

Mentalne bolesti u Primorsko-goranskoj županiji od 1995. do 2009. godine

Mental illnesses in Primorsko-goranska County from 1995 to 2009

Morana Tomljenović

Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Primljeno: 15. 8. 2012.
Prihvaćeno: 19. 12. 2012.

Adresa za dopisivanje:
***Morana Tomljenović, dr. med.**
Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka
e-mail: morana.tomljenovic@medri.uniri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

Sažetak. Cilj: U ovom radu prikazana je zastupljenost mentalnih bolesti u Primorsko-goranskoj županiji (PGŽ) na temelju statističkih podataka. Mortalitet je prikazan u razdoblju od 1995. do 2009., a morbiditet od 1996. do 2009. godine. **Metode:** Korišteni su podaci iz Zdravstveno-statističkog ljetopisa Nastavnog zavoda za javno zdravstvo PGŽ-a. Dobiveni podaci prikazani su kao apsolutni i relativni brojevi uz prikazivanje mjera učestalosti s usporedbom podataka iz svjetske literature. **Rezultati:** Mortalitet uzrokovan mentalnim bolestima pokazao je porast u promatranom vremenskom periodu. Jednadžba linearnog trenda broja umrlih pokazala je statističku značajnost ($P < 0,001$). Morbiditet uzrokovan mentalnim bolestima pokazao je porast od 1999. do 2009. s najviše oboljelih u skupini s dijagnozom neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom. Jednadžba linearnog trenda broja oboljelih nije pokazala statističku značajnost ($P = 0,068$). **Rasprava i zaključak:** Podaci za PGŽ pokazali su kako mortalitet, odnosno morbiditet uzrokovan mentalnim bolestima ne spada u vodeće uzroke smrti, odnosno bolesti. Porast apsolutnog broja oboljelih od 1999. do 2009. i porast broja umrlih pokazali su kako je problem mentalnog zdravlja sve zastupljeniji u populaciji. Na području mentalnog zdravlja potrebno je uložiti velike napore, edukaciju i rad na svim razinama u svrhu poboljšanja položaja mentalnog zdravlja za sve.

Ključne riječi: mentalne bolesti, morbiditet, mortalitet, Primorsko-goranska županija

Abstract. Aim: In this study was shown the representation of mental illnesses in Primorsko-goranska County (PGC) based on the statistical data. Mortality was shown in the period from 1995 to 2009, and the morbidity from 1996 to 2009. **Methods:** The data used were from the Health-statistical yearbook of the Institute of public health PGC. Given data were represented as absolute and relative numbers showing the measures of occurrence by comparing them with the data from the world literature. **Results:** Mortality caused by mental illnesses showed an increase in the observed period. The linear trend analysis of number of deaths showed statistical significance ($P < 0.001$). Mortality caused by mental illnesses showed an increase from 1999 to 2009 with most patients in the diagnostic group of neurotic and somatoform disorders caused by stress. The linear trend analysis of number of ill people did not show statistical significant ($P = 0.068$). **Discussion and conclusion:** Data for PGC showed that the mortality and morbidity caused by mental illnesses are not among the leading causes of deaths and diseases. Increase in the absolute number of ill patients from 1999 to 2009 and an increase in the number of deaths showed that the problem of mental health is more represent in the population. In the field of mental health there is need for lot of effort, education, and work at all levels in order to improve the position of mental health for all.

Key words: mental illness, morbidity, mortality, Primorsko-goranska County

UVOD

Pojam mentalno zdravlje ne odnosi se samo na odsutnost nekog mentalnog poremećaja, odnosno bolesti, već se prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno zdravlje definira kao stanje dobrobiti u kojem svaki čovjek shvaća svoj potencijal i može se nositi s normalnim životnim stresovima, raditi produktivno i plodonosno te pridonijeti svojoj zajednici¹. Mentalno, psihičko ili duševno zdravlje čini integralni dio zdravlja pojedinca, obitelji u kojoj taj pojedinac sudjeluje, zajednice u kojoj djeluje i na kraju pridonosi zdravlju cjelokupnog društva. Mentalne bolesti nepredvidivog su tijeka, pojavljuju se u svim kulturama i rasama u bilo kojoj razvojnoj dobi. Njihovo trajanje može biti različito, ovisno o vrsti mentalne bolesti, od jedne epizode sve do kroničnih kliničkih slika. Zbog malog obuhvata stanovništva kojemu je dostupna zaštita mentalnog zdravlja nastoji se pomaknuti u većoj mjeri skrb za mentalno zdravlje s bolničke zdravstvene zaštite na primarnu zdravstvenu zaštitu. Sve se više naglašava važnost primarne zdravstvene zaštite kao važnog elementa u oblikovanju mentalnog zdravlja. Uključivanje primarne zdravstvene zaštite ima niz prednosti: postiže se jeftiniji način liječenja, bliže je domu bolesnika, smanjuje se stigmatizacija, postižu se dobri rezultati liječenja uz povezanost sa sekundarnom i tercijarnom razinom, smanjuju se troškovi obitelji uzrokovani putovanjem u udaljene bolnice i povećava se broj osoba kojima postaje dostupna zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja². Postoji tendencija za premještanjem brige za mentalne bolesti u većoj mjeri u sustav primarne zdravstvene zaštite, uz edukaciju što većeg broja medicinskih djelatnika, koji će infiltrirati zajednicu i učiniti da skrb za mentalno zdravlje bude dostupna svima. Jedan od glavnih prioriteta brige za mentalno zdravlje je borba protiv stigmatizacije. Stigmatizacija bolesnika s mentalnim poremećajima ili bolestima također predstavlja velik javnozdravstveni problem zbog kojeg se pojedinci ili obitelji vrlo često ne odlučuju potražiti pomoć, što dodatno pogoršava njihovo zdravlje. Osobe koje već jesu u sustavu zdravstva vrlo često dožive neki oblik stigmatizacije i povredu ljudskih prava, što otežava daljnju

