

Uloga medicinske sestre u terapijskom timu kod bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja

Ercegovac, Hrvoje

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, University Department of Health Studies / Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:282916>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-06-06**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Hrvoje Ercegovic

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TERAPIJSKOM TIMU
KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD DEPRESIVNOG
POREMEĆAJA**

Završni rad

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Hrvoje Ercegovac

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TERAPIJSKOM TIMU
KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD DEPRESIVNOG
POREMEĆAJA**

**THE ROLE OF A NURSE AS A PART OF THE
THERAPEUTIC TEAM IN TREATING PATIENTS WITH
DEPRESSIVE DISORDER**

Završni rad/ Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc.dr.sc. Boran Uglešić

Split, 2018.

Ovaj rad je izrađen pod mentorstvom doc.dr.sc Borana Uglešića.

*Predan je Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu u svrhu stjecanja
akademske titule bacc.med.techn, te predstavljen članovima stručne komisije:*

Doc.dr.sc. Vesna Antičević

Mag.med.techn Ante Buljubašić

Doc.dr.sc. Boran Uglešić

SADRŽAJ

1.UVOD	1
1.1. Odnos depresije i depresivnog raspoloženja	1
1.2. Etiologija depresije	2
1.2.1. Biološki čimbenici	3
1.2.1.1. Genetika	3
1.2.1.2. Neurotransmitori	3
1.2.2. Psihosocijalni čimbenici.....	4
1.2.2.1. Stresni događaji.....	4
1.2.2.2. Struktura osobnosti.....	4
1.2.2.3. Psihodinamičko tumačenje razvoja depresije.....	5
1.3. Dijagnostika depresije	5
1.4. Klinički oblici depresivnih poremećaja	12
1.4.1. Velika depresivna epizoda (VDE).....	12
1.4.2. Povratni depresivni poremećaj	13
1.4.3. Bipolarni afektivni poremećaj	13
1.4.4. Melankolija	13
1.4.5. Sezonski afektivni poremećaj.....	14
1.4.6. Atipična depresija.....	14
1.4.6.1. Minor-depresija.....	14
1.4.6.2. Mini-depresija	14
1.4.6.3. Maskirana depresija	15
1.4.7. Psihotička depresija.....	15
1.4.8. Perzistirajući afektivni poremećaji	15
1.4.8.1. Ciklotimija.....	15
1.4.8.2. Distimija.....	16
1.4.8.3. Neurastenija	16
1.4.9. Postpartalni poremećaji raspoloženja.....	16
1.4.9.1. Postpartalna tuga (baby blues)	16
1.4.9.2. Postpartalna depresija	16
1.4.9.3. Postpartalna psihoza	17
1.5. Epidemiologija depresije	17
1.6. Liječenje depresije.....	17

1.6.1. Farmakoterapija	18
1.6.1.1. Triciklički antidepresivi	18
1.6.1.2. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS)	18
1.6.1.3. Reverzibilni inhibitori monoamino oksidaze (RIMA).....	19
1.6.1.4. Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina	19
1.6.1.5. Dualni antidepresivi	19
1.6.2. Psihoterapija.....	20
1.6.3. Elektrostimulirajuća terapija (EST)	21
2. CILJ RADA	22
3. RASPRAVA.....	23
3.1. Osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika	25
3.1.1. Holistički pristup.....	25
3.1.2. Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića	25
3.1.3. Privatnost i dostojanstvo.....	26
3.1.4. Terapijska komunikacija	26
3.1.5. Bezuvjetno prihvaćanje	26
3.1.6. Uključivanje klijenta	27
3.1.7. Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi	27
3.2. Sestrinske dijagnoze kod depresivnih bolesnika.....	28
3.2.1. Afektivno-voljni simptomi	28
3.2.2. Bihevioralni simptomi	29
3.2.3. Tjelesni (vegetativni) simptomi	29
3.2.4. Kognitivni simptomi	30
3.3. Sestrinske intervencije na kognitivnoj, interpersonalnoj, te ponašajnoj razini	31
3.3.1. Sestrinske intervencije na kognitivnoj razini.....	31
3.3.2. Sestrinske intervencije na interpersonalnoj razini.....	32
3.3.3. Sestrinske intervencije na ponašajnoj razini	33
4. ZAKLJUČAK.....	34
5. SAŽETAK.....	35
6. SUMMARY	36
7. LITERATURA	37
8. ŽIVOTOPIS.....	38

1.UVOD

Više nego ijedno drugo područje sestričkog rada psihijatrija zahtijeva ono što bi trebalo biti prva asocijacija na sestričstvo, empatiju. Po definiciji empatija je sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje i pokaže. (1) Govoreći o empatiji kao, ne samo ljudskoj vrlini, nego i profesionalnoj kompetenciji zdravstvenog djelatnika, teško je odrediti kojoj bi skupini bolesnika ista bila najpotrebnija. Međutim, došavši u doticaj s mnogim bolesnicima za vrijeme kliničkih vježbi tijekom studija, kao nečujni poziv najjači sam osjetio upravo kod bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja. Poremećaja čije su glavne osobine (bezvoljnost, tuga, krivnja, gubitak osjećaja zadovoljstva) nerijetko prisutne i u životu zdravog suvremenog čovjeka, naših bližnjih pa i kod samog sebe. Stoga sam kroz izradu svojeg završnog rada odlučio istražiti upravo o duševnom poremećaju koji me najviše zaintrigirao kao i o ulozi medicinske sestre u terapijskom timu kod bolesnika oboljelih od istog.

1.1. Odnos depresije i depresivnog raspoloženja

Afekt se definira kao trenutno stanje emocija, ali i specifični osjećaji upravljani prema objektu. Ovaj se naziv rabi u jednakom kontekstu kao i raspoloženje u opisu velike skupine psihičkih poremećaja, tzv „afektivnih poremećaja“ u koje spada i depresija. Jednako bitna je i definicija raspoloženja kao dugotrajnog stanja emocija. Odlična predodžba odnosa tih dvaju pojmova je usporedba raspoloženja sa klimom, a afekta s vremenom. Budući da se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, sve se više naziv „afektivnih poremećaja“ zamjenjuje nazivom „poremećaj raspoloženja“. (2,3)

Mnogi će ljudi danas olako reći za sebe ili druge da su u depresiji što najčešće nije točno, budući da se vjerojatno radi samo o depresivnom raspoloženju. Depresivno raspoloženje sastavni je dio afektivnog života zdravih osoba kada se pojavljuje kao odgovor na gubitak ili nesreću. Tada se naziva tugom ili žalovanjem. Ako je intenzitet žalovanja vrlo snažan, a trajanje žalovanja predugo, govori se o patološkom žalovanju.

Međutim, depresivno raspoloženje primarni je simptom cijele skupine depresivnih poremećaja u okviru afektivnih poremećaja, a kao sekundarni simptom dio je većine psihijatrijskih, nekih neuroloških i tjelesnih bolesti.

Depresivno je raspoloženje popraćeno pesimističnim i negativnim razmišljanjima, niskim samopoštovanjem, nedostatkom uživanja u uobičajenim životnim aktivnostima, anhedonijom (gubitak osjećaja zadovoljstva). Uočava se karakterističan izgled depresivnog bolesnika, pogureno i potišteno držanje, mimika lica odaje zabrinutost, tugu, ponekad uplašenost. Očituje se i psihomotoričkom retardacijom ili pak agitacijom. Uz depresivno raspoloženje često se vežu smetnje na voljnom, te kognitivnom planu (smetnje pamćenja i koncentracije). (2)

Kao i u tjelesnoj medicini i u psihijatriji postoje znakovi i simptomi poremećaja koji se zasebno analitički promatraju a područja istih u psihijatriji se vežu uz svijest, pažnju, pamćenje, opažanje, mišljenje, emocije i raspoloženje, doživljavanje vlastite ličnosti, volju i psihomotiriku. Dakle depresivno raspoloženje u psihopatologiji označava simptom, a depresija poremećaj koji ima svoj način dijagnosticiranja i oblike kliničke slike o kojima će više biti objašnjeno u sljedećim poglavljima.

