

Doživljaj vlastitog zdravlja kod starijih pacijenata i povezanost s kliničkim i demografskim čimbenicima

Brečević, Lea

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Pharmacy and Biochemistry / Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:163:171851>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-01**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of Pharmacy and Biochemistry University of Zagreb](#)



Lea Brečević

**Doživljaj vlastitog zdravlja kod starijih
pacijenata i povezanost s kliničkim i
demografskim čimbenicima**

DIPLOMSKI RAD

Predan Sveučilištu u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu

Zagreb, 2020.

Ovaj diplomski rad je prijavljen na kolegiju Klinička farmacija s farmakoterapijom, Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta i izrađen je u Centru za primijenjenu farmaciju pod stručnim vodstvom doc. dr. sc. Maje Ortner Hadžiabdić..

Rad je proveden u sklopu EuroAgeism projekta FIP 7 Horizon 2020.

Zahvaljujem svojoj dragoj mentorici doc. dr. sc. Maji Ortner Hadžiabdić na svom uloženom vremenu i trudu te na svim savjetima koje je nesebično podijelila sa mnom i tako mi uvelike pomogla kod realizacije ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojim roditeljima, Ines i Neviju, braći Ivanu i Deanu te ostatku obitelji na neizmjerne ljubavi i podršci koju su mi pružali tijekom svih pet godina studiranja, a posebno roditeljima koji su mi sve ovo omogućili.

Zahvaljujem svim prijateljima koji su zajedno sa mnom proživljavali sve trenutke, na podršci, strpljenju i razumijevanju.

Zahvaljujem svima koji su mi uljepšali razdoblje studiranja, svima koji su mi na bilo koji način pomogli da uspijem i svima koji su uvijek vjerovali u mene.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Osobitosti starije životne dobi-	3
1.1.1. Starija životna dob u Hrvatskoj.....	4
1.1.2. Zdravlje starijih.....	6
1.2. Zdravlje	7
1.2.1. Mjere zdravlja	8
1.2.2. Samoprocjena zdravlja.....	10
2. OBRAZLOŽENJE TEME:	15
3. MATERIJALI I METODE:	16
3.1. Metodologija	16
3.1.1. Ispitanici.....	16
3.1.2. Protokol.....	16
3.2. Materijali pri prikupljanju podataka	17
3.2.1. Demografski i klinički podaci.....	17
3.2.2. Doživljaj zdravstvenog stanja	18
3.3. Statistička obrada podataka.....	18
4. REZULTATI.....	19
4.1. Demografske i kliničke karakteristike ispitanika.....	19
4.2. Doživljaj vlastitog zdravlja	24
4.3. Povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s demografskim i kliničkim čimbenicima	24
5. RASPRAVA	28
5.1 Demografske i kliničke karakteristike ispitanika.....	28
5.2 Doživljaj vlastitog zdravlja	28
5.3. Povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s demografskim i kliničkim čimbenicima	29
6. ZAKLJUČAK	32
7. LITERATURA	33
8. SAŽETAK / SUMMARY.....	37
9. PRILOZI	40
9.1. Informirani pristanak	40
9.2. Upitnik	44
10. TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA / BASIC DOCUMENTATION CARD	

1. UVOD

Demografsko starenje je jedan od najznačajnijih procesa koji obilježava svjetsko stanovništvo. Sa starenjem stanovništva suočavaju se mnoge razvijene zemlje, ali sve više i zemlje u razvoju prvenstveno zahvaljujući porastu životnog standarda, razvoju i poboljšanju cjelokupne zdravstvene zaštite te primjeni različitih lijekova (Germin Petrović i Vlahović-Palčevski, 2011).

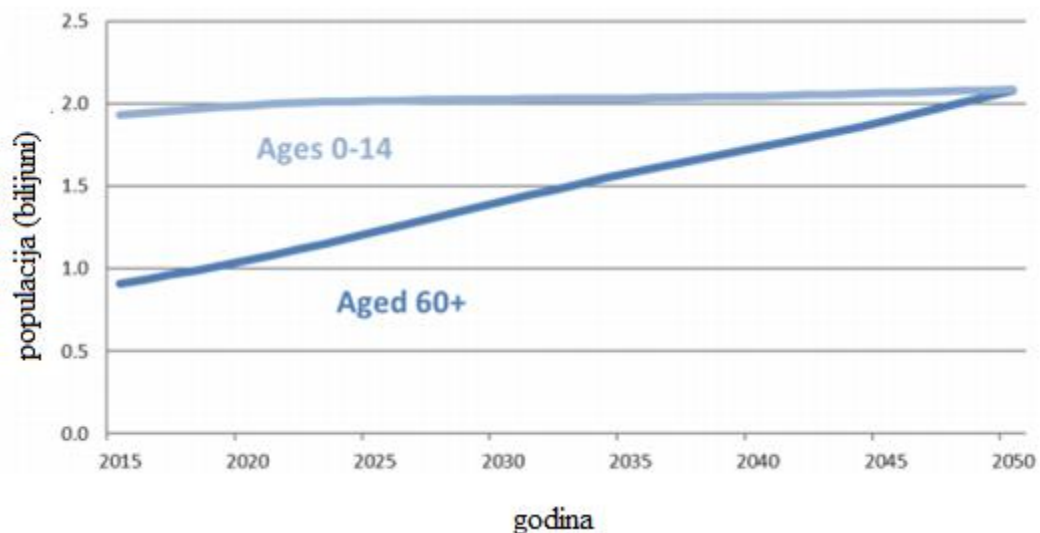
Dvije su temeljne komponente starenja stanovništva. Prva je „starenje odozgo“ („sijedenje“, eng. greying), a podrazumijeva produženje životnog vijeka ljudi. S druge strane imamo „starenje odozdo“ („dejuvenilizacija“) koje se odnosi na smanjenje broja rođene djece po ženi u plodnom razdoblju života (15 – 49 godina) što se očituje sve manjim brojem djece i mladih koji će u skorij budućnosti činiti aktivni dio stanovništva (Puljiz, 2016).

Starenje stanovništva će biti jedna od najznačajnijih socijalnih transformacija dvadeset prvog stoljeća koja će imati utjecaj na gotovo sve sektore društva uključujući radna i financijska tržišta, strukture obitelji, prijevoz i socijalnu zaštitu (<https://www.un.org/en/>).

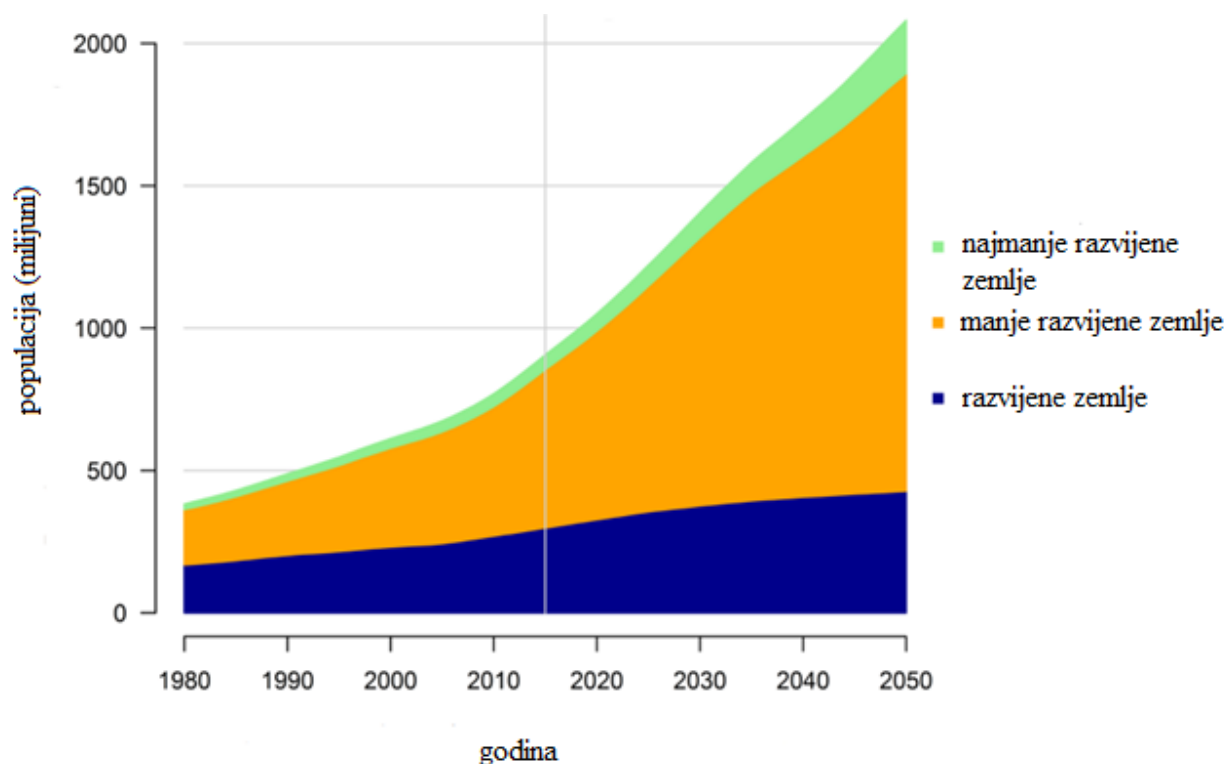
Demografskim starenjem krenula je zabrinutost i briga na nacionalnoj i međunarodnoj razini zbog pratećih prognoza o rastu ekonomskih i socijalnih troškova (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012).

Pod starijim stanovništvom obično se podrazumijevaju oni stariji od 65 godina. Nama su zanimljivi podaci o sadašnjem udjelu starije populacije te projekcije njihovog udjela tijekom narednih nekoliko desetljeća (Puljiz, 2016).

Broj stanovnika diljem svijeta u dobi 60 i više godina 1980. godine iznosio je 382 milijuna, a 2017. godine bilo ih je 962 milijuna što znači da se taj broj u tom periodu povećao za više od dva puta. Očekuje se da će se broj starijih osoba do 2050. godine udvostručiti i premašiti 2 bilijuna što je prikazano na slici 1 (<https://www.un.org/en/>). Uz to, populacija starijih osoba raste brže u zemljama koje su u razvoju nego u razvijenim zemljama (Slika 2) (<https://www.un.org/en/>).



Slika 1. Broj osoba u dobi 0 – 14 i starijih od 60 u periodu 2015. – 2050. preuzeto s <https://www.un.org/en/>



Slika 2. Broj osoba u dobi od 60 godina ili više (u milijunima) prema razvijenosti država, od 1980. do 2050. Preuzeto i prilagođeno prema <https://www.un.org/en/>

Budući da je demografsko starenje stvarna činjenica i neizbježna sudbina većine društava (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012), našlo se u središtu interesa mnogih znanstvenika iz različitih područja znanosti primjerice biologije, sociologije te psihologije.

Prvi pokušaji da se proces starenja objasni znanstvenom metodom pojavili su se u 17. stoljeću. Francis Bacon jedan je od prvih znanstvenika koji je svoja istraživanja posvetio proučavanju starosti i on je tvrdio da se pomoću sustavnog opažanja mogu otkriti uzroci starenja (Despot Lučanin, 2003).

Četrdesetih godina 20. stoljeća intenzivirao se interes za proces starenja i sve vezano uz to te su osnovani prvi instituti za gerontološka istraživanja i prva gerontološka udruženja.

Kako su se počela provoditi istraživanja o starenju u različitim područjima znanosti (biologija, sociologija, psihologija, medicina i sl.), javila se potreba za definiranjem novog područja koje bi obuhvatilo sve radove o starenju iz svih područja. Odlučilo se za naziv gerontologija (grčki: gerontos – starac, logos – znanost) - interdisciplinarno područje koje uključuje istraživanja procesa starenja iz aspekta biologije, psihologije, sociologije, medicine i javnog zdravstva. Gerontologiji je cilj odgovoriti na dva pitanja: kako doživjeti starost i što učiniti da starost bude kvalitetan, integralni dio sveukupnog životnog vijeka pojedinca (Brajković, 2010).

1. 1. Osobitosti starije životne dobi-

Starenje i starost su dva pojma koji se često u svakodnevnom govoru koriste kao sinonimi. Tome je razlog činjenica da postoje poteškoće u definiranju tih pojmova te u sličnosti istih.

Starenje podrazumijeva proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi (Despot Lučanin, 2003).

Proces starenja je općenit i univerzalan, intrinzičan, no istodobno dosta heterogen jer se odvija pod utjecajem okoliša i ne nastupa u isto vrijeme i istom brzinom u različitim organa, pojedinaca i vrsta (Mudrovčić, 1997).

Starenje je proces tijekom života u kojem dolazi do ireverzibilnog propadanja struktura i funkcija organizma, smanjenja psihofizičkih svojstava te pada prilagodbe i odgovora (adaptacije i reakcije) (Lovreković i Leutar., 2010).

Kao što je prethodno navedeno, postoji nekoliko aspekata starenja od kojih su najznačajniji biološki, psihološki i socijalni aspekti starenja (Despot Lučanin, 2003).

Dok s jedne strane imamo starenje definirano kao funkciju života, s druge strane imamo starost koja predstavlja posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca. Starost se može

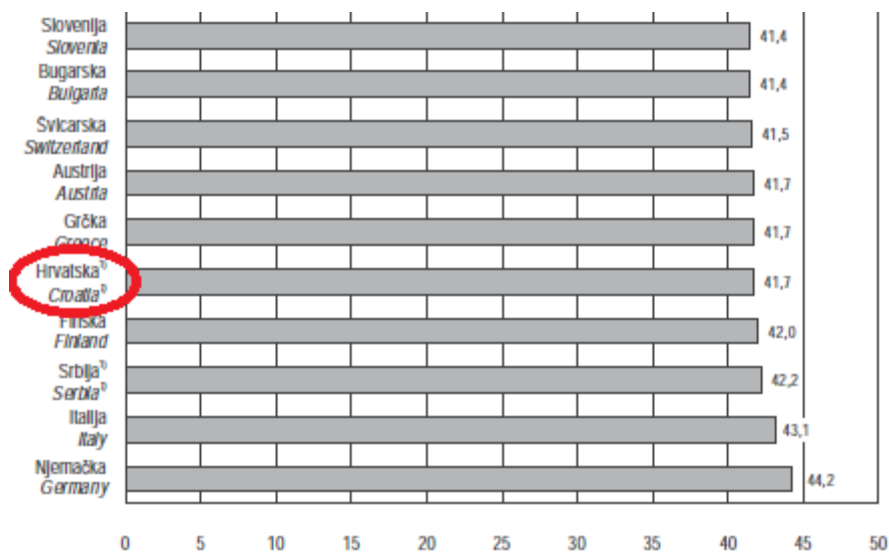
definirati prema različitim kriterijima primjerice prema kronološkoj dobi, socijalnoj ulozi, funkcionalnom stanju i prema subjektivnoj procjeni (Despot Lučanin, 2003). Starenje se obično mjeri kronološkom dobi, a osoba stara 65 godina ili više smatra se starom (Orimo i sur., 2006; <https://www.who.int/>).

Brojni znanstvenici se ne slažu oko definiranja dobnih granica skupina starosti pa tako primjerice gerontolozi Rockwood i Mitnitski dijele starost na: ranu starost (60 - 69), srednju starost (70 - 79) i duboku starost (80+) (Dhamo i Kocollari, 2014).

Osobe starije životne dobi su dosta specifične i heterogene. One se po mnogočemu međusobno razlikuju, a do toga dolazi, prije svega, zbog različitih životnih uvjeta kroz koje su te osobe prošle i iskustava koja su stekle (Poredoš, 2001).

1. 1. 1. Starija životna dob u Hrvatskoj

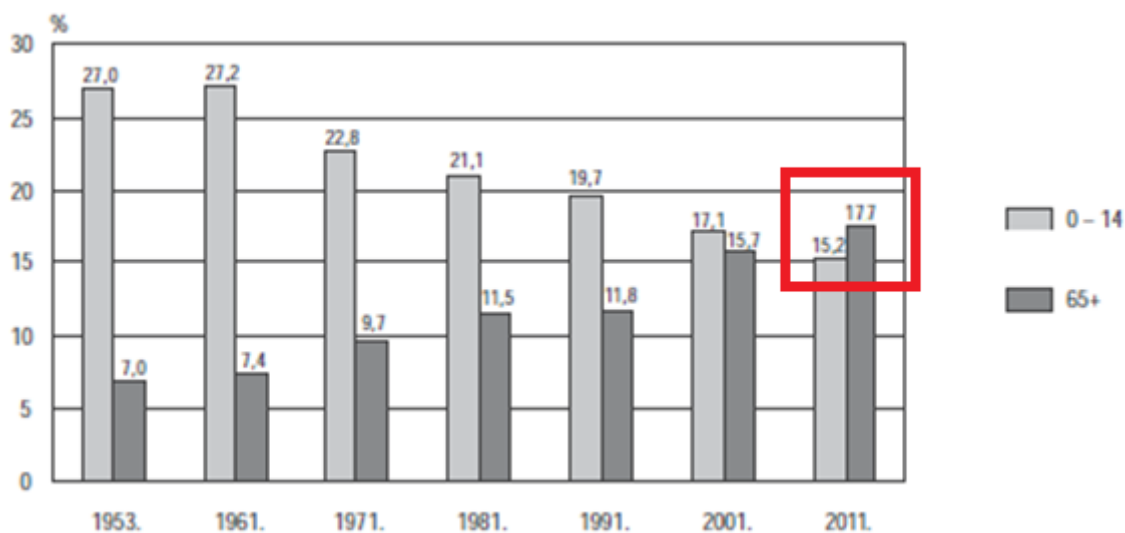
Prema popisu stanovništva 2011. godine, stanovništvo Republike Hrvatske prosječno je bilo staro 41,7 godina (muškarci 39,9, žene 43,4) što ga svrstava među najstarije nacije Europe (Slika 3).



Slika 3. Prosječna starost stanovništva u pojedinim europskim zemljama u 2010. godini (zemlje s najstarijim stanovništvom). Preuzeto i prilagođeno prema www.dzs.hr

Starost stanovništva je u posljednjih 50 godina porasla za skoro 10 godina (s 32,5 u 1961. na 41,7 u 2011.) što je posljedica već spomenutog pada nataliteta te porasta očekivanog trajanja života.

