Depresija kao javnozdravstveni problem

Turić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:196799

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Ivana Turić

DEPRESIJA KAO JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM

Završni rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Ivana Turić

DEPRESIJA KAO JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM

Završni rad

Mentor:

Doc. dr. sc. Vesna Antičević

Split, 2015.

ZAHVALA

Osobitu zahvalnost iskazujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Vesni Antičević, dr. med., na stručnoj potpori, savjetima i pomoći.

Zahvaljujem se i dr. sc. Iris Jerončić Tomić koja mi je na sve moguće načine pomogla, te svojim znanstvenim i stručnim uvjetima oblikovala ideju i pomogla mi u izradi ovog završnog rada.

Na kraju bih se zahvalila svojim kolegama, posebno iz vježbovne grupe 6. koji su mi uljepšali vrijeme provedeno na fakultetu. Hvala i mojoj obitelji koja mi je tijekom čitavog školovanja pružala moralnu podršku i uvijek vjerovala u mene.

Sadržaj

1. UVOD 1

1.1. Duševno zdravlje 1

1.2. Depresija 2

1.2.1. Etiologija depresije 3

1.2.2. Oblici depresivnog poremećaja 4

1.3. Depresivni poremećaji u djece.....7

1.3.1. Odnos roditelj – dijete.....8

1.4. Depresivni poremećaj u žena.....8

1.4.1. Predmenstrualni distrofični poremećaj (PMDD) 8

1.4.2. Poslijeporođajna depresija.....8

1.4.2.1. Vrste poslijeporođajne depresije 9

1.5. Depresivni poremećaj u starijoj životnoj dobi 10

1.6. Depresija kod zdravstvenih djelatnika 10

1.7. Klinička slika depresije 11

1.8. Dijagnosticiranje depresije..... 12

l.9. Depresija i suicidalnost 13

1.9.1. Vrste samoubilačkog ponašanja.....13

1.10. Liječenje depresivnog poremećaja.....14

1.10.1. Antidepresivi.....14

1.10.2. Psihoterapija.....15

1.10.3. Psihoedukacija.....15

2. CILJ RADA.....16

3. METODE I POSTUPCI.....16

4. REZULTATI.....17

4.1. Počinjena samoubojstva od 1985. godine u Hrvatskoj.....26

5. RASPRAVA.....37

5.1.Udio duševnih poremećaja u RH.....37

5.2. Udio bolesnika s duševnim poremećajima unutar sustava primarne zdravstvene zaštite.....37

5.3. Izvršena samoubojstva u Hrvatkoj.....38

5.4. Opterećenje zdravstvenog sustava uslijed liječenja i skrbi za duševne bolesnike.....39

5.4.1. Globalno opterećenje depresijom..... 40

5.4.1.1.Opterećenje depresijom u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj.....42

5.4.1.2. Opterećenje primarne zdravstvene zaštite duševnim poremećajima.....41

5.5. Opterećenje zdravstvenog sustava uslijed liječenja i skrbi za depresivne bolesnike.....42

5.6. Zaštita duševnog zdravlja……..43

5.7. Promocija duševnog zdravlja.....46

5.7.1. Polazne točke za promicanje duševnog zdravlja.....46

5.7.2. Dokaz o učinkovitosti.....47

5.8. Elementi javnozdravstvenog djelovanja na području duševnog zdravlja.....48

5.8.1. Duševno zdravlje u službenim politikama.....48

5.8.2. Sastavnice zaštite u zdravstvenim i socijalnim službama.....49

5.8.3. Infrastrukturna potpora.....50

5.9. Uloga medicinske sestre u promociji duševnog zdravlja.....51

5.9.1. Sestrinske kompetencije za promicanje duševnog zdravlja.....53

5.10. Nacionalna strategija zaštite duševnog zdravlja 2011-2016…….....57

6. ZAKLJUČAK.....61

7. SAŽETAK.....63

8. SUMMARY.....64

9. LITERATURA.....65

10. PRILOG.....70

11. ŽIVOTOPIS.....71

1. Uvod

1.1. Duševno zdravlje

Duševno i tjelesno zdravlje nerazdvojive su sastavnice općeg zdravlja. Duševno zdravlje kao nerazdvojni dio općeg zdravlja odražava ravnotežu između pojedinca i okoline (1). Ono je okvir za dobrobit i funkcioniranje pojedinca, pridonosi funkcioniranju društva i utječe na ukupnu produktivnost. Duševni poremećaji i problemi duševnog zdravlja veliko su opterećenje za društvo, obitelji i pojedince.

Odrednice duševnog zdravlja obuhvaćaju:

- individualne čimbenike i iskustva (kao što su događaji u djetinjstvu i sl.),
- društvena međudjelovanja (interakcije),
- društvene strukture i resurse,
- kulturne vrijednosti.

Duševno zdravlje označava širok pojam koji obuhvaća dobro duševno zdravlje kao i narušeno duševno zdravlje. Dobro duševno zdravlje je stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može prevladati stres svakodnevnog života, raditi produktivno te pridonositi zajednici. Narušeno duševno zdravlje uključuje probleme duševnog zdravlja i oštećeno funkcioniranje povezano s distresom, simptomima ili klinički izraženim duševnim poremećajima (1).

Problemi i poremećaji duševnog zdravlja, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema u svijetu pa tako i u Hrvatskoj.

Osobe s narušenim duševnim zdravljem imaju povećan morbiditet i mortalitet od tjelesnih bolesti. Broj izvršenih samoubojstava, koja su pokazatelj ugroženosti duševnog zdravlja, u mnogim je zemljama veći od broja poginulih u prometnim nesrećama. Duševni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, kao i njihove okoline. Njihovo zbrinjavanje dovodi do direktnog ekonomskog opterećenja društva, ali i indirektnog, zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih. Duševni poremećaji okarakterizirani

su psihološkom, biološkom i socijalnom disfunkcijom pojedinca, a uključuju čitav niz simptoma i smetnji. Definiraju se prema postojanju skupova simptoma, a kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupovi simptoma relativno teški, dugotrajni i popraćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti ili invaliditetom (1).

U svijetu i u nas bilježi se porast broja oboljelih od duševnih poremećaja i bolesti, još je uvijek značajan broj liječenih u skupim i depresivnim bolničkim uvjetima, a potrošak psihofarmaka vrtoglavo raste. Zdravstveni sustav se suočava s pojavom bolesti koje se približavaju mjestu što ga zauzimaju neke druge kronične nezarazne bolesti. Neuroze i afektivni poremećaji povezani sa stresom, posljedice alkoholizma, razna dementna stanja u starosti sve više opterećuju liječnike opće medicine. Društvo je ugroženo posljedičnim stanjima: nasilničkim ponašanjem osoba s duševnim smetnjama, samoubojstvima, alkoholnim psihozama i kriminalitetom ovisnika.

Psihijatrijska kurativa još je uvijek u prvom planu, a zapostavljena je sve potrebnija duševna preventi, koja bi mogla očuvati duševno zdravlje i zaustaviti porast duševnih poremećaja i bolesti (1,2).

1.2. Depresija

Depresija je duševni poremećaj okarakteriziran lošim raspoloženjem, niskim samopouzdanjem i gubitkom interesa za nekoć ugodne aktivnosti (3). Depresija nije osjećaj prolaznog neraspoloženja, to je bolest koja značajno narušava svakodnevni život. Ona je mnogo više od normalne tuge i žalosti. Ako se tuga pojavi bez ikakva razloga ili je nesrazmjerna razlogu nastanka, ako ne prestaje ili se ponovno vrati, ako nam je teško raditi, družiti se i više se ne možemo veseliti životu, onda to više nije neraspoloženje, ni obična tuga, nego depresija. Depresivna osoba ne uzima zdravo za gotovon ni jednu od jednostavnih izvjesnosti. Ne može spavati, budućnost joj izgleda mracna ili nemoguća, ne uživa u životu i teško se usredotočuje na jednostavne radnje kao što je čitanje novina ili gledanje televizije. Kada smo u depresiji, prihvaćanje i zadovljstvo pretvara se u samoprijezir, osjećaj krivnje zbog onoga što smo učinili ili nismo učinili, i na kraju, želja za smrću (4).

Depresija spada u najčešće psihičke poremećaje današnjice i stara je koliko i čovječanstvo. Učestalost depresije izrazito se povećala tijekom druge polovice 20.

stoljeća i još uvijek se povećava. Danas je na 4. mjestu vodećih zdravstvenih problema s udjelom od 4,5% u globalnom teretu bolesti, a prema procjenama SZO do 2020. godine zauzet će drugo mjesto, iza ishemične bolesti srca s udjelom od 5,7% (5).

1.2.1. Etiologija depresije

Depresija nije bolest sa samo jednim uzrokom, najčešće je kombinacija nekoliko različitih stvari. Svaka osoba bez obzira na dob, spol ili rasu nije imuna na ovu bolest iako se depresija češće javlja kod određene skupine ljudi. Biološki i okolinski utjecaji imaju važnu ulogu u razvoju depresije. Životni stresovi također pridonose očitovanju depresivnih simptoma. Najčešće su to poremećeni odnosi s okolinom, nezadovoljstvo poslom, učestala razočaranja, prekid veze s voljenom osobom zbog smrti, razvoda ili odvojenog života. Pojava depresija je povezana sa smanjenom aktivnošću moždanih hormona u neurotransmiterima. Njih živčane stanice (neuroni) koriste za međusobnu komunikaciju, odnosno prijenos impulsa preko sinapse. Neki od neuroprijenosnika (serotonin, noradrenalin i dopamin) imaju prirodnu antidepresivnu funkciju, koju ne mogu provoditi ako se njihova razina u mozgu smanji (6). Drugi bitan čimbenik za nastanak depresije je poremećeni stresni mehanizam, odnosno prekomjerno lučenje stresnih hormona poput kortizola. Više od polovice depresivnih bolesnika ima povećanu količinu hormona kortizola, koji uništava moždane stanice i remeti kemizam mozga. Dokazana je i genetska predispozicija za nastajanje depresije (7). Osobe koje imaju članove obitelji oboljele od depresije i same imaju veći rizik za nastanak bolesti. Okidač za depresiju također mogu biti kronične bolesti, fizičko seksualno ili emocionalno zlostavljanje, samoća ili odbačenost iz grupe, alkoholizam te stresan posao ili nesigurna financijska situacija.

Osobe koje su u prošlosti imale depresivne epizode u većem su riziku da će se ona opet pojaviti. Procjenjuje se da će se kod polovice ljudi koji su već imali depresivnu epizodu ista ponovo pojaviti.

Depresija se najčešće pojavljuje u dobi između 25 i 50 godine života i dva puta je češća kod žena, kod odrasle populacije, u dječjoj dobi ne postoji razlika u učestalosti depresije između dječaka i djevojčica (6).

1.2.2. Oblici depresivnog poremećaja

Podjela depresivnih poremećaja moguća je s obzirom na težinu simptoma i obrazac pojavljivanja. Poznato je nekoliko podtipova.

- **Prva - ponovljena depresijska epizoda**

Pri pojavi prve depresijske epizoode ne može se znati o kojem se depresivnom poremećaju radi, hoće li to biti unipolarni depresivni poremećaj ili bipolarni afektivni poremećaj (6).

- **Velika - mala depresijska epizoda**

Velika ili mala depresijska epizoda određuju se po DSM-IV klasifikaciji (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (6). Prema DSM-IV klasifikaciji velika depresivna epizoda je kada osoba ima najmanje pet od devet simptoma u najmanjem trajanju od dva tjedna. Kod nazočnosti četiri ili manje simptoma govorimo o malioj ili tzv. minor depresijskoj epizodi (6).

- **Psihotična - nepsihotična depresijska epizoda**

O psihotičnoj epizodi govorimo kada postoji prisutnost sumanutih ideja i halucinacija. Ovaj odlik depresivnog poremečaja zahtjeva neodgodivu bolničku obradu i liječenje. Depresivne sumanute misli očituju se kao ideje propasti i osiromašenja, zatim ideje krivnje i samooptuživanja, te hipohondrijske ideje (uvjerenost da boluju od teške i opasne somatske bolesti) i nihilističke ideje (osječaj da nema nikoga na svijetu, da tjelesni organi ne rade ili ne postoje) (6).

- **Reaktivna - endogena depresijska epizoda**

Reaktivne depresijske epizode predstavljaju reakcije na životne probleme i stresne situacije (smrt bliske osobe, gubitak posla, razvod, itd.). Ova su stanja jače izražena od osjećaja tuge i nesreće u svakodnevnom životu, traju duže nego što je uobičajno.

Simptomi uključuju anksioznost, smetnje spavanja i gubitak apetita. Kada nema neposrednih povoda za nastanak depresije govorimo o endogenoj depresijskoj epizodi koja nastaje, kako se nekada definiralo, zbog nekih unutarnjih nepoznazih razloga. Danas se ovaj termin sve manje koristi (6).

- **Tipična - atipična depresijska epizoda**

Tipične depresijske epizode karakterizirane su smanjenim apetitom koji je često prećen gubitkom na tjelesnoj težini, skraćenim spavanjem, pacijenti obično bez problema zaspu ali se vrlo brzo i često noću bude, ili kad se rano probude ne mogu više zaspati. Kod atipične depresije apetit je pojačan, pacijenti mogu imati i epizode prejedanja obično prećene porastom tjelesne težine, dok je potreba za spavanjem povećana. Atipične depresivne epizode karakteriziraju i osjećaj težine, olovnosti i umora u rukama ili nogama (tzv. olovna paraliza) i dugotrajan obrazac osjetljivosti na odbacivanje od strane okoline koji dovodi do značajne radne ili socijalne disfunkcionalnosti (6).

- **Akutna - kronificirana depresijska epizoda**

O akutnoj depresivnoj epizodi govorimo kada od pojave simptoma nije prošlo više od nekoliko tjedana ili eventualno nekoliko mjeseci, a o kronificiranim depresivnim epizodama kada su simptomi prisutni najmanje 2 godine (6).

- **Agitirana - inhibirana depresijska epizoda**

U depresivnoj epizodi može dominirati pojačana i nemirna (agitirana) ili zakočena i usporena (inhibirana) psihomotorika. U agitiranim depresivnim epizodama bolesnik može imati jak motorički nemir, stalno je u pokretu, lomi ruke, čupka bradu ili kosu, zapomaže naglas i traži pomoć.

U inhibiranim depresivnim epizodama bolesnik se povlači u sebe, psihomotorno je usporen, mimika i gestikulacija su oskudne, bolesnik govori vrlo malo, usporeno, monotonim glasom, na postavljena pitanja odgovara kratko. U težim slučajevima psihomotorno usporenje i osiromašenje može ići do depresivnog stupora kada bolesnik postaje mutističan, ne odgovara na pitanja niti spontano govori, sjedi ili leži gotovo nepomično, ne uzima hranu. Anksioznost može biti prisutna i u agitiranoj i u inhibiranoj depresijskoj epizodi (6).

- **Hiposomna - hipersomna depresijska epizoda**

U hiposomnim depresivnim epizodama bolesnik obično usniva bez poteškoća, ali ima problema s održavanjem sna. Ako je bolesnik anksiozan tada su obično prisutne i smetnje uspavljivanja. U hipersomnim depresivnim epizodama bolesnik spava mnogo dulje nego je to uobičajno (6).

- **Suicidalna ili nesuicidalna depresijska epizoda**

Katkad depresijska epizoda bude prepoznata tek nakon pokušaja samoubojstva koji je nerijetko očajnički apel za pomoć. Obično suicidalnom pokušaju prethodi dulje ili kraće vrijeme razmišljanja o smrti, samoubojstvu i besmislenosti života. I kada ne postoji aktualna suicidalnost ili suicidalnost u osobnoj i obiteljskoj anamnezi uvijek treba misliti na moguću suicidalnost kada se neka osoba nalazi u depresivnoj epizodi (6).

1.3. Depresivni poremećaj u djece

Depresija zauzima važno mjesto u dječjoj psihopatologiji. Prevalencija depresija različita je u odnosu na dob djeteta, a posebice je prisutna u populaciji djece s različitim neurološkim i pedijatrijskim bolestima. Uzroci nastanka mnogobrojni su: od bioloških koji su gotovo identični biološkim uzrocima kod odraslih osoba do posebno značajnih uzroka vezanih uz odnos roditelj - dijete te dijete - njegova okolina (8,9).

Do 1977. godine postojale su brojne dileme oko kriterija i klasifikacija dječje i adolescentne depresije. Američki autori (Schhlterbrandt JG, Raskin A) navode rezultate istraživanja Nacionalnog instituta za duševno zdravlje u SAD-u prema kojima se depresivna stanja kod djece i adolescenata mogu dijagnosticirati upotrebom istih kriterija za depresiju kao i kod odraslih osoba (8). Incidencija depresije kod predškolske djece 0,9%, školske djece 1,9%, adolescenata 4,7%. Depresivna djeca izgledaju žalosno, govore monotonim glasom, usporenih su pokreta, usamljena. Najčešće sami sebe opisuju negativnim terminima. Često je depresija kod djece prikrivena somatskim smetnjama kao što su bol u trbuhu, glavobolje. Vrlo često kod depresivne djece nalazimo različite fobije, anhedoniju (smanjen ili izgubljen interes za sve ili većinu aktivnosti), promjene na težini, pretjeranu pospanost (10) .

U adolescenciji klinička slika postaje sličnija onoj u odrasloj dobi te se pojavljuju suicidi, alkohol, droga. Klinička je slika često maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju te društvo često iza agresije, kršenja normi i pravila ponašanja i otpora, posebice prema autoritetima, ne prepoznaju depresiju.

1.3.1. Odnos roditelj - dijete

Studije na odraslim depresivnim osobama upućuju na značajan utjecaj ranih odnosa na njihov kasniji život te se u anamnezi depresivnih osoba nalaze problemi u ranim odnosima, posebice u odnosu majka - dijete, cjelovitosti obitelji, interakciji među članovima obitelji. U obiteljima je često prisutno nasilje. Depresivne osobe vrlo često imaju nisko samopouzdanje čiji se korijeni nalaze u ranom djetinstvu i odnosima s roditeljima (8).

1.4. Depresivni poremećaj u žena

Depresivni poremećaji su trenutno drugi najveći zdravsteni problem u žena. Povezani su s biološkim kriznim razdobljima (pubertet, menstruacija, trudnoća, babinje i klimakterij) jer su tada žene najosjetljivije na razne psihosocijalne stresove (6,11,12).

1.4.1. Predmenstrualni distrofični poremećaj (PMDD)

Poremećaj koji se javlja tijekom posljednjeg tjedna luteinske faze u većini menstruacijskih ciklusa, a karakterizira ga smanjen interes za uobičajne aktivnosti, upadljiva anksioznost, emotivna labilnost i depresivno raspoloženje. Početak je obično u srednjim dvadesetim godinama. Tipičan razvoj kliničke slike je kada se simptom pojavljuju tijekom tjedna prije menstruacije, a završava usred ciklusa (13).

1.4.2. Poslijeporođajna depresija

Poslijeporođajna depresija je niz emocionalnih promjena i promjena u ponašanju majke koje se mogu javiti nakon poroda, a pripisuju se mnogim biokemijskim i psihološkim promjenama povezanim s rađanjem djeteta. Točan uzrok poslijeporođajne depresije još uvijek nije potpuno poznat. Prema nekim istraživanjima, uzrok poslijeporođajne depresije treba tražiti u naglom padu razine hormona u tijelu majke nakon poroda. Tijekom trudnoće, razina estrogena i progesterona je i deseterostruko

veća od normalne, a zatim u roku od tri dana nakon poroda razina tih hormona pada na razinu prije trudnoće (13).

Vrste poslijeporođajne depresije

Prema intenzitetu simptoma poslijeporođajne depresije, vremenu trajanja istih te opasnosti po zdravlje majke i djeteta, poslijeporođajnu depresiju možemo podijeliti u tri glavne skupine:

- poslijeporođajnu tugu ili "baby blues",
- poslijeporođajnu depresiju,
- poslijeporođajnu psihozu.

Poslijeporođajna tuga ili "baby blues" je blagi oblik poslijeporođajne depresije i ne predstavlja ozbiljnu opasnost. Javlja se kod gotovo 80% majki. Pojavljuje se u prvom tjednu nakon poroda i manifestira se osjećajem tuge, tjeskobe, čestim plačem bez nekog vidljivog razloga te problemima u spavanju.

