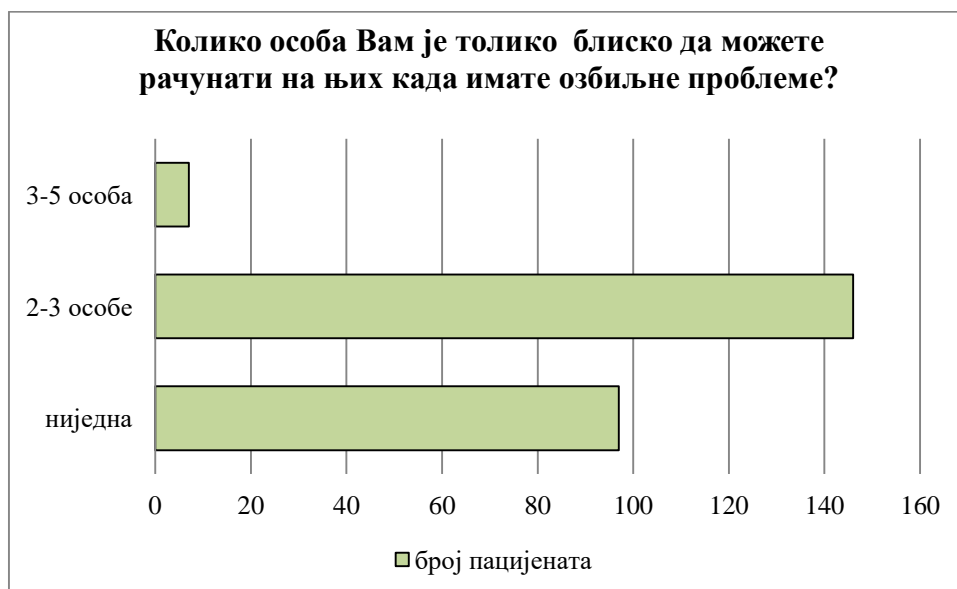
2. „Колико су људи уистину заинтересовани за Вас, за оно што радите, што Вам се дешава у животу?“ (број бодова се креће од 1 („Нимало нису заинтересовани“) до 5 („Веома су заинтересовани“)),

На друго питање 28 пацијената (11,2%) одговорило је одрично у вези заинтересованости других за оно што им се дешава; (46,8%) су рекли да је заинтересованост других мала, (31,6%) да је заинтересованост других особа за њих средња и (10,4%) да су особе из окружења заинтересоване за њих (Графикон 5).

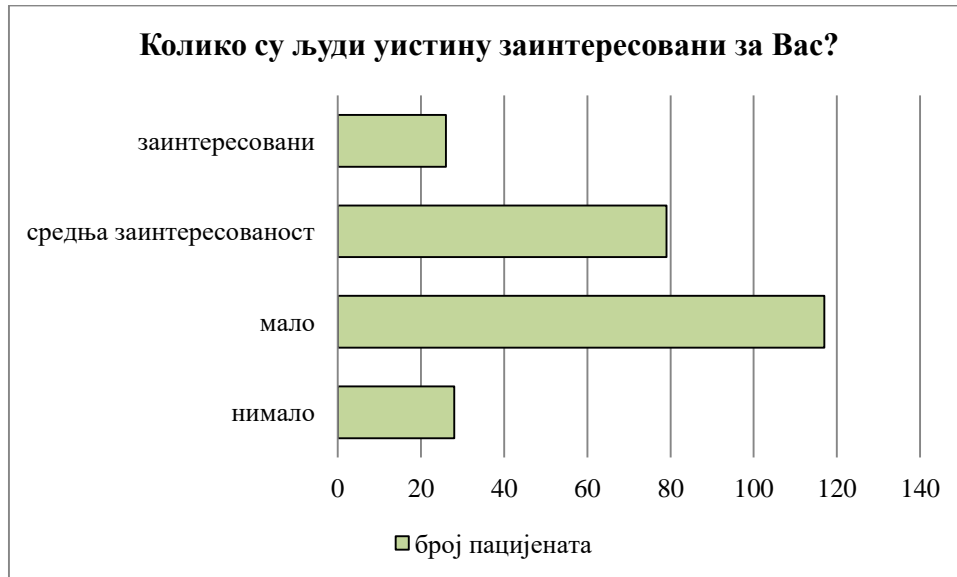
3. „Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?“ (број бодова се креће од 1 („Јако тешко“) до 5 („Врло лако“)).

На треће питање (0,8%) је одговорило да је јако тешко добити практичну помоћ од суседа; (17,2%) су се изјаснила да је тешко добити практичну помоћ од људи из суседства/кошија; њих (62,4%) је рекло да је средње тешко добити помоћ од суседа када им је помоћ потребна и (19,6%) наводи да је лако доћи до помоћи (Графикон 6).

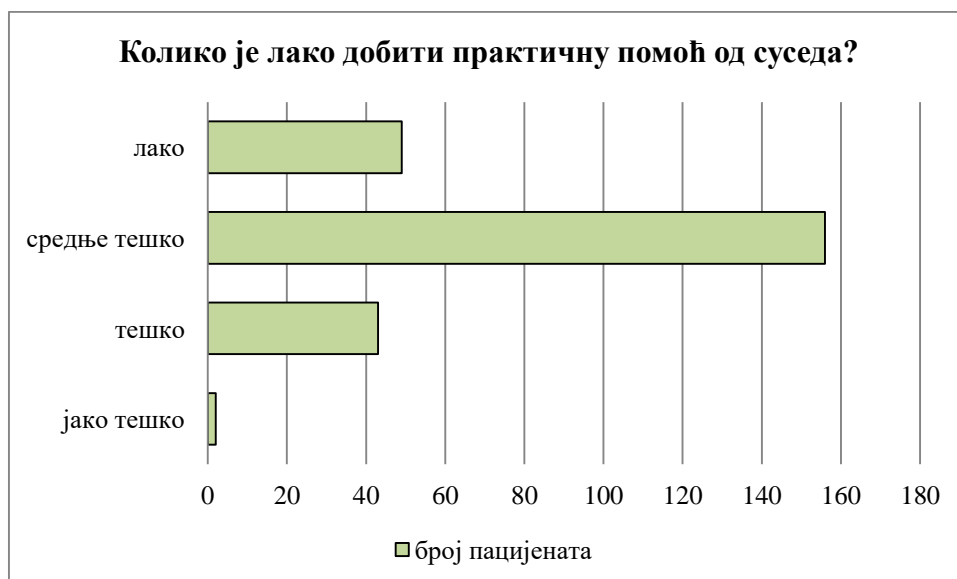
Графикон 4. Дистрибуција пацијената са аспекта социјалне подршке од стране блиских особа на које могу да рачунају када имају озбиљне личне проблеме



Графикон 5. Дистрибуција пацијената са аспекта социјалне подршке у односу на то колико су људи уистину заинтересовани за њих



Графикон 6. Дистрибуција пацијената са аспекта социјалне подршке у односу на помоћ од стране суседа



На основу добијених одговара добијен је скор социјалне подршке чија је просечна вредност за читаву студијску популацију износила $7,06 \pm 1,25$ (минимална вредност скора износила је 4, а максимална вредност 10). У односу на пол, средња вредност скора социјалне подршке код особа женског пола износила је $6,9 \pm 1,29$ (минимална вредност

скора износила је 4, а максимална вредност 10), а код мушкараца $7,32 \pm 1,12$ (минимална вредност скора износила је 4, а максимална вредност 9). Другим речима, постоји статистички значајна разлика у средњој вредности скора социјалне помоћи између жена и мушкараца, тако да пацијенткиње имају значајно мање средње вредности и обратно (Independent samples T test, $p = 0,025$). Било како, добијене вредности на нивоу читаве студијске популације упућују на лошу социјалну подршку у близу 90% случајева (Табела 21).

Табела 21. Скор социјалне подршке

Социјална подршка	Скор (бодови)	Број пацијената/процент
Јака	12-14	-
Умерена	9-11	26 (10,4%)
Лоша	3-8	224 (89,6%)

Статистичком обрадом података утврђено је постојање значајне разлике у мишљењу о социјалној подршци међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома (One-Way ANOVA, $df(30) = 2,217$, $p = 0,001$). Највеће просечне вредности скора социјалне подршке утврђене су код пацијента карциномом панкреаса (8,2) и карциномом мокраћне бешике (8,1) (Табела 22). У односу на стадијум болести, није потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скора социјалне подршке ($p = 0,912$): пацијенти у првом стадијуму $7,03 \pm 1,25$; пацијенти у другом стадијуму $7,11 \pm 1,29$; пацијенти у трећем стадијуму $7,0 \pm 0,0$.

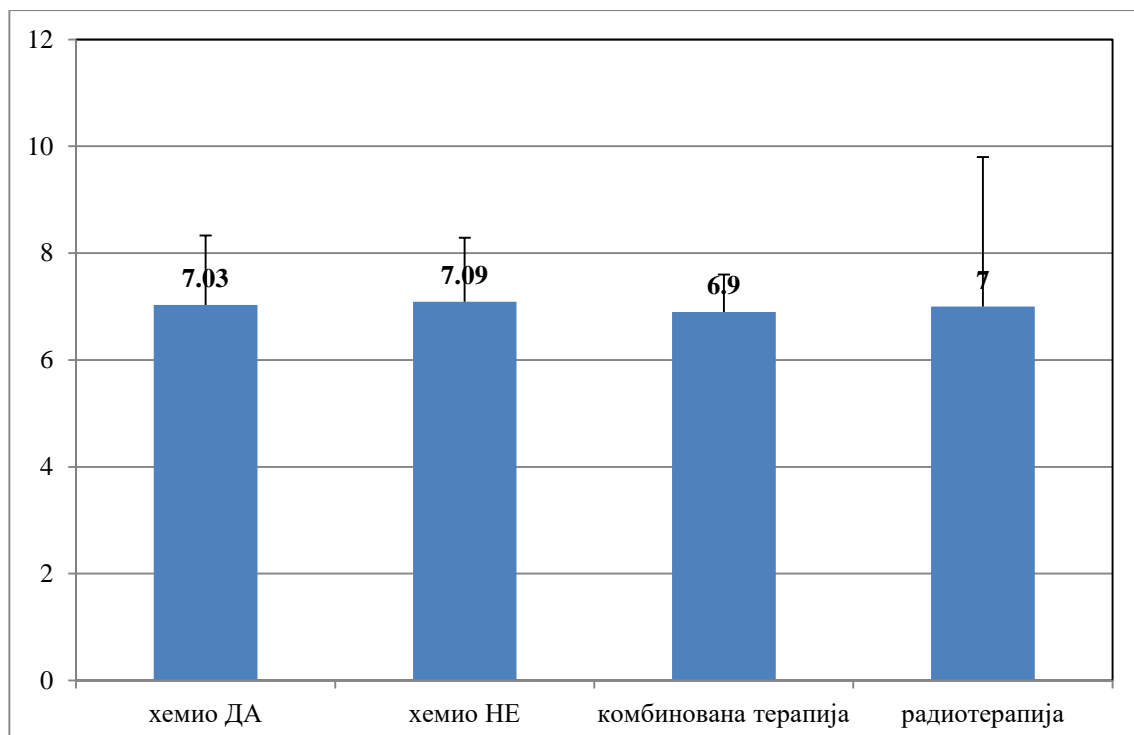
Табела 22. Приказ вредности скора социјалне подршке код пацијената са различитим карциномима

МКБ ознака карцинома	№	Скор социјалне подршке (\bar{Y})	SD	95% CI (min-max)
C00	2	6,0	1,41	-6,7–18,7
C10	5	6,4	0,89	5,3–7,5
C17	4	8,0	1,41	5,7–10,2
C18	11	7,1	0,54	6,7–7,4
C19	9	7,7	0,71	7,1–8,2
C20	9	7,0	1,12	6,1–7,8
C21	13	7,6	1,12	6,9–8,3
C23	3	8,0	1,0	5,5–10,5
C25.9	4	8,2	0,5	7,4–9,0
C30	1	8,0	–	–
C32	6	6,5	0,55	5,9–7,1
C33	2	7,0	0,0	7,0–7,0
C34	18	7,7	0,68	7,3–8,0
C43	8	6,0	1,85	4,4–7,5
C44	4	7,8	0,96	6,2–9,3
C45	2	7,0	0,0	7,0–7,0
C50	71	6,6	1,37	6,3–6,9

C51	2	7,0	1,41	-5,7–19,7
C52	3	6,0	1,73	1,7–10,3
C53.1	13	6,6	1,38	5,7–7,4
C54.3	3	5,7	0,57	4,2–7,1
C56	6	7,8	1,33	6,4–9,2
C61	14	7,1	1,29	6,4–7,9
C62	1	8,0	–	–
C64	9	6,7	1,0	5,9–7,4
C67	8	8,1	0,64	7,6–8,6
C70	1	7,0	–	–
C73	5	7,4	1,34	5,7341–9,1
C77	1	7,0	–	–
C81.9	3	7,0	1,73	2,7–11,3
C90	9	8,0	0,0	8,0–8,0

Није показан статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скова социјалне подршке (One-Way ANOVA, $df(3) = 0,095$, $p = 0,963$), (Графикон 7).

Графикон 7. Однос скова социјалне подршке у групама пацијената са малигним болестима на различитим третманима



Није утврђена статистички значајнија разлика у просечном скору социјалне подршке међу оперисаним и неоперисаним пацијентима ($6,99 \pm 1,32$ vs $7,14 \pm 1,6$) (Independent sample T test, $p = 0,348$).

4.4. Социјална подршка као предиктор анксиозности и депресивности код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити

Постоји статистички значајна корелација вредности скорa за анксиозност и скорa социјалне подршке (Spearman $r = 0,303$, $p < 0,001$), као и статистички значајна корелација скорa депресивности и скорa социјалне подршке (Spearman $r = 0,377$, $p < 0,001$).

Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај скорa социјалне подршке, као предиктора, на испољавање анксиозности, тј скор анксиозности (Linear regression test, $p < 0,001$) као и статистички значајан утицај скорa социјалне подршке, као предиктора, на испољавање депресивности (Linear regression test, $p < 0,001$), (Табела 23).

Табела 23. Регресиона анализа скорa социјалне подршке као предиктора анксиозности и депресивности

Параметар	Скор социјалне подршке		
	95% CI for Exp (B) (lower–upper)	Odds ratio	p
Скор анксиозности	1,44–3,24	2,34	<0,001
Скор депресивности	1,41–2,70	2,05	<0,001

4. ДИСКУСИЈА

Рано откривање карцинома постало је важно питање јавног здравља које је битно за смањење смртности. Исход лечења карцинома не би требало да се усредсреди само на морталитет, морбидитет или дугорочно преживљавање, већ и на бригу о менталном здрављу пацијената оболелих од карцинома. Претходне студије су показале да стање менталног здравља утиче на квалитет живота пацијената. Контрола, аутономија и избор лечења, перцепција себе, осећај припадања, активност и нада и безнађе само су неки од фактора који значајно утичу на ментално здравље оболеле особе. Ментално здравље, поред утицаја на квалитет живота, показује и одређену повезаност са током болести, па чак и морталитетом (45).

Познато је да су оболели од карцинома повезани са повећаним ризиком од депресивног поремећаја. На пример, студије спроведене код пацијената са карциномом показале су високу стопу клинички значајног депресивног поремећаја убрзо након постављања дијагнозе и након завршетка лечења. Треба напоменути да су студије осмишљене за откривање преваленције депресије међу пацијентима са карциномом углавном користиле упитнике за самопопуњавање, уместо структурираних интервјуа од стране клиничара што је могло дати лажно позитивне резултате. Зато је важно користити структурирани дијагностички интервју од стране психијатра, иако он одузима много више времена, како би се тачно открила психијатријска дијагноза депресије код пацијената оболелих од карцинома. Прегледом литературе утврђено је да фактори ризика за депресивни поремећај код пацијената са карциномом укључују стадијум карцинома, физичке симптоме као што су бол или умор и личне карактеристике попут старости и пола, радног и образовног статуса. Умор је најчешћи упорни и узнемирујући симптом на који се пацијенти жале након успешног лечења карцинома што доводи до већег функционалног оштећења. Међутим, неколико студија је пријавило умор као придружени фактор депресије код пацијената са карциномом. Такође, стрес, симптоми анксиозности и недостатак отпорности на стрес, такође су чести психосоцијални проблеми код пацијената оболелих од карцинома. Отпорност се дефинише као способност појединца, да брзо превазиђе недаће и стрес и да поврати нормално психоемоционално стање. Отпорност и позитивна адаптација на заштиту од психолошког стреса, није повезана само са квалитетом живота већ представља и предиктор квалитета живота пацијената оболелих од карцинома (46).

