МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ – БИТОЛА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ КАЈ ЛИЦА СО ХРОНИЧНИ СОМАТСКИ ЗАБОЛУВАЊА

СТУДЕНТ: **МАРЕ СТОЈИЛОВА**
БРОЈ НА ИНДЕКС:
МЕНТОР: **ПРОФ. Д-Р СЛАЃАНА АНЃЕЛКОСКА**

Свети Николе, 2021

СОДРЖИНА

1.Вовед.....2
1. Теоретски пристап кон проблемот на истражување.....4
1.1. Дефинирање на истражувачкиот проблем и теоретско образложение.....4
1.2. Дефинирањеосновни поими кај менталното здравје.....5
2. Ментална хигиена и благосостојба.....6
2.1. Ментална хигиена.....6
2.2. Благосостојба - дефиниција на концептот.....6
2.3. Квалитет на животот.....7
2.3. Концепт на ментално здравје.....9
2.4. Модели на ментално здравје.....11
2.5. Цели на менталната хигиена.....14
2.6. Нови задачи на менталната хигиена.....14
2.7. Детерминанти на менталното здравје.....15
2.8. Благосостојбата како феномен.....16
2.9. Модел на субјективна благосостојба.....17
2.10. Психичка благосостојба.....18
2.11. Социјалнаблагосостојба.....20
2.12. Квалитет на живитот.....21
2.13. Субјективните наспроти објективните показатели на квалитетот на живот.....23
2.14. Пристапи во мерењето на квалитетот на животот.....24
2.15. Односот помеѓу квалитетот на животот – здравје и болест.....25
2.16. Возрасно доба.....26
2.17. Развој на личностите во возрасно доба.....28
2.18. Анксиозност кај популација по сознание дека боледува од хронични соматски заболувања..... 29
2.19.Стрес кај пациенти со хронични заболувања.....30
2.20.Депресија кај возрасната популација со хронични заболувања.....30
3. Истражувачки дел.....31
3.1. Методологија и предмет на истражувањето.....31

3.2. Цел и карктер на истражувањето.....31
3.3. Специфични цели на истражувањето.....31
3.4. Задачи на истражувањето.....32
3.5. Хипотези.....33
3.6. Варијабли во истражувањето.....34
3.7 Методи, техники и инструменти на истражувањето.....36
3.7. Популација и примерок.....37
3.8. Организација и тек на истражувањето.....44
3.9. Резултати од истражувањето.....44
Дискусија и заклучоци.....45
Користена литература.....46

Листа на табели

Табела 1: Дескриптивни показатели на користените скали 50

Табела 2: Т-тест за значајноста на разликите помеѓу испитаниците заболени од хронични болести и контролната група во поглед на нивото на благосостојба 52

Табела 3: Т-тест за значењето на разликите помеѓу пациентите кои стардаат од хронични болести и контролната група во однос на нивото на анксиозност, депресивност и стрес.....53

Табела 4: Т-Тест за значењето на разликите помеѓу пациентите кои страдаат од хронични болести и контролната група во однос на нивото на разликни аспекти на квалитет на живот.54

Табела 5: Коефициент на корелација помеѓу различни аспекти на квалитетот на живот и аспект на социјално функционирање 55

Табела 6: Пресметка на коефициент на корелација според Пирсон.....55

Табела 7: Т-тест за значењето на разликите помеѓу мажите и жените во поглед на квалитет на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес на вкупниот примерок.....57

Табела бр.8.-Т-тест за значајноста на разликите помеѓу мажите и жените во поглед на квалитетот на живот, благосостојба, депресивност, анксиозност и стрес кај испитаниците со хронични заболувања.....58

Табела 9: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресивност, анксиозност и стрес во однос на образованието-вкупен примерок.....59

Табела 10: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба,депресија,анксиозност и стрес во однос на брачниот статус-вкупен примерок.....60

Табела 11: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на брачниот статус - хронични пациенти.....61

Табела 12: Се тестира значајноста на разликите меѓу испитаниците од различен брачен статус - вкупен примерок.....66

Табела 13: Т-тест ја тестира значајноста на разликите помеѓу испитаниците од различен финансиски статус.....66

Табела 14: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија,анксиозност и стрес во однос на финансиската состојба - хронични пациенти.....68

Табела 15: Последователниот главен тест ја тестира значајноста на разликите помеѓу испитаниците од различни финасиски статуси - хронични пациенти.....68

Табела 16: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во споредба со работниот статус-вкупен примерок.....69

Табела17: Статистички значајни разлики помеѓу квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во споредба со работниот статус - вкупен примерок.....70

Табела18: Споредба на квалитет на животот,благосостојба,депресија,анксиозност и стрес во споредба со статус вработен - хроничен пациент.....75

Табела бр 19: Последователен главен тест ја тестира значајноста на разликите меѓу лицата од различен статус, работен статус на хронични пациенти.....76

Табела 20: Врската меѓу траењето на болеста и квалитетот на живот и благосостојба и менталните заболување 78

Табела 21: Стандардна регресивна на зависните варијабли го прикажува севкупниот квалитет на живот.....80

Табела 22: Структура на примерокот на испитаници со хронични болести во однос на контролната група..... 80

Табела 23: Структура на примерокот според пол.....81

Табела 24: Структура на примерокот според степенот на образование.....83

Табела 25: Структура на примерокот според брачниот статус.....84

Табела 26: Структура на примерокот според материјалната состојба.....84

Табела 27: Структура на примерокот според работниот статус.....85

Листа на графикони

Графикон 1: Структура на примерокот на испитаникот со хронилни болести.....81

Графикон 2: Структура на примерок според пол 82

Графикон 3: Структура на примерокот според степен на образование.....84

Графикон 4: Структура на примерокот според брачниот статус.....84

Графикон 5: Структура на примерокот според материјалната состојба.....85

Графикон 6. Структура на примерокот според работен статус.....86

1.ВОВЕД

Опстојувањето на современиот човек е проследено со интензивни и брзи промени, интензивен развој на севкупната технологија, особено на информатичката технологија и забрзано темпо на живеење. Сето ова придонесува за интензивен стрес, несоодветен начин на исхрана, отуѓеност од природата, отуѓеност во меѓучовечките односи. Континуираниот нехуманистички пристап кон самиот себе, кон останатите членови на заедницата, како и кон самата природа, води кон деградација на сите сегменти што се рефлектира и врз менталното здравје на поединецот. Ваквите појави сè повеќе предизвикуваат зголемување на процентот на хронични соматски заболувања. Евидентното зголемување на хроничните соматски заболувања е проследено со зголемениот број на ментални заболувања, односно нарушени ментални состојби на пациенти во сите периоди од животот, а со тоа и во возрасно доба, особено во животниот век од 40 до 65 година. Меѓународните групи експерти од Светската здраствена организација ги класифицираат болестите и хроничните болести во список наречен Меѓународна класификација на болестите, кои моментално минуваат низ десеттата ревизија. Во класификацијата не се вклучени само болестите, туку се и поврзани здравствени проблеми, како симптоми, синдроми и последици од медицинските процедури. Најчесто хроничните болни лица манифестираат поголем ризик на нарушено ментално здравје. Од тие причини, во овој труд се обидовме да ја докажеме главната хипотеза поврзана со повозрасната популација. Терминот „хронична болест“ опфаќа широк распон на физички и психолошки феномени, вклучувајќи го сето она што се подразбира под поимот „физичка неспособеност“ (Lewis 1998). Научната јавност и ден денес ја привлекува феноменот на менталното здравје. Интересот на овој феномен се должи на фактот дека во последните години кај научната јавност големо внимание се посветува на квалитетот на живот. Ако го земеме предвид фактот дека поимот идеално здравје не се однесува само на должината на траење на животот, туку се зема и начинот на квалитет на животот. Поради тоа, научниот фокус во последно време е ставен за подобрување на квалитетот на живот кај болните. Тие исто така имаат и полошо ментално здравје. Тоа ни покажува дека во третманот на хроничните соматски заболувања не треба да се занемари превенцијата кај менталните пореметувања и промоцијата на менталното здравје, бидејќи проблемите со менталното здравје се манифестираат и во секојдневното функционирање на поединецот.

Хроничната болест се карактеризира со состојба која трае долго и има непредвиден тек во однесувањето, па сето тоа влијае на психофизичкиот статус на болниот. Состојбата на пациентот се менува во зависност од фазата на болеста, така што кај заболените можат да се појават различни емоционални реакции, како што се: паника, страв, депресија и анксиозност. Присуството на хронична болест не значи дека

треба да има целосна нефункционалност на болниот, но може да има нарушување на различни активности во квалитетот на животот. Покрај ограничувањата на физичкото функционирање, може да се појават и индиректни ефекти во вид на работна неспособност, потенцијална изолација и зголемена зависност од другите. Сето ова може да доведе до промена на психичката состојба на пациентот во вид на депресија, беспомошност и намалена самодоверба (Figved, Klevan, Muhr, Glad, Nyland, Larsen et al.,2005). Со социјална поддршка може да се подобри квалитетот на животот кај личностите со оштетено здравје. Менталното здравје е пресудно за благосостојбата на поединецот во општеството, бидејќи душевното пореметување не предизвикува само емотивно страдање, намалување на квалитетот на живот, отуѓеност и дискриминација на заболениот, туку и на целокупната заедница и претставува огромен економски и социјален товар поради долготрајноста на лекувањето и намалената продуктивност (Бацкович, 2010).

Според податоците на Светската здравствена организација од 2008 година (WHO 2008), заболувањата, како што се: кардиоваскуларни заболувања, тумори, хронични респираторни болести и дијабетис, особено кај возраста на популацијата која е предмет на ова истражување (од 40 до 65 години), се водечки причинители за смртност и во светот претставуваат дури 63% од вкупните причинители за смртност. Од кардиоваскуларни болести на глобално ниво умираат најголем број на луѓе во светот. Се проценува дека 17,5 милиони луѓе во 2012 година починале од кардиоваскуларни заболувања, што претставува 31% од сите глобални смртни случаи. Над три четвртини од смртните случаи од кардиоваскуларни болести се во земјите со среден и низок доход. Бројот е поголем и од 3.000.000 смртни случаи, кои се забележани кај личности помлади од 60 години. Според проценките на Светската здравствена организација, во иднина, односно до 2030 година се очекува дека 23,6 милиони луѓе ќе починат од кардиоваскуларни заболувања (WHO, 2011).

Кога панкреасот не произведува доволно инсулин, односно кога телото не може ефикасно да го искористи инсулинот кој го произведува, настанува хронична болест што се нарекува дијабетис. Дијабетисот доведува до зголемена концентрација на глукоза во крвта. Според резултатите на Светската здравствена организација, од 2014 година е проценета глобална преваленција на дијабетис од 9% помеѓу населението постаро од 18 години. Проценките се однесуваат на тоа дека 1,5 милиони смртни случаи се директно предизвикани од дијабетис тип 2. Имајќи го предвид фактот дека

живот без стрес не е возможен и дека истиот се одразува на сите домени од животот на поединецот и се рефлектира врз севкупниот квалитет на живот и благосостојба, во ова истражување, меѓудругото, сакаме да се осврнеме на моментите кои се доминантни кај пациентите кои по добиеното сознание дека имаат дијагноза на хронична болест, започнуваат да развиваат ментални заболувања. Целта на ова истражување, имајќи ги предвид распространетоста на овие заболувања, како во светот, така и кај нас, е да го истражи квалитетот на животот и менталното здравје на личностите во возрасна доба заболени од хронични соматски заболувања и воедно да се направи споредба со квалитетот на живот со личности од иста возраст кои не боледуваат од наведените болести. Замислата на овој труд е да се посвети поголемо внимание на менталното здравје на пациенти со дијагностицирани хронични заболувања. Пристапот и согледувањето на сите аспекти кои влијаат негативно врз менталното здравје кај хронично заболените лица, во значителна мера би можело да придонесе за подобрување на здравствената пракса, како и однесувањето на околината кон таквиот вид на пациенти, а во голема мера и интровертниот однос на самите пациенти кон сопствената перцепција и став кон менталните заболувања. Препознавањето, како и примената на бројни техники за помош со цел да се контролира продлабочувањето на менталните нарушувања кај поединецот, би било од голема важност и за самиот поединец и за целокупната заедница. Токму затоа преку ова истражување на влијанието на демографските и останатите фактори, ќе се обидеме да создадеме појасна слика за пациентите од возрасното доба, коишто боледувајќи од хронични заболувања, манифестираат поизразено наручување и на нивното ментално здравје. Овај труд би можел да даде теоретски придонес бидејќи се занимава со истражување на возрасниот период од животот на човекот, кој е најмалку истражуван досега. Грижата за менталното здравје станува сè поголем приоритет, а тоа може да се утврди од испитувањата на научниците кои се занимаваат со здравјето и благосостојбата на поединецот, имајќи ги предвид големите промени во начинот и ритамот на живот денес. Ние како психолози треба да работиме на тоа да го зголемиме позитивното чувство кон животот, коешто заболените од хронични болести треба да го имплементираат во нивното секојдневие, имајќи ги предвид убавините на зрелото доба, без оглед на реалните потешкотии со кои се соочува поединецот. Доколку науката се посвети на намалување на факторите кои предизвикуваат субјективно и непотребно иницирање на состојби на хроничен стрес, анксиозност и депресија, сосема е очекувано подобрување на квалитетот на живот во возрасното доба. Пациентите кај

кои има дијагностицирано хронично соматско заболување, а потекнуваат од споменатите три општини, Штип, Кочани и Виница, најчесто манифестираат брзо нарушување на менталното здравје, апатичност и длабока депресија, што најчесто резултира и со скратување на животниот век откако претходно било евидентирано намалување на квалитетот на живот и нивната благосостојба. Посветеноста на овие пациенти во споменатата возраст е вистински предизвик и за Клиничкиот центар во Штип, каде се работи на организациско преструктуирање на персоналот, проследена со континуирани едукации за пристапот и третманот кон пациентите со вакви проблеми. Последователно тоа би довело до пружање поголема грижа и нега на пациентите, со што би се подобрил нивниот живот преку подобрување на менталната издржливост.

Пред да започнам со методологијата на истражување и презентација на резултатите добиени од ова истражување, ќе се обидам да дадам теоретско објаснување на поимите кои се вклучени во ова истражување, како и преглед на литературата во однос на релевантните истражувања во оваа и сличните области поврзани со темата на овој труд.

II.ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Способност за воспоставување на хармонични односи со другите луѓе, како и способност за реализација на сопствените интелектуални и емоционални потенцијали во конструктивното менување на социјалната и физичката средина, како и субјективното чувство на благосостојба, самоефикасност, независност и компетенција, се основните индикатори кои го претставуваат менталното здравје. Концептот на менталното здравје исто така се дефинира како можност самата личност да умее да ја изрази сопствената индивидуалност, да ги остварува сопствените цели кои самата личност ќе ги одреди, адекватно да се соочува со стресот, да работи и да ужива во плодовите од сопствената работа, како и да дава придонес за заедницата во која живее (Влајковић,1990).

Според дефиницијата која ја има дадено Светската здравствена организација (WHO,2001 WHO 2003), менталното здравје не е само отсуство на болест, туку и

„состојба на благосостојба во која поединецот ги реализира сопствените способности, може да ги надминува нормалните животни стресови, може да работи продуктивно и е способен да придонесува за сопствената заедница“. Ова сфаќање за менталното здравје е прифатено во целиот свет и врз основа на оваа дефиниција е вообличен т.н „синдром на менталното здравје“.[1] Менталното здравје е прокламирано како цел, кон која треба да се стремиме во областа на унапредување на севкупното менталното здравје на поединецот и заедницата. Ваквото дефинирање на проблематиката за менталното здравје ја акцептира во целост и популацијата која е предмет на истражување на овој труд. Дали општите констатации за поинтензивна присутност на ментални нарушувања се поизразени кај пациенти со присутни хронични заболувања ќе добијат научна верификација, особено за возрасната популација од 40 до 65 години, или пак нема, ќе се обидеме да испитаме барем во еден просторен сегмент. Од бројните истражувања за менталното здравје се соочивме со оскудна литература за влијанието на хроничните заболувања врз менталното здравје на пациенти, особено во споменатата возрасна популација во Источниот регион на Република Северна Македонија. Се надевам дека истражувањето, кое го спроведовме на теренот, а се однесуваше на пациенти од трите града, Штип, Кочани и Виница, кои гравитираат во Штипскиот Клинички центар ќе даде појасна слика за оваа проблематика, а со тоа и ќе се наметне спроведувањето на низа активности кои ќе се фокусираат на пружање соодветна професионална помош на засегнатите. Сето ова, се надевам, дека ќе резултира со намалување или спречување на развојот на менталните заболувања кај пациентите кои имаат проблеми со нарушувањето на нивното здравје поради хроничните болести. Во тој контекст, сметам дека најнапред треба да проговориме за менталната хигиена и нејзините цели.

1.1.МЕНТАЛНА ХИГИЕНА

Во денешно време менталната хигиена ги користи искуствата на многу научни дисциплини: антропологија, социологија, психологија, здравствена екологија, психијатрија и истите ги практикува преку мерките, методите и техниките за унапредување и заштита на менталното здравје.[2] Менталната хигиена е гранка на

[1]Keyes & Lopez, 2002
[2]Бацкович, 1996

превентивната медицина, која се занимава со спречување на менталните пореметувања, како и со зачувување и унапредување на менталното здравје.

Камбел менталната хигиена ја дефинира како наука и пракса во одржувањето на менталното здравје и ефикасност содржана во две цели.[3]

Првата цел е да ги развива оптималните начини на личното и социјалното однесување со намера одредени обасти и капацитети да се искористат на најдобар можен начин. Другата цел е да се превенираат менталните болести.

1.2.ЦЕЛИ НА МЕНТАЛНАТА ХИГИЕНА

Менталната хигиена е гранка на превентивната медицина која се занимава со спречување на менталните пореметувања, како и зачувување и унапредување на менталното здравје. Менталната хигиена се дефинира како наука и практика во одржувањето на менталното здравје и ефикасност, содржано во две цели. Првата цел е да развива оптимални начини на личното и социјалното однесување, со намера одредени области и капацитети да се искористат на најдобар можен начин. Другата цел е да се превенираат менталните болести. За основоположник на менталната хигиена како наука се смета Клифорд Бирс,[4] американски публицист, кој во една фаза од сопствениот живот е лекуван од афективна психоза во психијатриските институции.

Бирс со сопствениот став „болниот кога заболува душевно, не е свесен ниту за средината, ниту за околината, но чувствува бруталност и понатаму ги промовира реформите на заштита на душевно болните, го застапува респектот кон личноста која е душевно заболена и го промовира доброволното работење во психијатриските болници“ (Beers,1981). Во 1930 година бил одржан првиот интернационален конгрес од областа на менталната хигиена и на истиот учествувале 53 земји. Интернационалниот комитет за ментална хигиена е основан во 1919 година. Користејќи ги резултатите од многу науки, менталната хигиена настојува да го заштити и да го унапреди менталното здравје. Превенцијата како заедничка примена на медицинските, психолошките и социјалните мерки со цел отстранување на штетните дејства на факторите на ризик, создавање на услови за раст и развој на физичките и

[3]Cambell,1996
[4]Clifford Whittingham Beers

духовните способности и давање на адекватна помош на загрозените, претставува една од основните задачи на менталната хигиена.

1.3. НОВИ ЗАДАЧИ НА МЕНТАЛНАТА ХИГИЕНА

Меѓународнат организација на трудот проценува дека трошоците за лекување во земјите на Европската Унија изнесуваат 3-4 проценти од бруто-националниот доход (според WHO, 2003). Според Светската здравствена организација, од почетокот на новиот милениум во светот 450 милиони луѓе страдаат од некоја ментална болест или пореметување во однесувањето (WHO, 2001). Менталните пореметувања ги генерираат трошоците за другите лекувања и се поврзани со намалување на продуктивноста истите тие придонесуваат за пораст на сиромаштијата. Во општествата со ниски примања постојат докази дека депресијата се појавува за 1,5 - 2 пати повеќе. Според податоците на Институтот за промоција на јавното здравје на Република Северна Македонија, бројот на дијагностицирани ментални пореметувања и пореметувања во однесувањето е во постојан пораст во периодот од 1999 до 2002 година.

На тој начин овие пореметувања сега го заземаат второто место, како едни од најголеми здравствени проблеми на населението во Република Северна Македонија веднаш после кардиоваскуларнте болести. Сè поголем е бројот на докази кои укажуваат на тоа дека различните психолошки и социјални фактори можат да го поддржат развојот на менталното здравје и да ја зголемат отпорноста кон болестите, со намалување и одложување на неспособноста и стимулација на закрепнувањето.[5] Промоцијата на менталното здравје претставува процес, кој на луѓето им овозможува да стекнат што поголема контрола над сопственото здравје и зголемување на квалитетот на живитот за подобро здравје. Унапредувањето на менталното здравје со фокусирање на здравјето, а не на болеста, го засилува позитивното ментално здравје и има за цел на личностите со ментални проблеми да им овозможи зголемена контрола над сопствениот живот и да го подобри сопственото ментално здравје со развојот на личните вештини и создавање на поддршка од страна на околината да се случи зајакнување на поединците и заедницата.

[5]Naylor, 2001

Светската здравствена организација има изработено Глобален план за заштита на менталното здравје, кој се состои од четири стратегии, кои би требало да помогнат во прибирање на информации за димензионирањето на проблемот со менталното здравје и достапните ресурси, давање на одговарачки технологии и знаења, подигнување на свеста преку едукација за човечките права и дестигматизација, креирање на политика и изградба на локални капацитети за истражување во сферата на ментално здравје (WHO, 2002).

1.4. ДЕТЕРМИНАНТИ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

Преку биолошките, социјалните и срединските фактори е детерминирано менталното здравје. Другите важни детерминанти на менталното здравје се демографските варијабли, како што се: пол, години и национална припадност. Некои од споменатите детерминати можат да се менуваат, а некои не. Унапредувањето на менталното здравје, како своевидно движење, има тенденција да се насочи на оние детерминанти на менталното здравје кои се подложни на промени.[6] Факторите кои го детерминираат менталното здравје можат да се групираат во три области:[7]

- Фактори на структурално ниво, каде спаѓаат социјалните, економските и културните фактори кои делуваат поддржувачки на позитивното ментално здравје (добро животно опкружување, вработување, образование и поддржување политичка структура).
- Фактори на ниво на заедницата (позитивно чувство за припадност, социјална поддршка, поединецот да се чувствува како граѓанин и да учествува во општествените збиднувања).
- Фактори на индивидуално ниво (способност на поединецот да се носи со различни мисли и чувства, да управува со животот и способност за надминување на стресните и неповолни околности).

Наведените детерминанти се преобразуваат во ризични или заштитни фактори на менталното здравје. Ризичните фактори на вулнерабилност ја зголемуваат веројатноста менталните проблеми или менталните пореметувања да се развиваат и може да се зголеми нивниот интензитет и траење кога веќе еднаш се јават. Заштитните

[6]Barry & Jekins2007
[7]Lehtinen, et...,1997

фактори го штитат и унапредуваат менталното здравје и ја намалуваат веројатноста за јавување на пореметувања.[8] Поради таа причина, еколошката перспектива нуди најкорисна рамка за вршење на влијание на овие фактори и подразбира потреба за развој на сеопфатни програми за унапредување на менталното здравје.[9]

1.5.КОНЦЕПТ НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Менталното здравје е важно исто како и телесното здравје. Но, за жал, не секаде во светот се придава подеднакво значење на менталното како на телесното здравје. Обидите да се дефинира менталното здравје и болест започнале да се менуваат од половината на 20 век, па сè до денес. Во еден период дефеницијата на менталното здравје е како отсувство на ментална болест, потоа се појавиле модели на дефинирање кои менталното здравје го поврзуваат со позитивното психолошко функционирање. Менталното здравје претставува способност на воспоставување на хармонични односи со другите луѓе и способност на реализација на сопствените интелектулни и емоционални потенцијали во конструктивно менување на социјалната и физичката средина, потоа субјективно чувство на благосостојба, самоефикасност, независност и компетенција. Концептот на менталното здравје исто така се дефинира како можност да една личност ја изрази сопствената индивидуалност да си ги реализира целите кои самата си ги одредила, адекватно да се соочува со стресот, да работи, да ужива во плодовите од својата работа и да допринесува за општевствената заедница.[10]

Според дефиницијата која ја даде Светската здравствена организација (WHO, 2001, I WHO 2003), менталното здравје не е само отсуство на болест, туку и „благосостојба во која поединецот ги реализира сопствените способности, може да ги надминува нормалните животни стресови, може да работи продуктивно и е способен да дава придонес за сопствената заедница“. Ова сфаќање на менталното здравје е прифатено ширум светот, а врз основа на таа дефиниција, е обликуван т.н „синдром на ментално здравје“.[11] Целосното ментално здравје е дефинирано како отсувство на ментално пореметување во последните година дена и присуството на високо ниво на

[8]Станојевич, 2013
[9]Nelson,et.al.1999, Barry&Jakins, 2007
[10]Влајкович, 1990
[11]Keyes & Lopez, 2002

емоционална, психичка и социјална благосостојба, и прокламирано е како цел кон која треба да се тежнее во облста на напредување на менталното здравје.

Во минатото кај цивилизациите постоеле активности за зачувување на менталното здравје. Првите пишувани историски извори од Месопотамија говорат за улогата на свештеникот во негување на душевно заболените, додека лекарите во оваа улога добро се опишани во Ајурведсите списи на стара Индија. Односот на општеството кон менталните пореметувања бил под влијание на научните сознанија, но и под влијание на либералните текови, наспроти догмите, религиите и празноверието, како и развојот на магискиот и емпириският концепт, окрутен и нецивилизиран, преку античкото Хипократово холистичко согледување на телото и душата. Во минатиот век делата на Фројд и Мјер, основачите на правецот за темелен развој на психијатријата, се придвижуваат идеи за создавање на отворен став кон менталните болести во општеството, но наспроти тоа, Законот за еутанзија во Хитлеровата Германија во текот на Втората светска војна директно води во смрт преку 4 милиони душевно заболени од цела Европа.[12]

Кон половината на минатиот век, најнапред во Франција, а потоа и кај нас, започнува употребата на психофарматика од група на неуролептици, кои во потполност го менуваат текот на тешките душевни заболувања кои дотогаш биле лекувани со скромен успех.[13] Во истражувањата за ментална болест најчесто се споменуваат симптомите на широкораспространети заболувања, како што се депресија и анксиозност, како и симптоми на стрес и висока напнатост. Најголем ризик за нарушување на менталното здравје се јавува кај сиромашните, невработените кај жртвите на насилство, мигрантите и бегалците, децата и адолесцентите, злоставуваните жени и стари лица. Денес проблемите со менталното здравје го опфаќаат општеството како целина, а унапредувањето на менталното здравје претставува предизвик на глобалниот развој (WHO, 2002). Генерално разликуваме два пристапи кои го одредуваат менталното здравје: медицински и хуманистички.

Менталното здравје како поим потекнува од медицинскиот модел и укажува на отсуство на психопатолошкиот феномен. Според овој пристап, личноста е ментално здрава доколку не страда од психички дисфункции и оштетувања. За првпат поимот

[12]Милованович, 2000
[13]Милованович, 2009

„позитивно ментално здравје“, хуманистичката традиција го вовела во психологијата. Тука здравјето се дефинира преку присуство на позитивните карактеристики. Една од првите дефиниции за менталното здравје потекнува од Мери Јходе, која истакнала дека здравјето е важен феномен кој треба да се проучува. Оваа авторка ментално здравата личност ја дефинира врз основа наследните карактеристики: личноста да поседува јасно формиран идентитет, како и ориентација кон иднината, отпорна е на стрес, способна е да сака, способна е да работи и да се забавува. Поседува адекватни интерперсонални односи и при решавањето на проблемите е ефикасна.[14] За менталното здравје денес е познато дека болеста е придружена со сет на симптоми на специфично ниво, кои се присутни во текот на специфичниот период и кои се во интеракција со дистиктивните и социјалните функционирања.[15]

1.6.МОДЕЛИ НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

Во врска со менталното здравје и менталните болести, со оглед на динамичната природа и конструкција, многу е тешко да се одреди еден единствен критериум на одреденост за тоа што би можеле со сигурност да разбереме под ментално здраво или ментално нездраво функционирање.[16] Најпознат е приказот на две групи на модели на ментално здравје со по неколку подгрупи на модели, од кои единствено последниот, кој се однесува на опис на ментално здравје и болести преку еден континуитет опстанува и денес (Влакјович 2005). Дескриптивните модели на ментално здравје го стават акцентот на надворешните индикатори на ментално здравје и тука спаѓаат:

- Субјективен модел

  Субјективниот модел во проценка на менталното здравје на личноста на проценувачот служи како модел на ментално здравје. Употребуван е од страна на лаици, но секако го практикуваат и стручњаците. Сè што се разликува од нормата на проценувачот за здравото функционирање, се прогласува за нездраво, односно пореметено.
- Нормативен модел

[14]Jahoda, 1958
[15]Keyes, 2002
[16]Алинчич, 2014

Дефинирањето и проценката на менталното здравје се врши преку усвоени норми. Најчесто таа норма е дефинирана со некој совршен идеал, кој се отелотворува во личноста на реализирани луѓе.

- Статистички модел

  Овој модел го дефинира менталното здравје по пат на просек. Личноста чии мисли, чувства и однесување се во склад на функционирањето на мнозинството во општеството, се смета за мантално здравје.

- Културен модел

  Овој модел во дефинирањето на менталното здравје секогаш ги зема стандардите на една култура. Здрав, нормален облик на однесување е оној кој е ускладен со културата, социјалните и етичките стандарди на едно општество.

Кај експланаторните модели[17] при дефинирањето на менталното здравје, за разлика од дескриптивните модели, не се обраќа внимание на надворешните индикатори на менталното здравје, туку на внатрешните процеси кои таквите индикатори ги условуваат.

Во оваа група на модели се вбројуваат:

- Моделот на болести или медицинскиот модел, во кој отсуството на симптомите на болеста се смета за пресудно во дефинирањето на менталното здравје.
- Психодинамички модел, кој во одредувањето на менталното здравје ја зема предвид динамиката на личноста, несвесната мотивација и раните трауматски искуства.
- Модел на учење, кој менталното здравје го дефинира по пат на научените однесувања кои се корисни за адаптација. Според овој модел, менталното пореметување е врзано за процесот на погрешно учење.
- Стрес-моделот, укажува на значајни нагли и изненадни промени во надворшната средина. Како мерка за менталното здравје на поединците се зема предвид способноста на поединецот брзо на успешен и креативен начин да воспостави рамнотежа, која под влијание на промената била нарушена.
- Развојниот модел, според кој зрел и успешен развој подразбира дека поединецот станува независна, автономна и возрасна личност. Исто така и способноста за

[17]Влајковиќ, 2005

надминување на развојните кризи, се смета дека е важно за прилагодување и е мерка за ментално здравје.