Poslijeporođajna depresija su simptomi tuge i tjeskobe i dulje od dva tjedna nakon poroda. Simptomi poslijeporođajne depresije mogu se javiti odmah nakon trudnoće, ali i do nekoliko mjeseci nakon poroda. Ovo je daleko ozbiljniji problem od poslijeporođajne tuge i zahvaća otprilike 10-15% majki. Najčešći simptomi su česte promjene ponašanja, često plakanje, razdražljivost, umor, kao i osjećaji krivnje, tjeskobe i nemogućnosti brige za sebe i za dijete.

Poslijeporođajna psihoza je najteži i najozbiljniji oblik poslijeporođajnog stanja i zahtijeva hitnu medicinsku pomoć. Ovaj oblik je relativno rijedak i pojavljuje se kod jedne od 500 majki nakon poroda. Simptomi uključuju izraženu nervozu i razdražljivost, zbunjenost, nesanicu, paranoju, haluciniranje, hiperaktivnost, ubrzani govor te maniju, a javljaju se uglavnom ubrzo nakon poroda, vrlo su intenzivni te mogu trajati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci. Hitna medicinska pomoć potrebna je jer postoji velika opasnost od samoubojstva ili nanošenja ozljeda djetetu.

Moguće je da simptomi poslijeporođajne depresije nestanu i bez liječničke pomoći unutar tri mjeseca nakon poroda. Ako simptomi poslijeporođajne tuge potraju dulje od dva tjedna ili pak počnu utjecati na normalan svakodnevni život, potrebno je obvezno potražiti liječničku pomoć i to po mogućnosti odmah nakon pojave simptoma. Jedan od prvih koraka u liječenju poslijeporođajne depresije je uzimanje antidepresiva. Ako majka doji, potrebno se posavjetovati s liječnikom o načinu uzimanja i izboru vrste antidepresiva, jer antidepresivi preko majčinog mlijeka dospijevaju i do novorođenčeta. U kombinaciji s antidepresivima, preporučuje se i liječenje psihoterapijom. Kod poslijeporođajne depresije osobito je korisna kognitivna psihoterapija. Ta se psihoterapija temelji na pretpostavci da način na koji pojedinac strukturira i objašnjava svoja iskustva određuje njegovo raspoloženje i ponašanje. Cilj terapije je promijeniti negativne načine mišljenja i osjećanja majki te ih naučiti da razmišljaju pozitivno i konstruktivno (6,11-14) .

1.5. Depresivni poremećaj u starijoj životnoj dobi

Veliki broj ljudi starijih od 65 godina pate od nekog oblika depresije koja je često povezana sa fizičkim promjenama i tjelesnim bolestima. U starijoj životnoj dobi ljudi koji su depresivni postaju izrazito zabrinuti za svoje fizičko zdravlje, a poprilično minimiziraju osjećaj tuge. Često je preklapanje simptoma depresije sa simptomima nerijetko prisutnih somatskih bolesti, somatizacije uz žaljenje na fizičke bolove, neobjašnjivi bolni sindromi, psudodemencija, osamnljenost, nesanica, poremećaji ponašanja.

Prevencija suicida glavni je cilj liječenja osoba starije životne dobi. Unatoč saznanjima o antidepresivima, psihološkim intervencijama i elektrokonvulzivnoj terapiji (EKT) i njihovoj jednakoj učinkovitosti u starijih bolesnika, kao i u mladih odraslih osoba, depresija u starijih osoba nedovoljno je liječena (uglavnom zato što je nedijagnosticirana). Liječenje depresije treba provoditi tijekom najmanje 6-12 mjeseci, a preporuke gerontopsihijatara su sljedeće – minimalno 12 mjeseci nastaviti liječenje nakon prve epizode, 24 mjeseca nakon druge, a najmanje tri godine nakon treće ili više epizoda (13-17).

1.6. Depresija kod zdravstvenih djelatnika

Depresija je čest poremećaj i među zdravstvenim radnicima zbog velikog stresa povezanog s poslom koji obavljaju. Prema jednom izvješću Britanskog udruženja lječnika iz 1996. godine, oko 70% liječnika pati zbog stresa na poslu, od kojih čak 21% katkad razmišlja o suicidu, 35% njih pati od tjelesnih bolesti, a 70% liječnika ima probleme sa spavanjem (6). Preopterećenost na poslu, premor, nespavanje i rad u smjenama i noćnim dežurstvima, gledanje patnje i smrti, visoki stupanj odgovornosti, nesklad karijere i obiteljskog života, strah od pogreške, manjkavost edukacije i neprimjereno vrednovanje profesije pridonose većem riziku od depresije.

1.7. Klinička slika depresije

Depresija je bolest koju karakterizira sniženo raspoloženje, manjak energije, interesa ili zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima koje su prethodno predstavljale zadovoljstvo za osobu. Smanjeni su sposobnost osjećanja zadovoljstva, interes i koncentracija, a često je izražen umor i nakon najmanjih napora. Apetit je obično smanjen, depresivne osobe moraju se prisiljavati kako bi jele. Utežim slučajevima može doći i do velikog gubitka na tjelesnoj težini. Za depresiju su karakteristična buđenja nakon što je osoba zaspala. U nekih su osoba prisutna učestala noćna buđenja nakon kojih više ne mogu zaspati. Dok je u nekih oblika depresije prisutna i pretjerena potreba ili želja za spavanjem. Pesimizam glede budućnosti i osjećaj manje vrijednosti gotovo su redovita sastavnica depresije. Depresivne osobe obično pogrešno interpretiraju neutralne ili beznačajne svakodnevne događaje dokazujući tako svoju manju vrijednost ili u težim slučajevima nepostojeću krivnju. Mnoge depresivne osobe žale se na osjećaj da ne mogu misliti kao prije, da se teško mogu koncentrirati, da im je teško donijeti bilo kakvu odluku, da slabo pamte. Svijest je u pravilu očuvana, orijentacija nije oštećena. Izraz lica je tužan, zabrinut, potišten. Psihomotorika može biti zakočena (tzv. mirna ili pasivna depresija) ili otkočena ili agitirana (tzv. nemirrna ili aktivna depresija) (3,4). Misaoni tijek je usporen ili blokiran, odgovori na pitanja su spori, mišljenje je otežano, asocijacije su oskudne, a u sadržaju dominiraju pesimističke teme smrti, bezvrijednosti života, samoubojstva, krivice. Perceptivne funkcije su obično očuvane u nepsihotičnih

depresija, dok su u psihotičnim depresijama javlja poremečaj perceptivne funkcije (slušne iluzije i halucinacije). Nagonske funkcije u pravilu su oštećene i povezane su s padom životne energije i životne radosti (6).

1.8. Dijagnosticiranje depresije

Za postavljanje dijagnoze depresivne epizode potrebna su najmanje dva tipična i dva druga simptoma kao i trajanje simptoma od najmanje dva tjedna.

Ako simptomi traju kraće od 2 tjedna govorimo o kratkotrajnoj depresivnoj epizodi. Ako su prisutna 2 tipična i 2 ostala depresivna simptoma riječ je o blagoj depresivnoj epizodi. Ako su prisutna 2 tipična i 3-4 ostala simptoma, radi se o umjereno izraženoj depresivnoj epizodi, a kada su prisutna 3 tipična i najmanje 5-6 ostalih simptoma to je teška depresivna epizoda (6).

Kada su prisutni patognomonični ili vitalni simptomi govorimo o depresivnoj epizodi sa somatskim sindromom.

Depresija je često neprepoznata i od liječnika primarne zdravstvene zaštite, najčešće zbog prisutnih tjelesnih simptoma koji pozornost liječnika odvlače u pogrešnom smjeru. Zbog neznanja, krivih stavova i uvjerenja, velik broj depresivnih osoba ne traži medicinsku pomoć.

l.9. Depresija i suicidalnost

Želja da se bude ubijen i želja za smrću jasno su povezane. U oba slučaja, postoji prešutna pasivnost – mnogi depresivni pacijenti znaju reći: ”Nemam hrabrosti da se ubijem, ali kad bih zaspao i ne bih se ujutro probudio, to bi bilo divno olakšanje” (18,19). Želja da se bude ubijen podrazumijeva i krivnju i potrebu za kaznom koja prati depresiju, osjećaj da ne zaslužujemo živjeti i možda implicitnu kaznu za voljene osobe kojima bi, prema mišljenju depresivne osobe sa samoubilačkim mislima “bilo bolje bez mene”. Želja za smrću je izraz intenzivne duševne boli koja se povezuje s depresijom. Depresivna osoba osjeća se potpuno zarobljena u svojoj patnji. Pomisao na smrt može biti jedini izlaz za to neizbježno mučenje (17). Samoubojstvo se može shvatiti kao ispunjenje unutarnje fantazme kroz konkretno ponašanje. Važno je nikad ne prepostaviti da osoba sklona samoubojstvu zaista želi umrijeti niti da osoba koja površinski zarezuje vene na zapešću nije suicidalna, nego samo želi “skrenuti pozornost na sebe” ili traži pomoć. Bolje je početi od prepostavke da takva osoba želi i umrijeti i živjeti, ali da ravnoteža između tih krajnosti povremeno varira te da je različita kod svake osobe. Potrebno je pokušati pomoći pacijentu da shvati objekt svoje ljubavi i mržnje kao odvojen od njega i da pokuša okrenuti ravnotežu u korist ljubavi i brige, a ne želje za uništenjem objekta.

Suicidalnost se može pojaviti u bilo kojoj fazi bolest, kako prije liječenja, tako i tijekom liječenja, pa čak i nakon liječenja. Očituje se na različite načine i ima raznovrsnu dinamiku.

1.9.1. Vrste samoubilačkog ponašanja

- Fenomen apela: Pokušaj samoubojstva kao očajnički poziv za pomoć,
- Samoubilačko ponašanje kao oblik samokažnjavanja,
- Samoubilačko ponašanje kao napad na introjiciranu voljenu osobu,
- Samoubilačko ponašanje kao način ucjenjivanja okoline,
- Samoubilačko ponašanje kao inpulzivno rasterećenje napetosti,
- Samoubilačko ponašanje kao iskušavanje sudbine,
- Samoubojstvo kao destruktivno prevladavanje besmisla života,

- Samoubojstva kao izraz altruizma,
- Prošireni suicid.

1.10. Liječenje depresivnog poremećaja

Prvi korak pri liječenju znači donošenje odluke gdje će se liječenje provoditi, ambulantno ili u bolnici. Liječenje se može provoditi lijekovima, psihoterapijom, psihoedukacijom i metodama samopomoći. Osnovu u liječenju ovih poremećaja predstavljaju lijekovi - antidepresivi, iako ne treba zaboraviti da najbolji rezultat daje kombinacija farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera. Depresivne se epizode mogu liječiti u velikom broju u gotovo 70-80% slučajeva (6). Djelovanje lijekova koji se koriste u depresiji nastupa sa latencijom od dva, tri, četiri, a ponekad i šest tjedana. Bolesnika treba upozoriti da izostanak brzog terapijskog učinka ne znači da je lijek nedjelotvoran već samo da ga još nije uzimao dovoljno dugo da bi iskusio njegovo povoljno djelovanje.

1.10.1. Antidepresivi

Antidepresivi ublažavaju depresiju uspostavljajući poremećenu ravnotežu kemijskih spojeva u mozgu.

- Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPS) - To je novija skupina lijekova koja ima manje neželjenih nuspojava od starijih lijekova. U nekih bolesnika mogu, međutim, uzrokovati glavobolju, mučninu, uznemirenost, promjene u seksualnom životu, te nesanicu.
- Triciklički antidepresivi (TCA) su prvi djelotvorni antidepresivi i jednako su djelotvorni kao i skupina SIPS, neki su i djelotvorniji, ali češće uzrokuju neželjene reakcije uključujući zamućen vid, debljanje, suhoću usta i vrtoglavicu.
- Inhibitori enzima monoaminooksidaze (IMAO) propisuju se mnogo rjeđe nego prije navedene dvije skupine. Uz neke od njih ne smije se uzimati određena vrsta hrane i neki lijekovi (3,4,6).

1.10.2. Psihoterapija

Psihoterapeuti pomažu oboljelom razumjeti psihološku pozadinu njegove bolesti i uče ga kako se s njome nositi. Razgovor s terapeutom osigurava im podršku i stručne savjete.

1.10.3. Psihoedukacija

Liječenje nije tavršeno nakon prolaska depresivne epizode. Sam nastavak antidepresivne terapije nerijetko nije dovoljan da se depresivna epizoda više ne pojavi, ako bolesnik ne promjeni svoj stil života. Svaki peti bolesnik koji je na terapiji održavanja ponovno zapada u depresivnu epizodu unutar dvije godine. Pasivno-agresivni pacijenti obično ne mijenjaju ništa, nerijetko zanemare uzimanje terapije održavanja, i vrlo brzo dolaze s novom epizodom ili ne postižu potpunu i stabilnu remisiju.

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je ukazati na važnost zaštite duševnog zdravlja u cjelokupnoj populaciji, s posebnim naglaskom na depresivne poremećaje temeljene na prikazu ststističkih podataka o incidenciji depresivnih poremećaja u RH.

3. METODE I POSTUPCI

Postupak

Prilikom izrade ovog rada korišteni su statistički podatci objavljeni u Hrvatskim zdravstveno-statističkim ljetopisima iz 1999.-2013. godine, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), podatci Hrvatskog registra osoba s invaliditetom, te podatci objavljeni u Nacionalnoj strategiji zaštite duševnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016. godine usvojenoj 2010. godine od Vlade Republike Hrvatske. Izvor podataka za Europske zemlje je WHO/Europe, HFA baza podataka.

Rezultati su prikupljeni na sljedeći način: u prvom koraku je utvrđen redoslijed prikaza podataka tako su podaci o incidenciji duševnih i depresivnih poremećaja po dobi i spolu prikazani za RH. Pri tomu su korišteni gore navedeni izvori podataka koji se odnose na razdoblje od 1999. do 2013. godine. U sljedećem koraku su podaci o incidenciji duševnih i depresivnih poremećaja uspoređeni s podacima iz drugih europskih zemalja. U posljednjem koraku prikazani su podaci o stopama suicidima u RH te usporedba stopa suicida s drugim europskim zemljama.

4. REZULTATI

Udjeli duševnih poremećaja i depresije u odnosu na ukupan pobol u RH u razdoblju 1999.-2013. godine

U Tablici 1 i na slikama 1. i 2. prikazani su brojčani podatci udjela duševnih poremećaj i depresija u odnosu na ukupan pobol u Republici Hrvatskoj (RH) u razdoblju 1999.-2013. Iz predočenih brojčanih podataka razvidan je ujednačen udio duševnih bolesti u ukupnom pobolu u odnosu na sve veći udio depresija.

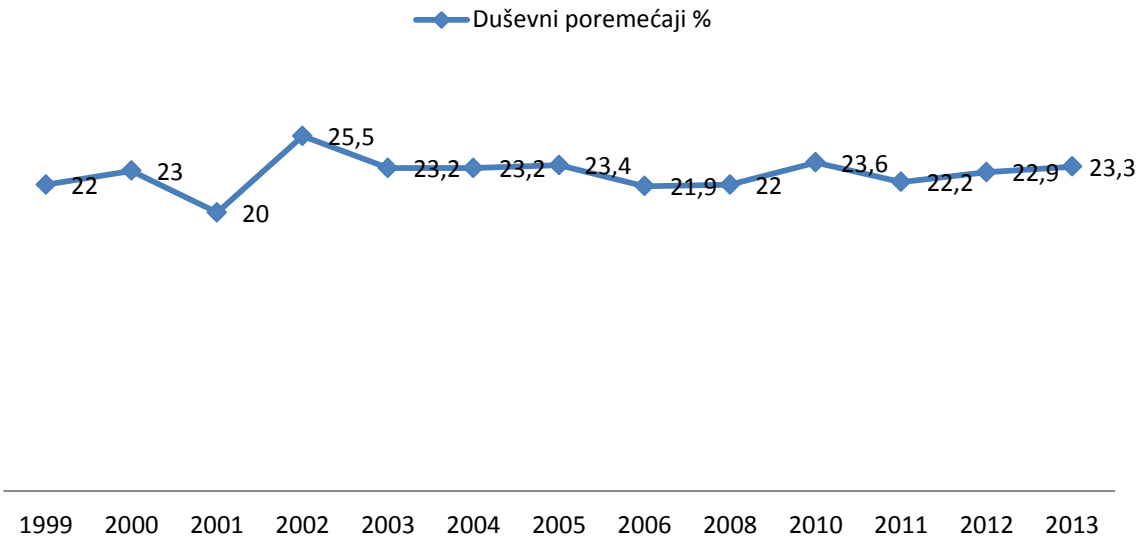
Tablica 1. Udio hospitalizacija uslijed duševnih poremećaja i depresija u periodu 1999.-2013.

Godina	Duševni poremećaji %	Depresija %
1999	22	8
2000	23	8
2001	20	9
2002	25,5	9,7
2003	23,2	12,7
2004	23,2	10,8
2005	23,4	10,6
2006	21,9	10,8
2008	22	11,9
2010	23,6	13,2
2011	22,2	13,1
2012	22,9	13,2
2013	23,2	13,3

Izvor : HČJZ

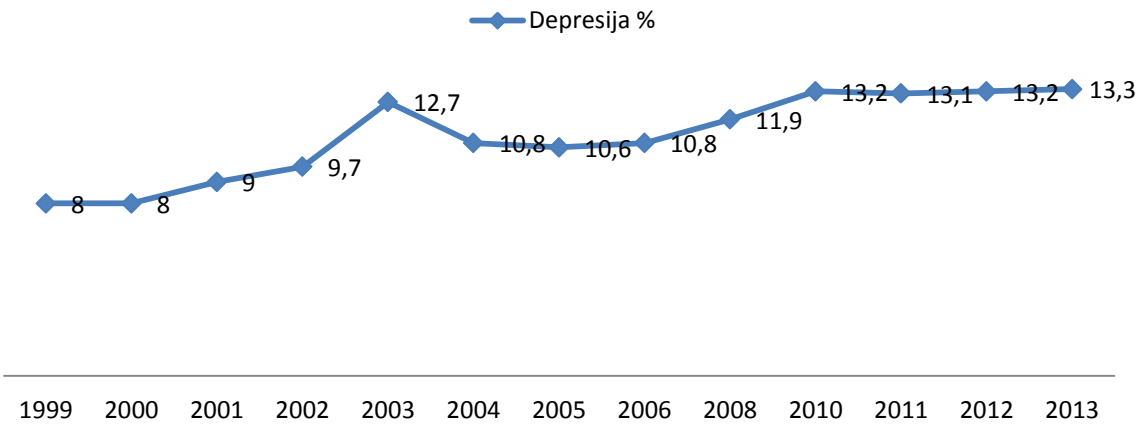
Prema procjenama SZO do 2020. godine depresija će zauzeti drugo mjesto na ljestvici pobola, odmah iza ishemične bolesti srca s udjelom od 5,7% (18,19).

Na slici 1. prikazan je linearan grafikon udjela duševnih poremećaja u odnosu na ukupan pobol u RH u periodu 1999.-2013. Uočljiv je relativno stalan udio ovih bolesti i njihov udio se u RH ne povećava od 2003. Godine, za razliku od linearnog porasta udjela depresije u odnosu na ukupan pobol u promatranom razdoblju kod oba spola, sa izraženijom tendencijom depresivnosti kod žena (slike 2 i 3).

