

# Znanje i stavovi opće populacije o depresiji

---

**Brezak, Paula**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2022**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:801632>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-26**



*Repository / Repozitorij:*

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

*Završni rad br. 1534/SS/2022*

## **Znanje i stavovi opće populacije o depresiji**

**Paula Brezak, 4210/336**

Varaždin, srpanj 2022. godine





# Sveučilište Sjever

**Odjel za Sestrinstvo**

**Završni rad br. 1534/SS/2022**

## **Znanje i stavovi opće populacije o depresiji**

**Student**

Paula Brezak, 4210/336

**Mentor**

Marija Božičević, mag. med. techn., v. pred.

Varaždin, srpanj 2022. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Paula Brezak	MATIČNI BROJ	4210/336
DATUM	07.06.2022.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Znanje i stavovi opće populacije o depresiji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Knowledge and attitudes of the general population about depression		
MENTOR	Marija Božičević, mag. med. techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Mateja Križaj, pred., predsjednik		
	2. Marija Božičević, v.pred., mentor		
	3. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., član		
	4. Zoran Žeželj, pred., zamjenski član		
	5.		

## Zadatak završnog rada

BROJ	1534/SS/2022
------	--------------

OPIŠ

Depresija je ozbiljna javnozdravstvena bolest. Većina bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja razvija tipičnu kliničku sliku koja uključuje poremećaje raspoloženja, mišljenja, psihomotorike, nagona, volje, pažnje i pamćenja. Izraženost i broj simptoma ovise o težini depresivnog poremećaja. Liječi se biološkim i psihoterapijskim metodama. Cilj liječenja je umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje te smanjiti mogućnost relapsa ili recidiva bolesti. Stigma depresivnih osoba je društveni, medicinski i etički problem. Uzrokuje socijalnu isključenost osobe oboljele od depresije.

Cilj završnog rada bio je saznati znanje opće populacije o depresiji te dobiti uvid u stavove i postojanje predrasuda opće populacije prema oboljelim osobama od depresije.

U radu je potrebno:

- definirati pojam depresije
- prikazati epidemiologiju i etiologiju depresije
- prikazati i opisati simptome depresije
- opisati dijagnostičke metode, liječenje i zdravstvenu njegu osoba oboljelih od depresije
- prikazati rezultate istraživanja

ZADATAK URUČEN

07.06.2022.

POTPIS MENTORA

Marija Božičević



## **Predgovor**

Zahvaljujem se svojoj mentorici Mariji Božičević, mag. med. techn. na odvojenom vremenu, uloženom trudu i dobronamjernim savjetima i pomoći tijekom izrade završnog rada. Hvala na prihvaćanju mojih ideja i molbi.

Zahvala svim profesorima Sveučilišta Sjever na prenesenom znanju i stručnosti tijekom protekle tri akademske godine.

Hvala svim mojim kolegama studentima i prijateljicama. Uz vas su se sve prepreke lakše prebrodile, a moj studentski život bio je veseliji.

Neizmjereno hvala mojoj obitelji, posebno majci. Bili ste najveća podrška od samog početka mog školovanja. Uvijek ste imali riječi utjehe i poticaja ka ostvarenju mojih ciljeva.

Na kraju, hvala mojem Josipu, mojoj mirnoj luci. Uvijek si bio oslonac. Tvoja podrška i ljubav pružali su mi vjetar u leđa.

Veliko hvala!

## Sažetak

Depresija je javnozdravstvena bolest. Vodeći je uzrok invaliditeta u cijelom svijetu i doprinosi ukupnom globalnom opterećenju bolestima. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2019. godini u Hrvatskoj, hospitalizirano je, zbog depresivnog poremećaja, 11,5% osoba od ukupnog broja svih mentalnih poremećaja. Depresivni poremećaji često se teško prepoznaju i zbog toga veliki broj osoba ostaje neliječen. Dijagnozu depresivnog poremećaja postavljamo s pomoću kriterija MKB - 10 ili DSM - 5. Kliničke oblike depresivnog poremećaja razlikujemo prema skupinama simptoma koji dominiraju kliničkom slikom. Većina bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja ima tipičnu kliničku sliku koja uključuje poremećaje raspoloženja, mišljenja, psihomotorike, nagona, volje, pažnje i pamćenja. Izraženost i broj simptoma ovisi o težini depresivnog poremećaja. Depresija se liječi biološkim metodama i psihoterapijskim metodama. Cilj liječenja je umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje te smanjiti mogućnost relapsa ili recediva bolesti. Medicinska sestra ima značajnu ulogu u skrbi za psihijatrijskog bolesnika. Ako u provedbi procesa zdravstvene njege postigne svoj zadani cilj, ima smirenog bolesnika koji je spreman za resocijalizaciju. Kvalitetna suradnja s cijelim medicinskim timom koji skrbi za bolesnika skraćuje njegov boravak u bolnici što, također, omogućava raniju resocijalizaciju.

Cilj ovog rada bio je saznati kakvo je znanje opće populacije o depresiji te dobiti uvid u stavove i postojanje predrasuda opće populacije prema osobama oboljelim od depresije. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 304 sudionika. Istraživanje je provedeno putem web aplikacije Google docs. Izrađen je anonimni upitnik od 18 pitanja koji je bio podijeljen na društvenoj mreži Facebook. Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti kako opća populacija ima zadovoljavajuće znanje o depresiji kao psihičkom poremećaju. Također, kod opće populacije, u maloj mjeri postoje negativni stavovi i predrasude prema osobama oboljelim od depresije. Dobiveni podaci su obrađeni deskriptivnim statističkim metodama i prikazani grafički.

**Ključne riječi:** depresija, depresivni poremećaj, liječenje, zdravstvena njega, stavovi i predrasude

## Summary

Depression is public health illness. It has been the leading cause of disablement in the entire world and is contributing to global load of illnesses. According to Croatian National Institute of Public Health, in 2019 in Croatia, 11,5% of the total number of patients diagnosed with mental disorders has been hospitalized because of depressive disorder. Depressive disorders are often hard to recognize and because of that large number of persons stay untreated. Depressive disorder diagnosis is being established by ICD – 10 or DSM – 5 criteria. Clinical forms of depressive disorder are distinguished by groups of symptoms which dominate the clinical feature. The majority of persons diagnosed with depressive disorder have typical clinical feature which includes mood, thinking, psychomotorics, instinct, will, attention and memorisation disorders. The expression and the number of symptoms depends on the severity of depressive disorder. Depression is being treated with biological methods and psychotherapeutical methods. The goal of the treatment is to reduce or remove the symptoms, establish work and general social functioning and to reduce the possibility of illness relaps. Nurse has a major role in the care for patient diagnosed with psychological disorder. If one accomplishes the objectives set in the implementation of the health care process, she/he has a relaxed patient which is ready for resocialization. Quality cooperation with the entire medical team, which takes care of the patient, shortenes it's hospital stay what also allows earlier resocialization.

The goal of this thesis is to find out the knowledge of general population about depression and to get insight on the opinions and presence of prejudices in the general population towards persons diagnosed with depression. 304 participants took part in the research. The research was conducted via Google docs web application. Anonymous survey comprised of 18 questions has been created and shared on the Facebook social network. According to the results obtained we can conclude that the general population has satisfactory knowledge on depression as a psychological disorder. Also, there are minimal negative opinions and prejudices towards persons diagnosed with depression. Obtained data has been analyzed with statistical methodes and graphically displayed.

**Keywords:** depression, depressive disorder, treatment, healthcare, opinions and prejudices



## **Popis korištenih kratica**

**BDNF** brain derived neurotropic factor

**HHN** os hipotalamus – hipofiza – nadbubrežna žlijezda

**DST** deksametazonski test

**TRH** tireotropin oslobađajući hormon

**TSH** tireoidno stimulirajući hormon

**MR** magnetska rezonanca

**SMBS** smanjena mogućnost brige o sebi

**MKB – 10** Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta verzija

**DSM – 5** Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peta verzija

**EKT** elektrokonvulzivna terapija

**TMS** transkranijalna magnetska stimulacija

# Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Vrste depresivnog poremećaja.....	2
2.1. Velika depresivna epizoda .....	2
2.2. Psihlotična depresija.....	3
2.3. Agitirana depresija .....	3
2.4. Inhibirana depresija.....	3
2.5. Atipična depresija.....	3
2.6. Maskirana depresija.....	4
2.7. Sezonska depresija .....	4
2.8. Melankolija.....	4
2.9. Povratni depresivni poremećaj .....	4
2.10. Bipolarno – afektivni poremećaj .....	5
2.11. Perzistirajući afektivni poremećaji: ciklotimija i distimija.....	5
3. Etiologija i patogeneza .....	7
3.1. Biologija depresije.....	7
3.2. Psihološke hipoteze depresije.....	9
4. Epidemiologija depresije .....	12
5. Dijagnoza depresije .....	14
5.1. Diferencijalna dijagnoza .....	15
6. Klinička slika.....	16
7. Liječenje depresije.....	17
7.1. Biološke metode liječenja .....	17
7.1.1. Farmakoterapija depresije.....	17
7.1.2. Elektrostimulativne metode.....	19

7.1.3. Ostale metode .....	20
7.2. Psihoterapijske metode liječenja .....	20
8. Zdravstvena njega kod depresivnog bolesnika .....	22
8.1. Sestrinske dijagnoze kod depresivnih bolesnika .....	23
9. Stavovi, predrasude i stigmatizacija osoba oboljelih od depresije .....	26
10. Empirijski dio rada.....	27
10.1. Cilj rada.....	27
10.2. Sudionici.....	27
10.3. Instrumentarij .....	28
10.4. Metode prikupljanja i obrade podataka .....	28
10.5. Rezultati istraživanja .....	28
11. Rasprava.....	39
12. Zaključak.....	43
13. Literatura.....	44
14. Popis grafikona i tablica.....	47
15. Prilog - anketa .....	48

# 1. Uvod

Uobičajeni, normalni afekti kao što su tuga, bol i radost dio su naših svakodnevnih života te se i iz tog razloga moraju razlikovati od patoloških stanja ili poremećaja raspoloženja. Tuga ili „normalna depresija“ univerzalni je odgovor ljudi na razočaranje ili neke druge ozbiljne situacije. Tiha, neprimjetna depresivna razdoblja često se javljaju kao reakcije na određene praznike ili značajne obljetnice, kao i tijekom premenstrualne faze i u prvom tjednu poroda. Takve „praznične tuge“, reakcije na obljetnice, premenstrualna depresivnost i postpartalne tuge, same po sebi nisu psihopatološka stanja, no osobe s predispozicijom za razvoj poremećaja raspoloženja mogu se u takvim uvjetima i dekompenzirati. [1]

Kod četvrtine svih ljudi tijekom života pojavit će se neki od poremećaja raspoloženja. Glavni simptom tih poremećaja je promjena raspoloženja, a sekundarna obilježja su poremećaji nagona i kognicije. Osoba s normalnim raspoloženjem pokazuje čitav niz emocija nad kojima ima kontrolu. S druge strane, bolesnik s poremećajem raspoloženja na neki način „gubi“ kontrolu nad svojim emocijama. [2] Depresija je najčešći oblik poremećaja raspoloženja [3].

Riječ „depresija“ dolazi iz latinskog jezika od riječi „*deprimere*“ što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti [4]. Depresija je afektivni poremećaj čije su osnovne karakteristike depresivno raspoloženje i gubitak interesa i uživanja. Bolesnici koji boluju od depresije imaju sniženo raspoloženje (hipotimija). [5] Osim sniženog raspoloženja, u depresiji se javlja oskudna emocionalna reakcija, gubitak volje, inicijative, energije i interesa, osjećaj krivnje, smetnje nagona. Također, mogu se javiti suicidalna razmišljanja i pokušaji izvršenja suicida. Za stanje kad je osoba samo depresivna, bez razdoblja manije, u literaturi se upotrebljava i naziv unipolarna depresija. [2] U današnjem svijetu, depresija je jedan od najvećih javnozdravstvenih prioriteta. U Hrvatskoj, po broju hospitalizacija zbog duševnih bolesti, depresija je na trećem mjestu, a glavni razlog hospitalizacije žena je upravo depresivni poremećaj. [6] Veliki dio, čak 76% osoba s umjerenom depresijom i 61% osoba s teškom depresijom nikad ne dobije pomoć. Uz to, 80% depresivnih osoba su oštećene u svakodnevnom životu. [7] Ankete Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje pokazuju da se 70% depresivnih bolesnika ne liječi od svoje bolesti. Depresivni bolesnici imaju veći stupanj funkcionalnog invaliditeta od bolesnika s kroničnim zdravstvenim problemima kao što su dijabetes, hipertenzija, bolest koronarne arterije ili artritis. [8]

## **2. Vrste depresivnog poremećaja**

Kliničke oblike depresivnog poremećaja razlikujemo prema skupinama simptoma koji dominiraju kliničkom slikom. Svaka se epizoda definira s obzirom na težinu kao blaga, umjerena ili teška. Teška epizoda dijeli se na epizodu bez psihotičnih simptoma i epizodu s psihotičnim simptomima. Često nije lako klasificirati depresiju te se kliničke slike različitih oblika preklapaju. [9] Prema MKB-10 depresija se označava F 32 te može biti, s obzirom na prisutnost simptoma, blaga F 32.0, umjerena F 32.1., teška depresijska epizoda bez simptoma psihoze F 32.2 i teška depresijska epizoda sa simptomima psihoze F 32.3 [10].

### **2.1. Velika depresivna epizoda**

Veliku depresivnu epizodu obilježava sniženo raspoloženje, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti u trajanju od najmanje dva tjedna. Javljaju se jedan ili oba glavna simptoma depresije: preplavljujući osjećaj tuge ili žalosti i gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su do sada pružale zadovoljstvo. [9] Bolesnici su zapuštenog vanjskog izgleda, pognutog držanja, lice je tužno, spuštenih kutova usana. Depresivnog su raspoloženja s bezrazložnom tugom. Kod bolesnika je često prisutan osjećaj manje vrijednosti i beznade. Osjećaju strah za budućnost, bez interesa su i inicijative, imaju osjećaje unutarnjeg nemira i panike. Psihomotorika im je usporena, osoba ne može obavljati uobičajene dnevne aktivnosti i veći dio dana provodi sjedeći ili ležeći. Mišljenje je usporeno s dugim pauzama i teško donose najjednostavnije odluke. Razmišljaju o bezvrijednosti života, smrti, krivnji. [11] Dolazi do značajnih promjena na tjelesnoj težini, poremećaja spavanja, osjećaja umora i gubitka energije, niskog samopoštovanja, osjećaja bezvrijednosti, bespomoćnosti te gubitka seksualne želje [9]. Prema MKB – 10 kriteriji za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja dijele se na tipične i druge simptome. Tipični simptomi ili A-simptomi su depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima te smanjena životna energija. Drugi česti simptomi ili B-simptomi su poremećaj spavanja, poremećaj teka, poremećaj koncentracije i pažnje, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, ideje krivnje i bezvrijednosti, pesimističan pogled na budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu. Tjelesni simptomi koji čine tjelesni sindrom su anhedonija, nedostatak reaktivnosti na uobičajeno ugodnu okolinu i događaje, rano

buđenje, jutarnje pogoršanje depresije, psihomotorička usporenost ili nemir, gubitak teka, gubitak tjelesne mase (minimalno 5% u posljednjih mjesec dana) i smanjenje libida. [11]

## **2.2. Psihотиčna depresija**

Psihотиčna depresija je klinički oblik u kojem se javljaju psihотични simptomi kao što su sumanute ideje, deluzije, halucinacije, derealizacije i depersonalizacije. Osoba gubi sposobnost uvida u realitet. [12] Sumanute ideje depresivnog tipa su ideje krivice i samooptuživanja. Depresivni bolesnik si pripisuje krivnju i odgovornost za globalna zbivanja kao što su ratovi i epidemije. [11] Psihотични simptomi prisutni su kod 15% depresivnih bolesnika [1].

