

EPIDEMIOLOŠKA SLIKA PSIHIJATRIJSKIH HOSPITALIZACIJA OPĆE  
BOLNICE BJELOVAR  
EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATIONS IN  
GENERAL HOSPITAL BJELOVAR

Vinko Čatipović, Radomir Drobac, Marija Kudumija Slijepčević

Djelatnost za psihijatriju OB Bjelovar (Vinko Čatipović, dr. med.; prim. mr. sc.  
Radomir Drobac, dr. med.; Marija Kudumija Slijepčević, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Vinko Čatipović, Djelatnost za psihijatriju OB Bjelovar,  
Mihanovićeva 8, 43000 Bjelovar

## SAŽETAK

Epidemiološke studije u psihijatriji doprinose poznavanju raširenosti duševnih poremećaja i racionalnom planiranju zaštite mentalnog zdravlja, te omogućuju primjenu optimalnih metoda u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji. Na osnovi podataka Registra Djelatnosti za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar, učinjena je epidemiološka studija hospitalno liječenih bolesnika za 1980., 1985., 1990., 1995. i 1999. godinu. U određivanju dijagnostičkih skupina autori su se služili Međunarodnom klasifikacijom bolesti MKB 10 i preporukama WHO, prilagodivši sve dijagnostičke entitete važećoj klasifikaciji. Prema Registru, u promatranim godinama dvadesetogodišnjeg razdoblja, liječeno je 4631 psihijatrijskih bolesnika, koji čine uzorak istraživanja. Uočljiv je pad ukupnog broja psihijatrijskih hospitalizacija za 28,8%, smanjenje omjera muškaraca i žena u uzorku, te smanjenje smrtnosti. U promatranom razdoblju vidljivo je smanjenje broja bolnički liječenih alkoholičara, te porast hospitalizacija pod dijagnozom demencije, shizofrenije, afektivnih poremećaja i kriznih stanja. Razlike rezultata između početne i završne godine epidemiološke studije analizirane su hi kvadrat testom. Mijenjanje društvenog sustava, te ratna i poratna zbivanja dovela su do niza promjena u epidemiološkoj slici psihijatrijskih hospitalizacija. Rezultati epidemiološke studije pomoći će u evaluaciji, racionalnom planiranju i daljnjem razvoju zaštite mentalnog zdravlja populacije Bjelovarsko-bilogorske županije.

Ključne riječi: hospitalizacije duševnih bolesnika, rat, ekonomska kriza

## UVOD

Epidemiološke studije u psihijatriji pridonose poznavanju raširenosti duševnih poremećaja u zajednici, omogućuju racionalno planiranje psihijatrijske i opće zdravstvene službe, kao i primjenu optimalnih postupaka u liječenju i sprečavanju duševnih poremećaja. Rezultati psihijatrijskih epidemioloških istraživanja pružaju značajne informacije o riziku bolesti i rizičnim skupinama u određenoj društvenoj zajednici, što je osnova racionalnog planiranja zaštite mentalnog zdravlja konkretne populacije.

Od 1982. godine kada je osnovan Registar bolnički liječenih bolesnika (tadašnje) Djelatnosti za živčane i duševne bolesti MC «Dr. Emilia Holik», kontinuirano se prati i analizira dinamika psihijatrijskih hospitalizacija u OB Bjelovar, a rezultat provedenih studija se periodički objavljuju (1,2,3).

Strahote Domovinskog rata utjecale su na psihičke reakcije svih stanovnika Republike Hrvatske. U poratnom razdoblju susrećemo se s teškom društveno ekonomskom krizom. Psihijatrijsku djelatnost doživljavamo kao «seizmograf» socijalnih i ekonomskih potresa koji destabiliziraju populaciju. Na ovom povijesno nestabilnom području bivše Vojne krajine svjedoci smo kronično punih psihijatrijskih čekaonica, u kojima ljudi ne traže samo rješenje svojih psihičkih tegoba, već i neku vrstu mentalnog, a u zadnje vrijeme sve više i socijalno-ekonomskog azila. Objavljene epidemiološke studije potvrđuju promjenu strukture psihijatrijskih bolesnika u ratnoj i poratnoj Hrvatskoj (4,5,6).

