

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Branimir Luketin

DEPRESIJA U BOLESNIKA S KRONIČNIM I MALIGNIM BOLESTIMA

Diplomski rad

Akadska godina 2018./2019.

Mentor:

Doc. dr. sc. Boran Uglešić

Split, srpanj 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Branimir Luketin

DEPRESIJA U BOLESNIKA S KRONIČNIM I MALIGNIM BOLESTIMA

Diplomski rad

Akademska godina 2018./2019.

Mentor:

Doc. dr. sc. Boran Uglešić

Split, srpanj 2019.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. DEPRESIJA	2
1.1.1. Povijesni pregled	2
1.1.2. Etiologija	3
1.1.3. Epidemiologija	6
1.1.4. Klinička slika.....	7
1.1.5. Klasifikacija	8
1.1.6. Liječenje	8
1.2. KRONIČNE TJELESNE BOLESTI I DEPRESIJA.....	10
1.3. MALIGNNE BOLESTI I DEPRESIJA.....	11
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	13
3. MATERIJALI I METODE	15
4. REZULTATI.....	18
5. RASPRAVA	28
6. ZAKLJUČCI.....	32
7. POPIS CITIRANE LITERATURE	34
8. SAŽETAK.....	40
9. SUMMARY	42
10. ŽIVOTOPIS	44
11. PRILOZI.....	46

Mojoj obitelji, mentoru, prijateljima

POPIS OZNAKA I KRATICA

HHT	hipotalamus-hipofiza-štitnjača
HHN	hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda
GABA	gama-aminomaslačna kiselina
5 HT	5- hidroksi tiramin (serotonin)
KOPB	kronična opstruktivna plućna bolest
Q-LES-Q	Quality of life enjoyment and satisfaction Questionnaire Upitnik za ispitivanje kvalitete života i životnog zadovoljstva
BDI	Beckova samoocjenska ljestvica za ispitivanje depresije
CRP	C-reaktivni protein
BDNF	moždani neurotrofni čimbenik
TNF	tumorski faktor nekroze
MAO	monoaminooksidaza
DSM-IV TM	dijagnostički i statistički priručnik za mentalne bolesti
SSRI	selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina
IL-6	interleukin 6

1. UVOD

1.1. DEPRESIJA

Depresija je psihijatrijski poremećaj koji se ubraja u skupinu poremećaja raspoloženja. Pod pojmom poremećaja raspoloženja podrazumijevaju se poremećaji u kojima se osnovne duševne promjene zbivaju u raspoloženju, uz popratne promjene u nekim drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (1).

1.1.1. Povijesni pregled

Povijesni podaci pokazuju da je Hipokrat, utemeljitelj znanstvene medicine (4. st. prije n.e.), zastupao „humoralnu teoriju melanholije“ smatrajući da se depresija razvija kada se „crna žuč“ izlije i – dođe do mozga (2). Aretej iz Kapadocije (120.-200. godina prije n.e.) depresije povezuje sa suprotnim poremećajem tj. manijom i opisuje njene simptome: malaksalost, iscrpljenost, nesanicu, a spominje i neke tjelesne tegobe (3). Galen (129.–200. god.), grčki liječnik i filozof, prihvaća hipokratsku nauku o sokovima pa opisuje četiri temperamenta, koji ovise o harmoniji četiriju tjelesnih sokova. U opisu melanholičnog temperamenta (kada prevladava – „crna žuč“) nazire se opis depresivnog stanja. Galen ističe i značenje raznovrsnih strasti, psihičkih poremećaja i intelektualnih zabluda, a navodi i vrlo poučne psihoterapijske upute (4). Avicena (980.–1037. god.) najznamenitiji arapski medicinski pisac, u svom „Kanon“-u razmatra i preuzima humoralne teorije Hipokrata i Galena (5). Jasnije izložene koncepcije o depresiji (a i manično depresivnoj bolesti) potiču od Baillarger-a (1854. god.) (6). U drugoj polovici 19. stoljeća, u Njemačkoj, Kahlbaum sistematski radi na klasifikaciji u psihijatriji i izdvaja depresiju (i maniju) od drugih duševnih bolesti, posebno naglašavajući značenje afektiviteta u životu čovjeka. Kraepelin (1902. god.) daje daljnji doprinos usavršavanju klasifikacije psihoza (7). Bleuler kad opisuje shizofrenu grupu psihoza dodatno razrađuje klasifikaciju psihoza (8). E. Schneider raspravlja o depresiji, koju povezuje s afektivitetom kojeg opisuje „trodimenzionalno“ sa suprotnim osjećajima, pa govori o: ugođaju – patnji, tenziji – opuštenosti, ekscitaciji – smirenosti (9).

1.1.2. Etiologija

Kao i u većini drugih psihijatrijskih poremećaja, etiologija depresije još nije u potpunosti razjašnjena. U pokušaju otkrivanja pravog uzroka, zastupljene su se dvije glavne struje teorija koje možemo podijeliti na biološke (tzv. biokemijske) teorije i psihosocijalne teorije.

Biološke teorije pojavu depresije pripisuju neurokemijskim (poremećaji neurotransmitera), neuroendokrinim i genetskim promjenama u organizmu. S vremenom sve se više počelo davati pažnje teorijama koje uključuju poremećaje u neurotransmitterskim sustavima, osobito noradrenergičnom i serotoninergičnom (tzv. katekolaminska teorija koja objašnjava depresiju kao manjak noradrenalina ili serotonina), a spominje se i uloga drugih neurotransmitera (10). Neurotransmiteri su molekule koje sudjeluju u prijenosu živčanih podražaja, kako između samih neurona, tako i između neurona i drugih stanica. Serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT) se oslobađa iz trombocita u procesu zgrušavanja krvi. Pronađen je i u moždanom tkivu, a dokazana je njegova uloga i u prijenosu živčanog podražaja. Serotonin ne prelazi krvno-moždanu barijeru, a u organizmu čovjeka se sintetizira u serotoninским neuronima središnjem živčanog sustava i u enterokromafilnim stanicama sluznice tankog crijeva. Za njegovu sintezu potrebna je aminokiselina triptofan. Njegova razgradnja je katalizirana enzimima monoaminoooksidaze (MAO) i aldehid dehidrogenaze, a glavni produkt razgradnje je 5-hidroksiindol octena kiselina koja se iz organizma uklanja putem urinarnog trakta. Živčani završeci serotoninских neurona nalaze se u raznim moždanim regijama, najviše u području moždane kore, hipokampusu, amigdala i bazalnih ganglija. Serotonin djeluje na veliki broj živčanih funkcija uključujući termoregulaciju, apetit, spavanje, kardiovaskularnu regulaciju, disanje, osjetljivost na bol te kognitivne funkcije (11). Poremećaj funkcije serotoninškog sustava se povezuje s pojavom psihičkih i neuroloških poremećaja kao i s promjenom osobina ličnosti (12). Kateholamini su neurotransmiteri koji djeluju u središnjem i perifernom živčanom sustavu. Među kateholamine spadaju adrenalin, noradrenalin i dopamin. U lancu sinteze kateholamina dopamin je kao gotovi produkt neurotransmitter, ali i prekursor za sintezu adrenalina i noradrenalina. Neuronu koji potječu iz supstancije nigre luče dopamin, dok se završeci tih neurona nalaze u strijatalnom području bazalnih ganglija. Dopamin je putem limbičkog sustava uključen u regulaciju motivacije nagrade i kazne (13). Limbički sustav pruža većinu emocionalnih poticaja za aktiviranje drugih područja mozga te nadzire emocionalno ponašanje i motivacijske nagone (11).

Monoaminska teorija depresije postavljena je 70-tih godina prošlog stoljeća i prema njoj depresija nastaje kao posljedica smanjenja ili nedostatka funkcije monoaminskog sustava, prvenstveno serotoniniskog i kateholaminskog, u nekim moždanim strukturama. Kasnija istraživanja na drugim neurotransmitterskim sustavima pokazala su promjene u aktivnosti glutaminičnog i GABA-ergičnog sustava te je naposljetku postavljena i tzv. „receptorska teorija“ depresije koja navodi da depresija nastaje kao posljedica poremećene funkcije i broja samih somatodendritičkih i postsinaptičkih receptora (14).

Depresivni poremećaji često su povezani s različitim stresnim životnim situacijama, a odgovor organizma na stres reguliraju dvije osi endokrinološkog sustava: os HHN (hipotalamus-hipofiza–nadbubrežna žlijezda) i os HHT (hipotalamus–hipofiza–štitnjača). Kao posljedica sve većeg znanja iz područja endokrinologije i imunologije u zadnjih dvadeset godina formirala se grana medicine poznata kao psihoneuroimunologija ili imunopsihijatrija i iz nje su nastale upalne ili citokinske teorije duševnih poremećaja, koje nude nove terapijske mogućnosti. U terapiji se već koriste sredstva kod nekih bolesti kao što su antagonisti tumorskog čimbenika nekroze (engl. tumor necrosis factor, TNF) te protuupalni lijekovi kao što su inhibitori ciklooksigenaze pa bi se ovim sredstvima mogla spriječiti ponavljajuća upalna stanja i neurodegeneracije neurona pa posljedično i psihotična simptomatologija kod predisponiranih osoba (15).

Doprinos genetskih i epigenetskih čimbenika u nastanku depresije je značajan. Oni su odgovorni za nastanak duševnih poremećaja u 60 do 70% slučajeva. Uz genetske čimbenike potrebni su i različiti okolišni čimbenici (različite toksične supstance, infekcije, stres) što ukazuje na to da genetika određuje samo manju ili veću predispoziciju za teške bolesti tipa shizofrenije ili depresije, a ta predispozicija određuje i sadržaj psihopatologije. Stres izaziva duševni poremećaj sublimacijom proizvodnje neurotrofnog faktora (engl. brain derived neurotrophic factor BDNF), a osim psihičkih stresova sličan imunološki odgovor koji je posredovan proupalnim citokinima može biti izazvan ozljedom, ubodom insekta, autoimunim i heteroimunim alergenima (16).