terapiju. Stigma označava bolesnike, njihove obitelji, institucije koje provode liječenje, lijekove i zdravstvene djelatnike u sustavu mentalnog zdravlja³. Na stanje mentalnog zdravlja u zajednici utječe i organizacija zdravstvene zaštite, što najviše dolazi do izražaja u ekonomski slabije razvijenim zemljama. Važno je bolest što prije dektirati, pravovremeno intervenirati i što ranije započeti s terapijom. Kako bi se sve to postiglo, zdravstveni sustav mora biti vrlo dobro organiziran. Najjače poveznice s lošim stanjem mental-

Mentalno zdravlje definira se kao stanje dobrobiti u kojem svaki čovjek shvaća svoj potencijal i može se nositi s normalnim životnim stresovima, raditi produktivno i plodonosno te pridonijeti svojoj zajednici.

Važnost mentalnog zdravlja potvrđuje i činjenica da u svijetu od nekog oblika mentalnog poremećaja pati više od 450 milijuna ljudi, odnosno da svaka četvrta osoba u svom životu iskusi neki oblik mentalnog poremećaja, tj. bolesti.

nog zdravlja populacije su siromaštvo i niska razina obrazovanja¹. Na kvalitetu mentalnog zdravlja i pojavu mentalnih bolesti ili poremećaja utječu i ostale bolesti. Kronične nezarazne bolesti kao što su, primjerice, dijabetes ili tumor mogu imati velik utjecaj na mentalno zdravlje pojedinca, ali i mentalno zdravlje može utjecati na pojedinca da sudjeluje u terapiji i ozdravljenju⁴. Mentalni poremećaji također povećavaju rizik za zarazne i nezarazne bolesti te za namjerno i nenamjerno ozljeđivanje⁵. Važnost mentalnog zdravlja potvrđuje i činjenica da u svijetu više od 450 milijuna ljudi¹ boluje od nekog oblika mentalne bolesti ili poremećaja, odnosno da svaka četvrta osoba u svom životu iskusi neki oblik mentalnog poremećaja⁶. Godine 2005. prihvaćene su Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu, stvorivši političku osnovicu i osnažujući brigu za mentalno zdravlje, a dijelovi tih dokumenta odnose se i na Hrvatsku. Iako se Hrvatska obvezala na aktivni rad na području mentalnog zdravlja i na izradu određenih programa, nažalost u praksi nije sve postignuto. Nacionalnom strategijom razvitka zdravstva 2006. – 2011. predviđeno je osnivanje centara za mentalno

zdravlje kojima bi se stvorili uvjeti za uključenje osoba s mentalnim poteškoćama u svakodnevni život, no realizacija tog projekta nije zaživjela. Na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti osnovana je Mreža javne zdravstvene službe, prema kojoj su pri županijskim zavodima za javno zdravstvo ustrojene službe za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti⁷. Za razdoblje od 2011. do 2016. izrađena je nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za Hrvatsku, čiji će se utjecaj i djelovanje vidjeti u godinama koje će uslijediti.

ISPITANICI I METODE

Prikupljanje sekundarnih podataka

Korišteni su podaci iz Zdravstveno-statističkog ljetopisa Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije (PGŽ). Podaci su temeljeni na Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), iz skupine F00-F99 – mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja. Analize su napravljene prema spolu i dijagnostičkim kategorijama u periodu od 1995. do 2009. za mortalitet, odnosno od 1996. do 2009. za morbiditet. Mortalitet je prikazan prema pojedinačnim dijagnostičkim kategorijama: vaskularna demencija (F01), nespecificirana demencija (F03), alkoholizam (F10), a

morbiditet je prikazan prema skupnim dijagnostičkim kategorijama: demencije (F00-F03), alkoholizam (F10), upotreba psihoaktivnih tvari (F11-F19), shizofrenija i poremećaji slični shizofreniji (F20-F29), neurotski i somatoformni poremećaji (F40-F48) i mentalna retardacija (F70-F79).

