

Depresija u starijoj životnoj dobi

Barić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:748851>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Završni rad br. 78/SES/2022

Ana Barić

Bjelovar, ožujak 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Ana Barić**

JMBAG: **0314018652**

Naslov rada (tema): **Depresija u starijoj životnoj dobi**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., predsjednik**
2. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **dr. sc. Rudolf Kiralj, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 78/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. **ukratko opisati klasifikaciju depresivnih poremećaja prema ICD-11 i DSM-V i osvrnuti se na epidemiologiju depresije**
2. **opisati potencijalne uzroke depresije i načine liječenja oboljelih u starijoj životnoj dobi**
3. **navesti najčešće komorbiditete depresije u starijoj dobi**
4. **opisati specifičnosti kliničke slike depresije u starijoj životnoj dobi**
4. **opisati plan zdravstvene njege i sestrinske intervencije kod starijih pacijenata s depresijom u bolničkim i drugim stacionarnim uvjetima**
5. **argumentirati važnost sestrinskih intervencija kod osoba starije životne dobi oboljelih od depresije**

Datum: 05.09.2022. godine

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ	2
3. METODE	3
4. RASPRAVA.....	4
4.1. Starenje čovjekova organizma.....	5
4.1.1. Tjelesno starenje	5
4.1.2. Psihosocijalno starenje	10
4.2. Depresija u starijoj životnoj dobi.....	12
4.2.1. Rizični i uzročni faktori	14
4.2.2. Epidemiologija bolesti.....	16
4.2.3. Klinička slika.....	17
4.2.4. Dijagnosticiranje bolesti	20
4.2.5. Način liječenja.....	27
4.2.6. Važnost prevencije.....	30
4.2.7. Specifičnost demencije.....	32
4.3. Uloga medicinske sestre	33
5. ZAKLJUČAK	36
6. LITERATURA	37
7. SAŽETAK.....	40
8. SUMMARY	41

1. UVOD

Podaci različitih istraživanja govore kako će do 2030. godine 1 od 6 osoba u svijetu biti starija od 60 godina (1). Udio stanovništva u dobi od 60 i više godina povećat će se s 1 milijarde u 2020. godine na 1,4 milijarde. Do 2050. godine svjetska će se populacija ljudi u dobi od 60 i više godina udvostručiti (2,1 milijarda). Očekuje se da će se broj osoba u dobi od 80 ili više godina utrostručiti između 2020. i 2050. godine te dosegnuti 426 milijuna.

Svaki dan u svakom trenutku ljudi stare zbog čega se tijelo i psiha mijenjaju (2). Starenje donosi brojne predrasude, a neke od njih su da stariji ljudi postaju depresivni i povlače se u sebe, izbjegavaju socijalne odnose, postaju emocionalno ravnodušni i socijalno se izoliraju pripremajući se za smrt i previše su bolesni ili kognitivno oštećeni da bi održavali prijateljstva.

Depresija nije normalan dio starenja, niti se može opisati kao *blues* ili emocije koje se osjećaju kad se žali zbog gubitka voljene osobe (2, 3). To je medicinsko stanje koje se može liječiti, poput dijabetesa ili hipertenzije. Starije odrasle osobe pod povećanim su rizikom. Oko 80 % starijih osoba boluje od jedne kronične bolesti, a 50 % od dvije ili više njih (3). Depresija je češća u ljudi koji imaju dodatne bolesti ili čije funkcije postaju ograničene.

Depresivni poremećaj utječe na svaki aspekt života oboljele osobe (1-3), povećava rizik za nastanak velikih psihičkih, tjelesnih i ekonomskih opterećenja zbog čega je osobito važna uloga medicinske sestre u zbrinjavanju, kao i u pružanju podrške i pomoći (4). Važno je i posjedovanje visoke razine teoretskih znanja i vještina o starenju organizma i promjenama koje nastaju starenjem, o depresivnom poremećaju uključujući uzročne i rizične faktore, kliničku sliku, liječenje, prevenciju i ostale osobitosti kako bi se pridonijelo oporavku i povećanju razine kvalitete života.

2. CILJ

Cilj ovog završnog rada jest opisati ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju osobe starije životne dobi oboljele od depresivnog poremećaja. U ovom su radu opisane osnovne teoretske značajke o starenju organizma i promjenama koje nastaju starenjem, o depresivnom poremećaju uključujući uzročne i rizične faktore, kliničku sliku, liječenje, prevenciju i osvrt na depresiju u osoba starije životne dobi oboljelih od demencije. Usto, opisane su i aktivnosti, načini pružanja podrške i pristupa medicinske sestre.

3. METODE

Za potrebe pisanja završnog rada korištena je različita dostupna stručna medicinska i znanstvena literatura dostupna u knjižnicama. U svrhu izrade rada korištene su internetske baze podataka kao što su portal znanstvenih časopisa, stranice repozitorija, Hrčak i PubMed. Ključni pojmovi koji su korišteni za pretraživanje jesu starenje, depresija, gerontologija i medicinska sestra.

4. RASPRAVA

Depresija je stanje mentalnog zdravlja koje može utjecati na ljude svih dobi (1). Iako je normalno ponekad se osjećati potišteno, ako se osoba tako osjeća 2 tjedna ili dulje ili raspoloženje utječe na normalno funkcioniranje i svakodnevni život, možda je riječ od depresiji.

Depresivni poremećaj narušava kvalitetu života, produktivnost na radnom mjestu i ispunjavanje društvenih i obiteljskih uloga (8). U današnjim gospodarstvima vođenim znanjem i uslugama, mentalni kapital stanovništva (tj. resursi kognitivnih, emocionalnih i društvenih vještina potrebnih za funkcioniranje uloga) postaje i vrijedniji i osjetljiviji na učinke depresije. Depresivni poremećaj ne smije se povezivati s normalnim varijacijama raspoloženja.

Ljudi s depresijom koji su stariji od 60 godina i više često imaju druga medicinska stanja (2, 3). U starijih se osoba depresivni poremećaj pogrešno dijagnosticira i nedovoljno liječi. Osobe koje sudjeluju u zdravstvenoj skrbi, mogu zamijeniti simptome depresije kao prirodnu reakciju na bolest ili promjene u životu koje se mogu dogoditi starenjem te ne vide depresiju kao nešto što treba liječiti. I same starije osobe često dijele to uvjerenje i ne traže pomoć jer ne razumiju da bi se uz odgovarajuće liječenje mogle osjećati bolje. Ponekad misle da se simptomi pojavljuju kao posljedica njihove dobi, lošeg zdravlja ili demencije. Neki ne govore o depresiji, osjećaju sram ili ne vole priznati da se nose s njom zbog čega ne traže pomoć.

Starije osobe s depresijom obično imaju više simptoma iz tjelesne kategorije u usporedbi s drugim kategorijama (9). Tako je vjerojatnije da će se starija osoba svojem liječniku opće prakse obratiti s raznim fizičkim tegobama i poteškoćama sa spavanjem, a ne s tugom ili neraspoloženjem. Također, može se rabiti drukčiji jezik kad stariji ljudi govore o svojoj depresiji. Umjesto da opisuju 'tugu', primjerice, mogu govoriti o 'svojim živcima'.

Iako se pojavljuje u gotovo svakoj životnoj dobi, uzrokuje znatan gubitak kvalitete života i osobni morbiditet i očaj čime se povećava rizik od kardiovaskularnih bolesti, dementnih bolesti i rane smrti. Osim toga, povećava se invalidnost, komplikacije i korištenje zdravstvenih usluga u osoba s usporednim kroničnim bolestima zbog čega je osobito važno poznavanje depresivnog poremećaja u starijoj životnoj dobi kao i intervencije zdravstvenog osoblja kad je o tome riječ (2, 3).

4.1. Starenje organizma čovjeka

4.1.1. Tjelesno starenje

Kako stanice stare, sve slabije funkcioniraju (5, 6). Stare stanice umiru, što je uobičajen način funkcioniranja tijela. Stare stanice katkad umiru jer su za to programirane. Stanični geni programiraju proces koji, kad se pokrene, rezultira smrću stanice. Ta programirana smrt nazvana apoptoza, svojevrsno je samoubojstvo stanice. Stare stanice umiru kako bi napravile mjesta za nove. Drugi okidači uključuju prekomjeran broj stanica i moguće oštećenje stanice. Stare stanice, također, umiru jer se mogu dijeliti samo ograničen broj puta. Ta je granica programirana genima. Kad se stanica više ne može dijeliti, ona raste, postoji neko vrijeme, a zatim umire. Mehanizam koji ograničava diobu stanica, uključuje strukturu telomera. Svaki put kad se stanica podijeli, telomeri se malo skrate. Na kraju, telomeri postaju toliko kratki da se stanica više ne može dijeliti. Katkad oštećenje stanice izravno uzrokuje njezinu smrt. Stanice mogu biti oštećene štetnim tvarima, poput zračenja, Sunčeve svjetlosti, kemoterapijskih lijekova i određenim nusproduktima vlastitih normalnih aktivnosti. Ti nusprodukti, koji se nazivaju slobodnim radikalima, oslobađaju se kad stanice proizvode energiju.

Kako funkcioniraju organi ovisi o tome koliko dobro funkcioniraju stanice u njima. Starije stanice funkcioniraju lošije (5, 6). U nekim organima stanice odumiru i ne zamijene se pa se njihov broj smanjuje. Broj stanica u testisima, jajnicima, jetri i bubrežima umnogome se smanjuje kako tijelo stari. Kad broj stanica postane premalen, organ ne može normalno funkcionirati. Stoga većina organa slabije funkcionira kako ljudi stare. Međutim, ne gube svi organi velik broj stanica. Mozak je jedan primjer. Zdravi stariji ljudi ne gube mnogo moždanih stanica. Veći se gubici pojavljuju uglavnom u ljudi koji su imali moždani udar ili koji imaju neurodegenerativni poremećaj, kao što su Alzheimerova ili Parkinsonova bolest.

Često prvi znakovi starenja uključuju mišićno-koštani sustav (5, 6). Oči i uši počinju se mijenjati u sredini života. Većina tjelesnih funkcija doseže vrhunac prije 30. godine, a zatim postupno opada. Međutim, većina funkcija ostaje adekvatna jer većina organa počinje uz mnogo veći funkcionalni kapacitet nego što je tijelu potrebno (funkcionalna rezerva). Poremećaji, a ne normalno starenje, obično uzrokuje gubitak funkcija u starijoj dobi.

Iako većina funkcija ostaje primjerena, smanjenje funkcije znači da su starije osobe manje sposobne podnositi stres. Taj pad znači da je veća vjerojatnost da će stariji ljudi doživjeti nuspojave lijekova i da je povećan rizik poremećaja ili bolesti određenih organa.

Smanjuje se gustoća kostiju (5, 6). Uz osteoporozu i osteopeniju kosti postaju slabije i veća je vjerojatnost prijeloma. U žena se gubitak gustoće kostiju ubrzava nakon menopauze jer se proizvodi manje estrogena. Smanjuje se razina kalcija jer tijelo apsorbira manje kalcija iz hrane. Promjene u kralješcima uzrokuje naginjanje glave prema naprijed pri čemu se stišće grlo pa je i gutanje otežano. Kralješci postaju manje gusti, a diskovi gube tekućinu i postaju tanji čineći kralježnicu kraćom pa se stariji ljudi smanjuju. Hrskavica koja oblaže zglobove, ima tendenciju stanjivanja zbog trošenja i habanja tijekom godina kretanja. Oštećenje hrskavice zbog korištenja zglobova ili opetovanih ozljeda dovodi do osteoartritisa. Ligamenti postaju manje elastični zbog čega se pojavljuje osjećaj ukočenosti u zglobovima. Ligamenti i tetive imaju tendenciju prijeloma i sporije zacjeljuju jer stanice koje održavaju ligamente i tetive postaju manje aktivne.