Citokini su proteinski glasnici pomoću kojih se unutar našeg organizma odvija komunikacija imunološkog sustava unutar samog sebe i između drugih sustava. Oni se mogu podijeliti na proupalne i protuupalne. Citokinska ili upalna teorija depresije nam govori o tome da proupalni citokini djeluju pozitivno u nastanku simptoma depresije dok su akutne upale i imunološke reakcije često povezane s depresivnim rasoloženjem i tzv. bolesničkim ponašanjem. Ova teorija nam govori o tome da upala nije specifična ni za jedan duševni poremećaj, već da ona djeluje kao okidač u osoba koje su predisponirane jer se tragove

prisutnosti upale nalazimo u većine duševnih poremećaja: citokinski disbalans postoji u shizofreniji i u depresiji (17).

Uz pomoć ovih opažanja tijekom i razvoj velikog duševnog poremećaja promatra se kao posljedica interakcije nasljedne predispozicije i stanja ponavljajuće ili perzistirajuće upale. Genetski faktori određuju crte i osobine ličnosti kao i predispozicije za psihotično i afektivno reagiranje dok su upalni faktori ti koji uzrokuju oštećenja neurona. Ukoliko je prisutan samo utjecaj upalnih faktora, bez nasljedne predispozicije neće doći do razvijanja teškog duševnog poremećaja, ali može doći do razvijanja kognitivnih deficita ako za njih postoji genetska predispozicija. Terapijskim djelovanjem nastojimo suprimirati upalu tj. citokinski disbalans te na taj način presijeći patofiziološki mehanizam koji dovodi do oštećenja neurona i nastanka bolesti. U okviru tih saznanja protuupalna sredstva se nude kao potencijalno sredstvo u terapiji liječenja duševnog poremećaja. Oni bi trebali prevenirati i zaustaviti razvoj psihotičnih simptoma jer prekidaju patofiziološki put razvoja psihičkih bolesti (18).

Upalna teorija nudi i objašnjenje povezanosti tjelesnih i depresivnih poremećaja pa se i farmakoterapijski pristup ovim bolesnicima može temeljiti na suvremenim spoznajama o uključenosti proupalnih medijatora imunološkog odgovora i proteina akutne faze u patogenezi bolesti. Kombinacija antidepresiva i protuupalnih sredstava mogla bi povoljno djelovati na neke depresivne poremećaje. U okviru ovih saznanja čak je uočeno da se po visokim razinama IL-6 mogu prepoznati pacijenti koji će imati neodgovarajući odgovor na samu terapiju antidepresivima (19). Navedena citokinska teorija otvara vrata u razjašnjenju etiologije duševnih poremećaja te daje perspektivu novim farmakoterapijskim mogućnostima liječenja i prevenciji ovih bolesti (20).

Psihoanalitičke teorije o podrijetlu depresije vezani su uz radove Sigmunda Freuda iz prve polovice 19. stoljeća u kojima je zastupao tezu da je depresija posljedica gubitka voljene osobe tj. rezultat „izgubljenog objekta“. Socijalne teorije pak naglašavaju ulogu stresa, dok bihevioralne govore o depresiji kao „naučenoj bespomoćnosti“ ali brojna istraživanja nisu potkrijepiti dokazima (1). Ono na što se moglo odgovoriti istraživanjem je teorija etiologije depresije povezana sa upalom. Naime istraživanje Danese-a i suradnika je pokazalo da odrasle osobe koje boluju od depresije, a koje su u djetinjstvu pretrpjele psihičku trauma imaju povećane upalne parametre, točnije povećanu razinu C-reaktivnog proteina (CRP), povećanu razinu bjelih krvnih stanica i povećane razine fibrinogena (21). U daljnjim istraživanjima uspjeli su dokazati da su pacijenti koji su pretrpjeli psihičke traume, a ne boluju od depresije, također u stanju povećane upale.¹⁸ Sve ovo dovodi do zaključka da je stanje povećane upale

neka vrsta „biološkog ožiljka“ koja ostaje nakon ranog izlaganja značajnim stresnim situacijama u djetinjstvu i ima posljedice, kako na psihičko, tako i na fizičko zdravlje.

1.1.3. Epidemiologija

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije depresija danas zauzima četvrto mjesto u ukupnoj populaciji. Broj osoba koji boluju od depresije konstantno raste posebno u razvijenim zemljama (22).

Epidemiološka istraživanja govore da 3 do 4% ljudi boluje od teških, a 2% od blažih oblika depresije, da je prevalencija depresije od 12 do 20% u ženskoj, a od 5 do 12% u muškoj populaciji. Velika većina autora se slaže i ističe da uvjeti života suvremenog čovjeka, opća nesigurnost i sve veća izloženost djelovanju raznih nepovoljnih životnih čimbenika uzrokuje ovako visoku učestalost depresije (23).

U odnosu na životnu dob spominje se veća učestalost depresije kod starijih muškaraca i mlađih žena a posebno se ističe da su depresije u žena drugi najveći zdravstveni problem što se onda povezuje s: hormonskim promjenama, stresnim zbivanjima, trudnoćom, porođajima, kao i „naučenj“ bespomoćnosti u životnim ulogama, a posebno statusom žene u društvu (24).

Utjecaj suvremenog života na nastanak depresije, posebno povezuje depresiju i tjeskobu što je od posebnog značaja u nastanku reaktivnih i „maskiranih“ depresija, a depresijama se pridodaju i razni psihijatriji bliski termini, kao što su: tuga, potištenost i žalost, tako da termin depresija pokriva veliko područje mentalne patologije (25).

Kad se govori o utjecaju suvremenog života koji uzrokuje nesigurnost i sve veću izloženost djelovanju raznih nepovoljnih čimbenika na čovjeka, a što može dovesti do depresivnog reagiranja, ističe se i konstatacija da je: depresija bolest našeg vremena, a depresivni sindrom najčešći način psihičkog reagiranja. Ovome pridonosi: usamljenost, potiskivanje emocionalnih doživljavanja, složeni uvjeti koji traže velike napore u prilagođivanju, nesigurnost te stalna briga za egzistenciju. Spominju se i značenje i utjecaj rasnih, regionalnih i drugih razlika, kao i činjenica da su ovi poremećaji češći u socijalno „višem“ stanovništvu i da se poremećaj raspoloženja češće „dijagnosticira“ kod bogatih (26).

U psihodinamici se spominje: gubitak značajne osobe u djetinjstvu (smrt jednog roditelja), a psihoanalitičari naglašavaju poremećaj odnosa između ega i superega uz strogi i rigidan superego koji ne dozvoljava da se agresija izrazi prema vani. Spominje se i pojava: mržnje, agresivnosti, neprijateljstva, što sve rađa osjećaj krivnje, a neki autori posebni značaj daju „ovisnosti“ ističući da te osobe imaju pojačanu potrebu za pažnjom i podrškom, dok

bihevioristi smatraju da: smanjenje socijalno pozitivne stimulacije utječe na nastanak depresije (27).

1.1.4. Klinička slika

Depresivno raspoloženje karakterizira: potištenost, vidan pad energije, interesa i volje, poteškoće koncentracije, promjena ritma spavanja, promjena apetita i tjelesne težine te subjektivni doživljaji velike patnje (28). Drugi znaci i simptomi depresije podrazumijevaju: promjenu stupnja aktivnosti, promjenu kognitivnih kapaciteta (pažnja, mišljenje, pamćenje i govor) te poremećaj vegetativnih funkcija (san, apetit, spolne aktivnosti i drugi biološki ritmovi) (28). Gotovo 80% bolesnika se tuži na probleme spavanja, nesanicu i ranojutarnje buđenje. Depresivno raspoloženje u sebi sadržava osjećaj duboke patnje i emocionalne boli što ponekad predstavlja jedan od najznačajnijih čimbenika pri odluci bolesnika na izvršavanje suicida. Otprilike 2/3 depresivnih bolesnika razmišlja o suicidu, a 10-15% svoj život tako i završava. Suicidalna razmišljanja mogu biti izražena indirektno, npr. u želji osobe da se ne probudi ili da umre od neke bolesti, a mogu se pojaviti i riskantne aktivnosti, npr. neoprezna vožnja. Razmišljanja o smrti i suicidu mogu biti prolazna i ponavljana. Depresija je vrlo često praćena anksioznošću, a ponekad dominiraju somatski simptomi osobito kod starijih bolesnika i u slučajevima maskirane depresije (29).

Otprilike polovica bolesnika pokazuje dnevne varijacije pojave njihovih simptoma i karakteristično opisuju pojačane tegobe ujutro i smanjenje tegoba tijekom dana kako bi se uvečer osjećali gotovo normalno. U depresivnih bolesnika je često prisutan osjećaj krivnje i samooptuživanja. Pri tomu bolesnik sebe može optuživati za: preuveličanu ili posve izmišljenu krivnju, bolest članova obitelji, vlastitu bolest, gubitak materijalnih sredstava, patnje drugih osoba, itd. Sebe i okolinu doživljavaju izrazito negativno. U njihovom misaonom sadržaju se stalno javljaju ideje: gubitka, krivnje, patnje, suicida i smrti. Većina ih smanjeno komunicira s okolinom, na pitanja uglavnom odgovaraju jednosložnom rečenicom ili uskraćuju odgovor. Među dijelom takvih bolesnika se javlja zaboravljivost, nesposobnost prisjećanja uobičajenih, svakodnevnih radnji (29). Simptomi također uključuju: socijalno povlačenje, otežano donošenje odluka, razdražljivost i nemir (30).