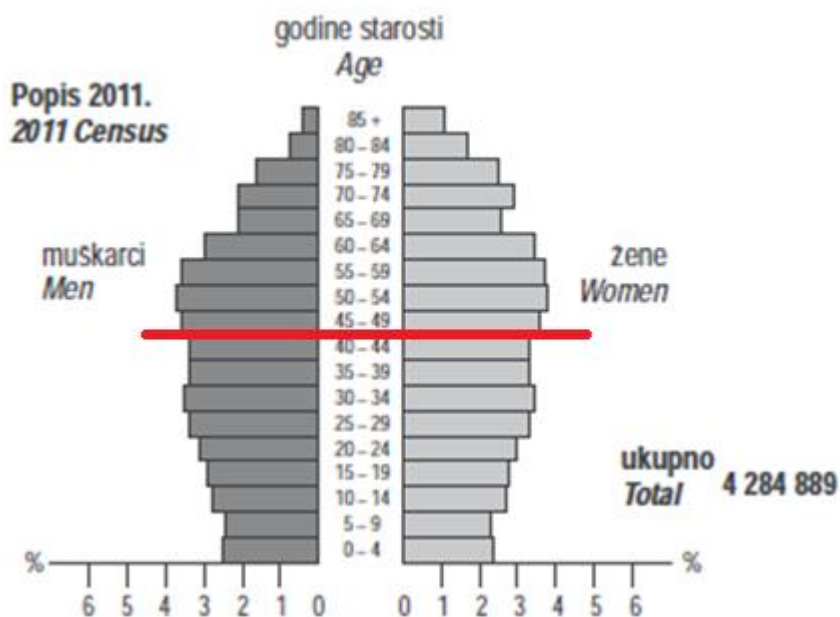
U popisu stanovništva 2011. godine, broj stanovnika u dobi 65 i više godina prvi je put premašio broj mladih u dobi od 0 do 14 godina. Udio stanovnika sa 65 i više godina iznosio je 17,7% dok je udio mladih od 0 do 14 godina iznosio 15,2% (Slika 4).



Slika 4. Udio stanovništva u dobi od 0 do 14 godina i 65 i više godina, popisi 1953. – 2011.

Preuzeto i prilagođeno prema www.dzs.hr

Udio muškaraca veći je u mlađim dobnim skupinama, a udio žena u starijim dobnim skupinama. Od dobne skupine 45 – 49 nadalje, veći je broj žena od muškaraca (Slika 5).



Slika 5. Stanovništvo prema spolu i starosti, popis 2011. Preuzeto i prilagođeno prema www.dzs.hr

1. 1. 2. Zdravlje starijih

Osobe starije životne dobi često boluju od kroničnih bolesti, a sve češće boluju istovremeno i od više takvih bolesti. Čak 84% osoba u dobi od 65 i više godina boluje od dvije ili više kroničnih bolesti (www.rwjf.org). Brojne kronične bolesti zahtijevaju i primjenu velikog broja lijekova za odgovarajuće liječenje. Učestalost propisivanja lijekova u populaciji starijih bolesnika vrlo je visoka, a starenjem se još dodatno povećava (Germin Petrović i Vlahović-Palčevski, 2010).

1. 1. 2. 1. Zdravlje starijih u Hrvatskoj

Hrvatska prati Europske i svjetske trendove i u zdravlju stanovništva. Osobe starije životne dobi najčešći su bolesnici kroničnih nezaraznih bolesti, a to je povezano s rizičnim čimbenicima nezdravog načina života. Od ukupnog broj utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnosti opće / obiteljske medicine, oko 30 % pacijenata odnosi se na osobe u dobi 65 godina i više. Najčešće zabilježene bolesti u starijih osoba su: hipertenzija, bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije, srčane bolesti, akutna infekcija gornjih dišnih sustava i šećerna bolest.

Udio hospitaliziranih u dobi od 65 i više godina od ukupno liječenih pacijenata u bolnicama Hrvatske iznosi oko 30 %. Bolesti koje najčešće uzrokuju hospitalizacije osoba starije životne dobi su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorevine, bolesti probavnog sustava, bolesti oka i očnih adneksa, bolesti dišnog sustava te ozljede, trovanja i ostale posljedice vanjskog uzroka. Kod osoba u dobi 65 i više godina češće dolazi do hospitalizacije muškaraca i to njih 317 na 1000, dok do hospitalizacije žena dolazi u 235 slučajeva na 1000. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012).

1. 2. Zdravlje

U zadnje vrijeme zdravlje se sve više koristi kao tema raznih istraživanja. Zdravlje je postalo glavni interes svakog pojedinca i glavna težnja svake ljudske djelatnosti. Briga o zdravlju se intenzivirala nakon industrijske revolucije kojom je došlo do povećanja životnog standarda i duljeg životnog vijeka.

Zdravstveno stanje je široki pojam i mnogi problemi otežavaju i kompliciraju njegovu definiciju i samo mjerenje (Ware i sur., 1981).

Najranije se o zdravlju zaključivalo na temelju stopa mortaliteta. Mortalitet je demografski pokazatelj koji predstavlja broj smrtnih slučajeva u određenom vremenu. On je bio zakonski reguliran i podaci koji su se dobivali tom mjerom bili su potpuni i pouzdani (McDowell, 2006). No, kako se s vremenom poboljšao životni standard i povećalo očekivano trajanje života, mortalitet više nije bio pouzdana mjera kojom bi se pratilo zdravstveno stanje populacije jer bolest ne završava nužno smrću.

Tako se o zdravstvenom stanju populacije najčešće zaključivalo na temelju objektivnih pokazatelja, poput morbiditeta i mortaliteta sve do 1948. godine kada je Svjetska zdravstvena organizacija objavila proširenu definiciju zdravlja. Prema toj definiciji zdravlje je „stanje potpunoga tjelesnoga, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i iznemoglosti“. Definicija Svjetske zdravstvene organizacije ukazuje na postojanje minimalno tri komponente koje utječu na sveukupno zdravlje. Prva je fizičko zdravlje koja se odnosi na fiziološko i fizičko stanje tijela. Kao pokazatelj fiziološkog statusa može poslužiti krvni tlak, a sposobnost hodanja kao pokazatelj fizičkog statusa osobe. Mentalno zdravlje se odnosi na stanje uma, uključujući intelektualne funkcije poput osjećaja i pamćenja. U socijalno zdravlje uključena je kvantiteta i kvaliteta socijalnih kontakata i socijalnih izvora. Iako su te tri

komponente odvojene i svaka pokriva određeni dio zdravlja, one utječu jedna na druga (Ware i sur., 1981).

Ware i suradnici su u svom istraživanju zaključili da definiciju zdravlja treba ograničiti na fizičku i mentalnu komponentu, odnosno da se kod definiranja zdravlja socijalna komponenta ne treba uzeti u obzir. To objašnjavaju činjenicom da fizička i mentalna komponenta ne izlaze „izvan granica osobe“ odnosno da one ne uključuju druge ljude i okolišne čimbenike izvan pojedinca za razliku od socijalne komponente koja se odnosi samo na odnose s drugim ljudima. Usklađivanjem i standardizacijom mjera zdravlja moguće je provesti međukulturalno istraživanje kojim se mogu provjeriti razlike u zdravstvenom statusu stanovnika različitih država. Dostupnost međukulturalnog zdravstvenog stanja je od velikog značaja za Svjetsku zdravstvenu organizaciju. Takvi podaci čine preduvjet za javnozdravstvene politike utemeljene na dokazima čiji je cilj dobro zdravlje i dobra zdravstvena zaštita cijele populacije (Bullinger, 2003).

1. 2. 1. Mjere zdravlja

Uvijek su postojala različita mišljenja o mjerenju zdravlja u epidemiologiji i u kliničkim znanostima. Iako je prihvaćeno da je zdravlje teorijski konstrukt koji je potrebno operacionalizirati prije nego što se ide mjeriti, pristupi mjerenju zdravlja se razlikuju ovisno o tome koji se aspekt zdravlja mjeri pa se različito stavlja naglasak na objektivni ili subjektivni aspekt. Povijest istraživanja zdravstvenih pokazatelja pokazuje da su se mijenjali prioriteti u ovom području od makrosocijalnih strukturnih informacija (primjerice, dojenačka smrtnost), preko kliničkih pokazatelja (primjerice, razina kolesterola u krvi) do samoprocjene zdravlja (percipirano zdravlje). Ova promjena uzrokovana je, već ranije spomenutom, definicijom zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije donesene 1948. godine. Iako je ta definicija bila kritizirana, njezin idealizirani pogled na zdravlje utjecao je na naglašavanje psihološkog i socijalnog aspekta zdravlja. Ipak, Svjetska zdravstvena organizacija se još uvijek fokusira na objektivnije pokazatelje zdravlja u svom statističkom informacijskom sustavu (WHO SIS) i u drugim velikim projektima (Bullinger, 2003).

Najčešća podjela mjera zdravlja je na objektivne i subjektivne mjere. Razlika između njih se očituje u tome što se objektivne mjere provode mehaničkim putem temeljenim na laboratorijskim testovima, dok se subjektivne mjere svode na osobnu procjenu pojedinca (McDowell, 2006).

Objektivni pokazatelji zdravlja Ware i suradnici također dijele mjere zdravlja na objektivne i subjektivne (Ware i sur., 1981). Prema njima, objektivne su i odgovori na pitanja o specifičnim zdravstvenim stanjima ili ograničenjima te liječničke dijagnoze (Bound, 1991).

Subjektivne mjere s druge strane odnose se na osobni dojam pojedinca o njegovom sveukupnom fizičkom stanju ili kondiciji.

Smatraju da su se u prošlosti više koristile objektivne mjere jer se mislilo da subjektivne mjere nisu dovoljno pouzdane. Neki još uvijek preferiraju objektivne mjere zdravlja, a razlog tome može biti to što se procjene zdravstvenog stanja pacijenta i liječnika značajno razlikuju (Ware i sur., 1981).

No, polako se povećavala svijest o ograničenjima tradicionalnih zdravstvenih mjera i sve više se vjerovalo da pojedinci puno znaju o vlastitom zdravstvenom stanju što je pomaklo interes prema subjektivnim mjerama zdravlja (Jenkinson, 1994).

Brojni autori smatraju da je bolje koristiti subjektivne mjere zdravlja u istraživanjima budući da se stvarno „zdravlje“ pokazalo kao nemjerljiv pojam. (Jylha, 2010).

Subjektivna zdravstvena procjena je glavna komponenta onih radova koji su uglavnom usredotočeni na djelotvornost liječenja kao mjerom produljenja života, ublažavanja nevolja, obnove funkcija te općeg blagostanja (Jenkinson, 1994).

Novija istraživanja pokazuju da i subjektivne mjere imaju zadovoljavajuću razinu pouzdanosti i to se može objasniti činjenicom da se i različiti liječnici nekad međusobno ne slažu oko procjene zdravstvenog stanja (Ware i sur., 1981).

Pokazalo se da subjektivne mjere, odnosno samoprocjene ljudi o vlastitom zdravstvenom statusu imaju bitnu ulogu kod utvrđivanja zdravstvenog statusa osoba jer se pomoću njih dobivaju informacije o percepciji pacijenta i njegovom pogledu na vlastito stanje (Jenkinson, 1994).

Parminder, Wong i Massfeller zapisali su kako je funkcionalna sposobnost kritičan indikator kvalitete života i zdravlja kod starijih osoba te da je ponekad i važniji od prisutnosti neke bolesti. S povećanjem životne dobi dolazi do smanjenja funkcionalne sposobnosti što je posebno naglašeno ukoliko osoba ima oštećen vid ili sluh (Parminder i sur., 2004).

Unatoč svemu, smatra se da su obje vrste mjera podjednako korisne, a odabir mjera za neko istraživanje ovisi o namjeni, cilju i vrsti istraživanja te o populaciji na kojoj će se provoditi te mjere (Ware i sur., 1981). No, neki autori smatraju da se subjektivne mjere zdravlja ne mogu koristiti kao zamjena za objektivne mjere i da bi se subjektivne mjere trebale koristiti kao nadopuna objektivnim mjerama radi bolje procjene i boljeg razumijevanja zdravstvenog stanja

pogotovo za stanja koja se ne mogu dokazati samo dijagnostičkim testovima kao što su primjerice bol i stres (Jenkinson, 1994).

Prilikom odabira mjera zdravlja potrebno je procijeniti prikladnost određene mjere kroz tri značajke, a to su praktičnost, pouzdanost i valjanost. Uz to, navode i kako je, kod samog traženja mjera zdravlja, potrebno znati razloge za ispitivanje zdravstvenog statusa. Te razloge su podijelili u pet kategorija. Kao prvo, mjerenjem zdravstvenog statusa mjeri se i učinkovitost ili djelotvornost medicinskih intervencija. Kao drugo, omogućena je procjena kvalitete pružene njege. Treće, omogućuje se provedba procjene potreba populacije. Još jedan od razloga je to što se poboljšavaju kliničke odluke i dijagnostike. Također se poboljšava shvaćanje uzroka i posljedica različitih zdravstvenih stanja (Ware i sur., 1981).

Većina znanstvenika se slaže da je kombinacija objektivnih i subjektivnih mjera neizbježna kod ispitivanja ukupnog zdravlja (Jenkinson, 1994).

1. 2. 2. Samoprocjena zdravlja

Točne formulacije i mogućnosti odgovora kod samoprocjenjivanja zdravlja variraju. U SAD-u se najviše koristi ljestvica u kojoj su ponuđeni odgovori „izvrsno“, „vrlo dobro“, „dobro“ i „srednje do loše“. Mogućnosti odgovora koje preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija (1996.) i skupina EURO-REVES 2 su „vrlo dobro“, „dobro“, „osrednje“, „loše“ i „vrlo loše“ (Wu i sur., 2013). Postoji i verzija s mogućim odgovorima „vrlo dobro“, „prilično dobro“, „prosječno“, „prilično loše“ i „loše“ (Jylha, 2009).

Samoprocjena zdravlja naizgled se čini kao vrlo jednostavna metoda, no nakon detaljnijeg pregleda ipak ispada da je složenija nego što se misli. Vrlo malo pokazatelja zdravlja privlači pozornost znanstvenika iz različitih područja i disciplina kao što to čini samoprocjena zdravlja (Jylha, 2010).

Wu i suradnici (2013) proveli su istraživanje kojim su željeli ispitati povezanost između objektivnih i subjektivnih mjera zdravlja. To su učinili ispitujući povezanost samoprocjene zdravlja s tri objektivne mjere zdravlja, odnosno s prevalencijom bolesti, laboratorijskim parametrima i nekim čimbenicima povezanim sa zdravljem (primjerice, tjelesna težina, životne navike, ovisnost, izloženost stresu). Samoprocjena zdravlja ispitana je unidimenzionalnom mjerom s pet ponuđenih mogućih odgovora koje je preporučila Svjetska zdravstvena organizacija i skupina EURO-REVES 2, a to su „vrlo dobro“, „dobro“, „osrednje“, „loše“ i „vrlo loše“. Rezultati su pokazali da je prevalencija bolesti bila povezana sa lošijom

samoprocjenom zdravlja i to je bilo izraženije kod kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, oštećenja vida i mentalnih bolesti. Lošija samoprocjena zdravlja bila je, također, povezana s abnormalnim laboratorijskim parametrima i većinom zdravstveno povezanih čimbenika koji se smatraju rizičnim. Najznačajniji čimbenici koji su utjecali na samoprocjenu zdravlja bili su životno i radno opterećenje, niža razina duhovnosti i niža kvaliteta međuljudskih odnosa. Na temelju rezultata može se zaključiti da su subjektivni pokazatelji zdravlja u skladu s objektivnim zdravstvenim stanjem populacije te da subjektivne mjere zdravlja mogu poslužiti kao vjerodostojni pokazatelji zdravstvenog stanja u općoj populaciji (Wu i sur., 2013).

Problem kod samoprocjene zdravlja je u tome što ne postoji univerzalno dogovorena definicija ili izravna mjera zdravlja ili zdravstvenog statusa. Zdravlje se koristi kao generički izraz, a kao pokazatelji zdravlja služe medicinske dijagnoze, funkcionalni status, doživljeni simptomi i laboratorijski testovi. Nema standardnog pravila o tome što bi trebao biti globalni pokazatelj zdravlja. Ljudi imaju znatnu slobodu odlučivanja na kojim će informacijama temeljiti svoju procjenu. Ipak, može se pretpostaviti da ljudi ne biraju proizvoljno te podatke. U današnjem industrijaliziranom društvu, laici i medicinsko osoblje dijele slično shvaćanje onoga što „zdravlje“ jest i koje informacije su ključne kod opisivanja zdravlja, ali njihove interpretacije i zaključci tih podataka se mogu razlikovati (Jyhla, 2009).

Većina mjera zdravlja oslanja se na verbalne izvještaje dok se metode opažanja izbjegavaju radi jednostavnosti i ekonomičnosti izvođenja. Gerontolozi, s druge strane, naglašavaju prednosti metoda opažanja pri procjeni zdravstvenog stanja (Mcdowell, 2006).

Globalne samoprocjene zdravlja pokazale su se kao osjetljivi indikatori morbiditeta i mortaliteta, ali problem je u tome što istraživači još ne razumiju u potpunosti kako se postižu te samoprocjene (Bailis i sur., 2003). Samoprocjena zdravlja kod osoba starije životne dobi najvažniji je indikator mortaliteta i smanjenja funkcionalnosti (Lee, 2000). Istraživanje u Finskoj potvrdilo je prethodno zapaženu povezanost samoprocjene zdravlja i budućeg mortaliteta, ne samo kod osoba starije životne dobi, nego i kod srednje starijeg stanovništva. Osim toga, potvrđena je i povezanost samoprocjene zdravlja s korištenjem liječničke skrbi jer se pokazalo da su one osobe koje su svoje zdravlje ocijenile prilično dobrim, relativno malo koristile liječničku pomoć i obrnuto. Budući da su slična zapažanja prediktivne vrijednosti subjektivne zdravstvene procjene dobivena u različitim kulturama i društvenim uvjetima, može se reći da je taj fenomen generaliziran. Pokazalo se da je stabilnost samoprocjene zdravlja vrlo visoka. Stoga se standardizirana subjektivna samoprocjena zdravlja može koristiti kao validna mjera zdravlja u epidemiološkim istraživanjima (Miilunpalo i sur., 1997).

