

Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja

Medvedec Vlašić, Klaudija

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:095923>

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

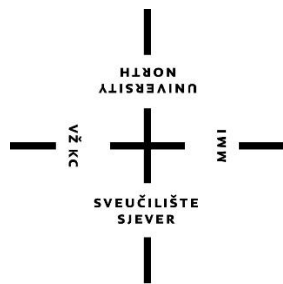
Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





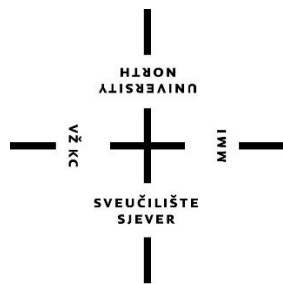
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 790/SS/2016

Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja

Klaudija Medvedec Vlašić, 5381/601

Varaždin, rujan, 2016.godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 790/SS/2016

Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja

Student

Klaudija Medvedec Vlašić, 5381/601

Mentor

Marija Božićević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan, 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Klaudija Medvedec Vlašić	MATIČNI BROJ	5381/601
DATUM	27.08.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care of patients with depressive disorders		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Ivana Živoder, dipl.med.techn, predsjednik 2. Marija Božičević, mag.med.techn. 3. doc.dr.sc. Maja Bajš Janović, član 4. Marijana Neuberger mag.med.techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	790/SS/2016
OPIS	<p>Depresivni poremećaj je psihički poremećaj koji se svrstava u skupinu poremećaja raspoloženja i jedan je od najčešćih poremećaja suvremenog svijeta. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije broj obojelih od depresivnog poremećaja je u kontinuiranom porastu.</p> <p>Depresivni poremećaj je obilježen tugom koja je dovoljno izražena ili dugotrajna da ometa funkcioniranje te smanjuje zanimanje ili uživanje u aktivnostima a može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi.</p> <p>Ovo je često neprepoznati poremećaj, visok je postotak neliječenih i neprimjereno liječenih slučajeva.</p> <p>Temelj stvaranja terapijskog odnosa i postizanja terapijskih ciljeva sestrinske skrbi za depresivnog bolesnika je komunikacija. Jedno od najvažnijih načela u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od ovog poremećaja je zaštita od samoubojstva, jer se suicidalnost u tih bolesnika može javiti u bilo kojoj fazi bolesti.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati osnovne pojmove: depresivni poremećaj- navesti i opisati oblike depresivnog poremećaja- prikazati epidemiologiju i etiologiju- opisati kliničku sliku- prikazati dijagnostičke kriterije i liječenje- prikazati sestrinske dijagnoze i intervencije

ZADATAK URUČEN 26.09.2016.

REPUBLIKA HRVATSKA
5
OPŠTINA MENTORA
SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNICA
SVEUČILIŠTE SJEVER



Predgovor

Veliko hvala mojoj mentorici mag.med.techn.Mariji Božićević na potpori i usmjeravanju u izradi mojeg završnog rada!

Hvala i svim djelatnicima Sveučilišta Sjever, studija sestinstva, koji su se trudili da dio svog znanja prenesu i na mene!

Zahvaljujem i svim svojim prijateljima na podršci i pomoći!

Posebno hvala mojoj obitelji, a pogotovo mojim djevojčicama Lauri i Stelli, čija mi je podrška uvijek bila najveći motiv za uspjeh!

Sažetak

Uobičajeni, normalni afekti (tuga, bol i radost) dio su našega svakodnevnoga života i trebaju se razlikovati od patoloških stanja ili poremećaja raspoloženja.

Afektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja su najzastupljenija skupina duševnih poremećaja. Njihovo osnovno obilježje je patološki promijenjeno raspoloženje. Značajno oštećuju sve aspekte ličnosti i cjelokupno psihosocijalno funkcioniranje oboljelog. Depresija će do 2020.godine zauzeti drugo mjesto u svijetu po oboljevanju i smrtnosti (Svjetska zdravstvena organizacija), a do 2030.god. bit će vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja u bogatijim zemljama. Etiologija poremećaja raspoloženja je multifaktorijalna i rezultat je interakcije genetske predispozicije, biološke osnove te ranog životnog (traumatskog) iskustva i utjecaja sredine.

Tipične teškoće i upadljiva obilježja depresije su žalost, utučenost, neraspoloženje, slabost, bezvoljnost, pomanjkane poticaja, sumnje u sebe, osjećaj bezvrijednosti, beznade, besmislenost, a uz njih se često pojavljuju i tjeskoba i nemir, nedostatak energije, poremećaji apetita, gubitak tjelesne težine, smanjeni libido, poremećaji spavanja, bolovi, teškoće s koncentracijom i samoubilačke misli.

Dijagnoza poremećaja raspoloženja postavlja se na osnovu anamnestičkih podataka, kliničke slike i tijeka bolesti.

U liječenju poremećaja raspoloženja najbolje rezultate daje kombinacija farmakološke i psihološke terapije. Cilj je liječenja: umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće funkcioniranje, te smanjiti mogućnosti relapsa ili recidiva bolesti.

Medicinska sestra je najčešće prvi stručnjak koji kontaktira s bolesnicima. Intenzivno sudjeluje u cjelokupnom životnom ritmu bolesnika. U najbližem je kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji pa može prva uočavati promjene i stručnom timu iznositi svoja zapažanja, vrlo značajna za daljnji postupak. Stoga je osobito velika i važna njezina mogućnost terapijskoga djelovanja. Ona je nužan i nezamjenjiv član tima u psihijatrijskoj njezi.

O patnji depresivnih bolesnika svjedoči izreka: „Ako postoji pakao na zemlji, onda je on u duši depresivnih osoba“.

Ključne riječi: poremećaji raspoloženja, depresija, liječenje

Abstract

Usual, normal emotions such as sadness, pain and joy are all part of our everyday lives and we should differentiate between them and pathological conditions or mood disorders.

Affective disorders or mood disorders represent the most common group of mental disorders. Their fundamental characteristic is pathological mood change. They significantly deplete all aspects of a patient's personality along with the overall psychological and social functioning. By the year 2020 depression will have become the second most common disease in the world with respect to morbidity and mortality (World Health Organization), and by the year 2030 the leading cause of disease burdens in affluent countries. The etiology of mood disorders is multifactorial and is the result of interaction between genetic predisposition, biological basis and an early life (traumatic) experience along with the impact of the surrounding circumstances.

The typical difficulties and the most conspicuous features of depression are sadness, dejection, moodiness, weakness, listlessness, lack of incentive, self-doubt, feelings of worthlessness, hopelessness, futility. Along with them, often appear anxiety and restlessness, lack of energy, appetite disturbance, loss of body weight, decreased libido, sleep disorders, aches, poor concentration and suicidal thoughts.

Mood disorders are diagnosed based on patient's medical history, the clinical picture and the progress of the disease. In the treatment of mood disorders the best results are achieved by the combination of pharmacological and psychological therapy.

The aim of the treatment is: diminish or eliminate symptoms, increase physical abilities and the general functioning of a patient, and reduce the possibilities of a relapse or recurrence of the disease.

The nurse is often the first expert who contacts with patients. She participates intensively in the overall rhythm of a patient's life. She is the closest person that patients and their families are in contact with so she is the first who is able to observe the changes and present her observations to the professional team, which are very important before proceeding. Therefore, the nurse's therapeutic action is extremely important. She is a necessary and indispensable member of the team in a psychiatric care unit.

The proof of the suffering of depressive patients can be found in this saying: "If there is a hell on Earth, then it is in the soul of a depressed person."

Keywords: mood disorders, depression, treatment

Popis korištenih kratica

god. – godina

tzv. – tako zvani

tj. – to jest

npr. – na primjer

ICD – International classification of diseases and causes of death

MKB – 10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i uzroka smrti

dr. – drugo

EKG – elektrokardiogram

EKT – elektrokonvulzivna terapija

EKS – elektrokonvulzivna stimulacija

itd. – i tako dalje

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Poremećaji raspoloženja	2
2.1. Učestalost i epidemiologija poremećaja raspoloženja	3
2.2. Etiologija i patogeneza.....	4
2.3. Vrste depresivnog poremećaja	5
2.4. Klinička slika	11
2.5. Dijagnoza	11
2.6. Liječenje depresivnih poremećaja.....	14
2.7. Komplikacije depresivnih poremećaja.....	17
3. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika.....	19
3.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja	21
4. Zaključak.....	25
5. Literatura.....	26

1. Uvod

Depresivno je raspoloženje sastavni dio afektivnog života zdravih osoba kada se pojavljuje kao odgovor na gubitak ili nesreću. Depresivno je raspoloženje primarni simptom cijele skupine depresivnih poremećaja u okviru afektivnih poremećaja, a kao sekundarni simptom dio je većine psihijatrijskih, nekih neuroloških, ali i tjelesnih oboljenja (moždani udar), kao i način reagiranja na kronične ili smrtonosne bolesti. Depresivno je raspoloženje popraćeno pesimističnim i negativnim razmišljanjima, niskim samopoštovanjem, nedostatkom uživanja u uobičajenim životnim aktivnostima ili gubitkom osjećaja zadovoljstva (anhedonija). [1]

Afektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja su najzastupljenija skupina duševnih poremećaja. Njihovo osnovno obilježje je patološki promijenjeno raspoloženje. To su poremećaji s kojima se oboljeli nosi tijekom cijelog života. Najčešće su epizodni ali mogu biti i kroničnog, progresivnog tijeka. Značajno oštećuju sve aspekte ličnosti i cjelokupno psihosocijalno funkcioniranje oboljelog. Razina oštećenja cjelokupnog funkcioniranja u depresivnih bolesnika je veća nego u onih s kroničnim bolestima kao što su artritis, dijabetes i hipertenzija, a slična oštećenjima nakon srčanog infarkta. Depresija će do 2020.godine zauzeti drugo mjesto u svijetu po oboljevanju i smrtnosti (Svjetska zdravstvena organizacija), a do 2030.god.bit će vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja u bogatijim zemljama. [2]