1.2. Etiologija depresije

Kao i kod većine dijagnoza u psihijatriji ni kod depresije se ne zna što ju sve uzrokuje i na koji točno način no u psihijatriji uvijek je podjela na predisponirajuće, precipitirajuće i ponavljajuće čimbenike.

U predisponirajuće čimbenike na prvom se mjestu svrstava genetičke, a na drugom mjestu čimbenike okruženja u ranom djetinjstvu. Tu vrstu čimbenika obično obuhvaća pojam konstitucije, odnosno osobnosti koja je temeljni dio iste.

Precipitirajući čimbenici su oni koji se pojavljuju neposredno prije izbijanja poremećaja ili bolesti. Dije se na fizičke (organske), psihičke (gubitak voljene osobe itd.) i socijalne (preseljenje, gubitak posla i drugi stresovi ili traumatski događaji).

Ponavljajući čimbenici su oni koji dovode do ponovnog izbijanja simptoma. Što je kod duševnih bolesnika najčešće povratak sredini u kojoj žive nakon bolničkog liječenja. (2)

1.2.1. Biološki čimbenici

U biološke čimbenike spadaju genetska predispozicija i disbalans neurotransmitora.

1.2.1.1. Genetika

Kod depresije postoji nasljedni čimbenik rizika, iako se povremeno pojavljuju nehereditarne forme. Unipolarni oblik se nasljeđuje poligenski, a bipolarni također poligenski, no vjerojatno uz gen vezan za X kromosom. Različiti intenziteti simptoma dovode se u vezu sa penetrantnosti genske ekspresije. (2)

1.2.1.2. Neurotransmitori

Depresija kao poremećaj raspoloženja posljedica je disregulacije u limbičko-diencefaličkom neurotransmitorskom sustavu. Uz to utječe i smanjena pohrana serotonina u trombocitima kao i disregulacija kortizola, te oslabljena funkcija glukokortikoidnih receptora u velikoj depresivnoj epizodi udružena s prekomjernim otpuštanjem neurohormona CRF. (2)

1.2.2. Psihosocijalni čimbenici

U psihosocijalne čimbenike spadaju stresni događaji i struktura osobnosti.

1.2.2.1. Stresni događaji

Stresni događaji dovode do poremećaja psihičke i neurohormonalne homeostaze stoga su od velikog značaja. Istraživanja pokazuju da je čak 85% oboljelih u razdoblju od 8 mjeseci prije pojave depresije doživjelo neki snažan stresni događaj. Često prethode unipolarnim depresivnim epizodama, a posebno ako se radi o separacijama. Tome u prilog govori i činjenica da osobe koje su doživile gubitak roditelja u djetinjstvu, češće oboljevaju u mlađoj dobi, te su kod njih češći pokušaji suicida. (2)

1.2.2.2. Struktura osobnosti

Primjećeno je da povratne unipolarne oblike depresije češće razvijaju introvertne i pasivno ovisne osobe, iako kliničku sliku depresije mogu razviti i osobe s bilo kojim tipom osobnosti. Takve osobe nemaju odgovarajuće socijalne vještine za prilagodbu promjenama koje iskaču iz rutine svakodnevnice pa se teško nose i s minimalnim stresom. Obilježje takvih osoba je nisko samopoštovanje i nedostatak povjerenja u druge ljude. (2)

1.2.2.3. Psihodinamičko tumačenje razvoja depresije

Po S. Freudu korijen depresije seže u oralnu fazu razvoja. U jednom od svojih prvih radova „Žalovanje i melankolija“ depresiju opisuje izrazom ljutnje koja se okreće „prema unutra“.

Međutim postoje i drugi teorijski pravci. Jedni je smatraju nemogućnošću prevladavanja tzv. depresivne pozicije, a drugi nemogućnošću ega da dosegne idealno postavljene ciljeve.

Bez obzira na razlike, sve spomenute teorije ključne trenutke za kasniji razvoj depresije smještaju u rano djetinjstvo, a maniju shvaćaju kao obranu od depresije. (2)

1.3. Dijagnostika depresije

Dijagnoza depresije postavlja se na temelju kliničke prezentacije depresivnog stanja uz pomoć obiteljske anamneze. Osnovni, bazični simptomi depresije su depresivno raspoloženje i gubitak interesa za stvari i aktivnosti koje su do tada bile važne. Jedan od njih, ili oba ova simptoma prisutni su u svim kliničkim slikama depresivnog poremećaja a trebaju trajati barem 2 tjedna da bi se mogli smatrati dijelom depresivne epizode. Uz osnovne simptome mogu biti prisutni i drugi pridruženi simptomi u različitom broju i kombinacijama: gubitak energije, gubitak apetita uz mršavljenje, poremećaji spavanja, osjećaj bezvrijednosti i/ili krivnje, dekoncentracija, bespomoćnost, neodlučnost, suicidalna razmišljanja do pokušaja suicida.

Nekad se pacijenti uz to žale na razne bolove, strahove od gubitka kontrole ili duševne bolesti, a neki ne mogu osjećati uobičajene emocije, kao što su žalost, veselje ili zadovoljstvo, osjećaju se emocionalno prazno.

Osnovni simptomi uvijek su prisutni i nužni za postavljanje dijagnoze. Broj ostalih simptoma i njihov intenzitet određuje težinu depresivne epizode, a time i stupanj socijalnog i radnog oštećenja

- Blaga depresija: 1-2 osnovna simptoma + 1-2 pridružena simptoma
- Srednje teška depresija: 2 osnovna simptoma + 3-4 pridružena simptoma
- Teška depresija: svi osnovni i pridruženi simptomi ili snažna suicidalna razmišljana i pokušaji suicida uz navedene simptome.

Ako bilo koji simptom ima značajke deluzije i ako su prisutne halucinacije govori se o depresiji sa psihotičkim značajkama.

Prema tijeku bolesti razlikuju se unipolarne depresije kod kojih se pojavljuju samo depresivne epizode i bipolarne depresije kod kojih se depresivne epizode izmjenjuju sa maničnim ili hipomaničnim epizodama.

Manija je karakterizirana povišenim raspoloženjem, stvaranjem svakakvih planova, ubrzanošću, nekritičnošću u trošenju, osjećajem povišene energije i moći, te redukcijom spavanja. (2)

Postoje različite klasifikacije koje se upotrebljavaju u psihijatriji za definiranje dijagnoze, a najrelevantnije su:

- ICD-10 (Tenth revision of international classification of diseases and related health problems) / MKB-10 (Deseta revizija međunarodne klasifikacije bolesti)
- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders, Fourth Revision)

MKB-10 klasifikaciju objavila je Svjetska zdravstvena organizacija 1992. godine. Koristi se u većini europskih zemalja uključujući Republiku Hrvatsku. Psihijatrijske se dijagnoze u MKB-10 nalaze u V. poglavlju koje je označeno slovom F i uključuje 99 dijagnostičkih kategorija, a poremećaji raspoloženja svrstani su od F30 do F39. (3)

Tablica 1. Podjela poremećaja raspoloženja prema MKB-10 (F30-F39) (3)

F 30	Manična epizoda
F 30.0	Hipomanija
F 30.1	Manija bez psihotičnih simptoma
F 30.2	Manija sa psihotičnim simptomima
F 30.8	Ostale manične epizode
F.31	Bipolarni afektivni poremećaj
F 31.0	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja hipomanična epizoda
F 31.1	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja manična epizoda bez psihotičnih simptoma
F 31.2	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja manična epizoda sa psihotičnim simptomima
F 31.3	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda blage ili umjerene depresije
F 31.4	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teške depresije bez psihotičnih simptoma
F 31.5	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teške depresije sa psihotičnim simptomima
F 31.6	Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda, mješovita
F 31.7	Bipolarni afektivni poremećaj, sada u remisiji
F 31.8	Ostali bipolarni afektivni poremećaji
F 31.9	Bipolarni afektivni poremećaji, nespecifični

