Procjena stupnja anksioznosti i depresije kod djece i adolescenatana na početku i po završetku liječenja u Dnevoj bolnici

Jurjević, Mario

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:600783

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Mario Jurjević

PROCJENA STUPNJA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE KOD DJECE I ADOLESCENATA NA POČETKU I PO ZAVRŠETKU LIJEČENJA U DNEVNOJ BOLNICI

Diplomski rad

Osijek, 2019.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Mario Jurjević

PROCJENA STUPNJA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE KOD DJECE I ADOLESCENATA NA POČETKU I PO ZAVRŠETKU LIJEČENJA U DNEVNOJ BOLNICI

Diplomski rad

Osijek, 2019.

Rad je ostvaren na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: izv. prof. prim. dr. sc. Katarina Dodig-Ćurković, dr.med. specijalist psihijatar i subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije

Rad ima 28 stranica, 8 tablica i 1 sliku.

Predgovor

Prije svega, želim zahvaliti pacijentima odjela dječje i adolescentne psihijatrije na sudjelovanju i dobroj volji bez koje ovaj diplomski rad ne bi mogao biti ostvaren.

Zatim, zahvaljujem zaposlenicima odjela na ugodnoj dobrodošlici i pomoći pri prikupljanju podataka, a osobito svojoj mentorici izv. prof. prim. dr. sc. Katarini Dodig-Ćurković, dr. med., na predloženoj temi, stručnom vodstvu i pomoći pri pisanju diplomskog rada.

Velika hvala Kristini Kralik, prof., koja mi je pomogla u statističkoj obradi podataka.

Posebno zahvaljujem svojoj vjernoj podršci, zaručnici Katarini, i svim prijateljima koji su na sebi svojstven način pripomogli da uspješno dođem do konačnog studentskog cilja.

I na kraju, zahvaljujem svojoj obitelji, majci Željki, ocu Mladenu te sestri Sanji, zahvala za vas nadilazi riječi jer sve ovo bez vas ne bi bilo moguće. Vama posvećujem ovaj diplomski rad.

Sadržaj

1. UVOD 1
1.1. Dnevna bolnica 1
1.1.1. Dnevna bolnica u psihijatrijskom liječenju 1
1.1.2. Dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije tijekom povijesti 1
1.1.3. Dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije u Republici Hrvatskoj 2
1.1.4. Dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije KBC-a Osijek 3
1.2. Anksioznost kod djece i adolescenata 4
1.3. Depresija kod djece i adolescenata 5
2. HIPOTEZA 7
3. CILJEVI 8
4. ISPITANICI I METODE 9
4.1. Ustroj studije 9
4.2. Ispitanici 9
4.3. Metode 9
4.4. Statističke metode 10
5. REZULTATI 11
6. RASPRAVA 17
7. ZAKLJUČAK 21
8. SAŽETAK 22
9. SUMMARY 23
10. LITERATURA 24
11. ŽIVOTOPIS 27
12. PRILOZI 28

1. UVOD

1.1. Dnevna bolnica

1.1.1. Dnevna bolnica u psihijatrijskom liječenju

Dnevna bolnica oblik je psihijatrijskog liječenja u kojem osoba boravi u bolnici nekoliko sati tijekom dana uključena u različite dijagnostičke i terapijske postupke, a ostatak dana provodi u obitelji (1). Pacijenti koji se liječe u dnevnoj bolnici ne zahtijevaju stalni boravak u bolnici, točnije u stacionaru, ali ipak trebaju zahtjevnije liječenje od onoga koje im se nudi u ambulanti. Psihijatrijske dnevne bolnice nude dijagnostičke i evaluacijske usluge, kao i medicinske, psihoterapijske i rehabilitacijske modalitete liječenja s različitim vrstama psihijatrijskih poremećaja (2).

Ono što je karakteristično za dnevnu bolnicu tim je interdisciplinarnih stručnjaka koji pacijentima pružaju odgovarajuće liječenje. Suvremena psihijatrijska služba potiče razvoj izvanbolničke psihijatrijske djelatnosti, a upravo dnevna bolnica predstavlja vrlo povoljno rješenje povezivanja šire društvene zajednice i tradicionalne institucionalne psihijatrije (3). Pacijenti koji se liječe u dnevnoj bolnici zadržavaju neprestani kontakt s okolinom, što im za vrijeme liječenja omogućava da ne gube vezu sa stvarnim svijetom koji ih okružuje (3).

Dnevna bolnica jedan je od najranijih oblika skrbi za psihijatrijsku zajednicu, a prvi puta pojavila se u bivšem Sovjetskom Savezu 1933. godine kada se pojavila potreba o organizaciji „polustacionara“ koji bi oslobodio bolničke objekte od velikog protoka i pritiska pacijenata (4). Takav oblik liječenja 1940-ih godina proširio se u Ameriku i Europu, a na području bivše Jugoslavije prva dnevna bolnica osnovana je u beogradskom Institutu za mentalno zdravlje 1963. godine (4, 5).

1.1.2. Dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije tijekom povijesti

Povijest dnevnih bolnica za djecu i adolescente seže u 1961. godinu kada je u Velikoj Britaniji osnovana prva dnevna bolnica (6). Neliko godina kasnije, točnije 1964. godine, osnovana je i pedopsihijatrijska dnevna bolnica „Sv. Srce u Montrealu”, što ukazuje na to da i dnevna bolnica za potrebe psihijatrijskog tretmana djece i adolescenata ima dugu tradiciju (6). Preko dnevnog centra ili dnevne bolnice u Montrealu zbrinjavala su se djeca s poteškoćama u razvoju, autizmom, hiperaktivnošću te djeca s deficitom pažnje ili poteškoćama u učenju (6). Djeci u

dnevnoj bolnici omogućen je multidisciplinaran pristup pedopsihijatra, psihoedukatora, ortopedagoga, logopeda, socijalnog radnika i drugih (6). Takav oblik liječenja u kojemu pacijent nije potpuno hospitaliziran posebno je pogodan za najosjetljiviju skupinu pacijenata, tj. za djecu. Uz aktivno liječenje koje traje samo dio dana dijete ne gubi doticaj s okolinom, redovito pohađa školu te se ne izdvaja iz svoje obitelji i društva što uvelike pridonosi kvaliteti života pacijenta (1).

Uz sve navedene prednosti koje dnevna bolnica pruža pacijentima, velike su prednosti i za cijeli zdravstveni sustav. Liječenje djece u dnevnoj bolnici omogućava primjenu većine dijagnostičkih i terapijskih metoda, a ipak smanjuje troškove liječenja i oslobađa bolničke krevete za pacijente kojima je dijagnosticirana teža dijagnoza od onih koje se liječe u dnevnoj bolnici. Iz svega navedenoga, može se zaključiti da je dnevna bolnica prilika za uvođenje suvremenog, ekonomičnog i multidisciplinarnog načina liječenja koji će znatno poboljšati zdravstvenu skrb za djecu i adolescente (6).

1.1.3. Dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije u Republici Hrvatskoj

Unatoč svim prednostima dnevne bolnice koje su prethodno navedene, dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije u Hrvatskoj postoji u samo tri grada – Zagrebu, Osijeku i Rijeci. Može se pretpostaviti da su jedan od razloga tako malom broju dnevnih bolnica dječje i adolescentne psihijatrije jasna pravila koja određuju da dnevna bolnica za djecu i adolescente mora imati svoj prostor koji će biti osposobljen samo za njih. U nedostatku prostora i financijskih sredstava, većina hrvatskih bolnica primorana je djecu i adolescente primati na odjel za odrasle psihijatrijske pacijente. Uz te nedostatke, bitno je naglasiti i deficit stručnjaka u specijalizaciji dječje i adolescentne psihijatrije. Primjerice, Klinički bolnički centar Split koji pokriva oko 800 000 ljudi još uvijek nema dnevnu bolnicu zbog nedostatka liječnika (7). Podatci u posljednjih par godina ukazuju na to da će mentalni poremećaji u djece i adolescenata biti najveći epidemiološki problem budućnosti, a uzrok su tome sve veći broj nesređenih odnosa u obiteljima, ekonomska neizvjesnost te vršnjačko nasilje (8). Podatci iz primarne zdravstvene zaštite pokazuju da je 2005. godine zabilježeno 17 836 posjeta djece zbog psihičkih problema, u 2010. godini zabilježeno je 28 010 posjeta, a 2012. godine zabilježeno je čak 37 543 posjeta djece (8). Unatoč tim pokazateljima, stanje na području dječje i adolescentne psihijatrije u Hrvatskoj i dalje je loše.

