Depresija i tjelesne bolesti

Tataj, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:535830

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Ana Tataj

DEPRESIJA I TJELESNE BOLESTI

Diplomski rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Ana Tataj

DEPRESIJA I TJELESNE BOLESTI

Diplomski rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren u: Klinika za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: doc. dr. sc. Ljiljana Radanović Grgurić, specijalistica psihijatrije

Rad ima 27 listova, 7 tablica i 2 slike.

Zahvale:

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Ljiljani Radanović Grgurić na stručnom vodstvu i savjetima tijekom pisanja ovog rada.

Također, veliko hvala i prof. Kristini Kralik na pomoći pri statističkoj obradi podataka analiziranih u ovome radu.

Posebno zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na razumijevanju, strpljenju i neizmjernoj potpori koju su mi pružali sve ove godine. Hvala svim dragim i bliskim ljudima koji su vjerovali u mene. Bez vas ne bih bila to što jesam.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
   1.1. Definicija 1
   1.2. Epidemiologija 1
   1.3. Etiologija 2
   1.4. Klinička obilježja 3
   1.5. Dijagnoza 5
   1.6. Liječenje 5
   1.7. Depresija i tjelesne bolesti 6
2. CILJEVI 8
3. ISPITANICI I METODE 9
   3.1. Ustroj studije 9
   3.2. Ispitanici 9
   3.3. Metode 9
   3.4. Statističke metode 9
4. REZULTATI 10
5. RASPRAVA 17
6. ZAKLJUČCI 21
7. SAŽETAK 22
8. SUMMARY 23
9. LITERATURA 24
10. ŽIVOTOPIS 27

1. UVOD

1.1. Definicija

Depresija, latinski depressio, dolazi od riječi deprimere, što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti (1). Depresija je psihički poremećaj koji se očituje promjenama raspoloženja, utučenosti, pomanjkanjem radosti, emocionalnom prazninom, bezvoljnosti, gubitkom interesa i nizom tjelesnih tegoba (2). Izaziva duboke patnje oboljelih te se većina stručnjaka slaže da se ubraja u najbolnija životna iskustava s kojima se današnji čovjek može suočiti (3).
Depresivnim raspoloženjem nazivamo onu promjenu raspoloženja koje je bolesno sniženo, a razlikuje se od normalnog po jačini, duljini trajanja i nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje kontrolira (4). Depresija se ubraja u afektivne poremećaje ili poremećaje raspoloženja koji su najzastupljenija skupina duševnih poremećaja. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB 10) poremećaji raspoloženja podijeljeni su u kategorije od F30 do F39. F31 označava bipolarni afektivni poremećaj, F32 depresivna epizoda, a F33 povratni depresivni poremećaj (5).

1.2. Epidemiologija

Depresija se ubraja u bolesti koje su najranije opisane u povijesti medicine, a danas se ubraja u najučestalije psihičke poremećaje. Po učestalosti je depresivni poremećaj na visokom četvrtom mjestu u ukupnoj populaciji , a predstavlja i drugi najčešći zdravstveni problem ženske populacije. Svjetska zdravstvena organizacija predviđa da će do 2020. godine depresija postati drugi zdravstveni problem u svijetu te vodeći zdravstveni problem u žena (6). Smatra se da će do 2030. godine depresija biti vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja u razvijenim zemljama (5).
Broj osoba koje boluju od depresivnog poremećaja kontinuirano raste u svim industrijaliziranim zemljama svijeta; 20 % žena i 10 % muškaraca razvije barem jednu depresivnu epizodu tijekom života (4). Prema epidemiološkim istraživanjima 3 - 4 % populacije boluje od težih, a 2 % od blažih oblika depresije; prevalencija u svijetu iznosi 12 – 20 % u ženskoj, a 5 – 12 % u muškoj populaciji (7,8).

Žene obolijevaju dva puta češće od muškaraca, a veća zastupljenost poremećaja raspoloženja kod žena nije do kraja rasvijetljena. Pretpostavlja se da tome doprinose hormonske promjene kod žena, trudnoća, naučena bespomoćnost te predodređenost životnih uloga (3). Prosječna je dob za pojavu prve depresivne epizode između 24. i 35. godine, s trendom sve ranijeg javljanja. Čak 40 % depresivnih imali su prvu epizodu prije dvadesete godine, dok ih je samo 10 % postalo depresivno iza pedesete godine (5).

1.3. Etiologija

Depresivni se poremećaj u etiološkom smislu promatra kao međudjelovanje više čimbenika kao što su bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenici, bez obzira na mogući neposredni poticaj koji mu je prethodio (9). Kao i u većini drugih psihijatrijskih poremećaja, etiologija depresije nepoznata je. Zbog nejasne etiologije postoje brojne teorije o mehanizmu nastajanja: biokemijske i psihosocijalne teorije (10).

1. Biološke teorije temelje se na istraživanjima koja proučavaju genetiku, neurotransmisiju, neurobiokemiju, neuroendokrinologiju, neuroimunoligiju, kronobiologiju i neuroplastičnost kod osoba s afektivnim poremećajem. Genetičke studije daju mnogo podataka o genskoj uvjetovanosti poremećaja raspoloženja. Pronađeni su potencijalni genski markeri za afektivne poremećaje koji su lokalizirani na kromosomima X 4, 5, 11, 18 i 21. Neurobiokemijske teorije upućuju da patološke neurotransmisije biogenih amina (noradrenalina, serotonina i dopamina) u središnjem živčanom sustavu imaju ulogu u razvoju depresije.

2. Neuroendokrinološke teorije temelje se na spoznaji da u depresiji postoji hiperaktivnost hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osi, što je posljedica pretjerane stimulacije sustava na stres. Hiperaktivnost hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osi je obilježena pojačanim lučenjem kortikotropin oslobađajućeg faktora (CRF) i povišenom razinom kortizola u serumu. Na endokrinološkoj razini, možemo reći da je depresivni bolesnik u stanju kroničnog stresa. Stres pospješuje pojavnost depresije, a depresija povećava osjetljivost na stres. Patofiziološke posljedice biokemijskih i endokrinih poremećaja u depresiji su povišenje krvnog tlaka i pulsa s autonomnom disfunkcijom, ubrzanje ateroskleroze i osteoporoze, pojačanje inzulinske rezistencije te deponiranje masti na visceralnim organima.

3. Kronobiološke teorije utemeljene su na uočenim poremećajima bioloških ritmova kao što je ciklus spavanje/budnost koje može biti pomaknuto unaprijed ili unazad.
4. Psihodinamske teorije utemeljene su na potisnutim neurotskim konfliktima u ranom djetinjstvu koji se kasnije, potaknut nekim događajem, aktiviraju.
5. Psihosocijalne teorije utemeljene su na traumatskim događajima u djetinjstvu (zlostavljanje, neslaganje i rastava roditelja, bolest i gubitak roditelja, rano razdvajanje i zanemarivanje) te stresnim događajem ili suočenjem sa situacijom kojoj se osoba nije sposobna prilagoditi
6. Bihevioralne teorije razmatraju depresiju kao naučenu bespomoćnost. Kod depresivnih bolesnika dominira osjećaj bezvrijednosti i beznađa.
7. Interaktivne teorije razmatraju depresiju kao posljedicu različitih aspekata kao što su biološka ili genetska vulnerabilnost, psihološka vulnerabilnost, stresni životni događaj, jedinstveni odgovor na stres, kognitivni čimbenici, interpersonalni odnosi i socijalni zahtjevi.
8. Teorija prilagodbe utemeljena je na shvaćanju depresije kao zaštite od većeg zla (5).