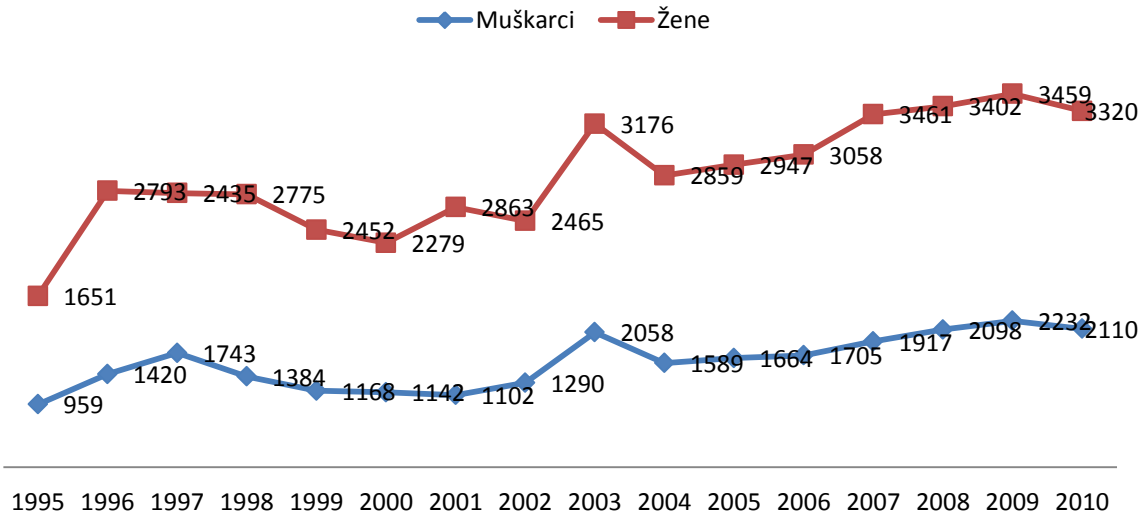


Slika 1. Udio hospitalizacija uslijed duševnih poremećaja u periodu 1999.-201

Izvor : HČJZ



Slika 2. Udio hospitalizacija uslijed depresija u periodu 1999.-2013.**Izvor :** HČJZ

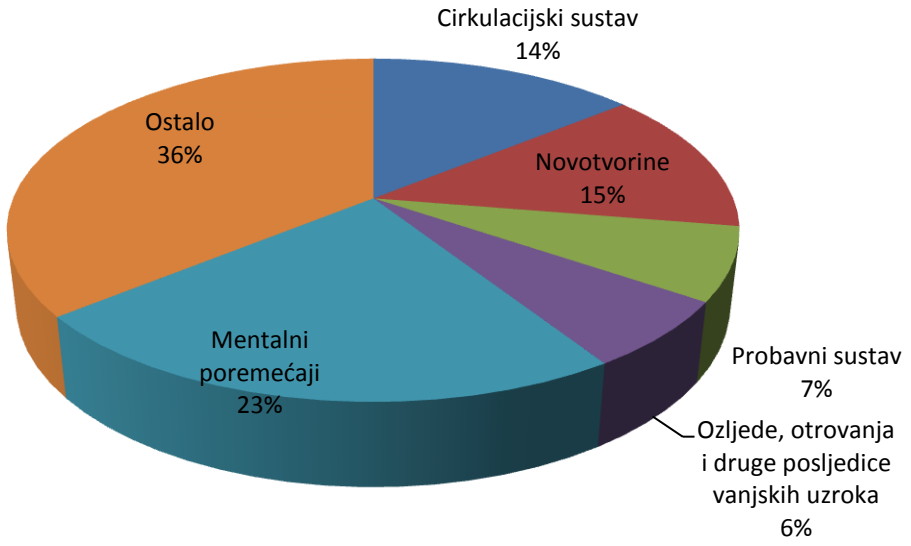


Slika 3. Broj hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja po spolu u razdoblju 1995.-2010.godine u RH

Izvor : HČJZ

Prikaz vodećih skupina bolesti te udjeli duševnih poremećaja i depresije po bolno-opskrbnim danima u RH tijekom 2013. godine

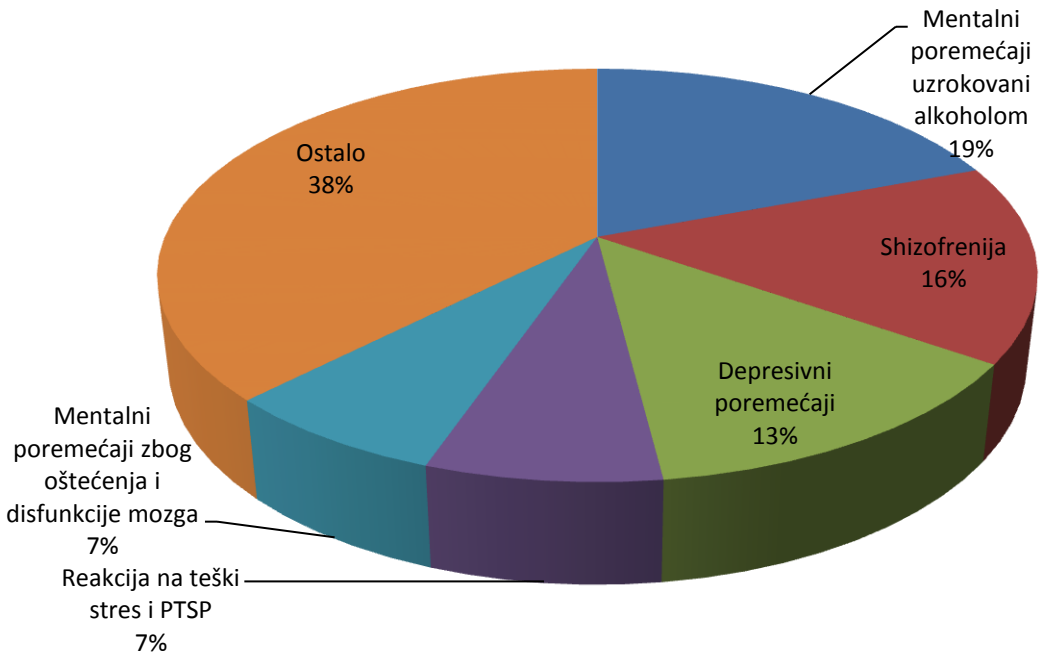
Na slici 4. prikazani su udjeli vodećih skupina bolesti po bolno-opskrbnim danima u RH 2013. godine. Vidljiv je srazmjerno velik udio bolno-opskrbnih dana koji otpada na duševne poremećaje u odnosu na druge učestale bolesti (23%).



Slika 4. Vodeće skupine bolesti po bolno-opskrbnim danima u Hrvatskoj 2013. godine

Izvor : HČJZ

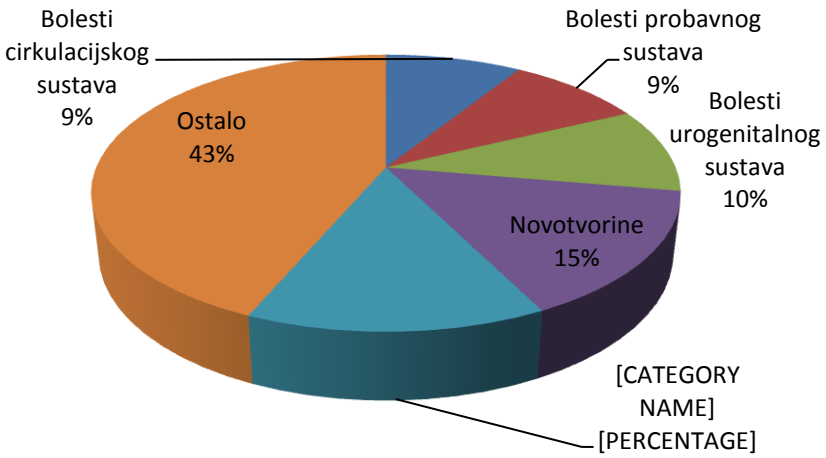
Na slici 5. prikazani su udjeli vodećih dijagnoza u hospitalizacijama zbog duševnih poremećaja u RH 2013. godine. Depresivni poremećaji se nalaze na trećem mjestu sa 13 % ukupnih hospitalizacija.



Slika 5. Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama zbog duševnih poremećaja u RH 2013. **Izvor :** HČJZ

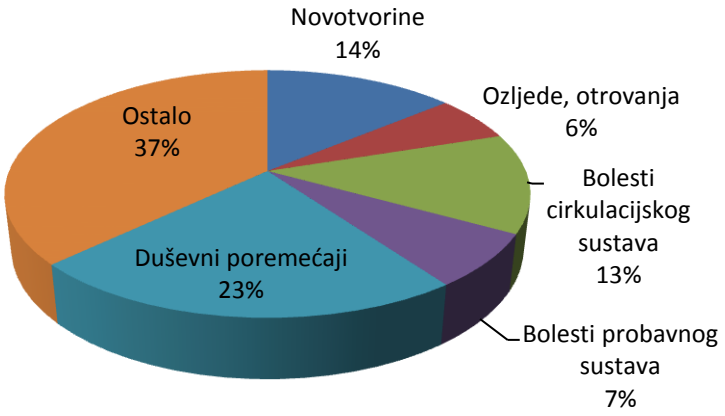
Udjeli duševnih poremećaja i depresije u ukupnom bolničkom pobolu s obzirom na dob

Broj dana bolničkog liječenja zbog duševnih poremećaja tijekom 2009. godine isti je u odnosu na 2013. godinu (23%). Iz navedenih podataka je vidljivo da se udio bolničkog liječenja duševnih bolesnika nije promijenio u posljednje četiri godine (slika7). Međutim, u udjelu bolničkog liječenja tijekom 2009. godine zbog duševnih poremećaja zanimljiv je i doprinos dobi. Iz slikovnih prikaza je vidljiv znatno veći udio hospitaliziranih bolesnika kada se broju hospitalizacija zbog duševnih poremećaja pribroje starije dobne skupine (slike 6. i 7.).



Slika 6. Bolnički pobol u RH u 2009.godini, udio hospitalizacija 20 - 59 godina

Izvor : HČJZ



Slika 7. Bolnički pobol u RH 2009. godine prema broju dana bolničkog liječenja i svim dijagnozama (sve dobne skupine) **Izvor :** HČJZ

Udjeli hospitalizacija zbog depresije unutar skupina duševnih poremećaja u RH tijekom 2010. godine

U tablicama 2., 3.i 4. prikazan su vodeći uzroci hospitalizacija u skupini duševnih poremećaja u RH 2010. godine za sve dobi ukupno, muškarce i žene. Vidljiva je različita zastupljenost u broju hospitalizacija za pojedine uzroke hospitalizacije promatrano po spolu. Dok su kod muškaraca na prvom mjestu duševni poremećaji uzrokovani akloholom, oni su kod žena tek na četvrtom mjestu uzroka. Depresivni poremećaji su, ukupno gledano za oba spola, na trećem mjestu po učestalosti hospitalizacija, za muškarce su četvrti uzrok, a za žene visoko na prvom mjestu hospitalizacija uzrokovanih duševnim poremećajima.

Tablica 2. Vodeći uzroci hospitalizacija u skupini duševnih poremećaja u RH 2010. godine za sve dobi

DIJAGNOZA (MKB-10 šifra)	BROJ	UDIO (%)
Duševni poremećaji uzrokovani akloholom (F10)	7733	18,8
Shizofrenija (F20)	6470	15,7
Depresivni poremećaji (F32-F33)	**5430**	**13,2**
Reakcije na teški stres uključujući PTSP (F43)	4192	10,2
Ostali duševni poremećaji uzrokovani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću (F06)	2528	6,1
Prvih 5 uzroka hospitalizacija	26353	64,1
Ukupno (F00-F99)	41144	100,0

Izvor : HČJZ

Tablica 3. Vodeći uzroci hospitalizacija u skupini duševnih poremećaja u RH 2010. godine za sve dobi - Muškarci

MUŠKARCI

DIJAGNOZA (MKB-10 šifra)	BROJ	UDIO (%)
Duševni poremećaji uzrokovani akloholom (F10)	6541	25,9
Shizofrenija (F20)	3887	15,4
Reakcije na teški stres uključujući PTSP (F43)	3517	13,9
Depresivni poremećaji (F32-F33)	**2110**	**8,4**
Trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga (F62)	1640	6,5
Prvih 5 uzroka hospitalizacija	17695	70,1
Ukupno (F00-F99)	25245	100,0

Izvor : HČJZ

Tablica 4. Vodeći uzroci hospitalizacija u skupini duševnih poremećaja u RH 2010. godine za sve dobi - Žene

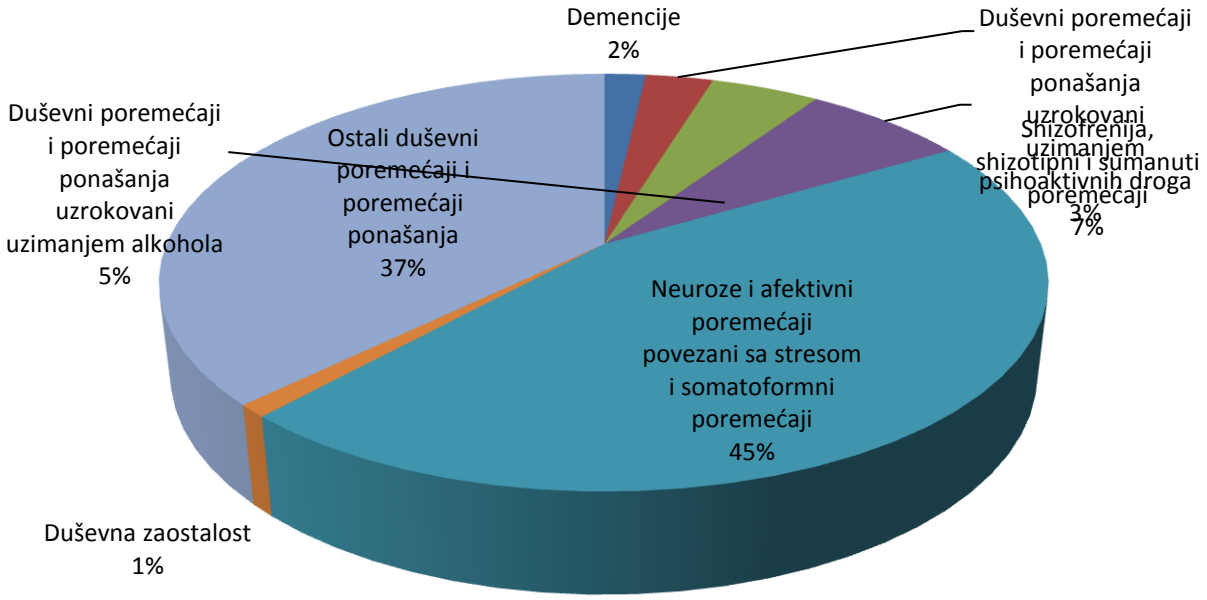
ŽENE

DIJAGNOZA (MKB-10 šifra)	BROJ	UDIO (%)
Depresivni poremećaji (F32-F33)	**3320**	**20,9**
Shizofrenija (F20)	2583	16,2
Ostali duševni poremećaji uzrokovani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću (F06)	1444	9,1
Duševni poremećaji uzrokovani akloholom (F10)	1192	7,5
Shizoafektivni poremećaji (F25)	991	6,2
Prvih 5 uzroka hospitalizacija	9530	59,9
Ukupno (F00-F99)	15899	100,0

Izvor : HČJZ

Udio bolesnika s duševnim poremećajima unutar sustava primarne zdravstvene zaštite

Kao što je i za očekivati, najveći udio anksiozno-depresivnih i somatoformnih poremećaja liječi se unutar sustava primarne zdravstvene zaštite jer je riječ o tegobama koje najčešće zahtjevaju ambulantne intervencije, a puno rjeđe bolničko liječenje (slika 8). Stoga, promatranje samo hospitaliziranih bolesnika ostavlja pogrešan dojam o relativno malom udjelu bolesnika bolesnih od depresije i time znatno manjeg problema za cijeli zdravstveni sustav kao i društvo u cjelini nego što on to uistinu jest.

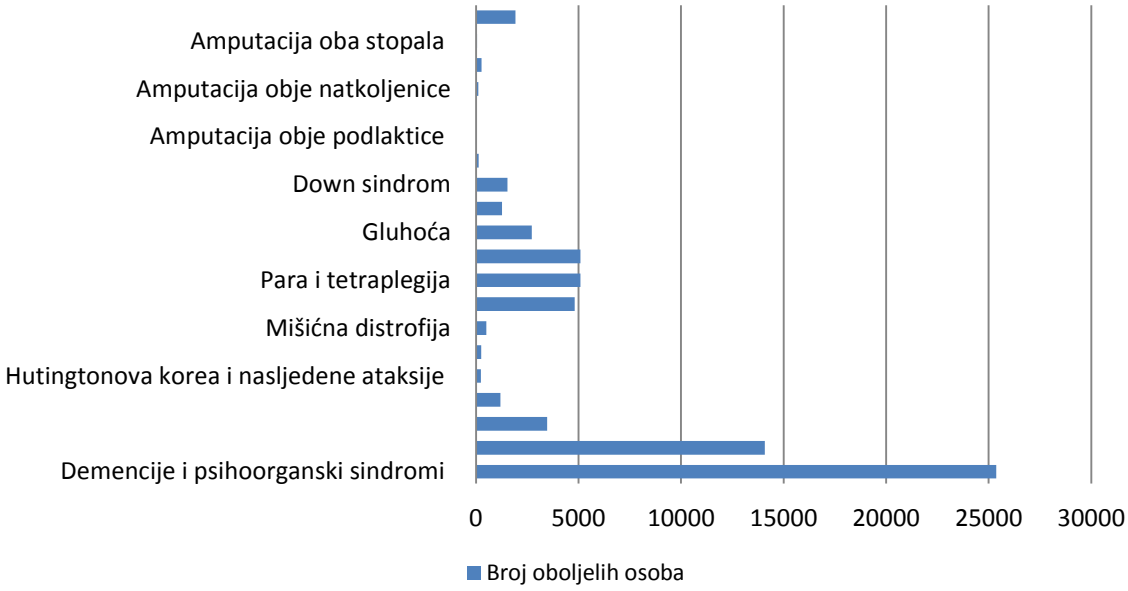


Slika 8. Udio bolesnika s duševnim poremećajima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2013. godine

Izvor : HČJZ

Broj tjelesnih i duševnih invalida u RH

Na slici 9. uočljiv je nesrazmjer broja osoba koje su u određenoj mjeri nesposobne za samostalan život kao posljedica duševnog poremećaja u odnosu na osobe oboljele od nekih drugih somatskih bolesti/oštećenja. Veliki broj duševnih bolesnika koji zbog težine svoje bolesti ostvaruju status invalida značajno opterećuje zdravstveni sustav i cjelokupnu zajednicu. Isto tako je razvidno koliki je broj ljudi stgmatiziran u društvu u kojem živimo te kolika je važnost promocije duševnog zdravlja.



Slika 9. Prikaz dijagnoza koje u potpunosti ili u većoj mjeri invalidiziraju osobu
Izvor: Hrvatski registra osoba s invaliditetom

.

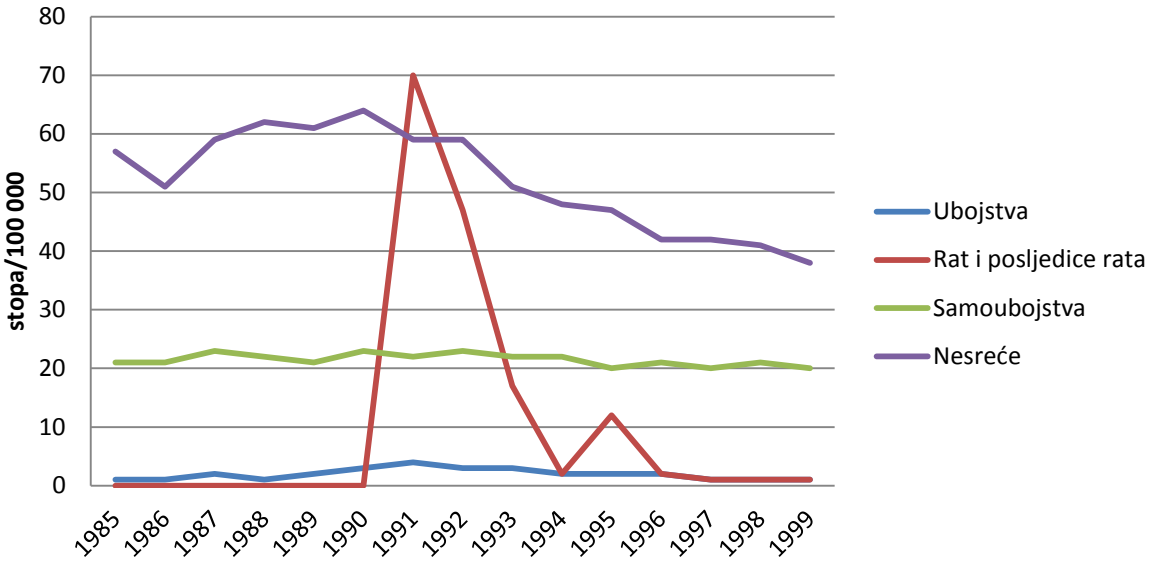
4.1. Počinjena samoubojstva od 1985. godine u Hrvatskoj

Od 1985. godine (stopa 5,8/100.000) uočljiv je porast broja počinjenih samoubojstava u dobi 15-19 godina (1996.g. stopa 13,5; 1999.g. stopa 12,9), što je zabilježeno i u nekim drugim zemljama. Međutim 2000., 2001. i 2002. godine došlo je do pada broja samoubojstava u dobi 15-19 godina (stopa 8,4; 7,7 te 8,0/100.000). Broj izvršenih samoubojstava bio je veći kod muškaraca nego kod žena te se kretao u omjeru 2,2-3,0 : 1 na štetu muškaraca. Stopa smrtnosti zbog samoubojstava kod oba spola značajno raste s dobi (19).

