

Proces zdravstvene njege depresivnih bolesnika

Nađen, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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:144:442915>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-20**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE DEPRESIVNIH
BOLESNIKA**

Završni rad

Valentina Nađen

Bjelovar, listopad 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Nađen Valentina**

Datum: 10.01.2020.

Matični broj: 001611

JMBAG: 0314015762

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege depresivnih bolesnika**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor
3. Ksenija Eljuga, mag.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 02/SES/2020

Depresija je jedan od najčešćih zdravstvenih problema te predstavlja veliki problem u području mentalnog zdravlja. Bolest koja pogađa ljude svih dobnih skupina, svih društvenih slojeva i svih zemalja svijeta. Karakterizirana je sniženim raspoloženjem, i često se susreću bolesnici sa komorbiditetom depresije i tjelesnih bolesti. Medicinska sestra ima važnu ulogu u prepoznavanju simptoma depresije stoga je neizostavno poznavanje kliničke slike depresije kao i proces liječenja te proces zdravstvene njege depresivnih bolesnika.

U radu je potrebno opisati kliničku sliku depresije, metode liječenja i rehabilitacije te poseban osvrt na proces zdravstvene njege depresivnih bolesnika.

Zadatak uručen: 10.01.2020.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. SIMPTOMI DEPRESIJE	2
1.2. POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA	4
1.2.1. UČESTALOST I EPIDEMIOLOGIJA	4
1.2.2. ETIOLOGIJA I PATOGENEZA.....	5
1.2.3. VRSTE DEPRESIVNOG POREMEĆAJA.....	5
1.3. KLINIČKA SLIKA DEPRESIJE	9
1.4. DIJAGNOZA DEPRESIJE	10
1.5. LIJEČENJE DEPRESIVNIH BOLESNIKA	11
2. CILJ RADA	15
3. METODE.....	16
4. KOMPLIKCIJE KOD DEPRESIVNIH POREMEĆAJA	17
4.1. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE	18
1. UTVRĐIVANJE POTREBA	18
2. PLANIRANJE.....	18
4.2. SESTRINSKE DIJAGNOZE	18
4.2.1. ANKSIOZNOST.....	21
4.2.2. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – ODIJEVANJE I DOTJERIVANJE	21
4.2.3. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – HIGIJENA	21
4.2.4. UMOR	22
4.2.5. SOCIJALNA IZOLACIJA	22
4.2.6. POREMEĆAJ SEKSUALNE FUNKCIJE.....	22
4.2.7. POREMEĆAJ MISAONOG PROCESA	22
4.2.8. POREMEĆAJ SPAVANJA.....	23
4.1.4. VISOK RIZIK ZA SAMOOZLJEĐIVANJE	23
4.1.5. VISOK RIZIK ZA SUICID	23
5. ZAKLJUČAK	24
6. LITERATURA.....	25
7. SAŽETAK	27
8. SUMMARY	28

1. UVOD

Depresija je jedna od najranije opisanih bolesti u medicini. Dolazi od latinske riječi *deprimere*, što u prijevodu znači pritisnuti ili udubiti. Može se javiti samostalno, te kao simptom ili sindrom raznih psihičkih oboljenja.

Depresija je česta i ozbiljna medicinska bolest koja negativno utječe na emocionalno stanje osobe, način razmišljanja i ponašanje osobe. Uzrokuje osjećaj tuge i/ili gubitak interesa za aktivnosti u koje su nekada predstavljale užitak. To može rezultirati raznim emocionalnim i fizičkim problemima, a tako i smanjiti sposobnost funkcioniranja u radnoj okolini i u vlastitom domu (1).

Depresivno raspoloženje se smatra sastavnim dijelom života kada se javlja kao odgovor na nesreću ili veliki životni gubitak, poput smrti bližnjega. Primarni simptom depresivnih poremećaja nalazi se u području afektivnih poremećaja, odnosno prvi znakovi depresivnog oboljenja mogu se uočiti kroz varijacije raspoloženja i naglih promjena u karakteru osobe. Psihijatrijska neurološka i tjelesna oboljenja javljaju se kao sekundarni simptomi depresivnih raspoloženja. Raspoloženje koje slijedi iz sekundarne varijacije simptoma najčešće je popraćeno negativnim mislima, vrlo lošom slikom o samome sebi, izostavljanjem uobičajenih životnih aktivnosti ili potpunim izostankom osjećaja zadovoljstva (2).

Poremećaji raspoloženja su najčešća skupina duševnih poremećaja, a očituju se kroz nestabilnost osobe s obzirom na njezino raspoloženje u različitim životnim situacijama. Ovakva vrsta poremećaja može biti kronična i progresivna, te uglavnom epizodnog tijeka. Kronični tijek poremećaja se odnosi na njegovo trajanje, tj na period u kojem su vidljivi simptomi određenog poremećaja. Progresivni tijek poremećaja daje prikaz postupnog pogoršanja ili smanjenja simptoma, dok epizodni tijek iskazuje da se simptomi i sami poremećaj javljaju kod određenih podražaja. Oni uzrokuju oštećenje svih aspekata ličnosti i psihosocijalnog funkcioniranja oboljele osobe. Pretpostavljalo se da će do 2020. godine, depresija biti na drugom mjestu po stopi obolijevanja i smrtnosti u svijetu, a do 2030. godine predviđa se kao vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja. Zbog još uvijek nejasnih razloga, učestalost pojave depresije dvostruko je veća kod ženskog spola u odnosu na muški. Početak i trajanje ove istoimene bolesti vezani su uz povijesne, biološke, okolinske i psihosocijalne čimbenike. Iz takvoga koncepta proizlazi činjenica kako je više od pola slučajeva psihijatrijske hospitalizacije uzrokovano depresijom (3).

1.1. SIMPTOMI DEPRESIJE

Pojam simptom objašnjava se kao subjektivni osjećaj koji pojedincu onemogućuje normalno svakodnevno funkcioniranje. Simptomi depresije razlikuju se po kategorijama. Prva kategorija su somatski simptomi koji su vezani uz svakodnevne osjećaje ili aktivnosti poput sna, potrebe za jelom i drugih. Druga kategorija predstavlja emocionalne simptome koji utječu na raspoloženje pojedinca, dok u treću kategoriju spadaju kognitivni simptomi kao što su suicidalne misli. Simptomi mogu imati konstantnu pojavu, odnosno mogu biti prisutni cijelo vrijeme, ali se također mogu povremeno pojavljivati i nestajati, zavisno o situacijama u kojima se pojedinac nalazi. Jednaki se simptomi pojavljuju kod svih ljudi, no njihova jačin, trajanje i vrsta može varirati kod osoba zavisno o spolu ili o dobi. Naime, žene su češće podložne depresivnim simptomima iz razloga što su emocionalnije, dok muškarci dosta često potiskuju svoje osjećaje i zanemaruju ih pa se kod njih ne razvijaju simptomi jer im oni jednostavno ne pridonose previše pažnje. Što se tiče dobi, adolescenti su skloniji promjenama raspoloženja i podložniji jačim emocionalnim reakcijama koje mogu biti okidač za depresivne simptome, dok se kod starijih osoba simptomi koji bi inače bili pripisivani depresiji često znaju pripisivati demenciji (4).

