

Javnozdravstveno značenje depresivnog poremećaja

Rak, Benedict

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:639667>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2020-11-28**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Benedict Rak

**Javnozdravstveno značenje depresivnog
poremećaja**

Diplomski rad



Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Zavodu za psihijatrijska istraživanja Klinike za psihijatriju Vrapče pod vodstvom prof. dr. sc. Neven Henigsberg-a i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013/2014.

Popis kratica

DALY – Disability adjusted life years

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV ed. rev.

EU – Europska unija

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti, X rev.

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

YLD – Years lived with disability

Sadržaj	strana
Sažetak	
Summary	
Uvod	1
Definicija	2
Klinička slika	2
Podjela i klasifikacija	4
Epidemiološki prikaz pojavnosti depresivnih poremećaja	5
Samoubojstva	11
Odrednice mentalnog zdravlja	13
Vulnerabilne skupine	13
Stigma	14
Depresivni poremećaj i zdravstvena zaštita	15
Zaključak	27
Zahvale	28
Literatura	29
Životopis	31

SAŽETAK

Javnozdravstveno značenje depresivnog poremećaja

Benedict Rak

U svijetu više od 450 milijuna ljudi pati od psihičkih poremećaja, a puno veći broj ima psihičke probleme. Procjenjuje se da u svijetu oko 151 milijun ljudi pati od depresije. Na stanje mentalnog zdravlja utječu socio - ekonomski, biološki te čimbenici okoline. Dobro je poznato da nema zdravlja bez mentalnog zdravlja, a ono je temelj za osobnu dobrobit kao i djelotvorno funkcioniranje zajednice. Depresija je čest poremećaj raspoloženja koji dovodi do smanjenja sposobnosti bolesnika da se brine o sebi i izvršava svakodnevne obaveze. U najtežem obliku, depresija može dovesti do samoubojstva. Gotovo milijun ljudi godišnje počinu suicid, odnosno oko 3000 smrtnih slučajeva događa se svaki dan. Računa se da na svaku osobu koja je izvršila samoubojstvo oko 20 ili više osoba pokuša suicid (1).

Nije u potpunosti razjašnjen uzrok nastanka depresivnog poremećaja mada se smatra kako dugotrajnija kronična stresna zbivanja postupno uzrokuju promjene u sustavu prijenosa neurotransmitera i doprinose razvoju depresije (2). Uočeno je da introvertne i pasivno ovisne osobe sa smanjenom sposobnošću adaptacije promjenama češće oboljevaju od rekurentnog unipolarnog poremećaja. Općenito, tijek unipolarnog poremećaja karakteriziran je asimptomatskim fazama s fazama relapsa. No poznato je da se u oko trećine bolesnika može javiti i kao jedna epizoda, a najčešće nastupa iznad 50 godina. Postoje i lakši slučajevi depresije gdje uglavnom prevladava povlačenje u sebe, izbjegavanje socijalnih kontakata, plačljivost bez prisutnosti vegetativnih tegoba. Takav oblik depresije nazivamo distimija (dysthymia). Najveći postotak, oko 70%, psihijatrijskih dijagnoza u ambulantama obiteljske medicine odnosi se upravo na depresiju. Vrlo je važno prepoznati intenzitet poremećaja o čemu ovisi terapijski pristup i trajanje liječenja.

Ključne riječi:

depresija, mentalno zdravlje, unipolarni poremećaj

SUMMARY

Public Health Importance of depressive disorders

Benedict Rak

Worldwide, there are more than 450 million people suffering from mental disorders and a significantly larger number have psychological problems. It is estimated that globally about 151 million people suffer from depression. Socio - economic, biological and environmental factors have implications on mental health condition. It is well known that there is no health without mental health, and that state of mental health is precondition for personal well-being as well as the overall functioning of the community. Depression is a common mood disorder that leads to a reduction in the ability of patients to take care of themselves and perform their everyday duties . In the most severe forms , depression can lead to suicide . Nearly one million people a year commit suicide, meaning that nearly 3,000 deaths occur every day . It is calculated that for every person who has committed suicide about 20 or more people attempt suicide (1) .

The cause of depressive disorders is not fully understood yet, although it is observed that chronic stressful events cause gradual changes in the transmission of neurotransmitters and contribute to the development of depression (2).

Furthermore, it was noted that the introverted and passively dependent people with reduced ability to adapt to changing environment more frequently often from recurrent unipolar disorder. In general, the course of unipolar disorder is characterized by the phases of the asymptomatic periods with periods of relapses but it is known that approximately one third of patients can experience only a single episode, occurring usually above age of 50. There are also milder cases of depression, called dysthymia, characterized by symptoms of depression such as withdrawal, social distancing, tearfulness but without the presence of vegetative symptoms. The largest percentage, about 70% of psychiatric diagnoses in outpatient family medicine, concerns some of the forms of depression. The type of therapy and duration of the treatment depends on the intensity of the disorder.

Keywords :

depression, mental health, unipolar disorder

Uvod

Zapaža se porast pojavnosti depresije koja se smatra jednom od bolesti suvremenog načina života. Ipak, već Hipokrat spominje depresiju koju opisuje kao melankoliju odnosno crnu žuč. Danas je pak uočljiv trend kontinuiranog povećanja učestalosti depresije kroz desetljeća i to značajnije u razvijenijim zemljama svijeta. Poznato je da se depresija može iznimno javiti u bilo kojem životnom dobu, najčešće prvi puta u dobi od 20-40 godina, ali se uočava njena tendencija pojavnosti u sve nižoj životnoj dobi (3).

Depresiju se može ukratko opisati kao intenzivan osjećaj žalosti, tuge i besperspektivnosti koja se može javiti kao reakcija na neki tužni događaj a može se razviti i bez objašnjivog povoda. Za depresivnu reakciju je karakteristično da je njen intenzitet ili vremensko trajanje iznad očekivanoga te da osoba nije u stanju kontrolirati takvu situaciju. Neke osobe nose sklonost depresiji, a kod pojedinaca depresija se može javiti i bez nekog vanjskog poticaja ili uzroka. Danas se smatra kako 20 – 30% pacijenata koji dolaze svojim obiteljskim liječnicima, nisu svjesni svojeg stanja već smatraju da je njihov problem neka organska bolest ili poremećaj, a oni zapravo pate od depresije ili nekog drugog poremećaja mentalnog zdravlja koji mogu nalikovati simptomima depresije (npr. anksioznost, hipohondrija, psihosomatski poremećaji).

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) oko 400 milijuna ljudi u svijetu pati od depresije (1). Iz istraživanja SZO o mentalnom zdravlju, provedenom u 17 zemalja svijeta, došlo se do podatka da je u prosjeku jedna na dvadeset osoba navela pojavu epizoda depresije u prethodnoj godini. Depresivni poremećaji se često zapažaju u mlađoj dobi, često se ponavljaju i umanjuju sposobnost funkcioniranja oboljelih. Upravo je to razlog zašto je depresija vrlo visoko na rang listi uzroka DALY, te značajano doprinosi globalnom opterećenju bolestima i pogađa sve zemlje i zajednice u svijetu.

Zemlje članice SZO su prepoznale ovaj globalni javnozdravstveni problem u porastu te je SZO na Generalnoj Skupštini održanoj 2012. pozvala sve svoje zemlje članice da se aktivno uključe u poduzimanje mjera kroz provođenje cjelovitog koordiniranog pristupa u prevenciji, praćenju i liječenju ove sve češće prisutne i globalno u porastu kronične nezarazne bolesti.

Definicija

Pod pojmom depresija podrazumjevamo poremećaj raspoloženja (unipolarni poremećaj), teško psiho-fizičko stanje koje je karakterizirano nedostatkom interesa za uobičajene aktivnosti, sniženim raspoloženjem, promjenama u tjelesnoj masi i poremećajem sna, prisutnim osjećajem umora, izrazitim osjećajem manje vrijednosti i krivnje, poteškoćama koncentracije i donošenja odluka te prisutnim mislima o smrti i samoubojstvu. Unipolarna depresija je i drugo ime za veliki depresivni poremećaj. Veliki depresivni poremećaj može se dijagnosticirati u slučajevima kada osoba dulje od dva tjedna doživljava većinu od spomenutih simptoma.

Izraz unipolarni depresivni poremećaj koristi se sa ciljem razlikovanja depresivnog poremećaja koji se javlja u kontekstu bipolarnog poremećaja gdje se izmjenjuju razdoblja depresije i manije. Nadalje, za „tipične oblike” depresivnog poremećaja koristi se i termin melankolija.

Klinička slika

Osnovne karakteristike ove bolesti su: gubitak osjećaja zadovoljstva, osjećaj nesigurnosti i straha, osjećaj bezperspektivnosti, bezizglednosti, tuge, općenito gubitak volje za životom, osjećaj manjka energije, prisutanost osjećaja krivnje, razmišljanje o smrti pa i pokušaji samoubojstva. Depresivni pacijenti su često zapuštenog izgleda, zanemaruju sebe i članove svoje obitelji, vlastitu djecu i ukućane ali i prijatelje, povlače se u sebe, osjećaju se bespomoćno i beznadno, skloni su kriviti sebe. Javlja se problem koncentracije i smetnje pamćenja koje može ostaviti sliku depresivne pseudodemencije. Nadalje, često se javlja problem smetnje spavanja tj. nesanice i buđenja po noći, naročito u ranim jutarnjim satima (terminalna insomnija). Upravo pojedinci s problemom terminalne insomnije skloni su najtežim kliničkim oblicima depresije. Oboljeli od depresije u velikom postotku pate i od gubitka apetita pa posljedično i promjene tjelesne mase, no u iznim slučajevima može se dogoditi i obratno.

Osim kronične iscrpljenosti, depresivne osobe navode i smanjeni interes za seksualne aktivnosti. Psihomotorika depresivnih osoba je usporena, govor je monoton, često bez spontanih pokreta i besciljnog pogleda.

Psihomotorna usporenost u težim oblicima može progredirati do psihomotorne zakočenosti, a u najtežim slučajevima i do nepokretnosti (depresivnog stupora). Ponekad depresivne osobe mogu biti i psihomotorno agitirane, nemirne.

