

# Depresija u starijoj životnoj dobi

---

**Kefelja, Marija**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2018**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:710791>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-17**



*Repository / Repozitorij:*

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

**Završni rad br. 1071/SES/2018.**

## **Depresija u starijoj životnoj dobi**

**Marija Kefelja, 0650/336**

Varaždin, prosinac, 2018. godine





# Sveučilište Sjever

**Odjel za sestринство**

**Završni rad br. 1071/SES/2018.**

## **Depresija u starijoj životnoj dobi**

**Student**

Marija Kefelja, 0650/336

**Mentor**

Jurica Veronek, mag.med.techn.

Varaždin, studeni, 2018. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestринство		
PRISTUPNIK	Marija Kefelja	MATIČNI BROJ	0650/336
DATUM	08.11.2018.	KOLEGIJ	Osnove zdravstvene njege
NASLOV RADA	Depresija u starijoj životnoj dobi		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Depression in the Elderly		
MENTOR	Jurica Veronek, mag.med.techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. (Rep.Slov.) Irena Canjuga, predsjednik		
	2. Jurica Veronek, mag.med.techn., mentor		
	3. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, član		
	4. Ivana Živoder, dipl.med.techn. zamjenski član		
	5.		

## Zadatak završnog rada

BROJ	1071/SES/2018
OPIS	<p>Proces starenja i starosti neminovno nosi propadanje u biološkom funkcioniranju što se odražava na svakodnevni život pojedinca. Za uspješno starenje nužne su djelotvorne tehnike suočavanja sa stresnim situacijama, učenje načina prilagodbe na nove životne izazove i zahtjeve, održavanje sustava socijalnih mreža i potpore te nadomještanje izgubljenih socijalnih kontakata novima. Uspješno starenje podrazumijeva usklađivanje svojih sposobnosti sa svojim mogućnostima i zadovoljstvo sobom. Depresija se smatra najčešćim poremećajem mentalnog zdravlja starije životne dobi. Depresija predstavlja poremećaj koji utječe na zdravstvenu kvalitetu života. Umirovljenje, gubitak radne uloge, stres, gubitak bliske osobe, proces žalovanja su najčešći uzroci razvoja depresivnih simptoma. Tipični simptomi depresije su žalost, beznade, tjeskoba, utučenost, neraspoloženje, slabost, sumnje u sebe, gubitak interesa i zadovoljstva, smanjenje energije te povećano umaranje. Depresija kod starijih osoba u velikoj je mjeri povezana s tjelesnim bolestima. Tjelesna bolest i depresija mogu se javiti istovremeno, no depresija se može javiti i kao posljedica tjelesne bolesti. Depresija ne uzrokuje samo povećanje morbiditeta nego i povećanje smrtnosti. Prevencija suicida glavni je cilj liječenja osoba starije životne dobi. Medicinska sestra/ tehničar treba individualno pristupiti svakoj starijoj osobi, uvidjeti probleme, pokazati razumijevanje i empatiju, ohrabriti ju i postupno aktivirati.</p>

ZADATAK URUČEN

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE  
SIEVER



## **Predgovor**

Zahvaljujem se svom mentoru Jurici Veroneku na stručnoj pomoći u izradi završnog rada te na pružanju novih znanja i vještina, profesionalnom pristupu i dostupnosti tijekom godina studiranja na Sveučilištu Sjever.

Najveće hvala mojoj obitelji na pruženoj pomoći i podršci tijekom cijelog školovanja.

## Sažetak

Depresija je prepoznata kao najčešći poremećaj mentalnog zdravlja starije životne dobi. Depresija ne uzrokuje samo povećanje morbiditeta nego i povećanje smrtnosti. Bolest je koju karakterizira sniženo raspoloženje pod utjecajem čega se mijenja sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje, ponašanje i socijalno funkcioniranje osobe. Tipični simptomi depresije su žalost, beznade, tjeskoba, utučenost, neraspoloženje, slabost, bezvoljnost, sumnje u sebe, potištenost, gubitak interesa i zadovoljstava, smanjenje energije te povećano umaranje. Ostali simptomi koji mogu biti prisutni su poremećen san, smanjen apetit, smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, ideje krivnje i bezvrijednosti, sumoran i pesimističan pogled na budućnost te ideje o samoozljeđivanju ili suicidu. Loše fizičko zdravlje odavno je prepoznato kao jedan od najvažnijih faktora rizika za depresiju kod osoba starije životne dobi. Također, umirovljenje, gubitak radne uloge, stres, gubitak bliske osobe, proces žalovanja su uzroci razvoja depresivnih simptoma. Ipak, depresija kod osoba starije životne dobi u velikoj je mjeri povezana s tjelesnim bolestima. Tjelesna bolest i depresija mogu se javiti istovremeno, no depresija se može javiti i kao posljedica tjelesne bolesti ili kao popratni efekt terapije lijekovima. Liječenje depresije započinje nakon dobro provedene dijagnostike, posebno se bazirajući na intenzitet depresije (blaga, umjerena, teška) prateći i komorbiditet. U liječenju depresivnih stanja treba se pridržavati osnovnih smjernica kao što su dovoljno dugo liječenje s odgovarajućim dozama lijekova, izbor antidepresiva u skladu sa sigurnosnim profilom i kliničkom slikom, redovito kombiniranje psihofarmakoterapije i psihoterapije te provođenje kvalitetne evaluacije. Prevencija suicida glavni je cilj liječenja osoba starije životne dobi. Unatoč saznanjima da su antidepresivi i psihološke intervencije jednako učinkoviti u starijih bolesnika, kao i u mladih odraslih osoba, depresija u starijih osoba nedovoljno je liječena uglavnom zato što nije adekvatno dijagnosticirana.

**Ključne riječi:** depresija, starija životna dob, liječenje

## **Abstract**

Depression is recognised as the most common mental health disorder in the elderly. It does not only increase the morbidity, but it increases the mortality as well. Depression is an illness characterised by the depressed mood, causing changes in the overall thinking, observation, physical condition, behaviour and social functioning. The common depression symptoms are sadness, hopelessness, anxiety, dejection, indisposition, nausea, passiveness, self-doubt, despondency, loss of interests and sources of pleasure, lack of energy and increased tiredness. Other possible symptoms include sleep deprivation, loss of appetite, concentration and attention difficulties, loss of self-esteem and self-confidence, feelings of guilt and worthlessness, gloomy and pessimistic view of the future, and self-harming and suicidal thoughts. Poor physical health has long been recognised as one of the most important risk factors of depression in elderly people. Also, retirement, loss of workforce, stress, loss of a loved one and the grieving process cause the development of depressive symptoms. However, depression in the elderly is largely associated with physical illnesses. Physical illness and depression can develop at the same time, but depression can also appear as a consequence of a physical illness or as a side effect of medications. Depression treatment begins after well-conducted diagnostics, based particularly on the intensity of depression (mild, moderate, severe) and comorbidity. In the treatment of depression conditions, some basic guidelines must be followed, such as sufficient treatment with an appropriate dosage of medication, the choice of antidepressants in accordance with the safety profile and clinical picture, regular combination of psychopharmacotherapy and psychotherapy, and the conduction of quality evaluation. Suicide prevention is the main goal of treatment among the elderly. Despite the knowledge that antidepressants and psychological interventions are equally effective in older patients and young adults, depression in the elderly is insufficiently treated mainly because it is not adequately diagnosed.

**Key words:** depression, older age, treatment



## **Popis korištenih kratica**

**EKT** – Elektrokonvulzivna terapija

**SZO** – Svjetska zdravstvena organizacija

**DSM – IV** – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja

**MKB – 10** – Međunarodni sustav klasifikacije bolesti

**ICD** – International Classification of Diseases

**GDS** – The Geriatric Depression Scale

**EKG** – Elektrokardiogram

**MMSE** – Mini-mental test

**CT** – Kompjuterizirana tomografija

**MR** – Magnetska rezonancija

**Fe** – Željezo

**EEG** – Elektroencefalografija

**PB** – Parkinsonova bolest

**SIPPS** – Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

**TCA** – Triciklički antidepresiv

**IPT** – Interpersonalna psihoterapija

**KBT** – Kognitivno-bihevioralna terapija

# Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Starenje i starost .....	3
2.1. Mentalno zdravlje u starijoj dobi .....	3
2.2. Fiziološke promjene u starijoj dobi.....	4
2.3. Psihosocijalne promjene u starijoj dobi .....	5
3. Depresija .....	7
3.1. Epidemiologija depresije .....	7
3.2. Rizični čimbenici depresije .....	8
3.3. Klinička slika depresije .....	10
3.3.1. Simptomatologija depresivnih stanja.....	11
3.4. Vrste depresivnih poremećaja .....	12
3.5. Dijagnostika depresivnih poremećaja .....	14
4. Komorbiditet i depresija u starijoj životnoj dobi .....	17
4.1. Cerebrovaskularna bolest i depresija .....	17
4.2. Parkinsonova bolest i depresija .....	18
4.3. Demencija i depresija .....	18
5. Suicidalnost u starijoj životnoj dobi .....	20
5.1. Čimbenici suicidalnog rizika .....	20
5.2. Prevencija suicida .....	21
6. Liječenje depresivnih poremećaja .....	22
6.1. Farmakološki načini liječenja depresije u starijoj životnoj dobi .....	23
6.1.1. Nuspojave antidepresiva .....	24
6.2. Uskraćivanje sna (terapija budnošću) .....	24
6.3. Elektrokonvulzivna terapija.....	25
6.4. Terapija svjetlom .....	25
6.5. Psihološki tretmani.....	25
7. Uloga medicinske sestre u prevenciji i liječenju depresije u starijoj životnoj dobi .....	27
8. Zaključak.....	29
9. Literatura.....	30



# 1. Uvod

Depresija je psihički poremećaj u kojem se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, stoga i pripada poremećajima raspoloženja. To je stanje znatne promjene raspoloženja pod čijim se utjecajem mijenja sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje, ponašanje i socijalno funkcioniranje osobe. Kognitivne teorije depresije navode da misli, zaključci, stavovi i tumačenja te način na koji oni podsjećaju na događaje, mogu povećati rizik za razvoj i povratak depresivne epizode. Depresija je karakterizirana povećanom razradom negativnih informacija, teškoćama oslobađanja od negativnih podražaja te deficitima u kognitivnoj kontroli pri obradi negativnih informacija [1].

Depresija kod starijih odraslih osoba je psihijatrijski poremećaj koji utječe na njihovu zdravstvenu kvalitetu života. Velika depresija javlja se u 2% osoba starijih od 55 godina i njezina se učestalost povećava s povećanjem dobi. Osim toga, 10- 15% starijih osoba ima klinički značajne depresivne simptome, čak i ako nema velike depresije. Depresija se pojavljuje s istim simptomima kod starijih odraslih osoba kao kod mlađih populacija. Za razliku od mlađih pacijenata, starije osobe s depresijom obično imaju nekoliko istodobnih medicinskih i kognitivnih poremećaja. Depresija koja se javlja kod starijih osoba često se ne otkriva ili se ne liječi adekvatno. Antidepresivi su najbolje proučavani načini liječenja, ali psihoterapija, terapija vježbanjem i elektrokonvulzivna terapija (EKT) također mogu biti učinkoviti [2].