## **2.3. Agitirana depresija**

Kod agitirane depresije bolesnik je uznemiren, zapomaže i traži pomoć [9]. Visoko je izražena tjeskoba, psihomotorni nemir, gubitak apetita, mršavljenje, preznojavanje i drhtanje tijela. Bolesnik ne može mirovati i ustrašenog je izgleda. [12]

## **2.4. Inhibirana depresija**

Inhibirana depresija je oblik depresije gdje prevladava psihomotorna inhibicija koja može dovesti do depresivnog stupora. Oblik nalikuje demenciji, stoga se još naziva i pseudodementnim i teško ga je dijagnosticirati kod starijih osoba. [12]

## **2.5. Atipična depresija**

Atipična depresija je klinički oblik depresije koji ima neke od uobičajenih simptoma depresije, dok s druge strane, ima niz simptoma koji odudaraju od klasične slike velikog depresivnog poremećaja. Karakterizirana je psihomotornim povišenjem u obliku nemogućnosti mirnog sjedenja ili stajanja, stalnim pokretima prstiju, čupkanjem kose ili agitiranosti. Govor može biti ubrzan. [2] Osoba ima povećani tek i potrebu za jelom uz porast tjelesne težine te pretjeranu potrebu za snom [12]. Kod osobe je prisutna velika osjetljivost na interpersonalne

reakcije. Ovakav oblik češći je kod mlađih osoba i depresivno raspoloženje obično je više izraženo navečer, a ne ujutro. [1]

## **2.6. Maskirana depresija**

Kod maskirane depresije, bolesnici se žale na somatske simptome kao što su glavobolja, bolna leđa, bolovi u prsištu i palpitacije, probavne smetnje, smanjenje libida, poremećaj u funkciji urogenitalnog sustava te poremećaje menstrualnog ciklusa. [1] Nakon temeljite dijagnostičke obrade i ne pronalaženja organskog uzroka tjelesnih smetnji, bolesnici se upućuju kod psihijatra [12].

## **2.7. Sezonska depresija**

Sezonska depresija je oblik depresije kod kojeg je prisutno depresivno raspoloženje, smanjena aktivnost, smanjenje libida i atipični simptomi kao što su povećanje teka i spavanje. Stanje se pogoršava u kasnim poslijepodnevним satima i simptomi se pojavljuju u jesen i zimi, a nestaju dolaskom proljeća i ljeta. [11]

## **2.8. Melankolija**

Melankolija je naziv za oblik depresije koji se pojavljuje kod starijih osoba. Uz depresivno raspoloženje, psihomotorika je ubrzana ili usporena. Mogu se javiti i psihotični fenomeni. [2]

## **2.9. Povratni depresivni poremećaj**

Povratni depresivni poremećaj je oblik depresije gdje se kod bolesnika javljaju ponavljanje epizode depresije bez manije. Dob pojavljivanja bolesti i izraženost simptoma su promjenjivi, no najčešće je to nakon dvadesete godine života. Početak povratnog depresivnog poremećaja može biti obilježen nekim stresnim događajem, ali može se javiti i bez njega. Epizode depresije mogu biti različitog oblika i trajanja, a tijek je takav da su depresivne epizode sve dulje, a remisije sve kraće i sve manje kvalitetne, dok se ne stupi u kroničnu fazu depresije gdje više nema kliničkih

remisija. [12] Rizik za pojavu manične faze ipak nikad nije isključen, bez obzira koliko bolesnik imao depresivnih epizoda. Ako se pojavi manična faza, govorimo o bipolarno – afektivnom poremećaju. [1]

## **2.10. Bipolarno-afektivni poremećaj**

U bipolarno-afektivnom poremećaju depresivne epizode izmjenjuju se sa epizodama manije. Osoba se u maničnoj fazi osjeća nezaustavljivom i prepunom energije. Karakteristične su grandiozne ideje, npr. nepromišljene poslovne odluke, promiskuitetno ponašanje. [9] Razdoblja manije i depresije izmjenjuju se u nepravilnom redoslijedu te između njih jedno vrijeme postoji asimptomsko razdoblje. O bipolarno-afektivnom poremećaju tip I govori se kada se u afektivnom poremećaju pored jedne afektivne epizode pojavi barem jedna manična epizoda. O bipolarno-afektivnom poremećaju tip II govori se kad se uz depresivne epizode pojavi barem jedna hipomanična epizoda. [12] Bez modernih tretmana, bolesnici s bipolarno-afektivnim poremećajem obično provedu jednu četvrtinu svog odraslog života u bolnici [13].

## **2.11. Perzistirajući afektivni poremećaji: ciklotimija i distimija**

Glavna karakteristika skupine perzistirajućih poremećaja raspoloženja jest da poremećaj raspoloženja nije epizodičan nego je trajan. Obično traju tijekom cijele odrasle dobi. Također, moguće su fluktuacije raspoloženja, ali je ono uvijek bolesno promijenjeno. [14]

Ciklotimija je perzistirajuća promjenjivost raspoloženja koja uključuje razdoblja vrlo blage depresije i povišenog raspoloženja. Simptomi su slični kao u bipolarnom poremećaju tip II, ali su blaži i kraći. Obično se pojavljuje u kasnoj adolescenciji. Kako bi se postavila dijagnoza, promjene raspoloženja moraju biti prisutne barem dvije godine. [12] [2]

Distimija je oblik poremećaja raspoloženja gdje se javlja kronično depresivno raspoloženje koje nikad ili vrlo rijetko zadovoljava kriterije za ponovljeni depresivni poremećaj. Traje najmanje nekoliko godina. Karakteristična je izmjena razdoblja normalnog raspoloženja koje može trajati nekoliko dana ili tjedana s depresivnim raspoloženjem koje traje većinu vremena. Bolesnici se osjećaju umorno i ne vide zadovoljstvo ni u čemu, loše spavaju. Socijalno



funkcioniranje je i dalje očuvano te se mogu nositi s osnovnim zahtjevima svakodnevnog života. [15] Prevalencija distimije iznosi oko 5%, stoga je to najčešći poremećaj raspoloženja nakon depresije. Bolesnici koji boluju od distimije mogu dobiti epizodu depresivnog poremećaja. [14]

### **3. Etiologija i patogeneza**

Etiologija depresije je multifaktorijalna i kompleksna i nastoji se objasniti brojnim biološkim i psihosocijalnim teorijama. Ukratko, za nastanak depresije, neki od rizičnih faktora su postojanje poremećaja u obitelji, ženski spol, prva depresivna epizoda u dobi manjoj od 40 godina, postporođajno razdoblje, medicinski komorbiditet, nedostatak socijalne podrške, stresni životni događaji, zloupotreba psihoaktivnih supstanci. [13]

#### **3.1. Biologija depresije**

Biološke teorije utemeljene su na rezultatima različitih istraživanja koja proučavaju genetiku, neurotransmisiju, neurobiokemiju, neuroendokrinologiju, neuroimunologiju, kronobiologiju i neuroplastičnost kod osoba oboljelih od depresije [12]. Genetska predispozicija ima važnu ulogu u nastanku depresije iako je ona manja nego u bipolarnim poremećajima. Unipolarna depresija nasljeđuje se poligenski, ali još uvijek nisu otkriveni geni koji u tome sudjeluju. Jedna od pretpostavki je da značajnu ulogu u nasljeđivanju ima polimorfizam gena uključenih u metabolizam serotonina i dopamina. Na nasljeđe, u etiologiji depresije, otpada svega 30%, a preostali dio objašnjava se drugim čimbenicima. [2] Različita epidemiološka istraživanja ukazuju da je dva do tri puta veći rizik za obolijevanje od depresije u obiteljima depresivnih bolesnika. Čak polovica bolesnika s bipolarno-afektivnim poremećajem ima barem jednog roditelja s poremećajem raspoloženja, najčešće depresijom. [11]

Osoba oboljela od depresije među svojim rođacima ima više oboljelih osoba od depresije nego zdravih. Njegovi potomci i najbliži srodnici imaju 1,5 do 3 puta veći rizik za obolijevanje od depresije. Što se tiče posvojene djece koja su razvila depresiju, istraživanja pokazuju da se depresivni poremećaj češće javlja kod njihovih bioloških roditelja nego kod njihovih adoptivnih roditelja. Kad se usporedi pojava depresije između usvojenog djeteta i obitelji u koju je dijete usvojeno, djeca češće imaju depresivni poremećaj nego članovi obitelji u koju su usvojeni. [2]

Neurobiokemijske teorije odnose se na patološku neurotransmisiju biogenih amina u središnjem živčanom sustavu, stoga se monoaminska hipoteza u nastanku depresije temelji na promjenama u metabolizmu monoamina (noradrenalina, serotonina i dopamina) te deficitu u broju i osjetljivosti njihovih receptora. Oštećenje transmisije monoamina može nastati zbog

smanjene osjetljivosti receptora kod depresivnih bolesnika, manjka specifičnog faktora rasta BDNF koji djeluje putem sustava drugog glasnika ili zbog poremećaja homeostatskih mehanizama koji reguliraju funkcioniranje receptora. Također, u ovoj teoriji za nastanak depresije dolazi do hiperaktivnosti kolinergičkog sustava, samog ili u kombinaciji s hipoaktivnošću kateholamina. Trajni središnji serotonergički deficit u kombinaciji sa sniženom aktivnošću kateholamina uzrokuje depresiju. [12] Smanjena koncentracija serotonina u amigdali povezuje se s gubitkom zadovoljstva i osjećaja sreće. Promjena koncentracije serotonina u tijelima serotonergičnih neurona u području centra za spavanje dovodi do poremećaja spavanja, a pesimizam se povezuje s padom koncentracije serotonina u prefrontalnom korteksu. Zbog smanjene koncentracije noradrenalina u hipokampusu i hipotalamusu, javljaju se tjelesni simptomi depresije kao što su anoreksija, gubitak energije i smanjenje libida. Smanjena koncentracija dopamina u bazalnim ganglijima povezuje se s psihomotornom retardacijom. Smanjenje neurovegetativne funkcije i pad koncentracije povezuje se s promjenom aktivnosti noradreneričkog sustava. [11]

Neuroendokrinološka teorija depresije temelji se na znakovima da u depresiji postoji hiperaktivnost osi hipotalamus – hipofiza – nadbubrežna žlijezda, što je posljedica pretjerane stimulacije sustava za stres. Hiperaktivnost HHN osi dovodi do povišene razine kortizola u serumu. Zbog povišene razine kortizola središnji živčani sustav brani se smanjenom osjetljivošću glukokortikoidnih receptora što dovodi do slabljenja funkcije i apoptoze neurona što za posljedicu ima smanjenje volumena hipokampusu. [12] Depresivni bolesnici, također, imaju promijenjen odgovor u deksametazonskom testu. U tom testu primjenjuje se sintetički glukokortikoid deksametazon koji uobičajeno suprimira lučenje kortizola, ali kod većine bolesnika s depresivnim poremećajem dolazi do abnormalnog izlučivanja kortizola. Kod 30% depresivnih bolesnika ipak ne izostaje ta supresija i zbog toga što je njezin izostanak opažen i u drugim psihijatrijskim poremećajima, kao što su alkoholizam, shizoafektivni poremećaj i anoreksija, DST se ne može koristiti kao sigurni dijagnostički pokazatelj depresije. [2]

Uočena je i veza između depresije i funkcije štitnjače. Tireotropin oslobađajući hormon potiče lučenje tiroidno stimulirajućeg hormona koji omogućuje oslobađanje T3 i T4 hormona iz štitnjače. U TRH testu primjenjuje se TRH-a koji dovodi do oslobađanja TSH-a. Kod

depresivnih bolesnika TRH stimulacija umjesto povećanog dovodi do smanjenog oslobađanja TSH-a. [2]

Kroniobiološke teorije depresije temelje se na uočenim poremećenim biološkim ritmovima kod oboljelih od tog poremećaja. „*Cirkadijani ritam je endogeni 24-satni ciklus koji modulira biološke, fiziološke i ponašajne parametre (tjelesnu temperaturu, tlak, sekreciju hormona, imunosni odgovor, motoričku aktivnost, kognitivne sposobnosti te ciklus budnosti i spavanja).* [11]“ Kod depresivnih bolesnika dolazi do ranijeg ili kasnijeg buđenja s obzirom na pojavu danjeg svijetla te različitim oscilacijama tjelesne temperature u usporedbi s ne depresivnim osobama [2]. Skraćena je REM latencija (razdoblje do pojave REM faze), povećana REM gustoća (zastupljenost REM faze u odnosu na druge faze spavanja) i povećano sporovalno spavanje (3. i 4. faza non-REM-a) pa zbog toga bolesnik ima osjećaj da spava u polusnu i da stalno sanja [11].

Neuroanatomske teorije depresije, zahvaljujući napretku medicine i dijagnostike, više se ne temelje na postmortalnim istraživanjima. MR kod depresivnih bolesnika pokazala je smanjenje volumena prefrontalnog korteksa i medijalnog orbitofrontalnog korteksa. Funkcionalne pretrage poput SPECT-a i PET-a utvrdile su smanjenje aktivnosti u području lijevog lateralnog prefrontalnog korteksa. [11] Novija istraživanja pokazuju kako navedene promjene nisu specifične za poremećaj, već za simptomatologiju, prvenstveno anhedoniju, stoga se ovakvi nalazi mogu još pronaći i u shizofreniji. S druge strane, volumen amigdale kod depresivnih bolesnika bio je povećan. Istraživanja pokazuju da je i reaktivnost amigdale kod depresivnih bolesnika povećana, a smanjuje se unosom antidepressivne terapije selektivnim inhibitorima ponovnog unosa serotonina. [16]

### **3.2. Psihološke hipoteze depresije**

Analitička teorija objašnjava depresiju kao fiksaciju na oralnu fazu. Dijete je u toj fazi doživjelo frustraciju pa ostaje trajno fiksirano za ovo razvojno razdoblje, odnosno depresija je potisnuta neurotskim konfliktom u ranom djetinjstvu koji se kasnije aktivira nekom aktualnom situacijom. Na dva načina dolazi do depresivnog afekta. Fiksacija izaziva simbiotsku povezanost s objektom i ambivalentni odnos prema njemu ili pak osoba s oralnim crtama ličnosti reagira na

stvaran ili simboličan gubitak objekta. Osoba okreće agresiju prema sebi što za posljedicu ima pretvaranje u depresivni simptom. [2] [12]

Jedna od važnijih kognitivnih teorija depresije je Beckova koja govori da je depresija posljedica negativnog razmišljanja i konceptualizacije. Bolesnik sebe doživljava kao ostavljenog što kod njega budi žalost, tugu, osamljenost i krivnju. [11] Smatra da su temelji depresije na tri razine kognitivne aktivnosti: negativna kognitivna shema, kognitivna iskrivljenja i negativna trijada [2]. Osoba zbog traumatskih događaja u ranom djetinjstvu kao što su gubitak roditelja, školski neuspjeh, neslaganje i rastava roditelja, zlostavljanje, zanemarivanje, stječe negativna vjerovanja koja oblikuju negativnu kognitivnu shemu [12]. Sa shemom su povezana kognitivna iskrivljenja. Negativna shema nastaje zbog kognitivnih iskrivljenja, ali ih u isto vrijeme i stvara. Najčešća kognitivna iskrivljenja su pretjerano uopćavanje gdje osoba na temelju jednog događaja brzo donosi opće zaključke, selektivno apstrahiranje gdje se od više elemenata neke situacije izdvaja samo jedan i na njemu se temelji zaključivanje, umanjivanje ili uvećanje kad se zaključci donose zanemarivanjem ili pretjeranim davanjem važnosti nekim činjenicama, samookrivljavanje, neuspješnost kad osoba smatra da je nesposobna učiniti išta uspješno te razmišljanje tipa „sve ili ništa“ gdje osoba sve događaje ili situacije sagledava na način dobro ili loše, odnosno „crno ili bijelo“. Negativna shema i kognitivne distorzije dovode do nastanka negativne trijade. To je negativno razmišljanje i pesimistični stavovi o sebi, budućnosti i svijetu. [2]

