Komorbiditet psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti stanovnika Osječko-baranjske županije

Stapić, Tihana

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:962965

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

KOMORBIDITET PSIHIČKIH POREMEĆAJA I TJELESNIH BOLESTI STANOVNIKA OSJEČKO-BARANJSKE ŽUPANIJE

Diplomski rad

Tihana Stapić

Mentor: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2014.

Sadržaj

Uvod 1

Psihički poremećaji 1

MKB-10 i DSM-V 2

Somatske bolesti 3

Komorbiditet 4

Hospitalizacija 6

Cilj istraživanja 7

Problemi 7

Hipoteze 7

Metoda 7

Sudionici 7

Metoda prikupljenja podataka i postupak 8

Rezultati 9

Rasprava 19

Zaključak 28

Literatura 29

Komorbiditet psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti stanovnika Osječko-baranjske županije

Comorbidity between mental and physical illness in citizens of Osijek-Baranja county

Sažetak

Komorbiditet somatskih bolesti i psiholoških poremećaja u zadnjih je nekoliko desetljeća postao veliki izazov zdravstvu modernog društva jer dovodi do mnogobrojnih i raznolikih negativnih ishoda, od izražene funkcionalne nesposobnosti preko lošijih terapijskih ishoda do povećanih troškova zdravstva. Stoga je cilj ovog istraživanja bio je ispitati komorbiditet psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti stanovnika Osječko-baranjske županije koji su bili hospitalizirani pod osnovnom psihijatrijskom dijagnozom u razdoblju od 2005. do 2012. godine. U istraživanju su podaci prikupljeni putem psihijatrijskog obrasca koji liječnici ispunjavaju prilikom hospitalizacije pacijenata. Prikupljeni su podaci od 6561 osobe. Rezultati su potvrdili prvu hipotezu da su najučestalije psihijatrijske dijagnoze depresija, anksioznost, zloraba sredstava ovisnosti, shizofrenija i PTSP. Pronađena je spolna razlika u učestalosti određenih psihijatrijskih dijagnoza, kao i statistički značajna razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza prema kalendarskim godinama kroz period od 8 godina, čime je djelomično potvrđena druga hipoteza. Treća hipoteza je također potvrđena, postoji komorbiditet nekih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti.

Ključne riječi: komorbiditet, somatske bolesti, psihološki poremećaji, hospitalizacija

Summary

Comorbidity between somatic diseases and mental illnesses in the last few decades has been a great challenge to the modern societies' health services because it leads to numerous and diversified negative outcomes, from prominent functional disabilities over poorer treatment outcomes to increased health care costs. Therefore, the aim of this research was to study comorbidity between mental and physical illness in citizens of Osijek-Baranja county which were hospitalized for the primary psychiatric diagnosis in the period from 2005 to 2012. Data were collected through psychiatric statistic forms filled by MD during the hospitalization of their patients. Overall, 6561 forms were collected. Results confirmed first hypothesis that the most common psychiatric diagnoses are depression, anxiety, abuse of addictive substances, schizophrenia and PTSD. Gender differences were found in the prevalence of specific psychiatric diagnoses, as well as statistically significant difference in the prevalence of psychiatric diagnoses according to calendar years for a period of 8 years, which partly confirmed the second hypothesis. Namely, a gender difference was determined, which is not consistent with placed hypothesis. The third hypothesis was confirmed, there is some comorbidity of mental disorders and somatic diseases.

Key words: comorbidity, somatic diseases, psychological disorders, hospitalization

Uvod

Ono što psihologiju i medicinu veže je zanimanje za čovjeka, no usmjerenost tog zanimanja razlikuje se. Dok je medicina više usmjerena na organska stanja i bolesti, psihologija se usmjerila na psihičke funkcije i ponašanje (Havelka, 2002). Iako je danas prihvaćen biopsihosocijalni model bolesti koji naglašava interakciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora koji se moraju uzeti u obzir za bolje razumijevanje zdravlja i bolesti, povezanost uma i tijela dugo vremena je bila sporna. O toj povezanosti govorili su još Babilonci i stari Grci. Uzmimo za primjer Hipokrata koji je govorio o četiri tekućine koje određuju čovjekovu ličnost ili temperament, ali su odgovorne i za različita fizička i mentalna oboljenja. Vjerovali su kako su psihološki faktori značajno povezani s tjelesnim oboljenjima i stanjima. Tijekom renesansnog perioda, razvojem medicine, ljudi se udaljavaju od ideje povezanosti uma i tijela i, zapravo, usmjeravanje pažnje na um, odnosno, dušu, i uzimanje u obzir njihovog međudjelovanja, smatralo se neznanstvenim. Tijekom 19. i 20. stoljeća dualistički pogled počeo je jenjavati i znanstvenici se ponovno okreću holističkom pristupu čovjeku (Gatchel i Turk, 1999). Tako su prvi psiholozi uglavnom dolazili iz redova medicinski obrazovanih stručnjaka. U Hrvatskoj je suradnja medicine i psihologije započela rano, te su i danas psiholozi na mnoge načine uključeni u probleme medicine i zdravstvene zaštite (Havelka, 2002). Iako se medicini pripisuje odlučujuća uloga u zaštiti ljudi od bolesti, pojavom novih masovnih bolesti kod kojih su uzroci nastajanja puno složeniji i brojniji, medicina ne postiže uspjehe u prevenciji i liječenju kao kod akutnih i zaraznih bolesti. Stoga je osnovni cilj djelovanja psihologa u zdravstvu osigurati cjelovit pristup bolesniku koji će biti jednako usmjeren na sociopsihološke vidove bolesti, kao i medicinske.

Psihički poremećaji

Što konkretno uzrokuje određeni psihički poremećaj, još nije dokazano. Iznimka su poremećaji prilagodbe iako je kod njih poznato što uzrokuje poremećaj, ali ne i kod koga će se i kako pojaviti. Uobičajeno je biološkim, psihološkim i socijalnim pristupom tragati za njihovim uzrocima. Pretpostavka je da većina psihičkih poremećaja nastaje zbog biološke predispozicije na koju utječe niz drugih čimbenika. Međutim, neposredni uzrok nije utvrđen (Begić, 2014). Duševni poremećaji dijele se na anksiozne poremećaje i poremećaje raspoloženja, na somatoformne, disocijativne i psihofiziološke poremećaje, poremećaje ličnosti i one vezane uz psihoaktivne tvari. Navode se seksualni poremećaji, seksualne smetnje, poremećaji spolnog identiteta i poremećaji kontrole poriva koji nisu drugdje svrstani,

shizofrenija i drugi psihotični poremećaji (Davison i Neale, 1999). Jacobi i sur. (2004) proveli su istraživanje s ciljem utvrđivanja prevalencije mentalnih poremećaja u općoj populaciji, između ostalog, i pronašli da su najučestalije dijagnoze anksioznih poremećaja, poremećaja raspoloženja i somatoformnih poremećaja. Buist-Bouwman, de Graaf, Vollebergh i Ormel (2005) među najučestalijima navode i poremećaje vezane uz psihoaktivne tvari. Nadalje, Herceg (2010) navodi da, od duševnih poremećaja kao uzrocima hospitalizacije, shizofrenija se nalazi na drugom mjestu, a slijedi ju reakcija na teški stres uključujući oboljele od PTSP-a. Na prvom mjestu kao uzrok nalazi se duševni poremećaj uzrokovan alkoholom, a na četvrtom je depresija s visokim udjelom od 11,7%. Međutim, u statističkom ljetopisu (2013) piše kako u ukupnom broju dana bolničkog liječenja radi mentalnih bolesti najučestalija je shizofrenija s udjelom od 34,9% 2005. godine do 28,4% 2012. godine. Općenito govoreći, mentalni poremećaji pogađaju jednu trećinu populacije tijekom života, a po broju korištenih dana bolničkog liječenja nalaze se na prvom mjestu s udjelom 23,2% u ukupnom broju dana bolničkog liječenja (HZJZ, 2013).

Spolne razlike u dijagnosticiranju mentalnih poremećaja postoje, tako da se poremećaji raspoloženja, anksiozni i somatoformni poremećaji češće javljaju kod žena, dok se kod muškaraca češće javlja poremećaj vezan uz psihoaktivne tvari (Kroenke, 2003; Yonkers, Bruce, Dyck i Keller, 2003). Prema Calhoun, Wiley, Dennis i Beckham (2009), prevalencija PTSP-a u općoj populaciji je veća kod žena. Međutim, u Hrvatskoj veliku većinu oboljelih od PTSP-a čine oni kojima je PTSP ratne etiologije, koji je češći kod muškaraca, pa žene čine svega 4-6% od ukupnog broja oboljelih od PTSP-a u Hrvatskoj (Arbanas, 2012).

MKB-10 i DSM-V

U psihijatriji je prisutno više klasifikacijskih modela bolesti, no najvažnije su klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije MKB-10 i Američke psihijatrijske organizacije DSM-IV, odnosno DSM-V objavljenog u svibnju 2013. godine. Za svakodnevni klinički rad obavezna je MKB-10 klasifikacija (Mimica, Folnegović-Šmalc, Uzun i Makarić,2004).

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB (International classification of diseases and related health problems, ICD) je klasifikacija SZO i obuhvaća sve bolesti, srodna stanja, ozljede i uzroke smrti. Aktualna verzija, MKB-10, nastala je 1992. godine i obuhvaća svu humanu patologiju. U Hrvatskoj je stupila na snagu 1995. godine (Mimica i sur., 2004). Princip sistematizacije određen je uporabom jednog slova

i triju brojki. Po organskim sustavima svakoj je skupini poremećaja dodijeljeno jedno slovo. Duševne bolesti imaju slovo „F“, a iza njega slijede dva broja koji označavaju glavne skupine psihičkih poremećaja, od 00 do 99. Glavne skupine podijeljene su u 10 kategorija. Nakon prve dvije brojke, iza točke, slijedi još jedan broj koji detaljnije opisuje pojedini poremećaj. Ova klasifikacija je kategorijalna zbog čega se poremećaji koji se javljaju dimenzionalno teško mogu u potpunosti prikazati. Na svim medicinskim dokumentima koji trebaju sadržavati dijagnozu stavlja se šifra bolesti po MKB-10 sistematizaciji (Begić, 2014).

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM) klasifikacijski je sustav Američkog psihijatrijskog udruženja. Primjenjuje se u SAD-u, a u Europi se rabi prvenstveno u istraživačke svrhe, radi usporedbe različitih istraživanja. MKB i DSM se dopunjuju i u mnogim bolestima imaju identične ili vrlo slične kriterije. DSM klasifikacija sadržava i MKB šifre, tako da se može reći kako su MKB-10 i DSM-IV kompatibilni (Jacobi i sur., 2004). Razlike koje bi valjalo napomenuti tiću se shizofrenije i PTSP-a. Naime, prema definiciji shizofrenije iz MKB-10 zahtjeva se samo jednomjesečno trajanje poremećaja, a ne traži se postojanje oštećenja u funkcioniranju, zbog čega se većina slučajeva shizofreniformnog poremećaja iz DSM-IV dijagnosticira kao shizofrenija prema MKB-10 (Herceg, 2010). MKB-10 klasifikacija je drugačije organizirana i obuhvaća nespecifične odgovore na traumu: akutnu stresnu reakciju, poremećaj prilagodbe i PTSP, za razliku od DSM-a, što treba imati na umu prilikom postavljanja dijagnoze PTSP-a.

Somatske bolesti

Danas je već općepoznata činjenica da je stopa mortaliteta veća za muškarce, a stopa morbiditeta veća za žene (Annandale i Hunt, 2000; Verbrugge, 1985, Palencia i sur., 2014). Veliki broj istraživanja pokazuje veću učestalost akutnih stanja i kroničnih bolesti koje nisu smrtonosne kod žena, veći broj posjeta liječniku te veće korištenje farmakološke terapije (Kroenke, 2003, Verbrugge, 1985). Specifičnije, kod žena je veća prevalencija infektivnih bolesti, respiratornih bolesti, gastrointestinalnih bolesti, hipertenzije i artritisa. Kod muškaraca su češće ozljede, ali i smrtonosne kronične bolesti poput koronarne bolesti srca i ateroskleroze (Verbrugge, 1985). Međutim, ne treba stereotipizirati te spolne razlike i zapravo valja napomenuti kako u suštini, muškarci i žene obolijevaju od istih tipova bolesti, a ono što razlikuje spolove jest frekvencija pojavljivanja tih bolesti. Vodeći uzrok pobola i smrti su kardiovaskularne bolesti i novotvorine. Ove dvije skupne bolesti pokrivaju tri četvrtine svih uzroka smrti u Hrvatskoj te tijekom perioda od pet godina čvrsto drže svoje vodeće mjesto.