Starenje predstavlja puno više od tjelesnog procesa jer osjećaj starosti uvelike ovisi o socijalnim i osobnim događajima, kao i o tjelesnom stanju osobe. Realnost starenja sastoji se od činjenice da su mnoga ograničenja neizbježna. Može se zaključiti da su kod osoba starije životne dobi gubitak i stres glavni faktori koji predisponiraju depresiji. Pod gubitkom i stresom kao bitnim čimbenicima s kojima se starija osoba suočava uglavnom se podrazumijeva: fizička onesposobljenost kao posljedica narušenog zdravstvenog stanja, potom bolni sindromi, senzorni deficit i kognitivno osiromašenje; socijalni gubitci poput smrti supružnika ili partnera, odbačenost od obitelji, napuštenost, potom gubitak radne uloge i radnog značaja, smanjenje prihoda ili nezadovoljavajući financijski uvjeti, povećanje medicinskih troškova, prilagodba na smrt, održavanje samopoštovanja, procjena prošlih životnih uspjeha i neuspjeha. Sa starenjem se mijenja i priroda socijalnih uloga i odnosa. Obitelj je osobama starije životne dobi primaran izvor socijalne podrške. Medicinska sestra/tehničar mogu osnažiti osjećaj sigurnosti starijoj osobi, postupno ju uključiti u njegu, u edukativne programe, u program vježbanja, organizirati druženje s odabranim osobama koje imaju sličan problem, a koji rješavaju na racionalan način [3]. Samoća i socijalna izolacija, osobito u starijoj odrasloj dobi, pokazale su da utječu na psihosocijalnu dobrobit. Samoća se odnosi na kroničnu bolest i samo-procjenu zdravlja kod

starijih osoba i smatra se da postoji važna veza između usamljenosti i psihološke dobrobiti kod starijih osoba, osobito kod depresije. Najznačajniji odnos prema depresiji je usamljenost. Iako istraživanja sugeriraju da je depresija često odgovor na smanjenje zdravstvenog i funkcionalnog oštećenja kod starijih osoba, sadašnji dokazi ukazuju da socijalna izolacija također može utjecati na nastanak depresije kod starijih osoba. Gubici povezani s dobi, poput gubitka profesionalnog identiteta, fizičke pokretljivosti i neizbježni gubitak obitelji i prijatelja mogu utjecati na sposobnost osobe da održava veze i neovisnost, što zauzvrat može dovesti do veće incidencije depresivnih simptoma [4].

Gubitak bliske osobe i proces žalovanja jedan je od većih uzroka razvoja depresivnih simptoma. Ipak, depresija kod starijih osoba u velikoj je mjeri povezana s tjelesnim bolestima. Tjelesna bolest i depresija mogu se javiti istovremeno, no depresija se može javiti i kao posljedica tjelesne bolesti ili pak kao popratni efekt terapije lijekovima [5].

Depresija povisuje mortalitet, uzrokuje goleme troškove društvu i izvor je velikih ljudskih patnji, kako oboljele osobe tako i njegove obitelji, a osobe bliske oboljelom s depresivnim poremećajem često i same pate od depresivnog raspoloženja [6].

U radu će se prikazati epidemiologija i rizični čimbenici depresije, klinička slika depresije, vrste depresivnih poremećaja, dijagnostika depresivnih poremećaja, komorbiditet i depresija u starijoj životnoj dobi, suicidalnost, liječenje depresivnih poremećaja te uloga medicinske sestre u skrbi za oboljelog.

## 2. Starenje i starost

Starenje podrazumijeva proces tijekom kojeg se događaju promjene u funkciji dobi. Obično se razlikuju tri osnovna vida starenja: [7]

- biološko, odnosno promjene, usporavanje i opadanje u funkcijama organizma tijekom vremena;
- psihološko, odnosno promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje;
- socijalno, odnosno promjene u odnosu na pojedinca koji stari i društva u kojem živi

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, koje se može odrediti prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65. godine života), prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti) [7].

Starost je razdoblje u kojem se odvija razvoj svakog pojedinca bez obzira na spol, rasu ili ekonomsko stanje u koje se ulazi u nekom trenutku. U ocjenjivanju starenja postoje mnoge teškoće, najviše zbog pomanjkanja konkretnog odgovora o biti starenja. Zbog toga se brojne definicije starenja pojedinca razlikuju, kako zbog usmjerenosti istraživača na određeno znanstveno područje, tako i zbog razlika među društvima i kulturama. Primarno starenje naziva se i fiziološkim starenjem ili senescencijom, a odnosi se na normalne, fiziološke procese koji su određeni unutarnjim, biološkim čimbenicima koji su neizbježni i posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena, kao npr. menopauza u žena ili usporavanje aktivnosti središnjeg živčanog sustava. Sekundarno starenje odnosi se na patološke promjene i smanjivanje s godinama koje je posljedica vanjskih čimbenika, uključujući bolest, utjecaje okoline i ponašanje kao npr. utjecaj buke na slabljenje sluha [8].

### 2.1. Mentalno zdravlje u starijoj dobi

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je 1946. godine definirala zdravlje kao „stanje potpune tjelesne, duševne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti.“ Prema toj definiciji zdravlja prikazuje se složen međuodnos između tjelesnih, psiholoških i socijalnih iskustava. Danas postoji opća usuglašenost da pojam pozitivnog zdravlja podrazumijeva nešto više od same odsutnosti bolesti ili nesposobnosti, odnosno da obuhvaća potpunu funkciju ili učinkovitost tijela i uma i socijalnu prilagodbu [7].

Mentalno zdravlje može se definirati kao zadovoljavajuće postignuće pojedinca u pojedinim fazama života. U osoba starije životne dobi teže je definirati mentalno zdravlje zato što

povećanje životnog iskustva kroz životni vijek rezultira mnogim varijacijama u osobnosti i ponekad neobičnom prilagođavanju u kasnijoj životnoj dobi. Kroz starenje svaka osoba postaje sve jedinstvenija, zbog životnog iskustva i nekih osobitih situacija. Neke karakteristike osobnosti koje se pojavljuju u starosti, kao npr. tvrdoglavost, neljubaznost, namrgođenost nisu odlika starosti i bolesti nego su vrlo vjerojatno bile i ranije prisutne, ali u manjoj mjeri ili su bile bolje kontrolirane. Procjena mentalnog zdravlja uključuje ispitivanje kognitivnih funkcija, specifična stanja anksioznosti i reakcije prilagođavanja, depresije, paranoje, zlorabe supstanci te rizika za samoubojstvo. U vezi s kognitivnim oštećenjem procjenjuju se pažnja, koncentracija, inteligencija, rasuđivanje, sposobnost učenja, pamćenje, orijentacija i vrijeme reagiranja. Prikupljanje podataka od osoba starije životne dobi najbolje se može učiniti tijekom kratkih razgovora. Važno je biti pažljiv s osobom koja je anksiozna te s osobama s posebnim potrebama. Zadatak u skrbi za osobe starije životne dobi je istražiti snagu i mehanizme prilagođavanja koji će pomoći klijentima u suočavanju sa stresom i anksioznosti te spriječiti krize [9].

## 2.2. Fiziološke promjene u starijoj dobi

Najčešće bolesti u starijoj životnoj dobi vezane su za promjene organa osjeta, ponajprije vida i sluha, zatim su tu bolesti kardiovaskularnog sustava, bolesti lokomotornog sustava, probavnog sustava, bolesti žlijezda s unutarnjim lučenjem te metaboličke bolesti [9].

Karakteristike fiziološkog starenja:[9]

- univerzalno
- progresivno
- intrinzično

Fizičko starenje uključuje:[9]

- promjene koje se događaju u svih ljudi, no samo zato što se neka bolest pretežno odvija u starijoj dobi ne bi trebalo zaključiti da je bolest posljedica starenja
- intrinzične promjene su procesi koji se odvijaju isključivo unutar tijela i ne rezultiraju izvanjskim faktorima
- progresivne promjene su procesi, a ne događaji te je njihov početak progresivan i kumulativan
- štetne promjene su procesi ili pojave koje su negativne, smanjuju sposobnost organizma da preživi

S povećanjem životne dobi događaju se brojne promjene različitih organa i organskih sustava što je konačni rezultat funkcijskih promjena i starenja organizma. Događaju se promjene homeostaze, zbog čega se organizam znatno sporije oporavlja. Tjelesna se masa mijenja, često se povećava, dok je u visokoj dobi najčešće smanjena. Porast mase tijela nastaje zbog porasta količine masnog tkiva, što je uglavnom vezano uz nižu tjelesnu aktivnost koja se događa s porastom dobi, uz najčešće isti kalorijski unos hrane kao ranije. U starijoj dobi zbivaju se promjene kako tjelesne mase tako i aktivnih stanica, a manja je promjena visine tijela i tjelesne površine, iako je i to smanjeno. Događaju se brojne promjene potpornog tkiva, a kosti gube mineralni sastav. Nakon menopauze u žena gubitak koštane mase se ubrzava i incidencija osteoporoze nekoliko je puta viša nego u muškaraca. Koža postaje tanja, smanjuje se količina potkožnog masnog tkiva, atrofiraju znojne žlijezde čime se znojenje smanjuje. Smanjuje se i cirkulacija krvi kroz kožu naročito udova, što je uz ostalo posljedica i smanjenog minutnog volumena srca. Događaju se promjene regulacije topline i na razini središnjeg živčanog sustava. U starijoj dobi problem hipertermije i hipotermije može imati letalni ishod [8].

### **2.3. Psihosocijalne promjene u starijoj dobi**

Sa starenjem raste vjerojatnost doživljavanja gubitka. To su najčešće gubici zbog umirovljenja, odnosno gubitak radne uloge, praćen obično i novčanim gubicima, zatim emotivni gubici, primjerice gubitak dragih osoba, članova obitelji i prijatelja, odlazak djece od kuće, gubitak aktivnosti i funkcija, gubitak neovisnosti. U starosti čovjek može po prvi puta iskusiti i lijepe događaje poput rođenja unuka ili praunuka. Iako osobe starije životne dobi doživljavaju puno stresnih situacija, oni također imaju životno iskustvo suočavanja sa stresom i problemima. U procjeni psihičkog zdravlja osoba starije životne dobi zbunjujuće je značenje tjelesnih tegoba. Tegobe poput umora, slabog apetita, gubitka tjelesne težine, nesаницe, opstipacije, mogu biti simptomi depresije, ali i ozbiljnih tjelesnih bolesti. Iako tjelesni simptomi i višestruke tegobe kod osoba starije životne dobi zahtijevaju pažljivo pretraživanje mogućih tjelesnih uzroka, svakako bi trebalo provjeriti i psihogene čimbenike. Osobe starije životne dobi izložene su povećanom broju različitih gubitaka koji dovode do smanjenja samopoštovanja i depresije, kao i do neugodnog osjećaja gubitka kontrole nad vlastitim životom. To može uzrokovati tjelesne simptome kojima osoba na neprilagođen način traži pomoć pokušavajući privući pozornost drugih ili pokušava kontrolirati druge. Zdravstvene tegobe su često prisutne u ljudi koji tuguju zbog smrti bliske osobe, a žale se na različite tjelesne, psihosomatske i psihičke tegobe [7].