Druga od važnijih kognitivnih teorija je Seligmanova teorija naučene bespomoćnosti. Ova teorija smatra da izloženost neugodnim situacijama, na koje ne možemo utjecati, dovode do osjećaja bespomoćnosti koji onda ometa funkcioniranje i uzrokuje depresivnost. [11]

Prema bihevioralnoj teoriji, neki oblici depresije opisuju se kao manjak socijalnih vještina. Osobe nemaju razvijene interpersonalne odnose, ne nalaze u njima zadovoljstvo i smatraju ih nepotrebnim. Na taj način kod okoline izazivaju negativnu reakciju te se osobe dodatno osamljuju i postaju još depresivnije. [11]

Stresni događaji u životu često su povezani s pojavom depresije. Istraživanja pokazuju kako ova veza postoji između događaja i prve depresivne epizode, a rjeđe se događa kod ponavljajućih depresivnih stanja. Prema teoriji životnih događaja, ako se pojedinac „prilagodi“ životnom

dogadaju, psihički poremećaj se neće javiti, u suprotnom, ako to osoba ne uspijeva, pojavljuju se psihički poremećaji. [16]

## 4. Epidemiologija depresije

Mentalni poremećaji zauzimaju visoku stopu pojavnosti, često počinju u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg su kroničnog tijeka te često smanjuju kvalitetu života osoba. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, blizu milijardu ljudi ima mentalni poremećaj. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, za 2016. godinu, mentalni poremećaji, po učestalosti u Hrvatskoj, zauzimaju četvrto mjesto, odmah nakon kardiovaskularnih bolesti, malignih bolesti i ozljeda. [17] Broj ljudi s depresijom i anksioznim poremećajima sve je više u porastu: 1990. godine je u svijetu bilo 416 milijuna oboljelih, a 2013. godine njihov broj porastao je na 615 milijuna. Depresija je vodeći uzrok invaliditeta u cijelom svijetu i doprinosi ukupnom globalnom opterećenju bolestima. Procjenjuje se da 5% odraslih pati od depresije na globalnoj razini, a jedno od sedmero djece u dobi od 10-19 godina ima mentalni poremećaj. [18]

Najveći postotak opterećenja, u okviru mentalnih poremećaja, otpada na depresivne poremećaje (25,9%), zatim na poremećaje uzrokovane alkoholizmom (17,1%) te anksiozne poremećaje (14,6%). Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2019. godini u Hrvatskoj, hospitalizirano je, zbog depresivnog poremećaja, 11,5% osoba od ukupnog broja svih mentalnih poremećaja. [17]

U populaciji, svaka četvrta osoba obolijeva od nekog oblika afektivnog poremećaja, no životni rizik za klinički značajan oblik obolijevanja od afektivnog poremećaja manji je od 15%. Žene u prosjeku obolijevaju dva puta češće od svih afektivnih poremećaja u odnosu na muškarce. Učestalost poremećaja raspoloženja raste s dobi, stoga je i češći u starijoj životnoj dobi. Depresivni poremećaj je 1,5 do 3 puta češći među rođacima prvog reda. Veći rizik za oboljenje tijekom života imaju žene (od 10 do 25%), a rizik za oboljenje kod muškaraca je od 5 do 12,5%. [1] Muškarci često depresiju rješavaju na drugačiji način, najčešće ovisnošću o alkoholu ili su tijekom odrastanja naučeni nositi se sa stresom i biti manje bespomoćni, dok je, s druge strane, ženama, u okviru kulture, dopušteno da budu bespomoćne i ranjive te sklonije pasivnijem pristupu [15].

Istraživanja pokazuju da se prve razlike u pojavi depresije uočavaju tijekom adolescencije. Između 12. i 15. godine djevojke počinju pokazivati veću stopu depresivnosti od mladića. Između 14. i 16. godine 13% djevojaka i 3% mladića zadovoljava kriterije za dijagnozu velike

depresivne epizode ili distimičnog poremećaja. Za razliku od toga, u pred adolescenciji, dječaci pokazuju jednaku razinu ili višu razinu depresivnosti nego djevojčice. [19]

U svjetskoj populaciji između 18. i 64. godine prosječna dob razvoja depresije je 27 godina. Uočeno je da se simptomi depresije počinju javljati sve ranije pa je tako 40% oboljelih svoju prvu epizodu depresije imalo s manje od 20 godina, 50% u dobi od 20 do 50 godina, a ostalih 10% s više od 50 godina. [20]

Također, primijećeno je da se depresija javlja češće kod ljudi s malo bliskih međuljudskih odnosa, nego oni koji imaju širi krug ljudi te kod rastavljenih i razvedenih osoba. Što se tiče socioekonomskih prilika, smatra se da one nemaju veze s pojavnošću depresivnog poremećaja. [15]

Kod tjelesnih bolesnika pojavnost depresije kreće se u rasponu od 30% do 50%. Depresija se uspije dijagnosticirati samo kod polovice oboljelih, što predstavlja veliki problem, a od njih se tek polovica liječi što dovodi do mnogo zapuštenih i kompliciranih depresija. Depresija dovodi do raznih komplikacija, a najozbiljnija je samoubojstvo, koje se pojavljuje u više od 15% slučajeva. Od tjelesnih komplikacija neliječene depresije javlja se povišen rizik za krvožilne bolesti kao što su srčani i moždani udar, dijabetes i razne sistemske bolesti. [12]



## 5. Dijagnoza depresije

Depresivni poremećaji često se teško prepoznaju i zbog toga veliki broj osoba ostaje neliječen. Bolesnici često smatraju da je to stanje normalna posljedica nekog neugodnog događaja koji im se dogodio u životu, stoga ni ne traže liječničku pomoć. [1] Do danas, nijedna, a ni niz specifičnijih pretraga ne mogu pomoći u postavljanju dijagnoze depresije, stoga se ona temelji na podacima koji su dobiveni anamnezom bolesnika i heteroanamnezom njegove obitelji i bliskih osoba [15]. Time se žele dobiti podaci o ranom razvoju bolesnika u djetinjstvu, obrazovanju, stresnim događajima u dosadašnjem životu, prethodnim zdravstvenim problemima, socijalnom statusu, statusu veze te prethodnim neurološkim problemima [21]. Također, u postavljanju dijagnoze depresije važna nam je klinička slika i tijek bolesti [15].

Najpoznatija ljestvica procjene za depresiju je Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju. Sastoji se od 17 točaka koje predstavljaju simptome ili skupine simptoma koji se po intenzitetu mogu ocijeniti u rasponu od 0 do 4. Minimalni ukupni broj bodova na ljestvici mora biti 17 da bi se depresivna epizoda smatrala klinički značajnom. U slučaju teških depresivnih epizoda zbroj bodova na ljestvici može biti i veći od 25. [12]

Još jedna od poznatijih ljestvica je Montgomery – Asbergova ljestvica za depresiju koja sadrži 10 skupina simptoma koji se ocjenjuju u rasponu od 0 do 6. Prema ovoj ljestvici, procjena depresije se kreće od blagih (15 bodova) do vrlo teških (44 boda). [12]

Važan dio dijagnostike čine fizikalni i neurološki pregled te osnovne laboratorijske pretrage koji su važni za diferencijalnu dijagnostiku [12].

Dijagnozu depresivnog poremećaja postavljamo s pomoću kriterija MKB - 10 ili DSM - 5. Kod obje klasifikacije simptomi depresivnog poremećaja moraju trajati najmanje dva tjedna da bi se mogla postaviti dijagnoza. Klasifikacije se razlikuju po kriterijima. Prema klasifikaciji MKB - 10, bolesnik treba imati prisutne simptome lošijeg raspoloženja, gubitka interesa i uživanja te smanjenja energije kao obvezne, dok DSM - 5 traži prisutnost ili samo depresivnog raspoloženja ili samo gubitka interesa i uživanja. Ostali simptomi su u obje klasifikacije isti. Prema MKB - 10 klasifikaciji, svaka depresivna epizoda može se označiti po težini na blagu, umjerenu ili tešku. Blaga i umjerena mogu se dodatno označiti postojanjem ili odsutnošću somatskih simptoma, a teška postojanjem psihotičnih simptoma ili bez njih. Prema klasifikaciji

DSM - 5, depresivne epizode možemo označiti prema težini simptoma, ali kao podtip depresije kao što su melankolični, atipični, psihotični, sezonski, katatoni ili s anksioznim smetnjama. Prema klasifikaciji MKB - 10, postoji posebna dijagnostička kategorija - anksiozno-depresivni poremećaji te povratni depresivni poremećaj kod slučajeva s ponovljenim epizodama. Kod povratnog depresivnog poremećaja mora biti zadovoljen i kriterij barem jedne prijašnje epizode depresije u trajanju od najmanje dva tjedna te da je bolesnik najmanje dva mjeseca u razdoblju bez ikakvih simptoma poremećaja raspoloženja. [15]

### **5.1. Diferencijalna dijagnoza**

Većina bolesnika s depresijom će se na početku javiti svom liječniku obiteljske medicine, a ne psihijatru, i to s pritužbama na neke somatske simptome, a ne zbog sniženog raspoloženja [6]. Potrebno je utvrditi je li riječ o unipolarnoj ili bipolarnoj depresiji. Ako je prisutna samo depresivna faza, riječ je o unipolarnoj depresiji. Zatim je treba svrstati u kategoriju prve ili ponavljajuće depresivne epizode. Na posljertku, depresiju treba odvojiti od ostalih psihičkih, neuroloških i tjelesnih bolesti. [12]

Sve depresije koje se pojave kao posljedica bolesti nazivaju se sekundarnim depresijama. To su depresije koje su potaknute različitim oštećenjima mozga, pridružene neurodegenerativnim i cerebrovaskularnim bolestima. Nadalje, depresija često prati demencije, osobito u sklopu Parkinsonove i Alzheimerove bolesti. Depresivna stanja se, također, mogu pojaviti u sklopu malignih bolesti, leukoza, anemija i sistemskih bolesti. Kod endokrinoloških bolesti, depresija se često pojavljuje uz hipotireozu ili hipertireozu. Virusne infekcije, a osobito infekcija HIV-om, mogu biti praćene depresijom. [12] Depresiju treba razlikovati od shizofrenije s negativnim simptomima. Neurološke bolesti kao što su multipla skleroza, inzulti i tumori mozga mogu se očitovati depresivnim simptomima. Mnogi lijekovi mogu uzrokovati depresivni poremećaj. Neki od njih su kortikosteroidi, neki antihipertenzivi, oralni kontraceptivi, antipsihotici, citostatici. Zloupotreba psihoaktivnih tvari također može uzrokovati depresivna raspoloženja. [11]

## 6. Klinička slika

Početak depresije može biti akutan ili postepeni. Većina bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja ima tipičnu kliničku sliku koja uključuje poremećaje raspoloženja, mišljenja, psihomotorike, nagona, volje, pažnje i pamćenja. Ovisno o težini depresivnog poremećaja ovisi kakva će biti izraženost i broj simptoma. [2] Tipični simptomi depresije su depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima koje su ga ranije ispunjavale, osjećaj smanjenja energije i pojačano zamaranje, psihomotorno usporenje, suicidalne misli, promjene apetita, smetnje spavanja, osjećaj krivnje i smanjeno samopoštovanje. Često se bolesnici s depresijom žale na tužno raspoloženje, osjećaj nemoći u ekstremitetima, bezvoljnost. Iz tih razloga, često zanemaruju vanjski izgled i higijenu pa mogu izgledati zapušteno. Pojavljuju im se smetnje spavanja u smislu da ne mogu zaspati dugo u noć, a kad zaspu, to je kratki period i ujutro se vrlo rano probude, ili s druge strane, imaju pretjeranu potrebu za spavanjem. Karakteristično za depresivni poremećaj je da bolesnicima je najteže ujutro, odnosno ujutro imaju najviše izražene simptome, a kako dan odmiče sve se bolje osjećaju. Ova karakteristika naziva se diurnalna varijacija depresije. Što se tiče promjena apetita, neki bolesnici imaju pojačan apetit pa pojačano jedu i udebljaju se, a drugi, pak, imaju smanjenu potrebu za hranom i mogu izgubiti na tjelesnoj težini. [16] Često se kod depresivnih osoba javlja oslabljena koncentracija, zaboravljanje i slabije pamćenje novih sadržaja. Depresivna osoba može biti snuždena, plačljiva, govoriti sporo, tiho i oskudno. Tjelesni simptomi koji se mogu javiti kod osoba oboljelih od depresije su glavobolja, vrtoglavica, probavne smetnje, bolni sindromi, umor. [2] Zbog toga što je kod osoba izražen osjećaj krivnje, često se javljaju suicidalne misli pa i pokušaji sucida [15].

## 7. Liječenje depresije

Poznato je da se do 50% depresije ne prepoznaje, a još je veći problem što se čak 75% depresivnih poremećaja uopće ne liječi. Od onih koji se liječe, čak 90% slučajeva ne prima adekvatnu terapiju, stoga se može zaključiti da se samo 10% oboljelih od depresije liječi zadovoljavajuće. Oni bolesnici koji se ne liječe ili nisu liječeni kako bi trebali, u velikom su riziku od povrata bolesti i/ili kronifikacije, što onda u negativnom smislu utječe na njihovo cjelokupno funkcioniranje. S druge strane, adekvatno liječenje antidepresivima daje dobar terapijski odgovor u 60% do 80% slučajeva. [12] Cilj liječenja je umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje te smanjiti mogućnost relapsa ili recidiva bolesti [1]. Adekvatnim liječenjem depresivnih bolesnika postiže se optimalni ishod koji podrazumijeva prvo postizanje remisije, potom stabiliziranje remisije produženom primjenom lijekova te naposljetku postizanje oporavka i optimalne razine sveukupnog funkcioniranja [12].

### 7.1. Biološke metode liječenja

#### 7.1.1. Farmakoterapija depresije

Depresivni poremećaji se liječe antidepresivima. „*Antidepresivi su skupina lijekova vrlo različitog mehanizma djelovanja i strukture s zajedničkim svojstvom da kod visokog postotka depresivnih osoba dovode do djelomičnog ili potpunog povlačenja depresivnih simptoma i znakova.* [22]” Zbog afiniteta prema drugim receptorima, antidepresivi mogu izazvati različite nuspojave, a zbog različitih metaboličkih puteva razgradnje mogu imati interakcije s drugim lijekovima koji podižu ili smanjuju njihovu raspoloživost u krvi. Kod primjene antidepresiva, bolesniku se mora objasniti priroda njegove bolesti, potrebu za primjenom antidepresiva, informirati ga o predviđenoj dužini liječenja te mu skrenuti pozornost na moguće nuspojave. Svakako treba objasniti bolesniku da i on sam ima aktivnu ulogu u svojem liječenju. [12] Također, bolesnika je potrebno informirati da većina antidepresiva počinje djelovati u smislu poboljšanja stanja ili postizanja remisije s latencijom od 2 do 3 tjedna. Mehanizam djelovanja antidepresiva je složen i nije potpuno razjašnjen [22].