Студије су показале да висок ниво анксиозности предвиђа лошији квалитет живота код пацијената са карциномом као и да повезаност стресних животних догађаја, симптоми анксиозности, недовољне адаптације на стрес и депресивног поремећаја код пацијената са карциномом сугеришу лошији квалитет живота посебно у почетном периоду пре лечења. Најчешћа психијатријска дијагноза која се јавља код пацијената са карциномом је депресивни поремећај, праћен поремећајем прилагођавања. Пацијенти са карциномом су често коморбидни и са депресијом, која може бити у распону од 11–44%. Биолошка рањивост и психолошки утицај у вези су са дијагнозом, могу делимично објаснити високу преваленцију депресије код пацијената са карциномом (47). И резултати нашег истраживања показују да су симптоми благе депресије (27,2%) односно умерене депресије (22%), веома чести у популацији пацијената са карциномима. Највеће просечне вредности РНQ-9 скорa утврђене су код пацијента са лимфомом (23,0), мененгиомом (22,0) и карциномом панкреаса (20,8), док су највеће просечне вредности Бековог скорa утврђене код пацијента са менингеомом (63,0), карциномом панкреаса (58,2) и лимфомом (56,0). Насупрот депресији, многе студије показују да је мање пацијената са анксиозним поремећајем него пацијената са депресивним поремећајем (6,5% наспрам 66,7%), (48).

Једна од студија је истраживала животне догађаје и симптоме депресије након операције карцинома дојке. Резултати сугеришу да трауматски стрес повезан са карциномом и стресни животни догађаји, попут великих финансијских потешкоћа, заједно са тенденцијом ка негативности, могу појачати симптоме депресије. Иако су студије које разјашњавају утицај стреса као једног од фактора повезаних са депресивним поремећајем код пацијената оболелих од карцинома оскудне, треба напоменути да су здравствени проблем пацијента, смрт блиског члана породице или пријатеља, блиског рођака са тешком болешћу и велика финансијска криза били четири најчешћа стресора међу пацијентима оболелим од карцинома (49). До данас је неколико студија истраживало депресију и анксиозност, као коморбидитете код пацијената оболелих од карцинома. Међутим, врло мало студија је открило симптоме анксиозности као придружени фактор код пацијената оболелих од карцинома који су коморбидни са депресивним поремећајем. За испитивање овог налаза потребно је више студија (50).

Уобичајен коморбидитет код пацијената оболелих од карцинома, укључује депресивно расположење, смањено интересовање, лош апетит, несаницу, когнитивно оштећење, песимистичко размишљање или чак суицидалне идеје/покушаје. Депресија значајно повећава ризик од непоштовања терапије код пацијената оболелих од карцинома и доприноси слабијем одговору на лечење, што може резултовати повећаним стопама хоспитализације, морталитета, па чак и самоубиства (51, 52).

Жене са карциномом дојке су у већем ризику од развоја психолошких поремећаја у поређењу са општим становништвом. У студији која се бавила анксиозношћу и депресијом код младих жена са недавно дијагностикованим метататстским карциномом дојке, показало се да су често имале симптоме анксиозности, док је депресија била ређа. Такође, показано је да су жене беле расе, мање религиозне, са већим степеном образовања, већим скором физичких симптома и са мањом социјалном подршком, склоније развоју депресивне и анксиозне симптоматологије (53).

Изражена забринутост, анксиозност и депресија могу бити последица хирургије, зрачења, хемотерапије или анти-хормоналне терапије и повезани су са лошијим квалитетом живота јер дуго трају и имају импликације на лошије придржавање терапије и исходе преживљавања. Неповољни психолошки исходи као што су забринутост, анксиозност и депресија и даље су недовољно признати и недовољно третирани упркос националним и међународним иницијативама (54).

Сазнање пацијента да има карцином изазива шок, страх и неповерење, што представља подлогу за настанак психолошке и егзистенцијална кризе. Сазнање о болести, као и доношење одлуке о даљем лечењу представља тежак пут суочавања са новонасталом ситуацијом, па је у таквој ситуацији социјална потпора веома важна за превазилажење страхова и неизвесности везаних за болест и лечење, као и за повећање квалитета живота код оваквих пацијената (55).

Постоје убедљиви докази о повећаном ризику од анксиозности, депресије и самоубиства, као и неурокогнитивних и сексуалних дисфункција, поремећаја сна поремећаја повезаних са стресом, соматизације и биполарних и опсесивно-компулзивних поремећаја код преживелих од карцинома (56). Жене, образовани, незапослени и старије особе су у већем ризику за депресију, док млади и незапослени доживљавају више анксиозности (57). И резултати нашег истраживања говоре да је ниво депресивности и анксиозности већи код старијих испитаника, код присуства хроничних болести/стања (коморбидитети), код већих ограничења активности и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности и присуства напетости/стреса.

Многе студије које су се бавиле менталним здрављем оболелих од малигних неоплазми показују да се стопе укупног психолошког дистреса крећу приближно 60%, а да депресију испољава 43%, а анксиозност око 17% оваквих пацијената. Такође је примећено да са повећањем нивоа анксиозности пацијента са карциномом, повећава се и

анксиозност испољена унутар њихове социјалне мреже. Особе оболеле од малигнух болести, испољавају разлике у перцепцији, ставу, реакцији, страху и надама у вези са својом болешћу (57).

Након што се саопшти дијагноза малигне болести и следственог стреса, уследи доношење одлуке о лечењу које за многе пацијенте буде веома тешко са испољавањем различитих промена у менталном здрављу. Литературни подаци показују да је да жене са карциномом дојке, а које су подвргнуте мастектомији испољавају врло често симптоме анксиозности најчешће због губитка самопоштовања, женствености, па чак и распадања породице услед немања одговарајуће подршке брачног партнера (58).

Истраживачи који су се бавили појавом депресије код жена са карциномом дојке показали су да су те жене испољавале искривљену слику о свом телу, са губитком женствености и следствено томе различитим облицима депресије, што указује на то да је дијагноза карцинома дојке значајан предиктор депресије. Такође мастектомија доводи до могућности да се код жене развије негативна слика о телу, а утиче и на сексуалност и социјалну комуникацију (59).

Реконструкција дојке помаже женама са карциномом дојке да одбаце лошу слику о себи, да врате нормалан изглед, осећај женствености и целовитости што има повољан утицај на њихово ментално здравље. Све то смањује осећај анксиозности и бригу да се болест може вратити. Такође, све то умањује стрес и доприноси вишем нивоу задовољства у односу са својим партнером и у сексуалном животу (60).

Такође, сама болест и разне терапијске процедуре ремете нормално функционисање оболеле особе и доводе до њиховог повлачења из разних облика друштвених активности, што може бити привремено и трајно те је психосоцијална подршка оваквим болесницима веома неопходан како би им олакшала суочавање са болешћу, прилагођавање самој болести и бољим ефектима терапије, рехабилитације и што је веома важно и бољем квалитету живота (61).

Поједини аутори објашњавају да карцином и лечење представљају стресоре, а болесникова адаптација представља исход. Такође наводе да стрес због болести и неповољна социјална потпора утичу на емоционално стање болесника, па да је стога веома битно да ниво социјалне потпоре треба да буде висок, како би се смањио психолошки дистрес пацијента који са дијагнозом онколошке болести (62).

Психолошка односно емотивна подршка представља одређену врсту контакта са пацијентом и подразумева: саосећања, вештине слушања, разумевање, испољавање емоционалне топлине и подршке, и прихватање без икаквог осуђивања, а остварује се путем невербалне и вербалне комуникације са пацијентом (63).

Сваку фазу лечења малигне болести одликују специфичне психолошке реакције оболелих особа. Битни предиктори који могу да утичу на савладавање и емотивну адаптацију на новонасталу ситуацију онколошке болести су фаза како породичног тако и индивидуалног циклуса у моменту када се постави дијагноза, претходна психичка стабилност особе, начини реаговања и суочавања са својом болешћу и склоност ка психолошкој и социјалној подршци (64).

Фактори који су повезани са болешћу као што су стадијум и тип малигне болести, могућности примене адекватних терапија и рехабилитације, фактори који су повезани са личношћу пацијента (тип личности, стадијуми зрелости, механизми превладавања) и социјални фактори попут личних уверења у вези са малигну болешћу, подршка породице, пријатеља, ширег социјалног окружења и онколошког тима) су фактори који значајно могу утицати на прилагођавање особа на малигну болест (65).

Суочавање са онколошком болешћу доприноси осећају тескобе и неизвесности. Зато је врло често неопходна помоћ психолога и психијатра, а посебно породична и социјална подршка, која ће помоћи пацијенту да се носи са својом болешћу посебно у ситуацијама када је савлада страх, малодушност и незнање. Пацијенти који успешно

прођу кроз процес лечења и рехабилитације имају инспирацију да поставе нове животне вредности, циљеве, приоритете, стремљења, наде и жеље (66).

Међутим, многи пацијенти нису у стању да без одговарајуће стручне подршке и помоћи преброде све те проблеме и да се властитим снагама и механизмима одупру свим тим факторима који значајно нарушавају њихов квалитет живота. Зато је потребна стручна помоћ и придржавање различитих психосоцијалних програма, социјално умрежавање и подршка у доношењу разних одлука кје су пресудне за успешно решавање и превазилажење свих психосоцијалних питања повезаних са малигном болешћу а који се посебно односе на депресију и анксиозност и последично квалитет живота ових пацијената (67).

У разним земљама постоје многобројна саветовалишта и удружења за подршку оболелима од малигну болести, која их охрабрују у свим фазама болести и пружају емоционалну и стручну подршку и адекватне информације (68).

Међутим, често се дешава да депресија буде неидентификована, што у великој мери утиче на квалитет живота ових пацијената. Зато је неопходна правовремена дијагноза депресивних симптома и анксиозности и правовремено третирање оваквих поремећаја, како би се превенирао лош квалитет живота пацијената са малигним болестима (69).

Многобројне студије су показале да депресија и анксиозност смањују квалитет живота онколошких пацијената јер негативно утичу на интерперсоналне односе, радноактивну активност и перцепцију о болести и здрављу (70, 71).

Депресија и анксиозност као и нежељени ефекти лечења попут хирургије, хемиотерапије, радиотерапије, хормонотерапије, који доводе до мучнине, умора и смањених когнитивних функција умањују укупан квалитет живота онколошких пацијената (72).

Постављање дијагнозе рака, као и дуготрајно и болно лечење, негативно утиче на квалитет живота везан за здравље и психичко благостање људи који болују од рака. Квалитет живота је сложена и вишедимензионална конструкција која се не бави само концептом животног стандарда. Заправо, показатељи субјективне перцепције квалитета живота крећу се између изграђеног окружења, физичког и менталног здравља, образовања, укључујући разрађене психолошке компоненте благостања као што су, задовољство рекреацијом и слободним временом, друштвена припадност, расположење, спавање и одмор, енергија, виталност. Истраживања показују да квалитет живота може предвидети преживљавање код људи са неколико врста рака и може бити прогностички фактор клиничког исхода и придржавања лечења. Стога је мера квалитета живота код људи који пате од хроничних болести као што је карцином постала релевантна и за прогностичке и за индикаторе исхода који прате традиционалне мере исхода, као што су придржавање третмана, одговор на терапију и стопе преживљавања. Отуда је повећано интересовање за факторе повезане са повећањем квалитета живота, ублажавањем психичког стреса и омогућавањем позитивне адаптације на болест, као и потрага за приступачним и једноставним начинима мерења квалитета живота великих група пацијената. Међу факторима повезаним са снижавањем квалитета живота, препозната је значајна улога код неколико хроничних болести које су истовремено присутне са великим депресивним поремећајима. Иако су нека истраживања настојала да разјасне везу између великих депресивних поремећаја, квалитета живота и рака ова веза је до сада била мало проучавана. Налази потврђују снажан утицај малигне болести на квалитет живота, али су истраживања показала да је квалитет живота био виши него код хроничних болести и са бољим исходом. Пошто је депресија јака детерминанта, њена превенција, рано откривање и терапија су главни циљеви који се морају постићи код пацијената са раком. Захваћеност тумором је вероватно мање стигматизујућа, за разлику од онога што се десило пре неколико деценија, иу погледу побољшања лечења и могућности доброг исхода. Наиме, све чешће читамо о естрадни медијима и пословним људима, политичарима или, у сваком случају, људима у погледу јавног мњења који

отворено говоре о својим догађајима везаним за дијагнозу рака, док је до пре неколико година све ово био скривено. Но ипак живот са карциномом представља проблем свести о могућности краја живота, а у том стању равнотеже може, с једне стране, постојати нада у опстанак услед побољшања лечења и с друге прихватање краја живота када се здравље погорша, почетак депресивне епизоде може катастрофално да наруши ову равнотежу више него код других поремећаја где погоршање даје бол, функционални недостатак и стигму. Међутим, иако је веома тешко идентификовати ефикасне алате за модификацију перцепције квалитета живота, депресивна епизода се може спречити и излечити, а показало се да побољшање депресије доводи до побољшања перцепције квалитета живота (73).

Резултати нашег истраживања су показали да је просечна вредност скорa депресивности на нивоу читаве студијске популације $11,6 \pm 6,9$ (range 0-25) и да је највећи проценат пацијената обухваћених студијом био са симптомима благе депресије (27,2%) односно умерене депресије (22%), док 18% испитиване популације пријављује симптоме тешке депресије. У односу на пол, није утврђено постојање статистички значајне разлике у просечним вредностима скорa депресивности између жена и мушкараца, али је утврђено постојање значајне разлике у вредностима PHQ-9 међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома. Највеће просечне вредности PHQ-9 скорa утврђене су код пацијента са лимфомом (23,0), мененгиомом (22,0) и карцином панкреаса (20,8). У односу на стадијум болести, такође је потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скорa депресивности, тако да су највеће просечне вредности евидентирани код пацијената у трећем стадијуму болести. За разлику од стадијума, није утврђен статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скорa депресивности, иако су нешто веће вредности скорa нађене код пацијената на комбинованој (радиотерапија+хемиотерапија) терапији. Слично, није утврђена значајнија разлика у просечном скору депресивности међу оперисаним и неоперисаним пацијентима.

Када је у питању утицај социоекономских варијабли на ментално здравље онколошких пацијената, евидентирано је да велики број жена има депресију и анксиозност, што упућује на неопходност рутинског скрининга на депресију и анксиозност. Анксиозност и депресија, демографске и социоекономске варијабле и стадијум малигне болести показали су да имају високу корелацију. Као најзначајнији предиктори депресије и анксиозности били су осећај малаксалости, бол, статус удовице и живот без партнера (74).

Друге студије су показале супротно, да је веза брачног стања и депресије и анксиозности код онколошких болесника таква да су жене које живе саме и које су удовице ређе имале поремећаје менталног здравља, јер су имале нижи степен бриге који се односио на породичну и друштвену одговорност (75, 76).

Регресиона анализа урађена у оквиру нашег истраживања показала је статистички значајан утицај следећих варијаби на ниво депресивности: нижи степен образовања, веће одсуствовање са посла, примена антихипертензива, мања потреба за помоћи око активности, мање коришћење хитне помоћи, мања социјална потпора и рурална средина. Ниво депресивности већи је код старијих испитаника, код присуства хроничних болести/стања (коморбидитети), код већих ограничења активности, и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности, присуства тешкоћа са видом, лошије оралне хигијене и присуства напетости/стреса.

Студије показују да су психосоцијални поремећаји код онколошких пацијената најчешћи одмах након суочавања са дијагнозом болести и током примарног лечења, али и у току релапса, што указује на значај праћења менталног здравља пацијента током читавог тока болести, током лечења и рехабилитације, а не само на почетку болести (77, 78).

Страх од погоршања болести је значајан предиктор депресије и анксиозности код онколошких пацијената (79).