- Менталното здравје е дел од континуум и има степен сличен на оние кога може да се степенува и менталната болест. Симптомите на здравите се разликуваат од симптомите на болните само во интензитет, фреквенција и траење. Различностите се од квантитативна, а не од квалитативна природа.

Моделите на менталното здравје во своето одредување содржат разно присуство на благосостојба (субјективно, емоционално, психичко, социјално), но нивните автори[18] настојувале тие модели да бидат што поопфатни, така што конструктите на благосостојба се укрстени со отсувство на менталните болести (Станојевич 2013). Најпознатиот модел од овој пристап е на Киз.[19] Денешните, понови научни сознанија, етиолошките чинители на менталните пореметувања го следат биопсихосоцијалниот пристап. Според Киз, трите групи чинители се: биолошкиот, психолошкиот и социјалниот. Тие имаат значење во одредувањето на здравјето и болеста, поради што болеста во овој модел најмногу се согледува најшироко како резултат на биолошките потенцијали, срединските услови, социјалните стресови, социјалните мрежи и поддршки и психолошки ориентации и научени однесувања.[20] Психосоцијалните процеси вклучуваат фактори кои влијаат на одговорите на животните случувања и стресови, како што се: структурата на личноста, механизми за надминување на стресот, расположенија и слично. Здравствените прашања, како што се, на пример, начинот на исхрана, зачестеноста за занимавање со физичка активност или пушење, служат како патишта преку кои психосоцијалните процеси можат да влијаат на здравјето[21]. Оттука, облиците на здравствено однесување можат да се набљудуваат и како ресурси, но и како фактори на ризик при појавата на ментални болести.

1.7 АНКСИОЗНОСТА КАКО РЕДОВНА ПОЈАВА КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

Анксиозност е заедничко име за разновидна група на нарушувања со доминантен симптом на анксиозност или недефиниран страв. Тоа е хронична состојба на напнатост, загриженост, страв од непознатото или непрепознаена перцепција на

[18]Diener 1984, Ruff, 1989, Keyes 1998
[19]Keyes,1998
[20]Mechaanick,1999
[21]Kiecolt, Megurie, Robels & Glaser, 2002

страв (Vidanović, 2006). За анксиозноста најчесто се вели дека претставува чувство на општа возбуденост, нејасен став без да се препознае очигледен надворешен повод, голем стрес и загриженост. Анксиозноста се манифестира преку повеќе физички и псхички симптоми кои се доживуваат како многу непријатни, а многу често се јавуваат во комбинација со други болести, особено со депресијата. Според некои најнови проценки, дури 10 проценти од севкупната светска популација страда од некоја форма на анксиозност. Постои скалата за анксиозност, која вклучува препознавање на симптомите на физиолошки возбуди (сува уста, отежнато дишење, треперење). Анксиозните симптоми се доживуваат како најчести пречки кои не ѝ дозволуваат на една личност да побара стручна помош. Анксиозните симптоми се јавуваат кога сме претерано загрижени, кога сме изложени на некоја стресна состојба, на пример, предизвикана од некоја природна катастрофа, или пак, личноста сама си ја замислува состојбата која ѝ предизвикува стрес. Денес постојат ногу тераписки можности кои се ефективни во лекувањето на анксиозноста. Во зависност од степенот на социјалната дисфункционалност на личноста, зависно од интензитетот на симптомите, стручното лице донесува одлука за начинот на лекување. Кај благите симтоми кои во значајна мерка не го нарушуваат секојдневното функционирање им се дава приоритет на психотерапските интервенции, релаксирачки техники, психоедукација, телесна активност. Особено корисен се покажал биофидбакот, којшто помага да се стекнат знаења како да се промени физиолошката активност, така што се дава повратна информација за телесните функции, како што е работа на срцето, дишење, мускулна активност, отпор на кожата, температура на кожата и слично.

Анксиозните пореметувања најчесто претставуваат психијатриски пореметувања. Многу е важно да се препознаат реалните симптоми, а потоа да се побара навремена и адекватна стручна помош за да не дојде до поголеми промени во архитектурата на мозокот, состојба која би го направила самиот процес на лекување многу тежок и долг.

Многу често анксиозноста се поистоветува со поимот страв. Но, разликите помеѓу анксиозноста и стравот зависат од изворот на опасноста која се заканува да го наруши телесниот, психичкиот и социјалниот интегритет на личноста. Освен од изворот на опасноста, разликите помеѓу стравот и анксиозноста се согледуваат и преку времетраењето. Постојат научни констатации дека кај стравот опасноста е рационална бидејќи објектот или појавата свесно се перцепираат и истите можат да се

идентификуваат. За разлика од стравот, кај анксиозноста не постои свесно перцепиран објект или извор на појавата што предизвикува опасност. Изворот на опасноста е во чувството на постојано очекување да се случи нешто непријатно, нешто опасно.

Според Креч и Крачфилд, токму неограничените можности за замислување на идните појави, ни пружаат непресушно гориво за анксиозност. Но, изворот на опасноста може да биде во самата личност. Што се однесува до времетраењето кое ги прави различни стравот и анксиозноста, се мисли дека стравот редовно трае кратко и исчезнува во момент кога заплашениот ја совладува или ја избегнува опасноста. Анксиозноста по правило е долготрајна и таа се повторува почесто, независно од просторот и времето.

Според Х. Инглиш и А. Инглиш, анксиозноста е една непријатна емоционална состојба, во која една сегашна и континуирана силна желба или нагон изгледа веројатно дека ќе ја промаши својата цел - тоа е фузија на страв и антиципација на идното зло.

На пример, неизвесен исход од натпреварот е главна причина за трепет и страв, загриженост, возбуденост претставуваат само врв од брегот кој не се гледа, бидејќи има свои корени во самосвеста (селф концепт) и во самооценувањето, а манифестното се појавува во несигурноста во губењето на самодовербата.

Личностите коишто постојано чувствуваат неодреден страв, кои премногу се загржени за секојдневните случувања и се под постојан притисок, најверојатно страдаат од анксиозност. Стравот и анксиозноста се реакции на опасност, но, во случајот на стравот, опасноста е јасна, објективна, додека во случајот на анксиозноста, опасноста е сокриена и субјективна.

Речиси секој човек во одреден период од својот живот почувствува напнатост, нервоза, или пак, страв како нормална реакција на некоја стресна ситуација.

Потиштеноста и стравот секогаш постоеле и тие се важен дел на човековото постоење. Нормалните стравови и повремената потиштеност ни помагаат да ги избегнеме непријатните и опасните ситуации. Стравот секогаш е врзан за некој одреден објект или ситуација, додека анксиозноста е неодредено емоционално доживување. Во анксиозноста она што е закана за самата личност е помалку очигледно, па така говориме за „лебдечки страв“. Кога стравовите и потиштеноста,

како и претераната загриженост ќе почнат да доминираат и управуваат со нечиј живот, кога го нарушуваат семејниот, душевниот и професионалниот живот, тогаш веќе станува збор за сериозно анксиозно пореметување.

Симптоми на анксиозност

Психолошките симптоми на анксиозноста се манифестираат преку претерана плашливост и загрижаност, чувство на внатрешна напнатост и немир, ослабена концентрација, раздразливост, зголемена чувствителност на бучава, лесно заморување, слаба меморија, која често е резултат на намаленото внимание и концентрација.

Телесните симптоми на анксиозност се: забрзана работа на срцето, тешко дишење, чувство на недостиг на воздух, стегање во градите, сува уста, потешкотии во голтањето, зголемено потење на дланките, често мокрење, вртоглавици, пеперутки во стомакот, болки во мускулите, ослабена сексуална желба, треперење на целото тело.

Присутни се и пореметувања во однесувањето како чувство на блокираност, преувеличување на доживувањата, тешкотии во спиењето, во смисла на несоница, често будење, или пак, ноќни кошмари. Доколку кај една личност овие симптоми се присутни повеќе од шест месеци, многу е голема веројатноста дека таа личност страда од анксиозно пореметување. Возрасните личности кои имаат вакво нарушување често се загрижени за секојдневниот живот, за одговорностите на работното место, за финасиите, за здравјето на своите најблиски. Ги измачуваат катастрофични предвидувања во врска со своите најблиски. Анксиозната личност постојано е облеана со нерационален страв со кој личноста се парализира во сопственото физичко функционирање и кај истата се јавува силно чувство на немоќ. Точната причина за анксиозност е непозната, но постојат многу фактори што можат да го поттикнат развојот на анксиозноста. Меѓу причините за појава на анксиозноста значајна улога играат генетските фактори, биохемиските процеси во мозокот и влијанието на средината. Различните трауми или стресни моменти во текот на животот, смртта на близок, развод, промена на работното место, промена на местото на живење, се состојби кои можат да предизвикаат анксиозност.

Третман на анксиозност

Во третманот на анксиозноста се применува когнитивно-бихевиорална терапија, која вклучува посебни техники на опуштање на позитивно размислување, на когнитивно реструктуирање и развивање на социјални вештини.

Во третманот на анксиозноста се применува и индивидуална психотерапија, како на пример:

1. Динамична психотерапија;

2. Супоративна психотерапија;

3. Групна психотерапија;

4. Автотренинг.

Целта на психотерапијата е да се зајакне егото на пациентот и да му се помогне во приспособување кон промените во реалниот свет. Во динамичната психотерапија на пациентот му се поставува некој проблем, а психотерапевтот му укажува на пациентот постојана грижа.

Супоративната психотерапија се применува при лесни анксиозни нарушувања, во акутни емоционални кризи или кога другите форми на третман не постигнале поголеми резултати.

Групна психотерапија е наменета за лица кои имаат ниска самодоверба, проблеми со комуникацијата и тешкотии во контрола на реакциите.

Автогениот тренинг

Претставува систем на вежби за физичка и ментална релаксација со цел да се постигне контрола на автономниот нервен систем, а се применуваат и техники на визуелизација на пријатни ситуации.

1.8 КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ СТРЕС

Хомеостазата го претставува оптималното функционирање на организмот. Нарушувањето на нормалното функциоирање на хомеостазата може да биде

предизвикано од страна на непријатни настани со кои личноста се среќава во текот на сопствениот живот. Човекот чувствува напади на стрес, вознемиреност, несигурност и слично, не само ако се случи некоја непријатност, туку и да се навести самата надеж.

Кога настанува нарушување на хомеостазата, организмот реагира во насока на адаптација кон промената и повторно воспоставување на нормалната состојба. Од страна на научниците стресот е дефиниран како реакција на организмот на надворешните влијанија или како адаптациски синдром (Selyi, 1982)

Стресорите се оние постојани причинители или фактори кои придонесуваат организмот да дојде во состојба на стрес. Интензитетот на стресот зависи и од способноста на личноста за справување со истиот. Скалата на E. S. Pavkel е само една од скалите на стресни настани со кои се мери нивото на стрес во одредени периоди во животото на луѓето. На оваа скала се вклучени и моментите кои предизвикуваат стресни состојби кај групата испитаници која е дел од предметот на нашето истражување. Во оваа скала се вклучени и лицата со хронични соматски заболувања, лицата кои се на возраст од 40 до 65 години, испитаници кои се соочуваат со менопауза итн.

Анксиозноста, несонцата, стравот и депресијата се трите основни симптоми кои се застапени со високи дваесет и пет отсто во општата светска популација го дефинираат стресот. Стресот кој трае се месеци и години се нарекува хроничен стрес, полека ги оштетува нашите клетки, нашето тело и нашето здравје. Стресот може да биде и акутен, бидејќи секој може да се почувствува стресно од време на време. Во одредени ситуации, на пример, при спортски натпревар, хормоните и другите супстанции кои се ослободуваат кога личноста е под стрес и го подигаат за акција. Стресот е причинител за предвремено стареење на организмот и за многу болести. За стресот се вели дека е значаен причинител за предизвикување на хронични соматски заболувања, како и ментални заболување. Д-р Janice Kiecolt-Glaser од Државниот универзитет во Охајо, тврди дека стресот влијае врз имунолошкиот систем на телото, кој потоа го ослабнува одговорот на имунизација и го нарушува заздравувањето на раните. Истражувањата го поврзуваат хроничниот стрес со дигестивни нарушувања, уринарни проблеми, главоболки, тешкотии поврзани со спиењето, депресијата и анксиозност. Некои истражувања утврдиле физичките, емоционалните и социјалните

ефекти од болести, како ракот, се стресни за пациентите, за оние кои се грижат за нив и за оние кои успеваат долготрајно да преживеат со болеста.

Грижата за пациенти со хронични тешки заболувања, во кои спаѓаат и деменцијата и ракот, исто така можат да бидат значаен извор на стрес. Не е јасно зошто некои луѓе можат да се тргнат настрана или побрзо да заздрават од стрес, отколку другите. Овие приспособливи луѓе изгледаат како да застанале на нозе полесно после стресни ситуации. Неодамнешните студии на животни укажуваат на тоа дека флексибилноста може да зависи, барем во дел, од нашите гени. Постојат многу различни начини за справување со стресот. Kiecolt-Glaser истакнуваат дека дружењето со семејството и пријателите, со цел да се задржат овие односи, е можеби една од најважните работи што можеме да ја практикуваме како стрес редуктор. Според овие автори, кога сме под стрес, ние се стремиме да ги направиме најлошите работи кои воопшто не ни се корисни за здравјето. На пример, луѓето што се под стрес, може да имаат тенденција да се изолираат и да не бараат социјална поддршка.

Стресот е состојба на физиолошка, психолошка и социјална заштита на поединецот, предизвикана од страна на индивидуална проценка на себеси или на некој својот близок за физичка, психичка или социјална ранливост (Havelka, 1998). Стресот е неизбежен дел од животот, којшто нè поттикнува подобро да се справуваме и да се прилагодуваме. За позитивниот стрес се вели дека делува мотивирачки врз нас, нè поттикнува да бидеме подобри, поактивни, да се развиваме и да ги усовршуваме нашите способности и вештини. Но, стресот може да биде присутен толку многу што делува на поединецот многу негативно, оставајќи последици врз физичкото и психичкото здравје на поединецот и врз неговиот целокупен живот. Ова значи дека стресот може да се одрази на намалување на продуктивноста и работната ефикасност. Како одредена индивидуа ќе се справува со стресот, на кој е изложена во сопствениот живот, во голем степен зависи од самата природа на стресот, од нејзината личност, нејзината возраст, минатите животни искуства и доживувања, како и моменталните надворешни околности. Дали одреден настан некоја особа ќе го доживее како стресен, зависи од нејзините субјективни проценки и толкувања. Д-р Ханс Сели во 1936 година го дефинира стресот како „неспецифична физиолошка реакција на организмот, којашто се јавува како одговор на било кои барања кои се поставуваат пред него“. Тој говори за Општ адаптационен синдром „кој претставува физиолошка одбрана на организмот во однос на стресорот и истакнува дека тој има три фази и тоа:

- Фаза на аларм, којашто се јавува по дејство на одреден стресор, којшто ја нарушува рамнотежата на организмот и поттикнува низа психолошки процеси во организмот. Сите процеси се јавуваат поради активизација на симпатичкиот дел од автономниот нервен систем.

- Фаза на резистенција или отпор, кога поединецот се обидува да ја поврати нарушената хомеостаза, да се смири и психолошки да се соочи со стресорот.

- Фаза на исцрпеност, којашто се јавува доколку не се реши успешно претходната фаза, односно доколку поединецот не успее да ја поврати нарушената рамнотежа. Во оваа фаза доаѓа до значајно исцрпување на организмот, намалување на неговата функционалност, појава на различни физички нарушувања и болести, и на крај и до смрт.

Сели разликува два вида на стрес, и тоа дистрес и еустрес. Дистресот е негативно влијание што стресот го има врз поединецот и врз неговото ментално и физичко здравје. За разлика од него, еустресот е позитивното, поттикнувачко и мотивирачко влијание што може да го има стресот, поттикнувајќи ја личноста да пронаоѓа нови, подобри и поуспешни начини на справување и остварување на целите и задачите. Доколку справувањето со стресот е неуспешно, стресот може да резултира со нарушување на физичкото и психичкото здравје и нарушување на функционирањето во сите сфери во животот. Меѓутоа, доколку личноста успее да се справи со стресорите, тоа ќе поттикне зголемување на чувството на контрола кај неа, ќе го зголеми чувството на самоефикасност, верба во сопствените способности за справување, а со тоа и чувството на поголемо задоволство. Успешното справување со стресорот може да резултира со позитивно реорганизирање на сопствениот живот, зголемување на задоволството од животот, како и зголемување на продуктивноста во приватниот живот и професионалниот живот. Како последици од соочувањето со стресот кај поединецот, може да се појават психолошки, физички и бихевиорални последици. Меѓу психолошките симптоми, коишто се појавуваат како последица на стресот, најчести се: анксиозност, депресија, хиперсензитивност, иритабилност, намалување на самопочитувањето. Физичките симптоми вклучуваат: несоница, чести итензивни главоболки, како и болки во телото, психосоматски нарушувања, појава на хипертензија. Бихевиоралните симптоми вклучуваат: намалување на ефикасноста, неможност за концентрирање, нарушување на способноста за носење одлуки, како и

зачестување на конфликтите во односите со другите луѓе. Важно е да се истакне дека постојат индивидуални разлики меѓу личностите во однос на тоа дали одредена ситуација или настан ќе го доживеат како стресен и индивидуални разлики во однос на тоа како се манифестираат негативните ефекти од стресот. Личностите коишто располагаат со помалку ресурси, да речеме ниски материјални примања или недоволна социјална поддршка, многу веројатно е да доживеат поинтензивен стрес и посериозни последици од стресот. Од ова може да се заклучи дека одредени фактори делуваат протективно и можат да ја заштитат личноста од негативните ефекти на стресот. Супскалата на стресот врши проценка на симптомите на општата возбуда, како што се потешкотии на лицето да се опушти, иритабилност и иритација.

1.9 ДЕПРЕСИЈАТА – КУЛМИНАЦИЈА НА НАРУШЕНОТО МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Депресијата е ментална болест која вклучува чувство на тага, безнадежност или беспомошност. Доколку тоа негативно чувство трае повеќе од две до три недели, највероватно станува збор за депресија. Депресијата многу често ја следи губење на интересот за живот, намалената енергија, чувство на безвредност или невозможност да се извршуваат активности поради недостаток на концентрација, активности кои пред депресијата ги извршувале со леснотија. Некои депресивни личности не чувствуваат тага, туку апатија. Сè им станува сиво и исто.

Депресијата е една многу опасна ментална болест, која може да го уназади во целост квалитетот на живот, доколку истата навремено не се лечи. Многу често депресивните луѓе ги сокриваат сопствените чувства и настојуваат да остават впечаток на останатите од нивното опкружување како сè да е нормално, иако внатрешно чувствуваат голема осаменост и неразбраност.

Депресијата е единствената смртоносна болест во психијатријата, бидејќи околу 15% од депресивните личности вршат самоубиство, па затоа третманот на оваа ментално заболување бара сериозен пристап и лекување.

Депресијата како болест е стара колку што е стара и цивилизацијата. Таа се вбројува во најраните опишани болести во медицината. Зборот депресија потекнува од латинскиот збор *депримере*, што значи притиснати, втиснати, вдлабнати. Депресијата

најчесто се врзува со чувството на тага, меѓутоа таа претставува многу повеќе од чувство на обична тага. Некогаш човекот е нерасположен и тоа трае релативно кратко, а таквото чувство не е депресија. Постојат периоди во животот кога човек е тажен, поради некоја загуба, материјална, емоционална, смрт итн. Доколку одненадеж се појави тага, без било каква причина или истата е несразмерна на причината, доколку тагата не престанува, или пак, повторно се враќа, доколку на човекот му е тешко да работи, да се дружи, да спие, не може повеќе да му се радува на животот, тогаш тоа не е повеќе негативно расположение, туку станува збор за депресија.

Клиничката депресија се опишува како пореметување на физичките и менталните карактеристики, кои можат да ја пореметат способноста на поединецот да функционира во општественото и работното опкружување. Депресијата е една од најтешките психички пореметувања на денешното време. Нејзините причинители можат да бидат разновидни, на пример, значајни промени во животот и интензивни стресори. Но, во други случаи, може да станува збор за биолошки, генетски фактори, кои доведуваат до хемиски процеси во организмот и истите влијаат врз расположението и врз процесот на размислување. Депресијата е пореметување на расположението и вклучува различни облици на деформирано размислување, губење на волја, мотивираност и драстични промени во однесувањето. Некои од симптомите на депресијата се:

1. Интензивна тага, самосожалување и плачливост;

2. Личноста се чувствува потиштено безволно, беспомошно, безволно, често со пренагласено чувство за вина;

3. Личноста го губи интересот и способноста за уживање во некогаш пријатните активности;

4. Ослабната концентрација, отежнато донесување на одлуки;

5. Личноста страда од несоница, или пак, има засилена потреба за сон;

6. Се зголемува или нагло се намалува апетитот;

7. Присутна е континуирана загриженост и нелогично исчекување дека ќе се случи нешто лошо;

8. Понекогаш се јавуваат размислувања во стилот „подобро да ме нема“, кои не треба да се занемарат бидејќи веќе се присутни суицидни размислувања.

Во секој случај, последиците од депресијата се големи психолошки страдања на личноста, нарушен семеен живот, нарушено социјално функционирање, намалена работоспособност и воопшто намален квалитет на живот.

Во случај на депресија, кај пациентите со хронични соматски заболувања најважно е истите што порано да побараат стручна помош, бидејќи со помош на тераписки постапки веќе постоечките симптоми можат да се отстранат, личноста повторно да стане функционална, а во исто време се оневозможува појавата на нови епизоди на депресија. Според проценките на СЗО, депресијата до 2021 година ќе стане втор водечки јавен здравствен проблем на светот. Кај лесните и средно тешките облици на депресија како успешни се покажале различни правци на психотерапијата, додека кај тешките депресии, неизоставни се лековите. Лекувањето на депресијата најчесто се прави комбинирано.

Депресијата е комплексна болест и се јавува како резултат на повеќе фактори. На пример, депресијата може да се јави и како последица од информација дека е дијагностицирана тешка болест. Некои личности и без некоја видлива причина добиваат депресија од никаде, а во тоа секако значајна улога имаат наследните фактори.

1. Историја на депресија во семејството - Се претпоставува дека депресијата се пренесува генетски од генерација на генерација, иако сè уште не е утврдено како точно тоа се случува;

2. Познато е дека болестите на зависност предизвикуваат депресија. Медицинската пракса досега потврди дека дури 30% од лицата кои се зависни од наркотици, боледуваат од депресија.

Засега, сепак, постојат научни докази со кои се потврдува дека луѓето кои се заболени од депресија имаат промени во мозокот, за разлика од здравите луѓе. Станува збор за промени во хипокампусот, што претставува мал дел на мозокот кој е задолжен за потхранување на сеќавањата. Овој дел на мозокот е помал кај луѓето кои долго време страдаат од депресија, отколку кај луѓе кои никогаш не биле депресивни. Помал хипокампус има помал број на рецептори на серотинин, а серотонинот е

невротрансмитер, кој ја олеснува комуникацијата помеѓу нервите во мозокот и телото. Науката сè уште не открила зошто хипокампусот е помал кај депресивните луѓе. Истражувањата откриja дека кај заболените од депресија се произведува повеќе кортизол - хормон кој е значаен за нормалното функционирање на хипоталамусот. Научниците веруваат дека кортизолот има токсично влијание на хипокампусот. Исто така, се смета дека некои луѓе едноставно се родени со помал хипокампус и со тоа се предодредени за депресија. Одамна е констатирано дека депресијата може да има врска со генетскиот фактор, односно со наследството. Научниците сè уште не можат да го издвојат, селектираат, ниту пак, да го идентифекуваат генот кој ја предизвикува депресијата. Депресијата е комплексна болест. Колку повеќе се знае за нејзините причинители, на лекарите ќе им биде полесно да пронајдат соодветни терапии. За овој магистерски труд значајно е сознанието дека, сепак, депресијата како појава е покарактеристична за личностите кои се во повозрасни години и истата почесто се јавува по соопштувањето на пациентите дека кај нив е дијагностицирана хронична болест.

2. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ БЛАГОСОСТОЈБА

Благосостојбата е феномен кој до неодамна е опишуван во филозофските, економските, социјалните и психосоцијалните термини. Благосостојбата е возможно да се истражува на различни начини - директно и индиректно, субјективно и објективно или со однос на специјални домени.[22] Дефинирањето во директна смисла, според Ринген (Ringen 1988), се однесува на остварување на посебни цели, по пат на долгорочен квалитет на живот, додека дефинициите во индиректна смисла, се однесуваат на ресурсите по пат на парични приходи. Генералните дефиниции се однесуваат на животот во целина, специфичната благосостојба се однесува на благосостојба во еден специфичен домен на битието. Од еволутивна перспектива, благосостојбата има адаптивна улога во преживувањето на луѓето, затоа што благосостојбата дава мотивација да ги истражи и да ги изгради ресурсите за соочување со животните трагедии и стресови.[23]

[22]Алинчич, 2014
[23]Diener & Diener, 1995

Некои теотеричари благосостојбата и среќата ги подразбираат како важен услов на менталното здравје. Се покажало дека среќата може да биде причина и последица за многу посакувани исходи, вклучувајќи успех во кариерата, бракот, здравјето, а од голема важност е и разбирањето како луѓето можат да достигнат оптимална состојба на функционирање и на тој начин да си ја зголемат среќата, а да го намалат чувството на страдање.[24]

2.1.МОДЕЛ НА СУБЈЕКТИВНА БЛАГОСОСТОЈБА

Сувјективната благосостојба е поим кој се однесува на когнитивната или афективната проценка на поединецот на сопствениот живот. Дека субјективната благосостојба не е феномен кој е значаен само на ниво на поединецот, покажува и фактот дека среќата и задоволството од животот, покрај економските и социјалните индикатори, претставуваат еден од најважните индикатори за квалитетот на живот во одредено општевство. Постојат три компоненти на субјективна благосостојба: задоволство, пријатни емоции и ниско ниво на непријатни емоции. Позитивниот афект се однесува на чести искуства со пријатни емоции и ниско ниво на негативни афекти, како и ретко доживување на непријатните емоционални сотојби и релативно отсуство на чувство на депресија или анксиозност. Ваквата структура на субјективната благосостојба е потврдена во повеќе истражувања.[25] Субјективната благосостојба е само еден аспект на менталното здравје. Иако не можеме да кажеме дека високото чувство на субјективната благосостојба претставува суштина на менталното здравје, мораме да укажеме на тоа дека поголем број на луѓе го сметаат за пожелен.[26]

Во истажувањата за благосостојбата се користат два типа на инструменти: глобален и специфичен.

2.2.ПСИХИЧКА БЛАГОСОСТОЈБА

Керол Риф е авторка на овој модел на благосостојба. Оваа авторка, психичката благосостојба ја дефинира како развој на реалните потенцијали на личноста. Психичката благосостојба е мултидимензионална конструкција, која опфака шест аспекти на оптимална благосостојба на психичко ниво. Секоја димензија на психичката

[24]Lubomirsky. et al. 2005. Presman & Cohen, 2005
[25]Lucas,Diener & Suh,1996: Arthaud-Day, Rode, Mooney & Near, 2005
[26]Станоевич, 2013

благосостојба претставува различни предизвици на кои луѓето наидуваат во настојувањата да функционираат позитивно. Тие шест димензии се одредени на следниот начин:

- Самоприфаќање - подразбира задржување на позитивните слики за себе, а тоа вклучува и свест за сопствените ограничувања. Наведената димензија на благосостојба е критериум кој најчесто се наведува при неговото одредување.[27] Личностите кои покажуваат висок степен на самоприфаќање, имаат позитивна слика за себеси, прифаќаат различни аспекти за себе со позитивни и негативни квалитети и се чувствуваат добро во врска со сопственото минато. Личностите со низок степен на самоприфаќање не се задоволни од самите себе, разочарани се од случувањата од минатото и сакаат да бидат поразлични од она какви што се.
- Позитивни односи со другите - подразбира развој и одржување на топли емоционални врски со другите личности. Способноста да се сака, се смета за централна компонента на менталното здравје. Личностите кои тежнеат да ги реализираат сопствените потенцијали, покажуваат способност да сакаат, создаваат длабоки пријателства, целосна идентификација со другите и способност да сакаат и создаваат длабоки пријателства.
- Управување со околностите - подразбира способност на личноста да направи избор или да создаде опкружување кое ѝ одговара на нејзините психички услови.[28] Личноста која ја карактеризира оваа способност знае како да ги користи потенцијалите на околината и има чувство на контрола над она што се случува во опкружувањето.
- Автономијата - се однесува на силно развиеното чувство на индивидуалност и лична слобода, поседување на квалитети, како што се: самоодрекување, независност и внатрешна регулација на однесувањето. Личностите со висока автономија се вреднуваат себеси според личните стандарди и се способни да се спротивстават на притисокот, да размислуваат и постапуваат на одреден начин.
- Животна цел и силното чувство за насоченост во животот, кое ги соединува напорите кои поединецот ги вложува и предизвиците на кои наидува. Личноста која верува дека животот има смисла, придава значање и на сегашните и на

[27]Ryff, 1989
[28]Ryff, 1989

изминатите животни случувања, а оние кои не ја согледуваат целта во животот, имаат помалку цели и не веруваат во смислата на животните случувања во минатото.