Antidepresivi se mogu podijeliti s obzirom na generaciju lijeka (stari i novi antidepresivi), kemijsku strukturu i učinak na neurotransmitere [9]. Kao prva linija terapije,

obično se koriste antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovnog unosa serotonina te inhibitora ponovnog unosa serotonina i noradrenalina, no noviji stav stručnjaka je da liječenje depresivnog poremećaja može započeti antidepresivom iz bilo koje skupine. Antidepresive treba koristiti racionalno, s obzirom na dominantnu simptomatologiju uz vođenje računa koji su receptori/transporteri umiješani u psihopatologiju pojedinih simptoma. Osim ovih skupina, samostalno ili u kombinaciji s prethodno navedenim skupinama antidepresiva, mogu se koristiti i drugi antidepresivi. U tablici 7.1.1.2 navedene su skupine antidepresiva. [16]

Skupina	Naziv lijeka
Selektivni inhibitori ponovnog unosa serotonina (SIPUS)	Citalopram, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin
Selektivni inhibitori ponovnog unosa noradrenalina i serotonina (SIPUNS)	Duloksetin, milnacipran, venlafaksin, dezvenlafaksin
Selektivni inhibitori ponovnog unosa noradrenalina (SIPUS)	Reboksetin
Inhibitori ponovnog unosa noradrenalina i dopamina (SIPUND)	Bupropion
Noradrenergični i specifični serotonergični antidepresivi (NaSSA)	Mirtazapin
Pojačivači ponovnog unosa serotonina (PPUS)	Tianeptin
Serotonergički antagonisti i inhibitori ponovnog unosa serotonina (SAPU)	Nefazodon, trazodon
Triciklički i tetraciklički antidepresivi	Amitriptilin, amoksapin, klomipramin, dezipramin, doksepin, imipramin, maprotilin, nortriptilin, protriptilin, trimipramin
Inhibitori monoaminooksidaze (MAO)	Izokarboksazid, fenelzin, selegilin, tranilcipromin, moklobemid
Melatonergični agonisti i serotonergični antagonisti	Agomelatin

Serotonergični modulatori ili multimodalni antidepresivi (SPAIPU)	Vortioksetin
---	--------------

Tablica 7.1.1.1. Vrste antidepresiva

Izvor: Karlović D. i sur., Psihijatrija, Naklada slap, Zagreb, 2019.

Teška depresija zahtjeva hospitalizaciju. Ukoliko bolesnik ima psihotične smetnje, potrebno je primijeniti i antipsihotik, obično neki nove generacije kao što su olanzapin, kvetiapin, risperidon. Da bi primjena antidepresiva dala optimalni učinak, potrebno je da se antidepresivi daju u optimalnoj dozi dovoljno dugi period vremena, stoga se farmakoterapija primjenjuje ne samo u akutnoj fazi bolesti, već se nastavlja s terapijom održavanja, a prema potrebi i profilaktičkom terapijom. Akutna faza terapije traje prvih nekoliko tjedana, otprilike 6 do 12 i cilj joj je da se značajno ublaže ili eliminiraju simptomi depresije. Faza terapije održavanja treba spriječiti relaps simptoma tijekom najmanje sljedećih šest mjeseci. Ako se radilo o prvoj depresivnoj epizodi, preporuča se da ova faza traje i do godinu dana, nakon druge epizode dvije godine, a nakon tri ili više epizoda i do pet godina. Prekid terapije mora biti postepen kako ne bi došlo do simptoma sindroma ustezanja. Faza profilaktičke terapije ima za cilj spriječiti nove depresivne epizode. Nova epizoda se smatra ona koja se pojavi nakon šest mjeseci remisije postignute u akutnoj fazi liječenja. [12]

### 7.1.2. Elektrostimulativne metode

Elektrokonvulzivna terapija prva je linija tretmana kod terapijski rezistentnih depresivnih bolesnika s izrazito izraženim suicidalnim idejama i psihotičnim obilježjima te kod stuporoznih bolesnika [23]. Prije početka tretmana bolesnik mora obaviti medicinski pregled koji uključuje anamnezu, fizikalni pregled, osnovne laboratorijske pretrage i EKG za procjenu stanja srca, te mora potpisati pristanak. Za vrijeme tretmana, bolesnik je potpuno anesteziran. Za sada još nije poznat mehanizam kojim EKT postiže poboljšanje simptoma depresije, no smatra se da je učinkovitost zbog kemijskih promjena koje utječu na moždanu aktivnost, a nastaju tijekom njezine primjene. Glavne nuspojave koje se javljaju kod EKT-a su smetnje pamćenja, mučnina, glavobolja, mišićni bolovi, bolovi u čeljusti. [9]

Transkranijalna magnetska stimulacija je neinvazivni postupak modulacije moždane aktivnosti. Magnetsko polje nastalo u elektromagnetskoj zavojnici, za razliku od EKT-a, direktno

inducira električnu aktivnost u korteksu mozga. [24] Istraživanja pokazuju da TMS ima niže stope terapijskih odgovora u odnosu na EKT, ali je dobro podnošljiv i siguran način liječenja depresivnih stanja i kao monoterapija ili u kombinaciji s antidepresivima [23].

### **7.1.3. Ostale metode**

Terapija svjetlom vrlo je značajna metoda liječenja ponajprije kod sezonskih depresija (tzv. zimske depresije), ali i predmenstrualnih distimičnih poremećaja [3]. Bolesnik je u određenom razdoblju izložen jakoj svjetlosti, obično kroz 30 do 40 min [23].

Kromoterapija ili liječenje bojama jedna je od metoda koja se može primjenjivati u liječenju depresije. Kromoterapijom se nastoji povratiti narušena ravnoteža organizma primjenom zraka obojene svjetlosti na tijelo. Neka istraživanja pokazuju da pojedini dijelovi mozga ne reaguju samo na svjetlo, već da različito reaguju na svjetlost različitih boja, što djeluje na endokrini sistem stimulirajući ili inhibirajući proizvodnju hormona. [25]

Uskraćivanje sna također se može primjenjivati u liječenju depresije. Pokazalo se da taj postupak ima antidepresivno djelovanje. San se može uskraćivati potpuno, gdje bolesnici ne spavaju cijelu noć i cijeli sljedeći dan ili djelomično, gdje se bolesnika budi oko dva sata ujutro. [3]

## **7.2. Psihoterapijske metode liječenja**

Psihoterapijski pristup kod depresivnog bolesnika mora biti individualno prilagođen svakom bolesniku prema njegovim osobnim karakteristikama, psihološkom razvoju, okolinskim činiteljima i kliničkoj slici. Individualna psihoterapija sama za sebe nije indicirana u akutnoj fazi bolesti. Međutim, psihoterapijski pristup koji ima za cilj poboljšanje aktualnih tegoba i korekciju neadekvatnih obrazaca ponašanja i razmišljanja bolesnika, nužni je dio liječenja depresije. Prvi korak u individualnoj psihoterapiji depresije je stvaranje osjećaja povjerenja s terapeutom. Tijekom te faze, potrebno je prikupiti podatke o mogućim precipitirajućim činiteljima, narcističnim povredama, osjećaju krivnje, agresije, ljutnje i objektima prema kojima je ona usmjerena. Tek kad se stvori čvrsti terapijski odnos, moguće je potpuno pristupiti ekspresivnijem pristupu i interpretiranju bolesnikovih obrazaca funkcioniranja. U završnoj fazi individualne psihoterapije kreira se mogućnost novog, zdravijeg, prihvatljivijeg modela funkcioniranja i življenja. Zadnji cilj u psihodinamskom pristupu depresiji trebao bi biti osvješćivanje

interpersonalnog značenja i konteksta depresivnih simptoma. Što se tiče grupne psihoterapije, smatralo se da depresivne osobe nisu pogodne za ovakav oblik terapije zbog straha od smrti i suicida. Depresivnog bolesnika treba uključiti u grupu tek kad se ostvari pozitivan kontakt s terapeutom. Grupe u koje su uključeni depresivni bolesnici trebale bi biti otvorenog tipa te da se u njima nalaze bolesnici u različitim fazama oporavka, što može djelovati poticajno. U grupnoj psihoterapiji depresije smanjuje se osjećaj usamljenosti bolesnika, ublažavaju se njegove emocionalne tegobe i jača se njegovo samopoštovanje i samopouzdanje. Bolesnik doživljava osjećaj prihvaćenosti od drugih članova grupe te osjećaj pripadnosti što onda poboljšava i aktivira komunikaciju bolesnika, potiče njegovu nadu i usmjerava ga prema budućnosti. [26]



## 8. Zdravstvena njega kod depresivnog bolesnika

Tijekom prijema, smještaja i provođenja zdravstvene njege prema svakom psihijatrijskom bolesniku potreban je individualan i holistički pristup jer nas svaki bolesnik doživljava drugačije, ovisno o njegovom psihičkom stanju. Potrebno je znati prepoznati i imenovati bolesnikov problem te planirati i provesti postupke usmjerene rješavanju problema uz obaveznu provjeru uspješnosti tih postupaka. Takav pristup procjenjivanja i odlučivanja je racionalan, logičan i utemeljen na znanju. [4] Sestrinska dokumentacija pisani je dokument o sestrinskom radu te pomaže medicinskim sestrama/tehničarima u planiranju i provođenju zdravstvene njege. Predstavlja objektivni dokaz o vrsti, kvaliteti i kvantiteti sestrinskog rada te omogućuju objektivnu mogućnost kontrole rada medicinske sestre/tehničara. Proces zdravstvene njege obuhvaća: utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, cilj zdravstvene njege, intervencije i evaluaciju cilja. Sestrinske intervencije prilagođene su bolesnikovim potrebama, mogućnostima i intelektualnim sposobnostima, a usmjerene su što bržem oporavku i osamostaljenju bolesnika. [27]

Medicinska sestra ima znatnu ulogu u skrbi za psihijatrijskog bolesnika. Ako u provedbi procesa zdravstvene njege postiže svoj zadani cilj, ima smirenog bolesnika koji je spreman za resocijalizaciju. Kvalitetna suradnja s cijelim medicinskim timom, koji skrbi za bolesnika, skraćuje njegov boravak u bolnici što, također, omogućava raniju resocijalizaciju. [4]

Rad na psihijatrijskom odjelu zahtjeva od cijelog tima veliko znanje, zalaganje, snalažljivost, spretnost i veliku želju da se pomogne bolesniku koja prednjači nad svim ostalim vrlinama. Medicinska sestra/tehničar tijekom 24 sata prati depresivnog bolesnika, njegovo stanje i ponašanje te promjene ponašanja kroz dnevne aktivnosti, u odnosu prema drugim osobama, osoblju i ostalim bolesnicima, posjetiteljima, tijekom uzimanja terapije, u poštivanju kućnog reda i sl. Ona je ta koja najviše boravi uz bolesnika, stoga je i njezin udio u skrbi vrlo velik i značajan. U svojem radu treba zauzeti profesionalni stav i bolesniku dati do znanja da je ona tu kako bi mu dala podršku, kako će prihvatiti sve ono što bolesnik podijeli s njom bez stigme i osuđivanja te adekvatno reagirati i pokušati zajedno s njim naći način kako se nositi s bolešću. Medicinska sestra u svojem radu mora biti realna, otvorena, empatična, dosljedna i ljubazna. [4]

Kod depresivnog bolesnika, problemi se uočavaju u svim obrascima zdravstvenog funkcioniranja, a u nekim obrascima i više njih. Prema V. Henderson, „Uloga je medicinske

*sestre pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju svakodnevnih aktivnosti koje pridonose njegovom zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao sam kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.*“ Kod depresivnog bolesnika, karakterističan je nedostatak volje, stoga je uloga medicinske sestre/tehničara motivirati bolesnika da se aktivira i zauzme aktivnu ulogu i stav u životu i liječenju. [28]

## 8.1. Sestrinske dijagnoze kod depresivnih bolesnika

Ne postoje standardizirane psihijatrijske dijagnoze vezane uz pojedine poremećaje, već se one formuliraju zasebno za svakog bolesnika na osnovi potreba koje ima bolesnik. Iako bolesnici često mogu bolovati od samo jedne medicinske dijagnoze, u isto vrijeme imaju više sestrinskih dijagnoza koje se međusobno isprepliću i nadovezuju. U tablici 8.1.1. prikazane su moguće sestrinske dijagnoze kod depresivnog bolesnika uz afektivno – voljne, bihevioralne (ponašajne), tjelesne ili vegetativne i kognitivne simptome. [6]

Afektivni – voljni simptomi	Ponašajni (bihevioralni simptomi)	Tjelesni (vegetativni) simptomi	Kognitivni simptomi
Sniženo raspoloženje u/s osjećajem praznine	Uznemirenost u/s somatskim simptomima	Umor u/s smanjenjem životne energije	Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije u/s osjećajem umora
Tjeskoba u/s osjećajem unutarnjeg nemira i napetosti	Smanjen interes za neke stvari i aktivnosti u/s bezvoljnošću	Nesanica u/s strahom od noćnih mora	Neodlučnost u/s smetnjama koncentracije
Osamljenost u/s smanjenjem volje i interesa	Gubitak interesa za neke stvari i aktivnosti u/s osjećajem bezvrijednosti	Pretjerano spavanje u/s osjećajem nesretne stvarnosti	Smanjen stupanj samopouzdanja u/s negativnim osjećajima o samom sebi
Zabrinutost u/s neprekidnim osjećajem živčane napetosti	Smanjeno zanimanje i uživanje u gotovo svim aktivnostima u/s osjećajem tuge	Smanjen unos hrane u/s gubitkom apetita	Osjećaj bezvrijednosti u/s nerealističnom procjenom vlastite vrijednosti
Krivnja u/s nesposobnošću funkcioniranja	Napetost u/s negativnim predviđanjem ishoda	Smanjen unos hrane u/s oštećenim gutanjem i osjećajem	Osjećaj bezvrijednosti i krivnje u/s stalnim razmišljanjem o

	bolesti	gušenja	nevažnim neuspjesima
Sram u/s osjećajem obeshrabrenosti	Nemir u/s osjećajem gušenja, pritiskom u prsima	Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane	Osjećaj krivnje u/s prenaplašenim, stvarnim ili izmišljenim pogreškama u prošlosti
Potištenost u/s dubokim osjećajem beznada	Usporenost u/s osjećajem umora	Smanjen unos tekućine u/s gubitkom apetita i interesa za hranu i tekućinu	Poremećaj samopoštovanja u/s nemogućnošću potvrđivanja i poistovjećivanja s okolinom
Potištenost u/s gubitkom podrške	Smanjena tjelesna aktivnost u/s umorom	Pretilost u/s prekomjernim unosom hrane i smanjenom tjelesnom aktivnošću	Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom samopouzdanja
Nemogućnost osjećanja u/s osjećajem praznine	Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom samopoštovanja		
Krivnja u/s gubitkom emocija	Poremećaj samopoštovanja u/s osjećajem manje vrijednosti		
Anksioznost u/s pomanjkanjem informacija	Poremećaj samopoštovanja u/s gubitkom socijalnog kontakta		
	Socijalna izolacija u/s gubitkom bliske osobe		

Tablica 8.1.2. Moguće sestrinske dijagnoze kod depresivnog bolesnika

Izvor: Z. Debović, S. Debović: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi depresivnih bolesnika, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, HUMS, 2011, str. 37 - 41

Uz ove sestrinske dijagnoze, mogu se još izdvojiti neke dodatne aktualne sestrinske dijagnoze, koje mogu biti prisutne kod depresivnog bolesnika, kao što su smanjeno podnošenje napora, SMBS – odijevanje i dotjerivanje, SMBS – eliminacija, SMBS - osobna higijena, SMBS- hranjenje, neupućenost, kronična bol, bespomoćnost, beznade, duševni nemir, lutanje,

nisko samopoštovanje, poremećaj seksualne funkcije, poremećaj misaonog procesa, smanjena socijalna interakcija. [29] [30] [31] Od visokorizičnih sestrinskih dijagnoza kod depresivnog bolesnika moguće su visok rizik za samoozljeđivanje i visok rizik za samoubojstvo [31].

