Uloga medicinske sestre kod bolesnika sa udruženim tjelesnim bolestima i depresijom

Storić, Mateja

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:176:584062

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

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

Mateja Storić

ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD BOLESNIKA SA UDRUŽENIM TJELESNIM BOLESTIMA I DEPRESIJOM

Završni rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Mateja Storić

ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD BOLESNIKA SA UDRUŽENIM TJELESNIM BOLESTIMA I DEPRESIJOM

THE ROLE OF NURSES IN PATIENTS WITH ASSOCIATED PHYSICAL ILLNESSES AND DEPRESSION

Završni rad/Bachelor'sThesis

Mentor: doc.dr.sc. Boran Uglešić, dr.med.

Split, 2015.

Sadržaj

1.UVOD 4
1.1. Što je depresija? 2
1.1.1. Kognitivni simptomi 2
1.1.2. Ponašajni simptomi 2
1.1.3. Tjelesni simptomi 2
1.1.4. Afektivni simptomi 2
1.1.5. Motivacijski simptomi 3
1.2. Povijest depresije 3
1.3. Epidemiologija depresije 4
1.3.1. Globalna veličina problema 4
1.3.2. Veličina problema u Hrvatskoj 5
1.4. Etiologija depresije 5
1.4.1. Koji su glavni uzroci depresije? 6
1.5. Klasifikacija depresije 6
1.5.1. Poremećaji raspoloženja prema MKB-10 (F30-F39) 7
1.6. Klinička slika depresije 8
1.7. Komorbiditet 10
1.7.1. Infarkt miokarda i depresija 11
1.7.2. Dijabetes i depresija 11
1.7.3. Epilepsija i depresija 11
1.7.4. Depresija nakon moždanog udara 12
1.7.5. Alzheimerova bolest u komorbiditetu sa depresijom 12
1.7.6. Parkinsonova bolest u komorbiditetu s depresijom 12
1.7.7. Jatrogene depresije 12
1.7.8. Depresija i maligne bolesti 13
1.8. Dijagnosticiranje depresije 13
1.8.1. Kriteriji za depresiju prema MKB-10 14
1.8.1.1. Tipični simptomi (A-simptomi) 14
1.8.1.2. Drugi česti simptomi (B-simptomi) 14

1.8.2. Blaga depresivna epizoda ima najmanje četiri simptoma: 15
1.8.3. Umjerena depresivna epizoda ima najmanje pet simptoma: 15
1.8.4. Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma ima najmanje sedam simptoma: 15
1.9. Liječenje depresije 15
1.9.1. Podjela antidepresiva s obzirom na klinički učinak 16
1.9.2. Što treba znati o uzimanju antidepresiva? 17
1.9.3. Ostali oblici liječenja depresije 17
1.9.3.1. Socioterapija 17
1.9.3.2. Psihoterapija 18
1.9.3.3. Alternativne terapije 19
2. CILJ RADA 20
3. RASPRAVA 21
3.1. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi depresivnog bolesnika 21
3.1.1. Prikupljanje podataka 21
3.1.1.1. Percepcija i održavanje vlastitog zdravstvenog stanja 22
3.1.1.2. Nutritivno – metabolički obrazac 22
3.1.1.3. Eliminacija 22
3.1.1.4. Tjelesna aktivnost 23
3.1.1.5. Spavanje – odmor 23
3.1.1.6. Kognitivno percepcijski obrazac 23
3.1.1.7. Samopercepcija 24
3.1.1.8. Uloga i odnos s drugima 24
3.1.1.9. Sučeljavanje i tolerancija na stres 24
3.2. Planiranje zdravstvene njege 25
3.2.1. Zdravstvena njega bolesnika sa udruženim tjelesnim bolestima i depresijom 25
3.2. Uloga medicinske sestre kod suicidalnog bolesnika 26
4. ZAKLJUČAK 31
5. LITERATURA 32
6. SAŽETAK 33
7. SUMMARY 34
8. ŽIVOTOPIS 35

1. UVOD

Depresija je jedan od najstarijih i najčešćih poznatih mentalnih poremećaja. Zbog proširenosti i često ozbiljnih posljedica predstavlja jedan od najvažnijih mentalnih poremećaja s javnozdravstvenog gledišta (1).

Suvremeni koncept depresije podrazumijeva čitav niz smetnji i kliničkih manifestacija u rasponu od svakodnevne emocionalne reakcije do ozbiljne bolesti koja ugrožava život.

Depresija je rizični čimbenik za niz tjelesnih oboljenja pa su u usporedbi s općom populacijom kod depresivnih bolesnika češće kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti, dijabetes i neki tumori. Razvoj depresije u tjelesno oboljelog utječe na ishod liječenja i smanjuje kvalitetu života (1).

1.1. Što je depresija?

Depresija je poremećaj raspoloženja karakteriziran skupom različitih vrsta simptoma:

- Kognitivni
- Ponašajni
- Tjelesni
- Afektivni
- Motivacijski simptomi

1.1.1. Kognitivni simptomi

- negativne misli i očekivanja
- pad koncentracije
- suicidalne misli
- neodlučnost
- samokritičnost
- beznadnost

1.1.2. Ponašajni simptomi

- manjak aktivnosti
- povlačenje

1.1.3. Tjelesni simptomi

- gubitak apetita ili
- pretjerano povećan apetit
- nesanica

1.1.4. Afektivni simptomi

- žalost
- krivnja
- anksioznost

1.1.5. Motivacijski simptomi

- gubitak interesa
- tromost
- odgađanje aktivnosti (2)

Depresija nije, dakle, samo sniženje raspoloženja već čitav niz simptoma koji loše utječu na način razmišljanja oboljele osobe o okolini, ali i o samoj sebi. Posljedica su velika subjektivna patnja, smanjena radna sposobnost i kvaliteta života, narušeni obiteljski odnosi i socijalno funkcioniranje, te sklonost samoubojstvu.

1.2. Povijest depresije

Naziv depresija dolazi od latinske riječi *deprimere* što znači pritisnuti, utisnuti ili potlačiti (3).

Depresija je u povijesti medicine nazivana različitim imenima te je jedan od najranije opisanih poremećaja raspoloženja. U Bibliji se opisuju depresivne tegobe Joba i kralja Davida (3).

Povijesni podaci pokazuju da je Hipokrat, utemeljitelj znanstvene medicine (4. st. prije n.e.), zastupao „humoralnu teoriju melanholije“ smatrajući da se ova bolest razvija kada se „crna žuč“ izlije i – dođe do mozga.

Srednji vijek depresiju pokušava tumačiti kao kaznu za neki grijeh pa se na takvo shvaćanje nadovezuju i postupci kažnjavanja, isključivanja iz zajednice, izlaganja hladnoći, gladovanja i sl.