Najčešći način izvršenja samoubojstava u oba spola je vješanje. U ratnim i poratnim godinama značajno je porastao broj samoubojstava vatrenim oružjem posebice u muškaraca. Godine 1985. udio samoubojstava izvršenih vatrenim oružjem u ukupnom broju samoubojstava iznosio je 7,2 %, dok je 1992. i 1995. godine iznosio oko 26%. Iako zadnjih godina postoji trend pada ovog načina izvršenja samoubojstava (2001. godine 16,9%; 2002. godine 17,7%), još uvijek skoro svako četvrto samoubojstvo kod muškaraca (23%) počinjeno je vatrenim oružjem (17).

Stope smrtnosti zbog izvršenih samoubojstava po županijama RH pokazuju značajne razlike. Prosječne godišnje dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u razdoblju 2000-2002. godine bile su najviše u Krapinsko–zagorskoj (stopa/100.000 za sve dobi 35,1; za dob 0-64 28,9) i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (stopa/100.000 za sve dobi 34,5; za dob 0-64 26,5). Županije s najnižim prosječnim godišnjim stopama bile su Dubrovačko-neretvanska (stopa/100.000 za sve dobi 6,5; za dob 0-64 4,8) i Zadarska županija (stopa/100.000 za sve dobi 10,8; za dob 0-64 9,8) (23,24).

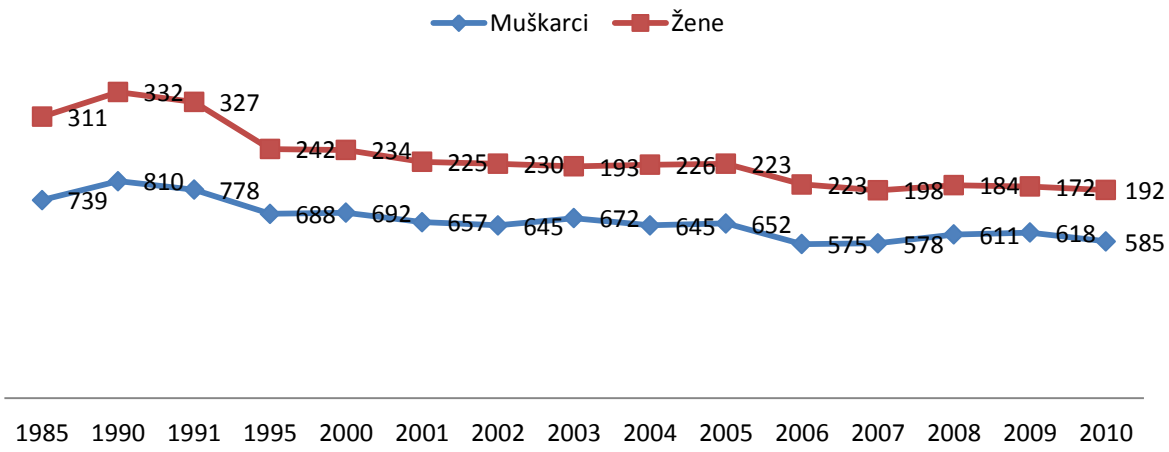
Nasilne smrti uključuju sve smrti od ozljeda / trovanja ili njihovih posljedica nastale nesretnim slučajem ili uzrokovane namjernim ozljeđivanjem (ubojstva), samoozljeđivanjem (suicidi), ratnim djelovanjem te zbog neutvrđenog i nepoznatog vanjskog djelovanja.



Slika 10. Nasilne smrti u RH u razdoblju od 1985.-1999. godine
Izvor: HČJZ

U RH su smrti nastale nesretnim slučajem u kontinuiranom padu nakon 1990. godine (1990. 64,84/100.000 stanovnika, 1999. 37,62/100.000 stanovnika), a razina ubojstava i samoubojstava se znatnije ne mijenja već 15 godina. Blagi porast obje stope vidljiv je u ratnim godinama. Od 1991. godine u RH se registriraju i smrti od ratnih djelovanja, a nakon 1995. godine smrti od posljedica ratnih djelovanja, najčešće nagaznih mina.

Na slici 11. prikazan je broj samoubojstava po spolu u RH u razdoblju 1985.-2010. godine. Broj samoubojstava može biti pokazatelj zastupljenosti broja smrti uzrokovanih depresijom. Vidljivo je smanjenje broja samoubojstava u oba spola u promatranom razdoblju od 1985.-2010. godine. Povećanje ukupnog broja oboljelih od depresije i smanjenje broja samoubojstava govori u prilog boljem otkrivanju i boljim rezultatima liječenja ove bolesti.

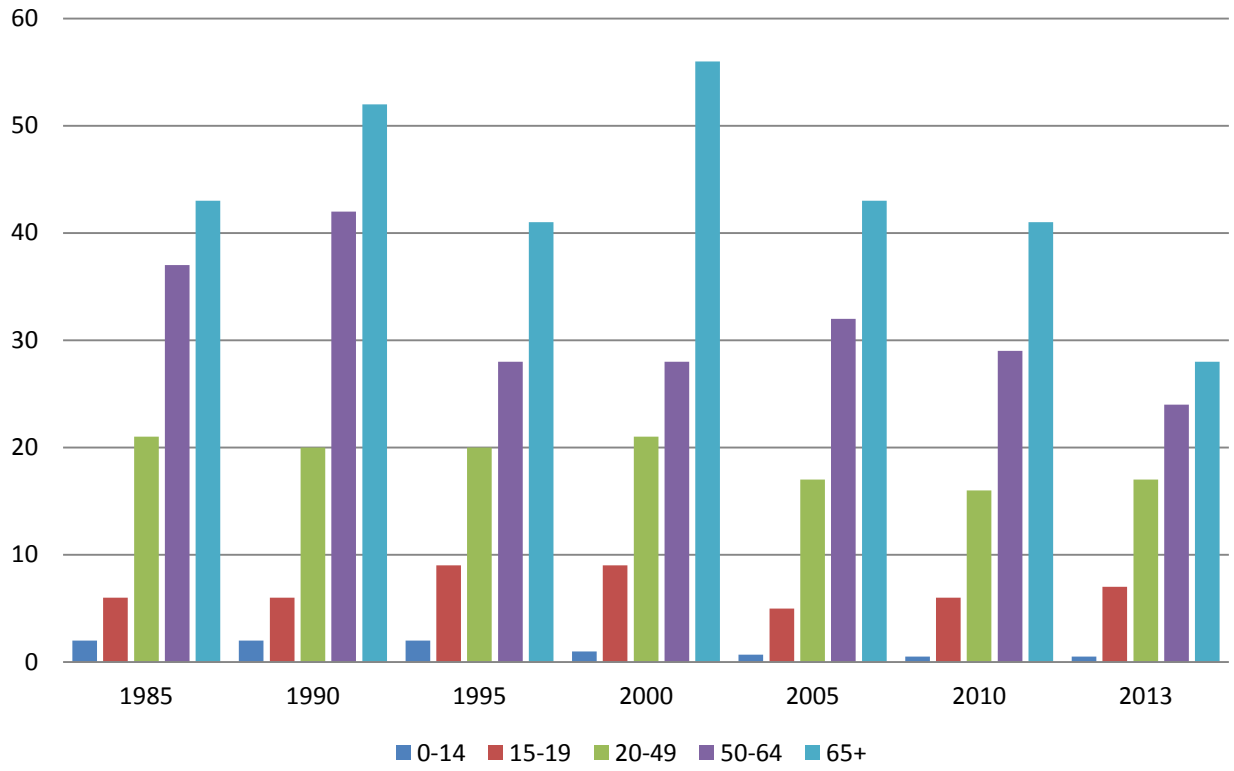


Slika 11. Broj samoubojstava po spolu u RH u razdoblju 1985.-2010. godine

Izvor : HČJZ

Osim po spolu, zabilježene su i razlike u dobnim stopama samoubojstava u RH što je prikazano na slikama 13. i 14.

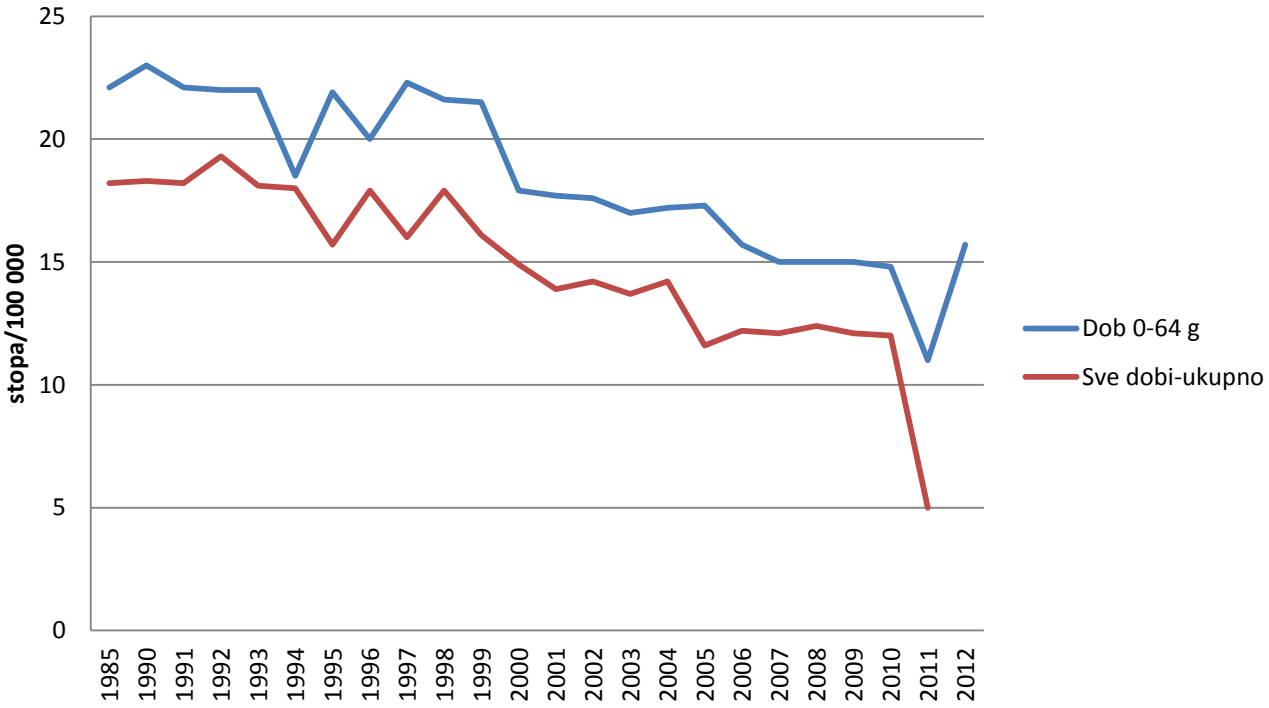
Na slici 12. i 13. prikazane su razlike u dobnim stopama samoubojstva u RH u razdoblju 1985.- 2013. godine. Na slici 13. vidljivo je da je najveći broj samoubojstava počinjen u dobi 65+, dok i očekivano najmanji broj samoubojstava otpada na dob od 0-14 godina.



Slika 12. Dobno-specifične stope smrtnosti zbog samoubojstava u RH 1985., 1990., 1995., 2000., 2005., 2010. i 2013. godine

Izvor: HČJZ

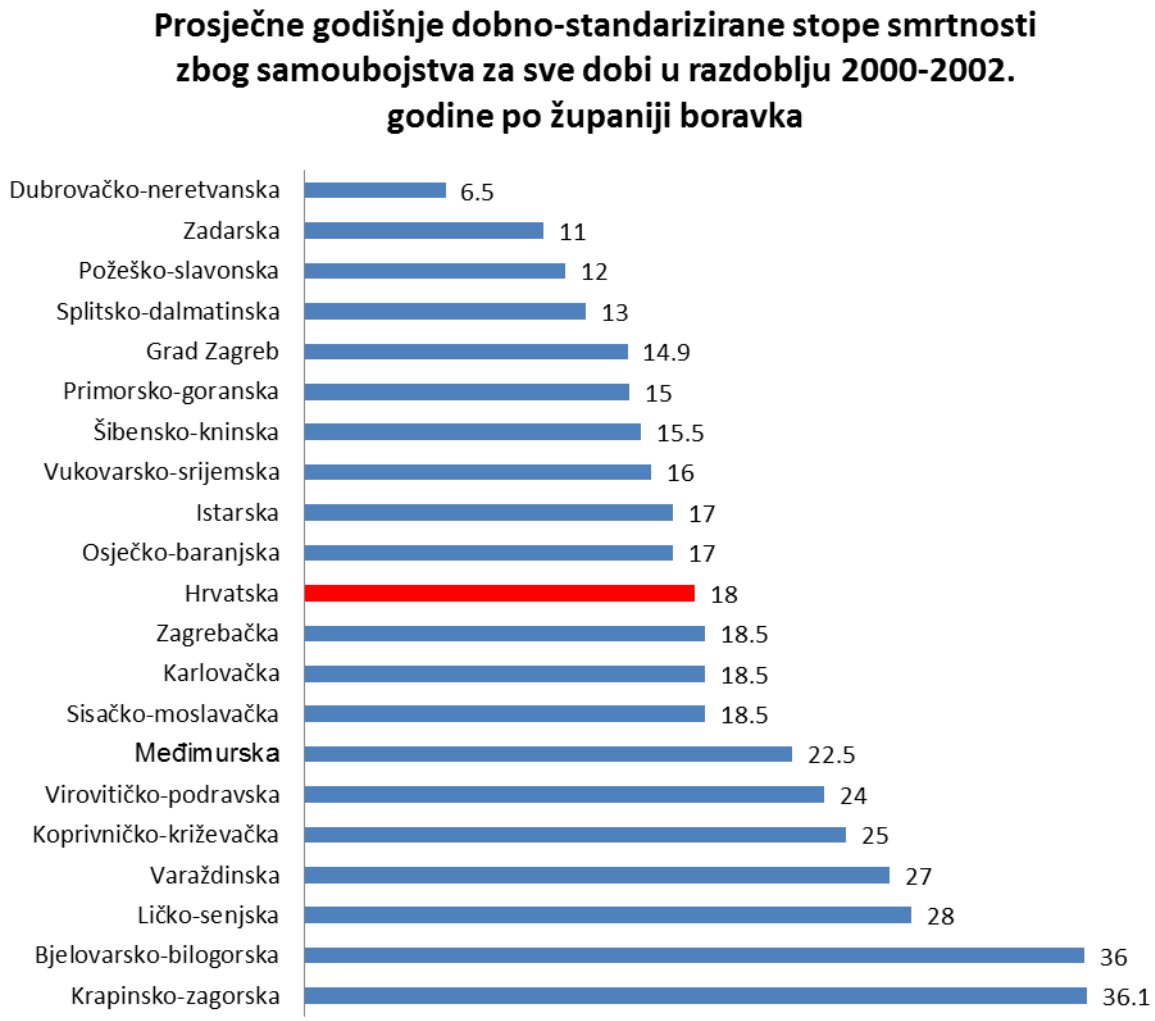
Na slici 13. vidljiv je porast samoubojstava, u svim dobima, tijekom ratnih godina. Nakon ratnog razdoblja broj samoubojstava otpada u svim dobnim skupinama ukupno, dok 2011. godine dolazi do porasta u dobnoj skupini od 0-64.



Slika 13. Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u RH za sve dobi i za dob 0-64, 1985. godine te u razdoblju 1990. – 2012. godine

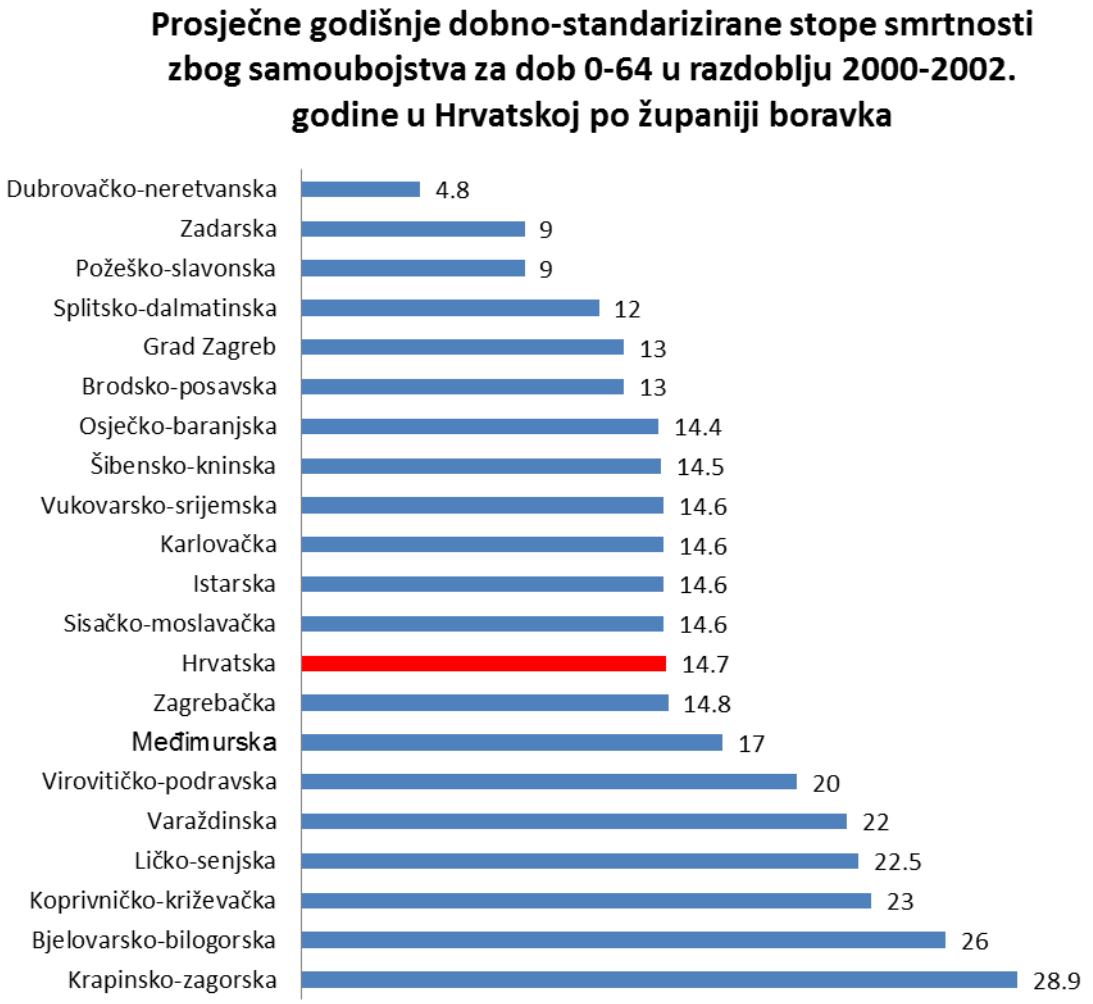
Izvor: WHO/Europe, HFA Database, April 2014

Na slikama 14. i 15. prikazane su prosječne godišnje dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u razdoblju 2000-2002. za sve dobi (slika 15.) i za dob od 0-64(slika 16.). Vidljive su značajne razlike stope smrtnosti zbog izvršenih samoubojstava po županijama Hrvatske. Prosječne godišnje dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u razdoblju 2000-2002. godine bile su najviše u Krapinsko–zagorskoj (stopa/100.000 za sve dobi 36,1; za dob 0-64 28,9) i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji (stopa/100.000 za sve dobi 36; za dob 0-64 26).Kada se uzme u obzir samo mlađa dob (0-64) vidljivo je da stopa samoubojstava opada.