Ispitanici

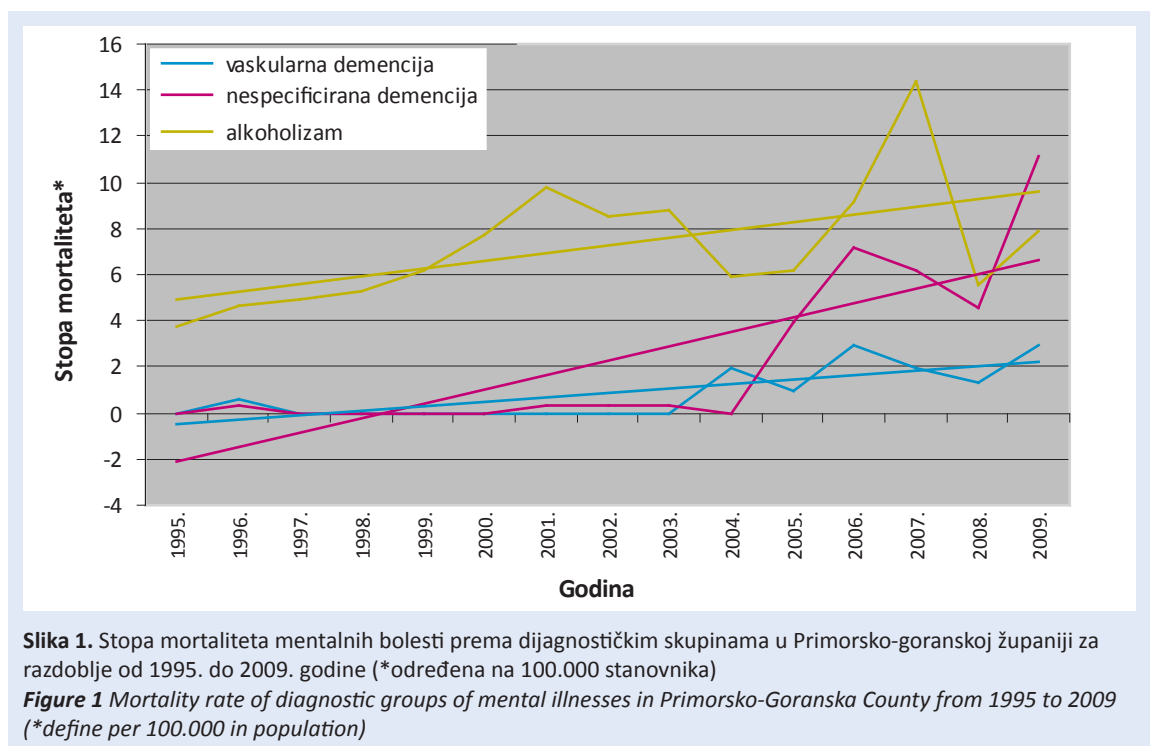
Broj, odnosno pobol i dijagnoze oboljelih dobiveni su iz izvješća primarne zdravstvene zaštite. U izvješćima su uključene novooboljele osobe i osobe koje se više godina liječe od tog poremećaja. Broj oboljelih prema spolu nije prikazan u Zdravstveno-statističkom ljetopisu Nastavnog zavoda za javno zdravstvo za navedene godine. Broj umrlih i dijagnoze dobiveni su iz izvješća matice umrlih.

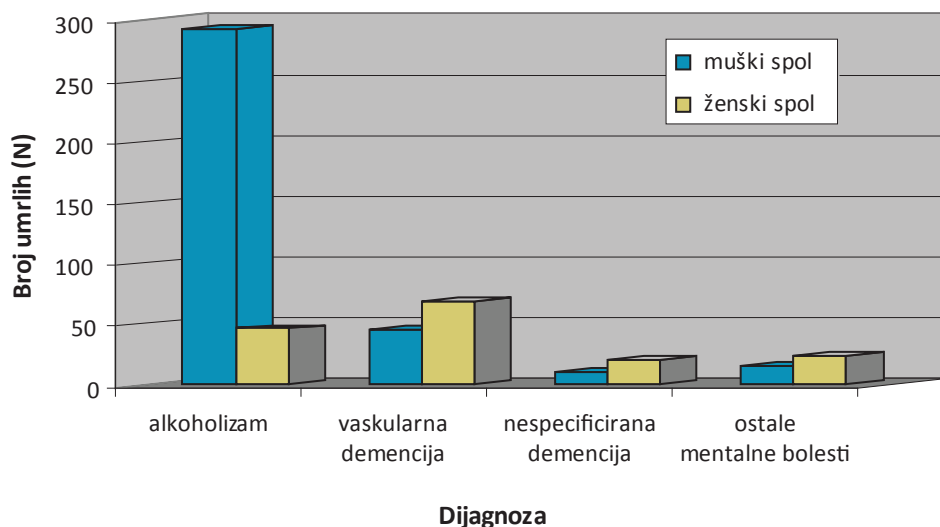
Statistička obrada podataka

Rezultati su obrađeni u programu Statistika 7 (StatSoft) i Microsoft Excel. Analiza trenda učinjena je linearnom regresijom, razina statističke značajnosti određena je s $P < 0,05$.