1.1.4. Dnevna bolnica dječje i adolescentne psihijatrije KBC-a Osijek

Odjel dječje i adolescentne psihijatrije u Osijeku jedan je od najstarijih u Hrvatskoj. Djeluje gotovo 56 godina, a 2015. godine odvojio se od Odjela za psihijatriju u samostalni Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju (9). Do 2017. godine prostor su i dalje dijelili s odraslim pacijentima koji su u konačnici premješteni na drugu lokaciju, nakon čega je Zavod dobio vlastiti prostor za liječenje djece i adolescenata s mentalnim poremećajima (8). Iako osječki Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju nije imao većih problema s nedostatkom stručnog kadra, imao je znatnih problema sa smještajem i uvjetima rada. Problemi koji prate i druge odjele dječje i adolescentne psihijatrije u Hrvatskoj pratili su i osječki odjel. Unatoč tome, Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC-a Osijek danas je najbolji glede pitanja broja stručnog medicinskog osoblja od svih zdravstvenih ustanova tog tipa u Republici Hrvatskoj (10).

Dnevna bolnica pri Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju s radom je započela u lipnju 2015. godine (9). Danas se o pacijentima u dnevnoj bolnici brine interdisciplinarni tim stručnjaka koji pruža odgovarajuće liječenje djeci i adolescentima. U tim su uključeni psihijatri, psiholozi, pedagog, logoped, radni terapeut te više i srednje medicinske sestre (9). Liječenje u dnevnoj bolnici odvija se od ponedjeljka do petka u jutarnjem i popodnevnom terminu, a pacijenti su raspoređeni u tri dobne grupe.

Liječenje u dnevnoj bolnici namijenjeno je pacijentima kojima ambulantni tretman nije dovoljan, a ne postoji indikacija za stacionarno liječenje (11). Prije početka liječenja u dnevnoj bolnici vrši se detaljna dijagnostika i multimodalno planiranje terapije specijalista dječje i adolescentne psihijatrije (11). U sustavu dnevne bolnice provode se različiti dijagnostički i terapijski postupci kod djece i adolescenata s različitim psihičkim poremećajima kao što su: poremećaji komunikacije, poremećaji učenja, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, poremećaji ponašanja, poremećaji hranjenja – anoreksija nervoza i bulimija, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaji, opsesivno-kompulzivni poremećaji, somatoformni poremećaji, disocijativni poremećaji, poremećaji spavanja, poremećaji prilagodbe, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji u ponašanju, bipolarni poremećaji, stanja nakon psihotičnih dekompenzacija, pervazivni razvojni poremećaji i sl. (9). Dnevna bolnica nudi alternativu 24-satnoj hospitalizaciji, a strukturirani program dnevne bolnice pruža dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju djeci s navedenim dijagnozama (9). Na taj način smanjuje se i trauma odvajanja djece i roditelja, a djeca koja se liječe u dnevnoj bolnici ne bivaju stigmatizirana i izolirana od

društva (9). Važnu ulogu u liječenju djece i adolescenata u dnevnoj bolnici ima i obitelj djeteta koja mu treba pružati neprestanu podršku te surađivati s timom stručnjaka dok traje oporavak djeteta (9). Tim stručnjaka koji liječe djecu potiču roditelje na suradnju i čestim razgovorima s njima imaju priliku uočiti određena ponašanja koja mogu ubrzati ili usporiti liječenje pacijenata (9). Psihijatrijsko liječenje u dnevnoj bolnici uključuje niz programa s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja i kvalitete života djece i to multidisciplinarnim liječenjem koje se provodi putem individualne i grupne psihoterapije, somatskog liječenja, medicinske njege, psihološke evaluacije te radne i okupacijske terapije i dr. (9). Na taj način pacijentima se omogućava što ranija integracija u svoju obiteljsku i školsku sredinu (9). Liječenje u dnevnoj bolnici pomaže djeci poboljšati funkcioniranje u obitelji, vršnjačkoj grupi, školi i njihovim ostalim ulogama u društvu te razviti otpornost pri suočavanju sa stresorima (12). Terapijski su ciljevi liječenja djece i adolescenata u dnevnoj bolnici, prije svega, bolja socijalizacija i usmjeravanje ponašanju koje je prihvatljivo društvu kojem pripada (9). Pažnja je usmjerena na prilagodbu djeteta na okolinu te mijenjanju stavova koji najčešće dovode do konflikta, a upravo su ona često uzrok loše socijalizacije među vršnjacima, ali i narušenih obiteljskih odnosa (9). Djecu se liječenjem u dnevnoj bolnici potiče na inicijativu, spontanost i intenzivnu komunikaciju (9).

1.2. Anksioznost kod djece i adolescenata

Anksioznost možemo definirati kao stanje koje je karakterizirano osjećajem napetosti, opterećenošću mislima zabrinutosti te tjelesnim simptomima poput ubrzanog rada srca, znojenja, drhtanja ruku, otežanog disanja i dr. (13). Ona je osnovna ljudska emocija neizbježna u rastu i razvoju osobe, a ujedno može biti jedan od simptoma psihičkih poremećaja. Prema tome, razlikujemo dvije vrste anksioznosti: normalnu (fiziološku) i patološku anksioznost.

Fiziološka anksioznost predstavlja normalnu reakciju na stvarnu opasnost te ima adaptivnu funkciju na nove ili ugrožavajuće situacije (14). Taj oblik anksioznosti čini osobu opreznijom i omogućuje osobi suprotstavljanje ili izbjegavanje takvih situacija (14). Anksioznost kao takvu važno je naučiti kontrolirati jer u protivnom može poprimiti patološki oblik. Prema definiciji M. Mahoneya normalnu anksioznost pojedinac može kontrolirati, a patološka je ona koja kontrolira pojedinca (15). Za razliku od fiziološke, patološka anksioznost obilježena je pojavljivanjem neovisno o opasnosti, prisutna je tijekom dužeg vremena nakon izloženosti stresu i prestanku opasnosti te ometa funkcioniranje osobe (15). Takav oblik anksioznosti glavni je simptom anksioznih poremećaja, koji kod djece i adolescenata ometaju normalni

psihosocijalni razvoj te dovode do poteškoća u školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju (14).

Uobičajeni anksiozni poremećaji kod djece i adolescenata su separacijski anksiozni poremećaj, socijalna fobija, generalizirani anksiozni poremećaj, specifična fobija, agorafobija, panični poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Njihova prevalencija kreće se od 15 % do 20 % te se ubrajaju u najčešće psihičke poremećaje u dječjoj i adolescentnoj dobi (16).

S obzirom na spol, djevojčice imaju veću prevalenciju u odnosu na dječake te se ta razlika povećava razvojem i u adolescenciji doseže 2 – 3:1 (17). S obzirom na dob, pojedini anksiozni poremećaji tipični su za određenu životnu dob. Tako primjerice, kod mlađe se djece češće javlja separacijski anksiozni poremećaj, dok se kod adolescenata češće javlja panični poremećaj i socijalna fobija (14).

1.3. Depresija kod djece i adolescenata

Depresija je ozbiljan emocionalni poremećaj koji karakteriziraju poremećaji raspoloženja kao što su dugotrajna tuga, nesposobnost uživanja u ranije ugodnim stvarima ili aktivnostima i duševna bol (18). Depresija utječe na rast i razvoj djece, njihov uspjeh u školi te na odnose unutar obitelji i među vršnjacima (19). Najčešći su simptomi koji prate depresiju manjak energije, promjena apetita, nesanica ili prevelika potreba za snom, povećana tjeskoba ili zabrinutost, smanjena koncentracija, neodlučnost, nemir, osjećaj bezvrijednosti, krivnje ili beznađa, misli o samoozljeđivanju ili suicidu (18). Bitno obilježje depresije, odnosno velike depresivne epizode, jest razdoblje od najmanje dva tjedna tijekom kojega postoji depresivno raspoloženje ili gubitak zanimanja ili uživanja u gotovo svim aktivnostima (20). Iako je depresija kod djece i odraslih vrlo slična, ipak postoje neke specifičnosti kod depresije u djece (19). Za depresiju kod djece i adolescenata karakteristično je raspoloženje koje je više razdražljivo nego tužno (19). Odrasli pacijenti koji boluju od depresije najčešće ni u čemu ne uspijevaju uživati, dok djeca mogu uživati u nekim aktivnostima koliko god bila depresivna (19).

Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, 5 izdanje, (DSM-5) u depresivne poremećaje ubrajamo: veliki depresivni poremećaj (jedna epizoda i ponavljajući), perzistentni depresivni poremećaj (distimija), disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, predmenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim

tvarima/lijekom, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja i drugi specificirani i nespecificirani depresivni poremećaj (mala ili subsindromalna depresija) (21).

Istraživanja su pokazala da je prevalencija depresije kod mladih u porastu od 1940. godine te da se poremećaj javlja u sve ranijim dobnim skupinama, ali uglavnom samo za blagu i umjerenu depresiju (14). Prema rezultatima epidemioloških istraživanja depresija se javlja od 0,3 % do 1,4 % kod djece predškolskog uzrasta, od 1 % do 2 % kod djece školskog uzrasta te od 3 % do 8 % u adolescentnoj dobi (21). Prevalencija je jednaka u oba spola do adolescencije kada postaje dva do tri puta veća kod djevojaka u odnosu na mladiće (21).

2. HIPOTEZA

Po završetku liječenja, djeca i adolescenti liječeni u dnevnoj bolnici manjeg su stupnja anksioznosti i depresije.

3. CILJEVI

Ciljevi ovog znanstveno-istraživačkog rada su:

1) ispitati vrijednosti anksioznosti i depresije uz pomoć Beckove skale za anksioznost i Beckove skale za depresiju među djecom i adolescentima na početku liječenja u dnevnoj bolnici i nakon 90 dana provedenog liječenja,
2) ispitati kako liječenje u dnevnoj bolnici utječe na razinu anksioznosti i depresije među mladima,
3) ispitati postoje li razlike među Beckovim skalama za ankisoznost i depresiju u odnosu na spol, dob, vrstu škole, strukturu obitelji i dijagnozu zbog koje pacijent dolazi.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao presječno istraživanje (22). Provedeno je na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek uz suglasnost pročelnice Zavoda i odobrenje Etičkog povjerenstva za istraživanje Medicinskog fakulteta Osijek.

4.2. Ispitanici

Ispitanici su bili pacijenti obaju spolova, u dobi od 10 do 18 godina, koji su liječeni u dnevnoj bolnici na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek od lipnja do prosinca 2018. godine.

U istraživanje je bilo uključeno 87 ispitanika od kojih se njih 25 nije odazvalo na kontrolni pregled po završetku liječenja, a posljedično tome napravljena je usporedba rezultata za 62 ispitanika.

4.3. Metode

Podatci su prikupljani uz pomoć dviju standardiziranih anketa za procjenu stupnja anksioznosti (Beckova skala za anksioznost) i depresije (Beckova skala za depresiju), koje su bile upućene pacijentu na početku liječenja u dnevnoj bolnici i nakon 90 dana provedenog liječenja.

Beckova skala za anksioznost samoocjenska je skala koja sadržava 21 česticu za procjenu simptoma anksioznosti u posljednjih sedam dana. U svakoj čestici postoje četri tvrdnje koje opisuju stupanj jačine anksioznosti, a te su tvrdnje označene u rasponu od 0 do 3 (0 – gotovo nikad; 1 – ponekad; 2 – često; 3 – stalno). Ukupni rezultat ljestvice upućuje na stupanj anksioznosti, odnosno veći rezultat znači veći intenzitet anksioznosti. Zbroj bodova od 0 do 7 predstavlja normalni raspon, od 8 do 15 blagu anksioznost, od 16 do 25 umjerenu anksioznost, a od 26 do 63 ukazuje na jaku anksioznost (23).

Beckova skala za depresiju samoocjenska je skala koja sadrži 21 česticu za procjenu simptoma depresije u prethodna dva tjedna. U svakoj čestici postoje četiri izjave poredane po težini određenog simptoma depresije koje su označene u rasponu od 0 (simptom odsutan) do 3 (teški simptom). Najmanji mogući rezultat je 0, a najveći je 63, pri čemu veći rezultat ukazuje na veću ozbiljnost simptoma depresije. Zbroj bodova od 0 do 13 predstavlja normalni raspon, od 14 do

19 blagu depresiju, od 20 do 28 umjerenu depresiju, a od 29 do 63 ukazuje na težu depresiju (24, 25).

Uz prethodno navedene dvije ankete korišten je i nestrukturirani sociodemografski upitnik koji je bio upućen roditeljima odnosno skrbnicima djeteta ili adolescenta. Njime su prikupljeni podatci o dobi, spolu, školi koju ispitanik pohađa, strukturi obitelji (potpuna, razvedeni, ostalo), broju djece u obitelji, koje je ispitanik dijete po redu u obitelji, školskom uspjehu, slobodnim aktivnostima kojima se ispitanik bavi te podatcima o nekoj drugoj bolesti zbog koje se ispitanik liječi. Dijagnoza se utvrdila uvidom u povijest bolesti.

4.4. Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli je testirana Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli prije i poslije liječenja u dnevnoj bolnici testirane su Wilcoxonovim testom. Ocjena povezanosti dana je Spearmanovim koeficijentom korelacije (26). Sve su P vrijednosti dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na Alpha = 0,05. Za statističku analizu koristio se statistički program MedCalc Statistical Software version 18.2.1 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; http://www.medcalc.org; 2018).

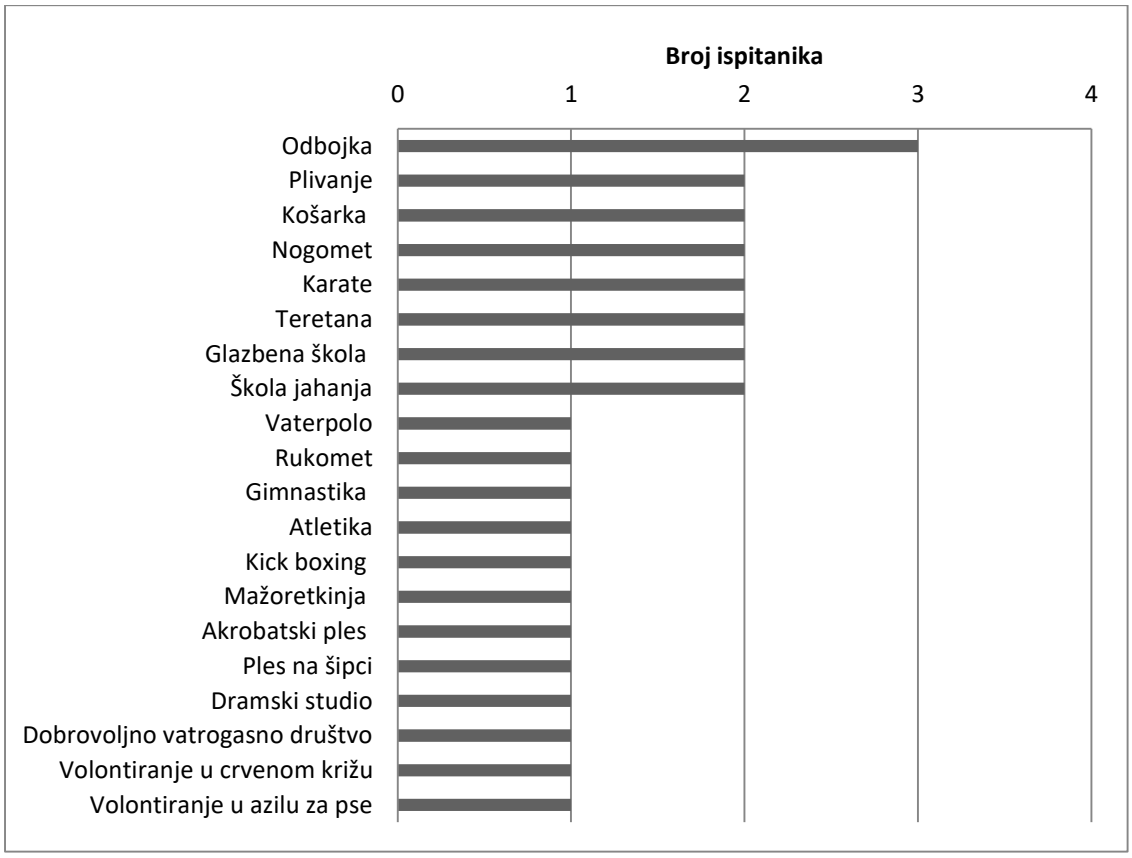
5. REZULTATI

Istraživanje je provedeno na 87 ispitanika, od kojih je 24 (28 %) muškog i 63 (72 %) ženskog spola. Središnja vrijednost (medijan) dobi ispitanika je 15 godina (interkvartilnog raspona od 14 do 17 godina) u rasponu od 10 do 18 godina. Najviše ispitanika, njih 43 (49 %), pohađa strukovne srednje škole, 19 (22 %) gimnaziju, dok u osnovnu školu ide 25 (29 %) ispitanika. U potpunoj obitelji živi 54 (62 %) ispitanika. Medijan broja djece u obitelji je dvoje djece (interkvartilnog raspona od 2 do 3 djeteta) u rasponu od jednog djeteta do desetero djece. Prvo dijete po redu je 53 (61 %) ispitanika, drugo po redu njih 24 (28 %), dok su ostala djeca, treće do deveto dijete po redu. Izvrstan ili vrlo dobar uspjeh u školi imaju 64 (73 %) ispitanika (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema osnovnim obilježjima