Količina mišićne mase i snage ima tendenciju smanjenja počevši oko 30. godine života i nastavlja se tijekom života (5, 6). Dio smanjenja prouzročen je tjelesnom neaktivnošću i smanjenjem razine hormona rasta i testosterona koji potiču razvoj mišića. Mišići se ne mogu kontrahirati tako brzo jer se gubi više mišićnih vlakana koja se brzo kontrahiraju nego mišićnih vlakana koja se sporo kontrahiraju. Učinci starenja smanjuju mišićnu masu, a ozbiljniji gubitak mišića rezultat je bolesti ili ekstremne neaktivnosti. Do dobi od 75 godina postotak tjelesne masti udvostruči se s obzirom na taj isti postotak u mladosti. Previše tjelesne masti može povećati rizik od zdravstvenih problema. Raspodjela masti se mijenja pri čemu se mijenja i oblik torza.

Kako ljudi stare, očna leća se ukruti, što otežava fokusiranje bliskih objekata, te požuti, što mijenja način na koji se boje percipiraju. Osim toga, postaje i gušća, što otežava gledanje pri slabom svjetlu (5, 6). Zjenica sporije reagira na promjene svjetla, smanjuje se broj živčanih stanica, što otežava percepciju dubine, i proizvodi se manje tekućine, što oči čini suhima. Boje mogu izgledati manje svijetle i kontrasti između različitih boja mogu biti teže vidljivi. Plava boja može izgledati više sivo, a plavi ispis ili pozadina isprano. Tijekom 40-ih većina ljudi primjećuje da im postaje teško vidjeti predmete bliže od 2 stope. Ta se promjena događa jer se leća u oku ukruti. Obično leća mijenja svoj oblik kako bi pomogla oku da se fokusira. Tvrđa leća otežava fokusiranje bliskih objekata. Vid pri slabom svjetlu postaje sve teži jer leća postaje

manje prozirna. Zjenica se širi i sužava kako bi propustila više ili manje svjetla, ovisno o svjetlini okoline (5, 6). Zjenica koja sporo reagira, znači da stariji ljudi možda neće moći vidjeti kad prvi put uđu u mračnu prostoriju. Kad uđu u iznimno osvijetljeno područje, mogu biti privremeno zaslijepjeni.

Fine detalje, uključujući razlike u nijansama i tonovima, postaje teže razaznati. Razlog je smanjenje broja živčanih stanica koje prenose vizualne signale od očiju do mozga. Oči imaju tendenciju da postanu suhe do čega dolazi jer se smanjuje broj stanica koje proizvode tekućinu za podmazivanje očiju. Proizvodnja suza može se smanjiti. Bjeloočnice mogu postati blago žute ili smeđe zbog izlaganja ultraljubičastom svjetlu, vjetru i prašini. U bjeloočnicama se mogu pojaviti nasumične mrlje u boji, osobito u ljudi tamne puti. Na površini oka može se pojaviti sivo-bijeli prsten. Donji kapak može visjeti od očne jabučice jer mišići oko oka slabe, a tetive se istežu. Može se činiti da oko tone u glavu jer se smanjuje količina masnoće oko njega.

Većina promjena u sluhu podjednako je posljedica izlaganja buci i starenja (5, 6). Izloženost glasnoj buci s vremenom oštećuje sposobnost sluha uha. Slušanje visokih zvukova postaje sve teže. Visoke zvukove stariji ljudi posebno teško čuju. Mnogi stariji ljudi imaju problema sa sluhom na glasnim mjestima zbog pozadinske buke. U muškaraca iz ušiju mogu rasti guste dlake.

U 50-ima sposobnost osjeta okusa i mirisa počinje se postupno smanjivati (5, 6). Kako ljudi stare, okusni pupoljci na jeziku smanjuju osjetljivost što više utječe na okus slatkog i slanog nego gorkog i kiselog. Sposobnost njuha se smanjuje jer sluznica nosa postaje tanja i suša, a završeci živaca u nosu propadaju. Usta su češće suha, dijelom i zato što se proizvodi manje sline. Kako ljudi stare, desni se lagano povlače, zubna caklina ima tendenciju trošenja. Te promjene čine zube podložnijim karijesu, a povećan je i rizik od gubitka zuba. Starenjem se nos izdužuje i povećava, a vrh nosa se spušta. Guste dlake mogu rasti u nosu, na gornjoj usni i bradi.

Koža postaje tanja, manje elastična, suha i naborana (5, 6). Izlaganje Sunčevoj svjetlosti tijekom godina uvelike pridonosi nastanku bora i pigmentacijskih mrlja koje se razvijaju na koži izloženoj Sunčevoj svjetlosti. Masni sloj ispod kože se stanji zbog čega se pojavljuju bore, a otpornost na hladnoću se smanjuje. Smanjuje se broj živčanih završetaka zbog čega ljudi postaju manje osjetljivi na bol, temperaturu i pritisak. Smanjuje se broj žlijezda znojnica. Smanjuje se i protok krvi u dubokim slojevima kože čime tijelo postaje manje sposobno

prenositi toplinu iz unutrašnjosti tijela kroz krvne žile na površinu tijela i povećava se rizik od poremećaja povezanih s vrućinom. Smanjen protok krvi pridonosi sporijem zacjeljivanju rane. Smanjuje se broj melanocita, slabija je zaštita od ultraljubičastog (UV) zračenja.

Broj živčanih stanica u mozgu obično se smanjuje (5, 6). Kako se stanice gube, stvaraju se nove veze između preostalih živčanih stanica. Razine kemijskih tvari uključenih u slanje poruka u mozgu imaju tendenciju pada, no neke se povećavaju. Živčane stanice mogu izgubiti neke od receptora za te kemijske poruke. Dotok krvi u mozak se smanjuje. Stariji ljudi mogu reagirati i obavljati zadatke nešto sporije, ali s vremenom oni to rade točno. Neke mentalne funkcije, kao što su vokabular, kratkoročno pamćenje, sposobnost učenja novog materijala i sposobnost prisjećanja riječi, mogu biti suptilno smanjene nakon 70. godine. Nakon 60. godine broj stanica u leđnoj moždini počinje se smanjivati. Živci sporije provode signale i nepotpunije se popravljaju, stoga u starijih osoba s oštećenim živcima osjet i snaga mogu biti smanjeni.

Srce i krvne žile postaju manje elastične (5, 6). Srce se sporije puni krvlju. Tvrđe arterije manje su sposobne proširiti se kad se kroz njih pumpa više krvi. Krvni tlak ima tendenciju povećanja. Starije srce ne može tako brzo ubrzati niti pumpati tako brzo ili toliko krvi kao mlađe srce.

Mišići koji služe za disanje, dijafragma i mišići između rebara, imaju tendenciju slabljenja (5, 6). Smanjuje se broj alveola i kapilara u plućima, stoga se manje kisika apsorbira iz zraka koji se udiše. Pluća postaju manje elastična. U osoba koje ne puše ili imaju plućni poremećaj, te promjene ne utječu na uobičajene dnevne aktivnosti, ali mogu otežati vježbanje. Disanje na velikim visinama može biti teže. Pluća postaju manje sposobna boriti se protiv infekcije djelomično zato što su stanice koje iz dišnih putova uklanjaju ostatke koji sadržavaju mikroorganizme manje sposobne to učiniti. Kašalj, koji pomaže u čišćenju pluća, postaje slabiji.

Probavni je sustav manje pogođen starenjem (5, 6). Mišići jednjaka kontrahiraju se slabije. Hrana se iz želudca prazni sporije, a želudac ne može primiti toliko hrane jer je manje elastičan. Probavni trakt može proizvoditi manje laktaze zbog čega je povećana vjerojatnost da će starije osobe razviti netoleranciju na laktozu. U debelom crijevu sadržaj se kreće sporije. Jetra se smanjuje jer se smanjuje broj stanica. Kroz nju teče manje krvi, a jetreni enzimi rade manje učinkovito zbog čega je manje sposobna pomoći u uklanjanju lijekova i drugih tvari iz tijela.

Bubrezi se smanjuju zbog smanjenja broja stanica (5, 6). Kroz bubrege teče manje krvi, a poslije 30. godine slabije filtriraju krv. Kako godine prolaze, slabije uklanjaju otpadne tvari iz krvi.

Mogu izlučivati previše vode i premalo soli što povećava vjerojatnost dehidracije. Smanjuje se maksimalan volumen urina koji mokraćni mjehur može zadržati zbog čega se češće mokri. Mišići mjehura postaju preaktivni i slabe. Zbog toga ne mogu dobro isprazniti mjehur te više urina ostaje u njemu nakon mokrenja. Mokraćni sfinkter slabije se zatvara i sprečava istjecanje. U žena se mokraćna cijev skraćuje, a njezina sluznica postaje tanja. U mnogih muškaraca prostata se poveća te ometa prolaz mokraće i onemogućuje potpuno pražnjenje mjehura.

Učinci starenja na razinu spolnih hormona očitiji su u žena (5, 6). Većina učinaka povezana je s menopauzom kad se razina ženskih hormona smanjuje, menstruacija trajno prestaje i trudnoća više nije moguća. Smanjenje razine ženskih hormona uzrokuje smanjenje jajnika i maternice. Tkiva vagine postaju tanja, suša i manje elastična. U težim slučajevima promjene mogu dovesti do svrbeža, krvarenja, boli tijekom spolnog odnosa i potrebe za hitnim mokrenjem. Grudi postaju manje čvrste i vlaknaste te imaju tendenciju opuštanja.

U muškaraca razina testosterona se smanjuje što rezultira manjim brojem spermija i smanjenim seksualnim nagonom (5, 6). Iako se protok krvi u penis smanjuje, većina muškaraca može imati erekcije i orgazme. Međutim, erekcije možda neće trajati tako dugo, mogu biti manje krute ili zahtijevati više stimulacije za održavanje. Eretilna disfunkcija postaje sve češća kako muškarci stare i uglavnom je posljedica poremećaja koji utječe na krvne žile poput dijabetesa.

Smanjuje se i razina te aktivnost hormona koje proizvode endokrine žlijezde (5, 6). Razina hormona rasta se smanjuje što dovodi do smanjenja mišićne mase. Razina aldosterona se smanjuje što povećava vjerojatnost dehidracije. Inzulin je manje učinkovit, a promjene u inzulinu znače da se razina šećera više povećava nakon obilnog obroka i treba joj više vremena da se vrati u normalno stanje. U većine ljudi promjene u endokrinom sustavu nemaju zamjetan učinak na cjelokupno zdravlje. Međutim, u nekih promjene mogu povećati rizik od zdravstvenih problema. Na primjer, promjene inzulina povećavaju rizik od pojave šećerne bolesti tipa 2.

Smanjuje se količina aktivne koštane srži u kojoj se proizvode krvne stanice (5, 6). Problemi se mogu pojaviti kad je potreba za krvnim stanicama povećana. Na primjer, kad se razvije anemija ili infekcija ili dođe do krvarenja. U takvim slučajevima koštana je srž manje sposobna povećati proizvodnju krvnih stanica kao odgovor na potrebe tijela. Stanice imunološkog sustava djeluju sporije (5, 6). Rak je češći među starijim osobama. Neke infekcije, poput upale pluća i gripe, češće pogađaju starije osobe i češće rezultiraju smrću. Simptomi alergije mogu biti manje izraženi. Kako se imunološki sustav usporava, autoimuni poremećaji postaju rjeđi.