Када је у питању анксиозност, резултати нашег истраживања су показали да је средња вредност скорa анксиозности у студијској популацији износила $45,4 \pm 9,5$ (range 27-63). У погледу на пол, није постојала статистички значајна разлика у средњој вредности скорa анксиозности између жена и мушкараца али је утврђено постојање значајне разлике у изражености анксиозности међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома. Највеће просечне вредности Бековог скорa утврђене су код пацијента са менингеомом (63,0), карцином панкреаса (58,2) и лимфом (56,0). У односу на стадијум болести, такође је потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скорa анксиозности ($p = 0,003$), тако да су највеће просечне вредности евидентиране код пацијената у трећем стадијуму болести ($53,0 \pm 14,1$), док су вредности биле ниже код оних у другом ($48,1 \pm 8,9$) и првом стадијуму болести ($44,01 \pm 9,4$). Такође, показан је статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скорa анксиозности, али није утврђена статистички значајнија разлика у просечном скору анксиозности међу оперисаним и неоперисаним пацијентима. Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај следећих варијаби на степен испољавања анксиозности: нижи степен образовања, мања потреба за помоћи око активности, мање коришћење кућне неге, мања активност и социјална потпора. Ниво анксиозности већи је код старијих испитаника, код присуства дуготрајне болести, код већих ограничења активности и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности и утицаја средства информисања.

Многа истраживања су показала да виши стадијум онколошке болести повећава ризик од развоја психосоцијалних тешкоћа, али није било значајне повезаности између нивоа образовања. Нижи степен образовања је имао изванредан утицај али не значајан. Образованији су имали чешће симптоме анксиозности, док су мање образовани чешће имали симптоме депресивности. Вероватно јер су образованији свеснији тешкоће своје болести и модалитета лечења. Када је у питању старост пацијената, депресивне и анксиозне симптоме чешће су пријављивали млађи пацијенти са карциномима. Такође изражено самопоштовање и адекватна емоционална подршка су били негативно повезани са анксиозним и депресивним симптомима. Поремећај у активностима свакодневног живота, телесна бол и велика брига о породици и будућности значајно су били повезани са анксиозним и депресивним симптомима, док су боље физичко здравље и адекватна социјална подршка представљали заштитни фактор (80, 81).

Када је у питању покушај самоубиства или самоубиство код онколошких пацијената, истраживања показују да је већина онколога и медицинских сестара изјавила да су се сусрели током своје каријере са најмање једним пацијентом који је извршио самоубиство и/или је имао самоубилачке идеје. Социјални радници су пријавили да имају мање самоубиства у својим праксама, али сличне стопе суицидалних идеја међу пацијентима. Стратегије за идентификацију ризика од самоубиства укључивале су обраћање пажње на вербалне индикаторе пацијената, експлицитне радње и тегобе менталног здравља. Поред тога, здравствени радници су известили да поремећаји менталног здравља и друге карактеристике пацијената повећавају њихову вероватноћу да процене суицидалност међу пацијентима. Пријављене препреке за од стране социјалних радника укључивале су факторе од стране пацијената као што су да пацијенти не упозоравају и прикривају самоубиство или пак не дођу на разговор. Препреке идентификоване од стране здравствених радника укључивале су недостатак обуке и свести, потешкоће у разликовању суицидалности од поремећаја менталног здравља, недостатак времена са пацијентима, страх од постављања питања о суицидалности и недостатак ресурса за суочавање са суицидалним пацијентима. Овакви подаци здравствених радника о њиховом недостатку обуке и свести о идентификовању ризика од самоубиства су алармантни с обзиром на већи ризик од самоубиства међу пацијентима

са раком. Програми обуке треба да укључе успешне стратегије које користе здравствени радници и да превазиђу препреке у идентификовању ризика од самоубиства (82).

Истраживањем перцепције онколога, социјалних радника и медицинских сестара о узроцима менталног поремећаја код пацијената са раком, показали су да су онколошки здравствени радници били осетљиви у својим перцепцијама о невољи својих пацијената. Налази су показали да постоје три категорије фактора: фактори повезане са болестима, друштвени фактори и егзистенцијални факторе. Теме у вези са болешћу укључивале су нежељене ефекте болести и лечења, губитак телесних функција и бриге о имицу тела које изазивају поремећај менталног здравља пацијента. Социјалне теме су укључивале социоекономски стрес, усамљеност/недостатак друштвене подршке и невоље везане за породицу. Егзистенцијалне теме укључивале су зависност/страх од терета, страх од смрти, тугу и губитак. Све доводи до закључка да постоји широк спектар узрока поремећаја менталног здравља код онколошких пацијената, што наглашава потребу за експлицитним разговорима са пацијентима о њиховом менталном статусу и разумевањем њихове патње. Приступ усредсређен на пацијента који вреднује пацијентову концептуализацију њиховог проблема и њихов наратив за разумевање њихове болести може побољшати однос пацијент-пужалац и олакшати третман усмерен на пацијента (83).

Онколошке медицинске сестре такође имају важну улогу у идентификацији поремећаја менталног здравља код онколошких пацијената међутим, досадашња истраживања показују да онколошке сестре често не детектују тачно ову невољу. Испитивањем перспектива онколошких медицинских сестара о индикаторима дистреса код пацијената, стратегијама које користе у идентификацији ових знакова дистреса и препрекама са којима се суочавају у препознавању ових индикатора, показано је да су се медицинске сестре ослањале на бројне емоционалне и бихевиоралне индикаторе да би процениле узнемиреност. Оне су известиле да су индикатори менталног здравља често исказивали пацијенти или њихови неговатељи. Стратегије за идентификацију узнемирености биле су ограничене, а медицинске сестре су пријавиле да је њихов једини метод директно питати пацијента. Препреке за идентификацију узнемирености укључивале су пацијенте који прикривају узнемиреност, недостатак обуке медицинских сестара и временска ограничења (84).

Код пацијената са карциномом, болест је терет не само за пацијента, већ и за читаву породицу. И чланови породице морају да се носе са болешћу као и сами пацијенти. Породица такође пролази кроз различите фазе прилагођавања на болест. Дијагноза карцинома, као и наредне фазе болести и њено лечење, често су извор интензивног стреса и за пацијента и за породицу. Емоционалне реакције које се јављају су најчешће бес, озлојеђеност, кривица и бол што отежава прихватање болести. Пацијенти и њихове породице треба да се суоче са неизвесношћу, изазовима у лечењу, страхом од рецидива или неуспеха лечења. У почетној фази дијагнозе, најчешће се примећује велика мобилизација породице, са спремношћу да пружи подршку пацијенту. Чланови породице покушавају да добију информације о дијагнози, лечењу и шансама за преживљавање. Међутим дешава се и да постоје породице које избегавају разговор о болести како би избегли стварање додатног стреса за пацијента и чланове породице. Такође, врло често и пацијент и чланови породице покушавају да траже разлоге за болест. Тражење смисла је веома честа тенденција, која произилази из уверења да све на свету има своје место и разлог. У зависности од начина на који се породица суочава, однос према болести може промовисати здраво понашање или ојачати вољу пацијента за борбу. Фаза лечења је најчешће повезана са сменом улога унутар породице. Врло често сви чланови морају да се изборе са симптомима лечења, морају да замене болесну особу у кућним обавезама и одвезу је у болницу на хемотерапију или радиотерапију. Ово може бити веома оптерећујуће, како физички тако и психички. Посебно, породица се може осећати у суспензији између страха и наде за резултат лечења. Хронична фаза болести може трајати

месецима или чак годинама укључујући периоде лечења и ремисије. То је такође време када се породица полако враћа свом рутинском животу. У неким породицама крај хемотерапије или радиотерапије се препознаје као крај саме болести. Тиме могу извршити притисак на пацијента да преузме своје старе обавезе, да се понаша здраво и да престане да размишља о болести која би требало да остане у прошлости. Овај притисак да се „врати у живот какав је био раније“ може створити непријатну ситуацију за пацијента који се можда још не осећа довољно јаким да настави пуну активност или коме је потребна његова породица да га и даље подржава. Друге породице, које се плаше или још не знају да ли је пацијент здрав или није, могу пасти у претерану заштиту, ометајући тако социјалну рехабилитацију пацијента или га доводећи у позицију у којој се осећа непотребним или изолованим од породичног живота. Фаза опоравка је такође пуна психичких проблема. Пре свега, увек постоји претња да се карцином може вратити. Породица мора стално да се суочава са страхом да може доћи до рецидива, а сваки преглед доноси тензију да би тестови открили нове канцерогене ћелије. Друго, неки процеси лечења доносе дугорочне ефекте на здравље пацијента, односно органске дисфункције или упорне условне рефлексе, што може бити извор стреса или негативних психичких стања како код пацијента тако и код његове породице. Треће, имати блиског рођака са карциномом увек генетски оптерећује потомство. На овај начин малигна болест увек остаје у породици, терајући је да живи у њеној сенци. Крај животне фазе је најстреснији за чланове породице. Снажна реакција на стрес може бити узрокована како страхом од одвајања, тако и очекиваним болом са којим ће пацијент морати да се суочи, недостатком контроле над ситуацијом и тренутком смрти. Начин на који чланови породице могу да се носе са умирањем својих рођака зависи од њиховог психичког и физичког стања, као и од њихове мреже подршке (85).

Много се ради на пружању ефикасних интервенција подршке за онколошке пацијенте и њихове породице. Док клиничка испитивања пружају базу доказа за клиничку праксу, веома је важно фокусирати се и на испитивања која ће идентификовати предикторе добре комуникације пружаоца услуга овим пацијентима као важан циљ за побољшање лечења и неге. Онколошке сестре су рутински укључене у негу онколошких пацијената. Спецификација компетенција опште онколошке медицинске сестре Онколошког сестринског друштва почиње изјавом: „Без обзира на радно место, свеобухватно знање и вештине у вези са патофизиологијом рака, опцијама лечења и управљањем симптомима су неопходни елементи праксе.“ Специфичне компетенције обухватају пружање образовања како би се одговорило на потребе пацијената и неговатеља породице, као и идентификовање ресурса доступних особама са раком и њиховим породичним неговатељима. Као најбоље оцењене у поштењу и етици међу професијама, онколошке медицинске сестре су у кључној позицији да се ангажују око пацијентата и повећају свест и тачно разумевање испитивања кроз едукацију пацијената, саветовање и подршку (86).

Поред значајног утицаја на породицу, проблеми менталног здравља код оболелих од карцинома, у смислу депресије и анксиозности доводе до повећања трошкова здравствене заштите. су уобичајена психијатријска стања која погађају пацијенте са дијагнозом малигне болести, а мета-анализе указују на преваленцију од 8-16% за депресивне поремећаје, што је значајно у односу на 5 % 1-годишња преваленција депресије у општој популацији. Што се тиче анксиозности, 19% пацијената са карциномом показује клиничке нивое анксиозности, а још 22,6% има субклиничке симптоме. Депресија и анксиозност су неки од најхитнијих проблема јавног здравља, при чему је депресија трећи водећи узрок оптерећења болестима у свету. Дакле, док карцином представља многе физичке изазове, висока преваленција депресије и анксиозности наглашава да пацијенти са малигном болешћу доживљавају терет који је већи од оног које изазива сам карцином. Иако су директни трошкови лечења депресије и анксиозности значајни, они такође могу бити повезани са индиректним трошковима кроз

повећано коришћење здравствене заштите. Пацијенти са депресијом имају 38% више посета амбулантној здравственој нези и 61% веће трошкове здравствене неге у односу на пацијенте без депресије. Депресивни пацијенти имају значајно више годишњих посета примарној здравственој заштити и веће стопе специјалистичких прегледа, лабораторијских тестова, радиолошких процедура и скенирања, и имају већи број консултација са медицинским, хируршким и другим специјалистима него пацијенти без депресије. Код пацијената са карциномом, они са дијагнозом депресивног поремећаја имају 76% више годишњих посета здравственој нези, имају 145% веће шансе да доживе посету одељењу хитне помоћи (ЕД), 81% повећан ризик од хоспитализације у болници, и 103% повећан ризик од 30-дневне поновне хоспитализације у односу на оне без дијагнозе. Знатно мање се зна о односу између анксиозности и употребе здравствене заштите код пацијената са карциномима, али поједине студије указују на сличан тренд. Поред значајних трошкова здравствене заштите, код пацијената са карциномом знатно су велики и Финансијски трошкови самог пацијента, а који су повезани са анксиозношћу и депресијом. Пацијенти са карциномом са дијагнозом депресије имају годишње трошкове здравствене заштите више него двоструко у односу на пацијенте који немају депресију, при чему се већи трошкови јављају у главним категоријама здравствене заштите, као што су амбулантна нега, трошкови хитне помоћи и коришћења болничке установе (87).

Рак је болест која представља велики проблем јавног здравља. Да би смањили здравствени и економски терет рака, креатори политике широм света применили су низ превентивних интервенција усмерених на факторе ризика са познатом везом са болешћу. Испитивањем утицаја шест примарних превентивних интервенција – повезаних са физичком неактивношћу, нездравом исхраном или штетном употребом алкохола – на здравствене исходе повезане са раком и трошкове здравствене заштите, са циљем да се квантификују исходи и трошкови за сваку интервенцију за период 2020–2050 у 37 земаља. Резултати из модела показују да би све интервенције могле довести до смањења броја нових случајева рака, посебно оних који циљају на штетну конзумацију алкохола. Увођење пореза на алкохол, на пример, процењује се да ће смањити повезане случајеве рака за 5619 годишње или 174 193 до 2050. Пропорционално, интервенције су имале највећи утицај на нове карциноме једњака и јетре. Налази из овог чланка су осмишљени да помогну доносиоцима одлука да ефикасно алоцирају ограничена средства за постизање циљева јавног здравља (88).

Испитивањем социјалне подршке онколошким болесницима, наше истраживање је показало да само трећина њих има блиске особе на које могу увек рачунати, (сваки други се изјаснио да је заинтересованост других за оно што им се дешава мала, док сваки пети наводи да је лако доћи до помоћи од стране других људи из окружења. Израчунати скор социјалне подршке упућује на лошу социјалну подршку. У односу на пол, постоји статистички значајна разлика у средњој вредности скорa социјалне помоћи између жена и мушкараца, тако да пацијенткиње имају значајно мање средње вредности и обратно, а регресиона анализа показала је статистички значајан утицај скорa социјалне подршке, као предиктора, на испољавање анксиозности, тј скор анксиозности као и статистички значајан утицај скорa социјалне подршке, као предиктора, на испољавање депресивности.

Адекватно развијена социјална мрежа и успостављена социјална подршка могу да умање негативне ефекте стреса на новонастале животне догађаје условљене дијагнозом онколошке болести као и симптоме анксиозности и депресије. Међутим, недостатак социјалне потпоре код ових болесника може да буде фактор ризика како за појаву тако и за погоршање анксиозности и депресије код пацијената са малигним болестима. Неадекватна социјална и породична подршка не само да негативно утичу на ток и исход болести и лечења, већ могу да допринесу и лошем квалитету живота ових болесника. Многе студије су показале да адекватно успостављена социјална потпора има позитиван

и јак утицај на спречавање анксиозних и депресивних симптома код онколошких пацијената. Неадекватна социјална потпора доводи до настанка анксиозности и депресије особа са малигним болестима, што доприноси смањењу социјалних активности и последично лошем квалитету живота.

Подстицање болесника оболелих од малигнух болести да активирају социјални и друштвени ангажман може да помогне у смањењу анксиозних и депресивних симптома. Такође, одговарајуће препознавање и лечење анксиозности и депресије код оваквих пацијената смањује анксиозне и депресивне симптоме, спречава суицидалну идеју, побољшава когнитивни и функционални статус и омогућава пацијентима да се лакше суоче са својом болешћу и психосоцијалним тешкоћама. Превенција анксиозности и депресије код пацијената са малигним болестима може значајно да побољша исходе болести, да утиче на ток и прогнозу болести и самањи ризик од смртности. Зато је неопходно размотрити могућности за профилаксу анксиозности и депресије, посебно у околностима у којима је повећан ризик од њиховог настанка што је посебно случај код онколошких пацијената.