Subjektivne mjere mogu se podijeliti na unidimenzionalne i multidimenzionalne mjere. Unidimenzionalne mjere shvaćaju zdravlje kao jedan cjeloviti koncept i zanemaruju različite domene od kojih se zdravlje sastoji u svrhu dobivanja opće slike zdravlja. Multidimenzionalne mjere, s druge strane, promatraju svaku domenu zdravlja zasebno (Jenkinson, 1994). Jednodimenzionalni upitnici i upitnici koji se sastoje od malog broja čestica vrlo često imaju nižu pouzdanost od multidimenzionalnih upitnika i upitnika koji se sastoje od većeg broja čestica. Također, niža se pouzdanost može očekivati kod osoba lošijeg socioekonomskog statusa i osoba s nižim stupnjem obrazovanja (Ware i sur, 1981).

1. 2. 2. 1. Tri faze samoprocjene zdravlja

Marie Jylha (2009) je u svom radu predložila model sastavljen od tri faze prema kojem bi se trebao odvijati proces samoprocjene zdravlja. Najprije bi osoba trebala prepoznati značenje pojma „zdravlje“ i identificirati sve komponente koje bi trebala uzeti u obzir pri procjeni vlastitog zdravlja. Onda bi osoba trebala razmotriti kako prethodno odabrane komponente zdravlja utječu na njeno vlastito zdravlje. Na kraju, osoba bi trebala odrediti koji stupanj dane skale najbolje opisuje odabrane komponente zdravlja. To je model čija namjera nije opisati čimbenike objektivnog fizičkog zdravstvenog stanja, već ovaj model predstavlja kognitivni proces evaluacije zdravlja.

Jylha u svom radu govori da je samoprocjena zdravlja proizvod kognitivnog procesa koji je svojstveno subjektivan i kontekstualan i da osnova samoprocjene zdravlja leži u biološkom i fiziološkom stanju pojedinog organizma što objašnjava njegovu povezanost sa smrtnošću. Navodi i dva glavna izazova za buduća istraživanja, a to su kako steći bolje razumijevanje kognitivnih procesa zdravstvene procjene i kako steći bolje razumijevanje važnosti jedinstvenih informacija ljudi o vlastitom zdravlju (Jylha, 2009).

1. 2. 2. 2. Prednosti i nedostaci subjektivnih mjera zdravlja

Subjektivne mjere zdravlja imaju nekoliko prednosti u odnosu na objektivne mjere zdravlja. One proširuju podatke dobivene objektivnim mjerama dajući informacije o kvaliteti, a ne samo o kvantiteti pojedinih zdravstvenih stanja i funkcija. Subjektivne mjere daju uvid u neka

zdravstvena stanja poput boli, patnje i depresije koja su nedostupna objektivnih mjerama i laboratorijskim testovima (McDowell, 2006).

Upravo zbog postojanja asimptomatskih stanja, pokazalo se da su subjektivne mjere prikladnije za predviđanje potrebe za liječničkom pomoći. Također, preciznije su od objektivnih mjera i bolje razlikuju ljude na kontinuumu zdravlje-bolest (Ware i sur, 1981).

Subjektivna samoprocjena zdravlja predstavlja integriranu percepciju zdravlja neke osobe uključujući njegovo biološko, fiziološko i socijalno stanje. To je dostupno samo osobi o čijem se zdravlju ispituje i ne može se saznati objektivnim mjerama što je prednost subjektivnih mjera (Miilunpalo i sur, 1997).

S druge strane, samoprocjene zdravlja mogu ponekad dati heterogene rezultate. To može biti posljedica toga što ispitanici mogu različito razumjeti pitanja koja im ispitivač postavlja. Heterogenosti rezultata doprinosi i to što pojedinci imaju različite definicije zdravlja i različita očekivanja vlastitog zdravlja. Isto tako, mogu različito interpretirati korištenje medicinske usluge pa tako pretpostaviti da su boljeg zdravlja ako rijetko koriste liječničku pomoć i obrnuto (Johnston i sur., 2009).

Kod subjektivnih mjera, ispitanici donose subjektivne prosudbe o vlastitom zdravlju i ne treba očekivati da će prosudbe različitih ispitanika biti u potpunosti usporedive. Zdravlje može predstavljati jedno od legitimnih razloga zašto radno sposobni muškarac ostane bez posla pa tako muškarci izvan radne snage mogu spomenuti zdravstvena ograničenja kako bi racionalizirali svoje ponašanje. Također, budući da su naknade za prijevremenu mirovinu često dostupne samo za one koji su nesposobni za rad, muškarci će imati financijski poticaj identificirati sebe kao osobe nesposobne za rad (Bound, 1991).

1. 2. 2. 3. Samoprocjena zdravlja u Hrvatskoj

U Hrvatskoj su se procjene učinka zdravstvenih politika donedavno donosile na temelju objektivnih demografskih pokazatelja zdravstvenog statusa populacije poput mortaliteta, morbiditeta i očekivanog trajanja života. No, u novije vrijeme sve više zemalja u svojim ispitivanjima koristi mjere zdravlja temeljene na subjektivnoj procjeni pojedinca.

Stanovnici Hrvatske su u 2010. bili na samom dnu među promatranim zemljama EU-27 prema percepciji vlastitog zdravlja iz ankete EU-SILC (The EU statistics on income and living conditions). Tri zemlje u kojima je manje od 50% stanovništva svoj vlastiti zdravstveni status

ocijenilo vrlo dobrim ili dobrim (prosjeak za EU27 – 68%) su Portugal (49,1%), Latvija (49,0%) i Hrvatska (46,4%).

U Hrvatskoj je i više od četvrtine stanovništva (28%) ocijenilo svoje vlastito zdravlje lošim ili vrlo lošim što je daleko iznad prosjeka za Europu koji iznosi 9%.

Samoprocjena zdravstvenog statusa se pogoršava s dobi. U mlađim dobnim skupinama (35 – 44 g.) samo 1% hrvatske populacije procjenjuje da ima izrazito loše zdravlje, dok ta brojka kod osoba starijih od 75 godina iznosi 14,9%, a kod starijih od 85 godina čak 18,3%. Ti postoci su također viši od prosjeka Europe koji kod osoba starijih od 75 i 85 godina iznosi 6,8% odnosno 3,5% (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012).

2. OBRAZLOŽENJE TEME

Demografsko starenje je neizbježna sudbina većine razvijenih zemalja te ni Hrvatska u tome nije iznimka. Budući da starija populacija čini sve veći dio ukupnog stanovništva, sve se više istraživanja iz različitih područja znanosti bavi starenjem i problemima u starijoj životnoj dobi.

U svrhu poboljšanja kvalitete života starijih osoba, važno je njih uključiti u istraživanja koja imaju za cilj unaprijediti liječenje i zdravstveni status starijih.

Postoji potreba za istraživanjem njihovih pogleda na zdravlje i doživljaj vlastitog zdravlja kako bi se saznalo sveukupno zdravstveno stanje. Potrebno je istražiti sve čimbenike koji utječu na njihov doživljaj vlastitog zdravlja kako bi što bolje razumjeli potrebe osoba starije životne dobi.

Cilj ovog diplomskog rada, koji se provodio u sklopu EuroAgeism projekta FIP 7 Horizon 2020, bio je utvrditi povezanost doživljaja vlastitog zdravlja u pacijenata starijih od 65 godina s kliničkim i sociodemografskim čimbenicima.

3. MATERIJALI I METODE

3. 1. Metodologija

Istraživanje je dizajnirano kao opažajno (opservacijsko) i presječno. Opažajno istraživanje je ono u kojem istraživač promatra trenutno stanje i ne odlučuje koji će ispitanici biti izloženi nekom utjecaju. Prikupljaju se podaci o postojećem stanju. Presječno istraživanje podrazumijeva prikupljanje podataka na uzorku populacije u jednoj vremenskoj točki (u sadašnjosti) pa ne proučava uzročno posljedične veze rezultata. Ono mjeri prevalenciju (udio bolesnih u populaciji), ali ne prati pacijente nakon prikupljanja podataka.

Ovaj diplomski je dio većeg istraživanja u sklopu EuroAgeism projekta FIP 7 Horizon 2020 čiji je cilj razviti nove nacionalne i europske preporuke i politike za osobe starije životne dobi. Dio istraživanja koji se provodi u Hrvatskoj u suradnji sa Sveučilištem u Zagrebu na Farmaceutsko – biokemijskom fakultetu pod vodstvom doc. dr. sc. Maje Ortner Hadžiabdić ima za cilj istražiti problem neprikladnog propisivanja lijekova starijim pacijentima i dati preporuke za razvoj ljekarničke skrbi u tom segmentu.

Istraživanje je odobreno od Povjerenstva za etičnost eksperimentalnog rada Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

3. 1. 1. Ispitanici

Ispitanici su bili sve zainteresirane osobe starije životne dobi, odnosno osobe iznad 65 godina koje su podizale svoju terapiju u javnim ljekarnama na području Istre. Prije uključivanja ispitanika u istraživanje, zainteresirane osobe bile su detaljno informirane o cilju i svim važnim aspektima istraživanja te su dale svoju suglasnost za sudjelovanje u istraživanju i svojevrijem potpisale informirani pristanak (Prilog 1).

3. 1. 2. Protokol

Istraživanje je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2019. godine u ljekarnama na području Istre. Prije samog provođenja upitnika u dvije ljekarne, je dogovorena suradnja s voditeljima tih ljekarni, a to su bile Ljekarna Ladavac-Ćus-Tončinić-Cotman Tomac u Pazinu i Ljekarna

Irena Grahovac u Puli. Cilj je bio prikupiti ukupno 100 pacijenata. Magistri farmacije u ljekarnama zamoljeni su za pomoć pri prikupljanju podataka na način opisan u daljnjem tekstu.

Prilikom izdavanja lijekova osobama starije životne dobi, ljekarnici bi upoznali pacijenta s istraživanjem te ga zamolili za sudjelovanje. Ukoliko bi pacijent bio zainteresiran za sudjelovanje, ljekarnik bi ga uputio istraživaču koji bi onda pacijentu detaljnije opisao svrhu istraživanja. Ukoliko je pacijent pristao na sudjelovanje u istraživanju, dobrovoljno je potpisao informirani pristanak. Nakon toga uslijedilo je ispunjavanje samog upitnika na način da je istraživač postavljao pitanja pacijentu na koja je pacijent trebao odgovoriti.

Ispunjavanje upitnika i razgovor s pacijentom provodili su se u odijeljenom prostoru javne ljekarne (ne u ordinaciji) kako bi se osigurala privatnost i kvaliteta razgovora. Predviđeno vremensko trajanje ispunjavanja upitnika bilo je 30-40 minuta, a ovisilo je o individualnim karakteristikama pojedinaca uključenih u istraživanje (primjerice dob, razumijevanje upitnika i sl.).

3. 2. Materijali pri prikupljanju podataka

Upitnik korišten u eksperimentalnom dijelu ovog diplomskog rada razvijen je za potrebe istraživanja EuroAgeism projekta FIP 7 Horizon 2020 pod nazivom „Neprikladno propisivanje lijekova i dostupnost upravljanja terapijom u starijih osoba u Europi“. Inačica upitnika koja je korištena za provođenje istraživanja u Hrvatskoj te u ovom diplomskom radu je prevedena i prilagođena na hrvatski jezik (Prilog 2). Za potrebe ovog diplomskog rada detaljnije su analizirani dijelovi upitnika koji su navedeni u nastavku.

3. 2. 1. Demografski i klinički podaci

Prvi dio cjelokupnog upitnika pod nazivom „Socio-demografske karakteristike“ sadrži općenita pitanja koja se odnose na dob pacijenata, spol, bračno stanje te obrazovanje.

Potom su pacijenti ispitivani o pokretljivosti i snazi. Ovaj dio sastoji se od pet pitanja i svako pitanje ima mogućnost odabira jednog od tri ponuđena odgovora. Pacijenti su najprije procijenili svoje stanje pa su ga usporedili s ponuđenim odgovorima i potom se odlučili za

jedan od njih. Prvo pitanje je o pokretljivosti, a ponuđeni odgovori su 0 – Nepokretan / na (vezan / a za stolicu), 1 – Pokretan / a (može izaći iz stolice, ali ne izlazi van), 2 – Pokretan / a, izlazi van. Preostala četiri pitanja iz ovog dijela su poteškoće u kretanju po sobi, poteškoće pri ustajanju iz stolice, poteškoće pri penjanju stubištem od 10 stepenica te poteškoće pri dizanju ili nošenju tereta od 5 kg. Dva odgovora na ova pitanja su jednaka, 0 – Bez poteškoća i 1 – Postoje neke poteškoće, dok im se treći malo razlikuje. Kod pitanja poteškoće u kretanju po sobi ponuđeni je odgovor 3 – Mnogo ih je, koristi pomagala ili je nepokretan / a, na pitanje poteškoće pri ustajanju iz stolice moglo se i odgovoriti s 3 – Mnogo ih je ili ne može sam ustati bez pomoći, dok su pitanja poteškoće pri penjanju stubištem od 10 stepenica i poteškoće pri dizanju ili nošenju tereta od 5 kg dijelila treći mogući odgovor koji je bio 3 – Mnogo ih je ili ne može nositi.

Bili su prikupljeni podatci o dijagnozama i simptomima koje pacijent ima, te o lijekovima koje uzima. Navedeni podatci su prikupljeni izravno razgovorom s pacijentom te su u slučaju potrebe uspoređeni s dostupnom medicinskom dokumentacijom ukoliko ju je pacijent dao na uvid ili s medikacijskom povijesti podizanja lijekova u ljekarni.

3. 2. 2. Doživljaj zdravstvenog stanja

Ovim dijelom se pacijente ispitalo o vlastitom doživljaju zdravstvenog stanja. Samoprocjena zdravlja provodila se unidimenzionalnom metodom. Pacijentima se postavlja jedno pitanje: „Općenito, kako biste procijenili svoje zdravlje?“ Potom, oni odabiru jedan od pet ponuđenih odgovora koji su: 0 – vrlo loše, 1 – loše, 2 – osrednje, 3 – dobro te 4 – vrlo dobro. Ponuđeni odgovori su preporučeni od strane Svjetske zdravstvene organizacije.

3. 3. Statistička obrada podataka

Prikupljeni su podaci uneseni u IBM SPSS, verzija 22.0. (Armonk, NY: IBM Corp.). Za određivanje osnovnih statističkih pokazatelja korištena je opisna statistika. Kao mjere središnje tendencije i varijabilnosti korišteni su prosjek i standardna devijacija. Kategorijski podaci prikazani su kao apsolutni i relativni broj (postotak). Povezanost među varijablama analizirana je hi-kvadrat testom budući da su podatci bili kategorijske varijable. Vrijednost $p < 0,05$ smatrana je statistički značajnom.

4. REZULTATI

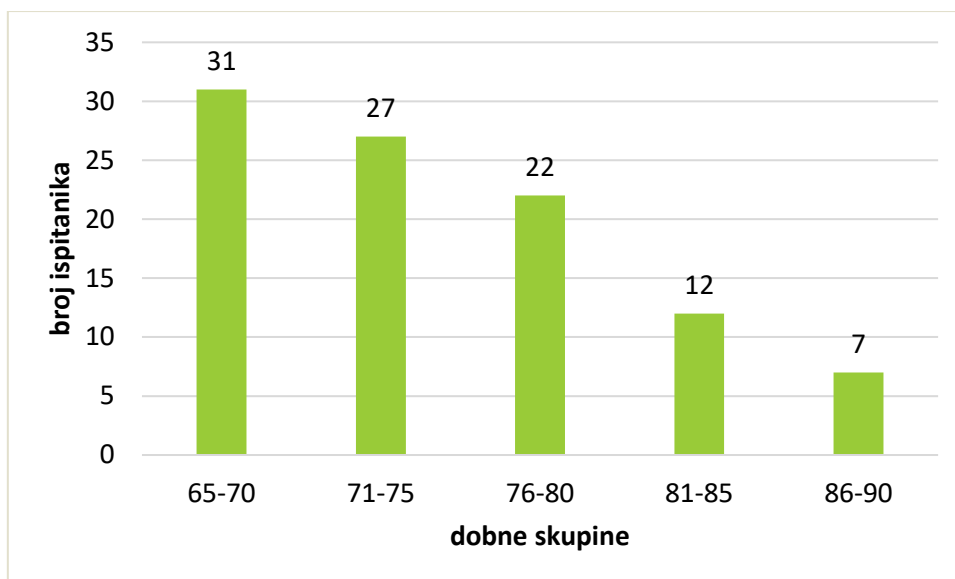
4. 1. Demografske i kliničke karakteristike ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 100 pacijenata od 65 i više godina, od čega je bilo 66 žena i 34 muškaraca. Prosječna dob svih pacijenata iznosila je $74,89 \pm 6,304$ (raspon 65 - 91). Svi su pacijenti bili iz Istre. Detaljniji prikaz demografskih podataka naveden je u tablici 1.

Tablica 1. Demografski podaci o ispitanicima

Parametar		Udio ispitanika (%)
SPOL	Muški	34,0
	Ženski	66,0
BRAČNO STANJE	Neoženjen/neudana	5,1
	Oženjen/udana	64,6
	Udovac/udovica	27,3
	Rastavljen/a	3,0
OBRAZOVANJE	Osnovna škola/bez škole	36,0
	Srednja škola	52,0
	Viša škola	10,0
	Fakultet i više	2,0

Najbrojnija dobna skupina ispitanika bila je 65 – 70 godina, a dobna skupina s najmanjim brojem ispitanika koju čini samo jedan ispitanik bila je skupina 90 – 95 (slika 6.)



Slika 6. Raspodjela ispitanika po dobnim skupinama

Najčešće dijagnoze bile su hipertenzija, oštećen vid, dislipidemija, mrena, šećerna bolest, prijelomi, osteoporoza te aritmija, a simptomi na koje su se ispitanici najčešće žalili bili su nikturija i nestabilan hod. Najčešće dijagnoze i najčešći simptomi navedeni su u tablicama 2. i 3.