REZULTATI

Najniža stopa mortaliteta 1995. iznosila je 3,7/100.000, a najviša stopa mortaliteta 2006. iznosila je 22,9/100.000. Analiza trenda pokazala





Slika 2. Broj umrlih prema spolu i dijagnostičkim skupinama mentalnih bolesti u u Primorsko-goranskoj županiji za razdoblje od 1995. do 2009. godine

Figure 2 Number of death by gender and diagnostic groups of mental illnesses in Primorsko-Goranska County from 1995 to 2009

je značajan linearni porast mortaliteta ($P < 0,001$) (tablica 1). Analiza pojedinih dijagnostičkih kategorija utvrdila je kako jednadžba linearnog trenda za alkoholizam ($Y = 0,33X + 4,59$; $P = 0,031$), nespecificiranu demenciju ($Y = 0,62X - 2,71$;

$P < 0,001$) i vaskularu demenciju ($Y = 0,19X - 0,67$; $P < 0,001$) pokazuje značajan linearni porast mortaliteta (slika 1). Analiza podataka s obzirom na spol pokazala je kako apsolutni broj umrlih muškaraca uzrokovan mentalnim bolestima iznosi 369,

Tablica 1. Broj umrlih, ukupan broj umrlih, udio i stopa mortaliteta uzrokovana mentalnim bolestima u Primorsko-goranskoj županiji za razdoblje od 1995. do 2009. godine

Table 1 Number of deaths, total number of deaths, the proportion and mortality rate caused by mental illnesses in Primorsko-Goranska County from 1995 to 2009

Godina	Broj umrlih – mentalne bolesti/N	Ukupan broj umrlih u PGŽ/N	Udio/%	Stopa mortaliteta*
1995.	12	3.138	0,4	3,7
1996.	19	3.197	0,6	5,9
1997.	19	3.080	0,6	6,2
1998.	18	3.412	0,5	5,6
1999.	22	3.388	0,7	6,8
2000.	25	3.289	0,8	7,7
2001.	31	3.233	0,9	10,1
2002.	29	3.294	0,9	9,5
2003.	28	3.467	0,8	9,2
2004.	26	3.148	0,8	8,5
2005.	38	3.354	1,1	12,4
2006.	75	3.232	2,3	24,5
2007.	71	3.372	2,1	23,2
2008.	40	3.299	1,2	13,1
2009.	70	3.332	2,1	22,9

PGŽ – Primorsko-goranska županija, *određena je na 100.000 stanovnika

a žena 154, a njihov odnos je 2,4 u korist muškaraca (slika 2). Skupina mentalnih bolesti sudjelovala je u ukupnom mortalitetu u PGŽ-u u rasponu od 3,5 % do 4,6 % (tablica 1).

Najniža stopa morbiditeta zabilježena je 1999. i iznosila je 63/1.000, a najviša stopa zabilježena je

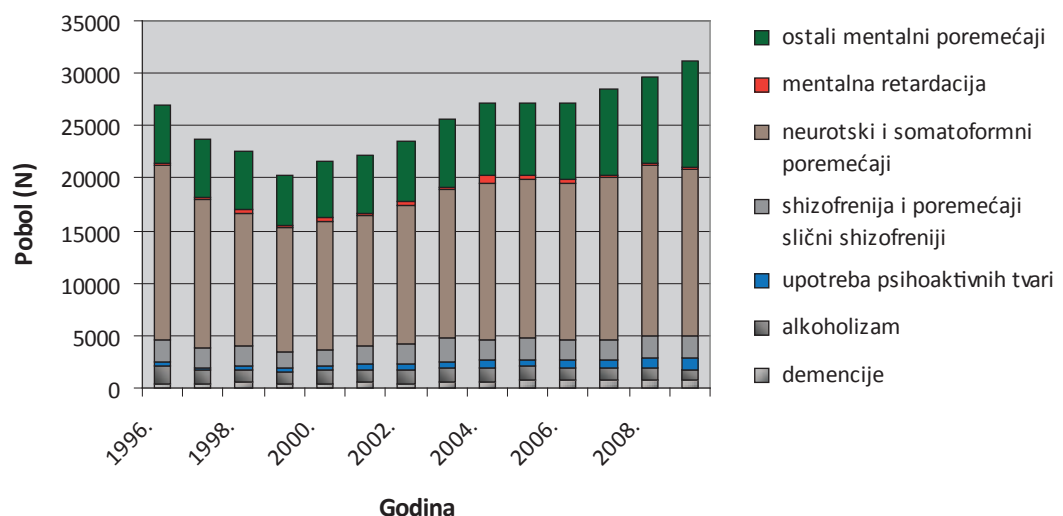
2009. i iznosila je 101,9/1.000. Analiza nije pokazala značajan linearan porast morbiditeta ($P = 0,068$) (tablica 2). Analiza skupnih dijagnostičkih kategorija utvrdila je kako samo bolesti koje nastaju kao posljedica uporabe psihoaktivnih tvari ($Y = 28,23X + 367,87$) ($P < 0,001$) i de-

Tablica 2. Pobol, ukupni pobol, udio i stopa morbiditeta uzrokovana mentalnim bolestima u Primorsko-goranskoj županiji za razdoblje od 1996. do 2009. godine