Ostale smrti odnose se na ozljede i trovanja, bolesti probavnog i dišnog sustava te druge manje zastupljene uzroke (HZJZ, 2005-2013). Kronične bolesti u svim razvijenim zemljama svijeta predstavljaju vodeći zdravstveni problem, pa tako i u Hrvatskoj.

Komorbiditet

Veze psihe i tijela su višestruke. Obično se radi o komorbiditetu, psihosomatici, somatopsihici i stanju kada tjelesne bolesti imitiraju sliku psihičkog poremećaja. Termin „komorbiditet“ u medicinu je uveo Alvan Feinstein nakon što je uvidio kako komorbidne bolesti/poremećaji vode mnogim problemima iz razloga što komorbiditet utječe na detekciju, prognozu, terapiju i ishod tretmana (De Groot, Beckerman, Lankhorst i Bouter, 2003). Komorbiditet je istodobno pojavljivanje dviju ili više bolesti. U psihijatriji komorbiditet znači da je barem jedan od poremećaja psihijatrijski (Begić, 2014). Postoje tri tipa komorbiditeta, patogeni, dijagnostički i prognostički. Kada određena bolest vodi određenim komplikacijama ili bolestima za koje se onda smatra da su etiološki povezane, govorimo o patogenom komorbiditetu. Dijagnostički komorbiditet će se javiti gdje su dijagnostički kriteriji bazirani na određenim obrascima simptoma koji su pojedinačno nespecifični. Poremećaji koji predisponiraju razvoj drugog poremećaja imaju prognostički komorbiditet (Rouillon, 2001).

Komorbiditet somatskih bolesti i psiholoških poremećaja u zadnjih je nekoliko desetljeća postao veliki izazov zdravstvu modernog društva. Broj istraživanja koji dokazuju njihovu udruženost raste i pokazuju kako dovodi do mnogobrojnih i raznolikih negativnih ishoda, od izražene funkcionalne nesposobnosti preko lošijih terapijskih ishoda do povećanih troškova zdravstva (Ortega, Feldman, Canino, Steinman i Alegria, 2006; McWilliams, Cox i Enns, 2003; Biust-Bouwman i sur., 2005; McEvoy, Grove, Slade, 2011; Sartorius, 2013). Također, pronađen je snažan mentalno-somatski (MS) komorbiditet na uzorcima opće populacije, kao i na kliničkim uzorcima (Kessler, Ormel, Demler, i Stang, 2003). Istražujući komorbiditet, neki su znanstvenici odabrali specifičan mentalni poremećaj, najčešće depresiju, i istraživali njegovu udruženost s bilo kojim somatskim poremećajem ili s nekoliko određenih somatskih bolesti. Drugi su istraživali udruženost bilo kojeg mentalnog poremećaja s bilo kojim somatskim. Ono što se pokazalo jest da su određeni mentalni poremećaji povezani s određenim somatskim bolestima, dok drugi očito nisu. Također, mnogi mentalno-somatski komorbiditeti nisu uopće istraživani (Biust-Bouwman i sur., 2005). U prijašnjim istraživanjima komorbiditeta najviše se pažnje usmjerilo na astmu, karcinom, moždani udar, artritis, dijabetes i kardiovaskularne bolesti, te se općenito pokazalo kako su kod osoba s bilo kojim mentalnim poremećajem najčešća komorbidna somatska stanja su kronična bol,

kardiovaskularna oboljenja, hipertenzija te respiratorne bolesti (Scott, Oakley Browne, McGee i Wells 2006; Australian Institute of Health and Welfare, 2011).

Najviše pažnje posvećeno je depresiji i s njom komorbidnim kroničnim bolestima, a u novije vrijeme i anksioznosti. Prijašnja istraživanja konzistentno pokazuju visoke stope poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja kod osoba s kroničnim bolestima poput dijabetesa, astme, koronarne bolesti srca, moždanog udara, raka, artritisa, kronične opstrukcijske bolesti pluća, boli u leđima, zatajenja srca (Tesson i sur, 2011; Oostrom i sur., 2012). Specifičnije, anksiozni poremećaji pokazali su se povezanima s bolestima štitnjače, respiratornom bolesti, gastrointestinalnom bolesti, artritisom, migrenama i alergijama te karcinomom (Sareen i sur., 2006; Rundell i Shinozaki, 2010; Sareen i sur., 2007), a pronađena je i udruženost poremećaja raspoloženja sa sinusnom infekcijom, bolovima u leđima, reumom, hipertenzijom, astmom, migrenom, probavnim sustavom i karcinomom, iako za udruženost karcinoma i poremećaja raspoloženja, kao i drugih mentalnih oboljenja, postoje kontradiktorni nalazi (Biust-Bouwman i sur., 2005; Breitbart i Alici, 2009; Dausch i sur., 2004; Scott, Oakley Browne, McGee i Wells, 2006; Rouillon, 2001). Somatska bolest je jedan od najsnažnijih rizičnih faktora za depresiju, ali je i depresija rizični faktor za somatsko oboljenje (Australian Institute of Health and Welfare, 2011). Zloraba sredstava ovisnosti komorbidna je sa sinusnom infekcijom i hipertenzijom (Biust-Bouwman i sur., 2005). Mnogi inozemni autori shizofreniju ne uključuju u istraživanja komorbiditeta zbog njezine niske prevalencije, no njezina prevalencija u Hrvatskoj je velika te postojeća istraživanja dovode je u vezu s kardiovaskularnim bolestima (Australian Institute of Health and Welfare, 2011; Biust-Bouwman i sur., 2005; Cohn, Prud'homme, Streiner, Kameh i Remington, 2004). Kessler, Ormel, Demler, i Stang (2003) su pokazali da je prevalencija mentalnih poremećaja veća kod osoba s kroničnom bolesti, za razliku od osoba bez kronične bolesti, s time da je kod žena veća vjerojatnost komorbiditeta (Australian Institute of Health and Welfare, 2011). Putevi MS komorbiditeta nisu u potpunosti jasni iako postoji nekoliko mogućih mehanizama. (Ortega, Feldman, Canino, Steinman i Alegria, 2006, Topić, 2010).Udruženi psihološki poremećaji i somatske bolesti mogu se pripisati biološkim, psihološkim ili socijalnim posljedicama primarnog poremećaja te direktno ili indirektno povećavati rizik za pojavljivanjem drugog poremećaja (Biust-Bouwman i sur., 2005). Valja napomenuti kako problem zdravstvu ne predstavlja samo komorbiditet, već i koegzistencija nekoliko kroničnih bolesti, multimorbiditet. Izazov predstavlja optimalizacija zdravlja pojedinca usprkos multimorbiditetu i komorbiditetu te organizacija i pružanje brige pacijentima s komorbidnim stanjima. Prvi korak u suočavanju s tim izazovima je pružanje pogleda na populaciju koja pati

od multimorbiditeta i komorbiditeta, kao i na njihove tipove s obzirom da potrebe takvih pacijenata ne ovise samo o broju udruženih bolesti, već i o njihovim kvalitetama. Međutim, pitanju kombinacija specifičnih poremećaja posvećeno je relativno malo pažnje (Oostrom i sur., 2012).

Hospitalizacija

Broj i dužina hospitalizacija varira i različita je za različite psihijatrijske bolesti. Hospitalizacija je tako najduža za poremećaje iz skupina psihoza. Također, dužina hospitalizacije ovisi i o zdravstvenoj politici i zdravstvenom sustavu u nekoj zemlji. Sve se više ide k tome da su svi bolesnici što manje na bolničkom liječenju, a što više kod kuće, u svojoj poznatoj okolini, pa tako vrijedi i za psihijatrijske bolesti. Zbog reforme zdravstvenog sustava, reorganizacije psihijatrijske zaštite, službe mentalnog zdravlja u CZSS, službe za psihisocijalnu rehabilitaciju, otvaranja centara za psihijatrijsku zaštitu, otvaranja dnevnih bolnica itd. dolazi do smanjenja broja bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika (Perković, 2000; prema Čatipović, Drobac i Kudumija Slijepčević, 2000). Žene češće posjećuju liječnike, bilo opće prakse ili specijaliste, međutim, muškarci i žene se ne razlikuju u učestalosti hospitalizacija (Bertakis, Azari, Helms, Callahan i Robbins, 2000).

Iz navedenih istraživanja može se zaključiti kako postoji komorbiditet psiholoških poremećaja i somatskih bolesti, no rezultati nisu konzistentni po pitanju kombinacija specifičnih poremećaja. Kao što je napomenuto ranije, komorbidna stanja uzrokuju veće poteškoće kako za pacijenta, tako i za liječnike, ali i cjelokupni sustav zdravstva s obzirom da su troškovi liječenja takvih pacijenata, posebice kod onih kod kojih se postojeći komorbiditet ne ustanovi, zbog većeg broja posjeta liječniku, različitih lijekova i većeg broja hospitalizacije, veći. Usprkos dobroj suradnji psihologa, psihijatara i liječnika u Hrvatskoj, napredak medicine je doveo do velike specijalizacije liječnika (super-specijalizacije) što je dodatno otežalo uočavanje komorbiditeta (Sartorius, 2013). Prema našim saznanjima, u Hrvatskoj se ne prati komorbiditet psiholoških poremećaja i somatskih bolesti, kao što se to primjerice radi u Australiji (Australian Institute of Health and Welfare, 2011). Prvi korak u suočavanju s izazovima komorbidnih bolesti je pružanje pogleda na populaciju koja pati od komorbiditeta, kao i na njihove tipove, a ovo istraživanje pruža djelomičan uvid u stanje MS komorbiditeta na kliničkoj populaciji grada Osijeka.

Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati komorbiditet psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti stanovnika Osječko-baranjske županije koji su bili hospitalizirani u razdoblju od 2005. do 2012. godine.

Problemi

1. Prikazati učestalost određenih psihičkih dijagnoza kroz period od 8 godina te ispitati postoji li razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza ovisno o spolu i prema kalendarskim godinama kroz period od 8 godina
2. Ispitati komorbiditet psihičkih poremećaja i drugih dijagnoza

Hipoteze

1. Najučestalije psihičke dijagnoze su depresija, anksioznost, zloraba sredstava ovisnosti, shizofrenija i PTSP.
2. Postoji statistički značajna razlika po spolu u smislu veće učestalosti depresije u žena, a zlorabe sredstava ovisnosti i PTSP-a kod muškaraca, a ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza prema kalendarskim godinama kroz period od 8 godina.
3. Postoji komorbiditet nekih psihičkih poremećaja i somatskih dijagnoza pri čemu je najistaknutiji komorbiditet depresije i kardiovaskularnih bolesti.

Metoda

Sudionici

U istraživanju su prikupljeni podaci od 6561 osobe. Od toga 2376 (36,2%) žena i 4185 (63,8%) muškaraca. Raspon godina sudionika je od 18 do 94 (*M*=46,76; *SD*=12,201). Somatsku dijagnozu imala je N=1990 osoba, od čega je žena N=803 (40,4%), a muškaraca N= 1187 (59,6%). U Tablici 1 prikazan je broj sudionika s obzirom na spol i godinu hospitalizacije. Uzeti su svi podaci punoljetnih osoba hospitaliziranih pod osnovnom psihijatrijskom dijagnozom u periodu od 2005. do 2012. godine.

Tablica 1. Broj (N) muških i ženskih sudionika s obzirom na godinu hospitalizacije

		Godina hospitalizacije								Ukupno
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Spol	muški	692	493	566	552	525	448	411	498	4185
	ženski	330	243	312	301	268	295	287	340	2376
Ukupno		1022	736	878	853	793	743	698	838	6561

Metoda prikupljanja podataka i postupak

U svrhu istraživanja korištena je metoda prikupljanja podataka iz arhivske građe. Arhivska građa obuhvaća zabilješke i spise koje opisuju aktivnosti pojedinca, ustanova ili društva u cjelini. Ovakve vrste istraživanja nazivamo i analizom sekundarnih podataka. Velike su prednosti ovakvih istraživanja jer pružaju mogućnost dolaženja do velike količine podataka uz što manji utrošak vremena. Podaci koje pružaju su nenametljivi i omogućavaju longitudinalna praćenja koja bi korištenjem drugih metoda bila ili nemoguća za provesti ili preskupa. Pruža mogućnost brojnijeg uzorka sudionika čime raste statistička snaga dobivenih rezultata. Iako su prednosti analize sekundarnih podataka, treba pripaziti i na neka ograničenja takvih istraživanja. Pri korištenju ove metode treba pripaziti da je izvor podataka reprezentativan za populaciju koju predstavljamo kao i na mogući nesklad između dostupnih podataka i onih koji su nam potrebni za donošenje valjanih zaključaka (Milas, 2005).