Rizični čimbenici koji utječu na pojavu depresije jesu spol, životna dob, socioekonomski čimbenici, stresna opterećenja, obiteljska opterećenost. Na pojavu depresije također utječe stanje u obitelji i postojanje/nepostojanje bliskog, osobnog odnosa. Ranije obolijevaju rastavljene osobe i one koje nemaju nekoga bliskog kome se mogu povjeriti (2).

1.4. Klinička obilježja

Oboljeti od depresije znači doživjeti teško iskustvo patnje. Svakodnevno funkcioniranje narušeno je, ponekad i onemogućeno. Bolest dijagnosticiramo kada se osoba kontinuirano osjeća žalosno svakog dana, veći dio dana, dva tjedna ili duže i kada je više ništa ne može razveseliti (4).

Bolesnik je uznemiren, anksiozan, ustrašen, ne može zaspati ili se rano budi. Tijekom dana umoran je i bezvoljan. Svakodnevne aktivnosti predstavljaju veliki napor. Bolesnik se teško koncentrira, neodlučan je i brzo gubi pozornost, većinu je dana žalostan i nezainteresiran. Može imati pretjeranu potrebu za jelom praćenu i povećanom potrebom za snom, ali također može izgubiti tek i tjelesnu težinu (5). Uz simptome kao što su sniženo raspoloženje,

ravnodušnost, bezidejnost, apatija, anhedonija javlja se i pojačana napetost, nemir i razdražljivost, što se osobito viđa kod depresivnih muškaraca (3). Depresivna osoba ima prepoznatljiv izgled: sumorni i zabrinuti izraz lica sa specifičnim naborima na čelu („omega“ bore), kapcima (Veragutov nabor) te spuštene usne kutove. U većini slučajeva depresivni bolesnici izrazito su psihomotorički usporeni. Klasična je slika bolesnika sjedenje s vrlo oskudnim pokretima, klonule glave i pogleda usmjerenog u pod (10). Kod depresivnih bolesnika javlja se Lemanov trijas, koji čine nesposobnost doživljavanja radosti i ljubavi te nesposobnost donošenja odluka. Lemanov trijas ukazuje na bitna obilježja bilo kojeg kliničkog oblika depresivne epizode (5). Depresivni bolesnici doživljavaju sebe i svoju okolinu izrazito negativno. Većina njih slabije komunicira s okolinom, na pitanja uglavnom odgovaraju jednosložnim riječima ili kimanjem glave. U njihovu se misaonom sadržaju konstantno pojavljuju ideje gubitka, krivnje i patnje (10). Takva se promišljanja mogu razvijati u smjeru razmišljanja o smrti te pokušaja i realizacije samoubojstava. Smatra se da 2/3 depresivnih bolesnika pomišlja na samoubojstvo, a 15 % njih ga počine (5).

Opasnost od samoubojstva se povećava ako je netko u obitelji već počinio samoubojstvo. Broj pokušaja samoubojstva dvadeset je puta veći od broja počinjenih. Žene češće pokušavaju, a muškarci češće uspijevaju počiniti samoubojstvo (11,12).

Prema skupinama simptoma koji dominiraju kliničkom slikom, razlikujemo nekoliko oblika kliničke depresije.

Jedan je od oblika kliničke depresije psihotična depresija. U psihotičnoj depresiji javljaju se sumanute ideje i čulne obmane, gubi se sposobnost uvida u realnost. Sumanute ideje sukladne su patološko-depresivnom raspoloženju (ideje bezvrijednosti, grešnosti i beznađa), a ponekad se javljaju ideje u vidu hipohondrijske sumanutosti.

Slijedeći oblik kliničke depresije je agitirana depresija koju obilježavaju: visoko izražena tjeskoba, psihomotorni nemir, gubitak apetita, mršavljenje, nesanica i vegetativna pobuđenost. Tjeskoba se ponekad može očitovati snažnim napadajima panike s popratnim tjelesnim simptomima. Inhibirana depresija klinički je oblik depresije kojim prevladava mentalna i tjelesna inertnost. Naziva se još i pseudodementnim oblikom kliničke depresije jer nalikuje demenciji.

Opća slabost, umor, apatija, anergija, pretjerana potreba za jelom i snom karakteristike su atipične depresije. S obzirom da ima sezonski karakter pojavljivanja (u jesen i u zimu) povezuje se s primarnim poremećajem sekrecije melanina.

Maskirana depresija najčešće se sreće kod pacijenata kod kojih su isključeni tjelesni supstrat smetnji te se upućuju psihijatru. Bolesnici se žale na probavne smetnje, na poremećaje

urogenitalnog sustava i smetnje libida, na nemogućnost kontroliranja krvnog tlaka, na smetnje nalik na srčanima (probadanje u prsištu, promjena srčane frekvencije), a kod žena se mogu javiti poremećaji menstrualnog ciklusa. Kod maskirane depresije bitno je da nedostaje organska podloga tjelesnim smetnjama ili je njihov intenzitet nerazmjeran utvrđenoj tjelesnoj disfunkciji (5).

1.5. Dijagnoza

Dijagnoza depresije postavlja se na temelju anamnestičkih podataka, kliničke slike i tijeka liječenja. U dijagnostici je bitno pridržavati se smjernica danih u klasifikacijskom sustavu. Također nam mogu poslužiti psihijatrijske ljestvice procjene. Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju (HAM-D-17) najpoznatija je ljestvica procijene. Sastoji se od 17 točaka koje se mogu ocijeniti od 0 do 4. Najmanji broj bodova koji je potreban da bi se depresivna epizoda smatrala klinički značajnom mora biti 17, a u slučaju teške depresivne epizode zbroj bodova veći je od 25. Montgomery-Asbergova ljestvica za depresiju (MADRS) sastoji se od 10 točaka koji se boduju od 0 do 6. Kod blagog oblika depresije zbroj ocjena je 15, a kod vrlo teških 44. Ljestvice procijene bitne su jer na pomažu procijenit težinu bolesti te su istovremeno instrument praćenja terapijskog učinka. Uz psihijatrijske ljestvice procjene nezaobilazni su dijagnostički postupci fizikalni i neurološki pregled te laboratorijske pretrage, a kad je god moguće i CT mozga. Te pretrage omogućuju nam da prepoznamo mogući tjelesni poremećaj koji može biti u pozadini psihičkih simptoma (5).