U kliničkoj slici depresije pronalazi se:

- Depresivno raspoloženje kroz cijeli dan (svaki dan), što se opisuje kao depresivno, tužno ili beznadno raspoloženje
- Smanjeno uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima koje je gotovo uvijek prisutno
- Gubitak tjelesne težine ili dobivanje na težini (smanjenje ili povećanje teka), promjena na težini veća od 5% u mjesec dana
- Nesanica ili hipersomnija - osoba se budi usred noći, te teško ponovno usniva ili se prerano probudi i ne može ponovno zaspati
- Psihomotorička agitacija ili retardacija – u slučaju agitacije osoba nemirno sjedi, čupka ili trlja kožu, odjeću ili druge predmete, dok se kod retardacije javlja usporen govor, duža stanka između odgovora, usporeni pokreti tijela i dr.
- Umor ili gubitak energije - osoba je stalno umorna do te mjere da joj i najmanji zahtjevi predstavljaju veliki napor

- Osjećaj bezvrijednosti - depresivne osobe sebe doživljavaju manje vrijednima, te na svijet gledaju s negativnog stajališta
- Smanjena sposobnost koncentracije - osobe se teže koncentriraju i lako ih je omesti u poslu, a žale se i na gubitak pamćenja
- Razmišljanja o smrti - česta su razmišljanja o smrti, pa sve do počinjenja samoubojstva (5).

Medicinska klasifikacija bolesti navodi sljedeća tri tipična simptoma depresije:

1. Depresivno raspoloženje
2. Gubitak interesa i uživanja u svakodnevnim aktivnostima
3. Smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost (4).

Drugi uobičajeni simptomi su:

1. Smanjena koncentracija i pažnja
2. Smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje
3. Osjećaj krivnje i bezvrijednosti
4. Sumorni i pesimistični pogledi na budućnost
5. Ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
6. Poremećaj spavanja
7. Smanjen apetit (4).

Somatski simptomi u depresiji su:

1. Gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2. Gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor
3. Jutarnje buđenje dva sata ili čak više sati ranije od uobičajenog
4. Depresivno stanje
5. Izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6. Gubitak apetita
7. Gubitak tjelesne težine
8. Gubitak libida (4).

1.2. POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA

Poremećaji raspoloženja su emocionalni poremećaji koji se sastoje od razdoblja pretjerane tuge, veselja ili kombinacije jedne i druge emocije. One mogu biti popraćene pozitivnom ili negativnom reakcijom na određeno iskustvo. Trenutno stanje emocija naziva se afekt. Termin emocija se u pravilu koristi kada se opisuju raspoloženja prateći pokrete tijela, mimiku i gestikulaciju. Jedna definicija nalaže kako je raspoloženje emocionalno stanje dužeg trajanja, dok se u drugoj definiciji raspoloženje razmatra kao emocija nastala u interakciji s okolinom. U trenucima kada su emocije poput radosti ili tuge jačeg intenziteta i duljeg trajanja, dolazi do poremećaja raspoloženja. Kod bolesnih osoba kojima je dijagnosticiran poremećaj raspoloženja javlja se iskrivljenost emocija, što uzrokuje promjene duševnog zdravlja. Promjene raspoloženja mogu biti izražene kroz depresiju ili maniju, anksioznost ili neko drugo agresivno ponašanje. Depresivno raspoloženje popraćeno je negativnim i pesimističnim razmišljanjima, niskim samopoštovanjem, izostankom osjećaja zadovoljstva i nedostatkom uživanja u svakodnevnim životnim aktivnostima. Termin manično raspoloženje upotrebljava se kako bi se objasnilo raspoloženje koje nadilazi uobičajeno, te je često praćeno osjećajem histerije, veselja, egoizma i povećanom aktivnosti (2).

1.2.1. UČESTALOST I EPIDEMIOLOGIJA

Zbog zahvaćenosti mlađe životne dobi, učestalost depresije se povećala u zadnjih nekoliko desetljeća (6). Depresija svojom učestalošću zauzima prvo mjesto među psihijatrijskim poremećajima (7). Godine 1990., broj oboljelih od depresije je bio 416 milijuna, dok 2013. taj broj raste na 615 milijuna. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije pretpostavljalo se da će depresija 2020. godine biti drugi svjetski zdravstveni problem. Prikupljeni podaci iz Europske zdravstvene ankete 2014.-2015. godine, donose rezultate koji ukazuju na to da je 6,2% žena i 5,1% muškaraca u Hrvatskoj patilo od depresije u posljednjih godinu dana (8). Depresivni poremećaj je dvostruko češći kod žena nego kod muškaraca. Pretpostavlja se da su razlog tome hormonalna zbivanja kod žena, učestalost stresnih događaja, naučenoj bespomoćnosti, te porođaj (7). Pojava depresije u populaciji iznosi od 5-10%. Od ukupnog broja osoba koje nisu pravovremeno potražile pomoć, čak 15% počinu samoubojstvo, dok je broj pokušaja samoubojstva znatno veći (9).

1.2.2. ETIOLOGIJA I PATOGENEZA

Etiologija depresije je multifaktorijalna i rezultat je genetike, ljudske biologije, ranog životnog iskustva, te utjecaja sredine. Ako jedan roditelj boluje od depresije, rizik da će dijete također oboljeti iznosi oko 20%, a ukoliko depresivno stanje zahvaća oba roditelja, rizik raste do 50-75%. Odnos depresije i životnih iskustava je veoma značajan iz razloga što stresni događaji najčešće dovode do poremećaja homeostaze (2). Najveći značaj za razvitak depresivnog stanja kod djece može se pripisati traumatskim događajima kao što su zlostavljanje, razvod, bolest ili smrt roditelja i zanemarivanje (3). Stresni događaji mogu biti uzrok unipolarnim depresivnim epizodama i oni su zaslužni za prodromalnu fazu depresije. Kliničku depresiju može razviti bilo koja osoba, ali povratni unipolarni oblici se javljaju isključivo kod osoba koje su pasivno ovisne. Te osobe nemaju potrebne društvene kompetencije koje izlaze iz rutine svakodnevice, zbog čega nisu u mogućnosti razriješiti niti minimalne stresne situacije. Takve su osobe niskog samopoštovanja i nemaju povjerenja u druge (2). Ukoliko je genetska predispozicija jaka, tada može postojati velika vjerojatnost da će do depresije doći i bez vanjskog povoda, a ako je predispozicija minimalna potrebno je mnogo stresnih i nepovoljnih događaja da bi se pojavila depresija (10). Drugi čimbenici za nastanak depresije su poremećeni stresni mehanizam, to jest prekomjerno lučenje stresnog hormona-kortizola. Pojačano lučenje kortizola uništava moždane stanice i narušava kemijski sastav mozga (11).

1.2.3. VRSTE DEPRESIVNOG POREMEĆAJA

U kliničkoj slici simptomi depresije proizlaze iz procesa bolesti i razumijevanja obiteljske anamneze. Korisno je razlikovati unipolarne i bipolarne poremećaje raspoloženja, atipičnu depresiju, psihotičnu depresiju, sezonsku depresiju i poremećeno žalovanje. Povratni depresivni poremećaj najčešći je unipolarni poremećaj raspoloženja. Kliničke oblike depresije mogu se podijeliti na depresivnu epizodu, povratni depresivni poremećaj, postpartalnu depresiju, perzistirajući afektivni poremećaji (ciklotimija i distimija), te bipolarni afektivni poremećaji (2).