1.1.5. Klasifikacija

Klasifikacija depresije se razlikuje prema: tjelesnom habitusu, somatskom tipu, dobnim skupinama, temperamentu, simptomima, načinu iskazivanja bolesti, tijeku bolesti, i reagiranju na lijekove. Najpoznatija je tzv. Kiholzova shema odnosno podjela koja držeći se nozoloških principa depresiju dijeli na somatogene, endogene i psihogene depresije. U skupinu somatogenih uvrštene su: organske depresije (senilna, aterosklerotska, posttraumatska, epileptička, oligofrena) zatim simptomatske depresije (postinfektivna, hemodinamična, endokrina i toksička). U endogene depresije su uvrštene: depresije kod shizofrenije, ciklična, periodična depresija i kasna depresija. U treću skupinu tzv. psihogenih depresija spadaju: neurotična depresija, depresija uslijed iscrpljenosti i reaktivna depresija (31).

Prema nekim stručnjacima je dovoljna podjela na: unipolarne i bipolarne, a neki ih autori dijele u dvije skupine: egzogene i endogene, pa tu kao podvrste nabrajaju: psihoreaktivne, fatigacijske, te kao posebni entitet involutivne. U posljednje vrijeme u klasifikaciju uvrštavaju i tzv. „larvirane“ ili maskirane depresije koje se manifestiraju oscilirajućim promjenama raspoloženja koje su prikrivene somatskim tegobama, pa ovi bolesnici prešućuju svoje promjene raspoloženja koji ih često nisu svjesni (32).

Treba na kraju spomenuti da je danas značajni porast depresije doveo da se sve češće srećemo s: nizom atipičnih depresivnih slika prekrivenim organskim, funkcionalnim, vegetativnim ili drugim smetnjama što sve zahtjeva da selektivno tražimo depresivne simptome.

U svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi se upotrebljava: Međunarodnu klasifikaciju bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10. revizija (33).

Brojne druge zemlje koriste DSM – IV TM (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne bolesti (34).

1.1.6. Liječenje

Suvremena psihijatrija raspolaže brojnim i raznovrsnim biološkim psihoterapijskim i socioterapijskim metodama liječenja. Bolesnici koji boluju od depresije zahtijevaju multidisciplinarni pristup u liječenju. Od iznimne je važnosti pravovremeno prepoznavanje bolesti i učinkovito, vremenski dovoljno dugo liječenje kako bi se izbjegle posljedice i

kronični tijek bolesti. Poznato je da velik broj depresivnih bolesnika često pohodi različite ustanove hitne medicinske pomoći i liječnike obiteljske medicine tužeći se na različite tjelesne smetnje čiji je pravi izvor u neprepoznom depresivnom poremećaju (35). Liječenje depresije provodi se psihoterapijom, psioedukacijom oboljelih i članova njihove obitelji te biološkim metodama među koje spadaju: psihofarmakoterapija, terapija svjetlom, deprivacija spavanja te elektrokonvulzivna terapija (36).

U liječenju depresivnih poremećaja psihofarmakoterapiji pripada posebno i glavno mjesto budući da antidepresivi čine osnovu terapije, a ovisno o stupnju poremećaja koriste se i stabilizatori raspoloženja, anksiolitici i antipsihotici. Prema mehanizmu djelovanja antidepresive možemo podijeliti u više skupina, no selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI prema engl. selective serotonin reuptake inhibitors) se danas koriste kao antidepresivi prvog izbora (37). Zajednički učinak antidepresiva je djelovanje na poboljšanje raspoloženja, te se uz to navode drugi učinci: antipanični, antiopsesivni, sedativni, anksiolitički, hipnotski, antibulimički, analgetski učinak uz stimulaciju apetita. Osim samog mehanizma djelovanja lijeka bitno je moguće nuspojave, doziranje, indikacije, kontraindikacije, kao i brojna druga svojstva određenog medikamenta jer o tome ovisi i uspješnost liječenja (38).

Temeljni principi koji se trebaju zadovoljiti da bi liječenje bilo uspješno su: da liječenje započne što ranije od početka bolesti, da se antidepresivi daju u optimalnoj dozi i da se primjenjuju dovoljno dugo. Jedan od glavnih razloga terapijskog neuspjeha je subdoziranje antidepresiva dok je učestalo javljanje novih depresivnih epizoda najčešće posljedica prijevremenog prekida terapije. Terapija održavanja ili druga faza liječenja traje minimalno godinu dana i to istim dozama koje su primjenjivane u akutnoj fazi liječenja. Naglasak pri izboru terapije je na individualnom pristupu i na prilagođavanju duljine uzimanja. Naime bolesnici kod kojih se depresivne epizode ponavljaju, terapiju održavanja trebali bi uzimati najkraće pet godina, a određeni broj bolesnika i doživotno (38).

Suportivna terapija ima zadatak da bolesniku pobliže objasni probleme vezane uz njegovu bolest, uz pokazivanje interesa za bolesnika, objašnjava mu rezultate tretmana, daje mu nadu u oporavak i ohrabruje ga u daljnjim aktivnostima (39).

Interpersonalno savjetovanje pokušava identificirati međuljudske probleme, raspravlja o najboljim načinima liječenja, vodeći računa o mogućim alternativama za rješenje samog problema. Kratka dinamska psihoterapija identificira emocionalne poteškoće u svakodnevnom životu (vodeći računa o emocionalnoj reakciji terapeuta), otkriva ranija iskustva kojima

tumači sadašnje smetnje i savjetuje alternativne putove za bavljenje i rješavanje problema. Uz sve navedeno, treba poduzimati i određene psihoedukativne postupke bolesnika i njegove obitelji, a značaj pripada i fiziološkim čimbenicima koji doprinose dobrom i lošem raspoloženju kao što je: prehrana, fizičke aktivnosti i dobar san (40).

1.2. KRONIČNE TJELESNE BOLESTI I DEPRESIJA

Prema rezultatima istraživanja provedenih u svijetu posljednjih godina kod oboljelih od kroničnih tjelesnih bolesti vrlo često se javljaju duševne bolesti, a depresivni poremećaji su najčešći (41). Postoji međuovisnost navedenih bolesti jer se u bolesnika koji boluju od depresije, u odnosu na opću populaciju, kronične tjelesne bolesti pojavljuju češće (41,42). Prevalencija depresije u bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti kreće se od 14 do 56% ovisno o samoj vrsti tjelesne bolesti, duljini njezina trajanja te o prisutnosti boli što još nekoliko puta povećava učestalost depresije (43,44).

Prevalencija depresije u oboljelih od plućnih bolesti (KOPB, astma) kreće se od 25 do 35%. U kardioloških bolesnika (preboljeli infarkt miokarda) učestalost depresije iznosi od 45 do 50%, u oboljelih od karcinoma 48%, a u slučaju boli ona raste i do 80%. Prevalencija depresije u endokrinoloških bolesnika (dijabetes) iznosi oko 35%, u neuroloških bolesnika 40% (Parkinsonova bolest, multipla skleroza, epilepsija) (41-46). Depresija ostaje neprepoznata u velikoga broja kroničnih tjelesnih bolesnika. Nedovoljno prepoznavanje i liječenje depresije otežano je i stavom liječnika koji kod teških kroničnih bolesnika očekuju anksioznost, neraspoloženje, umor i bezvoljnost (41,46-48) Prema podacima iz studija provedenih na kroničnim tjelesnim bolesnicima, depresija je češće zastupljena u žena. Depresija u kroničnih tjelesnih bolesnika povećava morbiditet, mortalitet i utječe na stopu suicida koja je nekoliko puta veća nego u općoj populaciji (49-50). Svi ovi navedeni podaci ukazuju na važnost pravilnog i pravovremenog dijagnosticiranja depresije u kroničnih tjelesnih bolesnika kako bi se sustavnim i multidisciplinarnim pristupom u liječenju, uz što manji broj interakcija i nuspojava, smanjio broj suicida i poboljšala kvaliteta života kroničnih tjelesnih bolesnika. Liječenje depresije u kroničnih tjelesnih bolesnika provodi se kombinacijom farmakoterapije i psihoterapije, uz pomoć raznih psihosocijalnih i edukacijskih mjera namijenjenih osoblju, bolesnicima i njihovim obiteljima (51-52). Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koriste se kao antidepresivi prvog izbora zbog dobre podnošljivosti, visokog stupnja učinkovitosti, specifičnog profila nuspojava, malog broja interakcija s ostalim lijekovima (53-54) Ovi antidepresivi selektivno blokiraju ponovnu

pohranu serotonina, a na druge neurotransmitterske sustave djeluju slabo ili ne djeluju. Radi se o djelotvornim i sigurnim antidepresivima koji ne izazivaju značajne interakcije s antiepilepticima, citostaticima, antihipertenzivima, lijekovima koji se rabe u liječenju endokrinoloških bolesti i drugim lijekovima kojima liječimo kronične tjelesne bolesti (37,54). Osnovni razlog nedovoljne učinkovitosti u liječenju je nesuradljivost, odnosno neredovito uzimanje propisane terapije. Negativan stav prema uzimanju lijekova, odbijanje potrebe za liječenjem depresije i pritužbe na velik broj tableta koji uzimaju glavne su prepreke uspješnog liječenja depresije kod kroničnih tjelesnih bolesnika (54). Korištenje psihoterapijskih tehnika neophodno je kako bismo postigli bolju suradljivost, motivirali bolesnike i ojačali njihove obrambene mehanizme.

Suportivna, bihevioralna i kognitivna psihoterapija terapije su izbora. Cilj suportivnih psihoterapijskih intervencija jest ublažavanje i uklanjanje tegoba te uspostavljanje psihičke ravnoteže (56). Psihoterapijski ciljevi u individualnom radu s bolesnikom su: pomoći bolesniku da se suoči s bolesti, spriječiti tendenciju k dubljoj regresiji, pasivizaciji i otuđenosti, pojačati motivaciju za liječenje, smanjiti otpor i ukloniti konfliktne situacije koje mogu znatno utjecati na terapijski proces (56). Kroz kvalitetnu psihoterapiju bolesnici lakše prihvaćaju svoju bolest, lakše se mire s gubitkom, postaju posvećeniji svom zdravlju, a stjecanjem uvida raste suradljivost i povjerenje s liječnikom.