Studija obrađuje podatke o skupini psihijatrijskih bolesnika liječenih na odjelu Djelatnosti za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar tijekom 1980., 1985., 1990., 1995. i 1999. godine. Cilj je prikazati dobna, spolna i nozološka obilježja hospitalno liječenih psihijatrijskih bolesnika Djelatnosti za psihijatriju OB Bjelovar u navedenom razdoblju. Uži interes

predstavlja usporedba podataka prijeratnog (1980. godina) i poratnog razdoblja (1989. godina).

## ISPITANICI I METODE

Bjelovarsko-bilogorska županija obuhvaća 2.652 čkm sjevernog dijela Hrvatske i ima 133.084 stanovnika. Sjedište Županije je grad Bjelovar s 41869 stanovnika. U sastavu Županije su i gradovi Daruvar, Čazma, Garešnica, Grubišno Polje, te 14 općina.

Psihijatrijsku zaštitu stanovnicima Županije pruža Djelatnost za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar.

Ispitivani uzorak činila je skupina psihijatrijskih bolesnika liječenih na odjelu Djelatnosti za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar tijekom 1980., 1985., 1990., 1995. i 1999. godine. 1980-a godina je kao početna godina odabrana slučajnim izborom, a naredne godine predstavljaju pravilna petogodišnja razdoblja. Kako smo studiju počeli raditi 2000. godine, za završnu godinu analize je uzeta 1999. godina. U navedenom razdoblju ostvareno je ukupno 4631 hospitalizacija. U više od pola, točno u 2651 hospitalizacije, radilo se o muškim ispitanicima. Najmlađi bolesnik bolnički liječen u navedenom razdoblju bio je star 12 godina, a najstariji 95 godina.

Podaci su prikupljeni retrogradno, pregledom Registra Djelatnosti za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar. Izdvojili smo i analizirali slijedeće parametre: ukupan broj ispitanika, spol, dob, letalitet, vodeća psihijatrijska dijagnoza (pri otpustu). Dijagnozu poremećaja ličnosti uzimali smo u obzir i kada se nije javljala kao prva dijagnoza, jer se u pravilu i javlja kao dijagnoza na osi II. U određivanju dijagnostičkih skupina služili smo se MKB 10 i preporukama WHO, a zbog promjena klasifikacijskog sustava koji je stupio na snagu u razdoblju koji obrađuje studija, prilagodili smo sve dijagnostičke entitete važećoj klasifikaciji. Ispitanike liječene pod dijagnozom krizna stanja prikazali smo zasebno, zbog izrazitog porasta broja hospitalizacija pod navedenom dijagnozom. Bolesnike liječene pod dijagnozom PTSP-a i Trajnih promjena ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja nije bilo moguće zasebno

prikazati (u prijeratnom razdoblju nismo imali niti jednog pacijenta otpuštenog pod navedenom dijagnozom kao vodećom dijagnozom). Zato su ti bolesnici uključeni u skupinu «neurotskih poremećaja».

## REZULTATI

Broj psihijatrijskih hospitalizacija tijekom godine kontinuirano se smanjuje od 1980. godine. Za cijelo analizirano razdoblje pad ukupnog broja psihijatrijskih hospitalizacija iznosi 28,8%.

Prosječna životna dob ispitanika kretala se između 45,09 i 54,98 godina. Najviša prosječna starost ispitanika utvrđena je za 1995. godinu. U drugim ispitivanim godinama prosječna dob ispitanika iznosila je 45,75 godina +/- 1,18.

Apsolutni broj muških bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika nepravilno se smanjivao od početnih 716 1980. godine do 467 1999. godine. Ukupan broj ženskih ispitanika također je u padu. Promjene u usporedbi početne i završne godine studije pokazuju statističku značajnost ( $p=0,0206$ ). Za razliku od muških ispitanika kod kojih se pad može evidentirati i u postotnom prikazu udjela u ukupnom broju hospitaliziranih, kod ženskih ispitanika nalazimo blagi porast. To možemo izraziti i kroz odnos ženskih i muških ispitanika (1980=1:0,61; 1985=1:0,84; 1990=1:0,75; 1995=1:0,84; 1999=1:0,76). (Slika 1.)