Slika 14. Prosječne godišnje dobno-standarizirane stope smrtnosti zbog samoubojstva za sve dobi u razdoblju 2000-2002. godine po županiji boravka

Izvor: HČJZ

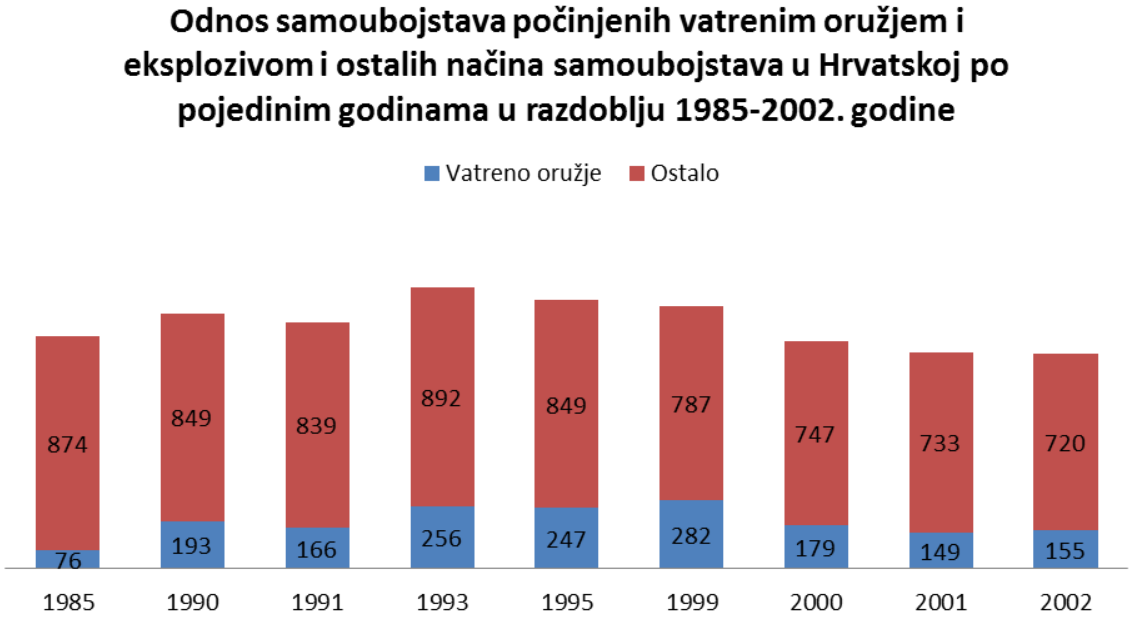


Slika 15. Prosječne godišnje dobno-standarizirane stope smrtnosti zbog samoubojstva za dob 0-64 u razdoblju 2000-2002. godine u Hrvatskoj po županiji boravka

Izvor: HČJZ

Prikaz načina počinjenja samoubojstava u RH

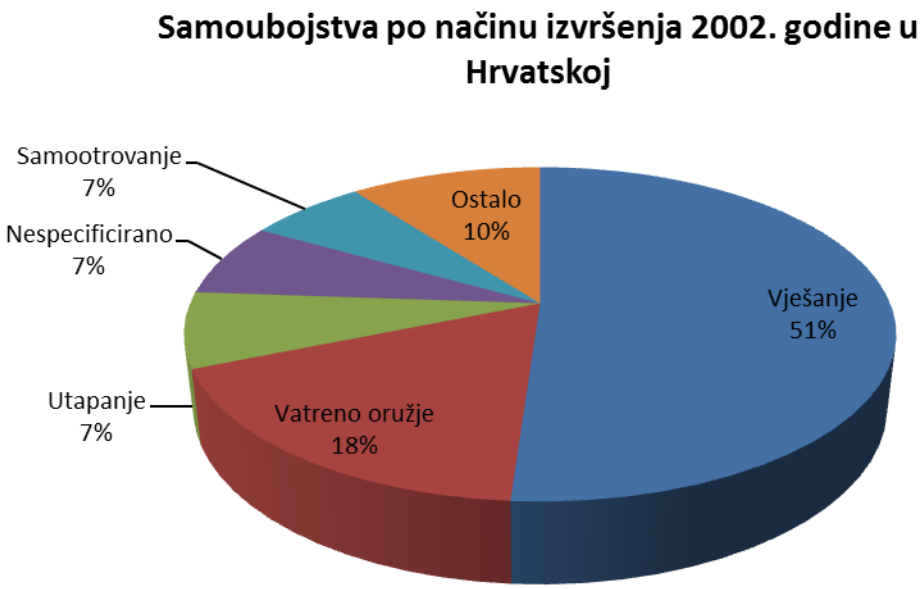
Na slici 16. prikazan je odnos samoubojstava počinjenih vatrenim oružjem i eksplozivima i ostali načina samoubojstva u RH po pojedinim godinama u razdoblju od 1985-2002. godine. Uočljiv je porast samoubojstava počinjenih vatrenim oružjem u ratno i poslјeratno doba (1993, 1995 i 1999. godina). 1999. godine broj samoubojstava počinjenih ratnim oružjem iznosi 282 od ukupno 787 počinjenih samoubojstava (35.8%).



Slika 16. Odnos samoubojstava počinjenih vatrenim oružjem i eksplozivom i ostalih načina samoubojstava u Hrvatskoj po pojedinim godinama u razdoblju 1985-2002. godine

Izvor: HČJZ

Na slici 18. prikazani su načini izvršenja samoubojstava u RH 2002. godine. gdje je vidljivo da je vješanje najčešći nači izvršenja samoubojstva(51%), na drugom njestu je su samoubojstva izvršena vatrenim oružjem(18%)



Slika 18. Najčešći načini izvršenja samoubojstva 2002. godine u Hrvatskoj

Izvor : HČJZ

U tablici 5. prikazani su skupine sa potecijalnim rizikom za smoubojstva. Uočljivo je između ostalog da muškarci imaju 2-3 puta veći rizik od žena te da najveći rizik za samoubojstvo imaju psihijatrijski bolesnici tjedna nakon otpusta iz psihijatrijske bolnice.

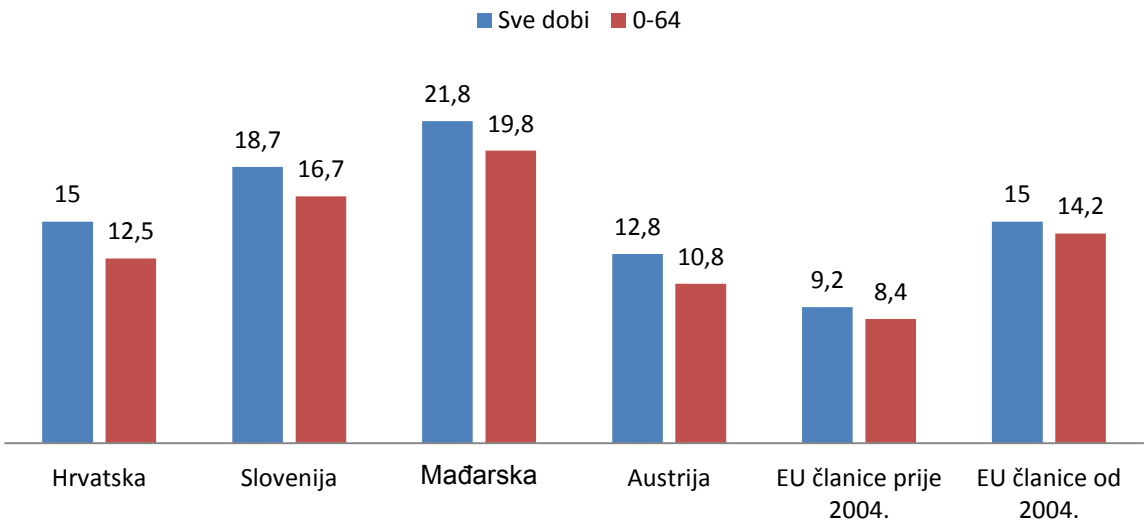
Tablica 5 . Potencijalni- rizik za samoubojstvo

Visoka rizična skupina	Procjena visine povišenog rizika
Muškarci u usporedbi s ženama	2-3 puta
Trenutni ili liječeni psihijatrijski bolesnik	10 puta
4 tjedna nakon otpusta iz psihijatrijske bolnice	100-200 puta
Ludi koji su namjerno sebi naudili u prošlosti	10-30 puta
Alkoholičari	5-20 puta
Neredovito uzimanje terapije	10-20 puta
Obiteljska povijest samoubojstva	Nepoznat
Ozbiljna fizička bolest/invalidnost	Nepoznat
Zatvorenici	9-10 puta
Uvjetni kažnjenici	8-13 puta
Doktori	2 puta
Poljoprivrednici	2 puta
Nezaposleni	2-3 puta
Rastavljeni	2-5 puta
Ljudi niskih primanja (socijalna kategorija IV/V)	4 puta

Izvor: HČJZ, modificirano po Berlotu 2002.

Usporedba stope smrtnosti zbog samoubojstva u RH i drugim europskim zemljama

Na slici 19. prikazane su dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstva za sve dobi i dob 0-64 po pojedinim zemljama Europe 2009. godine. Vidljivo je da je broj samoubojstava veći u starijim dobnim skupinama u svim zemljama, te se broj samoubojstava u Europi povećao s pridruživanjem zemalja članica nižeg ekonomskog standarda. Najveći broj samoubojstava je zabilježen u Mađarskoj, dok RH ima nešto više samoubojstava nego Austrija i približno jednaki broj kao i Europa.



Slika 19. Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstva za sve dobi i dob 0-64 po pojedinim zemljama Europe 2009. godine

Izvor: WHO/Europe, HFA Database

5. RASPRAVA

5.1.Udio duševnih poremećaja u RH

Iz prikupljenih i predočenih brojčanih podataka vidljivo je da se udio duševnih poremećaja u RH ne povećava zadnje desetljeće. Izdvojenim promatranjem udjela depresije unutar skupine, duševnih poremećaja uočljiv je porast udjela ove bolesti u istom razdoblju. Promatranjem pojavnosti bolesti u odnosu na spol oboljelih vidljivo je veča učestalost kod žena (20, 21).

Ako bismo promatrali podatke o pobolu kroz udio bolno-opskrbnih i broj hospitalizacija uočljiv je srazmjerno velik udio bolno-opskrbnih dana koji otpada na duševne poremećaje u odnosu na druge učestale bolesti, na depresivne poremećaje otpada 13% hospitaliziranih bolesnika od ukupno hospitaliziranih zbog nekog duševnog poremećaj (22). Vidljiv je znatno veći udio hospitaliziranih bolesnika kada se broju hospitalizacija zbog duševnih poremećaja pribroje starije dobne skupine. Vidljiva je različita zastupljenost u broju hospitalizacija za pojedine uzroke hospitalizacije promatrano po spolu. Dok su kod muškaraca na prvom mjestu duševni poremećaji uzrokovani akloholom, oni su kod žena tek na četvrtom mjestu uzroka. Depresivni poremećaji su, ukupno gledano za oba spola, na trećem mjestu po učestalosti hospitalizacija, za muškarce su četvrti uzrok, a za žene visoko na prvom mjestu hospitalizacija uzrokovanih duševnim poremećajima.

5.2. Udio bolesnika s duševnim poremećajima unutar sustava primarne zdravstvene zaštite

Promatranjem bolno-opskrbnih dana i broja hospitalizacija može se dobiti dojam male opterećenosti zdravstvenog sustava ovom bolešću. Zbog toga su nam bolji pokazatelj podatci dobiveni iz primarne zdravstvene zaštite i ordinacija opće medicine jer se najveći broj depresivnih ljudi liječi ambualntno ili kod liječnika obiteljske medicine. U odnosu na udio hospitaliziranih bolesnika zbog depresije uočljiv je znatno veći postotak bolesnika s depresivnim poremećajima koji se liječe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bez hospitalizacija. Promatranje samo hospitaliziranih bolesnika

ostavlja krivi dojam o malom udjelu bolesnika oboljelih od depresije i time znatno manjeg problema za cijeli zdravstveni sustav kao i društvo u cjelini (22,23).

5.3. Izvršena samoubojstva u Hrvatkoj

Broj izvršenih samoubojstava može biti pokazatelj ugroženosti duševnog zdravlja time i pokazatelj zastupljenosti broja smrti uzrokovanih depresijom.

U podatcima za RH vidljivo je smanjenje broja samoubojstava u oba spola u promatranom razdoblju od 1985.-2010. godine. Iz činjenice da je veći ukupni broj oboljelih od depresije, a da se smanjuje broj samoubojstava govori u prilog pravovremenom otkrivanju i većem uspjehu u liječenju ove bolesti (21).

Izvršena samoubojstva godinama su bila vodeći uzrok smrtnosti od ozljeda u RH s udjelom oko 30%. Posljednjih nekoliko godina došlo je do promjena na ljestvici ukupne smrtnosti od ozljeda. Padovi su vodeći uzrok, a izvršena samoubojstva nalaze se na 2. mjestu s udjelom od 26,2% 2010. godine. Stope izvršenih samoubojstava kod oba spola značajno rastu s dobi te se u dobi 65 i više godina bilježe najviše stope. U RH je, kao i u mnogim zemljama u pojedinim godinama bio zabilježen porast broja i stope izvršenih samoubojstava u dobi 15-19 godina. Godine 1985. stopa je iznosila 5,8, najviša stopa registrirana je 1999. god. (12,9), a od 2000. godine nadalje bilježi se pad stope u toj dobi (2010. godine stopa 6,0/100.000) (17). Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava po županijama pokazuju značajne razlike. 2010. godine stope su se kretale u rasponu od 8,9 do 33,3/100.000. Županije priobalnog dijela bilježe značajno niže stope izvršenih samoubojstava od pojedinih županija kontinentalnog dijela RH. RH bilježi niže dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava od susjednih zemalja Slovenije i Mađarske, a više od Austrije.

Usporedbom pronađenih podataka za Europske zemlje vidljivo je kako broj samoubojstava raste u starijim dobnim skupinama u svim zemljama Europe, te je broj samoubojstava u Europi povećan s pridruživanjem zemalja članica nižeg ekonomskog standard od starih članica Europske Unije (24). Najveći broj samoubojstava je

zabilježen u Mađarskoj, dok RH ima nešto više samoubojstava nego Austrija i približno jednaki broj kao i Europski prosjek.

U usporedbi sa zemljama EU, RH bilježi više stope smrtnosti od prosjeka zemalja starih članica, a podjednake stope za svu dob, te niže stope smrtnosti od samoubojstava za dob 0-64 godine od prosjeka zemalja novih članica (24-26).

5.4. Opterećenje zdravstvenog sustava uslijed liječenja i skrbi za duševne bolesnike

Tjelesno i duševno zdravlje ima ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Obje komponente općeg zdravlja čine teško djeljivu cjelinu, s obzirom na težinu problema koju u suvremenom svijetu imaju poremećaji duševnog zdravlja, podcjenjivanje problema, kao i specifičnost mjera koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti duševnog zdravlja, nacionalne politike usmjerene su na donošenje specifičnih strategija zaštite duševnog zdravlja (27).

Potrebu za ovim strateškim prisupom u zaštiti duševnog zdravlja potiču i veliki izazovi duševnog zdravlja populacije u suvremenom svijetu, kao što su demografske promjene, u smislu povećane zastupljenosti starije populacije te promjene zastupljenosti duševnih poremećaja u ukupnom pobolu stanovništva. Starenjem populacije povećat će se potreba za zdravstvenom zaštitom uz istovremeno smanjivanje radno sposobnog stanovništva. Rizik pojave nekih duševnih bolesti raste s dobi. Procjenjuje se da će depresija u ukupnoj populaciji do 2020. godine biti drugi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima. Izravni i neizrevni troškovi uslijed pojave duševnih bolesti u Europi procjenjuju se na 3 do 4% ukupnog bruto društvenog proizvoda. Većina troškova povezanih uz duševno zdravlje odnosi se na troškove izvan zdravstvenog sustava, prije svega na izostajanje s posla, nesposobnost za rad i rano umirovljenje (28).

U RH dodatno opterećenje problemom donijele su i posljedice Domovinskog rata i tranzicije, uključujući porast socijalne nesigurnosti i porast poremećaja vezanih uz stres. Uz navedeno porasla je i zloupotreba psihoaktivnih tvari. Spomenute društvene i ekonomske promjene dovele su do raskidanja uspostavljene mreže zdravstvenog, socijalnog, obrazovnog i gosodarskog sustava te ograničenja mogućnosti financiranja.

Duševni poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, kroničnog tijeka, smanjene kvalitete života oboljelog i njegove obitelji kao i značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite jedan su od prioritetnih javnozdravstvenih problema u svijetu i kod nas.

Skupina duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja sudjeluje u ukupnom bolničkom pobolu s udjelom od 6-7%. Najveći broj hospitalizacija je u dobi 20-59 godina što ovu skupinu bolesti svrstava u vodeći uzrok bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Svaki 4-5 dan bolničkog liječenja koristi se za duševne poremećaje. U specijalističko-konzilijarnoj djelatnosti broj psihijatrijskih pregleda predstavlja udio od 8% u ukupnom broju (27, 28).

Prema procjenama više od 20% odrasle populacije u Europi u bilo kojem trenutku pati od nekog problema duševnog zdravlja ili duševnog poremećaja. U adolescenata se procjenjuje kako je pojavnost tih problema podjednaka. Visoka prevalencija, često kronični tijek ovih poremećaja, kao i početak poremećaja u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, dovode do golemog ekonomskog opterećenja društva. Ukupni troškovi zbog duševnih poremećaja iznose 3-4% bruto nacionalnog dohotka zemalja (24). Indirektni troškovi, zbog smanjene produktivnosti, bolovanja i invalidnosti oboljelih, mogu i nadmašiti direktne troškove zbog korištenja zdravstvenih službi.

Osobe s problemima duševnog zdravlja imaju povećan morbiditet i mortalitet od somatskih bolesti. Narušeno duševno zdravlje može pogoršati tjelesno zdravlje i obrnuto. Broj samoubojstava, koji su jedan od pokazatelja ugroženosti duševnog zdravlja, u mnogim je zemljama viši od broja poginulih u prometnim nesrećama. Duševni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku subjektivnu patnju i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, ali i njihovih obitelji i okoline.

5.4.1. Globalno opterećenje depresijom

Istraživanje Globalnog opterećenja bolestima (GBD) u procjenama za 2000. godinu ukazuje da su duševni i neurološki poremećaji sudjelovali s udjelom 12,3% u ukupnom opterećenju bolestima (godine života prilagođene dizabilitetu/DALYs) te s

udjelom od čak 30,8% u ukupnom dizabilitetu (izgubljene godine života zbog dizabiliteta/YLD). Na ljestvici vodećih uzroka opterećenja bolestima (DALYs) za sve dobi ukupno, unipolarni depresivni poremećaji nalazili su se na 4. mjestu s udjelom 4,4%, a na ljestvici vodećih uzroka dizabiliteta (YLD) bili su vodeća dijagnoza s udjelom 11,9% (26). Još su tri dijagnostičke kategorije bile iz skupine duševnih poremećaja u vodećim uzrocima dizabiliteta: poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 3,1%, shizofrenija s udjelom 2,8% i bipolarni poremećaj s udjelom 2,5%. Prema procjeni Globalnog opterećenja bolestima (GBD), za 2004. godinu, unipolarni depresivni poremećaji na trećem su mjestu ljestvice opterećenja bolestima (DALYs) i za Europsku regiju i za svijet te na prvom mjestu ljestvice dizabiliteta (YLD) kod oba spola. Kod muškaraca iza depresivnih poremećaja slijede poremećaji uzrokovani alkoholom, na 5. mjestu je shizofrenija, a na 7. bipolarni poremećaj. Kod žena, gdje su unipolarni depresivni poremećaji zastupljeni s udjelom od čak 13,4%, shizofrenija je na 6. mjestu, bipolarni poremećaj na 8., a Alzheimerova i druge demencije na 10. mjestu vodećih uzroka dizabiliteta. Prema procjenama Globalnog opterećenja bolestima za 2030. godinu, unipolarni depresivni poremećaji s udjelom od 6,2%, postat će vodeća dijagnostička kategorija u uzrocima opterećenja bolestima (DALYs) na svjetskoj razini (24,28,29).

