

13. *European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U i sur.* Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31:2369–429.
14. *Nieuwlaar R, Capucci A, Camm AJ i sur.* Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2005;26:2422–34.
15. *Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ.* A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med* 2002;113:359–64.
16. *Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M i sur.* Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. *Stroke* 1996;27:1760–4.
17. *Steger C, Pratter A, Martinek-Bregel M i sur.* Stroke patients with atrial fibrillation have a worse prognosis than patients without: data from the Austrian Stroke registry. *Eur Heart J* 2004;25:1734–40.
18. Patients with nonvalvular atrial fibrillation at low risk of stroke during treatment with aspirin: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III Study. The SPAF III Writing Committee for the Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. *JAMA* 1998;279:1273–7.
19. *Mant J, Hobbs FD, Fletcher K i sur.* Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:493–503.
20. *Singer DE, Albers GW, Dalen JE i sur.* Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2008;133:546–92.
21. *Albers GW, Yim JM, Belew KM i sur.* Status of antithrombotic therapy for patients with atrial fibrillation in university hospitals. *Arch Intern Med* 1996;156:2311–6.
22. *Go AS, Hylek EM, Chang Y i sur.* Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice? *JAMA* 2003;290:2685–92.
23. *Stroke Risk in Atrial Fibrillation Working Group.* Independent predictors of stroke in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Neurology* 2007;69:546–54.
24. *Hughes M, Lip GY.* Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation: a systematic review of stroke risk factors, risk stratification schema and cost effectiveness data. *Thromb Haemost* 2008;99:295–304.
25. *Go AS, Hylek EM, Chang Y i sur.* Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice? *JAMA* 2003;290:2685–92.
26. *Klein D, Levine M.* Are family physicians using the CHADS₂ score? Is it useful for assessing risk of stroke in patients with atrial fibrillation? *Can Fam Phys* 2011;57:e305–9.
27. *Novak K, Mirić D, Jurin A i sur.* Awareness and use of evidence-based medicine databases and Cochrane Library among physicians in Croatia. *Croat Med J* 2010;51:157–64.

ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST U STARIJIH OSOBA – POJAVNOST I POVEZANOST S KORIŠTENJEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

ANXIETY AND DEPRESSION IN ELDERLY – PREVALENCE AND ASSOCIATION WITH HEALTH CARE

DRAŽENKA VADLA, JADRANKA BOŽIKOV, SANJA BLAŽEKOVIĆ-MILAKOVIĆ, LUKA KOVAČIĆ*

Deskriptori: Starije osobe – psihologija; Depresija – epidemiologija; Anksioznost – epidemiologija; Zdravstvene službe – korištenje; Hrvatska – epidemiologija

Sažetak. *Cilj:* Istražiti pojavnost anksioznosti i depresivnosti u starijih osoba u Koprivničko-križevačkoj, Istarskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji te njihovu povezanost sa socio-demografskim obilježjima i korištenjem zdravstvene zaštite. *Metode:* Presječno istraživanje provedeno 2006. na uzorku od 1469 ispitanika u dobi od 70 i više godina, odabranih metodom klasterkog uzorka. Stupanj anksioznosti i depresivnosti ocijenjen je HAD-ljestvicom (Hospital Anxiety and Depression scale) i povezan sa sociodemografskim obilježjima i podacima o korištenju zdravstvene zaštite. *Rezultati:* U starijih osoba utvrđene su visoke stope prevalencije granične i vjerojatne anksioznosti (43%) i depresivnosti (53%) te regionalne razlike ($p < 0,001$). Žene su anksioznije od muškaraca ($p < 0,001$), a za depresivnost nije nađena statistički značajna razlika među spolovima. S porastom dobi raste prevalencija vjerojatne depresivnosti ($p = 0,034$), a smanjuje se prevalencija vjerojatne anksioznosti ($p = 0,028$). Anksioznost i depresivnost povezane su s povećanim korištenjem specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite i češćom hospitalizacijom. *Zaključak:* Visoka prevalencija anksioznosti i depresivnosti u starijih osoba povezana je sa socio-demografskim obilježjima i učestalijim korištenjem zdravstvene zaštite.