Smrtnost bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika pokazuje pad od 1980. do 1999. godine (1980=4,68%; 1985=3,33%; 1990=1,60%; 1995=2,43%; 1999=0,97%). Najviša smrtnost je zabilježena u dijagnostičkim skupinama F 10 i F00-F09, te u dobnim skupinama 50-59 i 70-79 godina.

Broj hospitalizacija u dijagnostičkoj skupini F00-F09, usprkos oscilacijama pokazuje u cjelini porast (1980=6,75%; 1985=5,97%; 1990=12,54%; 1995=11,92%; 1999=10,10%). Iako je evidentan porast udjela hospitalizacija ovih bolesnika tijekom ispitivanog razdoblja, trend rasta je nepravilan, polinomni ( $R^2=0,62$ ). Usporedba rezultata početne i završne godine studije ukazuje na značajan porast hospitalizacija bolesnika u ovoj dijagnostičkoj skupini ( $p=0,007375$ ).

U skupini bolesnika liječenih zbog alkoholizma zamjetan je vrlo pravilan, linearan pad broja hospitalizacija ( $R^2 = 0,96$ ) (slika 1.). Broj bolnički liječenih alkoholičara 1999. godine dvostruko je manji od broja liječenih 1980. godine ( $p = 10^{-14}$ ).

Istovremeno je vidljiv porast broja hospitalizacija u dijagnostičkoj skupini F20-F29. Porast se očituje u povećanju broja hospitaliziranih bolesnika za 1 do 2% u pet godina, a trend rasta odgovara eksponencijalnoj krivulji ( $R^2 = 0,85$ ) (1980=12,90%; 1985=16,07%; 1990=17,56%; 1995=24,39%; 1999=21,90%). Usporedba podataka za početnu i završnu godinu studije potvrđuje statističku značajnost razlike rezultata ( $p = 0,0009$ ).

Dinamika kretanja broja hospitaliziranih bolesnika u skupini poremećaja raspoloženja pokazuje nepravilan trend porasta, pretežno polinomnog tipa ( $R^2 = 0,42$ ) (1980=9,26%; 1985=12,63%; 1990=8,32%; 1995=13,91%; 1999=13,87%). Razlika rezultata za 1980. i 1999. godinu je statistički značajna ( $p = 0,00136$ ).

Izrazit je i porast hospitalizacija za skupinu ispitanika liječenih pod dijagnozom «Krizno stanje». Trend rasta je linearan ( $R^2 = 0,93$ ), a razlika u broju ispitanika liječenih 1980. i 1995. godine je statistički visoko značajna ( $p = 10^{-14}$ ).

Broj hospitalizacija bolesnika liječenih od poremećaja koje možemo obuhvatiti nazivom «neurotski poremećaji» oscilira tijekom navedenog razdoblja (1980=11,00%; 1985=15,15%; 1990=12,77%; 1995=5,41%; 1999=8,03%). Krivulja trenda je polinomna ( $R^2 = 0,49$ ), silazna. Uspoređujući rezultate početne i završne godine studije utvrdimo da pad broja hospitalizacija nije statistički značajan ( $p = 0,0764$ ).

Broj hospitalizacija bolesnika iz skupine F60-F69 u stalnom je porastu tijekom analiziranog razdoblja (1980=0,26%; 1985=0,80%; 1990=1,82%; 1995=2,87%; 1999=4,87%). Trend rasta je eksponencijalnog tipa ( $R^2 = 0,95$ ). Da bi mogli usporediti



rezultate za 1980. godinu i 1999. godinu izvršili smo korekciju (zbog malog broja ispitanika 1980. godine), a rezultat i uz tu korekciju pokazuje visoku značajnost razlike ( $p=10^{-10}$ ).