4.1.2. Psihosocijalno starenje

Starenje donosi i promjene u psihosocijalnim odnosima i funkcioniranju (7). Tjelesno je starenje obilježeno progresivnim slabljenjem funkcija organizma i organskih sustava, a psihološke promjene obuhvaćaju niz različitih elemenata poput povećane ovisnosti o drugim osobama, osjećaja društvene nejednakosti, nemoći, beskorisnosti, odbačenosti, straha od bolesti i socijalne izolacije, okupiranosti tjelesnim problemima, hipohondrije, smanjene brige o sebi, niske razine raspoloženja zbog slabljenja pamćenja i osiromašenja misaonih procesa. Starenje započinje rođenjem i predstavlja rezultat progresivnih degenerativnih procesa zbog čega ne postoji psihička ili fizička funkcija koja se ne mijenja.

Gubitak socijalnog oslonca, nedostatak društvene solidarnosti i postupna pasivizacija utječu na promjenu percepcije o položaju osoba starije životne dobi u društvu, a starenjem raste vjerojatnost doživljavanja gubitka (10). Osoba odlazi u mirovinu, prisutan je gubitak radne uloge, napuštanje ustanovljene radne i životne rutine. Mirovina i osobni prihod od posla uvelike se razlikuje, stoga je odlazak u mirovinu praćen obično i novčanim gubicima. Prisutni su i emotivni gubici, osobito gubitak dragih osoba, članova obitelji i prijatelja, odlazak djece od kuće, gubitak aktivnosti, funkcija, neovisnosti i samostalnosti, a pojavljuje se potreba za pomoći druge osobe.

Naravno, nije uvijek sve tako crno. Starija osoba, naime, može po prvi put iskusiti neočekivane i lijepe događaje poput rođenja unuka ili praunuka. Iako osobe starije životne dobi doživljavaju mnogo stresnih situacija, posjeduju životno iskustvo kad je riječ o suočavanju sa stresom i problemima (7, 10).

U procjeni psihičkog zdravlja osoba starije životne dobi tjelesni simptomi kao što su umor, nedostatak apetita, gubitak na tjelesnoj masi, poremećaj spavanja, opstipacija i mnogi drugi potencijalno mogu upućivati na pojavu depresije, ali i ozbiljnih tjelesnih bolesti (7). Iako prisutni simptomi i višestruki zdravstveni problemi u osoba starije životne dobi zahtijevaju detaljno uzimanje anamneze, provedbu kliničkog pregleda osobe i ostale pretrage prema uputama liječnika, vrlo je važno provjeriti i psihogene čimbenike.

Usporedno s ulaskom u stariju životu dob, povećava se rizik smanjenja samopouzdanja i samopoštovanja osobe, povećan je rizik od pojave depresije (7). Osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim životom i zadovoljstvom pridonosi pojavi širokog spektra tjelesnih simptoma kojima se osoba starije životne dobi nastoji prilagoditi na neadekvatan način i traži pomoć na načine koji nisu učinkoviti. Pojavnost bolesti povećava se ako se osoba suoči s gubitkom dragih ljudi i

žalovanjem. Zbog toga osobe starije životne dobi posjećuju liječnika opće prakse žaleći se na tjelesne, psihosomatske i psihičke tegobe, odlaze na različite pretrage pri čemu im se ne uspijeva učinkovito pomoći.

Kako ljudi stare, događaju se promjene u prirodi socijalnih odnosa i uloga koje je osoba dotad imala (7, 10). Prepoznaje se važnost neformalnih pružatelja podrške. Riječ je o podršci osoba koje nisu profesionalno obučene, odnosno o članovima obitelji, supružnicima, prijateljima, susjedima i poznanicima jer oni mogu ublažiti negativne osjećaje nastale starenjem i stresore (11). Upravo spomenute osobe pružaju mir i blagostanje te osobno zadovoljstvo što razbija ustaljeni mit o tome kako su starije osobe sretne kad vrijeme provode same i da su često svojevolumno otuđene od vlastite obitelji.

Gubitak socijalne podrške zbog razvoda braka ili smrti supružnika može biti okidač za pojavu različitih zdravstvenih poteškoća (10). Novi oblici socijalnih odnosa i uloga s kojima se osoba starije životne dobi suočava, prisutne su unutar obitelji ili zajednice, a potrebna je pomoć u prilagodbi istima kao i u rješavanju stambenih, ekonomskih i pitanja slobodnog vremena.

Nedavno je provedeno istraživanje na području grada Zagreba kojim se došlo do zaključka kako se zadovoljstvo životom smanjuje usporedno s porastom dobi i kako je razina zadovoljstva u osoba starijih od 60 godina najniža (12). Socijalni odnosi i uloga koju osoba posjeduje, vrlo su važan dio njezina života, a to se osobito odnosi na one starije životne dobi. Osobe starije životne dobi na svakodnevnoj se razini susreću s različitim oblicima stigme i mobinga, doživljavaju ismijavanje, neugodne riječi, podcjenjivanje, omalovažavanje. Umjesto da im se olakša odlazak u mirovinu, prestaju se smatrati korisnim članovima zajednice i njihova se uloga uglavnom povezuje s obavljanjem kućanskih poslova ili čuvanjem unuka.

Ostvarivanje prava osoba starije životne dobi putem obrazovanja, bavljenja sportskim i umjetničkim aktivnostima, odnosno aktivno starenje kao pokret tek je u začetku razvoja te kao potreba ulazi u svijest cijelog društva (7). Razvitak gerontoloških centara i otvaranje raznih mogućnosti za obrazovanje starijih osoba početak je osvještavanja društva o važnosti brižnog odnosa prema osobama starije životne dobi uz uvažavanje, a ne stigmatiziranje.

4.2. Depresija u starijoj životnoj dobi

Depresija je ozbiljan poremećaj raspoloženja koji može utjecati na način na koji se osoba osjeća, ponaša i razmišlja (1 – 3). Povećana je učestalost među starijim osobama, ali klinička depresija nije normalan dio starenja (3). Starije su osobe uglavnom zadovoljne svojim životom unatoč tome što češće obolijevaju i imaju više fizičkih problema od mlađih ljudi. Međutim, ako je osoba bolovala od depresije u mladosti, povećan je rizik njezine pojave i u starijoj životnoj dobi.

Depresija u isto vrijeme može označavati zaseban simptom, sindrom ili nozološki entitet (6, 13). Važno je shvatiti kako depresija nije jedinstvena bolest. Ona, naime, obuhvaća širok spektar poremećaja – od blagih simptoma, vrlo kompleksnih kliničkih slika uz elemente psihoze pa do maskiranog oblika bolesti gdje ni sam pacijent nije svjestan simptoma.

U skladu s MKB-10 klasifikacijom koja se u današnje vrijeme smatra vodećom u Europi, depresija kao primarna bolest u starijoj životnoj dobi prihvaćena je kao unipolarni poremećaj (F32.0 – F34.9) i jedna od dviju faza bipolarnog poremećaja (F31.0 – F31.9) (13). Organski depresijski poremećaji uglavnom nastaju kao uzrok različitih organskih oštećenja, disfunkcija mozga i tjelesnih bolesti, a klasificiraju se kao organski bipolarni poremećaj (F06.31), organski depresijski poremećaj (F06.32) i organski miješani afektivni poremećaj (F06.33).

Prema ICD-11 klasifikaciji depresivna epizoda definira se istovremenom prisutnošću minimalno pet od deset simptoma, koji moraju biti prisutni većim dijelom dana, gotovo svaki dan, kroz minimalno dva tjedna (14). Jedan od tih simptoma mora biti depresivno raspoloženje ili iznimno smanjen interes za aktivnosti ili smanjeno uživanje u tim aktivnostima. Poremećaj raspoloženja mora rezultirati značajnim funkcionalnim oštećenjem koji nije manifestacija nekog drugog zdravstvenog stanja, utjecaja lijekova i drugih supstanci i sl. Ostali simptomi uz dva navedena su beznađe u pogledu na budućnost, ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu, psihomotorna agitacija ili retardacija, smanjena sposobnost koncentracije ili izrazita neodlučnost, značajne promjene u apetitu ili tjelesnoj masi, smanjena energija ili umor, nisko samopouzdanje ili pretjeran osjećaj krivnje te izrazito poremećen san ili prekomjerno spavanje. Opis depresivne epizode jedan je od rijetkih primjera u ICD-11 u kojem su navedeni specifični pragovi glede broja i trajanja simptoma. U ICD-11 navodi se da se depresivna epizoda razlikuje

od normalnih reakcija na teže životne situacije (primjerice razvoda, smrti bliske osobe i sl.) prema intenzitetu, rasponu i trajanju simptoma.

DSM-V klasifikacija slična je ICD-11 klasifikaciji, no ima nekih razlika (14, 15). Beznađe kao jedan od simptoma navedenih u ICD-11 klasifikaciji nije naveden u DSM-V klasifikaciji, a pokazao se učinkovitijim od nekih ostalih simptoma u razlikovanju depresivnih od nedeprativnih pacijenata. Jedna od glavnih razlika između ove dvije klasifikacije je u tome što je u DSM-V klasifikaciji obrisano „isključenje žalosti“ koje je bilo prisutno u DSM-IV klasifikaciji. U ICD-11 klasifikaciji dijagnoza depresije kod ožalošćene osobe nije isključena, ali je prag za tu dijagnozu viši. Suprotno ICD-11 klasifikaciji, ispunjava li odgovor na značajan gubitak kvalifikaciju za dijagnozu velike depresivne epizode ili ne prepuštena je „kliničkoj prosudbi“, što je u suprotnosti s težnjom da se izbjegne neodređenost i subjektivnost u dijagnostičkom procesu.

Neka od češćih somatskih stanja koja uzrokuju nastanak pseudodepresije i moraju se liječiti podrazumijevaju zdravstvena stanja i bolesti kao što su hipotireoza, stanje nakon moždanog udara, anemija ili slabokrvnost, dehidracija, elektrolitski disbalans, hipovitaminoza B12.

Više od 1 od 10 starijih osoba i više od 3 od 10 osoba koje žive u domovima za starije osobe pati od depresije (8). Važno je zapamtiti da stariji ljudi ne postaju depresivni samo zato što su osobe starije dobi. Osim toga, depresija se može liječiti.

Postoji nekoliko tipova depresije koje starije osobe mogu doživjeti (16). Veliki depresivni poremećaj uključuje simptome koji traju najmanje dva tjedna i koji ometaju sposobnost osobe u obavljanju dnevnih zadataka. Trajni depresivni poremećaj traje dulje od dvije godine, ali osoba još može obavljati svakodnevne zadatke, za razliku od nekoga s velikim depresivnim poremećajem. Depresivni poremećaj izazvan supstancama/lijekovima povezan je s uporabom određenih supstanci, poput alkohola ili lijekova, a depresivni poremećaj zbog medicinskog stanja predstavlja udruženost depresije i bolesti. Takav se oblik depresije naziva sekundarnom depresijom.