1.6. Liječenje

Unatoč velikoj učestalosti, depresija u 50 % slučajeva nije prepoznata, a čak se 75 % depresivnih uopće ne liječi. Od bolesnika koji se liječe, 90 % njih ne liječi se dovoljno, što dovodi do zaključka da se samo 10 % oboljelih od depresije liječi zadovoljavajuće. Primjereno liječenje depresije daje dobar terapijski odgovor u 60 do 80 % slučajeva (5). Liječenje depresije provodi se psihofarmacima, psihoterapijom i psihoedukacijom oboljelih i članova obitelji (3). Osnovu u liječenju depresivnih poremećaja predstavljaju antidepresivi. Također se mogu koristiti i drugi psihofarmatici, ovisno o stupnju poremećaja, kao što su stabilizatori raspoloženja, anksiolitici i antipsihotici (13). Antidepresivi prvog izbora selektivni su inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) jer su sigurni, učinkoviti i dobro se podnose. Nuspojave su blage i prolazne, a najčešće su to gastrointestinalne: mučnina,

povraćanje i proljev. Da bi se primjenom antidepresiva postigao optimalan učinak potrebno je zadovoljiti osnovni postulat terapijskog postupka: antidepresivi u optimalnoj dozi dovoljno dugo vremena (5). Stoga u cilju sprječavanja pojave nove depresivne epizode nastavlja se s terapijom održavanja u istoj dozi antidepresiva kao i u akutnoj fazi liječenja. Bolesnici, kod kojih se depresivne epizode ponavljaju, terapiju održavanja trebali bi uzimati minimalno pet godina, a određeni broj bolesnika i doživotno (14). Hospitalizacija je potrebna kod teške depresije. Ako postignu psihotičnu razinu, potrebno je dati i antipsihotik. Visok rizik za samoubojstvo, psihotični depresivni stupor ili rezistencija na terapiju indikacija su za aplikaciju elektrokonvulzivne terapije (EKT). Farmakoterapiju dobro je upotpuniti psihoterapijskim i drugim tehnikama kao što su suportivna psihoterapija, analitički orijentirana psihoterapija, racionalno-emocionalno-bihevioralna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija i sl. (5).

1.7. Depresija i tjelesne bolesti

Simptomi depresije često prate tjelesne bolesti, a povezanost između njih je kompleksna (15). Priroda te povezanosti višeznačna je: depresija dovodi do tjelesne bolesti, tjelesna bolest izaziva depresiju, oba poremećaja imaju zajednički uzrok ili depresija i tjelesna bolest slučajno i neovisno postoje u jednoj osobi (5). Istovremena prisutnost depresije i tjelesne bolesti dovodi do povećanog morbiditeta i mortaliteta, smanjenja funkcionalne sposobnosti bolesnika i profesionalne učinkovitosti. Produženo bolničko liječenje, pojačavanje fizičkih simptoma te povećanje medicinskih troškova također su posljedica istovremene pojavnosti depresije i tjelesnih bolesti (15).

Prevalencija depresije kod bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti kreće se od 14 do 56 %, ovisno o vrsti tjelesne bolesti, duljini njezinog trajanja te o prisutnosti boli, što još dodatno povećava učestalost depresije (16). Prevalencija depresije kod bolesnika koji su preboljeli infarkt miokarda iznosi od 45 do 50 %. Kod bolesnika oboljelih od plućnih bolesti kao što su KOPB i astma, prevalencija depresije kreće se od 25 do 35 %, kod oboljelih od karcinoma 48 %, a u slučaju boli ona raste i do 80 %. Prevalencija depresije kod neuroloških bolesnika 40 %, Parkinsonove bolesti i multiple skleroze od 35 do 45 %, a epilepsije od 30 do 35 %. Depresija je puno češća među bolesnicima s dijabetesom nego u općoj populaciji, a prevalencija iznosi oko 35 % (16-21). Prepoznavanje i dijagnoza depresije kod pacijenata s tjelesnim bolestima predstavlja izazov i u velikom broju slučajeva nije prepoznata (15). Jedan od razloga otežanog prepoznavanja depresije kod bolesnika s tjelesnim bolestima leži u

činjenici da se mnogi simptomi tjelesnih bolesti i depresije preklapaju. Simptomi tjelesnih bolesti kao što su nesanica, gubitak apetita i gubitak tjelesne mase, smanjen libido i psihomotorna usporenost javljaju se kod bolesnika s depresijom, dok se simptomi depresije kao što su socijalno povlačenje, tuga, zabrinutost i iritabilnost javljaju kod bolesnika s tjelesnim bolestima (15). Nedovoljno prepoznavanje i liječenje depresije otežano je i stavom liječnika koji kod teških kroničnih bolesnika očekuju anksioznost, neraspoloženje, umor i bezvoljnost (16-21). Sve to može dovesti do pogrešne procjene kliničara te nedovoljnog ili nepotrebnog liječenja depresije. Zbog toga je osmišljeno nekoliko ljestvica za mjerenje depresije kako bi se poboljšalo prepoznavanje depresije kod bolesnika s tjelesnim bolestima. *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) i *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) primjeri su takvih testova. Testovi se sastoje od nekoliko pitanja koja se boduju i na temelju rezultata procjenjuje se postoji li depresija te koliki je stupanj depresije.

2. CILJEVI

Ciljevi su ovog istraživanja:

1. Utvrditi kolika je učestalost tjelesnih bolesti kod oboljelih od depresije.
2. Utvrditi međuodnos depresije i tjelesnih bolesti kao i procijeniti jesu li promatrane bolesti neovisni čimbenici rizika za depresiju i obrnuto.
3. Utvrditi značaj povezanosti depresije i tjelesnog poremećaja za ishode liječenja.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija (22).

3.2. Ispitanici

Ispitanici uključeni u istraživanje bolesnice su i bolesnici oboljeli od depresije u dobi od 20 - 70 godina. Ispitanici su liječeni na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 1. 1. do 31. 12. 2016. godine.

3.3. Metode

Kao izvor podataka koristili smo povijesti bolesti ispitanika s dijagnozom depresije, pohranjene u arhivu Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek. Analizom podataka obuhvaćeni su slijedeći podaci:

1. opći demografski podaci (dob, spol, obrazovanje, radni status, socijalni i bračni status)
2. usporedni psihički poremećaji
3. usporedne tjelesne bolesti
4. anamneza ranijih obolijevanja
5. hereditet za psihijatrijske bolesti
6. rizični čimbenici za tjelesne bolesti (hiperlipidemija, pretilost, hipertenzija, nikotizam, potus) (23)
7. ishod bolničkog liječenja
8. komplikacije liječenja

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitney U testom. Sve P vrijednosti dvostrane su. Razina značajnosti je postavljena na Alpha = 0,05 (24,25). Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc (inačica 16.2.0, MedCalc Software bvba, Ostend, Belgija).

4. REZULTATI

Istraživanje je provedeno na 115 ispitanika oboljelih od depresije, od kojih je većina žena, njih 58 (50,4 %) i 57 (49,6 %) muškaraca (Tablica 1.).

Tablica 1. Dob ispitanika prema spolu

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Dob ispitanika [godine]	56 (49 - 62)	57 (49 - 64)	56 (49 - 62)	0,32

*Mann Whitney U test

Prema bračnom statusu većina je ispitanika u braku, njih 67 (58,3 %) , a najmanje je razvedenih ispitanika, njih 15 (13 %) , bez značajne razlike prema spolu (Tablica 2.).

Tablica 2. Ispitanici prema bračnom statusu i spolu

	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Bračni status				
neudana/ neoženjen	16 (28,1)	7 (12,1)	23 (20)	0,08
udana/ oženjen	29 (50,9)	38 (65,5)	67 (58,3)	
udovac/ udovica	3 (5,3)	7 (12,1)	10 (8,7)	
razveden/ razvedena	9 (15,8)	6 (10,3)	15 (13)	
Ukupno	57 (100)	58 (100)	115 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Prema razini obrazovanja najviše je ispitanika srednje stručne spreme 62 (58,5) dok je samo 6 (5,7 %) ispitanika s visokom stručnom spremom.