Klinička je depresija toliko raširena, da se naziva običnom prehladom psihijatrije (Seligman, 1975). U bilo kojem trenutku 15-20% odraslih osoba pati od značajne količine depresivne simptomatologije. Najmanje 12% osoba doživljava depresiju koja u nekom razdoblju njihova života traži liječenje. Procjenjuje se da je depresija razlog za 75% psihijatrijskih hospitalizacija. Zbog sada nejasnih razloga, u zapadnim industrijaliziranim zemljama, učestalost je depresije kod žena dva puta veća nego kod muškaraca. Čini se vjerojatnim da se pojava depresije ne može objasniti nekim pojedinačnim faktorom već interakcijom brojnih različitih čimbenika. Utvrđeno je da su početak i tijek depresije u vezi s nizom bioloških, povijesnih, okolinskih i psihosocijalnih varijabli. Među tim su varijablama poremećaji u funkcioniranju neurotransmitera, obiteljska povijest depresije i alkoholizma, rani gubitak roditelja ili zanemarivanje djeteta, nedavni negativni životni događaji, kritični ili neprijateljski raspoložen bračni partner, pomanjkanje bliskog povjerljivog odnosa, pomanjkanje prikladne socijale podrške i dugotrajno pomanjkanje samopoštovanja. [3]

Bazični su simptomi u svim stanjima depresije depresivno raspoloženje i gubitak interesa za do tada važne stvari i aktivnosti. Te smetnje trebaju trajati barem dva tjedna da bi se moglo govoriti o depresivnoj epizodi. Uz te obavezne simptome, mogu biti prisutni gubitak energije, gubitak apetita uz mršavljenje, poremećaji spavanja, osjećaj bezvrijednosti i/ili krivnje,

dekoncentracija, bespomoćnost, neodlučnost i suicidalna razmišljanja do pokušaja suicida. Prva su dva simptoma uvijek prisutna i nužna za postavljanje dijagnoze. Broj ostalih simptoma i njihov intenzitet određuje težinu depresivne epizode, a time i stupanj socijalnoga i radnoga oštećenja. [1]

2. Poremećaji raspoloženja

Nijedno poglavlje psihopatologije ne prati tolika terminološka konfuzija kao o emocijama. Osjećaj je pozitivna ili negativna reakcija na neko iskustvo. Afekt je trenutno stanje emocija, ali i specifični osjećaji usmjereni prema objektu. Termin emocija u pravilu se primjenjuje kada se opisu raspoloženja dodaju prateći fiziološki i psihosomatski fenomeni, kao što su pokreti, mimika, gestikulacija te promjene autonomnog živčanog sustava. Raspoloženje je po jednoj definiciji dugotrajno stanje emocija, a po drugoj stanje selfa u interakciji s okolicom. Pokušaji objašnjenja neurobiološke podloge emocija pokazuju da se biološke osnove emocija razlikuju te da ne postoji jedinstvena biološka osnova za sve emocije. [1] Patološki poremećaji raspoloženja događaju se kada tuga ili radost imaju intenzitet ili vremensko trajanje iznad očekivanoga i uobičajenoga. U bolesnika s poremećajem raspoloženja primarno je oštećenje emocija, što dovodi i do značajnih promjena ostalih funkcija duševnoga zdravlja. Sindrome poremećaja raspoloženja označuje patološki povećano ili smanjeno raspoloženje (povišeno ili sniženo). Raspon između tih krajnosti u izražavanju raspoloženja treba promatrati kao kontinuum u kome je smješteno i normalno stanje afekta. [1] Promjene u vrsti raspoloženja mogu se izraziti kao anksioznost, depresivno ili manično raspoloženje, razdražljivost ili bijes. Mogu nastati kao reakcija na neko vanjsko zbivanje ili se pojaviti bez jasnog razloga. [1] Depresivno je raspoloženje primarni simptom cijele skupine depresivnih poremećajau okviru afektivnih poremećaja, a kao sekundarni simptom dio je većine psihijatrijskih, nekih neuroloških, ali i tjelesnih oboljenja (moždani udar), kao i način reagiranja na kronične ili smrtonosne bolesti. Depresivno je raspoloženje popraćeno pesimističnim i negativnim razmišljanjima, niskim samopoštovanjem, nedostatkom uživanja u uobičajenim životnim aktivnostima ili gubitkom osjećaja zadovoljstva (anhedonija). [1] Manično raspoloženje – taj se naziv primjenjuje za raspoloženje koje prelazi uobičajenu radost ili veselje, što često prati osjećaj izrazite sreće, egzaltiranosti, porast samosvijesti i povećana aktivnost. [1]

2.1. Učestalost i epidemiologija poremećaja raspoloženja

Iako jedna od četiriju osoba obolijeva od nekog oblika afektivnoga poremećaja, životni rizik za klinički značajan oblik obolijevanja od afektivnoga poremećaja manji je od 15%. Stopa pobola veća je za žene, 2:1 u odnosu na muškarce. Učestalost poremećaja raspoloženja raste, posebno u starijoj dobi. Depresivni poremećaj je 1,5 do 3 puta češći među rođacima prvoga reda, nego što je pojavnost istoga u općoj populaciji. Rizik oboljenja tijekom života kreće se od 10 do 25% za žene, i od 5 do 12,5% za muškarce. [1] Gotovo 3% svjetskog stanovništva boluje od depresije. U naprednijim društvima čak do 15% opće populacije ima značajne depresivne simptome. Depresivnu epizodu doživi barem jedanput u životu 20% žena i 10% muškaraca. [2] Bitno je istaknuti razliku u učestalosti pojave depresije kod žena i muškaraca. Poremećaj je gotovo dvostruko češći kod žena i pretpostavlja se da bi uzroci tome mogli biti u hormonskim zbivanjima u žena, različitoj učestalosti stresnih zbivanja, naučenoj bespomoćnosti, igranju određenih životnih uloga, porođajima itd. [4] S druge strane, kod muškaraca je depresija često zamaskirana alkoholizmom. [2] Za oba spola učestalost bipolarnog poremećaja procjenjuje se na oko 1%. [4] Uobičajena dob prve pojave depresije je između 24. i 35. godine s trendom sve ranijeg javljanja. Čak 40% depresivnih imali su svoju prvu epizodu prije dvadesete godine dok ih je samo 10% postalo depresivno iza pedesete godine. U starijoj dobi češći su distimija i male depresivne epizode. Pojava teške depresije u adolescentnom dobu obično je uvod u kasniji bipolarni poremećaj. [2] Kod depresivnih bolesnika prisutna je visoka razina komorbiditeta, jer depresije često prate druge bolesti. Česta su prekrivanja, tj. istodobno javljanje depresije i anksioznih poremećaja (fobija, društvenih tjeskoba, paničnog poremećaja, općeg anksioznog poremećaja), prisila, posttraumatskih stresnih poremećaja, somatoformnih poremećaja, psihofizioloških poremećaja, ali i shizofrenih poremećaja, organskih mozgovnih poremećaja, propadanja mozgovne mase, te različitih poremećaja ličnosti. U američkom epidemiološkom ispitivanju nađena je uz depresije (depresivne epizode i distimije) u 77% slučajeva barem još jedna dijagnoza. Najčešće su to bili anksiozni poremećaji (oko 1/2), ovisnosti o nekim tvarima (1/3), te somatoformni poremećaji (1/3). Nije moguće pouzdano odgovoriti na pitanje da li kod tih morbidnih poremećaja primarna depresija ili njezino pojavljivanje slijedi nakon drugih bolesti. Kada se sudionike istraživanja retrospektivno pita koji je poremećaj bio prvi, tada većina (između 60 i 80%) odgovara da su depresije uslijedile nakon drugih tegoba i poremećaja. [5] U tjelesnih bolesnika incidencija depresije je još i veća, te se kreće u rasponu od 30-50%. Veliki je problem što se depresija uspije dijagnosticirati samo u polovici oboljelih, a tek polovica njih se liječi pa je mnogo zapuštenih, kronificiranih i kompliciranih depresivnih stanja. Najozbiljnija komplikacija je samoubojstvo (više od 15%). Tjelesne komplikacije

neliječene depresije su: povišeni rizik za krvožilne bolesti (srčani i moždani udar), dijabetes i neke sistemske bolesti. [2]