Kako ljudi stare, mijenja se priroda njihovih socijalnih uloga i odnosa. Pritom izuzetnu važnost ima tzv. sustav neformalne socijalne podrške: obitelji, prijatelja, susjeda i poznanika,



odnosno način na koji te socijalne mreže ublažavaju neke od stresova koji prate starenje. Neformalni uzajamni odnosi bitni su za osjećaj blagostanja i autonomije osoba starije životne dobi. Uobičajen je mit o starijim osobama, osamljenost i otuđenost od obitelji i prijatelja. Gubitak socijalne podrške uslijed razvoda braka ili smrti supružnika može pridonijeti zdravstvenim teškoćama. Promjene u socijalnim ulogama i odnosima, s kojima se osoba u starosti suočava, događaju se u okviru obitelji, u odnosima s prijateljima i susjedima, u rješavanju teškoća stanovanja, rada i umirovljenja, ekonomskih teškoća i organizacije slobodnog vremena[8].

Istraživanje provedeno na području Zagreba pokazalo je da se zadovoljstvo životom u cjelini smanjuje te da je kod osoba starijih od 60 godina zadovoljstvo najniže. Nadalje, socijalni odnosi također su važan aspekt života osoba u dobi 50-59 godina te onih koji su prošli 70-tu godinu života. Subjektivna kvaliteta života se smanjuje u funkciji dobi, ali ostaje u okviru očekivanih vrijednosti kod svih skupina osim kod starijih od 70 godina [10].

Osobe starije životne dobi doživljavaju gotovo svakodnevno podcjenjivanja, omalovažavanja. Kada odu u mirovinu na njih se gleda kao na „amortizirane“, a njihovo se dugogodišnje iskustvo uglavnom ne koristi. Njihova daljnja uloga svodi se isključivo na obavljanje kućanskih poslova ili čuvanje unuka. Njihova financijska situacija se znatno pogoršava, a na sredstva za njihove mirovine često se gleda kao opterećenje. Ostvarivanje prava osoba starije životne dobi kroz obrazovanje odnosno aktivno starenje tek se počinje razvijati i kao potreba ulaziti u svijest društva. Razvitak gerontoloških centara i otvaranja raznih mogućnosti obrazovanja starijih osoba predstavljaju početak osvještavanja društva u brizi za osobe starije životne dobi [11].

### **3. Depresija**

Depresije su psihički poremećaji čija su obilježja: promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba [12].

Depresija je najčešći duševni poremećaj kod osoba s više od 65 godina. Često se kao „senilnost“ smatraju emocionalni i bihevioralni problemi osoba starije životne dobi. Stoga u toj životnoj dobi depresiju češće karakterizira pad energije, vitalnosti, nesаница, gubitak apetita, nemir, strah, verbalna i tjelesna agresivnost te suicidalnost [13].

#### **3.1. Epidemiologija depresije**

Depresije su čest psihički poremećaj, čija se učestalost tijekom posljednjih desetljeća povećava, zahvaćajući sve mlađe dobne skupine [12].

Broj osoba s depresivnim poremećajima kontinuirano se povećava u svim industrijaliziranim zemljama svijeta. Smatra se da to nije isključivo posljedica bolje dijagnostike, nego stvarno povećanje učestalosti tog poremećaja, koji svojom učestalošću zauzima prvo mjesto među takozvanim „velikim“ psihijatrijskim poremećajima [13].

Broj ljudi s depresijom i anksioznim poremećajem u svijetu godine 1990. godine bio je 416 milijuna oboljelih, dok je 2013. godine njihov broj porastao na 615 milijuna. Prema procjenama SZO depresija će do 2020. godine postati drugi svjetski zdravstveni problem, a gledajući samo žensku populaciju, zdravstveni problem broj jedan. Prema podacima o bolestima i kroničnim stanjima prikupljenima putem izjave u Europskoj zdravstvenoj anketi 2014.-2015. godine, 5,1% muškaraca i 6,2% žena u Hrvatskoj navodi da je u posljednjih 12 mjeseci imalo depresiju. Prema odgovorima na skali izraženosti depresivnih simptoma iz istog istraživanja, 10,3 % stanovnika Republike Hrvatske ima blage do umjerene depresivne simptome, dok 1,2 % stanovnika ima umjereno teške do teške depresivne simptome [14].

Broj depresivnih osoba raste, ali se i dob depresije pomiče prema mlađim dobnim skupinama. Procjenjuje se da se tijekom života unipolarna depresija može pojaviti kod otprilike 20% žena i oko 10% muškaraca. Poremećaj se pojavljuje gotovo dvostruko češće u žena nego u muškaraca, a pravi razlog toj razlici nije poznat. Pretpostavka je da bi uzroci mogli biti u hormonalnim zbivanjima u žena, različitoj učestalosti stresnih zbivanja, naučenoj bespomoćnosti, igranju određenih životnih uloga, porođaju u žena. Nema velike razlike u učestalosti pojavljivanja poremećaja između različitih rasa, niti je primijećen znatniji utjecaj socijalno-ekonomskog stanja, iako treba naglasiti da se kod siromašnijih slojeva u Americi češće dijagnosticira

shizofrenija, a kod bogatijih poremećaj raspoloženja. Depresivni poremećaj češće je opažen kod novih imigranata, osoba koje nemaju bliskih kontakata s drugim osobama, koje žive same ili su razvedene [13].

Pojavnost depresije u populaciji kreće se od 5-10%, a procjenjuje se da je rizik obolijevanja oko 20-30%. Osobe koje su neliječene ili neadekvatno liječene, čak njih 15% počini samoubojstvo, dok je broj pokušaja znatno veći [15].

### **3.2. Rizični čimbenici depresije**

Individualnim pristupom i prepoznavanjem uzroka i rizičnih čimbenika za depresiju kod svakog bolesnika individualno, omogućava se razumijevanje etiopatogeneze, planiranje dijagnostičkih postupaka i liječenja na zadovoljavajući način. U osoba starije životne dobi brojne promjene u životu mogu povećati rizik za depresiju, odnosno pogoršati postojeći depresivni poremećaj kao što su: preseljenje u instituciju, umirovljenje, kronična bolest ili bol, odlazak djece, smrt bliske osobe ili supružnika, gubitak samostalnosti. Dokazani rizici za depresiju u starijoj životnoj dobi su: ženski spol, narušeno zdravlje, gubitak samostalnosti i nepostojanje adekvatne podrške i pomoći od strane bliskih osoba ili sustava. Postoje djelomični dokazi za to da su usamljenost, pozitivna obiteljska anamneza u smislu postojanja bliskih članova obitelji oboljelih od depresije i žalovanje također rizični čimbenici za depresiju u osoba starije dobi. Također su važni mehanizmi suočavanja osobe s kroničnim stresnim okolnostima (npr. gubitak pokretnosti, smanjena financijska primanja) i prihvaćanje promjena, odnosno suočavanje s iznenadnim stresnim događajima (npr. gubitak supružnika). U suočavanju s akutnim ili kroničnim stresnim događajima bitnu ulogu imaju psihološke osobine, a neke od njih, npr. ovisne crte ličnosti, ambivalencija, nisko samopoštovanje i nesigurnost, povećavaju rizik od depresivnih reakcija [16].

Prema procjenama depresija utječe na 15 - 19% Amerikanaca u dobi od 65 i više godina koji žive u različitim okruženjima, ali se bolest često ne prepoznaje i ne liječi. Poznati čimbenici rizika za starije odrasle osobe uključuju kronične bolesti, fizički ili kognitivni funkcionalni gubitak i socijalnu izolaciju [17].

Čimbenici rizika u starijoj životnoj dobi prema biopsihosocijalnom modelu: [16]

#### *Biološki čimbenici*

- genetski (npr. abnormalnosti gena za prijenosnika serotonina)
- ženski spol
- gubitak neurona i narušena neurotransmisija
- endokrinološke promjene (duže vrijeme povišene vrijednosti kortizola)
- cerebrovaskularna bolest (subkortikalne vaskularne promjene na mozgu)
- tjelesne bolesti (kardiovaskularna bolest)
- drugi psihički poremećaji (dugotrajni anksiozni poremećaj)

#### *Psihološki rizici*

- crte ličnosti (ambivalencija, nemoć, pasivno ovisne ličnosti)
- nisko samopoštovanje
- gubitak kapaciteta za prisnost
- kognitivne distorzije (npr. osjećaj napuštenosti kada su ostavljeni sami čak i kratko vrijeme)

#### *Socijalni čimbenici*

- stresni životni događaji (gubitak prijatelja, supružnika, preseljenje)
- žalovanje
- usamljenost
- kronični stres (život u neprimjerenom okruženju)
- nizak socio-ekonomski status

Istraživanja pokazuju da je depresivnost jedan od najčešćih problema mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Kao najčešći čimbenici rizika spominju se ženski spol, tjelesne bolesti, funkcionalna (ne)spособnost, gubitak značajnih osoba i socijalne podrške, osamljenost i socijalna izolacija. Također se pokazalo da je depresivnost češća i izraženija kod starijih osoba koje žive u ustanovama. Cilj istraživanja bio je ispitati odnos spola i dobi s pokretljivošću, zdravljem, funkcionalnim sposobnostima i depresivnosti osoba starije životne dobi smještenih u domove za starije i nemoćne. U istraživanju u Republici Hrvatskoj u dva doma za starije osobe utvrđena je statistički značajna povezanost između depresivnosti, funkcionalne sposobnosti te psihičkog i fizičkog zdravlja. Nadalje, dokazano je da su značajni prediktori za pojavu depresivnosti ženski spol, slabije psihičko zdravlje i slabija funkcionalna sposobnost. Polazeći od navedenog, posebnu pažnju trebalo bi usmjeriti mentalnom zdravlju starijih osoba koje su

nepokretne te onih koje nisu uključene u svakodnevne aktivnosti. Istodobno, potrebno je posvećivati sustavnu pozornost razvoju programa prepoznavanja i prevencije problema mentalnog zdravlja kao i depresivnosti kod svih starijih osoba koje žive u domovima. Da bi takvi programi potpore osobama starije životne dobi u domu bili uspješni, treba ih razvijati kao sastavni dio cjelovitih programa unapređenja kvalitete života i mentalnog zdravlja svih starijih osoba [18].