- Личен раст - Оваа димензија на психичка благосостојба подразбира континуирано динамичко учење и развој на личните способности во текот на целиот живот. Достигнувањето на претходно наведените карактеристики не е доволно за личноста која оптимално психолошки функционира и тежнее кон постојан развој на сопствените потенцијали, раст и збогатување на сопствените личности.[29]

Според Рифов, со добро ментално здравје се смета оној поединец кој себеси се прифаќа со сопствените предности и мани, има квалитетни односи со другите, може да се носи со предизвиците на секојдневниот живот и ги користи потенцијалите на сопственото опкружување, не е исклучително мотивиран на делување на надворешните потенцијали, туку се раководи и од своите внатрешни потреби, постојано тежнее за сопствено лично унапредување и секако верува дека животот има смисла (Станоевич 2013). Во одделни истражувања на психичката благосостојба е покажано дека пациентите со пореметено расположение, кога се наоѓаат во ремисија, имаат пониско ниво на благосостојба.[30]

2.3.СОЦИЈАЛНА БЛАГОСОСТОЈБА

Овој поим за првпат е воведен од страна на Киз,[31] како степен во кој поединецот се чувствува дека припаѓа на сопствената заедница или општество. Социјалната благосостојба опфаќа неколку критериуми:

- Социјалната интеграција подразбира проценка на квалитетот на сопствените односи според општеството и заедницата. Интеграцијата е степен во кој луѓето чувствуваат дека имаат нешто заедничко со другите кои ја сочинуваат нивната социјална реалност (на пример, соседство), како и степен во кој чувствуваат дека припаѓаат на сопствената заедница и општество.[32]

[29]Ryff, 1989
[30]Fava et al., 2001
[31]Keyes, 1998

- Социјалното прифаќање подразбира слика за општеството, составена од карактерот и квалитетот на другите луѓе како општи категории.[33] Овој концепт е аналоген на концептот на самоприфаќање на Риф и може да се поистоветува со него (Киз, 1998).
- Придонесот на општеството претставува лична проценка на сопствените општествени вредности, степенот на кој поединците сметаат дека општеството вреднува сè што тие прават во светот и дека тоа придонесува за општественото добро (Киз, 1998). Оние кои сметаат дека даваат придонес за општеството, имаат слика за себе како важен, продуктивен член на општествената заедница.
- Социјалната актуелизација подразбира процена на потенцијалот и движењето на општественото верување во еволуција на општеството.[34] Ментално здравите личности покажуваат повеќе надеж и доверба кон иднината на општеството, можат да ја замислат сопствената улога и улогата на другите во општествениот раст и го следат напредокот на општеството.
- Социјална кохерентност се однесува на „перцепцијата на квалитетот организацијата и функционирањето во општествениот свет“. Личностите кои имаат развиена социјална кохерентност, не се заинтересирани само за светот во кои тие живеат, туку сметаат дека можат да го разберат и она што се случува надвор од тој круг.[35]

Во следниот текст накратко ќе бидат наведени резултатите од истражувањата на предиторите и консеквентите на полето на благосостојбата. Поголем број на истражувања укажуваат на непостоењето на разлики помеѓу половите во благосостојба, а доколку се утврдат, резултатите се често инконзистентни.[36] Економскиот статус се покажа како значаен предиктор за благосостојбата и среќата на поединецот особено во сиромашните земји.[37] Богатството е поврзано со многу позитивни исходи во животот,[38] како и доброто физичко и ментално здравје и

[36]Pastuovic, Kolesari & Krizmanic, 1995; Ruff et al., Wahl,Klopstard, Rustoen, Hanestad, Rokne, Lerdall, Moum, Torbjorn, 2004
[37]Lima & Novo, 2006
[38]Fuhman & Michael, 1963

долговечност, додека од друга страна, се покажало дека финасиските проблеми се во силна поврзаност со депресијата.[39]

Кембел со своите соработници во 1976 година спровеле истражување и констатирале дека невработените луѓе се најнесреќната група на испитаници, што сугерира дека невработеноста има огромно негативно влијание на среќата, со оглед на финансиските потешкотии низ кои поминуваат поединците во таква ситуација.[40] Се покажало дека колку подолго време испитаниците се невработени, благосостојбата им е сè пониска, што со време доведува до зголемување на депресијата.[41] Некои од истражувањата на Кам и Камбел покажале дека лаиците веруваат дека среќата е силен сојузник на доброто здравје, што е потврдено и во истражувањата кои потврдиле дека среќните луѓе известуваат за подобро здравје и помалку здравствени проблеми.[42]

Истражувањата покажуваат дека испитаниците со чести промени на расположението, како депресивноста, доживуваат полошо функционирање и влошување на срцевите проблеми.[43] Кејс и Селигман (Keyes 2002 & Seligman, 2008) утврдиле дека корелацијата помеѓу различните димензии на благосостојба и депресивност се движи од 0,35 и 0,55, што укажува на фактот дека во однос на прашањата се поврзани, но како конструкти, сепак се одвоени.

Благосостојбата долго време се сметала за компонента на добар живот, и претставува комплексен концепт, дефиниран на повеќе начини, во зависност од теоретската перспектива и дисциплините кои ја проучуваат. Благосостојбата е феномен кој досега е опишуван во филозофските, економските, социјалните и психосоцијалните термини. Благосостојбата е возможно да се истражува на повеќе начини - директно и индиректно, субјективно и објективно, или во однос на специјалните домени (Алинчиќ, 2014). Генералните дефиниции се однесуваат на животот во целина, специфичната благосостојба се однесува на благосостојба во еден специфичен домен на битието. Од еволутивна перспектива, благосостојбата ја има онаа адаптивна улога

[39]Wheaton, 1994
[40]Di Tella, MacCulloch & Oswald, 2001
[41]Viinamaeki, Kosketa & Nisanen, 1996
[42]Mroezek & Spiro, 2005: Roysamb, Tambs, Reichborn, Nale & Harris, 2003
[43]Clarke, Frasure Smith, Leperance & Bourassa, 2000

во преживувањето, бидејќи на поединецот му дава мотивација за истражување и изградба на ресурси за соочување со животните трагедии и стресори.[44]

Развој на реалните потенцијали на личноста е дефиниција за благосостојба според авторката Керол Риф (Ryff, 1989). Психичката благосостојба е мултидимензионален конструкт, кој опфаќа 6 аспекти на оптималната благосостојба на психичко ниво на кои луѓето наидуваат во настојувањата да функционираат позитивно. Тие шест димензии се одредени на следниот начин: самоприфаќање, позитивни односи со други, управување со околината, автономија, цел на животот, личен раст.

3.КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЈА НА ПОИМОТ КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ

Во денешно време изразот „квалитет на животот“ во академските кругови, како и во секојдневниот живот, има широка употреба. Терминот квалитет на животот не бил дефиниран сè до 1968 година во Меѓународната енциклопедија на социјалните науки ниту во Indehu Medicus.[45] Перцепција на поединецот на позицијата во специфични културолошки, општествен и средински контекст, е дефиниција за квалитет на животот, според Светската здравствена организација.

Фелче и Пери[46] го дефинираат квалитетот на живот како севкупна, општа благосостојба, која вклучува објективни чинители и субјективно вреднување на физичката, материјалната, социјалната и емотивната благосостојба, вклучувајќи го и личниот развој и целосната активност и сето тоа посматрано преку личниот систем на вредности на поединецот.

3.1.СУБЈЕКТИВНИТЕ НАСПРОТИ ОБЈЕКТИВНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ

Објективните показатели имаат пропуст при мерењето како тоа луѓето го доживуваат сопствениот живот. За тоа се потребни субјективни показатели, односно субјективни мерки. Многу е важно да се направи разлика помеѓу тие мерки, со оглед на тоа дека истражувањата покажале дека објективните и субјективните показатели на квалитетот на живот се слабо поврзани. Се покажало дека објективните мерки на проценка на социоекономскиот статус, не се доволни за објаснување на квалитетот на

[44]Diener & Diener, 1995
[45]Bond &Corner, 2004
[46]Felce & Peri, 1993

живот, туку станува неопходно да се вклучи и субјективната компонента. Објективните мерки се нормативни показатели на стварноста, додека со субјективните мерки се укажува на разиките кои ги прави поединецот во посматрање и доживување на условите за живот. Каменс наведува дека во состојба на лоши социјални услови за живот, доколку дојде до подобрување, ќе се подобри и субјективната проценка на квалитетот на живот, но на одредено ниво, таквата поврзаност се губи. Во поголем број на истражувања не се утврдени разлики во субјективниот квалитет на живот и пол, додека во некои истажувања е утврдена негативна поврзаност на староста и квалитетот на живот.

Меѓутоа постојат истражувања кои покажуваат разлики во квалитетот на животот помеѓу жените и мажите, во корист на мажите.[47] Што се однесува до брачниот статус, истражувањата покажуваат дека, по правило, личностите во брак или во вонбрачна заедница имаат поголем квалитет на живот од самците, а доколку образованите се позадоволни од оние со послабо образование. Денес постои согласност помеѓу истражувачите дека поимот квалитет на живот опфаќа комбинација на објективни и субјективни варијабли. Во однос на животот во развиените земји, голем број од американските автори го изнесуваат следното тврдење: Луѓето во деведесеттите се во просек четири и пол пати побогати, отколку нивните прапрадедовци од почетокот на дваесеттиот век, но не се четири и пол пати и посреќни.[48] Од психолошка гледна точка, задоволството од животот е субјективно доживување на квалитетот на живот. Истражувачите во тоа подрачје го сфаќаат задоволството од животот како когнитивна компонента на субјективната благосостојба, а среќата како емотивна компонента. Задоволството од животот се дефинира како когнитивна евалуација на целокупниот живот, преку кој поединецот го проценува сопствениот живот. Тоа се однесува на проценка на условите во различни подрачја од животот.[49]

3.2.ПРИСТАПИ ВО МЕРЕЊЕТО НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ

Во основа мерењето на квалитетот на животот се класифицира на два начини. Едниот подразбира мерење на квалитетот на живот во целина и тој е

[47]Kutlisic, 2010: Vagic, 2011: ivanovic, 2011
[48]Vuletic, 2011
[49]Andrews & Witheu, 1976: Campbell, Converse & Rodgers, 1976

еднодимензионален модел, а додека вториот начин подразбира сложена конструкција на дискретни промени.[50] При мерењето на квалитетот на живот се користат и прашалници, со кои се проценуваат повеќе различни подрачја од животот на поединецот. Помеѓу истражувачите денес постои согласност околу два основни аспекти на квалитетот на живот: субјективност и мултидимензионалност.

Субјективноста се однесува на фактот дека квалитетот на живот може да се разбере само од перспектива на поединецот. Мултидимензионалноста потекнува од психометриската традиција на мерење на здравствениот статус и од резултатите на истражување кои систематски покажуваат дека постојат бројни различни подрачја од животот на поединецот, кои се важни за неговиот квалитет на живот.[51]

Објективниот пристап во мерењето на квалитетот на живот претпоставува дека здравјето, физичката околина, приходи, домување и други индикатори, е возможно да се посматраат и измерат со реални мерки за квалитетот на живот и дека постојат апсолутни стандарди за процена на варијабли.[52] Меѓутоа, таквите показатели можат да нè наведат на погрешен пат. Објективните критериуми се различни за различни култури. Главниот проблем со објективниот пристап претставува поврзаноста на објективните и субјективните критериуми.[53]

3.3. Односот помеѓу квалитетот на животот – здравје и болест

Светската здравствена организација, здравјето го дефинира како целосна ментална, социјална и телесна состојба, а не само отсуство на болест. Поимот позитивно здравје подразбира нешто повеќе од самото отсуство на болест или неспособност, односно дека опфаќа целосна функција на телото и умот, како и социјална прилагоденост. Позитивното здравје може да се опише како способност за соочување со стресните ситуации, психичка ситуација, како и телесно здравствена кондиција.[54] Освен телесното здравје, денес сè почесто се споменува и социјалното здравје на квалитетот на живот. Социјалното здравје се дефинира како состојба кога

[50]Breslin, 1991: Bucholz, 1996: Liu, 1975
[51]Vuletic, 2011
[52]Liu, 1974
[53]Vuletec, 2011
[54]Хавелка, 1998

личноста примерно функционира како член на социјална заедница, а сето тоа примарно се одразува на телесното и психичкото здравје на таа личност. Квалитетот на живот подразбира функционална способност, степен и квалитет на социјална интеракција, психичка добробит, телесни осети, како и задоволство од животот.

Врз основа на некои истражувања е евидентирано дека во негативните животни ситуации, во кои се вбројува и болест, доаѓа до опаѓање на квалитетот на живот, но само во некои домени, додека вкупниот квалитет на живот останува ист или незначително намален. Значајни случувања и тешки состојби, како што е болест или инвалидитет, можат привремено да ја нарушат хомеостазата, но во многу случаи, по одредено време, само проценатa и општиот квалитет на живот се враќа на претходното ниво. Во одредени состојби истражувањата покажале дека хроничните болки доведуваат до трајна, битно намалена способност за самопроцена на квалитетот на живот. Болеста е феномен, кој секако негативно влијае врз квалитетот на живот. Таа придонесува за влошување не само на физичките симптоми, туку и посредно влијае на промените во работната способност, зголемување на зависноста од други личности, изолација и слично. Како последица од наведеното, може да се јави депресија, анксиозност, намалена самодоверба, чувство на беспомошност и чувство на недостиг на контрола.[55] Кога се работи за телесните болести, ги разликуваме оние кои се видливи за околината и оние кои не се видливи. Видливите промени на кожата, неретко доведуваат до негативни реакции во околината и одбегнување на таквите заболени.[56]

Кога се работи за пациенти со хронични соматски болести и нивниот субјективен квалитет на живот, наодите во литературата се конзистентни. Некои го наведуваат постоењето на разлики во квалитетот на живот, додека другите не пронаоѓаат разлика. Хроничните болести различно влијаат на квалитетот на живот, меѓутоа претпоставката која ја поставиле холандските лекари во 2003 година, е дека одредени хронични болести не делуваат на одделни аспекти на квалитетот на живот, наведени како физички, социјални и психолошки, т.е. на телесно душевно и општевствено здравје. Во студијата, која ги вклучува хронично болните (белодробни заболувања, кардиоваскуларни болести, хипертензија, шеќерна болест, реуматоиден артритис, мигрена и кожни болести) во група од 1,457 пациенти е направена споредба

[55]Вулетич и соработници, 2011
[56]Jokic-Begic

со резултати од тестирана група на 1.851 здрави луѓе. Студијата покажала дека психолошката компонента на квалитетот на живот учествувала во сите болести, додека општествената и телесната компонента не се појавува кај сите болести. Разликите помеѓу здравата популација и онаа со хронични болести покажала дека поголем број од болестите, вклучувајќи ја и шеќерната болест, хипертензијата и дерматолошките проблеми, значајно влијаат на телесната компонента на квалитетот на живот. Што се однесува до општевствената интеграција, најголем број на девијации се наоѓаат кај пациентите кои боледуваат од белодробни заболувања, кардиоваскуларни болести, реуматоиден артритис и мигрени. Заклучокот кој може да се извади од ова истражување е дека луѓето често имаат тенденција да одржат одредено ниво на благосостојба, така што пациентите по одреден временски период се навикнуваат да живеат со сопствената болест.[57]

4.Концептуализација на поимот возрасно доба

Просечното траење на живот на личноста од периодот на животниот циклус го претставува животното доба. Психологијата на возрасната личноста се занимава со изучување на развојот на психичкиот живот во првите постадолецентски фази. Интересирањата на психологијата за лицата во возрасно доба се зголемиле со појавата на андрагошките проблеми, коишто бараат прецизен одговор на бројни прашања: какви се способностите за учење и мотивација кај возрасните личности, што е специфично за процесите на социјализација и адаптација на промените, кај себе и сопствената околина во возрасно доба. Се покажало дека сознанијата за психичкиот живот, кои ги пружа општата психологија, не се доволни за да ги објаснат можностите и однесувањата на возрасните и дека со систематски истражувања треба да се утврдат карактеристиките и динамиката на развојот во ова животно доба.[58] Периодот помеѓу дваесет и дваесет и пет годишна возраст е наречен рана доба и трае до четириесеттите години од животот. Основните задачи во оваа фаза се: завршување на образованието, вработување и прилагодување на професионалната работна улога, самостојност, воспоставување на економска независност, избор на брачниот партнер и воспоставување на брачна заедница, прилагодување на родителските улоги и почеток на грижите околу децата, развој и припадност на општествените заедници. Од

[57]според Вулетич, 2011
[58]Бркович, 2011

адолесценција во рана зрелост се пренесуваат развојни задачи на заврашување на образованието и осамостојувањето од родителите, што води до емоционално и финансиско осамостојување. Карактеристиките на однесувањето на возрасните луѓе зависат од достигнатите релативни психолошки зрелости, во кој се вклучени различни аспекти на зрелост, до физичка морална зрелост.[59] Средното и доцнежното возрасно доба опфаќа период од 40-тите до 60-70-тите години.[60] Високото ниво на функционирање во претходната фаза на развој се одржува во зголемување на мотивацијата за остварување на задачите во оваа фаза. Развојните задачи на средната и доцната зрелост се следните:

- прилагодување на телесните промени;
- воспоставување и одржување на економскиот стандард на семејството;
- вклучување во потесна социјална група на семејство и пријатели;
- ревитализација на партнерствата - брачните заедници;
- вклучување во пошироки групи и прифаќање на поголема општествена одговорност преку нови улоги;
- помагање на децата да се развијат во здрави и зрели личности;
- прифаќање и прилагодувањена физиолошките промени на организмот;
- обликување на нови цели, планови и барање на животната смисла во иднината;
- пронаоѓањето на креативни начини на користење на слободното време.

4.1. Развој на личностите во зрела возраст

Ерик Ериксон ја има една од најважните теории за психосоцијалната теорија на личноста. Фројдовата психоанализа е базата од која тргнува создавањето на оваа теорија. Во теоријата на ЕГО добива статус на автономна структура, која е одговорна за социјална адаптација на поединецот. Развојот на личноста на единката се поврзува со меѓуодносите во семејството, социјалната средина, вклучувајки ги и општевствено-историските факти. Процесот на стекнување на идентитетот, според Ериксон, се одвива во текот на целиот животен век, личноста поминувајќи преку одредени

[59]Бркович, 2011
[60]Furlan, 1981

стадиуми на развој, кои се следени со криза на идентитетот. Од секоја од нив, доколку успешно се надмине, личноста излегува со зголемени чувства на внатрешно единство и со повеќе смисла за добро расудување. Развојот на личноста е опишан во следните степени на психосоцијален развој на личноста.[61]

1. Фаза на основна доверба (прва година од животот). На овој степен доенчето пред сè учи само да прима. Чувството на основна доверба, кое се стекнува со постојана и нежна грижа на родителите на доенчето, претставува темел на идентитетот на личноста.
2. Фаза на автономија (од 2 до 3 година од животот). Во оваа фаза главната доблест е волјата, која се развива преку успешна манипулација, локомоција и вербализација, а се манифестира во одлучување, воздржување и самоконтрола. Кризата во оваа фаза се манифестира како неуспех во постигнување на независност и самоконтрола.
3. Фаза на иницијатива (од 4 до 6 година од животот). Оваа фаза ја карактеризира период на игра, како и пораст на можностите и моќта на детето над околината, како и одговорностите. Неуспехот во разрешувањето на кризата во оваа фаза води кон чувство на вина, грешност, резигнација и малодушност.
4. Фаза марливост (6-11 година на животот). Ова е период на школување и добивање на систематската обука. Карактеристично во оваа фаза е добивање на систематска обука и компетентност, која се исполнува во способноста за користење на материјални и ментални орудија, техники, технологија и вештина во учење и работата. Доколку детето не е способно да ги решава добиените задачи, кои ги бара оваа фаза, се јавува чувството на некомпетентност, обесхрабреност и индиферентност.
5. Фазата на идентитетот (од 12 до 20 години на животот). Карактеристични доблести за оваа фаза е доблеста на вредности, која би требало да биде темел на градба на постојано чувство за личен идентитет. Таа се исполнува како тенденција за стабилни врски во љубов, пријателство, следбеништвото и сл. Доколку негативно се решава кризата на идентитетот, односно доколку личноста не најде излез од неа, тогаш се јавува збрка, односно криза на идентитетот. Младите луѓе тогаш се несигурни во поглед на својот полов

[61]Erikson, 1964

идентитет, општествениот статус, своите социјални улоги, како и сопствените лични вредности воочите на другите.

6. Фаза на интимност (од 20-25 годинаод животот). Основната доблест на оваа фаза е љубовта, највисоката човечка вредност, која е резултат на поволниот исход од криза, а се исполнува во грижата, респектот и одговорноста кон саканата личност. Доколку дојде до неуспех во воспоставување на интимност, се јавува осаменост, празнини и доаѓа до нарцистичка преокупираност со самиот себе.
7. Фаза на плодност (25-65 година од животот). Седмиот стадиум на развој се протегнува преку целиот среден животен период. Се карактеризира со занимавање со различни видови на творештва, создавање на потомство, идеи и духовни производи. На потомството се пренесуваат културните добра, знаења, обичаи и верувања. Главната доблест е доблеста НЕГА, која се исполнува во грижата и посветеноста на другите, но, пред сè, на сопствените деца. Според Ериксон, негата е грижа и ширење на грижа за сè она што е создадено со љубов, неопходност или случајност, со негата се надминува амбиваленцијата и незаменливоста на обврските (Ериксон, 1964). Главната активност е подигнување и воспитување на децата и младите. Без овие активности, нема континуитет и напредок во општевството и културата.
8. Фаза на интегритет (од 65 година до смртта). Овој стадиум е сведување на животниот биланс и време на проценка на целокупниот сопствен живот, кој доаѓа после стекнување на доверба, независност, иницијатива, марливост, сопствен идентитет, достигнувања на интимност и творештво. Доколку поединците не достигнат интегритет, им се заканува чувство на промашеност, животен неуспех, деперонализација, страв, депресија и очај пред смртта. Даниел Левинсон во 1978 ја објавил сопствената теорија на втемелување на проучување на биографијата на возрасните личности.

Оваа теорија не посветува многу внимание на периодот на детството, туку се фокусира на развојните фази на возрасното доба. Развојот во возрасното доба, според него, се одвива по уреден ред, преку периоди на стабилност кои се сменуваат со периодот на транзиција. Во возрасното доба има три големи развојни фази: рано возрасно доба, средно возрасно доба, и касно возрасно доба. Во оваа теорија неодминливи се и транзитните периоди, помеѓу три основни периоди. Тоа се премин

од рано возрасно доба, премин на триесеттите години, премин на средината на животот т.е. педесеттите години и премин на доцнежната возрасна доба. Транзитните периоди трајат неколку години, иако траењето е индивидуално. Во секој преоден период личноста се проценува во која мерка се остварале целите од претходниот развоен период, со штое задоволна, а со што не е задоволна и што би можело да се промени, за да биде задоволна. Токму ова, средувањето на сметките сам со себе, претставува развој и е нужен услов за понатамошното созревање (Levinson, 1978). Периодот на рано возрасно доба се одвива помеѓу 17 и 22 година. За овој период е карактеристично постепено одвојување од примерното семејство и барање на своето место во светот на возрасните. Еден од битните задачи во оваа фаза е формирање на „сон“, кој се однесува на исполнување на некоја животна цел. Тенденцијата за остварување на оваа цел се вградува во структурата на животот на личноста, а како нешто на кое мора да се настојува за да се соочува со чувството на смисла на живот и сестраност.[62] Во периодот на средното возрасно доба е доминантен процесот на индивидуализација. Основата развојна задача се состои од преиспитувања на спротивностите, кои дотогаш постоеле во сфаќањето на животот и нивната реинтеграција и помирување. За непречено одвивање на индивидуализацијата, од пресудно значење е овие спротивности да се помират не само на когнитивно, туку и на длабоко личен план, со што се овозможува неопходната промена на текот на животот. Една од спротивностите е младоста наспроти староста. Човекот се чувствува дека периодот на младост му заминува и чувствува дека периодот на младоста ќе биде заменет со период на стареење. Во овој период доаѓа до преиспитување на спротивностите помеѓу мускулноста и феминоста, каде мажите и жените во овој период полесно излегуваат од стереотипните полови улоги кои се порано прифатени. Кризата на средните години често се исполнува преку обидите на правење промени во животот, па честите промени и напуштањето на работата, разводи на бракови и барање на нов партнер, промена на животниот стил и опкружување.

Човекот тука се соочува со губење на драги личности, како децата кои растат и се осамостојуваат, исчезнување на возбодувањето во брачните односи и што е најзначајно, со сопствената минливост. Најдраматичните исполнувања на оваа криза се согледуваат во автодеструктивните однесувања, како што е посегнување поразни пороци, како алкохол, лекови или други облици на зависно однесување. Луѓето бараат

[62]Levinson, 1978

утеха во прекумерната работа, а некогаш во страдање и паѓање во состојба на апатија и депресија или зголемена агресивност. Единствено конструктивно соочување со кризата е всушност прифаќање на неминовноста на стареењето и сфаќање на тој процес како шанса за поинакви нови облици на самореализација. Околу 60-те години на животот започнува доцното возрасно доба. Доколку личноста безуспешно се соочува сама со себе и се прилагодувала на целните можности, во староста ќе се чувствува нереализирано, незадоволно и ќе биде свесна дека нема време било што да промени. Личностите со овие особености, слично како и Ериксоновите, се очајни стари луѓе, кои не сакаат да го прифатат сопственото конечно постоење и смрт.

4.РЕЛЕВАНТНИ ЕМПИРИСКИ ИСТРАЖУВАЊА

Едни од поновите емпириски студии кои се однесуваат на овој вид на проблематика се направени на поголема популација и кај испитаници кои боледуваат паралелно од повеќе хронични заболувања. Едно од специфичните влијанија на хроничните заболувања врз нарушувањето на менталното здравје, меѓу другото, е истражувањето спроведено во 2010 година, од старна на Rothrosk, Hays I Spitzer. Ова истражување не се однесува само на резултатити со кои се отсликуваат менталните нарушувања кај пациентите со една или две хронични заболувања, туку со повеќе.

Истражувачките студии на Thommasen i Zhang во 2001 година потврдиле дека растечкиот број на постоечки хронични заболувања претставува силен предвидувач на слабиот квалитет на живот поврзан со здравствената состојба. Според резултатите од ова истражување, менталното здравје, самоперцепцијата на испитаникот за деновите кога не се чувствува добро, здравствената состојба, социјалното функционирање итн., се должи, меѓу другото, на појавата на хроничните заболувања.

Истражувањата на Wang, Beyer, Gensichen i Gerlach од 2007 година говорат за нагласеноста на влошувањето на квалитетот на живот кај оние испитаници кои страдаат од некое хронично заболување, кое меѓу другото, се однесува на доменот на намален квалитет на живот, во кој спаѓа и депресијата. Според овие истражувања, квалитетот на живот е особено намален, доколку станува збор на мултиморбидитет.

III. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1.ПРЕДМЕТ И ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Предмет на ова истражување е испитување на нивото на менталното здравје и квалитетот на живот кај возрасни испитаници кои имаат дијагностицирано хронични заболувања, во однос на оние испитаници кои не боледуваат од наведените болести во истото возрасно доба.

1.1. ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Општата цел на истражувањето е да се испита менталното здравје и квалитетот на живот на болните од хронични соматски болести и припадниците на општата популација. Освен општата цел, постојат и специфични цели на истражувањето кои се прикажани во продолжение на овој текст.

- Да се истражи нивото на менталното здравје кај заболените од хронични соматски болести и припадниците на општата популација;
- Да се испита присуството на депресивност, анксиозност и стрес кај заболените од хронични соматски болести и припадниците на општата популација;
- Да се истражи поврзаноста на различни аспекти на квалитетот на живот, благосостојба и застапеност на симптомите на депресивност, анксиозност и стрес на целиот примерок и во секоја подгрупа;
- Да се испита дали постојат статистички значајни разлики во квалитетот на живот, благосостојба и присуството на симптомите на депресивност, анксиозност и стрес помеѓу заболените од хронични соматски болести и припадниците на општата популација,
- Да се испита дали постојат статистички значајни разлики помеѓу групите во поглед на квалитетот на живот, благосостојба и присуството на анксиозност, депресивност и стрес во однос на општите/социо-демографски варијабли (пол, образование, брачен статус, место на престој, материјална состојба, вработеност);
- Да се истражи дали постојат статистички значајни разлики помеѓу групите во поглед на квалитетот на живот, благосостојба и присуство на анксиозност,

депресивност и стрес во однос на здравственото однесување (редовна контрола, физичка активност).

- Да се истражи дали постои статистички значајна разлика во поглед на квалитетот на живот, благосостојба и присуство на анксиозност, депресивност и стрес, во зависност од должината на траење на болеста кај болни од хронични соматски заболувања.

1.2..ЗАДАЧИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Научниот придонес на ова истражување се состои од студии за проучување на возрасното доба, како најдолг период од животот на човекот. Добиените резултати од ова истражување можат да придонесат за изработка на програми со кои ќе се цели кон препознавање, процесуирање и спречување на менталните заболувања. Со ваквиот пристап на современо делување во здравствената сфера сосема е оправдано да се очекува подобрување на квалитетот на живот, благосостојба, како и за осмислување на програми на превенција на анксиозност, депресивност и стрес кај хроничните болни.

Ако ги земеме предвид големите промени во начинот и ритамот на живот, денес стручњаците кои се занимаваат со изучувањето на здравјето и благосостојбата на поединецот, семејството и општеството во целина, имаат предвид дека грижата за менталното здравје станува сè поголем приоритет. Тоа се јавува и како резултат на намалувањето на животниот век на пациентите кои имаат сериозни хронични заболувања и кои не можат сами да се справат со напливот на бројните симптоми на ментални заболувања, кои за значително краток временски перид го еродираат севкупниот квалитет на живот. Добиените резултати можат да претстават појасна слика и да придонесат во разбирањето на менталното здравје и квалитетот на живот на овие хронично болни, во насока на делување поради ублажување на нивните тегоби, како и давање на насоки со активен став кон животните потешкотии во насока на реализација на сопствените вредности и капацитети.

1.3. ПРИДОНЕС НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Со истражувањето коешто е спроведено во овој труд, сакам да ја нагласам важноста на дијагностицирањето на хронични заболувања кај пациенти на возраст од 40 до 65 години, врз нарушувањето на нивното ментално здравје. Освен податоци дека

оваа проблематика, особено во Источниот регион на државата, не е доволно третирана од истражувачки аспект, од една страна, и важноста на имплементација на посовремени програми за третман на ваков вид испитаници, кои гравитираат во Штипскиот Клинички центар, моја инспирација за ова истражување е секојдневниот контакт со хронични болни лица, кај кои е констатирано кардиоваскуларно заболување или заболување од дијабетис. Овие лица манифестираат драстично намалување на квалитетот на живот многу брзо по добивањето на информацијата дека боледуваат од хронично заболување. Следењето на светските трендови во областа на здравството, особено во превентивниот негов дел во сегментот изготвување на програми за превенција, освен целокупното македонско здравство, го тангира и Штипскиот Клинички центар. Иако скромно, сепак ова истражување би сакала да биде еден сегмент од истакнувањето на потребата да се направи нешто повеќе со цел да се подобри и квалитетот на пациентите кои спаѓаат во овие две групи на хронични заболени од кардиоваскуларни заболувања и дијабетис. Современиот начин на живот ја пресликува светската статистика од загрижувачки размери за порастот на бројот на овие хронични пациенти. На локално и регионално ниво, исто така судејќи според процентуалната застапеност на хронично болни во Штипскиот Клинички центар, се бележи пораст на пациентите со кардиоваскуларни заболувања и дијабетис. Сметам дека потребата за нови емпириски истражувања во оваа област ќе придонесат за развој на теоретскиот пристап, кој ќе го следи светскиот тренд за модификација на третманот на менталното здравје кај овие пациенти. Исто така, сознанијата од ова истражување би сакала да послужат за воведување на програми за развој на стратегии кои ќе го намалат негативниот ефект врз менталното здравје на хроничните пациенти. Самиот факт дека истражувавме повозрасна популација, која сепак е значаен сегмент во општеството и сè уште работоспособна, со изготвувањето на вакви програми за превенција од ментални нарушувања поради хронични болести, би значело и намалување на трошоците за хоспитализирање, пациентите во иднина би добиле соодветна едукација и третмани во домашни или здравствени услуви, со што би се избегнале многу причини за отсувствување од работа, боледувања и нарушувања на приватниот и професионалниот живот на испитанците.