Nezaposlenih je 49 (42,6 %) ispitanika , a dobar socijalni status navelo je 62 (53,9 %) ispitanika (Tablica 3.).

Tablica 3. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Razina obrazovanja				
nekvalificirani	18 (32,7)	20 (39,2)	38 (35,8)	
srednja stručna sprema	35 (63,6)	27 (52,9)	62 (58,5)	0,45
visoka stručna sprema	2 (3,6)	4 (7,8)	6 (5,7)	
Radni status				
nezaposlen	24 (42,1)	25 (43,1)	49 (42,6)	
zaposlen	16 (28,1)	12 (20,7)	28 (24,3)	0,55
umirovljenik	16 (28,1)	21 (36,2)	37 (32,2)	
student	1 (1,8)	0	1 (0,9)	
Socijalni status				
Slabiji	30 (52,6)	23 (39,7)	53 (46,1)	0,19
Dobar	27 (47,4)	35 (60,3)	62 (53,9)	
Ukupno	57 (100)	58 (100)	115 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Usporedne tjelesne bolesti ima 95 (82,6 %) ispitanika, značajno češće žene (Fisherov egzaktni test, P = 0,01), dok usporedne psihičke bolesti, od 75 (65,2 %) ispitanika značajno češće imaju muškarci, njih 47 (82,5 %) (Fisherov egzaktni test, P < 0,001).

Hereditet za psihičke bolesti imaju 23 (20 %) ispitanika, a pozitivnu anamnezu na ranija tjelesna oboljenja njih 48 (41,7 %). Od rizičnih čimbenika za kronične bolesti najviše je hiperlipidemije, kod 47 (40,9 %) ispitanika.

Tijekom liječenja komplikacije (nuzučnici liječenja) su imala 3 (2,6 %) ispitanika. Prema ishodu liječenja, najviše ih je, njih 100 (87 %) stabilizirano, odnosno postigli su kliničku remisiju akutnih simptoma (Tablica 4.).

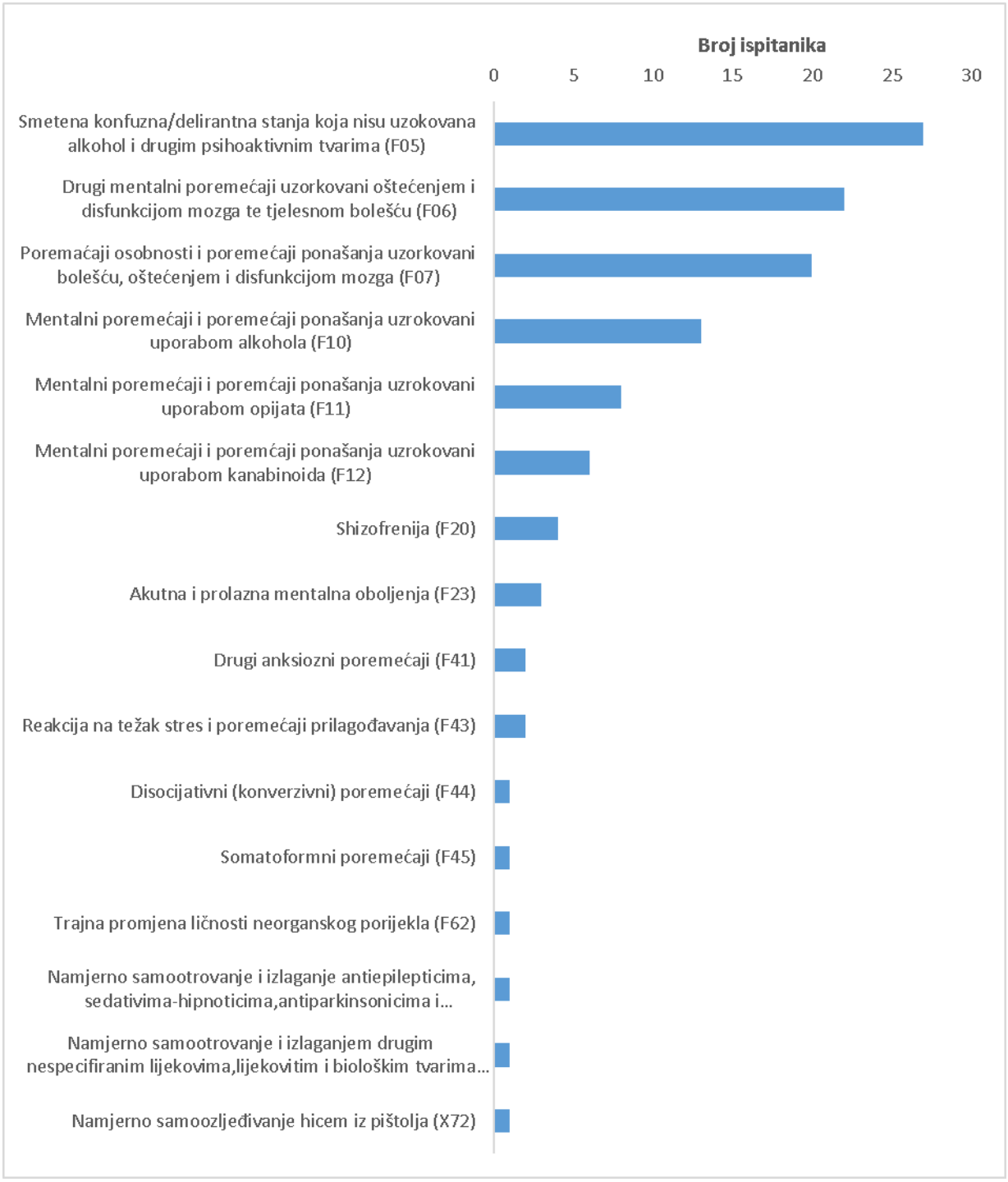
Tablica 4. Ispitanici prema komorbiditetima, komplikacijama u liječenju i ishodu liječenja

	Broj (%) ispitanika			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Usporedne tjelesne bolesti				
Ne	15 (26,3)	5 (9)	20 (17,4)	**0,01**
Da	42 (73,7)	53 (91)	95 (82,6)	
Usporedne psihičke bolesti				
Ne	10 (17,5)	30 (51,7)	40 (34,8)	**<0,001**
Da	47 (82,5)	28 (48,3)	75 (65,2)	
Hereditet za psihičke bolesti				
Ne	46 (80,7)	46 (79,3)	92 (80)	> 0,99
Da	11 (19,3)	12 (20,7)	23 (20)	
Ranije bolesti				
Ne	36 (63,2)	31 (53,4)	67 (58,3)	0,35
Da	21 (36,8)	27 (46,6)	48 (41,7)	
Rizični čimbenici kroničnih bolesti				
Hiperlipidemija	19 (33,3)	28 (48,3)	47 (40,9)	0,13
Pušenje	3 (5,3)	5 (8,6)	8 (7)	0,72
Alkoholozam	18 (31,6)	4 (6,9)	22 (19,1)	**0,001**
Pretilost	2 (3,5)	3 (5,2)	5 (4,3)	> 0,99
Komplikacije liječenja				
Ne	56 (98,2)	56 (96,6)	112 (97,4)	> 0,99
Da	1 (1,8)	2 (3,4)	3 (2,6)	
Ishod liječenja				
Parcijalna klinička remisija	6 (10,5)	5 (8,6)	11 (9,5)	0,13
Bez poboljšanja	3(5,3)	0	3(2,6)	
Stabilizacija (remisija)	47 (82,5)	53 (91,4)	100 (87)	
Otpušten na vlastiti zahtjev	1 (1,8)	0	1 (0,9)	
Ukupno	57 (100)	58 (100)	115 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Od usporednih psihičkih bolesti najučestalija su smetena konfuzna/delirantna stanja koja nisu uzrokovana alkoholom i drugim psihoaktivnim tvarima (F05), uočena kod 27 (23,9 %)