Philippe Pinel (1745-1826), francuski psihijatar, do tada prljave duševne ustanove pretvara u uredne zavode, te na taj način ne samo da ublažava patnje duševnih bolesnika, već mijenja odnos prema samom bolesniku koji je do tada smatran kao nešto neprirodno, moralno prokleto. On vjeruje da su duševne bolesti povezane sa

emocionalnim stresom. Nakon njega se psihijatrija, usprkos mnogim preprekama, razvija u posebnu granu medicinske znanosti (2).

Jasnije izložene koncepcije o depresiji (a i manično depresivnoj bolesti) potiču od Baillarger – a (1854. god.) (4).

U drugoj polovici 19. stoljeća , u Njemačkoj Kahlbaum sistematski radi na klasifikaciji u psihijatriji i izdvaja depresiju (i maniju) od drugih duševnih bolesti, posebno naglašavajući značenje afektiviteta u životu čovjeka (4).

Kraepelin (1902. god.) daje daljnji doprinos usavršavanju klasifikacije psihoza. (4)

1.3. Epidemiologija depresije

1.3.1. Globalna veličina problema

„Prema brojnim studijima provedenim u različitim europskim i drugim zemljama trenutačna prevalencija depresivnih poremećaja, odnosno pojavnost u određenom trenutku, varira između 2 i 10%, ovisno o definiciji depresije i promatranoj populaciji. Doživotna prevalencija depresije u odraslih osoba procjenjuje se do 18%, a doživotni rizik oboljevanja raste na 20-30%. Ranija istraživanja bilježe najvišu prevalenciju u starijoj srednjoj dobi (50-64 godine), dok neka nova istraživanja bilježe najvišu prevalenciju kod mladih odraslih osoba, a druga u starijoj dobi. Žene češće obolijevaju od depresije; omjer oboljelih žena prema muškarcima iznosi od 1,5:1 do 2:1.

Istraživanja navode da 15-20% osoba s depresivnim poremećajem završava život samoubojstvom. Također, prema pojedinim istraživanjima 2/3 osoba koje počine samoubojstvo bolovalo je od depresije koja je zahtijevala liječenje.

Prema procjeni Globalnog opterećenja bolestima za 2004.godinu, unipolarni depresivni poremećaji na 3. su mjestu ukupnog opterećenja bolestima, kako za Europsku regiju tako i za svijet, s udjelima 5,6% i 4,3%.

Nastave li se dosadašnji demografski i epidemiološki trendovi, projekcije za 2030.godinu govore da će unipolarni depresivni poremećaji postati vodeći uzrok opterećenja bolestima (DALYs) na svjetskoj razini s udjelom 6,2%.“ (5)

1.3.2. Veličina problema u Hrvatskoj

„Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima (DALYs) za Hrvatsku, mentalni i neurološki poremećaji nalaze se na 2. mjestu, iza kardiovaskularnih bolesti, među vodećim skupinama; kod muškaraca s udjelom 20,7%, a kod žena s udjelom od čak 25,6%.

Također, unipolarni depresivni poremećaji nalaze se na 3. mjestuuzrokaopterećenja bolestima, prema pojedinačnim dijagnostičkim kategorijama, s udjelom od 7,5% u ukupnom opterećenju bolestima za Hrvatsku. „ (5)

1.4. Etiologija depresije

Danas se ne zna točan uzrok ili uzroci koji su povezani s nastankom depresivnog poremećaja, odnosno nemamo neki laboratorijski ili drugi medicinski test kojim bi se mogla postaviti dijagnoza depresije. Ipak, dosadašnje spoznaje upućuju na to da je depresivni poremećaj složeni poremećaj koji nastaje međudjelovanjem:

- bioloških čimbenika (neurotransmitori- kemijske supstance u mozgu, hormoni, imunološki i genetski čimbenici)
- socijalnih čimbenika (različiti životni nepovoljni događaji ili stresovi)
- psiholoških čimbenika (određeni temperament i psihološka konstitucija) (6)

Smatra se jednako kao što klinička slika bolesti nije jednoznačna, tako nisu niti uzroci. Svakako je bitno napomenuti ulogu nasljeđivanja. Genetski čimbenici predstavljaju važnu ulogu u razvoju depresivnog poremećaja, ali kao i kod drugih psihijatrijskih bolesti, nasljeđuje se samo sklonost, a ne bolest u cijelosti. Više različitih gena je

uključeno u etiopatogenezu depresivnog poremećaja ili su uključeni u odgovor na lijekove koji se koriste u liječenju depresivnog poremećaja (6).

Okolišni čimbenici, to jest utjecaji iz okoline uz pomoć kojih se u osoba s predispozicijom može potaknuti razvoj depresivnog poremećaja, jednako su važni.

1.4.1. Koji su glavni uzroci depresije?

- **Zlostavljanje**- fizičko, seksualno ili emocionalno zlostavljanje u prošlosti može rezultirati depresijom kasnije u životu
- **Određeni lijekovi** – neki lijekovi koji se koriste za liječenje visokog krvnog tlaka, kao što su beta-blokatori, mogu povećati rizik za depresiju
- **Sukobi**- depresija može nastati kao rezultat sukoba ili neslaganja s članovima obitelji ili s prijateljima
- **Smrt ili gubitak voljene osobe**- tuga i žalost može doprinijeti depresiji
- **Genetika**- vjeruje se da se sklonost depresiji jednim dijelom prenosi genetski na sljedeću generaciju
- **Drugi osobni problemi**- problemi kao što su društvena izolacija
- **Ozbiljnije bolesti**- mnoge ozbiljne fizičke bolesti mogu oduzeti energiju i učiniti bolesnika depresivnim
- **Ovisnosti o alkoholu ili drugim štetnim supstancama**- oko 30% osoba s ovim problemom ili tešku ili kliničku depresiju

1.5. Klasifikacija depresije

Danas je u svijetu u uporabi više klasifikacijskih modela, ali su bez sumnje najvažnije dvije klasifikacije; ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) – MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije(APA)- DSM-IV (7).

1.5.1. Poremećaji raspoloženja prema MKB-10 (F30-F39)

- **F32 Depresija**

  - F32.0 Blaga depresijska epizoda
  - F32.1 Umjerena depresijska epizoda
  - F32.2 Teška depresijska epizoda bez simptoma psihoze
  - F32.3 Teška depresijska epizoda sa simptomima psihoze
  - F32.8 Druge depresijske epizode
  - F32.9 Depresijska epizoda, nespecifična

- **F33 Povratni depresijski poremećaj**

  - F33.0 Blag povratni depresijski poremećaj
  - F33.1 Umjeren povratni depresijski poremećaj
  - F33.2 Težak povratni depresijski poremećaj bez simptoma psihoze
  - F33.3 Težak povratan depresijski poremećaj sa simptomima psihoze
  - F33.4 Povratni depresijski poremećaj, u remisiji
  - F33.8 Drugi povratni depresijski poremećaj
  - F33.9 Povratni depresijski poremećaj, nespecifičan

- **F34 Stalni poremećaji raspoloženja**

  - F34.0 Ciklotimija
  - F34.1 Distimija
  - F34.8 Drugi stalni poremećaji raspoloženja
  - F34.9 Stalni poremećaj raspoloženja, nespecifičan