Descriptors: Aged – psychology; Depression – epidemiology; Anxiety – epidemiology; Health services – utilization; Croatia – epidemiology

Summary. *Objective:* To investigate the prevalence of anxiety and depression in the elderly inhabiting Koprivnica-Križevci, Istria and Dubrovnik-Neretva Counties and their association with socio-demographic characteristics and healthcare utilisation. *Methods:* A cross-sectional cluster survey carried out in 2006, encompassing a total of 1,469 examinees aged 70+. The Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale was used to screen for self-reported symptoms of anxiety and depression, which were further associated with socio-demographic characteristics and healthcare utilisation. *Results:* The elderly have shown a high prevalence of borderline and probable anxiety (43%) and depression (53%), and regional differences ($p < 0.001$). The level of anxiety was higher in women than men ($p < 0.001$); as for depression, no statistically significant

* **Zavod za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije** (dr. sc. Draženka Vadla, dr. med.), **Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«**, **Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu** (prof. dr. sc. Jadranka Božikov, dr. med.; prof. dr. sc. Sanja Blažeković-Milaković, dr. med.; prof. dr. sc. Luka Kovačić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. D. Vadla, Zavod za javno zdravstvo Koprivničko-križevačke županije, Trg Tomislava dr. Bardeka 10/10, 48000 Koprivnica, e-mail: drazenka.vadla@gmail.com

Primljeno 6. svibnja 2012., prihvaćeno 13. ožujka 2013.

gender-based differences were found. The prevalence of probable depression increases ($p=0.034$) and that of probable anxiety decreases ($p=0.028$) with age. Anxiety and depression are associated with increased use of specialist health care and more frequent hospitalizations. *Conclusion:* High prevalence of anxiety and depression in elderly is associated with socio-demographic characteristics and frequent use of health care.

Liječ Vjesn 2013;135:134–138

Zdravlje starijih osoba sve je veći izazov za suvremenu znanost i zdravstvenu praksu zbog stalnog porasta broja starijeg stanovništva i njegova udjela u ukupnom stanovništvu¹⁻³ te sve veće zastupljenosti kroničnih bolesti koje povećavaju potrebu za korištenjem zdravstvenih i socijalnih, a time i financijskih resursa zajednice.^{4,5}

U brojnim istraživanjima ističe se porast udjela duševnih poremećaja u ukupnom morbiditetu kao posljedica starenja populacije,⁶⁻⁹ a osobito onih vezanih za neurodegenerativne promjene koje dovode do demencije.¹⁰ Najčešći duševni poremećaji u osoba starije dobi uz demenciju jesu depresija i anksioznost, koje su važan javnozdravstveni problem, iako ih se dijagnosticira i liječi tek nešto manje od 20%.¹¹ Prema dosadašnjim istraživanjima diljem svijeta prevalencija najučestalijih duševnih poremećaja kao što su anksioznost i depresivnost u starijoj populaciji značajno varira, a procjene koje se mogu naći u literaturi kreću se od 3% do 35%.^{6,7} Predviđa se da će depresija u ukupnoj populaciji razvijenih zemalja do 2020. godine biti drugi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima, odmah iza ishemijske bolesti srca.¹² Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2010. godini duševni poremećaji i poremećaji ponašanja u djelatnosti obiteljske medicine zastupljeni su s udjelom od 5,2%, dok je taj udio u ukupnom bolničkom pobolu iznosio 7,2%, a u mortalitetnoj statistici 1,9% od svih uzroka smrti.¹³

Duševni se poremećaji rijetko pravodobno prepoznaju pa su nerijetko uzrok povećanih troškova zbog hospitalizacije u poodmakloj fazi bolesti, a pored toga je nejasno u kojoj mjeri, ako su neliječeni, pridonose razvoju somatskih bolesti te i na taj način povećavaju troškove zdravstvene skrbi.