1.4.ДЕФИНИРАЊЕ НА ПРОБЛЕМОТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Од претходно изнесените податоци за менталните нарушувања кај испитаници со хронични заболувања кои гравитираат во Штипскиот Клинички центар од

општините Виница, Кочани и Штип, може да се изведе општиот проблем, којшто ќе биде разгледуван во ова истражување.

Дали постои разлика помеѓу менталното здравје на популација од 40 до 65 години помеѓу испитаници кои боледуваат од хронични заболувања (кардиоваскуларни заболувања и заболувања од дијабетис) во однос на испитаници кои се на иста возраст, но немаат дијагноза на хронични болести.

Напоменавме дека предмет на ова истражување е да се испита нивото на менталното здравје и квалитетот на животот на пациентите со хронични/заболувања во зрелата возраст, во споредба со оние кои не страдаат од овие болести на иста годишна возраст.

Променливи и инструменти

Депресија, анксиозност и стрес се променливи кои се мерат со инструментот ДАСС-21 (Lovibond & Lovibond, 1995). Овој инструмент се состои од три супскали, вклучувајќи: депресија, анксиозност и стрес. Вкупен број на точки на инструментот е 21.

Инструментот прашалник SF-36

Депресијата е ментално растројство, чии основни карактеристики на промени во расположението, депресија, недостаток на радост, сензуална празнина, апатија, губење на интерес и мноштво на физички заболувања (Hautzinger, 2002). Скалата за депресија се состои од предмети со кои ќе се оценат основните аспекти на депресија: безнадежност, губење на интерес, негативен став кон себеси и животот.

Одредени делови на скалата се опфатени со различен број на прашања и се во согласност со критериумите на психометриска сигурност и валидност. Одговорите од страна на испитаниците се кодирани така што подобрите резултати укажуваат на подобро здравје на сите нивоа, со исклучок на скалата која оценува присуство и дејство на мешање со телесна болка, каде што повисок резултат означува поголемо присуство на физичка болка. Crombie-алфа областа на физичкото функционирање надминува 0,90, другите домени се поголеми од 0,80, освен за домен со 0,76 социјално функционирање. Тест - 0,73-0,96 (Вер, Kosinski & Gendek, 1993).

Присуството на хронична болест е управувана од страна на променлива, користејќи две категории на пациенти (хронични соматски заболувања, или без хронични соматски заболувања). Пациентите со хронични соматски заболувања најчесто ги наведуваат кардиоваскуларните болести и дијабетесот.

Прашалникот за собирање на социо-демографски варијабили, кој е создаден за ова истражување, во себе ги содржи социо-демографските карактеристики кои се најчести во претходните студии, а се поврзани со менталното здравје, квалитетот на животот и благосостојбата.

Образование - Оваа променлива е регистрирана така што испитаниците го запишаа нивниот степен на образование (основно, средно и високо).

Брачен статус - Оваа променлива е регистрирана така што испитаниците заокружуваа еден од четирите броеви со кои ја означуваа брачната состојба (еден / една, брак, разведена, вдовица / вдовец).

Материјален статус - Оваа променлива е регистрирана, така што испитаниците заокружуваа еден од броевите кои се во согласност со нивното самооценување за степенот на нивната материјална состојба (ниско, средно, високо).

Статус на вработување - Оваа променлива е регистрирана така што испитаниците заокружуваа еден од броевите кои се во согласност со нивното самооценување за статусот на вработеност: вработени во јавна установа (имам решение за неопределено време), вработени во државна институција (јас имам решение за многу кратко време), вработени во приватна фирма (имам свој бизнис), вработени во приватна фирма (јас работам во друга), не работат никаде (во пензија). На крај, бројот на категории е намален на три: вработени, невработени и пензионери.

Траењето на болеста - променливата е регистрирана преку начинот на кој субјектите запишуваат информации за тоа кога за првпат кај нив е дијагностицирана хронична болест.

1.5.ИСТРАЖУВАЊЕ И ХИПОТЕЗИ

Врз основа на целите на истражување и преглед на литературата, можат да се постават следниве хипотези:

1. Постои статистички значајна разлика во нивото на ментални заболувања помеѓу пациентите кои страдаат од хронични соматски болести и контролната група испитаници.

Проценка на нивото на заштита (емоционални, психолошки и социјални) кај хронично болните пациенти сè повеќе добива на значење. Причината за ова е хронична болест со своите физички и психосоцијални аспекти често има негативно влијание врз благосостојбата. Затоа е разумно да се претпостави дека постои разлика во степенот на просперитет меѓу двете групи, каде што поголем просперитет се очекува кај пациенти кои не страдаат од хронична соматски болести.

2. Имаше статистички значајна разлика во нивото на симптомите на депресија, анксиозност и стрес помеѓу пациентите кои страдаат од хронични соматски болести и контролната група испитаници.

Бројни студии го имаат потврдено присуство на депресија, анксиозност и стрес кај пациенти со хронична соматски болести. Поголемо присуство на депресија, анксиозност и стрес, се очекува кај пациенти со хронична соматски болести.

3. Постои статистички значајна разлика во квалитетот на животот (аспект) помеѓу пациентите со хронична соматски болести и контролната група испитаници.

Бројни студии покажуваат дека повеќето хронични соматски болести значително влијаат на физичката компонента на квалитетот на животот. Затоа, ние очекуваме статистички значајна разлика во однос на квалитетот на животот кај пациентите со хронични болести, во споредба со општата популација. Понизок квалитет на живот, се очекува исто така кај пациентите со хронични болести.

4. Постои статистички значајна позитивна корелација помеѓу различните аспекти на квалитетот на живот и благосостојбата.

Постои поврзаност, но и разлики помеѓу концептот на одредени аспекти на квалитетот на живот и благосостојба, задоволство од животот, функционална и здравствена состојба, што е главна област која бара понатамошни истражувања (Кан, 2004). Природата на односот помеѓу субјективните и објективните домени на квалитетот на животот е таква што тие се поврзани едни со други, а се очекува дека оваа корелација ќе се утврди со ова истражување. Секоја димензија е предмет на

влијанието на надворешните фактори преку серија - збир на биолошки, социјални и материјални ресурси, возраст, развој, вработување, економски варијации.

5. Постои статистички значајна негативна корелација помеѓу аспектите на квалитетот на животот и благосостојбата, од една страна, и депресивното присуство, анксиозност и стрес, од друга страна. Досега, голем број на објавени студии укажуваат на пронајдената врска помеѓу квалитетот на живот и депресијата. Врската помеѓу анксиозноста и квалитетот на животот е малку проучуван феномен, иако голем број на луѓе страдаат од овие болести. Иако не постои консензус дека квалитетот на животот на овие луѓе е помал во однос на здравата популација, не постои договор за степенот на намалување на квалитетот на животот. Истражувачите откриле намалување на квалитетот на животот во различни видови на анксиозни растројства (Medlowicz и Штајн, 2000). Стресот предизвикува силно влијание врз телото, што може да биде психолошки и физиолошки.

6. Постои статистички значајна разлика во однос на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес, во зависност од општите социо-демографски карактеристики (пол, образование, брачен статус, финансиска состојба, работен статус).

Теоретичарите во шеесеттите години претпоставувале дека за да се оцени квалитетот на животот е доволно да се познаваат социо-економските услови (Brajkovic, 2010). Наскоро станало јасно дека не можеме да го проучуваме квалитетот на животот без субјективните фактори. Уште не се утврдени резултати во врска со овие претпоставки, бидејќи обично се истражувани само социо-демографските фактори. Во повеќето студии, збогатени со субјективизам, доминираат родовите разлики во квалитетот на животот, а во некои други пак, е констатирана негативна корелација помеѓу возраста и квалитетот на животот (Вулетиќ, 2004; Мартинс, 2005 година, според Lučev, 2008). Во однос на брачниот статус, студиите покажуваат дека повеќето луѓе кои се во брак имаат подобар квалитет на живот од самците. Пообразованите се позадоволни со своите животи од помалку образованите (Cummins, 2003).

7. Постои статистички значајна корелација помеѓу квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес и траењето на болеста.

Квалитетот на животот и благосостојбата во однос на должината на болеста не се единствени. Во повеќето студии, овој однос не е воспоставен. Сепак, со оглед дека времетраењето на хроничните болести е долго, и тие често се придружени со други болести, се претпостави дека меѓу должината на болеста и квалитетот на животот и благосостојбата може да се најде негативна корелација со анксиозност, депресија и стрес.

8. Врз основа на присуството на нивото на депресија, анксиозност и стрес е индексот на телесна маса, а според траењето на болеста, социодемографски е можно да се предвиди нивото на благосостојбата на пациентите кои страдаат од хронични соматски болести.

Овде е потврдена претпоставката дека целокупното ниво на просперитет ќе биде пониско кај пациенти со хронични соматски болести, во споредба со општата популација.

1.6.ВАРИЈАБЛИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. **Независна варијабла во истражувањето**

Депресивноста, анксиозноста и стресот, кои се показатели на нивото на менталното здравје, се варијабли во ова истражување, кои во текот на обработката се мерени со помош на инструментот DASS-2. Овој инструмент се состои од три супскали, и тоа депресија, анксиозност и стрес. Во инструментот вкупниот број на ставки изнесува 21.

Оваа варијабла се спроведува со помош на две категории (заболени од хронични соматски болести и оние кои не се заболени од наведените болести). Хроничните соматски болни во ова истражување ја опфаќаат и категоријата на личности заболени од кардиоваскуларни заболувања и дијабетис.

Зависни варијабли

Благосостојба

Во истражувањето за благосостојбата се користат два типа на инструменти - глобален и специфичен. Варијаблата благосостојба е мерена со помош на Скалата на

континиумна менталното здравје, кратката верзија (MHC-SF, Keyes, 2009). Оваа скала е составена од 14 прашања. Високите скокови покажуваат висок степен на благосостојба. Емотивната благосостојба ја мерат скоковите од 1 до 3 прашање, социјалната благосостојба ја мерат скоковите од 4 до 8 прашање, психолошката благосостојба ја мерат скоковите од 9 до 14 прашање.

Квалитетот на живот

Оваа варијабла е мерена со помош на Прашалникот SF-36.[63] Ова е познат и често применуван прашалник за самопроцена на здравствената состојба, кој се состои од 36 прашања.

Релевантни варијабли

Пол на испитаниците, претставува оранизмичка вабријабла, што ја одредува припадноста на испитаникот кон машкиот или кон женскиот пол. Оваа варијабла е регистрирана на тој начин што испитаниците во прашалникот ја заокружуваа буквата која го означуваше нивниот пол.

Години на старост - возраста како демографска карактеристика ги вклучува испитаниците во категоријата од 40 до 65 години.

Оваа варијабли е регистрирана на тој начин што испитаниците ги запишуваат навршените години.

Понатаму следат варијаблите:

Степен на образование, што се однесува на последното достигнато ниво на образование на испитаниците и според тоа се поделени во три групи, со основно, средно и високо образование.

Брачен статус е демографска карактеристика, според која испитаниците се поделени во категорија - брак, самци, разведени, вдовец.

Материјална состојба претставува карактеристика која ја отсликува материјалната состојба на испитаниците, која може да биде ниска, средна и висока.

Работен статус, оваа компонента се однесува на тоа дали испитаниците се во работен статус, на определено или неопределено време, во државна или приватна фирма.

[63]Ware, Snow, Kosinski & Genddek, 1993

1.7. МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Во текот на истражувањето како општ истражувачки метод се јавува неекспериментално, корелационо испитување. За прибирање на податоците е користена самоописна техника, по пат на интернет-податоци од релевантни истражувања по пат на прашалници, на кои одговараат испитаниците со давање на одговори преку заокружување на една од неколкуте понудени опции или со запишување на податоци кои се барани од нив. Тука како цел на истражувањето се јавува утврдувањето на степенот на поврзаност помеѓу две или повеќе појави, ќе се направи статистичка анализа на поврзаноста помеѓу две или повеќе појави. Исто така, извршена е и статистичка анализа на поврзаноста на независните варијабли врз зависната варијабла и ќе се утврди степенот на поврзаност. За таа цел, како инструмент во истражувањата се користени анкетни листови и прашалници.

За сеопфатно проучување на за даденото прашање во програмата за психолошко истражување, беа вклучени прашалници на кои испитаниците анонимно даваа одговори, откако претходно им беше објаснето дека резултатите од истражувањето ќе се користат за научни цели и менталното здравје на пациентите кои немаат хронични заболувања.

1.7.МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ

1.Прашалник за социо-демографски податоци

Составен е од тринаесет прашања кои опфаќаат повеќе податоци за испитаниците, како што се: пол, место на живеење, едукација, брачна состојба, финасиска состојба, здравствена состојба (дали страдаат од хронично заболување или не), дали посетуваат редовни контроли итн.

Прашалник SF-36

Истражувањето на променливи се операционализираше со помош на инструменти SF-36 (Вер, снег, Kosinski & Gendek, 1993), кој го мери субјективното чувство за здравјето преку осум области на здравје,

ФОРМА ДАСС-21 скратена верзија

Кратка верзија на скалата, која мери депресија, анксиозност и стрес (Lovibond & Lovibond, 1995).

ОБРАЗЕЦ MHC-SF - кратка верзија

Скала за благосостојба (скратена верзија), која мери три компоненти на позитивното ментално здравје: емотивно, ментално и социјално (Киз, 2009).

1.8. ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК

Испитанците во ова истражување се од Источниот регион на Република Северна Македонија. Со истражувањето беа опфатени пациенти од општините Штип, Кочани и Виница. Вклучените испитаници во истражувањето беа по случаен избор и истите се анкетирани во просториите на штипската приватна здравствена ординација „Д-р Златко Стојменов“, ПЗУ „Д-р Калина“ од Кочани и Здравствениот дом во Виница. Испитаниците од трите општини гравитираат здравствено во Клинички центар Штип. Истражувањето е спроведено во периодот од септември 2019, до февруари 2020 година. Во истражувањето беа вклучени вкупно 215 испитаници, од кои 107 пациенти со хронични соматски заболувања и 108 пациенти од контролната група. Испитаниците од контролната група се пациенти кои не боледуваат од хронични соматски заболувања и кои гравитираат во Клиничкиот центар Штип за полесна селекција и учество во ова истражување на пациентите од контролната група ни помогна официјалната соработка со м-р Марина Шуманска.

Во општото упатство, испитаниците се замолени внимателно да ги прочитаат прашањата и да одговорат на секоја ставка. Испитаниците беа запознаени со тоа дека пополнувањето на анкетите е анонимно и дека не е потребно било каде да ги впишуваат сопствените личните податоци.

1.9.ПОСТАПКА НА ПРИБИРАЊЕ НА ПОДАТОЦИТЕ

Прибирањето на податоците се спроведе на планираните здравствени ординации, во согласност со самите испитаници и здравствените работници. Тестовите беа зададени на пациентите при нивната посета на матичните лекари, во склоп на работното време на ординациите и Штипскиот Клинички центар. Здравствените работници, како и пациентите, беа информирани дека собирањето на тие податоци е за

научни цели, дека е комплетно анонимно, дека им е загарантирана потполна дискреција и тоа нема негативно да се одрази на кој било начин врз нив. Прво беше зададена листата со основни демографски карактеристики, коишто требаше да ја пополнат, потоа останатите тестови за испитување на нивото на менталното здравје, за хроничните заболувања, за квалитетот на живот и благосостојба.

3.10.СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИ

Податоците добиени во ова истражување се обработени во статистичкиот пакет SPSS 20. Притоа се користени следните постапки:

- За утврдување на степенот на изразеноста на варијаблите во примерокот за испитување, се користени дескриптивните статистички показатели (фреквенција, проценти, кумулативни проценти, аритметичка средина и стандардни девијации).
- За утврдување на интензитетот и типот на поврзаноста помеѓу варијаблите е користен коефициентот на Пирсон, познат како коефициент на линеарна корелација, а за утврдување на степенот во кој предикторските варијабли предвидуваат критериумски, користена е постапката на регресиона анализа.
- За утврдување на значајностите на добиените разлики помеѓу групите е користен т-тест и АНОВА.

Добиените податоци од ова истражување беа подложени на пресметка со цел да се добијат поединечни скорови за секоја димензија и за секоја супскала од дадените скали и прашалници за секој испитаник. Потоа е направена подготовка на податоците за обработка со сатистичката програма SPSS. Добиени се аритметички средини проценти и фреквенции, стандардно отстапување, како и скор на т-тест за утврдување на значајноста на разликите помеѓу аритметичките средини од споредваните групи коишто се представени соодветно на APA-стандардите.

IV. РЕЗУЛТАТИ

1. РЕЗУЛТАТИ ЗА МЕТРИСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ НА ИНСТРУМЕНТИТЕ

Во однос на мериските карактеристики, со помош на користените скали е пресметан скорот за одредување на релијабилноста на секоја од поединечните димензии на скали коишто се претставени во Табела 1.

1. Прелиминарни анализи на веродостојноста на скалата и дескриптивните показатели

Овие коефициенти се пресметуваат за целиот примерок и тоа одделно за хронично болните и оние кои не страдаат од хронични заболувања (види Табела 1.).

Табела 1: Дескрипитивни показатели на користените скали

	Хр0онично болни			Без хрон. Заболувања			Цел примерок		
	Мин-Макс	АС	СД	Мин-Макс	АС	СД	Мин-Макс	АС	СД
Телесна болка	2-11	2,86	2.19	2-9	2.05	1.70	2-11	2.45	1.05
Општо здравје	5-21	6.2	1.47	9-23	8.15	1.29	5-23	7.20	3.39-
Виталност	4-24	7.163	1.67	9-64	8.42	2.34	4-64	7.81	2.14
Ментално здравје	9-30	10.08	1.43	8-30	10.53	1.666	8-30	10.31	1.57
Соц. функционирање	2-10	3.57	0.90	4-10	4.00	0,83	2-10	3,79	0.89
Огран. поради емоц. тегоби	3-6	2.23	0.61	3-6	2.86	0.50	3-6	2.47	0.60
Огран. поради физ. тегоби	4-8	2.76	0.75	4-9	3.62	0.50	4-9	1.06	0.80
Физичко функционирање	10-30	11.21	2,11	16-30	13.27	3.37	10-30	12.27	2.16
Емоционална	3-18	6.52	1.340	3-18	7.03	1.37	3-18	6.780	1.38

благосостојба									
Социјална благосостојба	5-30	8.55	2.73	5-30	9.73	2.76	5-30	9.15	2.81
Психичка благосостојба	6-36	13.72	52.85	6-36	14.24	2.81	6-36	13.99	2.79
Вкупна благосостојба	14-80	28.79	5.91	22-84	30 97	5.58	14-84	29.92	5.85
Дас – стрес	0-18	4.74	3.46	0-18	2.90	1.57	0-18	3.88	1.85
Дас - анксиозност	0-18	3.65	1.83	0-19	2.04	3.11	0-19	1.87	1.87
Дас - депресивност	0-16	2.67	1.63	0-16	1.73	1.54	0-16	2.19	1.65

АС - Аритметичка средина; СД - Стандардна девијација.

Ако ги погледнеме подетално описните индикатори за субпримерокот на хронично болните пациенти, станува очигледно дека добиената аритметичка вредност е повисока од теоретскиот просек. Единствен исклучок претставуваат показателите за квалитетот на социјалните функционирања и благосостојба, кои се малку повисоки од теоретскиот просек, како и ограничувањата поради физички болести, кои покажуваат пониски резултати од тероетскиот просек.

Разлики во односот меѓу хроничните болни и групата без хронични соматски заболувања се предмет на тестирање во соодветни хипотези и овие резултати ќе бидат презентирани.

2.ДЕМОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

Во овој дел се претставени демографските карактеристики, односно основните карактеристики на испитаниците коишто се вклучени во ова истражување. Во примерокот се вклучени 215 испитаници. Поради специфичноста на самата работа, беше доста тешко да се формира примерок со случаен избор на испитаниците, односно запазување на принципите на рандомизација. Токму поради тоа беше употребен пригоден примерок, при што беа вклучени испитаници од здравствени ординации коишто му беа најдостапни на истражувачот, по принцип на блиска соработка и

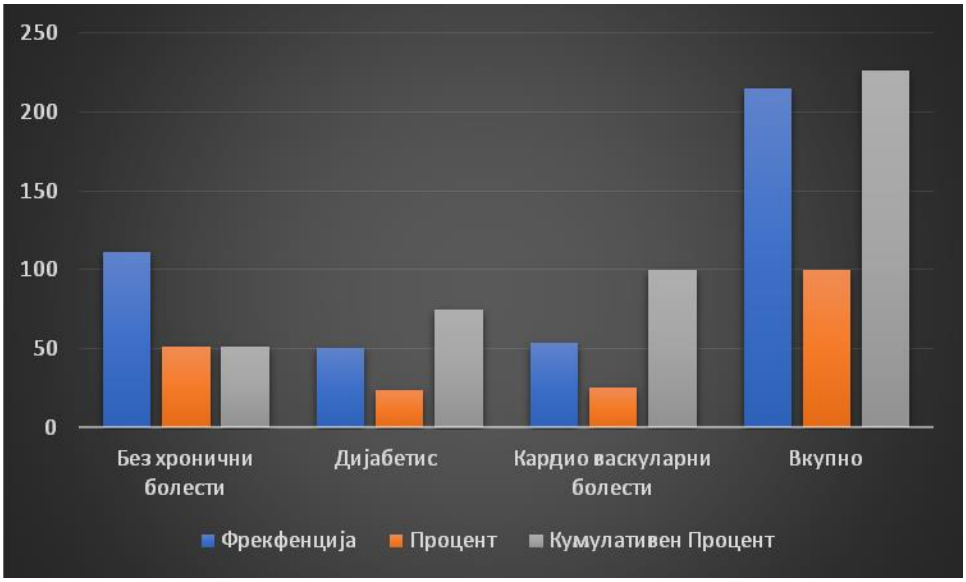
комуникација со нив. Испитаниците што разбраа за целта на ова истражување, самите изразија добра волја да ги пополнат прашалниците. Застапеноста на испитаниците врз основа на здравствената организација и матичниот лекар, каде се обраќаат, е претставено во табелата во продолжение.

Табела 2: Демографски карактеристики на испитаниците според здравствената ординација во која ги користат услугите на примарното здравство

Здравствена ординација	**фреквенција**	**%**
ПЗО „Д-р Златко Стојменски “	**120**	**55,8 %**
ПЗО „Д-р Калина“	**63**	**34,1%**
Здравствен дом Виница	**32**	**14,8%**

Табела 3: Демографски карактеристики на испитаниците според хроничните заболувања. Структура на примерокот на испитаници со хронични болести во однос на контролната група

Хронична болест	Фрекфенција	Процент	Кумулативен Процент
Без хронични болести	108	51.4	51.4
Дијабетис	50	23.3	74.7
Кардиоваскуларни болести	54	25.3	25.3
Вкупно	215	100	100

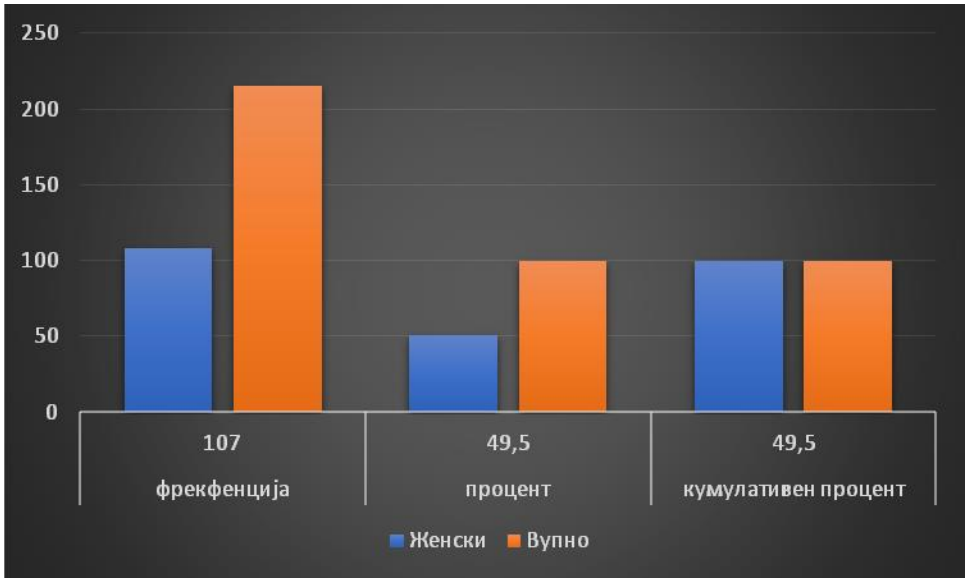


Графикон 1: Структура на примерокот на испитаници со хронични болести

Од табелата можеме да согледаме дека во ова истражување учествувале 96 личности од машки пол, односно 49,5% од вкупниот примерок и 119 личности од женски пол, односно 50,5 % од вкупниот примерок. Разликата во структурата според полот е незначителна и изнесува 1,2% во корист на личностите од женски пол.

Табела 4: Демографски карактеристики на испитаниците според полот

Пол	фрекфенција	процент	кумулативен процент
Машки	96	49,5	49,5
Женски	119	50.5	50,5
Вупно	215	100	100

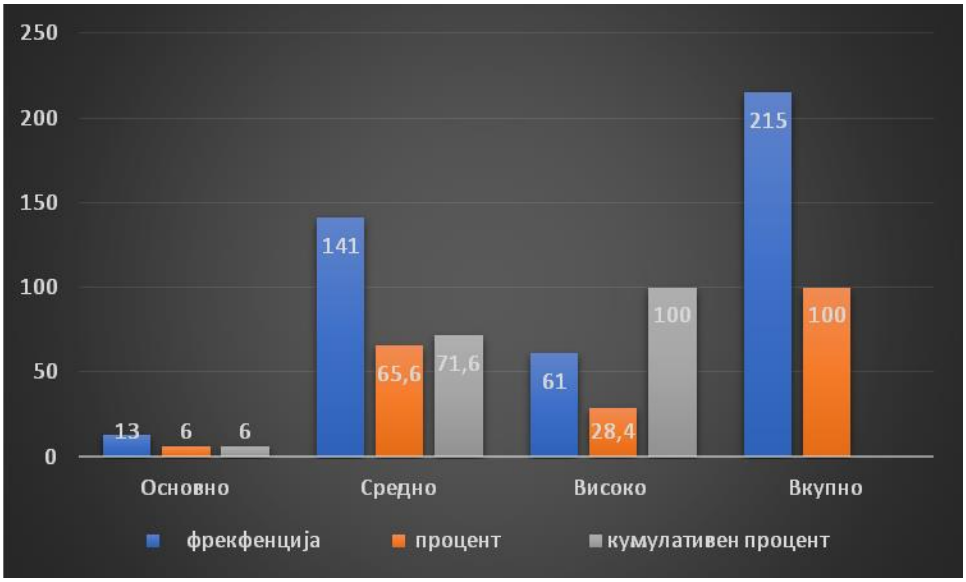


Графикон 2: Структура на примерокот според пол

Сите испитаници во ова истражување припаѓаат на возрасните групи на средното и возрасното доба, а тоа е возраста од 40 до 65 година од животот.

Табела 5: Демографски карактеристики на испитаниците според нивниот степен на образование

Образование	фрекфенција	процент	кумулативен процент
Основно	13	6	6
Средно	141	65.6	71.6
Високо	61	28.4	28,4
Вкупно	215	100	100

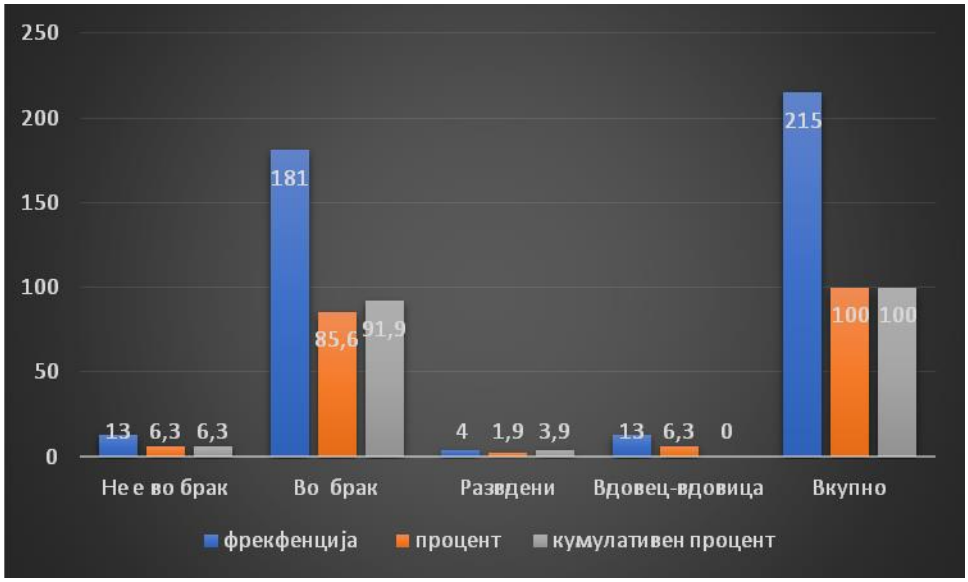


Графикон 3: Структура на примерокот според степенот на образование

Од податоците опфатени со табелата, согледуваме дека во истражувањето примерокот е составен од 13 лица кои не се во брак или 6,3%. Истиот број на испитаници имаат статус на вдовец/вдовица (13 или 6,3%). Во брачна заедница имаше најголем број на испитаници, поточно 183 или 85,6 %. Најмала застапеност имаше на испитаниците кои се разведени, т.е. 8 или 1,9 % од примерокот.