F 32	Depresivna epizoda
F 32.0	Blaga depresivna epizoda
F 32.1	Srednje teška depresivna epizoda
F 32.2	Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma
F 32.3	Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima
F 32.8	Ostale depresivne epizode
F 32.9	Depresivna epizoda, neoznačena
F 33	Povratni (rekurentni) depresivni poremećaj
F 33.0	Povratni (rekurentni) depresivni poremećaj, sadašnja epizoda blaga
F 33.1	Povratni (rekurentni) depresivni poremećaj, sadašnja epizoda srednje teška
F 33.2	Povratni (rekurentni) depresivni poremećaj, sadašnja teška epizoda depresije bez psihotičnih simptoma
F 33.3	Rekurentni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda teška sa psihotičnim simptomima
F 33.4	Povratni depresivni poremećaj sada u remisiji
F 33.8	Ostali povratni depresivni poremećaji
F 33.9	Povratni depresivni poremećaj, neoznačen
F 34	Trajni poremećaji raspoloženja
F 34.0	Ciklotimija
F 34.1	Distimija

F 34.8	Ostali trajni poremećaji raspoloženja
F 34.9	Trajni poremećaj raspoloženja, neoznačen
F 38	Ostali poremećaji raspoloženja
F 38.0	Ostali pojedinačni poremećaji raspoloženja; mješovite afektivne epizode
F 38.1	Ostali ponavljani poremećaji raspoloženja; kratkotrajni ponavljani depresivni poremećaj
F 38.8	Ostali označeni poremećaji raspoloženja
F 39	Neoznačeni poremećaji raspoloženja

Također je kod dijagnostike potrebno spomenuti da brojene tjelesne bolesti, lijekovi i droge mogu izazvati simptome depresije, što spada u diferencijalnu dijagnostiku. Tjelesne bolesti mogu depresiju izazvati neposredno (npr kada bolest štitnjače djeluje na razinu hormona što izaziva među ostalim i depresiju), ili posredno (npr. kada reumatoidni artritis uzrokuje bol i nesposobnost što dovodi do depresije). Javlja se također uz druge psihičke poremećaje.

Tablica 2. Tjelesne bolesti i lijekovi koji mogu uzrokovati depresiju (4)

NUSPOJAVE LIJEKOVA	INFEKCIJE	HORMONSKI POREMEĆAJI	BOLESTI VEZIVNOG TKIVA
-Amfetamini (prestanak uzimanja)	- AIDS	-Addisonova bolest	-Reumatoidni artritis
-Betablokatori	-Influenca	-Chusingova bolest	-Sistemski lupus eritematodes (SLE)
-Cikloserin	-Mononukleoza	-Niska i visoka razina hormona štitnjače	
-Cimetidin	-Sifilis (kasni stadij)	-Visoka razina paratireoidnog hormona	
-Indometacin	-Tuberkuloza		
-Antipsihotici	-Pneumonija		
-Metildopa	-Hepatitis		
-Rezerpin			
-Oralni kontraceptivi			
-Talij			

-Vinblastin -Vinkristin -Živa			
NEUROLOŠKI POREMEĆAJI	POREMEĆAJI PREHRANE	NOVOTVORINE	
-Apneja u spavanju -Epilepsija sljepoočnog režnja -Moždani udar -Multipla skleroza -Ozljede glave -Parkinsonova bolest	-Pelagra (manjak vitamina B6) -Perniciozna anemija (manjak vitamina B12)	-Rak koji se širi po cijelom tijelu -Rak u trbuhu (jajnika, debelog crijeva)	

1.4. Klinički oblici depresivnih poremećaja

U suvremenoj psihijatrijskoj dijagnostici postoje dogovoreni dijagnostički kriteriji, odnosno dijagnoze koje iz njih proizlaze označene u tablici 1. Međutim, u kliničkoj praksi depresije se razlikuju i prema dodatnim karakteristikama i osobitostima. Može se reći da kliničke oblike depresije najviše određuju odgovori na pitanja u tablici 3.

Tablica 3. Podjele depresije (5)

Je li depresija samostalni ili poremećaj u okviru BAP-a?	Unipolarna i bipolarna
Postoje li psihotični simptomi?	Nepsihotična i psihotična
Postoje li uobičajeni simptomi depresije?	Tipična i netipična
Postoji li suicidalnost?	Suicidalna i nesuicidalna
Je li riječ o prvoj epizodi?	Prva depresivna epizoda i povratna depresija
Način nastajanja?	Egzogena (reaktivna), endogena i simptomatska (organska)

1.4.1. Velika depresivna epizoda (VDE)

VDE uvijek označava unipolarni oblik depresivnog poremećaja, ali i epizodu depresije koja se pojavila samo jednom. Najčešće ima prodromalnu fazu gubitka interesa i depresivnog raspoloženja koje se povećava, ali može nastati i naglo. U principu joj prethodi veliki stres ili životna promjena. Javlja se u svim životnim dobima. Češće obolijevaju žene. Obično traje pola do dvije godine. Po težini može biti u rasponu od blage forme koja malo utječe na funkcionalnost osobe do teških oblika sa suicidalnim razmišljanjima ili pokušajima. (2)

1.4.2. Povratni depresivni poremećaj

Povratni depresivni poremećaj spada također u unipolarnu depresiju što označava svaku epizodu nakon VDE-e, ali bez maničnih epizoda. Češća je dijagnoza od VDE-e. Između epizoda najčešće nema simptoma, ali može biti. Kronični oblik postoji u 15 do 20% slučajeva i češće nastupa nakon 50. godine života. (2)

1.4.3. Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni afektivni poremećaj označava izmjene depresivnih i maničnih ili hipomaničnih epizoda uz stanja remisije. Razlika između manije i hipomanije je u količini, odnosno intenzitetu simptoma. Incidencija ovog poremećaja jednaka je među spolovima, a prevalencija varira od 0,4 do 1.6%. Međutim, kod žena je najčešće prva epizoda depresivna, a kod muškaraca manična, te u ukupnoj populaciji također depresivna. Pojavljuje se u mlađoj dobi, kraće traje i uzrokuje prekide u razvojnog i socijalnog funkcioniranju.

Postoji tip I i tip II ovog poremećaja. Kod bipolarnog poremećaja tipa I tipične depresivne epizode izmjenju se s maničnim epizodama, a kod tipa II s hipomaničnim.

Bitno je kod dijagnostike ne zamijeniti ovu vrstu poremećaja unipolarnim jer dulja primjena antidepresiva može dovesti do brzih izmjena epizoda depresije i manije.