• Depresivna epizoda

Kada osoba oboli od depresije to znači da je doživjela teško iskustvo patnje. Narušeno je uobičajeno funkcioniranje, a ponekad čak može biti i onemogućeno. Tada je bolesnik većinom

apatičan i neraspoložen za svakodnevne aktivnosti. Može doći do gubitka apetita i tjelesne težine ili do sklonosti prejedanju, što je popraćeno povećanom potrebom za spavanjem. Tokom dana bolesnik je bezvoljan i umoran, te za svakodnevne aktivnosti mora uložiti izniman napor. Može biti neodlučan, teško uspostavlja koncentraciju, a i onda kada je uspostavljena, vrlo brzo ju izgubi. Depresivna osoba je razdražljiva i plačljiva, nije sposobna osjetiti radost i ljubav, kao ni samostalno donositi odluke. Svoju egzistenciju smatra bezvrijednom zbog tereta proživljavanja depresije. Takva se razmišljanja mogu razvijati prema suicidalnim mislima, što na poslijetku može dovesti i do samog čina suicida. Suicid je najgori i pogubni simptom depresije. Najveći rizik za izvršenje samoubojstva je vidljiv tijekom rehabilitacije, jer je depresivno stanje još uvijek vrlo izraženo, a bolesnik ima dovoljno fizičke snage koja mu omogućava realizaciju počinjenja istog (3). Depresivna epizoda traje najmanje dva tjedna i uključuje istodobnu prisutnost najmanje pet od dolje navedenih simptoma:

- Pomanjkanje entuzijazma
- Debljanje/ mršavljenje
- Nesanica
- Nemir, usporenost i zakočenost
- Gubitak energije
- Depresivna zlovolja
- Osjećaj beznačajnosti
- Teškoće s koncentracijom
- Samoubilačke misli (6).

- **Psihотиčna depresija**

Psihотиčna depresija je stanje čulnih obmana i sumanutih ideja, pri čemu dolazi do nestanka realističnog pogleda na okolinu. Sumanute ideje sukladne su depresivnom raspoloženju. Ponekad se sumanuto stanje javlja u smislu hipohondrijske sumanutosti gdje je bolesnik uvjeren da je teže bolestan. Kod čulnih obmana, koje su izrazito opasne, postoji visok rizik za samoubojstvo (3).

- **Povratni depresivni poremećaj**

Kada se ponavljaju depresivne epizode, govorimo o povratnom depresivnom poremećaju. On se može javiti bilo kada tijekom života, ali je najveća vjerojatnost pojave nakon tinejdžerske dobi. Za taj poremećaj karakteristična je promjenjivost etapa depresije bez simptoma. Početak poremećaja je obilježen nekim stresnim događajem, no može se pojaviti i bez njega. Depresivne epizode su različitog tijeka i forme. Tijek ove vrste bolesti očituje se u tome da etape imaju dulje, a remisije kraće trajanje i lošiju kvalitetu sve dok se u konačnici ne dogodi faza bolesti u kojoj nema remisija (3).

- **Postpartalna depresija**

Postpartalna depresija se javlja u razdoblju odmah nakon rađanja djeteta, a najčešće se odvija kroz prvih mjesec dana i zadovoljava sve kriterije velikog depresivnog poremećaja. Učestalost poremećaja je 10-15% kroz prvih 3 do 6 mjeseci i liječi se kao i depresivna epizoda (2). Čimbenici za razvoj postpartalne depresije su: pojava depresije prije trudnoće, neželjena trudnoća, nedostatak socijalne podrške, žene s nižim socioekonomskim statusom ili slabijeg statusa zaposlenosti (12).

- **Perzistirajući afektivni poremećaji: ciklotimija i distimija**

Karakteristike ciklotimije su kronični poremećaji raspoloženja u kojima se javljaju brojne etape hipomaničnog ponašanja i blage ili umjerene depresije (2). Ciklotimija traje najmanje dvije godine i često se javlja u razdobljima kada prevladava normalno raspoloženje. Obuhvaća nestabilno raspoloženje s razdobljima depresije i hipomanije (6). Javlja se u kasnoj adolescenciji i takve osobe su obično hiperaktivne, sklone brzim i naglim izmjenama raspoloženja, te konzumiranju alkohola i psihoaktivnih tvari, kao i raznim medikamentima (3).

Kod ciklotimije moraju biti prisutna barem tri dolje navedena obilježja:

- Poremećaj spavanja
- Gubitak samopouzdanja
- Smanjena aktivnost
- Teškoće s koncentracijom
- Socijalna izoliranost
- Gubitak zanimanja za svakodnevicu
- Negativno i pesimistično razmišljanje o budućnosti (6).

U distimiji, simptomi su vidljivi kroz period od 24 mjeseca, ali postoji mogućnost cjeloživotnog prisustva. Osobe su sniženog raspoloženja kojeg prati mrzovolja, cinizam, gubitak zadovoljstva, pesimizam i mentalna i fizička tromost (3). Najčešći simptomi su nesanica, pad energije i aktivnosti, gubitak samopouzdanja, osjećaj bezvrijednosti i plačljivost. Razdoblja, u kojima se osoba osjeća dobro nikada ne traju dulje od mjesec dana (2). Kod distimije, kao i kod ciklotimije, moraju biti prisutna barem tri dolje navedena obilježja:

- Poremećaj spavanja
- Često plakanje
- Očaj
- Socijalna izoliranost
- Pesimističan pogled na daljnji tijek života
- Izostanak energičnosti
- Gubitak samopouzdanja
- Gubitak libida i zanimanja u drugim svakodnevnim aktivnostima
- Teškoće s koncentracijom (6).

1.3. KLINIČKA SLIKA DEPRESIJE

Klinička slika depresije karakterizirana je fizičkim, emocionalnim, bihevioralnim i kognitivnim simptomima. Tipični simptomi depresije su depresivno raspoloženje, gubitak zanimanja i uživanja u svakodnevnim aktivnostima, smanjenje energije i smanjeno samopoštovanje.

Raspoloženje može biti anksiozno ili razdražljivo, odnosno pacijent može poricati subjektivne simptome, te se žaliti na somatske tegobe kao što su gastrointestinalne, genitourinarne, kardiovaskularne tegobe, bol u leđima i druge teškoće. Tada govorimo o “maskiranim ili skrivenim depresijama“. Često su prisutni izljevi plača, osobe su psihomotorno usporene (minimalni pokreti i mimika lica, klonula glava, pogled prema podu, minimalna verbalizacija) ili agitirane (nemogućnost sjedenja na miru, krckanje zglobova prstiju, čupanje kose). Većinski dio pacijenata kao najveći problem navodi poteškoće prilikom uspavlivanja i ranog buđenja. Nadalje, simptom koji je također izražen u velikoj mjeri je smanjeni apetit koji napreduje sve do povećanog gubitka tjelesne težine. U nekim slučajevima dolazi do pojave atipične depresije koja rezultira povećanom potrebom za snom (hipersomnija) ili pak povećanim apetitom koji uzrokuje porast tjelesne težine. U kliničku sliku depresije ubrajamo i poremećaje pažnje i koncentracije, smanjenu mogućnost pamćenja, bezvoljnost, negativan stav o budućnosti, osjećaj krivnje i samosažaljenja, te suicidalne misli.