Tablica 2. Najčešće dijagnoze utvrđene kod bolesnika

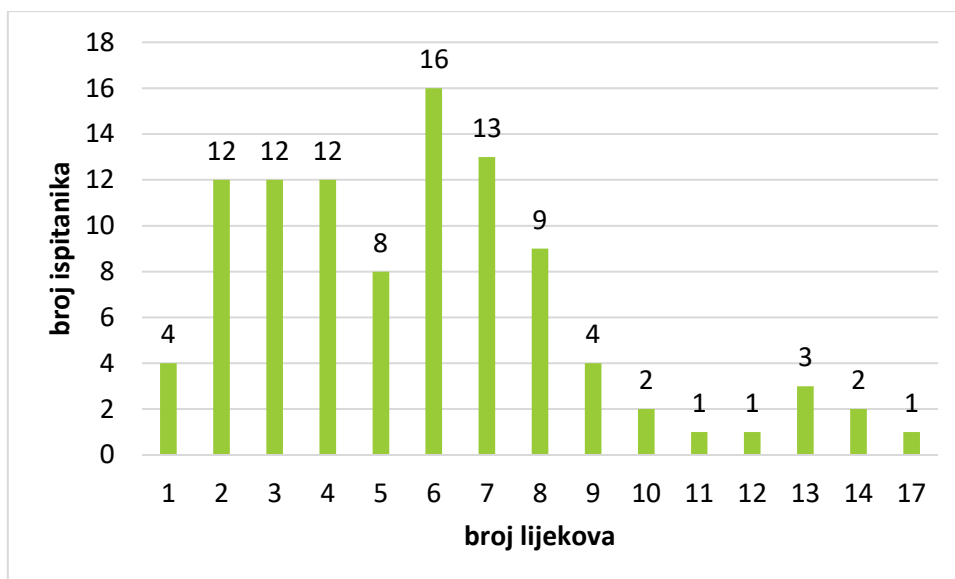
DIJAGNOZA	UDIO BOLESNIKA S DIJAGNOZOM (%)
Hipertenzija	73,0
Angina (Ishemijska bolest srca)	12,0
Aritmija	25,0
Gastritis	18,0
Benigna hiperplazija prostate	11,0
Osteoporoza	25,0
Reumatoidni artritis	21,0
Giht	10,0
Prijelomi	26,0
Šećerna bolest	26,0
Hipotireoza	20,0
Dislipidemija	38,0

Problemi sa spavanjem	12,0
Tumor	20,0
Mrena	31,0
Oštećen vid	41,8
Oštećen sluh	22,4
Bolesti kože	18,2

Tablica 3. Najčešći simptomi prisutni kod ispitanika

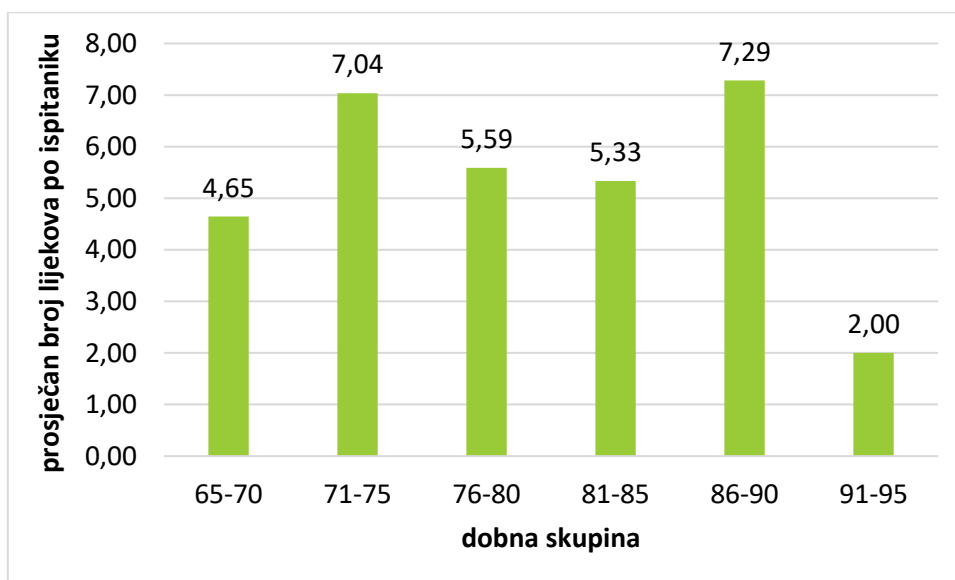
SIMPTOM	UDIO BOLESNIKA SA SIMPTOMOM (%)
Vrtoglavica	29,0
Edem zglobova	24,0
Kratkoća daha	25,0
Žgaravica	21,0
Nikturija	39,0
Nestabilan hod	31,0

Ukupan broj propisanih lijekova bio je 574. Prosječan broj lijekova po bolesniku bio je $5,74 \pm 3,215$ s rasponom od najmanje jednog do najviše 17 lijekova po osobi. Najviše bolesnika (n=16, 16%) imalo je 6 lijekova u terapiji. Uz lijekove na recept, 26% pacijenata koristilo je i lijekove iz bezreceptnog režima (raspon 1-4). Raspodjela svih lijekova po ispitanicima nalazi se na slici 7.



Slika 7. Raspodjela ispitanika prema broju lijekova

Najmanji prosječan broj lijekova utvrđen je u dobnoj skupini 91 – 95 godina, a najveći u dobnoj skupini 86 – 90 godina. Podjela prosječnog broja lijekova prema dobnim skupinama može se vidjeti na slici 8.



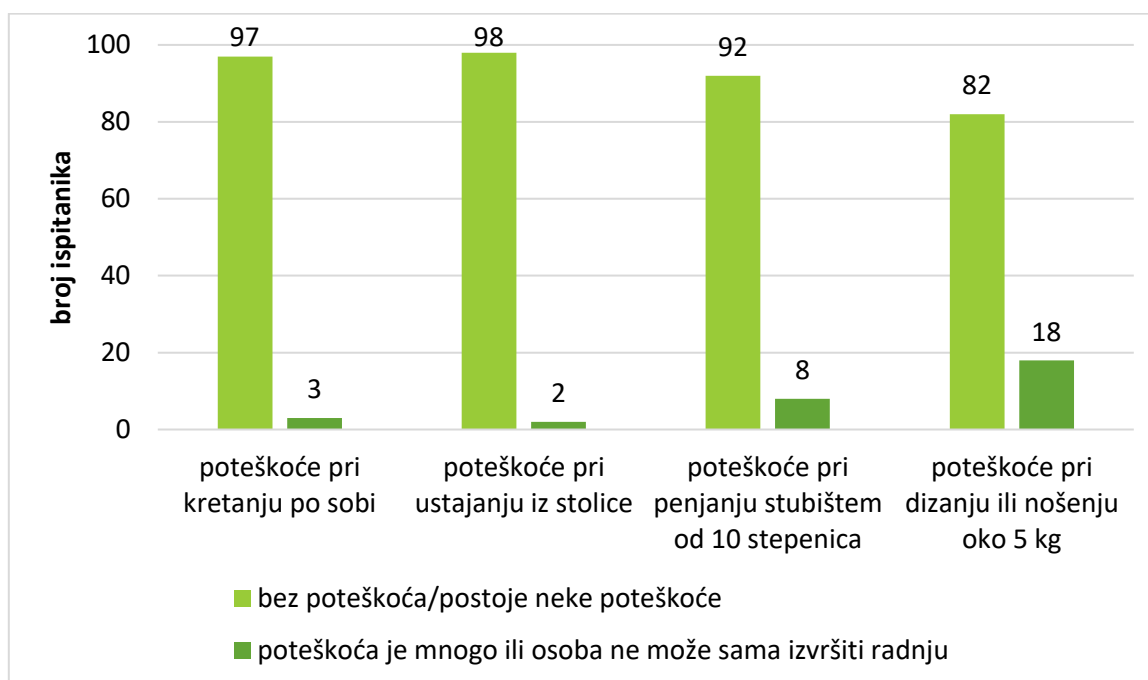
Slika 8. Raspodjela prosječnog broja lijekova po dobnim skupinama ispitanika

Gotovo svi ispitanici bili su pokretni i mogli su samostalno izlaziti van, a podjela prema pokretljivosti može se vidjeti na slici 9.



Slika 9. Raspodjela ispitanika prema pokretljivosti

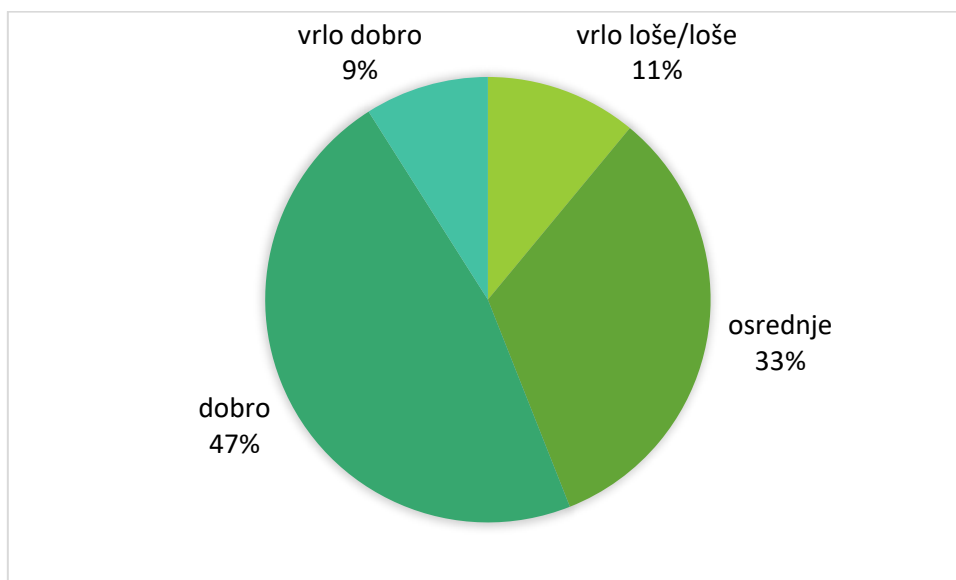
Na slici 10. prikazana je raspodjela ispitanika prema pojedinim skupinama poteškoća pokretljivosti. Više ispitanika je potvrdilo prisutnost poteškoća kod oblika pokretljivosti većeg napora.



Slika 10. Raspodjela ispitanika prema pojedinim skupinama poteškoća pokretljivosti

4. 2. Doživljaj vlastitog zdravlja

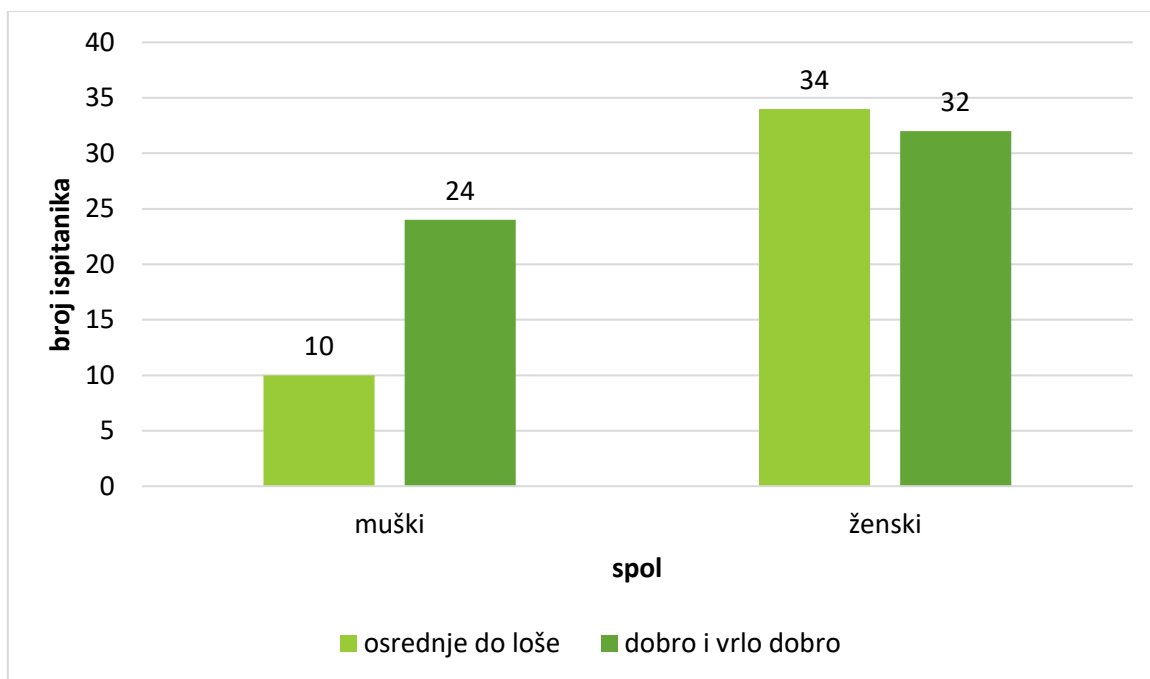
Najveći broj ispitanika rekao je da je njihovo zdravlje dobro (47%) ili osrednje (33%) što je vidljivo na slici 11.



Slika 11. Dijagram zastupljenosti ispitanika ovisno o doživljaju vlastitog zdravlja

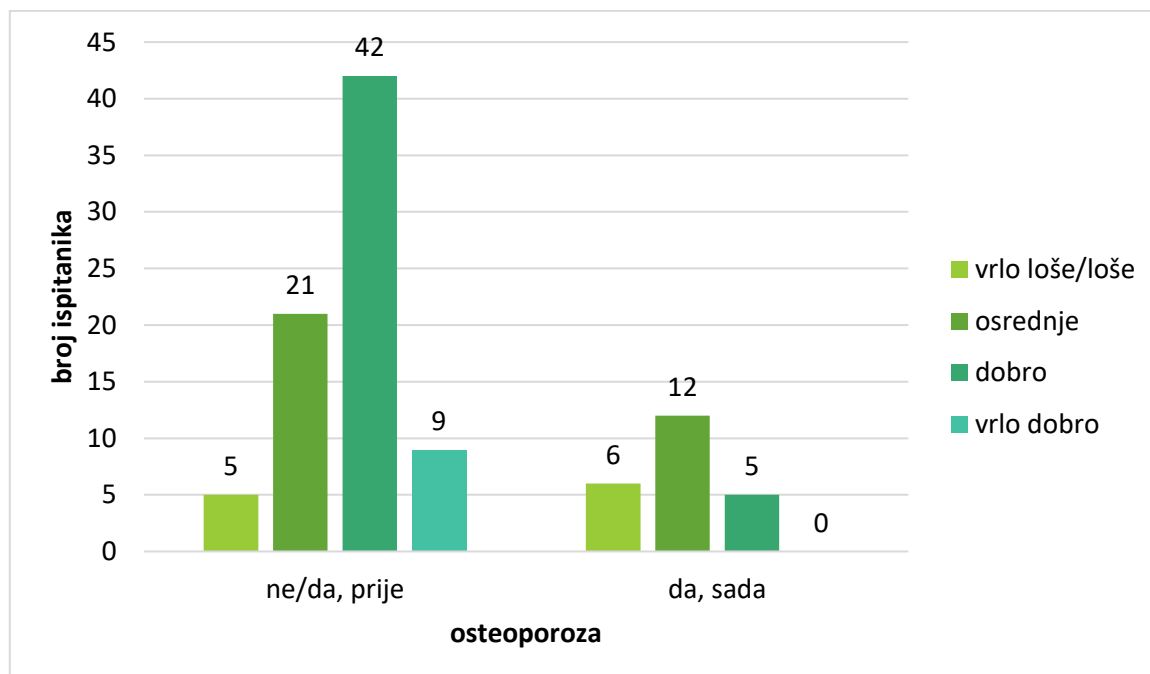
4. 3. Povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s demografskim i kliničkim čimbenicima

Većina muških ispitanika (70,6%) ocijenila je svoje zdravlje dobrim i vrlo dobrim, dok je preko polovine ženskih ispitanica (51,5%) smatralo svoje zdravlje osrednjim i lošim, a nešto manje od polovine dobrim ili vrlo dobrim (48,5%). Na slici 12. može se vidjeti raspodjela ispitanika prema procjeni svog zdravlja ovisno o spolu.



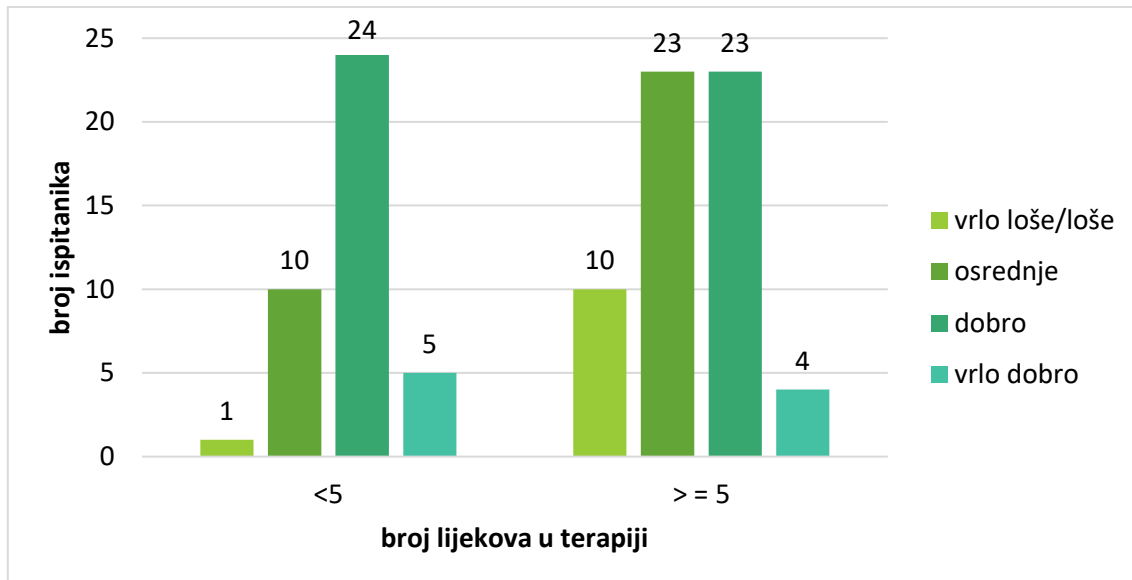
Slika 12. Raspodjela ispitanika prema procjeni svog zdravlja ovisno o spolu

Ispitanici s dijagnosticiranom osteoporozom ocijenili su svoje zdravlje bolje u odnosu na one bez te dijagnoze što se može vidjeti na slici 13.