Podaci o psihijatrijskim i somatskim dijagnozama, dobi, spolu i godini hospitalizacije za sve punoljetne osobe koje su hospitalizirane pod osnovnom psihijatrijskom dijagnozom u razdoblju od siječnja 2005. do prosinca 2012. godine prikupljeni su pri Zavodu za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije putem psihijatrijskog obrasca (obrazac JZ-PSIH) te predstavljaju objektivne podatke o osobama koje su bile hospitalizirane u navedenom periodu. Psihijatrijske obrasce liječnici ispunjavaju prilikom hospitalizacije pacijenata pod osnovnom psihijatrijskom dijagnozom. Preuzeti podaci, zbog zaštite anonimnosti sudionika, nisu sadržavali podatke o imenu i prezimenu, jedinstvenom matičnom broju, adresi i mjestu stanovanja. Također, preuzeti su podaci samo za osobe koje su prilikom hospitalizacije bile punoljetne. Primjerak obrasca može se vidjeti na internetskim stranicama HZJZ.

Rečeno je kako je princip sistematizacije određen uporabom jednog slova i triju brojki, međutim, kod velikog broja pacijenata naznačena je samo glavna skupina poremećaja (prva

dva broja, npr. F43, reakcija na teški stres, umjesto F43.0, akutna reakcija na stres, F43.1, posttraumatski stresni poremećaj, ili F43.2, poremećaj prilagođavanja). Kako ne bi bilo velikog otpada sudionika zbog neusklađenih podataka, u obzir su uzete samo prve dvije znamenke šifre dijagnoze, dakle, nadređena kategorija specifičnog poremećaja.

Rezultati

Analiza podataka provedena je u četiri koraka. Radi boljeg razumijevanja nalaza, prvi problem (prikazati učestalost određenih psihičkih dijagnoza kroz period od 8 godina te ispitati postoji li razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza ovisno o spolu i prema kalendarskim godinama kroz period od 8 godina) raščlanjen je na 3 dijela.

Tablica 2 pokazuje ukupan broj dijagnosticiranih psihičkih poremećaja za svaku godinu zasebno. Deskriptivna statistika za učestalost određenih psihičkih dijagnoza kroz period od osam godina nalazi se u Tablici 3. MKB-10 navodi 78 različitih duševnih bolesti, a u tablici su prikazane samo najučestalije iz razloga što je frekvencija ostalih suviše male. Primjerice, osim navedenih slijedeća najučestalija dijagnoza je F06, koja se odnosi na ostale duševne poremećaje izazvani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću, čija je ukupna frekvencija javljanja 80, odnosno prevalencijom od 1,2%. Nakon toga apsolutne frekvencije naglo padaju od minimalnih 1 do maksimalnih 17.

Tablica 2. Ukupna frekvencija dijagnosticiranih psihičkih poremećaja po godinama hospitalizacije

	Godina hospitalizacije								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ukupno
Frekvencija	1022	736	878	853	793	743	698	838	6561
	15,57%	11,22%	13,4%	13%	12,08%	11,32%	10,64%	12,77%	100%

Tablica 3. Frekvencije (prevalencija) najučestalijih psihičkih dijagnoza po godinama hospitalizacije

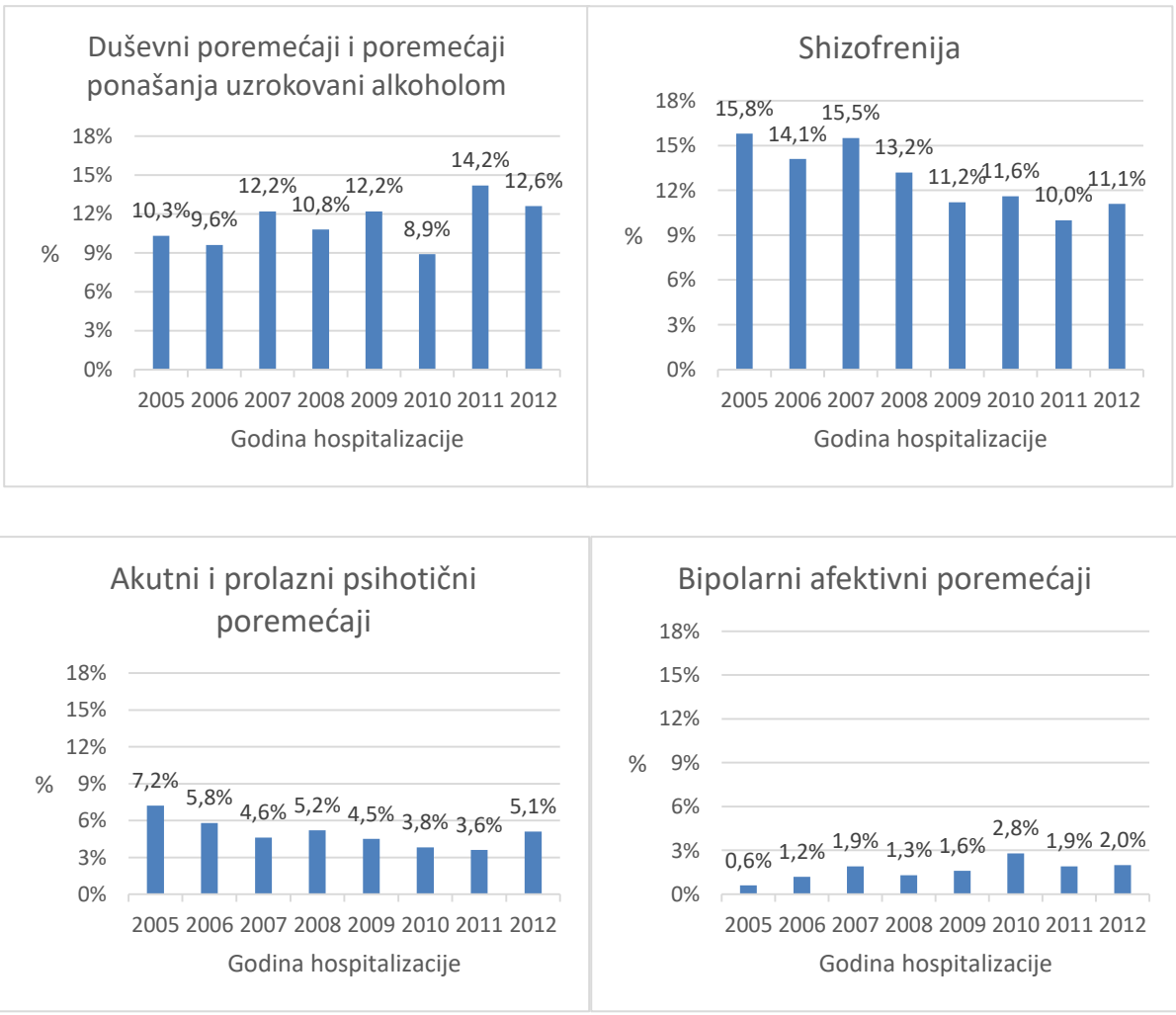
Dijagnoza		Godina hospitalizacije								Ukupno
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
F10	f	112	65	110	103	96	81	83	94	744
	%	15,1%	8,7%	14,8%	13,8%	12,9%	10,9%	11,2%	12,6%	100%
F20	f	135	106	107	135	105	95	74	95	852
	%	15,8%	12,4%	12,6%	15,8%	12,3%	11,2%	8,7%	11,2%	100%
F23	f	57	39	50	51	41	36	31	28	333
	%	17,1%	11,7%	15,0%	15,3%	12,3%	10,8%	9,3%	8,4%	100%
F25	f	20	7	15	17	8	14	15	14	110
	%	18,2%	6,4%	13,6%	15,5%	7,3%	12,7%	13,6%	12,7%	100%
F31	f	19	12	9	14	12	14	10	17	107
	%	17,8%	11,2%	8,4%	13,1%	11,2%	13,1%	9,3%	15,9%	100%
F32	f	87	77	85	81	81	76	77	85	649
	%	13,4%	11,9%	13,1%	12,5%	12,5%	11,7%	11,9%	13,1%	100%
F33	f	97	67	79	69	73	71	82	105	643
	%	15,1%	10,4%	12,3%	10,7%	11,4%	11,0%	12,8%	16,3%	100%
F41	f	44	41	51	37	43	26	25	39	306
	%	14,4%	13,4%	16,7%	12,1%	14,1%	8,5%	8,2%	12,7%	100%
F43	f	347	257	267	263	258	245	229	272	2138
	%	16,2%	12,0%	12,5%	12,3%	12,1%	11,5%	10,7%	12,7%	100%
F60	f	16	9	26	11	21	19	18	25	145
	%	11,0%	6,2%	17,9%	7,6%	14,5%	13,1%	12,4%	17,2%	100%
F62	f	10	8	11	10	12	20	17	15	103
	%	9,7%	7,8%	10,7%	9,7%	11,7%	19,4%	16,5%	14,6%	100%

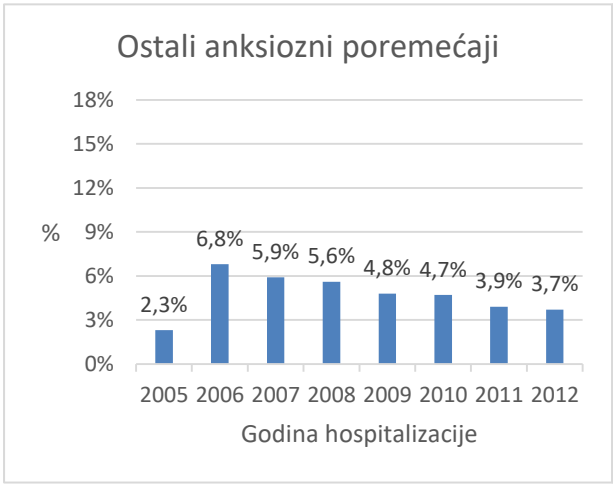
Legenda: F10-Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, F20-Shizofrenija, F23-Akutni i prolazni psihotični poremećaji, F25-Shizoafektivni poremećaji, F31-Bipolarni afektivni poremećaji, F32-Depresivne epizode, F33-Povratni depresivni poremećaj, F41-Ostali anksiozni poremećaji, F43-Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe, F60-Specifični poremećaji ličnosti, F62-Trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga

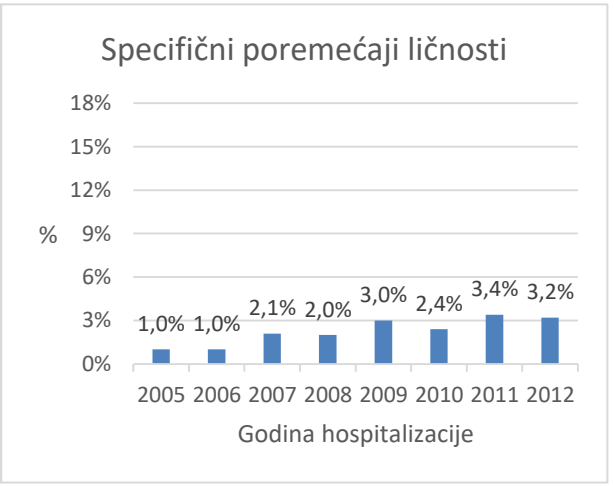
Hi-kvadrat test upotrijebljen je kako bi se provjerilo postoje li razlike u učestalosti psihičkih dijagnoza prema kalendarskim godinama. Izračunati su hi-kvadrati, po nacrtu 8x2, za najučestalije psihičke poremećaje. Dobiveni podaci ukazuju da postoji statistički značajna razlika u učestalosti dijagnosticiranih duševnih poremećaja i poremećaja uzrokovanih alkoholom (F10; $\chi^2(7, N=6561)= 16,29$; $p< ,05$), shizofrenije (F20; $\chi^2(7, N=6561)=24,240$; $p<,01$), akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja (F23; $\chi^2(7, N=6561)=17,693$; $p< ,05$),

bipolarnog afektivnog poremećaja (F31; $\chi^2(7, N=6561)=16,514$; p< ,05), depresivnih epizoda (F32; $\chi^2(7, N=6561)= 27,562$; p< ,01), povratnog depresivnog poremećaja (F33; $\chi^2(7, N=6561)= 115,826$; p< ,01), ostalih anksioznih poremećaja (F41; $\chi^2(7, N=6561)=27,602$; p<,01), reakcija na teški stres i poremećaja prilagodbe (F43; $\chi^2(7, N=6561)=76,324$; p< ,01), specifičnih poremećaja ličnosti (F60; $\chi^2(7, N=6561)= 24,305$; p< ,01) i trajnih promjena ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga (F62, $\chi^2(7, N=6561)= 27,637$; p<,01) s obzirom na godine hospitalizacije. Nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti dijagnosticiranja shizoafektivnog poremećaja (F25; $\chi^2(7, N=6561)=9,903$; p> ,05) s obzirom na kalendarske godine. Na slici 1 prikazani su histogrami s postotcima dijagnosticiranih psihijatrijskih dijagnoza prema godinama hospitalizacije.