Ovisno o dobi, simptomi depresije su različiti. Primjerice, kod djece prije faze adolescencije mogu se uočiti somatske promjene, razdražljivost, razvitak fobija i osjećaj nelagode, dok se kod adolescenata zamjećuje prekomjerna upotreba psihoaktivnih tvari i socijalna izoliranost, što rezultira smanjenom školskom aktivnošću i problematičnim ponašanjem.

Depresivni poremećaj može se podijeliti na blagi, umjereni, teški, teški sa psihotičnim simptomima i rekurentni oblik. Blagi oblik uključuje pojavu dva tipična simptoma (depresivno raspoloženje i smanjenje energije) sa druga dva uobičajena simptoma (pad koncentracije, problemi sa spavanjem), blaži poremećaj interakcije i manje poteškoće u svakodnevnim aktivnostima. Umjereni oblik uključuje dva tipična s tri uobičajena simptoma, umjereni poremećaj interakcije i značajne poteškoće u svakodnevnim aktivnostima. Teški oblik uključuje tri tipična i četiri uobičajena simptoma, te radnu nesposobnost. Teški oblik sa psihotičnim simptomima iskazan je u radnoj nesposobnosti, nemogućnosti obavljanja aktivnosti svakodnevice, uz prisutne halucinacije i suicidalne misli. Rekurentni oblik depresije označava period u kojemu se depresivne epizode pojavljuju s razmakom od najmanje dva mjeseca (13).

1.4. DIJAGNOZA DEPRESIJE

Postavljanje dijagnoze temelji se na anamnestičkim podacima, kliničkoj slici i tijeku bolesti, a pritom se vodimo dijagnostičkim smjernicama koje su propisane u klasifikacijskom sustavu (3). Prvenstveno je bitno naznačiti boluje li osoba i od nekih drugih bolesti. Osnovni instrument za postavljanje dijagnoze jest psihijatrijski intervju koji osim detaljnog pregleda pacijenta uključuje i razgovor s osobama koje su bliske i involvirane u svakodnevnu rutinu pacijenta (13). Za dijagnozu depresije vrlo je bitno pažljivo promatranje i prepoznavanje simptoma. Dijagnostički kriteriji služe za određivanje simptoma vidljivih kod nekih bolesti, ali i minimalni broj nužno prisutnih simptoma za postavljanje dijagnoze (2).

Pod dijagnostičke kriterije ubrajamo:

- Trajanje poremećaja
- Broj simptoma
- Utjecanje bolesti na djelovanje unutar socijalnih, obiteljskih i radnih okruženja
- Diferencijalnodijagnostički kriteriji
- Okolnosti pojave bolesti (14).

Osnovni principi dijagnostike depresije prema Medicinskoj klasifikaciji bolesti su:

- Zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za dijagnozu
- Minimalno trajanje simptoma (dva tjedna)
- Dijagnoza se postavlja bez obzira na to u kojim su okolnostima simptomi nastali (14).

Bolesnici se nastoje pokazati u što boljem svjetlu i neadekvatno reagiraju na pitanja o njihovoj osobnosti. Kako bi se dijagnoza što lakše postavila, liječnik prikuplja što je više moguće informacija o bolesnoj osobi, obiteljskoj sredini, radnoj sposobnosti i svakodnevnim navikama kroz zainteresirano slušanje i pažljivu opservaciju bolesnika. Kada se bolesna osoba prvi put suočava s ustanovom i liječnicima kao što su psihijatri, veoma je važno da liječnik odmah u startu ostvari odnos povjerenja kako bi prikupio informacije o poteškoćama i nastanku bolesti. Razgovorom liječnik potiče bolesnika na suradnju i ne smije biti nametljiv. Jedan od najvažnijih ciljeva intervjuja jest potaknuti bolesnika na suradnju. Promatranje tijekom razgovora može dati vrlo važne podatke kao što su stavovi i afekti koje bolesnik verbalno poriče (2).

1.5. LIJEČENJE DEPRESIVNIH BOLESNIKA

Depresija je bolest kod koje do redukcije dolazi konzumacijom lijekova u kombinaciji sa psihoterapijom (10). Cilj liječenja je umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti normalno funkcioniranje, te smanjiti broj relapsa ili recidiva bolesti (2). Osobe s blagim i umjerenim oblikom depresije upućuju se kod liječnika opće prakse, osobe s teškim oblikom depresije bez psihotičnih simptoma liječe se u ustanovama za mentalno zdravlje, dok se osobe s utvrđenim oblikom teške depresije sa psihotičnim simptomima šalju na hospitalizaciju (13). Depresija se primarno liječi antidepressivima. To je skupina lijekova koji se razlikuju po načinu djelovanja i kemijskoj strukturi, a zajedničko im je to da pospješuju redukciju simptoma depresije (3). U antidepressive ubrajamo inhibitore monoaminoooksidaze, inhibitore ponovne pohrane monoamina i ostale depressive (4). Učinak antidepressiva očituje se u poboljšanju raspoloženja, reguliranju psihomotorike, spavanja, apetita, smanjenju tjeskobe i straha, poboljšanju voljno nagonskih funkcija te u otklanjanju depresivnih misli (14). Osim poboljšanja depresivnih epizoda, antidepressivi imaju i neželjene posljedice, odnosno nuspojave.

Nuspojave antidepressiva:

- Psihičke nuspojave - delirantna stanja, pospanost i hipersedacija, nemir, nesanica i nervoza, te manična stanja
- Neurološke nuspojave - konvulzije
- Kardiovaskularne nuspojave - ortostatska hipotenzija i iznenadna smrt
- Gastrointestinalne nuspojave - mučnina i povraćanje, hepatotoksičnost
- Urološke nuspojave - problemi s mokrenjem, retencija urina
- Seksualne nuspojave - erektilna impotencija, poteškoće s ejakulacijom i smanjen libido
- Hematološke nuspojave - leukocitoza, leukopenija, eozinofilija, trombocitopenija i purpura
- Endokrinološke nuspojave - galaktoreja i amenoreja
- Okulističke nuspojave - zamućen vid, povišen intraokularni tlak
- Dermatološke nuspojave - osip (4).

Smjernice za liječenje depresivnog poremećaja:

- Upotrijebiti samo jedan antidepresiv u terapijskoj dozi i zbog zakašnjelog djelovanja antidepresiva, upozoriti bolesnika da će se poboljšanje osjetiti tek za 3-4 tjedana.
- Individualni pristup - koristiti antidepresiv za kojeg postoje podaci o uspjehu u prijašnjim liječenjima bolesnika. Treba razmišljati o dobnoj starosti bolesnika, ima li prisutnih drugih oboljenja i uzima li bolesnik kakve druge lijekove.
- Ukoliko se poboljšanje ne vidi u roku od 6-8 tjedana, moguće je povećanje količine antidepresiva, zamijeniti sadašnje antidepresive za antidepresive druge skupine, uključiti kombinaciju još jednog antidepresiva iste ili različite skupine, ili kombinirati antidepresive s malim dozama litija (2).

Za optimalno poboljšanje stanja, potrebno je terapijskim postupkom zadovoljiti osnovni postulat: antidepresivi u optimalnoj dozi dovoljno dugo vremena, terapija održavanja, a prema potrebi i upotreba profilaktičke terapije.