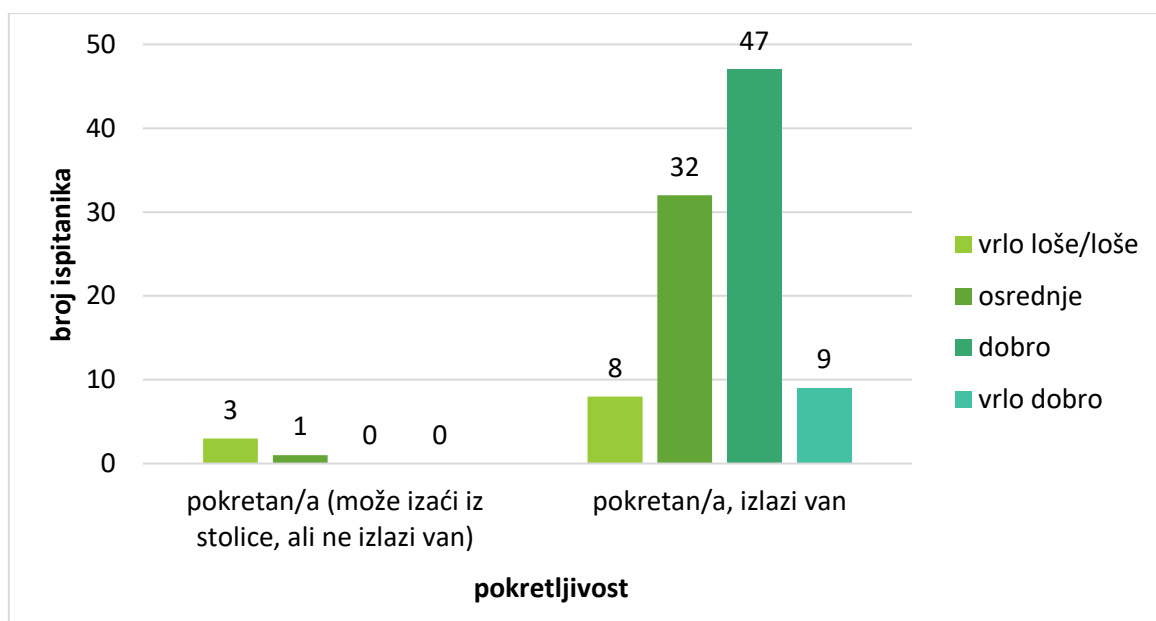
Slika 13. Raspodjela ispitanika prema procjeni svog zdravlja ovisno o prisutnosti osteoporoze

Osobe koje su u svojoj terapiji imale pet ili više lijekova ocijenile su svoje zdravlje lošije od onih osoba koje su u svojoj terapiji imale manje od pet lijekova. Raspodjela ispitanika prema procjeni svog zdravlja ovisno o broju lijekova u terapiji prikazana je na slici 14.



Slika 14. Raspodjela ispitanika prema procjeni svog zdravlja ovisno o broju lijekova u terapiji

Ispitanici koji su bili slabije pokretni te nisu samostalno izlazili van, ocijenili su svoje zdravlje uglavnom loše ili vrlo loše (74,0%) za razliku od pokretnih koji su u malom broju izvijestili o lošem ili vrlo lošem zdravlju (<0,1%). Navedeno se nalazi prikazano na slici 15.



Slika 15. Raspodjela ispitanika prema procjeni svog zdravlja ovisno o pokretljivosti

U sljedećoj tablici (tablica 4.) prikazana je podjela ispitanika prema doživljaju vlastitog zdravlja ovisno o demografskim i kliničkim čimbenicima te je za svaki čimbenik određena statistička značajnost.

Tablica 4. Povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s demografskim i kliničkim čimbenicima

Parametar		Doživljaj vlastitog zdravlja				P
		Vrlo loše/loše	Osrednje	Dobro	Vrlo dobro	
Dob (godine)	<75	2	8	18	6	0,154
	=>75	9	25	29	3	
Spol	M	10		24		0,035*
	Ž	34		32		
Osteoporoza	Ne	5	21	42	9	0,001*
	Da	6	12	5	0	
Oštećen vid	Ne	7	17	33	2	0,034*
	Da	4	15	13	7	
Oštećen sluh	Ne	8	21	40	8	0,117
	Da	3	11	6	1	
Politerapija	<5	1	10	24	5	0,030*
	=>5	10	23	23	4	
Pokretljivost	Nepokretan/pokretan ali ne izlazi van	3	1	0	0	<0,001*
	Pokretan, izlazi van	8	32	47	9	
Poteškoće u kretanju po sobi	Bez poteškoća /postoje neke poteškoće	9	32	47	9	0,015*
	Mnogo ih je ili ne može ustati bez pomoći	2	1	0	0	
Poteškoće pri ustajanju iz stolice	Bez poteškoća /postoje neke poteškoće	9	33	47	9	0,001*
	Mnogo ih je ili ne može ustati bez pomoći	2	0	0	0	
Poteškoće pri penjanju stubištem od 10 stepenica	Bez poteškoća /postoje neke poteškoće	7	32	44	9	0,003*
	Mnogo ih je ili ne može ustati bez pomoći	4	1	3	0	
Poteškoće pri dizanju ili nošenju oko 5 kg	Bez poteškoća /postoje neke poteškoće	6	24	43	9	0,006*
	Mnogo ih je ili ne može ustati bez pomoći	5	9	4	0	

Rezultati izraženi kao N (broj ispitanika)

P vrijednost određena χ^2 testom

p*-vrijednost označava statistički značajnu razliku utvrđenu t-testom

5. RASPRAVA

5. 1. Demografske i kliničke karakteristike ispitanika

U ovom istraživanju, koje je provedeno na osobama starije životne dobi, sudjelovalo je više žena nego muškaraca. Najbrojnija dobna skupina bila je ona 65 – 69 godina, a svaku sljedeću skupinu činio je sve manji broj ispitanika. Takva raspodjela stanovništva podudara se s podacima s popisa stanovništva u kojem je navedeno da je od dobne skupine 45 – 49 godina, veći broj žena od muškaraca (www.dzs.hr).

Najčešće dijagnoze kod ispitanika bile su hipertenzija, oštećen vid, dislipidemija, mrena, šećerna bolest, prijelomi, osteoporoza te aritmija. To se djelomično slaže s najčešće zabilježenim bolestima u starijih osoba u Hrvatskoj; hipertenzijom, bolesti intervertebralnih diskova i ostalim dorzopatijama, srčanim bolestima, akutnom infekcijom gornjeg dišnog sustava i šećernom bolesti (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012).

Najmanji prosječan broj lijekova utvrđen je u dobnoj skupini 91 – 95 godina, no on se temelji na samo jednom ispitaniku iz te skupine koji je bio uključen u istraživanje. Najveći broj lijekova zabilježen je u dobnoj skupini 86 – 90 godina. Iako u našem istraživanju porast broja lijekova ne prati u potpunosti višu dob bolesnika, ipak je i na našem uzorku vidljiva takva tendencija.

5. 2. Doživljaj vlastitog zdravlja

Doživljaj vlastitog zdravlja ispitan je prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, što znači da su se ispitanici morali odlučiti za jedan od sljedećih pet odgovora: „vrlo dobro“, „dobro“, „osrednje“, „loše“ i „vrlo loše“. Rezultati su pokazali da najveći broj ispitanika doživljava svoje zdravlje dobrim (47%) te osrednjim (33%), a zatim nešto manje njih lošim ili vrlo lošim (11%) te vrlo dobrim (9%). Ovi rezultati odnose se na osobe starije životne dobi iz Istre i razlikuju se od rezultata za ukupno stanovništvo i za stariju populaciju Hrvatske. Također, treba uzeti u obzir da se istraživanje provodilo na razini primarne zdravstvene zaštite te su u njega uključeni ispitanici koji samostalno podižu svoje lijekove u ljekarni, pa je za pretpostaviti da je njihov zdravstveni status i objektivno bolji od hospitaliziranih i nepokretnih osoba starije dobi. Prema dostupnim podacima, u Hrvatskoj više od četvrtine stanovništva

(28%) ocjenjuje svoje vlastito zdravlje lošim ili vrlo lošim. Samoprocjena zdravlja lošija je kod starijih osoba. U mlađim dobnim skupinama (35 – 44 godine) samo 1% hrvatske populacije procjenjuje da ima izrazito loše zdravlje, dok ta brojka kod osoba starijih od 75 godina iznosi 14,9%, a kod starijih od 85 godina čak 18,3% (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012).

5. 3. Povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s demografskim i kliničkim čimbenicima

Pronađena je statistički značajna povezanost doživljaja vlastitog zdravlja i spola ($p=0,035$). Više ispitanih muškaraca ocijenilo je svoje zdravlje dobrim i vrlo dobrim, dok je više žena svoje zdravlje ocijenilo osrednjim do lošim. Mnoge studije zabilježile su slične rezultate. Benyamini i suradnici istraživali su razlike između spolova kod samoprocjene zdravlja i smrtnosti na uzorku od 622 žene i 730 muškaraca u Izraelu. U tom se istraživanju pokazalo da su žene većinom lošije ocijenile svoje zdravlje u usporedbi s muškarcima (Benyamini i sur., 2003). Franks i suradnici su također zabilježili da žene prijavljuju lošije zdravstveno stanje (Franks i sur., 2003). Stafford i suradnici su u svom istraživanju, provedenom u Engleskoj i Škotskoj na uzorku od 8440 ispitanika, uočili čak sklonost žena lošijem izvještavanju o svim aspektima života pa tako i o zdravlju (Stafford i sur., 2005). Prema navedenim rezultatima može se pretpostaviti da žene i muškarci različito doživljaju svoje zdravlje i da samoprocjenu zdravlja temelje na različitim stvarima, no razlozi tome nisu otkriveni.

Kao što je za očekivati primijećen je i trend lošijeg doživljaja vlastitog zdravlja s porastom dobi; više je osoba mlađih od 75 godina smatralo da je njihovo zdravlje dobro ili vrlo dobro, nego što je to smatralo osoba starijih od 75 godina, ali razlika nije bila statistički značajna ($p=0,154$). Opadanje samoprocjene zdravlja s porastom dobi povezali su i Franks i suradnici u svom istraživanju provedenom u SAD-u na uzorku od 21363 ispitanika starijih od 21 godine (Franks i sur., 2003).

Wu i suradnici su u svom istraživanju pokazali da je prevalencija bolesti bila povezana s lošijom samoprocjenom zdravlja i da je to bilo izraženije kod kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, oštećenja vida i mentalnih bolesti. U ovom istraživanju potvrdila se povezanost samoprocjene zdravlja samo s oštećenjem vida ($p=0,034$) i prisutnošću

osteoporozu ($p=0,001$). Hoffman i suradnici su u svom istraživanju, provedenom na uzorku od 888 ispitanika na području Sjedinjenih Američkih Država, zaključili da su osobe s dijagnosticiranom osteoporozom lošije ocjenjivale svoje zdravlje za razliku od onih koje nemaju tu dijagnozu (Hoffman i sur., 2018). Naši rezultati slažu se s njihovim zapažanjima. Veći broj ispitanika oboljelih od šećerne bolesti ocijenio je svoje zdravlje lošim ili osrednjim u odnosu na ispitanike koji ne boluju od šećerne bolesti, ali razlika nije bila statistički značajna ($p=0,130$). Također je uočena trend u lošijoj samoprocjeni zdravlja u bolesnika s oštećenjem sluha, ali nije bio statistički značajan ($p=0,117$). Dosadašnja istraživanja pokazala su da oštećen sluh kao i oštećen vid, smanjuju kvalitetu života starijih osoba te utječu na samoprocjenu zdravlja (Parminder i sur., 2004).

U ovome istraživanju, najučestalije dijagnoze koje su ispitanici imali bile su iz skupine kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, no njihova povezanost s percepcijom vlastitog zdravlja nije uočena, što nije u skladu s istraživanjem Wu i suradnika (Wu, 2013).

Značajna povezanost s doživljajem vlastitog zdravlja utvrđena je i kod osoba koje su imale pet ili više lijekova u terapiji ($p=0,030$). Confortin i suradnici su u svom istraživanju provedenom na jugu Brazila zaključili da je prevalencija pozitivne samoprocjene zdravlja povezana s nedostatkom politerapije što je sukladno našim rezultatima (Confortin i sur., 2015). U skladu s time je i istraživanje Bazargana i suradnika na uzorku 708 bolesnika u Los Angelesu (Bazargan i sur., 2019).

Gotovi svi ispitanici bili su pokretni te su mogli izlaziti van samostalno. Uočeno je više poteškoća kod oblika pokretljivosti koji iziskuje veći napor.

Utvrđena je značajna povezanost doživljaja vlastitog zdravlja i pokretljivosti ($p<0,001$) te svim ispitivanim oblicima poteškoća u pokretljivosti ($p=0,015$; $p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,006$). Većina ispitanika koja je bila pokretna, ocijenila je svoje zdravlje vrlo dobrim ili dobrim. Oni koji su bili slabije pokretni, te nisu izlazili van, većinom su ocijenili svoje zdravlje lošim ili vrlo lošim. Također, ispitanici kod kojih su postojali ostali oblici poteškoća u pokretljivosti (poteškoće u kretanju po sobi, poteškoće pri ustajanju iz stolice, poteškoće pri penjanju stubištem od 10 stepenica ili poteškoće pri dizanju ili nošenju oko 5 kg) uglavnom su ocijenili svoje zdravlje lošim ili vrlo lošim te poneki i osrednjim. Naši rezultati potvrđuju zapažanja istraživanja provedenog u Pekingu, u kojem se pokazalo da je samoprocjena zdravlja opadala sa smanjenjem fizičkog funkcionalnog statusa (Meng i sur., 2014). Isti rezultati dobiveni su u

istraživanju čiji je cilj bio otkriti utjecaj samoprocjene zdravlja na funkcionalne poteškoće kod starijih stanovnika Gane (Tetteh i sur.,2019).

Parminder, Wong i Massfeller uočili su kako je funkcionalna sposobnost kritičan indikator kvalitete života i zdravlja kod starijih osoba te da je ponekad i važniji od prisutnosti neke bolesti što se ovim istraživanjem i potvrdilo; za većinu dijagnoza nije nađena povezanost s doživljajem vlastitog zdravlja kao što je to bio slučaj s pokretljivošću i to svim ispitanim stavkama vezanim za pokretljivost (Parminder i sur., 2004).

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da je subjektivna samoprocjena zdravlja kompleksna i uključuje njezino biološko, fiziološko i socijalno stanje.

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog diplomskog rada bio je utvrditi povezanost doživljaja vlastitog zdravlja u pacijenata starijih od 65 godina s kliničkim i sociodemografskim podacima.

Analizom dobivenih rezultata i na temelju rasprave može se zaključiti sljedeće:

1. Najveći broj osoba starije životne dobi koji podižu svoje lijekove u javnim ljekarnama u Istri doživljava svoje zdravlje kao dobro (47%) ili osrednje (33%).
2. Uočena je povezanost doživljaja vlastitog zdravlja sa spolom osobe. Muškarci su češće svoje zdravlje doživljavali dobrim ili vrlo dobrim, dok su žene svoje zdravlje većinom doživljavale kao osrednje ili loše.
3. Povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s dobi osobe nije statistički značajna.
4. Uočena je značajna povezanost doživljaja vlastitog zdravlja s osteoporozom dok kod ostalih bolesti nije uočena povezanost. Ispitanici koji u anamnezi imaju osteoporozu češće su svoje zdravlje smatrali lošijim.
5. Povezanost je uočena između doživljaja vlastitog zdravlja i politerapije. Osobe koje su u terapiji imale manje od pet lijekova ocijenile su svoje zdravlje bolje nego one osobe koje su u terapiji imale pet ili više lijekova.
6. Značajna povezanost uočena je između doživljaja vlastitog zdravlja i pokretljivosti te između doživljaja vlastitog zdravlja i poteškoća u pokretljivosti. Doživljaj vlastitog zdravlja je bio lošiji za slabije pokretljive osobe.

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju opservaciju više različitih autora da je subjektivna samoprocjena zdravlja neke osobe kompleksna i uključuje njezino biološko, fiziološko i socijalno stanje. Postoji značajan broj čimbenika koji utječu na pacijentov doživljaj zdravlja, te imaju svoje specifičnosti kada govorimo o osobama starije životne dobi.

7. LITERATURA

Ageing, <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/> pristupljeno 20.04.2020.

Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc Sci Med*, 2003, 56(2), 203–217.

Bazargan M, Smith J, Saqib M, Helmi H, Assari S. Associations between Polypharmacy, Self-Rated Health, and Depression in African American Older Adults; Mediators and Moderators. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16(9), 1574.

Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, Modan B. Gender Differences in the Self-Rated Health–Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *Gerontologist*, 2003, 43(3), 396–405.

Bound J. Self-Reported Versus Objective Measures of Health in Retirement Models. *J Hum Resour*, 1991, 26 (1), 106-138.

Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva u trećoj životnoj dobi. Disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2010.

Bullinger M. International comparability of health interview surveys. An overview of methods and approaches. U: EUROHIS, Developing Common Instruments for health surveys. Nosikov A, Gudex C, urednici, Amsterdam, IOS Press, 2003, str. 1-12.

Chronic Conditions. Robert Wood Johnson Foundation, 2010., <https://www.rwjf.org/en/library/research/2004/09/chronic-conditions-.html>, pristupljeno 12.04.2020.

Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d' Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015, 31(5), 1049–1060.

Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko, Naklada Slap, 2003, str. 13-20.

Dhamo E, Kocollari N. Older People Quality of Life Evaluation. *Mediterr J Soc Sci*, 2014, 5(13), 385-390.

Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti. Statistička izvješća Zagreb, 2013, <http://www.dzs.hr>, pristupljeno 10.04.2020.

Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*, 2003, 56(12), 2505-2514.

Germin Petrović D, Vlahović-Palčevski V. Propisivanje lijekova starijim osobama. *Medicina Flum*, 2011, 47(1), 15-28.

Huffman, FG, Vaccaro, JA, Zarini, GG, Vieira, ER. Osteoporosis, Activities of Daily Living Skills, Quality of Life, and Dietary Adequacy of Congregate Meal Participants. *Geriatrics*, 2018, 3(2), 24.

Jenkinson C. Measuring health and medical outcomes: an overview. U: Measuring health and medical outcomes. Jenkinson C, urednici, London, UCL Press, 1994, str. 1-23.

Johnston DW, Propper C, Shields MA. Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence from Hypertension for the Income/Health Gradient. *J Health Econ*, 2009, 28(3), 540-552.

Jylha M. Self-rated health between psychology and biology. A response to Huisman and Deeg. *Soc Sci Med*, 2010, 70(5), 655-657.

Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*, 2009, 69(3), 307-316.

Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*, 2000, 54(2), 123-129.

Lovreković M, Leutar Z. Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Soc Ekologija*, 2010, 19(1), 55 – 79.

McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 2006.

Meng Q, Xie Z, Zhang T. A single-item self-rated health measure correlates with objective health status in the elderly: a survey in suburban Beijing. *Front Public Health*. 2014, 2-27.

Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-Age Population. *J Clin Epidemiol*, 1997, 50(5), 517-528.

Mudrovčić Ž. Starost i starenje ljudskog roda: žensko-muški aspekti starenja. *Rev Sociol*, 1997, 28(3-4), 193-205.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012, Zagreb, Narodne novine, broj 2519 (NN 116/2012).

Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of “elderly.” *Geriatr Gerontol Int*, 2006, 6(3), 149–158.

Parminder R, Wong M, Massfeller H. The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. *BMC Geriatr*, 2004, 4(1).

Poredoš D. Prilagodba na samački život osoba starije dobi. *Ljetop Soc Rada*, 2001, 8(1), 7–34.

Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project, 2002., <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>, pristupljeno 25.06.2020.

Puljiz, V. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Rev za Soc Politiku*, 2016, 23(1), 81-98.

Stafford M, Cummins S, Macintyre S, Ellaway A, Marmot M. Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. *Soc Sci Med*, 2005, 60(8), 1681-1692.

Tetteh J, Kogi R, Yawson AO, Mensah G, Biritwum R, Yawson AE. Effect of self-rated health status on functioning difficulties among older adults in Ghana: Coarsened exact matching method of analysis of the World Health Organization's study on global AGEing and adult health, Wave 2. *PLoS One*, 2019, 14(11), e0224327.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Ageing 2017 - Highlights (ST/ESA/SER.A/397). https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, pristupljeno 20.04.2020.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects 2017 – Data Booklet (ST/ESA/SER.A/401). https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_DataBooklet.pdf, pristupljeno 20.04.2020.

Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing measures of health status for individuals in general populations. *Am J Public Health*, 1981, 71(6), 620-625.

Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population based study. *BMC Public Health*, 2013, 13(1).

8. SAŽETAK / SUMMARY

Cilj istraživanja: Cilj ovog rada bio je utvrditi povezanost doživljaja vlastitog zdravlja u pacijenata starijih od 65 godina s brojem lijekova koje pacijent koristi, bolestima od kojih boluje, simptomima koje ima, postojanju ograničenja u kretanju te demografskim čimbenicima (spolu i dobi pacijenata).

Metoda: Presječno opservacijsko istraživanje bilo je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2019. godine u ljekarnama na području Istre. Korišten je upitnik, razvijen je za potrebe istraživanja EuroAgeism projekta FIP 7 Horizon 2020 pod nazivom „Neprikladno propisivanje lijekova i dostupnost upravljanja terapijom u starijih osoba u Europi“. Ispitanici su bili osobe starije od 65 godina koje su podizale svoju terapiju u navedenim javnim ljekarnama.

Rezultati: U istraživanju je sudjelovalo 100 pacijenata od kojih je 66% bilo žena. Prosječna dob ispitanika bila je $74,89 \pm 6,304$ i oni su prosječno koristili $5,74 \pm 3,215$ lijekova. Najveći broj ispitanika smatrao je da je njihovo zdravlje dobro (47%) ili osrednje (33%). Pronađena je statistički značajna povezanost između doživljaja vlastitog zdravlja i spola osobe ($p=0,035$). Za razliku od žena, koje su u značajnoj mjeri svoje zdravlje ocijenile loše ili osrednje, muškarci su većinom svoje zdravlje ocijenili dobrim ili vrlo dobrim, dok između doživljaja vlastitog zdravlja i dobi starijih osoba ta povezanost nije bila značajna ($p=0,154$). U ovome istraživanju se stupanj pokretljivosti osoba starijih od 65 godina pokazao kao važan čimbenik koji utječe na doživljaj vlastitog zdravlja; lošija pokretljivost kao i svi ispitivani oblici poteškoća u pokretljivosti rezultirali su lošijim doživljajem vlastitog zdravlja. Značajna povezanost s doživljajem vlastitog zdravlja utvrđena je kod oboljelih od osteoporoze ($p=0,001$) gdje su osobe s osteoporozom ocijenile njihovo zdravlje lošije u odnosu na one koji nemaju tu dijagnozu. Druga istraživana stanja i bolesti nisu bila povezana s doživljajem zdravlja. Također, pokazalo se da su svoje zdravlje lošijim smatrale osobe koje su imale pet ili više lijekova u terapiji ($p=0,030$).

Zaključak: Značajna povezanost pronadna je između doživljaja vlastitog zdravlja i pojedinih kliničkih i sociodemografskih čimbenika: osobe koje u anamnezi imaju osteoporozu, koje u terapiji imaju veći broj lijekova, slabije su pokretljive te osobe ženskog spola češće su svoje zdravlje smatrali lošijim.

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da je subjektivna samoprocjena zdravlja kompleksna i uključuje njezino biološko, fiziološko i socijalno stanje. Postoji značajan broj čimbenika koji utječu na pacijentov doživljaj zdravlja, posebice u osoba starije životne dobi.

Aim of the research: The aim of this study was to determine the association between self-reported health in patients older than 65 years and the number of medication that they use, their comorbidities and symptoms, and their mobility restrictions, as well as demographic factors (gender and age of patients).

Method: A cross-sectional observational study was conducted during July and August 2019 in pharmacies in Istria. The questionnaire used was developed for the research of the EuroAgeism project FIP 7 Horizon 2020, entitled, "Inappropriate drug prescribing and the availability of therapy management in the elderly in Europe." Respondents were persons over 65 years of age who came into the community pharmacy to refill the prescription.

Results: The study involved 100 patients, 66% of whom were women. The average participants' age was 74.89 ± 6.304 , and they used an average of $5.74 \pm 3,215$ drugs. The largest number of respondents thought that their health was good (47%) or mediocre (33%). A statistically significant association was found between the self-reported health and the gender of the patients ($p = 0.035$). Unlike women, who rated their health as poor or mediocre, men rated their health as good or very good. The association between self-reported health and patients' age was not significant ($p = 0.154$). In this study, the mobility of participants over the age of 65 was found as an important factor influencing their own health experience; poorer mobility, as well as all examined forms of mobility difficulties, resulted in poorer self-reported health. A significant association with health status was found in patients with osteoporosis ($p = 0.001$) where people with osteoporosis perceived their health worse than those without a diagnosis of osteoporosis. Other conditions and symptoms studied were not associated with the self-reported health status. It was also shown that participants who had five or more drugs in therapy considered their health worse ($p = 0.030$).

Conclusion: A significant association was found between self-reported health and certain clinical and sociodemographic factors: participants with a history of osteoporosis, those with a higher number of drugs in therapy, less mobile people, and females were more likely to feel worse about their health.

The results of this research confirm that subjective self-assessment of health is complex and includes biological, physiological and social factors. There are a significant number of factors that affect a patient's experience of health, especially in the elderly.

9. PRILOZI

9.1. Informirani pristanak

INFORMIRANI PRISTANAK

NAZIV ISPITIVANJA: NEPRIKLADNO PROPISIVANJE LIJEKOVA I DOSTUPNOST USLUGE UPRAVLJANJA TERAPIJOM U STARIJIH OSOBA U EUROPI

ISPITIVAČ(I):

doc. dr. sc., Maja Ortner Hadžiabdić mag. pharm., Centar za primijenjenu farmacije, Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (glavni ispitivač)

Ostali istraživači: ime i prezime istraživača, titula, zaposlen/-a u ime ljekarne

ADRESA PROVOĐENJA ISPITIVANJA: Božidara Magovca 47, Zagreb

1. UVOD

Cilj ovog informiranog pristanka je upoznavanje ispitanika sa svrhom i načinom sudjelovanja u ispitivanju. Nakon upoznavanja s detaljima ispitivanja ispitanik daje pristanak za sudjelovanje u ispitivanju što potvrđuje svojim potpisom. Posebno je važno naglasiti da ispitanik može odbiti sudjelovanje u ispitivanju u bilo kojem trenutku. Ispitivač je obavezan odgovoriti na sva ispitanikova pitanja koja su povezana s ispitivanjem.

Vaše sudjelovanje u ispitivanju treba se temeljiti na jasnom razumijevanju ciljeva ispitivanja i načina i postupaka za njegovo provođenje te mogućih koristi ili rizika za Vas kao ispitanika. Stoga Vas molimo da, prije donošenja odluke, pažljivo pročitate i proučite ovaj informirani pristanak, a ako naiđete na bilo kakve nejasnoće ili nepoznate riječi i izraze da o tome pitate ispitivače u ispitivanju koji su dužni odgovoriti Vam na svako pitanje u vezi s tim.

2. TIP ISPITIVANJA: multinacionalno, ne-intervencijsko, prospektivno, presječno istraživanje

3. OPIS KLJUČNOG PROBLEMA I HIPOTEZE ISPITIVANJA (do 250 riječi)

Propisivanje potencijalno neprikladnih lijekova (PNL) učestalo je u bolesnika starije životne dobi te je zbog mogućeg utjecaja na nepovoljne kliničke ishode postalo globalnim zdravstvenim problemom. Primjena lijekova u starijoj životnoj dobi ima visoki rizik za razvoj terapijskih problema čemu su uzrok fiziološke promjene u procesu starenja, brojni komorbiditeti, neizbježna politerapija i česta neadherencija bolesnika. Važno je odrediti opseg problema, posebice učestalost propisivanja potencijalno neprikladnih lijekova i donijeti mjere za racionalno propisivanje lijekova u osoba starije životne dobi.

4. CILJ I SVRHA ISPITIVANJA (do 250 riječi)

Cilj istraživanja je procijeniti i usporediti racionalnost propisivanja lijekova u starijih osoba u Europi (uporabu potencijalno neprikladnih lijekova, prisutnost značajnih interakcija lijek-lijek ili lijek-bolest i sl.). Istraživanje se provodi u 14 zemalja središnje i istočne Europe (8 zemalja), zapadne i južne Europe (4 zemlje) i zemljama u razvoju (2 zemlje).

5. ULOGA VAS KAO ISPITANIK U ISPITIVANJA (do 400 riječi)

Sudjelovanjem u ovome ispitivanju bit ćete pozvani na razgovor s ispitivačem koji će Vas pitati o Vašem zdravstvenom stanju prema unaprijed osmišljenom standardiziranom upitniku. Podaci koji će se prikupljati, uključuju procjenu Vašeg stanja, bolesti od kojih bolujete i simptome koje imate te druge važne informacije o Vašem zdravlju, lijekovima koje koristite, nalazima nedavno provedenih laboratorijskih testova, Vašem pridržavanju korištenja propisane terapije i Vašem zadovoljstvu s pruženom zdravstvenom skrbi.

Ovo istraživanje ne uključuje nikakve dijagnostičke niti terapijske zahvate.

Napomena

Svaki ispitanik koji bude uključen u ispitivanje ispitivačima će dati svoj kontakt (telefon i/ili e-mail te adresu stanovanja) kako bi ga mogli kontaktirati u slučaju potrebe. Ispitivači se obvezuju da prikupljene osobne podatke neće koristiti za drugu namjenu.

6. KOJE SU ZA VAS MOGUĆE PREDNOSTI I KORISTI OD SUDJELOVANJA U ISPITIVANJU?

Vi kao ispitanik nećete imati izravne koristi od navedenog ispitivanja budući da ono ne uključuje nove dijagnostičke ili terapijske postupke. Vaše sudjelovanje u ispitivanju može pomoći boljem razumijevanju propisivanja lijekova u osoba starije životne dobi.

7. KOJI SU ZA VAS MOGUĆI RIZICI SUDJELOVANJA U ISPITIVANJU? (do 200 riječi)

Sudjelovanjem u ovome istraživanju, za Vas kao ispitanika nema dodatnih rizika.

8. MOŽETE LI ODBITI SUDJELOVATI U ISPITIVANJU?

Vaše sudjelovanje u ovom ispitivanju u cijelosti je dobrovoljno. Slobodni ste odbiti sudjelovati u ispitivanju te u svakom trenutku možete napustiti ispitivanje bez ikakvih posljedica ili gubitka medicinske skrbi. Vaša odluka da se povučete iz ispitivanja neće utjecati na Vašu buduću farmaceutsku skrb i uslugu. Ispitivač može prekinuti Vaše sudjelovanje u ispitivanju ako je uvjeren da je to u Vašem najboljem. Jamčimo da će Vaša medicinska dokumentacija ostati strogo povjerljiva, a Vaš identitet zaštićen.

9. POVJERLJIVOST I PRAVO UVIDA U DOKUMENTACIJU

Svi Vaši osobni podaci bit će pohranjeni i obrađivani u elektroničkom obliku, a ispitivač i njegovi suradnici su dužni u potpunosti poštivati propisane postupke za zaštitu osobnih podataka. U naše baze podataka Vi ćete biti uneseni prema inicijalima imena i prezimena i posebnog koda. Vašu medicinsku dokumentaciju će pregledavati samo ispitivač i njegovi suradnici, a Vaše ime nikada neće biti otkriveno trećim osobama. Pristup Vašoj dokumentaciji mogu imati i predstavnici etičkog povjerenstva u ustanovi u kojoj se provodi ispitivanje te predstavnici Povjerenstva za etičnost eksperimentalnog rada Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koje je odgovorno za odobravanje i nadzor nad provođenjem ovog ispitivanja.

10. ZA ŠTO ĆE SE KORISTITI PODACI DOBIVENI U OVOM ZNANSTVENOM ISPITIVANJU?

Podaci dobiveni u ovom znanstvenom ispitivanju mogu biti korisni u kliničkoj praksi, posebice u racionalizaciji i optimizaciji terapije starijih bolesnika, ali i u svrhu daljnjeg razvoja i unapređenja znanosti i terapijskih pristupa. Stoga se očekuje da se ti podaci objave u odgovarajućim znanstvenim časopisima i publikacijama. Pri tome će Vaše sudjelovanje u ispitivanju ostati u potpunosti anonimno i identitet zaštićen.

11. TKO ORGANIZIRA I FINANCIRA OVO ISPITIVANJE?

Istraživanje se provodi u sklopu projekta EuroAgeism Horizon 2020, FIP7 programa. Istraživanje koordinira Karlovo sveučilište u Pragu (Češka Republika), Farmaceutski fakultet, Odsjek za socijalnu i kliničku farmaciju. Nositelj istraživanja u Hrvatskoj je Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

12. TKO JE ODOBRILO OVO ISPITIVANJE?

Ovo ispitivanje su odobrila nadležna etička tijela: Povjerenstvo za etičnost eksperimentalnog rada Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Etičko povjerenstvo Farmaceutskog fakulteta Karlovog sveučilišta (Češka Republika), nakon temeljite analize dostavljenog prijedloga ispitivanja i prateće dokumentacije. Ispitivanje se provodi u skladu sa svim primjenljivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje ispitivanja te sigurnost osoba koje u njemu sudjeluju, uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 100/18), Zakon o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04) i sukladno globalnim regulatornim pravilima (*engl. Global Data Protection Regulation – GDPR*).

13. KOGA MOŽETE KONTAKTIRATI ZA DODATNE OBAVIJESTI I UPITE O ISPITIVANJU?

Ako su Vam potrebne bilo kakve dodatne informacije ili imate dodatnih pitanja o ispitivanju, slobodno se obratite ispitivaču ili njegovim suradnicima, kako slijedi:

Ime i prezime voditelja ispitivanja: doc. dr. sc. Maja Ortner Hadžiabdić, mag. pharm.

Adresa voditelja ispitivanja: Centar za primijenjenu farmaciju, Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Ante Kovačića 1, Zagreb

Broj telefona voditelja ispitivanja: 01/6461-800

Ime i prezime ispitivača: _____

Adresa ispitivača: _____

Broj telefona ispitivača: _____

O VAŠOJ PISANOJ SUGLASNOSTI ZA SUDJELOVANJE U OVOM ISPITIVANJU

Informirani pristanak se izrađuje u dva istovjetna primjerka (po potrebi i u tri), a ispitanik dobiva jedan od dva izvornika.

Hvala Vam što ste pročitali ovaj informirani pristanak i razmislili mogućnost svoga sudjelovanja u ovom ispitivanju.

Ovaj informirani pristanak sastavljena je u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 100/18), Zakona o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04) i sukladno regulatornim pravilima (*engl. Global Data Protection Regulation – GDPR*).