Slika 1. Postotci određenih psihijatrijskih dijagnoza prema godinama hospitalizacije

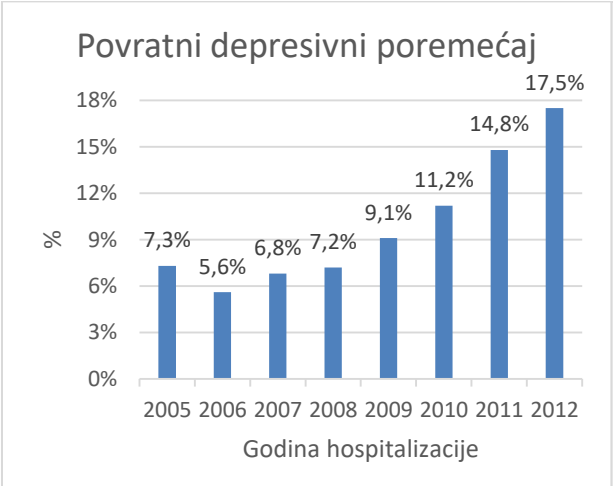


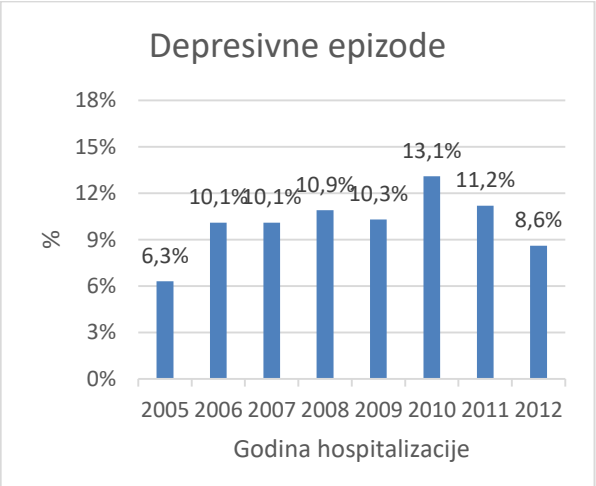

Ostali anksiozni poremećaji
18%
15%
12%
9%
6%
3%
0%
%
2,3%
6,8%
5,9%
5,6%
4,8%
4,7%
3,9%
3,7%
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Godina hospitalizacije


Specifični poremećaji ličnosti
18%
15%
12%
9%
6%
3%
0%
%
1,0%
1,0%
2,1%
2,0%
3,0%
2,4%
3,4%
3,2%
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Godina hospitalizacije


Trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga
18%
15%
12%
9%
6%
3%
0%
%
0,1%
1,9%
2,1%
1,5%
2,0%
3,0%
1,3%
1,2%
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Godina hospitalizacije


Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe
50%
40%
30%
20%
10%
0%
%
40,0%
37,8%
30,9%
33,1%
33,9%
29,1%
26,9%
25,4%
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Godina hospitalizacije


Povratni depresivni poremećaj
18%
15%
12%
9%
6%
3%
0%
%
7,3%
5,6%
6,8%
7,2%
9,1%
11,2%
14,8%
17,5%
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Godina hospitalizacije


Depresivne epizode
18%
15%
12%
9%
6%
3%
0%
%
6,3%
10,1%
10,1%
10,9%
10,3%
13,1%
11,2%
8,6%
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012
Godina hospitalizacije

Kako bi se ispitalo postoje li razlike u učestalosti psihičkih dijagnoza ovisno o spolu ponovno je korišten hi-kvadrat test. U analizu su uključene samo najučestalije dijagnoze. Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u učestalosti određenih psihičkih dijagnoza s obzirom na spol. Tako se muškarcima češće dijagnosticira duševni poremećaj i poremećaj uzrokovan alkoholom (F10; χ^2(1, N=6561)= 164,174; p< ,01), reakcija na teški stres i poremećaj prilagodbe (F43, χ^2(1, N=6561)=828,062; p< ,01) i trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga (F62; χ^2(1, N=6561)=53,210; p< ,01).

Ženama se češće dijagnosticira shizofrenija (F20; χ^2(1, N=6561)=49,917; p< ,01), akutni i prolazni psihotični poremećaj (F23; χ^2(1, N=6561)=42,045, p< ,01), shizoafektivni poremećaj (F25, χ^2(1, N=6561)=89,039; p<0,01), bipolarni afektivni poremećaj (F31; χ^2(1, N=6561)=45,474; p< ,01), depresivne epizode (F32; χ^2(1, N=6561)=147,113; p< ,01), povratni depresivni poremećaj (F33; χ^2(1, N=6561)=294,532; p< ,01), ostali anksiozni poremećaji (F41; χ^2(1, N=6561)=116,714; p< ,01) i specifični poremećaji ličnosti (F60; χ^2(1, N=6561)=9,339; p< ,01).

Kako bi se ispitao komorbiditet psihičkih poremećaja i drugih dijagnoza, izračunati su bivarijatni omjeri izgleda (odds ratios, OR) između svake somatske i psihijatrijske dijagnoze. Za razliku od vjerojatnosti (probability), izgledi (odds) se ne temelje na ukupnom broju kada se nešto dogodilo i nije dogodilo, već na temelju broja kada se nešto nije dogodilo, odnosno, u ovom slučaju, kada nije pridružena somatska dijagnoza. Tako OR daje procjenu odnosa, s intervalom pouzdanosti (confidence level, CI) od 95%, između dvije binarne varijable (dijagnosticirano/ nije dijagnosticirano). Velik CI indicira nisku razinu pouzdanosti OR-a, dok manji CI ukazuje na veću preciznost OR-a (Szumilas, 2010). U Tablici 4 nalaze se samo značajni omjeri izgleda (OR) koji opisuju opseg (veličinu) komorbiditeta između psihijatrijskih poremećaja i somatskih bolesti. Prisutnost određenih psihijatrijskih poremećaja uglavnom povećava rizik za određenim somatskim oboljenjem i obrnuto. Primjerice, kod skupine bolesnika kojima su dijagnosticirane depresivne epizode, izgledi za udruženom dijagnozom neoplazme su 1,7 puta veći nego kod skupine kojima nije postavljena dijagnoza depresivnih epizoda. Također, kod skupine bolesnika kojima su dijagnosticirani anksiozni poremećaji, izgledi za udruženom dijagnozom neoplazme su 3,76 puta veći nego kod skupine kojima nije postavljena dijagnoza anksioznih poremećaja. Nadalje, izgledi za udruženom dijagnozom bolesti živčanog sustava kod skupine bolesnika kojima su dijagnosticirani poremećaji ličnosti su 2,32 puta veći nego kod skupine kojima nisu dijagnosticirani poremećaji ličnosti. Kod skupine bolesnika kojima je dijagnosticiran povratni depresivni poremećaj, izgledi za udruženom dijagnozom bolesti cirkulacijskog sustava su 2,06 puta veći

nego kod skupine kojima nije postavljena dijagnoza povratnog depresivnog poremećaja. Uz to, kod skupine bolesnika kojima su dijagnosticirane trajne promjene ličnosti neorganskog porijekla, izgledi za udruženom dijagnozom bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva su 3,28 puta veći nego kod skupine kojima nije postavljena dijagnoza trajnih promjena ličnosti neorganskog porijekla. Također, izgledi za udruženom dijagnozom vanjskih uzroka pobola i smrtnosti kod skupine bolesnika kojima su dijagnosticirani poremećaji ličnosti su 2,4 puta veći nego kod skupine kojima nisu dijagnosticirani poremećaji ličnosti. OR manji od 1 znači da je manje vjerojatno da će somatska dijagnoza biti postavljena kod osoba s određenom psihijatrijskom dijagnozom, međutim, vrijednosti OR manje od 1 zapravo nije moguće izravno interpretirati. Može se reći, primjerice, ovako, izgledi da će osobama kojima je dijagnosticiran duševni poremećaj i poremećaj ponašanja uzrokovan alkoholom biti dijagnosticirane bolesti živčanog sustava manji su od izgleda da će bolesti živčanog sustava biti dijagnosticirane osobama kojima nije postavljena dijagnoza duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih alkoholom.

Tablica 4. Omjeri izgleda (OR) određenih somatskih bolesti i psiholoških poremećaja

	Dijagnoza									
Som. dg	F10	F20	F23	F31	F32	F33	F41	F43	F60	F62
	OR(95%CI)									
II					1,711 (1,095-2,672)		3,768 (2,312-5,849)			
IV										4,656 (2,081-10,419)
VI	0,365 (0,245-0,543)							0,617 (0,415-0,916)	2,324 (1,06-5,096)	
VIII				8,451 (1,027-69,534)						
IX		2,084 (1,313-3,308)	2,521 (1,113-5,707)			2.062 (1,465-2,904)				2,663 (1,291-5,372)
X					0,145 (0,36-0,587)					
XI	0,492 (0.355-0,684)	2,088 (1,284-3,396)			1,473 (1,002-2,166)					2,261 (1,021-5,005)
XIII		3, 201 (1,782-5,748)				2,023 (1,410-2,904)				3,284 (1,658-6,506)
XIV					1,896 (1,273-2,824)	1,666 (1,080-2,569)	2,112 (1,259-3,545)	0,572 (0,405-0,807)		
XVIII					1,915 (1,173-3,129)	1,720 (1,021-2,897)			2,556 (1,164-5,616)	
XIX	0,276 (0,150-0,508)									
XX						1,666 (1,08-2,569)	0,229 (0,056-0,929)		2,408 (1,237-4,688)	

Legenda: II-neoplazme, IV-endokrine, nutricijske i metaboličke bolesti, VI-bolesti živčanog sustava, VIII-bolesti uha i mastoidnih procesa, IX-bolesti cirkulacijskog sustava, X-bolesti dišnog sustava, XI-bolesti probavnog sustava, XIII-bolesti mišićno-koštanog i vezivnog tkiva, XIV-bolesti genitalno-urinarnog sustava, XVIII-simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, XIX-ozljede, trovanja i određene druge posljedice s vanjskim uzrokom, XX-vanjski uzroci pobola i smrtnosti; F10-Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, F20-Shizofrenija, F23-Akutni i prolazni psihotični poremećaji, F31-Bipolarni afektivni poremećaji, F32-Depresivne epizode, F33-Povratni depresivni poremećaj, F41-Ostali anksiozni poremećaji, F43-Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe, F60-Specifični poremećaji ličnosti, F62-Trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga

U Tablici 5 nalaze se prevalencije somatskih bolesti kod određenih psiholoških poremećaja. Kao što se u tablici može vidjeti, kod osoba kojima je dijagnosticiran duševni poremećaj i poremećaj uzrokovan alkoholom (F10) najveća je prevalencija bolesti probavnog sustava, i to 6,5%. Drugim riječima, kod 6,5% osoba dijagnosticirani duševni poremećaj i poremećaj uzrokovan alkoholom udružen je s bolestima probavnog sustava. Prevalencija bolesti probavnog sustava kod bipolarnog afektivnog poremećaja (F31) iznosi 5,6%. Kod 4,9% osoba kojima su dijagnosticirane depresivne epizode (F32), one su udružene s bolestima probavnog sustava. Kod osoba kojima je dijagnosticirana shizofrenija (F20) najveća je prevalencija bolesti genitalno-urinarnog sustava s 2,8%. Najprevalentnija somatska bolest kod akutnog i prolaznog psihotičnog poremećaja (F23) također su bolesti genitalno-urinarnog sustava, i to 2,7%. Prevalencija endokrinih, nutricijskih i metaboličkih bolesti kod osoba s dijagnosticiranim shizoafektivnim poremećajem (F25) je 4,5%. Među osobama kojima je dijagnosticiran povratni depresivni poremećaj (F33) najveća je prevalencija bolesti krvožilnog sustava i iznosi 6,7%. Među osobama kojima su dijagnosticirani ostali anksiozni poremećaji (F41) najveća je prevalencija neoplazmi i iznosi 7,5%. Među osobama kojima je dijagnosticirana reakcija na teški stres i poremećaj prilagodbe (F43) najprevalentnije su bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva i prevalencija iznosi 4,5%. Prevalencija vanjskih uzroka pobola i smrtnosti kod pacijenata s osnovnom dijagnozom specifičnog poremećaja ličnosti (F60) iznosi 6,9%. Za kraj, kod 9,7% osoba dijagnosticirane trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti (F62) udružene su s bolestima mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva.

