

Poremećaj nutritivno metaboličkog obrasca zdravstvenog funkcioniranja kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja

Antunović, Matea

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:812222>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Matea Antunović

**POREMEĆAJ NUTRITIVNO-
METABOLIČKOG OBRASCA
ZDRAVSTVENOG FUNKCIONIRANJA
KOD OSOBA KOJE BOLUJU OD
DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

Završni rad

Osijek, 2015.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva

Matea Antunović

**POREMEĆAJ NUTRITIVNO
METABOLIČKOG OBRASCA
ZDRAVSTVENOG FUNKCIONIRANJA
KOD OSOBA KOJE BOLUJU OD
DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

Završni rad

Osijek, 2015.

Rad je ostvaren u Kliničkom bolničkom centru Osijek na Klinici za psihijatriju

Mentor rada je doc.dr.sc. Oliver Koić

Rad sadrži: 59 listova i 40 tablica

ZAHVALA

Zahvaljujem mentoru doc. dr. sc. Oliveru Koiću na podršci i stručnom usmjeravanju tijekom pisanja rada.

Posebno zahvaljujem mag. med. techn. Željki Kovačević na pomoći, savjetima, ohrabririvanju, podršci, stručnom usmjeravanju i strpljenju tijekom pisanja rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji, Matiji i prijateljima na pomoći, ljubavi, potpori, savjetima i ohrabririvanju tijekom pisanja rada i cijelog školovanja.

Zahvaljujem osoblju Klinike za psihijatriju na pristupačnosti i pomoći tijekom dijeljenja anketnih upitnika.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Depresija.....	2
1.1.1. Definicija depresije.....	2
1.1.2. Epidemiologija	2
1.1.3. Etiologija	3
1.1.4. Depresivna epizoda i klinička obilježja.....	4
1.1.5. Liječenje	5
1.2. Obrazac zdravstvenog funkcioniranja: promjene u nutritivno - metaboličkom obrascu kod bolesnika s depresivnim poremećajem.....	5
1.3. Poremećaji prehrane	6
1.3.1. Anoreksija nervoza.....	6
1.3.3. Pretjerano prejedanje / pretilost.....	8
1.4. Zdravstvena skrb depresivnih bolesnika s poremećajem prehrane.....	9
1.4.1. Sestrinske dijagnoze iz nutritivno-metaboličkog obrasca zdravstvenog funkcioniranja kod bolesnika s depresivnim poremećajem.....	9
2. CILJ	12
3. ISPITANICI I METODE	13
3.1. Ustroj studije	13
3.2. Ispitanici	13
3.3. Metode.....	13
3.4. Statističke metode.....	13
4. REZULTATI.....	13
5. RASPRAVA.....	43
6. ZAKLJUČAK	51
7. SAŽETAK.....	53
8. SUMMARY	54
9. LITERATURA	55
10. ŽIVOTOPIS	58
11. PRILOZI.....	59

1. UVOD

Depresija je neželjena posljedica načina na koji promatramo sebe i svijet. Stara je koliko i ljudska rasa, i rijetko koja osoba nije osjetila njezin dodir (1). Pogađa oba spola, a proizlazi iz trauma proživljenih u djetinjstvu. Žena je znatno više na udaru, više je pogođena i izložena je većoj opasnosti od muškarca, a sve zbog psiholoških i kulturoloških razloga (2). Ponekad sasvim iznenada, bez ikakvog očitog razloga, osjećamo nepodnošljivu tugu. Za neke je ljude takvo iskustvo samo prolazan trenutak i mogu ga odagnati razmišljanjem i djelovanjem. No, za neke postaje utvara čija neželjena prisutnost kvari svako veselje ili, što je još gore, postaje zatvor čije su zidine nevidljive. Depresija može biti vrlo ozbiljna bolest, ne samo zbog gubitka raspoloženja, energije i volje, nego i zbog tjelesnih simptoma poput kroničnih bolova, opće tjelesne slabosti, gubitka apetita, poremećaja sna i drugih, a u najtežim slučajevima i depresivnih psihotičkih simptoma (3). U dvadesetom je stoljeću depresija prozvana bolešću pa je liječe tabletama i terapijom elektrošokovima (1). Depresija će do 2020. godine zauzeti drugo mjesto u svijetu po obolijevanju i smrtnosti, a do 2030. godine bit će vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja u bogatijim zemljama (4).