Pročitao/la sam ovaj informirani pristanak s razumijevanjem i pristajem sudjelovati u ispitivanju pod nazivom „Neprikladno propisivanje lijekova i dostupnost usluge upravljanja terapijom u starijih osoba u Europi“

Ime i prezime ispitanika/ce (tiskanim slovima) _____

Potpis ispitanika/ce:

_____ Mjesto i datum: _____
dan/mjesec/godina

9.2. Upitnik



FIP7 programme of the EUROAGEISM H2020 project



Neprikladno propisivanje lijekova i dostupnost upravljanja terapijom u starijih osoba u Europi
(upitnik za ljekarnu)

DIO: IDENTIFIKACIJSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	
ŠIFRA ISPITANIKA U STUDIJI _____	DATUM PROCJENE
ŠIFRA LJEKARNIČKE JEDINICE _____	--/--/---- (d/m/y)
DRŽAVA <u>Hrvatska</u>	

DIO I: SOCIO-DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE		
DOB (godine) _ _ _	SPOL <input type="checkbox"/> (0) Muški <input type="checkbox"/> (1) Ženski	
BRAČNO STANJE <input type="checkbox"/> (0) Neoženjen/neudana <input type="checkbox"/> (1) Oženjen/udana <input type="checkbox"/> (2) Udovac/udovica <input type="checkbox"/> (3) Živi odvojeno <input type="checkbox"/> (4) Rastavljen/ a	OBRAZOVANJE <input type="checkbox"/> (0) Bez obrazovanja <input type="checkbox"/> (1) Osnovna škola <input type="checkbox"/> (2) Srednja škola <input type="checkbox"/> (3) Viša škola/prvostupnik <input type="checkbox"/> (4) Visoka škola/diplomski studij <input type="checkbox"/> (5) Doktorat ili drugo poslijediplomsko obrazovanje	<input type="checkbox"/> UČESTALOST POSJETA LJEKARNI (0) Nekoliko puta tjedno <input type="checkbox"/> (1) Jednom tjedno <input type="checkbox"/> (2) Nekoliko puta mjesečno <input type="checkbox"/> (3) Jednom mjesečno <input type="checkbox"/> (4) Rjeđe
ZADNJI POSJET LJEKARNI <input type="checkbox"/> (0) Prije 2 tjedna <input type="checkbox"/> (1) Prije 2 tjedna-1 <input type="checkbox"/> (2) Prije 1-3 mjeseca <input type="checkbox"/> (3) Prije 3-12 mjeseca <input type="checkbox"/> (4) Prije više od 12 mjeseci mjeseca		

DIO II: ŽIVOTNE NAVIKE	
PUŠENJE <input type="checkbox"/> (0) Nupušač/ica <input type="checkbox"/> (1) Bivši pušač/ica, broj cigareta na dan ____ <input type="checkbox"/> (2) Pušač/ica, broj cigareta na dan ____	
OVISNOST O DUHANU <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Ne, ali sam bio ranije <input type="checkbox"/> (2) Da	
UNOS ALKOHOLA <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da, pića s niskim udjelom alkohola <input type="checkbox"/> (2) Da, pića s većim udjelom alkohola	
UČESTALOST UNOSA PIĆA S NISKIM UDJELOM ALKOHOLA <input type="checkbox"/> (0) Nekoliko puta na dan <input type="checkbox"/> (1) Svakodnevno <input type="checkbox"/> (2) Nekoliko puta na tjedan <input type="checkbox"/> (3) Jednom tjedno <input type="checkbox"/> (4) Rjeđe <input type="checkbox"/> (5) Nikada	UČESTALOST UNOSA PIĆA S VEĆIM UDJELOM ALKOHOLA <input type="checkbox"/> (0) Nekoliko puta na dan <input type="checkbox"/> (1) Svakodnevno <input type="checkbox"/> (2) Nekoliko puta na tjedan <input type="checkbox"/> (3) Jednom tjedno <input type="checkbox"/> (4) Rjeđe <input type="checkbox"/> (5) Nikada
OVISNOST O ALKOHOLU <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Ne, ali bivši alkoholičar <input type="checkbox"/> (2) Da	
DIO III: NUTRITIVNI STATUS	
TEŽINA (u kilogramima) _____	VISINA _ _ (u metrima)

SMANJENJE UNOSA HRANE u posljednja 3 mjeseca <input type="checkbox"/> (0) Bez smanjenja <input type="checkbox"/> (1) Umjereno smanjenje <input type="checkbox"/> (2) Značajno smanjenje	GUBITAK TJELESNE TEŽINE u posljednjih mjesec dana <input type="checkbox"/> (0) Bez gubitka tjelesne težine <input type="checkbox"/> (1) Gubitak tjelesne težine 1-3 kg <input type="checkbox"/> (2) Gubitak tjelesne težine veći od 3 kg	GUBITAK TJELESNE TEŽINE u posljednja 3 mjeseca <input type="checkbox"/> (0) Bez gubitka tjelesne težine <input type="checkbox"/> (1) Gubitak tjelesne težine 1-3 kg <input type="checkbox"/> (2) Gubitak tjelesne težine veći od 3kg
---	--	--

NEDOVOLJAN UNOS TEKUĆINE (manje od 1,5 l na dan) <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	JEDAN ILI MANJE OBROKA na dan u posljednja 3 dana <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da
---	--

NAČIN ISHRANE U POSLJEDNJIH 7 DANA (Provjeriti sve što je primjenjivo)	
A. Mehanički obrađena ishrana-potreba za promjenom u konzistenciji hrane ili pića (npr. kašasta hrana, gusta tekuća hrana)	
B. Dijeta zbog zdravstvenih razloga (npr. s niskim udjelom soli, dijabetička, s niskim udjelom kolesterola), koja _____	
C. Druga, koja _____	

DIO IV: POKRETLJIVOST I SNAGA

POKRETLJIVOST		
<input type="checkbox"/> (0) Nepokretan/na (vezan/a za stolicu)	<input type="checkbox"/> (1) Pokretan/a (može izaći iz stolice, ali ne izlazi van)	<input type="checkbox"/> (2) Pokretan/a, izlazi van
POTEŠKOĆE U KRETANJU PO SOBI		
<input type="checkbox"/> (0) Bez poteškoća	<input type="checkbox"/> (1) Postoje neke poteškoće	<input type="checkbox"/> (2) Mnogo ih je, koristi pomagala ili je nepokretan/na
POTEŠKOĆE PRI USTAJANJU IZ STOLICE		
<input type="checkbox"/> (0) Bez poteškoća	<input type="checkbox"/> (1) Postoje neke poteškoće	<input type="checkbox"/> (2) Mnogo ih je ili ne može ustati bez pomoći
POTEŠKOĆE PRI PENJANJU STUBIŠTEM OD 10 STEPENICA		
<input type="checkbox"/> (0) Bez poteškoća	<input type="checkbox"/> (1) Postoje neke poteškoće	<input type="checkbox"/> (2) Mnogo ih je ili se ne može uspeti
POTEŠKOĆE PRI DIZANJU ILI NOŠENJU OKO 5 KG		
<input type="checkbox"/> (0) Bez poteškoća	<input type="checkbox"/> (1) Postoje neke poteškoće	<input type="checkbox"/> (2) Mnogo ih je ili ne može nositi

DIO V: PROCJENA OBAVLJANJA SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI

PRETHODNO PROVEDEN test svakodnevnih aktivnosti (eng. activities of daily living, ADL TEST)? <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	AKO DA, KOJI TEST? _____, REZULTAT _____ DATUM _____ / ____ / ____ (d/m/g)
---	---

Razmotriti obavljanje svih aktivnosti tijekom prethodna 3 dana. Ako se sve aktivnosti pod pojedinom kategorijom (A – J) izvode na istoj razini ovisnosti (0-7), dodijeliti ADL bodove na toj razini. Ukoliko se neke aktivnosti izvode na razini 6, a pri izvođenju ostalih aktivnosti osoba pokazuje nižu razinu ovisnosti, tada se je rezultat ADL testa 5. U suprotnome, usredotočite se na 3 aktivnosti u kojima osoba (pacijent) pokazuje najvišu razinu ovisnosti o drugima (ili na one aktivnosti koje osoba izvodi rjeđe od 3 puta). Ukoliko je aktivnost u kojoj osoba pokazuje najviši stupanj ovisnosti procijenjena s 1, rezultat ADL testa za tu kategoriju je 1. U suprotnome, rezultat ADL testa izraziti u rasponu od 2- 5, odnosno pripadajućim bodovima za one aktivnosti u kojima osoba pokazuje najniži stupanj ovisnosti.

Bodovanje

- (0) **Neovisan** - nije potrebna fizička pomoć, pomagalo ili nadzor druge osobe prilikom izvođenja bilo koje aktivnosti
- (1) **Neovisan, potrebno pomagalo** - predmet ili pomagalo postavljeni na dohvat, ali nije potrebna fizička pomoć ili nadzor druge osobe prilikom izvođenja bilo koje aktivnosti
- (2) **Potreban nadzor druge osobe**
- (3) **Potrebn ograničena fizička pomoć** - oslanjanje na drugu osobu pri hodanju, bez prenošenja težine tijela na nju
- (4) **Potrebn opsežna fizička pomoć** - oslanjanje na drugu osobu pri hodanju uz djelomično prenošenje težine tijela na nju, dok osoba koju procijenjujemo još uvijek može obavljati 50 % i više radnji samostalno
- (5) **Potrebn najveća moguća fizička pomoć** - oslanjanje na dvije osobe pri hodanju uz potpuno/pozamašno prenošenje težine tijela na njih - III - nemogućnost starije osobe da obavlja više od 50 % radnji samostalno
- (6) **Potpuna ovisnost** - tijekom izvođenja svih aktivnosti potrebna potpuna pomoć drugih osoba
- (7) **Aktivnosti se nisu obavljale tijekom promatranog razdoblja**

A. **Kupanje** - Kako se osoba kupat/tušira. Uključuje kako ulazi i izlazi iz kade ili tuša i kako pere svaki dio tijela: ruke, gornji i donji dio nogu, prsni koš, trbuh, perianalno područje - izuzev pranja leđa i kose

B. **Osobna higijena** - Kako provodi osobnu higijenu, uključujući češljanje, pranje zubi, brijanje, nanošenje šminke, pranje i brisanje lica i ruku - izuzev kupanja i tuširanja

C. **Odijevanje gornjeg dijela tijela** - Kako se oblači i svlači (odjeću, donje rublje) od struka na više, uključujući proteze, ortoze, zatvarače, pulovere itd.

D. **Odijevanje donjeg dijela tijela** - Kako se oblači i svlači (odjeću, donje rublje) od struka na niže uključujući proteze, ortoze, pojaseve, cipele, zatvarače, itd.

E. **Hodanje** - Kako hoda između prostorija na istoj razini u zatvorenom prostoru

F. **Kretanje** - Kako se kreće između prostorija na istoj razini (bilo da hoda ili se kreće u invalidskim kolicima). osoba u invalidskim kolicima je potpuno samostalna izuzev prijenosa u kolica

G. Odlazak na toalet - Kako odlazi i vraća se s toaleta ili princeze

H. Upotreba toaleta - Kako koristi toalet (ili princezu, kahlicu, pisoar), čisti nakon upotrebe toaleta ili u slučaju inkontinencije, kako mijenja uloške, rukuje sa stomom ili kateterom, namješta odjeću nakon obavljanja nužde – uključuje sve aktivnosti izuzev prijelaza na i s toaleta

I. Pokretljivost u krevetu - Kako se pomiče u i iz ležećeg položaja, okreće i namješta tijelo dok je u krevetu

J. Ishrana - Kako jede i pije. Uključuje unos hrane i drugim putevima (npr. sonda, potpuna parenteralna ishrana)

PACIJENTOV ADL STATUS SE PROMIJENIO U USPOREDBI SA STATUSOM OD PRIJE 90 DANA (ILI POSLJEDNJE PROCJENE AKO JE BILA PRIJE MANJE OD 90 DANA)

- (0) Bez promjene (1) Poboljšao se (2) Pogoršao se

DIO VI: PROCJENA SINDROMA KRHKOSTI (ENG. FRAILTY)

PRETHODNO PROVEDENA PROCJENA SINDROMA KRHKOSTI?

- (0) Ne (1) Da

AKO DA, KOJI TEST? _____, REZULTAT _____

DATUM _____ / ____ / ____ (d/m/g)

- (1) U vrlo dobroj formi - Osobe koje su vrlo snažne, aktivne, energične i motivirane. Ove osobe redovito vježbaju i imaju vrlo dobru kondiciju za svoju dob.
- (2) U dobroj formi - Osobe koje **nemaju simptome bolesti**, ali su u lošijoj formi od onih iz kategorije 1. Obično vježbaju ili su vrlo **aktivni samo povremeno**, npr. sezonski.
- (3) „Dobro se drže“ - Osobe čiji **zdravstveni problemi su dobro kontrolirani**, ali **nisu redovito aktivni** (više od uobičajenog kretanja)
- (4) Osjetljivi - Osobe koje **nisu svakodnevno ovisne** o pomoći drugih (u svakodnevnim situacijama), ali često im **simptomi ograničavaju aktivnosti**. Često se žale da su “usporeni” i/ili umorni tijekom dana.
- (5) Blago krhki - Osobe koje su **primjetno usporenije** i trebaju pomoć u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života koje spadaju u kategoriju višeg reda (financije, prijevoz, teški kućanski poslovi, uzimanje lijekova). U pravilu, blaga krhkost postupno narušava odlazak u kupovinu, samostalno kretanje van kuće, pripremu obroka i kućanske poslove. Uključuje osobe s blagom demencijom.
- (6) Umjereno krhki - Osobe kojima je potrebna pomoć u **svim aktivnostima izvan doma** kao i s održavanjem kuće. Unutar kuće obično imaju problema s hodanjem po stepenicama i iziskuju **pomoć pri kupanju** te možda trebaju minimalnu pomoć (imati nekoga pored za podsjećanje ili pripomaganje) pri oblačenju. Uključuje ljude s umjerenom demencijom.
- (7) Vrlo krhki - **Potpuno ovisni pri obavljanju osobne njege**, iz bilo kojeg razloga (fizičkog ili kognitivnog). Usprkos tome, njihovo stanje se čini stabilno i nemaju visok rizik od umiranja (unutar 6 mjeseci). Uključuje osobe s teškom demencijom.
- (8) Izuzetno krhki - **Potpuno ovisni**, približavaju se kraju života. U pravilu se ne mogu oporaviti čak niti od lakših bolesti.
- (9) Terminalno bolesni - Približavaju se kraju života. Ova kategorija se odnosi na ljude s **očekivanim trajanjem života (preživljenjem) <6 mjeseci**, koji nisu po drugim kriterijima inače krhki.

DIO VII: KOGNITIVNI STATUS

PRETHODNO PROVEDEN TEST KOGNITIVNOG STATUSA?

- (0) Ne (1) Da

AKO DA, KOJI TEST? _____, REZULTAT _____

DATUM _____ / ____ / ____ (d/m/g)

KRATKOTRAJNO PAMĆENJE (može se prisjetiti nakon 5 min)

- (0) Uredno kratkotrajno pamćenje (1) Postoji problem s kratkotrajnim pamćenjem

KOGNITIVNE SPOSOBNOSTI U DONOŠENJU SVAKODNEVNIH ODLUKA

(Donošenje odluka koje se tiču svakodnevnog života—npr. koje aktivnosti obaviti)

- (0) Neovisnost u odlučivanju
- (1) Izmijenjena mogućnost samostalnog odlučivanja
- (2) Minimalno smanjena sposobnost odlučivanja
- (3) Umjereno smanjena sposobnost odlučivanja
- (4) Ozbiljno smanjena sposobnost odlučivanja

MOGUĆNOST RAZUMIJEVANJA DRUGIH

- (0) Razumije
- (1) Obično razumije
- (2) Najčešće razumije
- (3) Ponekad razumije
- (4) Rijetko/nikad ne razumije

KRONIČNE PROMJENE MENTALNOG STATUSA u usporedbi sa statusom prije 90 dana (ili od posljednje procjene ako je bila prije manje od 90 dana)

- (0) Ne postoje (1) Poboljšan mentalni status (2) Pogoršan mentalni status

DIO VIII: RASPOLOŽENJE

PRETHODNO PROVEDEN TEST RASPOLOŽENJA?

- (0) Ne (1) Da

AKO DA, KOJI TEST? _____, REZULTAT _____

DATUM _____ / ____ / ____ (d/m/g)

POKAZATELJI MOGUĆEG DEPRESIVNOG, TJESKOBNOG ILI TUŽNOG RASPOLOŽENJA

Unijeti pripadajuću šifru (broj) koja prikazuje učestalost simptoma uočenih u posljednjih 30 dana bez obzira na uzrok:

(0) Simptomi nisu uočeni, (1) Uočeni, barem jednom u posljednjih 30 dana, i do 5 dana u tjednu, (3) Uočeni svakodnevno ili gotovo svakodnevno (6-7 dana u tjednu)

A. Osjećaj tuge—npr. osjeća se tužno, depresivno	
B. Stalna ljutnja na sebe ili druge—npr. lako se razljuti, ljutnja (nezadovoljstvo) zbog primljene skrbi	
C. Izražavanje (uključujući neverbalno) nerealnih strahova—npr. strah od napuštanja, od ostavljanja samog, od ostanka s drugima; intenzivan strah od određenih predmeta ili situacija	
D. Ponavljajuće pritužbe na zdravstveno stanje —npr. uporno zahtijeva medicinsku skrb, neprestano zabrinut/a zbog vlastitog zdravlja	
E. Ponavljajuće pritužbe ili tjeskoba nepovezane sa zdravljem—npr. uporno zahtijeva pažnju vezano za svakodnevne aktivnosti (obroke, oblačenje), međuljudske odnose itd.	
F. Tužan, bolan, ili zabrinut izraz lica —npr. naborane obrve, stalno mrgođenje	
G. Plakanje, uplakanost	

VLASTITI DOŽIVLJAJ RASPOLOŽENJA Pitati: "U posljednjih 30 dana, da li ste se često osjećali (barem svaki drugi dan)..." Skala: (0) Ne, (1) Da

A. Manje zainteresirano ili zadovoljno događajima (stvarima) u kojima inače uživate	
B. Tjeskobno, nemirno ili nelagodno	
C. Tužno, utučeno ili beznadno	

DIO IX: ZDRAVSTVENO STANJE

VLASTITI DOŽIVLJAJ ZDRAVSTVENOG STANJA (Općenito, kako biste procijenili svoje zdravlje?)	TERMINALNA FAZA BOLESTI
<input type="checkbox"/> (0) Vrlo loše <input type="checkbox"/> (1) Loše <input type="checkbox"/> (2) Osrednje <input type="checkbox"/> (3) Dobro <input type="checkbox"/> (4) Vrlo dobro	<input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da. Koliko je očekivano trajanje života (preživljenje)? ____

DIO X: KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (SKRBI)

POSLEDNJE BOLNIČKO LIJEČENJE (HOSPITALIZACIJA) (s noćenjem)

(0) Unazad 2 tjedna (1) Prije 2 tjedna-3 mjeseca (2) Prije 3 mjeseca-1 godine (3) Prije 1-5 godina (4) Prije više od 5 godina

Broj bolničkih liječenja (hospitalizacija) godišnje _____

POSJETI HITNOJ SLUŽBI u posljednjih godinu dana

(0) Ne (1) Da, broj (posjeta) godišnje _____ i razlog posjeta (npr. moždani udar)

BROJ POSJETA LIJEČNIKU OBITELJSKE MEDICINE godišnje _____	BROJ POSJETA LIJEČNIKU SPECIJALISTU godišnje _____ Koji specijalist (specijalisti) i koliko puta (n): 1) _____ (n=) 2) _____ (n=) 3) _____ (n=) 4) _____ (n=)
--	---

BROJ RAZLIČITIH LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE (LOM) KOJE JE OSOBA POSJETILA u posljednjih godinu dana (ukoliko je osoba promijenila liječnika ili je išla privatnom LOM-u) _____	BROJ RAZLIČITIH LIJEČNIKA SPECIJALISTA KOJE JE OSOBA POSJETILA u posljednjih godinu dana _____
---	---

DRUGE POTREBNE USLUGE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (SKRBI) u prošloj godini (npr. palijativna skrb, rehabilitacija, kućna njega...) i koliko često su korištene (Oznaka: dnevno, nekoliko puta na tjedan, najmanje dva put mjesečno, rjeđe)