Trećina do polovine pacijenata s ovim poremećajem ima mješane kliničke slike sa depresivnim i maničnim simptomima, te brzim izmjenama jedne i druge slike (2)

1.4.4. Melankolija

Melankolija označava tešku formu depresije. Najčešće se pojavljuje u starijoj populaciji. Očituje se psihomotoričkom usporenošću ili agitacijom, gubitkom interesa ili zadovoljstva, izostankom reakcije na uobičajene ugodne životne poticaje, te jačom

izraženošću simptoma ujutro nego uvečer. U slučaju neuspješnog liječenja antidepresivima primjenjuje se elektrostimulirajuća terapija. (2)

1.4.5. Sezonski afektivni poremećaj

Sezonski afektivni poremećaj karakteriziran je jesenskim i zimskim neraspoloženjem, gubitkom energije, lošim spavanjem i apetitom te obavljanjem svakodnevnih poslova, dok tijekom proljeća i ljeta ne postoje takvi simptomi. (2)

1.4.6. Atipična depresija

Atipična depresija karakterizirana je suprotnošću između simptoma koje pokazuje bolesnik i prisutnih simptoma za veliki depresivni poremećaj. U atipične simptome spadaju pretjerano hranjenje, porast tjelesne mase, pretjerano spavanje, ali i raspoloženje koje reagira na podražaje. Prisutna je ekstremna osjetljivost na interpersonalne reakcije. Nerijetke su pritužbe na osjećaj težine u nogama i rukama. Češće se pojavljuje u mlađoj populaciji. Tu spadaju minor, mini i maskirana depresija. (2)

1.4.6.1. Minor-depresija

Minor depresija uključuje depresivno raspoloženje i gubitak interesa uz brojne somatizacije. Utječe na radnu sposobnost i može biti preteča velike depresivne epizode. Često se ne prepoznaje. Taj naziv pokriva dijelom blage depresije i klinička stanja koja su prije označavana depresivnim neurozama. (2)

1.4.6.2. Mini-depresija

Mini depresija označava stanje depresivnosti s pratećim simptomima koji se ponavljaju, ali traju kraće od 2 tjedna, a to je najčešće 2-5 dana. Također utječe na radne i socijalne sposobnosti te kvalitetu života, a uspješno se liječi antidepresivima iz SIPPS skupine (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina). (2)

1.4.6.3. Maskirana depresija

Maskirana depresija uključuje neurofiziološki poremećaj znakovit za depresiju, ali bez ijednog ili samo s jednim simptomom depresije uz razne somatske pritužbe kojima se ne nalazi uzrok. Liječi se antidepresivima. (2)

1.4.7. Psihoteička depresija

Psihoteička depresija obilježena je uz depresivne simptome deluzijama ili halucinacijama. Depresivni simptomi pojavljuju se prije deluzija i halucinacija koje se očituju poremećenim raspoloženjem i/ili osjećajem krivnje. Navedeni psihoteički simptomi su prisutni u 15% depresivnih pacijenata, a tada se uz antidepresive u terapiju uključuju i atipsihotici. (2)

1.4.8. Perzistirajući afektivni poremećaji

U perzistirajuće afektivne poremećaje spadaju ciklotimija, distimija i neurastenija.

1.4.8.1. Ciklotimija

Ciklotimija je pojednostavljeno rečeno blaži oblik bipolarnog afektivnog poremećaja. Kroničan je ili rekurentan poremećaj obilježen brojnim epizodama hipomanije i blage ili umjerene depresije. Za postavljanje ove dijagnoze simptomi moraju trajati najmanje dvije godine, bez međurazdoblja normalnog afekta. Životna prevalencija je od 0,4 do 1,0%. (2)

1.4.8.2. Distimija

Distimija označava kroničnu ili povratnu depresiju koja se pogoršava, ili nastaje često nakon životnog stresa. Traje najmanje dvije godine, a razdoblja bez simptoma traju po nekoliko tjedana. Prevalencija je oko 6%. (2)

1.4.8.3. Neurastenija

Neurastenija se također pridodaje depresivnim poremećajima, a ranije se svrstavala u neurotička stanja. Očituje se sniženim raspoloženjem, osjećajem slabosti i gubitkom energije za svakodnevne aktivnosti. Može biti uvod u depresivnu epizodu. (2)

1.4.9. Postpartalni poremećaji raspoloženja

Postpartalni poremećaji raspoloženja dijele se na postpartalnu tugu, depresiju i psihozu.

1.4.9.1. Postpartalna tuga (baby blues)

Postpartalna tuga traje 1-4 dana i očituje se promjenjivim raspoloženjem gdje se plačljivost može pojaviti i nekoliko dana nakon porođaja. Takvo stanje se ne liječi. (2)

1.4.9.2. Postpartalna depresija

Postpartalna depresija najčešće nastaje unutar nekoliko dana nakon porođaja i očituje se kriterijima velikog depresivnog poremećaja. Liječi se kao depresivna epizoda. Prevalencija unutar prvih 3-6 mjeseci je 10-15%. (2)

1.4.9.3. Postpartalna psihoza

Postpartalna psihoza očituje se dezorijentacijom, ekstremnom agitacijom i emocionalnom labilnošću. Pojavljuje se 2 do 3 dana nakon porođaja. Incidencija je niska, a prognoza obično dobra. Suicid ili čedomorstvo se ubrajaju u rijetke komplikacije. (2)

1.5. Epidemiologija depresije

Pojavnost depresije u populaciji kreće se od 5-10% . (6) Depresivni poremećaj je 1,5 do 3 puta češći među prvim rođacima u odnosu na opću populaciju. Višestruko je češći među tjelesno bolesnima. Rizik obolijevanja od depresivnog poremećaja kreće se od 10-25 % za žene i od 5-12,5% za muškarce. (2)

1.6. Liječenje depresije

U liječenju depresije, kao i ostalih poremećaja raspoloženja koristi se farmakoterapija, psihološke terapije i elektrostimulirajuća terapija (EST), a najbolje rezultate daje kombinacija psihoterapijskih tehnika i farmakoterapije u odnosu na primjenu jedne vrste terapije. (2)

Uvijek je postojala određena suprotstavljenost među psihijatrima na „biologijski orijentirane“ i psihoterapijski orijentirane“ kao rezultat polarizacije tijelo-duša, te je u skladu s time uvijek postojalo i pitanje etiologije mentalnih poremećaja. Duša, tijelo ili oboje? (2). Tu dolazi do promjene stava prema farmakoterapiji u odnosu na psihološke metode liječenja. Ranije se smatralo da je farmakoterapija „simptomatska“, a psihoterapijske metode „etiološke“, a danas je u etiološkom liječenju naglasak na farmakoterapiji. (7)

1.6.1. Farmakoterapija

Farmakoterapiju podrazumijeva primjena psihofarmaka, odnosno različitih kemijskih spojeva koji djeluju na psihičko stanje čovjeka. Tu spadaju antipsihotici, antidepresivi, anksiolitici i stabilizatori raspoloženja. U liječenju depresije primjenjuju se, u prvom redu, antidepresivi, a nerijetko se pridodaju i ostali psihofarmaci u određenoj fazi liječenja ili kliničkom obliku depresivnog poremećaja. (2)

1.6.1.1. Triciklički antidepresivi

Najpoznatiji triciklički depresivi korišteni u praksi su amitriptilin, klomipramin i maprotilin. Većina djeluje blokirajući ponovni unos noradrenalina u presinaptički završetak, a neki uz to blokiraju i unos serotonina. 70 do 80% bolesnika s kliničkom slikom inhibirane ili agitirane depresije pozitivno reagira na njihovu primjenu, a taj učinak se dešava 3-4 tjedna nakon primjene. Nažalost njihova terapijska širina je ograničena na bolesnike sa dobrim tjelesnim zdravljem zbog antikolinergičkih nuspojava. Tu spadaju: sušenje usta, pojačano slinjenje, zamagljen vid, opstipacija, proljev, mučnina, sedacija, tahikardija, bradikardija, ortostatička hipotenzija, poremećaj srčanog ritma. Postoje i neke neurološke, dermatološke i hematološke nuspojave, ali se pojavljuju rijetko. Kod psihotičnih depresija potrebno je uz njih davati i antipsihotike, a kod bipolarnе depresije izbjegavaju se zbog mogućeg nastanka manije. Zbog navedenih nuspojava i male terapijske širine sve se manje primjenjuju. (2)

1.6.1.2. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS)