Табела 6: Демографски карактеристики на испитаниците според брачната состојба

Брачен статус	фрекфенција	Процент	кумулативен процент
Не е во брак	13	6.3	6.3
Во брак	181	85.6	87,4
Развдени	4	1.9	3.9
Вдовец-вдовица	13	6.3	6.3
Вкупно	215	100	100



Графикон 4: Структурата на примероот според брачниот статус

Сопствената материјална состојба како ниска ја проценуваат вкупно 22 испитаници, што сочинува 9,6% од примерокот. Најголем број на испитаници, т.е. 181 сопствената материјална состојба ја проценуваат како средна, што претставува 87% од примерокот. Најмалиот број на испитаници, т.е. 7 или 3 % од примерокот, сопствената материјална состојба ја оценуваат како висока.

Табела 7: Демографски карактеристики на испитаниците според нивната материјална состојба

Материјална состојба	фрекфенција	процент	кумулативен процент
Ниска	11	10	10
Средна	94	87	97
Висока	3	3	3
Вкупно	215	100	100

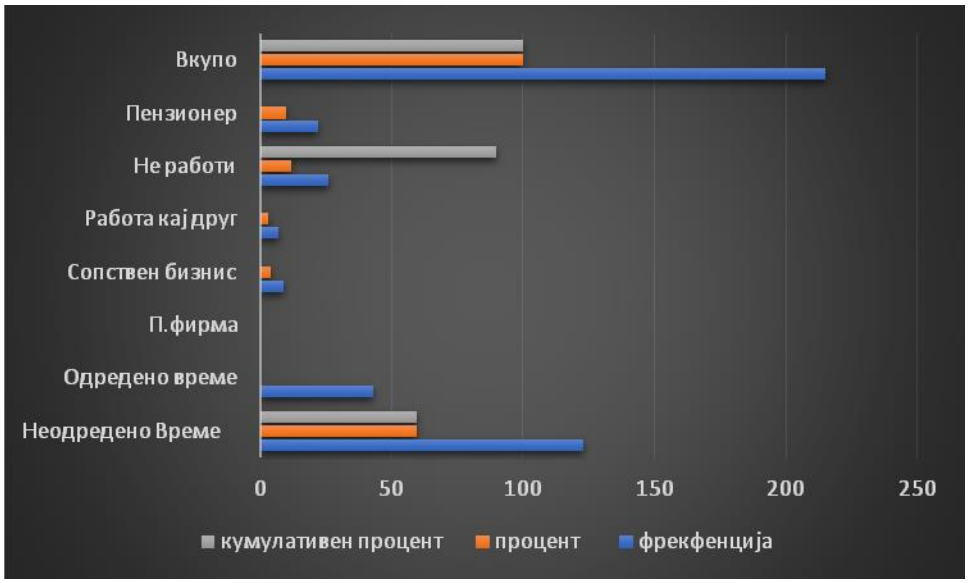


Графикон 5: Структура на примерокот според материјалната состојба

Што се однесува до работниот статус, најголем број на испитаници во истражувањето, поточно 128 или 59,8% се вработени во државни институции и имаат решенија на неодредено време, 23 испитаници или 10,5% од испитаниците се вработени во државна установа и имаат решение за постојан работен однос, 9 испитаници, или 4,2% се вработени во приватна фирма или имаат сопствен бизнис. Најмалиот број на испитаници во примерокот, поточно 7 или 3,3 % работат за други во приватна фирма, 26 испитаници или 12,1 % не работат никаде, додека 22 испитаници или 10,2 % имат статус на пензионери.

Табела 8: Структура на примерокот според нивниот работен статус

Вработеност	фрекфенција	процент	кумулативен процент
Неопределено Време	123	59,8	59,8
Одредено време	43	10,5	70,2
П.фирма	0	0	0
Сопствен бизнис	9	4.2	74,4
Работа кај друг	7	3.3	77,7
Не работи	26	12.1	89.8
Пензионер	22	10.2	/
Вкупно	215	100	100



Графикон 6: Структура на примерокот според работниот статус

2.2.РЕЗУЛТАТИ ОД ТЕСТИРАЊЕТО НА ХИПОТЕЗИТЕ

2.1.Резултати што се однесуваат на менталното здравје на испитаниците преку манифестација на симптоми на депресија, анксиозност и стрес.

Хипотеза 1 - Постои разлика на менталното здравје помеѓу испитаниците кај кои е дијагностицирано хронично заболување и контролната група испитаници. Во врска со првата хипотеза, имавме очекување дека ќе се добијат резултати кои ќе покажат постоење на статистички значајна разлика во нивото на присуство на симптоми на депресија, анксиозност и стрес кај пациенти со хронични заболувања и контролната група. При истражувањето се појави статистички значајна разлика во нивото на симптомите на депресија, анксиозност и стрес помеѓу пациентите кои страдаат од хронични соматски болести и контролната група.

Со цел да ја тестираме ова хипотеза, го спроведовме т-тестот, со резултати прикажани во табелата во продолжение.

Табела 9: Т-тест значење на разликите помеѓу пациентите кои страдаат од хронични болести и контролната група во однос на нивото на анксиозност, депресија и стрес

	АС		СД				
	Х	К	Х	К	t	df	Р
Стрес	9.48	6.15	3.48	6.15	10.44	428	**.000**
Аксиозност	7.31	4.08	3.67	3.11	9.865	428	**.000**
Депресивност	5.34	3.47	3.26	3.10	6.120	428	**.000**

Х-хронични соматски болни; К-Контролна група

Според добиените податоци, кои се прикажани во табелата, хипотезата е потврдена, бидејќи резултатите од студијата покажале дека луѓето со хронични болести (дијабетис и кардиоваскуларни заболувања) имаат поизразени резултати на сите три нивоа, во споредба со контролната група. Резултатите покажуваат дека постојат статистички значајни разлики во однос на депресија, анксиозност и стрес, што значи дека луѓето со хронични болести имаат повисоко ниво на симптоми на стрес, анксиозност и депресија.

Оваа хипотеза во целост е потврдена.

Потхипотеза 1.1.

Во првата потхипотеза ние очекувавме дека ќе се добијат резултати кои ќе манифестираат дека постои статистички значајна разлика на нивото на просперитет (емоционален, психолошки и социјален) кај пациенти со хронични заболувања и контролната група, која се состоеше од испитаници кои не страдаат од хронична болест. Добиените резултати во студијата потврдија дека лицата без хронични заболувања имаат повисоко ниво на емоционална, социјална и вкупна благосостојба во однос на групата на пациенти со хронични заболувања.

Се појави статистички значајна разлика во нивото на благосостојба (емотивна, ментална и социјална) кај пациенти со хронична болести и контролната група. За да ја

тестираме оваа хипотеза, го спроведовме т-тестот. Добиените резултати се прикажани во табелата во продолжение.

Табела 10: Т-тест за значајности на разликите помегу испитаниците заболени од хронични болести и контролната група во поглед на нивото на благосостојба.

	АС		СД				
	Х	К	Х	К	t	df	Р
Емоционална благосостојба	13.05	14.06	2.69	2.75	-3.847	427	**.000**
Социјална благосостојба	17.11	19.42	5.47	5.53	-4.361	428	**.000**
Психичкка благосостојба	27.45	28,50	5.71	5,43	-1.931	426	.0540
Вкупна благосостојба	57.59	61.95	11.87	11.16	-3.917	425	**.000**

Х-хронични болни; К-Контролна група

Како што може да се види во табелата, резултатите покажуваат дека статистички значајни разлики се добиени во врска со емоционалната, социјалната и вкупната благосостојба, додека кај психолошка благосостојба нема значајна разлика. Ова значи дека луѓето без хронични заболувања имаат повисоко ниво на емоционална и социјална благосостојба, како и повисоко ниво на целокупна благосостојба.

Оваа хипотеза е потврдена кај сите варијабли, освен кај варијаблата за психолошката благосостојба.

Потхипотеза 1.2.

Постои статистички значајна разлика во однос на квалитетот на живот помеѓу пациентите со хронични соматски болести и контролната група на испитаници. Нашите очекувања се потврдија по добивањето на статистички значајни разлики во сите аспекти на квалитетот на животот. За да ја тестираме оваа хипотеза, го користевме т-тестот. Добиените резултати се презентирани во табелата во продолжение.

Во врска со сите аспекти на квалитетот на животот, се добиени статистички значајни разлики. Луѓето кои страдаат од хронични заболувања (дијабетес и кардиоваскуларни болести) во поголема мера претрпеле физичка болка, што во речиси

сите сегменти им бил нарушен квалитетот на животот на луѓето кои страдаат од хронични болести. Исто така, луѓето без хронични заболувања имаат помалку ограничувања поради емоционални и физички симптоми, во споредба со оние коишто страдаат од хронични болести.

. Табела 11: Т-тест за значење на разликите помеѓу пациентите кои страдаат од хронични болести и контролната група во однос на нивото на различни аспекти на квалитетот на животот

	АС		СД				
	Х	К	Х	К	Т	Df	Р
Телесна болка	5.73	4.11	2.19	1.70	8,584	428	**,000**
Општо здравје	12.40	16.31	2.946	2.59	-146	428	**,000**
Виталност	14.32	16.85	3.34	4.69	-6,426	428	**,000**
Ментално здравје	20.17	21.07	2.87	3.31	-2,985	428	**,003**
Соц. функционирање	7.14	8.01	1.81	1.66	-5,139	428	**,000**
Огран. поради емоц. тегоби	4.46	5.40	1.22	1.00	-8,643	428	**,000**
Огран. поради физички тегоби	5.52	7.24	1.50	1.19	-13,25	428	**,000**
Физичко функционирање	22.43	26.55	4.22	3.37	-11,2	428	**,000**

Н-пациенти со хронични заболувања; К-контролната група

Потхипотеза 1.3.

Постои статистички значајна позитивна корелација помеѓу различните аспекти на квалитетот на живот и благосостојбата. Добиените резултати покажуваат позитивна корелација помеѓу различни аспекти на квалитетот на живот и благосостојбата. Најголема корелација е добиена помеѓу социјалното функционирање и емоционалната благосостојба кај хронично болните испитаници. Високото ниво на физичка болка е негативно во врска со сите аспекти на благосостојба и на целокупната благосостојба.

Со цел да се изврши тестирање на оваа потхипотеза, беше спроведена постапка за пресметување на коефициентот на корелација според Пирсон. Добиените податоци се претставени во Табела 12.

Табела 12: Коефициенти на корелација помеѓу различните аспекти на квалитетот на животот и аспекти на социјално функционирање

	Емоц.благост.	Соц.благост.	Псих.благост.	Вкуп. бл.
Телесна болка	-,206**	-,138**	-,161**	-,186**
Општо здравје	,215**	,156**	,125**	,187**
Виталност	,200**	,181**	,121*	,171**
Ментално здравје	,147**	,121*	,147**	,165**
Соц. функционирање	,247**	,137**	,159**	,203**
Огран. поради емоц. тегоби	,186**	,145**	,139**	,180**
Огран. поради физички тегоби	,165**	,141**	,123**	,166**
Физичко функционирање	,186**	,111**	,129**	,160**

**$p < .01$. *$p < .05$.

Како што може да се види во табелата, високото ниво на физичка болка негативно се одразува во сите аспекти на благосостојба и вкупната благосостојба, а тоа значи дека луѓето кои се соочуваат со високо ниво на физичка болка, имаат пониски емоционални, социјални и физички аспекти во однос на вкупната благосостојба. Високото ниво на физичка болка се одразува негативно во врска со сите аспекти на благосостојба и целокупната благосостојба, што значи дека луѓето кои се соочуваат со високо ниво на физичка болка имаат вкупна негативна благосостојба. Другите аспекти на квалитетот на животот се покажа дека се позитивно поврзани со домените на благосостојба.

Со цел да се направи тестирање на оваа хипотеза е направена постапката за пресметување на коефициентот на корелација според Пирсон. Добиените податоци се претставени во Табела 13.

Табела 13: Пресметување на коефициентот на корелација според Пирсон

	стрес	Анксиозност	Депресивност
Телесни болки	,379**	,515**	,398**
Општо здравје	-,540**	-,565**	-,424**
Виталност	-,361**	-,443**	-,388**
Ментално здравје	-,147**	-,164**	-,173**
Соц. функционирање	-,369**	-,476**	-,446**
Огран. поради емоц. тегоби	-,408**	-,458**	-,344**
Огран. поради физички тегоби	-,434**	-,462**	-,308**
Физичко функционирање	-,386**	-,480**	-,356**
Емоционална благосостојба	-,351**	-,365**	-,407**
Социјална благосостојба	-,286**	-,222**	-,194**
Психичка благосостојба	-,304**	-,325**	-,373**
Вкупна благосостојба	-,365**	-,348**	-,368**

** $p < .01$.

Како што може да се види од Табела 13, високото ниво на физичка болка е позитивно поврзано со симптомите на депресија, анксиозност и стрес, а другите аспекти на квалитетот на живот и благосостојба се негативно поврзани со овие симптоми. Сите корелации се движат од многу ниски до умерени, но значајни за ниво од 0,01.

Можеме да заклучиме дека оваа хипотеза во целост е потврдена.

Потхипотеза 1.4.

Постои статистички значајна разлика во однос на квалитетот на живот и благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на социо-демографските варијабли (пол, брачна состојба, образование, финасиска состојба и работен статус).

Хипотезата беше тестирана на вкупниот примерок и на подмострата на испитаници со хронични заболувања.

Оваа потхипотеза се однесува на постоењето на статистички значајна разлика во однос на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес, во зависност од општата социо-демографски карактеристики (пол, образование, брачен статус, финансиската состојба, работниот статус).

Оваа потхипотеза е тестирана на вкупниот примерок и на подмостра на пациенти со хронични заболувања.

Потхипотеза 1.4.1.

За да тестираме дали постојат статистички значајни разлики во зависност на полот на испитаниците, спроведовме постапка на пресметка т-тест. Резултатите се прикажани во Табела 14.

Табела 14: Т-тест значењето на разликите помеѓу мажите и жените во поглед на квалитетот на животот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес

	АС		СД				
	Мажи	Жени	Машки	Женски	t	Df	P
Телесна болка	4.68	5.11	2.04	2.16	-2,12	428	**,034**
Општо здравје	14.66	14.16	3.50	3.26	1,535	428	,125
Виталност	15.79	15.45	3.47	4.94	,817	428	,414
Ментално здравје	20.76	20.51	3.26	3.01	,838	428	,403
Соц. функционирање	7.85	7.33	1.76	1.78	3,005	428	**,003**
Огран. поради емоц. тегоби	5.06	4.83	1.17	1.25	1,987	428	**,048**
Огран. поради физички тегоби	6.39	6.42	1.57	1.63	-,192	428	,848
Физичко функционирање	24.82	24.28	4.51	4.14	1,296	428	,196
Емоционална благосостојба	13.87	13.28	2.44	3.02	2,227	427	**,026**

Социјална благосостојба	18.83	17.77	5.60	5.60	1,965	428	**,050**
Психичка благосостојба	28.31	27.67	5.38	5.77	1,195	426	,233
Вкупна благосостојба	61.02	58.69	11.19	12.10	2,068	425	**,039**
Дасс - стрес	7.57	7.96	3.89	3.50	-1,08	428	,280
Дасс - анксиозност	5.44	5.85	3.82	3.69	-1,14	428	,251
Дасс - депресивност	4.20	4.57	3.30	3.31	-1,17	428	,241

Според резултатите, согледуваме статистички значајни разлики меѓу машките и женските испитаници. Овие резултати се добиени во однос на искуството на физичка болка, квалитет на општественото функционирање и ограничувања поради нивото на емоционална тешкотии, емоционална и социјална благосостојба. Вкупните резултати покажуваат дека жените доживуваат повеќе проблеми, како физичка болка, отколку мажите, а мажите покажуваат подобар квалитет на општественото функционирање помалку ограничувања поради емоционални проблеми, како и повисоко ниво на емоционална и социјална благосостојба.

Интересно е тоа што не се добиени статистички значајни разлики во интензитетот на симптомите на депресија, анксиозност и стрес.

Резултатите во врска со субпримерокот на хронични пациенти се прикажани во Табела 15.

Табела 15: Т-тест за значајноста на разликите помеѓу мажите и жените во поглед на на квалитетот на живот, благосостојба, депресивност, анксиозност и стрес кај испитаниците со хронични заболувања

	АС		СД				
	Машки	Женски	Машко	Женски	t	Df	P
Телесна болка		65.85	2.11	2.26	-.817	207	.415

Општо здравје	12.24	12.56	2.94	2.95	-.770	207	.442
Виталност	14.53	14.10	3.32	3.37	.930	207	.353
Ментално здравје	20.15	20.20	3.02	2.730	-.132	207	.895
Соц. функционирање	7.37	6.92	1.79	1.81	1.784	207	.076
Огран. поради емоц. тегоби	4.53	4.40	1.22	1.24	.810	207	.419
Огран. поради физички тегоба	5.56	5.47	1.44	1.56	.440	207	.661
Физичко функционирање	22.33	22.52	4.58	3.86	-.322	207	.747
Емоционална благосостојба	13.33	12.77	2.37	2.95	1.505	206	.134
Социјална благосостојба	17.85	16.38	5.48	5.40	1.964	207	.051
Психичка благосостојба	28.37	26.57	5.02	6.19	2.307	206	**.022**
Вкупна благосостојба	59.55	55.72	11.11	12.31	2.351	205	**.020**
Дасс - стрес	9.64	9.32	3.68	3.24	.668	207	.505
Дасс - анксиозност	7.38	7.24	3.77	3.58	.281	207	.779
Дасс- депресивност	5.22	5.46	3.49	3.03	-.530	207	.597

Кај пациентите со хронични заболувања, половата разлика е значајна само во однос на нивото и ментална благосостојба од вкупниот износ, и во смисла на тоа, дека жените имаат повисоко ниво на благосостојба, во споредба со мажите кои страдаат од хронични болести.

Потхипотеза 1.4.2.

Со цел да се направи тестирање и да се утврди дали постојат значајни разлики во зависност од образованието на испитаниците, беше спроведена постапка One-way ANOVA (прво за целиот примерок, а потоа и за група на пациенти со хронични заболувања). Резултатите за целиот примерок се прикажани во Табела 16.

Табела 16: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на образованието - вкупен примерок

	Сума на квадрати	df	Среден квадрат	F	Sig.
Телесна болка	77,380	2	38,690	18,873	,000
Општо здравје	160,420	2	80.210	14,894	,000
Виталност	41,584	2	20,794	4,626	,010
Ментално здравје	99,039	2	49,519	10,504	,000
Соц, функционирање	47,418	2	23,709	15,874	,000
Огран. поради емоц. тегоби	16,965	2	8,482	12,140	,000
Огран. поради физички тегоби	84,093	2	42,046	17,645	,000
Физичко функционирање	274,8283	2	137,414	15,691	,000
Емоционална благосостојба	75,727	2	37,863	10,354	,000
Социјална благосостојба	45,356	2	22,678	1,440	,238
Психичка благосостојба	47,081	2	23,540	1,515	,2213
Вкупна благосостојба	477,008	2	238,504	3,525	,030
Дасс - стрес	81,857	2	40,928	6,135	,002
Дас с- анксиозност	123,761	2	61,341	9,113	,000
Дасс - депресивност	87,385	2	43,692	8,269	,000

Од резултатите се гледа дека испитаниците кои имаат понизок степен на образование имаат поизразени емоционални потешкотии во функционирањето. Помеѓу испитаниците кои имаат средно и високо образование постои разлика во однос на емоционалното доживување. Но, кога станува збор за ограничувања на испитаниците кои произлегуваат поради физички огарничувања, добиените резултати од ова испитување се презентирани преку разлики. Меѓутоа, кога зборуваме за ограничувањата кои произлегуваат поради физички проблеми, овде се добиени разлики помеѓу сите групи на испитаници. Колку што е повисоко нивото на образование, толку е пониско нивото на ограничување. Понатаму, физичката функција е значително подобра кај испитаниците со високото образование во однос на двете останати групи, како и меѓу субјектите од основно и средно образование, каде се покажа дека постои значајна разлика. Слични податоци имаме и во однос на емоционалната и целокупната благосостојба на испитаниците; повисоки резултати се пронајдени кај лица кои имаат високо образование, во споредба со двете други групи, додека кај остатокот од групите не постои значајна разлика. Во однос на симптомите на стрес и депресија, произлегоа значителни разлики кај пациенти со низок степен на образование, споредено со другите две групи, но нема значајна разлика меѓу групите со средно и високо образование. Ова значи дека испитаниците со основно образование манифестираат повисок степен на симптоми на стрес и депресија, од оние со средно и високо образование.

Во однос на интензитетот на симптомите на анксиозност, добиени се значајни разлики помеѓу сите групи на испитаници. Лицата со понизок образовен статус манифестираат и поголема изразеност на симптоми на анксиозност.

Потхипотеза 1.4.3.

Постои статистички значајна разлика помеѓу брачниот статус на испитаниците од една страна и квалитетот на живот, благосостојба и анксиозност.

Табела 18: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на брачниот статус - вкупен примерок

	Сума на квадратите	Df	Среден квадрат	F	Sig.
Телесна болка	51,880	3	17,293	3,974	,0082*
Општо здравје	183,205	3	61,068	5,492	,001
Виталнст	113,984	3	37,995	2,094	,100
Ментално здравје	64,220	3	21,407	2,192	,088
Соц. Функционирање	43,092	3	14,3640	4,610	,003
Огран. поради емоц. тегоби	14,171	3	4,724	3,264	,021
Огран.поради физички тегоби	24,802	3	8,267	3,271	,021
Физичко функционирање	384,720	3	128,240	7,147	,000
Емоционална благосостојба	40,696	3	13,565	1,787	,149
Социјална благосостојба	67,117	3	22,372	,708	,548
Психичка благосостојба	153,701	3	51,234	1,652	,177
Вкупна благосостојба	625,115	3	208,372	1,527	,207
Дасс - стрес	76,495	3	25,498	1,878	,133
Дасс- анксиозност	195,450	3	65,150	4,744	,003
Дасс - депресивност	158,903	3	52,968	4,983	,002

Одовде можеме да согледаме дека постои статистички значајна разлика во врска со степенот на физичка болка, општата перцепција на здравјето, квалитетот на

социјалното функционирање, ограничувања во функционирањето поради емоционални и физички симптоми, физичкото функционирање, анксиозност и депресија.

Табела 19: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на брачниот статус - хронични пациенти

	Сума на квадрати	Df	Среден квадрат	F	Sig.
Телесна болка	50.625	3	16.875	3.669	.013
Општо здравје	51.794	3	17.265	2.024	.112
Виталност	40.618	3	13.539	1.216	.305
Ментално здравје	39.333	3	13.111	1.605	.189
Соц. Функционирање	15.645	3	5.215	1.605	.189
Огран.поради емоц. Тегоби	8.864	3	2.955	1.985	.117
Огран. поради физички тегоби	10.594	3	3.531	1.582	.195
Физичко функционирање	90.013	3	30.004	1.700	.168
Емоционална благосостојба	33.823	3	11.274	1.571	.197
Социјална благосотојба	168.606	3	56.202	1.901	.131
Психичка благосостојба	268.372	3	89.457	2.821	.040
Вкупна благосостојба	118.098	3	372.699	2.713	.046
Дасс - стрес	14.420	3	4.807	.399	.754
Дасс - анксиозност	33.567	3	11.189	.828	.480
Дасс - депресивност	54.651	3	18.217	1.737	.161

Табела 18: Се тестира значајноста на разликите меѓу лица од различен брачен статус - хронични пациенти

Зависни варијабили		(J) Брачна остојба	Средна разлика (I-J)	Стандард на грешка	Sig.	95% интервал на веродостојност	
						долна граница	Горна граница
Телесна болка	1	2	-2.15775	1.08369	.268	-5.2125	.8970
		3	-2.50000	1.63794	.508	-7.1171	2.1171
		4	-3.63333	1.20682	.031	-7.0352	-.2315
	2	1	2.15775	1.08369	.268	-.8970	5.2125
		3	-.34225	1.24806	.995	-3.8603	3.1759
		4	-1.47558	.57550	.090	-3.0978	.1467
	3	1	2.50000	1.63794	.508	-2.1171	7.1171
		2	.34225	1.24806	.995	-3.1759	3.8603
		4	-1.13333	1.35634	.874	-4.9567	2.6900
Психичка благосостојба	1	2	4.97849	2.84576	.385	-3.0436	13.0006
		3	1.50000	4.30097	.989	-10.6243	13.6243
		4	7.96667	3.16891	.101	-.9664	16.8997
	2	1	-4.97849	2.84576	.385	-13.0006	3.0436
		3	-3.47849	3.27735	.771	-12.7172	5.7602
		4	2.98817	1.51149	.275	-1.2727	7.2490
	3	1	-1.50000	4.30097	.989	-13.6243	10.6243
		2	3.47849	3.27735	.771	-5.7602	12.7172
		4	6.46667	3.56154	.351	-3.5732	16.5066

Вкупна благосостојба	1	2	9.92703	5.92346	.424	-6.7717	26.6258
		3	-1.50000	8.95198	.999	-26.7364	23.7364
		4	14.63333	6.59571	.181	-3.9606	33.2272
	2	1	-9.92703	5.92346	.424	-26.6258	6.7717
		3	-11.4270	6.82171	.425	-30.6580	7.8040
		4	4.70631	3.14662	.526	-4.1643	13.5769
	3	1	1.50000	8.95198	.999	-23.7364	26.7364
		2	11.42703	6.82171	.425	-7.8040	30.6580
		4	16.13333	7.41294	.196	-4.7644	37.0311

0,05; 1 - / немажена; 2 - брак; 3 - разведен / а; 4 - вдовец / вдовица

Со оглед на искуството на физичка болка, значајна разлика беше забележана само помеѓу две групи: вдовици/вдовци кои имаат повисоки нивоа во однос на немажени/неженети. Резултатите ги потврдија претпоставките.

Значајни разлики се добиени во однос на повеќето од горенаведените варијабли, освен перцепција на општото здравје, виталност, ограничувања поради физички проблеми, физичкото функционирање, психолошка благосостојба и тежината на симптомите на стрес.

Потхипотеза 1.4.4.

Потхипотеза која ја проверува зависноста, односно значајноста на разликите помеѓу испитаниците со различен финансиски статус со хронични заболувања и оние од контролната група.

Резултатите се прикажани во Табела 19.

Последователниот главен т-тест ја тестира значајноста на разликите помеѓу испитаниците од различен финансиски статус - Вкупен примерок.

Табела 19: Разлики помеѓу испитаниците од различен финансиски статус - вкупен примерок

Зависна варијабла	(I) М. состојба	(J) М. состојба	Средна разлика (I-J)	Стандардна грешка	Sig.	95% Интервал веродостојност	
						Долна граница	Горна граница
Телесна болка	1	2	,83939*	,33496	,044	,0166	1,6622
		3	2,31306*	,65839	,002	,6958	3,9303
	2	1	-,83939*	,33496	,044	-1,6622	-,0166
		3	1,47367*	,58687	,044	,0321	2,9152
Ментално здравје	1	2	-,84647	,50186	,242	-2,0792	,3863
		3	-2,7 51*	,98645	,023	-5,1476	-,3014
	2	1	,84647	,50186	,242	-,3863	2,0792
		3	-1,87803	,87929	,103	-4,0379	,2818
Соц. фукционирање	1	2	-,50858	,28542	,206	-1,2097	,1925
		3	-1,67621*	,56102	,012	-3,0543	-,2981
	2	1	,50858	,28542	,206	-,1925	1,2097
		3	-1,16763	,50008	,067	-2,3960	,0608
Огран. заради емоц. тегоби	1	2	-,43303	,19363	,083	-,9086	,0426
		3	-1,08050*	,38059	,018	-2,0154	-,1456
	2	1	,43303	,19363	,083	-,0426	,9086
		3	-,64747	,33925	,163	-1,4808	,1858
Емоционална благосостојба	1	2	-,57105	,44212	,435	-1,6570	,5150
		3	-2,38462*	,86889	,024	-4,5189	-,2503

	2	1	,57105	,44212	,435	-,5150	1,6570
		3	-1,81357	,77454	,066	-3,7161	,0890
Социјална благосостојба	1	2	-1,48365	,89627	,255	-3,6852	,7179
		3	-5,54741*	1,76169	,007	-9,8747	-1,2201
	2	1	1,48365	,89627	,255	-,7179	3,6852
		3	-4,06376*	1,57032	,036	-7,9210	-,2065
Вкупна благосостојба	1	2	-2,51344	1,89178	,414	-7,1604	2,1336
		3	-10,3589*	3,68852	,020	-19,41/	-1,2984
	2	1	2,51344	1,89178	,414	-2,1336	7,1604
		3	-7,84553	3,27910	,058	-15,900	,2093
Дасс - анксиозност	1	2	1,40859	,60039	,065	-,0662	2,8834
		3	-,37030	1,18012	,952	-3,2691	2,5285
	2	1	-1,40859	,60039	,065	-2,8834	,0662
		3	-1,77890	1,05193	,240	-4,3628	,8050
Дасс - депресивност	1	2	1,49179*	,52824	,019	,1942	2,7893
		3	,62075	1,03830	,836	-1,9297	3,1712
	2	1	-1,49179*	,52824	,019	-2,7893	-,1942
		3	-,87104	,92551	,642	-3,1444	1,4024

0.05; 1- ниска м.состојба; 2 – средна м.состојба; 3 – висока м. состојба

Сите овие податоци покажуваат дека луѓето со повисок материјален статус имаат подобар квалитет на живот во врска со здравјето, како и повисоко ниво на благосостојба, во споредба со оние на ниска финансиска состојба.

Резултати за матерјалниот статус на хроничните пациенти се прикажани во Табела 20.

Табела 20: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на финансиската состојба - хронични пациенти

	Сума на квадрати	df	Среден квадрат	F	Sig.
Телесна болка	39.165	2	19.583	4.227	.016
Општо здравје	36.311	2	18.156	2.120	.123
Виталност	64.761	2	32.380	2.954	.054
Ментално здравје	21.970	2	10.985	1.338	.265
Соц. Функционирање	26.928	2	13.464	4.236	.016
Огран.поради емоц. тегоби	10.399	2	5.199	3.528	.031
Огран. поради физички тегоби	14.827	2	7.414	3.369	.036
Физичко функционирање	43.068	2	21.534	1.211	.300
Емоционална благосостојба	42.836	2	21.418	3.018	.051
Социјална благосостојба	266.620	2	133.310	4.605	.011
Психичка благосостојба	138.466	2	69.233	2.151	.119
Вкупна благосостојба	1057.169	2	528.584	3.858	.023
Дасс - стрес	1.964	2	.982	.081	.922
Дасс - анксиозност	17.754	2	8.877	.657	.520
Дас с – депресивност	70.963	2	35.482	3.425	.034

Може да се констатира дека постојат статистички значајни разлики во врска со доживувањето на телесна болка, квалитет на општественото функционирање на

ограничувањата поради емоционална и физичка болка, социјалната и целокупната благосостојба, како и на ниво на пациентите со хронична депресија. Резултатите од главниот тест се прикажани во Табела 21.