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muški	24 (28)
Ženski	63 (72)
Škola	
Osnovna škola	25 (29)
Gimnazije	19 (22)
Strukovne srednje škole	43 (49)
Obitelj	
Potpuna	54 (62)
Razvedeni	25 (29)
Ostalo	8 (9)
Dijete po redu	
Prvo	53 (61)
Drugo	24 (28)
Treće	5 (6)
Četvrto	2 (2)
Peto	1 (1)
Šesto	1 (1)
Sedmo	1 (1)
Osmo	1 (1)
Deveto	1 (1)
Uspjeh u školi	
Nedovoljan	2 (2)
Dovoljan	2 (2)
Dobar	19 (22)
Vrlo dobar	41 (47)
Izvrstan	23 (26)

Nekom slobodnom aktivnosti bavi se 29 (33 %) ispitanika, najčešće odbojkom, plivanjem, košarkom, karateom, nogometom, idu u teretanu, glazbenu školu ili u školu jahanja (Slika 1).



Slika 1. Ispitanici prema slobodnoj aktivnosti kojom se bave

Neku popratnu bolest ima 10 (12 %) ispitanika, po dvoje ispitanika šećernu bolest ili astmu, dok su ostale bolesti prisutne kod manjeg broja ispitanika (Tablica 2).

Tablica 2. Ispitanici prema komorbiditetima

	Broj (%) ispitanika
Komorbiditeti	
Šećerna bolest	2 (2)
Astma	2 (2)
Peptički ulkus	1 (1)
Autoimuni tireoiditis	1 (1)
Hipotireoza	1 (1)
Supraventrikularna paroksizmalna tahikardija	1 (1)
Celijakija	1 (1)
Alergija na inhalacione alergene	1 (1)

Poremećaje ponašanja i emocionalne poremećaje s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji ima 62 (71 %) ispitanika, 22 (25 %) neurotski i somatoformni poremećaj i poremećaj izazvan stresom, 4 (5 %) ispitanika imaju shizofreniju, poremećaj sličan shizofreniji i sumanuta stanja, bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike ili namjerno samoozljeđivanje oštrim predmetom, 8 (9 %) ispitanika pati od glavobolje, dok su ostale dijagnoze zastupljene kod manjeg broja ispitanika (Tablica 3).

Tablica 3. Raspodjela ispitanika u odnosu na dijagnoze

	Broj (%) ispitanika
Dijabetes melitus ovisan o inzulinu (E10)	1 (1)
Umjerena proteinsko energijska pothranjenost (E44)	1 (1)
Hiperkolesterolemija (E78)	1 (1)
Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom više vrsta droga i drugih psihoaktivnih tvari (F19)	1 (1)
Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije (F23)	4 (5)
Poremećaji raspoloženja (F30 – F39)	2 (2)
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (F40 – F48)	22 (25)
Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50 – F59)	4 (5)
Poremećaji navika i impulsa (F63)	1 (1)
Laka mentalna retardacija (F70)	1 (1)
Mješoviti specifični poremećaji razvoja (F83)	1 (1)
Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (F90 – F98)	62 (71)
Glavobolja (R51)	8 (9)
Namjerno samoozljeđivanje oštrim predmetom (X78)	4 (5)

Značajno je smanjenje i anksioznosti (Wilcoxon test, $P < 0,001$) i depresije (Wilcoxon test, $P < 0,001$), nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici (Tablica 4).

Tablica 4. Vrijednosti Beckove skale anksioznosti i depresije na početku liječenja u dnevnoj bolnici i nakon 90 dana

	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Početak liječenja u dnevnoj bolnici	Nakon 90 dana u dnevnoj bolnici	
Anksioznost (Beck)	23 (12 – 34)	14 (7 – 29)	**< 0,001**
Depresija (Beck)	24 (15 – 40)	13 (4 – 28)	**< 0,001**

*Wilcoxonov test

Značajno je smanjenje anksioznosti po Beckovoj skali nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici kod ispitanika ženskog spola (Wilcoxon test, P < 0,001), kod ispitanika osnovne škole (Wilcoxon test, P = 0,02), i strukovnih srednjih škola (Wilcoxon test, P = 0,01). S obzirom na obitelj, anksioznost se smanjila kod ispitanika koji žive u potpunoj (Wilcoxon test, P = 0,01), i u obitelji gdje su roditelji razvedeni (Wilcoxon test, P = 0,002). Značajno je poboljšanje od anksioznosti, s obzirom na uspjeh u školi, kod dobrih (Wilcoxon test, P = 0,009), i vrlo dobrih (Wilcoxon test, P < 0,001) ispitanika (Tablica 5).

Tablica 5. Beckova skala anksioznosti na početku i kraju liječenja u dnevnoj bolnici u odnosu na obilježja ispitanika

Anksioznost	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Početak liječenja u dnevnoj bolnici	Nakon 90 dana u dnevnoj bolnici	
Spol			
Muški	10 (5 – 23)	7 (3 – 13)	0,12
Ženski	28 (18 – 37)	19 (9 – 35)	**< 0,001**
Škola			
Osnovna škola	18 (7 – 29)	13 (5 – 21)	**0,02**
Gimnazije	30 (18 – 37)	19 (7 – 40)	0,05
Strukovne srednje škole	25 (12 – 34)	10 (7 – 30)	**0,01**
Obitelj			
Potpuna	25 (12 – 36)	19 (7 – 32)	**0,01**
Razvedeni	21 (16 – 32)	10 (6 – 18)	**0,002**
Ostalo	14 (7 – 44)	8 (7 – 30)	0,34
Uspjeh u školi			
Nedovoljan	27 (7 – 34)	22 (n = 1)	-
Dovoljan	5 (3 – 5)	12 (6 – 11)	0,18
Dobar	16 (10 – 34)	10 (7 – 32)	**0,009**
Vrlo dobar	20 (12 – 33)	9 (3 – 19)	**< 0,001**
Izvrstan	31 (21 – 36)	31 (18 – 40)	0,34

*Wilcoxonov test

Značajno je smanjenje depresije po Beckovoj skali nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici kod ispitanika ženskog spola (Wilcoxon test, P = 0,001), i muškog spola (Wilcoxon test, P = 0,007), kod ispitanika strukovnih srednjih škola (Wilcoxon test, P < 0,001). S obzirom na obitelj, depresija se smanjila kod ispitanika koji žive u potpunoj (Wilcoxon test, P = 0,02), i u obitelji gdje su roditelji razvedeni (Wilcoxon test, P = 0,002). Značajno je poboljšanje od depresije, s obzirom na uspjeh u školi, kod vrlo dobrih (Wilcoxon test, P < 0,001) ispitanika (Tablica 6).

Tablica 6. Beckova skala depresije na početku i kraju liječenja u dnevnoj bolnici u odnosu na obilježja ispitanika

Depresija	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Početak liječenja u dnevnoj bolnici	Nakon 90 dana u dnevnoj bolnici	
Spol			
Muški	16 (6 – 20)	5 (2 – 7)	**0,007**
Ženski	31 (17 – 42)	20 (9 – 35)	**0,001**
Škola			
Osnovna škola	17 (7 – 26)	16 (2 – 22)	0,16
Gimnazije	34 (19 – 43)	26 (9 – 45)	0,05
Strukovne srednje škole	28 (11 – 40)	11 (4 – 25)	**< 0,001**
Obitelj			
Potpuna	24 (15 – 40)	17 (4 – 32)	**0,02**
Razvedeni	30 (16 – 38)	12 (4 – 22)	**0,002**
Ostalo	14 (6 – 46)	6 (4 – 32)	0,07
Uspjeh u školi			
Nedovoljan	32 (13 – 35)	21 (n = 1)	-
Dovoljan	18 (8 – 19)	9 (4 – 9)	0,18
Dobar	29 (7 – 40)	21 (5 – 36)	0,18
Vrlo dobar	20 (13 – 35)	7 (3 – 15)	**< 0,001**
Izvrstan	31 (16 – 42)	25 (16 – 41)	0,31

*Wilcoxonov test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost anksioznosti i depresije s dobi ispitanika i ustanovili da kod naših ispitanika nema značajne povezanosti prije i nakon provedenog liječenja u dnevnoj bolnici (Tablica 7).