Од велике важности је обезбедити скрининг за рану анксиозност и депресију користећи се рутинским дијагностичким алатима попут различитих упитника који могу да се користе у примарној здравственој заштити, у циљу превенирања и раног откривања анксиозности и депресије како би се умањили негативни ефекти и оптерећење како за породице тако и за друштво у целини. Депресивна и анксиозна симптоматологија је повезана са већим тешкоћама у лечењу коморбидитета, лошом прогнозом болести и требало би их темељно истражити и обезбедити рано и адекватно лечење. Зато је потребно рано извршити идентификацију анксиозних и депресивних симптома, како би се на време примениле превентивне мере.

Такође је неопходна и јавна свест о менталним проблемима људи са малигним болестима, рана и правовремена дијагноза и одговарајуће лечење менталних поремећаја ове популационе групације, што ће допринети да се ублажи њихова патња, а самим тим и побољшање њиховог квалитета живота, што представља велики допринос не само појединцу већ и целокупном друштву. Неопходно је да лекари примарне здравствене заштите и здравствени радници који се баве јавним здрављем буду адекватно обучени да препознају анксиозност и депресију и предузму превентивне мере. Пружаоци социјалне заштите, као и остали стручњаци из неформалног и формалног сектора, требало би да се укључе у тим који ће предузимати одређене кораке на националном нивоу и усмерити одговарајуће ресурсе за подршку пацијентима са малигним болестима.

С друге стране, поремећаји менталног здравља код ових пацијената значајно утичу како на квалитет живота тако и на породицу и заједницу и доприносе значајном повећању трошкова здравствене заштите. Препознавање и адекватан третман менталних поремећаја код пацијената са малигним болестима има велики значај за смањење инвалидитета и побољшање квалитета живота код ових пацијената. Зато је потребно на време идентификовати ове поремећаје и популационе групације под ризиком да би се организовала циљана и адекватна интервенција којом ће се омогућити очување и унапређење менталног здравља и појединаца и свеукупне друштвене заједнице.

Са аспекта јавног здравља и истраживања менталног здравља све је више признато да пружање клиничких услуга појединцима није одржив приступ задовољавању потреба менталног здравља становништва. Недостају конкретне смернице о томе шта такви приступи подразумевају, а докази о њиховој ефикасности нису интегрисани. То нам указује на неопходност нових истраживања које ће имати за циљ откривање предиктора поремећаја менталног здравља посебно у контексту коморбидитета, како би се предузеле конкретне превентивне мере са основним циљем унапређења менталног здравља и превенције менталних поремећаја код различитих популационих групација.

5. ЗАКЉУЧАК

Проценом менталног здравља одраслог становништва са онколошким болестима, могу се извести следећи закључци:

1. Студијом је обухваћено 250 пацијената старости 19 и више година, са дијагнозом карцинома: 174 особа женског пола (69,6%) и 76 особа мушког пола (30,4%). Просечна старост испитаника износила је $61,07 \pm 12,97$ год (распон 27-89 година). У односу на пол, просечна старост жена износила је $60,7 \pm 13,3$ године (min 27, max 85), а мушкараца $61,9 \pm 12,3$ године (min 34, max 89). Нешто више пацијената је било из руралне средине 52,4%, у брачној заједници 68,4%. У погледу образовања, највише је пацијената са средњим образовањем 40,8%, од којих је највише било домаћица, пензионера и незапослених. Тренутно је био запослено (45,8%) пацијената и то на неодређено време (39,4%) њих.
2. Најчесталији карциноми у студијској популацији су били: карцином дојке (28,3%), карцином бронха и плућа (7,2%) и карцином простате (5,6%).
3. Када је у питању стадијум болести (65,7%) њих је било у првом стадијуму болести, (33,1%) у другом стадијуму болести и (1,2%) у трећем стадијуму болести.
4. Од укупног броја онколошких пацијената, (55%) је било оперисано.
5. У погледу терапије, (36,7%) пацијената је било на хемиотерапији, (4,0%) је примало комбиновану терапију (хемио + радиотерапија), док је (1,2%) њих било на радиотерапији.
6. Просечна вредност скорa депресивности на нивоу читаве студијске популације износи $11,6 \pm 6,9$ (range 0-25).
7. Највећи проценат пацијената обухваћених студијом био је са симптомима благе депресије (27,2%) односно умерене депресије (22%), док 18% испитиване популације пријављује симптоме тешке депресије
8. У односу на пол, код особа женског пола средња вредност скорa депресивности износила је $11,5 \pm 6,6$, а код особа мушког пола $11,8 \pm 7,7$. Није утврђено постојање статистички значајне разлике у просечним вредностима скорa депресивности између жена и мушкараца (Independent samples T test, $p = 0,769$).
9. Утврђено је постојање значајне разлике у вредностима PHQ-9 међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома (One-Way ANOVA, $df(30) = 3,317$, $p < 0,001$). Највеће просечне вредности PHQ-9 скорa утврђене су код пацијента са лимфомом (23,0), мененгиомом (22,0) и карцином панкреаса (20,8).
10. У односу на стадијум болести, такође је потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скорa депресивности ($p = 0,024$), тако да су највеће просечне вредности евидентиране код пацијената у трећем стадијуму болести ($21,5 \pm 4,9$), док су вредности биле ниже код оних у другом ($12,7 \pm 6,7$) и првом стадијуму болести ($10,9 \pm 6,9$).
11. За разлику од стадијума, није утврђен статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скорa депресивности (One-Way ANOVA, $df(3) = 2,478$, $p = 0,062$), иако су нешто веће вредности скорa нађене код пацијената на комбинованој (радиотерапија+хемиотерапија) терапији. Слично, није утврђена значајнија разлика у просечном скору депресивности међу оперисаним и неоперисаним пацијентима ($11,75 \pm 6,4$ vs $11,46 \pm 7,6$) (Independent sample T test, $p = 0,741$).

12. Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај следећих варијаби на ниво депресивности: нижи степен образовања, веће одсуствовање са посла, примена антихипертензива, мања потреба за помоћи око активности, мање коришћење хитне помоћи, мања социјална потпора и рурална средина. Ниво депресивности већи је код старијих испитаника, код присуства хроничних болести/стања (коморбидитети), код већих ограничења активности, и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности, присуства тешкоћа са видом, лошије оралне хигијене и присуства напетости/стреса.
13. Средња вредност скорa анксиозности у студијској популацији износи $45,4 \pm 9,5$ (range 27-63). У погледу на пол, средња вредност скорa анксиозности код особа женског пола је $45,8 \pm 8,8$ (range 28-63), а код особа мушког пола $44,6 \pm 10,9$ (range 27-63). Не постоји статистички значајна разлика у средњој вредности скорa анксиозности између жена и мушкараца (Independent samples T test, $p = 0,406$). На основу скорова добијених на скали, сви испитаници из студије окарактерисани су као особе са озбиљном анксиозношћу (скор 26-63).
14. Статистичком обрадом података утврђено је постојање значајне разлике у изражености анксиозности међу пацијентима оболелим од различитих врста карцинома (One-Way ANOVA, $df(30) = 3,197$, $p < 0,001$). Највеће просечне вредности Бековог скорa утврђене су код пацијента са менингеомом (63,0), карцином панкреаса (58,2) и лимфом (56,0).
15. У односу на стадијум болести, такође је потврђено постојање статистички значајне разлике у средњим вредностима скорa анксиозности ($p = 0,003$), тако да су највеће просечне вредности евидентирани код пацијената у трећем стадијуму болести ($53,0 \pm 14,1$), док су вредности биле ниже код оних у другом ($48,1 \pm 8,9$) и првом стадијуму болести ($44,01 \pm 9,4$).
16. Такође, показан је статистички значајан утицај врсте терапије на просечне вредности скорa анксиозности (One-Way ANOVA, $df(3) = 4,428$, $p = 0,005$).
17. Није утврђена статистички значајнија разлика у просечном скору анксиозности међу оперисаним и неоперисаним пацијентима ($46,04 \pm 8,9$ vs $44,7 \pm 10,1$) (Independent sample T test, $p = 0,272$).
18. Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај следећих варијаби на степен испољавања анксиозности: нижи степен образовања, мања потреба за помоћи око активности, мање коришћење кућне неге, мања активност и социјална потпора. Ниво анксиозности већи је код старијих испитаника, код присуства дуготрајне болести, код већих ограничења активности и постојања тешкоћа у обављању свакодневних активности, код израженијег утицаја бола на обављање активности и утицаја средства информисања.
19. Скор социјалне подршке болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити показује да (38,8%) њих има блиске особе на које могу увек рачунати, (46,8%) се изјаснило да је заинтересованост других за оно што им се дешава мала, (0,8%) је одговорило да је јако тешко добити практичну помоћ од суседа, а (19,6%) наводи да је лако доћи до помоћи.
20. Скор социјалне подршке - просечна вредност за читаву студијску популацију износила $7,06 \pm 1,25$ (минимална вредност скорa износила је 4, а максимална вредност 10), упућује на лошу социјалну подршку.
21. У односу на пол, средња вредност скорa социјалне подршке код особа женског пола износила је $6,9 \pm 1,29$ (минимална вредност скорa износила је 4, а максимална вредност 10), а код мушкараца $7,32 \pm 1,12$ (минимална вредност скорa износила је 4, а максимална вредност 9).

22. Постоји статистички значајна разлика у средњој вредности скорa социјалне помоћи између жена и мушкараца, тако да пацијенткиње имају значајно мање средње вредности и обратно (Independent samples T test, $p = 0,025$).
23. Регресиона анализа показала је статистички значајан утицај скорa социјалне подршке, као предиктора, на испољавање анксиозности, тј скор анксиозности (Linear regression test, $p < 0,001$) као и статистички значајан утицај скорa социјалне подршке, као предиктора, на испољавање депресивности (Linear regression test, $p < 0,001$).

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Daré LO, Bruand P, Gérard D, et al. Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2019;19:304.
2. Chiu CJ, Hsu YC, Tseng SP. Psychological prognosis after newly diagnosed chronic conditions: Socio-demographic and clinical correlations. *International Psychogeriatrics* 2017;29:281–292.
3. Comijs HC, Nieuwesteeg J, Kok R, et al. The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC Psychiatry* 2015;15:20.
4. Kristina Geue, Philipp Göbel, Katja Leuteritz, Erik Nowe, Annkathrin Sender, Yve Stöbel-Richter, Michael Friedrich. Anxiety and Depression in Young Adult German Cancer Patients: Time Course and Associated Factors. *Psychooncology*. 2019;28(10):2083-2090.
5. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*. 2011;12(2):160–174.
6. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdottir U, Fang F. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol*. 2016;2(9):1188–96.
7. Jianwei Zhu, Arvid Sjölander, Katja Fall, Unnur Valdimarsdottir, Fang Fang. Mental disorders around cancer diagnosis and increased hospital admission rate - a nationwide cohort study of Swedish cancer patients. *BMC Cancer*. 2018; 18: 322.
8. Ozaki Y, Sposito AP, Bueno DR, Guariento ME. Depression and chronic diseases in the elderly. *Rev Soc Bras Clin Med* 2015;13(2):149–153.
9. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Strategies and Barriers in Addressing Mental Health and Suicidality in Patients With Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2019;46(5):561-571.
10. Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists' Treatment Responses to Mental Health Distress in Their Cancer Patients. *Qual Health Res*. 2018;28(11):1735-1745.
11. Vuk Pisk S, Filipčić I, Bogović A, Milovac Ž, Todorčić Laidlaw I, Caratan S. Maligne bolesti i psihički poremećaji-prevalencija, mortalitet, terapijski izazov. *Soc Psihijat*. 2017;45:187-201.
12. Fitzmaurice C, Abate D, Abbasi N, Abbastabar H, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*. 2019;5(12):1749-1768.
13. Eggermont AMM, Apolone G, Baumann M, Caldas C, Celis JE, de Lorenzo F, Ernberg I, Ringborg U, Rowell J, Tabernero J, Voest E, Calvo F. Cancer Core Europe: A translational research infrastructure for a European mission on cancer. *Mol Oncol*. 2019; 13(3): 521–527.
14. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, Gavin A, Visser O, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer*. 2018;103:356-387.

15. Majcherek D, Weresa MA, Ciecierski C. A Cluster Analysis of Risk Factors for Cancer across EU Countries: Health Policy Recommendations for Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):8142.
16. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, McKenzie K. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2015;5(6):e007079.
17. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Med Clin North Am*. 2017;101(6):1099-1113.
18. Vehling S, Mehnert A, Hartmann M, Oing C, Bokemeyer C, Oechsle K. Anxiety and depression in long-term testicular germ cell tumor survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;38:21–25.
19. Clark CJ, Fino NF, Liang JH, Hiller D, Bohl J. Depressive symptoms in older long-term colorectal cancer survivors: a population-based analysis using the SEER-Medicare healthcare outcomes survey. *Support Care Cancer*. 2016;24(9):3907–3914.
20. Marroquin B, Czamanski-Cohen J, Weihs KL, Stanton AL. Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *J Behav Med*. 2016;39(5):832–844.
21. Cohee AA, Adams RN, Johns SA, et al. Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psychooncology*. 2015.
22. Beckjord EB, Reynolds KA, van Londen GJ, et al. Population-level trends in posttreatment cancer survivors' concerns and associated receipt of care: results from the 2006 and 2010 LIVESTRONG surveys. *J Psychosoc Oncol*. 2014;32(2):125–151.
23. Koch L, Bertram H, Eberle A, Holleczeck B, Schmid-Höpfner S, Waldmann A, Zeissig SR, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors—still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the cancer survivorship—a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*. 2014;23:547–554.
24. Boyes AW, Girgis A, D'Este C, Zucca AC. Flourishing or floundering? Prevalence and correlates of anxiety and depression among a population-based sample of adult cancer survivors 6months after diagnosis. *Journal of Affective Disorders*. 2011;135(1–3):184–192.
25. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, et al. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncology*. 2013;14(8):721–732.
26. Inhestern L, Beierlein V, Bultmann JC, Möller B, Romer G, Koch U, Bergelt C. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer*. 2017;17(1):347.
27. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):343-51.
28. Cantrell MA, Posner MA. Psychological distress between young adult female survivors of childhood cancer and matched female cohorts surveyed in the adolescent health study. *Cancer Nurs*. 2014;37(4):271–277.
29. Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, et al. Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: A cross-sectional control study. *In Vivo*. 2010;24:803–10.
30. Hassan M, Shah S, Ghazi H, et al. Anxiety and depression among breast cancer patients in an urban setting in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16:4031–5.
31. Hjerl K, Andersen E, Keiding N, et al. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*. 2003;44:24–30.

32. Lim CC, Devi MK, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(3):215-35.
33. Swartzman S, Booth JN, Munro A, Sani F. Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression and anxiety.* 2017;34(4):327–339.
34. Hinz A, et al. Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019.
35. Braamse AM, van Turenhout ST, Terhaar Sive Droste JS, et al. Factors associated with anxiety and depressive symptoms in colorectal cancer survivors. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2016;28(7):831–835.
36. Muffly LS, Hlubocky FJ, Khan N, et al. Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Cancer.* 2016;122(6):954–961.
37. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos EC. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018;19(6):1661-1669.
38. Kazak AE, Derosa BW, Schwartz LA, et al. Psychological outcomes and health beliefs in adolescent and young adult survivors of childhood cancer and controls. *Journal of Clinical Oncology.* 2010;28(12):2002–2007.
39. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22:1957-1965, 2004.
40. Car J, Zycińska J, Lasota W. Assessment of psychological distress and depression in cancer patients. *Przegl Epidemiol.* 2012;66:689–95.
41. European health interview survey (EHIS wave 2): Methodological manual. Available online at: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13>
42. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory (BAI) Manual. Oxford (UK): Pearson; 1990.
43. K Kroenke , R L Spitzer, J B Williams. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.
44. Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 2012;12:27.
45. Connel J et al Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:138
46. Bonanno GA, Westphal M and Mancini AD. Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2011. 7:511–35
47. Hong JS, Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer.* 2014;22(2):453–459.
48. Yu Lee, Pao-Yen Lin, Meng-Chih Lin, Chin-Chou Wang, Hung-I Lu, Yung-Che Chen, Mian-Yoon Chong, Chi-Fa Hung. Morbidity and associated factors of depressive disorder in patients with lung cancer. *Cancer Manag Res.* 2019; 11: 7587–7596
49. Golden-Kreutz D. and Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psychooncology.* 2004; 13(3): 211–220.
50. Lee Y, Chien CY, Lin PY, et al. Psychiatric morbidity, pain, anxiety and depression in patients with head and neck cancer and lung cancer. *Int J Head Neck Sci.* 2017;1(3):191–198.