Depresivne osobe često pate od poremećaja hranjenja. Više od 58 % bolesnika s poremećajem hranjenja je depresivno. Povezanost između depresivnosti i poremećaja u uzimanju hrane mnogo je proučavana, i premda neki istraživači smatraju da je ona ipak sekundarna u odnosu na anoreksiju ili bulimiju, veza još uvijek nije definitivno razjašnjena (5). Poremećaji hranjenja ubrajaju se u najčešće psihičke poremećaje i povezani su brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje kako vanjskog, tako i unutrašnjeg svijeta, vezan je uz emocije i iskustva još od najranijeg razvoja. Depresivna osoba može izgubiti tek i tjelesnu težinu. Ponekad može imati pretjeranu potrebu za jelom, obično praćenu i pojačanom potrebom za snom (4). Bulimija nervoza i anoreksija nervoza dva su glavna oblika poremećaja hranjenja. Učestalost poremećaja hranjenja raste u razvijenim zemljama, osobito među adolescenticama. Specifična etiologija poremećaja hranjenja je multifaktorijalna- bitnu ulogu imaju psihološki, socijalni i biološki faktori zajedno. Socijalni faktori direktno su povezani s obilježjima kulture (6). U svijetu koji je toliko opsjednut izgledom, toliko spreman nagraditi sebičnost i izjednačiti uspjeh sa samoreklamom, ne iznenađuje to što se poremećaji prehrane često smatraju pukom taštinom dovedenom do krajnosti (7). Međutim, problem kod poremećaja hranjenja je kompleksniji od same socijalne razine i treba tragati za dubljom podlogom. Psihološki faktori

igraju važnu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Pri tome je bitan proces razvoja, odnosi s roditeljima, tip privrženosti, stresni i traumatski događaj te adaptacija na životne faze kroz koje mlada osoba prolazi. Vještine koje osoba uči u djetinjstvu, a i kasnije, mogu joj omogućiti da drži u ravnoteži često suprotstavljene osjećaje i porive (6). Poremećaji prehrane još uvijek su bolest s najvišom stopom smrtnosti u psihijatrijskoj praksi. Između 10 i 25 % žrtava umire ili ih se pušta da umru. Oni koji ne umru, žive uz gotovo nezamislivu patnju (7).

1.1. Depresija

1.1.1. Definicija depresije

Riječ "depresija" porijeklom je iz latinskog jezika, latinski *depressio* dolazi od *deprimere*, što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti (8). Depresije su psihički poremećaji čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, emocionalna praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba (9). Također označava izrazito sniženo raspoloženje u odnosu na normalno (10). Depresija se ubraja u afektivne poremećaje ili poremećaje raspoloženja koji su najzastupljenija skupina duševnih poremećaja. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB 10) koja se primjenjuje kod nas, poremećaji raspoloženja podijeljeni su u kategorije od F30 do F39. F31 označava Bipolarni afektivni poremećaj, F32 Depresivna epizoda, a F33 Povratni depresivni poremećaj (4).

1.1.2. Epidemiologija

Depresije su čest psihički poremećaj, čija se učestalost tijekom posljednjih desetljeća povećava, zahvaljujući sve mlađim skupinama osoba. Procjene učestalosti pojavljivanja (broj osoba koje prvi put oboljevaju tijekom godine dana) depresivnih epizoda iznosi 1-2 na svakih 100 osoba (9). Poremećaj se pojavljuje gotovo dvostruko češće kod žena negoli kod muškaraca (11). Vjerojatnost obolijevanja od depresije tijekom života iznosi za muškarce do 12 %, a za žene do 26 % (9.) Depresija za žene predstavlja drugi po redu zdravstveni problem, a u ukupnoj populaciji depresija je na četvrtom mjestu. Jedan od sedam ljudi ima šansu jednom u životu oboljeti od depresije (12). U većem broju radova potvrđene su ove visoke procjene. Na jednom reprezentativnom uzorku stanovništva utvrđen je 17 %-tni rizik obolijevanja od depresije (9). Gotovo 3 % svjetskog stanovništva boluje od depresije. Veća