Table 2 Morbidity, total morbidity, proportion and morbidity rate in Primorsko-Goranska County from 1996 to 2009

Godina	Pobol – mentalne bolesti/N	Ukupni pobol u PGŽ/N	Udio/%	Stopa morbiditeta*
1996.	26.945	661.615	4,1	83,4
1997.	23.676	674.678	3,5	73,3
1998.	22.493	604.493	3,7	69,6
1999.	20.366	588.058	3,5	63
2000.	21.522	564.416	3,8	66,6
2001.	22.091	607.025	3,6	72,3
2002.	23.479	596.273	3,9	76,9
2003.	25.619	644.768	4	83,9
2004.	27.138	653.896	4,2	88,8
2005.	27.167	634.786	4,3	88,9
2006.	27.095	613.820	4,4	88,7
2007.	28.415	649.237	4,6	93
2008.	29.554	649.237	4,6	96,7
2009.	31.132	697.037	4,5	101,9

*određena je na 1.000 stanovnika



Slika 3. Pobol uzrokovan mentalnim bolestima prema dijagnostičkim skupinama u Primorsko-goranskoj županiji za razdoblje od 1996. do 2009. godine

Figure 3 Morbidity caused by mental illnesses based on diagnostic groups in Primorsko-Goranska County from 1996 to 2009

mencije ($Y = 28,23X + 367,87$) ($P < 0,001$) pokazuju značajni linearni porast. Najviše oboljelih bolesnika, više od 50 %, nalazi se u dijagnostičkoj skupini neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja uzrokovanih stresom (F40-F48 prema MKB) (slika 3). Skupina mentalnih bolesti sudjelovala je u ukupnom pobolu u PGŽ-u u rasponu od 3,5 % do 4,6 % (tablica 2).

RASPRAVA

Smrtnost uzrokovana mentalnim bolestima u PGŽ-u nalazila se 2009. na 10. mjestu ukupnog poretka svih uzroka smrti⁸. Zbog malog broja umrlih u odnosu na neke druge bolesti, o mentalnim bolestima rijetko se govori kao o uzroku smrti. Mentalne bolesti u Hrvatskoj sudjelovale su u ukupnom mortalitetu s 1,5 – 2 %⁹. Udio smrtnosti u Hrvatskoj 2008. iznosio je 1,5 %, s neznatnom prevagom među muškarcima¹⁰, dok je udio smrtnosti u svijetu od neuropsihijatrijskih bolesti iznosio 2,2 % za žene, odnosno 2,1 % za muškarce¹¹. U PGŽ-u udio smrtnosti je u porastu od 1995., kada je iznosio 0,4 %, do 2009., kada je narastao na 2,1 % i nalazi se unutar granica koje se javljaju u Hrvatskoj. Najčešći uzrok smrti u PGŽ-u je alkoholizam koji je ujedno i vodeći uzrok smrti u muškaraca, što je povezano s većim morbiditetom od alkoholizma u muškaraca. Udio smrti uzrokovan alkoholizmom u PGŽ-u iznosi 0,72 %⁸. Prema izvještajima Svjetske zdravstvene organizacije za 2004. u svijetu su vodeći uzrok smrti uzrokovane mentalnim bolestima demencije 0,8 %, s većom zastupljenošću u ženskog spola, a udio alkoholizma iznosio je 0,1 %, s većom zastupljenošću u muškog spola¹². Demencije kao uzrok smrti u PGŽ-u zauzimaju drugo mjesto i također su češće u ženskog spola, što je posljedica većeg pobola od te bolesti u žena. Prema nekim istraživanjima oboljeli od demencija imaju veću stopu smrtnosti i kraće žive, a rizik od smrti povezan s demencijom veći je u žena¹³. Demencije često nisu prepoznate kao uzrok smrti. S obzirom na analizu trenda može se očekivati da će broj oboljelih od alkoholizma i demencije biti u porastu. Razlog porasta broja navedenih dijagnoza teško je definirati, a razlozi se mogu tražiti u socioekonomskom okruženju, povećanom ili smanjenom morbiditetu od određene bolesti, kvaliteti prijave

smrti i mogućim trendovima. Neka istraživanja pokazala su kako ljudi s ozbiljnim mentalnim bolestima pokazuju povećan rizik prema smrtnosti u odnosu na opću populaciju¹⁴. Prema statističkim podacima Nastavnog zavoda za javno zdravstvo PGŽ-a⁸ (podaci nisu prikazani) i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo¹⁰ vodeća skupina prema smrtnosti su osobe starije od 60 i više godina. Osobe starije životne dobi imaju povećan rizik za većinu bolesti uz dodatne rizične čimbenike: lošijeg su ekonomskog statusa i često su usamljeni. Uvažavanje činjenice da se neke bolesti češće javljaju u starijoj populaciji i da Hrvatska po udjelu starijih osoba spada u vrlo staru populaciju čini tu dobnu skupinu najosjetljivijom za razvoj mentalnih bolesti. Treba napomenuti da smrtnost uzrokovana uporabom droge nije prikazana jer se zbog načina vođenja statistike upisuje pod drugom šifrom, a ne pod šifrom rezerviranom za mentalne bolesti MKB F00-F99.