Suicidalna razmišljanja prisutna su u oko 80% depresivnih bolesnika. Depresivna osoba osjeća se potpuno zarobljena u svojoj patnji te pomisao na smrt vidi kao jedini izlaz. [32] Najveći rizik za suicid kod depresivnih osoba je u prvih šest mjeseci nakon otpusta s bolničkog liječenja. Procjena suicidalnog rizika dio je svake psihijatrijske procjene te postupci za smanjenje suicida mogu u velikoj mjeri povećati sigurnosti liječenja kod depresivnih bolesnika. Cilj postupanja sa suicidalnim mislima je smanjiti rizik od suicida. Osim edukacije bolesnika o simptomima i specifičnostima depresivnog poremećaja, važno je s bolesnikom razgovarati o prevenciji ili smanjenju suicidalnih razmišljanja. Potrebno je naglasiti i poticati bolesnika da o suicidalnim mislima govori, a kod pojave suicidalnih misli da se prisjeti razloga za život, kao što su odgovornost za obitelj, ljubav prema djeci, nada i želja za izvlačenjem iz bolesti, i zabilježi ih. Sa bolesnikom se može napraviti plan prevencije suicida koji sadrži savjete kao što su osloboditi se opasnih oružja i oruđa, nazvati liječnika/psihijatra i zatražiti hitan prijem ili razgovor, potražiti podršku obitelji ili prijatelja, provoditi tehnike relaksacije, vježbati, osloniti se na religiozne ili duhovne elemente u životu, razmotriti listu razloga za život. [6]

## 9. Stavovi, predrasude i stigmatizacija osoba oboljelih od depresije

Predrasuda se definira kao „*odbojni ili neprijateljski stav prema nekoj osobi koja pripada jednoj grupi, jednostavno zbog toga što ona pripada toj grupi, pa se zbog toga pretpostavlja da ima negativne kvalitete koje se toj grupi pripisuju.*” Predrasude imaju svoju emocionalnu komponentu i nisu zasnovane na činjenicama. Također, sadrže negativan i neprijateljski stav prema objektu što onda predstavlja ozbiljan problem u društvu. Stereotip je “*ustaljeni sklop pojednostavljenih i pretjerano uopćenih psihičkih karakteristika koje se pripisuju čitavoj skupini ljudi.*” Predstavlja negativnu shemu o karakteristikama koje su zajedničke cijeloj grupi, a češće su negativne nego pozitivne. Diskriminacija predstavlja “*negativan odnos, ponašanje ili postupanje prema članovima neke skupine, što rezultira njihovim neravnopravnim položajem i negativnim posljedicama.*” [33]

Stigma se odnosi na “*društvenu presudu članovima grupa koje se smatraju devijantnim ili nemoralnima, diskriminaciju koju doživljavaju od strane većine te na psihološke osjećaje srama i degradacije koji se često razvijaju kod onih koji su stigmatizirani.*” Iako stigma ima elemente stereotipa, predrasuda i diskriminacije, ona ipak nadilazi ove konstrukcije zbog tendencije da se svi aspekti stigmatiziranih pojedinaca vide samo kroz njihove “mane”. [33] Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičkih bolesti je česta. To je negativno obilježavanje, marginaliziranje i klasificiranje kao manje vrijednih osoba. Stigma depresivnih osoba je društveni, medicinski i etički problem. Stigmatizacija je sveprisutna i uvjerenje u društvu je da su psihički oboljele osobe nasilne, nepredvidljive i agresivne. Stigma uzrokuje socijalnu isključenost osobe oboljele od depresije. Većina takvih bolesnika liječi se u zajednici i negativni stavovi zajednice ostavljaju znatne posljedice na osobu. Neke od posljedica mogu biti nezaposlenost, neriješeno stambeno pitanje, manjak samopouzdanja koje je kod depresivnih osoba već prisutnost te slaba socijalna podrška. Te posljedice su prepreka u liječenju i oporavku bolesti. [34] Veliki broj osoba oboljelih od depresije upravo zbog straha od stigme ne traži liječničku pomoć ili odustaje od tretmana [35]. Načini smanjivanja stigma su psihoedukacija s pružanjem točnih informacija o bolesti, kontakt s oboljelim osobama kako bi se stekla iskustva koja mogu mijenjati negativne stavove te suprotstavljanje nepravednim postupcima prema duševnim bolesnicima i prema njihovoj diskriminaciji [34].

## 10. Empirijski dio rada

### 10.1. Cilj rada

Cilj ovog rada bio je saznati znanje opće populacije o depresiji te dobiti uvid u stavove i postojanje predrasuda opće populacije prema oboljelim osobama od depresije.

### 10.2. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 304 sudionika. Uzorak je prigodan. Sudionici su opća populacija. Prema spolu, 59 sudionika je muškog spola i 245 ženskog spola. S obzirom na dob, 6 sudionika je u dobi od 18 godina ili manje, 237 sudionika je u dobi 19 – 29 godina, 24 sudionika je u dobi 30 – 39 godina, 25 sudionika je u dobi 40 – 49 godina, 10 sudionika je u dobi 50 – 59 godina, a dvoje sudionika je u dobi 60 ili više godina. Također, tijekom anketiranja sudionici su odgovorili koji je njihov završeni stupanj obrazovanja. 5 sudionika ima završenu osnovnu školu, 174 sudionika ima završenu srednju školu, 82 sudionika ima završeni preddiplomski studij, 42 sudionika ima završeni diplomski studij, a 1 sudionik ima završeni poslijediplomski studij. Podaci su prokazan u Tablica 10.2.3.

SPOL SUDIONIKA	BROJ SUDIONIKA	DOBNA SKUPINA	BROJ SUDIONIKA	ZAVRŠENI STUPANJ OBRAZOVANJA	BROJ SUDIONIKA
Žene	245	≤ 18	6	Osnovna škola	5
Muškarci	59	19 - 29	237	Srednja škola	174
		30 - 39	24	Preddiplomski studij	82
		40 - 49	25	Diplomski studij	42
		50 - 59	10	Poslijediplomski studij	1
		≥ 60	2		

Tablica 10.2.3. Podjela sudionika prema spolu, dobi i završenom stupnju obrazovanja

Izvor: Autor [P.B.]

### **10.3. Instrumentarij**

Na početnom dijelu istraživanja prikupljeni su demografski podaci, odnosno podaci o spolu, dobi i završenom stupnju obrazovanja sudionika. Zatim slijedi osam pitanja o znanju sudionika o depresiji te preostalih sedam pitanja o stavovima sudionika prema oboljelim osobama od depresije.

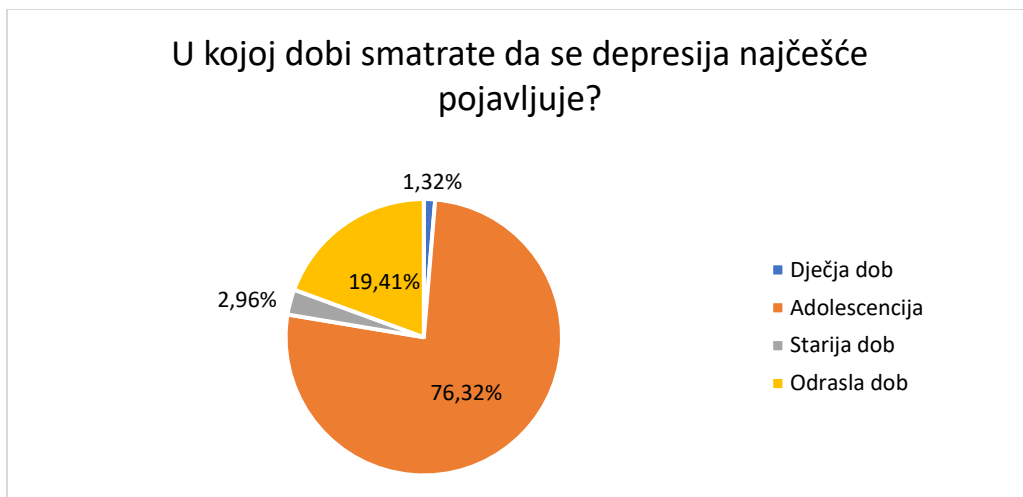
### **10.4. Metode prikupljanja i obrade podataka**

Istraživanje je bilo provedeno putem web aplikacije Google docs. Izrađen je anonimni upitnik od 18 pitanja koji je bio podijeljen na društvenoj mreži Facebook. Na početku je opisana svrha istraživanja, s naglaskom da je istraživanje koje se provodi potpuno anonimno, a rezultati dobiveni ispunjavanjem anketnog upitnika će se koristiti isključivo za izradu završnog rada. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno svega nekoliko minuta te su sudionici mogli odustati u bilo kojem trenutku. Na pitanja je trebalo odgovoriti višestrukim odabirom. Odgovori su prikupljeni u vremenu od 1. travnja 2022. do 16. travnja 2022. godine. U prvom dijelu sudionici su ispunjavali pitanja o demografskim podacima, zatim o znanju o depresiji te na kraju o svojim stavovima prema oboljelim osobama od depresije.

### **10.5. Rezultati istraživanja**

#### **Pitanje br. 4. U kojoj dobi smatrate da se depresija najčešće pojavljuje?**

Većina sudionika, njih 76,32% smatra da se depresija najčešće pojavljuje u adolescenciji. 19,41% smatra da se depresija najčešće pojavljuje u odrasloj dobi, 2,96% smatra da se depresija najčešće pojavljuje u starijoj dobi, a svega 1,32% smatra da se depresija najčešće pojavljuje u dječjoj dobi. (Grafikon 10.1.)

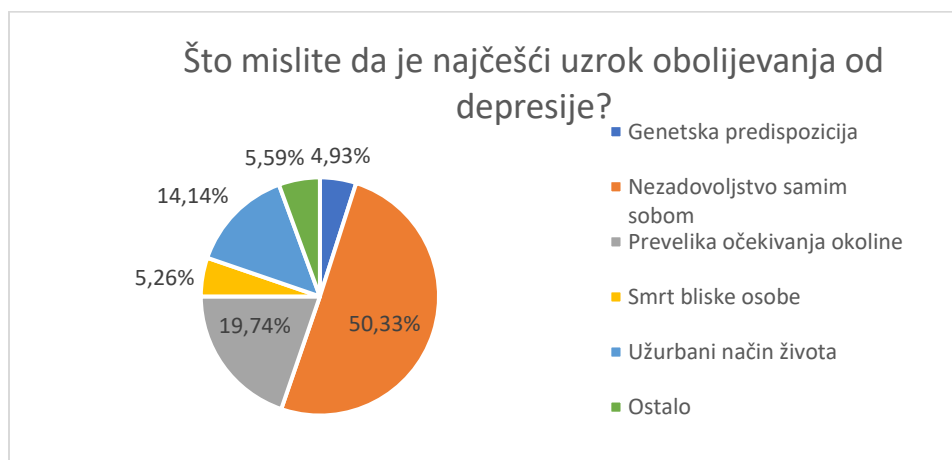


Grafikon 10.1. Mišljenje sudionika o vremenu pojave depresije

Izvor: Autor [P.B.]

### Pitanje br. 5. Što mislite da je najčešći uzrok obolijevanja od depresije?

Većina sudionika, njih 50,33% smatra kako je najčešći uzrok obolijevanja od depresije nezadovoljstvo samim sobom. 19,74% smatra da je najčešći uzrok obolijevanja od depresije prevelika očekivanja okoline, 14,14% da je užurban način života uzrok obolijevanja od depresije, 5,59% da su to neki ostali uzroci, 5,26% da je smrt bliske osobe, a 4,93% da je to genetska predispozicija. (Grafikon 10.2.)



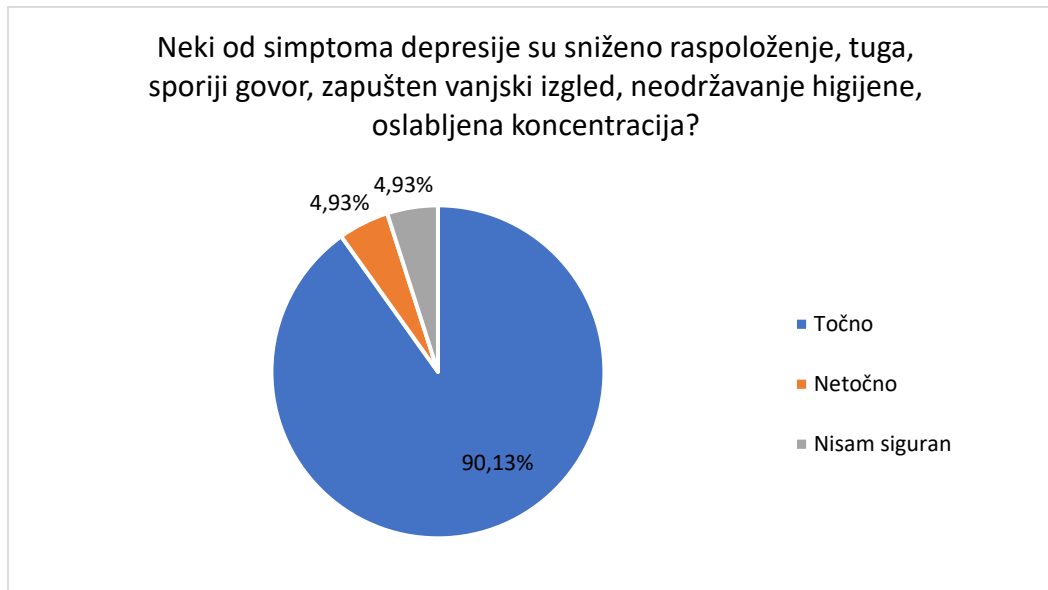
Grafikon 10.2. Mišljenje sudionika o uzroku pojave depresije

Izvor: Autor [P.B.]



**Pitanje br. 6. Neki od simptoma depresije su sniženo raspoloženje, tuga, sporiji govor, zapašten vanjski izgled, neodržavanje higijene, oslabljena koncentracija?**

Najviše sudionika, 90,13%, slaže se kako su neki od simptoma depresije sniženo raspoloženje, tuga, sporiji govor, zapašten vanjski izgled, neodržavanje higijene, oslabljena koncentracija. Podjednaki broj sudionika, 4,93%, smatra da to nije točno ili nisu sigurni. (Grafikon 10.3.)

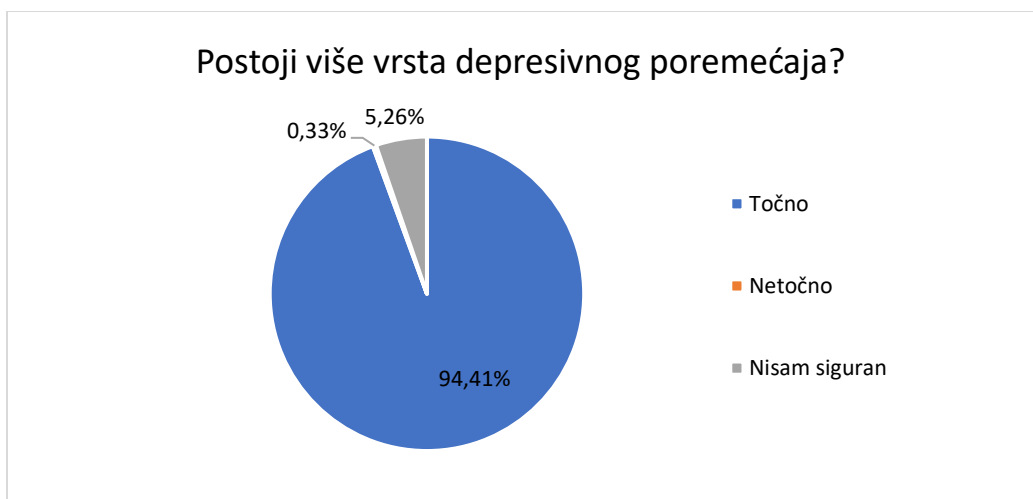


Grafikon 10.3. Znanje sudionika o simptomima depresije

Izvor: Autor [P.B.]