zastupljenost poremećaja raspoloženja kod žena nije do kraja rasvijetljena, a povezuje se s većom socijalnom i biološkom vulnerabilnošću (specifični psihosocijalni čimbenici, varijabilnost hormonskog statusa). S druge strane, kod muškaraca je depresija često zamaskirana alkoholizmom. Uobičajena dob prve pojave depresije je između 24. i 35. godine s trendom sve ranijeg javljanja. Čak 40 % depresivnih imali su svoju prvu epizodu prije dvadesete godine, dok ih je samo 10 % postalo depresivno iza pedesete godine (4). Doživotna prevalencija depresije kod odraslih osoba procjenjuje se do 18 %, a doživotni rizik obolijevanja čak 20-30% (13).

1.1.3. Etiologija

Danas se svaki depresivni poremećaj u etiološkom smislu promatra kao međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, bez obzira na mogući neposredni poticaj koji mu je prethodio (14). I ovdje je, kao i u većini drugih psihijatrijskih poremećaja, nepoznata etiologija. Nepoznavanje prave etiologije obilno nadoknađuju brojne teorije o mehanizmu nastajanja: biokemijske i psihosocijalne teorije.

1. Biokemijske teorije: genetička istraživanja i istraživanje djelovanja antidepresiva upozorila su na važnost biološke podloge za nastajanje velike depresije. U obiteljima depresije 2-3 puta je veći rizik obolijevanja od tog poremećaja nego što je to slučaj u općoj populaciji.
2. Psihodinamičke teorije: u središte pozornosti stavljaju osjećaj gubitka, osobe, situacije ili predmeta.
3. Socijalne teorije: u socijalnim teorijama veliku ulogu ima stres, pa se tako pretpostavlja da niz stresnih situacija predodređuje osobu za razvoj depresije.
4. Bihevioralna teorija: govori o depresiji kao naučenoj bespomoćnosti (11).

Na pojavu depresije utječu sljedeći rizični čimbenici: spol, životna dob, socio-ekonomski faktori, stresna opterećenja, obiteljska opterećenost. Rizičnim faktorom za depresiju smatra se stanje u obitelji i postojanje/nepostojanje bliskog, osobnog odnosa. Ranije obolijevaju rastavljene osobe i one koje nemaju nekoga bliskog kome se mogu povjeriti (9).