Istraživanje iz Hong Konga o prediktorima depresije na osobnoj, fizičkoj, socijalnoj i psihosocijalnoj razini u domu za starije i nemoćne ukazala je na manifestnu razinu depresije. Financijska situacija na osobnoj razini pokazala se kao značajan prediktor pojave depresije. Osobe starije životne dobi u domovima s financijskim poteškoćama imale su veću vjerojatnost oboljenja od više razine depresije od korisnika koji nisu imali takvih problema. Utvrđeno je da je i poremećaj tjelesnih funkcija štetan faktor koji se odnosi na depresiju kod korisnika domova za starije i nemoćne. To je presudno za socijalnu službu oko organizacije za promicanje zdravih programa starenja s ciljem poboljšanja fizičke snage starije populacije. U navedenoj studiji, obiteljska potpora nije utjecala na razvoj gerijatrijske depresije [19].

### **3.3. Klinička slika depresije**

Tipične teškoće i obilježja depresije su žalost, utučenost, neraspoloženje, slabost, bezvoljnost, pomanjkanje poticaja, sumnje u sebe, osjećaj bezvrijednosti, beznade, besmislenost, a uz njih se često pojavljuju i tjeskoba, nemir, nedostatak energije, poremećaji apetita, gubitak tjelesne težine, poremećaji spavanja, bolovi, teškoće s koncentracijom i samoubilačke misli. Mnoga od nabrojanih stanja i tegoba doživljavaju svi ljudi. Ta su stanja, ako ne traju predugo i/ili nisu izuzetno snažna, normalne, zdrave reakcije na primjerice, gubitak, neuspjeh, razočaranja, opterećenost ili razdoblja obilježena pomanjkanjem ciljeva, osamljenošću ili iscrpljenošću. Depresivni sindromi odlikuju se brojnim heterogenim simptomima, a karakteristična je istodobna pojava tjelesnih i psihičkih simptoma [12].

Također, mogući je gubitak osjećaja prema emocionalno bliskim osobama (djeci, supružnicima) koji su prije bili izvor zadovoljstva. Gubitak zanimanja i ispunjenja u aktivnostima koje su ranije predstavljale zadovoljstvo jedan je od vodećih simptoma depresije. Izražava se gubitkom interesa i uživanja u stvarima koje su ih zanimale i predstavljale ugodu. Psihomotoričke smetnje uključuju agitaciju, nesposobnost da osoba mirno sjedi, uznemirena je i kreće se. Javljaju se usporeni pokreti tijela, govor i mišljenje su usporeni, povećano je vrijeme čekanja na odgovor, a govor je monoton. Slabljenje životne energije i umor česti su pratitelji depresije. Čak i najmanji zahtjevi od njih iziskuju veliki napor. Koncentracija i pamćenje

zahtijevaju napor, smanjena je sposobnost mišljenja ili koncentracije te neodlučnost. Teško se koncentriraju, misli im bježe, teško slijede razgovor te imaju poteškoća u obavljanju svakodnevnog posla. Često se primjećuje umanjivanje vlastite vrijednosti, smanjenje ili gubitak samopoštovanja, osjećaj potpune bezvrijednosti ili omalovažavanja [20].

### **3.3.1. Simptomatologija depresivnih stanja**

Ponašanje/ motorika/ pojavnost

Držanje tijela: nemoćno, zgrbljeno, bez tonusa, usporenost pokreta, uzbuđenost, nemir s puno pokreta, trljanje ruku i sl.

Izraz lica: tužan, plačljiv, zabrinut, kutovi usana su prema dolje, naborano čelo, poput maske ukočena mimika, koja je katkada nervozna i napeta

Govor: tih, monoton, polagan [12]

Emocionalni simptomi: osjećaji utučenosti, bespomoćnosti, žalosti, beznada, gubitka, napuštenosti, osamljenosti, unutarnje praznine, nezadovoljstva, krivnje, neprijateljstva, strepnje i zabrinutosti, pomanjkanje osjećaja i udaljenosti od svijeta [12].

Vegetativni simptomi: unutarnji nemir, napetost, razdražljivost, plačljivost, iscrpljenost, slabost, poremećaji spavanja, dnevne i uz godišnje doba vezane promjene stanja, osjetljivost na meteorološke promjene, gubitak apetita i tjelesne težine, pomanjkanje libida, opće vegetativne tegobe (pritisak u glavi, želučane i probavne tegobe). Prilikom dijagnosticiranja treba obratiti pažnju na krvni tlak, razinu šećera u krvi, nedostatak kalcija, količinu željeza u krvi, pomanjkanje ili povećanje serotonina/ adrenalina [12].

Zamišljeni-kognitivni simptomi: negativni stavovi prema sebi (kao osobi, prema vlastitim sposobnostima i vlastitom izgledu) i prema budućnosti, pesimizam, stalno prisutno samokritiziranje, nesigurnost, hipohondrija, siromaštvo ideja, otežano mišljenje, problemi s koncentracijom, cirkularno mišljenje, očekivanje kazni ili katastrofa, sumanute ideje, npr. krivnje, nedostatnosti ili osiromašenja, rigidna razina postavljanja zahtjeva, zamisli o bezizlaznosti i besmislenosti vlastitog života, suicidalne ideje [12].

Motivacijska razina: usmjerenost na neuspjeh, povlačenje ili izbjegavanje, strah ili bijeg od odgovornosti, doživljaj gubitka kontrole i bespomoćnosti, gubitak interesa, pomanjkanje poticaja, nemogućnost donošenja odluka, osjećaj preopterećenosti, povlačenje sve do samoubojstva ili povećana ovisnost o drugima [12].

Uz uobičajene simptome depresije, pozornost kod starijih osoba treba usmjeriti na specifične simptome depresije kao što su:[16]

- pritužbe na bolove (glave, nogu, leđa, srca, želuca), umor, usporenost, gubitak apetita, poteškoće usnivanja, zamagljenje vida, tjeskoba, palpitacije, vrtoglavice, gubitak ili porast tjelesne mase,
- razdražljivost, promjene raspoloženja, konstantne pritužbe, ništa što se učini za osobu nije dovoljno dobro,
- poteškoće u koncentraciji i pamćenju, pretjeran osjećaj tuge, nemogućnost uživanja u ranijim aktivnostima,
- učestali posjeti liječnicima bez poboljšanja stanja uz zadovoljavajuće nalaze pretraga,
- pričanje o beskorisnosti, pretjerani osjećaj krivnje i bezrazložno opterećivanje okoline svojim zahtjevima.

Uz uobičajene simptome depresivnog poremećaja javljaju se simptomi umora, inapetencije i poremećaji spavanja koji mogu pratiti i fiziološki proces starenja, ali i neke tjelesne bolesti (npr. anginu pektoris, kroničnu opstruktivnu bolest pluća, bolesti probavnog sustava, tumorske bolesti). Rana depresija u osoba starije životne dobi može biti neprepoznata, a simptomi bolesti zanemareni ili zamijenjeni s drugim stanjima i bolestima. Pretjerana upotreba alkohola ili hipnotika u starijih osoba također može pogoršati depresiju ili je prikriti te na taj način odgoditi postavljanje dijagnoze i pravodobno otpočinjanje liječenja [16].

### **3.4. Vrste depresivnih poremećaja**

Najznačajnije klasifikacije koje se koriste za što objektivnije dijagnosticiranje depresivnih poremećaja su „Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, (DSM-IV) i “Međunarodni sustav klasifikacije bolesti” (MKB-10) poznat kao ICD (International Classification of Diseases) pa postoji opće prihvaćena 10. revizija (ICD-10), koja je i obvezni sustav klasifikacije u Njemačkoj [12].

Dijagnostičke kategorije afektivnih poremećaja prema ICD sustavu:

Bipolarni afektivni poremećaj naziva se i manična depresija. Osobe s bipolarnim poremećajem prolaze kroz razne promjene raspoloženja. Ponekad se osjećaju vrlo sretno, energično i aktivnije nego inače te se to naziva manična epizoda. Kada su u depresivnoj epizodi osobe s bipolarnim poremećajem osjećaju se jako tužno, imaju smanjenu energiju te su manje aktivni [21].

Manična epizoda je abnormalno, trajno povišeno ili razdražljivo raspoloženje, koje traje najmanje tjedan dana, te istodobna prisutnost najmanje tri od navedenih simptoma: pojačan osjećaj vlastite vrijednost, ideje veličine, smanjena potreba za snom, povećana govornost, neodoljiva potreba za nastavkom govorenja, bijeg ideja, bijeg misli, lako odvratanje pažnje, povećani aktivitet, nemir, ispadi u ponašanju koji mogu imati neslućene posljedice (novac, ulaganje itd.) [12].

Depresivna epizoda mora biti prisutna u trajanju od najmanje dva tjedna uz prisutnost najmanje pet od navedenih simptoma (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) [12].

Unipolarni depresivni poremećaji dijele se u depresivne epizode, distimije i poremećaje prilagodbe (kratke ili dulje depresivne reakcije). Kriteriji ICD-10 pokazuju da su mogući simptomi tih poremećaja identični. Dijagnostičke razlike nastaju zbog količine istodobno prisutnih tegoba, trajanja tih simptoma i njihove povezanosti s nekim psihosocijalnim opterećenjem (kod poremećaja prilagodbe- unutar 6 mjeseci nakon određenog događaja) [12].

Ciklotimija je nestabilno raspoloženje s većim brojem razdoblja depresije i hipomanije, u vremenskom trajanju od najmanje dvije godine, s ili bez razdoblja u kojima prevladava normalno raspoloženje [12].

Ciklotimija se obično smatra manje teškim oblikom bipolarnog poremećaja. Simptomi mogu katkad biti gotovo jednako intenzivni kao i u bipolarnom poremećaju, ali nisu dovoljnog trajanja da bi zadovoljili kriterije za postavljanje dijagnoze bipolarnog poremećaja. Takve bolesnike njihova okolina često opisuje kao osjetljive, hiperaktivne i sklone poremećajima raspoloženja. Većina bolesnika će u pojedinom razdoblju života pokazati mješavinu simptoma depresije i hipomanije uz izrazitu iritabilnost. Često im se javljaju bračni problemi i bračne nestabilnosti osobito u razdobljima maničnih ili mješovitih stanja. Zloupotreba alkohola i droga vrlo je česta među takvim pacijentima, bilo kao pokušaj samomedikacije ili traženje dodatne stimulacije kad su u maničnoj fazi, odnosno pokušaj izbjegavanja depresivne faze [13].

Distimija je dugotrajni, kronični afektivni poremećaj, čija simptomatologija ne udovoljava kriterijima za depresivnu epizodu. Ona predstavlja depresivno raspoloženje koje traje ili se često vraća u razdoblju od najmanje 2 godine [12].

Karakterizirana je kroničnim nepsihotičkim znakovima i simptomima koji odgovaraju specifičnim dijagnostičkim kriterijima. Takvi su bolesnici često introvertirani, mrzovoljni i skloni samopodcjenjivanju. Distimija znači temperamentnu disforiju, tj. urođenu tendenciju izražavanju specifičnog raspoloženja. U nekih bolesnika prisutni su afektivni sindromi koji



pokazuju sličnost s velikim depresivnim poremećajem. Glavni simptom distimije je deprimirano raspoloženje karakterizirano tugom, nelagodom, neraspoloženjem i gubitkom interesa za uobičajene aktivnosti. Bolesnici s distimijom mogu biti zahtjevni, sarkastični, s nizom zahtjeva i žalbi. Mogu biti vrlo napeti, rigidni, mijenja im se način spavanja, dolazi do gubitka apetita i energije, psihomotoričke retardacije i obuzetosti s različitim aspektima zdravlja [13].