Табела 21: Последователниот главен тест ја тестира значајноста на разликите помеѓу испитаниците од различни финансиски статуси - хронични пациенти

Зависни варијабли	(I) М. состојба	(J) М. Состојба	Средна разлика (I-J)	Стандардна грешка	Sig.	95% Интервал на веројатност	
						Долна граница	Горна граница
Телесна болка	1		.86615	.45204	.162	-.2484	1.9807
		3	2.70513*	.97481	.023	.3016	5.1087
	2	1	-.86615	.45204	.162	-1.9807	.2484
		3	1.83898	.89345	.123	-.3640	4.0419
Соц. функционирање	1	2	-.49870	.374044	.413	-1.4219	.4245
		3	-2.7658[0]	.80746	.016	-4.3371	-.3552
	2	1	.49870	.37444	.413	-.4245	1.4219
		3	-1.8474*	.74007	.046	-3.6722	-.0227
Огран. поради емоц. тегоби	1	2	-.50282	.25496	.146	-1.1315	.1258
		3	-1.33333	.54982	.055	-2.6890	.0223
	2	1	.50282	.25496	.146	-.1258	1.1315
		3	-.83051	.50393	.259	-2.0730	.4120
Огран. поради физички тегоби	1	2	-.23359	.31158	.755	-1.0018	.5346
		3	-1.7307*	.67190	.038	-3.3874	-.0741
	2	1	.23359	.31158	.755	-.5346	1.0018
		3	-1.49718	.61582	.054	-3.0156	.0212

Социјална благосостојба	1	2	-.78618	1.12999	.785	-3.5724	2.000
		3	-7.2692	2.43677	.013	-13.277	-1.26010
	2	1	.78618	1.12999	.785	-2.0000	3.5724
		3	-6.4830*	2.23339	.016	-11.989	-.9763
Вкупна благосостојба	1	2	-.14022	2.46014	.998	-6.2065	5.9261
		3	-13.5897	5.30127	.039	-26.661	-.5177
	2	1	.14022	2.46014	.998	-5.9261	6.2065
		3	-13.449*	4.85973	.023	-25.432	-1.4663
Дасс - депресивност	1	2	1.74902*	.67602	.037	.0822	3.4159
		3	2.05128	1.45781	.373	-1.5432	5.6457
	2	1	-1.7490*	.67602	.037	-3.4159	-.0822
		3	.30226	1.33614	.975	-2.9922	3.5967

1- ниска м.состојба; 2 – средна м.состојба; 3 – висока м.состојба

Постојат значителни разлики само помеѓу двете групи во однос на доживувањето на телесната болка. Поизразена телесна болка чувствувале лицата со понизок материјален статус, за разлика од испитаниците кои имаат подобра материјална ситуираност. Оние со повисок матерјален статус, имаат поголем квалитет на социјалното функционирање во однос на останатите две групи, меѓу среден и низок материјален статус. Нивото на депресија покажа дека постојат разлики помеѓу групите на статусот на ниска и средна материјална состојба, луѓето на ниска финансиска состојба имаа значително повисоки резултати на депресија.

Подхипотеза 1.4.5.

Со цел да се истражи дали постојат статистички значајни разлики во квалитетот на животот, благосостојбата и нивото на психопатолошки симптоми во однос на статусот на вработеност, ние спроведовме анализа на постапките за варијансата во

целиот примерок и подмостра на пациенти со хронични заболувања. Резултатите за целиот примерок се прикажани во Табела 22.

Табела 22: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во споредба со работниот статус - Вкупен примерок

	Сума квадрата/	df	Среден квадрат	F	Sig.
Телесна болка	173.949	2	86.974	21.448	.000
Општо здравје	627.665	2	313.832	31.220	.000
Виталност	307.915	2	153.957	8.724	.000
Ментално здравј	74.968	2	37.484	3.858	.022
Соц. функционирање	78.049	2	39.025	12.895	.000
Огран.заради емоц. тегоби	71.083	2	35.542	27.121	.000
Огран. заради физички тегоби	149.687	2	74.844	33.573	.000
Физичко функционирање	967.795	2	483.897	29.263	.000
Емоционална благосостојба	107.655	2	53.828	7.258	.001
Социјална благосостојба	387.309	2	193.654	6.288	.002
Психичка благосостојба	651.090	2	325.545	10.935	.000
Вкупна благосостојба	3025.377	2	1512.689	11.597	.000
Дасс - стрес	493.363	2	246.682	19.625	.000
Дасс - анксиозност	729.781	2	364.890	29.307	.000
Дасс - депресивност	485.555	2	242.777	24.671	.000

Во вкупниот примерок се добиени статистички значајни разлики.

За да се утврди меѓу кои групи постојат значителни разлики помеѓу квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес, во споредба со работниот статус - вкупен примерок, ние го спроведовме follow-главниот тест. Резултатите се прикажани во Табела 23.

Табела 23: Разлики помеѓу квалитетот на живот, благосостојба, депресеија, анксиозност и стрес, во споредба со работниот статус - вкупен примерок

Зависни в аријабли	(I) статус	Р.(J) Статус	Р. Средна разлика (I-J)	Стандардна грешка	Sig.	95% Интервал на веродостојност	
						Долна граница	Горна граница
Телесна болка	1	2	-1.34397*	.30021	.000	-2.0814	-.6065
		3	-1.71285*	.32296	.000	-2.5062	-.9195
	2	1	1.34397*	.30021	.000	.6065	2.0814
		3	-.36888	.41249	.671	-1.3821	.6443
Општо здравје	1	2	1.92181*	.47266	.000	.7608	3.0828
		3	3.67705*	.50848	.000	2.4280	4.9261
	2	1	-1.92181*	.47266	.000	-3.0828	-.7608
		3	1.75524*	.64944	.027	.1600	3.3505
Виталност	1	2	1.53766	.62627	.050	-.0007	3.0760
		3	2.46598*	.67374	.001	.8110	4.1209
	2	1	-1.53766	.62627	.050	-3.0760	.0007
		3	.92832	.86050	.559	-1.1854	3.0420
Ментално здравје	1	3	1.02936	.46470	.087	-.1121	2.1708
		3	.96992	.49992	.154	-.2581	2.1979
	2	1	-1.02936	.46470	.087	-2.1708	.1121
		3	-.05944	.63850	.996	-1.6278	1.5090
Соц. функционирање	1	2	1.04514*	.25935	.000	.4081	1.6822

		3	.99619*	.27900	.002	.3109	1.6815
	2	1	-1.04514*	.25935	.000	-1.6822	-.4081
		3	-.04895	.35634	.991	-.9243	.8264
Огран. заради емоц. тегоби	1	2	1.02706*	.17066	.000	.6079	1.4463
		3	.91168*	.18360	.000	.4607	1.3627
	2	1	-1.02706*	.17066	.000	-1.4463	-.6079
		3	-.11538	.23449	.886	-.6914	.4606
Огран. заради физичките тегоби	1	2	1.11642*	.22259	.000	.5697	1.6632
		3	1.68985*	.23946	.000	1.1017	2.2780
	2	1	-1.11642*	.22259	.000	-1.6632	-.5697
		3	.57343	.30584	.174	-.1778	1.3247
Физичко функционирање	1	2	2.02246*	.60622	.004	.5333	3.5116
		3	4.72700*	.65217	.000	3.1250	6.3290
	2	1	-2.02246*	.60622	.004	-3.5116	-.5333
		3	2.70455*	.83296	.005	.6585	4.7506
Емоционална благосостојба	1	2	1.04637*	.40608	.037	.0489	2.0439
		3	1.35756*	.43685	.008	.2845	2.4306
	2	1	-1.04637*	.40608	.037	-2.0439	-.0489
		3	.31119	.55785	.856	-1.0591	1.6815
Социјална благосостојба	1	2	2.56564*	.82731	.009	.5335	4.5978
		3	1.86459	.89002	.113	-.3216	4.0508
	2	1	-2.56564*	.82731	.009	-4.5978	-.5335
		3	-.70105	1.13674	.827	-3.4933	2.0912
Психичка благосостојба	1	2	2.78221*	.81376	.003	.7833	4.7811
		3	3.14759*	.87538	.002	.9973	5.2979
	2	1	-2.78221*	.81376	.003	-4.7811	-.7833

		3	.36538	1.11765	.948	-2.3800	3.1108
Вкупна благосостојба	1	2	6.38729*	1.70368	.001	2.2023	10.5722
		3	6.36281*	1.83265	.003	1.8610	10.8646
	2	1	-6.38729*	1.70368	.001	-10.5722	-2.2023
		3	-.02448	2.33944	1.000	-5.7711	5.7222
Дасс - стрес	1	2	-1.79767*	.52855	.003	-3.0960	-.4994
		3	-3.21026*	.56861	.000	-4.6070	-1.8136
	2	1	1.79767*	.52855	.003	.4994	3.0960
		3	-1.41259	.72623	.152	-3.1965	.3713
Дасс - анксиозност	1	2	-2.45601*	.52604	.000	-3.7481	-1.1639
		3	-3.73748*	.56591	.000	-5.1275	-2.3474
	2	1	2.45601*	.52604	.000	1.1639	3.7481
		3	-1.28147	.72278	.209	-3.0569	.4939
Дасс - депресивност	1	2	-2.33947*	.46766	.000	-3.4882	-1.1907
		3	-2.77654*	.50310	.000	-4.0123	-1.5407
	2	1	2.33947*	.46766	.000	1.1907	3.4882
		3	-.43706	.64256	.794	-2.0154	1.1413

0.05; 1 – вработен/а; 2 – невработен/а; 3 – пензионер/ка

Пензионерите и вработените дале резултати со кои се потврдува дека не постојат статистички значајни разлики. Повисоко ниво на виталност манифестирале вработените, во споредба со пензионерите, а меѓу другите групи не постои значајна разлика. Од последователниот тест не беше можно да се утврдат значајни разлики помеѓу кои било групи во однос на квалитетот на менталното здравје. На скалата на социјално функционирање, вработените манифестирале значително подобри резултати во споредба со невработените и пензионерите. Регистрирани се и помал број на ограничувања поради емоционални и физички симптоми во однос на нив.

Помеѓу сите групи се добиени значителни разлики кога станува збор за физичкото функционирање. Вработените покажале подобри резултати во однос на

невработените и пензионерите. Вработените, во споредба со останатите две други групи, манифестирале повисоки резултати, кога станува збор за емоционалната, менталната и целокупната благосостојба. Невработените и пензионерите имаат значително повисоки резултати на скалата на депресија, стрес и анксиозност, во однос на вработените.

При спроведување на истражувањето се добиени и резултати за разликите помеѓу испитаниците со различни работен статус кои страдаат од хронични болести и истите се прикажани во Табела 23. Од оваа табела може да се согледа дека значајни разлики се добиени само во однос на квалитетот на менталното здравје и социјалната благосостојба.

Табела 23: Споредба на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во споредба со работниот статус – испитаници со хронични заболувања

	Сума на квадрат	df	Среден квадрат	F	Sig.
Телесна болка	84.017	2	42.009	9.516	.000
Општо здравје	192.273	2	96.136	12.316	.000
Виталност	80.320	2	40.160	3.689	.027
Ментално здарвје	25.031	2	12.516	1.527	.220
Соц. функционирање	62.028	2	31.014	10.310	.000
Огран.поради емоц. тегоби	49.712	2	24.856	19.375	.000
Огран. поради физички тегоби	40.581	2	20.290	9.775	.000
Физичко функционирање	422.053	2	211.027	13.233	.000
Емоционална благосостојба	107.714	2	53.857	7.944	.000
Социјална благосостојба	124.275	2	62.137	2.097	.125
Психичка благосостојба	533.230	2	266.615	8.809	.000
Вкупна благосостојба	1868.712	2	934.356	7.024	.001

Дасс - стрес	151.422	2	75.711	6.680	.002
Дасс - анксиозност	341.001	2	170.500	14.270	.000
Дасс - депресивност	301.835	2	150.918	16.334	.000

За попрецизно одредување меѓу кои групи постојат статистички значајни разлики, ние го спроведовме follow-главен тест. Резултатите се прикажани во Табела 24.

Последователниот главен тест ја тестира значајноста на разликите меѓу лица од различен работен статус на хронични пациенти.

Табела 24: Значајноста на разликите меѓу лица со различен работен статус на хронични пациенти

Зависни варијабли	(I) статус	Р.(J) Статус	Р. Средна разлика (I-J)	Стандардна грешка	Sig.	95% Интервал на веродостојност	
						Долна граница	Горна граница
Телесна болка	1	2	-1.29242*	.39053	.005	-2.2553	-.3295
		3	-1.34162*	.38261	.003	-2.2850	-.3982
	2	1	1.29242*	.39053	.005	.3295	2.2553
		3	-.04920	.48220	.995	-1.2381	1.1397
Општо здравје	1	2	1.53770*	.51928	.014	.2573	2.8181
		3	2.31039*	.50876	.000	1.0560	3.5648
	2	1	-1.53770*	.51928	.014	-2.8181	-.2573
		3	.77270	.64118	.485	-.8082	2.3536
Виталност	1	2	1.04471	.61329	.237	-.4674	2.5569
		3	1.46674	.60086	.053	-.0148	2.9482
	2	1	-1.04471	.61329	.237	-2.5569	.4674
		3	.42204	.75725	.856	-1.4451	2.2892

Ментално здравје	1	2	.50213	.53217	.641	-.8100	1.8143
		3	.85695	.52138	.261	-.4286	2.1425
	2	1	-.50213	.53217	.641	-1.8143	.8100
		3	.35482	.65709	.864	-1.2653	1.9750
Соц. функционирање	1	2	1.27860*	.32236	.001	.4838	2.0734
		3	.95913*	.31583	.011	.1804	1.7379
	2	1	-1.27860*	.32236	.001	-2.0734	-.4838
		3	-.31947	.39803	.725	-1.3009	.6619
Огран.поради емоционални. тегоби	1	2	1.19793*	.21052	.000	.6789	1.7170
		3	.76827*	.20625	.001	.2597	1.2768
	2	1	-1.19793*	.21052	.000	-1.7170	-.6789
		3	-.42966	.25993	.257	-1.0706	.2112
Огран. поради физички тегоби	1	2	.73400*	.26779	.025	.0737	1.3943
		3	1.04723*	.26236	.000	.4003	1.6941
	2	1	-.73400*	.26779	.025	-1.3943	-.0737
		3	.31324	.33065	.639	-.5020	1.1285
Физичко функционирање	1	2	1.76489	.74222	.061	-.0652	3.5950
		3	3.61866*	.72718	.000	1.8257	5.4116
	2	1	-1.76489	.74222	.061	-3.5950	.0652
		3	1.85378	.91645	.132	-.4059	4.1134
Емоционална благосостојба	1	2	1.61794*	.48435	.004	.4237	2.8122
		3	1.36014*	.47455	.018	.1900	2.5302
	2	1	-1.61794*	.48435	.004	-2.8122	-.4237
		3	-.25780	.59755	.911	-1.7312	1.2156
Психичка благосостојба	1	2	2.63636*	1.02335	.038	.1130	5.1597
		3	3.81585*	1.00265	.001	1.3436	6.2881

	2	1	-2.63636*	1.02335	.038	-5.1597	-.1130
		3	1.17949	1.26253	.647	-1.9336	4.2926
Вупна благосостојба	1	2	6.20219*	2.14727	.017	.9074	11.4970
		3	6.26248*	2.10390	.013	1.0746	11.4503
	2	1	-6.20219*	2.14727	.017	-11.4970	-.9074
		3	.06029	2.64693	1.000	-6.4666	6.5872
Дасс - стрес	1	2	-1.33205	.62572	.106	-2.8749	.2108
		3	-2.06593*	.61304	.004	-3.5775	-.5544
	2	1	1.33205	.62572	.106	-.2108	2.8749
		3	-.73389	.77261	.638	-2.6389	1.1711
Дасс - анксиозност	1	2	-2.26824*	.64247	.002	-3.8524	-.6841
		3	-2.95431*	.62945	.000	-4.5063	-1.4023
	2	1	2.26824*	.64247	.002	.6841	3.8524
		3	-.68607	.79329	.688	-2.6420	1.2699
Дасс - депресивност	1	2	-2.48283*	.56497	.000	-3.8758	-1.0898
		3	-2.51263*	.55352	.000	-3.8774	-1.1478
	2	1	2.48283*	.56497	.000	1.0898	3.8758
		3	-.02980	.69759	.999	-1.7498	1.6902

1 – вработен/а; 2 – невработен/а; 3 – пензионер/ка

Потхипотеза 1.5.

Постои статистички значајна корелација помеѓу траењето на болеста и квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес.

Оваа потхипотеза го истражува постоењето на статистички значајна корелација помеѓу квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес и траењето на болеста.

Со цел да се утврди дали времетраењето на болеста е значително поврзано со аспектите на квалитетот на живот, благосостојба и менталните заболувања, ние го пресметувавме коефициентот на корелација според Пирсон.

Резултатите се прикажани во Табела 25.

Табела 25: Врската меѓу траењето на болеста и квалитетот на животот, благосостојбата и менталните заболувања

	Трајање на болеста		Трајање на болеста
Телесна болка	0.000	Емоционална благосостојба	-0.108
Општо здравје	-.157*	Социјална благосостојба	0.014
Виталност	-0.007	Психичка благосостојба	-0.090
Ментално здравје	-.186**	Вкупна благосостојба	-0.064
Социјално функционирање	-0.063	Дас стрес	0.060
Огран. поради емоц. тегоби	-0.080	Дас анксиозност	0.082
Огран. поради физички тегоби	-0.112	Дас депресивност	.199**
Физичко функционирање	-0.061		

** $p < .01$. * $p < .05$.

Од ова може да се согледа дека статистички значајни корелации се добиени само во однос на траењето на болеста, од една страна, како и перцепцијата на целокупното здравје, менталното здравје и квалитетот на живот на пациенти со депресија. Зголемувањето на времетраењето на болеста е негативно поврзано со набљудувањето на сопствената општа здравствена состојба и квалитетот на менталното здравје и позитивно со нивото на симптомите на депресија.

Оваа потхипотеза е само делумно потврдена.

Прикажувањето на стандардната регресивна анализа на зависната варијабла и вкупниот квалитет на живот.

Табела 26: Стандардна регресивна анализа на зависната варијабла со вкупниот квалитет на живот

	Вкупен квалитет на животот		
Варијабли	R^2	F	B
Пол			.046
Старост			-.066
БМИ			.007
Образование			.151
Брачна состојба			.001
Материјална состојба			.042
Работни статус			.121
Трајни болести			-.235
Редовност на контролните прегледи			-.018

5. ОРГАНИЗАЦИЈА И ТЕК НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Истражувањето е спроведено во период од 6 месеци – од септември 2019 година, до февруари 2020 година. Истражувањето е спроведено на територијата на 3 општини - Штип, Кочани и Виница. Од истото беа доброволно опфатени вкупно 215 испитаници, од кои 107 со хронични соматски заболувања и контролна група од вкупно 108 испитаници кои не боледуваат од хронични соматски заболувања, но и кај нив се испитуваше менталното здравје, благосостојба, квалитет на живот.

V. ДИСКУСИЈА

1.1 ДИСКУСИЈА ЗА РАЗЛИЧНОТО НИВО НА ПРИСУСТВО НА СИМПТОМИ НА ДЕПРЕСИЈА, АНКСИОЗНОСТ И СТРЕС КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

Ова истражување имаше за цел да го утврди влијанието на хроничните заболувања врз менталното здравје на пациентите. Во прилог на општата цел на студијата се дефинирани и неколку специфични истражувачки цели кои произлегуваат од предметот на истражување. Сакавме да испитаме разлики во менталното здравје и квалитетот на живот во однос на пол, образование, брачен статус, финансиска состојба, работен статус и времетраење на болеста. Истражувањето на променливите се операционализира со помош на инструментите: SF-36-Kosinski & Gendek, 1993, кој го мери субјективното чувство на здравјето преку осум области на здравје, ДАСС-21 (Lovibond &Lovibond, 1995), кратка верзија на скала која ги мери депресијата, анксиозноста и стресот и МНС-SF (Киз, 2009) скала на благосостојба - скратена верзија, која мери три компоненти на позитивно ментално здравје, емоционално, ментално и социјално. Освен ова главна проблематика на истражувањето, беа користени прашалници кои проектираа како хроничните заболувања влијаат врз квалитетот на животот. Покрај општата цел, во истражувањето се дефинирани и неколку специфични цели на истражувањето, кои произлегуваат од предметот на истражување. Сакавме да ги истражиме разликите во менталното здравје и квалитетот на живот во однос на пол, образование, брачна состојба, материјална состојба, работен статус и здравствено однесување.

Варијаблите на истражувањето се операционализирани со помош на инструментот SF-36 (Ware, Snow, Kosinski & Gendek, 1993), кој го мери субјективното чувство за здравје преку осум домени на здравје, DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) кратка верзија на скалата, која мери депресивност, анксиозност и стрес, како и МНС-SF (Keyes, 2009) скала на благосостојба (кратка верзија), која ги мери трите компоненти на позитивното ментално здравје: емоционално, психичко и социјално. Во првата, главна хипотеза во студијата, очекуваеме дека ќе пронајдеме статистички значајна разлика во нивото на присутност на симптоми на депресија, анксиозност и

стрес кај пациенти со хронични заболувања и контролната група. Хипотезата е потврдена, бидејќи резултатите од студијата покажаа дека испитаниците со хронични заболувања имаат поизразен резултат на сите три нивоа, во споредба со контролната група. Бројни научни студии го имаат потврдено присуството на депресија, анксиозност и стрес кај пациенти со хронични болести (Hemingvej i Marmont, 1999, Diner Can, 2011). Во 11 студии е потврдено дека депресија и анксиозност се појавува кај лица со кардиоваскуларни заболувања. (Klemenac, 2009). Слични истражувања спровеле Ајдукович и соработниците во 2011 година. Најновите медицински информации укажуваат дека започнувањето на менталните заболувања е поизразено кај пациенти со кардиоваскуларни болести кога настапува исцрпеност на организмот.

1.2. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ КОИ СЕ ОДНЕСУВААТ НА НИВОТО НА БЛАГОСОСТОЈБА ВО ОДНОС НА ГРУПАТА ИСПИТАНИЦИ СО ХРОНИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

Во првата потхипотеза очекувавме статистички значајна разлика помеѓу нивото на просперитетите на емоционално, психолошко и социјално ниво кај пациенти со хронични болести и испитаници кои припаѓаат на контролната група. Добиените резултати во ова истражување потврдија дека лицата без хронични заболувања имаат повисоко ниво на емоционална, социјална и вкупна благосостојба, во однос на групата на испитаници со хронични заболувања. Во литературата пронајдовме податоци за исти или слични резултати. Истражувачите како Smit et.al, 2007, Steptoe et al, 2005 го истражувале влијанието на стресот врз кардиоваскуларните заболувања и заболувањата на респираторниот систем. Diener & Can, 2011 ја истражувале физиолошката зависност на менталното здравје со дијагностицирањето на хронично заболување.

Се наметнаа очекувања дека ќе се појави статистички значајна разлика во однос на квалитетот на живот меѓу испитаниците со хронични соматски заболувања и контролната група. Нашите очекувања се потврдени бидејќи се појавија статистички значајни разлики во сите аспекти на квалитет на живот. Испитаниците од контролната група имаат позитивна проценка на целокупниото нивно здравје, енергија, виталност, ментално здравје, социјално функционирање. Од друга старана пак, испитаниците кои имаат хронични заболувања во поголема мера ги доживуваат телесните болки кои им го нарушуваат квалитетот на нивниот живот. Ваква потврда има и во истражувањата

на Живановиќ и останатите соработници од 2012 година, кога е спроведено истражување на квалитетот на живот кај пациенти со дијабетис тип 2. Квалитетот на живот е измерен во четири области: физичко здравје, психичко здравје, социјалните односи и условите за живот. Резултатите од ова истражување покажуваат дека овие пациенти имаат пад на квалитетот на живот во сите четири области (Тодоровиќ и соработниците, 2006; Вукадинович, 2010).

Во потхипотезата 1.3. утврдувавме постоење на статистички значајна разлика од аспект на квалитетот на живот и благосостојба. Добиените резултати од позитивната корелација на различни аспекти на квалитетот на живот и благосостојба, корелациите се движат од ниски до умерено вредности на ниво од 0,01. Најголема корелација е добиена помеѓу социјалното функционирање и емоционалната благосостојба на пациенти со хронични болести, а најниска помеѓу социјалната благосостојба и квалитетот на живот, како и менталното здравје на испитаниците без хронични заболувања. За придобивките од позитивните емоции, подоброто ментално здравје на испитаниците без хронични заболувања истражувале и други студии (Fredericson, 1998, Tugade & Fredericson, 2004; Diner & Seligman, 2004; Lyomirski итн). Општеството може да го подобри менталното здравје и квалитетот на живот, имајќи ја можноста за образование, вработување, обезбедување на подобри матерјални приходи, кои овозможуваат подобар квалитет на живот. Речиси во сите истражувања се појавува врската помеѓу доброто социјално функционирање и емоционалната благосостојба. Испитаниците со хронични заболувања имаат ограничувања во функционирањето на сите аспекти на човековиот живот, а со тоа се намалува и нивото на квалитетот и целокупната благосостојба.

Очекувавме статистички значајна негативна корелација помеѓу различните аспекти на квалитетот на живот и просперитет, од една страна, и присуство на депресија, анксиозност и стрес, од друга страна.

Оваа хипотеза е потврдена во целост. Сите корелации се движат од многу ниски до умерени. Досега во голем број на објавени истражувања се воспоставува врската помеѓу квалитетот на живот и депресијата (Koivumma-Hinkaen et al 2004; Dhingran & Simoes, 2010; Seligman, 2008). Овие истражувања покажуваат поврзаност помеѓу различните домени на благосостојба и депресија. Ја покажуваат и врската помеѓу анксиозноста и квалитетот на живот, која е реално малку проучуван феномен, иако

постои податок дека голем број на луѓе страдаат од овие болести. Не постои консезус дека квалитетот на живот на овие луѓе е помал во однос на здравата популација. Според овие истражувања, стресот предизвикува силни влијанија врз човековото тело, особено кај пациенти кои имаат свесност за постоењето на хронично заболување кај нив.

1.3. ДИСКУСИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ КОИ СЕ ОДНЕСУВААТ НА ДЕМОГРАФСКИТЕ КАРАКТЕРИСТИКИ

Во една од потхипотезите очекувавме добивање на статистички значајна разлика во однос на квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес во однос на социо-демографските варијабли, како што се: полот на испитаниците, брачната состојба, образованието, финасиската состојба, како и работниот статус. Хипотезата беше тестирана на вкупниот примерок и подмостра составена од испитаници кои имаат дијагностицирано хронични заболувања. Резултатите добиени од целиот примерок покажуваат дека жените имаат повеќе проблеми отколку мажите во доживувањето на физичка болка. Мажите манифестирале значително повисоко ниво на социјално функционирање, помали ограничувања поради емоционални проблеми, како и повисоко ниво на социјална и емоционална благосостојба. Немаше статистички значајна разлика во однос на психолошката и целокупната благосостојба во корист на жените. Не постои консензус помеѓу научниците кога станува збор за физичката болка и прагот на издржливост помеѓу двата пола. Современиот начин на живот, кој станува сè повеќе динамичен, подеднакво ги оптоварува и мажите и жените.

Во однос на потхипотезата која го истржуваше влијанието на степенот на образование кај испитаниците со хронични заболувања и останатите од контролната група, во ова истражување се добиени статистички значајни разлики кај речиси сите променливи, освен кај социјалната и менталнатата благосостојба. Перцепцијата на општата здравствена состојба е подобра доколку е повисок и степенот на образование кај испитаниците. Оваа бројка расте, со оглед на тоа дека со зголемувањето на нивото на образование, се зголемува и нивото на знаење, факт кој произлегува од направената индивидуална самоанализа на секој учесник во истражувањето. За овој факт говорат и претходно спроведените бројни истражувања, чии резултати оделе во прилог на високообразовани испитаници (Rif, ed al, 1999 ; Wahl, et, al 2004; Pasturovic et al, 1995).

Во однос на работниот статус на испитаниците како демографска карактеристика, се добиени статистички значајни разлики кај речиси сите променливи. Не се евидентирани статистички значајни разлики помеѓу невработените и пензионерите. Вработените постигнуваат повисоки резултати на емционалната, менталната и целокупната благосостојба, во однос на испитаниците кои се невработенени и пензионери. Невработените и пензионерите добија повисоки резултати на депресија и анксиозност во однос на вработените. Речиси идентични резултати се добиени со групата хронични пациенти. Преку истражувања е потврдено дека невработените покажуваат пониско ниво на благосостојба, пред сè поради неможноста за структурирање на своето време и немаат чувство за цел и значење (Koskela & Niskanen, 1996; Makintupe, 2001). Во поретпоследната потхипотеза имавме очекување дека ќе се појави статистички значајна корелација помеѓу квалитетот на живот, благосостојба, депресија, анксиозност и стрес и траењето на хроничната болест. Во овој контекс е добиена статистички значајна корелација само во однос на траењето на болеста, од една страна, како и перцепцијата на целокупното здравје, квалитетот на живот и депресија, од друга страна.

Се оправдаа очекувањата дека врз основа на присуството на депресија анксиозност и стрес, менталното здравје, социо-демографските карактеристики, може да се предвиди нивото на квалитетот на живот на пациенти со хронични болести. Иако досега генерално не е постигнат консензус меѓу авторите за односот помеѓу квалитетот на живот и анксиозноста, сепак е постигната согласност околу тоа дека доколку севкупната анксиозност е поизразена, севкупниот квалитет на живот е намален.