2.2. Etiologija i patogeneza

Depresiju se proučava s nekoliko stanovništa. Etiologija poremećaja raspoloženja je multifaktorijalna i rezultat je interakcije genetske predispozicije, biološke osnove te ranog životnog (traumatskog) iskustva i utjecaja sredine. Multifaktorijalno podrijetlo afektivnih poremećaja odražava se u brojnim teorijama. [2] Biološke teorije temelje se na rezultatima niza istraživanja koja proučavaju genetiku, neurotransmisiju, neurobiokemiju, neuroendokrinologiju, neuroimunologiju, kronobiologiju i neuroplastičnost u osoba s afektivnim poremećajima. Obiteljske studije daju mnogo podataka o genetskoj uvjetovanosti poremećaja raspoloženja. Ukoliko jedan od roditelja boluje od poremećaja raspoloženja, rizik za oboljevanje djeteta je 20%. Ukoliko od poremećaja raspoloženja boluju oba roditelja, od kojih je jedan bipolarni, rizik oboljevanja djeteta je čak 50-75%. Neurobiokemijske teorije upućuju na središnju ulogu patološke neurotransmisije biogenih amina (noradrenalina, serotonina, dopamina) u središnjem živčanom sustavu. [2] Neuroendokrinološke teorije depresije temelje se na opažanjima da u depresiji postoji hiperaktivnost hipotalamično-hipofizno-adrenalne osi, što je posljedica pretjerane stimulacije sustava za stres. [2] Poremećaji raspoloženja posljedica su disregulacije u limbičko-diencefaličkom neurotransmitorskom sustavu. Posredni, neurofiziološki, farmakološki i endokrini dokazi podržavaju tvrdnju o disregulaciji u kolinergičnom i kateholaminskom neurotransmisivnom sustavu. Posrednim dokazom za depresiju drži se i smanjena pohrana serotonina u trombocitima. [1] Odnos depresije i životnih događaja veoma je značajan. Stresni događaji dovode do poremećaja homeostaze. [1] Psihosocijalne teorije najveći značaj za razvoj depresije pridaju traumatskim događajima u ranom djetinjstvu: zlostavljanje, neslaganje i rastava roditelja, bolest i gubitak roditelja, rano razdvajanje i zanemarivanje. [2] Stresni životni događaji (separacije) često prethode unipolarnim depresivnim epizodama. Takvi događaji čine prodromalnu fazu depresivne epizode. Gubitak roditelja u djetinjstvu nužno ne povećava rizik za nastajanje poremećaja raspoloženja. Ipak, takve osobe češće obolijevaju od depresije u mlađoj životnoj dobi, a češći su i pokušaji suicida. [1] Bihevioralne teorije razmatraju depresiju kao naučenu bespomoćnost. U depresivnih bolesnika dominira negativna kognitivna shema. Ona se odnosi na stavove samoprocjenjivanja, bezvrijednosti i beznada. [2]

Bilo koji tip osobnosti može razviti kliničku depresiju, no povratne unipolarne oblike češće razvijaju osobe koje su introvertne i pasivno ovisne. Takve osobe nemaju odgovarajuće socijalne vještine prilagodbe promjenama koje iskaču iz rutine svakodnevice pa ne mogu prebroditi ni minimalne stresove. To su osobe niskoga samopoštovanja i nedostatka povjerenja u druge. [1] Danas se smatra da je depresija biopsihosocijalni poremećaj. Ako je urođena predispozicija vrlo jaka, tada postoji velika mogućnost da će se depresija javiti i bez nekog vanjskog povoda. Naprotiv, u slučaju slabe predispozicije, trebat će se zbivati brojni nepovoljni i stresni događaji da se depresija pojavi. [6]

2.3. Vrste depresivnog poremećaja

Dijagnoza poremećaja raspoloženja proizlazi, dakle iz kliničke slike, tijeka bolesti i poznavanja obiteljske anamneze. Klinički je korisno razlikovati unipolarne (samo depresivne) i bipolarne (depresivne i povišene epizode) poremećaje raspoloženja, psihotičnu depresiju, melankoliju, atipičnu depresiju, sezonsku depresiju te distimiju i poremećeno žalovanje. Najčešći je unipolarni poremećaj raspoloženja povratni depresivni poremećaj. [1]

Kliničke oblike depresije razlikujemo prema skupinama simptoma koji dominiraju kliničkom slikom.

- Depresivna epizoda

Oboljeti od depresije znači doživjeti teško iskustvo patnje. Uobičajeno funkcioniranje je narušeno, a ponekad čak i onemogućeno. Bolesnik je većinu dana tužan i nezainteresiran za aktivnosti koje su mu do sada činile zadovoljstvo. Može izgubiti tek i tjelesnu težinu. Ponekad može imati pretjeranu potrebu za jelom, obično praćenu i pojačanom potrebom za snom. Često je uznemiren, anksiozan, ustrašen, ne može zaspati ili se vrlo rano budi. Tijekom dana je umoran i bezvoljan. Bilo kakva aktivnost za njega predstavlja veliki napor. Bolesnik je neodlučan, teško se koncentrira, a pažnja mu vrlo brzo popušta. Preplavljen je depresivnim mislima koje su usmjerene na doživljaj vlastite bezvrijednosti i krivnje. Strah može biti opći, ali se često javlja i u vidu pretjerane preokupiranosti i zabrinutosti za vlastito zdravlje. Depresivna osoba je plačljiva, ali može biti i razdražljiva i pobudljiva, što se osobito viđa kod depresivnih muškaraca. Depresivnu osobu definira nesposobnost funkcioniranja u ključnim aspektima osobnosti. Nesposobnost doživljavanja radosti i ljubavi i nesposobnost donošenja odluka, čine Lemanov trijas koji ukazuje na bitna obilježja bilo koje kliničke forme depresivne epizode. Opterećen teškim proživljavanjem depresije, bolesnik često zaključuje da život nema

vrijednosti i smisla. Takva se promišljanja mogu dalje razvijati u smjeru razmišljanja o smrti, sve do otvorenih nakana, pokušaja pa i realizacije samoubojstva. Smatra se da 2/3 depresivnih bolesnika pomišlja na samoubojstvo, a do 15% njih doista izvrši suicid. To je najteža i fatalna komplikacija depresije. Samoubojstvo mogu pospješiti neka obilježja same kliničke slike, kao što su vrlo izražena i nepodnošljiva tjeskoba, te preplavljenost idejama krivnje s kojima se bolesnik nije više u stanju nositi. Ne manje značajni su i pridruženi drugi psihički poremećaji u prvom redu ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima, ali isto tako i teške tjelesne bolesti. Najveći rizik za samoubojstvo je upravo u vrijeme oporavka od depresije. Tada su simptomi depresije još uvijek prisutni, ali je bolesnik energetski ojačan te što zbog uvida u vlastiti doživljaj depresije, što zbog uvida u teškoće koje su pred njim, nalazi snage za izvršenje samoubojstva. [2]

Depresivna epizoda – istodobna prisutnost najmanje pet od dolje navedenih simptoma u trajanju od najmanje dva tjedna (mora biti prisutno depresivno raspoloženje ili gubitak interesa):

- depresivna zlovolja
- očito pomanjkanje interesa ili radosti
- debljanje / mršavljenje
- nesanica
- nemir, zakočenost, usporenost
- umor, gubitak energije
- osjećaj bezvrijednosti, krivnje
- teškoće s koncentracijom
- želja za smrću, samoubilačke misli [5]

Psihotična depresija je klinički oblik u kojem se javljaju sumanute ideje i čulne obmane. Pritom se gubi sposobnost uvida u realitet. Sumanute ideje su sintimne, odnosno suklane patološkom, depresivnom raspoloženju (ideje beznađa, bezvrijednosti, griješnosti i skore propasti). Ponekad se te ideje javljaju u vidu hipohondrijske sumanutosti uz uvjerenje bolesnika da je obolio od teške tjelesne bolesti. Osobito su opasne čulne obmane tipa imperativnih halucinacija koje predstavljaju visoki suicidalni rizik. [2]

Agitiranu depresiju obilježavaju: visoko izražena tjeskoba, psihomotorni nemir, nesanica, gubitak apetita, mršavljenje i vegetativna pobuđenost (preznojavanje, drhtanje tijela). Bolesnici ne mogu mirovati i ustrašenog su izgleda. Ponekad se tjeskoba može manifestirati u vidu

snažnih napadaja panike s popratnim tjelesnim simptomima (suha usta, lupanje srca, proljev ili zatvor, osjećaj nedostatka zraka, učestalo mokrenje). [2]

Inhibirana depresija je klinički oblik kojim prevladava psihomotorna inhibicija, odnosno mentalna i tjelesna inertnost koja u krajnjem slučaju može doseći formu depresivnog stupora. Takav oblik nalikuje demenciji pa se naziva i pseudodementnim. Zbog toga je dijagnoza ovog oblika osobito otežana u starih osoba. [2]

Atipičnu depresiju karakterizira opća slabost, umor, apatija, anergija, pretjerana potreba za jelom uz porast tjelesne težine te pretjerana potreba za snom. Smatra se da ima drugačiju biološku osnovu nego tipična depresija, a obzirom na sezonski karakter pojavljivanja (u jesen i u zimu) dovodi se u vezu s primarnim poremećajem sekrecije melatonina. Ako se javlja najmanje dvije godine uzastopno, govorimo o sezonskom poremećaju raspoloženja. [2]

Maskirana depresija čini oko 10% svih depresivnih stanja. Najčešće se sreće među pacijentima koji obilaze specijalističke ordinacije za tjelesne bolesti, a psihijatru se upućuju nakon što se isključi tjelesni supstrat smetnji. Bolesnici se žale na probavne smetnje, na smetnje nalik srčanim (probadanje i bolovi u prisištu, promjena srčane frekvencije), na poremećaje u funkcioniranju urogenitalnog sustava sa smetnjama libida, na nemogućnost reguliranja krvnog tlaka, a kod žena se mogu javiti čak i poremećaji menstruacijskog ciklusa. Posebni oblici su sindrom kronične boli koji prati disfunkciju koštanozglobnog sustava, ali se održava unatoč analgetskim postupcima. Tu se ubrajaju i glavobolje te sindrom kroničnog umora. Zajednočko obilježje nalazi se u činjenici da nedostaje organska podloga tjelesnim smetnjama ili je njihov intenzitet nesrazmjeran utvrđenoj tjelesnoj disfunkciji. [2]

Povratni depresivni poremećaj karakterizira ponavljanje epizoda depresije. Prva epizoda može se pojaviti u svakoj životnoj dobi. Početak može biti akutan ili postupan i podmukao, a trajanje od nekoliko tjedana do mjeseci. Unipolarni je poremećaj epizodnoga tipa s fazama bez simptoma između epizoda. Kroničan postaje u 15 do 20% i češće se pojavljuje nakon 50. godine života. [1]