Tablica 5. Deskriptivni prikaz komorbiditeta somatskih bolesti i psiholoških poremećaja

Somatska dijagnoza		Dijagnoza											Ukupno
		F10	F20	F23	F25	F31	F32	F33	F41	F43	F60	F62	
Bez dijagnoze	N	486	674	265	76	76	426	377	202	1537	102	58	4571
	%	65,32%	79,11%	79,58%	69,09%	71,03%	65,64%	58,63%	66,01%	71,89%	70,34%	56,31%	69,67%
I	N	0	3	0	0	0	2	2	0	4	0	0	11
	%	0,00%	0,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,31%	0,31%	0,00%	0,19%	0,00%	0,00%	0,17%
II	N	11	15	10	2	4	24	18	23	42	2	3	159
	%	1,48%	1,76%	3,00%	1,82%	3,74%	3,70%	2,80%	7,52%	1,96%	1,38%	2,91%	2,42%
III	N	2	3	0	0	0	2	3	1	7	0	0	18
	%	0,27%	0,35%	0,00%	0,00%	0,00%	0,31%	0,47%	0,33%	0,33%	0,00%	0,00%	0,27%
IV	N	8	22	3	5	0	11	15	4	40	2	7	124
	%	1,08%	2,58%	0,90%	4,55%	0,00%	1,69%	2,33%	1,31%	1,87%	1,38%	6,80%	1,89%
VI	N	34	7	5	2	1	15	19	2	32	7	0	139
	%	4,57%	0,82%	1,50%	1,82%	0,93%	2,31%	2,95%	0,65%	1,50%	4,83%	0,00%	2,12%
VII	N	8	1	3	0	0	5	6	1	7	0	0	35
	%	1,08%	0,12%	0,90%	0,00%	0,00%	0,77%	0,93%	0,33%	0,33%	0,00%	0,00%	0,53%
VIII	N	1	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	8
	%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,23%	0,00%	0,00%	0,12%
IX	N	34	20	6	2	4	25	43	19	90	0	9	275
	%	4,57%	2,35%	1,80%	1,82%	3,74%	3,85%	6,69%	6,21%	4,21%	0,00%	8,74%	4,19%
X	N	21	18	7	4	4	2	17	7	43	3	3	135
	%	2,82%	2,11%	2,10%	3,64%	3,74%	0,31%	2,64%	2,29%	2,01%	2,07%	2,91%	2,06%

		F10	F20	F23	F25	F31	F32	F33	F41	F43	F60	F62	
XI	N	48	18	7	3	6	32	27	5	72	2	7	248
	%	6,45%	2,11%	2,10%	2,73%	5,61%	4,93%	4,20%	1,63%	3,37%	1,38%	6,80%	3,78%
XII	N	5	2	1	0	0	3	5	2	7	1	0	27
	%	0,67%	0,23%	0,30%	0,00%	0,00%	0,46%	0,78%	0,65%	0,33%	0,69%	0,00%	0,41%
XIII	N	23	12	3	3	3	32	38	12	97	1	10	247
	%	3,09%	1,41%	0,90%	2,73%	2,80%	4,93%	5,91%	3,92%	4,54%	0,69%	9,71%	3,76%
XIV	N	12	24	9	4	4	31	25	17	44	6	2	192
	%	1,61%	2,82%	2,70%	3,64%	3,74%	4,78%	3,89%	5,56%	2,06%	4,14%	1,94%	2,93%
XVII	N	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,91%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
XVIII	N	12	13	2	1	0	20	17	7	33	7	4	127
	%	1,61%	1,53%	0,60%	0,91%	0,00%	3,08%	2,64%	2,29%	1,54%	4,83%	3,88%	1,94%
XIX	N	15	4	1	1	1	2	6	2	12	2	0	50
	%	2,02%	0,47%	0,30%	0,91%	0,93%	0,31%	0,93%	0,65%	0,56%	1,38%	0,00%	0,76%
XX	N	24	15	11	6	3	17	25	2	66	10	0	193
	%	3,23%	1,76%	3,30%	5,45%	2,80%	2,62%	3,89%	0,65%	3,09%	6,90%	0,00%	2,94%
XXI	N	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	0,00%	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
Ukupno	N	744	852	333	110	107	649	643	306	2138	145	103	6561
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Legenda: I-određene infekcijske i parazitske bolesti, II-neoplazme, III-bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji imunološkog sustava, IV-endokrine, nutricijske i metaboličke bolesti, VI-bolesti živčanog sustava, VII-bolesti oka i adneksa, VIII-bolesti uha i mastoidnih procesa, IX-bolesti cirkulacijskog sustava, X-bolesti dišnog sustava, XI-bolesti probavnog sustava, XII-bolesti kože i potkožnog tkiva, XIII-bolesti mišićno-koštanog i vezivnog tkiva, XIV-bolesti genitalno-urinarnog sustava, XVII-prirođene malformacije, deformacije i kromosomske abnormalnosti, XVIII-simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, XIX-ozljede, trovanja i određene druge posljedice s vanjskim uzrokom, XX-vanjski uzroci pobola i smrtnosti;XXI-čimbenici s utjecajem na zdravstveni status i kontakt s zdravstvenim ustanovama; F10-Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, F20-Shizofrenija, F23-Akutni i prolazni psihotični poremećaji, F31-Bipolarni afektivni poremećaji, F32-Depresivne epizode, F33-Povratni depresivni poremećaj, F41-Ostali anksiozni poremećaji, F43-Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe, F60-Specifični poremećaji ličnosti, F62-Trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga

Rasprava

Ovaj rad bavio se prikazom i analizom učestalosti dijagnosticiranih psihičkih poremećaja na području Osječko-baranjske županije kroz period od 2005. do 2012. godine. Rezultati pokazuju kako su najučestalije psihijatrijske dijagnoze duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (F10), shizofrenija (F20), perzistirajući sumanuti poremećaji (F22), akutni i prolazni psihotični poremećaji (F23), , shizoafektivni poremećaji (F25), bipolarni afektivni poremećaji (F31), depresivne epizode (F32), povratni depresivni poremećaj (F33), ostali anksiozni poremećaji (F41), reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe (F43), specifični poremećaji ličnosti (F60) i trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga (F62). Dakle, dijagnoze s najvećom prevalencijom su dijagnoze iz spektra anksioznih poremećaja, poremećaja raspoloženja, poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari, shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja te poremećaja ličnosti. Time je potvrđena prva hipoteza i nalazi su u skladu s postojećom literaturom. Međutim, ono što se pokazalo drugačijim jest visoka prevalencija poremećaja ličnosti. To se može objasniti time da je većina istraživanja koja su istraživala prevalenciju duševnih oboljenja provedena na uzorcima opće populacije, ne na institucionaliziranim osobama, kao što je to u ovom radu. Usprkos tomu, postoje istraživanja koja ukazuju na to da su poremećaji ličnosti u općoj populaciji visoko prevalentni te se prevalencija kreće od 3,9% do 22,3% (Zimmerman 1994; prema Coid, Yang, Tyrer, Roberts, i Ullrich, 2006; Torgersen i sur., 2001; Samuels i sur., 2002). Prevalencija poremećaja ličnosti u ovom istraživanju (3,8%) niža je od one nađene u prijašnjim istraživanjima, no razlike u prevalencijama među različitim istraživanjima mogu se objasniti razlikama u uzorkovanju, dijagnostičkim instrumentima te brojem različitih kategorija poremećaja uključenih u istraživanja. Međutim, začuđujuća je činjenica to što se poremećaji ličnosti ne pronalaze niti u statističkim ljetopisima (2005-2013) među vodećim uzrocima hospitalizacija iz skupine mentalnih poremećaja. Tomu može biti razlog stroži kriterij prilikom uključivanja mentalnog poremećaja u kategoriju vodećih dijagnoza. Naime, u ovom je istraživanju arbitrarno postavljena granica za uključivanje nekog poremećaja na N=100, odnosno oko 1,5%, zbog veoma niske prevalencije određenih poremećaja te kako bi se obuhvatio što veći broj poremećaja za daljnju obradu. Također, navedeni kriterij je temeljen na pregledu literature gdje se u publiciranim radovima autori odlučuju za granicu prevalencije od 1 % do 4,5% za uzimanje u daljnju analizu.

Daljnji problem istraživanja bio je utvrditi postoje li spolne razlike u učestalosti psihičkih dijagnoza. Pretpostavljeno je da će spolne razlike postojati i to u smislu veće depresije kod žena, a zlorabe sredstava ovisnosti i PTSP-a kod muškaraca. Hipoteza je potvrđena pod opravdanom pretpostavkom da većinu dijagnoze F43 čine osobe oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja (HZJZ, 2012). Dobiveni rezultati u skladu su s postojećom literaturom. Međutim, u istraživanju se nije ispitivala spolna razlika samo kod spomenutih poremećaja, već kod svih gore navedenih, najučestalijih. Tako se pokazalo da postoji statistički značajna razlika u učestalosti dijagnosticiranja shizofrenije (F20) ovisno o spolu u smislu da je shizofrenija češća kod žena, nego kod muškaraca (16,9% prema 10,8%). Taj je rezultat iznenađujući uzmemo li u obzir prijašnja istraživanja koja ukazuju na to da se shizofrenija kod muškaraca i žena javlja podjednako, a još više iznenađuje što novija istraživanja govore o razlici po spolu, no u korist muškaraca (Begić, 2014). Međutim, kod žena je učestalija shizofrenija s kasnim početkom, ona koja se javlja u zreloj i starijoj životnoj dobi (Herceg, 2010). Među podacima koji su se koristili za obradu nisu postojali podaci o početku bolesti, niti hospitalizaciji u smislu je li u pitanju prva hospitalizacija pod tom dijagnozom ili je u pitanju recidiv pa se ne može sa sigurnošću utvrditi je li u pitanju shizofrenija s kasnim početkom, no moguće da je to razlog dobivene statistički značajne spolne razlike. Nadalje, dijateza-stres model mogao bi pomoći u objašnjenju dobivenih podataka. Naime, opći životni stres može precipitirati pojavu shizofrenije (Ventura i Neuchterlein 1989; prema Davison i Neale, 2002). Žene doživljavaju veću razinu općeg stresa zbog modernog načina života gdje trebaju balansirati između posla i obitelji, te osjećaju veći pritisak zbog normativnih očekivanja zbog stereotipne uloge žena u patrijarhalnom društvu u kojemu živimo (Lennon, 1987; Annandale i Hunt, 2000; Panicker, Sharma i AL-Duwaisan, 2008). Kod akutnog i prolaznog psihotičnog poremećaja (F23) pokazala se statistički značajna razlika ovisno o spolu u smislu veće učestalosti navedenog poremećaja kod žena (7,4% nasuprot 3,8% kod muškaraca). Veoma mali broj istraživanja bavio se pitanjem prevalencije akutnog i prolaznog psihotičnog poremećaja zbog čega je nepoznate učestalosti, no prema dostupnim podacima pretpostavlja se da je češći kod žena (Begić, 2014). Time su dobiveni podaci u skladu s dostupnom literaturom.

I kod shizoafektivnog poremećaja (F25) pokazala se statistički značajna razlika ovisno o spolu i to u smislu veće učestalosti kod žena. S obzirom da je tu riječ o poremećaju kod kojega su prisutni simptomi i shizofrenije i afektivnog poremećaja, ne iznenađuje nalaz da je učestaliji kod žena, a dobiveni podaci su u skladu s prijašnjim istraživanjima (Begić, 2014).

Bipolarni afektivni poremećaj javlja se češće kod žena, prema dobivenim rezultatima, i to 3% kod žena nasuprot 0,8% muškaraca. Prijašnja istraživanja pokazala su kako su mu izloženiji muškarci (Begić 2014; Topić, 2010). Međutim, veća je vjerojatnost da će žene biti hospitalizirane zbog maničnih faza, zbog čega se u ovom istraživanju pokazala statistički značajna razlika po spolu u korist žena, jer, kao što je već napomenuto, u obradu su uključene sve hospitalizirane osobe pod osnovnom psihijatrijskom dijagnozom (Hendrick, Altshuler, Gitlin, Delrahim i Hammen, 2000). Ostali anksiozni poremećaji (F41) obuhvaćaju dijagnoze paničnog poremećaja, generaliziranog anksioznog poremećaja, mješovitog anksioznog i depresivnog poremećaja te anksiozni poremećaj, neodređen. Kod dijagnoze F41 pronađena je statistički značajna razlika po spolu u smislu veće učestalosti kod žena (8,4% nasuprot 2,5% kod muškaraca). Dobiveni rezultati ne iznenađuju i u skladu su s prijašnjim međunarodnim istraživanjima (Kimiskidis i sur., 2008, Yonkers i sur., 2003).