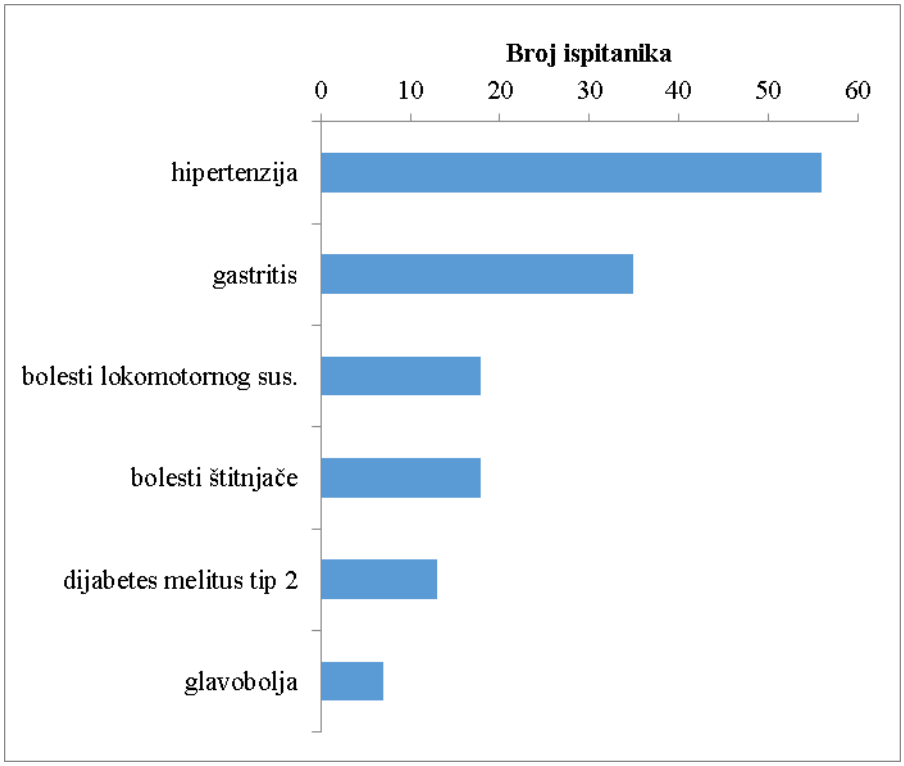
ispitanika, zatim kod 22 (19,5 %) ispitanika drugi mentalni poremećaji uzrokovani oštećenjem i disfunkcijom mozga te tjelesnom bolešću (F06) (Slika 1.).



Slika 1. Ispitanici prema popratnim psihičkim poremećajima

Popratne tjelesne bolesti ima 95 (83 %) ispitanika, najučestalije hipertenziju, 56 (49 %) ispitanika (Slika 2.). U manjem broju javljaju se epilepsija, astma, alkoholna bolest jetre,

cerebrovaskularne bolesti, osteoporoza, karcinomi, GERB i KOPB, bolesti jetre i ginekološke bolesti.



Slika 2. Najučestalije popratne tjelesne bolesti

Prema ishodu liječenja ispitanike smo podijeli na 100 (87 %) ispitanika koji su postigli kliničku remisiju akutnih simptoma i na 15 (13 %) ispitanika koji su postigli parcijalnu remisiju, odnosno one kojima je potreban intenzivniji ambulantni nastavak liječenja. Nema značajnih razlika u dobi između ispitanika koji su postigli kliničku remisiju i onih kojima je potreban intenzivniji ambulantni nastavak liječenja (Tablica 5.).

Tablica 5. Dob ispitanika prema ishodu liječenja

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Klinička remisija	Parcijalna remisija	Ukupno	
Dob ispitanika [godine]	57 (49 - 62)	56 (46 - 62)	56 (49 - 62)	0,82

*Mann Whitney U test

Nema značajnih razlika u osnovnim obilježjima ispitanika prema ishodu liječenja (Tablica 6.).

Tablica 6. Osnovna obilježja ispitanika prema ishodu liječenja

	Broj (%) ispitanika			P*
	Klinička remisija	Parcijalna remisija	Ukupno	
Spol				
Muškarci	47 (47)	10/15	57 (49,6)	0,18
Žene	53 (53)	5/15	58 (50,4)	
Bračni status				
neudana/ neoženjen	19 (19)	4/15	23 (20)	0,67
udana/ oženjen	60 (60)	7/15	67 (58,3)	
udovac/ udovica	8 (8)	2/15	10 (8,7)	
razveden/ razvedena	13 (13)	2/15	15 (13)	
Razina obrazovanja				
nekvalificirani	35 (38)	3/14	38 (35,8)	0,42
srednja stručna sprema	52 (56,5)	10/14	62 (58,5)	
visoka stručna sprema	5 (5,4)	1/14	6 (5,7)	
Radni status				
nezaposlen	43 (43)	6/15	49 (42,6)	> 0,99
zaposlen	24 (24)	4/15	28 (24,3)	
umirovljenik	32 (32)	5/15	37 (32,2)	
student	1 (1)	0	1 (0,9)	
Socijalni status				
Slabiji	45 (45)	8/15	53 (46,1)	0,59
Dobar	55 (55)	7/15	62 (53,9)	
Ukupno	100 (100)	15/15	115 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Utjecaj komorbiditeta, herediteta za psihičke bolesti, ranijih bolesti te rizičnih čimbenika prema ishodu liječenja pokazuje Tablica 7. Ispitanici s komplikacijama u liječenju značajno češće postižu tek parcijalnu kliničku remisiju, koja zahtjeva dalje redovito ambulantno liječenje (Fisherov egzaktni test, P = 0,04) (Tablica 7.).

Tablica 7. Komorbiditeti, komplikacije u liječenju prema ishodu liječenja

	Broj (%) ispitanika			P*
	Klinička remisija	Parcijalna remisija	Ukupno	
Usporedne tjelesne bolesti				
Ne	16 (16)	4/15	20 (17,4)	0,29
Da	84 (84)	11/15	95 (82,6)	
Usporedne psihičke bolesti				
Ne	37 (37)	3/15	40 (34,8)	0,25
Da	63 (63)	12/15	75 (65,2)	
Hereditet za psihičke bolesti				
Ne	79 (79)	13/15	92 (80)	0,73
Da	21 (21)	2/15	23 (20)	
Ranije bolesti				
Ne	57 (57)	10/15	67 (58,3)	0,58
Da	43 (43)	5/15	48 (41,7)	
Rizični čimbenici kroničnih bolesti				
Hiperlipidemija	38 (38)	9/15	47 (40,9)	0,19
Pušenje	8 (8)	0	8 (7)	0,59
Alkoholozam	20 (20)	2/15	22 (19,1)	0,73
Pretilost	3 (3)	2/15	5 (4,3)	0,13
Komplikacije liječenja				
Ne	99 (99)	13/15	112 (97,4)	**0,04**
Da	1 (1)	2/15	3 (2,6)	
Ukupno	100 (100)	15/15	115 (100)	

*Fisherov egzaktni test

5. RASPRAVA

Depresija je važan javnozdravstveni problem i jedan od vodećih uzroka bolesti u cijelom svijetu. Često je u komorbiditetu s drugim kroničnim bolestima, kako tjelesnim tako i psihičkim (26).