5.4.1.1.Opterećenje depresijom u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj

Skupina duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja godinama sudjeluje s udjelom 6-7% (1985-2012) u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija, u dobi je 20-59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi (28). Više od 70% hospitalizacija bilo je u dobi 20-59 godina (24,28). Svaki 4. ili 5. dan bolničkog liječenja koristi se za ove poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja. Psihijatrijski pregledi sudjeluju s udjelom 7-8% u ukupnom broju specijalističkih pregleda na razini specijalističko-konzilijarne djelatnosti. U specijalističko-konzilijarnoj djelatnosti registrirano je više od 85% pregleda za osobe u dobi 20-64 godine. Duševni poremećaji uzrokovani alkoholom i shizofrenija godinama su vodeće dijagnostičke kategorije u ukupnom bolničkom pobolu zbog duševnih poremećaja. U 2009. godini registrirano je ukupno 5.691 hospitalizacija zbog

depresivnih poremećaja (22). Značajnije su razlike u pobolu prema spolu i dobi. Muškarci su najčešće hospitalizirani zbog duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom i reakcijom na teški stres uključujući PTSP, dok su žene najčešće hospitalizirane zbog depresivnih poremećaja i shizofrenije.

5.4.1.2. Opterećenje primarne zdravstvene zaštite duševnim poremećajima

Trendovi porasta pobola od duševnih poremećaja registriraju se i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a njihov udio iznosi 4-5% u ukupnom pobolu. Neuroze, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji, s udjelom oko 50%, vodeća su dijagnostička podskupina (22,24).

U Registru osoba s invaliditetom registrirano je oko 26% osoba s dijagnozama ove skupine poremećaja. Veća učestalost zabilježena je kod muškog spola, a najviše invalidnih osoba u dobi je 55-59 godina. Najčešći uzroci invaliditeta ili dijagnoza koje pridonose funkcionalnom oštećenju osobe, iz skupine su neurotskih, vezanih uz stres te somatoformnih poremećaja s udjelom oko 30% (22,24).

5.5. Opterećenje zdravstvenog sustava uslijed liječenja i skrbi za depresivne bolesnike

Depresija narušava kvalitetu života i rada bolesnika, ali i njihovih obitelji. Najčešći je uzrok radne nesposobnosti, oboljele čini manje produktivnima i čini ih odgovornijima za povećanje broja bolovanja i nesreća. Navike i životni stil depresivnih osoba su faktor rizika za tjelesne poremećaje (neaktivnost, pušenje, debljina). Depresija povećava dužinu bolničkog liječenja, količinu terapijskih postupaka, stopu ponovnog bolničkog liječenja i troškove medicinske skrbi. Uz adekvatnu medicinsku pomoć, glavni izvor snaga oboljelima je njihova obitelj. Zaštitna funkcija obitelji čini veliki kontrolni i terapijski potencijal i zato su važni mehanizmi za pristup ovoj problematici osnaživanje i zagovaranje (16,30-31).

Bolnički pobol zbog depresivnih poremećaja uključuje hospitalizacije zbog depresivnih epizoda i povratnog depresivnog poremećaja. U razdoblju 1995.- 2010. godine registrira se uzlazni trend u bolničkom pobolu zbog depresivnih poremećaja sa značajnim porastom broja i stope hospitalizacija, ukupno i prema spolu. Ukupna stopa

hospitalizacije 1995. godine iznosila je 54,6/100.000 (2.610 hospitalizacija), 2000.godine bila je 77,1 (3.421 hospitalizacija), 2005. godine 103,9 (4.611 hospitalizacija), dok je 2010. godine iznosila 122,4/100.000 (5.430 hospitalizacija) (25,27). Prosječno trajanje bolničkog liječenja 1995. godine iznosilo je 32,1 dana (83.657 bolničko - opskrbnih dana), dok je 2010. godine iznosilo 28,4 dana (154.116 bolničko - opskrbnih dana). Broj hospitalizacija žena skoro je dvostruko veći nego muškaraca (prosječno 1,8 : 1). Stopa hospitalizacija za svu dob ukupno i prema dobnim skupinama, veća je za žene nego za muškarce. Stopa hospitalizacija najviša je u dobi 40-59 godina. Godine 2010. za dob 20-39 godina stopa je bila podjednaka kod oba spola (muškarci 43,7; žene 45,8). Za dob 40-59 godina stopa je iznosila 326,7/100.000 (muškarci 260,1; žene 391,8), a za dob 60 i više godina ukupna stopa iznosila je 96,6/100.000 (22,24).

5.6. Zaštita duševnog zdravlja

Metode intervencije i pristupi uključuju prevenciju i rano prepoznavanje prvih znakova depresije, promociju duševnog zdravlja te povećanje svjesnosti o važnosti duševnog zdravlja. Primjena pravovremenog i adekvatnog liječenja lijekovima, psihološkim i psihosocijalnim metodama, provedba anti-stigma programa te edukacijska predavanja stručnjaka raznih profila kroz radionice za potporu značajno će pomoći osobama oboljelim od depresije i njihovim obiteljima te ubrzati oporavak. Depresiju stoga moramo dobro upoznati da bismo se lakše mogli boriti protiv nje. Uključivanje oboljelih od depresije i njihovih obitelji u sam projekt, edukacija volontera i članova tima, opskrba edukativnim materijalima te praćenje i evaluacija rada, suradnja profesionalaca u duševnom zdravlju s korisnicima usluga (pacijentima) članovima obitelji, sustavom socijalne skrbi, prava, obrazovanja, rada i zdravstva aktivnosti su za postizanje zadanih ciljeva povratka oboljele osobe u svakodnevni život i rad. Potrebno prihvatiti bolesnika i obitelji kao ravnopravne partnere u planiranju programa resocijalizacije, adekvatnih usluga i servisa za duševno zdravlje. Osmišljavanje i implementiranje sveobuhvatnog i efikasnog sustava za duševno zdravlje uključuje promociju, prevenciju, liječenje, rehabilitaciju, brigu i oporavak.

Zaštita duševnog zdravlja u Europi temelji se na zajedničkim vrijednostima i načelima univerzalnosti, solidarnosti, dostupnosti, učinkovitosti, visoke kakvoće i sigurnosti zdravstvene zaštite. Na Ministarskoj konferenciji o duševnom zdravlju Svjetske zdravstvene organizacije u Helsinkiju 2005. godine prihvaćena je Deklaracija o duševnom zdravlju i Akcijski plan za duševno zdravlje za Europu (24). Tim dokumentima data je snažna politička podrška zaštiti duševnog zdravlja te je uspostavljen okvir za cjelovitu akciju. Na konferenciji na visokoj razini 2008. godine prihvaćen je Europski pakt za duševno zdravlje koji izdvaja pet prioritetnih područja u zaštiti duševnog zdravlja: prevenciju depresije i samoubojstava, duševno zdravlje u mladosti i obrazovanju, duševno zdravlje na radnom mjestu, duševno zdravlje starijih osoba te borbu protiv stigmi i socijalne isključenosti.

RH ima desetljećima dugu tradiciju u zaštiti duševnog zdravlja. Neka područja zaštite duševnog zdravlja obuhvaćena su u dokumentima RH izravno (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Plan i program mjera zdravstvene zaštite) te neizravno u okviru niza zakona, strategija i planova. U tijeku pregovaračkog procesa za punopravno članstvo u Europskoj uniji RH obvezala se donijeti strateške i provedbene dokumente iz pojedinih područja, među kojima je i područje duševnog zdravlja (28).

Nacionalna strategija zaštite duševnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine usvojena je na Vladi RH u rujnu 2010. godine (28). Područja djelovanja Strategije su: unaprjeđenje duševnog zdravlja u općoj populaciji, u dobno-specifičnim i vulnerabilnim populacijama, unaprjeđenje duševnog zdravlja na radnom mjestu, prevencija, liječenje i rehabilitacija duševnih poremećaja, zaštita duševnog zdravlja u zajednici i suradnja s drugim sektorima, razmjena informacija i znanja, istraživanje.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine i Dopunama i izmjenama Zakona iz 2010. godine zaštita duševnog zdravlja obuhvaćena je na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, a provode je HZJZ, županijski zavodi za javno zdravstvo te zdravstvene ustanove (28). Mrežom javne zdravstvene službe utvrđena je mreža timova za zaštitu duševnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo županija i grada Zagreba. Postojeće službe za prevenciju ovisnosti proširile su djelokrug aktivnosti na zaštitu duševnog

zdravlja te je organizirana djelatnost zaštite duševnog zdravlja, prevencije i izvan bolničkog liječenja ovisnosti na razni županijskih zavoda.

Skrb za duševno zdravlje u lokalnoj zajednici slabije je razvijena osim pojedinačnih programa kao što je prevencija ovisnosti. Pri županijskim zavodima za javno zdravstvo oformili su se timovi zaštite duševnog zdravlja (voditelj tima psihijatar, članovi: med. sestre, psiholozi, soc. radnici, defektolozi) , a uspostavljena je i mreža obiteljskih centara. U financijski i kadrovski potentnijim sredinama postoje i dodatne usluge praćenja rane interakcije roditelja i djece, zaštite duševnog zdravlja pri domovima zdravlja te zaštite duševnog zdravlja djece žrtava nasilja. Nekoliko nevladinih organizacija pruža usluge žrvama nasilja u smislu pravnih savjeta i pružanja skloništa..

Osobe s duševnim poremećajima imaju teškoća u ostvarenju socijalnih prava uslijed specifičnosti svoje bolesti iako je sustav socijalne skrbi jedan od najboljih u regiji. U sustavu socijalne skrbi smještaj duševno bolesnih osoba najčešće je u velikim ustanovama što izravno smanjuje kvalitetu i nije temelj prave reintegracije. Zato se reintegracija pokušava s drugim modelima kao što je smještaj u druge obitelji.

Informacijski sustav ne daje dovoljno informacija za pravovremenu intervenciju. Sustavno se ne bilježe bitni podatci kao predhodno suicidalno ponašanje ilil epizode samoozljeđivanja.

Edukacija medicinskog, ne psihijatrijskog, osoblja u našoj državi nije dostatna, a obrazovanje drugih stručnjaka uključenih u zaštitu duševnog zdravlja je bazično.

Standard u specijalnim psihijatrijskim bolnicama je ispod prosjeka općih bolnica.

Zaštita duševnog zdravlja obuhvaća mjere i aktivnosti u nekoliko ključnih područja djelovanja (31):

- promociji i unapređenju duševnog zdravlja,
- prevenciji,
- ranom prepoznavanju,
- liječenju i rehabilitaciji poremećaja ponašanja i duševnih poremećaja.

5.7. Promocija duševnog zdravlja

Promicanje duševnog zdravlja interdisciplinarna je i sociokulturna aktivnost primjerena ostvarenju uvjeta koji će povećati dobrobit pojedinaca, grupa i zajednica. Ona podrazumijeva stvaranje uvjeta za pojedinca, socijalnih i društvenih uvjeta te uvjeta okoline koji omogućuju optimalni psihološki i psihofizički razvoj i smanjenje problema duševnog zdravlja.

Aktivnosti su usmjerene prema cjelokupnoj populaciji, ali i specifične za određene populacijske skupine (rizične i vulnerabilne). Promocija duševnog zdravlja uključuje: aktivnosti na razumijevanju duševnog zdravlja i podizanju svjesnosti o važnosti duševnog zdravlja kao dijela općeg zdravlja, na promociji dobrog duševnog zdravlja i blagostanja, razumijevanje problema duševnog zdravlja i duševnih poremećaja, borbu protiv stigme i diskriminacije. Uključuje aktivnosti koje unaprjeđuju duševno zdravlje jačanjem zaštitnih čimbenika i smanjivanjem čimbenika koji mu štete. Učinkovite mjere promocije rezultiraju boljom kvalitetom života, boljim socijalnim funkcioniranjem, boljim uklapanjem u društvo, smanjenjem ljudske patnje, nižom incidencijom i prevalencijom duševnih poremećaja (32,33).

5.7.1. Polazne točke za promicanje duševnog zdravlja

Teško je pronaći društvene pojave koje nisu povezane s duševnim zdravljem i koje izravno ili neizravno ne utječu na njega:

1. Prevladavanje predispozicijskih i precipitirajućih čimbenika ili čimbenika koji podržavaju narušeno duševno zdravlje.

   Genetski čimbenici, rana životna iskustva i loš roditeljski odgoj primjeri su predispozicijskih čimbenika. Stresni događaji u društvu ili okolišu tipični su precipitirajući čimbenici. Kronične socijalne nedaće npr. siromaštvo, drugi stresori i stigma primjeri su čimbenika koji podupiru narušeno duševno zdravlje, dok je socijalna potpora primjer čimbenika koji podupiru duševno zdravlje.
2. Ciljne grupe aktivnosti. Promicanje duševnog zdravlja može se usredotočiti na cijelu populaciju ili na manje skupine definirane npr. prema dobi, spolu, zanimanju, specifičnom riziku ili raznim oblicima deprivacije (nezaposleni, beskućnici, izbjeglice, useljenici, prostitutke).

3. Okruženja u kojima se intervencije provode, kao što su obitelj, dnevni boravak, škola, radno mjesto, zdravstvene i socijalne službe, mediji, zatvori ili oružane snage
4. Razina na kojoj se intervencije provode, kao međunarodna, nacionalna, regionalna, lokalna ili na razini pojedinca, na kojoj se akcija promicanja duševnog zdravlja provodi.

   Akcija u okviru javnog zdravstva klasificira se na četiri razine:

   a) politika,
   b) program (npr. s težištem na jednoj skupini bolesti),
   c) specifične akcije (npr. razvojna služba),
   d) specifični produkti (npr. model intervencije).
5. Metode za akcije i intervencije. U promicanju duševnog zdravlja brojna su pomagala za akciju, a obuhvaćaju širenje informacija i dijalog između administracije, profesionalaca i građana. One uključuju i razvoj javnih službi, integraciju pitanja duševnog zdravlja u školovanje i nastavne programe, reorijentiranje istraživanja o duševnom zdravlju i njegovo promicanje te razne inovacijske mjere, npr. primjenu informatičke tehnologije (28,32,33).

5.7.2. Dokaz o učinkovitosti

Prema relevantnoj literaturi najbolje se intervencije usredotočuju na više od jednog čimbenika, odnosno usmjerene su na kombinaciju nekoliko rizičnih ili zaštitnih čimbenika:

1. Intervencije trebaju obuhvatiti relevantne dijelove društvene mreže ciljne grupe kao što su roditelji, nastavnici ili obitelj.
2. Trebaju intervenirati u više navrata umjesto da interveniraju samo jedan put.
3. Potrebno je primijeniti kombinaciju intervencijskih metoda (npr. socijalnu potporu i vještine za prevladavanje problema). (24)

Prevencija duševnih poremećaja uključuje: primarnu prevenciju koja je usmjerena smanjenju incidencije duševnih poremećaja te podrazumijeva suzbijanje čimbenika rizika za razvoj duševnih poremećaja, kao i jačanje zaštitnih čimbenika (praćenje vulnerabilnih i rizičnih skupina).

Sekundarnu prevenciju koja je usmjerena smanjenju prevalencije duševnih poremećaja skraćivanjem njihovog trajanja ranim otkrivanjem i promptnim liječenjem.

Tercijarnu prevenciju koja je usmjerena smanjivanju težine bolesti i dizabiliteta (onesposobljenosti) vezanih uz određeni poremećaj liječenjem i medicinskom, radnom i socijalnom rehabilitacijom, skrbi za kvalitetu života te sprječavanje prijevremenog umiranja, uključujući prevenciju samoubojstava.

5.8. Elementi javnozdravstvenog djelovanja na području duševnog zdravlja

Službena politika metalnog zdravlja treba biti popraćena strateškim programom provedbe s ciljevima procesa i ishoda koji se mogu kvantificirati. Potrebni su i rokovi za akciju, znatna politička volja i potpora.

5.8.1. Duševno zdravlje u službenim politikama

- **Zapošljavanje** - pokazalo se da rad, nezaposlenost te posebni uvjeti rada imaju velik utjecaj na duševno zdravlje i na korištenje duševnozdravstvenih usluga. Stope bolesti veće su među nezaposlenima nego među zaposlenima. Radna mjesta ključno su okruženje za promicanje duševnoga i za promicanje tjelesnog zdravlja, a poslodavce treba ohrabrivati da duševno zdravlje uvrste u svoju zdravstvenu politiku na radnome mjestu.
- **Školovanje** - nedovoljna školovanost pridonosi problemima duševnog zdravlja i isključivanju iz društva zbog povećanih teškoća u nalaženju posla te u potpunom sudjelovanju u drugim društvenim ulogama. Zato je škola važno okruženje za promicanje duševnog zdravlja, a edukacija o duševnom zdravlju trebala bi biti dio zdravstvenih i socijalnih zdravstvenih programa. Škole treba podjednako obvezati na poboljšavanje i održavanje duševnog i tjelesnog zdravlja učenika, nastavnika i ostalog osoblja.

- **Stanovanje** - loši uvjeti stanovanja i beskućništvo dovedeni su u svezu s narušenim duševnim zdravljem, a dokazano je da poboljšanje tih čimbenika poboljšava duševno zdravlje.
- **Okoliš** - fizičko i socijalno okruženje mogu imati znatan učinak na duševno zdravlje. Današnji su izazovi kako osigurati fizičko i duševno dobro i zdravo okruženje u gradskim i u seoskim područjima.
- **Jednakost** - jednakost i nediskriminacija uistinu imaju pozitivan učinak na duševno zdravlje. Na razini Europske unije se poduzimaju inicijative kojima je cilj zabraniti svaku diskriminaciju na osnovi spola, rase, boje kože, etničke pripadnosti ili socijalnog podrijetla, genetskih karakteristika, jezika, vjere ili vjerovanja, ili zastupanje bilo kakvog drugog mišljenja neke nacionalne manjine, ili na osnovi imovinskog stanja, rođenja, dizabiliteta (onesposobljenosti), dobi ili spolne orijentacije. Doživljena diskriminacija prema bilo kojem od spomenutih pitanja može pridonijeti problemima duševnog zdravlja ili dovesti do isključenja iz društva (34,35).

5.8.2. Sastavnice zaštite u zdravstvenim i socijalnim službama

- **Primarna zaštita** - nijedna zemlja ne može si priuštiti ni približno dovoljan broj specijalista za prijam i zaštitu svakoga s problemima duševnog zdravlja. Većinu ljudi s takvim problemima trebat će pregledati i zbrinuti u sklopu primarne zdravstvene zaštite. Ondje gdje je prikladno, bitno je ojačati osnovnu i trajnu stručnu izobrazbu osoblja za primarnu zdravstvenu zaštitu povećavanjem njihova znanja o promicanju duševnog zdravlja i preventivi, ocjenjivanju, dijagnosticiranju i obradi problema duševnog zdravlja i kriterija za upućivanje osoba s takvim problemima u sekundarnu zaštitu.
- **Specijalne službe za planiranje i stvaranje resursa** - sve zemlje članice Europske unije prolaze kroz snažni proces deinstitucionalizacije, udaljujući se od starih i udaljenih velikih bolnica za duševne bolesti. Stoga pozornost treba pridati pružanju dostatnih, visokokvalitetnih duševno-zdravstvenih usluga zasnovanih na lokalnoj zajednici. O osobama s teškim problemima duševnog zdravlja treba se brinuti u što je moguće manje restriktivnom okruženju, koje je

u skladu sa zdravljem i sigurnošću kako osobe, tako i njegove okoline, a uz poštovanje ljudskih prava. Kakve stvarno trebaju biti strukture službe i njihov ustroj ovisi o lokalnim potrebama, kulturi i resursima. Osobito je važno istaknuti resocijalizaciju osobe i njezin povratak redovitim dnevnim aktivnostima (24).

- **Socijalne službe** - presudna je uloga socijalnih služba u rješavanju problema duševnog zdravlja na razini zajednice. Socijalni problemi često su vezani za narušeno duševno zdravlje. Siromaštvo, problemi ovisnosti, neuspjesi u roditeljskoj ulozi i nasilje ugrožavaju rast i zdravlje djece, uključujući i duševno zdravlje. Odrasli koji su dugoročno nezaposleni, beskućnici ili ovisnici često imaju teške i neliječene tjelesne i duševne zdravstvene probleme. Osoblje u socijalnim službama treba educirati da u sklopu svoje struke prepoznaju i pomažu ljudima s problemima duševnog zdravlja. Oni moraju procijeniti kad je potrebna pomoć specijalista i/ili upućivanje na psihijatrijsko liječenje. Nadzor, konzultiranje i timska potpora trebaju tom osoblju biti na raspolaganju da bi se unaprijedile odgovarajuće vrste zaštite, uključujući i duševnozdravstvenu.
- **Suradnja i veze između služba** - treba razmotriti odgovarajuću i učinkovitu suradnju između zdravstvenog sektora i socijalnih služba. Međuinstitucijski rad sa školama, službama zapošljavanja, policijom, zatvorima, te suradnja s nevladinim udrugama i predstavnicima vjerskih institucija primjeri su suradnje važne za duševno zdravlje (28).