Uz lijekove protiv depresije, psihoterapija može značajno poboljšati rezultat primjene lijeka. U blažim depresijama, sama psihoterapija može biti učinkovita kao i primjena lijekova (15).

Najčešće su:

- Bihevioralna terapija - služi za ispravljanje neželjenih ponašanja i temeljena je na definiciji učenja
- Kognitivna terapija - primjenjuje se za kogniciju, a dugoročno i na ponašanje
- Interpersonalna terapija - koristi se za liječenje blažih depresija i bavi se interpersonalnim problemima
- Suportivna psihoterapija - koristi se u liječenju akutnih kriza i velikoga depresivnog ponašanja nakon hospitalizacije. Cilj ove terapije je pružiti emocionalnu podršku
- Psihodinamski orijentirana psihoterapija - usmjerena je na razumijevanje motiva i nesvjesnih konflikata koji potiču i održavaju depresiju
- Grupne terapijske tehnike - koriste se kod loših međuodnosa i nisu indicirane kod akutno suicidalnih bolesnika

- Obiteljska terapija - koristi se kod loše obiteljske interakcije zbog bolesnikove depresije ili u slučaju povezanosti depresije s drugim neželjenim obiteljskim iskustvima i traumama. Takva terapija može pomoći članovima obitelji i bolesniku da nadiđu sram, ljutnju i agresiju, a ujedno educira obitelj o boljem prepoznavanju i mjerama zaštite precipitirajućih čimbenika (2).

Za najbolje učinke trebalo bi koristiti kombiniranu terapiju antidepresiva i psihoterapije. Kod depresije je potrebno hospitalizirati bolesnika u trenutcima kada se pacijentu ne može pružiti pomoć bez konstantnog nadzora. Ukoliko bolesnik dođe do psihotične razine, neophodno je dati i antipsihotik (2). Za liječenje koristimo i elektrokonvulzivnu terapiju. Važno je naglasiti kako takvoj metodi liječenja pristupamo kada su druge metode, poput farmakoterapije, nedjelotvorne (5).

Tokom liječenja bolesnika, osim primjene adekvatne metode liječenja, koriste se i posebne komunikacijske vještine između bolesnika i zdravstvenih djelatnika, koje imaju veliki utjecaj na procese liječenja i konačni ishod. Liječnici moraju pristupiti bolesniku na gotovo prijateljski način od samih početaka zbog toga što se na temelju takvog odnosa gradi adekvatno okruženje za bolesnika (2). Liječenje depresivnog poremećaja raspoloženja zasniva se na *holističkom načelu* koje obuhvaća cjelovito pristupanje problemima s kojima se osobe suočavaju. S obzirom da takav pristup proizlazi od spoznaje kako depresija uzrokuje promjenu psihološke, socijalne, biološke i duhovne dimenzije čovjekova postojanja, liječenju se pristupa multidimenzionalno, iz čega proizlazi velika mogućnost da se uz primjenu psihoterapijskih i socioterapijskih metoda i antidepresiva postiču valjani ishodi (14).

- **Elektrokonvulzivna terapija**

Elektrokonvulzivna stimulacija je terapijska procedura u kojoj se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih kratkotrajnih električnih impulsa. Provođenje električnih impulsa ostvaruje se korištenjem elektroda koje su smještene na određenim točkama glave bolesnika. Takvi podražaji uzrokuju moždanu kljenutost koje traje otprilike dvije minute (14). Prije same izvedbe elektrokonvulzivne stimulacije, potrebno je dobiti pisani pristanak pacijenta ili njegovog skrbnika, te obaviti pregled bolesnika koji uključuje EKG, Rtg srca i pluća, EEG, pretrage krvi i urina i druge bitne pretrage. Na dan terapije, bolesnik mora biti natašte, praznog mjehura, mora izvaditi zubalo (ako ga posjeduje) i maknuti sav nakit (5). Veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija, poslijeporođajna depresija, psihotični

depresivni stupor, strah od samoubojstva ili otpornost na terapiju su indikacija za primjenu elektrokonvulzivne terapije (14). Kontraindikacije za provođenje elektrokonvulzivne stimulacije su srčane smetnje i tumori mozga (5).

- **Socioterapija**

Socioterapija obuhvaća skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom rehabilitacije depresivnih bolesnika s ciljem da ga se uključi u vlastito liječenje. Najčešće socioterapijske metode liječenja su:

1. Terapijska zajednica - koristi timski pristup u kojem se pokušava bolesnika priviknuti na radne navike, uspostavljanje bolje veze s obitelji i održavanje veze s radnom okolinom
2. Rekreacija - zadovoljavaju se nagonski impulsi i želje, jača se bolesnikova ličnost, a povratak na ranije razvojne faze se događa kontrolirano
3. Igra - nekomunikativan pristup bolesniku
4. Kazališne predstave - imaju važnu terapijsku vrijednost, no treba izbjegavati sadržaje koji bi mogli potaknuti osjećaj straha ili pojavu agresije
5. Ples - koristi se u situacijama kada bolesnici izbjegavaju verbalnu komunikaciju
6. Glazboterapija - preporučuje se slušanje melodija koje je bolesnik naučio u ranom djetinjstvu kako bi ga to asociiralo na bezbrižnu prošlost
7. Okupacijska radna terapija - razlikuje se od rada u stvarnom životu tako što pruža veću slobodu izbora u radu, a čak dozvoljava i da se uništavaju materijali s kojima se radi u svrhu kanaliziranja agresije (5).

2. CILJ RADA

Cilj rada je opisati depresiju, njezine simptome, način postavljanja dijagnoze i objasniti vrste i tijek liječenja. Isto tako se želi utvrditi i naglasiti važnost sestrinske profesije u radu s depresivnim bolesnicima; od postavljanja sestrinskih dijagnoza do evaluiranja postignutog.

3. METODE

Za izradu završnog rada *Proces zdravstvene njege depresivnih bolesnika* korištena je stručna literatura temeljena na znanstveno utemeljenim činjenicama iz područja psihijatrije. Također su korišteni i stručni radovi iz baze repozitorija i Google znalca, te drugi internetski literaturni izvori.

4. KOMPLIKCIJE KOD DEPRESIVNIH POREMEĆAJA

Socijalne poteškoće nerijetko se javljaju kao komplikacije depresivnih poremećaja. Česte epizode depresivnog poremećaja posljedica su loše suradljivosti u terapijskom procesu. Cjeloviti pristup, kao i rano prepoznavanje bolesti mogu uvelike umanjiti navedene komplikacije.