### 3.5. Dijagnostika depresivnih poremećaja

Za dijagnosticiranje poremećaja, procjenu njegova intenziteta, opis tijeka ili promjena mogu se prikupiti podaci pomoću brojnih pouzdanih i objektivnih mjernih instrumenata, strukturiranih ili standardiziranih intervjua, psihologijskih testova, upitnika i ljestvica. Poznati intervjui koji se upotrebljavaju su: Standardizirani klinički intervju za DSM-IV, Dijagnostički intervju za psihičke poremećaje, Složeni međunarodni dijagnostički intervju, Dijagnostički intervju. Postoji niz validiranih upitnika za samo-procjenju i procjenu od strane drugih osoba koji omogućavaju određivanje stupnja težine depresije, mjerenje promjena tijekom liječenja i promjena u stanju i depresivnim teškoćama pogođene osobe, npr. Beckov inventar depresije ili Opća ljestvica depresivnosti, Hamiltonova ljestvica depresije ili Inventar depresivnih simptoma. Općenito se u svijetu u svrhu određivanja težine depresije najviše upotrebljavaju Beckov inventar depresije i Hamiltonova ljestvica depresije. Oba se instrumenta primjenjuju prije početka te po završetku tretmana, kako bi se moglo usporediti stanje osobe [12].

Gerijatrijska skala depresije (The Geriatric Depression Scale-GDS) je skala samo-procjene depresije namijenjena osobama starije životne dobi. GDS je izvorno sastavljena od 30 pitanja na koje osoba odgovara s da/ne. Budući da se skala pokazala dugotrajnom, razvila se verzija skale s 15 pitanja prikazana na slici 3.5.1. Skala se može riješiti u otprilike 5 do 7 minuta što ju čini idealnom za ljude koji su umorni ili ograničeni u sposobnosti da se koncentriraju na duže vrijeme [22].

U osoba starije životne dobi uz anamnezu i heteroanamnezu, obavezno se moraju učiniti tjelesni pregled, elektrokardiogram (EKG), rutinske laboratorijske pretrage i Mini-mental test (MMSE). Zbog diferencijalno-dijagnostičkih dilema preporučuje se učiniti i dodatne pretrage u svrhu adekvatnog planiranja liječenja: kompjuterizirana tomografija/ magnetska rezonancija (CT/MR), vitamin B12, željezo (Fe), hormoni štitnjače, elektroencefalografija (EEG) [16].

Kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze depresivne epizode:

Tipični simptomi (tzv. A-simptomi):[23]

- depresivno raspoloženje

- gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima koje su ga donosile
- smanjena životna energija u vidu umora i pojačano umaranje

Drugi česti simptomi (tzv. B-simptomi): [23]

- poremećen san
- smanjen apetit
- smanjena koncentracija i pažnja
- smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje
- ideje krivnje i bezvrijednosti
- sumoran i pesimističan pogled na budućnost
- ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu

Mogu postojati i tjelesni simptomi koji čine tzv. somatski (tjelesni) sindrom:[23]

- ahedonija - gubitak interesa ili zadovoljstva u aktivnostima koje su se ranije doživljavale ugodnima
- nedostatak reaktivnosti na uobičajeno ugodnu okolinu i događaje
- rano buđenje - dva ili više sati ranije nego uobičajeno
- jutarnje pogoršanje depresije
- psihomotorna usporenost ili nemir - prisutnost objektivnih znakova (što se čuje ili izvješćuje od drugih osoba)
- gubitak apetita - u značajnoj mjeri
- gubitak na težini - min. 5% u zadnjih mjesec dana
- smanjenje libida

Blaga depresivna epizoda ima najmanje 4 simptoma: najmanje 2 tipična + 2 druga + blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja. Umjerena depresivna epizoda ima najmanje 5 simptoma: 2 tipična + 3 druga simptoma + umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja. Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma ima najmanje 7 simptoma: 3 tipična simptoma + najmanje 4 druga, 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. Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima. U ovom slučaju zadovoljeni su kriteriji za tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma uz prisutnost psihotičnih simptoma (sumanutosti, halucinacija ili depresivnog stupora) [23].

## Geriatric Depression Scale (Short Form)

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Instructions:** Choose the best answer for how you felt over the past week.

No.	Question	Answer	Score
1.	Are you basically satisfied with your life?	YES / NO	
2.	Have you dropped many of your activities and interests?	YES / NO	
3.	Do you feel that your life is empty?	YES / NO	
4.	Do you often get bored?	YES / NO	
5.	Are you in good spirits most of the time?	YES / NO	
6.	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	YES / NO	
7.	Do you feel happy most of the time?	YES / NO	
8.	Do you often feel helpless?	YES / NO	
9.	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	YES / NO	
10.	Do you feel you have more problems with memory than most?	YES / NO	
11.	Do you think it is wonderful to be alive?	YES / NO	
12.	Do you feel pretty worthless the way you are now?	YES / NO	
13.	Do you feel full of energy?	YES / NO	
14.	Do you feel that your situation is hopeless?	YES / NO	
15.	Do you think that most people are better off than you are?	YES / NO	
<b>TOTAL</b>			

**Scoring:**

Assign one point for each of these answers:

- |        |        |        |         |         |
|--------|--------|--------|---------|---------|
| 1. NO  | 4. YES | 7. NO  | 10. YES | 13. NO  |
| 2. YES | 5. NO  | 8. YES | 11. NO  | 14. YES |
| 3. YES | 6. YES | 9. YES | 12. YES | 15. YES |

A score of 0 to 5 is normal. A score above 5 suggests depression.

**Source:**

- Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiatr. Res. 1983; 17:37-49.

*Slika 3.5.1. Gerijatrijska skala depresije (skraćena verzija)*

*Izvor:*

[https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Update Geriatric Depression Scale-15\\_0.pdf](https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Update_Geriatric_Depression_Scale-15_0.pdf)

## **4. Komorbiditet i depresija u starijoj životnoj dobi**

Depresije često prate druge bolesti pa su i česta prekrivanja, tj. istodobno javljanje depresije i anksioznih poremećaja, prisila, posttraumatskih stresnih poremećaja, poremećaja hranjenja, ovisnosti o drogama, poremećaja spavanja, psihofizioloških poremećaja, organskih mozgovnih poremećaja, propadanja mozgovne mase, te različitih poremećaja ličnosti [12].

U starijoj životnoj dobi depresija se može javiti u komorbiditetu s drugim bolestima, kao što su bolesti štitnjače, Parkinsonova bolest, kardiovaskularne bolesti (hipertenzija, fibrilacija atrijska), karcinomi, šećerna bolest, prijelom kuka, kronična opstruktivna plućna bolest, moždani udar, Alzheimerova bolest i druge. Budući da više od 80% osoba starijih od 65 godina ima jednu kroničnu bolest, a oko 20% osoba starijih od 75 godina boluje od šećerne bolesti, komorbiditet (psihijatrijski ili tjelesni) je pravilo, a ne iznimka u starijoj životnoj dobi. Nerijetko se stoga zamjenjuju simptomi depresije i drugih tjelesnih bolesti, posebice tome doprinose simptomi depresije, kao što su osjećaj umora, opće slabosti, somatizacije i sl. [16].

Rezultati istraživanja potvrđuju da je broj prijavljenih bolesti snažno povezan s depresivnim simptomima pa je tako u istraživanju u Australiji 26% ispitanika s multi-morbiditetom postiglo klinički raspon za depresivne simptome u usporedbi s 15% sudionika bez bolesti ili pojedinačne bolesti. U regresijskoj analizi prisutnost kronične boli, dijabetes, respiratorne ili neurološke bolesti bili su neovisni doprinosi depresivnim simptomima. Čak i kada se kontrolira svaka pojedinačna bolest i ukupan broj bolesti, težina boli ostaje nezavisni prediktor depresivnog raspoloženja. Liječnici bi trebali razmotriti probir problema s raspoloženjima među onima koji imaju višestruke pobole, osobito onih koji osjećaju bol [24].

### **4.1. Cerebrovaskularna bolest i depresija**

Cerebrovaskularne bolesti predstavljaju danas vodeći zdravstveni problem u zemljama zapadnog svijeta, a depresija je četvrti najveći zdravstveni problem. Danas se smatra da je povezanost između depresije i moždanog udara nedvojbeno. Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj povezan s cerebrovaskularnim bolestima, javlja se u 26-34% bolesnika unutar dvije godine poslije moždanog udara. Postoji povezanost između težine postinzultne depresije i lokacije lezije mozga: što su oštećenja mozga bliže području lijevog frontalnog režnja, učestalost i težina depresije je veća. Rano otkrivanje i liječenje postaje jedan od temeljnih ciljeva suvremene medicine [25].

Većina simptoma depresije nakon moždanog udara, javljaju se u prva 2 mjeseca, dok se u manjem broju bolesnika prvi simptomi mogu javiti i nakon godinu dana od moždanog udara.

Najčešći klinički oblici depresije nakon moždanog udara su mala i velika depresivna epizoda. U procjeni depresije nakon moždanog udara, kao i funkcionalnog deficita i razine tjelesne aktivnosti, potrebno je koristiti međunarodne, standardizirane upitnike. Životni stil koji podržava tjelesnu aktivnost važan je u primarnoj prevenciji moždanog udara, ali i u bolesnika koji su preboljeli moždani udar [26].

Neliječena depresija povećava smrtnost nakon moždanog udara, a u cijelosti povećava količinu terapijskih postupaka i troškove skrbi. Pravodobno liječenje depresije već unutar mjesec dana od moždanog udara značajno smanjuje funkcionalna oštećenja i pospješuje oporavak. Tijekom liječenja treba voditi računa o težini obaju poremećaja i o pravilnom odabiru antidepresiva. Također, bitna je i korekcija životnih navika te socio-terapijska potpora bolesniku i članovima obitelji [27].

## **4.2. Parkinsonova bolest i depresija**

Parkinsonova bolest (PB) jedna je od najčešćih neurodegenerativnih poremećaja uzrokujući ne samo disfunkcije motornih funkcija, već i kognitivnih, psihijatrijskih, autonomnih i osjetilnih poremećaja. Depresija je identificiran kao najčešći psihijatrijski poremećaj u bolesnika s PB. Međutim, prevalencija i kliničke značajke povezane s depresijom u PB-u ostaju kontroverzne. Demencija se sve više priznaje kao simptom povezan s idiopatskim PB i nalazi se u do 40% svih pacijenata koji boluju od tog stanja. Smatra se da je rezultat kombinacije subkortikalnih i kortikalnih promjena. Istraživanje provedeno u Bosni i Hercegovini dokazuje da su simptomi depresije i demencije vrlo česti kod pacijenata s PB. Potrebno je prepoznati simptome demencije i depresije, kako bi se adekvatno provodilo obrazovanje bolesnika i njihovih obitelji, te omogućiti liječenje depresivnih simptoma odgovarajućim terapijama koristeći lijekove, kao i različite tehnike psihoterapije [28].