Unipolarna depresija nastaje u osoba koje dosad nisu pokazivale simptome (16). Bipolarna depresija odnosi se na depresivnu fazu bipolarnog afektivnog poremećaja. Psihotična depresija depresivno je stanje u kojem su prisutne sumanute ideje i halucinacije. Reaktivna depresija

može se opisati kao način reagiranja osobe na različite životne probleme i stresne situacije koje traju dulje nego što se očekuje. Endogena depresija slična je reaktivnoj, ali nastaje bez vidljiva povoda i odraz je bioloških i genetskih čimbenika. Sezonska depresija pojavljuje se tijekom određenog godišnjeg doba, najčešće zimi i ujesen. Atipična depresija često je obilježena pojavom psihičkih i tjelesnih simptoma, a njoj je sličan larvirani ili maskirani oblik depresije pri kojem izostaje pojava depresivnog raspoloženja, a prisutni su tjelesni ili vegetativni simptomi.

Reakcija žalovanja često se povezuje s depresivnim poremećajem (16). Tugovanje i žalovanje simptomi su koji prate gubitak voljene osobe, ali se žalovanje može pojaviti i kao posljedica rastave, gubitka posla, neprocjenjivog predmeta, dijagnoze i invaliditeta. Simptomi su slični simptomima depresije, ali antidepresivi nemaju terapijski učinak i stanje se spontano povlači.

4.2.1. Rizični i uzročni faktori

Postoje određeni čimbenici koji povećavaju rizik od nastanka depresije (9, 17). Ponekad promjene u mozgu mogu utjecati na raspoloženje i rezultirati depresijom. Može se doživjeti depresija nakon velikog životnog događaja, poput medicinske dijagnoze ili smrti voljene osobe. Ponekad se depresivno mogu osjećati i oni koji su pod velikim stresom, osobito oni koji se brinu o voljenima s teškom bolešću ili invaliditetom.

Istraživanje je pokazalo da su sljedeći čimbenici povezani s rizikom od pojave depresije: ženski spol, samci, neoženjenost, razvedenost, udovci, genetika, obiteljska povijest velikog depresivnog poremećaja, prethodna povijest depresije, medicinska stanja poput moždanog udara, hipertenzije, dijabetesa, raka i demencije, prisutnost kronične ili teške boli, oštećenje slike o tijelu (od amputacije, operacije raka ili srčanog udara), funkcionalna ograničenja koja otežavaju svakodnevne životne aktivnosti, ovisnost o drugoj osobi zbog hospitalizacije ili potrebe za kućnom njegom, nedostatak tjelovježbe ili tjelesne aktivnosti, problemi sa spavanjem, lijekovi ili kombinacija lijekova, društvena izolacija i usamljenost, nedavni gubitak voljene osobe, nedostatak podržavajuće društvene mreže, stresni životni događaji, obiteljski problemi, problemi na radnom mjestu, mobing, globalne pandemije (COVID-19), strah od smrti, prošli pokušaj(i) samoubojstva te ovisnost uključena u depresivni poremećaj izazvan

supstancama (9, 17). Glavni uzroci depresije u starijih ljudi jesu loše tjelesno zdravlje, društvena izolacija i gubitak u starosti. Tjelesna bolest može izravno i neizravno prouzročiti depresiju. Medicinska stanja kao što su arterijska hipertenzija, šećerna bolest, deficit vitamina, rak, bolesti štitnjače, i infekcije mogu promijeniti način funkcioniranja tijela i prouzročiti depresiju. Gubitak neovisnosti i dostojanstva ponekad može prouzročiti depresiju. Lijekovi mogu igrati ulogu u depresiji, osobito lijekovi za krvni tlak, steroidi i lijekovi protiv bolova.

Ljudi se katkad mogu izolirati od svojih prijatelja, obitelji ili zajednice kako stare što može biti zbog smrti prijatelja i vršnjaka ili zato što im je teže doći u posjet ljudima (17). Pandemija COVID-19 izazvala je poteškoće za mnoge ljude jer su bili socijalno izolirani od susjeda, prijatelja i obitelji, te suočeni sa strahom od smrti što dovodi do povećanog rizika od depresije. Stariji ljudi imaju tendenciju doživjeti intenzivna razdoblja gubitka kako stare. To može biti gubitak članova obitelji ili bliskih prijatelja, a može uključivati i gubitak njihova zdravlja, kućnih ljubimaca ili doma (17). Dok se neki ljudi dobro nose s tim teškim okolnostima, iskustvo ponovljenog gubitka ponekad može izazvati depresiju.

Ne postoji samo jedan uzrok depresije neovisno o kojoj je dobnoj skupini riječ (9). Određena istraživanja navode da postoji genetska veza s bolešću. Međutim, i biološki, društveni i psihološki čimbenici igraju ulogu u depresiji kod starijih osoba. Istraživanja pokazuju da depresiji može pridonijeti niska razina ključnih neurotransmitera kemikalija u mozgu (kao što su serotonin i norepinefrin, obiteljska povijest depresije i traumatični životni događaji poput zlostavljanja ili smrti voljene osobe). Prisutnost određenih poteškoća ili komplikacija povezanih sa starenjem može pridonijeti depresiji u starijih osoba, a navedeno može uključivati ograničenu pokretljivost, socijalnu izolaciju, suočavanje s vlastitom smrtnošću, prelazak s posla u mirovinu, prisutnost financijskih poteškoća, produljeno vremensko razdoblje zlorabe određenih supstanci, smrt prijatelja i voljenih osoba, udovištvo ili razvod od supružnika, kronična medicinska stanja i dijagnoza neizlječive bolesti poput karcinoma.

4.2.2. Epidemiologija bolesti

Depresija je vodeći uzrok invaliditeta u cijelom svijetu, jedan od najčešćih gerijatrijskih psihijatrijskih poremećaja i glavni čimbenik rizika za invaliditet i smrtnost u starijih pacijenata (18). Iako je depresija čest problem mentalnog zdravlja u starije populacije, u otprilike 50 % slučajeva nije dijagnosticirana. Procjene prevalencije depresije u starenju uvelike se razlikuju. WHO je procijenio da se globalni depresivni poremećaj među starijim osobama kreće između 10 i 20 %. Među svim mentalno bolesnim osobama njih 40 % imalo je dijagnosticiran depresivni poremećaj. Stopa prevalencije ovisi o definiciji i populaciji koja se promatra. U široj populaciji starijih osoba koje žive u zajednici, odnosno onih koje nisu institucionalizirane, prevalencija simptoma depresije iznosi oko 15 %, a prevalencija velikog depresivnog poremećaja između 1 i 3 %.

U primarnoj skrbi prevalencija znatnih depresivnih simptoma iznosi oko 20 %, uz prevalenciju velikog depresivnog poremećaja između 10 i 12 % (18). U bolničkoj skrbi, između 10 i 15 % pacijenata ima veliki depresivni poremećaj, a između 20 i 25 % njih pokazuje simptome depresije. U stacionarnoj skrbi, domovima za starije osobe i sličnim ustanovama između 12 i 16 % osoba ima veliki depresivni poremećaj, a između 30 i 40 % njih ima simptome depresije.

Epidemiološki podaci sugeriraju da mlađe generacije mogu iskusiti veći teret depresije tijekom života nego prethodne generacije ili skupine (18, 19). Međutim, smanjenje prevalencije depresije tijekom života u starijih osoba također može biti funkcija definicije ili različitog izvještavanja o depresiji u starijih pacijenata zbog čega se očekuje povećanje prevalencije depresije usporedno sa starenjem populacije. Određeni podaci sugeriraju da je depresija koja se manifestira prije 50. ili 60. godine života povezana s obiteljskom poviješću depresije. Depresija koja se prvi put iskusi nakon 60. godine, može biti povezana s cerebrovaskularnim promjenama ili neurodegenerativnom bolešću. Stoga bi povećanje broja pojedinaca koji žive u svojim 80-im i 90-im također moglo pridonijeti povećanju prevalencije depresije u kasnoj životnoj dobi.

Istraživanje provedeno tijekom 2021. godine među ispitanicima u Kini sugerira kako od 619 osoba starije životne dobi koje su sudjelovale u istraživanju i stacionirane su, njih 26,3 % ima depresiju. Niska razina obrazovanja, loši obiteljski odnosi, slaba socijalna potpora, loše zdravstveno stanje, infekcije, fizička bol, visoki medicinski troškovi, dugotrajna uporaba lijekova i česti posjeti liječnicima i bolnicama (≥ 1 put na mjesec) u navedenom su istraživanju bili prepoznati kao čimbenici rizika za depresiju starijih pacijenata u stacionaru (19).

4.2.3. Klinička slika

Depresiju u starijih osoba može biti teže prepoznati jer one mogu imati drukčije simptome od mlađih osoba (6, 13). Ponekad tuga nije glavni simptom. Umjesto toga osjećaju obamrlost ili nedostatak interesa za aktivnosti. Možda nisu voljni govoriti o svojim osjećajima.

Osobe koje u svojem svakodnevnom radu dolaze u kontakt s osobama starije dobi, trebaju obratiti pozornost na prisutnost sljedećih uobičajenih simptoma depresije kao što su (6, 13):

- trajno tužno, tjeskobno ili "prazno" raspoloženje
- osjećaj beznada, krivnje, bezvrijednosti ili bespomoćnosti
- razdražljivost, nemir ili problemi s mirnim sjedenjem
- gubitak interesa za nekad ugodne aktivnosti, uključujući seks
- smanjena energija ili umor, sporije kretanje ili govor
- poteškoće s koncentracijom, pamćenjem ili donošenjem odluka
- poteškoće sa spavanjem, prerano jutarnje buđenje ili prekomjerno spavanje
- povećana ili smanjena konzumacija hrane, uz neplaniran rast ili gubitak težine
- misli o smrti ili samoubojstvu ili pokušaji samoubojstva.

Prisutnost tih simptoma i njihovo trajanje dulje od dva tjedna povećavaju mogućnost depresije ili drugog zdravstvenog stanja u starije osobe, a ako se primijete, potrebno je ne ignorirati ih, već odmah početi s liječenjem jer ozbiljna depresija može dovesti do smrti i samoubojstva (20).

Važno je odvojiti dovoljno vremena i provjeriti kako se starija osoba osjeća (20). Istraživanja ističu da je provedena intervencija tijekom posjeta primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrlo učinkovita u smanjenju samoubojstava kasnije u životu. Posebno je važno djelovanje članova obitelji ili prijatelja koji bi trebali prepoznati prve znakove i saslušati kad im se starija osoba obrati, kad kaže da se osjeća depresivno, tužno ili prazno dulje vrijeme jer tad ona traži pomoć. Poznavanjem znakova upozorenja i pružanjem pomoći te osobe mogu spasiti život.

Znakovi i simptomi depresije mogu izgledati različito ovisno o osobi i njezinoj kulturnoj pozadini (3, 6). Ljudi iz različitih kultura mogu izražavati emocije, raspoloženja i poremećaje raspoloženja, uključujući depresiju, na različite načine. U nekim se kulturama depresija može manifestirati u obliku kakvih fizičkih simptoma kao što su bolovi, glavobolje, grčevi ili

probavni problemi. Depresija drukčije utječe na stare i mlade ljude (3). U starijih ljudi ona često ide zajedno s drugim bolestima i nedostacima te traje dulje. U starijih osoba povezana je s većim rizikom od srčanih bolesti i bolesti sa smrtnim ishodom. Istodobno, smanjuje sposobnost rehabilitacije.

Istraživanja bolesnika u domovima za starije osobe s fizičkim bolestima pokazala su da prisutnost depresije uvelike povećava vjerojatnost smrti od tih bolesti (3). Depresija je povezana s povećanim rizikom od smrti nakon srčanog udara. Zbog toga je važno osigurati da starija osoba bude pravodobno procijenjena i liječena, čak i ako je depresija blaga.