U dosadašnjim istraživanjima utvrđeno je da na zdravlje utječu ne samo socio-demografska obilježja pojedinca i obitelji^{14,15} nego i gospodarsko,¹⁶⁻¹⁸ socijalno i kulturološko stanje zajednice¹⁹ te dostupnost zdravstvene zaštite.²⁰

Tri hrvatske županije, članice Europske mreže zdravstvenih regija, Koprivničko-križevačka, Istarska i Dubrovačko-neretvanska razlikuju se međusobno u stupnju urbanizacije, dohotku, socijalnoj strukturi stanovništva prema primanjima i obrazovanju te u dostupnosti zdravstvene zaštite.^{3,21,22}

Za ocjenu duševnog zdravlja pučanstva nije dovoljno promatrati samo pokazatelje o pobolu i pomoru nego je potrebno provoditi i posebna istraživanja među kojima se sve više važnosti pridaje vlastitoj percepciji zdravlja pojedinca.²³

Stoga je cilj bio istražiti pojavnost anksioznosti i depresivnosti u starijih osoba primjenom standardiziranog samoocjenskog upitnika i njihovu povezanost sa sociodemografskim obilježjima i korištenjem zdravstvene zaštite, a korišteni su podaci istraživačke studije detaljnije prikazane u disertaciji.²⁴

Metode

U istraživanju su korišteni podaci prikupljeni 2006. godine u komparativnoj presječnoj studiji međunarodnog projekta Europske mreže *Tipping the Balance Toward Primary Health Care* (TTB) »Second Decennial Survey of the Health Needs and Health Care for Older People in Europe«²⁵ koji se istodobno provodio u osam zdravstvenih regija u pet europskih zemalja (Finska, Švedska, Irska, Hrvatska i Grčka).

Ispitanici i mjerni instrumenti

Ispitanici stari 70 i više godina birani su klsterskim uzorkovanjem²⁶ temeljem populacijskih registara u tri istraživačke županije. Baza podataka za izbor uzorka za Istarsku županiju bio je popis stanovništva iz 2001. godine, a za druge dvije županije županijski registri iz 2005. godine. U svakoj županiji odabrano je 30 klastera, a u svakom klasteru po 20 osoba kako bi se došlo do željenog uzorka od 400 do 600 ispitanika. Od 1622 osobe odabrane u uzorak anketirano je njih 1540 (odaziv 94,9%). U daljnje istraživanje uključeno je 1496 (97,1%) za koje su pravovaljano ispunjeni upitnici. Strukturirani upitnik ispunjavali su prethodno podučeni anketari, i to u Koprivničko-križevačkoj županiji studenti medicine, u Dubrovačko-neretvanskoj patronažne sestre, a u Istarskoj psiholozi. Anketari su svakoga pojedinih ispitanika informirali o ciljevima istraživanja te su ispitanici mogli odbiti sudjelovanje. Anketiranje je provedeno direktnim intervjuom u domu ispitanika.

Za samoprocjenu stupnja anksioznosti i depresivnosti korištena je HAD-ljestvica (*Hospital Anxiety and Depression scale*)^{27,28} koja sadržava ukupno 14 pitanja, 7 pitanja za ocjenu anksioznosti i isto toliko za depresivnost. Odgovori se boduju od 0 do 3 tako da je maksimalni broj bodova za svaki od poremećaja 21. Rezultati su definirani u tri kategorije: bez znakova anksioznosti/depresivnosti (0–7 bodova), granično anksiozni/depresivni (8–10) i vjerojatno anksiozni, odnosno depresivni (11–21).

Korištenje zdravstvene zaštite ocijenjeno je pitanjima vezanim za posjete specijalistu i hospitalizaciju u posljednjih 12 mjeseci. Dodatno, ispitanici su odgovarali na pitanje jesu li u posljednja 4 tjedna bili kod liječnika radi liječenja anksioznosti ili depresivnosti. Podaci o sociodemografskim obilježjima uključivali su dob i spol.

Statistička analiza

Podaci su izraženi u apsolutnim i relativnim vrijednostima i prikazani deskriptivnim metodama.

Za testiranje razlika između dviju ili više skupina korišteni su neparametrijski testovi (Kruskall-Wallis ANOVA i Pearsonov χ^2 -test). Povezanost anksioznosti i depresivnosti s korištenjem zdravstvene zaštite izražena je kao relativni rizik i testirana Mantel-Haenszelovim testom. Značajnima su smatrane razlike na razini $p=0,05$.

Rezultati

Sociodemografska obilježja ispitanika

U sve tri županije bilo je više žena nego muškaraca, s prosječnim udjelom od 64,5%. Raspodjela ispitanika s obzirom na dob razlikuje se među županijama: najveći udio ispitanika u dobi od 70 do 79 godina (75,4%) nađen je u Koprivničko-križevačkoj, nešto manji (71%) u Istarskoj, a najmanji (69%) u Dubrovačko-neretvanskoj županiji.