2. ОГРАНИЧУВАЊА НА СПРОВЕДЕНОТО ИСТРАЖУВАЊЕ

Она што сметам дека е значајно да се истакне е дека токму овој труд во текот на неговата реализација наиде на голем број на ограничувања, под влијание на методолошките фактори, изборот на примерокот, инструменти, истражување и слично. Ограничувањето се состои во големината на примерокот. Примерокот не е целосно претставителен бидејќи е релативно мал, не ги вклучува сите под потпопулации во регионот. Постои потреба од претпазливост при генерализацијата на добиените податоци. Исто така, оваа студија е спроведена на испитаници кои имаат возраст од 40 до 65 години. За целосен увид на проблемот, ќе се јави потреба да се истражат и

останатите старосни групи. Оваа студија го истражува влијанието на хроничните заболувања врз менталните нарушувања на испитаниците, но единствено преку симптомите на депресија, анксиозност и стрес, но не и преку симптомите на други ментални нарушувања.

3.ПРЕПОРАКИ И СУГЕСТИИ ЗА ПОНАТАМОШНИ ИСТРАЖУВАЊА

Заклучокот се однесува на фактот што пациентите со хронични заболувања имаат послабо ментално здравје. Освен тоа, испитаниците со хронични болести имаат понизок квалитет на животот и благосостојбата од оние во контролната група. Истражувањето потврди дека социјалната поддршка е важна за подобрување на благосостојбата. Образованието, финасиската состојба и работниот статус се потврдија како значајни фактори на квалитетот на живот.

Од сево ова произлегува дека во иднина би било подобро повеќе да се инвестира во превентивни програми, кои на подолг рок би ги намалиле средствата кои ќе се потрошат за лекување на хроничните болни. Не треба да се занемарат обидите за спречување на појавата на ментални нарушувања кои се поизразени кај пациентите со хронични болести. Сегментот за унапредување на менталното здравје, како и создавање на програми кои ќе овозможат спречување на ментални нарушувања, се многу значајни за севкупното функционирање на пациентите со хронични болести.

Оваа студија го истражува влијанието на хроничните болести врз појавата на ментални нарушувања кај испитаници од зрело доба. Ккако што веќе споменавме, идните истражувања поврзани со овие аспекти би можеле да се однесуваат на другите фази од животот, со цел расветлување на други фактори кои влијаат на менталното здравје и квалитетот на живот на испитаниците со хронични болести. Во тој контекст, сметаме дека ова истражување ќе помогне за подобра информираност и вклученост на поединци и нивните семејства кои делуваат во сверите советување, програми за промена на однесувањето, имплементации на програми за поголема самостојност и комуникација со здравствените организации, како и имплементација во образованието. Освен делувањето во овие општествени сектори, фокусот на одговорните чинители врз заштита на менталното здравје, особено кај хроничните болни, може да биде насочен на иницирање на имплементација на алатки за превенција, проценка и управување кои инкорпорираат планирани интеракции и овозможуваат следење, базирано на емпириски докази. Ова истражување беше фокусирано на сосмеа мал сегмент на

испитаници од конкретен терен на истражување, пациенти кои гравитираат во Штипскиот Клинички центар од градовите Штип, Кочани и Виница, сметаме дека сепак, ќе даде придонес преку резултатите да се создадат механизми за неутрализирање на негативните влијанија на хроничните заболувања врз менталноото здравје, па одовде и врз севкупниот квалитет на живот на ниво на заедницата. Конкретизирањето на резултатите би значело, секако очекуваме и зголемена соработка помеѓу трите здравствени организации од приватниот и јавниот сектор од споменатите општини, во заедничко идентификување и одредување на приоритетите на прашањата кои влијаат врз здравствената состојба, зголемената активност на ниво на заедницата во функција на формулирање на соодветна политика во самите здравствени организации, на ниво на поединци и семејства, знаења и вештини за однесувањето, зголемена свесност, соработка и поврзаност во поглед на изготвувањето и реализацијата на програмите. Освен ова, очекувам дека ова истражување може да даде скромен придонес во улогата на социјалната работа во надминување на негативниот одраз на хроничните заболувања врз квалитетот на живот и пружање на психо-социјална проценка на потребите на лицата со хронични заболувања, кординираност и опфат - интегрирана нега и грижа, управување со негата кое опфаќа комбинација од проценка на здравствената состојба, планирање, едукација, бихевиорално советување и координација, програми за самоуправување со хронични заболувања кои се структурирани и временски ограничени интервенции. Може да очекуваме, во стилот на светската практика, и кај нас да бидат креирани и имплементирани програми кои ќе бидат дизајнирани да пружаат информации во врска со самоуправувањето со хроничните заболувања кои се структурирани и временски ограничени интервенции. Ваквите програми би требало да преземаат податоци од вакви и слични истражувања на локално, регионално и државно ново, со цел да се направи стратегија за планирање, едукација бихевиорално советивање и координација, програми за самоуправување со хронични заболувања, кои како што веќе напоменавме, во иднина поефикасно би можеле да нудат оспособување на пациентите за преземање на нивна активна улога во самоуправувањето со нивните хронични болести. Ваквите програми опфаќаат и превентивни посети во домот на хроничниот болен, едукација и поддршка на пружателите на нега при транзиција од болничката кон домашната нега.

VI. ЗАКЛУЧНИ СОГЛЕДУВАЊА

Проблемот на ова истражување произлезе од потребата да се проучи каква е улогата на хроничните заболувања врз менталните нарушувања на здравјето на испитаниците кои имаат дијагноза на хронични заболувања (кардиоваскуларни и дијабетис) и испитаници од контролната група. Тргнувајќи од основната цел и предизвик на ова студија за да да се испита влијанието на хроничните заболувања, конкретизирано преку кардиоваскуларните заболувања и дијабетисот врз менталното здравје и квалитетот на живот на испитаниците, се обидовме да дадеме мал придонес за планирање на стратегии за здравствено делување, преку споредба на резултатите добиени од одговорите на испитаниците од групата со хронични болести и контролната група. Направени се и проценки дали благосостојбата кај пациентите со хронични заболувања е различна од општата популација за присувство на депресија, анксиозност и стрес, здравствено однесување, социо-демографските варијабли и времетраењето на болеста.

Доколку ги сумираме сите резултати, можеме да заклучиме дека пациентите со хронични заболувања имаат понизок квалитет на живот и благосостојба од оние во контролната група. Она што беше значајно за нашето истражување е потврда на главната хипотеза, со која се докажа дека испитаниците со хронични заболувања имаат послабо ментално здравје. Во истражувањето се вклучени 215 испитаници (96 од машки пол и 119 од женски пол). Испитаниците се по случаен избор од две матични приватни здравствени ординации и една од јавното здравство. Сите пациенти едновремено гравитираат во Штипскиот клинички центар. Најмало учество во истражувањето имаа пациентите од Виничкиот здравствен дом, случајниот избор на пациенти со речиси подеднаква процентуална застапеност од групата со хронични заболувања 207 и групата без хронични заболувања, 208 како севкупен примерок за истражување во кое со поголем процент партиципитаа испитаници од приватната ординација „Д-Р Калина “ - Кочани и приватната ординација „Д-р Златко Стојменов“.

Менталното здравје претставува голем предизвик уште од почетокот на човечката цивилизација, секогаш држи континуитет и доминанен интерес на научната заедница, едноставно кажано „нема здравје без менталното здравје“. Неспорен е фактот дека хроничните болести кај пациентите имаат влијание врз квалитетот на нивното ментално здравје. Од бројните емпириски истражувања се произлезени

индикатори за исходот на менталните нарушувања кај пациенти кои боледуваат од хронични болести, во научните студии се вметнувани терапевтски препораки и низа на мерки и активности кои треба да се преземат со цел подобро функционирање на поединецот и општеството. Ако сметаме дека поимот совршено здравје не се однесува само на должината на животот, туку и на квалитетот на животот, не е невообичаено тоа што целта на секој ваков научен предизвик е да се подобри менталното здравје, а со тоа и квалитетот на животот на пациентите со хронични заболувања. Во тој контекст, една од главните цели на оваа студија е да се истражи менталното здравје и квалитетот на животот на пациентите со хронични соматски болести и менталното здравје на пациентите кои немаат хронични заболувања.

Истражувањето на променливи се операционализираше со помош на инструменти SF-36 (Вер, снег, Kosinski & Gendek, 1993), кој ја мери субјективната проценка на здравјето преку осум области на здравје, ДАСС-21 (Lovibond & Lovibond, 1995), кратка верзија на скала, која мери депресија, анксиозност и стрес, и MHC-SF (Киз, 2009) скала за благосостојба (скратена верзија), која мери три компоненти на позитивни ментално здравје: емотивно, ментално и социјално. Учесниците во оваа студија беа вкупно 215 пациенти, кои гравитираат во Штипскиот клинички центар. Резултатите покажуваат дека групата од 107 пациенти кои боледуваат од хронични соматски заболувања манифестираат поголем процент на симптоми на ментални нарушувања на возраст од 40 до 65 години, што не е случај со 108-те пациенти од контролната група кои не боледуваат од хронични соматски заболувања од истото животно доба.

Клучни зборови: ментално здравје, квалитет на живот, просперитет, хронично-соматски заболувања.

Главната цел на оваа студија беше да се испита менталното здравје и квалитетот на животот на пациентите со хронични болести во однос на општата популација, а потоа да се процени дали благосостојбата кај пациентите со хронична соматски болести е различна од општата популација за присуство на депресија, анксиозност и стрес, здравствено однесување, општите социо-демографските варијабли, индексот на телесна маса и времетраењето на болеста.

По сумирањето на сите резултати, можеме да заклучиме дека пациентите со хронични заболувања имаат позначаен степен на ментални заболувања, а со тоа имаат

и понизок квалитет на живот и благосостојба од оние во контролната група. Значи, испитаниците со хронични заболувања имаат послабо ментално здравје. Со ова истражување се покажа дека за подобрување на благосостојбата многу е значајна и социјалната поддршка. Образованието, финансиската состојба и статус на вработување беа исто така прикажани и исто така се важни фактори за квалитетот на животот. Физичката активност исто така се јавува како поволен ефект врз намалувањето на симптомите на стрес, што во целост доведува до подобар квалитет на живот и целосната благосостојба. Според тоа, би било подобро да се инвестира повеќе во превентивните програми за важноста на физичката активност, што на долг рок ќе го намали износот на средства кои евентуално ќе бидат потрошени за лекување на хронични болести. Ние не треба да го занемаруваме фактот дека е зачестена појавата на ментални нарушувања, не треба да се исклучат факторите кои ќе придонесат за зголемување на истите, и затоа треба да се настојува на изготвување на програми со кои би се направило спречување на менталните нарушувања, како и унапредување на менталното здравје. Проблемите со менталните нарушувања не се занемарувачки и истите влијаат врз општото функционирање на поединецот. Во ова истражување дојдовме до констатација за обратно делување на нарушеното ментално здравје врз појава на редовни манифестации, што како последица може да се јави и појава на хронични соматски заболувања.

Од оваа студија се истражуваше какво влијание имаат хроничните заболувања врз менталното здравје на испитаниците и нивниот квалитет на живот во зрелата возраст. Споредено со останатите истражувања од оваа област, оваа студија може да помогне во дефинирањето на останатите аспекти не само за возрасната доба, туку и за останатите фази од животот на една личност. Ова е со цел да се направи расветлување на други фактори кои влијаат врз менталното здравје и квалитетот на живот на испитаниците кои имаат хронични заболувања.

Менталното здравје претставува голем предизвик уште од почетокот на човечката цивилизација, секогаш држи континуитет и доминанен интерес на научната заедница, едноставно кажано „нема здравје без менталното здравје“. Неспорен е фактот дека хроничните болести кај пациентите имаат влијание врз квалитетот на нивното ментално здравје. Од бројните емпириски истражувања се произлезени индикатори за исходот на менталните нарушувања кај пациенти кои боледуваат од хронични болести. Во научните студии се вметнувани терапевтски препораки и низа на

мерки и активности кои треба да се преземат со цел подобро функционирање на поединецот и општеството. Ако сметаме дека терминот совршено здравје не се однесува само на должината на животот, туку и на квалитетот на животот, не е невообичаено тоа што целта на секој ваков научен предизвик е да се подобри менталното здравје а со тоа и квалитетот на животот на пациентите со хронични заболувања. Во тој контекст, една од главните цели на оваа студија е да се истражи менталното здравје и квалитетот на животот на пациентите со хронични соматски болести и менталното здравје на пациентите кои немаат хронични заболувања.

Истражувањето на променливи се операционализираше со помош на инструменти SF-36 (Вер, снег, Kosinski & Gendek, 1993), кој го мери субјективното чувство на здравјето преку осум области на здравје, ДАСС-21 (Lovibond & Lovibond, 1995), кратка верзија на скала, која ја мери депресијата, анксиозноста и стресот, и MHC-SF (Киз, 2009), скала за благосостојба (скратена верзија), која мери три компоненти на позитивни ментално здравје: емотивно, ментално и социјално. Учесниците во оваа студија беа вкупно 215 пациенти кои гравитираат во Штипскиот клинички центар, три здравствени организации и матични лекари од ПЗО „Д-р Златко Стојменов“ - Штип, „Д-р Калина“ - Кочани и матични лекари кои се грижат за здравјето на пациентите кои гравитираат во Здравствениот дом во Виница, како и жители од споменатите општини како контролна група на територијата од Источниот регион на Република Северна Македонија. Во примерокот имаше 215 предмети поделени во две групи. Една група од 107 испитаници се луѓе кои страдаат од хронични соматски болести во време на корона криза. Втората група на предмети се состои од 108 лица од општата популација (испитаници кои не страдаат од хронични соматски заболувања). Резултатите покажуваат дека дека групата од 107 пациенти кои боледуваат од хронични соматски заболувања манифестираат поголем процент на симптоми на ментални нарушувања на возраст од 40 до 65 години, што не е случај со 108-те пациенти од контролната група кои не боледуваат од хронични соматски заболувања од истото животно доба.

Клучни зборови: ментално здравје, квалитетот на животот, просперитет, хронично-соматски заболувања.

Главната цел на оваа студија беше да се испита менталното здравје и квалитетот на животот на пациентите со хронични болести во однос на општата популација, а

потоа да се процени дали благосостојба кај пациентите со хронична соматски болести е различна од општата популација за присуство на депресија, анксиозност и стрес, здравствено однесување, општите социо-демографските варијабли, индексот на телесна маса и времетраењето на болеста.

По сумирањето на сите резултати, можеме да заклучиме дека пациентите со хронични заболувања имаат позначаен степен на ментални заболувања, а со тоа имаат и понизок квалитет на живот и благосостојба од оние во контролната група. Значи, испитаниците со хронични заболувања имаат послабо ментално здравје. При ова истражување се покажа дека за подобрување на благосостојбата многу е значајна и социјалната поддршка. Образованието, финансиската состојба и статусот на вработување беа исто така прикажани и исто така се важни фактори за квалитетот на животот. Физичката активност исто така се јавува како поволен ефект врз намалувањето на симптомите на стрес, што во целост доведува до подобар квалитет на живот и целокупната благосостојба. Според тоа, би било подобро да се инвестира повеќе во превентивните програми за важноста на физичката активност, што на долг рок ќе го намали износот на средства кои евентуално ќе бидат потрошени за лекување на хронични болести. Ние не треба да го занемаруваме фактот дека е зачестена појавата на ментални нарушувања, не треба да се исклучат факторите кои ќе придонесат за зголемување на истите, затоа треба да се настојува на изготвување на програми со кои би се направило спречување на ментални нарушувања, како и унапредување на менталното здравје. Проблемите со менталните нарушувања не се занемарувачки, истите влијаат врз општото функционирање на поединецот. Во ова истражување дојдовме до констатација за обратно делување на нарушеното ментално здравје врз појава на редовни манифестации, што како последица може да се јави и појава на хронични соматски заболувања.

Од оваа студија се истражуваше какво влијание имаат хроничните заболувања врз менталното здравје на испитаниците и нивниот квалитет на живот во зрелата возраст. Споредено со останатите истражувања од оваа област, оваа студија може да помогне во дефинирањето на останатите аспекти, не само за возрасната доба, туку и за останатите фази од животот на една личност. Ова е со цел да се направи расветлување на други фактори кои влијаат врз менталното здравје и квалитетот на живот на испитаниците кои имаат хронични заболувања.

ПРИЛОЗИ

УПАТСТВО

Здраво, ви благодариме за учество во нашата анкета. Спроведувањето на оваа анкета е целосно анонимно, нема потреба од внесување на вашите лични податоци. Одговорите на прашањата можете да ги дадете со заокружување на дадениот број пред една од опциите, освен ако не се бара од вас да објасните на некој друг начин. Податоците собрани од ова истражување ќе се користат единствено за целите на научно-истражувачка работа.

Прашалникот на социо-демографски податоци

1. Пол: 1 Машки 2 Женски

2. Во животот _____

3. Место на живеење _____

4. Вашата тежина _____ _____

5. Завршено образование: 1. Основно; 2. Средно; 3. Високо;

6. Брачна состојба: 1. Самец, немажена 2. Разведен 3. Во брак 4. Вдовица / вдовец

7. Финансиска состојба: 1. Ниска 2. Средна 3. Висока

8. Работен статус:

1. вработен во државна институција (имам решение за неопределено време)
2. вработен во државна институција (имам решение за некое време)
3. вработен во приватна фирма (јас имам сопствен бизнис)
4. вработен во приватна фирма (работа во друга)
5. Јас не работам никаде
6. пензионер

9. Дали страдате од хронична физичка болест? ДА НЕ

Ако одговорот е да, кои? _____

10. Кога за првпат е дијагностицирана болеста? _____

11. Ако страдате од хронична физичка болест, дали одите на редовни прегледи? (Заокружете еден од одговорите) *

1. само по совет на лекарите
2. кога ќе се посомневам
3. кога ќе почувствувам здравствени проблеми
4. никогаш

12. Дали сте ангажирани во некој вид на физичка активност? ДА НЕ

Ако одговорот е „да“, колку часа неделно? _____

13. Дали пушите цигари? ДА НЕ

1. Општо земено, дали би рекле дека здравјето ви е: (заокружете еден одговор)

Одлично

Многу добро

Добро

Средно

Лошо

1 2 3 4 5

2. Во споредба од пред една година, како вие го оценувате вашето глобално здравје сега?

Многу подобро отколку пред една година	1
Нешто подобро отколку пред една година	2
Исто како и пред една година	3
Нешто полошо отколку пред една година	4
Многу полошо отколку пред една година	5

3. Следниве прашања во врска со активностите што веројатно сте имале за време на еден типичен ден. Дали вашето здравје сега ве ограничува во овие активности? Ако е така, колку?

а) Да, тоа ми го ограничува тоа, дај ми малку ограничување Има мало ограничување Не, не на сите граници	а) Активности кои бараат многу енергија, како што се: трчање, кревање на тешки предмети, кои учествуваат во спортски	б) Умерена активност, како што се вшмукување, или мини голф бања 1 2 3	в) со лифт или да носат прехранбени производи од продавница 1 2 3

активности

1 2 3

б) Искачување по скали на неколку редови 1 2 3

Да, тоа ми го ограничува Има мало ограничување Не, воопшто не ме ограничува	а) Активности кои бараат многу енергија, која е во тек, кревање на тешки предмети, кои учествуваат во спортски активности 1 2 3 б) умерена активност, како што се движат на маса,или мини голф бања 1 2 3	в)Активности кои бараат многу енергија, која е во тек, кревање на тешки предмети, кои учествуваат во спортски активности 1 2 3 г) умерена активност, како што се движат на маса, или мини голф бања 1 2 3	д) со лифт или да носат прехранбени производи од продавница 1 2 3

в) Искачување по скали на неколку редови 1 2 3

Да, тоа ми го ограничува Има мало ограничување Не, не нема ограничување	а) Активности кои бараат многу енергија што се трчање, кревање на тешки предмети, кои учествуваат во спортски активности 1 2	б) умерена активност, како што се движење или мини голф бања 1 2 3	в) со лифт или да носат прехранбени производи од продавница 1 2 3

г) искачување по скали 1 2 3
д) истоштеност, свиткување или поместување 1 2 3
ѓ) одење повеќе од 1,5 km 1 2 3
е) Одење неколку стотици метри 1 2 3
ж) Одење сто метри 1 2 3
з) Автоматски-капење или облекување 1 2 34.
Токму последните четири недели дали сте имале некои од следните проблеми на вашето работно место, при извршување на секојдневните обврски или при физички активности.

	ДА	НЕ
а) Со намалување на времетраењето кое можете да го поминете на работа или на други активности.	1	2
б) се постигнува помалку отколку што би сакале	1	2

в) ограничување на видот на работата или други активности кои бараат посебен напор 1 2
г) Дали имате тешкотии во извршувањето на работните или други активности 1 2

4. Во текот на последните четири недели сте имале некој од следниве проблеми во вашата работа или дневни активности како резултат на вашите емоционални проблеми (како што се на чувствата на депресија или анксиозност)?
ДА НЕ

а) Намалување на должината на времето може да се потроши во работата или други активности 1 2
б) ќе се оствари помалку отколку што би сакале 1 2
в) ќе се занимаваа со работа или други активности помалку внимателно од вообичаените 1 2

5. Во текот на последните четири недели, степенот на вашето физичко здравје или емоционални проблеми влијае на вашате нормални социјални активности со семејството, пријателите, соседите?

Незначително
Умерено
Во зголемена мера
Многу
1 2 3 4 5

6. Колку бевте физички активни во последните четири недели?

Воопшто не е лесна
Лесна
Умерена
Тешка
Многу тешка
1 2 3 4 5 6

7. Во текот на последните четири недели, како болката имаше влијание на вашата нормална работа (вклучително работа надвор од домот и домашна работа)?

Воопшто не
Сосема малку
Умерено
Многу големо влијание
1 2 3 4 5

1. Следниве прашања истражуваат како се чувствува испитаникот во последните четири недели.
2. За секое прашање можете да го изберете најдобриот одговор според вас. Со одговорот ќе се утврди како се чувствува испитаникот. Колку време имате во последните четири недели? (заокружете еден)

Цело време, Поголемиот дел од времето, добар дел од времето, малку време и нема време

а) се чувствувам толку полн со живот; 1 2 3 4 5 6

б) многу сум нервозен; 1 2 3 4 5 6

в) бев толку тажен што ништо не можеше да ме расположи; 1 2 3 4 5 6

г) се чувствував спокојно и опуштено; 1 2 3 4 5 6

д) имав многу енергија; 1 2 3 4 5 6

ѓ) се почувствував во депресија; 1 2 3 4 5 6

е) се чувствував уморно; 1 2 3 4 5 6

ж) Бев среќна / среќни; 1 2 3 4 5 6

з) се чувствував уморен, 1 2 3 4 5 10.

Во текот на последните четири недели, колку пати поради вашето физичко здравје или емоционални проблеми трпеа вашите социјални активности (како што се посета на пријатели, роднини, итн)?

цело време, поголемиот дел од времето, некое време, малку време, и да нема време

1 2 3 4 5

11. Како ја оценувате секоја од следните изјави како вистинска или лажна?

Точно е, најчесто точно, не знам, претежно лажна, сосема неточно

а) се чини дека се болни, но малку полесно; 1 2 3 4 5

б) се чувствувам здраво; 1 2 3 4 5

в) како да сум во исчекување дека моето здравје се влошува; 1 2 3 4 5

г) моето здравје е одлично; 1 2 3 4 5

ОБРАЗЕЦ МНС - SF кратка верзија

Ве молиме одговорете на прашањата за тоа како сте се почувствувале во изминатиот месец. Проверете одговорот што најдобро го опишува како се чувствувате.

Во текот на минатиот месец, колку често да се чувствувате... Никогаш, еднаш или двапати, еднаш неделно, 2 или 3 пати неделно, речиси секој ден, секој ден.

1. среќни;

2. загрижени за живот;

3. задоволни со своите животи;

4. дека нешто може значително добро да се случи.

5. дали припаѓате на заедница (како социјална група или соседи);

6а. дека нашето општество е добро место за сите луѓе;

6б. дека нашето општество може да стане подобро место за сите луѓе;

7. дека луѓето во основа се добри;

8. дека се чувствува добриот начин на кој функционира нашето општество;

9. дека ви се допаѓа многу на вашата личност;

10 дека сте добри во вршењето на работата,

11 дека имам топли односи со другите луѓе им верувам;

12 дека сте имале искуства кои ве охрабруваат и ве тераат да стане подобра личност;

13 имате слобода да ги изразите сопствените мисли и идеи;

14 дека текот на вашиот живот има смисла и значење.

ФОРМА ДАСС -21 скратена верзија

	0- воопшто не важи за мене- НИКАКО	1- Донекаде се однесува на мене ПОНЕКОГАШ	2 - Се однесува во голема мера на мене или добар дел од времето- ЧЕСТО	3 - Многу важи за мене или во поголем дел од времето СКОРО СЕКОГАШ
1. Беше тешко да се смирам. (S)				
2. Приметив дека ми се суши устата. (А)				
3. Немав никакво добро чуство (Д)				
4. Имав потешкотии со дишењето (на пример, се чувствував останување без здив, и кога не сум физички заморен). (А)				
5. Сметам дека е тешко да се реализира да преземам иницијатива и дазапочнам нешто. (Д)				
6. Претерано реагирам во одредени				

ситуации				
7. Чувствувам како неконтролирано се тресам (на пример, тресење на рацете). (А)				
8. Забележав дека имам доста негативна енергија				
9. Се плашев од ситуации каде што можев да испаничам и да направам будала од себе				
10. Почувствував дека нема на што да се надевам (Д)				
11. Приметив дека се нервирам (С)				
12. Тешко ми е да се опуштам (С)				
13. Се чувствував тажно и јадно. (Д)				
14. Ме нервираше кога нешто ме прекинува во работата што ја работам (С)				
15. Чувствував дека сум многу блиску до паника (А)				
16. Ништо не можеше да ме заинтересираа. (Д)				
17. Чувствував дека како личност не вредам многу. (Д)				
18. Бев премногу чувствителна (С)				
19. Го осетив силното биење на срцето иако не бев многу фузички заморен . (А)				
20. Се чувствував уплашено иако немав причина за тоа. (А)				
21.Се чувствував дека животот ми е бесмислен (Д)				

Користена литература

1. Friedli L, Parsonage M (2007) Mental Health Promotion: Builiding the Economic Case. Northern Ireland Association for Mental Health
2. Centre for Mental Health (2010) The Economic and Social Costs of Mental Health Problems in 2009/10. Centre for Mental Health (http://www.centreformentalhealth. org.uk/pdfs/Economic_and_social_costs_2010.pdf).
3. Royal College of Physicians (2010) How Doctors can Close the Gap: Tackling the Social Determinants of Health through Culture Change, Advocacy and Education. RCP.
4. World Health Organization (2008) Global Burden of Disease Report. WHO (http:// www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index. html
5. World Health Organization (2004) Projections of Mortality and Global Burden of Disease 2004–2030. WHO
6. Green H, McGinnity A, Meltzer H, et al. (2005) Mental Health of Children and Young People in Great Britain, 2004. Office for National Statistics.
7. Colman I, Murray J, Abbott RA, et al. (2009) Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. BMJ, 338, a2981.
8. McManus S, Meltzer H, Brugha T, et al. (2009) Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007. Results of a Household Survey. Health and Social Information Centre, Social Care Statistics.
9. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys P, et al. (2009) A systematic review and metaanalysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis-proneness-persistenceimpairment model of psychotic disorder. Psychological Medicine, 39, 179–195.

10. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, et al. (2001) Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households, 2000. TSO (The Stationery Office), Social Survey Division, Office for National Statistics.
11. NHS Information Centre (2009) Statistics on NHS Stop Smoking Services: England, April 2008 to March 2009. NHS Information Centre (www.ic.nhs.uk/statistics-anddata-collections/health-and-lifestyles/nhs-stop-smoking-services).
12. Godfrey M, Townsend J, Surr C, et al. (2005) Prevention and Service Provision: Mental Health Problems in Later Life. Institute of Health Sciences and Public Health Research, Leeds University & Division of Dementia Studies, Bradford University.
13. Amore M, Taqariello P, Laterza C, et al. (2007) Subtypes of depression in dementia. Archives of Gerontology and Geriatrics, 44, 23–33.
14. Knapp M & Prince M. (2007) Dementia UK: A Report into the Prevalence and Cost of Dementia. Alzheimer's Society.
15. Milne A, Hatzidimitriadou E, Chryssatholoplou C, et al. (2001) Caring in Later Life: Reviewing the Role of Older Carers. Help the Aged.
16. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry, 20, 359– 364.
17. Meltzer H, Gatward R, Corbin T, et al. (2003) Persistence, Onset, Risk Factors and Outcomes of Childhood Mental Disorders. Office for National Statistics & TSO (The Stationery Office).
18. UNICEF (2007) Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries. UNICEF Innocenti Research Centre.
19. Bradshaw J, Richardson D. (2009) An index of child well-being in Europe. Child Indicators Research, 2, 319–351.

20. WHO (2008) Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. WHO (http://whqlibdoc.who.int/ publications/2008/9789241563703_eng.pdf).
21. WHO (2004) Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. WHO.
22. O'Connor TG, Heron J, Golding J, et al. (2003) Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 1025–1036.
23. Centres for Disease Control and Prevention (2005) Adverse Childhood Experiences Study. Centres for Disease Control and Prevention.
24. Melzer D, Fryers T, Jenkins. R. (2004) Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders. Maudsley Monographs Hove, Psychology Press.
25. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P, et al. (2008) Debt, income and mental disorder in the general population. Psychological Medicine, 38, 1485–1494.
26. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, et al. (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. British Journal of Psychiatry, 185, 220–226.
27. Harris J, Hall J, Melzer H, et al. (2010) Health, Mental Health and Housing Conditions in England. Eaga Charitable Trust, National Centre for Social Research.
28. Brown S, Barraclough B, Inskip, H. (2000) Causes of the excess mortality of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 177, 212–217.
29. Kirkbride JB, Barker D, Cowden F, et al. (2008) Psychoses, ethnicity and socioeconomic status. British Journal of Psychiatry, 193, 18–24.

30. Fearon P, Kirkbride J, Morgan C, et al. (2006) Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. Psychological Medicine, 36, 1541–1550.
31. Bhui K, Mckenzie, K. (2008) Rates and risk factors by ethnic group for suicides within a year of contact with mental health services in England and Wales. Psychiatric Services, 59, 414–420.
32. Stewart, D. (2008) The Problems and Needs of Newly Sentenced Prisoners: Results from a National Survey. Ministry of Justice Research Series. Ministry of Justice.
33. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Antisocial Personality Disorder, Treatment, Management and Prevention. NICE (http://guidance.nice.org.uk/CG77).
34. Gordon D, Levitas R, Pantazis C, et al. (2000) Poverty and Social Exclusion in Britain. Joseph Rowntree Foundation (http://www.bris.ac.uk/poverty/pse/Poverty%20and%20Social%20Exclusion%20in%20Britain%20JRF%20Report.pdf).
35. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder E. M. (2005) Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. Journal of Child Psychology, 46, 837–849.
36. Richards M, Abbott, R. (2009) Childhood Mental Health and Life Chances in PostWar Britain. Insights from Three National Birth Cohort Studies. Sainsbury Centre for Mental Health (http://www.scmh.org.uk/pdfs/life_chances_report.pdf).
37. National Institute for Health and Clinical Excellence, Social Care Institute for Excellence (2006) Parent-Training/Education Programmes in the Management of Children WithConduct Disorders. Technology Appraisal TA102. NICE (http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11584/33426/33426.pdf).