Znakovi depresije u starijih ljudi razlikuju se od onih koji se vide u mlađih odraslih osoba i djece (3). Manje je vjerojatno da će stariji ljudi govoriti o emocionalnim simptomima depresije, poput potištenosti ili nezainteresiranosti za aktivnosti što može biti zbog starih stigmi vezanih za mentalno zdravlje ili zato što je ponekad teško priznati da se sami nose s problemima. Starije se osobe umjesto klasičnih simptoma, mogu osjećati umorno, imati problema sa spavanjem, biti mrzovoljne ili razdražljive. Također, mogu izbjegavati izlazak iz kuće, gomilati nepotrebne stvari, osjećati se zbunjeno, ne uživati u aktivnostima kao prije, kretati se sporije, posjedovati promjenu u težini ili apetitu, osjećati se beznadno, bezvrijedno ili zbog nečega krivo, konzumirati više alkoholnih pića nego što je uobičajeno, izdržati bolove i imati suicidalne misli.

Simptomi depresije u starijih osoba mogu se podijeliti u četiri kategorije (21).

Osjećaji

- Neraspoloženje ili razdražljivost koja se može manifestirati kao ljutnja ili agresivnost, tuga, beznađe ili praznina, osjećaj bezvrijednosti ili krivnje.

Ponašanje

- Opće usporavanje ili nemir, zanemarivanje odgovornosti i brige o sebi, povlačenje od obitelji i prijatelja, pad svakodnevne sposobnosti funkcioniranja, zbunjenost, zabrinutost i uznemirenost, nemogućnost pronalaska zadovoljstva u bilo kojoj aktivnosti, poteškoće u dobivanju motivacije ujutro, netipično ponašanje za osobu i poricanje depresivnih osjećaja kao obrambenog mehanizma.

Razmišljanje

- Neodlučnost, gubitak samopoštovanja, stalne suicidalne misli, negativni komentari (*Ja sam neuspjeh. / Ja sam kriv. / Život nije vrijedan življenja.*), pretjerana zabrinutost oko financijske situacije, percipirana promjena statusa u obitelji.

Fizički simptomi

- Spavanje više ili manje nego inače, osjećaj umora cijelo vrijeme, usporeno kretanje, problemi s pamćenjem, neobjašnjive glavobolje, bolovi u leđima, bolovi ili slične tegobe, probavne smetnje, mučnina, promjene u crijevnim navikama, uznemirenost, kršenje ruku, koračanje, gubitak ili promjena apetita, izražen gubitak ili dobitak na težini.

Još jedan znak depresije jest često razmišljanje o kraju života. Neizravno uključuje ponašanja pri kojima osoba poklanja osobnu imovinu, mijenja oporuku ili puno priča o smrti, što može biti znak suicidalnih misli i treba je shvatiti veoma ozbiljno (19, 20). Važno je napomenuti i to da svaka osoba s vremena na vrijeme osjeti neke od tih simptoma, ali to ne znači nužno da je depresivna. Također, neće svaka osoba koja pati od depresije imati sve te simptome.

Važno je paziti na znakove i simptome depresije ili samoubojstva (6, 19, 20). Nikad se ne smijemo ustručavati pitati člana obitelji ili prijatelja o tome osjeća li se depresivno ili suicidalno. Možda je razgovor neugodan, ali je vrlo važan. Ako se osobu pita razmišlja li o samoubojstvu, smanjuje se rizik izvršenja čina i može joj se pomoći da prizna osjećaje i potraži liječenje (20). Depresija povećava rizik od samoubojstva, osobito u starijih osoba bijele rase. Stopa samoubojstava u ljudi u dobi od 80 do 84 godine više je nego dvostruko veća od stope u općoj populaciji. Nacionalni institut za mentalno zdravlje smatra da je depresija u osoba starijih od 65 godina velik javnozdravstveni problem. Poodmakla dob često dolazi zajedno s gubitkom sustava socijalne podrške zbog smrti supružnika ili braće i sestara, odlaska u mirovinu ili preseljenja. Zbog promjena u okolnostima i činjenice da se od starijih osoba očekuje usporavanje, mogu se propustiti znakovi depresije. Kao rezultat toga učinkovito liječenje često biva odgođeno čime se mnoge starije ljude pušta da se nepotrebno bore s depresijom.

4.2.4. Dijagnosticiranje bolesti

Dijagnosticiranje depresivnog poremećaja može biti vrlo teško u praksi (19, 22). Na bolničkom odjelu osoblje je često u žurbi i veoma je malo privatnosti, a rutina otežava psihijatru pronaći dovoljno vremena za detaljan pregled pacijenta. Pacijenti mogu biti dizartrični, gluhi ili previše bolesni da bi ih se premjestilo u sobu za razgovor, a mogu biti i umorni zbog bolesti, sedirani i/ili smušeni zbog primjene propisanih lijekova. Veća je mogućnost da se pacijent povjeri medicinskoj sestri zbog čega ona treba odvojiti vrijeme za razgovor i češće obilaziti pacijenta jer, ako s pacijentom razvije odnos, može primijetiti više simptoma. Dnevne varijacije raspoloženja, ali i to što starije osobe često uskraćuju informacije o osobnim osjećajima, mogu utjecati na otežano prepoznavanje simptoma, stoga se neki slučajevi mogu identificirati tek nakon ponovljene evaluacije.

Postavljanje konačne dijagnoze depresivnog poremećaja u mladih i starih osoba smatra se otežanim s obzirom na to da simptomi mogu oponašati druge poremećaje i često koegzistirajuća stanja mogu zbuniti postavljanje adekvatne dijagnoze (22). Katkad se dijagnoza postavlja na temelju reakcije na jedan ili više antidepresiva. Za probir depresije postoje različiti instrumenti koji se temelje na kliničkom razgovoru, kao i laboratorijske metode, a u razvoju je nekoliko novih pristupa od kojih svaki pokazuje različite stupnjeve kliničkog razvoja i robusnosti.

Psihijatrijski pacijenti i osobe koje sudjeluju u pružanju skrbi istima, trebaju pronaći adekvatnije metode usmjerene prema dijagnosticiranju depresije s obzirom na to da danas ne postoji precizan test koji se široko upotrebljava za procjenu depresije (19, 22). Točna je dijagnoza ključna jer se za 50 % ili više pacijenata propisuje niz pojedinačnih ili kombiniranih antidepresiva tijekom mjeseci ili godina. Metode koje pružaju točniju dijagnozu povećale bi povjerenje između pacijenata i njihovih skrbnika čime bi se ojačao taj odnos.

Provođenje kliničkih procjena i standardnih intervjua za procjenu depresije s osobama za koje se sumnja da boluju od depresivnog poremećaja može biti na određeni način ugroženo lošim izvješćivanjem i uočavanjem simptoma koji se mogu preklapati s ostalim poremećajima (22, 23). U primarnoj zdravstvenoj zaštiti strukturirane kliničke procjene često ne predstavljaju dio rutinske prakse što rezultira vrlo promjenjivom i često netočnom dijagnozom depresije. Svaki napor da se standardiziraju ili na neki drugi način poboljšaju ti pristupi može donijeti dugoročna poboljšanja s obzirom na to da su ti alati subjektivni.

Među laboratorijskim metodama dijagnostike depresivnog poremećaja, DST ili test supresije primjenom deksametazona još ima određenu vrijednost za određenu skupinu pacijenata ako se primjenjuje uz diskreciju i uz obilje drugih relevantnih kliničkih informacija (23). Njegova klinička učinkovitost i dalje se smatra nedostatnom za podršku širokoj upotrebi u procjeni depresivnog poremećaja. Veća obećanja mogu se naći u biološki utemeljenim laboratorijskim metodama koje se smatraju objektivnijim pokazateljima u metodologiji i tumačenju. Dodatna je prednost to što se nabava uzoraka pacijenata, mjerenje i analiza obavljaju izvan užurbane psihijatrijske ordinacije, u mirnoj i privatnoj atmosferi, čime se resursi ureda potrebni za provođenje tipičnog psihijatrijskog razgovora smanjuju na minimum.

Genomsko, proteomsko i metaboličko profiliranje za identifikaciju biomarkera s primjenom za postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja u ljudi još je u povojima ili na samom početku (23). Bolji napredak vidljiv je u višeparametarskoj ploči biomarkera i algoritmu za što postoji biološko obrazloženje, a rezultati se mogu generirati uporabom standardne laboratorijske metodologije i rutinskog uzorka krvi osobe. Njegov klinički učinak i pouzdanost poprilično su obećavajući i bolji od testa rezistencije na testu ili drugih višeparametarskih metoda u nastajanju. Važno je ispitati korelaciju testa s ozbiljnošću depresije što se odražava na rezultatima HAM-D ili Montgomery-Asbergove ljestvice za ocjenjivanje depresije (MADRS). Također, potrebno je razumjeti učinak imunoloških i reumatoloških komorbiditeta na specifičnost testa s obzirom na to da neki biomarkeri u panelu odražavaju upalne procese. Unatoč tim ograničenjima početna klinička točnost tog panela dijagnostičkih biomarkera obećava da će poboljšati dijagnostičko naoružanje psihijatrijskog stručnjaka za depresivne poremećaje.

Jedna nedavno objavljena neovisna studija u području psihijatrijske djelatnosti s osvrtom na depresivni poremećaj fokusirala se na procjenu te ploče biomarkera u početku na 36 pacijenata s dijagnozom depresivnog poremećaja i 43 ispitanika bez depresije (23). Test je pokazao osjetljivost i specifičnost od 91,7 %, odnosno 81,3 % u razlikovanju između dvije skupine. Naknadna replikacijska studija na 34 subjekta s dijagnozom depresivnog poremećaja pružila je slične rezultate s osjetljivošću i specifičnošću od 91,1 %, odnosno 81 %. Navedeni rezultati smatraju se povoljnijima u usporedbi s izvedbom ploče biomarkera (23).

Algoritam postavljanja kriterija depresije u starijih osoba prikazuje Tablica 4.1. (24).

Tablica 4.1. Primarni DSM-V depresivni poremećaji, kriteriji za odrasle (24)

Dijagnoze depresivnog poremećaja	Simptomi
<i>Veliki depresivni poremećaj</i>	<ul style="list-style-type: none"> • pet ili više simptoma depresije ≥ 2 tjedna • mora imati ili depresivno raspoloženje ili gubitak interesa/zadovoljstva • simptomi moraju prouzročiti znatan stres ili oštećenje • nema maničnog ili hipomaničnog ponašanja
	<ul style="list-style-type: none"> • depresivno raspoloženje tijekom većeg dijela dana • primjetno smanjenje interesa ili zadovoljstva u većini ili svim aktivnostima • znatan gubitak težine (ili slab apetit) ili debljanje • nesanica ili hipersomnija • psihomotorna retardacija ili agitacija zamijećena od strane drugih • umor ili gubitak energije • osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neprimjerene krivnje • smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije ili neodlučnost • ponavljajuće misli o smrti (ne samo strah od umiranja) ili suicidalne ideje, plan ili pokušaj
<i>Distimija</i>	<ul style="list-style-type: none"> • depresivno raspoloženje većinu vremena tijekom najmanje dvije godine; prisutnost 2 ili više simptoma • nikad bez simptoma 2 mjeseca ili više u razdoblju od 2 godine • simptomi moraju prouzročiti klinički znatan distress ili oštećenje • nema velikog depresivnog poremećaja u prve dvije godine, nema maničnih, hipomaničnih ili mješovitih epizoda
	<ul style="list-style-type: none"> • znatan gubitak težine (ili slab apetit) ili debljanje • nesanica ili hipersomnija • umor ili gubitak energije • nisko samopoštovanje • smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije ili neodlučnost • osjećaj beznada

Zbog određenih poteškoća treba tražiti dodatne informacije (25). Razgovori s članovima obitelji i prijateljima pomažu utvrditi kako se pacijent ponaša u kućnom okruženju, a ne u potencijalno zastrašujućem bolničkom okruženju. Bilješke o provedbi zdravstvene njege i decursus (Slika 4.1.) često sadržavaju korisne informacije, osobito o pokazateljima depresije kao što su spavanje i apetit, socijalna interakcija i agresivno ponašanje. Psihijatrija postavlja fokus na

Važno je ispitati simptome povezane s depresijom u starijih osoba jer one možda neće pokazivati depresivni afekt i poricati će osjećaj tuge. Uporaba ljestvica postaje isplativa ako je stanje koje treba identificirati ili relativno rijetko, ali s ozbiljnim posljedicama ako se propusti, ili češće, ali s primjetnim stupnjem morbiditeta. Također je nužno da liječenje bude dostupno – nema smisla poticati osoblje na to da identificira problem ako se s tim ništa ne može učiniti. Pozitivne povratne informacije za osoblje u pogledu učinkovitog liječenja i poboljšanja stanja pacijenata koje su identificirali kao depresivne daju dodatni poticaj procesu.