Razlikujemo unipolarne (samo depresivne) i bipolarne poremećaje raspoloženja. (razdoblja depresije se izmjenjuju sa razdobljima maničnog raspoloženja). Dok bipolarni poremećaji uglavnom počinju u dobi od 20-30 godina, depresija se u prosjeku pojavljuje kasnije (3).

Unipolarni poremećaj raspoloženja ima tendenciju rekurentnog tijeka. Općenito, tijekom unipolarnog poremećaja karakteriziran je asimptomatskim fazama s fazama relapsa no poznato je da se u oko trećine bolesnika može javiti i kao jedna epizoda, a najčešće nastupa iznad 50 godina. Za razliku od tipičnog depresivnog poremećaja, atipični depresivni poremećaj karakteriziran je povećanjem apetita, tjelesne težine, simptomima napetosti i straha uz večernja pogoršanja, fobične simptome te početne nesanice uz jutarnju pospanost.

U procjeni intenziteta depresije primjenjuju se standardizirani upitnici. Najčešće se za mjerenje stupnja depresije koristi Hamiltonova ljestvica i Beckova lista.

Ovisno o broju i težini simptoma, depresivna epizoda se može kategorizirati kao blaga, umjerena ili teška. Tijekom teške depresivne epizode, pacijenti nisu u mogućnosti nastaviti sa radnim obavezama i domaćim aktivnostima niti funkcioniraju u socijalnom okruženju, osim u vrlo ograničenoj mjeri.

Postoje i lakši slučajevi depresije gdje uglavnom prevladava povlačenje u sebe, izbjegavanje socijalnih kontakata, plačljivost bez prisutnosti vegetativnih tegoba. Takav oblik depresije nazivamo distimija (dysthymia). Osobe s blagim depresivnim epizodama imaju poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju ali ipak uspijevaju funkcionirati u svom okruženju.

Najveći postotak, oko 70%, psihijatrijskih dijagnoza u ambulantama obiteljske medicine odnosi se upravo na depresiju. Vrlo je važno prepoznati intenzitet

poremećaja o čemu ovisi terapijski pristup i trajanje liječenja. Ovisno težini kliničke slike, u terapiji depresije uspješno se primjenjuje psihoterapija i po potrebi antidepresivi (4) .

Podjela i klasifikacija

Najčešće korišteni kriteriji za dijagnosticiranje depresivnih poremećaja navedeni su od strane Američkog psihijatrijskog društva u revidiranom četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika o mentalnim poremećajima (DSM-IV-TR) i publikaciji „Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10)“ koju je izdala Svjetska zdravstvena organizacija. U MKB -10 rev., termin „ depresivna epizoda“ koristi se za jednu epizodu dok se „povremeni depresivni poremećaj“ koristi za ponovljene episode (5). U MKB-10 rev. navode se tri tipična simptoma depresije (depresivno raspoloženje, anhedonia i „manjak energije“), od kojih trebaju biti prisutna barem dva simptoma kako bi se utvrdilo postojanje depresivnog poremećaja. Prema DSM-IV-TR, postoje dvije glavne skupine simptoma - depresivno raspoloženje i anhedonia. Barem jedan od njih mora biti prisutan da bi se dijagnosticirala velika depresivna epizoda (6). DSM - IV - TR prepoznaje pet podtipova depresivnih poremećaja: melankoličnu depresiju, atipičnu depresiju, katatoničku depresiju, postpartalnu depresiju i sezonski afektivni poremećaj.

Prema Mayo klinici depresivni poremećaji se mogu klasificirati kao:

- Velika depresivna epizoda
- Distimija
- Poremećaj prilagodbe
- Bipolarni poremećaj

Nadalje depresiju možemo podijeliti u tri stupnja:

- Početna laka depresija
- Srednja prolazna depresija
- Teško depresivno stanje

(F30-F39) Poremećaji raspoloženja (prema MKB -10 rev.)

F32 Depresija

F32.0 Blaga depresijska epizoda

F32.1 Umjerena depresijska epizoda

F32.2 Teška depresijska epizoda bez simptoma psihoze

F32.3 Teška depresijska epizoda sa simptomima psihoze

F32.8 Druge depresijske epizode

F32.9 Depresijska epizoda, nespecifična

F33 Povratni depresijski poremećaj

F33.0 Blag povratni depresijski poremećaj

F33.1 Umjeren povratni depresijski poremećaj

F33.2 Težak povratni depresijski poremećaj bez simptoma psihoze

F33.3 Težak povratni depresijski poremećaj sa simptomima psihoze

F33.4 Povratni depresijski poremećaj, u remisiji

F33.8 Drugi povratni depresijski poremećaj

F33.9 Povratni depresijski poremećaj, nespecifičan

F34 Stalni poremećaji raspoloženja

F34.1 Distimija

Epidemiološki prikaz pojavnosti depresivnih poremećaja

Depresija je zajednički javnozdravstveni problem u svim regijama svijeta i predstavlja jedan od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice. Prema podacima SZO u nedavno provedenoj studiji o prevalenciji depresivnih poremećaja, oko 5% ispitanika navodi da su tijekom godine dana bili suočeni sa nekim oblikom depresivnog poremećaja (8).

Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da oko 151 milijun ljudi u svijetu pati od depresije, a oko 844.000 ljudi godišnje počinu samoubojstvo (1). Broj osoba s depresivnim poremećajem kontinuirano raste u svim razvijenim zemljama svijeta. U zemljama s niskim dohotkom, depresija predstavlja veliki problem gotovo kao i malarija (3,2% u odnosu na 4,0% od ukupnog opterećenja bolesti). Na žalost sredstva

uložena u spriječavanje i liječenje depresije su neznatna u odnosu na sredstva koja se izdvajaju za kontrolu malarije. Podaci iz epidemioloških istraživanja navode da tijekom života između 10 - 20 posto pučanstva razvijenih zemalja pati od nekog oblika depresivnog poremećaja, dok oko 3-4% ukupne populacije pati od težeg oblika depresije. Depresija je znatno češća kod žena u odnosu na muškarce (3).

Prema analizi statističkih pokazatelja o prevalenciji mentalnih poremećaja zabilježeno je da je u zemljama EU, Islandu, Norveškoj i Švicarskoj čak 27 % odrasle populacije (u dobi od 18-65 godina) doživjelo barem jedan od mentalnih poremećaja u posljednjih godinu dana (zlouporaba droga, psihoza, depresija, anksioznost, poremećaji hranjenja). Spomenuti rezultati predstavljaju iznimno veliki javnozdravstveni problem koji je pogodio oko 83 milijuna stanovnika s time da autori navode da su procjene podcijenjene jer istraživanje nije obuhvatilo dobnu skupinu iznad 65 godina starosti za koju se zna da je izložena povećanom riziku (9).

Depresija je visoko na listi deset vodećih uzroka izgubljenih godina života zbog invaliditeta (DALY) kako globalno tako i u europskoj regiji (tablica 1 i 2, slika 1 i 2).

Tablica 1.

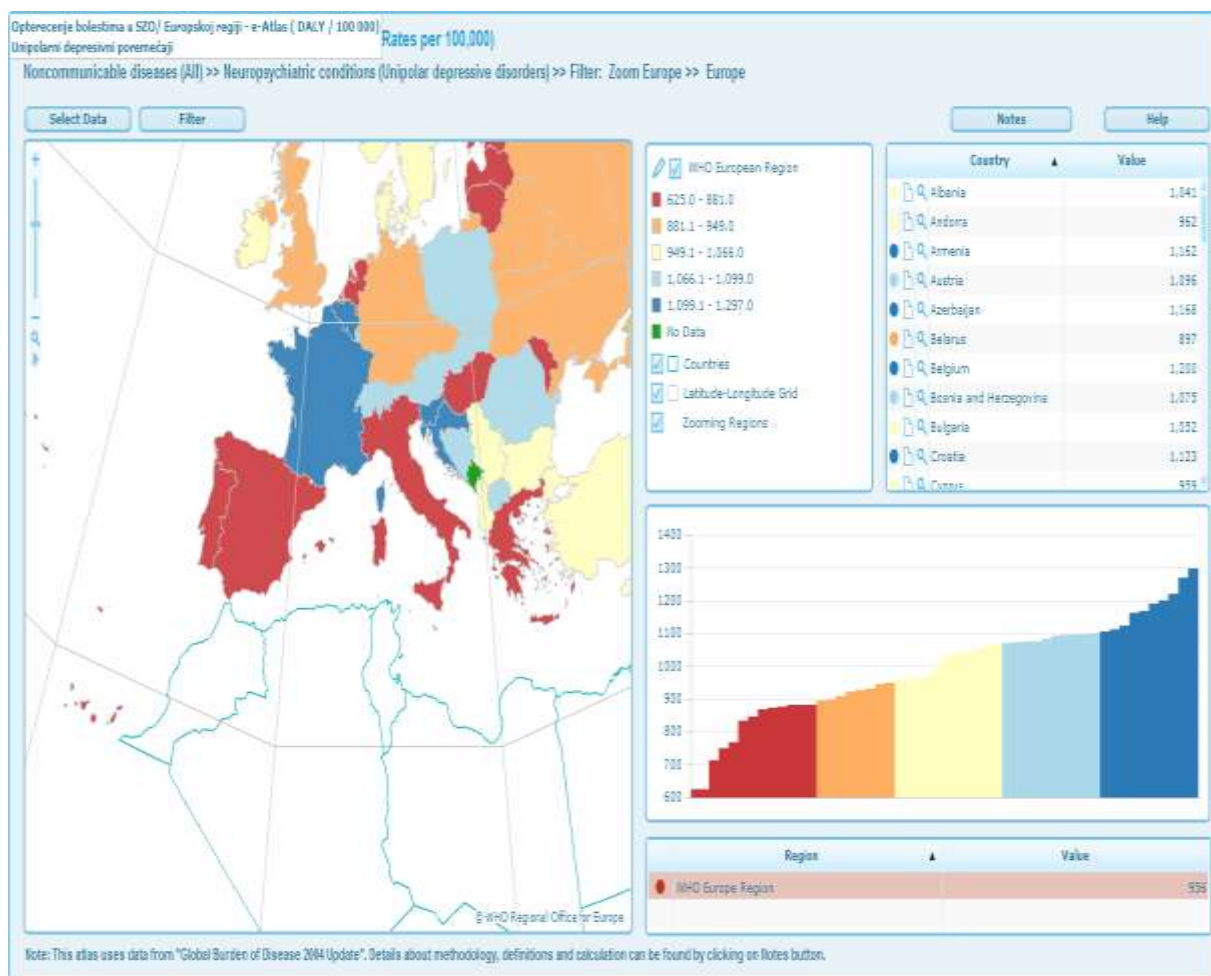
DALY zbog unipolarnog depresivnog poremećaja u svijetu po SZO regijama.
Prema: (10).