**Pitanje br. 7. Postoji više vrsta depresivnog poremećaja?**

Najveći broj sudionika, njih 94,41% slaže se da postoji više vrsta depresivnog poremećaja. 5,26% nije sigurno postoji li više vrsta depresivnog poremećaja, a svega 0,33% smatra da je to netočno. (Grafikon 10.4)

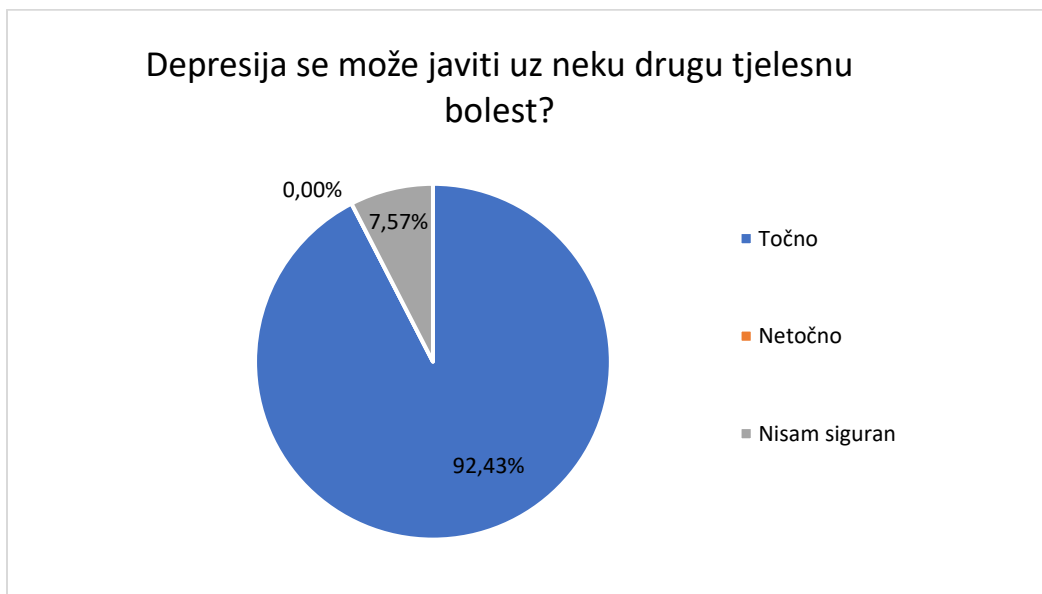


Grafikon 10.4. Znanje sudionika o vrstama depresivnog poremećaja

Izvor: Autor [P.B.]

**Pitanje br. 8. Depresija se može javiti uz neku drugu tjelesnu bolest?**

Najveći broj sudionika, 92,43%, slaže se da se depresija može javiti uz neku drugu tjelesnu bolest, 7,57% sudionika nije sigurno, a nitko od sudionika nije odgovorio da je to netočno. (Grafikon 10.5.)

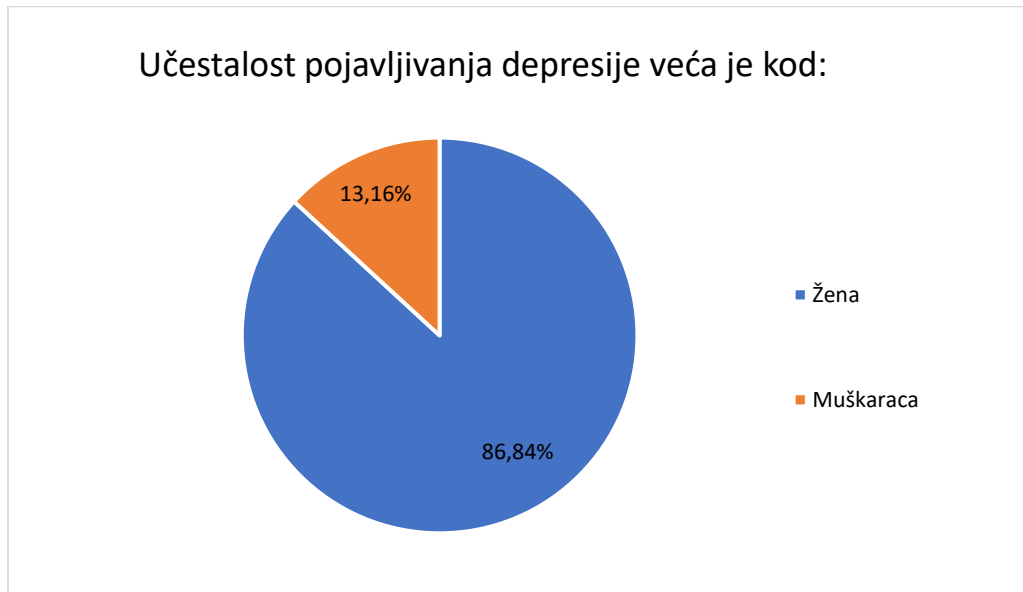


Grafikon 10.5. Znanje sudionika o pojavljivanju depresije uz tjelesnu bolest

Izvor: Autor [P.B.]

**Pitanje br. 9. Učestalost pojavljivanja depresije veća je kod:**

Veći broj sudionika, 86,84% smatra da se depresija češće pojavljuje kod žena, dok manji broj, 13,16% smatra da je to kod muškaraca. (Grafikon 10.6.)

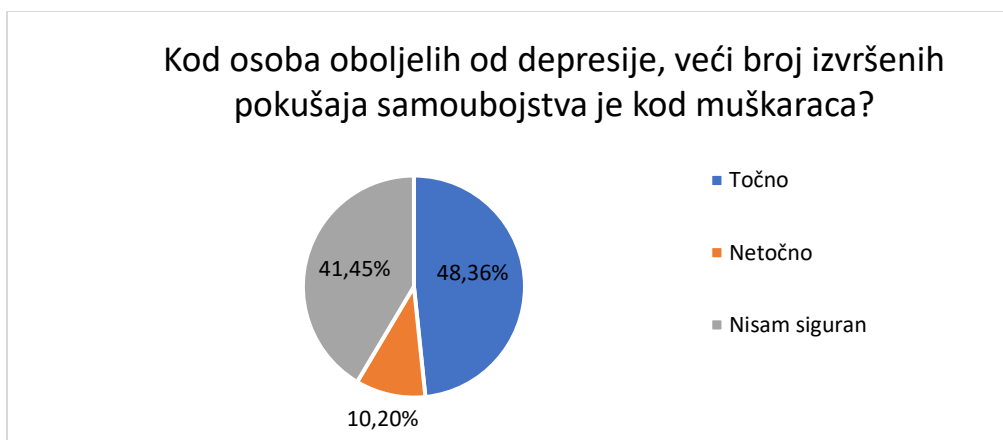


Grafikon 10.6. Znanje sudionika o učestalosti pojavljivanja depresije s obzirom na spol

Izvor: Autor [P.B.]

**Pitanje br. 10. Kod osoba oboljelih od depresije, veći broj izvršenih pokušaja samoubojstva je kod muškaraca?**

48,36% sudionika smatra da je veći broj izvršenih pokušaja samoubojstva kod muškaraca, 41,45% nije sigurno, a 10,20% smatra da je to netočno. (Grafikon 10.7.)

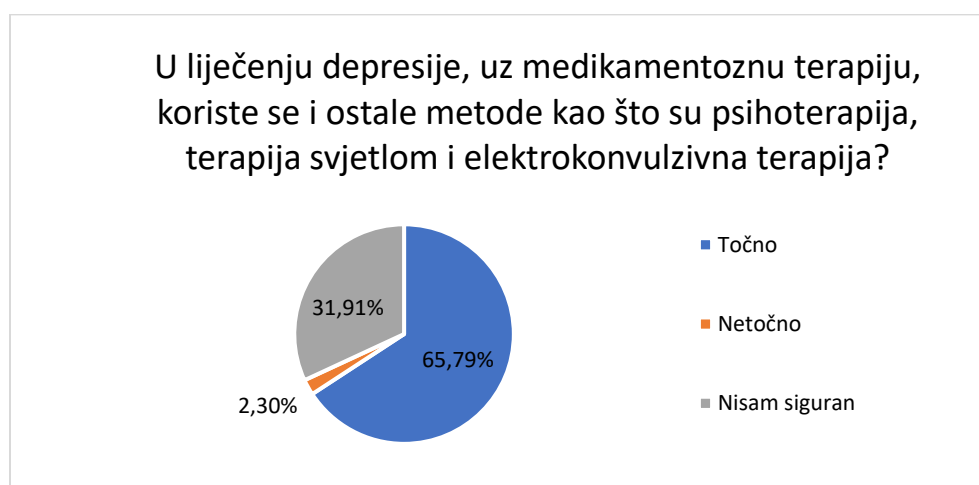


Grafikon 10.7. Znanje sudionika o izvršenim pokušajima samoubojstva kod osoba oboljelih od depresije

Izvor: Autor [P.B.]

**Pitanje br. 11. U liječenju depresije, uz medikamentoznu terapiju, koriste se i ostale metode kao što su psihoterapija, terapija svjetlom i elektrokonvulzivna terapija?**

65,79% sudionika smatra da se u liječenju depresije uz medikamentoznu terapiju primjenjuju i ostale metode liječenja poput psihoterapije, terapije svjetlom i elektrokonvulzivna terapija. 31,91% sudionika nije sigurno u oblike liječenja depresije, svega 2,30% smatra da je to netočno. (Grafikon 10.8.)

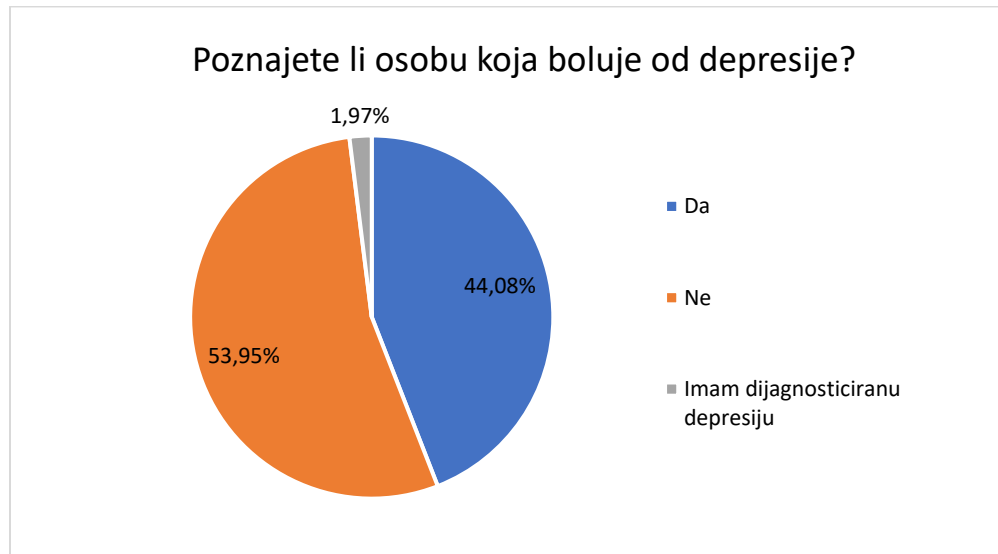


Grafikon 10.8. Znanje sudionika o metodama liječenja depresije

Izvor: Autor [P.B.]

### Pitanje br. 12. Poznajete li osobu koja boluje od depresije?

Najveći broj sudionika, njih 53,95% ne poznaje osobu oboljelu od depresije, ali isto tako velik dio, njih 44,08% poznaje osobu koja boluje od depresije. 1,97% sudionika ima dijagnosticiranu depresiju. (Grafikon 10.9.)

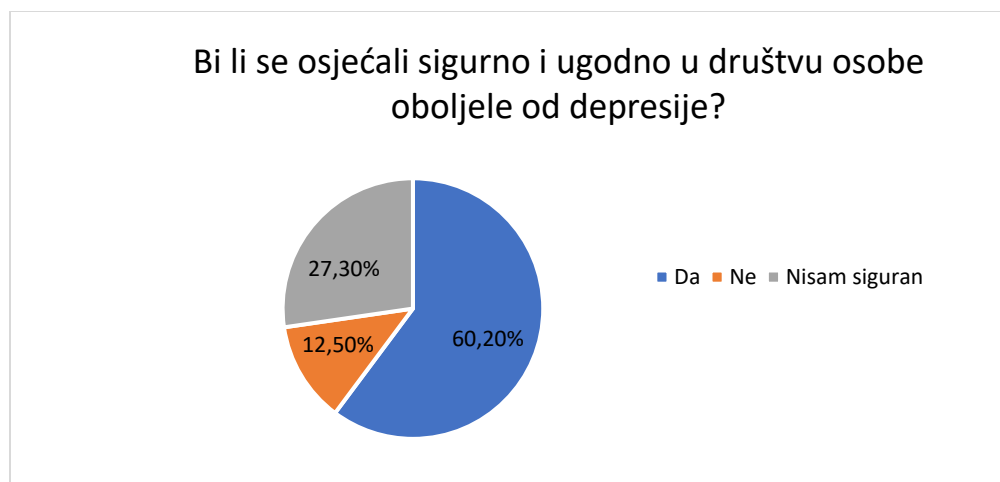


Grafikon 10.9. Poznavanje sudionika osoba oboljelih od depresije

Izvor: Autor [P.B.]

### Pitanje br. 13. Bi li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od depresije?

60,20% sudionika smatra da bi se osjećali ugodno i sigurno u društvu osobe oboljele od depresije, 27,30% nije sigurno, a 12,50% sudionika smatra da se ne bi osjećali ugodno i sigurno u društvu osobe oboljele od depresije. (Grafikon 10.10.)

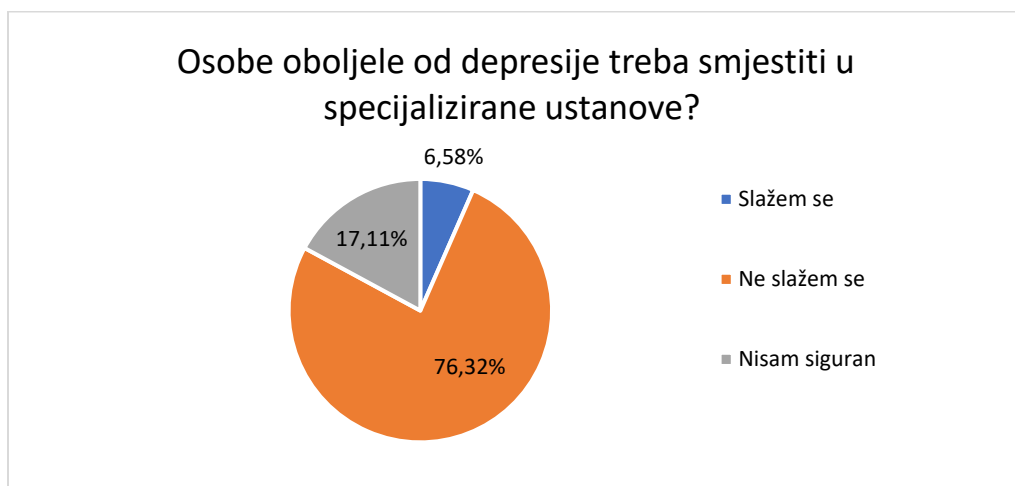


Grafikon 10.10. Poznavanje sudionika osoba oboljelih od depresije

Izvor: Autor [P.B.]