- **F38 Drugi poremećaji raspoloženja**

  - F38.0 Drugi pojedinačni poremećaji raspoloženja
  - F38.1 Drugi povratni poremećaji raspoloženja

- F38.8 Drugi označeni poremećaji raspoloženja

- **F39 Poremećaj raspoloženja, nespecifičan** (7)

1.6. Klinička slika depresije

Depresija je složen poremećaj zdravlja koji se očituje u promjenama gotovo svih psihičkih i mnogobrojnih tjelesnih funkcija čime utječe na socijalno funkcioniranje bolesnika. Klinička slika depresije uključuje promjene raspoloženja , interesa, volje, psihomotorike, mišljenja, pažnje i pamćenja. Većina depresivnih bolesnika svoje raspoloženje opisuje kao loše, tužno, utučeno, beznadno, bespomoćno, nesretno, dok se neki žale na nedostatak osjećaja. Često će vlastito stanje opisati kao iznimnu patnju i duševnu bol. Gubitak interesa očituje se smanjenjem ili gubitkom zanimanja za ranije aktivnosti te nemogućnošću doživljavanja ugode (5).

Vanjski izgled i držanje bolesnika često ga čine prepoznatljivim; lice je potišteno, tužno ili zabrinuto sa specifičnim izgledom bora na čelu (tzv. omega znak) i spuštenim kutovima usana.

Psihomotorika kod depresivnih bolesnika manifestira se kao usporeno mišljenje i govor koji zbog gubitka intonacije djeluje monotono, kretnje su također usporene, a rečenice kratke i oskudne. Psihomotorna zakočenost može dovesti do potpune nepokretnosti (tzv. depresivnog stupora) te su takvi bolesnici često zapuštenog izgleda, mutistični (odbijaju govoriti) (5).

Voljne funkcije su kod depresivnog bolesnika oslabljene ili potpuno odsutne (hipobulija, abulija), oslabljeni su i nagonski dinamizmi pa je bolesnik oslabljenog apetita, gubi na tjelesnoj težini, spavanje je narušeno učestalim noćnim i ranojutarnjim buđenjima te dolazi do libida. Kod određenog broja bolesnika nagonske funkcije su naglašene pa je potreba za hranom povećana; uz hiperfagiju bolesnik dobiva na tjelesnoj težini, pridružena je i povećana potreba za spavanjem (hipersomnija) što se često naziva „obrnutim vegetativnim simptomima“ (5).

Poremećaj koncentracije također je prisutan kod depresivnih bolesnika, pažnja je hipovigilna, uz hipertenacitet za depresivne sadržaje što znači da je pažnja pojačano usmjerenja na pesimistična promišljanja, ideje besperspektivosti, osjećaje beznađa i manje vrijednosti.

U depresiji su često poremećene vegetativne funkcije pa se u bolesnika nalaze promjene srčanog ritma i krvnog tlaka, cijanoza i hladnoća udova, otežano disanje, suhoća usta i opstipacija, poremećaji menstruacijskog ciklusa, bolovi i parestezije. Katkad su te smetnje vodeće u kliničkoj slici, a afektivna promjena nije lako uočljiva pa je riječ o maskiranoj depresiji.

Kod psihotične depresije ideje bolesnika mogu dosezati razinu sumanutosti pa su to sumanute ideje krivnje, propasti, osiromašenja, hipohondrijske sumanutosti. Depresija je psihotična i u slučaju javljanja perceptivnih obmana, obično slušnih halucinacija u obliku glasova koji okrivljuju ili kritiziraju (5).

Melankolija je termin često korišten za depresiju karakteriziranu teškom ahedonijom (gubitak zadovoljstva u nekim ili gotovo svima aktivnostima, nedostatak odgovora na uobičajeno ugodne podražaje), ranim jutarnjem buđenjem, pogoršanjem depresije ujutro, upadljivom anoreksijom i gubitkom tjelesne težine, značajnom psihomotornom retardacijom ili agitacijom te prekomjernom ili neodgovarajućom krivnjom (5).

Bolesnici s dijagnozom depresivnog poremećaja vrlo često se žale na tjelesne simptome pri čemu se veći dio depresivnih bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti predstavlja kroz bolne simptome (glavobolja, mišićna bol, abdominalna bol) (8).

Depresivna epizoda može se javiti naglo ili postupno , a može trajati od dva tjedna pa do nekoliko godina; a klinička slika može biti specifična ovisno o dobnoj skupini bolesnika.

U djece i adolescenata kliničke manifestacije razlikuju se s obzirom na razvoje stadije (usporeni rast i razvoj, tjelesni simptomi poput bolova u trbuhu i glavobolja kod djece; poteškoće vezane uz koncentraciju, slabija učinkovitost u školi, socijalna izolacija i povećana suicidalnost kod adolescenata) (5).

Depresija u starijoj dobi često se manifestira somatskim žalbama i hipohondrijskim idejama, česte su paranoidne i suicidalne ideje, a suicidalni rizik viši je nego u ostatka populacije. Oštećene su funkcionalne sposobnosti, a starije osobe koje su uspješno liječene pokazuju velika poboljšanja u socijalnoj prilagođenosti.

Depresija žena u puerperiju (postpartalna depresija) očituje se atipičnim i miješanim simptomima kao što su anksioznost, iritabilnost i fobične smetnje koje prevladavaju nad temeljnim depresivnim raspoloženjem i afektom. Češći su promjenjiv tijek i labilnost raspoloženja, teškoće koncentracije, agitiranost, plačljivost, anksioznost i panični napadaji, a mogući su nedostatak ili gubitak interesa za novorođenče ili opsesivne infanticidne misli te suicidalne ideje (5).

Učestalost depresije je različita među spolovima. Depresivni poremećaj je vodeća onesposobljavajuća bolest koja dva puta češće se javljau žena nego u muškaraca. Ipak, u nizu kliničkih studija poremećaja raspoloženja među spolovima nije bilo razlike u dobi početka depresije, stresorima koji su prethodili epizodi, melankoličnim značajkama, psihotičnim simptomima, suicidalnim pokušajima i učestalosti kroniciteta iako su kod žena češće nađene anksioznosti i somatizacije (5).

1.7. Komorbiditet

Depresija se javlja u komorbiditetu sa različitim tjelesnim poremećajima (kardiovaskularni poremećaji, endokrini poremećaji, neurološke bolesti, rak i terminalna stanja, bolni sindromi, jatrogene depresije, tjelesne bolesti u starosti) . Depresija u komorbiditetu sa somatskim bolestima često ima negativan utjecaj na tijek i prognozu somatskih bolesti, smanjuje bolesnikovu kvalitetu života, te je izuzetno važno prepoznati prisutnost komorbidnog depresivnog poremećaja u najranijoj fazi bolesti zbog adekvatnog pristupa terapiji (5).