Učestalost anksioznosti i depresivnosti u ukupnom uzorku i tri istraživane županije

Utvrđena je visoka prevalencija vjerojatno i granično anksioznih (20,3% i 23,6%) i depresivnih (30,6% i 22,8%)

Tablica 1. Pojavnost anksioznosti i depresivnosti po županijama
Table 1. Prevalence of anxiety and depression displayed by counties

Mentalno stanje/ Mental state	Županija/County			Ukupno/Total	
	Koprivničko- križevačka	Istarska	Dubrovačko- neretvanska		
Anksioznost/Anxiety	N=444 (%)	N=526 (%)	N=480 (%)	N=1450 (%)	$\chi^2 = 45,325$ $p < 0,001$
Normalno/Normal	196 (44,1)	307 (58,4)	311 (64,8)	814 (56,1)	
Granično/Borderline	123 (27,7)	127 (24,1)	92 (19,2)	342 (23,6)	
Vjerojatno/Probable	125 (28,2)	92 (17,5)	77 (16,0)	294 (20,3)	
Depresivnost/Depression	N=442 (%)	N=533 (%)	N=475 (%)	N=1450 (%)	$\chi^2 = 35,454$ $p < 0,001$
Normalno/Normal	163 (36,9)	254 (47,7)	258 (54,3)	675 (46,6)	
Granično/Borderline	103 (23,3)	132 (24,8)	96 (20,2)	331 (22,8)	
Vjerojatno/Probable	176 (39,8)	147 (27,6)	121 (25,5)	444 (30,6)	

starijih osoba u ukupnom uzorku, sa statistički značajnom razlikom između županija ($p < 0,001$). Najveća učestalost vjerojatne i granične anksioznosti (28,2% i 27,7%) i depresivnosti (39,8% i 23,3%) nađena je u ispitanika Koprivničko-križevačke, a najmanja u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (16% i 19,2% za anksioznost te 25,5% i 20,2% za depresivnost), dok je u Istarskoj županiji učestalost obaju istraživanih poremećaja bila nešto viša nego u Dubrovačko-neretvanskoj (tablica 1).

Učestalost anksioznosti i depresivnosti prema spolu

Žene su anksioznije od muškaraca ($p < 0,001$). U ukupnom uzorku 23,8% žena bilo je vjerojatno anksiozno u odnosu na 13,9% muškaraca, a svaka četvrta žena i svaki peti muškarac bili su granično anksiozni. Veći je udio vjerojatno depresivnih žena u odnosu na muškarce (Ž:M=31,9%:28,2%), premda ne postoji statistički značajna razlika, dok je podjednako (23%) granično depresivnih (tablica 2).

Tablica 2. Pojavnost anksioznosti i depresivnosti prema spolu
Table 2. Prevalence of anxiety and depression by gender

HAD-kategorija HAD scale	Anksioznost/Anxiety		Depresivnost/Depression	
	Muškarci/ Men N=512 (%)	Žene/ Women N=938 (%)	Muškarci/ Men N=514 (%)	Žene/ Women N=936 (%)
Normalno/ Normal	336 (65,6)	478 (51,0)	251 (48,8)	424 (45,3)
Granično/ Borderline	105 (20,5)	237 (25,3)	118 (23,0)	213 (22,8)
Vjerojatno/ Probable	71 (13,9)	223 (23,8)	145 (28,2)	299 (31,9)
	$\chi^2 = 31,902; p < 0,001$		$\chi^2 = 2,407; p = 0,300$	

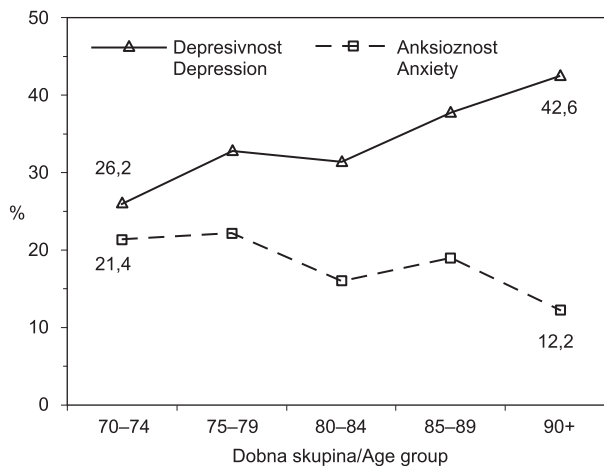
HAD scale = Hospital Anxiety and Depression scale

Učestalost vjerojatne anksioznosti i depresivnosti prema dobi

S porastom dobi povećava se udio vjerojatno depresivnih osoba s 26,2% u dobnoj skupini od 70 do 74 godine na 42,6% u dobi od 90 i više godina ($p = 0,034$), dok se udio vjerojatno anksioznih smanjuje s 21,4% na 12,2% ($p = 0,028$) (slika 1).