Prikaz morbiditeta mentalnih bolesti u PGŽ-u temelji se na izvještajima iz primarne zdravstvene zaštite. Registar u koji se upisuju sadrži skupne dijagnostičke kategorije. Najviše oboljelih od mentalnih bolesti nalazi se u radno aktivnoj skupini 20 – 64 u PGŽ-u kao i u Hrvatskoj^{8,10}. U Hrvatskoj je pobol uzrokovan mentalnim bolestima 2008. iznosio 4,9 % udjela utvrđenih dijagnoza¹⁰. Analizom pobola u PGŽ-u može se vidjeti da je udio oboljelih bolesnika uzrokovan mentalnim bolestima u rasponu od 3,5 % do 4,6 %. Apsolutni broj oboljelih od mentalnih bolesti nakon 1996. postepeno se smanjuje, što se možda može pripisati prestanku ratnog stanja, s porastom prema 2009., na što su mogle utjecati ekonomska situacija i nesigurna egzistencija. Ekonomske krize u različitim dijelovima svijeta povezane su s nezaposlenošću, siromaštvom i socijalnom nesigurnošću te utječu na pojavu stresa i porast broja oboljelih od mentalnih bolesti. Vrlo često se u tim razdobljima recesije smanjuju i financijska sredstva koja se izdvajaju za zdravstveni sustav, odnosno psihijatrijske bolesti¹⁵. Predviđa se da će se utjecaji trenutne globalne situacije na mentalno zdravlje u većoj mjeri očitovati u godinama koje slijede. S obzirom na sve težu ekonomsku situaciju stanovništva pojavom globalne krize, nezaposlenosti, pritisaka suvremenog načina života i

podataka koje donosi Svjetska zdravstvena organizacija, očekuje se porast broja oboljelih od mentalnih bolesti. To se posebice odnosi na bolesti ovisnosti, poremećaje raspoloženja i poremećaje uzrokovane stresom. Više od 50 % oboljelih bolesnika u PGŽ-u nalazi se u dijagnostičkoj skupini neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja uzrokovanih stresom (F40-F48 prema MKB-10), a broj oboljelih od te dijagnostičke skupine kontinuirano raste od 1999. g do 2009. Današnje stanje u svijetu pridonosi pojavi anksio-

Zbog malog broja umrlih u odnosu na neke druge bolesti, o mentalnim bolestima kao o uzroku smrti rijetko se govori. Mortalitet u PGŽ-u u posljednjih 14 godina raste.

Morbiditet uzrokovan mentalnim bolestima pokazao je porast od 1999. do 2009. s najviše oboljelih u skupini s dijagnozom neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom.

znih poremećaja. Anksiozni poremećaji su po svojoj prevalenciji najučestaliji u skupini mentalnih poremećaja, a manje od 30 % bolesnika koji obole od te bolesti traži pomoć i terapiju¹⁶. Za pretpostaviti je da će se broj oboljelih bolesnika u ovoj dijagnostičkoj skupini povećati zajedno s još nekim mentalnim bolestima. Dijagnostička skupina shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja (F20-F29 prema MKB-10) pokazuju oscilacije broja oboljelih. Ta skupina obuhvaća nekoliko dijagnoza među kojima je najčešće spominjana shizofrenija. Incidencija shizofrenije je 1 na 10.000 odraslih, s najvećim rizikom obolijevanja od 15 do 35 godina. Prema istraživanjima stope incidencije su iste u različitim zemljama u posljednjih 50-ak godina¹⁷. S obzirom na to da u programu nema opcija prema zasebnim dijagnozama, nemoguće je dobiti uvid u pojedinačne bolesti. Mentalna retardacija (F70-F79 prema MKB-10) prisutna je u svega 2 – 3 % populacije, kao izolirani slučaj ili dio sindroma nekog širokog poremećaja¹⁸. Problem kod mentalne retardacije jest što pojedine zemlje koriste različite kriterije za postavljanje dijagnoze. Broj oboljelih u PGŽ-u prikazuje oscilacije u posljednjih 15 godina. Dijagnoza ovisnosti o alkoholu (F10 prema MKB-10)

javlja se u pojedinom razdoblju života u 3 – 5 % žena i 10 % muškaraca. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije konzumacija alkohola najveća je na području Europe. Na konzumaciju alkohola utječu različiti faktori kao što su dostupnost alkohola na tržištu, proizvodnja, kupovna moć građana, urbanizacija, migracija, cijene alkoholnih pića na tržištu i marketing¹⁹. Muški spol i alkoholizam u obitelji najvažniji su faktori za razvoj ovisnosti o alkoholu²⁰. Prema Hrvatskoj zdravstvenoj anketi iz 2003. u Hrvatskoj postoje regionalne razlike u konzumaciji alkohola, gdje se Priobalje (uključen je PGŽ) nalazi na trećem mjestu od ukupno šest regija s prevalencijom od 14 %²¹. Prema trenutnim podacima prevalencija uporabe alkohola i štete povezane s konzumacijom alkohola variraju među zemljama sličnih socioekonomskih statusa, s indikacijama porasta alkoholizma među zemljama u razvoju²². Bolesti ovisnosti uzrokovane su uporabom psihoaktivnih tvari (F11-F19 prema MKB-10). Podaci iz 2004. pokazuju da 50 % muškaraca i 9 % žena u zemljama u razvoju konzumira duhan, dok u razvijenim zemljama isto čini 35 % muškaraca nasuprot 22 % žena²³.