1.3. MALIGNNE BOLESTI I DEPRESIJA

Sama dijagnoza onkološke bolesti je sama po sebi ugrožavajuća za život i kao takva je izvor velikog stresa u bolesnika. Mnoga istraživanja su pokazala je da dijagnoza karcinoma generira veću razinu stresa nego dijagnoze nemalighnih bolesti koje imaju lošiju prognozu (57). Izrazito visoke razine emocionalnog stresa kroz duži životni period mogu u bolesnika dovesti do depresivnih poremećaja, anksioznosti ili pak oboje. Povezanost ova dva simptoma je vrlo česta; dvije trećine onkoloških bolesnika koji pate od depresivnih poremećaja također pokazuju klinički uočljive znakove anksioznosti (58). Depresija ne samo da vodi smanjenoj kvaliteti života, nego također i kompromitira sam ishod bolesti te je rezultat povećan mortalitet. Istraživanja su pokazala da velika i mala depresivna epizoda povećavaju smrtnost za 39% i da su bolesnici koji pokazuju čak i rijetke depresivne simptome izloženi povećanom riziku od mortaliteta za 25% (59). Među psihičkim problemima koji se susreću u bolesnika s malignim bolestima uz depresivne i anksiozne poremećaje važno je spomenuti poremećaj

prilagodbe vezan uz strah od tjelesnih promjena, napadaje panike, posttraumatski stresni poremećaj, seksualnu disfunkciju, nedostatak sna (60).

Incidencija depresije u bolesnika s malignom bolešću je čak i do tri puta veća nego u općoj populaciji i varira od 43% do čak 80% ukoliko je u bolesnika prisutna kronična bol. Na incidenciju depresije također utječe i lokalizacija primarnog karcinoma; najveća pojavnost depresije uočena je među bolesnicima koju boluju od karcinoma pluća i gušterače dok je najniža incidencija među bolesnicima koji boluju od invazivnih kožnih karcinoma. Dob i spol bolesnika također imaju utjecaja na incidenciju depresije među onkološkim bolesnicima; među odraslim bolesnicima dob je obrnuto povezana s depresijom dok su pripadnice ženskog spola dva do tri puta sklonije razvijanju depresivnih poremećaja od muškaraca. Neposredno nakon dijagnoze razina psihičkog stresa je najveća i mijenja se tijekom vremena (61). Prema nedavnim istraživanjima prevalencija depresije među onkološkim bolesnicima je u padu u posljednja tri desetljeća što se može pripisati napretku u liječenju, uključujući manje radikalne kirurške zahvate, bolje ishode cjelokupnog liječenja i bolje organiziranoj psihosocijalnoj podršci onkoloških bolesnika (62).

U bolesnika s malignom bolesti depresija dugo vremena bude neprepoznata i neliječena, dijelom zbog vjerovanja da je depresija normalna i univerzalna reakcija na samu bolest i dijelom zbog samog preklapanja simptoma bolesti (63). Tjelesna prezentacija depresije, uključujući konstantni osjećaj umora, gubitak apetita, promjene u tjelesnoj težini i smanjene kognitivne funkcije često biva neprepoznata od strane liječnika jer se smatra posljedicom same onkološke bolesti i nuspojavom onkološke terapije (64). Lakše otkrivanje depresije u bolesnika s malignom bolešću potpomoglo je istraživanje u kojem je promatrana razina interleukina -6 (IL-6) i diurnalne varijacije kortizola u depresivnih onkoloških bolesnika te se pokazalo je da je razina IL-6 povećana sedam puta, dok je diurnalna varijacija kortizola smanjena za šest puta u usporedbi sa onkološkim bolesnicima koji ne pate od depresije. Ovo vodi do zaključka da su ovi testovi dobra metoda probira depresije u onkoloških bolesnika (65).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1.Ciljevi istraživanja

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati kolika je prevalencija depresije u bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih i malignih bolesti. Dodatno, cilj istraživanja utvrditi zastupljenost depresije među najčešćim bolestima koje su dijagnosticirane među ispitanicima.

2.2.Hipoteza

Prevalencija depresije u oboljelih od kroničnih tjelesnih i malignih bolesti veća je nego u općoj populaciji.

3. MATERIJALI I METODE

Provedena je presječna studija, a ispitivanje je provedeno u Klinici za interne bolesti, Klinici za neurologiju i Klinici za plućne bolesti i u Klinici za onkološke bolesti Kliničkog bolničkog centra Split.

Ispitanici

Ispitanici koji su uključeni u ovo istraživanje su bolesnici koji boluju od kroničnih i malignih bolesti te su liječeni na Klinici za plućne bolest (u daljnjem tekstu pulmologija), Klinici za neurologiju, Klinici za onkologiju i radioterapiju i Zavodu za gastroenterologiju Kliničkog bolničkog centra u Splitu. Uzorkovanje je provedeno tijekom ožujka, travnja i svibnja 2019 .godine.

U studiji je sudjelovalo 111 pacijenata. Svaki je ispitanik prije uključivanja u istraživanje bio upoznat s ciljevima i postupcima u okviru ovog istraživanja i svoje dobrovoljno sudjelovanje je potvrdio potpisivanjem informiranog pristanka. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Kliničkog bolničkog centra u Splitu.

Postupci i metode

Beckov upitnik za depresiju (BDI) (Prilog 1) osmislio je Aron Beck 1961. godine. BDI je samoocjenska ljestvica i sastoji se od 21 pitanja, a na svako je moguće odgovoriti s četiri odgovora koja se ocjenjuju vrijednostima od 0 do 3. Ispituje se poremećaj raspoloženja, gubitak nade, osjećaj odbačenosti, nesposobnost za uživanje, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja prema sebi, samoosuđivanje, sklonost samoubojstvu, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu s drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, nesposobnost za rad, poremećaj sna, umor, nedostatak apetita, mršavljenje, hipohondrija i gubitak libida. Minimalni rezultat je 0, a maksimalni 63. Dobiveni rezultati pokazuju da ispitanici koji su postigli do 11 bodova nemaju depresiju, a ispitanici koji su postigli rezultat od 12 do 26 bodova imaju blagu, odnosno umjerenu depresiju. Teška depresivna epizoda dijagnosticira se kada je postignut rezultat veći od 27 (65).

Statistička analiza

Korištene su metode deskriptivne statistike gdje se kod normalno distribuiranih varijabli koristi aritmetička sredina i standardna devijacija, dok se u slučaju odstupanja od normalne distribucije koristio medijan kao srednja vrijednost te interkvartilni raspon kao pokazatelj raspršenosti oko srednje vrijednosti (IQR). Normalnost razdiobe se testirala Kolmogorov-Smirnov testom.

Struktura odgovora na anketna pitanja iskazala se grafičkim i tabelarnim prikazom.

Povezanosti među varijablama testirana je Hi kvadrat testom.

Analiza je rađena u statističkom programu STATISTICA 12 te su zaključci donoseni pri razini signifikantnosti od 5%.

4. REZULTATI

Tijekom ovog istraživanja obrađeni su rezultati 111 ispitanika. Bolesnici su podijeljeni u četiri skupine, s obzirom na odjele gdje su liječeni u KBC-u Split. Na Klinici za onkološke bolesti ispitana su 32 bolesnika, na Klinici za plućne bolesti 25 bolesnika, na Klinici za neurologiju 28 bolesnika te na Zavodu za gastroenterologiju 25 bolesnika. Među ispitanim bolesnicima bilo je 60 muškaraca i 50 žena. Jedna osoba se nije izjasnila za spol.

Tablica 1. Spol bolesnika i starosna dob

Varijabla				P
Spol				
Muško n (%)	60	54.05		
Žensko n (%)	50	45.05		0,340*
Dob				
Starosna dob Me(IQR)	57	46-55		<0,001**

*Hi kvadrat test

** Kolmogorov-Smirnov test

U promatranom uzorku ispitano je više bolesnika muškog spola što je vidljivo iz Tablice 1. Testiranjem nije utvrđeno postojanje heterogenosti uzorka s obzirom na spol ($p=0,340$). Testiranjem je utvrđeno da ispitani bolesnici prema starosnoj dobi nemaju normalnu razdiobu ($p<0,001$) te da je srednja vrijednost 57 godina (IQR=46-55).

Tablica 2. Podjela bolesnika po dobi u odnosu na odjel

Odjel	od 20 do 35		od 36 do 50		od 51 do 65		od 66 do 80		81 i više		Ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
gastroenterologija	0	0,00%	4	16,00%	18	72,00%	3	12,00%	0	0,00%	25
neurologija	11	39,29%	4	14,29%	5	17,86%	8	28,57%	0	0,00%	28
onkologija	2	6,06%	9	27,27%	15	45,45%	7	21,21%	0	0,00%	33
pulmologija	1	4,00%	5	20,00%	11	44,00%	7	28,00%	1	4,00%	25
Ukupno	14		22		49		25		1		111

Iz tablice 2 je vidljivo da je najveći broj ispitanih bolesnika s gastroenterologije starosne dobi od 51 do 65 godina (18 ispitanika; 72%), dok je najveći broj ispitanih bolesnika s neurologije starosne dobi od 20 do 35 godina (11 ispitanih bolesnika; 39,29%). Najveći broj ispitanih bolesnika s onkologije je starosne dobi od 51 do 65 godina (15 ispitanih bolesnika; 45,45%) te s pulmologije ispitanici su najvećim dijelom starosne dobi od 51 do 65 godina (11 ispitanika; 44%).

Tablica 3. Podjela po spolu bolesnika u odnosu na odjel

Odjel	Spol				P*
	M	%	Ž	%	
gastroenterologija	19	31,67	6	12,00	
neurologija	10	16,67	18	36,00	
onkologija	15	25,00	17	34,00	
pulmologija	16	26,67	9	18,00	0,016

*Hi kvadrat test

U Tablici 3 prikazana je podjela ispitanika po spolu u odnosu na odjel. Testiranjem je utvrđena povezanost između odjela na kojem su liječeni i spola ispitanih bolesnika ($p=0,016$). Najveći broj ispitanih bolesnika muškog spola je s gastroenterologije (19 ispitanika; 31,67%), dok su ispitanice bolesnice najvećim brojem s neurologije (18 ispitanica; 36%).