Najozbiljniji rizik ovog poremećaja jest suicid. Već oko 15% neliječenih bolesnika u konačnici izvrši suicid (2). Suicid se definira kao namjerno i dobrovoljno samouništenje (16). Suicidalnost uključuje suicidalne zamisli i pokušaje samoubojstva, želju za smrću i mirom, te samoubojstvo. Postoji široki spektar intrinzičnih i ekstrinzičnih poticaja za samoubojstvo, kao što su: želje za postizanjem smirenosti, poziv u pomoć, spasenje, uvrijeđenost, oslobađanje osjeća krivnje, beznade te prisilan psihotični poticaj (6). Depresivan bolesnik ima smanjenu energiju, smanjen interes za svakodnevne aktivnosti, jaki osjećaj krivnje, smetnje u koncentraciji, gubitak sna i teka, učestale suicidalne misli, pokušaj suicida, te potištenost. Kod depresivnih bolesnika u velikoj mjeri je prisutno razmišljanje o smrti. Takva se razmišljanja kreću od vjerovanja kako bi okolini bilo bolje da je osoba mrtva, pa sve do repetitivnih misli o izvršenju čina, a na kraju i do izvršenja. U osoba kod kojih su slabo izražene suicidalne misli, takva se razmišljanja javljaju prolazno ili su ponavljajuća. Kod osoba sa izraženijim suicidalnim mislima uviđa se njihova namjera da svoje negativne i samoubilačke misli provedu u djelo kroz nabavku instrumenata koje smatraju potrebnima, a također se u toj fazi češće distanciraju od okoline. Suicidalnost se javlja u oko 80% osoba koje boluju od depresivnog poremećaja. Pokušaji samoubojstva najviše su vidljivi kod onih bolesnika koji se bore sa poremećajem raspoloženja, a prvu su epizodu doživjeli prije četiri do pet godina (2). Moguće su i takozvana samoubojstva kada pacijent misli da je njegovo stanje nemoguće izliječiti i kada se boji da će se depresivna epizoda ponoviti. Kod psihotičnih depresivnih etapa, mahnita razmišljanja mogu biti popraćena samoozljeđivanjem i suicidalnosti. Ukoliko je depresija popraćena alkoholizmom, rizik od samoubojstva izrazito se povećava. Kod žena će se dvostruko češće pojavljivati pokušaji samoubojstva, dok će muškarci prije izvršiti sami čin. U disfunkcionalnim obiteljima vjerojatnost za izvršenje suicida depresivnog bolesnika vrlo je visoka (14). Na članove obitelji suicidalnih i depresivnih bolesnika, veliki utjecaj ima pravodobno prepoznavanje i liječenje bližnjeg koji se bori s takvim neželjenim stanjem.

Mjere zaštite obuhvaćaju pravilno i pravovremeno prepoznavanje psihijatrijske bolesti, te uvođenje odgovarajućih psihofarmaka, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka (17).

4.1. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces zdravstvene njege služi za otkrivanje i rješavanje pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege koji se odvija u četiri faze:

1. Utvrđivanje potreba
2. Planiranje
3. Provođenje
4. Evaluacija (17).

Prva faza procesa zdravstvene njege je utvrđivanje potreba pacijenta. U ovoj fazi procesa, medicinska sestra prikuplja podatke putem intervjua, promatranja pacijenta, mjerenja i analize postojeće dokumentacije. Osim navedenog, u prvoj fazi se analiziraju podatci putem revizije, interpretacije i validacije, te se definira problem, odnosno postavlja se sestrinska dijagnoza. Pod drugu fazu procesa zdravstvene njege podrazumijevamo planiranje. Ono se sastoji od utvrđivanja prioriteta, definiranja ciljeva kojima se dogovaraju realni ishodi, planiranja intervencija, te izrade samog plana zdravstvene njege. Zatim slijedi treća faza, provođenje samog plana zdravstvene njege, koji uključuje provjeru ispravnosti i valjanosti plana (njegovu validaciju), analizu uvjeta, te samu provedbu planiranih intervencija. Završna faza se naziva evaluacijom i njome se evaluiraju ciljevi koji su željeli biti dostignuti prethodnom fazom putem ponovne procjene pacijentovog stanja i komparacije sa predviđanjima. Također se, ukoliko postoji potreba, provodi i evaluacija samog plana što po sebi predstavlja ponovnu primjenu procesa ako se utvrdi da pacijentovo stanje nije poboljšano (17).

4.2. SESTRINSKE DIJAGNOZE

Po definiciji sestrinske dijagnoze su aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre, s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo, sposobne i dužne tretirati (18). Virginia Henderson, utjecajna medicinskih sestra, istraživačica, teoretičarka i autorica, izjavila je kako je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku, a nije ih u mogućnosti samostalno obavljati, te da to treba činiti na način da mu se pomogne kako bi postao samostalan u obavljanju istih što je prije moguće (18).

Sestrinske dijagnoze se dijele u nekoliko vrsta:

1. Aktualne sestrinske dijagnoze
2. Visoko rizične sestrinske dijagnoze
3. Moguće ili vjerojatne sestrinske dijagnoze
4. Povoljne sestrinske dijagnoze koje opisuju dobro zdravstveno stanje
5. Skupne sestrinske dijagnoze (18).

Aktualne sestrinske dijagnoze definiraju se kao opis prisutnog problema prepoznatljivog putem vidljivih obilježja problema. One se oblikuju po PES modelu koji je predložila Gordanova, odnosno problem-etilogija-simptom modelu (18).

Visoko rizične sestrinske dijagnoze predstavljaju dijagnoze postavljene na osnovi činitelja rizika za razvoj određenoga problema, odnosno na prosudbi medicinske sestre o podložnosti razvoja nekog problema kod pojedinca, obitelji ili zajednice. One se, za razliku od aktualnih sestrinskih dijagnoza, oblikuju po PE modelu, odnosno problem-etilogija modelu (18).

Kada se usporede ove dvije vrste dijagnoza, uočavamo kako je razlika između njih vidljiva u vrsti podataka prema kojima se određuju dijagnoze, ciljevi i intervencije (18).

Moguće ili vjerojatne sestrinske dijagnoze su dijagnoze koje medicinska sestra postavlja kada nema dovoljno podataka pomoću kojih može postaviti aktualnu ili visoko rizičnu dijagnozu. Medicinska sestra, u ovom slučaju, prvo formulira mogući ili vjerojatni problem koji odbacuje ili prihvaća naknadnim skupljanjem podataka o pacijentu. Ova vrsta sestrinskih dijagnoza uspoređuje se sa radnim medicinskim dijagnozama iz razloga što se one upisuju u pacijentovu dokumentaciju kako bi se usmjerila daljnja procjena stanja pacijenta. Osim toga bitno je napomenuti razliku između mogućih i vjerojatnih sestrinskih dijagnoza. Moguće sestrinske dijagnoze upućuju na mogući razvitak problema kod pacijenta ako se ne uvedu preventivne mjere koje bi zaustavile razvoj problema, dok vjerojatne sestrinske dijagnoze upućuju na to da problem već postoji, ali je potrebno pacijenta uputiti na daljnje preglede kako bi se utvrdilo je li postojeći problem uistinu taj kojeg je medicinska sestra uočila kroz nedovoljne podatke ili je on ipak nešto drugo (18).

Sestrinske dijagnoze koje opisuju dobro zdravstveno stanje nazivaju se i povoljnim sestrinskim dijagnozama. One predstavljaju prosudbu medicinskih sestara o pojedincima, skupinama ili zajednici o prijelazu od određene razine dobrobiti do više razine dobrobiti. Kako bi se postavila

ova vrsta sestrinske dijagnoze potrebno je da pojedinac, skupina ili zajednica ima učinkovito trenutno stanje i želju za većom razinom zdravlja i vlastite dobrobiti (18).

Skupne sestrinske dijagnoze predstavljaju skup više aktualnih ili visoko rizičnih sestrinskih dijagnoza (18).