Prema podacima Hrvatske zdravstvene ankete iz 2003. prevalencija pušenja za odrasle osobe bila je između 24 – 33 % za muškarce i između 10 – 21 % za žene, ovisno o regiji²⁴. U PGŽ-u najčešće korištene psihoaktivne droge jesu opijati, nakon čega slijede kanabinoidi⁸. Broj oboljelih registriranih ovisnika tijekom posljednjih 15 godina povećao se, tako da je od 2000. do 2009. broj registriranih ovisnika u PGŽ-u u porastu od 445 na 751⁸. Prema analizi trenda očekuje se porast broja oboljelih u ovoj skupini. U Hrvatskoj broj ovisnika je 2008. iznosio 7.506, od čega je 5.832 osoba liječeno od ovisnosti o opijatima. Broj registriranih je u Hrvatskoj od 1995. sa 1.340 osoba narastao na 7.506 u 2008.²⁵. Demencije (F00-F03 prema MKB-10) su u PGŽ-u u porastu, češće se javljaju u starijoj dobi, što je i očekivano s obzirom na dijagnozu, a u populaciji se češće javljaju u ženskog spola. Demencije temeljem analize trenda očekuje povećanje broja oboljelih. U svijetu najčešća demencija je Alzheimerova demencija, koja je odgovorna za pojavu 60 – 70 % demencija u Europi, dok vaskularne demencije čine

15 – 20 %, a ostale demencije 10 – 25 %, te se procjenjuje da je sličan omjer demencija i u RH²⁶. Zbog načina prikazivanja statističkih podataka teško je reći koji tip demencije prevladava u morbiditetu PGŽ-a. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj mentalni poremećaji zauzimaju 4 – 5 %, a najčešća dijagnoza je u skupini neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja uzrokovanih stresom. Za svjetsku literaturu podaci o prisutnosti mentalnih bolesti u populaciji su različiti. Mentalne bolesti su sve veći javnozdravstveni problem i udio mentalnih bolesti u populaciji sve se više povećava. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije 2030. unipolarna depresija bit će na prvom mjestu kao vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima, a slijedit će alkoholizam, zatim suicid, shizofrenija, bipolarni poremećaj, pa ovisnost o drogama²⁷.

U studiji koja je trajala godinu dana istraživalo se poremećaje mentalnog zdravlja na području Australije, Njemačke, Nizozemske i Amerike. Studija je pokazala da su najčešći poremećaji sljedeći: poremećaji raspoloženja 6,6 – 11,9 %, anksioznost 5,6 – 18,1 %, bolesti ovisnosti 3,8 – 11,3 % i somatoformni poremećaji 11 %, sa sljedećim rizničnim faktorima: žena, neudata, nezaposlena i nižeg socioekonomskog statusa²⁸. Istraživanje o pojavi mentalnih bolesti koje je provedeno u Americi na 9.218 ispitanika starijih od 18 godina pokazalo je sljedeće rezultate: pojava anksioznosti 28,8 %, poremećaji raspoloženja 20,8 %, bolesti ovisnosti 14,6 %, odnosno pojava bilo kojeg mentalnog poremećaja 46,4 %²⁹. Studija koja je provedena u 14 zemalja, 6 razvijenih i 6 nerazvijenih u razdoblju od 2000. do 2003. obuhvaćala je 60.463 ispitanika s područja Amerike, Europe, Srednjeg Istoka, Afrike i Azije, a istraživala je prevalenciju svih mentalnih poremećaja prema WMH-CIDI/DSM-IV. Istraživanje je pokazalo prevalenciju od 4,3 % u Šangaju do 26,4 % u Americi, s većom prevalencijom blažih mentalnih bolesti u odnosu na one s težom kliničkom slikom³⁰. U Belgiji, Njemačkoj, Francuskoj, Italiji i Nizozemskoj provedeno je istraživanje na uzorku od 21.425 osoba starijih od 18 godina, koristeći revidiranu verziju WMH-CIDI. Ispitanici su se izjasnili da su imali: poremećaje raspoloženja 14 %, anksioznost 13,6 % i ovisnost o alkoholu 5,2 %³¹.