U ovom radu istraživana je povezanost depresije i tjelesnih bolesti kao i učestalost pojedinih tjelesnih bolesti te utjecaj njihovog međuodnosa na tijek liječenja, moguće komplikacije i terapijski ishod depresije.

Istraživanje je provedeno na 115 ispitanika oboljelih od depresije, od kojih je 49,6 % muškaraca i 50,4 % žena. Istraživanje pokazuje da je učestalost depresije veća kod žena nego kod muškaraca, što je u skladu s podacima iz literature te istovremeno pokazuje značajno manji odnos muškaraca i žena u usporedbi s istraživanjem provedenim u Rijeci gdje je razlika između muškaraca i žena bila veća; 61.65 % bile su žene, a 38.35 % muškarci (27).

Medijan (središnja vrijednost) dobi ispitanika iznosi 56 godina bez značajnih razlika prema spolu. Dobiveni rezultati odgovaraju već poznatim rezultatima da je depresija bolest srednje i starije dobi.

Studija Weissmana i suradnika pokazuje da je učestalost depresije 2 do 4 puta češća kod bolesnika koji su razvedeni ili izvan bračne zajednice nego kod oženjenih/udatih bolesnika. Također pokazuje veću učestalost depresije kod razvedenih muškaraca nego kod razvedenih žena (28). Ti se podaci razlikuju od naše studije u kojoj je 58,3 % ispitanika u braku, razvedeno je 13 % ispitanika, a nije u bračnoj zajednici njih 20 %, bez značajne razlike prema spolu.

S obzirom na razinu obrazovanja najviše ispitanika, 58,5 %, ima srednju stručnu spremu, nekvalificiranih radnika je 35,8 %, a s visokom stručnom spremom samo 5,7 % ispitanika, što se poklapa s podacima iz literature da osobe sa slabijim stupnjem obrazovanja češće obole od depresije.

Na nastanak depresije utječe i radni odnos. Najveći je broj ispitanika nezaposlen, njih 42.6 %, a najmanji broj ispitanika je zaposleno 24.3 % . Istraživanje u Kanadi koje su proveli Rizvi i suradnici pokazuje podudarnost s našim istraživanjem. Oni su dokazali da se kod nezaposlenih češće javlja depresija i tjelesne bolesti kao što su kardiovaskularne bolesti, kronične bubrežne bolesti, artritis i kronična bol (29). Radni odnos usko je povezan sa

socijalnim statusom, koji također utječe na nastanak depresije. Da su radni odnos i socijalni status usko povezani s nastankom depresije, pokazuje i istraživanje provedeno u Japanu. Rezultati tog istraživanja pokazuju da nezaposlene osobe i osobe niskog socijalnog statusa imaju značajno češću prevalenciju depresije, dok zaposlene osobe i osobe visokog socijalnog statusa imaju najnižu prevalenciju depresije. Razlog toga može biti da osobe s visokim socioekonomskim statusom rjeđe traže pomoć stručnjaka i liječenje unatoč prisutnim simptomima depresije, a isto tako nizak socioekonomski status može biti reverzibilno povezan s depresijom, odnosno depresija može dovesti do smanjene radne sposobnosti, što vodi do smanjivanja prihoda. Također, smanjeni prihodi, iz bili kojeg razloga, mogu dovesti do nastanka depresije (30). Naše istraživanje pokazuje da 53,9 % ispitanika ima dobar socijalni status što se ne poklapa s rezultatima iz literature.

Mnoge studije pokazuju da se uz depresiju često pojavljuju mnoge tjelesne bolesti. To potvrđuje i naša studija. Rezultati naše studije pokazuju da usporedne tjelesne bolesti ima 82,6 % ispitanika i to značajno češće žene, njih 91 %.

Od usporednih tjelesnih bolesti najučestalija je hipertenzija, kod 49 % ispitanika, slijedi gastritis, kod 30 % ispitanika, njih 15,6 % ima bolest lokomotornog sustava ili poremećeni rad štitnjače, a dijabetes tipa 2 ima 13 (11,3 %) ispitanika. Hipertenzija ima veliku prevalenciju u svijetu, kako kod depresivnih bolesnika tako i kod osoba koje ne boluju od depresije no bitno je naglasiti da je hipertenzija znatno učestalija kod osoba koje boluju od depresije. To pokazuju i brojne studije. Adams i Ball proučavali su komorbiditet psihičkih i tjelesnih bolesti kod 75 starijih psihijatrijskih pacijenata i pronašli da depresivni bolesnici češće boluju od kardiovaskularnih bolesti i hipertenzije nego drugi psihijatrijski pacijenti. Prospektivne studije također su ukazale da depresija može biti rizični čimbenik za nastanak hipertenzije. U istraživanju su sudjelovala 2992 normotenzivna ispitanika koji su praćeni 6 do 7 godina. Rezultati su pokazali da kod osoba koje su imale visoke razine depresivnih simptoma rizik za pojavu hipertenzije se udvostručio (31). Visoka učestalost gastritisa kod depresivnih pacijenata može se objasniti povezanošću mozga i gastrointestinalnog sustava. Kortikotropni oslobađajući hormon koji se pojačano oslobađa u stresu i depresiji može povećati osjetljivost želučane sluznice, što dovodi do upale (32). Povezanost depresije i bolesti lokomotornog sustava je također bitna. Bol u leđima jedan je od najčešći simptoma današnjice s prevalencijom čak do 40 % (27), stoga je bitno prepoznati uzroke boli među kojima može biti i depresija. Depresija je također usko povezana s nastankom dijabetesa tipa 2, ali se mehanizam povezanosti još uvijek nije jasan. Istraživanje je pokazalo da je rizik od nastanka

dijabetesa tipa 2 kod depresivnih bolesnika 37 % viši, drugo istraživanje pokazalo je još veći rizik za pojavu dijabetesa tipa 2 čak 60 % (33,34). Podaci iz literature pokazuju veću učestalost dijabetesa tipa 2 među depresivnim bolesnicima nego naše istraživanje.

U manjem broju slučajeva, u komorbiditetu s depresijom, javljaju se epilepsija, astma, alkoholna bolest jetre, cerebrovaskularne bolesti, osteoporoza, karcinomi, GERB i KOPB, bolesti jetre i ginekološke bolesti.