Unipolarni depresivni poremećaj	svijet		AFRO	PAHO	Jl. AZIJA	EURO	ISTOČNI MEDITERAN	ZAPADNI PACIFIK
	2011. g	DALYs (000s)	75,002	8,529	11,076	18,486	11,848	8,782
	% TOTAL	2.7	1.3	4.1	2.4	3.8	3.6	3.4
2000. g	DALYs (000s)	63,965	6,699	9,294	15,498	11,625	6,484	14,366
	% TOTAL	2.2	0.9	3.6	1.9	3.5	2.8	2.9

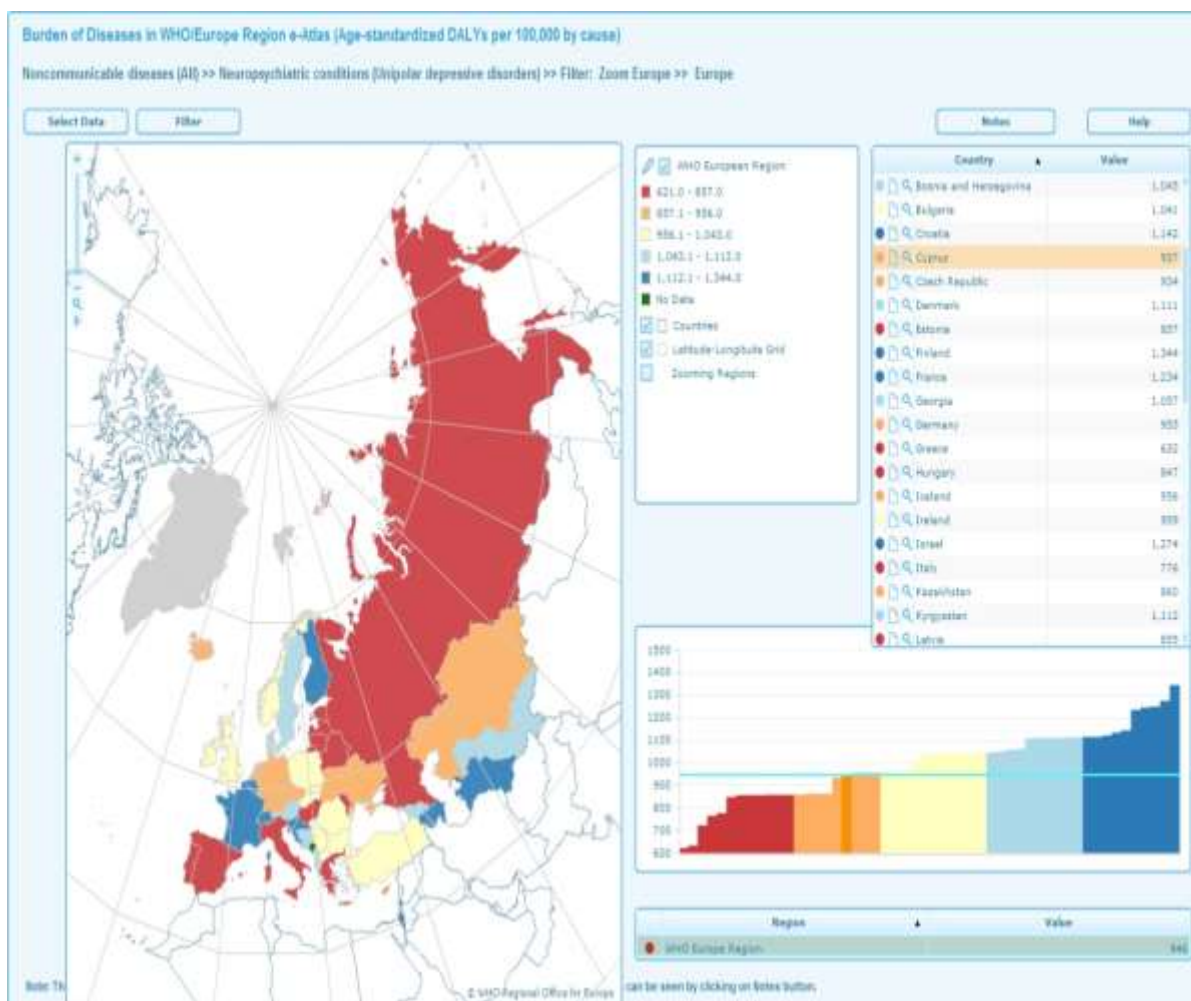
Tablica 2.

20 vodećih uzroka DALY u svijetu. Prema: (10).

2011				2000			
Rang	Uzrok	% DALY	DALYs / 100,000 stanovnika	Rang	Cause	% DALY	DALYs / 100,000 stanovnika
1	Respiratorne infekcije donjeg dijela resp. trakta	6.0	2375	1	Respiratorne infekcije donjeg dijela resp. trakta	7.4	3504
2	Ishemijska bolest srca	5.8	2301	2	Diarealno oboljenje	6.1	2851
3	CVI	4.9	1951	3	Ishemijska bolest srca	5.0	2342
4	Diarealno oboljenje	4.3	1712	4	Komplikacije uz prerani porod	4.6	2144
5	Komplikacije uz prerani porod	4.0	1595	5	CVI	4.4	2083
6	HIV/AIDS	3.5	1372	6	HIV/AIDS	3.4	1610
7	KOPB	3.3	1291	7	Porodajna asfiksija I porodajna trauma	3.3	1548
8	Saobraćajne nesreće	2.9	1136	8	KOPB	3.1	1475
9	Porodajna asfiksija I porodajna trauma	2.8	1127	9	Malaria	2.6	1201
10	Unipolarni depresivni poremećaji	2.7	1081	10	Saobraćajne nesreće	2.4	1114
11	Kongenitalne anomalije	2.1	832	11	Unipolarni depresivni poremećaji	2.2	1050



Slika 1. Opterećenje bolestima u Evropskoj regiji SZO za unipolarni depresivni poremećaj – DALY /100 000. Prema: (10)



Slika 2. Dobno standardizirana stopa za za unipolarni depresivni poremećaj - DALY na 100 000 stanovnika. Prema : (10).

Prema projekcijama SZO za očekivati je da će depresija zauzeti visoko treće mjesto na rang listi uzroka DALY-a do 2030. Učestalost oboljevanja od depresije u muškoj populaciji je niža nego li u žena i tijekom života iznosi 7% do 12% u muškoj populaciji dok je kod žena postotak nešto veći i iznosi između 20-25% (tablica 3).

Tablica 3.

Incidencija unipolarnog depresivnog poremećaj po dobi u europskoj regiji SZO.
Prema: (11).

dob	m		z	
	2011	2000	2011	2000
	4.308,170	4.206,122	7.539,999	7.418,640
0-27 dana	-	-	-	-
1-59 mjeseci	157	157	250	247
5-14 god	280,348	356,925	438,112	558,906
15-29 god	1.001,489	1.034,410	1.548,997	1.626,268
30-49 god	1.578,384	1.590,088	2.574,678	2.622,132
50-69 god	1.116,203	960,700	2.061,724	1.807,821
70+	331,590	263,843	916,238	803,264

Pouzdan razlog nije potvrđen ali je poznato da se povećana sklonost depresiji naročito javlja u periodima poput perimenopauze i menopauze te tijekom menstrualnog ciklusa (PMS). Poznata je i pojava postpartalne depresije koja se javlja kod jedne do dvije od deset žena nakon poroda.

Neuropsihijatrijski poremećaji su drugi uzrok (19%) DALY u Europi, a samo unipolarni depresivni poremećaji – treći na rang listi uzrokuju 5,6% od svih izgubljenih godina života zbog disabiliteta (tablica 4).

Tablica. 4.

10 vodećih uzroka DALY u Europskoj regiji. Prema: (10).

2011			2000		
Rang	uzrok	% DALY	Rang	uzrok	% DALY
1	Ishemijska bolest srca	14,3	1	Ishemijska bolest srca	14,8
2	Inzult	7,4	2	Inzult	8,2
3	Unipolarni depresivni poremećaj	3,8	3	Unipolarni depresivni poremećaj	3,5
4	Bol u leđima i	3,3	4	Ca bronha i pluća	2,9

	vratnoj kralježnici				
5	Ca bronha i pluća	3,2	5	Bol u leđima i vratnoj kralježnici	2,9
6	KOBP	2,5	6	Saobraćajne nesreće	2,7
7	Padovi	2,4	7	KOBP	2,6
8	Saobraćajne nesreće	2,3	8	Respiratorne infekcije (donjeg dijela respiratornog trakta)	2,3
9	Diabetes melitus	2,2	9	Samoozljeđivanje	2,3
10	Ciroza jetre	2,2	10	Padovi	2,0

Mentalni poremećaji predstavljaju vodeći javnozdravstveni izazov na području kroničnih nzaraznih bolesti u europskoj regije te predstavljaju vodeći uzrok života sa disabilitetom (YLD) - 39,7% . Unipolarni depresivni poremećaj na koji otpada 13,4% svih YLD pak zauzima prvo mjesto na rang listi kroničnih stanja u eurpskoj regiji.

Samoubojstva

Prema posljednjim dostupnim podacima u Europskoj regiji preko 123 000 ljudi počini samoubojstvo svake godine, od čega su gotovo 80 % muškaraci.