U skupinu SIPPS spadaju fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertralin, escitalopram, citalopram. SIPPS djeluju blokadom ponovnog unosa serotonina u sinaptički završetak. Učinkovitost im je visoka kao i kod tricikličkih antidepresiva, međutim, imaju povoljniji profili nuspojava, te terapijsku sigurnost. Prednost im je također i jednostavna primjena, odnosno jedna dnevna doza (osim fluvoksamina koji se uzima 3 puta dnevno). U 20 % bolesnika pojavljuje se mučnina, bolovi i grčevi u

trbuhu, proljev i povraćanje kao nuspojave u prvim tjednima liječenja, ali postupno prestaju. Također, u tom periodu postoje i nuspojave vezane u središnji živčani sustav (napetost, nervoza, glavobolja i pospanost koje mogu pogoršati depresiju, ali zbog toga se rijetko prekida liječenje. Kod takvih nuspojava najčešće se daje anksiolitik. U najrjeđe nuspojave spadaju promjena tjelesne težine, seksualne disfunkcije, te serotonergički sindrom. (2)

1.6.1.3. Reverzibilni inhibitori monoaminooksidaze (RIMA)

Predstavnik skupine RIMA je moklobemid. RIMA u sinapsi blokiraju razgradnju četiri neurotransmitora, noradrenalin, serotonin, dopamin i tiramin i na taj način pojačavaju njihovu aktivnost, što u konačnici odražava antidepresivno djelovanje. U liječenju depresije podjednako su učinkoviti kao triciklički antidepresivi i SIPPS. Poprilično su sigurni, imaju dobru terapijsku širinu, te poprilično povoljan profil nuspojava, a tu spadaju hipotenzija, nervoza, nemir, glavobolja i porast tjelesne mase. (2)

1.6.1.4. Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina

Predstavnik ove skupine lijekova je reboksetin. Ova skupina lijekova djeluje povišenjem noradrenalina i dopamina u sinapsama blokirajući noradrenalinu pumpu. Po učinkovitosti također su slični TCA, ali sa boljim profilom nuspojava u koje spadaju suha usta, opstipacija, uznemirenost i nesanica, a rijetko retencija urina i impotencija. (2)

1.6.1.5. Dualni antidepresivi

Predstavnici ove skupine antidepresiva su venlafaksin i mirtazapin. Svoj antidepresivni učinak ostvaruju povišenjem koncentracije neurotransmitora blokirajući α 2-adrenergičke receptore na presinaptičkim adrenergičkim i serotonergičkim

neuronima. Također uzrokuju i dodatno otpuštanje serotonina. Naime, povišeni noradrenalin u locus coeruleusu pojačava otpuštanje serotonina u raphe nuclei putem presinaptičkih α_1 -receptora. Učinkoviti su u liječenju depresije, a značajni su kod bolesnika koji ne reagiraju na druge antidepresive. Nuspojave venlafaksina su glavobolja, nervoza, mučnina, te seksualne disfunkcije, ali se u principu dobro podnosi. Nuspojave mirtazapina su sedacija (ukoliko se prenosi na jutro), porast tjelesne mase uz pojačanje apetita, opstipacija, suha usta, te ružni snovi. (2)

1.6.2. Psihoterapija

Postoje različite psihoterapijske metode u liječenju depresije, a tu spadaju:

- *Kognitivna terapija* – koristi se za podizanje bolesnikove motiviranosti za uzimanje lijekova, a temelji na ispravljanju kroničnih smetnji mišljenja koje vode u depresiju.
- *Bihevioralna terapija* – služi ispravljanju neželjenih ponašanja, a temelji se na teoriji učenja
- *Interpersonalna terapija* – bavi se interpersonalnim problemima, a primjenjuje u liječenju blažih depresija
- *Psihodinamički orijentirana psihoterapija* – bavi se nesvjesnim konfliktima i motivima koji mogu poticati i održavati depresiju.
- *Supportivna psihoterapija* – koristi se u svrhu emocionalne potpore kod akutnih kriza (žalovanje) i nakon bolničkog liječenja velikog depresivnog poremećaja.
- *Grupne terapijske tehnike* – primjenju se kod narušenih međuljudskih interakcija.
- *Obiteljska terapija* – primjenjuje se kod narušenih obiteljskih odnosa zbog bolesnikove depresije, kod depresivnih obiteljskih događaja, te kod međuobiteljskih odnosa koji podržavaju depresiju. (2)

1.6.3. Elektrostimulirajuća terapija (EST)

EST se primjenjuje kod velikih depresivnih poremećaja sa psihotičkim simptomima i kod depresija otpornih na psihofarmake. (2) Osim visoke učinkovitosti prednost takve terapije je i u brzini djelovanja, što je jako bitno za suicidalne bolesnike. Strujom se izazivaju napadaji preko elektroda smještenih na glavu, koji umanjuju depresiju. Mehanizam djelovanja napadaja još nije otkriven. Tijekom primjene bolesnik je u općoj anesteziji jer električna struja može izazvati grčenje mišića i bol. Primjenje se obično 5-7 puta svaki drugi dan. Može uzrokovati gubitak pamćenja koji je rijetko trajan. (4)

2. CILJ RADA

Cilj rada je upoznavanje depresivnog poremećaja po kliničkim odrednicama, te prikaz uloge medicinske sestre u terapijskom timu kod bolesnika oboljelog od istog.

3. RASPRAVA

Područje rada medicinske sestre je zdravstvena njega, a među najznačajnijima je definicija zdravstvene njege Virginije Henderson:

„Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnome ili zdravome u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba učiniti tako, da mu se pomogne postati neovisnim što je prije moguće.“

Takva definicija je primjenjiva na sve skupine bolesnika, a posebno je korisna kao temelj zdravstvene njege depresivnih bolesnika jer uviđa nedostatak volje kao jedan od ključnih čimbenika za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Osnovne ljudske potrebe su: disanje, uzimanje hrane i tekućine, eliminacija, kretanje, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne tjelesne temperature, osobna higijena, sigurnost, komunikacija s drugima, prakticiranje religije, rad, rekreativne aktivnosti, učenje. (8) Te potrebe su neovisne o medicinskoj dijagnozi, ali se mijenjaju kod bolesti. (9)

Zdravstvena njega depresivnih bolesnika postavlja pred medicinske sestre vrlo visoke zahtjeve s obzirom na brojnost, složenost i raznolikost problema koji se javljaju kod depresivnih bolesnika, a najbolje se provodi kroz proces zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, postavljanje cilja zdravstvene njege, provođenje intervencija, te evaluaciju. Takav pristup je racionalan, logičan i utemeljen na znanju, a potrebno ga je zabilježiti kroz sestrinsku dokumentaciju. (9)

Kako bi u timu bila osigurana komunikacija, kontinuitet zdravstvene njege, te adekvatno dokumentiranje nužno je, u prvom redu, poznavanje sestrinskih dijagnoza koje će u ovom radu biti prikazane uz različite vrste simptoma depresivnih bolesnika.

Također biti će navedene i neke konkretne intervencije medicinske sestre koje proizlaze iz uzroka problema kod depresivnih bolesnika. Intervencije medicinske sestre usmjerene su na pomoć u svakodnevnim aktivnostima, ublažavanju simptoma, jačanju samopouzdanja, razvijanju vještina potrebnih za život, suočavanje sa stresom, učenje

socijalnih vještina, prepoznavanje protektivnih i rizičnih faktora, te edukaciji bolesnika i obitelji. (9) A da bi se bilo koja sestrinska intervencija smatrala stručnom u nju moraju biti uključena određena načela zdravstvene njege, koja predstavljaju opća pravila ili zakonitosti. Stoga će i osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika također biti predstavljena u ovom radu. (10)

Iako je zdravstvena njega sinonim sestrinskog posla, medicinska sestra također, najvećim dijelom sudjeluje u najosjetljivijem području skrbi za bolesnika, a to su međuljudski odnosi. Njena aktivna uloga označava terapijski susret s bolesnikom u najširem smislu, a započinje u trenutku prijema bolesnika. Depresivni bolesnik je dolaskom u bolnicu često prestrašen, tjeskoban i zabrinut, a nerijetko izražava nepovjerenje u ustanovu, liječnike, medicinske sestre i lijekove. Zbog toga je prvi susret medicinske sestre s bolesnikom izuzetno važan, jer o njemu ovisi hoće li se razviti povjerenje i empatija, te hoće li se stvoriti pozitivno ozračje u kojem se bolesnik osjeća prihvaćenim, sigurnim i poštovanim. Pozitivan i svrhovit početak komunikacije sestra postiže pravim odabirom pitanja, pažljivim slušanjem i razumijevanjem odgovora, te dobrim zamjećivanjem bolesnikova neverbalnog ponašanja.