1.7.1. Infarkt miokarda i depresija

Učestalost depresije u osoba s KV poremećajem opisan je u brojnim istraživanjima te pokazuje da je u 200 bolesnika s akutnim infarktom miokardaincidencija depresije bila 28%, te da se u polovice bolesnika depresija razvila unutar prvog mjeseca poslije infarkta. Možemo govoriti o skupinama simptoma depresije koji ometaju oporavak nakon srčanog udara:

1. Somatski (gubitak energije, teka i težine) - pogoršavaju opće somatsko stanje;
2. Kognitivni (teškoće koncentracije, usporenost ili agitacija) - otežavaju suradljivost;
3. Psihološki (neraspoloženje, osjećaj bezvrijednosti, suicidalnost) - otpor prema mjerama rehabilitacije i promjenama životnog stila (5).

1.7.2. Dijabetes i depresija

Prema studijama prevalencija depresije u oboljelih od dijabetesa je u rasponu od 30-40%. Depresija u oboljelih od dijabetesa češće se pojavljuje u žena (28%), u usporedbi sa muškarcima (18%), često se opisuje da depresija nastaje kao posljedica dugogodišnjeg nekontroliranog ili neadekvatno liječenog dijabetesa (9).

1.7.3. Epilepsija i depresija

Epilepsija u komorbiditetu s depresijom se javlja s prevalencijom 20-50%, čak i višom u bolesnika s loše kontroliranom pojavom napada. Depresija i epilepsija imaju bidirekcionalni odnos, te su ne samo bolesnici s epilepsijom pod povećanim rizikom za razvoj depresije, nego i depresivni bolesnici imaju 4 do 7 puta viši rizik za razvoj epilepsije. Depresija i epilepsija dijele zajednički patogeni mehanizam koji objašnjava bidirekcionalni odnos. Depresija u epilepsiji je rezultat zajedničkog djelovanja više faktora (reaktivni proces, genetski rizik, jatrogeni faktori, endogene abnormalnosti povezane s epileptičnim poremećajem) (5).

1.7.4. Depresija nakon moždanog udara

Prevalencija depresije nakon moždanog udara (PSD) je 30-50%. Najčešće se javlja tri do šest mjeseci nakon moždanog udara, a faktori povezani s depresijom nakon moždanog udara uključuju lokalizaciju, veličinu i intenzitet moždanog udara, te veličinu ventrikula. Depresija nakon moždanog udara ima negativan utjecaj na oporavak kognitivnih funkcija te na oporavak obavljanja dnevnih funkcija, te također povećava rizik mortaliteta. Depresija i moždani udar imaju bidirekcionalni odnos, te su ne samo bolesnici s moždanim udarom pod rizikom za razvoj depresije, nego i oboljeli od depresije imaju dva puta veći rizik za razvoj moždanog udara, čak i ukoliko su drugi rizični faktori kontrolirani (10).

1.7.5. Alzheimerova bolest u komorbiditetu sa depresijom

Prevalencija depresije u Alzheimerovoj bolesti je 10-20%. Depresivne epizode često prethode početku Alzheimerove bolesti. Da li predstavljaju ranu kliničku manifestaciju Alzheimerove bolesti i klinički pokazatelj postojećih patoloških promjena u mozgu tek treba utvrditi. Depresija ima negativan utjecaj na kvalitetu života, povezana je sa smanjenjem životnih aktivnosti te je prediktor većeg pada kognitivnih funkcija.

1.7.6. Parkinsonova bolest u komorbiditetu s depresijom

Prevalencija je 5-25% za major depresiju i 20-50% za minor depresiju u komorbiditetu s Parkinsonovom bolešću. Depresija ubrzava pad kognitivnih funkcija kao i progresiju motornih deficita. Depresija i Parkinsonova bolest imaju bidirekcionalni odnos, bolesnici s Parkinsonovom bolešću imaju veći rizik za razvoj depresije, ali i depresivni bolesnici imaju 2,2 do 2,4 puta veći rizik za razvoj Parkinsonove bolesti (11).

1.7.7. Jatrogene depresije

Također je važno spomenuti jatrogene depresije koje često ostaju neprepoznate, a mogu biti prouzrokovane korištenjem brojnih lijekova kao što su: antihipertenzivi (rezerpin,

beta-blokatori, alfa-metildopa), srčani glikozidi (digoksin), hormonska sredstva (kortikosteroidi, oralni kontraceptivi), kemoterapeutici (metotreksat, dakarbazin, vinblastin, prokarbazin, interferon), antiepileptici (fenitoin, karbamazepin, fenobarbiton), lijekovi za snižavanje kolesterola u krvi (pravastatin, lovastatin, kolestiramin), antibiotici i antifungici (cikloserin, dapsone, amfotericin B),blokatori histaminskih H2 receptora (cimetidin, famotidin, ranitidin), antipsihotici (fenotijazini, butirofenoni, tioksanteni) (5).

1.7.8. Depresija i maligne bolesti

Depresija se često javlja u oboljelih od malignih bolesti, te često koegzistira sa anksioznošću i bolnim sindromom. Simptomi se javljaju u rasponu od tuge do velike depresivne epizode, te je promjene raspoloženja teško evaluirati i pratiti jer su bolesnici opetovano u strahu za vlastiti život, zatim primaju i izloženi su različitim terapijskim postupcima za liječenje maligne bolesti, iscrpljeni su i umorni, te često proživljavaju intenzivne bolove. No, neliječena depresija u oboljelih od malignih bolesti dovodi do povećanog morbiditeta i mortaliteta.
Depresija je posebice česta u bolesnika s uznapredovalim karcinomom, u kojih se često previdi i stoga ne liječi.

1.8. Dijagnosticiranje depresije

Kako bi se postavila dijagnoza depresivnog poremećaja, liječnik, češće liječnik specijalist psihijatar tijekom razgovora s bolesnikom mora utvrditi postojanje simptoma prema točno određenim kriterijima iz psihijatrijskih klasifikacija.

Također, depresija se može dijagnosticirati laboratorijskim pretragama poput deksametazonsupresijskog testa, TRH-TSh test je cijelonoćno snimanje EEG-a. na snimkama mozga, koje su dobivene putem PET-a (positronemissiontomography odnosno tomografija pozitronskom emisijom) uočljiva je razlika moždane aktivnosti kod depresivnih i kod zdravih ljudi.

1.8.1. Kriteriji za depresiju prema MKB-10

1.8.1.1. Tipični simptomi (A-simptomi)

1. Depresivno raspoloženje
2. Gubitak zanimanja i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima
3. Smanjena životna energija u vidu umora i pojačanog umaranja

1.8.1.2. Drugi česti simptomi (B-simptomi)

1. Poremećaj sna
2. Poremećaj apetita
3. Poremećaj koncentracije i pažnje
4. Smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
5. Ideje krivnje i bezvrijednosti
6. Pesimističan pogled na budućnost
7. Ideje o samoozljeđivanju ili suicidu

Neki od simptoma mogu biti posebno izraženi dajući specifično obilježje kliničkoj slici pojedinog bolesnika:

- Rano buđenje- dva ili više sati ranije nego uobičajeno
- Jutarnje pogoršanje depresije
- Psihomotorna usporenost i nemir
- Gubitak apetita u značajnoj mjeri
- Gubitak na težini – min. 5% u posljednjih mjesec dana
- Smanjenje libida
- Nedostatak reakcije na uobičajeno ugodnu okolinu i događaje (12)

Skup navedenih simptoma naziva se „somatski“ sindrom, koji može i ne mora biti prisutan kod blage i umjerene depresije.