Depresija u starijih osoba je primjer stanja u kojem su ljestvice za otkrivanje slučajeva korisne (25). To može biti teška dijagnoza uza znatan morbiditet i mortalitet ako se ne liječi. Doprinos testova probira prihvatljiv je za većinu fizički bolesnih starijih osoba. Preporučuje se da ih provodi osoblje kako bi se smanjile praktične poteškoće poput gubitka naočala ili drhtanja ruku što bi moglo rezultirati njihovim nedovršavanjem. Toner i suradnici (25) u uzorku istraživanja provedenih među izvanbolničkim pacijentima, pokazali su da je uporaba ljestvica za utvrđivanje depresije bilo superiorno i za suradljivost pacijenata i za točnu dijagnozu među starijim osobama. Sljedeće ljestvice probira prikladne su za uporabu u većini situacija i pomažu identificirati one osobe koje zahtijevaju detaljniji razgovor i odgovarajući tretman (25). Staračku ljestvicu depresije (GDS) (Slika 4.2.) preporučuje *Royal College of Physicians, British Geriatric Society* i *Royal College of General Practitioners* kao prikladnu ljestvicu za probir depresije (25).

Opsežno je potvrđena u formatima od 15 i 30 stavki. To je ljestvica samoocjenjivanja koje se može provesti i putem intervjua. Ljestvica od 30 čestica prvotno je potvrđena u psihijatrijskih pacijenata i ispitanika bez depresije u dobi od 55 godina i više te u domovima za starije i nemoćne osobe. Ljestvica od 15 stavki potvrđena je u odnosu na skalu od 30 stavki u 18 normalnih i 17 depresivnih ili distimičnih subjekata u dobi od 55 godina ili više. Obje ljestvice sadržavaju po jednu česticu o subjektivnom osjećaju energije. Međutim, čak deset pitanja s ljestvica s 30 čestica i pet s ljestvica s 15 čestica može se smatrati mjerenjem anhedonije koja je nespecifična i katkad se pojavljuje u fizički bolesnih uz odsutnost depresije. Iako je ljestvica standardna za uporabu u zajednici, moglo bi je biti teško rabiti u općoj bolnici. Pojedina pitanja (npr. *Mislite li da je divno sad biti živ?* i *Osjećate li se bezvrijedno takvi kakvi sad jeste?*) mogu biti neprihvatljiva za akutno bolesne pacijente, neposredno nakon moždanog udara, ili za njihove primarne medicinske sestre što rezultira nedovršavanjem pregleda.

Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika

Odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali proteklog tjedna:

1. Jeste li bili zadovoljni svojim životom? DA/ NE
2. Jeste li smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja? DA/ NE
3. Jeste li osjećali kako je Vaš život neispunjen? DA/ NE
4. Jeste li se često dosađivali? DA/ NE
5. Jeste li bili dobro raspoloženi većinu vremena? DA/ NE
6. Jeste li se bojali da će Vam se nešto loše dogoditi? DA/ NE
7. Jeste li bili sretni većinu vremena? DA/ NE
8. Jeste li se često osjećali bespomoćno? DA/ NE
9. Jeste li radije ostajali kući nego izlazili vani i bavili se novim aktivnostima? DA/ NE
10. Smatrate li da imate više problema s pamćenjem nego većina drugih ljudi? DA/ NE
11. Smatrate li da je vam je život sada prekrasan? DA/ NE
12. Jeste li se osjećali bezvrijedno? DA/ NE
13. Jeste li se osjećali puni energije? DA/ NE
14. Jeste li osjećali da ste u bezizlaznoj situaciji? DA/ NE
15. Smatrate li da je drugima bolje nego Vama? DA/ NE

Odgovor NE u pitanjima 1, 5, 7, 11, 13 nosi 1 bod.

Odgovor DA u pitanjima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 nosi 1 bod.

BODOVI:

0-5 - nema znakova depresije;

6-9 – postojanje manjih znakova koji upućuju na depresiju;

10 i više – postojanje većih znakova depresije;

Ukoliko je zbroj bodova 6 i više potražite savjet obiteljskog liječnika.

Slika 4.2. Gerijatrijska skala depresije – hrvatska verzija (27)

Kratak raspored procjene (BASDEC) skala je samoprocjene koja zahtijeva dosta vremena i vještina (25). Starije osobe, osobito ako su kognitivno oštećene ili fizički bolesne, teško mogu ispunjavati upitnike, što se može prevladati čitanjem pitanja, bez žurbe, u tihom okruženju ili uporabom uređaja kao što su BASDEC kartice. Sadržava set od 19 kartica s izjavama iz *Kratkog rasporeda ocjenjivanja* otisnutim na svakoj od njih. Kartice se, jedna po jedna, prikazuju pacijentu pri čemu mu se daju upute da ih stavi u jednu od tri kategorije: „točno“, „netočno“ ili „ne znam“. Pacijenti trebaju biti kognitivno intaktni i sposobni čitati skriptu tiskanu na raznim jezicima i pogodnu za gluhe.

Evans Liverpool ljestvica ocjene depresije (ELDRS) razvijena je za uporabu u fizički bolesnih ljudi te ju jednostavno može upotrebljavati osoblje koje nije psihijatrijski obučeno (25). Smatra se prvim specifičnim testom za depresiju u toj populaciji. Uključuje dodatne informacije, a ispituje i suicidalne misli – važno područje koje se često ne dotiče u općim bolničkim službenicima. Sva pitanja se odnose na prethodna četiri tjedna tako da na akutnim odjelima ljestvica ispituje raspoloženje prije prijema smanjujući vjerojatnost dijagnosticiranja i možda početka liječenja kratkih reaktivnih depresija zbog samog prijema ili njegovih posljedica. Potvrđena je u bolnicama i staračkim domovima, u usporedbi s drugim ljestvicama, psihijatrijskim intervjuom i odgovorom na liječenje.

Test supresije deksametazona (DST) daje specifičan laboratorijski test za melankoliju, ali nekoliko čimbenika ometa test i daje lažno pozitivne rezultate (25). To uključuje ozbiljne medicinske bolesti (dijabetes), teške infekcije, znatan gubitak težine, neke lijekove i odvikavanje od alkohola ili psihotropnih lijekova. Deksametazon se možda neće potpuno apsorbirati tijekom testiranja starijih osoba, što dovodi do lažno visokih rezultata. Uporaba DST-a u starijih osoba, osobito onih koji su fizički bolesni, stoga je rijetka.

4.2.5. Način liječenja

Depresija je zdravstveno stanje koje zahtijeva liječenje (11, 20, 28). Iako obitelj i prijatelji mogu pomoći nudeći pomoć i podršku u pronalasku liječenja, nažalost, ne mogu liječiti depresiju osobe (11). Njihova se uloga prepoznaje u pružanju potpore oboljeloj osobi da potraži liječničku pomoć i pridržava se plana liječenja koji je propisao liječnik. Osim toga, mogu pomoći u dogovoru pregleda kod liječnika i otpratiti osobe u liječničke ordinacije ili grupe za podršku.

Također, mogu osobu uključiti u aktivnosti koje voli raditi, bilo da je riječ o sportskim, umjetničkim ili kakvim drugim aktivnostima. Važno je potražiti liječenje čim se primijete znakovi (20, 28). Određeni lijekovi ili medicinska stanja katkad mogu prouzročiti simptome koji nalikuju na depresiju. Liječnik ih može prepoznati fizičkim pregledom, upoznavanjem s zdravstvenim stanjem osobe i povijesti bolesti te primjenom laboratorijskih testova. Ako se utvrdi da ne postoji nikakvo zdravstveno stanje koje bi potencijalno moglo biti uzrok depresije, predlaže se psihološka procjena i posjet stručnjaku za mentalno zdravlje kao što je psiholog koji provodi daljnje testiranje, postavlja adekvatnu dijagnozu i sastavlja plan liječenja.

Klasični oblici liječenja depresije uključuju (20, 28):

- Psihoterapija i savjetovanje može pomoći osobi prepoznati i promijeniti uznemirujuće emocije, misli i ponašanje. Provede je psihoterapeut, psiholog i psihijatar. Specifični pristup usmjeren liječenju jest kognitivno-bihevioralna terapija i interpersonalna terapija.
- Lijekovi za depresiju koji mogu uravnotežiti hormone koji utječu na raspoloženje, poput serotonina. Postoji mnogo različitih antidepresiva. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina jesu antidepresivi koji se obično propisuju starijim osobama.
- Elektrokonvulzivna terapija uključuje postavljanje elektroda na glavu osobe kako bi se omogućilo da sigurna, blaga električna struja prođe kroz mozak. Ta se vrsta terapije obično razmatra samo ako se bolest osobe nije popravila nakon primjene drugih tretmana.
- Ponavljajuća transkranijalna magnetska stimulacija upotrebljava magnetne za aktivaciju mozga, ne zahtijeva anesteziju i cilja određene regije mozga kako bi se smanjile moguće nuspojave kao što su umor, mučnina ili gubitak pamćenja.

Katkad se primjenjuje kombinacija navedenih tretmana. Način liječenja ovisi o vrsti i težini simptoma depresije, prošlim tretmanima i cjelokupnom zdravstvenom stanju osobe.

Kako osoba stari, tjelesne promjene mogu utjecati na način na koji se lijekovi apsorbiraju i rabe jer postoji veći rizik od interakcija lijekova (29). Kombinacija psihoterapije i lijekova pokazala se učinkovitom kad je riječ o liječenju starijih osoba. Međutim, nisu svi lijekovi ili terapije učinkoviti u liječenju svih osoba. Odabir liječenja individualan je za svaku osobu, a katkad se mora isprobati više tretmana kako bi se pronašao onaj koji djeluje. Važno je informirati liječnika ako trenutni plan liječenja ne djeluje i nastaviti pokušavati pronaći djelotvorniju terapiju.

Ljudi se katkad koriste alternativnim pristupima, poput joge, kako bi poboljšali dobrobit i nosili se sa stresom (28, 29). Međutim, malo je dokaza koji upućuju na to da ti pristupi mogu uspješno liječiti depresiju. Iako se mogu primjenjivati u kombinaciji s tretmanima liječnika, ne bi trebali zamijeniti liječenje.