Posjeti liječniku radi liječenja anksioznosti i depresivnosti u posljednja 4 tjedna

Ukupno je 8,2% ispitanika izjavilo da su posjetili liječnika radi liječenja anksioznosti i 2% radi liječenja depresivnosti



Slika 1. Pojavnost vjerojatne anksioznosti i depresivnosti prema dobi
Figure 1. Prevalence of probable anxiety and depression displayed by age

Tablica 3. Posjeti liječniku radi liječenja anksioznosti i depresivnosti u posljednja 4 tjedna
Table 3. Visits paid to a doctor for the treatment of anxiety or depression in the last 4 weeks

HAD-kategorija HAD score	Posjetili liječnika radi liječenja Paid a visit to a doctor for the treatment of	
	anksioznosti/anxiety N (%)	depresivnosti/depression N (%)
Normalno/Normal	42/814 (5,2)	4/675 (0,6)
Granično/Borderline	33/342 (9,6)	7/331 (2,1)
Vjerojatno/Probable	44/294 (15,0)	18/444 (4,1)
Ukupno/Total	119/1450 (8,2)	29/1450 (2,0)

HAD scale = Hospital Anxiety and Depression scale

u posljednja 4 tjedna. Svega 15% vjerojatno anksioznih i 4% vjerojatno depresivnih posjetilo je liječnika zbog tih tegoba, dok je postotak granično anksioznih i depresivnih još rjeđe tražio liječničku pomoć (9,6% i 2,1%). Valja istaknuti da su zbog anksioznosti bili liječeni i ispitanici kod kojih HAD-ljestvicom nije utvrđena anksioznost (5,2%) te vrlo malen broj ispitanika bez utvrđene depresivnosti (0,6%) (tablica 3).

Povezanost anksioznosti i depresivnosti s korištenjem zdravstvene zaštite

Starije osobe s graničnom i vjerojatnom anksioznosti značajno češće koriste specijalističko-konzilijarnu zdrav-

Tablica 4. Korištenje zdravstvene zaštite s obzirom na stupanj anksioznosti/depresivnosti
Table 4. Healthcare utilisation relative to the level of anxiety/depression

Mentalno stanje/ Mental state	Specijalist/Specialist		Hospitalizirani/Hospitalised	
	RR (95% CI)	p	RR (95% CI)	p
Anksioznost/Anxiety				
Normalno /Normal	1		1	
Granično /Borderline	1,14 (1,02–1,28)	0,030	1,21 (0,95–1,53)	0,132
Vjerojatno /Probable	1,24 (1,10–1,39)	<0,001	1,40 (1,11–1,78)	0,010
Mantel-Haenszel	1,19 (1,09–1,29)		1,30 (1,10–1,54)	
Depresivnost/Depression				
Normalno /Normal	1		1	
Granično /Borderline	1,08 (0,95–1,21)	0,245	1,40 (1,08–1,80)	0,011
Vjerojatno /Probable	1,08 (0,97–1,21)	0,151	1,61 (1,29–2,02)	<0,001
Mantel-Haenszel	1,18 (0,99–1,42)		1,51 (1,28–1,79)	

stvenu zaštitu, dok su osobe s graničnom i vjerojatnom depresivnosti te vjerojatnom anksioznosti bile značajno češće hospitalizirane tijekom posljednjih godinu dana u odnosu na one bez znakova anksioznosti ili depresivnosti (tablica 4).

Rasprava

Ovo istraživanje utvrdilo je visoku učestalost anksioznosti i depresivnosti u starijih osoba i značajne razlike između tri hrvatske županije.