Prisutan je kod teškog oblika depresivne epizode, kada su prisutna minimalno četiri od gore navedenih simptoma, a kada su somatski simptomi izuzetno intenzivni, dovoljna je prisutnost dva ili tri.

1.8.2. Blaga depresivna epizoda ima najmanje četiri simptoma:

- najmanje dva tipična
- dva druga simptoma
- blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja

1.8.3. Umjerena depresivna epizoda ima najmanje pet simptoma:

- dva tipična
- tri druga simptoma
- umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja

1.8.4. Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma ima najmanje sedam simptoma:

- tri tipična simptoma
- najmanje četiri druga simptoma, od kojih su neki izuzetno teški
- uobičajeno je prisutna jača uznemirenost ili usporenost, a somatski sindrom je uobičajeno prisutan
- socijalne i radne aktivnosti osobe u teškoj depresivnoj epizodi su znatno ograničene (2)

1.9. Liječenje depresije

Saznanja o uzrocima i karakteristikama depresivnog poremećaja i napredak u liječenju sve su veći. Depresivni poremećaj se danas može uspješno liječiti te se s bolešću može uspješno i u punoći živjeti.

Ključan i neizostavan čimbenik u liječenju depresivnog poremećaja je primjena lijekova, antidepresiva. Antidepresivi se mogu kombinirati ili im se može dodavati neki drugi lijek, npr. stabilizator raspoloženja, antipsihotik, anksiolitik ili lijek za spavanje. Lijekovi trebaju djelovati na:

- poboljšanje raspoloženja
- reguliranje psihomotorike
- regulacija spavanja
- regulacija apetita
- smanjenje straha i tjeskobe
- uklanjanje depresivnog misaonog sadržaja
- regulaciju vegetativnih funkcija

Na tržištu postoje deseci antidepresiva koji su prema svome djelovanju svrstani u nekoliko glavnih skupina. Glavne skupine su :

- inhibitorimonoaminooksidaze
- triciklički antidepresivi
- inhibitori ponovne pohrane serotonina

Svima je zajedničko djelovanje da pojačavaju djelovanje jednog ili više neuroprijenosnika te tako ublažavaju simptome (1).

1.9.1. Podjela antidepresiva s obzirom na klinički učinak

a) **amitriptilinski tip**
    - snažan antidepresivan učinak uz vrlo naglašenu sedacijsku komponentu
    - pogodni za liječenje agitarnih oblika depresije
    - predstavnik ove skupine je *amitriptilin*

b) **desipraminski tip**
    - stimuliraju psihomotoričke funkcije i poboljšavaju vitalne funkcije
    - indicirani su u stuporoznih oblika depresije
    - predstavnici ove skupine su *inhibitorimonoaminooksidaze*

c) imipraminski tip

- snažno antidepresivno djelovanje i blago poboljšavanje psihomotoričkih funkcija
- indicirani su u kočenih oblika depresije
- predstavnik je *klomipramin*(1)

1.9.2. Što treba znati o uzimanju antidepresiva?

1) Antidepresivi NE djeluju odmah, poput aspirina ili sredstava za smirenje. Ovisno o obliku bolesti, potrebno je između jednog i šest tjedana da lijekovi dovedu do poboljšanja. Presudno je da se uzimaju neprekidno i uz potpuno pridržavanje uputa.

2) Sve vrste antidepresiva podjednako uspješno suzbijaju simptome depresije kod gotovo 80 posto oboljelih. Kada se jedan lijek pokaže nedjelotvornim, liječnik može povisiti dozu istog lijeka, prepisati drugi lijek (najčešće s drukčijim mehanizmom djelovanja), ili prvom lijeku dodati drugi lijek.

3) Antidepresivi ne izazivaju ovisnost. Ako pacijent mora lijek uzimati dugoročno, to je zato što to zahtijeva priroda bolesti, a ne zbog toga što lijek stvara ovisnost.

4) Antidepresivi ne ometaju oboljelog u rješavanju problema u životu, ako problemi postoje. Zapravo, osposobljavaju ga za njihovo rješavanje (2).

1.9.3. Ostali oblici liječenja depresije

1.9.3.1. Socioterapija

Socioterapija je skupina različitih aktivnosti koje se primjenjuju u fazi resocijalizacije odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Sociterapiju možemo shvatiti kao rekonstruktivnu terapijsku metodu koja pacijentu omogućuje emocionalno

sazrijevanje na relaciji pojedinac-društvena sredina. Odvija se u grupi gdje liječnik odabire pacijente za određenu aktivnosti. Motivira nemotivirane, procjenjuje snage pacijenta, potiče kreativnost kod bolesnika, jača samopouzdanje i socijalnu interakciju.

1.9.3.2. Psihoterapija

Psihoterapija je dobrodošla pomoć depresivnom pacijentu, prvenstveno u razdoblju prije nego počnu djelovati lijekovi. Kada mu se stanje poboljša, od terapeuta može naučiti neke praktične*"antidepresivne" vještine*: kako se kvalitetnije ophoditi s ljudima, kako bolje organizirati život i izbjegavati stresne situacije, kako tražiti ono što želi i suprotstaviti se onome što mu ne ide "u račun", općenito kako se afirmirati u društvu.

Tehnike psihoterapije se dijele na kognitivnu bihevioralnu i interpersonalanu terapiju.

1.9.3.2.1. Kognitivna bihevioralna psihoterapija

Kognitivno-bihevioralna terapija (skraćeno: KBT, eng. CognitiveBehavioralTherapy) je oblik psihoterapije koji naglašava važnost uloge mišljenja u onome šta osjećamo i kako se ponašamo. Kognitivno-bihevioralni terapeuti uče da, kada je naš mozak zdrav, onda je naše mišljenje to koje prouzrokuje da se osjećamo i ponašamo na određen način. Zbog toga je, ukoliko doživljavamo osjećanja koja ne želimo ili se ponašamo na način koji ne želimo, važno identificirati razmišljanja koja uzrokuju ta osjećanja i ponašanja, te naučiti kako ih zamijeniti ili zauzeti drugačiji odnos prema razmišljanjima i emocijama koja vode reakcijama koje želimo.

1.9.3.2.2. Interpersonalna psihoterapija

Interpersonalna psihoterapija se koristi analizama međuljudskih odnosa u objašnjenju i sprječavanju nastanka simptoma depresije. Cilj interpersonalne terapije je poboljšati međuljudske odnose i komunikacijske vještine te podići samopouzdanje.