51. Sullivan DR, Forsberg CW, Golden SE, Ganzini L, Dobscha SK, Slatore CG. Incidence of suicide and association with palliative care among patients with advanced lung cancer. *Ann Am Thorac Soc.* 2018;15(11):1357–1359.
52. Lee Y, Hung CF, Chien CY, Lin PY, Lin MC, Wang CC, Lu HI, Chen YC, Chong MY, Wang LJ. Comparison of prevalence and associated factors of depressive disorder between patients with head and neck cancer and those with lung cancer at a tertiary hospital in Taiwan: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10(6):e037918.
53. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, Partridge AH. Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics.* 2018;59(3):251-258.
54. McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, Holland J. Physical Symptom Burden and Its Association With Distress, Anxiety, and Depression in Breast Cancer. *Psychosomatics.* 2018;59(5):464-471.
55. Watson M, Kissane D. *Handbook of Psycho-therapy in cancer care.* 2011 London, UK: Willey&Sons.
56. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst.* 2018;110(12):1311-1327.
57. Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas [Frequency of depression and anxiety in a group of 623 patients with cancer]. *Rev Med Chil.* 2021;149(5):708-715.
58. Przedzicki A, Sherman KA., Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis – Bilinski K. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho – Oncology* 2013; 22: 1872 – 79.
59. Kisinger SW, Laurenceau JP, Carver CS, Antoni MH. Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology and Health* 2011; 26(12): 1571 – 88.
60. Aguilar Cordero MJ, Villar NM, Sanchez MN, Pimentel – Ramirez ML, Garcia – Rillo A and Gomez Valerde E. Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutr Hosp.* 2015; 31(1): 371 – 79.
61. Gopie JP, Kuile MM, Timman R, Mureau MAM and Tibben A. Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: a prospective follow-up study. *Psycho – Oncology* 2014; 23: 100 –7.
62. Vukota Lj, Mužinić L. Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke. *JAHS* 2015; 1(2): 97-106.
63. Kornblith AB, Herndon JE, Zuckerman E, Viscoli CM, Horwitz RI, Cooper MR, Harris L, Tkaczuk KH, Perry MC, Budman D, Norton LC, Holland J. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer.* 2001; 91(2): 443-54.
64. Klikovac T. Psihološka podrška i psiho-socijalna pomoć ženama obolelim od karcinoma dojke. *Psihološka istraživanja* 2014; 17(1):77-95.
65. Holland JC. Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's. *Journal of Clinical Oncology* 2003; 21: 253-65.
66. Vukota L. Smernice za psihološku potporu ženama oboljelima od raka u Timu za dojku. U: Stanec Z, Vlajčić Z, ur. *Kliničke Smernice za onkoplastično liječenje raka dojke.* Zagreb: Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku hirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; 2013.
67. Chou AF, Stewart SL, Wild RC, Bloom JR. Social support and survival in young women with breast carcinoma. *Psychooncology* 2012; 21: 125-33.
68. Hengelson VS. Social support and quality of life. *Quality of Life Research* 2003; 12 (1): 25-31.

69. Avis NE, Crawford S. and Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23(15): 3322-30.
70. Chien C, Li CI, Heckbert SR, Malone KE, Boudreau DM, Daling JR. Antidepressant use and breast cancer risk. *Breast Cancer Res Treat* 2006; 95(2):131-40.
71. Deshields T, Tibbs T, Fan MY, Taylor M. Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15:398-406.
72. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol* 2003; 21(21):4027-33.
73. Aviles Gonzalez CI, Angermeyer M, Deiana L, Loi C, Murgia E, Holzinger A, Cossu G, Massa E, Romano F, Scartozzi M, Carta MG. The Quality of Life of People with Solid Cancer is Less Worse than Other Diseases with better Prognosis, Except in the Presence of Depression. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021;17(1):315-323.
74. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS et al. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Dis* 2006; 23:103-13.
75. Mariam V, Sepideh O, and Ali M. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45:355-61.
76. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer* 2007; 97:1625-31.
77. Northouse LL, Mood D, Kershaw T, Schafenacker A, Mellon S, and Walker J. Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *J Clin Oncol* 2002; 20:4050-64.
78. Lueboonthavatchi P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2007; 90:2164-74.
79. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H and Kinay M. Depression and anxiety levels in women under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol* 2010; 27(1):108-13.
80. Anderson JH, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of Life, Fertility Concerns, and Behavioral Health Outcomes in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:386-405.
81. Gorman JR, Malcarne VL, Roesch SC, et al. Depressive symptoms among young breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 123(2):477-85.
82. Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology*. 2018;27(1):148-154.
83. Cheatley J, Aldea A, Lerouge A, Devaux M, Vuik S, Cecchini M. Tackling the cancer burden: the economic impact of primary prevention policies. *Mol Oncol*. 2021 Mar;15(3):779-789.
84. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David MA. Oncology health care professionals' perspectives on the causes of mental health distress in cancer patients. *Psychooncology*. 2019;28(8):1695-1701.
85. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Mental Health Distress: Oncology Nurses' Strategies and Barriers in Identifying Distress in Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2019;23(1):43-51.
86. Woźniak K, Iżycki D. Cancer: a family at risk. *Prz Menopauzalny*. 2014;13(4):253-61.
87. Mausbach BT, Decastro G, Schwab RB, Tiamson-Kassab M, Irwin SA. Healthcare use and costs in adult cancer patients with anxiety and depression. *Depress Anxiety*. 2020;37(9):908-915.

88. Flocke SA, Antognoli E, Daly BJ, Jackson B, Fulton SE, Liu TM, Surdam J, Manne S, Meropol NJ. The Role of Oncology Nurses in Discussing Clinical Trials. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(5):547-552.

8. ПРИЛОГ

Прилог 1. Упитник за становништво узраста 15 година и више - интервју

UPITNIK za stanovništvo uzrasta 15 godina i više - intervju

Напомена: Dodatna dokumentacija (kartice, obrasci, itd.) sastavni je deo ovog upitnika i mora se koristiti u cilju adekvatno harmonizovane implementacije Istraživanja u skladu sa Evropskim istraživanjem zdravlja.

MODUL OSNOVNE KARAKTERISTIKE**OK.1 Na teritoriji koje današnje države ste rođeni?**

- u Srbiji 1
- u zemlji članici EU 2
- u zemlji koja nije članica EU? 3

OK.2 Državljanstvo koje države imate?

- Srbije 1
- zemlje članice EU 2
- zemlje koja nije članica EU? 3

OK.3 Kakav je Vaš bračni status?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: OZNAČITI PRVI ODGOVOR KOJI ODGOVARA

- Nikad se nisam ženio/udavala niti živeo/la u vanbračnoj zajednici 1
- U braku/ vanbračnoj zajednici 2
- Udovac/ica ili se vanbračna zajednica završila smrću partnera (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu) 3
- Razveden/a ili se vanbračna zajednica završila razlazom (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu) 4

FILTER 1

ANKETAR: AKO DOMAĆINSTVO IMA SAMO 1 ČLANA PRESKOČITE PITANJE OK.4 I PREDITE NA PITANJE OK.5

OK.4 Mogu li samo da proverim, da li živite sa nekim iz ovog domaćinstva kao par?

- Da, živim sa partnerom/kom 1
- Ne 2

OK.5 Koja je najviša škola koju ste završili? Molim Vas da uključite sva stručna usavršavanja.

- Bez škole 1
- 1-7 razreda osnovne škole 2
- Osnovna škola 3
- Srednja škola (2 godine) 4
- Srednja škola (3 ili 4 godine) 5
- Specijalizacija posle srednje škole 6
- Viša škola 7
- Visoka škola (osnovne studije) 8
- Visoka škola (master/magistarski) 9
- Visoka škola (doktorat) 10

Uvod

Sada ću Vam postaviti pitanja u vezi sa Vašim trenutnim radnim angažovanjem.

OK.6 Kako biste definisali Vaš trenutni radni status?

- Radim za platu ili profit (uključuje one koji rade u porodičnom biznisu, obavljaju plaćen pripravnički staž, kao i one koji trenutno ne rade zbog bolovanja ili godišnjeg odmora) 1 → PREĆI NA OK.8
- Nezaposlen 2
- Učenik/ca, student/kinja, usavršavanje, stručna praksa bez plaćanja 3
- U penziji ili prestao/la sa bavljenjem poslom¹ 4
- Nesposoban/na za rad² 5
- Obavljam poslove u domaćinstvu (domaćica) 7
- Drugo, navedite: _ _ _ _ _ 8

OK.7 Da li ste ikada radili za platu ili profit?

- Da 1
- Ne 2 → PREĆI NA Uvod ZS

¹ Isključuje onesposobljenost ili zdravstvene razloge.

² Uključuje dugotrajne bolesti ili zdravstvene probleme.

FILTER 2

ANKETAR: AKO JE OK.6 = 1 PITATI ZA TRENUTNI GLAVNI POSAO,
AKO JE OK.7 = 1 PITATI ZA PREDHODNI GLAVNI POSAO.

OK.8 Da li ste (bili):

- zaposleni ili 1
 samozaposleni ili 2 → PREĆI NA OK.10
 angažovani u okviru porodičnog posla? 3 → PREĆI NA OK.10

OK.9 Kakvu vrstu radnog ugovora imate (ili ste imali)?

- Stalan posao/ugovor na neodređeno 1
 Privremen posao/ ugovor na određeno 2

OK.10 Da li na poslu radite (ili ste radili):

- puno radno vreme ili 1
 deo radnog vremena? 2

OK.11 Koje je (bilo) Vaše zanimanje na poslu?

Naziv posla: _____

Opišite šta radite (ili ste radili) na poslu:

 (ISCO-08 COM, 2 mesta)

OK.12 Koju delatnost obuhvata (ili je obuhvatao) Vaš biznis/oragnizacija u kojoj radite (ili ste radili) (npr. hemijska, ribolov, ugostiteljstvo, zdravstvena zaštita itd.)?

OPIŠITE DETALJNO – PROIZVODNJA, PRERADA, DISTRIBUCIJA, GLAVNI PROIZVODI, MATERIJALI KOJI SE KORISTE, VELEPRODAJA ILI PRODAJA, ITD.

 (NACE Rev.2, 2 mesta)

MODUL ZDRAVSTVENO STANJE**ZDRAVSTVENO STANJE – ZS**Uvod ZS

Sada ćemo razgovarati o Vašem zdravlju.

ZS.1 Kakvo je Vaše zdravlje u celini? Da li je...

- veoma dobro 1
dobro 2
prosečno 3
loše 4
veoma loše? 5
- ne zna¹ 8
odbijanje 9

ZS.2 Da li imate neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem? Pod dugotrajnim se podrazumevaju bolesti ili zdravstveni problemi koji su trajali, ili za koje se očekuje da će trajati 6 meseci ili duže.

- Da 1
Ne 2
- ne zna 8
odbijanje 9

ZS.3 U poslednjih 6 meseci ili duže, u kom obimu ste zbog zdravstvenih problema bili ograničeni u obavljanju aktivnosti koje drugi obično obavljaju? Da li biste rekli da ste bili...

- ozbiljno ograničeni 1
ograničeni ali ne ozbiljno ili 2
niste uopšte bili ograničeni? 3
- ne zna 8
odbijanje 9

¹ U svim pitanjima odgovori kao što su "ne sećam se" i "nisam siguran" obeležavaju se kategorijom odgovora "ne zna".

ZS.4 Kako biste procenili stanje vaših zuba i usne duplje (desni i mekih tkiva)?

- Veoma dobro 1
Dobro 2
Prosečno 3
Loše 4
Veoma loše 5
- ne zna 8
odbijanje 9

ZS.5 Koliko zuba Vam nedostaje?

- Nijedan (imam sve zube) 1 → PREĆI NA Uvod HB
1-5 zuba 2
6-10 zuba 3
Više od 10, ali ne svi zubi 4
Svi (nemam nijedan zub) 5
- ne zna 8
odbijanje 9

ZS.6 Da li imate protezu?

- Da, imam totalnu 1
Da, imam parcijalnu 2
Nemam protezu 3
- ne zna 8
odbijanje 9

HRONIČNE BOLESTI I STANJA – HBUvod HB

Pred Vama je lista hroničnih bolesti ili stanja.

HB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci imali neku od navedenih bolesti ili stanja?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 1-HB.1 SA LISTOM BOLESTI/STANJA. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE BOLESTI/STANJA KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST/STANJE.

Da.....1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

BOLEST/STANJE	HB.1
a. Astma (uključuje i alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
b. Hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem	<input type="checkbox"/>
c. Infarkt miokarda (srčani udar) ili hronične posledice infarkta miokarda	<input type="checkbox"/>
d. Koronarna bolest srca ili angina pectoris	<input type="checkbox"/>
e. Povišen krvni pritisak (hipertenzija)	<input type="checkbox"/>
f. Moždani udar (cerebralno krvarenje, cerebralna tromboza – šlog) ili hronične posledice moždanog udara	<input type="checkbox"/>
g. Artroza – degenerativno oboljenje zglobova (ne uključuje artritis – zapaljenje zglobova)	<input type="checkbox"/>
h. Deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima	<input type="checkbox"/>
i. Vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom	<input type="checkbox"/>
j. Šećerna bolest (dijabetes)	<input type="checkbox"/>
k. Alergija, kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije (ne uključuje alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
l. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
m. Nemogućnost zadržavanja mokraće (urinarna inkontinencija) problemi sa kontrolisanjem mokraćne bešike	<input type="checkbox"/>
n. Bubrežni problemi	<input type="checkbox"/>
o. Depresija	<input type="checkbox"/>
p. Rak (maligno oboljenje)	<input type="checkbox"/>
q. Povišenu masnoću u krvi (holesterol)	<input type="checkbox"/>

НВ.2 Da li Vam je lekar rekao da imate povišeni krvni pritisak?

- Da 1
- Ne 2 → PREĆI NA PO.1
- ne zna 8 → PREĆI NA PO.1
- odbijanje 9 → PREĆI NA PO.1

НВ.3 Da li lečite povišeni krvni pritisak?

- Da, samo dijetom (poseban režim ishrane) 1 → PREĆI NA PO.1
- Da, samo lekovima 2
- Da, na oba navedena načina 3
- Ne, ne lečim se 4 → PREĆI NA PO.1
- ne zna 8 → PREĆI NA PO.1
- odbijanje 9 → PREĆI NA PO.1

НВ.4 Da li ste u prethodne 4 nedelje uzimali lekove za lečenje povišenog krvnog pritiska?

- Da, redovno 1
- Da, ponekad 2
- Ne 3
- ne zna 8
- odbijanje 9

POVREDE – PO**PO.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci doživeli neku od sledećih vrsta nezgoda koja je dovela do povrede?**

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: POVREDE NASTALE KAO REZULTAT TROVANJA ILI KAO REZULTAT DEJSTVA ŽIVOTINJA ILI INSEKATA SE TAKOĐE UKLJUČUJU. POVREDE NASTALE KAO REZULTAT NAMERNOG DEJSTVA DRUGIH LICA I SAMOPOVREĐIVANJA SE ISKLJUČUJU.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU **2-PO.1** SA VRSTAMA NEZGODA. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE VRSTE NEZGODA KOJE SE ODOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU VRSTU NEZGODE.

Da.....1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Vrsta nezgode	PO.1
a. Drumaska saobraćajna nezgoda	<input type="checkbox"/>
b. Nezgoda u kući	<input type="checkbox"/>
c. Nezgoda u toku bavljenja slobodnim aktivnostima	<input type="checkbox"/>

FILTER 3

ANKETAR: NA PITANJE PO.2 ODGOVARAJU ISPITANICI KOJI SU IMALI NEZGODU KOJA JE REZULTIRALA POVREDOM (ŠIFRA 1 U ODGOVORIMA NA PO.1a ILI PO.1b ILI PO.1c).

PO.2 Da li Vam je bila ukazana medicinska pomoć zbog posledica ove (ovih) nezgode(a)?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: AKO SE DESILO VIŠE NEZGODA BILO KOJE VRSTE, PITANJE SE ODNOSI NA ONU KOJA JE BILA NAJOZBILJNIJA (ONU ZBOG KOJE JE PRUŽENO NAJSLOŽENIJE LEČENJE).

Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu
i ostao preko noći 1

Da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu
ali nisam ostao preko noći 2

Da, od strane doktora ili medicinske sestre 3

Ne, ni konsultacija ni intervencija nije bila potrebna 4

ne zna 8

odbijanje 9

ODSUSTVO S POSLA (ZBOG ZDRAVSTVENIH RAZLOGA) – OP**FILTER 4**

ANKETAR: PITANJE OP1 SE POSTAVLJA SAMO ONIM ISPITANICIMA KOJI SU TRENUTNO ZAPOSLENI (OK.6=1).

OP.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema? Uzmite u obzir sve vrste bolesti, povreda i drugih zdravstvenih problema koje ste imali i zbog kojih ste odsustvovali sa posla.

- Da 1
- Ne 2 → PREĆI NA Uvod FO
- ne zna 8 → PREĆI NA Uvod FO
- odbijanje 9 → PREĆI NA Uvod FO

OP.2 Koliko ste ukupno dana bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema u toku prethodnih 12 meseci?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UZIMAJU SE U OBZIR SVI KALENDARSKI DANI ODSUSTVOVANJA SA POSLA BEZ OBZIRA DA LI ISPITANIK IMA ILI NE ZVANIČNO BOLOVANJE (OVERENO OD STRANE LEKARA).

□□□□ dana

- ne zna 998
- odbijanje 999

FIZIČKA I SENZORNA FUNKCIONALNA OŠTEĆENJA – FOUvod FO

Sada ću Vam postaviti još pitanja o Vašem opštem fizičkom zdravlju. Pitanja se bave sposobnostima za obavljanje različitih osnovnih životnih aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve prolazne/privremene probleme.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE ISPITANIK SLEP, NEMOJTE POSTAVLJATI PITANJE FO.1, OBELEŽITE ODGOVOR 3 ZA FO.1 I PREĐITE NA PITANJE FO.3. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.1

FO.1 Da li nosite naočare ili kontaktna sočiva?

- Da 1
- Ne 2
- Slep ili ne vidi uopšte 3 → PREĆI NA FO.3
- ne zna 8
- odbijanje 9

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ZA PITANJA FO.2 DO FO.7 (OSIM FO.3) POKAZATI KARTICU 3-FO.2,4,5,6,7 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

FO.2 ako je FO.1=1 → Da li imate teškoće da vidite čak i kada nosite svoje naočare ili kontaktna sočiva? Da li biste rekli da vidite...

ako je FO.1=2 → Da li imate teškoća sa vidom? Da li biste rekli da vidite...

- bez teškoća 1
- uz manje teškoće 2
- uz velike teškoće 3
- nisam u stanju 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE ISPITANIK GLUV, NEMOJTE POSTAVQATI PITANJE FO.3. OBELEŽITE ODGOVOR 3 U FO.3 I PREĐITE NA PITANJE FO.6. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.3.

FO.3 Da li koristite slušni aparat?

- Da 1
- Ne 2
- Gluv ili ne čuje uopšte 3 → PREĆI NA FO.6
- ne zna 8
- odbijanje 9

FO.4 ako je FO.3=1 → Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji, čak i kada koristite Vaš slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...

ako je FO.3=2 → Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...

- bez teškoća 1
- uz manje teškoće 2
- uz velike teškoće 3
- nisam u stanju 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

FO.5 *ako je FO.3=1* → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji, čak i kada koristite Vaš slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...**

ako je FO.3=2 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...**

- bez teškoća 1
- uz manje teškoće 2
- uz velike teškoće 3
- nisam u stanju 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

FO.6 **Da li imate teškoće da pređete peške pola kilometra po ravnom (odgovara dužini 5 fudbalskih igrališta), bez bilo kakve pomoći (pomoć podrazumeva korišćenje štapa, hodalica, invalidskih kolica, proteza i sl., kao i pomoć druge osobe)? Da li biste rekli da to možete učiniti...**

- bez teškoća 1
- uz manje teškoće 2
- uz velike teškoće 3
- nisam u stanju 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

FO.7 **Da li imate teškoće da se popnete uz ili siđete niz 12 stepenika? Da li biste rekli da to možete učiniti...**

- bez teškoća 1
- uz manje teškoće 2
- uz velike teškoće 3
- nisam u stanju 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

AKTIVNOSTI LIČNE NEGE – LN**FILTER 5**

ANKETAR: AKO ISPITANIK IMA 65 ILI VIŠE GODINA PREĆI NA UVOD LN.1. U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

Uvod LN.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim aktivnostima lične nege.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 4-LN.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD AKTIVNOSTI LIČNE NEGE.

LN.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju bilo koje od ovih aktivnosti?

- Bez teškoća.....1
 Manje teškoće.....2
 Velike teškoće..... 3
 Nisam u stanju..... 4
 ne zna..... 8
 odbijanje..... 9

Aktivnosti	LN.1
a. Da jedete	┌┐
b. Da legnete i ustanete iz kreveta ili da sednete i ustanete sa stolice	┌┐
c. Da se oblačite i svlačite	┌┐
d. Da koristite WC/klozet	┌┐
e. Da se kupate ili tuširate	┌┐

FILTER 6

AKO JE LN.1 = 2, 3 ILI 4 ZA MAKAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD LN.2 U SUPROTNOM PREĆI NA KA.1.

Uvod LN.2

Razmislite o svim aktivnostima lične nege prilikom kojih imate teškoća kada ih obavljate samostalno.

LN.2 Da li Vam obično tokom obavljanja bilo koje od tih aktivnosti neko pomaže?

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti 1
 Ne 2
 ne zna 8
 odbijanje 9

LN.3 ako je LN.2=1 → Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?

ako je LN.2=2 → Da li bi Vam bila potrebna pomoć?

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti 1
 Ne 2
 ne zna 8
 odbijanje 9

KUĆNE AKTIVNOSTI – KAUvod KA.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim kućnim aktivnostima.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 5-KA.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPIŠITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD KUĆNIH AKTIVNOSTI.

KA.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju bilo koje od ovih aktivnosti?

- Bez teškoća..... 1
 Uz manje teškoće..... 2
 Uz velike teškoće..... 3
 Nisam u stanju..... 4
 Nije primenjivo (nikad nije probao/la,
 nema potrebe da to radi)..... 5
 ne zna..... 8
 odbijanje..... 9

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR „BEZ TEŠKOĆA“ ILI NISTE SIGURNI U VALIDNOST ODGOVORA, PITAЈTE DA LI ISPITANIK/CA UOPŠTE OBAVLJA AKTIVNOST ILI NE MOŽE DA JE OBAVLJA SAMOSTALNO ZBOG NEKIH DRUGIH RAZLOGA KOJI NISU U VEZI SA ZDRAVLJEM. U TOM SLUČAJU UPIŠITE ODGOVOR „NIJE PRIMENLJIVO“.

Aktivnosti	KA.1
a. Pripremanje hrane	<input type="checkbox"/>
b. Korišćenje telefona	<input type="checkbox"/>
c. Kupovina	<input type="checkbox"/>
d. Uzimanje terapije (lekovi)	<input type="checkbox"/>
e. Lakši kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
f. Povremeni teži kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
g. Vođenje računa o finansijama, računima i druge administrativne aktivnosti	<input type="checkbox"/>

FILTER 7

AKO JE KA.1 = 2, 3 ILI 4 ZA BAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD KA.2 U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

Uvod KA.2

Razmislite o svim kućnim aktivnostima prilikom kojih imate teškoća kada ih obavljate samostalno.

KA.2 Da li Vam obično tokom obavljanja bilo koje od tih aktivnosti neko pomaže?

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti 1
- Ne 2
- ne zna 8
- odbijanje 9

KA.3 ako je KA.2=1 → Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?

ako je KA.2=2 → **Da li bi Vam bila potrebna pomoć?**

- Da, tokom najmanje jedne aktivnosti 1
- Ne 2
- ne zna 8
- odbijanje 9

BOL – BOUvod BO

Sledeće pitanje se odnosi na bilo kakav fizički (telesni) bol koji ste imali u toku prethodne 4 nedelje.

BO.1 Kakav ste telesni bol imali tokom prethodne 4 nedelje?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 6-BO.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

- | | |
|-------------------|--|
| Nisam imao/la bol | <input type="radio"/> 1 → PREĆI NA Uvod MZ |
| Veoma slab | <input type="radio"/> 2 |
| Slab | <input type="radio"/> 3 |
| Umeren | <input type="radio"/> 4 |
| Jak | <input type="radio"/> 5 |
| Veoma jak | <input type="radio"/> 6 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA Uvod MZ |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA Uvod MZ |

BO.2 Koliko je, tokom prethodne 4 nedelje, bol uticao na Vaše uobičajene aktivnosti (uključuje aktivnosti i obaveze van kuće i u kući)?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 7-BO.2 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

- | | |
|-------------|-------------------------|
| Nimalo | <input type="radio"/> 1 |
| Malo | <input type="radio"/> 2 |
| Umereno | <input type="radio"/> 3 |
| Mnogo | <input type="radio"/> 4 |
| Veoma mnogo | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

MENTALNO ZDRAVLJE – MZ**Uvod MZ**

Sledeća pitanja se bave time kako ste se osećali tokom prethodne 2 nedelje.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 8-MZ.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD PITANJA.

MZ.1 U toku protekle 2 nedelje, koliko često Vam je smetao bilo koji od sledećih problema?

- Nije uopšte..... 1
 Nekoliko dana..... 2
 Više od 7 dana..... 3
 Skoro svakog dana..... 4
 ne zna..... 8
 odbijanje..... 9

Problemi	MZ.1
a. Slabo interesovanje ili zadovoljstvo da nešto radite	<input type="checkbox"/>
b. Malodušnost, depresija ili beznadežnost	<input type="checkbox"/>
c. Problem da zaspate, spavate u kontinuitetu ili previše spavanja	<input type="checkbox"/>
d. Osećanje zamora ili nedostatka energije	<input type="checkbox"/>
e. Loš apetit ili prejedanje	<input type="checkbox"/>
f. Loše mišljenje o sebi – ili osećaj da ste promašaj, ili da ste razočarali sebe ili svoju porodicu	<input type="checkbox"/>
g. Teškoća da se koncentrišete na stvari, kao što su čitanje novina ili gledanje televizije	<input type="checkbox"/>
h. Toliko usporeno kretanje ili govor da su drugi to mogli da primete, ili suprotno – toliko ste bili uzvrpoljeni ili nemirni da ste se kretali više nego obično	<input type="checkbox"/>

MZ.2 Da li ste tokom prethodne 4 nedelje bili napeti, pod stresom/pritiskom?

- Da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi 1
 Da, više nego ostali ljudi 2
 Da, moj život je skoro nepodnošljiv 3
 Ne 4
 ne zna 8
 odbijanje 9

MODUL ZDRAVSTVENA ZAŠTITA**KORIŠĆENJE BOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KB****Uvod KB**

Sledeća grupa pitanja je o vremenu provedenom u bolnici. Sve vrste bolnica (opšte, specijalne, klinički centri, instituti, klinike, kliničko-bolnicki centri, zavodi) su uključene.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ZA ŽENE DO 50 GODINA STAROSTI, DODATI: „IZUZIMA SE VREME PROVEDENO U BOLNICI RADI POROĐAJA.”

KB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili na bolničkom lečenju (ležali u bolnici preko noći ili duže)?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: IZUZIMAJU SE POSETE HITNOJ SLUŽBI/ODELJENJU HITNOG PRIJEMA (BEZ NOĆENJA) ILI POSETE SPECIJALISTIČKIM AMBULANTAMA BOLNICA.

- | | |
|-----------|---|
| Da | <input type="radio"/> 1 |
| Ne | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA KB.3 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA KB.3 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA KB.3 |

KB.2 Koliko ste ukupno noći proveli u bolnici, uzimajući u obzir sve boravke u bolnici/ama?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: DOZVOLJAVA SE DA SE UKUPAN BROJ NOĆI ISKAŽE U DANIMA UKOLIKO ISPITANIK BORAVAK U JEDNOJ ILI VISE RAZLIČITIH BOLNICA ISKAŽE U DANIMA.

□□□□ Broj noći

- | | |
|-----------|---------------------------|
| ne zna | <input type="radio"/> 989 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 999 |

KB.3 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent”, odnosno radi dijagnostike, lečenja ili pružanja druge vrste zdravstvenih usluga koji nisu zahtevali da ostanete u bolnici preko noći?

- | | |
|-----------|--|
| Da | <input type="radio"/> 1 |
| Ne | <input type="radio"/> 2 → PREĆI NA Uvod KV.1 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA Uvod KV.1 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA Uvod KV.1 |

KB.4 U prethodnih 12 meseci, koliko puta ste bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent“?

┌──┬──┬──┬──┐ Broj prijema

ne zna 998

odbijanje 999

KORIŠĆENJE VANBOLNIČKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – KVUvod KV.1

Sledeća grupa pitanja je o posetama/konsultacijama sa Vašim lekarom opšte medicine ili pedijatrom. Molimo Vas da obuhvatite posete lekaru u ordinaciji kao i njegove kućne posete i obavljene konsultacije sa njim putem telefona.

KV.1 Da li imate svog lekara opšte medicine ili pedijatra:

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Lekar opšte medicine ili pedijatar	KV.1
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	┌──
b. u privatnoj praksi	┌──

FILTER 8

AKO JE KV.1 = 1 ZA BAR JEDNU OD OPCIJA PREĆI NA KV.2 U SUPROTNOM PREĆI NA FILTER 9.

KV.2 Kada ste Vi lično poslednji put posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?

- Pre manje od 3 meseca 1
- Pre 3 meseca do 6 meseci 2 → PREĆI NA FILTER 9
- Pre 6 meseci do 12 meseci 3 → PREĆI NA FILTER 9
- Pre 12 meseci ili više 3 → PREĆI NA FILTER 9
- Nikada 3 → PREĆI NA FILTER 9
-
- ne zna 8 → PREĆI NA FILTER 9
- odbijanje 9 → PREĆI NA FILTER 9

KV.3 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?

Lekar opšte medicine/pedijatar	Broj poseta
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	□□□
b. u privatnoj praksi	□□□

- ne zna 98
- odbijanje 99

FILTER 9

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA. UKOLIKO JE ISPITANIK MUŠKARAC PREĆI NA UVOD KV.7

Uvod KV.4

Sledeća grupa pitanja je o posetama ginekologu.

KV.4 Da li imate svog ginekologa?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Ginekolog	KV.4
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="checkbox"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="checkbox"/>

KV.5 Kada ste poslednji put Vi lično posetili ginekologa?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ODGOVARAJU SVE ŽENE BEZ OBZIRA DA LI IMAJU SVOG GINEKOLOGA.

- Pre manje od 12 meseci 1
- Pre 12 meseci ili više 2
- Nikada 3 → PREĆI NA Uvod KV.7
- ne zna 8
- odbijanje 9 → PREĆI NA Uvod KV.7

KV.6 Koliko godina ste imali kada ste prvi put Vi lično posetili ginekologa?

godina

- ne zna 98
- odbijanje 99

Uvod KV.7

Sledeća grupa pitanja je o posetama stomatologu (opštem ili nekom specijalisti stomatologije).

KV.7 Da li imate svog stomatologa:

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD OPCIJA.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Stomatolog	KV.7
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	<input type="checkbox"/>
b. u privatnoj praksi	<input type="checkbox"/>

KV.8 Kada ste Vi lično (ne kao pratilac supružnika, dece, itd.) poslednji put posetili stomatologa?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ODGOVARAJU SVI ISPITANICI BEZ OBZIRA DA LI IMAJU SVOG STOMATOLOGA.

- Pre manje od 6 meseci 1
- Pre 6 do 12 meseci 2
- Pre 12 meseci ili više 3
- Nikada 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod KV.9

Sledeća pitanja su o posetama/konsultacijama sa lekarima specijalistima (specijalistima internističkih i hirurških grana medicine, izuzev specijalista opšte medicine, pedijatrije i ginekologije). Obuhvatite samo posete lekarima u specijalističko-konsultativnim ambulantom domova zdravlja, bolnica i privatne prakse ili odeljenjima hitne službe, ali ne i kontakte u toku bolničkog lečenja kao ležeći pacijent ili „dnevni pacijent”.