Studije ističu da, iako antidepresivi mogu pomoći u liječenju starijih odraslih osoba, ne moraju uvijek biti učinkoviti kao u primjeni u mlađih pacijenata. Potrebno je pažljivo razmotriti rizik od nuspojava ili mogućih reakcija s drugim lijekovima. Na primjer, stariji antidepresivi kao što su amitriptilin i imipramin mogu djelovati sedativno, izazvati zbunjenost ili prouzročiti nagli pad vrijednosti arterijskog krvnog tlaka kad osoba ustane, što povećava rizik od pada i ozljede.

Klasični su oblici antidepresiva selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, inhibitori ponovne pohrane serotonina i norepinefrina, modulatori i stimulatori serotonina, inhibitori monaminoooksidaze (28, 29). Antidepresivima treba više vremena da počnu djelovati u starijih ljudi. Budući da su starije osobe osjetljivije na lijekove, u početku se mogu propisati niže doze. Liječenje depresije u starijih odraslih osoba traje dulje od liječenja mlađih bolesnika.

Većina depresivnih ljudi smatra da im pomaže podrška obitelji i prijatelja, sudjelovanje u grupama za samopomoć i podršku te psihoterapija. Psihoterapija je posebno korisna za one koji su doživjeli velike životne stresove (kao što su gubitak prijatelja i obitelji, selidbe iz doma i zdravstveni problemi) ili za one koji ne žele uzimati lijekove, imaju blage do umjerene simptome i ne mogu uzimati lijekove zbog nuspojava, interakcija s drugim lijekovima ili drugih

medicinskih stanja. Psihoterapija u starijih osoba može riješiti širok raspon funkcionalnih i društvenih posljedica depresije, a mnogi liječnici preporučuju psihoterapiju uz antidepressive.

Elektrokonvulzivna terapija ili ECT može igrati važnu ulogu u liječenju depresije u starijih osoba (Slika 4.3.) (28). Kad starije osobe ne mogu uzimati tradicionalne lijekove protiv depresije zbog nuspojava ili interakcija s drugim lijekovima, kad je depresija vrlo teška i ometa osnovno svakodnevno funkcioniranje ili kad je rizik od samoubojstva posebno visok, ECT se predlaže kao vrlo često sigurna i učinkovita opcija liječenja.



Slika 4.3. Elektrokonvulzivna terapija (30)

Stigma vezana za mentalne bolesti i psihijatrijsko liječenje jače je izražena među starijim ljudima (28, 29). Ona ih može spriječiti da priznaju da su depresivni, čak i sami sebi. Stariji ljudi i njihove obitelji katkad mogu pogrešno identificirati simptome depresije kao „normalne“ reakcije na životne stresove, gubitke ili proces starenja. Bolest se može izraziti fizičkim tegobama što odgđa odgovarajuće liječenje. Osim toga, depresivni stariji ljudi možda neće prijaviti svoju depresiju jer pogrešno vjeruju da nema nade da će tu pomoć i dobiti.

Starije odrasle osobe mogu odbiti uzimati svoje lijekove zbog nuspojava ili njihove cijene (28). Osim toga, postojanje drugih bolesti uz depresiju može utjecati na učinkovitost lijekova. Alkoholizam i zlouporaba drugih tvari mogu prouzročiti ili pogoršati depresiju i ometati liječenje. Nesretni životni događaji, uključujući smrt obitelji ili prijatelja, siromaštvo i izolacija također mogu utjecati na motivaciju osobe da nastavi s liječenjem.

4.2.6. Važnost prevencije

U izvješću Instituta za medicinu prevencija je definirana kao svaka intervencija usmjerena na sprečavanje nastanka novih slučajeva psihičkih poremećaja u osoba koje još ne ispunjavaju kriterije za takav poremećaj (31). Prevencija može biti usmjerena prema cijeloj populaciji (univerzalna), visokorizičnim skupinama (selektivna) ili onima sa subsindromskim simptomima (indicirana). Više od 30 randomiziranih studija pokazalo je da preventivne intervencije mogu smanjiti učestalost novih epizoda velikog depresivnog poremećaja za otprilike 25 % i za čak 50 % kad se preventivne intervencije nude u stupnjevitom obliku skrbi. Metode s dokazanom učinkovitošću prevencije nastanka depresivnog poremećaja u ljudi uključuju edukacijske, psihoterapijske, farmakološke intervencije, intervencije u načinu života i prehrani.

Globalni konzorcij za prevenciju depresije u Utrechtu u Nizozemskoj u rujnu 2011. usporedio je napredak u prevenciji depresije s onim u prevenciji kardiovaskularnih bolesti. Kardiovaskularni morbiditet i mortalitet su se smanjili odražavajući kombinirane učinke poboljšanja u liječenju i prevenciji. Konzorcij se zalaže za integriranje prevencije depresije s poboljšanjima u dijagnozi i liječenju u cilju smanjenja globalne bolesti i ekonomskog tereta depresije.

Prioriteti istraživanja za prevenciju depresije (31):

1. Utvrditi načine za poboljšanje pristupa učinkovitim strategijama za one koji su u opasnosti. Na primjer, prevencija depresije u starijih osoba s fizičkim bolestima zahtijeva ugrađivanje preventivnih istraživanja u ustanove zdravstvene skrbi i socijalne službe. Kako bi se smanjio učinak depresije na gubitke produktivnosti, uključujući prerano umirovljenje, potrebno je razviti preventivne programe prikladne za radno okruženje. Uporaba novih medija, kao što su tehnologije e-mentalnog zdravlja i pametnih telefona, te uporaba laičkih zdravstvenih savjetnika mogu potaknuti širenje, osobito u zemljama s niskim i srednjim dohotkom.
2. Proučiti kako depresija u jedne osobe ima kaskadne ili zarazne učinke na druge njemu/njoj bliske osobe u smislu njihove produktivnosti, zdravlja i dobrobiti.
3. Budući da će preventivne intervencije imati višestruke učinke izvan depresije, treba mjeriti višestruke ishode izvan zdravlja, tj. ekonomsku, obrazovnu i društvenu ulogu.

4. Usredotočiti se na čimbenike rizika za razvoj mentalnih poremećaja (npr. poremećaj spavanja, socijalna izolacija, zlostavljanje i zanemarivanje djece te invaliditeti povezani s medicinskim i neurološkim bolestima). U prodormalnoj ili rizičnoj fazi još nije jasno koji će se poremećaj razviti, a takav pristup proširiti će fokus prevencije i potaknuti na suradnju između različitih potpodručja prevencije mentalnih poremećaja.
5. Razviti intervencije koje se temelje na uzročnim mehanizmima u pozadini rizika: osim društvenih stresora baviti se psihološkim i biološkim markerima rizika (neuroticizam, spavanje, protuupalni citokini itd.) kako bi se postigle ciljane i racionalnije intervencije.
6. Uključiti ekonomsku analizu troškova i koristi. Razvoj programa postupne skrbi olakšat će pristup većem broju ljudi u riziku uz primjenu samopomoći, e-zdravlja ili drugih relativno jeftinih nepotrošnih materijala koji se lako šire, ograničavajući upotrebu intenzivnijih intervencija na one koji ne reagiraju povoljno.
7. Univerzalna, selektivna i indicirana prevencija mogu se primjenjivati zajedno.
8. Razviti strategije za postizanje dugotrajnijih preventivnih učinaka. Iako postoje dokazi o učinkovitosti intervencija za smanjenje pojave depresivnih epizoda, potrebna su dodatna istraživanja o tome kako te učinke učiniti postojanima.

4.2.7. Specifičnost demencije

Depresija je česta u ljudi s Alzheimerovom bolešću i srodnim demencijama (32). Demencija može prouzročiti simptoma slične depresiji, a depresija može biti rani znak upozorenja na demenciju. Smatra se da depresija pogađa između 1 i 5 osoba koje pate od demencije. Kad se demencija i depresija pojave u isto vrijeme, katkad ih je teško razlikovati jer su znakovi i simptomi vrlo slični. Međutim, demencija i depresija vrlo su različita stanja koja zahtijevaju različite odgovore i liječenje, stoga se preporučuje temeljita procjena zdravstvenog radnika.

Provedbom istraživanja usmjerenog na tematiku depresivnog poremećaja i demencije, zaključeno je kako postoji znatna povezanost između depresije u starijoj dobi i naknadne demencije u dobi od 50 ili više godina što podupire hipotezu da je depresija u starijoj dobi prediktor, a možda i uzročni čimbenik naknadne demencije (33).

Depresija je vrlo česta tijekom životnog ciklusa i demencija je česta u starijoj životnoj dobi (32, 33). Konkretno, ranija depresija (ili depresivni simptomi) rezultira s više od dva puta većim rizikom od nastanka demencije (32). Vjerojatni biološki mehanizmi koji povezuju depresiju s demencijom uključuju vaskularne bolesti, promjene razine glukokortikoidnog steroida i hipokampalnu atrofiju, upalne promjene i deficite faktora rasta živaca. Strategije liječenja za depresiju mogu ometati te putove i mijenjati rizik od demencije. Potrebno je provesti istraživanja kako bi se odredile učinkovite mogućnosti liječenja depresije za osobe s demencijom.

Stručnjaci navode da je depresija u kasnom životu popraćena kognitivnim oštećenjem, deficitom memorije, smanjenom izvršnom funkcijom i usporavanjem obrade informacija koji mogu biti prisutni čak i nakon učinkovitog liječenja (33). Kasni početak depresije (nakon 65. godine) dvostruko povećava rizik od demencije. Pokušaji samoubojstva mogu se povećati u pacijenta kojem je nedavno dijagnosticirana demencija (34). Važno je imati uspostavljene sustave podrške koji će pomoći u suočavanju s dijagnozom i simptomima depresije koji slijede. U starijih osoba neformalni (partner, član obitelji ili prijatelj) i profesionalni njegovatelji vrijedan su izvor informacija te trebaju biti uključeni u zdravstvenu skrb i procjenu kad god je to moguće.

4.3. Uloga medicinske sestre

Cilj plana zdravstvene njege za pacijente s depresijom uključuje određivanje stupnja oštećenja, procjenu sposobnosti suočavanja, pomoć oboljeloj osobi da se nosi s trenutačnom situacijom, osiguravanje zadovoljavanja psiholoških potreba i promicanje zdravlja i blagostanja (35, 36). U nastavku slijede 3 zdravstvena plana za njegu uz sljedeće sestrinske dijagnoze.

Sestrinska dijagnoza: 1) **Visok rizik za samoozljeđivanje.**

CILJEVI:

- Pacijent će potražiti pomoć kad doživi samodestruktivne impulse.
- Pacijent će pokazati alternativne načine nošenja s negativnim osjećajima i emocionalnim stresom.

INTERVENCIJE:

- Odrediti mjere opreza kad je riječ o visokom riziku od suicida. Ako postoji visok rizik, razmotriti hospitalizaciju, a ako je rizik nizak, dati mogućnost nadzora člana obitelji ili prijatelja.
- Prikupiti anamnestičke i heteroanamnestičke podatke o prethodnim pokušajima samoubojstva, zlouporabi određenih supstanci, društvenom životu i suicidalnim mislima.
- Procijeniti prisutnost određenih oblika destruktivnih ponašanja kojima se nastoji riješiti osjećaj depresije kao što su povlačenje, izbjegavanje, zlouporaba tvari.
- Potaknuti osobu na izražavanje osjećaja i vlastitih razmišljanja (bijes, tuga, krivnja).
- Stvoriti sigurno i opuštajuće okruženje ako je pacijent hospitaliziran.
- Pružiti nadu pacijentu realnim komentarima o njegovim snagama i resursima.
- Dopustiti pacijentu da preuzme odgovornost za brigu o sebi i sudjeluje u liječenju.
- Primijeniti terapiju sukladno odredbi specijalista psihijatrije.
- Pronaći alternativne načine za rješavanje osjećaja ljutnje i frustracije.
- Procijeniti vjerska uvjerenja i kulturne prakse u smislu načina na koji se nose sa svojim prethodnim gubicima te pružiti duhovnu potporu koja mu može dati nadu i snagu.
- Kontaktirati obitelj, dogovoriti krizno savjetovanje i kontakt s grupom za samopomoć.