1.9.3.3. Alternativne terapije

1.9.3.3.1. Elektrokonvulzivna terapija (EKT)

Terapija elektrošokovima još uvijek je najbolja metoda liječenja teške depresije te manične faze bipolarnog poremećaja. Provodi se u bolnici i potpuno je neškodljiva. Oboljelom se daju sredstva za opuštanje mišića i uvodi ga se u punu anesteziju. Potom mu se na jednu ili obje strane glave stavlja elektroda, koja u mozak pušta slabu struju radi izazivanja grča (konvulzije). Taj je grč ključni terapijski element ECT-a. Postupak se ponavlja 6 do 12 puta u razmacima od po dva do tri dana (13).

1.9.3.3.2. Svjetlosna terapija

Svjetlosna terapija se prvenstveno koristi kod zimske depresije, odnosno one koju uzrokuje manjak svjetla. Oboljeli gleda u lampu snage 2.500 do 10.000 luksa između 30 i 120 minuta (što je slabija lampa tretman traje dulje). Učinak se postiže već nakon 3 do 4 dana (13).

.

1.9.3.3.3. Terapija nespavanjem

Terapija nespavanjem pomaže depresivnim pacijentima kojima se značajno ublažavaju simptomi bolesti nakon neprospavane noći ili nakon 3 do 4 sata ranijeg buđenja. Može se kombinirati sa svjetlosnom terapijom, tako da se odmah nakon buđenja pacijent izvrgava jakom svjetlu. Čini se da se moždani elektro-kemijski procesi remete tijekom spavanja, a osobito tijekom REM-faze (faze sanjanja), dok produljena budnost "vraća" poremećene procese u normalnu funkciju (13).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada jest proširiti znanje o depresiji, njenim simptomima, dijagnostici i liječenju. Također, upoznati se sa mogućim tjelesnim bolestima koje su pridružene depresiji. Opisana je uloga medicinske sestre koja je dio medicinskog tima, usko surađuje s psihijatrom i samostalno donosi odluke tijekom procesa zdravstvene njege.

3. RASPRAVA

3.1. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi depresivnog bolesnika

S obzirom na specifičnost depresije i popratnih bolesti, medicinska sestra je suočena s nizom psihofizičkih problema i potreba bolesnika. Oboljeli od depresije zahtijevaju posebnu skrb i empatiju.

Medicinska sestra/tehničar tijekom 24 sata prati bolesnikovo stanje, ponašanje te promjene ponašanja kroz dnevne aktivnosti, tijekom uzimanja terapije te u odnosu prema osoblju i drugim bolesnicima, posjetiteljima, obitelji…

Naime, medicinska sestra je ta koja najviše boravi uz bolesnika, pa je njezin udio u skrbi vrlo značajan. Svaku intervenciju medicinska sestra/tehničar treba evidentirati na listi zdravstvene njege.

Medicinska sestra procjenjuje bolesnikovo stanje kako bi utvrdila potrebe za zdravstvenom njegom.

- Utvrđivanje potreba (prikupljanje podataka, analiza podataka, sestrinska dijagnoza)
- Planiranje zdravstvene njege (utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva, odabir intervencija, izrada plana zdravstvene njege)
- Provođenje zdravstvene njege (validacija plana, analiza uvjeta, realizacija)
- Evaluacija zdravstvene njege (evaluacija cilja, evaluacija plana)

3.1.1. Prikupljanje podataka – u skladu s tumačenjem zdravstvene njege M. Gordon, medicinska sestra mora prikupiti podatke od bolesnika prema sljedećim obrascima:

3.1.1.1. Percepcija i održavanje vlastitog zdravstvenog stanja

Ispituje se: dosadašnje zdravstveno stanje (bolesti od kojih je bolovao, ranije hospitalizacije, sučeljavanje sa ranijim bolestima, pridržavanje uputa i savjeta); sadašnje zdravstveno stanje(razlog hospitalizacije, opće zdravstveno stanje, izostanci s posla ili iz škole, ozljede na radu…).

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Nezdravstveno ponašanje u/s neprihvaćanjem bolesti
- Nepridržavanje zdravstvenih preporuka u/s neprihvaćanjem bolesti
- Visok rizik za ozljede u/s osnovnom bolešću
- Smanjena radna učinkovitost u/s osnovnom bolešću

3.1.1.2. Nutritivno – metabolički obrazac

Ispituje se: uobičajeni način prehrane, uzimanje tekućine (vrsta, količina), apetit, osobiti zahtjevi u prehrani, dijete, promjene tjelesne težine.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Gubitak apetita u/s osnovnom bolešću
- Smanjen unos hrane u/s gubitkom apetita
- Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane

3.1.1.3. Eliminacija

Ispituje se: podatci o stolici, defekaciji, urinu i mokrenju, uporaba diuretika, laksativa.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Inkontinencija urina
- Visok rizik za opstipaciju
- Opstipacija u/s smanjenom tjelesnom aktivnošću

3.1.1.4. Tjelesna aktivnost

Procjenjuje se: ima li bolesnik dovoljno snage za izvođenje željenih i zahtjevnih aktivnosti, rekreacija (bavi li se bolesnik s čim, kojom učestalošću), kako provodi aktivnosti samozbrinjavanja.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Smanjeno podnošenje napora u/s osnovnom bolešću
- Smanjena tjelesna aktivnost u/s brzim umaranjem
- SMBS (odijevanje, higijena) u/s hipobulijom

3.1.1.5. Spavanje – odmor

Ispituje se: raspored spavanja i odmor, osjećaj odmorenosti i spremnosti na aktivnosti nakon spavanja, problemi vezani za spavanje (nesanica, rano buđenje, noćne more), lijekovi.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Nesanica u/s osnovnom bolešću što se očituje buđenjem usred noći i teškoćama ponovnog usnivanja (središnja insomnija)
- Nesanica u/s osnovnom bolešću što se očituje preranim buđenjem i nemogućnošću ponovnog usnivanja (terminalna insomnija)

3.1.1.6. Kognitivno percepcijski obrazac

Ispituje se: poteškoće sa sluhom (slušni aparat), poteškoće s vidom (naočale, leće), pamćenje, odlučivanje, učenje, motivacija.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Smanjena mogućnost prosuđivanja u/s osnovnom bolešću

3.1.1.7. Samopercepcija

Ispituje se:kako bi se opisao, misli li većinu vremena dobro ili loše o sebi, gubi li nadu, kako se doživljava, što ga ljuti, što mu pomaže. Obratiti pažnju na prominentne simptome (depresivnost, strah), na stupanj suradljivosti, na obrambene mehanizme (negiranje, regresiju, projekciju). Potrebno je analizirati verbalnu komunikaciju (brzina govora, ritam, jakost glasa) te neverbalnu (pogled bolesnika, izbjegava li pogled sugovornika ili fiksira pogled, mimika lica..)…

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Anksioznost u/s osnovnom bolešću
- Depresivnost u/s osnovnom bolešću
- Agresivnost u/s osnovnom bolešću
- Gubitak samopoštovanja u/s osjećajem manje vrijednosti
- Visok rizik za suicid
- Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom samopouzdanja

3.1.1.8. Uloga i odnos s drugima

Ispituje se:s kim živi, odnosi u obitelji, problemi u užoj i široj obitelji, kako obitelj reagira na bolest, odnosi sa prijateljima, odnosi na poslu.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Visok rizik za nasilje
- Socijalna izolacija u/s osnovnom bolešću što se očituje izbjegavanjem interpersonalnih komunikacija i povlačenjem u sebe

3.1.1.9. Sučeljavanje i tolerancija na stres

Ispituje se:stresori na poslu, u okolini; tko pomaže u teškim trenucima, uobičajeno ponašanje u stresnim situacijama.