## **4.3. Demencija i depresija**

Stručnjaci psihijatrije navode da je depresija u kasnom životu popraćena kognitivnim oštećenjem, deficitom memorije, smanjenom izvršnom funkcijom i usporavanjem obrade informacija, koji mogu biti prisutni čak i nakon učinkovitog liječenja. Kasni početak depresije (nakon 65. godine) dvostruko povećava rizik od demencije, ali još uvijek nije jasno utvrđeno da li je depresija faktor rizika za demenciju. Depresija je vrlo česta tijekom životnog ciklusa i demencija je česta u kasnom životu. Konkretno, ranija depresija (ili depresivni simptomi) je povezana s više od dva puta većeg rizika od nastanka demencije. Vjerojatni biološki mehanizmi koji povezuju depresiju s demencijom uključuju vaskularne bolesti, promjene razine

glukokortikoidnog steroida i hipokampalnu atrofiju, upalne promjene i deficite faktora rasta živaca. Strategije liječenja za depresiju mogu ometati ove putove i mijenjati rizik od demencije. S obzirom na predviđeno povećanje incidencije demencije u narednim desetljećima, važno je znati hoće li liječenje samo za depresiju ili kombinaciju s drugim režimima, poboljšati spoznaju [29].

Trenutno nema konkretnih dokaza koji sugeriraju da liječenje depresije u ranoj ili kasnoj dobi smanjuje učestalost demencije [30].

## 5. Suicidalnost u starijoj životnoj dobi

Depresija je uobičajeni poremećaj starije životne dobi koji je povezan s lošom kvalitetom života, povećanom invalidnošću i povećanom smrtnošću svih uzroka. Stope izvršenih suicida su najviše kod muških osoba starije životne dobi u odnosu na bilo koju drugu dobnu skupinu. U ovoj dobnoj skupini, depresija je često paralelna s drugim bolestima i može pogoršati tijek tih bolesti. Kognitivno oštećenje često je prisutno i može biti posljedica same depresije ili može biti posljedica neurodegenerativnog poremećaja kao što je Alzheimerova bolest. Liječenje može biti komplicirano prisustvom kognitivnih poremećaja, ostalih komorbidnih poremećaja i lijekova koji se koriste za liječenje istih. Uz odgovarajuću skrb, većina starijih depresivnih bolesnika može se uspješno liječiti, a pozitivni ishod može imati značajan učinak na kvalitetu života pacijenata [31].

Prema podacima SZO za Hrvatsku, godine 1997. najučestaliji su bili suicidi u dobnoj skupini od 64–74 godina. Kao glavni razlog smatra se veza uznapredovale tjelesne i/ili duševne bolesti (neliječena depresija). Suicid je najjači i najurgentniji simptom depresije, jedna trećina ukupnog broja samoubojica spada u životnu skupinu starijih od 60 godina, a stopa raste s dobi. Najviše suicida na području Hrvatske događa se u Slavoniji. Nađeno je da oko 50% osoba počini suicid po postavljanju dijagnoze raka. Rak dojke ili genitalija prisutan je u 70% slučajeva osoba ženskog spola koje su oboljele od karcinoma i počinile suicid [32].

### 5.1. Čimbenici suicidalnog rizika

Osobe s mentalnim poremećajima počine oko 90% svih suicida. Afektivne bolesti (velika depresija, bipolarni poremećaj i shizoafektivni poremećaj) najčešće su dijagnoze među počiniteljima i čine 60 do 70% udjela u suicidima. Doživotni rizik od suicida kod bolesnika s depresijom je 15%. Neki čimbenici suicidalnog rizika su: suicidalna ili homicidalna promišljanja, namjere ili planovi; pristup sredstvima za počinjenje suicida i njihova letalnost; prisutnost psihotičnih simptoma, halucinacija ili teške anksioznosti; zlouporaba alkohola ili psihoaktivnih tvari; povijest ozbiljnosti prijašnjih pokušaja te obiteljska anamneza. Kako suicid nije mentalni poremećaj ili psihijatrijska dijagnostička kategorija, glavnina tretmana odnosi se na depresivni poremećaj. Nema specifične farmakoterapije u liječenju suicidalnog ponašanja, ali se primjenjuju različite skupine lijekova. Načini liječenja suicidalnog ponašanja su: somatska terapija i psihoterapija. Izbor psihofarmaka ovisi o težini bolesti, suicidalnom riziku, sigurnosti učinkovitosti lijeka, nuspojavama ili interakcijama s drugim lijekovima, bolesnikovoj suradnji, socijalnoj potpori i tjelesnom komorbiditetu [33].

## 5.2. Prevencija suicida

Iako stope suicida u starijoj dobi opadaju, one su još uvijek više nego kod mlađih odraslih osoba i više su povezane s depresijom. Depresije starijih odraslih osoba manje su vjerojatne za afektivne simptome i vjerojatnije će prikazati kognitivne promjene, somatske simptome i gubitak interesa od depresivnih mlađih odraslih osoba. Zaštitni čimbenici uključuju visoko obrazovanje i socioekonomski status, angažiranje u vrednovanim aktivnostima i vjersko ili duhovno sudjelovanje. Tretmani koji uključuju terapiju ponašanja, kognitivno-bihevioralnu terapiju, kognitivnu biblioterapiju, terapiju rješavanja problema, kratku psihodinamičku terapiju su učinkoviti, ali su rijetko korišteni kod starijih osoba. Prihvatljive su i potpore za preventivne intervencije, uključujući obrazovanje za osobe s kroničnom bolešću, aktivaciju ponašanja, kognitivno restrukturiranje, vještine rješavanja problema, podrška grupi i pregled života [34].

Preventivni postupci obuhvaćaju adekvatno i pravovremeno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti, komorbiditeta te suicidalnog ponašanja bolesnika uz uvođenje odgovarajućih psihofarmaka, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka [33].



## 6. Liječenje depresivnih poremećaja

Prvi korak u liječenju uključuje donošenje odluke gdje će se liječenje provoditi, ambulantno ili u bolnici. Rizik suicida, nesposobnost brige o samome sebi, uključujući prehranu, oblačenje i osobnu higijenu te potreba za dijagnostičkim razjašnjavanjem stanja zahtijeva hospitalizaciju. Bolesnici s depresijom koja je blažeg karaktera i gdje nema jačih suicidalnih ideja, kao i oni s hipomanijom, mogu se liječiti ambulantno [13].

Postoji mnoštvo farmakoloških, fizikalnih, psihoterapijskih i psihosocijalnih načina liječenja. Glavna i često dovoljna intervencija je kombinacija farmakološke i psihoterapije (bilo da su primijenjene samostalno ili zajedno), dok su fizikalni, psihosocijalni i internistički tretmani dopunske intervencije ili intervencije za koje postoje vrlo uske postavljene indikacije [12].

Liječenje depresije započinje nakon dobro provedene dijagnostike, posebno se bazirajući na intenzitet depresije (blaga, umjerena i teška) i prateći komorbiditet, o čemu će dobrim dijelom ovisiti i planirana terapijska strategija. U liječenju depresivnih stanja treba se pridržavati osnovnih smjernica kao što su dovoljno dugo liječenje s odgovarajućim dozama lijekova, izbor antidepresiva u skladu sa sigurnosnim profilom i kliničkom slikom, redovito kombiniranje psihofarmakoterapije i psihoterapije te provođenje kvalitetne evaluacije [35].

Depresija je zastupljena među starijim odraslim osobama i povezana je sa značajnim morbiditetom, povećanim rizikom smrtnosti i ekonomskim opterećenjem. Iako postoje učinkoviti tretmani za depresiju, poremećaj se i dalje neprimjereno liječi za mnoge osobe starije životne dobi. Nedavno je primjena vježbe kao tretmana za depresiju privukla veću pažnju [36].

Nalin A. Singh i suradnici pretpostavili su da bi napredni trening otpora s visokim intenzitetom bio učinkovitiji od niskog intenziteta ili od standardne skrbi liječnika opće prakse kod depresivnih starijih osoba i da će visoki intenzitet pružiti vrhunske prednosti u kvaliteti života, kvaliteti spavanja i samo-učinkovitosti. Istraživanje se provodilo 3 dana tjedno tijekom 8 tjedana. Dobitak snage izravno je povezan sa smanjenjem depresivnih simptoma kao i kvaliteta života i kvaliteta spavanja. Nadalje, samo-efikasnost i lokus kontrole nisu bili povezani s antidepresivnim učinkom. Zaključno je dokazano da je napredni trening otpora s visokim intenzitetom učinkovitiji od treninga niskog intenziteta ili standardne njege za liječenje starijih depresivnih pacijenata [37].

## 6.1. Farmakološki načini liječenja depresije u starijoj životnoj dobi

Preporuke za farmakološko liječenje unipolarnih depresija koje daju psihijatrijska udruženja glase: Svaki bolesnik koji boluje od depresije treba dobiti individualno određeni i prilagođeni tretman, koji vodi računa o popratnim pojavama i komplikacijama. Ako kod bolesnika nakon 6-8 tjedana propisno primijenjenog farmakološkog liječenja nema promjena, potrebno je promijeniti antidepresiv, uključiti u liječenje litij ili neki antikonvulzivni lijek. Dugotrajnim uzimanjem antidepresivnih lijekova može se značajno smanjiti opasnost ponovnog vraćanja bolesti, ponovne pojave teških depresivnih simptoma [12].

Liječenje osobe starije životne dobi treba započeti niskom dozom i lijek polagano titrirati poštujući pri tome maksimalni raspon doze. Poželjno je pojednostaviti terapijsku shemu, izbjegavati kombinacije više lijekova (sedativnog i hipnotičkog učinka). Nužno je učestalo procjenjivanje učinaka liječenja, praćenje nuspojava, interakcija s drugim lijekovima i u skladu s navedenim korigirati dozu ili promijeniti lijek. Antidepresivni lijek prvog izbora za blagu do umjerenu depresiju u starijih osoba je iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS) [16].

Zbog sporijeg metabolizma, početne i maksimalne doze su niže (prosječno pola početne doze u odraslih). Doza se inače povećava svaka dva tjedna dok se ne postigne željeni učinak ili dosegne maksimalna doza. Osim SIPPS-a kao lijeka prvog izbora, posebice u starijih osoba s jetrenom disfunkcijom, pokazali su se učinkoviti i tianeptin, reboksetin, a i mirtazapin. U večernjoj dozi sedacijski učinak mirtazapina može pomoći u regulaciji cirkadijalnog ritma, a stimulacijski učinak na apetit uputno je iskoristiti u starijih bolesnika slaba teka s gubitkom tjelesne mase [16].