Nadalje, tijekom liječenja depresivnog bolesnika, jedan od općenitih sestrinskih ciljeva je poticanje bolesnika na izražavanje misli, osjećaja i želja, što je jedan od načina za ostvarivanje dobrog odnosa s bolesnikom. U skladu s tim, može se reći da je još jedna bitna uloga medicinske sestre, predstavljanje sebe kao dio tima kojemu bolesnik može sve reći i davanje do znanja da je sestra osoba koja će ga uvijek strpljivo saslušati. Međutim, kod svih skupina bolesnika, a naročito depresivnih bitno je imati na umu da gotovo svaka sestrinska intervencija treba biti s bolesnikom, a ne za bolesnika, odnosno poticanje na samostalnost.

Medicinska sestra također ima veliku važnost u dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Tu se podrazumijevaju podatci o bolesnikovom ponašanju i sudjelovanju u odjelnoj svakodnevnicu. Te podatke sestra pažljivo zamjećuje, evidentira i prenosi drugim članovima tima, što pridonosi dijagnostičkom promišljanju. Osim u primjeni ordinirane farmakoterapije i praćenja odgovora na istu, sve je veća uloga medicinske sestre i u ostalim terapijskim sadržajima, kao što su mnogi oblici okupacijske terapije, te socioterapijski sadržaji.

Jedna od bitnih uloga je također i pomoć pri komunikaciji bolesnika i članova njegove obitelji. Tu sestra može pomoći u razumjevanju bolesnikove malodušnosti, ravnodušnosti, razdražljivosti, netrepeljivosti i ostalih promjena u ponašanju depresivnog bolesnika, a koje su u biti dio poremećaja. (2)

3.1. Osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika

Načela se definiraju kao opća pravila i zakonitosti, stoga moraju biti osnova svake sestrinske intervencije i prožimati cijelu sestrinsku praksu. A govoreći o sestrinskoj psihijatrijskoj praksi također se mogu istaknuti neka posebna načela koja s obzirom na narav sestrinske psihijatrijske skrbi uglavnom definiraju odnos medicinske sestre s bolesnikom. (10)

3.1.1. Holistički pristup

Holistički pristup podrazumijeva sagledavanje pacijenta kao cijelovitog bića u kontekstu njegovog socijalnog i kulturnog okruženja. Primjer na kojemu se može objasniti takav pristup je pomoć bolesniku pri hranjenju. Provodeći tu intervenciju sestra treba biti svjesna da bolesnikova potreba za hranom nije samo fiziološka, nego ima i svoju psihološku, kulturalnu i socijalnu dimenziju. Što primjerice znači da uz glavni cilj zadovoljavanja energetske potrebe, treba paziti koju bolesnik želi ili ne želi jesti hranu zbog vjerskih ili nekih drugih uvjerenja. (10)

3.1.2. Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića

Jedinstvenost ljudskog bića očituje se u činjenici da ne postoje dva jednaka čovjeka, čak ako se radi i o jednojajčanim blizancima. A poštovanje te jedinstvenosti očituje se prihvaćanjem pacijenta onakvoga kakav jest, sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima. A za uočavanje i uvažavanje tih razlika potrebno je široko obrazovanje i tolerancija. Primjer te različitosti seže od razlika u konzumiranju hrane,

gdje je svakom bolesniku bitna toplina obroka, redosljed, preferencije i sl. do razlika u sustavu vrijednosti. (10)

3.1.3. Privatnost i dostojanstvo

Načelo privatnosti i dostojanstva obuhvaća uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja i čuvanje tajne. Svakodnevna sestrinska praksa podrazumijeva mnogo rutinskih aktivnosti, gdje se nerijetko nesvjesno krši ovo načelo. Primjeri kršenja su narušavanje tjelesne privatnosti kao što je kupanje u krevetu bez paravana ili pak etikiranje bolesnika, gdje ga se u razgovoru oslovljava dijagnozom, mjestom u sobi i sl. umjesto imenom. Tu također spadaju uskraćivanje objašnjenja, ne traženje ili samo formalno traženje pristanka na medicinske zahvate, odavanje informacija datih u povjerenju, nestručno komentiranje istih i sl. (10)

3.1.4. Terapijska komunikacija

Terapijska komunikacija spada u profesionalnu komunikaciju sa jasno definiranim ciljevima usmjerenim ispunjavanju bolesnikovih potreba i stoga ju je potrebno učiti. Podrazumijeva razvijanje partnerskog odnosa i odnosa povjerenja potrebnih za osiguravanje osjećaja prihvaćenosti kod bolesnika, pružanje podrške, savjeta, te osiguravanje uvjeta za promjenu stavova i ponašanja i sl. (10)

3.1.5. Bezuvjetno prihvaćanje

Načelo bezuvjetnog prihvaćanja u najširem smislu označava pružanje pomoći bez osude. U nekim pravnim aktima obično se upućuje na nediskriminaciju s obzirom na rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja, gospodarske i društvene prilike u kojima bolesnik živi. Ali praktični savjet za medicinske sestre i ostale zdravstvene djelatnike bilo bi osvještavanje načina kršenja tog načela. U literaturi se navodi da počinje nesvjesnom podjelom bolesnika na simpatične i nesimpatične, što uzrokuje

uskraćivanje skrbi nesimpatičnima. A uzroci nesimpatičnosti se mogu povezati sa uzrocima nepopularnosti koji su prema istraživanjima autorice Kus: nizak društveni status, niske moralne vrijednosti, stanja koja pobuđuju strah, nepopularno ponašanje, nesigurnost u vlastitu stručnost, te medicinska dijagnoza. (10)

3.1.6. Uključivanje klijenta

Uključivanje klijenta označava naglašavanje i oslanjanje na bolesnikove potencijale, mogućnosti, i jake strane, a ne na slabosti i nedostatke u svim razinama skrbi od utvrđivanja potreba do evaluacije. To načelo, u želji medicinske sestre da se neke aktivnosti što brže obave, često bude prekršeno. Na kršenje istog često utječe predrasuda da je odlika dobre medicinske sestre rad za bolesnika, a ne s bolesnikom što je pogrešno, jer bolesnika, slobodno rečeno, vodi u duševnu invalidnost. A takva je predrasuda naročito kontraproduktivna kod depresivnih bolesnika. (10)

3.1.7. Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi

Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi u biti je pomoć pri usvajanju novih prilagođenih ponašanja, a nadovezuje se na terapijsko okruženje. Kod svih pa i depresivnih bolesnika često dolazi do konflikata u obitelji ili radnoj okolini, gubitka prijatelja, te socijalne izolacije. I upravo je u takvim problemima potrebna ova vrsta pomoći koju pruža medicinska sestra, a stručno je za to osposobljava učenje određenih socioterapijskih i bihevioralnih tehnika. (10)

3.2. Sestrinske dijagnoze kod depresivnih bolesnika

Sestrinske dijagnoze definiraju se kao aktualni ili potencijalni zdravstveni problemi koji su medicinske sestre, s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo, sposobne i ovlaštene tretirati. Kao što je u radu već ranije navedeno, proces zdravstve njege označava pristup u otkrivanju i rješavanju tih problema, stoga je postavljane sestrinske dijagnoze početak tog procesa, odnosno plana zdravstvene njege. Razvijene su s ciljem olakšavanja komunikacije među sestrama, unaprijeđivanja sestrinske prakse, te lakšeg obrazovanja i istraživanja. (9)

U literaturi se često upozorava na odnos medicinske i sestrinske dijagnoze. Dok medicinska odražava bolest, sestrinska odražava promjenu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba i više se veže u simptome bolesti. Stoga će i uvom radu, sestrinske dijagnoze vezane uz depresivnog bolesnika, biti predstavljene uz afektivno- voljne, bihevioralne, tjelesne i kognitivne simptome. Bitno je uočiti da i bolesnici koji boluju od samo jedne medicinske dijagnoze u principu imaju više sestrinskih dijagnoza koje se isprepliću i nadovezuju. Također, određena medicinska dijagnoza ne podrazumijeva kod svakog bolesnika isti set sestrinskih dijagnoza, već se one formuliraju zasebno za svakog bolesnika na osnovi njegovih potreba.