DIO XI: DIJAGNOZE

POREMEĆAJI KARDIOVASKULARNOG SUSTAVA

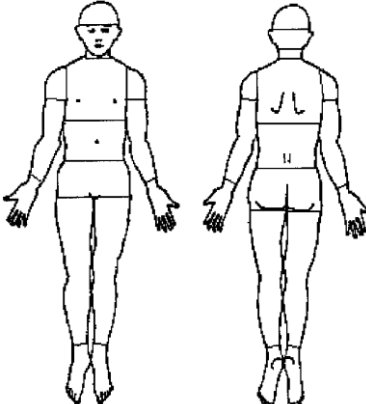
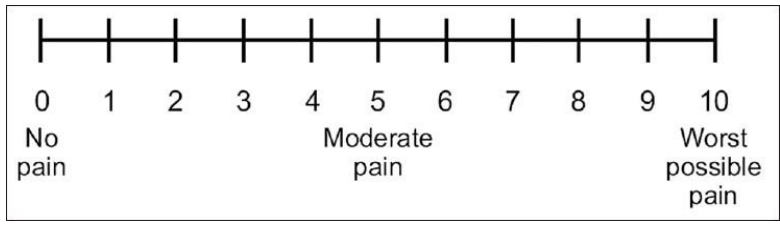
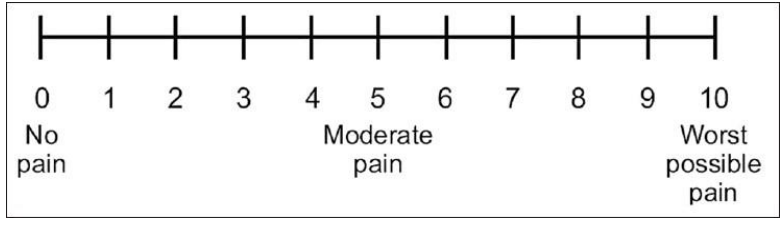
Hipertenzija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Angina (Ishemijska bolest srca)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Infarkt miokarda	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Zatajenje srca	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada

Moždani udar	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
AV blok	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Aritmija, koja _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Duboka venska tromboza	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Plućna embolija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Periferna arterijska bolest donjih ekstremiteta	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Krvarenje u anamnezi (<i>isključujući krvarenje želučanog vrijeda</i>)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
POREMEĆAJI DIŠNOG SUSTAVA			
KOPB	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Astma	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
POREMEĆAJI PROBAVNOG SUSTAVA			
Želučani vrijed	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Želučani vrijed koji krvari	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Gastroezofagealna refluksna bolest (GERB)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Gastritis, duodenitis ili ezofagitis	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Upalna bolest crijeva (<i>Ulcerozni kolitis, Crohnova bolest, druge bolesti</i>)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Bolest jetre, stupanj _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Fekalna inkontinencija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
POREMEĆAJI UROGENITALNOG SUSTAVA			
Histerektomija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Hipogonadizam	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Urinarna inkontinencija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Urinarna retencija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Benigna hiperplazija prostate (BHP)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Kronična bolest bubrega, stupanj _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
POREMEĆAJI KOŠTANO-MIŠIČNOG I VEZIVNOG TKIVA			
Osteoporoza	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Reumatoidni artritis	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Giht	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Amputacija, čega _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Prijelom, mjesto _____, broj _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
POREMEĆAJI ENDOKRINO I METABOLIČKOG SUSTAVA			
Šećerna bolest	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Dijabetička neuropatija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Dijabetička nefropatija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Dijabetička retinopatija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Hipertireoza	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Hipotireoza	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Dislipidemija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Drugo (<i>npr. Cushingov sindrom, Addisonova bolest</i>) _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
HEMATOLOŠKE BOLESTI			
Anemija, vrsta _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Snížen/povišen broj leukocita	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Snížen/povišen broj drugih krvnih stanica, kojih _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
BOLESTI NEUROLOŠKOG SUSTAVA			
Parkinsonizam	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Ekstrapiramidalne tegobe (<i>akutna distonija, akatizija, lijekovima izazvan parkinsonizam i tardivna diskinezija</i>)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada

Epilepsija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Paraliza	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
PSIHIJATRIJSKE BOLESTI			
Demencija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Shizofrenija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Bipolarni poremećaj	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Depresija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Panični poremećaj	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Anksioznost	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Problemi sa spavanjem	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
INFEKTIVNE BOLESTI			
Infekcija mokraćnog sustava u posljednjih 14 dana	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Infekcija dišnog sustava u posljednjih 14 dana	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Pneumonija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Tuberkuloza	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
HIV	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Druge infekcije u posljednjih 14 dana, koje _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
MALIGNNE BOLESTI			
Tumor, koji _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Metastaze, gdje _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
POREMEĆAJI VIDA I SLUHA			
Glaukom	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Mrena	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Makularna degeneracija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Oštećen vid	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Oštećen sluh	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
BOLESTI KOŽE			
Dekubitus	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Ulkus kože (na nozi, venski, arterijski, dijabetički)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
Druge stanja kože _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
OSTALE BOLESTI			
Ostale bolesti, koje _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, prije	<input type="checkbox"/> (3) Da, sada
DIO XII: SIMPTOMI			
SIMPTOMI PRISUTNI UNAZAD 7 DANA			
Omaglica	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Vrtoglavica	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Sinkopa (<i>privremeni gubitak svijesti zbog naglog pada protoka krvi u mozak</i>)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Hipotenzija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Bradikardija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Tahikardija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Bol u prsima	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Edem zglobova (0) Jedan (1) Oba	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Periferni edemi (<i>izuzev edema zglobova</i>), gdje _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Kratkoća daha	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Dispepsija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Žgaravica	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Kronični zatvor	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Dijareja	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	
Disfagija (<i>poteškoća s gutanjem</i>)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da	

Gubitak apetita	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
Nikturija (<i>mokrenje najmanje dva puta noću</i>)	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
Nestabilan hod	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
Epizode hipoglikemije	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
Dehidracija	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
Neki drugi simptom , koji _____	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
NOVO OBOLJENJE , unazad 3 mjeseca	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da, koja _____
AKUTNA POGORŠANJA (EGZACERBACIJE) KRONIČNIH BOLESTI	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da
	<input type="checkbox"/> (0) Ne	<input type="checkbox"/> (1) Da

DIO XIII: BOL

KRONIČNA BOL <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	AKUTNA BOL <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	PROBIJAJUĆA BOL u posljednja 3 dana <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	UČESTALOST BOLI <input type="checkbox"/> (0) Nekoliko puta dnevno <input type="checkbox"/> (2) 2-3 puta tjedno <input type="checkbox"/> (1) Jednom dnevno <input type="checkbox"/> (3) Rjeđe
LOKALIZACIJA (MJESTO) BOLI 		INTENZITET BOLI – Molimo Vas procijenite vašu najjaču bol unazad 5 dana na skali (ljestvici) od 0-10; 0-bez boli i 10-najjača bol koju možete pojmiti. Prije uzimanja lijeka 	
		Nakon uzimanja lijeka (nakon najmanje 1 sata) 	
UZROK BOLI _____		BOL USPJEŠNO LIJEČENA (prema pacijentovom mišljenju) <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	

DIO XIV: PADOVI

PAD(OVI) U PROŠLOSTI <input type="checkbox"/> (0) Ne <input type="checkbox"/> (1) Da	POSljednji PAD <input type="checkbox"/> (0) Prije 7 dana <input type="checkbox"/> (1) Prije 7-14 dana <input type="checkbox"/> (2) Prije 14 dana-1 mjeseca <input type="checkbox"/> (3) Prije 1-3 mjeseca <input type="checkbox"/> (4) Prije 3 mjeseca-1 godine <input type="checkbox"/> (5) Prije više od 1 godine	UČESTALOST PADOVA <input type="checkbox"/> (0) Svakodnevno <input type="checkbox"/> (1) Nekoliko puta tjedno <input type="checkbox"/> (2) Najmanje dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> (3) Rjeđe	BROJ PADOVA U POSljednjih GODINU DANA <input type="checkbox"/> (0) Bez padova <input type="checkbox"/> (1) 1-3 <input type="checkbox"/> (2) Više od 4	UZROK PADA (npr. lijekovi) _____
---	--	--	---	---

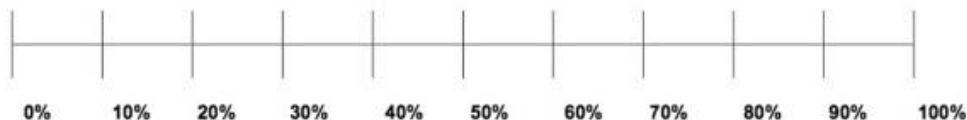
DIO XV: LIJEKOVI

	Ime lijeka	Doza	Doziranje (npr. 1-1-1-0)	Datum početka terapije	Razlog korištenja
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

UZIMANJE LIJEKOVA

Označiti na donjoj liniji točku koja najbolje prikazuje Vašu pretpostavku koliko puta ste unazad 2 tjedna uzeli propisane lijekove



RAZLOG NEUZIMANJA LIJEKOVA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (0) Visoka cijena | <input type="checkbox"/> (4) Strah od nuspojava/ovisnosti, uzimanje previše lijekova |
| <input type="checkbox"/> (1) Složenost režima doziranja | <input type="checkbox"/> (5) Zaboravljivost |
| <input type="checkbox"/> (2) Fizičke poteškoće npr. gutanje tableta | <input type="checkbox"/> (6) Nepismenost ili nedovoljno znanje o terapiji/ bolesti, |
| <input type="checkbox"/> (3) Manjak povjerenja u lijekove ili liječnika/liječnike | <input type="checkbox"/> (7) Drugi uzrok, dopisati _____ |

ALERGIJE NA LIJEK(OVE)

- (0) Ne (1) Da, navedite djelatne tvari i simptome (*npr. crvena i topla koža, osip, svrbež, oticanje, angioedem, anafilaksija*)
- _____

ANAMNEZA NEŽELJENIH REAKCIJA NA LIJEK(OVE)

- (0) Ne (1) Da, navedite lijekove i simptome
- _____

OVISNOST O LIJEKOVIMA (Smatrate li da ste ovisni o nekom lijeku?) (0) Ne

(1) Da, o kojem lijeku _____

DIO XVI: OSNOVNE LABORATORIJSKE PRETRAGE							
Upisati samo rezultate posljednjih laboratorijskih pretraga (ne prethodnih)							
PRETRAGA	REZULTATI (UPISATI VRIJEDNOST SVAKOG PARAMETRA)					VRIJEDNOST SVAKOG PARAMETRA	DATUM POSLJEDNJE PRETRAGE
BUBREŽNA FUNKCIJA (kreatinin)	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
JETRENA FUNKCIJA (ALT)	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
JETRENA FUNKCIJA (AST)	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
GGT	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
INR	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Heparin anti-Xa aktivnost	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Glukoza	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Mokraćna kiselina	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Hemoglobin	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Feritin	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Transferin	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Na⁺	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
K⁺	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Ca²⁺	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		
Mg²⁺	<input type="checkbox"/> (0) Normalno	<input type="checkbox"/> (1) Sniženo	<input type="checkbox"/> (2) Povišeno	<input type="checkbox"/> (3) Testirano, ali ne zna	<input type="checkbox"/> (4) Nije testirano		

DIO XVII: ZADOVOLJSTVO				
SVEUKUPNO ZADOVOLJSTVO PRUŽENIM USLUGAMA U OVOJ LJEKARNI				
<input type="checkbox"/> (0) Vrlo sam zadovoljan/na	<input type="checkbox"/> (1) Zadovoljan/na	<input type="checkbox"/> (2) Ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na	<input type="checkbox"/> (3) Nezadovoljan/na	<input type="checkbox"/> (4) Vrlo nezadovoljan/a

© Faculty of Pharmacy, Charles University, Scientific program PROGRESS Q42- Scientific group "Aging and Changes in the Therapeutic Value of Drugs in the Aged" (Chair: Fialová Daniela, PharmD, PhD, BCCP), collaborators: Brkič Jovana, MS and Deepak Kumar Bandari, MS

Temeljna dokumentacijska kartica

Sveučilište u Zagrebu
Farmaceutsko-biokemijski fakultet
Studij: Farmacija/Medicinska biokemija
Centar za primijenjenu farmaciju
Kneza Domagoja 2, 10000 Zagreb, Hrvatska

Diplomski rad

DOŽIVLJAJ VLASTITOG ZDRAVLJA KOD STARIJIH PACIJENATA I POVEZANOST S DEMOGRAFSKIM I KLINIČKIM ČIMBENICIMA

Lea Brečević

SAŽETAK

Cilj ovog rada bio je utvrditi povezanost doživljaja vlastitog zdravlja u pacijenata starijih od 65 godina s brojem lijekova koje pacijent koristi, bolestima od kojih boluje, simptomima koje ima, postojanju ograničenja u kretanju te demografskim čimbenicima (spolu i dobi pacijenata). Presječno opservacijsko istraživanje bilo je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2019. godine u ljekarnama na području Istre. Korišten je upitnik, razvijen je za potrebe istraživanja EuroAgeism projekta FIP 7 Horizon 2020 pod nazivom „Neprikladno propisivanje lijekova i dostupnost upravljanja terapijom u starijih osoba u Europi“. Ispitanici su bili osobe starije od 65 godina koje su podizale svoju terapiju u navedenim javnim ljekarnama. U istraživanju je sudjelovalo 100 pacijenata od kojih je 66% bilo žena. Prosječna dob ispitanika bila je $74,89 \pm 6,304$ i oni su prosječno koristili $5,74 \pm 3,215$ lijekova. Najveći broj ispitanika smatrao je da je njihovo zdravlje dobro (47%) ili osrednje (33%). Pronađena je statistički značajna povezanost između doživljaja vlastitog zdravlja i spola osobe ($p=0,035$). Za razliku od žena, koje su u značajnoj mjeri svoje zdravlje ocijenile loše ili osrednje, muškarci su većinom svoje zdravlje ocijenili dobrim ili vrlo dobrim, dok između doživljaja vlastitog zdravlja i dobi starijih osoba ta povezanost nije bila značajna ($p=0,154$). U ovome istraživanju se stupanj pokretljivosti osoba starijih od 65 godina pokazao kao važan čimbenik koji utječe na doživljaj vlastitog zdravlja; lošija pokretljivost kao i svi ispitivani oblici poteškoća u pokretljivosti rezultirali su lošijim doživljajem vlastitog zdravlja. Značajna povezanost s doživljajem vlastitog zdravlja utvrđena je kod oboljelih od osteoporoze ($p=0,001$) gdje su osobe s osteoporozom ocijenile njihovo zdravlje lošije u odnosu na one koji nemaju tu dijagnozu. Druga istraživana stanja i bolesti nisu bila povezana s doživljajem zdravlja. Također, pokazalo se da su svoje zdravlje lošijim smatrale osobe koje su imale pet ili više lijekova u terapiji ($p=0,030$). Značajna povezanost pronađena je između doživljaja vlastitog zdravlja i pojedinih kliničkih i sociodemografskih čimbenika: osobe koje u anamnezi imaju osteoporozu, koje u terapiji imaju veći broj lijekova, slabije su pokretljive te osobe ženskog spola češće su svoje zdravlje smatrali lošijim. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da je subjektivna samoprocjena zdravlja kompleksna i uključuje njezino biološko, fiziološko i socijalno stanje. Postoji značajan broj čimbenika koji utječu na pacijentov doživljaj zdravlja, posebice u osoba starije životne dobi.

Rad je pohranjen u Središnjoj knjižnici Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

Rad sadrži: 53 stranica, 15 grafičkih prikaza, 5 tablica i 37 literaturnih navoda. Izvornik je na hrvatskom jeziku.

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, doživljaj vlastitog zdravlja, demografski i klinički čimbenici

Mentor: **Dr. sc. Maja Ortner Hadžiabdić**, *docent Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Ocjenjivači: **Dr. sc. Maja Ortner Hadžiabdić**, *docent Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta*

Dr. sc. Lidija Bach-Rojecky, *izvanredni profesor Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Dr. sc. Renata Jurišić Grubešić, *redoviti profesor Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Rad prihvaćen: srpanj 2020.

Basic documentation card

University of Zagreb
Faculty of Pharmacy and Biochemistry
Study: Pharmacy
Centre for Applied Pharmacy
Kneza Domagoja 2, 10000 Zagreb, Croatia

Diploma thesis

OLDER PATIENTS'S SELF-REPORTED HEALTH AND ASSOCIATION WITH CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS

Lea Brečević

SUMMARY

The aim of this study was to determine the association between self-reported health in patients older than 65 years and the number of medication that they use, their comorbidities and symptoms, and their mobility restrictions, as well as demographic factors (gender and age of patients). A cross-sectional observational study was conducted during July and August 2019 in pharmacies in Istria. The questionnaire used was developed for the research of the EuroAgeism project FIP 7 Horizon 2020, entitled, "Inappropriate drug prescribing and the availability of therapy management in the elderly in Europe." Respondents were persons over 65 years of age who came into the community pharmacy to refill the prescription. The study involved 100 patients, 66% of whom were women. The average participants' age was 74.89 ± 6.304 , and they used an average of $5.74 \pm 3,215$ drugs. The largest number of respondents thought that their health was good (47%) or mediocre (33%). A statistically significant association was found between the self-reported health and the gender of the patients ($p = 0.035$). Unlike women, who rated their health as poor or mediocre, men rated their health as good or very good. The association between self-reported health and patients' age was not significant ($p = 0.154$). In this study, the mobility of participants over the age of 65 was found as an important factor influencing their own health experience; poorer mobility, as well as all examined forms of mobility difficulties, resulted in poorer self-reported health. A significant association with health status was found in patients with osteoporosis ($p = 0.001$) where people with osteoporosis perceived their health worse than those without a diagnosis of osteoporosis. Other conditions and symptoms studied were not associated with the self-reported health status. It was also shown that participants who had five or more drugs in therapy considered their health worse ($p = 0.030$). A significant association was found between self-reported health and certain clinical and sociodemographic factors: participants with a history of osteoporosis, those with a higher number of drugs in therapy, less mobile people, and females were more likely to feel worse about their health. The results of this research confirm that subjective self-assessment of health is complex and includes biological, physiological and social factors. There are a significant number of factors that affect a patient's experience of health, especially in the elderly.

The thesis is deposited in the Central Library of the University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry.

Thesis includes: 53 pages, 15 figures, 5 tables and 37 references. Original is in Croatian language.

Keywords: elderly people, experiences of their own health, demographic and clinical factors

Mentor: **Maja Ortner Hadžiabdić, Ph.D.** *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Reviewers: **Maja Ortner Hadžiabdić, Ph.D.** *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Lidija Bach-Rojecky, Ph.D. *Associate Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Renata Jurišić Grubešić, Ph.D. *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

The thesis was accepted: July 2020.