Prevalencija anksioznosti i depresivnosti utvrđena prijašnjim istraživanjima varirala je u rasponu od 3% do 35%.^{6,7} Visoka prevalencija depresivnosti (28,6%) i anksioznosti (18,4%)³⁰ nađena je u oboljelih od kardiovaskularnih bolesti, a isto tako je utvrđeno da su starije osobe s preboljelim moždanim udarom češće depresivne.²⁹ Iako su te i druge kronične bolesti nesumnjivo prisutne u naših ispitanika, u ovom istraživanju nismo ih povezivali s pojavnosti anksioznosti i depresivnosti.

Naši rezultati od 31% vjerojatno depresivnih i 20% vjerojatno anksioznih odgovaraju višim vrijednostima nađenim u prijašnjim istraživanjima, no ako se uzmu u obzir i granične vrijednosti, učestalost je mnogo viša (53% i 44%). Utvrđene razlike među županijama potrebno je promatrati u kontekstu socijalnih, gospodarskih i kulturoloških razlika među tim županijama. U nedavno objavljenoj studiji Michaela Marmota utvrđene su zdravstvene nejednakosti između i unutar pojedinih država kao rezultat socijalnih determinanta zdravlja poput dohotka, obrazovanja, zaposlenosti, radne aktivnosti, socijalne zaštite i siromaštva.¹⁶ Istraživanje Beursa i suradnika također je utvrdilo da su depresivnost i anksioznost povezane s nižim socioekonomskim statusom.³¹ Prema podacima Državnog zavoda za statistiku iznos brutodomaćeg proizvoda po stanovniku u Koprivničko-križevačkoj županiji je najniži, a starije osobe primaju prosječno nižu mirovinu i imaju niži stupanj obrazovanja u usporedbi s druge dvije županije.^{3,21}

Naši rezultati pokazuju da su oba poremećaja češća u žena nego u muškaraca, ali razlika je statistički značajna samo za anksioznost, što je u skladu s rezultatima koje su objavili drugi autori za anksioznost³² i depresivnost.³³ Istraživanjem provedenim u Grčkoj nađeno je da 30% starijih

žena i 20% muškaraca ima blagu do umjerenu depresiju.³⁴ Barry i suradnici smatraju da se u žena češće razvije depresivni poremećaj i vjerojatnije prelaze sa stupnja granične u vjerojatnu depresiju, a teže obrnuto te da se češće razvije kronični oblik depresivnosti.³⁵ Beekman i suradnici našli su da je depresivnost češća u starijih žena koje žive u nepovoljnim socioekonomskim uvjetima.⁶

S porastom dobi raste učestalost vjerojatno depresivnih osoba, a pada učestalost vjerojatno anksioznih, što se podudara s rezultatima studije o starima provedene u devet europskih regija.³⁶ Slične rezultate dobili su Green i Benzeval proučavajući utjecaj socioekonomskog stanja na pojavnost depresivnosti i anksioznosti ovisno o dobi ispitanika. Našli su da je u osoba nižega socijalnog statusa pad anksioznosti s dobi sporiji, a porast depresivnosti brži.³⁷ Osborn i suradnici utvrdili su da postoji pozitivna povezanost između depresije i dobi, institucionalnog smještaja, smrti bračnog partnera i društvene izolacije.¹⁴ Van Grootheest i suradnici utvrdili su povezanost depresivnosti s pojavom stresnog događaja, kao što je smrt bračnog partnera, te su ustanovili da je ta povezanost jača u muškaraca nego u žena: muškarci nakon smrti žene postaju sve više depresivni nasuprot ženama koje se brže prilagode i oporave nakon smrti muža.³⁸

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da začuđujuće malen postotak osoba s promatranim duševnim poremećajima traži liječničku pomoć. I drugi autori navode problem neprepoznavanja i neliječenja duševnih poremećaja.¹⁴ Depresija kao kronična bolest često je vezana s funkcionalnim ograničenjem pa vjerojatno i to pridonosi da ostaje neotkrivena i neliječena u primarnoj praksi.³⁹ Poznato je da adekvatno liječenje depresivnosti u starijih osoba rezultira smanjenjem fizičke nesposobnosti.⁴⁰ Unatoč tomu što je pojava depresije česta u starosti autori sustavnog pregleda literature našli su tek nekoliko istraživanja o njezinu medikamentnom liječenju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a nijednu publikaciju o psihoterapijskom liječenju koje bi bilo osobito važno jer starije osobe ionako uzimaju puno drugih lijekova.⁴¹