## RASPRAVA

U vrijeme rata organizacija psihijatrijske službe morala se prilagođavati nametnutim uvjetima, od smanjenja radnog osoblja angažiranog na zadacima izvan matične ustanove do priljeva bolesnika izvan granica gravitirajućeg područja, prestanka rada nekih psihijatrijskih ustanova, nestašice lijekova itd. U poratnom razdoblju susrećemo se s ponavljanom reformom zdravstvenog sustava, a unutar toga i reorganizacijom psihijatrijske zaštite. Neposredna posljedica je prekrajanje gravitirajućih područja, promjena krevetnog fonda, prihvaćanje novih kategorija bolesnika, intencija podizanja kvalitete bolničkih i izvanbolničkih rehabilitacijskih postupaka, organizacija psihijatrijske službe na primarnoj zdravstvenoj razini, otvaranje centara za psihijatrsku zaštitu na županijskoj razini, poticanjem razvoja dječje i adolescentne psihijatrije te gerontopsihijatrije, suvremena organizacija CKS, otvaranjem dnevnih bolnica, službi za psihosocijalnu rehabilitaciju, službi mentalnog zdravlja u CZSS, kvalitetnija edukacija itd. (9). Posljedica navedenog je i promjena broja bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika.

Spolna tipizacija pretežno patrijarhalnog društva definirala je spolne uloge koje su ženi tradicionalno pružale polimorfizam uloga, teoretski autoprotektivnog djelovanja spram životnih uskrata (10, 11). Aktualni društveni trendovi usmjereni su ublažavanju razlika spolnih uloga, u brojnim segmentima života uloge se preklapaju. Žena se nalazi u rascjepu (pretežno samostalnog) nošenja ranije definiranih strogo ženskih uloga (obaveza) i preuzimanja novih, ranije pretežno muških uloga. Porast udjela žena u populaciji bolnički liječenih hospitaliziranih bolesnika može se tumačiti i porastom udjela depresivnih bolesnika u ukupnom uzorku ili padom broja bolnički liječenih alkoholičara, vezano uz spolnu prevalenciju navedenih poremećaja.

Kumulacija psihičkih i tjelesnih bolesti, promjena strukture obitelji, pad radnog kapaciteta i ekonomske sigurnosti, slabljenje socijalnog značaja i potpore uobičajeni su pratioci starenja. U tranzicijskom društvu poput našega njih prati osjećaj kronične beznadnosti. Najugroženija je dobna skupina ljudi četrdesetih i pedesetih godina, zdravstveno radno sposobna a u našim uvjetima socijalno ekonomski imobilizirana, suočena s gubitkom smisla i identiteta.

Značajan pad ukupnog letaliteta psihijatrijskih bolesnika rezultat je praćenja i primjene novih dostignuća u psihijatriji i medicini općenito, kao i poboljšanja uvjeta smještaja i života bolesnika na odjelu.

Prosječni životni vijek Hrvatica je 75,95, a Hrvata 68,59 godina (12), popisom stanovništva 2001. godine utvrđeno je da na području Županije živi 17,29% stanovništva starijeg od 65 godina. Porastom udjela starog stanovništava raste i broj oboljelih od demencije.

Smanjenje broja bolnički liječenih alkoholičara možemo tumačiti na više načina. Podaci o bolnički liječenim bolesnicima mogu dati nižu prevalenciju alkoholom uvjetovanih poremećaja od stvarnog stanja, jer se nerijetko dijagnoza ovisnosti o alkoholu zamjenjuje drugom, somatskom dijagnozom (13.) Porast udjela starijeg stanovništva također može voditi smanjenju pijenja alkohola. Mlađa populacija uz alkohol ili umjesto alkohola rado koristi i druge psihoaktivne supstance (14.) Visoka društvena tolerancija prema konzumiranju alkohola, insuficijencija društvenih mehanizama inhibicije pijenja i dezalijenacija mogu rezultirati smanjenim upućivanjem alkoholičara na liječenje.