Moguće sestrinske dijagnoze:

- Neučinkovito sučeljavanje u/s osnovnom bolešću
- Posttraumatska reakcija u/s neučinkovitim sučeljavanjem
- Zlouporaba alkohola i drugih psihoaktivnih tvari

3.2. Planiranje zdravstvene njege

Mnogostruki se problemi mogu javiti kod oboljelih od depresije jer, kako je već navedeno, depresija se kod bolesnika može zamijeniti nekom drugom bolešću ili se veže uz druge bolesti.

Depresija pogoršava funkcionalna oštećenja te pojačava tjelesne simptome. Također, smanjuje adherentnost propisanoj terapiji te smanjuje kvalitetu života oboljelog. Povezana je s lošim zdravstvenim navikama (pušenje, neadekvatna prehrana…) što uvelike otežava proces liječenja.

Standardizirane psihijatrijske dijagnoze vezane uz pojedine poremećaje ne postoje već se one individualno formuliraju na osnovi bolesnikovih potreba

3.2.1. Zdravstvena njega bolesnika sa udruženim tjelesnim bolestima i depresijom

U liječenju bolesnika sa duševnim poteškoćama izuzetno je bitna sustavna zdravstvena skrb jer bolesnici zbog svoje osnovne bolesti često podliježu nekim fizičkim bolestima ili osnovna bolest prikriva simptome drugih bolesti.
Tijekom liječenja i praćenja duševnog bolesnika potrebno je na vrijeme poduzeti mjere da se spriječe, ili što ranije otkriju i pravovremeno tretiraju druge pridružene somatske bolesti. To se odnosi na redovito provođenje preventivnih i sistematskih pregleda, stomatološku skrb-osmišljenih za specifične potrebe takvih pacijenata. Specifični pregledi se odnose npr. na kontrolu određenih laboratorijskih nalaza vezanih za lijekove i nuspojave (otkrivanje šećerne bolesti, jetrenih, bubrežnih oštećenja, povišenih masnoća u krvi, poremećaj krvne slike). Preventivno se treba kontrolirati tjelesna težina,

opseg struka (dobar pokazatelj ukupnog kardiovaskularnog i metaboličkog rizika), krvni tlak, uz upućivanje određenim specijalistima na vrijeme.

3.2. Uloga medicinske sestre kod suicidalnog bolesnika

Suicidalna razmišljanja prisutna su u oko 80% depresivnih bolesnika i smatra se da je najveći suicidalni rizik upravo u toj dijagnostičkoj skupini. Rizik je veći u prvih 6 mjeseci nakon otpusta s bolničkog liječenja.

Procjena suicidalnog rizika dio je svake psihijatrijske procjene te postupci za smanjenje rizika mogu značajno povećati sigurnost liječenja. Suicidalni rizik je potrebno kontinuirano procjenjivati i ukoliko postoji, planirati postupke za njegovo smanjivanje.

Karakteristike bolesnika povezane s povećanim suicidalnim rizikom su: beznađe, bespomoćnost, ograničena mogućnost sagledavanja alternativnih rješenja problema, prevladavanje disfunkcionalnog načina razmišljanja koje sagledava samo najlošije ishode, nisko samopoštovanje, orijentiranost na sadašnjost i teškoće projekcije u budućnost.

U boljoj procjeni rizika i izbjegavanju zabluda, preporuka je korištenje standardiziranih upitnika ili skala kojima procjenjujemo razinu suicidalnog rizika (niska, srednja, visoka).

Skale i strukturirani intervjui za procjenu rizika sadrže niz korisnih informacija; npr. podaci o ranijim suicidalnim pokušajima i razmišljanjima, postojanje suicidalnog plana, zlouporabi alkohola i psihoaktivnih tvari, podaci o teškoćama logičkog razmišljanja, procjena socijalne podrške, postojanje zaštitnih faktora odnosno razloga za život kao što su obitelj, religiozni razlozi i pozitivni stavovi o životu.

Sestrinske dijagnoze:

Suicidalna razmišljanja u/s osnovnom bolešću

Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolešću

Cilj postupanja sa suicidalnim mislima je smanjiti rizik od suicida. Osim edukacije o simptomima i specifičnostima depresivnog poremećaja iznimno je važno razgovarati o postupcima preveniranja ili smanjenja suicidalnih razmišljanja. Bolesniku je potrebno naglasiti da o suicidalnim mislima treba razgovarati, a kod pojave suicidalnih misli uvijek se sjetiti razloga za život i zabilježiti ih. Razlozi za život osim odgovornosti prema obitelji, ljubavi prema djeci ili supružniku, osjećaju krivnje, uključuju i religiju te nadu i želju za izlječenjem. Potrebno je zajedno s bolesnikom sklopiti antisuicidalni ugovor i isplanirati postupke prevencije.

Plan prevencije suicida:

1. Riješiti se opasnog oružja i oruđa

2. Nazvati liječnika/psihijatra i zatražiti hitan prijem ili razgovor

3. Potražiti podršku obitelji ili prijatelja

4. Prakticirati tehnike relaksacije

5. Vježbati

6. Osloniti se na religiozne i duhovne elemente u životu

7. Razmotriti listu razloga za život

3.2.2. Infarkt miokarda i depresija

Moguća sestrinska dijagnoza**: Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolest, 2° infarkt miokarda**

Postupci medicinske sestre:

1. Informirati i pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima

2. Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od med.sestre i/ili bližnjih ukoliko osjeti anksioznost

3. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje

4. Podučiti pacijenta postupcima smanjivanja anksioznosti (vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, okupacijska terapija, terapeutska masaža…)

3.2.3. Dijabetes i depresija

Moguća sestrinska dijagnoza: **Nepridržavanje zdravstvenih preporuka u/shipobulijom, 2°depresija**

Postupci medicinske sestre:

1.Educirati bolesnika o dijabetesu

2.Educiratibolesnikao važnosti uzimanja terapije inzulinom

3. Poticati bolesnika na redovito mjerenje šećera u krvi

4. Educirati bolesnika o namirnicama koje smije/ne smije konzumirati

5. Potaknuti bolesnikove bližnje na aktivno sudjelovanje u terapiji

3.2.3. Epilepsija i depresija

Moguća sestrinska dijagnoza: **VR za suicid u/s beznađem, 2°depresija**

Postupci medicinske sestre:

1. Educirati bolesnika o epilepsiji i načinu života s epilepsijom

2. Osigurati suportivnu psihoterapiju te kognitivno-bihevioralnu terapiju

3. Uključiti bolesnikove bližnje u proces liječenja

4. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije

3.2.4. Alzheimerova bolest i depresija

Moguća sestrinska dijagnoza: **VR za agresivnost u/s depresijom**

Postupci medicinske sestre:

1. Aktivno slušati bolesnika i pružiti učinkoviti verbalni odgovor

2. Ukloniti mogući izvor problema

3. Koristiti tehniku „odvraćanja pozornosti“

4. Osigurati bolesnikovu okolinu

5. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije

3.2.6. Parkinsonova bolest i depresija

Moguća sestrinska dijagnoza:**Poremećajself-imagea u/s osnovnom bolešću, 2°Parkinsonova bolest**

Postupci medicinske sestre:

1. Pružiti potporu bolesniku

2. Ohrabriti na aktivno sudjelovanje u terapiji

3. Savjetovati zapisivanje osjećaja i misli vezane za bolest u rokovnik

4. Objasniti važnost pridržavanja terapije pri otpustu bolesnika

5. Savjetovati razgovor s obitelji o problemima koji tište bolesnika

6. Savjetovati o metodama relaksacije

7. Savjetovati razgovor s drugim zdravstvenim stručnjacima

3.2.7. Maligne bolesti i depresija

Moguća sestrinska dijagnoza**: Strah od smrti u/s dijagnosticiranom bolešću**

Postupci medicinske sestre:

1. Educirati bolesnika o malignoj bolesti te pružiti potporu u adaptaciji na novonastalu situaciju

2. Pružiti psihološku pomoć bolesniku prije samog operativnog zahvata

3. Uključiti bolesnikove bližnje u borbu protiv bolesti

4. ZAKLJUČAK

Depresija je vrlo učestala bolest koju je važno na vrijeme prepoznati i suočiti se s njom. Osnovne karakteristike ove bolesti su sniženo, bezvoljno raspoloženje, žalost i beznađe, gubitak osjećaja zadovoljstva, gubitak snage i energije, javljanje osjećaja neodređenog straha (anksioznosti). Tu su i osjećaj krivnje, besperspektivnosti, bezizglednosti, gubitak volje za životom, razmišljanja o samoubojstvu i pokušaji. Uz to nastupa promjena mišljenja, sna i apetita.

Depresija se javlja u komorbiditetu s različitim tjelesnim bolestima pa tako često ima negativan utjecaj na tijek i prognozu somatskih bolesti, smanjuje bolesnikovu kvalitetu života, te je važno prepoznati prisutnost komorbidnog depresivnog poremećaja u najranijoj fazi bolesti zbog adekvatnog pristupa terapiji.

Uloga medicinske sestre u liječenju ovakvih bolesnika je izuzetno velika. Na vrijeme prepoznate promjene stanja bolesnika uvelike utječu na ishod same bolesti. Oboljeli od depresije i pridruženih tjelesnih bolesti zahtijevaju posebnu skrb i empatiju koju pruža medicinska sestra uz stalni nadzor i adekvatne intervencije.

5. LITERATURA

1. Jakovljević M.,*Depresija- bolest našeg doba*, Pro mente Zagreb 1997.

2. Mihaljević PelešA.,*Kako prepoznati i pobijediti depresivne simptome*, Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju i psihofarmakoterapiju

3. Klaić B.,*Veliki rječnik stranih riječi,* Zora, Zagreb 1974.

4. DemirovićV.,*Depresivna bolest i njeno liječenje*, Svijetlost, Sarajevo 1982.

5. *Medix-specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, broj 106, srpanj 2013.

6. Jakovljević M., *Depresija- prepoznavanje i liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*, Pro Mente Zagreb, 1998.

7. *Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Klinički opisi i dijagnostičke smjernice*, Deseta revizija, Medicinska naklada, Zagreb 1999.

8. http://bit.ly/1JJP29X

9. http://bit.ly/1DpKlAR

10. http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1527/

11. http://bit.ly/1UktZOu

12. Tili E.,*Problematika klasifikacije i dijagnostike depresije*

13. http://bit.ly/1N7214q

6. SAŽETAK

Depresija reducira kvalitetu života, ima negativni utjecaj na one koji imaju kroničnu bolest. Nadalje, depresija kao prateća bolest može pojačati utjecaj kronične bolesti i povećati funkcionalnu nesposobnost i korištenje službi zdravstvene skrbi. Najčešći tjelesni poremećaji koji prate depresiju jesu: kardiovaskularni (kronična bolest srca, infarkt miokarda), endokrini (hipotireoza, hipertireoza, Cushingov sindrom, dijabetes), bolni sindromi,jatrogena stanja te karcinomi i terminalna stanja.

Izuzetno je važno prepoznati prisutnost komorbidnog depresivnog poremećaja u najranijoj fazi bolesti zbog adekvatnog pristupa terapiji. Pri izboru antidepresiva uvijek treba voditi računa o tipu i težini tjelesne bolesti, tipu i težini depresije, profilu nuspojava pojedinog antidepresiva, te naravno o kliničkom iskustvu s odabranim antidepresivom.

Vrlo važnu ulogu u procesu liječenja depresivnih bolesnika sa pridruženim tjelesnim bolestima ima medicinska sestra koja kroz proces zdravstvene njege brine o zadovoljavanju osnovnih potreba bolesnika. Naime, medicinska sestra najviše boravi uz bolesnika te je sposobna procijeniti bolesnikovo stanje i eventualne promjene ponašanja te na vrijeme reagirati. Upravo iz tih razloga naglašavam ulogu medicinske sestre kao ključnu u terapiji depresivnih bolesnika.

7. SUMMARY

Depression reduces quality of life, has a negative impact on those who have chronical illness. So depression, as well comorbidity may intensify the impact of chronic diseases and increase functional disability and use of health care services. The most frequent somatic disorders accompanying depression are: cardiovascular (chronic heart disease, myocardial infraction), endocrine (hypothyroidism, hyperthyroidism, Cushing´s syndrome, diabetes), pain syndromes, iatrogenic conditions, cancer and terminal conditions.

It is important to recognize the presence of comorbid depressive disorder at the earliest disease because of the adequate access to treatment. In the choice of antidepressants should always take into account the type and seriousness of the disease, the type and severity of depression, side effect of each antidepressants and the experience with chosen antidepressant.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Mateja Storić

Datum i mjesto rođenja: 08.08.1993.

Adresa: Čista Velika 1/56, Vodice

Mobitel: 099/ 4004-177

E-mail:mateja.storic@gmail.com

Obrazovanje:

2000-2008.g. Osnovna škola, Čista Velika

2008-2012.g. Medicinske i kemijska škola, Šibenik

Smjer: farmaceutski tehničar

2012-2015.g. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split

Smjer: Sestrinstvo