1.1.4. Depresivna epizoda i klinička obilježja

Oboljeti od depresije znači doživjeti teško iskustvo patnje (4). Uobičajeno funkcioniranje je narušeno, a ponekad čak i onemogućeno (11). Bolesnik je većinu dana tužan i nezainteresiran za aktivnosti koje su mu do sada činile zadovoljstvo. Može izgubiti tek i tjelesnu težinu. Ponekad može imati pretjeranu potrebu za jelom, obično praćenu i pojačanom potrebom za snom (4). U većini slučajeva bolesnici su izrazito psihomotorički usporeni. Klasična je slika depresivnog bolesnika sjedenje s vrlo oskudnim pokretima, klonule glave i pogleda usmjerenog u pod. Kod depresivnih bolesnika katkad se mogu pojaviti sumanutosti ili halucinacije pa se tada to opisuje kao psihotična depresija (11). Često je uznemiren, anksiozan, ustrašen, ne može zaspati ili se vrlo rano budi. Tijekom dana je umoran i bezvoljan. Bilo kakva aktivnost za njega predstavlja veliki napor. Bolesnik je neodlučan, teško se koncentrira, a pažnja mu vrlo brzo popušta. Strah može biti opći, ali se često javlja i u vidu pretjerane preokupiranosti i zabrinutosti za vlastito zdravlje. Depresivna osoba je plačljiva, ali može biti razdražljiva i pobudljiva, što se osobito viđa kod depresivnih muškaraca. Zbog svega toga depresivna osoba ima prepoznatljivi vanjski izgled: zabrinuti i sumorni izraz lica sa specifičnim naborima na čelu, kopcima te spuštene kutove usana (4). Depresivni bolesnici doživljavaju sebe i svoju okolinu izrazito negativno. U njihovu se misaonom sadržaju stalno pojavljuju ideje gubitka, krivnje, patnje, suicida i smrti. Većina njih slabije komunicira s okolinom, na pitanja uglavnom odgovaraju jednosložnim riječima ili kimanjem glave. Njihovo je mišljenje usporeno. Gotovo 75 % depresivnih bolesnika pomišlja na suicid kao na moguće rješenje svoga teškog stanja, a 10-15 % i izvršava taj čin. Osobito je karakteristično njihovo nevjerovanje u mogućnost poboljšanja. Ako se epizoda depresije ne liječi, ona može prosječno trajati od 6 do 13 mjeseci, a većina liječenih epizoda traje od dva do tri mjeseca. Neki bolesnici u životu mogu imati samo jednu depresivnu epizodu, koja se više nikad ne ponavlja. Ipak 50-80 % bolesnika doživi više od jedne epizode. Čimbenici koji povećavaju rizik za pojavljivanje sljedeće epizode jesu zlouporaba alkohola ili droge, anksioznost, starija dob, itd. Opisan je i poseban podtip depresivnog poremećaja koji ima sezonski karakter pojavljivanja. Poremećaj se pojavljuje u jesen ili zimu, a popravlja se u proljeće i ljeto. Atipičnim se oblikom depresije naziva onaj u kojem su simptomi suprotni onima koji se pojavljuju u "klasičnoj" depresiji. Takvi se bolesnici obično osjećaju bolje izjutra, umjesto nesanicice pojavljuje se prekomjerno spavanje, a umjesto gubitka teka pretjerano jedenje (11).

1.1.5. Liječenje

Prvi korak u liječenju znači donošenje odluke gdje će se liječenje provoditi, ambulantno ili u bolnici (10). Najbolji rezultat daje kombinacija farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera. Depresivne se epizode mogu liječiti u velikom broju - u gotovo 70-80 % slučajeva. Važno je upozoriti bolesnika da to nije bolest koja se može vrlo brzo ukloniti i da lijekovi koje uzima ne djeluju poput onih koji se uzimaju kod glavobolje. Također mu treba objasniti da lijekovi izazivaju određene nuspojave koje baš nisu uvijek ugodne. Treba mu reći da će se, na žalost, njegovo potišteno raspoloženje popraviti zadnje, ali da će zato poboljšanje apetita i sna biti rani znakovi njegova oporavka. Liječenje treba započeti jednim od novijih antidepresiva, tipa selektivnih inhibitora pohrane serotonina, ili novijih antidepresiva mješovita djelovanja. Lijek treba davati najmanje četiri do šest tjedana, i to u punoj terapijskoj dozi. Ako različiti terapijski pokušaji ostanu bez odgovarajućeg uspjeha, u terapiji se može primijeniti elektrostimulativna terapija. To je zasad najuspješniji antidepresivni tretman koji postoji. Cilj je obnavljanje kognitivne funkcije koja pomaže bolesniku da spozna i ukloni negativno razmišljanje, da razradi alternative i stvori fleksibilniji način razmišljanja i izvježba nove kognitivne i bihevioralne odgovore. Premda obiteljska terapija nije primarni terapijski pristup u liječenju depresije, ona može biti vrlo korisna u slučajevima gdje je zbog bolesnikova stanja bitno narušen obiteljski sklad i funkcioniranje cijele obitelji (11).