Tablica 7. Povezanost dobi ispitanika s vrijednostima Beckove skale anksioznosti i depresije na početku i kraju liječenja u dnevnoj bolnici

	Spearmanov koeficijent korelacije (Rho) dobi ispitanika
Anksioznost prije dnevne bolnice	0,012 (0,91)
Anksioznost nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici	-0,046 (0,72)
Depresija prije dnevne bolnice	0,126 (0,25)
Depresija nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici	-0,008 (0,95)

U odnosu na dijagnoze, značajno je poboljšanje od anksioznosti u slučajevima neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom (Wilcoxon test, P = 0,005), kod

poremećaja ponašanja i emocionalnih poremećaja s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (Wilcoxon test, P = 0,02), te u slučajevima glavobolja (Wilcoxon test, P = 0,03).

Značajno je poboljšanje od depresije kod neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom (Wilcoxon test, P = 0,01), te kod ispitanika s poremećajima ponašanja i emocionalnim poremećajima s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (Wilcoxon test, P = 0,001) (Tablica 8).

Tablica 8. Beckova skala anskioznosti i depresije na početku i kraju liječenja u dnevnoj bolnici u odnosu na najučestalije dijagnoze

	Medijan (interkvartilni raspon)		P*
	Početak liječenja u dnevnoj bolnici	Nakon 90 dana u dnevnoj bolnici	
Anksioznost			
Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije (F23)	23 (6 – 48)	27 (15 – 46)	> 0,99
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (F40 – F48)	21 (12 – 32)	9 (7 – 20)	**0,005**
Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50 – F59)	28 (23 – 41)	26 (10 – 42)	0,28
Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (F90 – F98)	27 (12 – 35)	16 (6 – 31)	**0,02**
Glavobolja (R51)	26 (21 – 31)	19 (12 – 28)	**0,03**
Depresija			
Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije (F23)	28 (13 – 40)	24 (5 – 57)	> 0,99
Neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (F40 – F48)	28 (18 – 37)	12 (7 – 30)	**0,01**
Bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50 – F59)	35 (22 – 50)	35 (15 – 44)	0,36
Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (F90 – F98)	20 (11 – 41)	14 (4 – 29)	**0,001**
Glavobolja (R51)	31 (20 – 39)	20 (13 – 30)	0,05

*Wilcoxonov test

6. RASPRAVA

Većina istraživanja ukazuje u prilog porasta anksioznosti i depresije među mladima, ali još je uvijek nedovoljan broj istraživanja koja se bave procjenom anksioznosti i depresije u sustavu dnevne bolnice kao jednog od oblika liječenja. Dnevna bolnica noviji je oblik u pristupu liječenja na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC-a Osijek te je svrha ovog istraživanja bila ispitati uspješnost rada u dnevnoj bolnici.

U istraživanju je sudjelovalo 87 ispitanika, od kojih je 24 (28 %) muškog i 63 (72 %) ženskog spola, dok je medijan dobi ispitanika bio 15 godina (interkvartilnog raspona od 14 do 17 godina) u rasponu od 10 do 18 godina. Od sveukupnog broja ispitanika, njih 25 nije se odazvalo na kontrolni pregled po završetku liječenja, a posljedično tome, napravljena je usporedba rezultata za 62 ispitanika.

Navedeni rezultati istraživanja ukazuju nam kako su stupanj anksioznosti i depresije veći u ispitanika ženskog spola adolescentne dobi. Rezultat o većem stupnju anksioznosti kod ženskog spola potvrđuje nam više istraživanja u kojima se utvrdilo da djevojke imaju znatno veću razinu anksioznosti od mladića, a pogotovo između 14 i 15 godina, kako navodi u svom istraživanju autorica Ingul (27, 28, 29). Rezultat o većem stupnju depresije u ispitanika ženskog spola, također nam potvrđuje više istraživanja u kojima se utvrdila veća razina depresivnih simptoma kod djevojaka adolescentne dobi u odnosu na mladiće (30, 28, 31). Prisutnu razliku u intezitetu, kako anksioznosti tako i depresije, između muškog i ženskog spola mogli bismo objasniti razlikama u fizičkom i psihičkom sazrijevanju. Naime, dok pubertet ima uglavnom pozitivno značenje za dječake jer se osjećaju većima i jačima, djevojke uglavnom doživljavaju više negativnih aspekata toga razvoja, poput problema sa slikom o vlastitom tijelu, smanjenim samopoštovanjem i sl. (32).

Jedan od ciljeva ovog istraživanja bio je ispitati vrijednosti anksioznosti i depresije uz pomoć Beckove skale za anksioznost i Beckove skale za depresiju kod djece i adolescenata na početku liječenja u dnevnoj bolnici i nakon 90 dana provedenog liječenja.

Rezultatima provedenog istraživanja ustanovili smo kako je medijan Beckove skale za anksioznost na početku liječenja u dnevnoj bolnici iznosio 23 što odgovara umjerenom stupnju anksioznosti među ispitanicima, dok je po završetku liječenja nakon 90 dana iznosio 14, što odgovara blagom stupnju anksioznosti. Slično tome, medijan ispitanih vrijednosti Beckove skale za depresiju na početku liječenja iznosio je 24, što odgovara umjerenom stupnju depresije,

dok je nakon 90 dana liječenja iznosio 13, što odgovara normalnom rasponu depresije kod ispitanika.

Iz dobivenih rezultata možemo uvidjeti kako je prisutno značajno smanjenje stupnja anksioznosti (Wilcoxon test, $P < 0,001$) i depresije (Wilcoxon test, $P < 0,001$) po završetku liječenja u dnevnoj bolnici. Ovim rezultatima potvrđena je hipoteza istraživanja u kojoj smo pretpostavili kako će po završetku liječenja u dnevnoj bolnici djeca i adolescenti biti manjeg stupnja anksioznosti i depresije te smo ukazali na uspješnost rada u dnevnoj bolnici.

Slično istraživanje proveli su Bradarić i sur. u kojem su potvrdili značajno smanjenje simptoma depresije i učinkovitost liječenja u dnevnoj bolnici kod ispitanika adolescentne dobi (33). O učinkovitosti liječenja u dnevnoj bolnici i smanjenju simptoma anksioznosti i depresije potvrđuje nam i istraživanje Griz i sur. (34). Isto tako, istraživanje Mendoca i sur. potvrdilo je učinkovitost liječenja u dnevnoj bolnici nakon tri mjeseca liječenja kod djece i adolescenata sa psihičkim poremećajima (35).

Dnevna bolnica pokazuje se kao uspješan oblik liječenja u psihijatrijskoj populaciji dječje i adolescentne dobi. Razlog tome zasigurno je prisutan u više čimbenika, a posebice zbog njezina multidisciplinarnog pristupa, smanjenja traume odvajanja djece i roditelja te ne bivanja stigmatiziranim i izoliranim od društva. Posljedično tome, liječenje u dnevnoj bolnici dovodi do značajnog smanjenja simptoma, većeg zadovoljstva roditelja i poboljšanja u kliničkom, akademskom i obiteljskom okruženju **(**36).

Osim ispitivanja uspješnosti rada u sustavu dnevne bolnice među djecom i adolescentima, provedeno istraživanje usmjereno je i na ispitivanje razlika u vrijednostima među Beckovim skalama za ankisoznost i depresiju u odnosu na spol, dob, vrstu škole, strukturu obitelji i dijagnozu zbog koje je pacijent dolazio.