Specifični poremećaji ličnosti (F60) obuhvaćaju dijagnoze paranoidnog poremećaja ličnosti, shizoidnog poremećaja ličnosti, disocijativnog, graničnog, histrionskog, anankastičnog i anksioznog poremećaja ličnosti, ovisnu ličnost te poremećaj ličnosti, neodređen. Kod dijagnoze F60 pronađena je statistički značajna razlika po spolu u smislu veće učestalosti dijagnoze kod žena (2,9% nasuprot 1,8% kod muškaraca). Međutim, podaci iz prijašnjih istraživanja pokazuju razliku u učestalosti javljanja pojedinih poremećaja ličnosti ovisno o spolu, tako da su paranoidnom, shizoidnom, disocijativnom i anankističnom poremećaju ličnosti izloženiji muškarci, a žene graničnom i histrionskom poremećaju ličnosti te ovisnoj ličnosti (Begić, 2014). Moguće objašnjenje dobivenih rezultata leži u prirodi prikupljenih podataka, s obzirom da su u obzir uzete samo prve dvije znamenke koje označavaju glavnu skupinu poremećaja. Kod trajnih promjena ličnosti neorganskog porijekla (F62) pokazala se statistički značajna razlika po spolu u smislu veće učestalosti dijagnoze kod muškaraca (2,4% nasuprot 0,1% kod žena). Prema našem saznanju, ne postoje istraživanja o prevalenciji trajnih promjena ličnosti, koje uključuju dijagnozu trajne promjene ličnosti nakon doživljene katastrofe, trajne promjene ličnosti nakon psihijatrijske bolesti, druge trajne promjene ličnosti te trajne promjene ličnosti, neodređene. Trajne promjene ličnosti nakon doživljene katastrofe javljaju se nakon izlaganja ekstremnom traumatskom događaju ili nekom produljenom stresoru koji je u potpunosti zaokupio bolesnika (Begić, 2014). Uzmemo li u obzir visoku prevalenciju PTSP-a, i na kliničkim uzorcima, ali i u općoj populaciji, posebno izraženu kod muškaraca, koji može prethoditi ovakvom stanju, dobiveni rezultat može se smatrati logički opravdanim

U istraživanju se također željelo provjeriti postoji li razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza prema kalendarskim godinama kroz period od 8 godina. Pretpostavilo se da neće postojati razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza prema kalendarskim godinama, međutim hipoteza nije potvrđena. Pronađena je statistički značajna razlika u učestalosti dijagnosticiranja duševnih poremećaja i poremećaja uzrokovanih alkoholom (F10) koji je najčešće dijagnosticiran 2011. godine, shizofrenije (F20) najčešće dijagnosticirane 2005. godine, bipolarnog afektivnog poremećaja (F31) najviše dijagnosticiranog 2010. godine, kao i depresivne epizode (F32). Akutni i prolazni psihotični poremećaji (F23) najviše su dijagnosticirani 2005. godine, povratni depresivni poremećaj (F33) najviše je dijagnosticiran 2012. godine, ostali anksiozni poremećaji (F41) 2006. godine, specifični poremećaji ličnosti (F60) 2011. godine, reakcija na teški stres i poremećaj prilagodbe (F43) 2005. godine, a trajnih promjena ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga (F62) 2010. godine. Jedino za shizoafektivni poremećaj nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti dijagnosticiranja s obzirom na kalendarske godine.

Kako bi se donekle razumjeli dobiveni podatci, potrebno je poznavati stanje u državi, posebno u Osječko-baranjskoj županiji, i usmjeriti pažnju na promjene kroz koje stanovništvo prolazi. Hrvatska prolazi kroz krizu promjene društveno ekonomskog sistema. Ta kriza nadovezuje se na još uvijek prisutne posljedice Domovinskog rata i inkorporira u opću svjetsku krizu, karakteriziranu ponajviše ekonomskom neizvjesnošću (Čatipović, Drobac i Kudumija Slijepčević, 2014; Nestić, 2009). Tako je Karajić (2000; prema Karajić 2002) otkrio kako dvije trećine ispitanika vjeruje da su glavne osobine novih hrvatskih poduzetnika politički klijentelizam, iskorištavanje drugih i nepoštenje, a glavnim čimbenicima uspjeha smatra se snalažljivost, veze i poznanstva te novac što sve vodi poljuljanim moralno-etičkim vrijednostima i smanjenim zadovoljstvom životom. Rat je utjecao na psihičke reakcije svih stanovnika Republike Hrvatske. Jedna od najnerazvijenijih regija u Hrvatskoj je Istočna Hrvatska. Rat i njegove posljedice poput visoke prevalencije depresije, PTSP-a i anksioznih poremećaja, ali i manjeg prihoda te visoke stope nezaposlenosti, utjecali su na takvo stanje (Vuletić, Šincek, Kraljik i Vuger-Kovačić, 2012; Šućur, 2007; Škare, 2000). Stoga ljudi u punim psihijatrijskim čekaonicama ne traže samo rješenje psihičkih tegoba, već i neku vrstu socijalno-ekonomskog azila (Čatipović i sur., 2014). Visoka društvena tolerancija prema konzumiranju alkohola, nedovoljno uspješni društveni mehanizmi inhibicije, medijsko promoviranje alkohola, uz ostalo, rezultiraju većom stopom alkoholizma. Uzmemo li u obzir i visoke stope nezaposlenosti i stresa, dobiveni rezultati nisu iznenađujući. Prevalencija shizofrenije je konstantna. No, takvi bolesnici su zbog jake genetske i razvojne predispozicije

izuzetno osjetljivi na stres i psihotraumu, koji dovode do reaktivacije bolesti. Oscilacije hospitalizacija shizofrenih bolesnika može biti rezultat učestalijih, ali pretežno kraćih hospitalizacija. Rat i siromaštvo uzrokovani demografskom ekspanzijom u zemljama u tranziciji, poput naše, dovode pojedinca i društvo u stanje teško rješive krize s popratnim porastom poremećaja raspoloženja. Porast broja hospitalizacija bolesnika sa specifičnim poremećajem ličnosti može se tumačiti međuodnosom njihove strukture ličnosti i egzogenih čimbenika. Takvi pacijenti se pod utjecajem egzogenih faktora brže dekompenziraju, „slamaju“, od zdravog dijela populacije (Čatipović i sur., 2014). Reakcije na teški stres, PTSP, i to onaj ratne etiologije, postaje jedan od najčešćih psihičkih poremećaja. Time ne predstavlja samo javno-zdravstveni problem, već i socijalni te pravni. Evidentno je koliko resursa PTSP, odnosno oboljeli od PTSP-a (i oni kod kojih ta bolest nije prisutna, a koji se kao takvima vode), crpe ostvarujući materijalne i nematerijalne povlastice. Do prije dvadesetak godina u Hrvatskoj gotovo nitko nije bio liječen zbog PTSP-a, a danas je od 25% do 40% hospitalnih psihijatrijskih kapaciteta usmjereno prema oboljelima od PTSP-a. Na to je potrebno obratiti pozornost jer se zna da se oboljeli od PTSP-a u pravilu trebaju liječiti ambulantno, vanhospitalno. Zadnjih petnaestak godina oko 10% hrvatskih psihijatrijskih kapaciteta angažirano je od strane oboljelih od PTSP-a. Najviše u periodu nakon rata, devedesetih godina, i 2005. nakon čega slijedi pad broja hospitalizacija. Ponovljeni trend porasta hospitalizacije onog s kraja devedesetih 2005. godine, uvjetovan je donošenjem zakona o pravima hrvatskih branitelja koja se mogu ostvariti predočenjem medicinske dokumentacije (Jukić, 2013).

Istraživanjem se htio provjeriti komorbiditet psihičkih poremećaja i drugih dijagnoza. Hipoteza je bila da će postojati komorbiditet nekih psihičkih poremećaja i somatskih dijagnoza, a najistaknutiji će biti komorbiditet depresije i kardiovaskularnih bolesti. Istraživanjem se pokazao komorbiditet duševnih poremećaja i poremećaja uzrokovanog alkoholom (F10) s bolestima probavnog sustava. Nalaz je u skladu s literaturom te vrlo jasan i logičan ukoliko se zna da se popijeni alkohol reapsorbira u probavnom traktu. Oko 5% unesenog alkohola resorbira se do želuca, oko 10% u želucu, a ostatak u tankom crijevu. Primjerice, kroničnom gastritisu alkohol je najčešći uzročnik (Rotkvić, 2000; Begić, 2014). Također, ustanovljen je komorbiditet shizofrenije (F20) s bolestima genitalno-urinarnog sustava. Harris i Barra (1998; prema Joukamaa i sur., 2001) navode kako su vodeći uzroci smrtnosti kod shizofrenije genitalno urinarne bolesti te infektivne, endokrine, probavne i respiratorne bolesti. Također, ustanovljen je komorbiditet akutnog i prolaznog psihotičnog poremećaja (F23) s bolestima genitalno-urinarnog sustava. Treba se napomenuti kako žene s

psihološkim dijagnozama više obolijevaju od genitalno-urinarnih bolesti (Kessler, Tessler i Nycz, 1983). Međutim, prema našim saznanjima, ne postoje istraživanja koja bi mogla pobliže objasniti ovaj komorbiditet. Najveću prevalenciju bolesti genitalno-urinarnog sustava možda se može objasniti time što su kod shizofrenih bolesnika prisutne jako izražene smetnje na jednom ili više područja djelovanja, među kojima je i briga o sebi. Međutim, ovom pitanju je potrebno posvetiti više pažnje u budućim istraživanjima. Nadalje, pokazalo se da je shizoafektivni poremećaj (F25) komorbidan s vanjskim uzrocima pobola i smrtnosti. Vanjski uzroci pobola i smrtnosti se, između ostalog, odnose na ozljede u prometu, nezgode i nesreće i namjerno samoozljeđivanje. Kod pacijenata su izražene smetnje na različitim područjima djelovanja, no može doći i do katatonog ponašanja koje može dovesti do nezgoda, nesreća i ozljeda ukoliko se javi u vidu uzbuđenja s jakim psihomotornim nemirom. Suicidi su vodeći uzrok preuranjene smrti kod psihotičnih poremećaja te je veći rizik za pokušajem suicida kod shizoafektivnih pacijenata, no kod ostalih psihotičnih, iako po život opasnije pokušaje čine shizofreni pacijenti (Radomsky, Haas, Mann i Sweeney, 1999)