Prosječna stopa prevalencije suicida u Europi iznosi 13,9 na 100.000, s najvišim stopama u zemljama bivšeg Sovjetskog saveza (CIS – Commonwealth of independent states - 21,4 po 100.000), a zatim slijede nove članice EU (u prosjeku 13,8 na 100.000) (1).

U EU prosječna stopa iznosi 10,1 na 100 000 stanovnika, ali zapažene su velike razlike između zemalja EU (30,7 na 100 000 stanovnika u Litvi , 21,5 na 100 000 u Mađarskoj, 18,5 na 100 000 u Finskoj i 18,4 na 100 000 u Sloveniji) .

U muškoj populaciji na prostoru čitave europske regije bilježi se gotovo pet puta veća vjerojatnost da počine samoubojstvo nego li žene (prosjek od 23,8 na 100 000 muškaraca u odnosu na 5,2 na 100 000 žena).

Nadalje, najviše stope samoubojstava bilježe se kod osoba starijih od 65 godina (21,9 na 100 000 stanovnika) i 45-59 (21.5 na 100 000 stanovnika) što je oko 1,5 viša stopa od europskog prosjeka .

U Hrvatskoj je 1985. stopa suicida iznosila 21,5, a 1990. godine 23,9. Od 1999. godine bilježi se trend pada stope suicida. 1995. godine stopa je iznosila je 19,4, dok je 2012. 18,1. Omjer samoubojstava s obzirom na spol kretao se u rasponu od 2,2 do 3,6:1 muškaraca prema ženama (tablica 5 i 6).

Tablica 5.

Standardizirana stopa smrtnosti od suicida i samoozljeđivanja na 100 000, muškarci. Prema: (12).

zemlje	2005	2008	2009	2010
010 Hrvatska	27.77	25.73	26	24.28
054 Europska regija	25.97	22.84	23	21.8
055 EU	17.54	16.49	16.98	16.79
056 EU članice prije svibnja 2004	14.88	14.26	14.39	14.29
057 EU članice poslije svibnja 2004	27.15	24.71	26.56	26.04
058 CIS	42.32	35.51	35.04	32
060 Eur-A	15.38	14.59	14.79	14.66
061 Eur-B+C	37.76	32.29	32.45	30.06

Tablica 6.

Standardizirana stopa smrtnosti od suicida i samoozljeđivanja na 100 000, žene. Prema: (12).

zemlje	2005	2008	2009	2010
010 Hrvatska	7.9	6.18	5.49	6.52
054 Europska regija	5.52	5.11	4.97	4.75
055 EU	4.89	4.42	4.38	4.36
056 EU članice prije svibnja 2004	4.8	4.37	4.32	4.32
057 EU članice poslije svibnja 2004	5.23	4.6	4.61	4.53
058 CIS	6.61	6.33	6.06	5.5
060 Eur-A	4.92	4.45	4.36	4.36
061 Eur-B+C	6.17	5.84	5.65	5.17

Odrednice mentalnog zdravlja

Depresija se može promatrati kao rezultat kompleksih interakcija čimbenika koji utječu na razinu mentalnog zdravlja a mogu se svrstati u socijalne, psihološke i biološke čimbenike. Socijalni čimbenici poput socijalne isključenost, stigmatizacije, odbacivanja od strane vršnjaka, siromaštvo i niski stupnj obrazovanja, također utjecaj stresa i brzih društvenih promjena, nezaposlenost, nezdravi stilovi života dovode do povećanja stresa i znatno doprinose razvoju depresije. Psihološki čimbenici poput povećanog rizika od nasilja i nisko samopoštovanje negativno utječu na mentalno zdravlje ljudi te ih čine još podložnijim mentalnim poremećajima. (13).

Nadalje, smatra se da su uvjeti života kod žena, odnosno pomanjkanje društvene potpore, jedni od vodećih čimbenika rizika za razvoj depresije u ženskoj populaciji u odnosu na muškarace.

Primjer utjecaja bioloških čimbenika na razvoj depresije je postpartalna depresija.

Nadalje, postoji interakcija i utjecaj između depresije i somatskog zdravlja. Primjer koji potvrđuje međusobni odnos depresije i zdravlja su kardiovaskularne bolesti koje mogu dovesti do depresije. Obrnuta situacija također je moguća. Osobe koje pate od kroničnih bolesti, uključujući kronične nezarazne bolesti i invaliditet, imaju veći rizik za razvoj depresije u usporedbi s ostalom populacijom.

Provođenje preventivnih programa pokazalo se učinkovitim načinom smanjenja pojavnosti depresije. Neki od dobrih primjera prakse su školski programi prevencije zlostavljanja djece, programi intervencije za roditelje djece s problemima u ponašanju, programi vježbanja za starije osobe itd.

Vulnerabilne skupine

Neke skupine su osjetljivije od drugih, a njihova ranjivost uvelike ovisi o uvjetima u kojem žive što podrazumjeva njihov društveni i ekonomski status, podršku zajednice i okruženje u kojem se nalaze. Brojne društvene prilike i pojave poput stigme i diskriminacije, nasilja i zlostavljanja, ograničenih mogućnosti u ostvarivanju zdravstvene i socijalne zaštite, niska razina obrazovanja, izoliranost, ograničena

građanska prava, ekonomska nesigurnost, nezaposlenost, prisutnost disabiliteta itd. dovode do marginalizacije i povećavaju rizik za razvoj depresivnih poremećaja.

Jedna od vulnerabilnih skupina su samci koji imaju čak do 80% veći rizik za razvoj depresije u usporedbi s ljudima koji žive u obiteljima. Istraživanjem koje je provedeno u Finskoj, istraživači su utvrdili da su samci koristili i do 80% više antidepresiva u usporedbi s ljudima koji su živjeli u obiteljskom okruženju te su u obitelji imali emotivnu potporu, osjećaj povjerenja i socijalne sigurnosti (14).

Ekonomska kriza koja je započela u 2007 predstavlja dodatni izazov jer je u porastu siromaštvo, nezaposlenost, deprivacija i društvena nejednakost. Jedna od posljedica krize je i smanjenje javne potrošnje što ima implikacije na smanjenje sredstava u sektoru zdravstva i socijalne skrbi te nameće dodatnu štednju.

Unipolarni poremećaj se javlja otprilike dvostruko češće u žena nego li u muškaraca. Ranije se veća sklonost žena depresiji objašnjavala u odnosu na njihov položaj i ulogu žena u društvu dok se danas sve više promatra sklonost žena depresivnim poremećajima u kontekstu njihovih bioloških karakteristika.

Stigma

Stigma predstavlja vodeći problem i obstrukciju zbog kojeg se veliki broj osoba koje pate od depresivnih poremećaja ne javljaju liječniku, niječu probleme i ne traže stručnu pomoć.

„Postoji vrlo učinkovito liječenje depresije. Nažalost, manje od polovice ljudi koji pate od depresije će zatražiti zdravstvenu pomoć koja im je potrebna. Zapravo u mnogim zemljama to je manje od 10%“, navodi dr. Shekhar Saxena, direktor Odjela za mentalno zdravlje i ovisnost o drogama SZO. „Povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite svima kojima je potrebna predstavlja cilj zbog kojeg SZO pruža podršku zemljama u borbi protiv stigme.“ U nekim sredinama vlada mišljenje da su depresivne osobe lijene i neinteligentne, nesposobne za donošenje razumnih odluka pa čak i da su agresivne. Rezultati istraživanja provedenih u Australiji, Brazilu, Engleskoj, Hrvatskoj, Kanadi, Maleziji, Španjolskoj i Turskoj ukazuju na to da postoje predrasude,

neznanje i diskriminacija prema osobama koje boluju od psihičkih poremećaja i to kako u općoj populaciji tako i među zdravstvenim radnicima (15).

Postoje brojni primjeri stigmatiziranja i predrasuda u svijetu, a ovdje je spomenuto samo nekoliko:

- Lancet je objavio izvješće o predrasudama u Afganistanu, gdje među zaostalom populacijom vlada uvjerenje kako su duševne bolesti posljedica opsjednutosti ili vraćanja. U težim slučajevima „terapija“ se provodi u tradicionalnim centrima za liječenje, a tretman se sastoji od vezanja lancima i izgladnjivanju kroz 40 dana uz osiguranje minimalne količine vode i hrane te bez sanitarnih uvjeta.
- U Omanu studenti medicine kao i opća populacija dijele mišljenje da osobe s mentalnim poremećajima treba izolirati u institucijama izdvojenim iz zajednice.
- U Turskoj prevladava mišljenje da su depresivne osobe opasne. Više od polovine anketiranih ispitanika izjavilo je da se nebi vjenčalo sa depresivnom osobom te da im nebi iznajmili stan, četvrtina ispitanika smatra da depresivnim osobama treba ograničiti slobodno kretanje u zajednici.
- Na Tajlandu je uvrijeđeno mišljenje da osobe koje pate od mentalnih poremećaja imaju lošu „karmu“.
- U Bangladešu su pak postavili uvjete za dobivanje razvojne pomoći namjenjene vrlo siromašnim domaćinstvima i domaćinstvima koje vode žene. Jedan od uvjeta je bio „mentalno i tjelesno zdravlje“.

Depresivni poremećaji i zdravstvena zaštita

Zaštita mentalnog zdravlja provodi se kroz djelatnost primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite.

Za liječenje lakših i umjereno teških slučajeva depresije stoje nam na raspolaganju metode psihosocijalne podrške u kombinaciji s antidepresivnim lijekovima ili

psihoterapijom (kognitivno bihevioralnom terapijom, problem solving tehnike). Psihosocijalni programi su se pokazali učinkovitim u zbrinjavanju blažih oblika depresije, a ekonomske analize pokazale su da je primjena generičkih antidepresiva uz kratku psihoterapiju cost-effective metoda izbora u tretiranju depresivnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U slučajevima umjerene ili teže depresije potrebno je primijeniti specijalističko liječenje uz medikamentoznu terapiju i primjenu psihoterapije često i u bolničkim uvjetima. U Tablici 7 prikazane su vodeće skupine bolesti po bolno-opskrbnim danima u Hrvatskoj 2012. godine.

Tablica 7.

Vodeće skupine bolesti po bolno-opskrbnim danima u Hrvatskoj 2012. Prema: (16).