Rezultati istraživanja povezani sa spolom ispitanika pokazuju značajno smanjenje stupnja anksioznosti kod ispitanika ženskog spola (Wilcoxon test, $P < 0,001$) u odnosu na muški spol (Wilcoxon test, $P = 0,12$). S obzirom na dob ispitanika, rezultati su pokazali da nema značajne povezanosti sa stupnjem anksioznosti na početku ($Rho = 0,91$) i po završetku liječenja ($Rho = 0,72$) u dnevnoj bolnici. S obzirom na vrstu škole, rezultati istraživanja pokazuju značajno smanjenje stupnja anksioznosti kod ispitanika koji pohađaju osnovnu školu (Wilcoxon test, $P = 0,02$) i strukovne srednje škole (Wilcoxon test, $P = 0,01$), za razliku od onih ispitanika koji pohađaju gimnazije (Wilcoxon test, $P = 0,05$). S obzirom na strukturu obitelji, rezultati

istraživanja pokazuju značajno smanjenje stupnja anksioznosti kod ispitanika koji žive u potpunoj obitelji (Wilcoxon test, P = 0,01) i u obitelji gdje su roditelji razvedeni (Wilcoxon test, P = 0,002), za razliku od ispitanika koji žive sa samohranim ocem ili majkom ili nemaju roditelje (Wilcoxon test, P = 0,34). S obzirom na dijagnozu zbog koje se pacijent liječio, rezultati istraživanja pokazuju značajno poboljšanje od anksioznosti u slučajevima s neurotskim i somatoformnim poremećajima i poremećajima izazvanim stresom (Wilcoxon test, P = 0,005), kod poremećaja ponašanja i emocionalnih poremećaja s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (Wilcoxon test, P = 0,02) te u slučajevima glavobolja (Wilcoxon test, P = 0,03). U ostalim slučajevima, kod akutnih polimorfnih psihotičnih poremećaja bez simptoma shizofrenije (Wilcoxon test, P > 0,99) i bihevioralnih sindroma povezanih s fiziološkim poremećajima i fizičkim čimbenicima (Wilcoxon test, P = 0,28) nije uočeno značajno poboljšanje od anksioznosti.

Rezultati istraživanja povezani sa spolom ispitanika pokazuju značajno smanjenje stupnja depresije i kod ispitanika ženskog spola (P = 0,001) i muškog spola (P = 0,007). S obzirom na dob ispitanika, rezultati su pokazali kako nema značajne povezanosti sa stupnjem depresije na početku (Rho = 0,25) i po završetku liječenja (Rho = 0,95) u dnevnoj bolnici. S obzirom na vrstu škole, rezultati istraživanja pokazuju značajno smanjenje stupnja depresije kod ispitanika koji pohađaju strukovne srednje škole (Wilcoxon test, P < 0,001), za razliku od onih ispitanika koji pohađaju gimnazije (Wilcoxon test, P = 0,05) i osnovnu školu (Wilcoxon test, P = 0,16). S obzirom na strukturu obitelji, rezultati istraživanja pokazuju značajno smanjenje stupnja depresije kod ispitanika koji žive u potpunoj obitelji (Wilcoxon test, P = 0,02) i u obitelji gdje su roditelji razvedeni (Wilcoxon test, P = 0,002), za razliku od ispitanika koji žive sa samohranim ocem ili majkom ili nemaju roditelje (Wilcoxon test, P = 0,07). S obzirom na dijagnozu zbog koje se pacijent liječio, rezultati istraživanja pokazuju značajno poboljšanje od depresije u slučajevima s neurotskim i somatoformnim poremećajima i poremećajima izazvanim stresom (Wilcoxon test, P = 0,01), kod poremećaja ponašanja i emocionalnih poremećaja s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (Wilcoxon test, P = 0,001). U ostalim slučajevima, kod akutnih polimorfnih psihotičnih poremećaja bez simptoma shizofrenije (Wilcoxon test, P > 0,99), kod bihevioralnih sindroma povezanih s fiziološkim poremećajima i fizičkim čimbenicima (Wilcoxon test, P = 0,36) te u slučajevima glavobolja (Wilcoxon test, P = 0,05) nije uočeno značajno poboljšanje od depresije.

Kako je prisutan nedovoljan broj istraživanja u proučavanju procjene anksioznosti i depresije u sustavu dnevne bolnice kao oblika liječenja među djecom i adolescentima psihijatrijske

populacije, većinu obilježja nismo bili u mogućnosti usporediti s rezultatima iz drugih istraživanja.

Od usporedivih rezultata, u srpskom istraživanju nalazimo da je kod adolescenata bilo prisutno značajno poboljšanje od simptoma depresije u obama spolovima, što odgovara i rezultatima našeg istraživanja (33). U navedenom istraživanju prisutno je i značajno poboljšanje od simptoma depresije kod svih adolescentnih dobnih kategorija, dok u našem istraživanju nije utvrđena značajna povezanost stupnja depresije na početku i po završetku liječenja s dobi ispitanika. Prisutnu razliku mogli bismo objasniti u ograničenoj kontrolnoj skupini srpskog istraživanja koje je obuhvatilo samo ispitanike adolescentne dobi, za razliku od našeg istraživanja u kojem su sudjelovali i ispitanici školske dobi. Od usporedivih rezultata tu je još i brazilsko istraživanje u kojem autori navode da je uočeno značajno poboljšanje kliničkog stanja kod svih psihičkih poremećaja ispitanika ovog istraživanja (35). Najčešće početne dijagnoze navedenog istraživanja bili su poremećaji raspoloženja (45,1 %), zatim bihevioralni sindromi povezani s fiziološkim poremećajima i fizičkim čimbenicima (29 %) te neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (19 %). Za razliku od našeg istraživanja, značajno smanjenje stupnja anksioznosti i depresije nije bilo utvrđeno kod svih ispitanika, što možemo objasniti razlikom u težini početne dijagnoze i programa liječenja dnevne bolnice.

7. ZAKLJUČAK

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

- značajno je smanjenje stupnja anksioznosti i depresije kod djece i adolescenata nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici,
- s obzirom na spol značajno je smanjenje stupanja anksioznosti kod ispitanika ženskog spola, dok je smanjenje stupnja depresije značajno kod ispitanika ženskog i muškog spola,
- s obzirom na vrstu škole značajno je smanjenje stupnja anksioznosti kod ispitanika osnovne škole i strukovnih srednjih škola, dok je smanjenje stupnja depresije značajno kod ispitanika strukovnih srednjih škola,
- s obzirom na strukturu obitelji značajno je smanjenje stupnja anksioznosti i depresije kod ispitanika koji žive u potpunoj obitelji i u obitelji gdje su roditelji razvedeni,
- s obzirom na dijagnozu zbog koje pacijent dolazi, značajno je smanjenjenje stupnja anksioznosti u slučajevima neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom (F40 – F48), kod poremećaja ponašanja i emocionalnih poremećaja s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (F90 – F98) te u slučajevima glavobolja (R51), dok je smanjenje stupnja depresije značajno kod ispitanika s neurotskim i somatoformnim poremećajima i poremećajima izazvanim stresom (F40 – F48) te poremećajima ponašanja i emocionalnim poremećajima s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji (F90 – F98),
- nije uočena značajna povezanost dobi ispitanika sa stupnjem anksioznosti ili depresije.

8. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ispitati vrijednosti anksioznosti i depresije kod djece i adolescenata na početku i nakon 90 dana liječenja, ispitati kako liječenje u dnevnoj bolnici utječe na razinu anksioznosti i depresije te ispitati postoje li razlike među Beckovim skalama za ankisoznost i depresiju u odnosu na spol, dob, vrstu škole, strukturu obitelji i dijagnozu zbog koje pacijent dolazi.

Nacrt studije: Presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno na ispitanicima obaju spolova u dobi od 10 do 18 godina putem Beckove skale za anksioznost i depresiju na početku i nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC-a Osijek. Uz navedene ankete korišten je i sociodemografski upitnik koji su ispunjavali roditelji odnosno skrbnici djeteta ili adolescenta. Usporedba rezultata napravljena je za 62 ispitanika.

Rezultati: Medijan Beckove skale za anksioznost na početku liječenja iznosio je 23, a nakon 90 dana liječenja iznosio je 14. Medijan Beckove skale za depresiju na početku liječenja iznosio je 24, a po završetku liječenja iznosio je 13. Istraživanje je pokazalo da je liječenje u dnevnoj bolnici rezultiralo značajnim smanjenjem anksioznosti ($P < 0,001$) i depresije ($P < 0,001$). Razlike u vrijednostima među Beckovim skalama za anksioznost i depresiju značajne su u odnosu na spol, vrstu škole, strukturu obitelji i dijagnozu, dok u odnosu na dob nisu imale značajne povezanosti.

Zaključak: Provedenim istraživanjem dokazano je značajno smanjenje stupnja anksioznosti i depresije kod djece i adolescenata nakon 90 dana liječenja u dnevnoj bolnici.