#### **Pitanje br. 14. Osobe oboljele od depresije treba smjestiti u specijalizirane ustanove?**

Najveći broj sudionika, njih 76,32% ne slaže se da osobe oboljele od depresije treba smjestiti u specijalizirane ustanove. 17,11% sudionika nije sigurno gdje bi trebale biti smještene osobe oboljele od depresije, a 6,58% sudionika slaže se da bi one trebale biti smještene u specijaliziranim ustanovama. (Grafikon 10.11.)

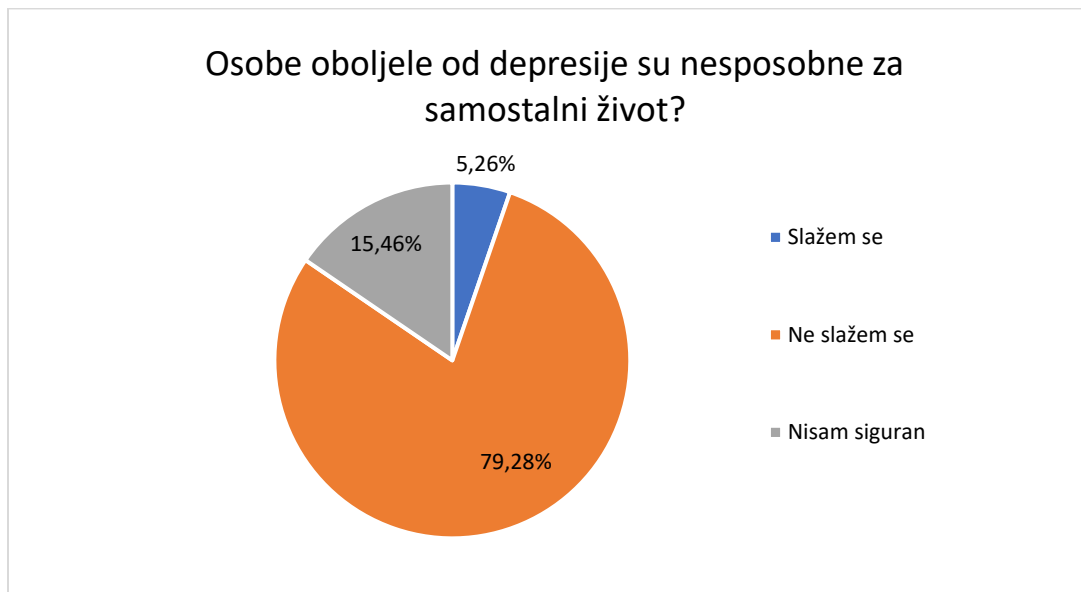


Grafikon 10.11. Mišljenje sudionika o smještaju osoba oboljelih od depresije u specijalizirane ustanove

Izvor: Autor [P.B.]

### **Pitanje br. 15. Osobe oboljele od depresije su nesposobne za samostalni život?**

Najveći broj sudionika, njih 79,28%, ne slaže se da su osobe oboljele od depresije nesposobne za samostalni život. 15,46% nije sigurno u ovu tvrdnju, a 5,26% slaže se da su nesposobne za samostalni život. (Grafikon 10.12)

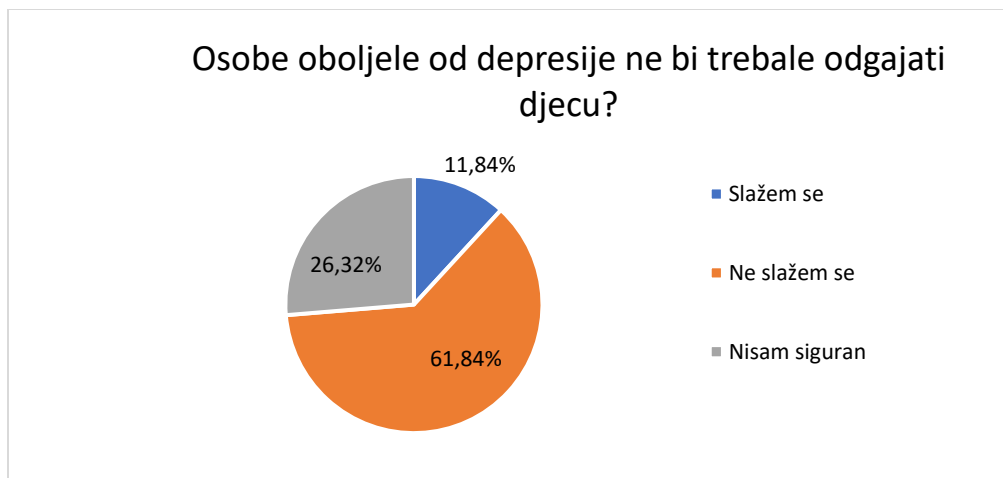


Grafikon 10.12. Mišljenje sudionika o sposobnostima osoba oboljelih od depresije

Izvor: Autor [P.B.]

### **Pitanje br. 16. Osobe oboljele od depresije ne bi trebale odgajati djecu?**

Najveći broj sudionika, njih 61,84% ne slaže se da osobe oboljele od depresije ne bi trebale odgajati djecu, 26,32% sudionika nije sigurno trebaju li odgajati djecu ili ne, a 11,84% smatra da osobe oboljele od depresije ne bi trebale odgajati djecu. (Grafikon 10.13.)

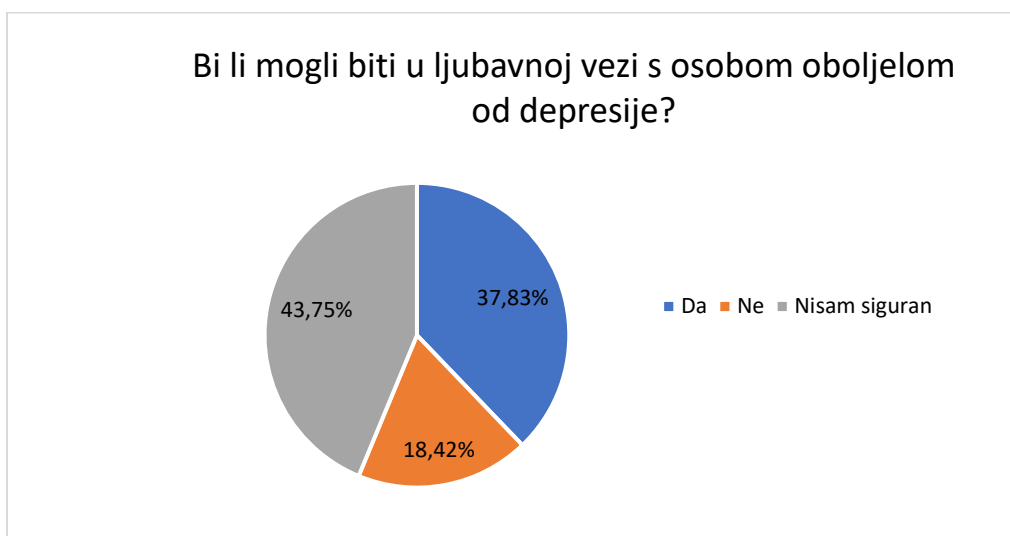


Grafikon 10.13. Mišljenje sudionika o sposobnostima osoba oboljelih od depresije

Izvor: Autor [P.B.]

**Pitanje br. 17. Bi li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije?**

Najveći broj sudionika, 43,75%, nije sigurno bi li moglo biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije. 37,83% sudionika smatra da bi mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije, a 18,42% smatra da ne bi mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije. (Grafikon 10.14.)



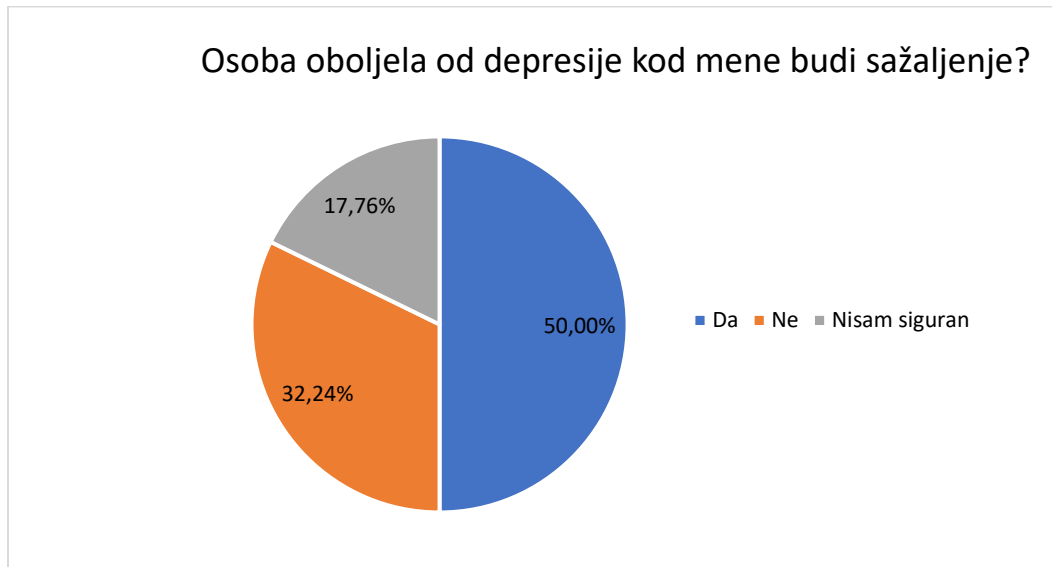
Grafikon 10.14. Mišljenje sudionika o ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije

Izvor: Autor [P.B.]



**Pitanje br. 18. Osoba oboljela od depresije kod mene budi sažaljenje?**

50,00% sudionika osjeća sažaljenje prema osobama oboljelim od depresije. 32,24% sudionika nije sigurno osjeća li sažaljenje prema osobama oboljelim od depresije, a 17,76% sudionika ne osjeća sažaljenje prema osobama oboljelim od depresije. (Grafikon 10.15.)



Grafikon 10.15. Postojanje sažaljenja kod sudionika prema osobama oboljelim od depresije

Izvor: Autor [P.B.]

## 11. Rasprava

U ovom istraživanju obuhvaćeno je ukupno 304 sudionika opće populacije, od toga 59 sudionika bilo je muškog spola, a 245 sudionika ženskog spola. Najviše sudionika, njih 237 bilo je u dobi od 19 do 27 godina, a najmanje, njih dvoje, u dobi većoj od 60 godina. Najviše sudionika, njih 174, ima završenu srednju školu, a najmanje poslijediplomski studij, samo 1 sudionik istraživanja. S obzirom da je anketni obrazac podijeljen na društvenoj platformi Facebook, za zaključiti je kako je ovaj uzorak očekivan pošto se može pretpostaviti da autorica na društvenim mrežama ima više kontakata ženskog spola približno sličnoj svojoj dobi.

Najveći broj sudionika (76,32%) smatra kako se depresija najčešće pojavljuje u adolescenciji. Uvelike manji broj sudionika smatra da je najčešća dob pojavljivanja depresije u odrasloj dobi (19,41%), starijoj životnoj dobi (2,96%) te dječjoj dobi (1,32%). Učestalost svih poremećaja raspoloženja, pa tako i depresije, raste s dobi, stoga je i češći u starijoj životnoj dobi, no različita istraživanja pokazuju da se prve razlike u pojavi depresije mogu uočiti već u adolescenciji. U dobi između 12. i 15. godine, djevojke počinju pokazivati veću stopu depresivnosti nego mladići. Simptomi depresije se polako počinju javljati sve ranije pa je 40% oboljelih svoju prvu epizodu depresije imalo s manje od 20 godina [19] [20]. Sudionici smatraju kako je najčešći uzrok obolijevanja od depresije nezadovoljstvo samim sobom (50,33%), a zatim da prevelika očekivanja okoline od pojedinca kod osobe uzrokuju depresiju (19,74%). Najmanji broj sudionika (4,93%) smatra da je uzrok depresije genetska predispozicija. Različiti stresni događaji, kao što je smrt bliske osobe, porod i novonastalo stanje na koje se treba prilagoditi, nedostatak socijalne podrške, mogu biti okidači za pojavu depresije kod osobe. Nakupljanjem tih stresnih događaja, užurbani način života gdje osoba „nema vremena“ za samoga sebe, postaje sve više nezadovoljna samim sobom te sve više tone u ponor depresije [13]. Ukoliko je pozitivna obiteljska anamneza, kod osobe je povećan rizik za razvoj depresije. Rana pojava depresije povezana je s obiteljskom poviješću. Genetika je u interakciji sa socijalizacijom, stoga pojedinci koji imaju veći rizik, imaju veću vjerojatnost postati depresivni nakon što dožive stresne događaje tijekom djetinjstva [7]. Većina sudionika (90,13%) zna prepoznati simptome depresije. Bolesnici koji boluju od depresije imaju značajno sniženo raspoloženje i zanimanje za većinu aktivnosti koje su im do tada izazivale zadovoljstvo. Pate od poremećaja spavanja, promjena na tjelesnoj težini, nemogućnosti održavanja osobne higijene i zapuštenog vanjskog izgleda.

Osjećaju umor, krivnju, bezvrijednost, smanjenu koncentraciju, neodlučnost [7]. Pošto se depresija često spominje u medijima, za očekivati je bilo kako opća populacija ima saznanja kakvi su simptomi depresije. Najveći broj sudionika (94,41%) smatra da postoji više vrsta depresivnog poremećaja, a samo 0,33% smatra da ne postoji. Prema MKB – 10 depresivni poremećaji klasificiraju se F32 te postoji nekoliko različitih vrsta [10]. Skoro svi sudionici istraživanja (92,43%) smatraju da se depresija može javiti uz neku drugu tjelesnu bolest. Fizička bolest, posebno kod starijih osoba, povezana je s pojavom depresije. Česta je kod bolesti kao što su hipotireodizam, hipertireodizam, dijabetes, Cushingova bolest, hepatitis, AIDS, multipla skleroza, Parkinsonova bolest, traume glave, cerebrovaskularni poremećaji. Isto tako, kod osobe koja ima veliki depresivni poremećaj, postoji povećan rizik od Alzheimerove bolesti, moždanog udara i slabog ishoda bolesti HIV-a [7]. Većina sudionika (86,84%) znala je da je učestalost pojavljivanja depresije veća kod žena. U velikoj većini epidemioloških izvješća o odraslim osobama, žene imaju višu stopu depresije u usporedbi s muškarcima. Smatra se da je omjer 2:1. Istraživanje pokazuje da se glavna spolna razlika u pojavi depresije kod žena javlja u adolescenciji, u dobi od 13 do 15 godina [36]. Sudionici nisu bili u potpunosti sigurni je li kod žena ili muškaraca veći broj izvršenih pokušaja samoubojstva. Velik dio sudionika (48,36%) odgovorilo je da je veći broj izvršenih pokušaja samoubojstva kod muškaraca, no isto tako velik dio (41,45%) nije bio siguran. Nešto manji postotak sudionika (10,20%) smatra da je veći broj izvršenih pokušaja samoubojstva kod žena. Provedeno je istraživanje koje pokazuje da se samoubilačke radnje obično događaju tijekom velikih depresivnih epizoda te mješovitih epizoda s komorbidnim poremećajima. Osobe koje imaju različite bolesti, poteškoće s kontroliranjem impulzivnih i agresivnih reakcija, više stresni događaju u životu češće imaju suicidalna razmišljanja i planiranje. Žene češće koriste metode koje nisu u potpunosti efikasne, kao što je predoziranje lijekovima ili rezanje žila, dok muškarci češće upotrebljavaju brzo rezultirajuće metode suicida. [37] Najveći broj sudionika (65,79%) smatra da se u liječenju depresije uz medikamentoznu terapiju mogu koristiti i druge terapijske metode kao što su psihoterapija, terapija svjetlom i elektrokonvulzivna terapija. Nešto manji broj sudionika (31,91%) nije u potpunosti siguran u metode liječenja depresije, dok najmanji broj sudionika (2,30%) smatra da se depresija liječi isključivo farmakološkim postupcima. Danas se u svim ustanovama, osim bioloških metoda liječenja depresije, koriste i psihoterapijske metode liječenja koje imaju značajnu ulogu u poboljšanju bolesnikovog zdravstvenog stanja. Sljedećih nekoliko pitanja