- Pomoći pacijentu u prepoznavanju ranih znakova depresije i identificirati metode za njihovo ublažavanje, a ako simptomi potraju ili se pogoršaju, predložiti stručnu pomoć.
- Primijeniti lijekove prema indikacijama.

Sestrinska dijagnoza: 2) **Poteškoće socijalnih odnosa.**

CILJEVI:

- Pacijent će sudjelovati u određenim društvenim aktivnostima.
- Pacijent će ostvariti kontakt s obitelji, zdravstvenim djelatnicima i ostalim pacijentima.

INTERVENCIJE:

- Osigurati aktivnosti koje zahtijevaju minimalnu koncentraciju (npr. crtanje).
- Postupno uključivati pacijenta u grube motoričke aktivnosti koje zahtijevaju nisku koncentraciju (npr. hodanje).
- Kad je pacijent u najdepresivnijem stanju, uključiti ga u aktivnost *jedan na jedan*.
- Postupno uključivati pacijenta u grupne aktivnosti.
- Postupno povećavati kontakte s drugim osobama.
- Uputiti pacijenta i obitelj na grupe za samopomoć u zajednici.

Sestrinska dijagnoza: 3) **Nisko samopouzdanje i samopoštovanje.**

CILJ:

- Pacijent će izraziti vjeru u sebe.

INTERVENCIJE:

- Procijeniti razinu samopoštovanja i samopouzdanja u pacijenta.
- Dopustiti pacijentu da samostalno obavlja aktivnosti osobne njege.
- Dati pozitivnu povratnu informaciju nakon što je zadatak postignut.
- Dopustiti pacijentu da se uključi u jednostavne rekreacijske aktivnosti postupno napredujući do složenijih aktivnosti u grupnom okruženju.
- Podučiti pacijenta tehnikama vizualizacije koje mu mogu pomoći u tome da zamijeni negativnu sliku o sebi pozitivnijim slikama i mislima.

- Potaknuti pacijenta na to da sudjeluje u grupnoj terapiji u kojoj članovi dijele iste osjećaje.
- Procijeniti potrebu pacijenta za alatima za obuku asertivnosti.
- Uključiti pacijenta u aktivnosti koje želi poboljšati.
- Raditi s pacijentom kako bi se identificirale kognitivne distorzije koje potiču negativnu samoprocjenu kao što su samooptuživanje, pretjerane generalizacije i čitanje misli.

5. ZAKLJUČAK

Depresija je vrlo čest poremećaj s kojim se susreću zdravstveni djelatnici. Zdravstveni radnici, osobito medicinske sestre zaposlene u primarnoj skrbi, stacionarima ili bolnicama, često nailaze na pacijente s poremećajima mentalnog zdravlja kao što su depresija, demencija i delirij. Pritom je iznimno važno da su svjesne potrebe liječenja mentalnog stanja pacijenata koji su fizički bolesni te da im pruže sigurnu, učinkovitu holističku zdravstvenu skrb procjenom, probirom i tretmanima temeljenima na dokazima. Nužno je da primarna zdravstvena zaštita obuhvati i liječenje bolesti depresije.

Edukacija ima važnu ulogu u uspješnom liječenju depresije. Uključuje edukaciju obitelji i bolesnika. Nedostatak točnih informacija i pogrešna percepcija bolesti kao osobne slabosti ili neuspjeha dovodi do stigmatizacije i izbjegavanja dijagnoze u mnogih oboljelih. Pacijenti bi trebali biti upućeni i informirani o načinu liječenja, mogućim nuspojavama liječenja i očekivanim rezultatima. Uključivanje pacijenta u plan vlastita liječenja pozitivno utječe na njegovu suradljivost, uzimanje lijekova i upućivanje na psihoterapiju, a uključivanje članova obitelji kao neformalne podrške važna je komponenta u planiranju liječenja.

Zajedničkim naporima obitelji, društva i liječnika opće prakse, određeni se čimbenici rizika (socijalni, demografski i zdravstveni čimbenici) depresije mogu kontrolirati kako bi se poboljšala kvaliteta života pacijenata i njihovo služenje zdravstvenim uslugama u zajednici.

6. LITERATURA

1. Puljiz V. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Rev. soc. polit.* 2016;23:1: 81-98.
2. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. *Prim Care.* 2017;44 (3):499-510.
3. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58 (3):249-65.
4. Beeber, LS. Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nurs Clin North Am.* 1998;33(1):153-72.
5. Stefanacci RG. Physical Changes With Aging [online]. Dostupno na adresi: <https://www.msdmanuals.com/professional/geriatrics/approach-to-the-geriatric-patient/physical-changes-with-aging> (29. 9. 2022.)
6. Rijavec M, Miljković D, Brdar, I. Pozitivna psihologija. IEP; Zagreb: 2008.
7. Nakanishi N, Fukuda H, Tatara K. Changes in psychosocial conditions and eventual mortality in community-residing elderly people. *J Epidemiol.* 2003 Mar; 13(2):72-9.
8. Borza T, Engedal K, Bergh S, Selbæk G. Older people with depression – a three-year follow-up. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2019;139(16).
9. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One.* 2021;13:16(5).
10. Fernández Portero C, Oliva A. Social Support, Psychological Well-being, and Health Among the Elderly. *Educational Gerontology.* 2007;33:12.
11. Brown J, Evans-Lacko S, Aschan L, Henderson MJ, Hatch SL, Hotopf M. Seeking informal and formal help for mental health problems in the community: a secondary analysis from a psychiatric morbidity survey in South London. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(1):275.
12. Klarin M, Telebar I. Zadovoljstvo životom i procjena zdravlja u osoba starije životne dobi. *Med Jad* 2019;49 (1):5-13.
13. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management. British Psychological Society (UK); Leicester (UK): 2010.
14. Stein DJ et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: An international perspective on key changes and controversies. *BCM Medicine.* 2020;18(21):8-9.

15. Truschel J. Depression Definition and DSM-5 Diagnostic Criteria. [Online]. 2022. Dostupno na: <https://www.psycom.net/depression/major-depressive-disorder/dsm-5-depression-criteria> (13.3.2023.)
16. Klein DN. Classification of depressive disorders in the DSM-V: proposal for a two-dimension system. *J Abnorm Psychol.* 2008 Aug;117(3):552-60.
17. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord.* 2008;106 (1-2):29-44.
18. Zenebe Y, Akele B, Selassie M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2021;20:55.
19. Li N, Shou J. The prevalence and correlates of depression in elderly outpatients in community health centers. *Journal of Affective Disorders Reports.* 2021;3.
20. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16 (9):466.
21. Shimada H, Park H, Makizako H, Doi T, Lee S, Suzuki T. Depressive symptoms and cognitive performance in older adults. *J Psychiatr Res.* 2014;57:149-56.
22. Matias AG, Fonsêca Mde A, Gomes Mde L, Matos MA. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (Sao Paulo).* 2016;14(1):6-11.
23. Smith KM, Renshaw PF, Bilello J. The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Compr Psychiatry.* 2013;54(1):1-6.
24. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Front Psychiatry.* 2018;9:450.
25. Evans M, Mottram P. Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment.* Cambridge University Press; 2000;6(1):49–56.
26. HKMS. Sestrinska lista. Zagreb; HKMS: 2009.
27. Zavod za javno zdravstvo Dubrovačko-neretvanske županije. Gerijatrijska skala depresije – skraćeni oblik upitnika [Online]. 2017. Dostupno na adresi: [file:///C:/Users/Martina/Downloads/Gerijatrijska skala depresije.pdf](file:///C:/Users/Martina/Downloads/Gerijatrijska%20skala%20depresije.pdf) (29.9.2022.)
28. Marvanova M, McGrane IR. Treatment Approach and Modalities for Management of Depression in Older People. *Sr Care Pharm.* 2021;36(1):11-21.
29. Mimica N, Kušan Jukić M. Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. *M E D I X.* 2013;7:19:106. Medcover hospitals. Electroconvulsive Therapy [Online]. 2016. Dostupno na: <https://www.medicoverhospitals.in/surgery-cost/electroconvulsive-therapy-cost> (9.2.2023.)

30. Cuijpers P, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. Preventing depression: a global priority. *JAMA*. 2012;307(10):1033-4.
31. Byers AK, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nature Reviews Neurology*. 2011;7:323–331.
32. Kitching D. Depression in dementia. *Aust Prescr*. 2015;38(6):209-2011.
33. Zahodne LB, Stern Y, Manly JJ. Depressive symptoms precede memory decline, but not vice versa, in non-demented older adults. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:130-4.
34. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. *Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales*. FA Davis; Philadelphia: 2016.
35. Gulanick M, Myers JL. *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*. Elsevier Health Sciences; London: 2016.
36. Medvedec Vlašić K. *Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja*. Sveučilište Sjever; Varaždin: 2016.

7. SAŽETAK

Suvremena zdravstvena njega nalaže kako medicinske sestre trebaju postaviti fokus na promjene koje se događaju starenjem. Važno je poznavati prirodan i normalan tijek starenja kako bi se moglo utjecati na prepoznavanje potencijalnih problema psihosocijalne prirode, ali i imati uvid u način kako osoba starije životne dobi percipira vlastito starenje. Ne postoji tipično ponašanje koje će olakšati prepoznavanje određenog medicinskog stanja zbog čega je iznimno važno primijeniti individualno usmjeren pristup medicinske sestre koja upotrebom odgovarajućih metoda, dobiva uvid o tome koji su problemi prisutni u osobe starije životne dobi. Jedan od poremećaja psihičke prirode u osoba starije životne dobi jest depresija. Uloga je medicinske sestre pokazati razumijevanje i empatiju, pružiti osobi osjećaj sigurnosti, ohrabriti je, postupno aktivirati prema sudjelovanju u aktivnostima svakodnevnoj života, potaknuti na traženje stručne pomoći i terapije te ponuditi podršku kako bi shvatila da nije sama.

Ključne riječi: depresija, starenje, starija dob, medicinska sestra

8. SUMMARY

Modern health care dictates that nurses should focus on the changes that occur with aging. It is important to know the natural and normal course of aging in order to be able to influence the recognition of potential problems of a psychosocial nature, but also to have an insight into the way in which an elderly person perceives their own aging. There is no typical behaviour that facilitates the recognition of a certain medical condition, which is why it is of great importance to have an individually focused approach to the nurse, who uses appropriate methods to gain insight into what problems are present in elderly people. One of the disorders of a psychological nature in elderly people is depression. The nurse's role is to show understanding and empathy, provide a special sense of security, encouragement, gradually activate them to participate in the activities of everyday life, encourage them to seek professional help and therapy, and offer support so that they could know they are not alone.

Key words: depression, aging, old age, nurse

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>08.03.2023.</u>	ANA BARIĆ	Barić Ana

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

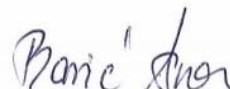
ANA BARIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 08.03.2023.


potpis studenta/ice