Ključne riječi: adolescenti; anksioznost; depresija; djeca; dnevna bolnica

9. SUMMARY

The level of anxiety and depression among children and adolescents treated at the beginning and after the day-hospital treatment process

Objectives: To examine the anxiety and depression values among children and adolescents at the beginning and after 90 days of treatment, to examine how day-hospital treatment affects the levels of anxiety and depression and whether there are any differences betweens Beck's anxiety and depression scale in relation to sex, age, type of school, family structure and the diagnosis because of which the patient is coming.

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

Participants and methodes: The survey was conducted on subjects of both sexes aged 10 to 18 with Beck's anxiety and depression scale at the beginning and after 90 days of treatment at the day-hospital of the Institute for Pediatric and Adolescent Psychiatry of the Clinical Hospital of Osijek. In addition to the mentioned surveys, a sociodemographic questionnaire was used which was filled out by parents or guardians of the child or adolescent. The comparison of results was made for 62 respondents.

Results: The median of Beck's anxiety scale at the beginning of treatment was 23 and after 90 days of treatment it was 14.The median of Beck's depressionscale at the beginning of treatment was 24 and after 90 days of treatment it was 13.The study showed that day-hospital treatment resulted in significant reduction both in anxiety ($P < 0.001$) and depression ($P < 0.001$). The value differences between Beck's anxiety and depression scales are significant in in relation to gender, type of school, family structure, and diagnosis while there was no significant in relation to age.

Conclusion: The study has shown a significant reduction in the anxiety and depression degree among children and adolescents after 90 days of treatment in day-hospital.

Keywords: adolescents; anxiety; children; day-hosiptal; depression

10. LITERATURA

1. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež. Dnevna bolnica. Dostupno na adresi: http://djecja-psihijatrija.hr/dnevna-bolnica. Datum pristupa: 10.01.2019.
2. Larivière N, Desrosiers J, Tousignant M, Boyer R. Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison of three clinical groups. J Psychiatr Pract. 2010 Mar;16(2):93-102.
3. Peredoš Lavor D, Tomaić H, Mustapić J, Znika G. Iskustva iz prakse: Dnevna bolnica: društveno-medicinska sadašnjost i budućnost. Ljetopis socijalnog rada. 2008;15(2):323-332.
4. Licanin I, Masic I, Tandir L. The Most Frequent Psychiatric Disorders Registered at Day Hospital of Psychiatric Clinic in Sarajevo During 2006-2007. Mater Sociomed. 2009; 21(3): 137–140.
5. Curral R, Lopes R, Silveira C, Norton A, Domingues I, Lopes F, et al. Forty years of a psychiatric day hospital. Trends Psychiatry Psychother. 2014;36(1):52-58.
6. Hegeduš-Jungvirth M, Grgurić J. Dnevne bolnice u pedijatriji – današnja svjetska iskustva. Paediatr Croat 2007;51.
7. Republika Hrvatska, Pravobranitelj za djecu. Obilazak odjela za dječju prisihatriju u Splitu od travnja 2017. Dostupno na adresi: http://dijete.hr/obilazak-odjela-za-djecju-psihijatriju-u-splitu. Datum pristupa: 15.01.2019.
8. Glas Slavonije. Imamo normativ za nesilice, ali ne i za psihički bolesnu djecu od ožujka 2017. Dostupno na: http://www.glas-slavonije.hr/326677/1/Imamo-normativ-za-nesilice-ali-ne-i-za-psihicki-bolesnu-djecu. Datum pristupa: 15.01.2019.
9. Glasovac I, Vidaković D, Krivić M, Dodig-Ćurković K. Implementacija rada medicinskih sestara u dnevnoj bolnici na odjelu dječje i adolescentne psihijatrije - naša iskustva u radu. 33. seminar – Zbornik radova za medicinske sestre; 2016 travnja 18-22; Split: Republika Hrvatska.
10. Glas Slavonije. Prvi prema stručnom kadru u dječjoj psihijatriji od studenog 2018. Dostupno na: http://www.glas-slavonije.hr/382139/3/Prvi-prema-strucnom-kadru-u-djecjoj-psihijatriji. Pristupljeno: 15.01.2019.
11. Kučukalić S, Čurčić-Hadžagić N, Mehmedbašić-Bravo A, Kučukalić A. Dječija i adolescentna psihijatrija kao samostalna ustanova ili u sklopu odrasle psihijatrije. Special editions ANUBiH CLXXIII, OMN 50, p. 7-15.

12. Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba. Dnevna bolnica Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba od veljače 2017. Dostupno na: https://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/novosti/dnevna-bolnica-poliklinike-za-zastitu-djece-grada-zagreba. Pristupljeno 15.01.2019.
13. Medical news today. What to know about anxiety af of October 2018. Dostupno na adresi: https://www.medicalnewstoday.com/articles/323454.php. Datum pristupa: 20.01.2019.
14. Dodig Ćurković K, Franjić T, Grgić M, Radić J, Ćurković M, Radić M i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek, Svjetla grada; 2013.
15. Begić D. Psihopatologija. 3. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
16. Flessner CA, Piacentini JC. Clinical Handbook of Psychological Disorders in Children and Adolescents: A Step-by-Step Treatment Manual. New York: The Guilford Press; 2017.
17. Bhatia MS, Goyal A. Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. J Postgrad Med. 2018; 64(2):75-76.
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Depresija od travnja 2017. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija. Pristupljeno 27.01.2019.
19. Filaković P i sur. Psihijatrija. 1. Izd. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
20. Mardešić D, i sur. Pedijatrija. Osmo, prerađeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 2016.
21. Boričević Maršanić V, Zečević I, Ercegović N, Paradžik Lj, Grgić V. Sva lica dječje depresije - heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata . Paediatr Croat. 2016; 60 (Supl 1): 119-125.
22. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
23. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace&Company;1993.
24. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988;8:77-100
25. Winter LB, Steer RA, Jones-Hicks L, Beck AT. Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. J Adolesc Health. 1999;24:389–394.
26. Petz B, Kolesarić V, Ivanec D. Petzova statistika. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2012.

27. Ingul JM. Anxiety and Social Phobia in Norwegian Adolescents. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2014.
28. Dodig-Ćurković K. Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja. Disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2010.
29. McCauley Ohannessian C, Stephanie Milan S, Vannucci A. Gender Differences in Anxiety Trajectories from Middle to Late Adolescence. J Youth Adolesc. 2017 Apr; 46(4): 826–839.
30. McLaughlin KA, King K.Developmental Trajectories of Anxiety and Depression in Early Adolescence. J Abnorm Child Psychol. 2015 Feb; 43(2): 311–323.
31. Malooly AM, Flannery KM, Ohannessian CM. Coping Mediates the Association Between Gender and Depressive Symptomatology in Adolescence. Int J Behav Dev. 2017 Mar;41(2):185-197.
32. Vulić-Prtorić A. Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
33. Bradic Z, Kosutic Z, Mitkovic Voncina M, Jahovic S, Todorovic D, Mandic Maravic V, et al. Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice. Psychiatr Serv. 2016 Sep 1;67(9):943-5.
34. Girz L, Lafrance Robinson A, Foroughe M, Jasper K, Boachie A. Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: preliminary outcomes and trajectories of change. JFT 2012; 35(S1):102-120.
35. Renata Mendonca R, Pantano T, Borba Casella C, Scivoletto S. “Day Hospital in Child and Adolescent Psychiatry: Is It Effective for Whom?” Effectiveness of Infant Psychiatric Day Hospital. J Psychiatry Psychiatric Disord 2017; 1(6):327-338.
36. Garcı´a De La Borbolla Sa´nchez V, Hermoso Limo´n A, Go´mez Gutie´rrez M, Nu´n˜ ez Garce´s M, Noa Hortal M. Effectiveness of psychotherapeutic intervention in a children and youth day hospital in a specialized child and adolescent psychiatric unit in Southern Spain. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015 Jun; 24 Suppl 1:1–303.

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Mario Jurjević

Datum i mjesto rođenja: 14. siječnja 1989., Zadar

Adresa: Put Pudarice 30 C, 23000 Zadar

Mobitel: +385 99 4156 839

E-mail: josipmario.jurjevic@gmail.com

OBRAZOVANJE

1995.-2003. Osnovna škola Stanovi Zadar

2003.-2007. Gimnazija Jurja Barakovića Zadar

2007.-2019. Medicinski fakultet Osijek

12. PRILOZI

Prilog 1. Beckova skala za anksioznost

Prilog 2. Beckova skala za depresiju

Prilog 3. Nestrukturirani sociodemografski upitnik

Prilog 1. Beckova skala za anksioznost

BAI

Ime i prezime:_____

Datum:_____

Uputa:

Pred sobom imate popis uobičajenih simptoma anksioznosti.