- Bipolarni afektivni poremećaj

Rizik pojave faze povišenoga raspoloženja nikada ne nestaje, ma koliko bolesnik imao depresivnih epizoda. [1] Bipolarni afektivni poremećaj je ponavljajući poremećaj raspoloženja u kojem se, najčešće u neprevilnom redosljedju, izmjenjuu depresivne i manične ili hipomanične epizode, a između njih jedno vrijeme postoje asimptomatska razdoblja. [2] Ako se pojavi manična epizoda, tada se radi o bipolarnom afektivnom poremećaju. Bipolarni afektivni poremećaj karakteriziraju jasne izmjene epizoda smanjenoga i povišenoga raspoloženja i stanja remisije. Simptomi su poremećaja povišeno raspoloženje, povećanje energije i aktivnosti

(hipomanija ili manija) ili sniženo raspoloženje sa smanjenom energijom i aktivnostima (depresija). Pritom je značajno poremećena razina raspoloženja i aktivnosti bolesnika. Nema razlike u pojavnosti bipolarnog afektivnog poremećaja u žena i muškaraca. Najčešća je prva epizoda u muškaraca manična, dok je u žena depresivna. Životna prevalencija varira od 0,4 do 1,6%. [1] Bipolarni poremećaj u razvijenoj maničnoj psihozi označuje povišeno raspoloženje, ali iritabilnost i otvoreno neprijateljstvo nisu neuobičajeni. Bolesnik je uvjeren da se nalazi u najboljem stanju. Nemogućnost uvida i nekritičnost vode u opasno psihotično stanje kada se pojavljuje nestrpljivost, nametljivost i kada bolesnik na poticaj reagira agresivno i iritabilno. Interpersonalni sukobi mogu dovesti do paranoidnih obrada realiteta u smislu proganjanja. Psihomotoričko ubrzanje vidljivo je kao bijeg misli. Pažnja je oslabljena i bolesnik neprestano prelazi s teme na temu. Mišljenje i aktivnost su ekspanzivni do grandiozni, ideje moći, snage, bogatstva, inventivnosti. Ponekad su prisutne vidne i slušne halucinacije. Potreba za snom je smanjena. Manične osobe su neumorno, pretjerano uključene u razne djelatnosti, bez uvida u razinu opasnosti ili ugroženosti. [1] Manična faza zahtijeva hitno bolničko liječenje. Primjena antipsihotika je neizbježna. Edukacija bolesnika i uspostava suradljivosti veoma je važna za daljnji tijek bolesti. Depresivne epizode karakterizira snižen afekt, smanjenje energije, pad aktivnosti, prisutne ideje krivnje i bezvrijednosti, psihomotorička retardacija i gubitak libida. Ovisno o broju simptoma, svaka depresivna epizoda može označiti kao blaga umjerena i teška. [1] Depresivna epizoda u bipolarnom afektivnom poremećaju (bipolarna depresija) se javlja nešto ranije od unipolarne depresivne epizode, često već u adolescentnoj dobi [2], kraće traju i uzrokuju prekide u razvojnog i socijalnog funkcioniranju. [1] Kod 46-65% oboljelih javlja se prije 19-te godine života. Rani nastup poremećaja ima lošu prognozu tijeka i ishoda i povezan je s visokom stopom psihijatrijskog (ADHD, anksiozni poremećaj, poremećaj ličnosti, alkoholizam i druge ovisnosti) i tjelesnog komorbiditeta (kardiovaskularni poremećaji, metabolički sindrom, endokrini poremećaji, križobolja itd.). Zato se danas sve više inzistira na prepoznavanju prodroma bipolarnog afektivnog poremećaja i na što ranijem početku liječenja. Posljedice kasnog prepoznavanja i zakašnjelog pravilnog liječenja su: terapijski neuspjeh, pogoršanje poremećaja, prebacivanje u suprotnu fazu, pojava brzo cikličkog oblika, kašnjenje u primjeni prikladnog psihoterapijskog i psihosocijalnog tretmana te porast rizika od suicida. [2]

O bipolarnom afektivnom poremećaju tip I govorimo kada se u afektivnom poremećaju pored jedne afektivne epizode pojavi barem još jedna manična epizoda. To znači da i ponavljanje samo maničnih epizoda predstavlja taj tip poremećaja (nazivamo ga još i bipolarna manija). O bipolarnom poremećaju tip II govorimo kada se uz depresivne epizode pojavi barem jedna hipomanična epizoda. [2]

Razlikovanje od bipolarne depresije od unipolarne nije lako. Za bipolarnu depresiju govori: veća afektivna nestabilnost tijekom epizode, izrazitija motorna usporenost i produženo spavanje. Za unipolarnu depresiju govori: nesanica, gubitak tjelesne težine i agitacija. [2]

- Povratni depresivni poremećaj

O povratnom depresivnom poremećaju govorimo kada se ponavljaju samo depresivne epizode. Povratni depresivni poremećaj može početi u bilo kojoj životnoj dobi, najčešće poslije dvadesete godine života, a karakteriziraju ga izmjene depresivnih epizoda s razdobljima bez značajnijih simptoma. Početak depresivnog poremećaja može biti obilježen nekim stresnim depresogenim događajem, ali se može javiti i bez njega. Epizode mogu biti različitih oblika i različitog trajanja. Tijek povratnog depresivnog poremećaja je takav da su depresivne epizode sve dulje, a remisije sve kraće i sve manje kvalitetne (djelomične), dok sve ne završi u kroničnoj fazi depresije bez kliničkih remisija. [2]

- Perzistirajući afektivni poremećaji: ciklotimija i distimija

Ciklotimiju karakteriziraju kronični ili rekurentni poremećaj raspoloženja koji uključuje brojne epizode hipomaničnog ponašanja i blage ili umjerene depresije [1]. Ciklotimija obuhvaća nestabilno raspoloženje s većim brojem razdoblja depresije i hipomanije, u vremenskom trajanju od najmanje dvije godine, sa ili bez razdoblja u kojima prevladava normalno raspoloženje. Prisutna najmanje tri navedenih obilježja:

- smanjena energija ili aktivitet
- poremećaj spavanja
- gubitak samopouzdanja ili osjećaj neprimjerenosti
- teškoće s koncentracijom
- socijalno povlačenje
- gubitak interesa ili veselja u seksualnim i drugim ugodnim aktivnostima
- smanjena govornost
- pesimističan pogled na budućnost ili pretjerano razmišljanje o prošlosti [5]

Poremećaj se javlja nešto ranije, obično u kasnoj adolescenciji. Obično se takve osobe doživljavaju kao hiperaktivne osobe sklone brzim i naglim izmjenama raspoloženja. To im uvelike može otežavati interpersonalnu komunikaciju te funkcioniranje u obitelji i na poslu. Skloni su konzumiranju alkohola, raznih medikamenata i psihoaktivnih tvari. Najčešće potraže pomoć kada su u fazi depresije. [2] Životna je prevalencija ciklotimije od 0,4 do 1%. [1]

Distimija zahvaća 5-6% opće populacije. Kao i u ciklotimiji, simptomi traju najmanje dvije godine, a praktično su prisutni cijeli život. Sniženo raspoloženje oslikava cjelokupni stav prema životu, a prati ga mrzovolja, pesimizam, nihilizam, cinizam, gubitak zadovoljstva te mentalna i fizička inertnost. Bolesnici su skloni samopotcjenjivanju, pa mogu zapadati u epizode potusa i toksikomanije. [2] Najčešći su simptomi na koje se žale bolesnici pad energije i aktivnosti, nesanica, gubitak samopouzdanja, plačljivost, osjećaj beznadnosti i nesposobnosti za rutinski posao. Razdoblja dobrog stanja nikad nisu dulja od mjesec dana. [1]

Distimija – depresivno raspoloženje koje traje ili se često vraća u razdoblju od najmanje 2 godine. Prisutna najmanje 3 navedena obilježja:

- smanjena energija ili aktivitet
- poremećaj spavanja
- gubitak samopouzdanja ili osjećaj neprimjerenosti
- teškoće s koncentracijom
- često plakanje
- gubitak interesa ili radosti u seksualnim i drugim ugodnim aktivnostima
- osjećaj beznada ili očaja
- prepoznatljiva nemogućnost izlaženja na kraj s rutinskim zahtjevima svakodnevnog života
- pesimistično gledanje na budućnost ili pretjerano bavljenje prošlošću
- socijalno povlačenje
- smanjena govornost [5]

- Postpartalna depresija

Postpartalna depresija zadovoljava kriterije velikoga depresivnoga poremećaja. Pojavljuje se najčešće tijekom mjesec dana nakon porođaja. Prevalencija je 10 do 15% tijekom prvih 3 do 6 mjeseci. Potrebno je liječenje prema protokolu za depresivnu epizodu. [1]