5.8.3. Infrastrukturna potpora

- **Praćenje duševnog zdravlja** - između zemalja članica Europske unije mora se osnovati sustav za praćenje duševnog zdravlja. On se treba zasnivati na zajedničkim definicijama i metodama prikupljanja te uklopiti u opći sustav praćenja zdravlja. Sustav praćenja treba obuhvatiti psihijatrijski morbiditet, dobro (pozitivno) duševno zdravlje, te podatke iz zdravstvenih sustava. Neke odrednice, kao što su socijalni čimbenici, trebaju biti dostupne, a uz to treba izraditi planove za redovite analize i objavljivanje rezultata.
- **Istraživanje i razvoj** - politika duševnog zdravlja treba uspostaviti strategiju održivog istraživanja i razvoja radi potpore programu razvoja politike i njegove

provedbe. Osobito važan doprinos politici i planiranju jesu evaluacija programa, epidemiologija i ekonomika duševnog zdravlja.

- **Ljudski resursi** - slično tako postoji i potreba za strategijom ljudskih resursa za provedbu politike koja obuhvaća promicanje duševnog zdravlja, primarnu i sekundarnu prevenciju, zbrinjavanje te prevenciju smrtnosti. Treba postojati održivi plan za angažiranje, temeljnu trajnu stručnu izobrazbu relevantnog osoblja, kako u zdravstvenom sektoru (uključujući osoblje primarne i sekundarne zaštite), tako i u socijalnome te u školama, na radnim mjestima i u drugim sredinama.
- **Uključivanje nevladinih organizacija, korisnika i davatelja usluga** - građani, osobe s problemima duševnog zdravlja, njihove obitelji, davatelji usluga i zajednica korisnici su službe za duševno zdravlje. Njihovim angažiranjem može se uvelike poboljšati planiranje i pružanje usluga, jer oni mogu upozoriti na praznine i probleme, kao i prokomentirati ono što funkcionira dobro. Nacionalna potpora nevladinim organizacijama za duševno zdravlje isplativ je način poticanja napretka.
- duševno zdravlje isplativ je način poticanja napretka (34,35).

5.9. Uloga medicinske sestre u promociji duševnog zdravlja

Javno-zdravstvena skrb je specijalizirani oblik sestrinstva koji kombinira skrb i javnozdravstvena načela. Primarni fokus javno zdravstvene skrbi je poboljšanje zdravlja u zajednici kao cjelini, a ne samo pojedincu i obitelji (36).

Sestrinstvo se sve više u svijetu počinje shvaćati kao disciplina koja ima prepoznatljiv program djelovanja i koja je nezavisna od drugih disciplina u sastavu zdravstvene zaštite. Neki ga shvaćaju kao zanimanje, neki kao naučnu disciplinu, ali i profesiju jer ima svoju djelatnost „Zdravstvenu njegu i odgoj“. Patronažna sestra je ta koja se brine za promicanje duševnog, fizičkog i socijalnog blagostanja u zajednici dajući savjete i podršku obiteljima u svim dobnim skupinama. U brzom identificiranju problema u smislu primarne i sekundarne prevencije može se osim razgovora s pojedincem i njegovom obitelji služiti jednostavnim testovima kao što je Gerijatrijska skala depresije u skraćenom obliku preporučena od referentnog Centra za gerontologiju

zavoda za javno zdravstvo (Prilog). Ovim je naglašena i posebna pažnja koju zahtijeva sve veći broj starih ljudi kod nas i u svijetu s većim udjelom žena u ovoj populaciji, a iz rezultata razvidno je da je veća zastupljenost depresije u ženskoj populaciji.

U sustavu zdravstva RH služba koja provodi ovu djelatnost u zavodu je Služba za javno zdravstvo i socijalnu medicinu. Ona se dijeli na četiri odjela: Odjel za zdravstveni odgoj i prosvjećivanje, Odjel za zdravstvenu statistiku, Odjel za zaštitu duševnog zdravlja i prevenciju ovisnosti i Odjel gerontološke zdravstvene zaštite. Kadrovi koji rade u ovoj službi su dr. med, specijalist javnog zdravstva, diplomirani medicinski tehničar, psiholog i viši statističar. Odjel za „Zdravstveni odgoj i prosvjećivanje" vodi dipl. med. techn. koji je zadužen za provođenje zadataka odjela, po odobrenju rukovoditelja službe (37).

U idealnom slučaju rad javno-zdravstvenih sestara u službama za javno zdravstvo se definira kao rad „Primarne prevencije", što znaci sprečavanje bolesti, ozljeda, invalidnosti i prerane smrti. Javnozdravstvene sestre rade u timu s drugim javnozdravstvenim djelatnicima, kao što su stručnjaci zdravstvene ekologije, epidemiologije, javnozdravstvenim liječnicima, liječnicima opće prakse, psiholozima, i nutricionistima (38).

Kao članovi ovog tima, oni rade s lokalnim zajednicama na procjeni prioriteta velikih zdravstvenih problema i rade na planu da ublaže ili eliminiraju te probleme i uvjete koji doprinose njihovom razvoju (39).

Javnozdravstvene sestre su u mogućnosti pomoći pojedincima i obiteljima poduzeti mjere za poboljšanje njihovog zdravstvenog stanja. Često to ima oblik učenja o zdravom načinu života u kuci, na radnom mjestu, te u zajednici.

Problematika sa kojom se sestre susreću u zavodima, osim nedostatka kadra, je i sama izoliranost, tj. loš dotok informacije koje se zbivaju u vezi sestrinstva. Uzrok tog problema, između ostalog, je mali broj sestara po zavodima i njihova dislociranost po ispostavama. Sva djelovanja se najviše prate i dešavaju u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, za razliku od preventivnog segmenta. Unazad nekoliko godina počinje se razvijati svijest, o bitnoj ulozi prevencije i mjestu javno-zdravstvene sestre u preventivnim aktivnostima. Preventivni rad je osnovna zaštita koja se pruža, na mjestu gdje ljudi žive, rade i gdje se školuju. Ta zaštita razumijeva sveobuhvatnu skrb za

zdravlje, provedbu preventivnih i kurativnih mjera, zdravstveni odgoj te suradnju sa svim organizacijama i ustanovama koje mogu pridonijeti boljem zdravlju stanovništva. A prvi koji ju provode, obilaze domove, kuće, škole, su sestre. Ovlast rada medicinske sestre je vrlo široka, od učenja djece, pranju ruku, odraslih da očuvaju svoje zdravlja, do rukovođenja visoko sofisticiranom medicinskom tehnologijom kojom se može očuvati i sačuvati ljudski život (40-42).

Sestra je ovdje dio tima koji predlaže glavne strategije za akciju na području duševnog zdravlja koje trebaju obuhvatiti pitanja kao što su razvoj općih politika povoljnih za duševno zdravlje stanovništva, ocjena učinka na duševno zdravlje u društvenom planiranju i odlučivanju, promicanje duševnog zdravlja u svim relevantnim sredinama, smanjivanje rizičnih čimbenika za probleme duševnog zdravlja, smanjenje stigme narušenog duševnog zdravlja te zaštita ljudskih prava i dostojanstva svih građana. Osim tih, potrebne su i akcije praćenja prikladnih usluga za rano otkrivanje, njegu, liječenje i rehabilitaciju te za prevenciju smrtnosti.

5.9.1. Sestrinske kompetencije za promicanje duševnog zdravlja

U povijesti zapadne civilizacije od kraja Drugog svjetskog rata napravljeni su značajni pomaci u psihijatrijskoj skrbi i značajne reforme. U zemljama kao što su Francuska, Engleska, Italija, SAD, Kanada i Španjolska, sestre doprinose unapređenju zdravstvene zaštite duševnog zdravlja i transformacije modela zdravstvene zaštite u ovom području. Svjetska zdravstvena organizacija preporuča organizacijski model koji predlaže integraciju službi za duševno zdravlje u zdravstvu u kojoj je integrirana primarna zdravstvena zaštita duševnog zdravlja kao ključna komponenta tog modela, uz potporu drugih razina skrbi, uključujući zajednici i bolničke usluge. Bez obzira na razinu razvijenih resursa, sve zemlje trebaju nastojati dobiti najbolju moguću kombinaciju usluga na svim razinama i redovito procjenjivati dostupnost njihovih struktura. Suočavajući se s napretkom i promjenama u psihijatrijskoj reformi, akcije terenskih stručnjaka treba usredotočiti na duševno zdravlje pojedinca s psihološkim problemima, s naglaskom na promicanje zdravlja, poticanje građanske inicijative, društvene reintegracije i autonomija svih tih pojedinaca (43,44).

Povelja iz Ottawe donosi koncept promocije zdravlja kao proces osnaživanja ljudi i zajednice za povećanje kontrole nad odrednicama zdravlja i poboljšanja njihovog

zdravlja (45). Naglašena je važnost odnosa između promicanja zdravlja i duševnog zdravlja s obzirom na potrebe za samostalnošću pojedinca i njegovim duševnim problemima, pružajući prilike koje omogućuju donošenje odluka, aktivno sudjelovanje u procesa oporavka. Konsolidacija tog procesa predstavlja izazove koji nadilaze ideološki i politički napredak. U svezi s tim postoji potreba za kvalificiranim stručnjacima s kritičkim načinom razmišljanja, neophodnim za održanje zdravlja. U ovaj način medicinske praksu, kao čin transformacije uključuje aktivno sudjelovanje svih čimbenika: pacijenta, zdravstvenih djelatnika i društvene mreže (46).

S obzirom na ovu stvarnost, medicinske sestre rade u psihijatrijskoj skrbi i zaštiti duševnog zdravlja trebaju razviti potrebne kompetencije za praksu promicanja zdravlja i učinkovito suočiti s trenutnim izazovima. Godine 1990, Američki Udruga sestrinskih fakulteta, razvila je set domena i kompetencija, izmijenjena i revidirana je 1995. i 2000., što je objavljeno u 2003. kao dokument, potvrđen od strane Međunarodnog psihijatrijskog udruženja psihijatrijskih medicinskih sestara (43,44). Sestre u području duševnog zdravlja, zajedno s drugim stručnjacima, moraju se prilagoditi novim načinima ostvarivanja zdravstvenih usluga, suočiti s političkim i ideološkim promjenama u zdravstvenim sustavima. Iz perspektive promocije zdravlja, postoji rastuća potreba za profesionalcima koji su prekinuli s tradicionalnim profesionalnim granicama i preuzeli nove uloge kako bi se postigla što veća samostalnost i osigurala bolja kvaliteta usluge. Nadležnost se definira kao "sposobnost primjene specifičnog znanja, vještine, stavova i vrijednosti na standard izvedbe potrebne u određenom kontekstu. Osnova kompetencije su minimalne skupine nadležnosti koje predstavljaju zajednički temelj svim funkcijama promocije zdravlja, s kojom su svi praktičari u promicanju zdravlja u mogućnosti raditi učinkovito, djelotvorno i na odgovarajući način u svom djelokrugu (46).

U području duševnog zdravlja, specifične kompetencije potrebne za njegu ističu jedinstvenu filozofiju prakse u području psihijatrijske i duševne zdravstvene skrbi i potpomognute od cjelokupne društvene zajednice (44).

Identificirane su sljedeće domene:

- praćenje i osiguranje kvalitete zdravstvene prakse,
- upravljanje zdravljem pacijenta / status bolesnika,

- kulturna kompetencija,
- upravljanje i pregovarački sustavi pružanja zdravstvene skrbi,
- odnos medicinska sestra-liječnik-pacijent.

Istraživanje provedeno u Škotskoj ocjenjuje proces i rezultate razvoja pružanja zdravstvene zaštite duševnog zdravlja u zajednici.

Prvi cilj je da profesionalci prepoznaju kompetencije i ojačaju sposobnosti kako bi se osigurali učinkoviti odgovori na potrebe korisnika usluga za duševno zdravlje.

Drugi cilj je, obrazovanje i osposobljavanje medicinskih sestara za zahtjeve zaštite duševnog zdravlja kako bi ih pripremili na ključnu ulogu i odgovornosti u službi, što se odražava na pozitivne ishode učenja za većinu sudionika, s naglaskom na učenje kroz kliničku praksu (46). Ovakav način doprinosi razvoju nadležnosti u području praćenja i osiguranja kvalitete zdravstvene prakse, kada je se interpretiraju vlastite profesionalne snaga, ulogu i opseg sposobnosti, koristeći podatke o procjeni poboljšanja skrbi i procjene i praćenja kvalitete vlastite prakse i sudjelovanja u kontinuiranom procesu poboljšanja kvalitete (9). Utvrđivanje opsega, učinkovitosti i utjecaja politike i programa za promicanje zdravlja uključujući odgovarajuću uporabu procjene i istraživanja samih metoda za poboljšanje programa, njihovu održivost i proširenost (47). Aktivnosti koje predstavljaju kompetencije u upravljanju pacijentovim zdravljem uključuje propisivanje lijekova temeljeno na učinkovitosti, sigurnosti, smanjenju troškova, poznavanju zakonske regulative i savjetovanja o načinu uzimanja lijekova, njihovim nuspojavama i interakcijama s drugim lijekovima i prehrambenim dodatcima, procjenu rezultata intervencija na temelju kriterija, te savjetovanje o samoj zdravstvenoj potrebi (44). Određeni radni postupci mogu se podijeliti osposobljenim medicinskim sestrama. Samostalnost medicinske sestre u propisivanju, pripremi i treningu zahtijeva dodatnu edukaciju, izvan predviđenog nastavnog plana i programa (47).

Studija o skrbi, u odnosu na zlouporabu sredstava ovisnosti od strane tinejdžera ruralnog stanovništva, pokazala da nedostatak integracije obiteljske zajednice predstavljen kao etiološki čimbenik same zlouporabe sredstava ovisnosti u adolescenciji. (49). Studija je otkrila da je religija odgovorna za otežan pristup eksplicitnim pitanjima u svezi zlouporabe sredstava ovisnosti u mladosti i nedostatak

raspoloživih referentnih mreža profesionalne skrbi. Osim tih aspekata, socioekonomski čimbenici i dinamika povezana sa dominantnom ulogom muškaraca u tradicionalnim kulturama, također su čimbenici zapreke traženja pomoći i utječu na negativne zdravstvene ishode (49). Autori ovog istraživanja izvješćuju kako čimbenici poput spola, geografije, dobi i seksualnosti imaju izraziti utjecaj na to kako ljudi iste etničke skupine ili istog iskustva zloupotrebe opojnih sredstava pristupaju problemu i suočavaju se s njim (50). U ovom predlošku, sestra pokazuje kulturnu kompetenciju, u prepoznavanju osobnih predrasuda i kulturnih pitanja te komunicira s pacijentima iz drugih kultura s posebnom senzibilnošću (44). Druga studija je pokušala procijeniti razmjere kojim profesionalci programa zaštite duševnog zdravlja u zajednici pružaju usluge obiteljima osoba s teškim duševnim bolestima. Naglašena je vrlo niska razina pružanja ove usluge.

Učestalost pružanja usluge:

- osiguranje obiteljsku terapiju (2,4%),
- poduka o prepoznavanju ranih znakova upozorenja recidiva (9,5%),
- uključenje obitelji u planiranje tretmana (10,5%),
- nastavne metode za praćenje upotrebe lijekova (10,8%),
- grupe za podršku obitelji (11,9%) (32).

U tom smislu, nije zadovoljavajuća nadležnost u pružanju zdravstvene skrbi jer je potrebno zalaganje za pružanje skrbi za pojedince, obitelji i zajednicu unutar objedinjene zdravstvene usluge (44). Istraživanje o iskustvima duševnog zdravlja medicinske sestre u praksi istaknuta je važnost pravog i autentičnog odnosa s pacijentima koji pate od duševnih problema, važnosti uspostave povjerenja i samopouzdanja. Medicinske sestre moraju posjedovati određeni kapacitet za empatiju i komunikacije, kao i društvene vještine potrebne za izgradnju pozitivnog partnerstva (31). Empatija je ključ i razumijevanja konteksta bolesti i patnje. Komunikacija i dijalog čine omogućuju medicinskoj sestri pristup pacijentovom životu kako bi razumjela njihovu patnju (31). Istaknuta je važnost razvoja emocionalne inteligencije, poticanja razmišljanja u svezi osjećaja, razmjena iskustava, sudjelovanja, kreativnosti i novog načina razmišljanja, povećane svijest o sebi i odgovornosti za duševno zdravlje (31).

Sestra posjeduje i određene kompetencije u odnosu liječnik-pacijent kada stvara ozračje međusobnog povjerenja i uspostavlja partnerstvo s pacijentima, komunicira na način „biti prisutan“ s pacijentom i pruža udobnost i emocionalnu podršku. Ovakav pristup odražava se na vlastiti emocionalni odgovor na interakciju s pacijentima i koristi u daljnjim terapeutskim interakcijama (44).

U istraživanju provedenom s medicinskim sestrama koje se brinu za duševno zdravlje, naglašena je važnost edukacije i informiranja pacijenata i njihovih obitelji, lakšeg razumijevanja, kao važan dio strategije za povećano sudjelovanje korisnika i njegovatelja u skrbi i liječenju, ističući nastavak obrazovanja posebno vođen potrebama pojedinaca i njihovih skrbnika (49,50). Nedostatak studija koje istražuju aspekte vezane za profesionalnu ulogu medicinske sestre potiče na razmišljanje o ulozi medicinske sestre i preorijentaciji psihijatrijske skrbi. U tom smislu treba procijeniti adekvatnost sadržaja koji se susreću tijekom dodiplomskog školovanja, stvaranje certificiranih tečajeva i uključivanje u poslijediplomsku nastavu posebnih pitanja kojima se stječe specifična kvalifikacija za rad u reformiranoj psihijatrijskoj praksi (50).

5.10. Nacionalna strategija zaštite duševnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine

Prema Nacionalnoj strategiji zaštite duševnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine u provođenju zaštite duševnog zdravlja u RH sudjeluju Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva, HZJZ, Ministarstvo unutarnjih poslova RH, Agencija za odgoj i obrazovanje, županijski zavodi za javno zdravstvo, jedinice lokalne i područne samouprave, zdravstvene ustanove, centri za socijalnu skrb, akademske institucije, stručna društva i strukovne komore u zdravstvu, mediji, nevladine udruge (27).

Program mjera za djelatnost zdravstvene zaštite duševnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti uključuje nekoliko domena aktivnosti:

1. Savjetovanje usmjereno zaštiti duševnog zdravlja djece i adolescenata:

- savjetovanje obitelji, majki s dojenčadi i predškolskom djecom, savjetovanje za školsku djecu i adolescente s ciljem zdravog odrastanja i što boljeg uklapanja u okolinu,
- savjetovanje i edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi zdravog odrastanja,
- sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja.

2. Rad na očuvanju duševnog zdravlja djece i adolescenata s rizičnim ponašanjem:

- savjetovanje i skrb za djecu i adolescente rizičnog ponašanja, kao i one posebno izložene stresu s ciljem povećanja sposobnosti za savladavanje kriznih stanja i prilagodbu na nove okolnosti te sprječavanja nastupa duševnog poremećaja,
- edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi prepoznavanja i rada s djecom i adolescentima pod povećanim rizikom,
- sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja.

3. Zaštita duševnog zdravlja opće populacije (uključujući stariju dob) s ciljem povećanja sposobnosti za sučeljavanje sa svakodnevnicom i savladavanje kriznih situacija te sprječavanje nastupa duševnog poremećaja:

- savjetovanje i rad s osobama i njihovim obiteljima, pod povećanim rizikom ili izloženim stresnoj situaciji,
- savjetovanje i edukacija obitelji, njegovatelja i osoblja staračkih domova,
- sudjelovanje u provođenju zdravstvenog odgoja i prosvjećivanju stanovništva.