Ako odgovor na liječenje nakon četiri tjedna liječenja maksimalnom dozom antidepresiva nije zadovoljavajući, potrebno je promijeniti lijek unutar skupine SIPPS. Ako je zabilježeno djelomično poboljšanje psihičkog stanja, nastavlja se liječenje i praćenje kroz sljedećih 9-12 tjedana. Kod promijene lijeka, prvi lijek se mora postupno ukinuti. Nakon neuspjela pokušaja liječenja s dva antidepresiva skupine SIPPS treba pokušati s venlafaksinom ili duloksetinom. U slučajevima kad postoje psihotični simptomi treba razmotriti uvođenje niskih doza novijih antipsihotika – kvetiapina ili olanzapina. U slučajevima kada su prisutne suicidalne misli i prosuicidalne nakane, u obzir dolazi uvođenje vrlo niskih doza klopazina (1/4 tablete od 25 mg u večernjoj dozi) uz antidepresiv [16].

Upravo zbog sigurnosnog profila nuspojava SIPPS-a, potisnuli su u drugi plan tricikličke antidepresive (TCA) koji su još uvijek lijek izbora za bolesnike s teškom depresijom koji dobro toleriraju njihove nuspojave. Liječenje antidepresivom treba nastaviti tijekom najmanje 6-12

mjeseci, a preporuke gerontopsihijatarata su sljedeće – minimalno 12 mjeseci nastaviti liječenje nakon prve epizode, 24 mjeseca za drugu, a najmanje tri godine za treću ili više epizoda. U psihotičnih depresija antipsihotike se obično preporučuje nastaviti kroz šest mjeseci s postupnim ukidanjem lijeka u skladu s kliničkim poboljšanjem stanja bolesnika [16].

Pri liječenju depresija s tjelesnim komorbiditetom, izbor antidepresiva treba prilagoditi tjelesnom stanju bolesnika. Triciklički antidepresivi pokazuju povoljan terapijski odgovor starijih tjelesno zdravih depresivnih pacijenata, ali ih treba davati s oprezom zbog niza nuspojava koje mogu biti neugodne kod te dobne skupine. Danas se selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina smatraju lijekovima prvog izbora i najčešće su upotrebljavana skupina antidepresiva kod osoba starije životne dobi [38].

### **6.1.1. Nuspojave antidepresiva**

Tipične negativne popratne pojave antidepresivnih lijekova su suha usta, poremećaji prilagodbe, kožne alergije, opstipacija, poremećaji uriniranja, promjene krvnog tlaka, tahikardije ili aritmije, povećana sklonost grčevima, oštećenja jetre, promjene REM faze spavanja te povećani učinci alkohola. Većina tih teškoća su prolazne naravi i pojavljuju se na početku i u fazi povećavanja doze, a bolesnici ih lakše podnose ako su im te nuspojave detaljno protumačene [12].

Unatoč nizu prednosti SIPPS-a kod nekih bolesnika ovi lijekovi mogu izazvati nuspojave koje mogu dovesti do prekida liječenja, odnosno nesuradljivosti bolesnika kao što su: pretjerana aktivacija, poremećaji spavanja, tremor, glavobolja, gastrointestinalne smetnje, hiponatrijemija, gubitak tjelesne mase. Najčešće nuspojave u starijoj dobi su: suhoća usta, smetenost, poteškoće pamćenja, delirij, zamagljen vid, pogoršanje glaukoma, retencija urina i konstipacija. Zbog njihova učinka na rad srca kod bolesnika je nužno redovito pratiti EKG. Farmakološko liječenje depresije kod osobe starije životne dobi, koja prosječno uzima 4-5 lijekova (+ isto toliko pomoćnih ljekovitih sredstava), znači uvođenje dodatnih lijekova i preuzimanje rizika za moguće nuspojave i neželjene interakcije između pojedinih lijekova. Učestalost nuspojava i interakcija između lijekova je u dobi iznad 70 godina oko 7x češća nego u dobi iznad 20 godina [16].

## **6.2. Uskraćivanje sna (terapija budnošću)**

Stacionarno liječenje depresije često se nadopunjava postupkom uskraćivanja sna. Najviše primjenjivana i najtemeljitije istražena je metoda potpunog uskraćivanja sna, koja bolesnicima uskraćuje spavanje cijelu noć i cijeli sljedeći dan (36 do 40 sati). Kada se radi o djelomičnom

uskraćivanju sna, bolesnike se oko 2 sata ujutro budi i nakon toga održava u budnom stanju. Djelotvornost je neposredno nakon primjene postupka 60%. Istraživanja potvrđuju da je uskraćivanje sna s istodobnom primjenom antidepresivnih lijekova naročito djelotvorno kod bolesnika koji ne reagiraju na antidepresivne lijekove [12].

### **6.3. Elektrokonvulzivna terapija**

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) pokazala je učinkovitost u liječenju vrlo teških depresija koje ne reagiraju na druge oblike liječenja, te za depresije s izrazito motoričkim simptomima (stupor). Uz pridržavanje uobičajenih tehnika primjene (potpuna narkoza), unilateralni položaj elektroda i stimulacija kratkotrajnim strujnim impulsima, EKT je za ovu skupinu bolesnika jedini mogući, uspješni oblik terapije koji nema mnogo nepovoljnih popratnih pojava i ne dovodi do trajnih cerebralnih oštećenja [12].

Kod osoba starije životne dobi EKT je terapija izbora tek kod teških depresija u slučajevima terapijske rezistencije, kod teške suicidalnosti i ekstremnog odbijanja hrane i tekućine. Provodi se 3 puta tjedno do ukupno 6 do 12 tretmana. Nuspojave EKT-a kod starijih osoba su srčane aritmije, hipertenzivne krize, smetenost, amnezija, glavobolja, rijetko epileptički status ili kompresijske frakture kralježaka (posebice kod žena s osteoporozom) [16].

### **6.4. Terapija svjetlom**

Redovitim izlaganjem svjetlu mogu se liječiti ponajprije sezonske depresije (tzv. zimske depresije), ali i mjesečne, tj. predmenstrualni distimni poremećaj. U tu se svrhu preporučuje kroz nekoliko dana do tjedan dana, svakodnevno, najbolje tijekom prijepodneva, izlaganje svjetlu u trajanju od 30 do 40 minuta (10 000 luksa). Osoba svakih nekoliko sekundi gleda u izvor svjetla, kako bi na taj način preko retine i vidnog živca potaknula centralne procese (među ostalim serotonin, melatonin). Kod zimskih depresija nužno je ovaj oblik tretmana više puta ponoviti [16].

### **6.5. Psihološki tretmani**

O psihoterapijskom pristupu u liječenju depresije postoji relativno malen broj navoda u znanstvenoj literaturi. Usprkos mnogim metodološkim teškoćama, psihoterapija je važan aspekt u liječenju depresije. Posebno je važan zajednički farmakoterapijski i psihoterapijski pristup koji je u većem broju kliničkih istraživanja pokazao svoje vrijednosti. Zaključno, psihoterapijski

pristup može se ravnopravno nositi s farmakološkim metodama liječenja jer u ishodu prema metaanalitičkim studijama nema značajnijih terapijskih razlika [39].

U novije vrijeme klinički je potvrđena i provjerena uspješnost dvaju psiholoških tretmana. To su interpersonalna psihoterapija (IPT) i kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). U postupku psihoterapije osoba starije životne dobi koristan je koncept višedimenzionalnog djelokruga života. Ako se pomoću intervencija uspije proširiti djelokrug života starijih osoba tada se pridonosi poboljšanju njihove kvalitete življenja, prevladavanju psihičkih smetnji i prevenciji pretvaranja poremećaja u kroničan oblik ili recidiv. Proces starenja dovodi do gubitka čitavog niza pozitivnih potkrepljenja. Suženi životni prostor pretvara se u jednoličnu, siromašnu situaciju koja dovodi do dodatnog pogoršanja životnog položaja. Kognitivno-bihevioralna terapija depresivnih poremećaja starijih osoba usmjerena je upravo na spomenute kritične točke, a može se odvijati stacionarno ili ambulantno. Za osobe starije životne dobi vrlo je važan rad u grupi jer su im na taj način omogućeni, a od terapeuta i potaknuti socijalni kontakti (razmjena telefonskih brojeva, planiranje i provođenje zajedničkih aktivnosti). U individualnoj terapiji osobe starije životne dobi teško prihvaćaju poticaje mlađeg terapeuta, dok se u grupi uključuju i koriste stajališta, mišljenja i iskustva drugih sudionika [12].

## **7. Uloga medicinske sestre u prevenciji i liječenju depresije u starijoj životnoj dobi**

Istraživanje na otoku Mljetu pokušalo je ustanoviti najučestalije probleme s kojima se susreću osobe starije životne dobi. Gotovo svaki četvrti ispitanik u ovom istraživanju živi potpuno sam. Uz fiziološko opadanje funkcija u starijoj dobi te nazočnosti kroničnih bolesti, najveći psihosocijalni problem u ovoj dobi je usamljenost starijih osoba. Oni su usamljeni, najčešće depresivni te često, zbog fizičkog pa i psihičkog stanja u kojem se nalaze, ne mogu održavati osobnu higijenu, ne mogu pripremati hranu, pospremiti kuću, često nemaju mogućnost otići liječniku. Njihov materijalni položaj često je slab, tako da si najčešće ne mogu kupiti potrebne lijekove i priuštiti adekvatnu prehranu, što u konačnici rezultira pogoršanjem općeg zdravstvenog stanja. To je naročito istaknuto kada se radi o sve brojnijim kronično bolesnim i iznemoglim starijim osobama bez obiteljskog staranja. Njima često nije potrebna stalna dnevna medicinska pomoć, ali im je potrebna svakodnevna pomoć u ostvarivanju osnovnih životnih funkcija. Najveći problem osoba starije životne dobi je loše zdravlje i nemogućnost korištenja odgovarajuće zdravstvene zaštite, ali u vezi s tim i loše materijalno stanje i usamljenost. Tradicionalni model brige djece o starijima ne funkcionira na potrebnoj razini i zajednica mora razvijati nove modele. Model zdravstvene zaštite starijih osoba pružanjem usluga u kući je nedovoljno razvijen, a pomoć institucija socijalne zaštite i lokalne zajednice je nedostatna [40].