2.4. Klinička slika

Depresija je bolest koju karakterizira sniženo raspoloženje, manjak energije, interesa ili zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima koje su prethodno predstavljale zadovoljstvo za osobu. [7] Može izgubiti tek i tjelesnu težinu. Ponekad može imati pretjeranu potrebu za jelom, obično praćenu i pojačanom potrebom za snom. Često je uznemiren, anksiozan, ustrašen, ne može zaspati ili se vrlo rano budi. Tijekom dana je umoran i bezvoljan. Bilo kakva aktivnost za njega predstavlja veliki napor. Bolesnik je neodlučan, teško se koncentrira, a pažnja mu vrlo brzo popušta. Preplavljen je depresivnim mislima koje su usmjerene na doživljaj vlastite bezvrijednosti i krivnje. Strah može biti opći, ali se često javlja i u vidu pretjerane preokupiranosti i zabrinutosti za vlastito zdravlje. Depresivna osoba je plačljiva, ali može biti razdražljiva i pobudljiva što se osobito viđa kod depresivnih muškaraca. Zbog svega toga depresivna osoba ima prepoznatljivi vanjski izgled: zabrinuti i sumorni izraz lica sa specifičnim naborima na čelu („omega“ bore), kopcima (Veragutov nabor) te spuštene usne kutove. Depresivnu osobu definira nesposobnost funkcioniranja u ključnim aspektima osobnosti. Nesposobnost doživljavanja radosti i ljubavi i nesposobnost donošenja odluka, čine Lemanov trijas koji ukazuje na bitna obilježja bilo koje kliničke forme depresivne epizode. Opterećen teškim proživljavanjem depresije, bolesnik često zaključuje da život nema vrijednosti i smisla. Takva se promišljanja mogu dalje razvijati u smjeru razmišljanja o smrti, sve do otvorenih nakana, pokušaja pa i realizacije samoubojstva. [2]

2.5. Dijagnoza

Bitne točke za psihijatrijsku dijagnostiku temelje se na precizom opisu psihopatologije i što sveobuhvatnijoj dijagnostičkoj formulaciji.[1] Manifestacije duševnih poremećaja postale su osnova tzv. fenomenološkoga opisa psihopatologije, tj. potankoga opisa kojim se simptomima manifestira neka bolest. Time je pažljivo promatranje i utvrđivanje simptoma postalo najvažnija metoda koja dovodi do dijagnoze u psihijatriji. [1] Dijagnostički kriteriji određuju spektar simptoma koji se pojavljuju u okviru nekog oboljenja, ali i minimum nužno

prisutnih simptoma da bi se mogli odlučiti za dijagnozu. [1] Dijagnoza poremećaja raspoloženja postavlja se na osnovu anamnestičkih podataka, kliničke slike i tijeka bolesti. [2] Pritom se pridržavamo dijagnostičkih smjernica datih u klasifikacijskom sustavu. [2] Višeosni sustav označuje način postavljanja dijagnoze prilikom kojeg se, osim postavljanja glavnoga mentalnog problema, bitnim smatra naznačiti i druge dimenzije njegova oboljenja, npr. važne okolnosti u kojima bolesnik živi i koje su mogle utjecati na pojavljivanje bolesti te na stupanj radne i socijalne funkcionalnosti. Na taj je način uređena deseta revizija ICD-a (International classification of diseases and causes of death), tj. MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i uzroka smrti) objavljena 1992. godine i danas na snazi, a važeći je klasifikacijski sustav i u Hrvatskoj. [1] Osnovni psihijatrijski dijagnostički instrument je psihijatrijski intervju. Bolesnici pokušavaju dati što bolju sliku o sebi i teško prihvaćaju pitanja koja zadiru u njihovu osobnost. Da bi liječnik skupio što više podataka o bolesniku, mora dobiti što više podataka o bolesniku, mora dobiti brojne informacije o obiteljskoj sredini, radnom funkcioniranju i odnosima u zajednici. Povezivanje bolesnikovih tegoba i radne nesposobnosti s njegovom osobnošću pomaže osobi koja ga intervjuira u kreiranju logične kliničke prosudbe o prirodi i uzrocima poremećaja. Da bi liječnik stvorio sliku o karakteristikama bolesnikove osobnosti, treba pažljivo slušati i pokazati zanimanje za bolesnika kao osobu. [1]

Psihijatrijski intervju vrlo je specifičan razgovor zbog više razloga. Posebno je važan prvi intervju, jer se bolesnik tada prvi put susreće s psihijatrom i ustanovom prema kojoj najčešće ima mnogo predrasuda. Psihijatar u prvom susretu stvara dijagnostički dojam i nastoji razmišljati diferencijalno-dijagnostički. Pokušava dobiti podatke o osnovnim poteškoćama i vremenu kada ih je bolesnik ili okolica zamijetila prvi put. Razgovor treba voditi nenametljivo i potaknuti bolesnika na suradnju. Jedan je od osnovnih ciljeva psihijatrijskog intervjua navesti bolesnika na suradnju. [1] Promatranje tijekom razgovora također pruža važne podatke. Neverbalna komunikacija može otkriti stavove i afekte koje bolesnik poriče riječima. [1]

Dijagnoza poremećaja raspoloženja proizlazi, dakle iz kliničke slike, tijeka bolesti i poznavanja obiteljske anamneze. [1] Mogu nam poslužiti i mjerni instrumenti kao što su psihijatrijske ljestvice procjene. Najpoznatija ljestvica procjene za depresiju je Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju (HAM-D-17). [5]

Dijagnoza depresivnog poremećaja postavlja se na osnovi svih raspoloživih podataka (anamneza, heteroanamneza i dr.), a treba sagledati sve navedeno:

- broj simptoma
- trajanje poremećaja
- utjecaj poremećaja na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje
- diferencijalno-dijagnostički kriteriji

- okolnosti pojave depresivnih simptoma [8]

Osnovni principi dijagnostike depresije prema MKB su:

- zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za dijagnozu
- minimalno trajanje simptoma (2 tjedna)
- dijagnoza se postavlja bez obzira na to u kojim su okolnostima simptomi nastali. [8]

Među tipične simptome depresije MKB navodi sljedeća tri:

1. depresivno raspoloženje
2. gubitak interesa i uživanja
3. smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost. (često je uočljiv zamor i nakon najmanje aktivnosti.) [8]

Drugi uobičajeni simptomi su:

1. smanjena koncentracija i pažnja
2. smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje
3. osjećaj krivnje i bezvrijednosti (čak i u blagom obliku epizode)
4. sumorni i pesimistični pogledi na budućnost
5. ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
6. poremećaj spavanja
7. smanjeni apetit [8]

Somatski simptomi u depresiji su:

1. Gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2. Gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor
3. Jutarnje buđenje dva ili više sata ranije od uobičajenoga
4. Depresivno stanje teže izjutra
5. Izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6. Značajan gubitak apetita
7. Gubitak tjelesne težine (od 5% ili više u posljednjih mjesec dana)
8. Izrazit gubitak libida. [8]

Razlikovanje različitih stupnjeva intenziteta depresivnog poremećaja i dalje ostaje problem, no u sadašnjoj klasifikaciji, zbog želje mnogih kliničara, navode se tri odnosno četiri stupnja: blaga depresivna epizoda (prisutna 2 tipična + 2 druga simptoma; blaže teškoće u obavljanju

uobičajenog posla i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti), umjerena depresivna epizoda (prisutna 2 tipična + 3 druga simptoma; obično postoje značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućnim aktivnostima), teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (prisutna sva 3 tipična + 4 druga simptoma; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene) i teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (prisutna sva 3 tipična + 4 druga + psihotični simptom/i; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene). [8] Ponavljani depresivni poremećaj se dijagnosticira kad su prisutne samo ponavljane epizode depresije (bilo koje težine: blage, umjerene, teške bez psihotičnih simptoma ili s njima) i kada nikada nisu bili zadovoljeni kriteriji za maničnu epizodu. Procjenjuje se težina sadašnje epizode. [8] Karakteristika kliničke slike distimije jest kronično depresivno raspoloženje koje nikada ili vrlo rijetko postaje dovoljno teško da ispuni kriterije za ponavljani depresivni poremećaj blage ili umjerene težine. Uobičajeno traje najmanje nekoliko godina, kadšto bez kraja. Karakteristična je izmjena razdoblja normalnog raspoloženja koje traje nekoliko dana ili tjedana, s depresivnim raspoloženjem koje traje većinu vremena, bolesnici se često osjećaju umorni i ništa im ne donosi zadovoljstvo, loše spavaju. Socijalno funkcioniranje nije jače poremećeno. Uobičajeno se mogu nositi s osnovnim zahtjevima svakodnevnog života. [8] Bipolarni afektivni poremećaj karakteriziraju jasne izmjene epizoda smanjenoga povišenoga raspoloženja i stanja remisije. [1]

2.6. Liječenje depresivnih poremećaja

Velik broj depresivnih osoba se može izliječiti od depresije. Ponekad poboljšanje može nastupiti spontano, ali je u većini slučajeva potrebno medikamentno liječenje u kombinaciji sa psihoterapijom. [6] U liječenju poremećaja raspoloženja najbolje rezultate daje kombinacija farmakološke i psihološke terapije. Cilj je liječenja: umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće funkcioniranje, te smanjiti mogućnosti relapsa ili recidiva bolesti. [1] Depresivni poremećaji se liječe antidepresivima. To je skupina lijekova koji se razlikuju po kemijskoj strukturi i mehanizmu djelovanja, a imaju zajedničko svojstvo da dovode do značajnog smanjenja ili potpunog povlačenja simptoma depresije. [2] Terapijski učinak antidepresiva očituje se u poboljšanju raspoloženja, voljno nagonskih funkcija, reguliranju psihomotorike, spavanja, teka i vegetativnih funkcija, smanjenju tjeskobe i straha te u otklanjanju depresivnih misli. [4]

Sljedeće su smjernice u farmakološkom liječenju depresivnog poremećaja (algoritam):