Tablica 4. Vrijednosti dobivene BDI testom u ispitanih kroničnih tjelesnih i onkoloških bolesnika

Čestice depresivnosti	Ocjena	N	%
Poremećaj raspoloženja	0	71	63,96
	1	22	19,82
	2	18	16,22
	3	0	0,00
Gubitak nade	0	81	72,97
	1	18	16,22
	2	9	8,11
	3	3	2,70
Osjećaj odbačenosti	0	77	69,37
	1	19	17,12
	2	13	11,71
	3	2	1,80
Nesposobnost uživanja	0	47	42,34
	1	48	43,24
	2	13	11,71
	3	3	2,70
Osjećaj krivnje	0	89	80,18
	1	15	13,51
	2	7	6,31
	3	0	0,00
Potreba za kaznom	0	91	81,98
	1	16	14,41
	2	2	1,80
	3	2	1,80
Mržnja prema sebi	0	97	87,39
	1	11	9,91
	2	3	2,70
	3	0	0,00
Samoosuđivanje	0	89	80,18
	1	7	6,31
	2	8	7,21
	3	7	6,31
Sklonost samoubojstvu	0	101	90,99
	1	8	7,21
	2	2	1,80
	3	0	0,00
Plačljivost	0	67	60,36
	1	34	30,63
	2	4	3,60
	3	6	5,41
Razdražljivost	0	35	31,53
	1	49	44,14

	2	10	9,01
	3	17	15,32
	0	72	64,86
Poremećaj u odnosima s drugim	1	27	24,32
	2	11	9,91
	3	1	0,90
	0	63	56,76
Neodlučnost	1	27	24,32
	2	20	18,02
	3	1	0,90
	0	85	76,58
Negativna slika o sebi	1	16	14,41
	2	7	6,31
	3	3	2,70
	0	36	32,43
Nesposobnost za rad	1	47	42,34
	2	21	18,92
	3	7	6,31
	0	38	34,23
Poremećaj sna	1	44	39,64
	2	22	19,82
	3	7	6,31
	0	19	17,12
Umor	1	55	49,55
	2	24	21,62
	3	13	11,71
	0	46	41,44
Oslabljen apetit	1	43	38,74
	2	18	16,22
	3	4	3,60
	0	41	36,94
Gubitak na težini	1	34	30,63
	2	17	15,32
	3	19	17,12
	0	52	46,85
Hipohondrija	1	35	31,53
	2	19	17,12
	3	5	4,50
	0	35	31,53
Oslabljen libido	1	37	33,33
	2	18	16,22
	3	20	18,02
	Nedostaje podatak	1	0,90

Iz Tablice 4 se može utvrditi najniža razina sklonosti samoubojstvu budući je utvrđeno da 101 ispitanih bolesnika (90,99 %) nema niti malo sklonosti samoubojstvu, dok je najviša razina čestica depresivnosti utvrđena kod slabljenja libida, što je sklonost 20 ispitanih bolesnika (18,02 %).

Tablica 5. Postojanje depresije

	N	%	P*
Dijagnosticirana depresije	potvrđena depresija	54	48,65%
	nije potvrđena depresija	57	51,35%

*Hi kvadrat test

U uzorku od 111 ispitanih bolesnika koristeći se BDI, u 54 (48,65%) je dijagnosticirana depresija (Tablica. 5) te se ne može utvrditi razlika u odnosu na zastupljenost bolesnika u kojih nije dijagnosticirana depresija ($p=0,776$).

Tablica 6. Razine depresije

	N	%	P*
Razina depresije	Blaga	27	50,00%
	Umjerena	15	27,78%
	Teška	12	22,22%

*Hi kvadrat test

U Tablici 6 su prikazane razine depresije kod 54 bolesnika kod kojih je potvrđena depresija. Kod 27 ispitanih bolesnika (50%) je utvrđena blaga depresija, kod 15 bolesnika je utvrđena umjerena depresija, a kod 12 bolesnika teška depresija. Razlika u zastupljenosti je statistički značajna ($p<0,001$).

Tablica 7. Postojanje depresije i zastupljenost po spolu

Dijagnoza depresije	M		Ž		p*
	N	%	N	%	
potvrđena depresija	29	48,33	24	48,00	
nije potvrđena depresija	31	51,67	26	52,00	0,973

*Hi kvadrat test

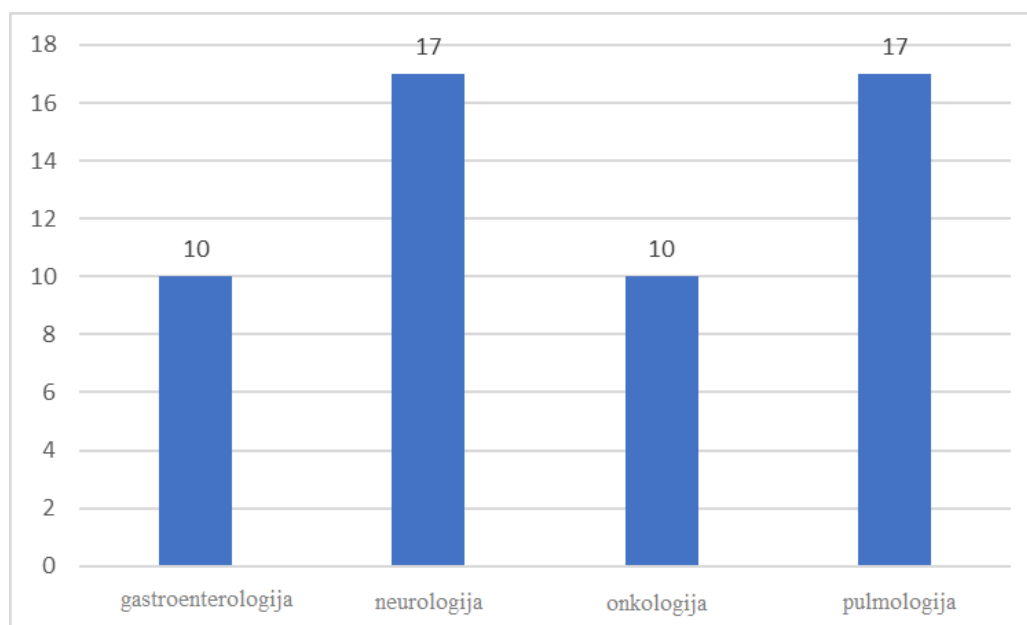
Iz Tablice 7 je vidljivo da je depresija zastupljenija u bolesnika muškog spola. Testiranjem nije utvrđena statistički značajna povezanost između depresije i spola.

Tablica 8. Podjela po dobnim skupinama depresivnih bolesnika

Dob	Godine	N	N(%)
		od 20 do 35	6
	od 36 do 50	10	18,52
	od 51 do 65	20	37,04
	od 66 do 80	17	31,48
	81 ili više	1	1,85

Iz Tablice 8 je vidljivo da bolesnici kod kojih je dijagnosticirana depresija su uglavnom starosne dobi od 51 do 65 godina (20 ispitanih bolesnika; 37,04%), dok tek jedan ispitani bolesnik (1,85%) ima 81 godinu ili više.

Slika 1. Grafički prikaz bolesnika s depresijom po odjelima



Najveći broj ispitanih bolesnika s dijagnosticiranom depresijom je s odjela pulmologije i neurologije, po 17 ispitanika, dok je s odjela gastroenterologije i onkologije po 10 ispitanika.

Tablica 9. Podjela po dobi i odjelu bolesnika s potvrđenom depresijom

Odjel	od 20 do 35		od 36 do 50		od 51 do 65		od 66 do 80		81 i više		Ukupno
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Gastroenterologija		0,00%	1	10,00%	6	60,00%	3	30,00%	0	00,00%	10
Neurologija	5	29,41%	1	5,88%	4	23,53%	7	41,18%	0	00,00%	17
Onkologija		0,00%	4	40,00%	4	40,00%	2	20,00%	0	00,00%	10
Pulmologija	1	5,88%	4	23,53%	6	35,29%	5	29,41%	1	5,88%	17
Ukupni zbroj	6	11,11%	10	18,52%	1	37,04%	20	31,48%	17	1,85%	54

Najveći broj ispitanih bolesnika s dijagnosticiranom depresijom s odjela gastroenterologije je starosne dobi od 51 do 65 godina (6 ispitanih bolesnika; 60%), dok je najveći broj ispitanih bolesnika s neurologije starosne dobi od 66 do 80 godina (7 ispitanih bolesnika; 41,18%). S odjela onkologije podjednak broj ispitanih pacijenata je starosne dobi od 36 do 50 odnosno od 51 do 65 godina (4 ispitanih bolesnika; 40%). S odjela pulmologije su ispitani pacijenti najvećim brojem starosne dobi od 51 do 65 godina (6 ispitanika; 35,29%).

Tablica 10. Razina depresije po spolovima

	M		Ž		p*
	N	%	N	%	
Razina depresije					
Blaga	15	51,72	11	45,83	0,351
Teška	8	27,59	4	16,67	
umjerena	6	20,69	9	37,50	

*Hi kvadrat test

Kod muškaraca je blaga depresija dijagnosticirana u 15 (51,72%); teška kod 8 (27,59%) i umjerena u 6 (20,69%) ispitanika. U žena je blaga depresija dijagnosticirana u 11 (45,83%); teška kod 4 (16,67%) te umjerena kod 9 (37,50%) ispitanica. Kod jednog ispitanog bolesnika koji boluje od depresije nije poznat spol te je on isključen iz izračuna. Testiranjem nisu utvrđene povezanosti između spola i razine depresije ($p=0,351$).