Prevalencija shizofrenije ne ovisi o demografskim i geografskim razlikama, konstantna je, te se kreće između 3 i 10 slučajeva na 1000 ljudi (15,16). No, shizofrenici i bolesnici sa sumanutim poremećajima su zbog jake genetske ali i razvojne predispozicije izuzetno osjetljivi na stres i psihotraumu, koji dovode do re-aktivacije bolesti (17,18,19), pa

su njihove hospitalizacije svojevrsan senzor društvene (ne)stabilnosti. Porast hospitalizacija shizofrenih bolesnika može biti rezultat učestalijih ali pretežno kraćih hospitalizacijama.

Ratovi, epidemije, siromaštvo i glad uzrokovani demografskom ekspanzijom u nerazvijenim zemljama, napredak vojne i industrijske tehnike, pa i specifična primjena znanosti uopće u smjeru samo materijalne profitabilnosti, urbana i prometna hipertrofija, polucija i degradacija okoliša u tehnološki razvijenim zemljama, dovode pojedinca i društvo u teško rješive krize (20,21) s popratnim porastom depresivnih poremećaja (22,23,24,25,26).

Broj hospitalizacija bolesnika liječenih od «neurotski poremećaji» oscilira, ali uspoređujući podatke za 1980. i 1999. godinu vidimo da pad broja hospitalizacija nije statistički značajan. Da smo i utvrdili neku značajniju promjenu u ovoj skupini, rezultate bi bilo jako teško interpretirati, jer smo izdvajanjem pacijenata s prvom dijagnozom F 43.2 poremetili vjerodostojnost podataka. Promjena klasifikacijskih sustava dovela je do gubitka nekih dijagnoza iz ove skupine, npr. depresivne neuroze. Hospitalizacije psihotičnih, dementnih i depresivnih (suicidalnih) bolesnika su urgentne i apsolutno indicirane, te porast hospitalizacija bolesnika iz tih dijagnostičkih skupina mora imati za posljedicu pad hospitalizacija u drugim skupinama.

Porast broja hospitalizacija bolesnika iz dijagnostičke skupine F 60 tumačimo međuodnosom njihove strukture ličnosti i egzogenih čimbenika. Primarno nestabilni, slabo adaptabilni, nespretni i netolerantni u interpersonalnim odnosima, narcistički ranjivi, ovi bolesnici se pod utjecajem egzogenih frustracija brže i lakše dekompenziraju od zdravog dijela populacije (27,28).

## ZAKLJUČAK

Hrvatska prolazi krizu promjene društveno ekonomskog sistema, koja se nadovezuje na duboku tragediju rata, a inkorporira u opću svjetsku krizu, karakteriziranu ekonomskom, ekološkom i ratnom neizvjesnošću, te poljuljanim moralno-etičkim vrijednostima. Promjene praćenih osobina bolnički liječenih psihijatrijskih bolesnika u Djelatnosti za psihijatriju OB Bjelovar u promatranom razdoblju odraz su previranja u hrvatskom društvu. Analiza stanja omogućava predviđanje daljnjih događanja i pripremu psihijatrije kao struke na njih.

Smislenim odgovorom smatramo poticanje razvoja vanbolničke psihijatrije, i to: otvaranjem dnevnih bolnica i CKS; organiziranje psihijatrijske službe na primarnoj zdravstvenoj razini; vanbolničko praćenje psihijatrijskih bolesnika putem terenskog socijalnog radnika CZSS i patronažne službe DZ; u suradnji s institucijama Županije i Grada, CZSS, CK, KLA i HZJZ organizirati oblike vanbolničke psihološke i psihijatrijske zaštite za rizične skupine u populaciji – djeca i adolescenti, ratni veterani, nezaposleni, brakovi u krizi, problematika ovisnosti; omogućiti i provesti psihoterapijsku i ostalu edukaciju neophodnu za navedeni rad, pri čemu bi dio troškova trebala snositi i Županija, odnosno Grad.