Molimo Vas da ga pažljivo pročitate te da označite kako ste često svaki od njih doživjeti **tijekom proteklog tjedna**, uključujući i danas, na taj način da zaokružite odgovarajući broj pored svakog simptoma.

		Gotovo nikad	**Ponekad**	**Često**	**Stalno**
1	Obamrlost i trnjenje	0	1	2	3
2	Osjećaj vrućine	0	1	2	3
3	Klecanje nogu	0	1	2	3
4	Nemogućnost opuštanja	0	1	2	3
5	Strah da će se dogoditi najgore	0	1	2	3
6	Vrtoglavica ili omaglica	0	1	2	3
7	Lupanje ili brzo udaranje srca	0	1	2	3
8	Nesigurnost, nestabilnost	0	1	2	3
9	Prestrašenost, užasnutost	0	1	2	3
10	Nervozu	0	1	2	3
11	Osjećaj gušenja	0	1	2	3
12	Drhtanje ruku	0	1	2	3
13	drhtavost	0	1	2	3
14	Strah od gubitka kontrole	0	1	2	3
15	Poteškoće disanja	0	1	2	3
16	Strah od umiranja	0	1	2	3
17	Prestrašenost (uplašenost)	0	1	2	3
18	Poteškoće s probavom ili nelagoda u trbuhu	0	1	2	3
19	Klonulost (slabost)	0	1	2	3
20	Užarenost lica	0	1	2	3
21	Znojenje (ne zbog vrućine)	0	1	2	3

Prilog 2. Beckova skala za depresiju

BDI – II – M

Ime i prezime:_____Dob:_____Datum:_____

Uputa:

Ovaj se upitnik sastoji od 21 skupine tvrdnji. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku od njih i zatim odaberite **jednu tvrdnju** u svakoj skupini koja najbolje opisuje kako ste se osjećali tijekom **protekla dva tjedna uključujući i danas**. Zaokružite broj ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako Vam se čini da Vam više tvrdnji podjednako odgovara, zaokružite najveći broj za tu skupinu. **Pazite da ne zaokružite više tvrdnji u pojedinoj skupini, uključujući česticu 16 (promjene u navikama spavanja) i česticu 18 (promjena apetita).**

1. Žalost
0 nisam žalostan
1 većinu vremena sam žalostan
2 cijelo vrijeme sam žalostan
3 tako sam žalostan ili nesretan da to ne mogu izdržati

2. Pesimizam
0 Nisam obeshrabren u vezi svoje budućnosti
1 Obeshrabren sam u vezi svoje budućnosti
2 Ne očekujem da će se stvari za mene dobro odvijati
3 Osjećam da mi je budućnost beznadna i da će se samo pogoršavati

3. Prošli neuspjesi
0 ne osjećam se neuspješno
1 imao sam više promašaja nego što sam trebao
2 kad se osvrnem na svoj život, vidim niz promašaja
3 osjećam se kao potpuno promašena osoba

4. Gubitak zadovoljstva
0 jednako sam zadovoljan kao i prije
1 ne uživam u stvarima kao što sam prije
2 stvari u kojima sam prije uživao sada mi pružaju slabo zadovoljstvo
3 uopće ne mogu uživati u stvarima u kojima sam prije uživao

5. Osjećaj krivnje
0 ne osjećam se osobito krivim
1 osjećam se krivim u vezi mnogih stvarikoje sam učinio ili sam trebao učiniti
2 većinu vremena se osjećam krivim
3 stalno se osjećam krivim

6. Osjećaji kažnjavanja
0 ne osjećam se kažnjavano
1 osjećam da bih mogao biti kažnjen
2 očekujem da ću biti kažnjen
3 osjećam se kažnjavano

7. Nezadovoljstvo sobom
0 prihvaćam se jednako kao inače
1 izgubio sam povjerenje u sebe
2 Razočaran sam sobom
3 Ne volim sebe

8. Samokritičnost
0 Ne kritiziram se i ne okrivljujem više nego obično
1 kritičniji sam prema sebi nego što sam bio
2 kritiziram se za sve svoje pogreške
3 okrivljujem se za sve loše što se događa

9. Suicidalne misli ili želje
0 Uopće ne razmišljam o samoubojstvu
1 Pomišljam na samoubojstvo, ali ne bih to mogao učiniti
2 Želio bih se ubiti
3 Ubio bih se kad bih imao prilike

10. Plakanje
0 Ne plačem više nego prije
1 Plačem više nego prije
2 Plačem za svaku sitnicu
3 Plače mi se, ali ne mogu plakati

11. Uznemirenost
0 Nisam nemirniji ili napetiji nego prije
1 Nemirniji sam ili napetiji nego prije
2 Toliko sam nemiran ili uznemiren da mi je teško ostati na miru
3 Toliko sam nemiran ili uznemiren da se stalno moram kretati ili nešto raditi

12. Gubitak interesa

0 Nisam izgubio interes za druge ljude ili aktivnosti

1 Manje me zanimaju drugi ljudi ili stvari nego ranije

2 Izgubio sam većinu interesa za druge ljude ili stvari

3 Teško mi je zainteresirati se za bilo što

13. Neodlučnost

0 Donosim odluke podjednako dobro kao uvijek

1 Teže mi je donositi odluke nego obično

2 Imam većih teškoća u donošenju odluka nego prije

3 Teško mi je donositi bilo kakve odluke

14. Bezvrijednost

0 Ne osjećam se bezvrijedno

1 Ne smatram se vrijednim i korisnim kao prije

2 Osjećam se manje vrijednim od drugih ljudi

3 Osjećam se krajnje bezvrijedno

15. Gubitak energije

0 Imam podjednako energije kao obično

1 Imam manje energije nego prije

2 Nemam dovoljno energije da puno napravim

3 nemam dovoljno energije za bilo što

16. Promjene u navikama spavanja

0 Nisam primjetio nikakve promjene u svojim navikama spavanja

1a Spavam nešto više nego obično

1b Spavam nešto manje nego obično

2a Spavam puno više nego obično

2b Spavam puno manje nego obično

3a Spavam veći dio dana

3b Probudim se 1-2 sata prerano i ne mogu ponovno zaspati

17. Razdražljivost

0 Nisam jače razdražljiv nego obično

1 Razdražljiviji sam nego obično

2 Puno sam jače razdražljiv nego obično

3 Cijelo sam vrijeme razdražljivo

18. Promjene apetita

0 Nisam primjetio nikave promjene u svom apetitu

1a Apetit mi je nešto slabiji nego obično

1b Apetit mi je nešto jači nego obično

2a Apetit mi je puno slabiji nego prije

2b Apetit mi je puno jači nego obično

3a Uopće nemam apetit

3b Cijelo vrijeme žudim za hranom

19. Teškoće koncentracije

0 Mogu se koncentrirati jednako dobro kao uvijek

1 Ne mogu se koncentrirati kao obično

2 Teško se duže koncentriram na bilo što

3 Primjećujem da se više ne mogu ni na što koncentrirati

20. Zamaranje ili umor

0 Nisam umorniji, niti se brže umaram nego obično

1 Umaram se brže nego obično

2 Previše sam umoran za mnoge stvari koje sam ranije radio

3 Previše sam umoran da bih radio većinu stvari koje sam ranije radio

21. Gubitak seksualnog interesa

0 Ne primjećujem nikakve nedavne promjene u svom interesu za seks

1 Manje sam zainteresiran za seks nego prije

2 Sada sam puno manje zainteresiran za seks

Ukupan broj bodova: _____

Prilog 3. Nestrukturirani sociodemografski upitnik

UPITNIK O PACIJENTU LIJEČENOM U DNEVNOJ BOLNICI

Ime i prezime: _____

Dob: _____

Spol: M / Ž

Škola koju dijete pohađa: _____

Struktura obitelji:

a) potpuna
b) razvedeni
c) ostalo

Broj djece u obitelji: _____

Koje je dijete po redu u obitelji: _____

Školski uspjeh:

a) nedovoljan
b) dovoljan
c) dobar
d) vrlo dobar
e) odličan

Slobodna aktivnost kojom se dijete bavi: _____

Podatak o nekoj drugoj bolesti radi koje se dijete ili adolescent liječi:

_____