Dijagnoza	%
Ostalo	35,4%
Mentalni poremećaji	22,9%
Cirkulacijski sustav	13,8%
Novotvorine	13,6%
Probavni sustav	7,0%
Ozljede, otrovanja idruga posljedice vanjskih uzroka	6,4%

Iako postoji niz stručnih smjernica za liječenje depresivnih poremećaja, još uvijek postoje značajne razlike u zbrinjavanju osoba koje boluju od depresivnih poremećaja. U tablici 8 prikazan je udio vodećih dijagnoza u hospitalizacijama tijekom 2008 i 2012 u Republici Hrvatskoj. Iz podataka se može zaključiti da depresivni poremećaji postaju sve zastupljeniji u bolničkom liječenju.

Tablica 8.

Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama u skupini duševnih poremećaja (šifre F00-F99) u Republici Hrvatskoj. Prema: (16).

2008. godine		2012. godine	
Ostali duševni poremećaji uzrokovani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću	5,1%	Ostali duševni poremećaji uzrokovani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću	6,9%
Depresivni poremećaji	11,9%	Reakcije na teški stres i PTSP	8%
Reakcije na teški stres i PTSP	12,5%	Depresivni poremećaji	13,2%
Shizofrenija	15,1%	Shizofrenija	14,9%
Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom	21,7%	Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom	19,6%
Ostalo	33,8%	Ostalo	37,3%

U različitim zemljama europske regije pristup je različit što se očituje u broju hospitalizacija, dužini boravka u bolnicama, broju psihijatrijskih kreveta, zdravstvenog osoblja itd. (Tablica 9, slike 3, 4, 5, 6).

Stope hospitalizacija na 100 000 stanovnika variraju od 1301 u Rumunjskoj i 1.240 u Njemačkoj do 87 u Albaniji. Prosječna stopa hospitalizacija u europskoj regiji je 568 na 100 000 stanovnika.

Tablica 9.

Usporedba stope i udjela hospitalizacija te prosječne dužine boravka za F32 i F33 za oba spola i sve dobne skupine u nekim zemljama. Prema: (11).

Zemlja	God	Bolnički prijemi / 1000 stanovnika	% svih bolničkih prijema	Prosjek dužine boravka, dani	Broj otpusta	Dobno-stand. stopa hosp. / 1000 stanovnika
Hrvatska	2012	1.1543	0.7612	27.7609	5 082	1.0466
Cipar	2011	0.0023	0.0029	3	2	0.0022
Danska	2006	0.1277	0.0733	7.5576	694	0.0999
Finska	2011	1.9335	1.0737	24.3464	10418	1.8163
Island	2009	1.6163	1.1464	12.2461	516	1.5532
Latva	2011	0.4301	0.2661	27.8006	963	0.3936

Zemlja	God	Bolnički prijemi / 1000 stanovnika	% svih bolničkih prijema	Prosjek dužine boravka, dani	Broj otpusta	Dobno-stand. stopa hosp. / 1000 stanovnika
Litva	2011	1.5821	0.6829	27.0904	5200	1.4771
Luxemburg	2011	2.012	1.3582	18.0245	1020	1.8311
Malta	2011	0.9647	0.7028	48.4065	401	0.9016
Poljska	2011	0.4409	0.2730	41.6064	16986	0.4043
Slovačka	2011	0.7986	0.4374	28.3258	4337	0.7476
Slovenija	2011	0.5958	0.3409	46.4201	1221	0.5206
Švicarska	2011	2.363	1.3775	35.1766	18490	2.1167
UK	2011	0.3141	0.2322	39.6309	19558	0.2768

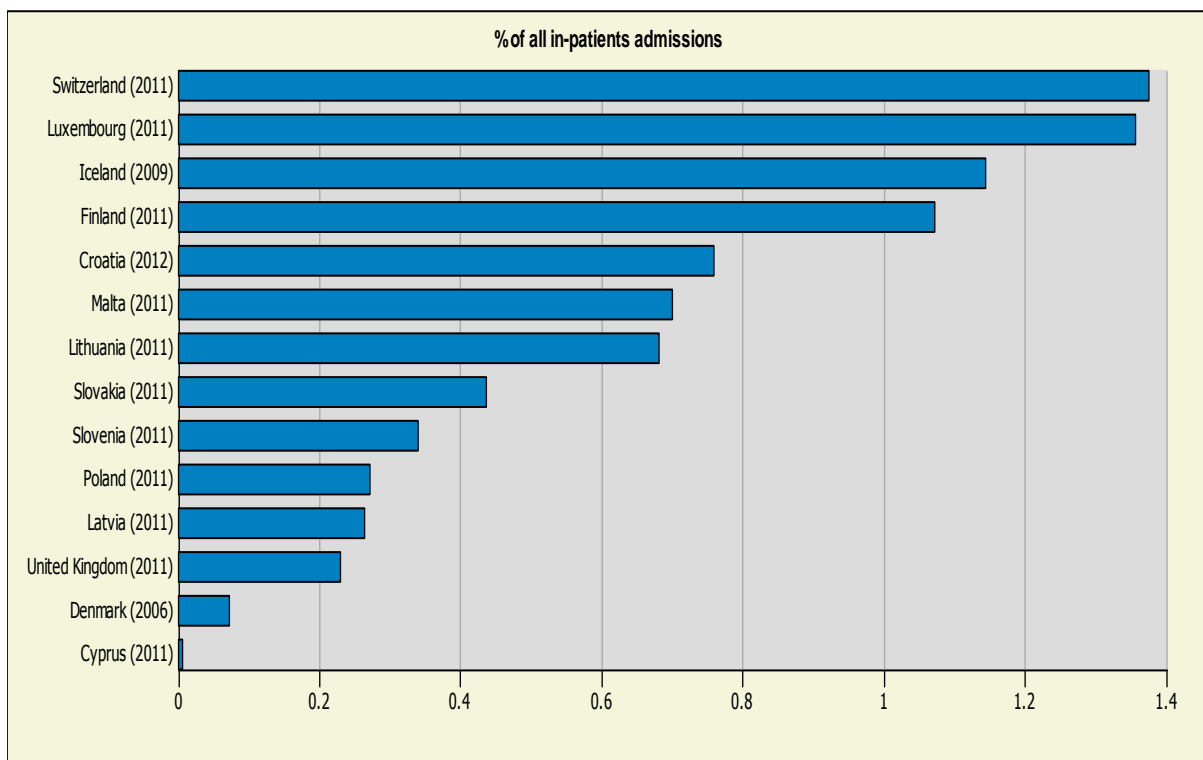
Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Age: All ages

Sex: Both



Slika 3. Usporedba udjela hospitalizacija za F32 i F33 za oba spola i sve dobne skupine u nekim zemljama. Prema: (11).

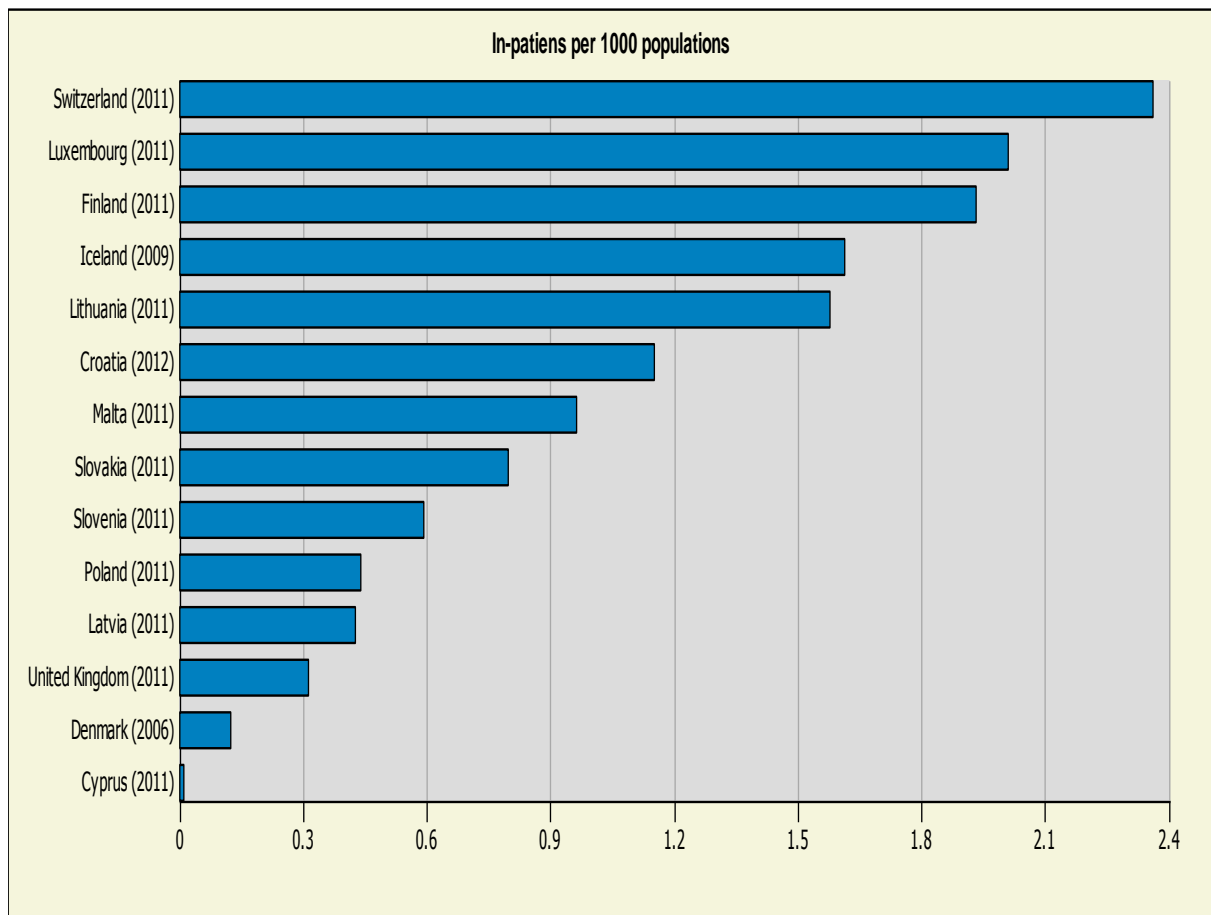
Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Age: All ages

Sex: Both



Slika 4. Usporedba stope hospitalizacije na 1000 stanovnika za F32 i F33 za oba spola i sve dobne skupine u nekim zemljama. Prema: (11).