3.2.1. Afektivno-voljni simptomi

Tu spadaju: depresivno raspoloženje, tuga, beznade, obeshrabrenost, utučenost, osjećaj tuposti i praznine, nemogućnost smijanja, veseljenja, potištenost malodušnost, osamljenost, bezvoljnost, tjeskoba, gubitak osjećaja prema emocionalno bliskim osobama, krivnja, razdražljivost, osjećaj trajne srdžbe, nezadovoljstvo, frustriranost zbog sitnica, nemogućnost osjećanja, ravnodušnost.

Sestrinske dijagnoze:

Sniženo raspoloženje u/s osjećajem praznine

Tjeskoba u/s osjećajem unutarnjeg nemira i napetosti

Osamljenost u/s smanjenjem volje i interesa

Zabrinutost u/s neprekidnim osjećajem živčane napetosti

Krivnja u/s nesposobnošću funkcioniranja

Sram u/s osjećajem obeshrabrenosti
Potištenost u/s dubokim osjećajem beznada
Potištenost u/s gubitkom podrške
Nemogućnost osjećanja u/s osjećajem praznine
Krivnja u/s gubitkom emocija
Anksioznost u/s pomanjkanjem informacija (9)

3.2.2. Bihevioralni simptomi

Tu spadaju: gubitak interesa i uživanja u omiljenim aktivnostima, izbjegavanje druženja s prijateljima i rodbinom, psihomotorna agitacija i retardacija

Sestrinske dijagnoze:

Uznemirenost u/s somatskim simptomima
Smanjenje interesa za neke stvari i aktivnosti u/s bezvoljnošću
Smanjeno zanimanje i uživanje u gotovo svim aktivnostima u/s osjećajem tuge
Napetost u/s negativnim predviđanjem ishoda bolesti
Nemir u/s osjećajem gušenja, pritiskom u prsima
Usporenost u/s osjećajem umora
Smanjenje tjelesne aktivnosti u/s umorom
Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom samopoštovanja
Poremećaj samopoštovanja u/s osjećajem manje vrijednosti
Poremećaj samopoštovanja u/s gubitkom socijalnog kontakta
Socijalna izolacija u/s gubitkom bliske osobe (9)

3.2.3. Tjelesni (vegetativni) simptomi

Tu spadaju: slabljenje životne energije, umor bez tjelesnog napora, otežano usnivanje, skraćeno ili isprekidano spavanje, povećanje ili smanjenje apetita, debljanje ili mršavljenje.

Sestrinske dijagnoze:

Umor u/s smanjenjem životne energije
Nesanica u/s strahom od noćnih mora
Pretjerano spavanje u/s osjećajem nesretne stvarnosti
Smanjen unos hrane u/s gubitkom apetita
Smanjen unos hrane u/s otežanim gutanjem i osjećajem gušenja
Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane
Smanjen unos tekućine u/s gubitkom apetita i interesa za hranu i tekućinu
Pretilost u/s prekomjernim unosom hrane i smanjenom tjelesnom aktivnošću (9)

3.2.4. Kognitivni simptomi

Tu spadaju: otežana koncentracija, pamćenje i mišljenje, neodlučnost, umanjivanje vlastite vrijednosti, smanjenje ili gubitak samopoštovanja, osjećaj potpune bezvrijednosti ili omalovažavanja, pretjerana krivnja, negativne misli.

Sestrinske dijagnoze:

Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije u/s osjećajem umora
Neodlučnost u/s smetnjama koncentracije
Smanjen stupanj samopouzdanja u/s negativnim osjećajima u samom sebi
Osjećaj bezvrijednosti u/s nerealističnom procjenom vlastite vrijednosti
Osjećaj bezvrijednosti i krivnje u/s stalnim razmišljanjem o nevažnim neuspjesima
Osjećaj krivnje u/s prenaplašenim, stvarnim ili čak izmišljenim pogreškama u prošlosti
Poremećaj samopoštovanja u/s nemogućnošću potvrđivanja i poistovjećivanja s okolinom
Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom samopouzdanja
Tjeskoba u/s negativnim/disfunkcionalnim mislima
Sumoran i pesimističan pogled na budućnost u/s osjećajem bespomoćnosti
Negativno predviđanje budućnosti u/s gubitkom nade
Umanjena sposobnost podnošenja ili rješavanja situacija u/s niskim samovrednovanjem
Neefikasno sučeljavanje sa stresnim situacijama u/s neupućenošću (9)

3.3. Sestrinske intervencije na kognitivnoj, interpersonalnoj, te ponašajnoj razini

Depresija se odražava na svim aspektima ljudskog bića, stoga se i sestrinske intervencije planiraju na način da pokrivaju cjelokupno ljudsko funkcioniranje. Na biološke čimbenike djeluje se primjenom ordinirane farmakoterapije, na kognitivnoj razini utječe se na začarani krug negativne „misli-neugodni osjećaji-neučinkovito ponašanje“, a na interpersonalnoj i ponašajnoj razini nastoji se prekinuti pasivizacija i socijalna izolacija.

3.3.1. Sestrinske intervencije na kognitivnoj razini

Sestrinske intervencije na kognitivnoj razini fokusiraju se u prvom redu na negativne misli bolesnika, odnosno disfunkcionalni način razmišljanja. Naime negativne misli koje su karakteristične za depresivnog bolesnika, praćene su neugodnim osjećajima što u konačnici dovodi do neučinkovitog ponašanja. A neučinkovito ponašanje produbljuje narušeno samopouzdanje i sliku o sebi, te samu depresiju. Prekidanje tog začaranog kruga pomaže u svladavanju i preveniranju depresije.

Te intervencije, usmjerene na negativne misli, odnosno na disfunkcionalni način razmišljanja kronološki se provode kroz 3 točke za koje postoje osmišljene tehnike:

1. identificirati disfunkcionalne/negativne misli
2. utvrditi točnost disfunkcionalnih/negativnih misli
3. zamjeniti disfunkcionalne/negativne misli pozitivnima

Ukoliko se navedenim intervencijama ne uspijeva djelovati, također pomažu:

1. Prebacivanje pažnje
2. Mentalne igre
3. Liste pohvale

Također u 80% depresivnih bolesnika postoje suicidalna razmišljanja, stoga je potrebno rizik od suicida stalno procjenjivati i provesti intervencije ukoliko postoji.