- Upotrijebiti jedan od antidepresiva u punoj terapijskoj dozi i upozoriti bolesnika da se poboljšanje očekuje tek za 3 do 4 tjedna, zbog zakašnjeloga djelovanja antidepresiva. Stoga se prva procjena djelotvornosti antidepresiva daje za četiri tjedna. Većinom (više od 75%) dolazi do poboljšanja.
- Individualni pristup – koji antidepresiv upotrijebiti? Prije svega, antidepresiv za koji postoji podatak da je bio uspješan u prohodnom liječenju oboljeloga ili nekoga člana njegove obitelji. Potrebno je voditi računa o dobi bolesnika, istodobnom postojanju tjelesnih oboljenja i istodobnom uzimanju drugih lijekova. Nadalje treba voditi računa o obilježjima bolesti (melankolija, atipična depresija, psihotična depresija).
- Ako ne dođe do poboljšanja za 6 do 8 tjedana redovitog uzimanja lijeka u punoj terapijskoj dozi, može se povećati doza postojećega antidepresiva, zamijeniti antidepresivom druge skupine, kombinirati s još jednim antidepresivom iste ili različite skupine ili se antidepresive može kombinirati s litijem u malim dozama.[1]

Da bi primjena antidepresiva dala optimalni učinak, potrebno je da se terapijskim postupkom zadovolji osnovni postulat: antidepresivi u optimalnoj dozi dovoljno dugo vremena. Stoga farmakoterapiju primjenjujemo ne samo u akutnoj fazi bolesti, već nastavljamo s terapijom održavanja, a prema potrebi i s profilaktičkom terapijom. [2] Danas se stabilizatori raspoloženja drže temeljnom terapijom u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. Litij je prvi lijek koji je 1970.god.odobren za liječenje manije, a potom je odobren i za terapiju održavanja. Osim toga dokazan je i njegov antisuicidalni učinak. [2] Prije početka terapije litijem, potrebno je pregledati bolesnika, što obuhvaća serumsko određivanje natrija, kalija i kreatinina, testove funkcije štitnjače, kompretnu krvnu sliku, elektrokardiogram (EKG) i test na trudnoću. [1]

Psihoterapija uz lijekove protiv depresije može znatno pojačati rezultate primjene lijekova. [9] U liječenju depresivnih poremećaja primjenjuju se različite psihoterapijske tehnike [1]. Sama psihoterapija može biti upravo tako učinkovita kao terapija lijekovima u blažim depresijama. [9]

Najčešće su:

- Kognitivna terapija - temelji se na ispravljanju kroničkih smetnji mišljenja koje vode u depresiju (kognitivna trijada: osjećaj beznada i bespomoćnosti u osvrtu na vlastitu prošlost, sadašnjost i budućnost). Primjenjuje se za podizanje motiviranosti za uzimanje lijekova.
- Bihevioralna terapija – temelji se na teoriji učenja i služi ispravljanju neželjenih ponašanja.
- Interpersonalna terapija – primjenjuje se u liječenju blažih depresija. Bavi se interpersonalnim problemima, a ne nesvjesnom intrapsihičkom dinamikom.
- Psihodinamski orijentirana psihoterapija – usmjerena je na razumijevanje nesvjesnih konflikata i motiva koji mogu poticati i održavati depresiju.
- Suportivna psihoterapija - indicirana je u slučaju akutnih kriza (žalovanje) i velikoga depresivnog poremećaja nakon bolničkog liječenja. Cilj joj je dati emocionalnu potporu.
- Grupne terapijske tehnike - posebno su korisne u slučaju narušenih međuljudskih interakcija. Nisu indicirane u akutno suicidalnih bolesnika.
- Obiteljska terapija - indicirana je kada su narušeni obiteljski odnosi zbog bolesnikove depresije, kada je depresija vezana uz događanja u obitelji ili kada modeli ponašanja u obitelji podržavaju depresiju. Taj oblik terapije može pomoći da članovi obitelji i bolesnik lakše savladaju sram, ljutnju i agresiju. Ujedno uči članove obitelji lakšem prepoznavanju i prevenciji precipitirajućih čimbenika. [1]

Kombinirana terapija antidepressiva i psihoterapije daje najbolje učinke. U kombinaciji farmakoliškim liječenjem litijem, kada je riječ o biporarnim poremećajima, daje najbolje rezultate u liječenju. [1] Teške depresije zahtijevaju hospitalizaciju. Ukoliko postignu psihotičnu razinu neophodno je dati i antipsihotik. Visoki suicidalni rizik, psihotični depresivni stupor ili rezistencija na terapiju indikacija su za aplikaciju elektrokonvulzivne terapije (EKT). Elektrokonvulzivna stimulacija (EKS) predstavlja terapijsku proceduru kojom se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih kratkotrajnih električnih impulsa. Provođenje impulsa postiže se korištenjem elektroda smještenih na precizno određenim točkama na glavi bolesnika. Ti podražaji uzrokuju moždanu kljenutost koja traje otprilike dvije minute. Indikacije za EKS su veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija i poslijeporođajna depresija. Bitno je naglasiti da je EKS metoda liječenja kojoj se pristupa tek kada su druga sredstva, najčešće farmakoterapija, nedjelotvoran. EKS je kontraindicirana kod osoba sa srčanim smetnjama i tumorima mozga. [4]

Proces liječenja bolesnika ne uključuje samo primjenu odgovarajuće metode liječenja, već i specifične oblike komunikacije između bolesnika i zdravstvenih radnika. [1] U svim oblicima liječenja veliki utjecaj liječenja na proces i ishod liječenja ima odnos između bolesnika i medicinskoga osoblja. Taj je odnos prisutan od početka i intenzivira se tijekom liječenja. Intenzivniji je što su susreti češći. I tijekom kraćeg liječenja, pomažući bolesniku da prihvati stvarno stanje bolesti i poteškoće koje ta izaziva te da ga potakne da pronade što bolja rješenja u prevladavanju poteškoća. [1] Liječenje depresivnog poremećaja raspoloženja zasniva se na holističkom načelu koje podrazumijeva cjelovit pristup problemima s kojima se osobe suočavaju. Budući da cjeloviti pristup polazi od spoznaje da depresija mijenja biološki, psihološki, socijalnu i duhovnu dimenziju povjekova postojanja, liječenju treba pristupiti multidimenzionalno, što znači da je velika mogućnost da se uz antidepresive, primjenom psihoterapijskih i socioterapijskih metoda mogu postići dobri rezultati. [4]

2.7. Komplikacije depresivnih poremećaja

Jedna od čestih komplikacija depresivnih poremećaja jesu socijalne poteškoće. Česte epizode bipolarnoga poremećaja posljedica su loše suradljivosti u održavanju terapije. Zbog neprihvatanja bolesti, u maničnoj epizodi dolazi do diletantizma, bankrota, uništenih karijera i ponavljanih brakoloma. Nadalje, svi poremećaji raspoloženja mogu otrovati sve sfere obiteljskoga života i poremetiti razvoj odnosa između članova obitelji. Rano prepoznavanje, kao i cjelovit pristup (psiho-, socio- i farmakoterapijski), mogu minimizirati navedene komplikacije. Sekundarni alkoholizam i zloraba sedativa/hipnotika su česti, ali se kasno prepoznaju i neodgovarajuće liječe. U oboljelih od bipolarnog poremećaja uočen je porast smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. Ne vezuje se za jatrogene elemente, jer je nađen i u rođaka oboljelih. Razlozi nisu jasni. [1]

Suicid je najozbiljniji rizik ovoga poremećaja. Oko 15% osoba koje se ne liječe od poremećaja raspoloženja, počine suicid. [1] Suicid se najčešće defnira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje. [10] Suicidalnost uključuje želju za mirom i smrću, suicidalne zamisli i pokušaje, te samoubojstvo. Moguće je razlikovati višestruke motive za taj čin: želju za postizanjem smirenosti, poziv u pomoć upućen drugim ljudima, beznade, uvrijeđenost, osobadanje osjećaja krivnje, spasenje, autoagresivnost, prisilnopsihotičan poticaj. Ozbiljnost pokušaja samoubojstva može se opisati pomoću suicidalnih zamisli (izraženih želja), te provedbe i metode samoubojstva. [5]

Depresivan bolesnik je potišten, smanjene energije, interesa i volje s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokoncentracije, gubitkom sna i teka, uz česte suicidalne misli i pokušaje suicida. [4] Bipolarni afektivni poremećaj nosi rizik za suicid u rasponu od 15 do 18 %, a depresija između 10 do 15 % [10]. U depresivnih bolesnika često su prisutna ponavljajuća razmišljanja o smrti, ponavljajuće samoubilačke ideje ili pokušaji samoubojstva. Takva razmišljanja variraju od uvjerenja da bi drugima bilo bolje da je osoba mrtva do prolaznih, ponavljajućih razmišljanja o izvršenju samoubojstva, te na kraju do stvarnih planova o tome kao izvršiti samoubojstvo. U osoba sa slabije izraženim samoubilačkim idejama takva se razmišljanja pojavljuju prolazno ili ponavljajuće (jedan do dva puta na tjedan). Osobe s jače izraženim samoubilačkim idejama mogu nabavljati predmete koje će upotrijebiti prilikom izvršenja samoubojstva i mogu odrediti mjesto i vrijeme kada će biti izolirani od drugih tako da mogu izvršiti samoubojstvo. Premda su takva ponašanja statistički značajno povezana s pokušajima samoubojstva i mogu biti od pomoći pri utvrđivanju rizičnih skupina, istraživanja su pokazala da nije moguće točno predvidjeti hoće li i kada depresivna osoba izvršiti samoubojstvo. Sudicalnost je prisutna u oko 80 % osoba s depresivnim poremećajima, varira od razmišljanja o bezvrijednosti života, osjećaja da je bolje da je nema, želje za smrću jer je samo teret svojoj okolini, pa do razmišljanja o mogućem načinu samoubojstva. Nadalje, procjenjuje se kako oko 15% oboljelih od tzv. velikog (major) depresivnog poremećaja (ponavljajući depresivni poremećaj s velikim depresivnim epizodama) izvrši samoubojstvo. [4] Pokušaji suicida najčešći su tijekom četiri do pet godina od prve kliničke epizode. Faza oporavka, kada se psihomotorička aktivnost vraća na normalu, a raspoloženje je još tamno drži se glavnim razdobljem rizika od suicida. [1] Moguća su i tzv. samoubojstva nakon bilance kada pacijent drži da je neizlječivo bolestan i strahuje od ponavljanja depresivne epizode. U psihotičnim depresivnim epizodama sumanute ideje krivnje mogu biti praćene porivom za samokažnjavanjem i samoubilačkim činom. Imperativne halucinacije u psihotičnoj depresiji također mogu imati suicidalni sadržaj. Ako je depresija praćena alkoholizmom, rizik od samoubojstva znatno je povećan. Depresija u muškaraca često je maskirana alkoholizmom i agresivnošću. Alkoholizam je dvostruko češći u muškaraca, žene dvostruko češće pokušavaju samoubojstvo, a muškarci dvostruko češće izvršavaju samoubojstvo. Poremećaji u bračnim, odnosno obiteljskim odnosima također pridonosi većoj vjerojatnosti samoubilačkog ponašanja depresivne osobe. [4] Preventivne aktivnosti obuhvaćaju mnogo širi pojam koji uključuje i aktivnosti koje imaju za cilj razvijanje takvih životnih i razvojnih uvjeta koji će eliminirati mogućnost stvaranja rizičnih situacija i grupa (što se naziva primarnom prevencijom u užem smislu riječi). Pravodobnim prepoznavanjem i liječenjem osoba sa suicidalnim ponašanjem i depresijom preveniraju se tragične posljedice koje imaju i značajan utjecaj na članove obitelji