Uz navedene dijagnoze postoji i pojam koji se naziva sestrinsko medicinski problemi. Po definiciji, sestrinsko medicinski problemi su određene fiziološke komplikacije koje medicinske sestre promatraju kako bi se uočio početak ili promjena statusa problema kod pacijenta. Kako bi se otklonili sestrinsko medicinski problemi, medicinske sestre primjenjuju intervencije propisane od strane liječnika, ali i intervencije koje su samostalno odredile kako bi se smanjile komplikacije. Sami sestrinsko medicinski problemi uočavaju se temeljem situacije ili stanja koje može uzrokovati određene komplikacije. Također, ciljevi koji se postavljaju kod ovakvih slučajeva određuju se kroz probleme i oni opisuju pacijentovo željeno stanje, te služe za evaluaciju uspješnosti sestrinske skrbi. Nakon izvršene evaluacije medicinska sestra u suglasnosti sa liječnikom može prosuđivati o tome upućuje li trenutno stanje pacijenta na pojavu same komplikacije koja se željela izbjeći ili je komplikacija u potpunosti uklonjena (18).

U slijedećem dijelu rada biti će navedene sestrinske dijagnoze koje su najčešće uočene kod pacijenata oboljelih od depresije.

4.2.1. ANKSIOZNOST

Po svojoj definiciji anksioznost se proučava kao osjećaj nelagode i/ili straha popraćen napetošću, tjeskobom, panikom, najčešće uzrokovan gubitkom kontrole, prijetećom opasnosti s kojom se osoba ne može suočiti. Kritični čimbenici anksioznosti su: dijagnostički i medicinski postupci, promjena uloga, promjena okoline i rutine, izoliranost, strah od smrti, smanjena mogućnost kontrole okoline i drugo. Vodeća obilježja su: hipertenzija, tahikardija, razdražljivost, umor, osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija, glavobolja, vrtoglavica, mučnina, plačljivost, pojačano znojenje i drugo (19).

4.2.2. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – ODIJEVANJE I DOTJERIVANJE

Smanjenu mogućnost brige za sebe definiramo kao stanje u kojem pacijent pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog odijevanja i brige o vlastitom izgledu. Kritični čimbenici: senzorni, motorni i kognitivni deficit, dob pacijenta, bolesti i traume lokomotornog sustava, neurološke bolesti, psihičke bolesti, poremećaj svijesti, bol i drugo. Vodeća obilježja: nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja odjeće, zakopčavanja odjeće, odabira odjeće i obuvanja cipela (19).

4.2.3. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – HIGIJENA

Smanjenu mogućnost brige za sebe definiramo kao stanje u kojem pacijent pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog održavanja higijene. Kritični čimbenici: senzorni, motorni i kognitivni deficit, dob pacijenta, bolesti i traume lokomotornog sustava, neurološke bolesti, psihičke bolesti, poremećaj svijesti, bol i drugo. Vodeća obilježja: nemogućnost samostalnog pranja cijelog tijela ili pojedinih dijelova tijela, nemogućnost samostalnog kretanja do kupaonice/umivaonika, nemogućnost shvaćanja o potrebi održavanja osobne higijene (19).

4.2.4. UMOR

Umor se definira kao osjećaj iscrpljenosti i smanjene sposobnosti za fizički i mentalni rad. Kritični čimbenici: bolesti dišnog sustava, bolesti krvožilnog sustava, metaboličke bolesti, bolesti živčano-mišićnog sustava, depresija, stres i drugo. Vodeća obilježja: pospanost, povećana potreba za odmorom, smanjena koncentracija, tromost i drugo (20).

4.2.5. SOCIJALNA IZOLACIJA

Socijalna izolacija je termin koji se koristi za stanje u kojem pacijent ima subjektivan osjećaj usamljenosti, te pokazuje potrebu ili želju za veću povezanosti s drugima, ali ne može ili nije sposoban uspostaviti kontakt. Kritični čimbenici: psihički poremećaj, zarazna bolest, neizlječiva bolest, ovisnosti, bolničko liječenje i drugo. Vodeća obilježja socijalne izolacije su: izražavanje osjećaja usamljenosti, nesigurnost u socijalnim situacijama, osjećaj tuge i dosade, nekomunikativnost, izbjegavanje kontakt očima, povlačenje u sebe, zakokupljenost svojim mislima i drugo (20).

4.2.6. POREMEĆAJ SEKSUALNE FUNKCIJE

Poremećaj seksualne funkcije definira se kao stanje pacijenta u kojem dolazi do smanjenja seksualnog apetita. Kritični čimbenici: maligne bolesti, ozlijede, infekcije, umor, bol, menopauza, socijalna izolacija i drugo. Vodeća obilježja: gubitak interesa za sebe i druge, promjene u emotivnim odnosima, nemogućnost postizanja seksualnog zadovoljstva (21).

4.2.7. POREMEĆAJ MISAONOG PROCESA

Poremećaj misaonog procesa predstavlja nemogućnost točne i precizne misli kod pacijenta. Kritični čimbenici: mentalne bolesti, trauma glave, nesanica, zlostavljanje, socijalna izolacija i drugo. Vodeća obilježja: dezorijentiranost u vremenu i prostoru, neprepoznavanje osoba i okoline, nemogućnost praćenja uputa, problemi pamćenja i ograničenost misaonog procesa (21).

4.2.8. POREMEĆAJ SPAVANJA

Definicija poremećaja spavanja iskazuje kako je to nemogućnost pacijenta da se naspava i/ili odmori. Kritični čimbenici: psihičke bolesti, ovisnosti, lijekovi, bol, trudnoća, promjene u okolini i ostalo. Vodeća obilježja: otežano usnivanje, često buđenje tokom noći, promjene mentalnog statusa i ostalo (21).

4.1.4. VISOK RIZIK ZA SAMOOZLJEĐIVANJE

Visok rizik za samoozljeđivanje predstavlja stanje u kojem osoba pokazuje znakove namjernog vlastitog ozljeđivanja. Primjeri najčešćih oblika samoozljeđivanja su rezanje, bodenje, udaranje glavom, samoudaranje/šamaranje, paljenje kože, anoreksično/bulimično ponašanje, čupanje kose, grebanje, uzimanje povećanih doza lijekova/droga, namjerno nepridržavanje terapijskog režima, gutanje predmeta... (21).

4.1.5. VISOK RIZIK ZA SUICID

Ponašanje u kojem osoba pokazuje znakove mogućeg samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom. U kritične čimbenike visokog rizika za suicid ubrajamo: suicidalne nagone, manija, depresija, psihoza, panika, napadi ljutnje i bijesa, te zlostavljanje (21).

5. ZAKLJUČAK

Depresivni poremećaj i depresivno raspoloženje poznati su još od početka civilizacije. Kada govorimo o depresiji, ne mislimo na prolazno loše raspoloženje, već na tešku psihičku bolest koja je obilježena bezvoljnošću, tjeskobom, osjećajem besmislenosti, smanjenom energičnosti, gubitkom samopouzdanja, nesanicom, umorom, smanjenom koncentracijom, razmišljanjem o samoubojstvu, te pokušajima izvršenja samoubojstva. O depresiji se ne priča mnogo, pa zbog toga mnogi nisu sposobni prepoznati najranije znakove oboljenja, što u konačnici rezultira patnjom. S obzirom na da se radi o kompleksnoj bolesti, kao najbolji pristup u liječenju izdvajamo kombinaciju farmakoterapije i psihoterapije. Medicinska sestra je ona koja najviše vremena provodi s bolesnikom i kao takva mora posjedovati određene kompetencije, posebna znanja i dobre komunikacijske vještine u svrhu pružanja kvalitetne skrbi za bolesnika. Vrlo je važno znati prepoznati aktualne i potencijalne probleme tijekom prikupljanja anamnestičkih podataka i u skladu s time planirati i provoditi intervencije, s ciljem poboljšanja bolesnikovog zdravlja. Uz brigu o tjelesnim reakcijama uzrokovanim bolešću, medicinska sestra vodi brigu i o emocionalnim teškoćama bolesnika.