Ovo istraživanje pokazalo je pozitivnu povezanost između korištenja bolničke zdravstvene zaštite i stupnja depresivnosti i anksioznosti te isto tako povezanost korištenja specijalističkokonzilijarne zdravstvene zaštite sa stupnjem anksioznosti. Ranije objavljeni rezultati iste studije pokazali su da je korištenje specijalističkokonzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite povezano s lošijim samoprocijenjenim općim zdravljem.⁴² Ti su rezultati podudarni s rezultatima drugih autora.⁴³ Oboljeli od depresije češće su i dugotrajnije hospitalizirani, a time se povećavaju i troškovi za zdravstvenu zaštitu.^{44–46} Neki su istraživači utvrdili da anksiozni pacijenti češće koriste primarnu praksu,³² dok drugi navode da osobe s depresivnim poremećajem češće traže pomoć specijalista psihijatra, nerijetko to čine preko službe za hitnu medicinsku pomoć umjesto preko svog liječnika primarne zdravstvene zaštite.³⁹

Još se vrlo malo zna o liječenju i pristupu pacijentima s mentalnim poremećajima te koji bi model skrbi bio najbolji. Stoga je nužno unaprijediti brigu za mentalno zdravlje na svim razinama zdravstvene zaštite počevši svakako od liječnika obiteljske medicine preko timova za mentalno zdravlje zavoda za javno zdravstvo pa do sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite.

Moguće nedostatke i ograničenja ovog istraživanja možemo promatrati s obzirom na rezultate o korištenju zdravstvene zaštite koji bi možda bili nešto drugačiji da smo imali uvid u medicinsku dokumentaciju svakog ispitanika

umjesto intervjua koji je manje objektivn zbog tzv. »recall bias«.

No, radi umanjanja takve moguće pogreške istraživanje smo proveli na relativno velikom i reprezentativnom uzorku starijih osoba u istraživanim županijama kako bi naši rezultati bili vjerodostojni. Drugi mogući prigovori provedbi ovog istraživanja jesu anketari različitih struka i kompetencija, no svi su oni prethodno na istovjetan način bili podučeni o načinu provođenja intervjua te prema ocjeni koordinatora to nije bitno utjecalo na rezultate prikupljenih podataka.

Zaključci

Prevalencija anksioznosti i depresivnosti u starijih osoba vrlo je visoka i pokazuje regionalne razlike.

Žene su anksioznije od muškaraca, a za depresivnost nije nađena statistički značajna razlika među spolovima. S porastom dobi značajno raste učestalost depresivnosti, dok se učestalost anksioznosti smanjuje. Anksiozni i depresivni poremećaji povezani su s povećanim korištenjem specijalističkokonzilijarne zdravstvene zaštite i češćom hospitalizacijom.