1.2. Obrazac zdravstvenog funkcioniranja: promjene u nutritivno - metaboličkom obrascu kod bolesnika s depresivnim poremećajem

Nutritivno- metabolički obrazac zdravstvenog funkcioniranja odnosi se na unos i stil prehrane (uključujući i tekućine) pojedine osobe te potrošnja istih koja je povezana s metaboličkim potrebama i indikator je koji nam ukazuje na zadovoljavanje potreba i opskrbe organizma određenim nutrijentima. Kod depresivnog poremećaja, kada govorimo o sestrinskoj skrbi, odnosno, određivanju problema iz zdravstvene njege, osim u ostalim obrascima zdravstvenog funkcioniranja, dolazi i do značajnog disbalansa upravo u nutritivno-metaboličkom obrascu kojih uglavnom bolesnici nisu svjesni, kao ni posljedica koje mogu biti fatalne, a koje moramo prepoznati, procijeniti i našim sestrinskim intervencijama, ako je moguće, ukloniti ili bar svesti na neškodljivu razinu. Navedeni poremećaji za medicinske sestre mogu biti dvojaki: možemo ih sagledati kroz prizmu zdravstvene skrbi (odnosno obrazaca zdravstvenog funkcioniranja) gdje predstavljaju problem (kao npr. "smanjen (ne

dovoljan)/ prekomjeren unos hrane), ali nam mogu i predstavljati i uzrok, ako se identificiraju kao postojeći medicinski poremećaj (anorexiannervosa/bulimija/prejedanje). Bez obzira kako ih promatrali, naš cilj je postići ravnotežu (balans) u nutritivno - metaboličkoj funkciji kod bolesnika (6). Indeks tjelesne mase (engl. BodyMassIndex, BMI) jedan je od načina procjene uhranjenosti. Vrijednost preporučenog BMI-a iste su za oba spola, on iznosi od 18,5 - 24,9 kg/m² prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije za europsko stanovništvo.

1.3. Poremećaji prehrane

Poremećaji prehrane predstavljaju ozbiljan problem koji uključuje svakodnevne promjene u načinu prehrane, od uzimanja iznimno malih količina hrane do prejedanja. U početku se radi o premalim ili prevelikim količinama hrane, no u određenoj točki osoba počinje gubiti kontrolu nad svojom prehranom. Oni se ubrajaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose rizik i ranije smrti (6). Ovaj poremećaj također uključuje pretjeranu brigu ili okupiranost tjelesnom težinom ili izgledom. Često ga se opisuje kao vanjski izričaj unutarnje emocionalne boli i konfuzije. Misli i ponašanje koji su fokusirani na hranu predstavljaju neadekvatan način nošenja s emocionalnim problemima jer se osoba ne uspijeva izraziti na drugi zadovoljavajući način. Često se u pozadini nalazi negativan doživljaj sebe, osjećaj da se "loše" i neprihvatljive stvari u vezi sebe ne mogu promijeniti, pa hrana predstavlja pokušaj preuzimanja kontrole. Često postoji konfuzija u vezi vanjskog izgleda posebno stoga što moderna kultura sve više ističe značaj i važnost idealne građe, pa različite dijete i restriktivan način ishrane postaju sve prihvaćeniji. Najčešći poremećaji prehrane su anoreksija nervoza, bulimija nervoza i pretjerano prejedanje. Obično postoji više uzroka ovog poremećaja - sniženo samopoštovanje, osjećaj neadekvatnosti ili nedostatka kontrole, usamljenost, ljutnja, poremećeni obiteljski odnosi, povijest fizičkog izgleda ili seksualnog zlostavljanja, poteškoće u izražavanju emocija i naravno depresija.