## LITERATURA

1. Drobac R, Gregurek T, Majetić Z, Šarko B, Žalac D. Epidemiološki prikaz hospitalno liječenih bolesnika Djelatnosti za živčane i duševne bolesti Medicinskog Centra «Dr. Emilia Holik» u Bjelovaru. *Acta Med* 1985; 3: 135–43.
2. Drobac R. Bibliografija Djelatnosti za živčane i duševne bolesti Medicinskog centra Bjelovar 1985-1990. Bjelovar: Prosvjeta; 1991.
3. Drobac R, Čatipović V, Golubić J, Gregurek T, Majetić Z, Šarko B, Šigir S, Vrabec-Matković D. Neurološka i psihijatrijska epidemiologija u bjelovarskoj županiji. *Med Vjesn* 1996; 28: 61-8.
4. Jukić V, Gjilas T, Babić MM. Utjecaj rata na strukturu hospitaliziranih bolesnika primljenih u Kliniku za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Zagrebu. *Soc psihijat* 1992; 2: 157-67.
5. Marković H, Marković A, Glavić N. Alkoholizam tijekom Domovinskog rata u Dubrovniku. *Soc psihijat* 1995; 23: 79-87.
6. Hotujac Lj, Brataljenović T, Popović-Knapić V. Bolničko psihijatrijsko liječenje ratnih stradalnika. *Soc psihijat* 1998; 26: 183-88.
7. Državni zavod za statistiku RH. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2001.
8. Strugar V. Bjelovarsko-bilogorska županija. Bjelovar: Čvor; 1996, 183-194.
9. Perković T. Mreža psihijatrijske zaštite. *Soc psihijat* 2000; 28: 39-47.
10. Vasta R, Haith MM, Miller AS. Dječja psihologija: moderna znanost. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998, 562-579.
11. Vulić-Protić A. Depresivnost u djece i adolescenata. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003, 10-20.
12. Anonimni autor. Francuskinje žive najdulje. *Hrvatski zemljopis* 2002; 33: 11.
13. Thaller V. Alkoholologija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002, 10.
14. Clark BD, Bukstein GO. Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinicak and Experimental Research* 1998; 22: 117-121.
15. Hafner H, Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 139-51.
16. Hotujac Lj. Suvremene koncepcije shizofrenije. *Medicus* 1998; 7: 45-58.

17. Junaci S. Kako zaustaviti shizofreniju prije nego što se klinički očituje. *Pro Mente* 2000; 9-10: 82-83.
18. Yaktin US, Labaan S. Traumatic war stress @ schizophrenia. *Psychosoc Nursing @ Mental Health Services* 1992; 30: 29-33.
19. Hultman CM, Wieselgren IM, Ohman A. Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. *Scand J Psychol* 1997; 38: 3-13.
20. Švob T. Kontroverze o biološkoj budućnosti čovjeka. *Priroda* 1999; 89: 10-15.
21. Gabriel R. Nema više heroja-ludilo i psihijatrija u ratu. Zagreb: Alfa, 1991.
22. Leonard B. Stress, depression and activation immune system. *World J Biol Psychiatry* 2000; 1; 17-25.
23. Vedhara M, Miles J, Benett p, Plumer S, Tallon D, Brooks E, Gale L, Munnoch K, Schreiber-Kounine C, Fowler C, Lightman S, Sammon A, Rayter Z, Farndon J. An investigation into the relationship between salivary cortisol, stress, anxiety and depression. *Biol Psychol* 2003; 62: 89-96.
24. Mazure CM, Maciejewski PK. A model of risk for major depression: Effects of life stress and cognitive style vary by age. *Depress Anxiety* 2003; 17: 26-33.
25. Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurese/personnel (CE). *J Emerg Nurs* 2003; 29: 23-8.
26. Rojo-Moreno L, Livianson-Aldana L, Cervera\_Martinez G, Dominguez-Carabantes JA, Reig-Cebrian MJ. The role of stress in the onset of depressive disorders A controlled study in a Spanish clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 592-8.
27. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 104-9.
28. Tolpin LH, Gunthert KC, Cohen LH, O'Neill SC. Borderline personality features and instability of daily negative affect and self-esteem. *J Pers* 2004; 72: 111-37.