Bipolarni afektivni poremećaj (F31) pokazao se komorbidnim s bolestima probavnog sustava, kao i depresivne epizode (F32). Relativno je mali broj istraživanja koji se bavio poremećajima raspoloženja i bolestima probavnog sustava. Međutim, može se osvrnuti na tri bolesti povezane s probavnim sustavom, sindrom iritabilnog crijeva, upalne bolesti crijeva i pretilost. Pretilost je povezana s metaboličkom bolesti, isto učestalijom kod osoba koje pate od bipolarnog poremećaja, a čak do 35% osoba s bipolarnim poremećajem je pretilo. Također, pretilost je povezana s većim brojem depresivnih i maničnih epizoda (Saunders i Goodwin, 2010; Ortega, Feldman, Canino, Steinman i Alegria, 2006; Filaković, Petek Erić i Radanović – Grgurić, 2012). Nadalje, sindrom iritabilnog crijeva je najčešće dijagnosticiranog stanje veznog za probavni trakt te je karakterizirano bolovima u trbuhu i poremećaju u ritmu stolice. Osobe koje pate od sindroma iritabilnog crijeva, vjerojatnije će patiti i od koegzistirajućih poremećaja raspoloženja (Xiong, Zhang, Yu i Chen, 2014). Upalne bolesti crijeva su kronične autoimune bolesti i liječenje zapravo podrazumijeva kontrolu simptoma s obzirom da je potpuno izlječenje još uvijek izvan dosega današnje medicine. Glavni oblici su Chronova bolest i ulcerozni kolitis. Veća je učestalost depresije i depresivnih simptoma kod osoba koje pate od upalnih bolesti crijeva, no kod zdravih osoba, što može utjecati na tretman, ishod, ali i cjelokupnu kvalitetu života (Walker i sur., 2008; McWilliams, Cox i Enns, 2003). Također, depresivne epizode pokazale su se komorbidne s bolestima mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva. Bol je vodeći simptom u bolestima mišićno-koštanog sustava, a uz nju su ponekad prisutni i karakteristični prateći simptomi poput zakočenosti, umora i

iscrpljenosti, no i depresije. Depresija i anksioznost također su izdvojene kao neke od potencijalnih rizičnih čimbenika za razvoj kronične boli. Kronična bol, uključujući i mišićno-koštanu bol, udružena je s depresijom (Diminić Lisica; Smith i Zautra, 2008; McWilliams, Cox i Enns, 2003). Pokazalo se da je povratni depresivni poremećaj (F33) komorbidan s bolestima kardiovaskularnog sustava. Kao što je već rečeno, najviše pažnje u istraživanjima posvećeno je depresiji i s njom komorbidnim somatskim stanjima, stoga je komorbiditet depresije i kardiovaskularnih bolesti potvrđen velikim brojem istraživanja. Tako se pokazalo da depresija pojačava uzroke oboljenja od hipertenzije (Matunović i sur., 2011; Atlantis i sur., 2011). Pokazala se povezanom s porastom mortaliteta nakon akutne miokardijalne infrakcije (Kurdyak, Chong, Gnam, Goering i Alter, 2010; Begum, Tsopelas, Lindesay i Stewart, 2009; De Jonge, Zuidersma i Bultmann, 2013). Visoka je prevalencija depresije kod koronarne bolesti srca (Benedetto, Burns, Lindner i Kent, 2010; Sorensen, Brandes i Hendricks, 2005; Walters, Barley, Mann, Phillips i Tylee, 2014), te se vrlo učestalo javlja kod osoba koje su preživjele moždani udar (Beekman, 1998), a smatra se i faktorom rizika za moždani udar (Rabi-Žikić i sur., 2007; Rouillon, 2001). Međutim, mehanizam koji povezuje depresiju s kardiovaskularnim stanjima nije jasan, a uzevši u obzir da su vodeći uzrok smrtnosti upravo kardiovaskularne bolesti, ovom pitanju potrebno je obratiti dodatnu pažnju (Kurdyak i sur., 2010). Anksiozni poremećaji (F41) pokazali su se komorbidni s neoplazmama (novotvorinama). Novotvorine se dijele na maligne, zloćudne i benigne, dobroćudne. Zloćudni oblik naziva se i rak ili karcinom. Prevalencija psihičkih poremećaja kod pacijenata oboljelih od karcinoma kreće se oko 50% i većina poremećaja povezana je sa samim rakom ili tretmanom. Anksioznost je najčešći psihološki odgovor na dijagnozu, no kroz normalni adaptivni odgovor na prijetnju, anksioznost može postati maladaptivna (Breitbart i Alici, 2009). Dobiveni rezultati u skladu su s prijašnjim istraživanjima koja govore o udruženosti anksioznih poremećaja s karcinomima (Rundell i Shinozaki, 2010; Oostrom i sur., 2012; Compas i Luecken, 2002; prema Dausch i sur., 2004; Sareen i sur., 2006). Koliko je velik značaj komorbiditeta novotvorina (zloćudnih) i poremećaja raspoloženja te anksioznih poremećaja govori relativno nova interdisciplinarna grana, psihoonkologija, koja se, spajajući psihologiju i onkologiju, bavi psihološkim i psihosocijalnim aspektima maligne bolesti (Breitbart i Alici, 2009).

Dijagnoza reakcije na teški stres i poremećaj prilagodbe (F43) pokazala se komorbidnom s bolestima mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva. Harter i sur. (2002) u svom su istraživanju dobili da su najučestalije psihijatrijske dijagnoze kod pacijenata s bolestima mišićno-koštanog sustava anksiozni poremećaji, među kojima je i PTSP, te

poremećaji raspoloženja. Oni čine dvije trećine psiholoških poremećaja u pacijenata s bolestima mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva. Međutim, od anksioznih poremećaja, PTSP je na petom mjestu po učestalosti iza specifičnih fobija i socijalne fobije, paničnog poremećaja i GAP-a. O'Toole i Catts (2008) u svom su istraživanju pokazali udruženost PTSP-a i artritisa te bolova u leđima i ostalim mišićno-koštanim poremećajima. Općenito, PTSP povezan je s lošijom kvalitetom života, ali i s većim somatskim morbiditetom (kardiovaskularne bolesti, gastrointestinalne bolesti) i korištenjem zdravstvene brige, a povezan je i sa suicidalnim ponašanjem (Calhoun i sur., 2009; Sareen i sur., 2007) S dijagnozom specifičnog poremećaja ličnosti (F60) pokazale su se komorbidne bolesti živčanog sustava te vanjski uzroci pobola i smrtnosti. Poremećaj ličnosti dovodi do klinički značajnog oštećenja socijalnog, radnog ili drugih važnih područja funkcioniranja. Osobe s paranoidnim poremećajem ličnosti mogu bijesno reagirati, shizotipni mogu biti sumnjičavi, osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti bezobzirno zanemaruju svoju i tuđu sigurnost, granični može pokazivati povratno suicidalno ponašanje, mogu imati teškoće s kontroliranjem bijesa itd. Sva od navedenih ponašanja, uz još mnoga druga, mogu dovesti ozljeda i nezgoda. Također, osobe s poremećajem ličnosti često imaju komorbidno i neko drugo psihijatrijsko stanje koje može dovesti do povećanog rizika za nesrećama i nezgodama (Coid i sur., 2006). Istraživači se nisu usmjerili na bolesti živčanog sustava prilikom istraživanja poremećaja ličnosti tako da, prema našim saznanjima, istraživanja s tog polja ne postoje. Ovo istraživanje ukazuje na značaj i potrebu za daljnjim istraživanjem ovog komorbiditeta.

Trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti (F62) pokazale su se komorbidnima s bolestima mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva. Prema našim saznanjima, niti za ovo područje ne postoje istraživanja. Istraživači se nisu usmjerili na ispitivanje komorbiditeta niti mogućih mehanizama u njegovoj podlozi. Ovo istraživanje naglašava potrebu za daljnjim istraživanjem komorbiditeta specifičnih psiholoških poremećaja i somatskih dijagnoza s obzirom na poznat (negativan) učinak komorbiditeta na tretman i liječenje komorbidnih pacijenata.

Prednost ovog istraživanja jest što su korištene dijagnoze postavljene od strane liječnika i psihijatra, dakle objektivni pokazatelji zdravlja. U prijašnjim istraživanjima, ako ne i za psihijatrijsku i somatsku dijagnozu, onda barem za jednu od njih koristile su se samoopisne mjere. Takve mjere prilikom klasificiranja stanja mogu dovesti do greške, bilo zbog retrogradnog ispitivanja, nerazumijevanja pitanja ili nevoljkosti priznavanja stigmatiziranih stanja. Daljnja prednost je što su, za razliku od mnogih drugih istraživanja, u ovo istraživanje uključene sve hospitalizirane osobe pod osnovnom psihijatrijskom

dijagnozom, što znači da su uključene i sve dobne skupine. Veliki broj sudionika omogućava izbjegavanje pogreške tipa jedan i dva. Nekoliko je nedostataka provedenog istraživanja. Primjerice, nedostatak ovog istraživanja jest što nije bilo pokušaja utvrđivanja multiplih komorbiditeta. Međutim, pokušaj računanja multiplih komorbiditeta vjerojatno bi vodilo velikom broju teško razumljivih rezultata, a to je van dosega ovog rada. Nedostatak istraživanja je što su obrađivane samo nadređene kategorije specifičnog poremećaja. buduća istraživanja bi se trebala usmjeriti na specifične poremećaje. Daljnji nedostatak jest što se rezultati ne mogu generalizirati jer su uključene samo hospitalizirane osobe, jedino s odjela psihijatrije KBC Osijek, i odnose se samo na osobe kojima je ustanovljena somatska, odnosno psihijatrijska dijagnoza, a kao što je već rečeno, komorbidna stanja često prolaze neopaženo. Buduća istraživanja bi trebala provjeriti MS komorbiditet na uzorku opće populacije. Nadalje, veliki je nesrazmjer muškaraca i žena u istraživanju. Ovakvo stanje je može biti iznenađujuće s obzirom da žene u prosjeku imaju više posjeta liječniku, međutim, kao što je napomenuto ranije u tekstu, prijašnjim istraživanjima nije utvrđena razlika u broju hospitalizacija muškaraca i žena. Moderna žena se nalazi u nepovoljnom položaju, balansirajući između ranije definiranih strogo ženskih uloga i novih, ranije pretežno muških uloga. S obzirom da su mnoge zaposlene i održavaju domaćinstvo te brinu o djeci, manje su voljne otići na bolničko liječenje i više su usmjerene na ambulantno liječenje i dnevne bolnice. S obzirom da žene češće posjećuju liječnike, lakše se usmjeriti na prevenciju određenih poremećaja, a i veća je vjerojatnost ranog otkrivanja poremećaja zbog čega se odmah može krenuti s intervencijom, što sve smanjuje potrebu za bolničkim liječenjem. Nedostatak istraživanja jest što nisu uključene i druge varijable poput socioekonomskog statusa, statusa branitelja, zaposlenje i razina školovanja. S obzirom da su prijašnja istraživanja pokazala povezanost navedenih varijabli s MS komorbiditetom, buduća istraživanja bi ih trebala uključiti. Limitacija istraživanja jest što rezultati ne mogu implicirati kauzalnost, no ukazuju na to da je komorbiditet više pravilo, no iznimka. Buduća istraživanja bi trebala biti longitudinalna, kako bi mogla utvrditi kauzalnost.

Kao prvu i najznačajniju implikaciju ovog istraživanja možemo navesti povećanje svijesti o komorbiditetu psiholoških poremećaja i somatskih bolesti. Međutim, povećanje svijesti treba se dogoditi na tri razine, osobnoj, kliničkoj te na razini cjelokupnog zdravstvenog sistema. Postoje neki dokazi koji upućuju na to da uvođenje stručnjaka mentalnog zdravlja u opću praksu predstavlja efektivan način nošenja s komorbiditetom. Međutim, kompleksnost komorbiditeta predstavlja izazov samim psihijatrima i psiholozima, zbog čega će se očito morati pričekati s uvođenjem stručnjaka u druga područja djelovanja

zdravstvene brige. S obzirom na veliki utjecaj MS komorbiditeta na ishod tretmana, kvalitetu života i troškove zdravstva, preporuča se screening mentalnih poremećaja. Postoje istraživanja koja su se bavila isplativošću screeninga, periodičnog, godišnjeg i barem jednom u životu, koja govore da je isplativ, čak i potreban, makar jednom u životu, a u područjima s visokom prevalencijom mentalnih poremećaja i češće. Ono na što se treba usmjeriti je prevencija. A kako bi se moglo prevenirati i pružiti najbolju pomoć pacijentima potreban je multikolaborativni pristup pacijentu, stoga je potrebno reorganizirati zdravstvo kako bi bilo responzivno na potrebe komorbidnih pacijenata. Kleinman i Kleinman (1985, prema Gureje i sur., 2008) navode kako na MS komorbiditet mogu utjecati i kulturalni faktori zbog čega je upitna generalizacija rezultata istraživanja provedenih u Sjevernoj Americi i Zapadnoj Europi na nezapadne zemlje, poput Hrvatske. Međutim, istraživanjem se pokazalo kako su određeni psihološki poremećaji udruženi s određenim somatskim bolestima, istim kao i u prijašnjim inozemnim radovima, što se može smatrati važnom implikacijom rada, iako su potrebna dodatna istraživanja kako bi se navedeno potvrdilo.

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati komorbiditet psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti stanovnika Osječko-baranjske županije koji su bili hospitalizirani u razdoblju od 2005. do 2012. godine, te vezano uz cilj, ispitati postoji li razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza ovisno o spolu i prema kalendarskim godinama kroz taj period. Dobiveni rezultati potvrdili su prvu hipotezu da su najučestalije psihičke dijagnoze depresija, anksioznost, zloraba sredstava ovisnosti, shizofrenija i PTSP. Potvrđena je i treća hipoteza da postoji komorbiditet nekih psihičkih poremećaja, dok je druga hipoteza djelomično potvrđena. Naime, utvrđena je spolna razlika u učestalosti određenih psihijatrijskih dijagnoza, no pronađena je i statistički značajna razlika u učestalosti psihičkih dijagnoza prema kalendarskim godinama kroz period od 8 godina, što nije u skladu s postavljenom hipotezom. Ovakvo istraživanje može biti dobra osnova i daje smjernice za daljnja istraživanja koja bi se usmjerila na specifične skupine bolesnika kod kojih bi se komorbiditet i njegove implikacije detaljnije istražile.