Na temelju rezultata naše studije i podatka iz literature možemo uočiti visoku usporednu pojavnost depresije i tjelesnih bolesti. Mnoge studije istraživale su povezanost depresije i tjelesnih bolesti, ali mehanizam povezanosti još uvijek nije do kraja razjašnjen. Istraživanja pokazuju kako je depresija nezavisno povezana s povećanjem rizika od zatajenja srca kod osoba koje boluju od hipertenzije, odnosno depresija nezavisno povećava smrtnost od srčanih bolesti. S druge strane hipertenzija je predložena kao rizični čimbenik za razvoj depresije. Hipertenzija dovodi do promjena u krvnim žilama, što dovodi do ishemije koja predstavlja rizik za razvoj depresije. Primjena antidepresiva može povećati arterijski tlak, a antihipertenzivi mogu trajnije sniziti raspoloženje. U konačnici ne postoji jasan dokaz o udruženju depresije i razvoja hipertenzije, ali se zna da depresija može pogoršati hipertenziju (31). Nadalje, Lee i suradnici u svom istraživanju pokazali su da je depresija nezavisni čimbenik rizika za razvoj gastrointestinalnih bolesti među kojima je i gastritis, koji je imao visoku incidenciju među našim ispitanicima (32). Također mnoge studije pokazuju povezanost između depresije i dijabetesa tipa 2. Rezultati istraživanja pokazuju da depresija značajno povećava rizik od nastanka dijabetesa tipa 2, a uzrok toga mogu biti loše životne navike depresivnih bolesnika. Suprotno tome, dijabetes je povezan sa skromnim povećanjem rizika od nastanka depresije (35). Uz sve navedeno bitno je naglasiti i čimbenike rizika za kronične tjelesne bolesti jer većina depresivnih bolesnika ima loše životne navike. Naše istraživanje pokazuje da je od rizičnih čimbenika najzastupljenija hiperlipidemija, kod 40,9 % ispitanika, alkoholizam, kod 19,1 % ispitanika i to značajno više kod muškaraca te pretilost, kod 4,3 % ispitanika, bez značajne razlike prema spolu.

Uz tjelesne bolesti u komorbiditetu s depresijom se često javljaju i usporedne psihičke bolesti. Rezultati naše studije pokazuju da usporedne psihičke bolesti ima 65,2 % ispitanika, značajno češće muškarci, njih 82,5 %. Od usporednih psihičkih bolesti najučestalija su smetena konfuzna/delirantna stanja koja nisu uzrokovana alkoholom i drugim psihoaktivnim tvarima (F05), kod 23,9 % ispitanika. Smetena konfuzna/delirantna stanja koja nisu uzrokovana

alkoholom i drugim psihoaktivnim tvarima češća su u starijoj populaciji što odgovara dobi ispitanika našeg istraživanja.

Također smo pratili i ranija oboljenja ispitanika. Rezultati pokazuju da 41,7 % ispitanika ima pozitivnu anamnezu na ranija oboljenja. Najčešće su to bili maligni tumori. Istraživanje provedeno na pacijentima s malignim oboljenjem pokazuje da se depresija javila kod 48 % pacijenata (36), stoga vidimo da su depresija i maligna oboljenja dvosmjerno povezana. Pacijenti koji su imali malignu bolest imaju veliku predispoziciju za pojavu depresije.

Prema ishodu liječenja, najviše je pacijenata, njih 87 %, postiglo kliničku remisiju akutnih simptoma, dok je kod preostalih ispitanika postignuta parcijalna klinička remisija, odnosno potreban im je intenzivniji ambulantni nastavak liječenja. Nismo našli statistički značajne razlike u dobi između ispitanika s kliničkom remisijom akutnih simptoma i onih kod kojih je postignuta parcijalna klinička remisija. Pratili smo i osnovna obilježja ispitanika u odnosu na ishod liječenja, tu također nismo našli statistički značajne razlike. U našem se istraživanju pokazalo da, s obzirom na prisutnost komorbiditeta, herediteta za psihičke bolesti, ranijih bolesti te rizičnih čimbenika, nema statističke značajne razlike između skupine bolesnika koji su postigli kliničku remisiju i skupine bolesnika koji su postigli parcijalni odgovor. Statistički značajna razlika potvrđena je kod ispitanika s prisutnim komplikacijama, kod kojih je češće potreban intenzivniji nastavak liječenja nego što je postignuta klinička remisija. Koike i suradnici u svom su istraživanju došli do zaključka da depresivni bolesnici s komorbiditetom tjelesnih bolesti obično imaju slične stope liječenja depresije, ali lošije ishode liječenja od depresivnih bolesnika s komorbititetom, odnosno liječenje je manje učinkovito (37).

Rezultati našeg istraživanja trebaju se tumačiti u kontekstu nekih ograničenja. Ograničenja ovog istraživanja jesu mali broj ispitanika i kratko razdoblje praćenja bolesnika. Stoga, da bismo dobili potpunije i statistički značajnije podatke, istraživanje bi trebalo dodatno proširiti i utjecati na ograničenja što je moguće više.

6. ZAKLJUČCI

Na temelju provedenoga istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- učestalost tjelesnih bolesti kod oboljelih od depresije visoka je, točnije 82,6 % ispitanika ima usporedne tjelesne bolesti, značajno češće žene
- od usporednih tjelesnih bolesti najučestalija je hipertenzija, kod 49 % ispitanika, slijedi gastritis, kod 30 % ispitanika, dok 15,6 % ispitanika ima bolest lokomotornog sustava ili poremećeni rad štitnjače, a dijabetes tipa 2 ima 11,3 % ispitanika
- usporedne psihičke bolesti ima 65,2 % ispitanika, značajno češće muškarci
- naše istraživanje pokazalo je visoku usporednu pojavnost depresije i tjelesnih bolesti
- prema ishodu liječena najviše ispitanika, njih 87 %, postiglo je kliničku remisiju, a za 13 % ispitanika potreban je intenzivniji ambulantni nastavak liječenja
- nema značajnih razlika u dobi između stabiliziranih ispitanika i onih kojima je potreban nastavak liječenja
- nema značajnih razlika u osnovnim obilježjima ispitanika prema ishodu liječenja
- komorbiditeti, hereditet za psihičke bolesti, ranije bolesti te rizični čimbenici ne pokazuju statističke značajne razlike između skupine bolesnika koji su postigli kliničku remisiju i skupine bolesnika koji su postigli parcijalni odgovor
- ispitanici s komplikacijama u liječenju značajno češće postižu tek parcijalnu kliničku remisiju, koja zahtjeva dalje redovito ambulantno liječenje
- iako naše istraživanje pokazuje visoku učestalost zajedničke pojave depresije i tjelesnih bolesti, zbog različitih mehanizama nastanka i razvoja pojedini bolesti potrebno je detaljnije obraditi svaku bolest da bi dobili potpunije podatke i iz njih zaključili mehanizam povezanosti depresije i tjelesnih bolesti.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Utvrditi kolika je učestalost tjelesnih bolesti kod oboljelih od depresije te utvrditi međuodnos depresije i tjelesnih bolesti, kao i procijeniti jesu li promatrane bolesti neovisni čimbenici rizika za depresiju i obrnuto. Naposljetku, utvrditi značaj povezanosti depresije i tjelesnog poremećaja za ishode liječenja.

Nacrt studije: Presječna studija.

Ispitanici i metode: Ispitanici uključeni u istraživanje bolesnice su i bolesnici oboljeli od depresije u dobi 20 do 70 godina. Ispitanici su liječeni na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 01.01. do 31.12.2016. godine. Kao izvor podataka koristili smo povijesti bolesti ispitanika s dijagnozom depresije, pohranjene u arhivu Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek.