suicidalnih i depresivnih bolesnika. Važno je stvaranje tzv. ugovora (kontrakta) prevencije suicida. No, oslanjanje na ugovor može lažno umanjiti pažnju kliničara, a da ne uoči promjene bolesnikova statusa suicidalnosti. Ako bolesnik nije voljan poštovati ugovor, potrebna je ponovna procjena terapijske alijanse i bolesnikove razine suicidalnog rizika. Ugovori se ne preporučuju na intenzivnim odjelima, kod agitiranih, psihotičnih i impulzivnih bolesnika, ili kada je bolesnik pod utjecajem intoksicirajućeg sredstva. U preventivne postupke u širem smislu riječi spada i adekvatno i pravodobno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti, komorbiditeta bilo psihijatrijskog ili tjelesnog, kao i suicidalnog ponašanja bolesnika te uvođenja odgovarajućih psihofarmaka, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka. [11]

3. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

Psihijatrijska sestrinska praksa temelji se na poznavanju psihičkoga života i psihopatoloških zbivanja oboljele osobe te na poznavanju bioloških i socijalno psiholoških utjecaja na određenu osobu. Medicinska sestra treba znati razumjeti bolesnika i njegovo ponašanje, odnosno poruke koje simptomima bolesnik upućuje društvu. Ne razumjeti jezik bolesnikove poruke, nespojivo je s pravilnim procesom njegovanja. To su sustavni postupci rješavanja problema koje sestra utvrđuje da bi se u najvećoj mjeri upotpunili ciljevi i zadaće liječenja. [1] Za medicinsku sestru koja radi s duševno bolesnima nužni su ne samo znanje nego i vještina djelotvorne komunikacije. Sposobnost medicinske sestre da djeluje terapijski ovisi zapravo o djelotvornosti njezinih komunikacijskih sposobnosti i vještina. Rad medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu razlikuje se od rada na drugim odjelima, jer ona osim što brine o tjelesnom zdravlju psihijatrijskih bolesnika, ona prvenstveno skrbi za njihovo duševno zdravlje i emocionalno stanje. Pošto je ona najčešće prva koja kontaktira sa bolesnikom te najviše vremena provodi u kontaktu s njim kao i njegovom obitelji, ona može prva uočiti promjene te svoja opažanja prenijeti stručnom timu. Uspješnost sestrinske skrbi uključuje razumijevanje ljudskog ponašanja, poznavanje psihijatrijskih sestrinskih principa i sposobnost prilagodbe na različite funkcije i zahtjeve sestrinske uloge u svrhu dobrobiti pacijenta kao i pažljivu upotrebu komunikacijskih vještina i otvorenost za pacijentove osjećaje i stavove. [6] Načela su opća pravila ili zakonitosti i temeljno su polazište za sve sestrinske intervencije. Ona su svojevrsna pravila ponašanja koja moraju prožimati cjelokupnu sestrinsku praksu. U osnovi sestrinske psihijatrijske prakse također se nalaze određena načela [4] kao što su holistički pristup, poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje itd. Jedno od najvažnijih načela u sestrinskom radu je

holistički pristup koji znači da pacijenta treba promatrati kao cjelovito biće uzimajući u obzir njegove osnovne ljudske potrebe, biološku cjelovitost, te socijalno i kulturalno okruženje. Poštovanje svakog pojedinca jedno je od osnovnih etičkih načela koji prožimaju cjelokupan odnos sestra-korisnik. Poštujući ovo načelo, sestra i korisnik grade i održavaju partnerski odnos tijekom cjelokupnog procesa pružanja skrbi. Verbalnom i neverbalnom komunikacijom te načinom na koji provodi pojedine postupke, sestra iskazuje poštovanje prema korisniku te čuva čast i dostojanstvo pojedinca, njegove obitelji i njegova šireg okruženja. Pokazujući iskreno razumijevanje, pažnju, zainteresiranost i empatiju, sestra potiče korisnika na izražavanje vlastitih misli, osjećaja, uvjerenja, stavova, htijenja i očekivanja. Ovo je jedan od osnovnih uvjeta za sudjelovanje korisnika i stvaranje partnerskog odnosa u procesu skrbi i u donošenju odluka o zdravlju. Partnerski odnos gradi se i sa suradnicima koji sudjeluju u procesu skrbi za korisnika. [12] Načelo jednakosti i pravednosti jamči jednak pristup i kvalitetnu usluga svima, bez obzira na spol, godine života, vjersku i nacionalnu pripadnost, vrstu bolesti ili nedostatka, ili bilo koje drugo svojstvo. Veća osjetljivost uvijek se iskazuje prema ugroženijima i ljudima čije su tjelesne, duševne, socijalne i ostale potrebe veće. [12] Zaštita od samoubilačkih poriva jedno je od najvažnijih načela u zbrinjavanju depresivnih bolesnika, s obzirom da se suicidalnost može pojaviti u bilo kojoj fazi depresivne bolesti, kako prije liječenja tako i tijekom liječenja, pa čak i nakon liječenja, u fazi kliničke remisije. [4]

Pomoć bolesniku mora se temeljiti na dvije stvari: oslanjanje na njegove potencijale, mogućnosti i jake strane, a ne na slabosti i nedostatke, te uključivanje klijenta u sve razine skrbi. [4] Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim posebnim potrebama. [1] Važno je naglasiti da psihijatrijska sestra razgovarajući s bolesnikom ne gubi vrijeme, već da je upravo ta vještina komunikacije važan dio u cjelokupnom procesu zbrinjavanja psihijatrijskoga bolesnika. [1] Sestrinska skrb je sustavni i individualizirani način za postizanje pozitivnog ishoda njege. Proces sestrinske skrbi poštuje individualnost i slobodu donošenja odluka i pacijent je uključen u provođenje zdravstvene njege. Psihijatrijska medicinska sestra i pacijent se pojavljuju kao partneri u odnosu izgrađenom na povjerenju. [6]

3.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja

Sestrinska dijagnoza je aktualan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. (M. Gordon 1982.). [13] Na temelju kritičke analize pacijentovog ponašanja, naravi psihičkog poremećaja i brojnih drugih činitelja donosi se sestrinska dijagnoza koja služi sestrinskom timu kao vodič u provođenju sestrinske skrbi. [6] Sestrinska dijagnoza je klinički sud o odgovorima (reakcijama) pojedinca, obitelji ili zajednice na potencijalni zdravstveni problem ili životne procese. Dijagnoza čini osnovu za odabir intervencija iz zdravstvene njege usmjerenih postizaju ciljeva za koje su odgovorne medicinske sestre.(NANDA, 1994). [6]

Insomnija je najveća smetnja povezana s depresivnim poremećajem. Osobe se obično bude usred noći i zatim imaju teškoće s ponovnim usnivanjem (središnja insomnija) ili se bude prerano i više ne mogu zaspati (terminalna insomnija). [4]

1. Nesanica

Ciljevi :

- bolesnik će ranije odlaziti na spavanje
- san će biti kvalitetniji.