38. Odgers CL, Caspi A, Broadbent JM, et al. (2007) Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. Archives of General Psychiatry, 64, 476–484.
39. Mykletun A, Bjerkeset O, Øverland S, et al. (2009) Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. British Journal of Psychiatry, 195, 118–125.
40. Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, et al. (2007) Anxiety, depression and causespecific mortality: The HUNT study. Psychosomatic Medicine, 69, 323–331.
41. Hemingway H, Marmot, M. (1999) Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. BMJ, 318, 1460–1467.
42. Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RN, et al. (2008) Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke. Neurology, 70, 788–794.
43. Kroenke CH, Bennett GG, Fuchs C, et al. (2005) Depressive symptoms and prospective incidence of colorectal cancer in women. American Journal of Epidemiology, 162, 839–848.
44. Larson SL, Clark MR, Eaton W. W. (2004) Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area Sample. Psychological Medicine, 34, 211–219.
45. Ruigómez A, García Rodríguez, L. A., Panés J. (2007) Risk of irritable bowel syndrome after an episode of bacterial gastroenteritis in general practice: influence of comorbidities. Clinical Gastroenterology & Hepatology, 5, 465-469.

46. Parks J, Svendsen D, Singer P, et al. (2006) Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. National Association of State Mental Health Programme Directors, 13th technical report.
47. Brown S, Kim M, Mitchell C, et al. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 196, 116–121.
48. Saha S, Chant D, McGrath J. A. (2007) Systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Archives of General Psychiatry, 64, 1123–1131.
49. Royal College of Psychiatrists (2010) Self-Harm, Suicide and Risk: Helping People who Self-harm. College Report CR158. Royal College of Psychiatrists.
50. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. (2005) Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. American Journal of Psychiatry, 162, 297–303.
51. Fazel S, Benning R, Danesh J. (2005) Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003. Lancet, 366, 1301–1302.
52. The NHS Information Centre (2010) Statistics on Alcohol: England, 2010. NHS Information Centre (http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/alcohol10/Statistics_on_Alcohol_England_2010.pdf).
53. Singleton N, Glyn, L. (2003) Better or Worse: A Longitudinal Study of the Mental Health of Adults Living in Private Households in Great Britain. TSO (The Stationery Office).
54. Cornah, D. (2006) Cheers? Understanding the Relationship between Alcohol and Mental Health. Mental Health Foundation
55. Makhija, N. (2007) Childhood abuse and adolescent suicidality: a direct link and an indirect link through alcohol and substance misuse. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 19, 45–51.

56. Marshall J, Guerrini I, Thomson, A. (2009) Introduction to this issue: the seven ages of man (or woman). Alcohol & Alcoholism, 44, 106–107.
57. Crawford, V. (2001) Co-Existing Problems of Mental Disorder and Substance Misuse ('Dual Diagnosis'): A Review of Relevant Literature. Final Report to the Department of Health. Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit.
58. Doll R, Peto R, Boreham, J. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. BMJ, 328, 745.
59. Jochelson J, Majrowski, B. (2006) Clearing the Air: Debating Smoke-Free Policies in Psychiatric Units. King's Fund.
60. Nahvi S, Richter K, Li X, et al. (2006) Cigarette smoking and interest in quitting in methadone maintenance patients. Addictive Behaviors, 31, 2127–2134.
61. Singleton N, Farrell M, Meltzer, H. (1999) Substance Misuse among Prisoners in England and Wales. Office for National Statistics.
62. Lasser K, Boyd JW, Woolhander S, et al. (2000) Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. JAMA, 284, 2606–2610.
63. Owen K, Butler G, Hollins, G. (2004) A New Kind of Trainer: How to Develop the Training Role for People with Learning Disabilities. Gaskell.
64. Latimer, E. (2008) Individual placement and support programme increases rates of obtaining employment in people with severe mental illness. Evidence-Based Mental Health, 11, 52.
65. Stuart, H. (2006) Mental illness and employment discrimination. Current Opinion in Psychiatry, 19, 522–526.
66. Social Exclusion Unit (2004) Mental Health and Social Exclusion. Social Exclusion Unit.

67. Shift, Care Services Improvement Partnership (2008) Attitudes to Mental Illness. Department of Health.
68. Sainsbury Centre for Mental Health (2002) Breaking the Circle of Fear. Sainsbury Centre for Mental Health.
69. King M, McKeown, E. (2003) Mental Health and Social Wellbeing of Gay Men, Lesbians and Bisexuals in England and Wales: A Summary of Findings. Mind.
70. Rethink, Institute of Psychiatry (2008) Viewpoint Survey 2008. Rethink, Institute of Psychiatry, King's College London.
71. Thornicroft, G. (2006) Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford University Press.
72. Royal College of Psychiatrists Social Inclusion Scoping Group (2009) Mental Health and Social Inclusion: Making Psychiatry and Mental Health Services Fit for the 21st Century. Position Statement PS01/2009. Royal College of Psychiatrists.
73. Wilkinson RG, Pickett K. E. (2007) The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. Social Science and Medicine, 65, 1965–1978.
74. Alesina A, Di Tella R, MacCulloch R. (2004) Inequality and happiness: are Europeans and Americans different? Journal of Public Economics, 88, 2009–2042.
75. Conservative Party (2010) The Conservative Manifesto (Health Policy). Conservative Party.
76. Department of Health (2010) Programme Budgeting Tools and Data. Department of Health (http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/Programmebudgeting/DH_075743).
77. 1. Акерман, Р, и Д, Рубини, Р. Ј. (1991). Е депресивно реализам вистински? Клинички психолошки Rewiew, 11, 564-584.

78. Ајдуковиќ, Д. Pibernik Оковиќ, М. (2011). Мерење и следење на психосоцијални потреби во третманот на пациенти со дијабетес. Хрватскиот весник на јавно здравство, том 7 (28).
79. Alinčić - Зориќ, М. (2014). Eudamistički пристап кон благосостојба: разликата izmedđu компании (докторска дисертација). Одделот за психологија, Нови Сад: Филозофски факултет.
80. Andrews, M. F. и Withey, S. Б. (1976). Социјални показатели на благосостојбата, Њујорк: пленум прес.
81. Бачковиќ, Д. (2010). Менталното здравје и менталната хигиена меѓу два милениуми, медицински преглед, LXIII (11-12): 833-838.
82. Барови, М & М Џенкинс, Р. (2007). Спроведување ментално здравје промоција. Черчил Ливингстон, Оксфорд: Elsevier.
83. Beers, C. (1981). А ум дека се најде. Питсбург: Универзитетот во Питсбург Прес.
84. 8. Бирман, А., Fazio, Е. М., и Milkkie, М. А. (2006). А multifaceteded пристап кон здравствената ментална предност на брак. Весник на семејни проблеми, 27 (4), 554-582.
85. Билиќ, В. (2009). Психолошки фактори во кардиоваскуларните болести (ревизија). Психосоматски medicina.Klinika за психолошка медицина на Универзитетот во болнички центар во Загреб.
86. Бонд, J., Корнел, Л. (2004). Квалитетот на животот и Постарите PEAP, Maldenhead: Отворениот Универзитет presss.
87. Босиќ Живановиќ, Д., Стојановска Медиќ, С., Ковачев зависи, Б. (2012). На квалитетот на животот на пациентите со дијабетес мелитус тип 2. Преглед Vojnosanitetski, 69 (10): 858-863.
88. Bradburn, H. & M. Caplowitz, D. (1965). Извештаи за happiness.Chicago: ALDINE.
89. Bradburn, N. (1969). Структурата на Psihosocial Благосостојба. Chigago: ALDINE.
90. 14. Brajkovic, Л. Годан, А. Годан, Љ. (2008). Qualiti на животот affter мозочен удар во старост: Comarasia на лицата кои живеат во тие lursing Дом и Дневна Таму дом. Хрватскиот Медицински Jurnal, 50 (2) 182-8.
91. Brajkovic, Л. (2010). Индикатори задоволство во животот trćoj возраст (теза), Загреб Факултетот за медицина.

92. Бреслин, S. (1991). Квалитет на живот: како да се дефинира и се мери?
93. Брковиќ, А. (2011). Развојна психологија. Регионалниот центар Чачак за професионален развој во образованието.
94. Бухолц, М. (1996). Assessmenet на квалитетот на животот. Нова Англија Jurnal за медицина, 335 (7), 520-521.
95. Кембел, А. П., Converse, П. Е., Роџерс, В. Л. (1976). Квалитет на американскиот живот. Њујорк: Расел Фондацијата мудрец.
96. Кембел, R. J. (1996). Психијатриски речник, 7-ми ед. Оксфорд: Oxford University Press,.
97. Кармил, Е., Orbach, И., Zinger Вакнин, Т., Морад, М. и Мерик, Ј. (2008). Psysical обука и благосостојба во постарите возрасни лица со лесна интелектуална попреченост: А старечки дом студија. Весник на применети истражувања во интелектуална попреченост, 21, 457-465
98. Кларк, S. О., Frasure-Смит, N., Lespe'rance, F., & Bourassa, М. Г. (2000). Психосоцијални фактори os предвесници на функционална состојба на 1 година кај пациенти со лево venricular дисфункција. Истражување на медицински сестри и здравствени, 23, 290-300.
99. Coan, Р. В. (1977). Херој, уметник, мудрец или светец? Њујорк: Универзитетот Колумбија.
100. Коен, С., и Вилс, ТА (1985). Стресот, социјална поддршка, и хипотезата за визуелниот. Психолошки Билтен, 98, 310-357.
101. Коста, П. Т. & Mc Crea, Р. Р. (1980). Влијанието на rxstraversion и невротичност на субјективни и - се: Среќни и несреќни pople. Весник на личноста и социјална Psyhology, 38, 668 - 678.
102. Крафорд, Ј. Р, и Хенри, Ј. Д. (2004). Позитивни и негативни влијае на распоредот (Panas). Конструирај важност, својства мерење и нормативните податоци во голема не-клинички примерок. Британскиот весник на клиничка психологија, 43, 245-265.
103. Creed, П. А., Мекинтаер, С. Р. (2001). Релативната ефекти на лишување од латентната и манифестот придобивките од вработување на благосостојбата на невработени лица. Весник на здравје психологија, 6, 324-331.
104. Cummins, Р. А. (1995). На патеката на златен стандард за субјективна благосостојба. Социјални индикатори истражување, 35, 179-200.

105. Cummins, P. A. (1996) Домените на задоволство од животот: Обид да нарачате хаос. Социјални индикатори истражување, 38, 3030-332.

106. Cummins, P. A. (1998) Вториот approcsimation на меѓународен стандард на задоволство од животот. Социјални индикатори истражување, 43, 307 - 334.

107. Cummins, P. A. (2000) Личен доход и субјективна благосостојба. A reveiw весник на среќа студии, 1, 133-138.

108. Cummins, P. A. (2003) Нормативна задоволството од животот: Мерење прашања и хомеостатските модел, социјални индикатори истражување, 64, 225-256.

109. Дејвис, A. (2008). Иан Hackin, ученик на категории и човекови таксономии. Весник на филозофија на образованието, 42, 3-4.

110. Де Неве, К. М., & Купер, Н. (1998) Среќната личноста на пет од 137 Trais личност и благосостојба. Психолошки Билтен, 124, 197-229.

111. Lučanin, J. (2003) Искуството на стареење, стареење придонеси Тери, Загреб: Тираж направи.

112. Diener, E. (1984) Субјективна благосостојба Havelka, M. (1998). Здравствената психологија, наставни текстови, Jastrebasko; Публикација „Шамар“.

113. Headey, Б. В., Кели, J & Облечен, J. A. (1993). Димензии за ментално здравствена и: задоволство од животот, позитивни влијаат на анксиозност и депресија. Социјални индикатори истражување, 29, 63-82

114. Hommel, К. А., Чејни, J. М. Вагнер, J. Л и Меклафлин, М. С. (2002). Астма специфични за квалитетот на животот кај постарите адолесцентите и младите возрасни лица со Линг стои астма: Улогата на анксиозност и депресија. Весник на клиничка психологија во медицински поставувања, 9 (3), 185-192.

115. Институт за јавно здравје "Милан Јовановиќ Batut" (2013). Здравство - Статистички годишник на Република Србија за 2012 година. Белград.

116. Ипсос стратеџик Marceting (2013). Популацијата на анкетата на Република Србија - Извештај за 2013 година.

117. Isiklar, A. (2012). Проучување на вашите психолошката благосостојба и самодовербата на lavels Turkosh Студентите и стекнување на идентитет Againts Улогата на конфликти за време на периоди. Весник на наставата психологија, 39, 41-52.

118. Išmanović, Б., Масиќ, U. (2006). Мерење на квалитетот на животот на пациентите со дијабетес мелитус во согласност со насоките на семејната медицина. Сараево: Факултетот за медицина на Универзитетот во Сараево.

119. Иванович, J. Стоиљковиќ, М. Вељковиќ, А. (2011). Квалитетот на живот кај пациенти со коронарна артериска болест и миокарден veraskuralizacijom. Студент по медицина билтени, II (1-4): 21-2.

120. Jahoda, M. (1958). Тековни концепти на позитивни ментално здравје. Њујорк: Основни Книги.

121. Јевтиќ, М., Поповиќ, М., Bibić, z. (2008). Инвестирање во менталното здравје. Eskulap, 3 (1-2): 114-121.

122. Joki-Бегиќ, Н., Tadinac, М., Lauri-Koralija, А. и Hromatko, И. (2003) Хронична болест и психолошки distrbanes. Зборник на трудови на 24-тата Меѓународна конференција за стрес и анксиозност, СТАР, 10-12.7.2003. Лисабон.

123. Џонс, Е. (1942) Концептот на нормален ум. Меѓународниот весник на Psychoanalisis, 23, 1-8.

124. Јовановиќ, В., Нововиќ, Z. (2008) Краток скала на субјективна благосостојба - нов инструмент за мерење на позитивни ментално здравје. Применета психологија I (1-2), 77-94.

125. Јовановиќ, В., Жуљевиќ, D. Bradirić, Д. (2014) Психометриски евалуација на степенот на депресија, анксиозност и стрес - 21 (-21 ДАСС) на примерок од ученици во Србија. Психологија, 47 (1), 93-112.

126. Кан, Н. Б. (2004) Иднината на семејната медицина: Проект на семејна медицина Заедницата соработка. Ен Fam Мед. 2 (Suppl 1): 3-32 s

127. Kammann, Р. & Кембел, К. (1982) Илузорно корелација и верувања за причините на среќа. Нов Зеланд психолог, 11, 52-62.

128. Киз, С. L. М. (1998) Социјална благосостојба, социјална Psyhology Квартални, 61 (2), 121-140.

129. Киз, С. L. М. (2002) Здравје континуум ментална: Од наоѓале на процут во животот. Весник за здравство и социјално однесување, 43, 207-222.

130. Киз, С. L. М. (2005) Хронична psysical услови и стареењето: Дали е ментално здравје потенцијал заштитен фактор? Стареење International, 30, 88 - 104.

131. Киз, C. L. M. (2007) Унапредување и заштита на менталното здравје како процут. Комплементарна стратегија за подобрување на националната ментално здравје. Американскиот психолог, 62 (2), 95-108.

132. Киз, C. L. M. (2009) Атланта: Краток опис на менталното здравје континуум кратка форма (SF-MHC). Преземено од http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/.

133. Киз, C., Dingra, S. S., & Simoes, E. J (2010) Промени во нивото на позитивни менталното здравје како индикатор за иден ризик од ментални болести. Американското списание за јавно здравје, 100 (12), 2366-2371.

134. Киз, B. Л & M Лопез, S. J. (2002) Кон наука за ментално здравје - Позитивен Directionts во дијагнозата и Interventionts. И Снајдер, C.R. И Лопез, S.J. (EDS). Прирачник за позитивна психологија (стр. 45-59) Oxford University Press.

135. Киз, C. M. L., Scmotkin, D. & грива, C. D. (2002) Оптимизирање на благосостојба: битка на два емпириски традиции. Весник на личноста и социјалната психологија, 82, 1007-1022.

136. Kiecolt - Glaser, J K, Мекгваер, Л., Rolas, T. F. & Glasev, P. (2002) Емоции, morbitlity, а смртноста: Нови перспективи од psychoneuroimumunology, Годишен Rewiew за психологија, 53 (1), 83-107.

137. Klemenac - Ketin, З., Kersnik, J., Tratnik, E. (2009) Присуството на auxety и депресија кај возрасната популација на пациенти семејство пракса со CHONIC болести. Здрави. Var, 48. 170-176.

138. Kohlberg, Л. (1976) Детето како морален филозоф, Psyhology денес, 2, 25-30.Koivumaa - Honkanen H, Koskenvou, M., Honkanen, J P, Viinamäki, X., Heikkilae, K., & Caprio, J. (2004) Животот незадоволство и последователните спреченост за работа и 11-годишно следење - до. Психолошка медицина, 34, 221-228.

139. Komproe, И. X., Rijeci, M., Рос, B. Г., Winnbust, J A. M., и Харт, X. (1997) Достапно поддршка и доби поддршка: Различни ефекти под стресни околности. Весник за општествени и лични односи, 14 (1), 59-77.

140. Ковачиќ - Vuger, Д. (2011) Квалитетот на животот и здравјето на луѓето, Осиек: Фондација хрватскиот наука.

141. Крон, С. М. Цвајг, Р, Минди, К., Lipton, Р. Б & Цо, В. (2011) Авто - Пријавена физичка активност и нејзиниот однос со Psysical и психолошката благосостојба - Да се биде во постарите возрасни лица. АПА.

142. Kutlešić, В. (2011) Психолошки фактори на ризик кои влијаат на развојот и одржувањето на кардиоваскуларни болести кај жените. Кливленд: Одделот за психијатрија, Универзитетот Case Western Rizerv.

143. Langner, Т. С., и Мајкл, С. Т. (1963) Животот sress и ментално здравје. Слободен Прес, Њујорк.

144. Ларсен, Д. J, Diener, Е., и Грифин, С., (1985) Задоволството Со Live скала, Весник на личноста Проценка, 49, 1.

145. Лотон, Р. М. (1991) Повеќедимензионален поглед на квалитетот на животот во изнемоштени старци. Во Е. J Birr, J Е., Lübben, J С. Роу и Д. Deutchman (eds.), Концептот, како и мерење на квалитетот на животот во изнемоштени стари лица. Сан Диего: Академски печат, 1991 година.

146. Лехтинен, В., Riikonen, Е., и Лехтинен, Е. (1997) Унапредување на менталното здравје на Европска afenda. Хелсиншки: Национален центар за развој за здравство и ELFAR истражување и.

147. Левинсон, Г. J. (1978) На сезони на животот на еден човек. Њујорк: Knopf.

148. Лечиќ-Тошевски, Д., Чурчиќ, В., Grbeša, Г, и сор. Грижа за ментално здравје во Србија; предизвици и решенија. Психијатрија; 37 (1): 9-25.

149. Луис, К. (1998) Емоционална прилагодување болест клиника. Lippinconts примарната здравствена заштита пракса.

150. Лима, М. Л., и нови, Р. (2006) Досега толку добар? Субјективни и социјалната благосостојба во Португалија и Европа, португалскиот весник за општествени науки, 1, 5-33.

151. Лиу, Б. (1975) Квалитет на живот: Поим и мерење на резултатите. Американското списание за економија и социологија, 34, 1-13.

152. Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995) Прирачник за Стресот Немирот скали на депресија. Sudney: Фондација Psichology.

153. Лукас, Р. Д., Clarc, А. Д., Georgellis, J, и Diener, Е. (2003) Адаптација и преиспитување модел собата точка на среќа: Реакции на промените во брачна состојба. Personallity весник на социјална и клиничка психологија, 84, 527-539.

154. Лукас, Р. Д., Deiner, Е., и Suh, Е. (1996) Дискриминантната важноста на добро - се мерки. Весник на личноста и социјалната психологија, 71, 616-628.

155. Lučev, јас и Tadinac, М. (2008) Квалитетот на животот во Хрватска - Врска помеѓу Субјективни и објективни индикатори на темпераментот и демографските варијабли во врска со статусот на малцинство. Миграција и етнички Теми, 24 (1-2), 67-89.

156. Lyubomirsky, С., кралот, Л, и Diener, Е. (2005) Придобивките од честите влијае: Дали среќата да доведе до успех? Психолошки Billetin, 313 (6), 803-855.

157. 83 Маринковиќ, М. (2012) Предвремена смртност српско население. Демографски преглед, бр. 45.

158. Мартинс, Т. (2005) Перцепцијата на квалитетот на животот во тоа време. (Теза). Загреб. Инженерство Одделот за психологија на Универзитетот во Загреб.

159. Mechaanic, Д. (1999) Менталното здравје и ментална болест: дефиниции и перспективи. Димитријевиќ, А. (ур.) Модерни разбирање на менталното здравје и нарушувања (стр. 287-320). Белград: УНС.

160. Mendlowicz, М. В. и Штајн, М. Б. (2000) Qualiti на живот кај лицата со анксиозни растројства. Американската Jurnal на психијатри, 157,669-682

161. Menec, В. Х. (2003) Односот меѓу секојдневните активности и успешна стареење: А 6-година лонгитудинална студија. Весник на Gernotology, 58, 74 - 82.

162. Миловановиќ, D. (2000) Етика во медицината со векови. Во: Миловановиќ, Д. (ур.) Историски развој на медицинската етика. (25-48). Белград: CIBIF.

163. Миловановиќ, С. Јасовиќ - Гашиќ, М., Пантовиќ, М. (2009) на историскиот развој на психијатрија во Србија. Психијатрија Дунав; 21 (2): 156-65.

164. Mroczek, П., и Haggerty, Р. (1994) Намалување на ризиците за ментални нарушувања: Граници за превентивна Intervertion истражување. Вашингтон, Д С:. Националната академија Прес.Mroczek, Д. К., и Спиро, А. (2005). Промена на задоволство од животот во текот на зрелоста: Findgs од ветерански работи на нормите на стареење студија. Весник на личноста и социјалната психологија, 88, 89-2020.

165. Muthny, Ф. А., Кох, U., и трупецот, S. (1990) Квалитет на живи во онколошките пациенти. Психотерапија и ПСИХОСОМАТИКА, 54 (2-3), 145-160

166. Naylor, A. J Bary - Пријателски болница иницијатива Proteting, промоција и поддршка на дојка - хранење во дваесет - прв центар. Pediatr Clin Северна Am; 48; 475 - 83.

167. Neugarten, Б. Л. (ур.) (1968) Средна возраст и стареењето. Чикаго: Универзитетот во Чикаго Прес.

168. Новаковиќ, М. (2006) Анксиозност кај пациенти на дијализа, професионални articte, 71-05.

169. Бојл, А. В. (1994) На Schendue за оценување на индивидуалните квалитетот на животот (SEIQoL). Internaational весник на ментално здравје, 23, 3 - 23.

170. Pasturović, H., Kolesarić B. & Križmanić, M. (1995) Психолошки променливи како предвесници на квалитетот на животот, Reviev за психологија, 1-2, 49-61.

171. Peryy, В. Г. (1970) Форми на интелектуална и етички развој во последниве години на колеџ. Њујорк: Holt

172. Pinqart, M. (2001) Креирање и одржување pupose во животот во старост: Мета-анализа. Стареење Iinternational, 27, 90-114.

173. машинист, С. Д., и Коен, S. (2005) Дали здравствено влијание? Психолошки билтени, 131 (6), 925-971.

174. Прибе, С., Психијатрија и иднината. Каде на менталното здравје се случува? Europien перспектива. Psychopharmacol Bull 28: 315-16.

175. Račić, M., Kušluk, C., Kozomara, Љ. (2011) Влијанието на односот меѓу лекарите и пациентите на исходот од третманот на дијабетес во примарната здравствена заштита. Биомедицински истражувања, 2 (2): 47-55

176. Repišti, S. (2015) Личноста психологија, теоријата и емпиризмот. Подгорица: ослободување на авторските права.

177. Ringen, C. (1988) Директни и indirct мерки на Povery. Весник за социјална политика; 17 (3) 351-365.

178. Рудолф, Х и Прибе, S. (1999) Субјективни квалитетот на животот и женски во-пациенти со депресија: лонгитудинална студија. Меѓународниот весник на социјална психијатрија, 45 (4) 238-246.

179. C., OTTOLINI, F., Rafanelli, C., Tossani, E., грива, C. D. & Фава, G.A. (2003) Односот на психолошка благосостојба на вознемиреноста и личност. Психотерапија и ПСИХОСОМАТИКА, 72, 268-275.

180. Риф, C. D. (1989) Во окото на очевидец: Погледи на психолошка благосостојба во стари и средовечни возрасни. Психологија и стареење, 4, 195-210.

181. Риф, C. D. (1989) Среќата е сè, или е тоа? Exsplorations за значењето на психолошка благосостојба. Весник на личноста и социјалната психологија, 69 (4), 719-27.

182. Риф, C. & D. Киз. C. L. (1995) Структура на психолошка благосостојба колумнист. Весник на личноста и социјалната психологија, 69 (4).

183. Риф, Ц, Д, Magee, B. J, Клинг, К. С. & крило, Е. Х. (1999) Foring макро-микро врски во студијата на психолошка благосостојба. Во грива, C. D. и Маршал, B. (EDS). На авто КНД во процесот на стареењето на општеството. (Стр. 247-278). Њујорк: Спрингер.

184. Seligman, M. E. P. (2008) Позитивни здравје. Применета психологија, 57, 3-18.

185. Shin, D. C. & Џонсон, M. D. (1978) Alowed hapines overell како проценка на квалитетот на животот. Социјална Индикатор за истражување, 5, 475-482

186. Шимшек, F. O. (2013) Структурните односи на Генералштабот на колективен самоуправа почит на субјективната добросостојба: Прилог како модератор. Социјални индикатори истражување, 110, 219-236.

187. Skakić, O., Трајановиќ, Љ. (2009) Консултативниот психијатриски прегледи на хоспитализирани пациенти, ретроспективна само дванаесет месеци следење, Мед. Види, cxii (11-12): 569-572.

188. Смит, К. Д., Турчин, Смит, С., и Кристофер, J B. (2007) Што го дефинира добра личност? Cros-културна comparasions на модели exsperts "со лежеше прототипи. Весник на крст-Curtular психологија, 38, 333-360.

189. Спасиќ, A., Величковиќ Радовановиќ, P, Четиќ Ѓорѓевиќ, A., Sparanović, H., Цветковиќ, T. На квалитетот на животот кај пациентите со тип 2 дијабетес мелитус, Acta КВП Мед Naiss; 31 (3): 193-200 .

190. Станојевиќ, D. (2013) Колера адолесцент ментално здравје од српска националност од Косово и Метохија (докторска дисертација). Ниш на Филозофскиот факултет, на Катедрата за психологија, Ниш, 2013 година.

191. Steptoe, A., Ворд, J, мармот, M., MC EWEN, C. Б. (2005) Позитивни влијаат и healtrelated neuroendrocrine, кардиоваскуларниот и воспалителни процеси. PNAS Зборникот на Националната академија на науките на Соединетите Американски Држави, 102, 6508-6512.

192. SVIČEVIĆ, M. (1969) Ментална хигиена. U: Савичевиќ, M. Ед. Хигиена и социјална медицина. (595-605). Белград: Медицински книги.

193. Стоиљковиќ, С., Живковиќ, М., Стошиќ, Д. (2011) Физичка активност и здравјето на луѓето. Спорт и здравје VI (2011). 1: 54-59

194. Тодоровиќ, М. Ѓорѓевиќ, М. Костиќ, М. (2001) На квалитетот на животот на пациентите со дијабетес. Медицинско значење, 31 (1).

195. Р. (2010) Психијатриски аспекти на кардиоваскуларни болести. Одделот за психијатрија, Факултетот за медицина, Факултетот Wheaton, Б. (1994). Земање мостри универзумот стрес, и В. Р. Avision и И. Х. Готлиб (eds.), Стрес и ментално здравје, Њујорк: пленум прес.

196. Вилијамс, К. (2003) Дали иднината на бракот пристигнаа? A contemporaty испитување на пол, брак, и психолошка благосостојба. Весник за здравство и социјално однесување, 44 (4), 470-487.

197. Вилкинсон, Р. Е. (1996) Нездрава општества: маките на нееднаквост. Лондон: Routledge.

198. Светската здравствена организација (1946) Дефиницијата на здравјето. Преземено од www.pharma.hr/downlaoad.aspx?file=/Upload/sociologija/Definicija%20%20zdravlja%20SZO.ppt

199. Светската здравствена организација (1998) Развој на квалитетот на Светската здравствена организација WHOQOL-BREF на оценување живот. Психолошка медицина, 28, 551-8.

200. Светскиот извештај за здравство (2001) Ментално здравје: Нова разбирање, нова надеж. Женева: СЗО.

201. Светската здравствена организација (2002) Ментално здравје: глобалната програма за акција. Женева: СЗО.

202. Светската здравствена организација (2003) Invenstting и ментално здравје. Женева: СЗО.

203. СЗО (2008) Светската здравствена статистика. Женева: СЗО.

204. Светската здравствена организација (2011) Глобалниот извештај за статусот на незаразните болести. Женева: СЗО.

205. Светската здравствена организација (2003) Грижата за децата и адолесцентите со ментална disores: поставување directions.Geneva СЗО: Светската здравствена организација.

206. Светската здравствена Organizacion (1995) Pévèle споменатите WHOQOL на Словото здравствена организација - Bref квалитетот на животот assement на WHOQOL група, Psyhology медицина, 28, 551-8.

207. Светската здравствена организација (2014) Глобалниот извештај за статусот на незаразните болести. Женева: СЗО.

208. Zebracka, Б. J Chesler, M. A. (2002) Квалитет на живите и на децата на преживеаните од рак. Психо-онкологија, 11 (2), 132-141.

209. Šikić Vagić, J. (2010) Психосоцијални карактеристики како фактори на ризик во коронарна пациенти хоспитализирани во Хрватска (теза) .Sveučilište Загреб Факултетот за медицина.