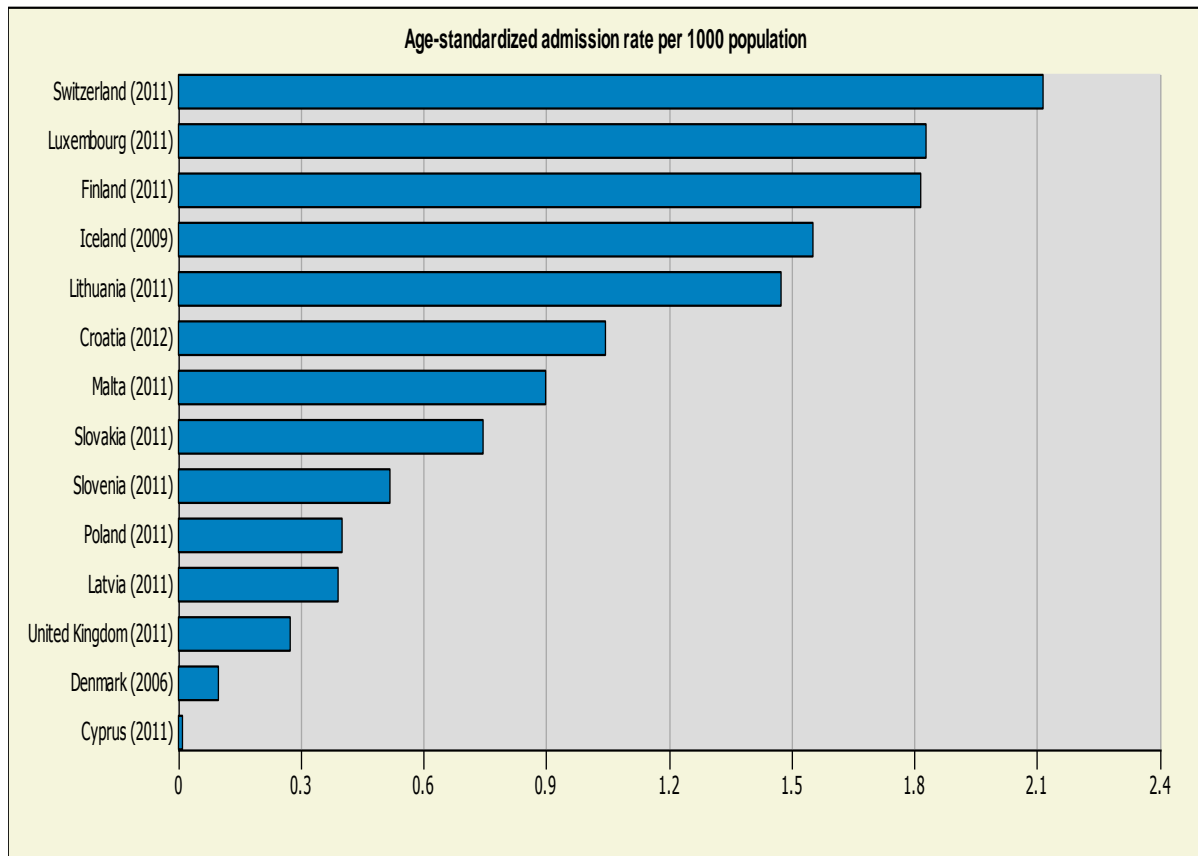
Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Age: All ages

Sex: Both



Slika 5. Usporedba dobnostandardizirane stope hospitalizacije na 1000 stanovnika za F32 i F33 za oba spola u nekim zemljama. Prema:(11).

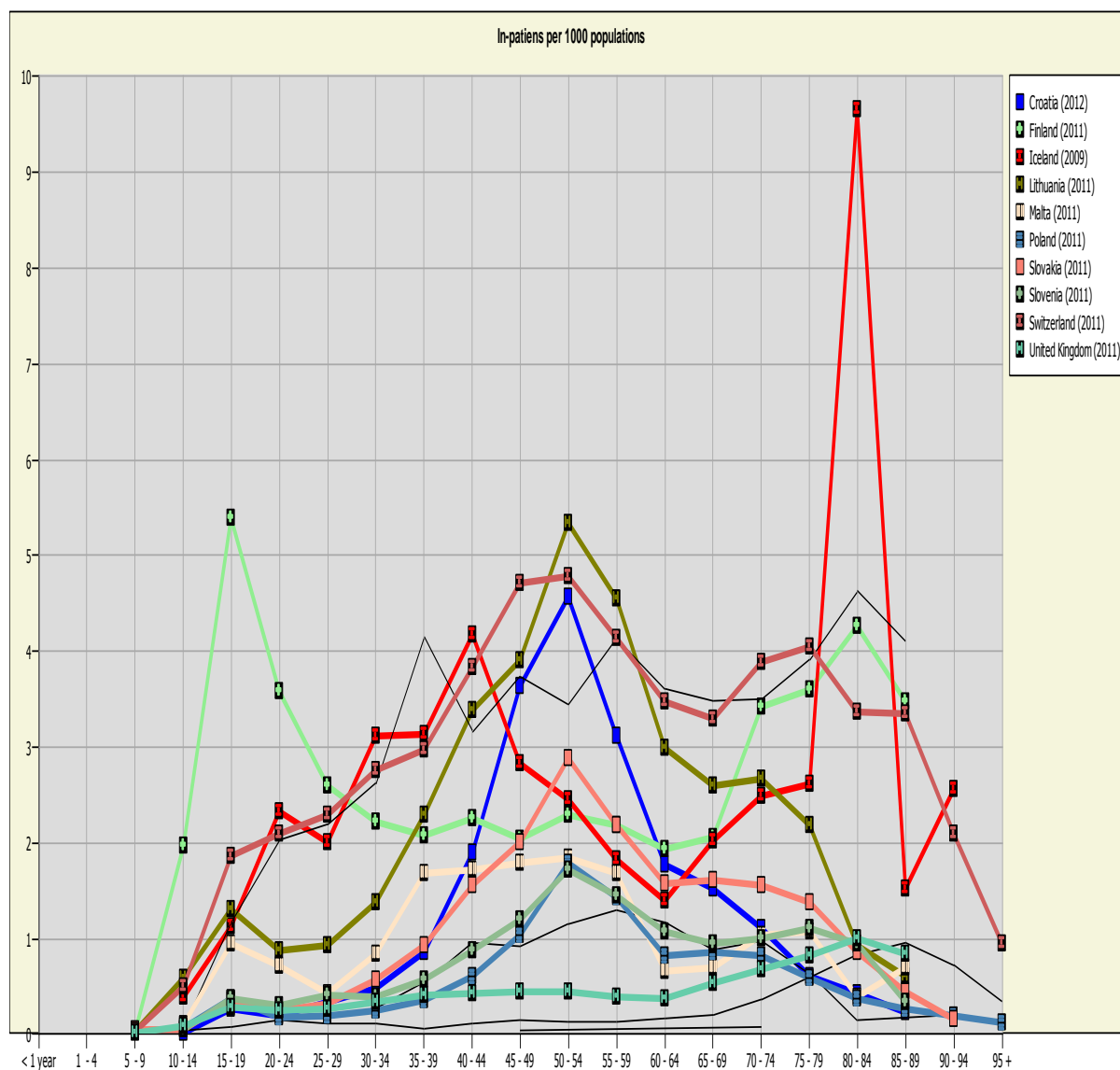
Distribution of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases by age

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Sex: Female

Variable: In-patients per 1000 populations



Slika 6. Usporedba stope hospitalizacije na 1000 stanovnika za F32 i F33 za žene po dobnim skupinama u nekim zemljama. Prema: (11).

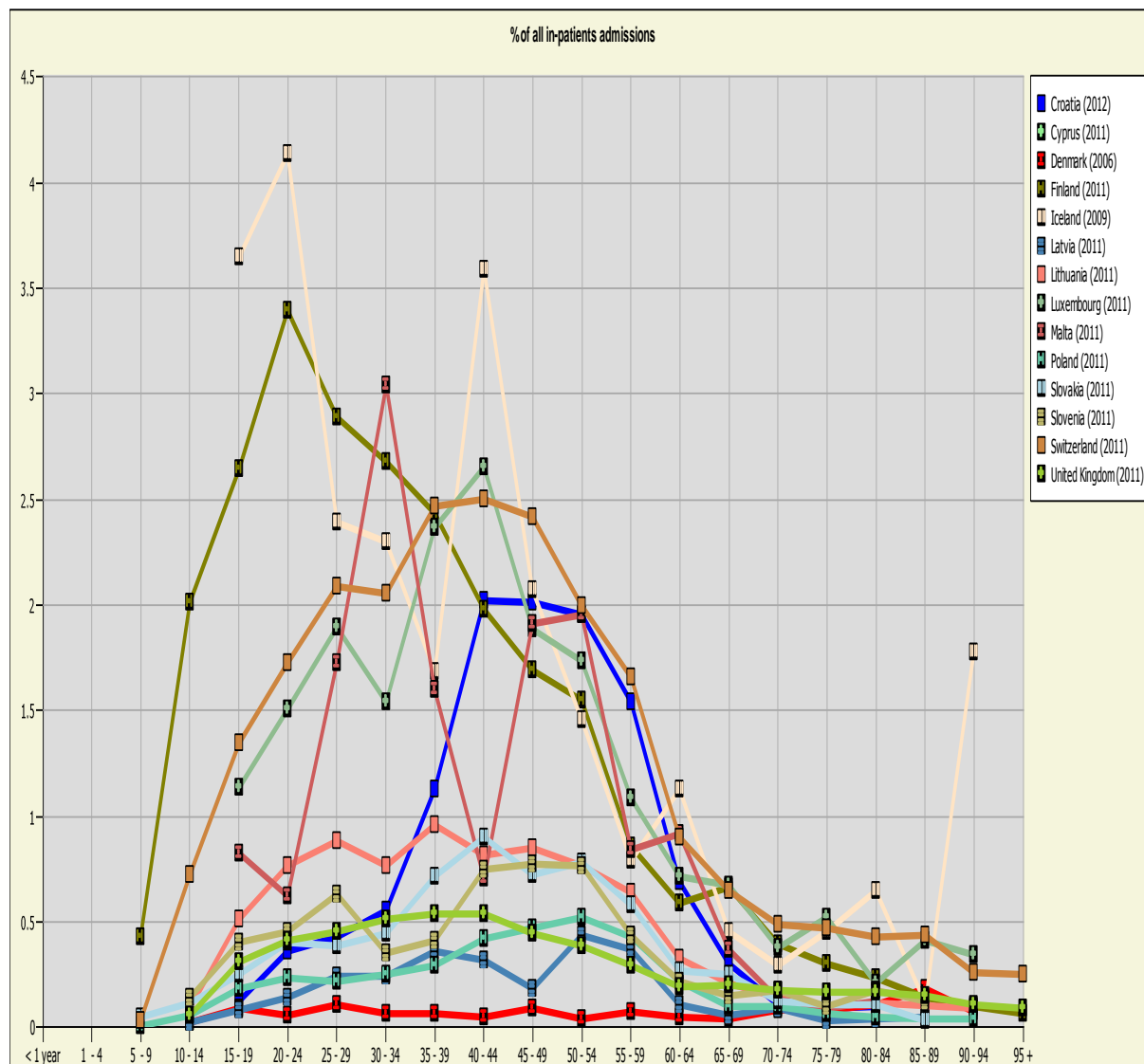
Distribution of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases by age