odnosilo se na stavove opće populacije prema depresivnim bolesnicima. Nešto više od polovice sudionika (53,95%) ne poznaje niti jednu osobu koja boluje od depresije, dok skoro polovica njih (44,08%) poznaje osobu koja boluje od depresije, a mali broj sudionika (1,97%) ima dijagnosticiranu depresiju. Na temelju ovih podataka možemo zaključiti kako je depresija u populaciji široko rasprostranjena, veliki je javnozdravstveni problem te je bolest današnjice o kojoj bi se trebalo više govoriti i skrbiti. Najveći dio sudionika (60,20%) bi se osjećao sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od depresije. 1/3 sudionika (27,30%) nije sigurna bi li se u društvu osobe oboljele od depresije osjećao sigurno i ugodno, a nešto manji dio (12,50%) smatra kako se u društvu depresivne osobe ne bi osjećali sigurno. Isto tako, najveći dio sudionika (76,32%) ne slaže se da osobe oboljele od depresije treba smjestiti u specijalizirane ustanove. Zahvalno je što opća populacija ima ovakav stav prema osobama oboljelim od depresije jer one nisu opasne za okolinu. Također, život u zajednici i socijalizacija može samo pridonijeti poboljšanju njihovog stanja. Najveći dio sudionika (79,28%) ne slaže se kako su osobe oboljele od depresije nesposobne za samostalni život. Uvelike manji broj sudionika (15,46%) nije siguran, a svega nekoliko njih (5,26%) smatra da su nesposobne za samostalni život. Također, najveći broj sudionika (61,84%) ne slaže se da osobe oboljele od depresije ne bi trebale odgajati djecu. Znatno manji broj sudionika (26,31%) nije siguran, a 11,84% smatra da nisu sposobne za odgajanje djece. Ovi podaci su optimistični jer osobe oboljele od depresije, uz adekvatnu terapiju, mogu u potpunosti normalno funkcionirati u svakodnevnom životu i skrbiti za sebe. Na pitanje bi li mogli biti u ljubavnoj vezi sa osobom oboljelom od depresije, većina sudionika (43,75%) nije sigurna, a veliki dio također smatra da bi (37,83%). Nešto manji dio (18,42%) smatra da ne bi mogao biti u ljubavnoj vezi sa osobom oboljelom od depresije. Na temelju ovog pitanja, može se zaključiti kako ipak kod opće populacije postoje određene predrasude prema osobama koje boluju od depresije. Iako je polovica sudionika (50,00%) odgovorila da osjećaju sažaljenje prema osobama oboljelim od depresije, veliki dio (32,24%) ipak ne osjeća ili nije siguran (17,76%). Bolesnici vjerojatno ne trebaju sažaljenje, no ipak je pozitivno što većina osoba nije ravnodušna. Može se zaključiti kako opća populacija ima zadovoljavajuće znanje o depresiji kao psihičkom poremećaju. Također, kod opće populacije u maloj mjeri postoje negativni stavovi i predrasude prema oboljelim osobama. To se može pripisati učestalom spominjanju depresije u medijima. Pobuđena je svijest u društvu o potrebi za brigom o

mentalnom zdravlju pošto je današnja svakodnevica ispunjena užurbanim životom punim stresa što onda povećava potrebu za brigom o mentalnom zdravlju.

## 12. Zaključak

Depresija se ubraja u afektivne psihijatrijske poremećaje. Karakterizirana je poremećajem raspoloženja, mišljenja, psihomotorike, nagona, volje, pažnje i pamćenja. Ovisno o težini depresivnog poremećaja ovisi kakva će biti izraženost i broj simptoma. Tipični simptomi depresije su depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima koje su ga ranije ispunjavale, osjećaj smanjenja energije i pojačano zamaranje, psihomotorno usporenje, suicidalne misli, promijene apetita, smetnje spavanja, osjećaj krivnje i smanjeno samopoštovanje. U liječenju se koriste različite biološke i psihoterapijske metode. Depresija se smatra javnozdravstvenim problemom i sve je više oboljelih osoba od depresije. Svaka osoba oboljela od depresije ima pravo na ravnopravan život u zajednici kao i ostale osobe pa se u skladu s time treba tako i odnositi prema njihovim potrebama. Opća populacija koja je anketirana u ovom istraživanju prikazuje pozitivne rezultate vezane uz njihovo znanje i stavove o depresiji. Iz dobivenih rezultata vidljivo je kako opća populacija ima znanja što je depresija, koji su njezini simptomi i kakva je učestalost pojavljivanja. Iako se iz rezultata može zaključiti kako je postojanje negativnih stavova i predrasude prema osobama oboljelim od depresije u manjoj mjeri, u općoj populaciji se, ipak, treba raditi na prihvaćanju bolesnika u zajednici i uključivanje u svakodnevni život kako bi se kvaliteta života što više očuvala.

### 13. Literatura

- [1] LJ. Moro, T. Frančšković, i sur.: Psihijatrija – udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [3] M. Hautzinger: Depresija – modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje, Naklada slap, Zagreb, 2002.
- [4] M. Kolak, K. Mešin: Zdravstvena njega kod depresivnog bolesnika, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, HUMS, 2011, str. 30 - 36
- [5] G. Arbanas: Psihijatrija – udžbenik za 4. razred srednje medicinske škole za predmet Klinička medicina – psihijatrija, Naklada slap, Zagreb, 2008.
- [6] Z. Debgović, S. Debgović: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi depresivnih bolesnika, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, HUMS, 2011, str. 37 - 41
- [7] R. Leahy, S. Holland, L. McGinn: Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje, Naklada slap, Zagreb, 2014.
- [8] R. Rakel: Depression, Primary care, vol. 26, br. 2, lipanj 1999, str. 221-224
- [9] K. Kramlinger: Mayo Clinic o depresiji, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
- [10] <https://mediately.co/hr/icd/F00-F99/set/F30-F39/poremecaji-raspolozenja>, dostupno 7.4.2022.
- [11] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [12] P. Filaković i sur.: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014.
- [13] G.W. Stuart: Handbook of psychiatric nursing, Elsevier mosby, 2005.
- [14] N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, G. Makarić: Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti, Medicus, vol. 13, br. 1, 2004, str. 19 - 24

- [15] D. Karlović: Depresija: klinička obilježja i dijagnoza, Medicus, vol. 26, br. 2, 2017, str. 161 - 165
- [16] D. Karlović i sur.: Psihijatrija, Naklada slap, Zagreb, 2019.
- [17] <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>, dostupno 14.3.2022.
- [18] <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja/>, dostupno: 14.3.2022.
- [19] A. Kurtović, I. Marčinko: Spolne razlike u atribucijama negativnih i pozitivnih događaja te depresivnim simptomima, Psiholgijske teme, vol. 20, br. 1, 2011, str. 1 - 24
- [20] I. Miko: Etiologija depresije, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2015.
- [21] J. Greenberg, A. A. Tesfazion, C. S. Robinson: Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression. Mil Med, 2012, str. 6 - 60
- [22] V. Folnegović - Šmalc, P. Folnegović Grošić, N. Henigsberg, O. Kozumplik i sur.: Farmakoterapija depresija. Medicus, vol. 13, br. 1, 2004, str. 31 - 39
- [23] I. Požgain: Kako odabrati optimalnu terapiju za depresivnog bolesnika?, Medicus, vol. 26, br. 2, 2017, str. 193 - 198
- [24] Ž. Milovac, S. Sučić, T. Gajšak, V. Aljinović i sur.: Nove spoznaje u liječenju depresije transkranijalnom magnetskom stimulacijom, Socijalna psihijatrija, vol. 45, br. 2, 2017, str. 125 - 138
- [25] [https://www.bolnicarab.hr/hr/lijecenje\\_bojama/77/52](https://www.bolnicarab.hr/hr/lijecenje_bojama/77/52) 7.4.2022, dostupno 7.4.2022.
- [26] R. Gregurek: Psihoterapija depresija, Medicus, vol. 13, br. 1, 2004, str. 95 - 100
- [27] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta, Zagreb, 1992.
- [28] V. Todorović, R. Jandrić, R. Štefić: Motivacijske intervencije kod depresivnih bolesnika, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, HUMS, 2011, str. 41 – 43



- [29] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
- [30] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze II, Zagreb, 2013.
- [31] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze III, Zagreb, 2015.
- [32] J. Holmes: Depresija, Naklada Jesenski i Turk, Zagreb, 2006.
- [33] M. Barbiš: Psihijatrijska hospitalizacija, Izvori, Zagreb, 2019.
- [34] I. Jerončić Tomić: Stigma – mitovi i predrasude depresivnog poremećaja – uloga videa kao medija u psihoedukaciji (Boli me – video za promociju mentalnog zdravlja), In medias res, vol. 6, br. 11, 2017, str. 1689 - 1693
- [35] S. Ručević, D. Pribisalić: Usporedba stigme prema depresivnim osobama i vlastitoj depresiji kod studenata pomagačkih i nepomagačkih struka, Ljetopis socijalnog rada, vol. 27, br. 3, 2020, str. 505 - 522
- [36] R. H. Salk, J. S. Hyde, L. Y. Abramson: Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms, Psychological bulletin, vol. 148, br. 8, kolovoz 2017. str. 783-822
- [37] E. Isometsä: Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why?, Can J Psychiatry, vol. 59, br. 3, travanj 2014, str. 120-130

## 14. Popis grafikona i tablica

Tablica 7.1.1.1. Vrste antidepresiva.....	18 – 19
Tablica 8.1.2. Moguće sestrinske dijagnoze kod depresivnog bolesnika.....	23 - 24
Tablica 10.2.3. Podjela sudionika prema spolu, dobi i završenom stupnju obrazovanja.....	27
Grafikon 10.1. Mišljenje sudionika o vremenu pojave depresije.....	29
Grafikon 10.2. Mišljenje sudionika o uzroku pojave depresije.....	29
Grafikon 10.3. Znanje sudionika o simptomima depresije.....	30
Grafikon 10.4. Znanje sudionika o vrstama depresivnog poremećaja.....	31
Grafikon 10.5. Znanje sudionika o pojavljivanju depresije uz tjelesnu bolest.....	31
Grafikon 10.6. Znanje sudionika o učestalosti pojavljivanja depresije s obzirom na spol.....	32
Grafikon 10.7. Znanje sudionika o izvršenim pokušajima samoubojstva kod osoba oboljelih od depresije.....	33
Grafikon 10.8. Znanje sudionika o metodama liječenja depresije.....	33
Grafikon 10.9. Poznavanje sudionika osobe oboljele od depresije.....	34
Grafikon 10.10. Poznavanje sudionika osobe oboljele od depresije.....	35
Grafikon 10.11. Mišljenje sudionika o smještaju osobe oboljele od depresije u specijalizirane ustanove.....	35
Grafikon 10.12. Mišljenje sudionika o sposobnostima osobe oboljele od depresije.....	36
Grafikon 10.13. Mišljenje sudionika o sposobnostima osobe oboljele od depresije.....	37
Grafikon 10.14. Mišljenje sudionika o ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije.....	37
Grafikon 10.15. Postojanje sažaljenja kod sudionika prema osobama oboljelim od depresije....	38

## 15. Prilog - anketa

Poštovani,

pred Vama se nalazi anketni upitnik na temu "Znanje i stavovi opće populacije o depresiji" pod mentorstvom Marije Božičević, mag. med. techn., izrađen za potrebe istraživanja u završnom radu na preddiplomskom studiju sestrinstva na Sveučilištu Sjever.

Anketni upitnik je potpuno anoniman, a rezultati dobiveni upitnikom koristit će se isključivo za izradu završnog rada. Za ispunjavanje anketnog upitnika potrebno je nekoliko minuta, a sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno te možete odustati u bilo kojem trenutku. Ispunjavanjem ankete dajete suglasnost za sudjelovanje u ovom istraživanju te privolu za korištenje dobivenih rezultata u svrhu izrade završnog rada.

Unaprijed Vam se zahvaljujem na utrošenom vremenu za rješavanje ankete!

Paula Brezak, studentica 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin

### DEMOGRAFSKI PODACI

1. Spol:
  - a) Muško
  - b) Žensko
  
2. Dob:
  - a) 18 – 29
  - b) 30-39
  - c) 40-49
  - d) 50-59
  - e) > 60
  
3. Završeni stupanj obrazovanja:
  - a) Osnovna škola
  - b) Srednja škola
  - c) Preddiplomski studij
  - d) Diplomski studij
  - e) Poslijediplomski studij

#### PODACI O ZNANJU POPULACIJE O DEPRESIJI:

4. U kojoj dobi smatrate da se depresija najčešće pojavljuje:
  - a) Dječja dob
  - b) Adolescencija
  - c) Odrasla dob
  - d) Starija dob
  
5. Što mislite da je najčešći uzrok obolijevanja od depresije?
  - a) Smrt bliske osobe
  - b) Užurbani način života
  - c) Nezadovoljstvo samim sobom
  - d) Prevelika očekivanja okoline
  - e) Genetska predispozicija
  - f) Ostalo
  
6. Neki od simptoma depresije su sniženo raspoloženje, tuga, sporiji govor, zapušten vanjski izgled, neodržavanje higijene, oslabljena koncentracija?
  - a) Točno
  - b) Ne točno
  - c) Nisam siguran
  
7. Potoji više vrsta depresivnog poremećaja?
  - a) Točno
  - b) Netočno
  - c) Nisam siguran
  
8. Depresija se može javiti uz neku drugu tjelesnu bolest?
  - a) Točno
  - b) Netočno
  - c) Nisam siguran
  
9. Učestalost pojavljivanja depresije veće je kod:
  - a) Muškaraca
  - b) Žena
  
10. Kod osoba oboljelih od depresije, veći broj izvršenih pokušaja samoubojstva je kod muškaraca?
  - a) Točno
  - b) Netočno
  - c) Nisam siguran
  
11. U liječenju depresije, uz medikamentoznu terapiju, koriste se i ostale metode kao što su psihoterapija, terapija svjetlom i elektrokonvulzivna terapija?
  - a) Točno

- b) Netočno
- c) Nisam siguran

## STAVOVI I PREDRASUDE PREMA OBOLJELIM OSOBAMA

12. Poznajete li osobu koja boluje od depresije?
- a) Da
  - b) Ne
  - c) Imam dijagnosticiranu depresiju
13. Bi li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od depresije?
- a) Da
  - b) Ne
  - c) Nisam siguran
14. Osobe oboljele od depresije treba smjestiti u specijalizirane ustanove?
- a) Slažem se
  - b) Ne slažem se
  - c) Nisam siguran
15. Osobe oboljele od depresije su nesposobne za samostalni život?
- a) Slažem se
  - b) Ne slažem se
  - c) Nisam siguran
16. Osobe oboljele od depresije nebi trebale odgajati djecu?
- a) Slažem se
  - b) Ne slažem se
  - c) Nisam siguran
17. Bi li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od depresije?
- a) Da
  - b) Ne
  - c) Nisam siguran

18. Osoba oboljela od depresije kod mene budi sažaljenje?

- a) Da
- b) Ne
- c) Nisam siguran



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, PAULA BREZAK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ŽIVANJE I STAVOVI OČE POTRUKUJE O DEPRESIJI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)  
PAULA BREZAK  
Brezak  
-----  
(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, PAULA BREZAK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ŽIVANJE I STAVOVI OČE POTRUKUJE O DEPRESIJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)  
PAULA BREZAK  
Brezak  
-----  
(vlastoručni potpis)