Rezultati: Istraživanje je provedeno na 115 ispitanika oboljelih od depresije, od kojih je 49,6 % muškaraca i 50,4 % žena. Usporedne tjelesne bolesti ima 82,6 % ispitanika, značajno češće žene, dok usporedne psihičke bolesti ima 65,2 % ispitanika, značajno češće muškarci. Od usporednih tjelesnih bolesti najučestalija je hipertenzija, kod 49 % ispitanika. Tijekom liječenja komplikacije (nuzučnici liječenja) su imala 2,6 % ispitanika. Prema ishodu liječenja, 87 % ispitanika su postigli kliničku remisiju akutnih simptoma, dok je 13 % postiglo parcijalnu kliničku remisiju.

Zaključak: Istraživanje je pokazalo visoku usporednu pojavnost depresije i tjelesnih bolesti. Komorbiditeti, hereditet za psihičke bolesti, ranije bolesti te rizični čimbenici ne pokazuju statističke značajne razlike između skupine bolesnika koji su postigli kliničku remisiju i skupine bolesnika koji su postigli parcijalni odgovor. Ispitanici s komplikacijama u liječenju značajno češće postižu parcijalnu kliničku remisiju, koja zahtjeva dalje redovito ambulantno liječenje

Ključne riječi: depresija; tjelesne bolesti; komorbiditet

8. SUMMARY

Depression and somatic diseases

Objectives: The objective of this study was to determine the incidence of somatic diseases in patients diagnosed with depression, to determine the relation between depression and somatic diseases as well as to evaluate if observed diseases are independent risk factors for depression and vice versa. Finally, the aim was to determine the significance of correlation between depression and somatic diseases for treatment outcomes.

Study design: The study was structured as a cross-sectional study.

Respondents and methods: Respondents included in the study are patients diagnosed with depression between 20 and 70 years of age. The respondents were treated at the Clinic for Psychiatry of Clinical Hospital Centre Osijek between 1st of January and 31st of December 2016. As the source data, we used medical records of respondents diagnosed with depression.

Results: The study involved 115 respondents diagnosed with depression, 49,6 % of whom were men, and 50,4 % women. 82,6 % of the respondents had coexisting somatic diseases, found significantly more frequently in women, while 65,2 % of respondents had coexisting mental diseases, found significantly more frequently in men. Most common coexisting somatic disease was hypertension, 49 % of respondents. 2,6 % of the respondents suffered complications (side effects of the treatment) during the treatment. Considering the treatment outcome, most of the respondents (87 %) achieved complete clinical remission, while 13 % of the respondents achieved partial remission.

Conclusion: The study indicated high positive correlation between depression and somatic diseases. Comorbidity, mental disease heredity, previous diseases and risk factors do not reveal statistically significant differences between groups of respondents who achieved complete clinical remission and those who achieved only partial remission. The respondents with complications during the treatment significantly more frequently achieved only partial remission, which demands regular outpatient treatment.

Key words: depression; somatic diseases; comorbidity

9. LITERATURA

1. Muk B, Rade Z. Sestrinske dijagnoze kod depresivnog bolesnika, sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. Osijek: HUMS; 2011.
2. Hautzinger M. Depresija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
3. Hotujac Lj, Filipcic I, Grubišin J, Marcinko D. Živjeti s depresijom. PLIVA,2003
4. Maj M, Sartorius N. Depressive Disorders. Chichester: John Wiley & Sons,1999.
5. Filaković P, i sur. Psihijatrija. U: Filaković P, urednik. Afektivni poremećaji. Duševni poremećaji i tjelesne bolesti. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014. str.310-328, 441-445
6. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1498-1504.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Virginia:Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
8. Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP. Issues in Preventive Psychiatry. Basel: Karger, 1999.
9. Mihaljević Peleš A, Šegud M. Antidepresivi u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
10. Hotujac LJ. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
11. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Crisis 2004; 25:147-55.
12. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004; 4:4-37.
13. Jakovljevic M. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina u suvremenoj psihijatriji i medicini, Zagreb: Pro Mente, 2006.
14. Geddes JR, Carney SM, Davies C. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet 2003; 361 (9358): 653–61.
15. Olver J, Hopwood M. Depression and physical illness. The Medical Jurnal of Australia 2012; 199: S9-S12.
16. Matthew J, Bair R, Robinson M, Katon WJ, Kronke K. Depression and pain comorbidity. Arch Intern Med 2003; 163:2433-2445.

17. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29(2):147-55.
18. Kühn KU, Maier W. Depression in patients with somatic diseases. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1997; 25:167-80.
19. Christodoulou GN. Prevention on depression. WPA Bulletin of depression, 2002; 5:24.
20. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29(5):409-16.
21. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. Ann Clin Psychiatry 2007; 19(4):289-303.
22. Kolčić I, Vorko Jović A. Epidemiologija. 1.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
23. Vrhorac B, i sur. Interna medicina. 4. izd. Zagreb: Naklada Levak ;2008
24. Ivanković D. i sur. Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1988.
25. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
26. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V,Ustun B. Depression,chronic diseasea, and decrements in health : results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370: 851
27. Diminić-Lisica I, Frančišković T, Janović J, Popović B, Klarić M, Nemčić-Moro I. Comorbid Chronic Diseases in Depressed and non-depressed patiens in Family practice: Psychiatria Danubina 2010; 22 : 236-240.
28. Weissman M, Bland R, Canino G, Faravelli C, Greenwald S, Hai-Gwo Hwu i sur. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*:* The Journal of the American Medical Association; 1996; 276(4):293-299.
29. Rizvi S, Cyriac A, Grima E, Tan M, Lin P, Gallaugher L, i sur. Depression and Employment Status in Primary and Tertiary Care Settings. The Canadian Journal of Psychiatry 2015; 60(1): 14–22.
30. Fukuda Y, Hiyoshi A. Influences of income and employment on psychological distress and depression treatment in Japanese adults. Environ Health Preventive Medicine 2012; 17(1): 10–17.

31. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Lotufo Neto F. Hypertension and depression. Clinics 2005;60(3):241-50.
32. Lee SP, Sung IK, Kim JH, Lee SY, Park HS, Shim CS. The Effect of Emotional Stress and Depression on the Prevalence of Digestive Diseases. Journal of Neurogastroenterology and Motility 2015; 21(2): 273–282.
33. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. Diabetologia 2006; 49(5):837-45.
34. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, MPH, Hill Golden S.Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan.Diabetes Care 2008; 31(12): 2383–2390
35. Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. General Hospital Psychiatry 2013; 35 (2013) 217–225
36. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. Caspian Journal of Internal Medicine 2014; 5(3): 167-170
37. Koike AK, Unützer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. The American Journal of Psychiatry 2002 Oct; 159:1738-45.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ana Tataj

Medicinski fakultet Osijek

J.Huttlera 4, 31 000 Osijek

e-mail: ana.tataj@gmail.com

Datum i mjesto rođenja:

21.kolovoza 1991., Osijek

Kućna adresa:

Diljska 18, 31431 Čepin

Tel: 098 966 8799

OBRAZOVANJE

1998. - 2006. Osnovna škola Vladimira Nazora, Čepin

2006. - 2010. I. gimnazija, Osijek

2010.- 2011. Prehrambeno-tehnološki fakultet Osijek

2011.-2017. Medicinski fakultet Osijek

AKTIVNOSTI

2015: Certifikat za jednomjesečni IFMSA program profesionalne razmjene na Odjelu za radiologiju, Fakultni nemocnice Olomouc, Olomouc, Republika Češka