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Sex: Male

Variable: % of all in-patients admissions



Slika 7. Usporedba stope hospitalizacije na 1000 stanovnika za F32 i F33 za muškarce po dobnim skupinama u nekim zemljama. Prema: (11).

Bilježi se i veliki raspon stopa psihijatrijskih kreveta na 100 000 stanovnika koja se kreće od 185 na Malti do 8 u Italiji, srednja vrijednost iznosi 72.

Također postoje i značajne razlike u trajanju hospitalizacije među pojedinim državama te po spolu hospitaliziranih osoba (slike 8,9,10).

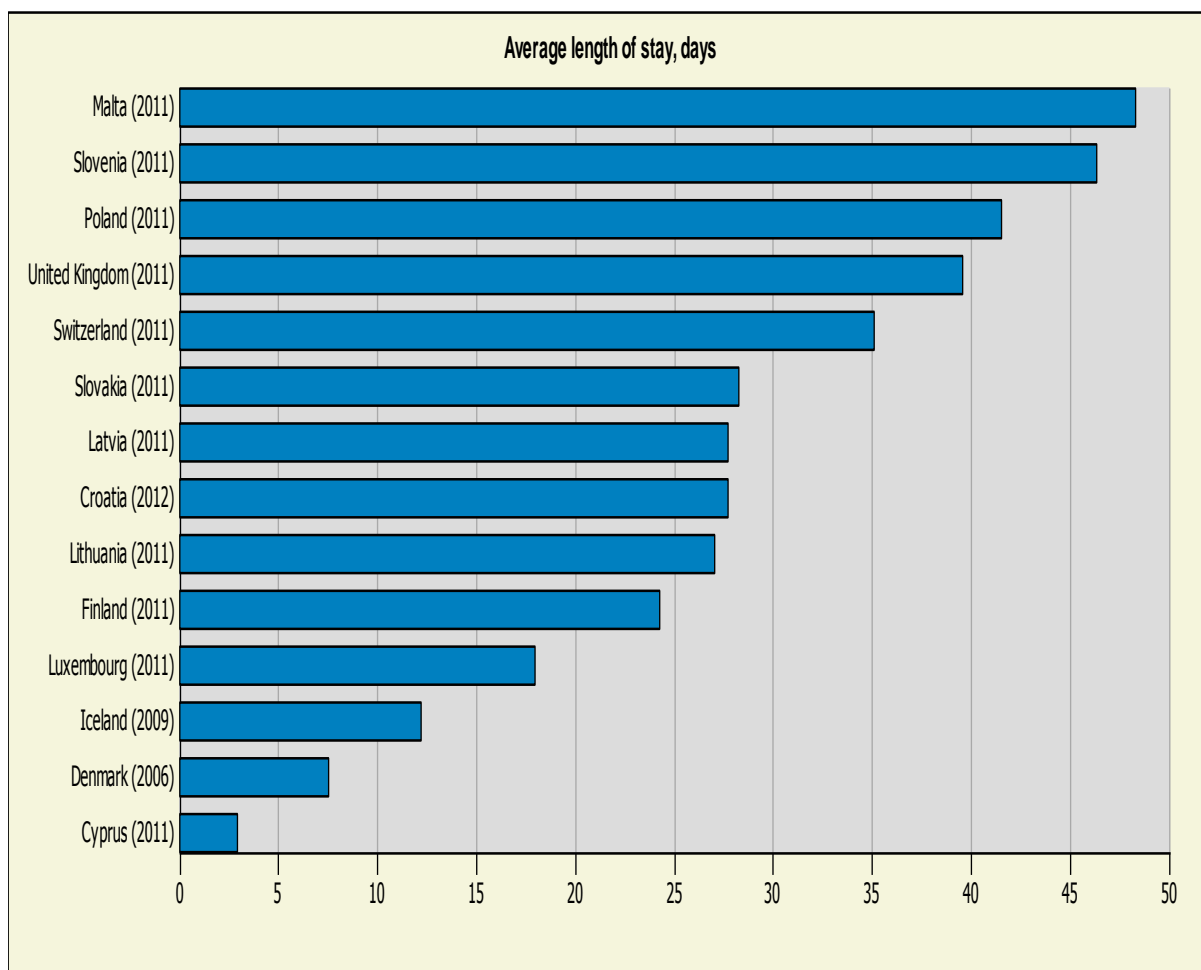
Inter-country comparison of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Age: All ages

Sex: Both



Slika 8. Usporedba prosječne dužine hospitalizacije u danima za F32 i F33 za oba spola i sve dobne skupine u nekim zemljama. Prema: (11).

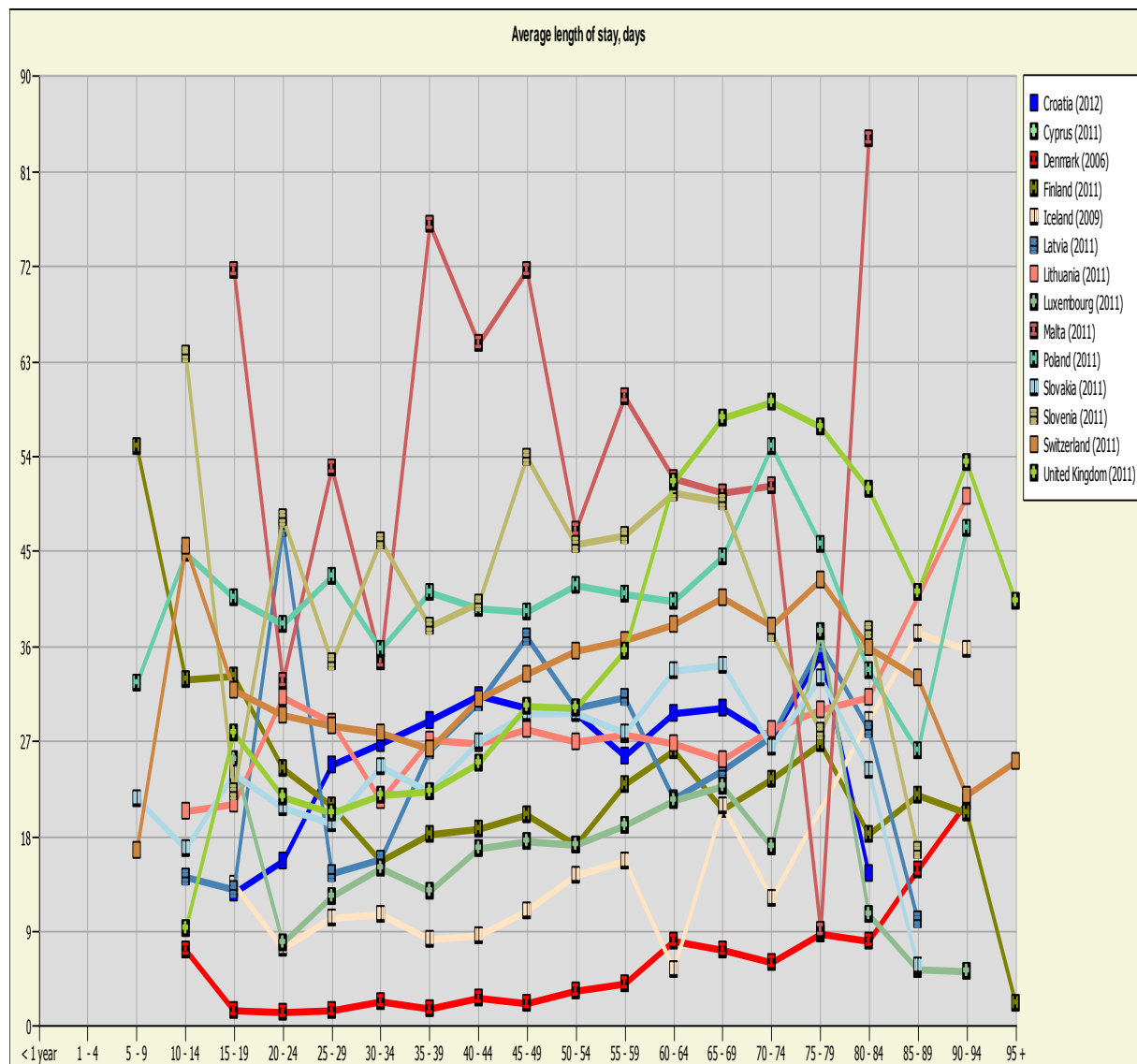
Distribution of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases by age

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Sex: Male

Variable: Average length of stay, days



Slika 9. Usporedba prosječne dužine hospitalizacije u danima za F32 i F33 za muškarce - sve dobne skupine u nekim zemljama. Prema: (11).