Plan preveniranja suicida podrazumijeva:

1. Osloboditi se opasnog oružja i oruđa
2. Nazvati liječnika i zatražiti hitan prijam ili razgovor
3. Potražiti podršku obitelji ili prijatelja
4. Prakticirati tehnike relaksacije
5. Vježbati
6. Osloniti se na religiozne i duhovne elemente u životu
7. Razmotriti svoju listu razloga za život (9)

3.3.2. Sestrinske intervencije na interpersonalnoj razini

Na interpersonalnoj razini intervencije su usmjerene na prekid pasivizacije u odnosima i socijalne izolacije:

- poticanje na obnavljanje kontakata s prijateljima i rodbinom
- izlazak iz kuće
- provođenje više vremena s bračnim partnerom
- igra i druženje s djecom
- izbjegavanje situacija u kojima se osjećaju tužni
- izbjegavanje odnosa s ljudima koji ih vrijeđaju i kritiziraju
- korištenje godišnjeg odmora dok se situacija na poslu ne promjeni
- promjena radnog mjesta
- edukacija bolesnika asertivnosti, vještinama komunikacije, te vještinama suočavanja sa stresom (9)

3.3.3. Sestrinske intervencije na ponašajnoj razini

Depresivni bolesnici su skloni pasivnim i otuđujućim aktivnostima kao što su gledanje televizije, ležanje u krevetu, razmišljanje o problemu, žaljenje prijateljima i sl. S vremenom im svijest o svojoj neaktivnosti, istu prezentira kao dokaz o svojoj nesposobnosti, a to pojačava depresiju. Stoga su intervencije usredotočene na aktivno sudjelovanje bolesnika, samoprocjenjivanje i samopraćenje njegovih ponašanja, osjećaja i misli kroz dnevnike i domaće zadaće. (9)

4. ZAKLJUČAK

Depresija je jako ozbiljan poremećaj. Ozbiljnost tog poremećaja očituje se s mnogo aspekata. Za bolesnika predstavlja veliku duševnu patnju i odražava se na svim dimenzijama njegovog bića; tjelesnoj, duševnoj, i socijalnoj. Simptomi te bolesti smanjuju sposobnost obavljanja uobičajenih aktivnosti, te uživanje u životu. Stoga uzrokuju poteškoće ili smanjuju sposobnost funkcioniranja na poslu, u obitelji ili društvu. Također je značajna povezanost suicidalnog ponašanja s depresijom. Sve navedeno zajedno predstavlja veliki javnozdravstveni problem.

Kada se govori o etiologiji poremećaja, čimbenici depresije se u principu dijele na biološke i psihosocijalne. Tu je donekle nejasna uzročno posljedična veza. Postavlja se pitanje je li nešto uzrok, ili posljedica depresije. Primjerice, uzrokuju li negativne misli depresiju ili je depresija uzrok negativnih misli?

Kako god bilo, jedno je sigurno. Depresija je bolest koja se uspješno liječi, a studije pokazuju da se najbolji rezultati postižu istodobnim djelovanjem na sve oblike ljudskog funkcioniranja.

Tu spoznaju također primjenjuju i medicinske sestre u planiranju sestrinskih intervencija. Definirajući sestrinske dijagnoze i planirajući intervencije vezano uz afektivno-voljne, ponašajne, tjelesne (vegetativne), te kognitivne simptome, a uz to primjenjujući ordiniranu somatsku terapiju, medicinska sestra također u svojem području rada primjenjuje holistički pristup.

Da bi se bilo koja sestrinska intervencija smatrala stručnom, mora biti utemeljena na znanju. Tu se obično podrazumijevaju neki rutinski tehnički postupci, ili pak određene psihoterapijske tehnike koje sestra usvaja za rad s depresivnim bolesnikom. Međutim potrebna je svijest o tome da se i neke osobnosti medicinske sestre, kao što su empatija i komunikacijske vještine, također mogu razvijati edukacijom. A takve su odlike u startu nužne za stvaranje terapijskog okruženja, te za sveukupni rad s depresivnim bolesnikom.

5. SAŽETAK

Depresija je biopsihosocijalni poremećaj. Za bolesnika osobno, ali i s javnozdravstvenog stajališta predstavlja značajan problem. Veliki skup simptoma kojima se odražava bitno narušava cjelokupno ljudsko funkcioniranje. Javlja se u mnogim kliničkim oblicima prema kojima se određuje način liječenja. Liječenje je poprilično uspješno, a podrazumijeva holistički pristup.

U terapijskom timu, kod depresivnog bolesnika, značajnu ulogu ima medicinska sestra. Njena uloga započinje već u trenutku prijema bolesnika, a o kvaliteti tog prijema mnogo ovisi hoće li se razviti povjerenje i empatija, te hoće li sestra uspjeti stvoriti lječidbeno ozračje. Nadalje, sestra svakodnevno provodi i fizičku i psihičku zdravstvenu njegu bolesnika, a tijekom nje observira, evidentira te prenosi drugim članovima tima podatke o bolesnikovu ponašanju i sudjelovanju u aktivnostima na odjelu. Značajna je njezina uloga i u međuljudskim odnosima. U prvom redu u odnosima između sebe i bolesnika. Zatim, kao zagovornice bolesnikovih potreba, u odnosima između bolesnika i ostatka terapijskog tima. U odnosima bolesnika s ostalim pacijetima, te u konačnici u odnosima bolesnika s njegovim bližnjima. Dakle, iz određene perspektive temeljna uloga medicinske sestre u terapijskom timu kod depresivnog bolesnika je ujedinjavanje svih aspekata medicinske skrbi.

6. SUMMARY

Depression is a biopsychosocial disorder. It is a significant problem for the patients themselves, but also from the public health point of view.. A large set of symptoms that are reflected substantially disturbs the overall human functioning. It occurs in many clinical forms that determine the way of treatment. Treatment is quite successful and involves a holistic approach.

In therapeutic team, that treats patient with depressive disorder, a nurse has a significant role. Her role begins at the time of the patient's admission, and quality of that reception determine a lot, whether confidence and empathy will be developed, and will the nurse manage to create therapeutic atmosphere. Furthermore, the nurse daily carries out the physical and mental health care of the patient, and during it observes, records and transfers to other members of the team data on the patient's behavior and participation in the activities at the department. It's also significant her role in interpersonal relationships. In the first place, in the relationship between herself and the patient. Then, as advocate of patient needs, in the relationship between the patient and the rest of the therapeutic team. In the relationships of patient with other patients, and ultimately in the relationships of patients with his family and friends. Therefore, from a certain perspective, the underlying role of a nurse in a therapeutic team treating depressive patient is to unite all aspects of medical care.

7. LITERATURA

1. Lučanin D, Despot-Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, Naklada slap; 2010.
2. Frančišković T, Moro Lj i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
3. Hotujac Lj i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
4. Medicinski priručnik za pacijente. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/depresija-i-manija/depresija>. Pristupljeno: 04.08.2018.
5. Poremećaji raspoloženja - klasifikacija, diferencijalna dijagnoza i liječenje. Dostupno na: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12381/Poremecaji-raspolozenja-klasifikacija-diferencijalna-dijagnoza-i-lijecenje.html>. Pristupljeno: 04.08.2018.
6. Depresija. Dostupno na: <https://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Letci-za-HZJZ-Depresija.pdf>. Pristupljeno: 07.08.2018.
7. Kunac A. Depresija u starijoj životnoj dobi: uloga medicinske sestre, Završni rad. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:993861>. Pristupljeno: 07.08.2018.
8. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege: Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
9. Hums, Hrvatsko psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika: Zbornik radova. Plitvička jezera: Hums; Lipanj 2011.
10. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.

8. ŽIVOTOPIS

IME I PREZIME: Hrvoje Ercegovac

DATUM ROĐENJA: 19.02.1992.

MJESTO ROĐENJA: Zagreb

MJESTO STANOVANJA: Kijevo

OBRAZOVANJE: - Osnovna škola Milana Begovića, Vrlika

- Srednja škola Lovre Montija, Knin – smjer Jezična gimnazija

- Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split – Preddiplomski studij

sestrinstva (upis prve godine – 2013.)

STRANI JEZICI: - Engleski jezik