LITERATURA

Annandale, E. i Kunt, K. (2000). *Gender inequalities in health*. Buckingham: Biddles Ltd, Guilford and King's Lynn.

Arbanas, G. (2012). *Metabolički sindrom u osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Atlantis. E., Shi, Z., Penninx, B. J. W. H., Wittert, G. A., Taylor, A. i Almeida, O. P. (2011). Chronic medical conditions mediate the association between depression and cardiovascular disease mortality. *Social psychiatry and psychiatric epidemioogyl, 47,* 615-625.

Australian Institute of Health and Welfare (2011). *Comorbidity of mental disorders and physical conditions 2007*. Canberra: AIHW

Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., Ormel, J., Smit,J. H.,Braam, A. W. i Van Tilburg, W. (1998). Depression insurvivors of stroke: a community-based study of prevalence, risk factors and consequences. *Social psychiatry and psychiatric epidemioogyl, 33,* 436-470.

Begić, D. (2014). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada

Begum, A., Tsopelas, C., Lindesay, J. i Stewart, R. (2009). Cognitive function and common mental disorders in older people with vascular and non-vascular disorders: a national survey. *International journal of geriatric psychiatry, 24,* 701-708.

Benedetto, M. D., Burns, G. L., Lindner, H. i Kent, S. (2010). A biopsychosocial model for depressive symptoms following acute coronary syndromes. *Psychologyy and health, 25*(9), 1061-1075.

Benjak, T. (2011). Stvaranje jedinstvenih kriterija utvrđivanja invaliditeta te dileme oko načina njegovog mjerenja. *Revija za socijalnu politiku, 18*(2), 221-225.

Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J. i Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of family practice, 49*(2), 147-152.

Breitbart, W. S. i Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harvard review psychiatry, 17*(6), 361-367.

Buist-Bouwman, M. A., de Graaf, R., Vollebergh, W. A. M. i Ormel, J. (2005), Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta psychiatrica Scandinavica, 111*, 436–443.

Calhoun, P. S., Wiley, M., Dennis, M. F. i Becham, J. C. (2009). Self-reported health and physician diagnosed illnesses in women with posttraumatic stress sidorder and major depressive disorder. *Journal of traumatic stress 22* (2), 122-130.

Cohn, T., Prud'homme, D., Streiner, D., Kameh, H. i Remington, G. (2004). Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Canadian journal of psychiatry, 49*(11), 753-760.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. i Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British journal of psychiatry, 188*, 423-431.

Čatipović, V., Drobac, R. i Kudumija Slijepčević, M. (2014). Epidemiološka slika psihijatrijskih hospitalizacija opće bolnice Bjelovar. *Liječnički Vjesnik, 136*, 140-146.

Dausch, M. B., Compas, B., Beckjord, E., Luecken, L., Anderson-Hanley, C., Sherman, M. i Grossman, C. (2004). Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of clinical psychology in medical settings, 22*(3), 159-169.

Davison, G. C. i Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

De Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G. J. i Bouter, L. M. (2003). How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology, 56*, 221-229.

De Jonge, P., Zuidersma, M. i Bultmann, U. (2013). The presence of a depressive epizode predicts lower return to work rate after myocardial infraction. *General hospital psychiatry, 36*, 363-367.

Diminić Lisica, I. Karakteristike boli u bolestima mišićno koštanog sustava. Preuzeto s: http://www.dnoom.org/index.php/literatura/2012-12-15-06-20-15/236-karakteristike-boli-u-bolestima-misicno-kostanog-sustava

Filaković, P., Petek Erić, A. i Radanović – Grgurić, Lj. (2012). Metabolic syndrome and psychotropic medications. *Medicinski glasnik: Ljek Komore Zenicko – Doboj Kantona, 9*(2), 180-188.

Gatchel, R. J. i Turk, D.C. (Ed.) (1999). *Psychosocial factors in pain*. New york: The Guilford press

Gureje, O., Von Korff, M., Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Iwata, N., Karam, A., Guimaraes Borges, G. L., de Graaf, R., Browne, M. O., Stein, D. J., Haro, J. M., Bromet, E. J., Kessler, R. C. i Alonso, J.(2008). The relation between multiple pains and mental disorders: results from the world mental health surveys. *Pain, 135*, 82-91.

Harter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenbrenner, A. i Bengel, J.(2002). Adescriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 83*(4), 461-468.

Havelka, Mladen (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap

Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S. i Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *The journal of clinical psychiatry, 61*(5), 393-396.

Herceg, M. (2010). *Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2013). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu*. Zagreb.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N. i Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine 34*, 1-15.

Jakovljević, M. (2013). Postraumatski stresni poremećaj: dijagnoza skrojena za dob otreženjenja od iluzija? *Motrišta, 69-70*, 120-124.

Joukamaa, M., Heliovaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R. i Lehtinen, V.(2001). Mental disorders and cause-specific mortality. *BJP, 179*, 498-502.

Jukić, V. (2013). Posttraumatski stresni poremećaj (ptsp); povijesni, medicinskopsihijatrijski i socijalni aspekti. *Perspectives. 69-70*, 125-139.

Karajić, N. (2002). Siromaštvo i neslužbeno gospodarstvo u Hrvatskoj – kvalitativni aspekti. *Financijska teorija i praksa. 26*(1). 273-299.

Kessler, L.G., Tessler, R. C. i Nycz, G. R. (1983). Co-occurrence of psychiatric and medical morbidity in primary care. *The journal of family practice, 16*(2), 319-324.

Kessler, R. C., Ormel, J., Demler, O. i Stang, P. E. (2003). Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the national comorbidity survey. *JOEM, 45*(12), 1257-1266.

Kimiskidis, V., Triantafyllou, N., Kararizou, E., Gatzonis, S. S., Fountoulakis, K., Siatouni, A., Loucaidis, P., Pseftogainni, D:, Vlaikidis, N. i Kaprinis, G. (2008). Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. *Annals of general psychiatry, 7* (Suppl I).

Kroenke, K. (2003). The interface between physical and psychological symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry 5* (7), 11-18.

Krznar, I. (2011). *Identifikacija razdoblja recesija i ekspanzija u Hrvatskoj*. Istraživanja I-32. Zagreb: Hrvatska Narodna Banka

Kurdyak, P. A., Chong, A., Gnam, W. H., Goering, P. i Alter, D. A. (2010). Depression and self-reported functional status: impact on mortality following acute myocardial infraction. *Journal od evaluation in clinical practice, 17,* 444-451.

Lennon, M. C. (1987). Sex differences in distress: the impact of gender and work roles. *Journal of health and social behavior, 28,* 290-305.

Lučev, I. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme, 1-2, 67-89.*

Matunović, R., Samardžić, J., Špirić, Ž., Marinković, D., Gudelj, O., Obradović, D., Mijalović, Z. i Rafajlovski, S. (2011). Farmakološko lečenje hipertenzije indukovane stresom-preporuke i dileme. *Vojnosanitetski pregled, 68*(12), 1057-1062.

McEvoy, P. M., Grove, R., Slade, T. (2011). Epidemiologyof anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 45,* 957-967.

McWilliams, L. A., Cox, B. J. i Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: ae examination in a nationally representative sample. *Pain, 106,* 127-133.

Milas, G. (2005). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap

Mimica, N., Folnegović-šmalc, V., Uzun, S. I Makarić, G.(2004). Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *MEDICUS, 13*(1), 19-29.

Nestić, D. (2009). Plaće u Hrvatskoj: trendovi, problemi i očekivanja" u V. Franičević i V. Puljiz (ur.), *Rad u Hrvatskoj: pred izazovima budućnosti*, str. 165-195, Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo i Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Oostrom, S. H., Picavet, S. J., Van Gelder, B. M., Lemmens, L. C., Hoeymans, N., Van Dijk, C. E., Verheij, R. A., Schellevis, F. G. i Baan, C. A. (2012). Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population – data from general practices. *BMC Public Health, 12*(715), 1-10.

Ortega, A. N., Feldman, J. M., Canino,G., Steinman, K. i Alegria M. (2006). Co-occurence of mental and physical illness in US Latinos. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 41,* 927-934.

O'Toole, B. I. i Catts, S. V. (2008). Trauma, PTSD and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. *Journal of psychosomatic research, 64*(1), 33-40.

Palencia, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C. i Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social science and medicine, 117,* 25-33.

Panicker, N. R., Sharma, P. N. i AL-Duwaisan, A. R. (2008). Psychological distress nad associated risk factors in bronchial astma patients in kuwait. *Indian journal of medical science, 62*(1), 1-7.

Rabi-Žikić, T., Žarkov, M., Nedić, A., Slankamenac, P., Živanović, Ž. i Dobrenov, D. (2007). Depresija kao uzrok i posledica cerebrovaskularnih oboljenja. *Medicinski pregled, 5-6,* 255-260.

Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J. i Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *The American journal of psychiatry, 156,* 1590-1595.

Rotkvić, I. (2000). Kronične bolesti probavnog trakta. *MEDICUS, 9*(1), 95-98.

Rouillon, F. (2001). Depression comorbid with anxiety or medical illness: the role of paroxetine. *International journal of psychiatry in clinical practice, 5,* 3-10.

Rundell, J. R. i Shinozaki, G. (2010). Pharmacogenomic considerations in patients with comorbid medical and psychiatric illness. *Primary psychiatry, 17*(5), 33-38.

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T. i Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British journal of psychiatry, 180,* 536-542.

Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C. i Asmundson, G. J. G. (2007). Physical and mental comorbidity, disability and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine, 69,* 242-248.

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S., Clara, I., Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of internal medicine, 166,* 2109-2116.

Sartorius, N. (2013). Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century. *Medicina academica mostariensia, 1*(1), 4-5.

Saunders, K. E. A., Goodwin, G.M. (2010). The course of bipolar disorder. *Advances in psychiatric treatment, 16,* 318-328.

Scott, K. M., Oakley Browne, M. A., McGee, M. A. i Wells, J. E. (2006). Mental-physical comorbidity in Te Rau Hinengaro: The New Zeland Mental Health Survey. *Australian and New Zeland journal of psychiatry, 40,* 882-888.

Smith, B. W. i Zautra, A. J. (2008). The effects of anxiety and depression on weekly pain in women with arthritis. *Pain, 138*, 354-361.

Sorensen, C., Brandes, A. i Hendricks, O.(2005). Psychosocial predictors of depression in patients with acute coronary syndrome. *Acta psychiatrica Scandinavica, 111*, 116-124.

Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian academy of child and adolescent psychiatry, 19*(3), 227-229.

Škare, M. (2000). Nezaposlenost u Hrvatskoj i determinante potražnje za radom. *Revija socijalne politike, 8*(1), 19-34.

Šućur, Z. (2007). Ekonomska situacija. Jakopec, L. i Šućur, Z. (Ur.), *Kvaliteta života u Hrvatskoj – regionalne nejednakosti* (str. 17-30). Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP) u Hrvatskoj.

Tesson, M., Mitchell, P. B., Deady, M., Memedovic, S., Slade, T. i Baillie, A. (2011). Affective and anxiety disorders and their relationship with chronic physical conditions in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zeland Journal of psychiatry, 45*, 939-946.

Topić, R. (2010). Psihijatrijski aspekti kardiovaskularnih bolesti/bolesnika. *MEDICUS, 19*(2), 233-240.

Torgersen, S., Kringlen, E. i Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry, 58*(6), 590-596.

Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of health and social behavior, 26,* 156-182.

Vuletić, G., Šincek, D., Kraljik, N. i Vuger-Kovačić, D. (2012). *Hrvatske regionalne razlike u kvaliteti života i zdravlju u odnosu na samoprocjenjeni ekonomski status. U 1. međunarodni znanstveni simpozij gospodarstvo istočne Hrvatske –jučer, danas, sutra* (str. 318-323). Osijek: Studio HS internet d.o.o; Sveučilište Josipa jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku.

Walker, J: R., Ediger, J. P., Greff, L.A., Greenfeld, J. M., Clara, I., Lix, L., Rawsthorne, P., Miller, N., Rogala, L., McPhail, C.M. i Bernstein, C.N. (2008). The Manitoba IBD cohort study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *The American journal of gastroenterology, 103*, 1989-1997.

Walters, P., Barley, E. A., Mann, A., Phillips, R. i Tylee, A. (2014). Depression in primary care patients with coronary heart disease: baseline findings from the UPBEAT UK study. *PLOS ONE, 9*(6), 1-7.

Xiong, L. L., Zhang, S., Yu, Q. i Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 77*, 1-12.

Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R. i Keller M. B. (2003). Chronicity, relapse and illness – course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety 17*, 173-179.