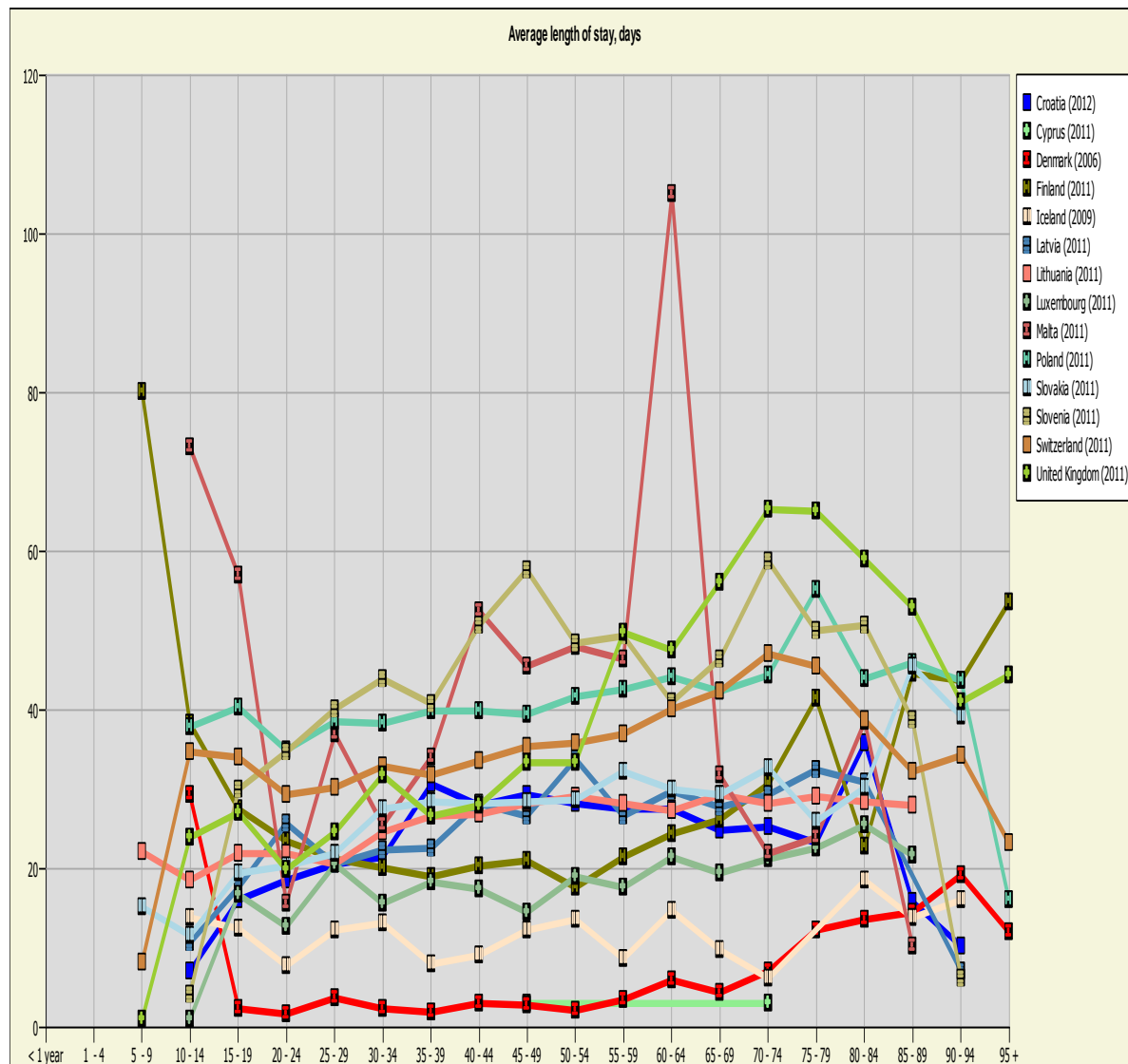
Distribution of hospital in-patient admission rates, average length of stay and day-cases by age

Main diagnosis:

ICD codes: ICD10: F32 - F33

Sex: Female

Variable: Average length of stay, days



Slika 10. Usporedba prosječne dužine hospitalizacije u danima za F32 i F33 za žene - sve dobne skupine u nekim zemljama. Prema : (11).

Stopa vanbolničkih posjeta u ambulancama na 100 000 stanovnika varira od 28 200 u Slovačkoj i 26 077 u Finskoj prema 1.083 u Albaniji i 1066 u Velikoj Britaniji (Škotska). Prosječni broj posjeta iznosi 6596 (9).

Također postoje velike razlike i u broju zdravstvenog osoblja, broj psihijatar na 100 000 stanovnika je u rasponu od 30 na 100 000 u Švicarskoj i 26 u Finskoj do 3 u Albaniji i jedan u Turskoj (prosječan broj psihijatar na 100 000 stanovnika u 41 zemlji koja je osigurala podatke iznosi 9) (9).

Srednje vrijednosti stopa psihijatar na 100 000 stanovnika u različitim dijelovima europske regije SZO su:

- EU15 - 12,9
- nove članice EU od 2004 do 8,9
- zemlje u jugoistočnoj Europi - 8
- CIS zemlje - 5.6.

Stopa medicinskih sestara koje rade u zaštiti mentalnog zdravlja također znatno varira od 163 u Finskoj te svega tri u Grčkoj. Srednja vrijednost stopa medicinskih sestara po 100 000 stanovnika je 21,7 (9).

Prevenција depresije je područje koje zaslužuje posebnu pažnju. Učinkoviti programi na razini zajednice pokazali su dobre rezultate u smanjenju čimbenika rizika za razvoj depresije kao i podizanje obrambenih mehanizama prema mogućim štetnim utjecajima.

Zaključak

Depresija je jedan od vodećih javnozdravstvenih izazova u svijetu, jedan je od vodećih uzroka globalnog opterećenja bolestima, a zbog smanjenja funkcionalne sposobnosti nalazi se visoko na rang listi uzroka DALY. Zapaža se kontinuirani porast učestalosti depresivnih poremećaja, pogađa cijelu zajednicu, dovodi do povišenja mortaliteta jer predstavlja uzrok smrti za gotovo milijun ljudi koji godišnje počine suicid. Osim što predstavlja zdravstveni problem pojedinca, depresija često predstavlja problem i obitelji i drugim bliskim osobama, a predstavlja i golemi društveni trošak.

U skladu sa SZO - Europskim akcijskim planom za mentalno zdravlje (2013.), potrebno je promovirati zdravlje u zajednici, educirati zdravstvene djelatnike i druge stručnjake u prepoznavanju simptoma i liječenju (17).

Potrebnu pažnju treba usmjeriti na socijalno ekonomski deprivirane pojedince i vulnerabilne skupine te djelovati u zajednici sa ciljem podizanja svijesti i borbe protiv stigmatiziranja osoba oboljelih od mentalnih bolesti.

Zahvale

Iskreno zahvaljujem svom mentoru Prof. dr. sc. Nevenu Henigsbergu na podršci, savjetima i strpljenju te svekolikoj pomoći u izradi ovog diplomskog rada. Njegova energija i optimizam bio je neiscrpan što je uvelike poticajno djelovalo i na moj odnos prema izradi rada.

Hvala i mojoj dragoj baki koja je uporno osiguravala svekoliku logistiku tijekom mog studija.

Literatura

1. Fact sheets. WHO Regional Office for Europe (2012).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. Nutt DJ. Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69 Suppl E1:4–7. PMID 18494537.
3. Vlasta Hrabak-Žerjavić, Maja Silobrčić Radić¹, Vera Folnegović-Šmalc, Ninoslav Mimica. *MEDICUS* 2004. Vol. 13, No. 1, 11 – 17.
4. Depression. National Institute of Mental Health (NIMH);2008.
<http://web.archive.org/web/20110606040559/http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/nimhdepression.pdf>
5. World Health Organization's *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). <http://en.wikipedia.org/wiki/ICD>
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Revised*. Text revision. Psychiatric Press, Inc., Washington, DC: 2000.
7. ICD-10, WHO Geneva.
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2005/fr-icd.htm?gf30.htm>
8. Depression-a Global Public Health Concern. WHO Regional Office for Europe, 2012 .
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1
9. Data and statistics. WHO Regional Office for Europe, 2012 .
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
10. Global Burden of Disease 2004 update. World Health Organization, 2004.
http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.ppt
11. European hospital morbidity database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
12. European mortality database (MDB), WHO Regional Office for Europe, 2013.

13. Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management.
<http://www.thecanadianfacts.org/http://www.sciencedaily.com/releases/2012/03/120323001246.htm>
14. The World Health Report 2011. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO Geneva, 2011.
15. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu, HZJZ. Zagreb, 2013.
16. The European Mental health Action Plan. WHO EURO, 2013.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf

Životopis

Rođen sam 21. 5. 1989. godine u Zagrebu, pohađao Osnovnu školu Ivana Gundulića od 1996. do 2004. godine, Petu gimnaziju od 2004. do 2008. godine, te njemački jezik od 1996. do 2008. godine u školi stranih jezika „Sova“. Student sam šeste godine na studiju medicine Sveučilišta u Zagrebu, kojeg sam upisao 2008. godine. Također upisao sam i Fakultet elektrotehnike i računarstva 2008. godine. Govorim engleski i njemački jezik. Vodio sam grupu iz biologije u Petoj gimnaziji za učenike koji su posebno zainteresirani za biologiju. Koristim se Windows operativnim sustavom i MS Office-om, Linux-em, php i html jezikom. Hobi mi je elektronika, proizvodnja PCB-a do 200 nm uskih vodova, konstruirao sam Teslin transformator. Završio sam 6 godina glazbene osnovne škole Vatroslav Lisinski – klasični klavir. Sudjelovao na projektu pentadekapeptid 157 – dodatna istraživanja. U slobodno vrijeme bavim se plivanjem i tenisom.