LITERATURA

1. *United Nations*. World Population Ageing 1950–2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations Publication; 2007.
2. *Giannakouris K*. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Eurostat. Statistics in Focus. 2008;72:1–12. Dostupno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF Pristupljeno: 15.09.2012.
3. *Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske*. Statističke informacije 2011. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske; 2011, str. 20. Dostupno na: <http://www.dsz.hr>. Pristupljeno: 15. 9. 2012.
4. *Forget EL, Roos LL, Deber RB, Walld R*. Variations in lifetime healthcare costs across a population. Health Policy 2008;4:148–67.
5. *Heinrich S, Luppia M, Matschinger H, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG, Konig HH*. Service utilization and health-care costs in the advanced elderly. Value Health 2008;11:611–20.
6. *Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ*. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatr 1999;174:307–11.
7. *Reidel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC*. The state of mental health in old-age across the »old« European Union – a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2006;113:388–401.
8. *Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G*. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. Int J Geriatr Psychiatr 2009;24(9):1026–33.
9. *Wittchen HU, Jacobi F*. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15(4):357–76.
10. *Ferri CP, Prince M, Brayne C i sur*. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366(9503):2112–7.
11. *Cole MG, Bellavance F, Mansour A*. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatr 1999;156:1182–9.
12. *WHO*. Depression. www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
13. *Kralj V, Silobrić Radić M, Jelavić M i sur*. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2011.
14. *Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L i sur*. Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. Int J Geriatr Psychiatr 2003;18(7):623–30.
15. *Cole MG, Dendukuri N*. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatr 2003;160:1147–56.
16. *WHO Report on Social determinants of health* – Sir Michael Marmot Report 2010. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – Executive summary. European Social Determinants and Health Divide Review. WHO: Regional office for Europe; 2010.
17. *Phipps S*. The impact of poverty on health. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2003.
18. *Benzeval M, Judge K*. Income and health: the time dimension. Soc Sci Med 2001;52:1371–90.
19. *Vuletić Mavrinac G, Mujkić A*. Mental health and health-related quality of life in Croatian island population. Croat Med J. 2006;47:635–40.
20. *Basta NE, Matthews FE, Chaffield MD, Brayne C*. Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. Eur J Public Health 2007;18(1):48–54.
21. xxx. Statističke informacije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje. www.mirovinsko.hr
22. *Vuletić G, Mujkić A*. Self-assessment of health related quality of life in Croatian population – gender and educational differences. Period Biol 2003;105(1):53–7.
23. *Vuletić Mavrinac G, Maslić Seršić D, Mujkić A*. Cardiovascular and behavioral risk factors in relation to self-assessed health status. Coll Antropol 2009;33(1):99–106.
24. *Vadla D*. Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih ljudi (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.
25. *Buttanshaw C, ur*. Tipping the balance towards primary healthcare network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference of the Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Göteborg: The Nordic School of Public Health; 1997.
26. *Kerry SM, Bland JM*. The intracluster correlation coefficient in cluster randomisation. Br Med J 1998;316:1455–60.
27. *Zigmond AS, Snaith RP*. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67(6):361–70.
28. *McDowell I*. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires, 3. izd. New York: Oxford University Press; 2006.
29. *Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS*. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies. Stroke 2005;36:1330–40.
30. *Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark AL, Wang M, Waddington R, Cleland JGF*. Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. Eur J Heart Fail 2005;7(5):803–8.
31. *Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, Dyck R, van Tilburg W*. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. BJ Psych 2001;179:426–31.
32. *Wittchen HU*. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. Depr Anx 2002;16:162–71.
33. *Luijendijk HJ, van den Berg JF, Dekker MJHJ i sur*. Incidence and recurrence of late-life depression. Arch Gen Psychiatr 2008;65(12):1394–401.
34. *Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis C*. Dementia and depression two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. Fam Pract 2001;18:87–91.
35. *Barry LC, Allore HG, Guo Z, Bruce M L, Gill TM*. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. Arch Gen Psychiatr 2008;65(2):172–8.
36. *Heslin JM, Soveri PJ, Winoy JB i sur*. Health status and service utilisation of older people in different European countries. Scand J Prim Health Care 2001;19:218–22.
37. *Green MJ, Benzeval M*. Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. Psychol Med 2011;41(3):565–74.
38. *Van Grootheest DS, Beekman AT, Broese van Groenou MI, Deeg DJ*. Sex differences in depression after widowhood: Do men suffer more? Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 1999;34:391–8.
39. *Wells KB, Burman MA*. Caring for depression in America: lessons learned from early findings of the Medical Outcomes Study. Psychiatr Med 1991;9:503–19.
40. *Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM i sur*. The association of late-life depression and anxiety with physical disability: a review of the literature and prospectus for future research. Am J Geriatr Psychiatr 2001;9(2):113–35.
41. *Freudenstein U, Jagger C, Arthura A, Donner-Banzhoff N*. Treatments for late life depression in primary care – a systematic review. Fam Pract 2001;18(3):321–7.
42. *Vadla D, Božikov J, Akerström B i sur*. Differences in healthcare service utilisation in elderly, registered in eight districts of five European countries. Scand J Public Health 2011;39 (3):272–9.
43. *Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH*. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. Am J Psychiatr 1996;153:1411–7.
44. *Huang B, Cornoni-Huntley J, Hays J, Huntley R, Galanos A, Blazer D*. Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc 2000;48:1279–84.
45. *Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG i sur*. Depression and service utilization in elderly primary care patients. Am J Geriatr Psychiatr. 2001;9(2):169–76.
46. *Niitilä EK, Martikainen PT, Koskinen SV, Reunanen AR, Noro AM, Häkkinen UT*. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. Eur J Public Health 2008;18:77–84.