KV.9 Kada ste poslednji put Vi lično posetili nekog lekara specijalistu?

- Pre manje od 12 meseci 1
- Pre 12 meseci ili više 2 → PREĆI NA KV.11
- Nikada 3 → PREĆI NA KV.11
- ne zna 8 → PREĆI NA KV.11
- odbijanje 9 → PREĆI NA KV.11

KV.10 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili lekara specijalistu?

Lekar specijalista	Broj poseta
a. u državnoj zdravstvenoj ustanovi	□□□
b. u privatnoj praksi	□□□

- ne zna 98
- odbijanje 99

KV.11 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci Vi lično posetili...?*UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD ZANIMANJA.*

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ZANIMANJE	KV.11
a. Specijalistu fizikalne medicine i rehabilitacije	<input type="checkbox"/>
b. Psihologa, psihoterapeuta ili psihijatra	<input type="checkbox"/>

Uvod KV.12

Sledeća pitanja su o uslugama kućne nege koja pokriva širok spektar zdravstvenih i socijalnih usluga koje se pružaju ljudima sa zdravstvenim problemima u njihovom domu. Kućna nega obuhvata, na primer usluge koje pružaju medicinske sestre ili babice u kući, pomoć u kući za poslove u domaćinstvu ili brigu za stara lica, usluge prevoza. Obuhvaćene su samo usluge koje pružaju zdravstveni radnici ili radnici socijalnih službi.

KV.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili ili dobili bilo koji oblik kućne nege?Da 1Ne 2ne zna 8odbijanje 9Uvod KV.13

Sledeće pitanje odnosi se na korišćenje usluga hitne ili neodložne pomoći. Podrazumevaju se pozivi i dolazak ekipa u Vaš dom, na posao ili na javno mesto (ulica, sportska hala, restoran...) radi rešavanja Vaseg zdravstvenog problema, kao i Vaš samoinicijativni odlazak u službu hitne ili urgentne pomoći zdravstvene ustanove.

KV.13 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge hitne pomoći?

- Da 1
- Ne 2
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod KV.14

Sada ću Vam postaviti pitanja koja se odnose samo na korišćenje usluga privatne prakse.

KV.14 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge privatne prakse (dijagnostika, lečenje...)

- Da 1
- Ne 2 → PREĆI NA KV.16
- ne zna 8 → PREĆI NA KV.16
- odbijanje 9 → PREĆI NA KV.16

KV.15 Koje su to usluge bile?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 9-KV.15. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSU NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKOG OD LEKARA ILI OBLIKA PRIVATNE PRAKSE.

- Da..... 1
- Ne..... 2
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Usluge	KV.15
a. Laboratorije (biohemijske, hematološke, mikrobiološke, citološke)	<input type="checkbox"/>
b. Radiološke dijagnostike (rendgen, ultrazvuk, skener, magnetna rezonanca)	<input type="checkbox"/>
c. Interniste (kardiolog, endokrinolog, gastroenterolog, nefrolog, pulmolog, reumatolog)	<input type="checkbox"/>
d. Oftalmologa	<input type="checkbox"/>
e. Hirurga	<input type="checkbox"/>
f. Psihijatra	<input type="checkbox"/>
g. Nekog drugog lekara	<input type="checkbox"/>

KV.16 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge tradicionalne medicine (akupunktura, homeopatija, fitoterapija/terapija biljem, kiropraktika)?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: PITANJE SE ODNOSI NA USLUGE KOJE SE PRUŽAJU U DRŽAVNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI I KOD PRIVATNIKA. PRIVATNIK OBUHVATA I PRIVATNU PRAKSU I NARODNE ISCELITELJE.

Da 1

Ne 2

ne zna 8

odbijanje 9

UPOTREBA LEKOVA – UL**Uvod UL**

Sada bih Vas pitao/la o korišćenju lekova u prethodne 2 nedelje.

UL.1 Da li ste tokom prethodne 2 nedelje koristili neke lekove koje Vam je propisao lekar?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUJUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACENCIJU”.

Da 1

Ne 2

ne zna 8

odbijanje 9

UL.2 Da li ste u toku prethodne 2 nedelje koristili neke lekove ili biljna lekovita sredstva ili vitamine koje Vam nije propisao lekar?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUJUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACENCIJU”.

Da 1

Ne 2 → PREĆI NA Uvod PP.1

ne zna 8 → PREĆI NA Uvod PP.1

odbijanje 9 → PREĆI NA Uvod PP.1

UL.3 Koji su to lekovi bili?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 10-UL.3. ISPITANIK/CA ČITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKI OD LEKOVA.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Lekovi	UL.3
a. Vitamini, minerali (za jačanje organizma)	<input type="checkbox"/>
b. Biljni preparati (za jačanje organizma i lečenje bolesti)	<input type="checkbox"/>
c. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	<input type="checkbox"/>
d. Za lečenje određenih bolesti	<input type="checkbox"/>
e. Antibiotiici	<input type="checkbox"/>
f. Za pritisak	<input type="checkbox"/>
g. Za smirenje	<input type="checkbox"/>
h. Za nesanicu	<input type="checkbox"/>
i. Za varenje	<input type="checkbox"/>
j. Protiv zatvora	<input type="checkbox"/>

PREVENTIVNI PREGLEDI – PP**Uvod PP.1**

Sada bih Vam postavio/la neka pitanja o vakcinaciji protiv gripa.

PP.1 Kada ste se poslednji put primili vakcinu protiv gripa?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MESEC I GODINA SE UPISUJU UKOLIKO JE ISPITANIK POSLEDNJI PUT PRIMIO VAKVINU PROTIV GRIPA U TOKU PRETHODNIH 12 MESECI.

Mesec Godina

Davno (pre više od jedne godine) 1Nikad 2ne zna 8odbijanje 9

Uvod PP.2 – PP.4

Sada bih Vam postavio/la pitanja o Vašem krvnom pritisku, holesterolu u krvi i šećeru u krvi (glikemiji).

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 11-PP.2-4 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ODGOVOR ZA SVAKO OD PITANJA.

PP.2 Kada Vam je poslednji put krvni pritisak izmerio zdravstveni radnik?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 3 godine 2
- Pre 3 do manje od 5 godina 3
- Pre 5 godina ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

PP.3 Kada Vam je poslednji put holesterol u krvi izmerio zdravstveni radnik?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 3 godine 2
- Pre 3 do manje od 5 godina 3
- Pre 5 godina ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

PP.4 Kada Vam je poslednji put šećer u krvi izmerio zdravstveni radnik?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 3 godine 2
- Pre 3 do manje od 5 godina 3
- Pre 5 godina ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod PP.5 i PP.6

Sledeća pitanja su o testu na okultno/skriveno krvarenje u stolici i kolonoskopskom pregledu.

PP.5 Kada Vam je poslednji put urađen test na golim okom nevidljivu krv (okultno krvarenje) u stolici?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: MOŽETE DODATI: „CILJ TESTA JE DA SE OTKRIJE GOLIM OKOM NEVIDLJIVO KRVARENJE/GUBITAK KRVI U BILO KOM DELU GASTROINTESTINALNOG TRAKTA, OD USTA DO DEBELOG CREVA”.

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 2 godine 2
- Pre 2 do manje od 3 godine 3
- Pre 3 godine ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

PP.6 Kada ste poslednji put bili na kolonoskopskom pregledu (kolonoskopiji)?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: MOŽETE DODATI: „TO JE VIZUELNI PREGLED DEBELOG CREVA (SA KOLONOSKOPIJOM) OD POČETNOG DELA DEBELOG CREVA (CEKUM) DO ZAVRŠNOG DELA DEBELOG CREVA (REKTUM)”.

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 5 godina 2
- Pre 5 do manje od 10 godina 3
- Pre 10 godina ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

FILTER 10

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA – U TOM SLUČAJU PREĆI NA PP.7, U SUPROTNOM – PREĆI NA UVOD NP

Uvod PP.7 – PP.10

Sledeća pitanja su o mamografiji i citološkom brisu grlića materice (Papanikolau test).

PP.7 Kada ste poslednji put bili na mamografskom pregledu (snimanje dojki X-zracima)?

- | | |
|----------------------------|---|
| Tokom prethodnih 12 meseci | <input type="radio"/> 1 |
| Pre 1 do manje od 2 godine | <input type="radio"/> 2 |
| Pre 2 do manje od 3 godine | <input type="radio"/> 3 |
| Pre 3 godine ili više | <input type="radio"/> 4 → PREĆI NA PP.9 |
| Nikada | <input type="radio"/> 5 → PREĆI NA PP.9 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA PP.9 |
| odbija | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA PP.9 |

PP.8 Da li ste na mamografiju otišli...?

- | | |
|---|-------------------------|
| samoinicijativno | <input type="radio"/> 1 |
| po savetu lekara | <input type="radio"/> 2 |
| po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka dojke | <input type="radio"/> 3 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

PP.9 Kada ste poslednji put radili citološki bris grlića materice (Papanikolau test)?

- | | |
|----------------------------|--|
| Tokom prethodnih 12 meseci | <input type="radio"/> 1 |
| Pre 1 do manje od 2 godine | <input type="radio"/> 2 |
| Pre 2 do manje od 3 godine | <input type="radio"/> 3 |
| Pre 3 godine ili više | <input type="radio"/> 4 → PREĆI NA Uvod NP |
| Nikada | <input type="radio"/> 5 → PREĆI NA Uvod NP |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 → PREĆI NA Uvod NP |
| odbija | <input type="radio"/> 9 → PREĆI NA Uvod NP |

PP.10 Da li ste Papanikolau test uradili...?

- samoinicijativno 1
- po savetu lekara 2
- po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka grlića materice 3
- ne zna 8
- odbijanje 9

NEOSTVARENE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM – NP

Uvod NP

Postoje mnogi razlozi zbog kojih se ljudima dešava da im se zdravstvena zaštita ne pruži na vreme ili je uopšte ne dobiju.

NP.1 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da niste na vreme dobili zdravstvenu zaštitu zbog nekog od sledećih razloga?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3 „NIJE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA”

- Da.....1
- Ne.....2
- Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3
- ne zna.....8
- odbijanje.....9

RAZLOZI	NP.1
a. Dugo čekanje na zakazanu posetu/pregled	<input type="checkbox"/>
b. Udaljenost ili problemi sa prevozom do mesta pružanja zdravstvene zaštite	<input type="checkbox"/>

NP.2 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da ste imali potrebu za nekim od navedenih oblika zdravstvene zaštite ali je niste mogli ostvariti zbog finansijskih razloga?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da.....1
 Ne.....2
 Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3

 ne zna.....8
 odbijanje.....9

Zdravstvena zaštita	NP.2
a. „Medicinska zdravstvena zaštita” - dijagnostika,lečenje, rehabilitacija	<input type="checkbox"/>
b. Stomatološka zdravstvena zaštita	<input type="checkbox"/>
c. Propisivanje lekova	<input type="checkbox"/>
d. Zaštita mentalnog zdravlja (npr. od strane psihologa ili psihijatra)	<input type="checkbox"/>

ZADOVOLJSTVO ZDRAVSTVENOM SLUŽBOM – ZA

Uvod ZA.1

Sada bih želeo/la da Vas pitam o tome koliko ste uopšte zadovoljni zdravstvenom službom.

ZA.1 Kakvo je u celini Vaše zadovoljstvo zdravstvenom službom?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 12-ZA.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA OBE ZDRAVSTVENE SLUŽBE.

- Veoma sam zadovoljan/na..... 1
 Zadovoljan/na sam..... 2
 Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na..... 3
 Nezadovoljan/na sam..... 4
 Veoma sam nezadovoljan/na..... 5
 ne zna..... 8
 odbijanje..... 9

Zdravstvena služba	ZA.1
a. Državna	<input type="checkbox"/>
b. Privatna	<input type="checkbox"/>

MODUL DETERMINANTE ZDRAVLJA**VISINA I TEŽINA – VT**Uvod VT

Sada ću Vas pitati o Vašoj visini i težini.

VT.1 Koliko ste visoki, bez cipela? u [cm]

____ cm

ne zna 998

odbijanje 999

VT.2 Kolika je Vaša telesna težina, bez odeće i cipela? u [kg]

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ŽENE ISPOD 50 GODINA PITAЈTE DA LI SU TRUDNE I ONDA IH PITAЈTE ZA TEŽINU PRE TRUDNOĆE.

____ kg

ne zna 998

odbijanje 999

Uvod IS

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

FIZIČKA AKTIVNOST – FAUvod FA

Ono što ću Vas sledeće pitati je o vremenu koje provodite baveći se različitim fizičkim aktivnostima u toku jedne tipične nedelje. Molim vas odgovorite na pitanja iako sebe ne smatrate fizički aktivnom osobom.

Uvod FA.1

Prvo mislite o vremenu koje provedete radeći neki posao. To može biti: plaćeni ili neplaćeni posao, rad u kući ili oko kuće, briga o porodici, studiranje ili učenje.

FA.1 Kada kažete da radite, šta od navedenog najbolje opisuje to što radite? Vi bi ste rekli ...

ANKETAR: ODGOVOR ISPITANIKA TREBA DA SE ODNOSI NA GLAVNI POSAO, ONAJ KOJI ZAHTEVA NAJVIŠE VREMENA. AKO ISPITANIK OBAVLJA VIŠE POSLOVA ISPITANIK TREBA DA UKLJUČI SVE I IZABERE SAMO JEDAN ODGOVOR.

- Uglavnom sedim ili stojim 1
- Uglavnim hodam ili se umereno fizički naprežem 2
- Uglavnom radim težak ili fizički zahtevan posao 3

ANKETAR: NE ČITATI ODGOVOR

- Ne obavljam nikakav posao 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod FA.2

Sledeća pitanja isključuju fizičke aktivnosti koje su vezane za obavljanje posla o kojima ste maločas govorili. Sada ću Vas pitati o načinu na koji uobičajeno idete do ili od nekog mesta; na primer do posla, škole/fakulteta, samoposluge, u kupovine, do autobuske stanice...

FA.2 U tipičnoj nedelji, koliko dana HODATE najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?

Broj dana:

- Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.4
- ne zna 8
- odbijanje 9

FA.3 Koliko obično vremena u toku dana provedete hodajući kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 13-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.

- 10 – 29 minuta dnevno 1
- 30 – 59 minuta dnevno 2
- 1 do manje od 2 sata dnevno 3
- 2 do manje od 3 sata dnevno 4
- 3 sata i više dnevno 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

FA.4 U tipičnoj nedelji, koliko dana VOZITE BICIKL najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?Broj dana: Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.6ne zna 8odbijanje 9**FA.5 Koliko obično vremena u toku dana provedete vozeći bicikl kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?****UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 13-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.**10 – 29 minuta dnevno 130 – 59 minuta dnevno 21 do manje od 2 sata dnevno 32 do manje od 3 sata dnevno 43 sata i više dnevno 5ne zna 8odbijanje 9Uvod FA.6

Sledeća pitanja ISKLJUČUJU AKTIVNOSTI VEZANE ZA POSAO I PREVOZ o kojima ste već govorili. Sada bih Vas pitao/la O BAVLJENJU SPORTOM, FITNESOM I REKREACIJOM U TOKU SLOBODNOG VREMENA koji makar I U NAJMANJOJ MERI DOVODE DO UBRZANOG DISANJA ILI PULSA. Na primer brzi hod, igre sa loptom (fudbal, košarka...), trčanje, vožnja bicikla ili plivanje.

FA.6 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu)?Broj dana: Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.8ne zna 8odbijanje 9

FA.7 U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme?

□□□ : □□□ nedeljno
sati minuti

- ne zna 98
odbijanje 99

FA.8 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite fizičkim aktivnostima posebno namenjenim jačanju Vaših mišića kao što su vežbe otpora i snage (uključuje sve aktivnosti iako ste ih ranije pomenuli.)

Broj dana: □□

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0

- ne zna 8
odbijanje 9

Uvod FA.9

Poslednje pitanje je o vremenu koje ste provodili u sedenju u jednom radnom danu tokom tipične nedelje. Obuhvaćeno je vreme koje provodite u sedećem položaju na poslu, u stanu/kući i tokom slobodnog vremena. Ono uključuje vreme provedeno u sedećem položaju za stolom, pri poseti prijateljima i vreme provedeno u sedećem ili ležećem položaju za vreme čitanja i gledanja televizije.