Intervencije:

- Bolesnika uputiti na spavanje uvijek u isto vrijeme
- Omogućiti mir i tišinu
- Ukloniti ili smanjiti stres

2. Tjeskoba

Ciljevi:

- Pacijent će pokušati utjecati na negativne misli i neugodne osjećaje
- Pacijent će biti manje tjeskoban

Intervencije:

- Indetificirati negativne misli/osjećaje
- Utvrditi stvarnost negativnih misli
- Zamjeniti negativne misli pozitivnima

Cilj postupka s disfunkcionalnim/negativnim mislima, pratećim osjećajima i ponašanjem je da osoba pokuša utjecati na začarani krug negativne misli – neugodni osjećaji – neučinkovito ponašanje. Educirati ga kako se fokusirati na misli, otkriti misli i osjećaje u određenim situacijama, ispitati realističnost misli i pokušati ih zamijeniti s realističnijim/pozitivnim mislima i shodno tome odabrati adekvatnije ponašanje. Promjene u osjećajima i ponašanju pomoći će u svladavanju depresije, porastu zadovoljstva i izlasku iz osamljenosti. Utjecaj na disfunkcionalne/negativne misli može dovesti do poboljšanja stanja i može prevenirati ponovnu pojavu depresije. [6] Korisno je i važno identificirati situacije i misli koje prethode pojavi tih neugodnih osjećaja. Bilježenje negativnih misli pomaže pojedincu da lakše poveže misli i osjećaje te da procjeni važnost njihove promjene. Koristi se formular za bilježenje negativnih misli na koji pacijent bilježi situaciju, osjećaje i misli koje prethode i prate tjeskobu/depresij. Također je važno registrirati intenzitet (stupanj uznemirenja) emocija i stupanj vjerovanja u misao na skali uznemirenja od 0 do 100%, od 0 do 24% nema uznemirenja, 25% donekle, 50% srednje, 75% prilično, 100% najveći intenzitet što je ikada doživio/la. Stupanj uznemirenja i stupanj vjerovanja pomaže nam u procjeni potrebe rada na nekoj disfunkcionalnoj misli (redi se samo na onim mislima koje jako uznemiruju i koje imaju stupanj vjerovanja više od 30%). [6] U postupku utvrđivanja točnosti disfunkcionalnih misli koriste se slijedeća pitanja: Što je dokaz – za i protiv te misli? Postoji li alternativno, drugo objašnjenje? Što je najgore što se može dogoditi? Što je najbolje što se može dogoditi? Što je najrealističnija posljedica? Koji su efekti mog vjerovanja u automatsku misao? Što bi mogli biti efekti promjene u mom mišljenju? Pomaže li mi ova misao da uspijem da se osjećam bolje? Činim li da stvari ispadnu gore nego što ustvari jesu? Što ću u vezi toga poduzeti? Što bi rekao/la prijatelju (zamisliti određenog prijatelja) kada bi on bio u toj situaciji? Koje disfunkcionalne misli koristim? [6] Nakon preispitivanja opravdanosti i istinitosti potrebno je negativne misli zamijeniti pozitivnim, objektivnim i korisnim. Osobine pozitivnih misli su utemeljenost na činjenicama, nepredviđanje ishoda u budućnosti, realističnost te vjera da uistinu pomažu. Najbolji način zamjene disfunkcionalnih (negativnih) misli s funkcionalnim pozitivnim je zapisati negativnu misao na jednoj strani, preispitati je i potom na suprotnoj strani upisati pozitivnu. Napraviti popis najkorisnijih misli i ponavljati ih već na samom početku pojave neugodnih osjećaja. Ako osoba dovoljno često ponavlja pozitivne misli nakon nekog vremena moguće je da to postane automatski proces, kao što je prethodno bila pojava negativnih misli. To može pomoći da se stanje dalje ne pogoršava. [6]

Kada osoba ne može negativne misli zamijeniti pozitivnim, predstoje slijedeće mogućnosti:

- Prebacivanje pažnje – kod bolesnika osvijestiti da je on taj koji kontrolira sadržaj vlastitih misli. Pomoći mu da pažnju usmjeri na detalje u okolini (broj tablica automobila, boja kose i očiju ljudi), ili na sebi značajne predmete, pismo, fotografije te da si sugerira mir
- Mentalne igre – ponekad igre koje zahtjevaju koncentraciju mogu pomoći u odvratanju napetosti i zabrinutosti (križaljke, zagonetke, slagalice, pronalaženja skrivene riječi, brojanje unatrag od 100 do 0, oduzimajući pritom 2)
- Liste pohvale – jednostavne dnevne liste pozitivnih stvari ili pojedinosti koje bolesnik radi. Važno je pohvaliti ga, poticati i hrabriti. [6]

3. Smanjena tjelesna aktivnost

Cilj:

- Pacijent će biti tjelesno aktivniji

Intervencije:

- Poticati postavljanje i ostvarivanje malih ciljeva
- Poticati pacijenta na lagane aktivnosti kao što su šetnja, tjelovježba
- Poticati pacijenta u uključivanje u radnu terapiju
- Poticati pacijenta na održavanje urednog izgleda

4. Anksioznost – nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Cilj:

- Smanjenje anksioznosti

Intervencije :

- prikupljati podatke o razini bolesnikove anksioznosti
- razviti odnos povjerenja s bolesnikom, poticati bolesnika da verbalizira emocije, slušati ga
- opažati neverbalne izraze anksioznosti
- dopustiti izražavanje anksioznosti, komunicirati s bolesnikom i obitelji i odgovarati na njihova pitanja
- informirati pacijenta o planiranim postupcima
- osigurati mirnu i tihi okolinu

- omogućiti posjet obitelji u svrhu ublažavanja straha i prilagoditi vrijeme posjeta [14]

5. Visok rizik za suicid

Intervencije:

- terapijskom komunikacijom pokušati uspostaviti odnos suradnje
- aktivno slušati bolesnika, pomoći mu da na adekvatan način izrazi misli i osjećaje
- pokušati smanjiti njegove aktivnosti, te ga okupirati aktivnostima koje ga smiruju, odrediti ograničenja i kontrolirati bolesnika
- pomno pratiti sve što može upućivati na suicidalnost
- edukacija o simptomima bolesti i obraćanju za pomoć
- pojačani nadzor bolesnika
- primjena ordinirane terapije i postupaka [6]

Sestrinske dijagnoze koje susrećemo u bolesnika oboljelog od depresivnog poremećaja i koje se ne trebaju nikako zanemarivati te se treba na njih pravilnim intervencijama djelovati su:

- Sniženo raspoloženje
- Osjećaj bezvrijednosti i krivnje
- Potištenost
- Poremećaj samopoštovanja
- Socijalna izolacija
- Umor
- Smanjen unos hrane
- Poremećeni obiteljski odnosi
- Neupućenost u osnovnu bolest

4. Zaključak

Najzastupljenija skupina duševnih poremećaja današnjice jesu afektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja čije je osnovno obilježje patološki promijenjeno raspoloženje. Depresija ne podrazumijeva prolazno loše raspoloženje s kojim se susreće svako ljudsko biće. Kad govorimo o depresiji podrazumijevamo patološki sniženom raspoloženju. Depresija je vrlo teška psihička bolest koja čija su glavna obilježja žalost, bezvoljnost, beznade, tjeskoba, osjećaj bezvrijednosti, gubitak energije, sumnja u sebe, umor, nesanica, smanjena koncentracija, razmišljanja o smrti, pokušaji samoubojstva. Depresija je vrlo često neprepoznata bolest pa mnogi ljudi pate cijeli život, a broj oboljelih u kontinuiranom je porastu. Depresija je bolest koja utječe na sve sfere života. Depresija je vrlo kompleksna bolest te se njenom liječenju pristupa u kombinaciji farmakoterapije i psihoterapije kada daje najbolje rezultate. Medicinska sestra je zdravstveni djelatnik koji najviše vremena provodi sa bolesnikom, te stoga mora imati specifična znanja i komunikacijske vještine kako bi mogla kvalitetno skrbiti za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja. U skrbi za psihijatrijskog bolesnika medicinska sestra prema holističkom načelu rada treba imati individualan pristup svakom bolesniku. Definirajući sestrinske dijagnoze ona prepoznaje aktualne ili potencijalne probleme za svakog bolesnika, a u skladu s time planira i provodi intervencije u cilju rješavanja pacijentovog problema. Skrb medicinske sestre za bolesnika oboljelog od depresivnog poremećaja specifična je, jer osim što tretira tjelesne reakcije koje proizlaze iz oboljenja, primarno mora voditi brigu i tretirati njegove emocionalne teškoće. Medicinska sestra koja radi na psihijatrijskom odjelu treba imati znanja o psihičkom životu i psihopatološkim zbivanjima oboljelih te o utjecaju bolesti na njihovu osobnost. Također treba imati vrlo razvijene opažajne i komunikacijske sposobnosti. U njenom radu uspostava odnosa povjerenja i iskrenosti sa bolesnikom od izuzetne je važnosti. Odnos medicinske sesre sa bolesnikom treba težiti pomaganju i izliječenju bolesnika. Kroz profesionalnost, empatiju, dobrim komunikacijskim sposobnostima, stvaranjem odnosa povjerenja i međusobnog uvažavanja medicinska sestra ima nezamjenjiv značaj.

U Varaždinu, rujana, 2016.

Potpis: Klaudija Medvedec Vlašić

5. Literatura

- [1] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] P. Filaković i suradnici, Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek
- [3] K. Hawton, P.M. Salkoviskis, J. Kirk i D.M. Clark, Kognitivno – bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme, Naklada slap, 2008.
- [4] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.
- [5] M. Hautzinger, Depresija – modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje, Naklada slap, 2002.
- [6] M. Božičević, Z. Bradaš, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, HUMS, 2011.
- [7] http://www.cybermed.hr/centri_a_z/depresija/klinicka_slika_depresije,
dostupno 20.09.2016
- [8] <http://hrcak.srce.hr/19802>, dostupno 23.09.2016.
- [9] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/depresija-i-manija/depresija>, dostupno 22.09.2016.
- [10] D. Marčinko i suradnici, Suicidologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [11] <http://hrcak.srce.hr/19809>, dostupno 26.09.2016.
- [12] Z. Mojsović i sur. Sestrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2005.
- [13] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinsko sveučilište, Zagreb 1995.].
- [14] http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf,
dostupno 27.09.2016.

MARK
ALIBRANNO

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SIEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Klaudija Medvedec Vlašić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Medvedec Vlašić Klaudija
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Klaudija Medvedec Vlašić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Medvedec Vlašić Klaudija
(vlastoručni potpis)