U svojem radu treba imati razvijene sposobnosti opažanja i komunikacije, te uz to mora posjedovati znanja iz područja psihopatoloških zbivanja oboljelih, životu bolesnika i utjecaju bolesti na njihovu osobnost. Vrlo je važno uspostaviti odnos povjerenja i iskrenosti.

Kroz empatiju, profesionalnu komunikaciju, međusobno uvažavanje i uspostavu odnosa povjerenja, medicinska sestra ima nezamjenjivu ulogu. Depresiju nikako ne treba shvaćati olako; štoviše, takvim je bolesnicima potrebna posebna pažnja i pomoć. Također treba svakodnevno ukazivati na opasnost stigmatizacije oboljelih, te poticati na prihvaćanje bolesnika upravo onakvih kakvi jesu. Time im se daje do znanja da su dragocjeni i važni članovi zajednice, te da imaju pravo na pomoć, savjetovanje, razgovor i informiranje o mogućim načinima liječenja koji će im pomoći da se što prije vrate u svakodnevnu životnu rutinu.

6. LITERATURA

1. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Psihijatrija danas*. 2017;26(2):161-165.
2. Frančišković T, Moro Lj. i sur. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
3. Filaković P. i sur. *Psihijatrija*. Medicinski fakultet Osijek; 2014.
4. Hautzinger M. *Depresija - modeli, dijagnosticiranje, psihoterapija, liječenje*. Naklada slap; 2002.
5. Sedić B. *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
6. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus*. 2004;13(1):19-29.
7. Hotujac LJ. i sur. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Depresija* (Online). 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/> (03. 09. 2020.)
9. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Depresija* (Online). 2011. Dostupno na: <https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Letci-za-HZJZ-Depresija.pdf> (03. 09. 2020.)
10. Bradaš Z, Božičević M. *Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika*. HUMS: Zbornik radova; 2011.
11. Hrvatsko psihijatrijsko društvo: Edukacijski centar. *Što treba znati o depresiji* (Online). 2005. Dostupno na: <https://www.psihijatrija.hr/edu/depr.php> (03. 09. 2020.)
12. Pooler J, Perry DF, Ghandour RM. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms among women enrolled in WIC. *Matern Child Health*; 2013;17(10):1969-1980.
13. Tešanović G, Tepić R, Škrbić R, Nanović Đ. *Klinički vodiči za primarnu zdravstvenu zaštitu*. Beograd; Bonex inženjering; 2004.
14. *Medicinski priručnik za pacijente*. *Depresija* (Online). 2014. Dostupno na:

- <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/depresija-i-manija/depresija> (01. 02. 2020.)
15. Marčinko D. i sur. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
 16. Kozarić-Kovačić D, Jendričko T. Suicidalnost i depresija. Medicus; 2004;13(1):77-87.
 17. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinsko sveučiliše; 1995.
 18. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.
 19. Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Munko T. i sur. Sestrinske dijagnoze I. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara (Online). 2011. Dostupno na:
http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
(01.02.2020.)
 20. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze II. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara (Online). 2013. Dostupno na:
https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf
(01.02.2020.)
 21. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. Sestrinske dijagnoze II. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara (Online). 2015. Dostupno na:
https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf (01. 02. 2020.)

7. SAŽETAK

Afektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja svrstavaju se u skupinu najzastupljenijih duševnih poremećaja. Osnovno patološko obilježje je promijenjeno raspoloženje. Oni značajno oštećuju sve aspekte ličnosti i psihosocijalno funkcioniranje oboljele osobe. Etiologija depresije je multifaktorijalna i rezultat je genetike, ljudske biologije, ranog životnog iskustva, te utjecaja sredine.

Depresija proizlazi iz složene interakcije društvenih, psiholoških i bioloških čimbenika. Za ljude koji su prošli kroz štetne životne događaje, veća je vjerojatnost da će razviti depresiju. Postoje učinkoviti tretmani za umjerenu i tešku depresiju. Pružatelji zdravstvenih usluga nude psihološke tretmane, kao što su aktivacija ponašanja, kognitivna biheviorna terapija (CBT) i interpersonalna psihoterapija (IPT) ili antidepresivni lijekovi poput selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i triciklički antidepresivi. Različiti psihološki oblici liječenja za razmatranje uključuju individualne i/ili grupne psihološke tretmane licem u lice koje isporučuju stručnjaci. Bolesnici s depresijom često prijavljuju poteškoće u socijalnom funkcioniranju, stoga je iznimno važno ispitati učinke psihoterapije na njihovo socijalno funkcioniranje.

Medicinska sestra je prva stručna osoba koja dolazi u kontakt s pacijentima, te intenzivno pomaže uspostaviti životni ritam bolesnika. Ona je u najbližem doticaju s pacijentom i njegovom obitelji, stoga prva uočava potencijalne promjene i na temelju toga prenosi liječniku svoja opažanja kako bi se pravovremeno interveniralo. Upravo zbog toga je njezina je uloga u terapijskom djelovanju iznimno važna. Medicinska sestra čini nužan i apsolutno nezamjenjiv dio tima u psihijatrijskoj njezi.

Ključne riječi: depresija, poremećaji raspoloženja, liječenje, sestrinske dijagnoze

8. SUMMARY

Affective or mood disorders belong to the group of most prevalent mental disorders. The basic biological characteristic is a changed mood. They significantly damage all aspects of personality and psychosocial functioning of the sick person. The etiology of depression is multifactorial and is the result of genetics, human biology, early life experience and the influence of the environment.

Depression stems from a complex interaction of social, psychological and biological factors. People who have undergone harmful life events are more likely to develop depression. There are effective treatments for moderate and severe depression. Health service providers may offer psychological treatments such as behavioral activation, cognitive behavioral therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (ITP) or antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. Various psychological treatments for consideration include individual and/or group face-to-face psychological treatments delivered by experts. Patients with depression often report difficulties in social functioning, therefore it is extremely important to examine the effects of psychotherapy on social functioning in patients with depression.

The nurse is the first professional person to come into contact with the patients, and is intensively helping to establish the patient's life rhythm. She is in the closest contact with the patient and his family, therefore she is the first to see potential changes and can transmit her observations to the doctor in order to intervene in a timely manner. Therefore, its role in therapeutic action is particularly important. The nurse makes it necessary and irreplaceable part of the team in psychiatric care.

Keywords: depression, mood disorders, treatment, nursing diagnosis

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>29.10.2020.</u>	VALENTINA NAĐEN	<i>Valentina Nađen</i>

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

VALENTINA NAĐEN

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, 28. 10. 2020.

Valentina Nađen
potpis studenta/ice