FA.9 U proteklih sedam dana u tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu?

□□□ : □□□ dnevno
sati minuti

- ne zna 98
odbijanje 99

ISHRANA – IS**IS.1 Koliko puta u toku nedelje doručujete?**

- Svaki dan 1
- Ponekad 2
- Nikad 3
- ne zna 8
- odbijanje 9

IS.2 Koliko često pijete mleko i/ili mlečne proizvode (jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao)?

- Svaki dan po 2 ili više šolja 1
- Svaki dan po jednu šolju 2
- Ponekad, ne svaki dan 3
- Nikad 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

IS.3 Koju vrstu hleba najčešće koristite u ishrani?

- Beli 1
- Polubeli 2
- Integralni 3
- Kombinovano (sve vrste) 4
- Ne jedem hleb 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

IS.4 Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.) u Vašem domaćinstvu?

- Svinjska mast, puter 1
- Biljna mast, margarin 2
- Ulje 3
- Ne koristim masnoću 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

IS.5 Da li dosoljavate hranu koju jedete?

- Da, skoro uvek pre nego što probam hranu 1
- Da, kada hrana nije dovoljno slana 2
- Nikad 3
- ne zna 8
- odbijanje 9

IS.6 Koliko često jedete ribu?

- Više od 2 puta nedeljno 1
- 2 puta nedeljno 2
- Manje od 2 puta nedeljno 3
- Nikad 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod IS 7

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

IS.7 Koliko često jedete voće, izuzimajući sok napravljen od koncentrata voća?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SAMO SVEŽE CEĐENI SOKOVI. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG VOĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI VOĆA MOGU BITI SVEŽI ILI SMRZNUTI, KONZERVIRANI ILI SUŠENI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD VOĆA I PASIRANO VOĆE.

- Jednom i više puta dnevno 1
- 4 do 6 puta nedeljno 2
- 1 do 3 puta nedeljno 3
- Manje od jednom nedeljno 4
- Nikada 5
- ne zna 8 → PREĆI NA IS.9
- odbijanje 9 → PREĆI NA IS.9
- } PREĆI NA IS.9

IS.8 Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 14-IS.8.

Broj porcija:

- ne zna 98
- odbijanje 99

IS.9 Koliko često jedete povrće i salate, izuzimajući krompir i sok napravljen od koncentrata povrća?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: UKLJUČUJU SE SUPE (TOPLE I HLADNE), KAO I SVEŽE CEĐENI SOKOVI OD POVRĆA. SOKOVI PRIPREMLJENI OD KONCENTRATA (SIRUPA) ILI INDUSTRIJSKI PRERAĐENOG POVRĆA, KAO I DODATNO ZASLAĐENI SE ISKLJUČUJU. PLODOVI POVRĆA MOGU BITI SVEŽI, SMRZNUTI ILI KONZERVIRANI. TAKOĐE, UKLJUČUJU SE I SITNO SEČENI PLODOVI, PIRE OD POVRĆA I PASIRANO POVRĆE. PASULJ, SOČIVO I DRUGA KUVANA JELA OD POVRĆA SE TAKOĐE UKLJUČUJU.

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------|
| Jednom i više puta dnevno | <input type="radio"/> 1 | |
| 4 do 6 puta nedeljno | <input type="radio"/> 2 | } PREĆI NA IS.11 |
| 1 do 3 puta nedeljno | <input type="radio"/> 3 | |
| Manje od jednom nedeljno | <input type="radio"/> 4 | |
| Nikada | <input type="radio"/> 5 | |
| | | |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 | → PREĆI NA IS.11 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 | → PREĆI NA IS.11 |

IS.10 Koliko porcija povrća i salate, izuzimajući sok i krompir, jedete svaki dan?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 15-IS.10

Broj porcija:

- | | |
|-----------|--------------------------|
| ne zna | <input type="radio"/> 98 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 99 |

IS.11 Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju?

- | | |
|-----------|-------------------------|
| Uvek | <input type="radio"/> 1 |
| Često | <input type="radio"/> 2 |
| Ponekad | <input type="radio"/> 3 |
| Nikad | <input type="radio"/> 4 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

IS.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci zbog zdravstvenih razloga...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 16-IS.12 UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU PROMENU.

AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA PROMENA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da 1
 Ne 2
 Nije bilo potrebno 3
 ne zna 8
 odbijanje 9

PROMENA	IS.12
a. smanjili unos masnoća	<input type="checkbox"/>
b. promenili vrstu masnoća u ishrani	<input type="checkbox"/>
c. smanjili unos soli	
d. smanjili unos šećera	<input type="checkbox"/>
e. povećali konzumiranje voća i povrća	<input type="checkbox"/>
f. smanjili težinu (oslabili uz pomoć dijete)	<input type="checkbox"/>
g. smanjili konzumiranje alkoholnih pića	<input type="checkbox"/>

FAKTORI RIZIKA – FRUvod FR

Sledeća pitanja se odnose na vaše stavove, znanja i ponašanje u vezi sa faktorima rizika po zdravlje.

FR.1 Da li smatrate da svojim ponašanjem rizikujete da obolite od neke od navedenih bolesti?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 17-FR.1. ISPITANIK/CA NAVODI SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSI NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST.

- Da.....1
 Ne.....2
 Već oboleo/la.....3
 ne zna..... 8
 odbijanje..... 9

BOLEST	FR.1
a. Gojaznost	<input type="checkbox"/>
b. Povišeni krvni pritisak	<input type="checkbox"/>
c. Šećerna bolest	
d. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog, angina pectoris)	<input type="checkbox"/>
e. Plućne bolesti (hronični bronhitis)	<input type="checkbox"/>
f. Rak	<input type="checkbox"/>
g. Ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
h. Polne bolesti, sida (AIDS)	<input type="checkbox"/>
i. Bolesti kao posledice povrede	<input type="checkbox"/>

FR.2 Kakav uticaj na zdravlje po Vašem mišljenju imaju...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU **18-FR.2** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU ODREDNICU.

Veliki..... 1

Umeren..... 2

Mali.....3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ODREDNICA	FR.2
a. Ishrana	<input type="checkbox"/>
b. Fizička aktivnost	<input type="checkbox"/>
c. Pušenje	
d. Konzumiranje alkohola	<input type="checkbox"/>
e. Društvene aktivnosti (druženje sa prijateljima, izlasci, izleti...)	<input type="checkbox"/>

FR.3 Da li prilikom vožnje...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU **19-FR.3** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU SITUACIJU.

Da.....1

Ne.....2

Ponekad.....3

Ne vozim.....4

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

SITUACIJA	FR.3
a. rolera/skejtboarda koristite štitnike i kacigu	<input type="checkbox"/>
b. bicikla nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
c. bicikla noću koristite prednje i zadnje svetlo	<input type="checkbox"/>
d. traktora noću koristite prednja i zadnja svetla	<input type="checkbox"/>
e. motora nosite zaštitnu kacigu	<input type="checkbox"/>
f. automobila koristite sigurnosni pojas	<input type="checkbox"/>
g. automobila vozite pod uticajem alkohola	<input type="checkbox"/>
h. automobila prekoračujete dozvoljenu brzinu	<input type="checkbox"/>
i. automobila koristite mobilni telefon	<input type="checkbox"/>

FR.4 Da li pratite teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO SREDSTVO INFORMISANJA.

Da.....1

Ne.....2

Povremeno..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

SREDSTVA INFORMISANJA	FR.4
a. Televizija	<input type="checkbox"/>
b. Radio	<input type="checkbox"/>
c. Štampa	<input type="checkbox"/>
d. Internet	<input type="checkbox"/>

SOCIJALNA PODRŠKA – SP

Uvod SP

Sledeća tri pitanja se odnose na Vaše socijalne odnose.

SP.1 Koliko osoba Vam je toliko blisko da možete računati na njih kada imate ozbiljne lične probleme?

- Nijedna 1
 1 ili 2 2
 3 do 5 3
 6 ili više 4

SP.2 Koliko su ljudi uistinu zainteresovani za Vas, za ono što radite, što Vam se dešava u životu?

- Veoma su zainteresovani 1
 Donekle su zainteresovani 2
 Nisu ni zainteresovani, ni nezainteresovani 3
 Malo su zainteresovani 4
 Nimalo nisu zainteresovani 5

SP.3 Koliko je lako dobiti praktičnu pomoć od komšija/suseda ukoliko imate potrebu za njom?

- Vrlo lako 1
 Lako 2
 Moguće 3
 Teško 4
 Jako teško 5

NEFORMALNO STARANJE – NSUvod NS

Sledeća pitanja su o pružanju nege ili pomoći ljudima sa zdravstvenim problemom.

NS.1 Da li, najmanje jednom nedeljno, pružate negu ili pomažete jednoj ili više osoba koje pate zbog problema vezanih za starost, problema usled hroničnih bolesti/stanja ili nemoći?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: DODATI „ISKLUČITE PRUŽANJE BILO KOJE NEGE KOJA JE VEZANA ZA VAŠU PROFESIJU”.

- | | | | |
|-----------|-----------------------|---|---------------|
| Da | <input type="radio"/> | 1 | } KRAJ ANKETE |
| Ne | <input type="radio"/> | 2 | |
| Ne zna | <input type="radio"/> | 8 | |
| Odbijanje | <input type="radio"/> | 9 | |

NS.2 Da li je ta osoba ili su te osobe neke od ovih:

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|---|
| Član(ovi) Vaše porodice | <input type="radio"/> | 1 |
| Neko drugi (nije član Vaše porodice)? | <input type="radio"/> | 2 |

ANKETAR: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR. UKOLIKO JE VIŠE OSOBA UKLJUČENO RECITE: „IZABERITE ONU OSOBU KOJOJ NAJVIŠE POMAŽETE”.

NS.3 Koliko sati nedeljno pružate negu ili pomoć?

- | | | |
|---|-----------------------|---|
| Manje od 10 sati nedeljno | <input type="radio"/> | 1 |
| Najmanje 10 ali manje od 20 sati nedeljno | <input type="radio"/> | 2 |
| 20 i više sati nedeljno | <input type="radio"/> | 3 |

KRAJ ANKETE

8.2. Упитник за самопроцену симптома депресивности PHQ -9 (The Patient Health Questionnaire)

Упитник за самопроцену симптома депресивности PHQ9

Овај упитник има сврху да процени интензитет симптома депресивности и не представља потврду дијагнозе депресије

Колико често сте у последње две недеље имали неку од следећих тегоба?		Ниједном	Неколико дана/понекад	Више од 7 дана	Скоро сваки дан
1.	Смањено интересовање или задовољство (за обављање послова или за догађаје око Вас)	0	1	2	3
2.	Осећање празнине; нерасположење или осећање безнадежности	0	1	2	3
3.	Проблеми са спавањем - тешкоће уснивања или буђење током ноћи; или прекомерно спавање	0	1	2	3
4.	Умор/брзо замарање или осећај да немате довољно енергије	0	1	2	3
5.	Смањен или појачан апетит	0	1	2	3
6.	Негативно размишљање о себи - или доживљај да сте неуспешни, или да сте у нечему изневерили себе или своју породицу	0	1	2	3
7.	Тешкоће у концентрисању, нпр. немогућност да концентрисано читате новине или гледате ТВ	0	1	2	3
8.	Успореност у кретању (покрети) и говора тако да то могу да примете и други људи или обрнуто, врпољење	0	1	2	3

	или узнемиреност тако да сте се кретали више него што је за Вас уобичајено				
9.	Размишљање да би било боље да Вас "нема" или да себи, на неки начин, прекинете живот	0	1	2	3

8.3. Бекова скала анксиозности (BAI)

Молимо да заокружите онај број који означава колико сте наведене симптоме и осећања имали током прошле недеље.

1. Утрнулост (неосетљивост на додир) или трњење

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

2. Осећање врелине

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

3. Несигурност у ногама

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

4. Немогућност да се опустите

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

5. Страх да ће се догодити најгоре

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

6. Вртоглавица или омаглица

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко

- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

7. Лупање или убрзан рад срца

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

8. Нестабилност

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

9. Ужаснутост

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

10. Нервоза

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

11. Осећање да ћете се угушити

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

12. Дрхтање руку

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

13. Осећање да се тресете

1) Уопште није било присутно

2) Мало изражено или ретко

3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

14. Страх од губитка контроле

1) Уопште није било присутно

2) Мало изражено или ретко

3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

15. Тешкоће у дисању

1) Уопште није било присутно

2) Мало изражено или ретко

3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

16. Страх од умирања

1) Уопште није било присутно

2) Мало изражено или ретко

3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

17. Преплашеност

1) Уопште није било присутно

2) Мало изражено или ретко

3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

18. Лоше варење или сметње са стомаком

1) Уопште није било присутно

2) Мало изражено или ретко

3) Много изражено или често

4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

19. Несвестица

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

20. Црвенило лица

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

21. Знојење (које није изазвано врућином)

- 1) Уопште није било присутно
- 2) Мало изражено или ретко
- 3) Много изражено или често
- 4) Веома много изражено, било је скоро неподношљиво

22. Мислите ли да би вам било боље да сте мртви, или мислите да ћете се на неки начин повредити?

- 0) Нимало не мислим
- 1) Неколико дана мислим
- 2) Више од пола дана мислим
- 3) Скоро сваки дан мислим

8.4. Упитник социјалне подршке (*Oslo-3 Social Support Scale*)

- 1. Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?**
 - 1) Ниједна
 - 2) Две до три
 - 3) Три до пет
 - 4) Шест или више

- 2. Колико су људи уистину заинтересовани за Вас, за оно што радите, што Вам се дешава у животу?**
 - 1) Нимало нису заинтересовани
 - 2) Мало су заинтересовани
 - 3) Средње су заинтересовани
 - 4) Заинтересовани су
 - 5) Веома су заинтересовани

- 3. Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?**
 - 1) Јако тешко
 - 2) Тешко
 - 3) Средње тешко
 - 4) Лако
 - 5) Врло лако

Биографија

Др Верољуб Вучић, примаријус, специјалиста опште медицине, магистар медицинских наука, рођен је 11.04.1956. године у Великој Дренови, општина Трстеник. Основну школу завршио је у Великој Дренови, а средњу школу у Крушевцу са одличним успехом. Медицински факултет Универзитета у Приштини завршио је 1983. године, са просечном оценом 8.00. Специјализацију из опште медицине завршио је на Медицинском факултету Универзитета у Београду са одличном оценом. Магистарске студије уписао је на Медицинском факултету Универзитета у Београду, одлушао све предмете и положио све предвиђене испите. Магистарску тезу одбранио је на Медицинском факултету Универзитета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици 2010. године. У међувремену је стекао титулу примаријуса. Трећу годину Докторских академских студија, уписао је 2017. године на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу (смер Онкологија). Аутор је или коаутор преко 30 научних радова публикованих у домаћим и међународним часописима.

Радови који су услов за одбрану докторске дисертације:

1. **Vucic V**, Radovanovic S, Radevic S, Savkovic Z, Mihailovic N, Mihaljevic O, Zivanović Macuzic I, Djordjic M, Gavrilovic A, Boskovic Matic T. Mental Health Assessment of Cancer Patients: Prevalence and Predictive Factors of Depression and Anxiety. *Iran J Public Health*. 2021;50(10): 2017-2027
2. Maricic M, Stojanovic G, Pazun V, Stepović M, Djordjevic O, Macuzic IZ, Milicic V, **Vucic V**, Radevic S, Radovanovic S. Relationship Between Socio-Demographic Characteristics, Reproductive Health Behaviors, and Health Literacy of Women in Serbia. *Front Public Health*. 2021;9:629051.
3. Vučić VM. Fertility after the operation of cryptorchism in childhood. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research* 2019; DOI: 10.2478/sjecr-2019-0030

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Верољуб Вучић, изјављујем да докторска дисертација под насловом: **”Процена менталног здравља код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити,** која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 14.01.2022. године,



потпис аутора

Образац 2

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, ~~Верољуб Вучић,~~

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

”Процена менталног здравља код болесника са малигним болестима у примарној здравственој заштити,,

која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

~~Овом~~ Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада**
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 14.01.2022. године,


потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org/>