Suvremena zdravstvena njega zahtijeva od medicinske sestre/tehničara da obrate pažnju na sve probleme koji su vezani za starost i starenje. Posebno trebaju obratiti pažnju na psihosocijalne probleme, subjektivno doživljavanje promjena u starosti ili bolesti. Medicinska sestra treba znati da nema tipičnog ponašanja kod starijih, da ima lucidnih, živahnih, kao i onih sa psihotičnim poremećajima. Zbog svega toga je potreban individualni pristup svakoj osobi starije životne dobi. Promatrano s aspekta zdravstvene njege, medicinska sestra/tehničar u ispitivanju potreba za njegom, koristeći odgovarajuće metode, treba uvidjeti na probleme koji su češći i izraženiji kod starijih osoba nego onih koje prate samu starost. Treba započeti od aktivnosti za koje je starija osoba sposobna, pokazati razumijevanje i empatiju, ohrabriti ju i postupno aktivirati (češći razgovori, osmijeh, dodir, organiziranje druženja s članovima obitelji, prijateljima, bolesnicima ako je u bolnici). Kod oboljelih osoba starijih od 65 godina govori se o „starosnoj depresiji“. Uglavnom u kasnijoj životnoj dobi depresivna oboljenja ne nastupaju češće nego inače, ali će se s produljenjem čovjekova životnog vijeka s vremenom sve više povećavati i rizici od depresije. Ipak, kod starijih pacijenata se depresija često previdi i zbog toga se često godinama ne liječi. Dobar dio osoba starije životne dobi koje pate od depresije, pokazuje evidentne znakove, tvrde stručnjaci, ali kad se starija osoba pojavi u ambulanti kako bi

zatražila pomoć kod lakših fizičkih neugodnosti, liječnik će joj najvjerojatnije reći: „A što biste Vi htjeli, pa to je u vašim godinama normalno“ i osoba će se tada još više povući. Zbog takvog odgovora liječnici neće dobiti dovoljno informacija i najčešće neće biti u stanju otkriti indikatore depresije kod starijih osoba [41].

## 8. Zaključak

Depresija je psihički poremećaj koji je u starijoj životnoj dobi povezan s mnogim drugim zdravstvenim problemima koji prate starenje organizma. Liječenje se uspješno provodi primjenom psihoterapije, psihofarmakoterapije te elektrokonvulzivnom terapijom. Važno je naglasiti da je izrazito bitna prevencija, odnosno, da liječnik primarne zdravstvene zaštite pravodobno prepozna, adekvatno liječi te redovito prati stanje pacijenata. Isto tako, bitna je i uloga obitelji jer je svima poznato da su osobe starije životne dobi uglavnom izolirane, da žive same, da im je narušen socioekonomski status, da se često suočavaju s gubitkom svojih prijatelja, bračnog partnera i slično. Upravo iz ovih razloga potrebno je da obitelj provodi što više kvalitetnog vremena sa starijim ukućanima, kako bi prevenirali depresivno raspoloženje, a kasnije i depresiju kod osoba starije životne dobi. Starenjem se ne mijenjaju samo fizičke značajke, već se javljaju i psihičke promjene koje mogu biti razlog: fizičke onesposobljenosti kao posljedice narušenog zdravstvenog stanja, senzornih deficita i kognitivnog osiromašenja, zatim socijalnih gubitaka, odbačenosti od obitelji, gubitka radne uloge i radnog značaja, a samim time i smanjenje prihoda odnosno nezadovoljavajućih financijskih uvjeta, kao i povećanje medicinskih troškova.

Potrebno je dodatnu pozornost obratiti na farmakološku terapiju zbog moguće polifarmacije koja je izrazito česta u starijoj životnoj dobi. Štetni čimbenici koji mogu dovesti do depresije jesu i posljedice obolijevanja od teških bolesti poput Alzheimerove bolesti, Parkinsonove bolesti, stanja nakon moždanog udara, srčanog zatajenja, obolijevanja od karcinoma i slično. Neliječena depresija može dovesti do suicida te su istraživanja dokazala da su stope izvršenog samoubojstva najviše kod muških osoba starije životne dobi u odnosu na bilo koju drugu dobnu skupinu.

Potrebno je da medicinske sestre/tehničari obrate pažnju na sve probleme koji su vezani za starost te da primjene individualni pristup svakom pacijentu. Kako bi pristup depresivnom pacijentu bio što lakši, medicinske sestre/tehničari trebaju imati razumijevanja za česte promjene raspoloženja i potrebno je koristiti se adekvatnim metodama u pristupanju zdravstvenoj njezi takvih pacijenata s obzirom i na bolesti koje prate depresiju u starijoj životnoj dobi. Potrebno je započeti s aktivnostima za koje je osoba starije životne dobi sposobna, pokazati razumijevanje i empatiju, ohrabriti ju i postupno aktivirati (češći razgovori, osmijeh, dodir, organiziranje druženja s bliskim osobama i slično).



## 9. Literatura

- [1] V. Lovretić, A. Mihaljević-Peješ: Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju?, *Socijalna psihijatrija*, br. 2, srpanj 2013., str. 109-117
- [2] R. M. Kok, C. F. Reynolds: Management of Depression in Older Adults, *JAMA*, br. 20, svibanj 2017., str. 2114-2122
- [3] M. Šilje, J. Sindik: Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, br. 34, travanj 2013., str. 33-40
- [4] F. M. Alpass, S. Neville: Loneliness, health and depression in older males, *Aging&Mental Health*, br. 3, lipanj 2010., str. 212-216
- [5] A. Budimir: Učestalost depresije u starijoj životnoj dobi na području grada Dubrovnika, *Sestrinski glasnik*, br. 2, srpanj 2016., str. 144-147
- [6] V. Hrabak-Žerjavić, M. Silobrčić Radić, V. Folnegović-Šmalc, N. Mimica: Javnozdravstveno značenje depresivnih poremećaja, *Medicus*, br. 1, siječanj 2004., str. 11-17
- [7] M. Havelka, J. Despot Lučanin: *Zdravstvena psihologija*, Naklada Slap, Zagreb, 1997.
- [8] Z. Duraković i suradnici: *Gerijatrija-medicina starije dobi*, C.T - Poslovne informacije d.o.o., Zagreb, 2007.
- [9] B. Sedić: *Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika*, Zdravstveno veleučilište, Studij sestrinstva, Zagreb, 2010.
- [10] T. Martinis: *Percepcija kvalitete života u funkciji dobi*, Diplomski rad, Filozofski fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2005.
- [11] M. Špan: Dostojanstvo starosti, *Napredak: časopis za pedagogijsku teoriju i praksu*, br.1-2, siječanj 2013., str. 235-239
- [12] M. Hautzinger: *Depresija- modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2009.
- [13] Lj. Hotujac i suradnici, *Psihijatrija*; Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [14] <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>, dostupno 08.10.2018.
- [15] <https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Letci-za-HZJZ-Depresija.pdf>, dostupno 08.10.2018.
- [16] N. Mimica, M. Kušan Jukić: Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje, *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, br.106, srpanj 2013., str. 213-218
- [17] C. G. Cahoon: Depression in Older Adults, *American Journal of Nursing*, br. 11, studeni 2012., str. 22-30

- [18] M. Ajduković, S. Ručević, M. Majdenić: Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe, *Revija za socijalnu politiku*, br. 2, lipanj, 2013., doi: 10.3935/rsp.v20i2.1148
- [19] J. W. K. Yeung, K.-L. Y. Ching, A. Chung: Korelati i prevalencija depresije kod osoba smještenih u kineskim domovima za starije osobe: implikacije za usluge i intervencije, *Ljetopis socijalnog rada*, br. 3, veljača 2011., str. 445-460
- [20] A. Kunac: Depresija u starijoj životnoj dobi – uloga medicinske sestre, *Završni rad*, Sveučilište u Splitu, Split, 2014
- [21] <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtml>, dostupno 09.12.2018.
- [22] <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-depression.aspx> dostupno 20.10.2018.
- [23] Lj. Hotujac: Dijagnoza i tijek depresije, veljača 2009., <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16133/Dijagnoza-i-tijek-depresije.html>, dostupno 20.10.2018.
- [24] L. Sharpe, S. McDonald, H. Correia, P. J. Raue, T. Meade, M. Nicholas, P. Arean: Pain severity predicts depressive symptoms over and above individual illnesses and multimorbidity in older adults, *BMC Psychiatry*, svibanj 2017., <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1334-y>
- [25] D. Buljan: Depresija i moždani udar, *Acta clinica Croatica*, br. 3, listopad 2004., str. 121-127
- [26] I. Zavoreo, T. Trošt Bobić, D. Ciliga, V. Bašić Kes: Tjelesna aktivnosti i depresija nakon moždanog udara, *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, br. ½, prosinac 2017., str. 72-75
- [27] Lj. Radanović-Grgurić: Depresija i moždani udar, *Anali Zavoda za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku*, br. 24, veljača 2009., str. 97-106
- [28] O. Sinanović, J. Hudić, S. Zukić, A. Kapidžić, L. Zonić, M. Vidović: Depresija i demencija u Parkinsonovoj bolesti, *Acta clinica Croatica*, br. 1, ožujak 2015., str. 73-75
- [29] A. L. Byers, K. Yaffe: Depression and risk of developing dementia, *Nature Reviews Neurology*, vol. 7, svibanj 2011., str. 323–331
- [30] J. Rodda, Z. Walker, J. Carter: Depression in older adults, *BMJ*, vol. 343, listopad 2011., str. 683-687
- [31] J. Craig Nelson: Management of late-life depression, *Handbook of Experimental Pharmacology*, listopad 2018., [https://doi.org/10.1007/164\\_2018\\_170](https://doi.org/10.1007/164_2018_170)
- [32] V. Folnegović-Šmalc, D. Kocijan-Hercigonja, B. Barac: *Prevenција suicidalnosti*, Zagreb, Multigraf, 2001.

- [33] D. Kozarić-Kovačić, T. Jendričko: Suicidalnost i depresija, *Medicus*, br. 1, siječanj 2004., str. 77-87
- [34] A. Fiske, J. Loebach Wetherell, M. Gatz: Depression in Older Adults, *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 5, travanj 2009., str. 363-389
- [35] I. Požgain: Kako odabrati optimalnu terapiju za depresivnog bolesnika?, *Medicus*, br. 2, Psihijatrija danas, studeni 2017., str. 193-198
- [36] K. A. Barbour, J. A. Blumenthal: Exercise training and depression in older adults, *Neurobiology of Aging*, br. 1, prosinac 2005., str. 119-123
- [37] N. A. Singh, T. M. Stavrinou, Y. Scarbek, G. Galambos, C. Liber, M. A. Fiatarone Singh, J. E. Morley: A Randomized Controlled Trial of High Versus Low Intensity Weight Training Versus General Practitioner Care for Clinical Depression in Older Adults, *The Journals of Gerontology*, br. 6, lipanj 2005., str. 768-776
- [38] P. Filaković: Terapija depresija kod bolesnika s komorbiditetom, *Medicus*, br. 1, siječanj 2004., str. 59-67
- [39] R. Gregurek: Psihoterapija depresija, *Medicus*, br.1, siječanj 2004., str. 95-100
- [40] B. Ilić, M. Županić: Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, br. 37, siječanj 2014., str. 22-24
- [41] N. Nedley: *Depression: the Way Out*, Halstad, Minnesota: Pickle Publishing, 2001.

## **Popis slika**

Slika 3.5.1. Gerijatrijska skala depresije (skraćena verzija)

Izvor:

[https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Update\\_Geriatric\\_Depression\\_Scale-15\\_0.pdf](https://integrationacademy.ahrq.gov/sites/default/files/Update_Geriatric_Depression_Scale-15_0.pdf)



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, MARIJA KEFEIJA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Marija Kefelja  
(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, MARIJA KEFEIJA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Marija Kefelja  
(vlastoručni potpis)