Tablica 11. Dobne skupine u bolesnika s depresijom

Dob (god.)	Spol				p*
	m - n(%)		ž - n (%)		
od 20 do 35	1	3,45	5	20,83	
od 36 do 50	2	6,90	8	33,33	
od 51 do 65	10	34,48	9	37,50	
od 66 do 80	15	51,72	2	8,33	
81 i više	1	3,45	0	0,00	<0,001

*Mann-Whitney U test

Kronični bolesnici koji boluju od depresije su podijeljeni u pet dobnih skupina. Prvu skupinu od 20 do 35 godina činilo je ukupno šest ispitanih bolesnika, od toga jedan muškarac (3,45%) i pet žena (20,83%). Drugu skupinu od 26 do 50 godina činilo je ukupno 10 ispitanih bolesnika, od toga dva muškarca (6,90%) i osam žena (33,33%). Treću skupinu od 51 do 65 godina činilo je 19 ispitanih bolesnika, od toga 10 muškaraca (34,48%), 9 žena (37,50%). Četvrtu skupinu od 66 do 80 godina činilo je 17 ispitanih bolesnika, od toga 15 muškaraca (51,72%) i dvije žene (8,33%). Zadnju skupinu od 81 ili više godina činio je jedan muški bolesnik (3,45% ispitanih bolesnika).

Tablica 12. Učestalost depresije u odnosu na kroničnu i malignu bolest

	Dijagnosticirana depresija		Nije dijagnosticirana depresija		P	
	N	%	N	%		
Bolest	Karcinom debelog crijeva	4	23,53	13	76,47	0,029*
	Karcinom pluća	5	55,56	4	44,44	-.**
	Ciroza jetre	6	66,67	3	33,33	-.**
	Kolelitijaza	2	25,00	6	75,00	-.**
	KOPB	7	77,78	2	22,22	-.**
	Multipla skleroza	4	40,00	6	60,00	0,527*
	Ostale	26	53,06	23	46,94	0,668*

*Hi kvadrat test

** zbog malih vrijednosti nije moguće provesti testiranje razlika

Iz Tablice 12 je vidljivo da bolesnici s dijagnozom karcinomom debelog crijeva imaju statistički značajno manju učestalost utvrđene depresije ($p=0,029$).

Bolesnici s dijagnosticiranim karcinomom pluća, cirozom jetre i kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću u većoj mjeri imaju dijagnosticiranu depresiju, ali zbog malog uzorka bolesnika s dijagnozama nije moguće provesti nepristrano testiranje razlike.

Kod 49 ispitanika s ostalim bolestima, koje su činile preko 20 različitih dijagnoza, depresija je kod 3 bolesnika zastupljena više, ali razlika nije značajna ($p=0,668$).

5. RASPRAVA

Tijekom ovog istraživanja obrađeni su rezultati 111 ispitanika. Bolesnici su podijeljeni u četiri skupine, s obzirom na odjele gdje se liječe u KBC-u Split. U Klinici za onkološke bolesti ispitana su 32 bolesnika, u Klinici za plućne bolesti 25 bolesnika, u Klinici za neurologiju 28 bolesnika te u Zavodu za gastroenterologiju 25 bolesnika. Najveći broj ispitanika muškog spola je iz skupine gastroenteroloških bolesnika, dok je najveći broj ispitanica iz skupine neuroloških bolesnica, što djelomično odgovara istraživanjima drugih autora u kojima ženski spol učestalije obolijeva od neuroloških i od gastroenteroloških bolesti (66,67) Koristeći se BDI testom utvrđeno je da 101 bolesnik (91%) nema nikakve sklonosti samoubojstvu, dok je 20 bolesnika (18%) kao glavni problem iskazalo oslabljen libido označivši ga ocjenom 3. Kriterije za depresivni poremećaj nije ispunilo 57 bolesnika. Prevalencija depresivnog poremećaja na navedenom uzorku iznosi 48,7%, odnosno depresivni poremećaj je utvrđen u 54 ispitanika, što nam potvrđuje veću učestalost depresije među bolesnicima s kroničnim tjelesnim i malignim bolestima u odnosu na opću svjetsku populaciju u kojoj prevalencija depresije iznosi 12,9% te Hrvatsku gdje iznosi 13,5%. Ukupan uzorak od 54 depresivna kronična tjelesna i onkološka bolesnika podijeljen je po težini depresivne epizode, po spolu i po dobi. Blaga depresivna epizoda potvrđena je u 50% ispitanika, umjerena depresivna epizoda u 27,8% i teška depresivna epizoda u 22,2% bolesnika što odgovara rezultatima u svjetskim istraživanjima (45,48,49). Ukupan uzorak depresivnih bolesnika sastoji se od 24 žene (48%) i 29 muškaraca (48,3%), što ne odgovara podacima iz literature u kojima se depresija javlja dva do tri puta češće u žena nego u muškaraca (68). Bolesnici kod kojih je utvrđena depresija, podijeljeni su po dobi u pet skupina. U prvoj skupini od 20 do 35 godina bilo ih je 6 (11,1%), u drugoj od 36 do 50 godina 10 (18,5%), u trećoj od 51 do 65 godina 20 (37%), u četvrtoj od 65 do 80 godina 17 (31,5%) te u petoj skupini od 81 godine i više samo jedan bolesnik (1,9%). Raspodjela prema dobi odgovara već poznatim rezultatima da je depresija bolest srednje i starije dobi. Bolest ih, uz dob ograničava u svakodnevnom životu i mnogobrojnim aktivnostima što često može biti okidač nastanka depresije (69).

Ovim istraživanjem također je utvrđeno da je prevalencija depresije bila najveća među bolesnicima s neurološkim i plućnim bolestima, u obje skupine po 17 bolesnika što odgovara dosad objavljenim podacima u kojima se neurološke bolesti najčešće povezuju s depresijom, a prevalencija depresije u bolesnika s plućnim bolestima iznosi čak 30%. Najveći broj depresivnih bolesnika s plućnim bolestima starosne je dobi od 51 do 65 godina (35,3%) što ne čudi s obzirom da se plućne bolesti, posebno KOPB javljaju u starijoj životnoj dobi kao posljedica dugogodišnjeg pušenja (70). Što se tiče depresivnih neuroloških bolesnika, najviše

je zastupljena starosna dob od 66 do 80 godina. Ovaj podatak ne čudi s obzirom na dobro poznate degenerativne promjene na mozgu koje nastaju starenjem. Valja istaknuti i visoku prevalenciju depresije među neurološkim bolesnicima u dobi od 20 do 35 godina (29,4%). Mladi ispitanici iz skupine do 30 godina iznimno teško prihvaćaju da boluju od kronične bolesti, depresija više utječe na kvalitetu života kod mlađe populacije po skalama QLS, dodatno opterećenje je svakodnevno i doživotno uzimanje lijekova, te učestali kontrolne preglede (69).

Ono što smo također uspjeli uočiti ovim istraživanjem da bolesnici s karcinomom debelog crijeva imaju statistički značajnu manju učestalost depresije u odnosu na druge ispitanike (22,5%), što ne odgovara rezultatima drugih istraživanja gdje je prevalencija depresija u bolesnika s karcinomom debelog crijeva izrazito visoka (60%). Ovaj podatak možemo protumačiti na način da kod prisutnosti maligne bolesti treba voditi računa prvenstveno o dužini trajanja bolesti, a ovi podaci su dobiveni u bolesnika sa novodijagnosticiranom malignom bolesti (karcinom debelog crijeva). Spomenuti bolesnici će sigurno u kasnijim fazama bolesti razviti veću stopu depresije kada se pojave i svi otežavajući faktori u svakodnevnom funkcioniranju koje donosi ova maligna bolest (npr. anus preter) (71).

Naše istraživanje potvrđuje i prethodno provedena istraživanja iz kojih je očito da je broj depresivnih bolesnika u višestrukome porastu (72), da su najčešći razlozi ubrzani način života, otuđivanje, gubitak interesa za socijalne kontakte, ali i bolja dijagnostika te češće prepoznavanje bolesti (22). Poznato je da veliki broj kroničnih tjelesnih bolesnika boluje od još jedne ili više bolesti koje se javljaju u komorbiditetu. Psihijatrijski poremećaji koji se dominantno javljaju zajedno s kroničnim tjelesnim i malignim bolestima su depresija i anksioznost (49). Također brojna ispitivanja ukazuju i na visoku prevalenciju depresije u kroničnih tjelesnih i onkoloških bolesnika (45,48,51). Depresija također negativno utječe na kvalitetu života te ima negativni utjecaj na ove bolesnike. Osim toga, depresija kao prateća bolest može pojačati utjecaj kronične bolesti i povećati funkcionalnu nesposobnost i dodatno opteretiti zdravstveni sustav (73).

Ograničavajući čimbenici u našem istraživanju bili su bolesnici s dijagnosticiranim karcinomom pluća, cirozom jetre i kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti. Razlog leži u tome što se kod tih bolesnika simptomi osnovne somatske bolesti preklapaju sa simptomima depresije. Evidentno je i da ova skupina pacijenta u većoj mjeri imaju dijagnosticiranu depresiju što je i očekivano jer znamo da su najčešći simptomi „maskiranih depresija“ kratki dah, otežano gutanje, suhoća usta, malaksalost, probadanje u prsištu. Ovi simptomi se

preklapaju i sa simptomima plućnih bolesti te je za očekivati da je vrlo teško razgraničiti depresivne simptome od pulmoloških simptoma. Upravo zbog toga incidencija depresije kod ovakvih bolesnika je visoka.

Iako smo u istraživanju koristili BDI upitnik koji je izrazito kvalitetan anketni upitnik u kojem bolesnici s lakoćom i opuštenošću ukazuju na svoje simptome (74) nije bilo moguće provesti nepristrano testiranje razlike zbog malog uzorka pacijenata s navedenim dijagnozama.

Dobiveni rezultati otvaraju i nove mogućnosti, a prije svega mogućnost pravodobne intervencije i poboljšanje kvalitete života liječenjem depresije psihoterapijskim metodama, ali i antidepresivima iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina kojima se postiže poboljšanje simptoma depresije i povećava kvaliteta života u kroničnih tjelesnih bolesnika (37).