4. Rano otkrivanje, dijagnostika i terapija djece i adolescenata s poremećajima ponašanja i problemima duševnog zdravlja:

- senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje poremećaja ponašanja i problema duševnog zdravlja,
- rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u cilju ranog prepoznavanja poremećaja ponašanja i problema duševnog zdravlja djece i adolescenata,

- savjetovanje, individualna i grupna terapija za djecu i adolescente s poremećajima ponašanja i problemima duševnog zdravlja,
- liječenje i rehabilitacija prema medicinskoj indikaciji, sukladno suvremenim medicinskim saznanjima i stručnim smjernicama,
- uključivanje obitelji u terapijski proces.

5. Rano otkrivanje, dijagnostika i terapija osoba s problemima duševnog zdravlja:

- senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje problema duševnog zdravlja,
- savjetovanje i rad s osobama s problemima duševnog zdravlja i članovima obitelji,
- liječenje i rehabilitacija prema medicinskoj indikaciji, sukladno suvremenim medicinskim saznanjima i stručnim smjernicama - individualna i grupna terapija,
- uključivanje obitelji u terapijski proces.

6. Rad s obiteljima i skrbnicima osoba s problemima duševnog zdravlja:

- savjetovanje, individualna i grupna terapija, rad s obiteljima i njegovateljima.

HZJZ povjerena je strateška i koordinativna uloga u provođenju nacionalne strategije zaštite duševnog zdravlja. Problemi duševnog zdravlja rastuće su opterećenje koje pridonosi visokim društvenim troškovima, dugotrajnom dizabilitetu (onesposobljenosti), povećanoj smrtnosti i golemim ljudskim patnjama. Neki problemi duševnog zdravlja, kao što je depresija, sve su češći. Akciju za duševno zdravlje prati akcija za poticanje dobrog (pozitivnog) duševnog zdravlja i akcija za svladavanje problema duševnog zdravlja. Za promicanje duševnog zdravlja te za prevenciju i liječenje problema duševnog zdravlja raspoložive su učinkovite mjere zasnovane na dokazima.

Svaka zemlja članica Europske unije treba razviti vlastitu strategiju duševnog zdravlja kao sastavni dio sveobuhvatne javnozdravstvene politike, uzimajući pritom u obzir socijalne i kulturne okolnosti. Duševno se zdravlje mora razmatrati u svim politikama te na svim razinama i sektorima društva. Može se steći velika dodatna

vrijednost na području promicanja duševnog zdravlja učvršćivanjem suradnje između zemalja članica Europske unije, zemalja koje su zatražile učlanjenje, kao i ostatka Europe te unutar njezina šireg konteksta.

Duševno zdravlje nedjeljiv je dio javnog zdravstva. Stoga je od bitne važnosti duševno zdravlje i njegovo promicanje čvrsto integrirati sa svim javnozdravstvenim strategijama. Vrijednost duševnog zdravlja mora biti prepoznata diljem Europske unije te na svim razinama i u svim sektorima društva. Samo tako moćemo biti sigurni da ćemo živjeti u svijetu koji se brine i koji promicanje duševnog zdravlja shvaća kao izričitu pretpostavku javnoga i privatnog života i koji je sposoban ljudima koji pate zbog problema duševnog zdravlja pomoći, osigurati im potrebno liječenje te omogučiti dostojan život u skladu s osnovnim ljudskim pravima (28).

6. ZAKLJUČAK

Depresija je najčešći psihički poremećaj današnjice. Nalazi se na četvrtom mjestu vodećih zdravstvenih problema. Globalno više od 350 miliona ljudi pati od depresije. Procjena SZO-a je da će do 2020. godine depresija zauzeti drugo mjesto u udjelu vodećih zdravstvenih problema iza ishemične bolesti srca. Osim što predstavlja veliki problem za pojedinca i obitelj, depresija je i problem za društvo. Osobe koje boluju od depresije gube interes za sva područja života pa tako i za posao.

Udio duševnih poremećaja u RH se ne povećava kroz zadnje desetljeće dok je udio depresije unutar skupine duševnih poremećaja u porastu. Žene su dvostruko podložnije obolijevanju od depresije. Kod muškaraca depresija je četvrti uzrok hospitalizacija dok je alkoholizam na prvom mjestu, a kod žena depresija je prvi uzrok hospitalizacija uzrokovanih duševnim poremećajima. Najveći broj hospitalizacija je u dobi od 20-59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke hospitalizacije u radno aktivnoj dobi. Da bi se dobio pravi dojam opterećenosti zdravstvenog sustava ovom bolesti potrebno je promatrati podatke o broju hospitaliziranih bolesnika ali i podatke iz primarne zdravstvene zaštite. Znatno je veći postotak bolesnika s depresivnim poremećajem koji se liječe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Broj izvršenih samoubojstava u RH , u oba spola, kroz promatrano razdoblje (1985-2010. god.), se smanjuje dok je ukupni broj oboljelih od depresije u porastu što govori u prilog pravovremenom otkrivanju i većem uspjehu liječenja. Broj samoubojstava raste u starijim dobnim skupinama u svim zemljama Europe.

Depresija je najčešći uzrok radne nesposobnosti, oboljele čini manje produktivnim i odgovornima za povećanje broja bolovanja. Depresija pogoduje i razvoju tjelesnih poremećaja zbog životnog stila i navika depresivnih bolesnika (pretilost, pušenje, neaktivnost). Produžuje bolničko liječenje, povećava količinu terapijskih postupaka što povećava troškove medicinske skrbi i opterećuje zdravstveni sustav. Zaštita duševnog zdravlja, preveniranje razvoja duševnih poremećaja i što ranije učinkovito liječenje težih duševnih poremećaja najbolji je način da se kasnije smanji učestalost i težina pobola. Aktivnosti zaštite duševnog zdravlja su usmjerene prema

cjelokupnoj populaciji, ali i specifične za određene populacijske skupine (rizične i vulnerabilne).

Uloga medicinske sestre je promicanje duševnog, fizičkog i socijalnog blagostanja u zajednici, dajući savjete i podršku obiteljima i pojedincima u svim dobnim skupinama. Rad javnozdravstvenih sestara u službama za javno zdravstvo je primarna prevencija, što znači sprečavanje bolesti, ozljeda, invalidnosti i prerane smrti. Preventivni rad je osnovna zaštita koja se pruža na mjestu gdje ljudi žive, rade i školuju se. Sestre rade u timu s drugim javnozdravstvenim službenicima. Sestra je dio tima koji predlaže glavne strategije za akciju na području duševnog zdravlja. Jedan od najvažnijih postupaka je edukacija i informiranje pacijenata i njihovih obitelji.

7. SAŽETAK

UVOD: Cilj ovog rada je ukazati na važnost zaštite duševnog zdravlja u cjelokupnoj populaciji, s posebnim naglaskom na depresivne poremećaje. U uvodnom dijelu opisano je duševno zdravlje kao nerazdvojni dio općeg zdravlja odražava ravnotežu između pojedinca i okoline. Nakon uvodnih podataka o duševnom zdravlju opisana je zasebna duševna bolest – depresija kao duševni poremećaj okarakteriziran lošim raspoloženjem, niskim samopouzdanjem i gubitkom interesa za nekoć ugodne aktivnosti. Uz osnovne podjele i podatke o pojavnosti i predviđanja pojavnosti depresije opisana je i klinička slika, povezanost sa suicidalnošću, do terapije i prognoze bolesti.

REZULTATI: U rezultatima su izneseni brojčani podatci o hospitalizaciji uslijed duševnih bolesti i posebno za depresiju, kao i udio pojedinih duševnih bolesti u broju hospitalizacija zbog poremećenog duševnog zdravlja po spolu, za RH. Izneseni su podatci o samoubojstvima kao jednoj od mjera poremećaja duševnog zdravlja i podatci o tome koliko duševne bolesti invalidiraju osobe u odnosu na druge uzroke invalidnosti.

RASPRAVA: U raspravi su analizirani podatci dobiveni u rezultatima vezano uz duševno zdravlje, samu depresiju, spol i suicidalnost. Posebno su obrađene teme opterećenja zdravstvenog sustava uslijed liječenja i skrbi za duševne i depresivne bolesnike, zaštite i promocije duševnog zdravlja kao i uloga medicinske sestre u njegovoj promociji.

ZAKLJUČAK: S obzirom na porast broja oboljelih od depresivnih poremećaja kako kod nas tako i u svijetu, sve veći broj starije populacije, a i žena u dubokoj starosti te složene načine dugotrajne terapije ove i ostalih duševnih bolesti, promocija i očuvanje duševnog zdravlja zaslužuju još veću pozornost svih struktura društva kako bi se potaknulo sudionike zajednice i svaku osobu na brigu o vlastitom zdravlju, što će rezultirati manjim troškovima zdravstvene zaštite, ali i većom kvalitetom življenja budućih naraštaja.

8. SUMMARY

INTRODUCTION: The aim of this paper is to highlight the importance of mental health in the overall population, with special emphasis on depressive disorders. The introductory chapter describes mental health as an inseparable part of general health which reflects the balance between the individual and the environment. Following the initial data on mental health depression is described as a separate mental illness. Depression as a mental disorder is characterized by bad mood, low self-esteem and loss of interest in once pleasurable activities. In addition to the basic division and data on the incidence and prevalence of depression. Clinical picture is also describe, connection to suicide, therapy and prognosis.

RESULTS: The results are presented as numerical data on hospitalization due to mental illness, especially depression, as well as the proportion of specific mental illnesses in the number of hospitalizations due to disturbed mental health by gender for Croatia. Presented are data on suicides as one of the measures of mental health disorders.

DISCUSSION: The discussion analyzed data collected in the results related to mental health, depression and suicide. Special attention is paid to the burden on the health system due to treatment and care for people with mental and depressive disorders, the protection and promotion of mental health and the role of nurses in it's promotion.

CONCLUSION: Given the rise in the number of patients with depressive disorders in our country and the world, a growing number of elder population, older women, and complex ways of long-term therapy of this and other mental illnesses, promotion and preservation of mental health deserve even greater attention in all structures of society in order to enhance the participation of the community and each pearson to improve their health care, which will result in lower health care costs, and higher quality of life of future generations.

9. LITERATURA

1. Silobrčić-Rodić M., Mentalno zdravlje, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Vol 7. Broj 28., 7.listopad 2011.
2. Očuvanje mentalnog zdravlja, www.stampar.hr/OcuvanjeMentalnogZdravlja01
3. Holmes J. Depresija, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb, 2006.
4. Hautzinger M. Depresija, Naklada Slap, Zagreb, 2002.
5. Hotujac Lj. Depresija. 17.2.2009. http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16135/oblici-depresije.html
6. Jakovljević M. Depresivni poremećaj od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja, Pro Mente d.o.o., Zagreb, 2003.
7. Što treba znati o depresiji, 12.11.2005. http://www.psihijatrija.hr/edu/depr.php
8. Kocijan Hercigonja D, Hercigonja Novković V: Depresija kod djece. Medicus. 2004;13:89 – 93.
9. Strika E. Svijetski dan mentalnog zdravlja,10.10.2012. http://www.zzjz-sibenik.hr/hrv/aktualne_teme/prikaz.asp?id=108
10. Wesselhoeft R, Sørensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N: Subthreshold depression in children and adolescents - a systematic review. J Affect Disord. 2013;151(1):7-22.
11. Depresija, http://www.krnetic.com/depresija.html
12. Depresija, http://www.zdravosfera.com/depresija/
13. Rončević-Gržeta I. 2013., Depresija i anksiozni poremećaji u Hrvatskoj. mamed.medri.hr/voz/Ika.pdf
14. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, O'Connor TG, Stein A: Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. JAMA Psychiatry. 2013;70(12):1312-9.
15. Vidović D,Lesički J,Radat K, Depresija. http://www.drustvo-podrska.hr/wp-content/uploads/2014/02/depresija.pdf
16. Depresije u gradu Zagrebu u 2010. godini - Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar,Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena djelatnost u gradu Zagrebu u 2010. godini

http://www.stampar.hr/sites/default/files/Publikacije/2014/zdravstveno-statisticki_ljetopis_grada_zagreba_za_2010.pdf

17. Filipcic, Igor (2008) Ucestalost depresije i utjecaj lijecenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kronicnih tjelesnih bolesti Doktorska disertacija, Sveucilište u Zagrebu. http://medlib.mef.hr/563/1/Filipcic_I_disertacija_rep_563.pdf
18. Šakić M. Samoubojstvo kao društveni problem: rasprava iz sociološke perspektive. Amalgam, Broj 5, 2011.
19. Definis-Gojanovic, M. (1999.), Samoubojstva u Republici Hrvatskoj (analiza mortalitetnih podataka), Vladavina prava, 3: 171-181.
20. Nasilne smrti, http://www.hzjz.hr/publikacije/umrli/i3.htm
21. WHO. Burden of Mental and Behavioural Disorders. In: Mental Health: New Understanding, New Hope. The World Health Report 2001. WHO; Geneva 2001: 19-45.
22. WHO. The Global burden of disease: 2004 update. WHO; Geneva 2008: 39-49.
23. Silobrčić Radić M, Hrabak-Žerjavić V, Tomić B. Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Zagreb 2004.
24. Silobrčić Radić M. Duševni poremećaji. U: Milinović D, Baklaić Ž, ur. Hrvatski zdravstveni pokazatelji. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Zagreb 2008: 56-58.
25. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2011. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Zagreb 2012.
26. Hrabak-Žerjavić V, Silobrčić Radić M. Duševne bolesti i poremećaji.U: Vorko-Jović A, Strnad M, Rudan I, ur. Epidemiologija kroničnih nezaraznih bolesti. Medicinska naklada; Zagreb 2010: 225-242.
27. Mental Health Declarationfor Eurrope. Mental health Action plan for Europe. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki, 2005.
28. Isometsa E: Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why?Can J Psychiatry. 2014;59(3):120-30.
29. Kelleher I, Cederlöf M, Lichtenstein P: Psychotic experiences as a predictor of the natural course of suicidal ideation: a Swedish cohort study. World Psychiatry. 2014;13(2):184-8.

30. Ružička I. Dr. Razmišljanja o organizaciji zdravstvene zaštite. www.zzjzpgz.hr/nzl/25/mentalno.htm .
31. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011.-2016. godine, Vlada RH rujan 2010. www.zdravlje.hr/.../NAC.STRATEGIJA_ZAŠTITE_MENTALNOG_ZDR. 2011-2016..pdf
32. Wedegaertner F, Arnhold-Kerri S, Sittaro NA, Bleich S, Geyer S, Lee WE: Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: a cohort study. BMC Public Health. 2013;13:145.
33. Berge LI, Riise T, Hundal O, Odegaard KJ, Dilsaver S, Lund A: Prevalence and characteristics of depressive disorders in type 1 diabetes. BMC Res Notes. 2013;6:543.
34. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F: Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13(16):1-33.
35. Charlson FJ, Moran AE, Freedman G, Norman RE, Stapelberg NJ, Baxter AJ, Vos T, Whiteford HA: The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment. BMC Med. 2013;11:250.
36. Australian Health Promotion Association's (AHPA). Core Competencies for Health Promotion Practitioners. Management Committee at their National Teleconference meeting on Thursday 5th February; 2009.
37. Allegrante JP, Barry MM, Airhihenbuwa CO, Auld ME, Collins JL, Lamarre MC et al. Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: the Galway Consensus Conference Statement. Health Educ Behav. 2009; 36(3):476-82.
38. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. Global Health Promot. 2009; 16(2):5-11.

39. National Panel for Psychiatric Mental Health NP Competencies. Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies. Washington, DC: National Organization of Nurse Practitioner Faculties; 2003.
40. American Public Health Association Public Health Nursing Section (1996). The Definition and Role of Public Health Nursing. Washington, DC: Author. Dostupno na: envirn.org/mod/file/download.php?... Pristupljeno: 1.10.2014.
41. Želimir B: Uloga medicinske sestre/tehničara u sektoru javnog zdravstva. Dostupno na: www.hcjz.hr/index.php/hcjz/.../125 Pristupljeno: 1.10.2014.
42. Buhler-Wilkerson, K: "Bringing Care to the People: Lillian Wald's Legacy to Public Health Nursing." American Journal of Public Health.1993;83:1778–1786.
43. Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. Int J Ment Health Nurs. 2004;13(3):164-70.
44. Kim HW, Salyers MP. Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: mental health professionals' perspectives. Community Ment Health J. 2008; 44(5):337-45.
45. Goodwin V, Happell B. Psychiatric nurses' attitudes toward consumer and carer participation in care: part 2—barriers to participation. Policy, Polit Nurs Pract. 2008; 9(4): 249-56.
46. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care : 2011 Update. researchgate.net
47. Analysis of symptom assessment and management content in nursing textbooks http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=11b1f9cb-fef3-4b74-9734-7881672e952c%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4101
48. Community health nursing practice and the Roy Adaptation Model. Dostupno na: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8178dc8b-06e5-4ea7-b8e7-ea63a7b11c84%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4101 Pristupljeno: 1.10.2014.
49. Public health nursing: The generalist in a specialized environment. Dostupno na: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2003.20402.x/pdf Pristupljeno: 1.10.2014.

50. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Genève: WHO; 2009. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html Pristupljeno: 1.10.2014.
51. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?. einstein (São Paulo). 2010;8:102-6.
52. Hurley J, Kelly M, Mears A, Morrison C, Wiseman F. Developing unplanned care teams in Scotland: evaluating outcomes. J Psychiatr Ment Health Nurs.. 2010; 17(4):348-54.
53. Elsom S, Happell B, Manias E. Expanded practice roles for community mental health nurses in Australia: confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers. Issues Ment Health Nurs.. 2008;29(7):767-80.
54. Jones A. Exploring independent nurse prescribing for mental health settings. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2008;15(2):109-117.
55. McLindon E, Harms L. Listening to mental health workers' experiences: factors influencing their work with women who Nurse competencies for health promotion in the mental health context 163 Acta Paul Enferm. 2012;25:157-63.
56. Quintero GA, Lilliott E, Willging C. Substance Abuse Treatment Provider Views of "Culture": Implications for Behavioral Health Care in Rural Settings. Qual Health Res.2007;17(9):1256-67.
57. Quimby E. Ethnography's role in assisting mental health research and clinical practice. J Clin Psychol.. 2006;62(7):859-79.

10. Prilog

Prilog 1. Getijatrijska skala depresije (skraćeni oblik)

1. Jeste li zadovoljni svojim životom?	DA NE
2. Nemate više interesa za svoje aktivnosti?	DA NE
3.Osjećate li da je vaš život neispunjen?	DA NE
4.Često vam je dosadno?	DA NE
5.Jeste li većinu vremena dobrog raspoloženja?	DA NE
6.Strahujete kako vam se može nešto loše dogoditi?	DA NE
7.Osjećate li se sretnim većinu vremena?	DA NE
8.Osjećate li se često bespomoćno?	DA NE
9.Provodite li najveći dio vremena kod kuće i teško prihvaćate nove stvari i spoznaje?	DA NE
10.Imate li više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?	DA NE
11.Kako je ljepo biti živ čak i bolestan?	DA NE
12.Osjećate li se bezvrijedno (ovakvi kakvi ste sada)?	DA NE
13.Osjećate li se puni energije i volje za aktivnošću?	DA NE
14.Vaša situacija je beznadna?	DA NE
15.Smatrate li da se većina ljudi bolje osjeća nego vi?	DA NE

IZVOR: Prilagođeno od Sheikth JI,Yesavage JA :"Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version, " in Clinical Gerontology : A Guide to assesment and Intervention, edited by TL Brink, Binghamton, NY, Haworth press, 1986,pp,165-173.Beers MH, Berhow R:Merck Mannual of geriatrics 2000:315
Prijevod i obrada: CZG ZZJZGZ

Tumačenje odgovora: Odgovori – ukupno 15 bodova
Na pitanja br. **1, 5, 7, 11, 13** za odgovore **NE** – jedan bod
Za ostala pitanja br**. 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15** za odgovore **DA** – jedan bod.

NEMA DEPRESIJE:0-4 boda
DEPRESIJA SREDNJEG INTEZITETA: 5-9 bodova
DEPRESIJA VELIKOG INTEZITETA :10-15 bodova

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime: Ivana

Prezime: Turić

Datum rođenja: 26.8.1992.

Mjesto rođenja: Split

Adresa: Plinarska 26

Telefon: 021/394 - 136

Mobitel: 099/687 - 6522

E-mail: iturić322@gmail.com

OBRAZOVANJE

2007-2011- Medicinska škola

2011-2014- Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split

VJEŠTINE

Strani jezici: Engleski jezik – aktivno u govoru i pisanju