ZAKLJUČAK

Mentalne bolesti predstavljaju velik javnozdravstveni problem i prema predviđanjima Svjetske zdravstvene organizacije mentalne bolesti će u idućih 20-ak godina biti među vodećim bolestima. Unatoč sve očitijim dokazima njihove težine i problematike te posljedično visokim ekonomskim troškovima, mentalnim bolestima ne ukazuje se dovoljno pozornosti. Resursi koji se troše na mentalno zdravlje u većini zemalja iznose vrlo mali dio zdravstvenog proračuna, što kao posljedicu ima veliku većinu ljudi bez ikakve zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja. Podaci vezani uz PGŽ pokazuju kako smrtnost, odnosno pobol uzrokovani mentalnim bolestima ne spadaju u vodeće uzroke smrti, odnosno bolesti. Podaci o porastu broja umrlih od mentalnih bolesti i porastu broja oboljelih od mentalnih bolesti od 1999. do 2009. ukazuju na veličinu ovog problema. S obzirom na to da se u svjetskoj literaturi navodi kako dio bolesnika nije u sustavu mentalnog zdravlja, može se pretpostaviti da isto vrijedi i za PGŽ. Literatura i praksa ukazuju na brojne probleme vezane uz mentalno zdravlje. Stoga je na području mentalnog zdravlja potrebno uložiti puno napora, edukacije i rada na svim razinama u svrhu poboljšanja položaja mentalnog zdravlja za sve.

ZAHVALE

Zahvaljujem Nastavnom zavodu za javno zdravstvo Odjelu socijalne medicine na dostavljenim podacima. Također zahvaljujem profesoru Tomislavu Rukavini i docentu Branku Kolariću na potpori, te posebnu zahvalu upućujem Sunčici Buljević.

LITERATURA

1. World Health Organisation. Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220. Geneva, Switzerland 2010. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> Accessed 15. August, 2012.
2. World Health Organisation. Mental health gap action programme (mhGAP). Geneva, Switzerland 2010. Available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/ Accessed 15. August, 2012.
3. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet* 2007; 370:810-11.
4. Lando J, Williams SM, Williams B, Sturgis S. A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A61.

5. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Masenko J, Philips MR et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
6. World Health Organisation. WHO simplifies treatment of mental and neurological disorders. Geneva, Switzerland 2012. Available at: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/en/index.html Accessed 15. August, 2012.
7. Ivezic SŠ, Jukić V, Hotujac LJ, Jukić KM, Tikvica A. Organizacija mentalnog zdravlja u zajednici. *Liječ Vjesn* 2010;132:38-42.
8. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Zdravstveno-statistički ljetopis 2009, Rijeka 2010. Available at: <http://www.zzjzpgz.hr/statistika/statistika2009/index.html> Accessed 15. August, 2012.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb 2011. Available at: http://www.hzjz.hr/epidemiologija/kron_mas/mental_bilten_2011.pdf Accessed 15. August, 2012.
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2008. Zagreb 2009. Available at: http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/Ljetopis_Yearbook_HR_2008.pdf Accessed 15. August, 2012.
11. World Health Organisation. The global burden of disease. Geneva, Switzerland 2004. Available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004_update_full.pdf Accessed 15. August, 2012.
12. World Health Organisation. Global health observatory data repository. Mortality and burden of disease report, 2004. Available at: [http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/DTH6 %202004.xls](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/DTH6%202004.xls) Accessed 15. August, 2012.
13. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z. Dementia in advanced age led to higher mortality rates and shortened life. *Evid Based Mental Health* 2000;3:57.
14. Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Fernandes AC, Lee W, Hotopf M et al. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *Psychiatry* 2010;10:77.
15. Cooper B. Economic recession and mental health: an overview. *Neuropsychiatr* 2011;25:113-7.
16. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002;(Suppl 14):4-8.
17. Hafner H, Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42:139-51.
18. Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. *J Sport Health Res* 2009; 1:112-22.
19. World Health Organisation. Resolution European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/150552/RC61_R4.pdf Accessed 15. August, 2012.
20. Škobić H, Sinanović O, Boven ŠN, Ivanković A, Škobić NP. Prevalence of alcohol abuse and alcoholism in general population of Mostar region. *Coll Antropol* 2012;34(Suppl 1):29-31.
21. Benčević, Malatestinić Đ, Vuletić S. Regional differences in alcohol consumption in Croatia. *Coll Antropol* 2009; 33(Suppl 1):39-41.
22. Lee KL, Chou SP, Cho MJ, Park, JI, Dawson DA, Grant BF. The Prevalence and correlates of alcohol use disorders in the United States and Korea – A cross-national comparative study. *Alcohol* 2012;44:297-306.
23. World Health Organisation. Neuroscience and psychoactive substance and dependence WHO 2004. Geneva, Switzerland 2004. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf Accessed 15. August, 2012.
24. Samardžić S, Marvinac V, Prlić A. Regional pattern of smoking in Croatia. *Coll Antropol* 2009;33(Suppl 1):43-6.
25. Petković Ž. Fenomenologija zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj s osvrtom na trenutnu situaciju u svijetu. *Kriminologija i socijalna integracija* 2009;2:115-20.
26. Mimica N, Presečki P. How do we treat people with dementia in Croatia. *Psychiatr Danub* 2012;22:363-6.
27. World Health Organisation. Mental health policies in Europe. *Euro Observer* 2009;11-3. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/80333/EuroObserver-Autumn-2009_web.pdf Accessed 15. August, 2012.
28. Baumeister H, Harter M. Prevalence of mental disorder based on general population survey. *Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 2007;42:537-46.
29. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
30. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
31. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109(Suppl 420):47-54.