Ovaj rad upućuje i na važnost multidisciplinarnog pristupa bolesniku jer evidentno je da se tjelesni i psihički simptomi ne mogu razdvojiti, te da je bolesnik individua i da bolesnik nije dijagnoza nego cijeli sklop tjelesnih i psihičkih simptoma, a već je dobro poznato među liječnicima i pacijentima da raspoloženje i mentalno blagostanje utječu na prognozu bolesti (75).

6. ZAKLJUČCI

S obzirom na rezultate ovog istraživanja, može se zaključiti da:

1. Utvrđena je veća učestalost depresije među bolesnicama koje boluju od kroničnih tjelesnih i malignih bolesti (48,65%) naspram prevalencije opće populacije
2. Nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti depresije među spolovima
3. Među depresivnim bolesnicima dominira blaga razina depresije (50%).
4. Statistički značajna mala učestalost depresije bila je u bolesnika s dijagnozom karcinoma debelog crijeva u usporedbi s drugim ispitivanim bolestima (22,53%)

7. POPIS CITIRANE LITERATURE

1. Hotujac Lj, ur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. (str 81-6.)
2. Hipokrat. Medicinska enciklopedija. Tom 3. Zagreb: Leksikografski zavod; 1968. (str. 705-9.)
3. Aretej iz Kapadocije. Medicinska enciklopedija, Tom 1. Zagreb: Leksikografski zavod; 1960. (str. 538.)
4. Galen. Medicinska enciklopedija, Tom 4. Zagreb: Leksikografski zavod; 1960. (str. 258-62.)
5. Avicena. Medicinska enciklopedija, Tom 1. Zagreb: Leksikografski zavod; 1960. (str. 651.)
6. Baillarger J. De la folie a double form. Ann Med Psychol 1854;6:367-91, citirano prema Kecmanović D, Psihijatrija. Zagreb: Medicinska knjiga; 1989. (str. 369.)
7. Kraepelin E. Psychiatrie. 9. izd. Leipzig: J.A. Barth; 1927.
8. Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie, 9. izd. Berlin: Springer; 1955.
9. Schneider E. Psychologie der Person. Stuttgart: F. Enke; 1947.
10. Jakovljević M. Depresivni poremećaji: od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro Mente; 2003. (str. 296-302.)
11. Guyton A, Hall J. Medicinska fiziologija. 11. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. ; (str. 563-65., 710-11., 730-33.)
12. Jakovljević M. Depresija, prepoznavanje i liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Pro Mente; 1999. (str. 7-27.)
13. Isaac M. Where are we going with SSSRIs? Eur Neuropsychopharmacol. 1999;9:101-6.
14. Rush AJ. The varied clinical presentation of major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68:4-10.
15. Filaković P. Hypothalamic-pituitary-thyroid axis and depressive states. Psychiatria Danubina 1995;7:95-104.
16. Pariante C. Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. Eur Neuropsychopharmacol. 2017;27:554-9.
17. Sutçigil L, Oktenli C, Musabak U, Bozkurt A, Cansever A, Uzun O i sur. Pro and anti-inflammatory cytokine balance in major depression: effect of sertaline therapy. Clin Dev Immunol, 2007; 2007:76396. doi:10.1155/2007/76396.

18. Maes M. Major depression and activation of the inflammatory response system. *Adv Exp Med Biol.* 1999;461:25-40.
19. Carvalho LA, Torre JP, Papadopoulos AS, Poon L., Juruena MF, Markopoulou K i sur. Lack of clinical therapeutic benefit of antidepressants is associated overall activation of the inflammatory system. *J Affect Disord.* 2013;148:136–40.
20. Maes M. Major depression and activation of the inflammatory response system. *Adv Exp Med Biol.* 1999;461:25-40.
21. Danese A, Pariante C, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2007;104:1319-24.
22. The World Health Report 2001. Mental Health; New understanding, new hope; Geneva, WHO 2016. dostupno na <https://www.who.int>
23. Katsching H, Angst J, Clayton PJ, Gershon ES, Hautzinger M, Helmchen H i sur. Risk factors. U: Angst J. *The origins in depression: Current concepts and approaches.* Berlin: Springer; 1983. (str. 384-403.)
24. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B i sur. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. 2004;43:1542-9.
25. Kielholz P. *Depression masques et equivalents somatiques; La depression masquee,* Bern, Stuttgart, Beč: Editions Hans Huber; 1973. (str. 11-33.)
26. Rome HP. *La maladie depressive et ses implications sociopsychiatriques; La depression masquee.* Bern, Stuttgart, Beč: Editions Hans Huber; 1973. (str. 14-33.)
27. Hippus H, Seibach H. *Das depressive Syndrom.* Int. Symp. Munchen/Berlin: Urban & Schwarzenberg. 1973. (str. 133-40.)
28. Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, Von Korff M. *Depressive disorders.* *Clin Evid.* 2005;15:316-68.
29. Jakovljević M. *Depresivni poremećaj: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja.* Zagreb: Pro Mente; 2003. (str. 55-7.)
30. Kramlinger K, ur. *Mayo Clinic o depresiji.* Zagreb: Medicinska naklada; 2005. str. 60-88 (prijevod s engleskog).
31. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 1962;10:799.
32. Uglešić B. *Starenje i depresija,* Heinz Karer, ed., SANDOZ, Basler Zeitung, Basel, 1978.

33. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MBK – 10), Deseta revizija, Svezak 1, Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
34. Spitzer R, ur. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.izd., DSM – IV. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995.
35. Nakao M, Yano E. Somatic symptoms for predicting depression: one-year follow-up study in annual health examinations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60:219-25.
36. Gregurek R. Psihoterapijski pristup u psihosomatskoj medicini. *Medix*. 2009;15:154 – 6.
37. Jakovljevic M. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina u suvremenoj psihijatriji i medicini, Zagreb: Pro Mente, 2006.
38. Geddes JR, Carney SM, Davies C. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003;361:653–61.
39. Jonghe, F, Rijnierse P, Janssen, R. Psychoanalytic Supportive Psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 1994;42:421-6.
40. Robertson MM, Katona CLE. Depression and Physical Illness. Chichester: John Wiley & Son; 1997.
41. 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;29:147-55.
42. Kühn KU, Maier W. Depression in patients with somatic diseases. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1997;25:167-80.
43. Christodoulou GN. Prevention on depression. *WPA Bulletin of depression*. 2002;5:24.
44. Matthew J, Bair R, Robinson M, Katon WJ, Kronke K. Depression and pain comorbidity. *Arch Intern Med*. 2003;163:2433-45.
45. 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;29:409-16.
46. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2007;19:289-303.
47. Peter FM, Monique J, Heijmans W, Rijken M. Chronic disease and mental disorder. *Social Science & Medicine*. 2005;60:789-97.
48. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003;54:216-26.

49. Katon WJ, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research* 2002;859-863.
50. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1009-14.
51. Iosifescu DV. Treating depression in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:77-90.
52. Trivedi MH, Clayton AH, Frank E. Treating depression complicated by comorbid medical illness or anxiety. *J Clin Psychiatry* 2007;68:e01.
53. Weinert C. Epidemiology and treatment of psychiatric conditions that develop after critical illness. *Curr Opin Crit Care* 2005;11:376-80.
54. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J.
55. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care* 2005;43:1203-7.
56. Gregurek R. Suradna (liaison) psihijatrija. *Psihoterapija* 1998;28:33-63.
57. Mishel M, Hostetter T, King B, Graham V. Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nurs*. 1984;7:291-99.
58. Brintzenhofe-Szoc K, Levin T, Li Y, Kissane D, Zabora J. Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics*. 2009;50:383-91.
59. Satin J, Linden W, Phillips M. Reply to Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*. 2010;116:3304-5.
60. Gregurek R, Braš M. Psihoonkologija 1. Osijek: Grafika; 2008. (str.1-76.)
61. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*. 2012;141:343-51.
62. Spiegel D. Mind Matters-Group Therapy and Survival in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2001;345:1767-8.
63. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*. 2003;54:269-82.
64. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Sakuma K, Nakanishi T et al. Somatic Symptoms for Diagnosing Major Depression in Cancer Patients. *Psychosomatics*. 2003;44:244-8.

65. Jehn C, Kuehnhardt D, Bartholomae A, Pfeiffer S, Krebs M, Regierer A i sur. Biomarkers of depression in cancer patients. *Cancer*. 2006;107:2723-9.
66. Clayton JA. Sex influences in neurological disorders: case studies and perspectives 2016;18:357–60.
67. Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Rosen S, Herting VL, Heitkemper MM. Gender Differences in Gastrointestinal, Psychological, and Somatic Symptoms in Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci*. 2009;54:1542–9.
68. Maj M, Sartorius N. *Depressive Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1999.
69. Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP. *Issues in Preventive Psychiatry*. Basel: Karger, 1999.
70. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS i sur. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272:1497-1505.
71. Peng YN, Huang ML, Kao CH. Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:411.
72. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
73. Duman R, Monteggia L. A Neurotrophic Model for Stress-Related Mood Disorders. *Biol Psychiatry*. 2006;59:1116-27.
74. Wang YP, Gorenstein C. Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics (Sao Paulo)* 2013;68:1274–87.
75. Lemon J, Edelman S, Kidman A. Perceptions of the “Mind-Cancer” Relationship Among the Public, Cancer Patients, and Oncologists. *J Psychosoc Oncol*. 2008;21:43-58.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja bio je utvrditi prevalenciju depresije međubolesnicima s kroničnim tjelesnim i malignim bolestima te utvrditi zastupljenost depresije među najčešćim bolestima koje su dijagnosticirane među ispitanicima.

Materijali i metode: Presječnim istraživanjem obuhvaćeno je 111 ispitanika koji su podijeljeni u četiri skupine s obzirom na mjesto gdje su hospitalizirani i liječeni: Klinici za plućne bolesti, Klinici za neurologiju, Klinici za onkologiju i radioterapiju i Zavodu za gastroenterologiju Kliničkog bolničkog centra u Splitu. Uzorkovanje je provedeno tijekom ožujka, travnja i svibnja 2019. godine. Učestalost depresije utvrđivala se koristeći se standardiziranim Beckovim upitnikom za depresiju (BDI). U analizi podataka korišten je Hi kvadrat test, Kolmogorov-Smirnov testom te Mann-Whitney U test. Razina statističke značajnosti postavljena je na $P < 0,05$.

Rezultati: U ovom istraživanju uspjeli smo dokazati značajno veću učestalost depresije u bolesnika s kroničnim tjelesnim i malignim bolestima (48,65%) naspram prevalencije depresije u općoj populaciji (13%). Među našim rezultatima najučestalija je blaga depresija (50%), zatim slijedi umjerena depresija (27,78%) te teška depresija (22,22%). Nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti depresije među spolovima. Najveća prevalencija depresije je bila među bolesnicima koji imaju dijagnozu karcinoma pluća, ciroze jetre i kroničnom opstruktivnom plućnom bolesti. Statistički značajna mala učestalost depresije bila je u bolesnika s dijagnozom karcinoma debelog crijeva u usporedbi s drugim ispitivanim bolestima. Bolesnici s kroničnim tjelesnim i malignim bolestima kao najveći problem iskazuju oslabljeni libido (18,02%), bez obzira na dijagnosticiranu depresiju.

Zaključak: Potrebni su daljnja istraživanja na većem uzorku ispitanika, kao možda i istraživanja drugačijeg ustroja da bi se dokazala uzročna posljedična veza između depresije i težeg izlječenja odnosno većeg mortaliteta u bolesnika sa kroničnim i malignim bolestima. Također su potrebni daljnji naponi da bi se medicinsko osoblje educiralo o simptomatologiji i pravovremenom prepoznavanju depresije. Dobiveni rezultati otvaraju i nove mogućnosti, a prije svega mogućnost pravodobne intervencije i poboljšanje kvalitete života liječenjem depresije psihoterapijskim metodama, ali i antidepresivima kojima se postiže poboljšanje simptoma depresije i povećava kvaliteta života u kroničnih tjelesnih bolesnika.

9. SUMMARY

Diploma Thesis Title: Depression in patients with chronic physical and malignant diseases

Objective of the study: The aim of the study was to determine the frequency of depression among patients with chronic physical and malignant diseases and to determine the frequency of depression among the most commonly diagnosed diseases among the respondents.

Materials and Methods: Cross-sectional study included 111 patients divided into four groups with regard to hospitalization and treatment: the Clinic for pulmonary disease, the Neurology Clinic, the Oncology and Radiotherapy Clinic and the Department of Gastroenterology of the Clinical Hospital. Center in Split. Sampling was conducted in March, April and May 2019. The frequency of depression was established by the standardized Beck's Depression Questionnaire (BDI). In the data analysis the Chi squared test, the Kolmogorov-Smirnov test and the Mann-Whitney U test were used. The level of statistical significance is set at $P < 0.05$.

Results: In this study, we have proved a significant incidence of depression in patients with chronic physical and malignant diseases (48.65%) according to prevalence of depression in the general population (13%). Among our results most frequent is mild depression (50%) followed by moderate depression (27.78%) and severe depression (22.22%). There was no statistically significant difference in the frequency of depression among the sexes. The highest prevalence of depression was among patients with diagnoses of lung cancer, liver cirrhosis, and chronic obstructive pulmonary disease. A statistically significant incidence of depression was in a patient with colon cancer diagnosis compared with other subjects. Patients with chronic physical and malignant diseases are the biggest problem with impaired libido (18.02%), regardless of the diagnosis of depression.

Conclusion: Further research is needed on a larger sample of respondents, as well as research into a different approach to proving the causal link between depression and healing or greater mortality in patients with chronic and malignant diseases. Further efforts are also needed to educate medical staff about symptomatology and timely recognition of depression. The results also open new possibilities, above all the possibility of timely interventions and improvement of the quality of life by treating depression with psychotherapeutic methods, as well as antidepressants that improve the symptoms of depression and increase the quality of life in chronic physical patients.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime i prezime: Branimir Luketin

Adresa: Rimski put 28G, 21220 Trogir

Telefon: +385989980908

E-mail: bluketin94@gmail.com

Državljanstvo: hrvatsko

Datum i mjesto rođenja: 18. rujna 1994 godine u Splitu

Školovanje:

2001.-2009. Osnovna škola kneza Mislava, Kaštel Sućurac

2009.-2013. Zdravstvena škola Split, smjer fizioterapeut

2013.-2016. Medicinski fakultet u Mostaru

2016.-2019. Medicinski fakultet u Splitu

Ostale aktivnosti:

Trener juda u JK Dalmacija Cement, Kaštel Sućurac

Strani jezik:

Engleski jezik

11. PRILOZI

Prilog 1. Beckova samoocjenska ljestvica za depresiju

Beckov samocjenski upitnik za depresiju

Ime pacijenta _____ Datum _____

I. Poremećaj raspoloženja

0. Ne osjećam se tužno
1. Osjećam se tužno
2. Osjećam se tužno cijelo vrijeme i ne mogu se otrgnuti od tuge
3. Tako sam žalostan i nesretan da to više ne mogu podnijeti

II. Gubitak nade

0. Nisam obeshrabren glede budućnosti
1. Obeshrabren sam glede budućnosti
2. Osjećam da se nemam čemu veseliti
3. Osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti

III. Osjećaj odbačenosti

0. Osjećam da sam uspješna osoba
1. Osjećam se neuspješnijim od drugih ljudi
2. Kada se osvrnem na dosadašnji život, vidim samo mnogo neuspjeha
3. Kao osoba osjećam se kao potpuni promašaj

IV. Nesposobnost uživanja

0. Uobičajene aktivnosti mi čine zadovoljstvo
1. Ne uživam više u nekim stvarima kao ranije
2. Više me gotovo ništa istinski ne raduje
3. Ništa mi ne predstavlja zadovoljstvo i sve mi je isprazno

V. Osjećaj krivnje

0. Ne osjećam se krivim
1. Dobar dio vremena patim od osjećaja krivnje
2. Većinom me muči osjećaj krivnje
3. Neprestance me muči osjećaj krivnje

VI. Potreba za kaznom

0. Ne mislim da sam kažnjen
1. Osjećam da sam možda kažnjen
2. Očekujem kaznu
3. Osjećam da mi je ovo kazna

VII. Mržnja prema sebi

0. Nisam razočaran sobom
1. Razočaran sam sobom
2. Gadim se sam sebi
3. Mrzim se

VIII. Samoosuđivanje

0. Nisam gori od drugih
1. Imam više slabosti i pogrešaka od drugih
2. Sklon sam samoosuđivanju
3. Krivim sebe za sve loše što se dogodilo

IX. Sklonost samoubojstvu

0. Uopće ne pomišljam na samoubojstvo
1. Pomišljam na samoubojstvo, ali to ne bih učinio
2. Volio bih da me nema (Volio bih se ubiti)
3. Ubio bih se da imam priliku

X. Plačljivost

0. Ne plačem više nego obično
1. Sada plačem više nego ranije
2. Sada stalno plačem
3. Ranije sam mogao plakati, a sada mi to više ne mogu

XI. Razdražljivost

0. Nisam razdražljiv
1. Lakše se razljutim nego ranije
2. Stalno se ljutim
3. Više me uopće ne diraju stvari koje su me ranije ljutile

XII. Poremećaj u odnosima s drugim ljudima

0. Nisam izgubio zanimanje za druge ljude
1. Drugi me ljudi zanimaju manje nego ranije
2. Uglavnom sam izgubio zanimanje za druge ljude
3. Izgubio sam svako zanimanje za druge ljude

XIII. Neodlučnost

0. Odluke donosim bez problema kao i ranije
1. Odgaćam donošenje odluka više nego ranije
2. Teže mi je donositi odluke nego ranije
3. Uopće više ne mogu donositi odluke

XIV. Negativna slika o sebi

0. Ne mislim da loše izgledam
1. Bojim se da izgledam loše i nepoželjno
2. Osjećam da sam postao neprivlačan
3. Mislim kako ružno izgledam

XV. Nesposobnost za rad

0. Mogu raditi jednako dobro kao i prije
1. Moram uložiti napor da se pokrenem na aktivnost ili rad
2. Vrlo mi je teško pokrenuti se na aktivnost ili rad
3. Uopće ne mogu raditi

XVI. Poremećaj sna

0. Spavam uobičajeno dobro
1. Ne spavam dobro kao prije
2. Budim se sat-dva ranije i teško mi je ponovno zaspati
3. Budim se mnogo ranije (nekoliko sati) i ne mogu više zaspati

XVII. Umor

0. Ne umaram se više nego što je to uobičajeno
1. Umaram se lakše nego prije
2. Ako bilo što radim, umorim se
3. Preumoran sam da bih bilo što radio

XVIII. Oslabljen apetit

0. Nemam oslabljen apetit
1. Nemam više tako dobar tek kao prije
2. Apetit mi je oslabljen
3. Uopće više nemam apetita

XIX. Gubitak na težini

0. Nisam znatno ili uopće smršlavo
1. Izgubio sam više od 2 kg
2. Izgubio sam više od 5 kg
3. Izgubio sam više od 7 kg

XX. Hipohondrija

0. Nisam zabrinut za zdravlje više nego obično
1. Brinu me tjelesno zdravlje zbog bolova, nervoze želuca ili zatvora
2. Vrlo sam zabrinut za zdravlje i teško mi je o drugom razmišljati
3. Tako sam zabrinut zbog zdravlja da više ni o čemu drugom ne mogu razmišljati

XXI. Oslabljen libido

0. Seks me zanima kao i ranije
1. Seks me zanima manje nego ranije
2. Jako sam izgubio interes za seks
3. Seks me više uopće ne zanima

Zbrojite sve zaokružene brojeve i rezultat usporedite sa sljedećom tablicom:

a. Nema depresije	0-11 bodova
b. Blaga depresija	12-19 bodova
c. Umjerena depresija	20-26 bodova
d. Teška depresija	> 26 bodova