1.3.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane koji vodi gubitku na težini. Riječ anoreksija grčkog je podrijetla te označava "odsutnost apetita". Najčešće se javlja u dobi od

14-25 godina (6). Ovaj poremećaj hranjenja je obilježen gubitkom težine najmanje 15 % od očekivane tjelesne težine, uznemiravajućim strahom od dobitka težine, specifičnim dijetnim navikama koje preveniraju dobivanje težine, poremećenim načinom doživljaja tjelesnog izgleda i tjelesne težine kao i ukupne mentalne predodžbe sebstva (4). Pacijenti razrjeđuju sok vodom. Vaganje u liječničkoj ordinaciji također može predstavljati izazov. Neke žrtve piju velike količine vode ili odbijaju otići na zahod prije vaganja. Stavljaju u odjeću novčiće ili kamenje, nose više slojeva odjeće kako bi prevarili vagu. Kod akutnog pacijenta opasnost od samoubojstva je dvostruka. Negativni um može žrtvi stalno davati naredbe da se ozljeđuje i uništi sve zbog svoje bezvrijednosti. Povlače se od društva, naizgled komuniciraju prilično dobro, ali su zapravo nevjerojatni glumci. Pretvaraju se da su sretni (7). Mnoge osobe koje pate od anoreksije pokazuju i veoma ozbiljne simptome depresivnosti- depresivno raspoloženje, razdražljivost, nesanica, smanjeni interes za seksualnost. Ove osobe često ne vole jesti pred drugima. Osobe su mršave, upalog lica, tankih ruku i nogu sa stršećim zglobovima, hladne kože, upalog trbuha. Vitalni su znakovi abnormalni. Disanje je duboko, s dahom na aceton, puls je usporen, koža je blijeda i hladna, često suha i gruba. Javljaju se lanugo dlačice. Javlja se niski krvni tlak. Često se potvrđuje ortostatska hipotenzija. Temperatura im je obično snižena (5). Vrlo je složeno odrediti farmakološko liječenje i regulirati ishranu jednoj izuzetnoj anorektičarki koja ne surađuje, a čija je težina manja od trideset ili dvadeset kilograma. Zbog toga je u pravilu potrebna hospitalizacija. Ova je bolest česta u obiteljima gdje ima i drugih članova koji boluju od neke duševne bolesti (15). Postoje dva tipa anoreksije: *Restriktivni tip i prežderavajuće/purgativni tip* (6).

1.3.2. Bulimija nervoza

Riječ bulimija grčkog je podrijetla i znači "bikova glad". Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja / pražnjenja, a sastoji se od epizoda velikog prežderavanja nakon kojeg slijedi inducirano povraćanje ili zlouporaba laksativa, da bi se iz tijela izbacile goleme količine hrane. Obično započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, smatra se da je prosječna dob javljanja oko 20. godine života. Veliku sličnost između anoreksije i bulimije nalazimo u patološkom doživljavanju vlastitog tijela (6). Bulimija pogađa naročito žene, ali i muškarce, iako mnogo rjeđe. Kod depresivnih, osim potrebe da se stalno pomalo jede i cijeli dan "grickaju" keksi, kolači, čokolada, kruh, javljaju se pravi i istinski napadi bulimije, kolosalna prejedanja. Skoro uvijek ove osobe biraju jako kaloričnu hranu, masnu ili slatku i

ne suhu, koja se može gutati bez žvakanja (15). Kalorijska vrijednost unesene hrane tijekom bulimičarskih napadaja u ekstremnim slučajevima doseže i do 5.000 kalorija dnevno. Nakon epizoda prejedanja, koriste sredstva za čišćenje, diuretike, emetike, ali se također, i nerijetko, odlučuju za višednevno gladovanje (11). Kada se bulimija komplicira depresijom, prejedanja su češća, a prakticiranje čišćenja nije dovoljno za zaustavljanje porasta težine (15). Postoje dva tipa bulimije: *purgativni tip i nepurgativni tip* (6).

1.3.3. Pretjerano prejedanje / pretilost

Pretilost je pojava prekomjernog nagomilavanja masti u organizmu. Javlja se kad je energetske unos u obliku hrane mnogo veći od energetske potrošnje. Pretilost je kronična bolest koja poprima epidemijske razmjere i prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije postaje vodeći problem javnog zdravstva u novom tisućljeću. Ako se žurno ne poduzmu odlučne mjere u cilju prevencije i liječenja pretilosti, predviđa se da će do 2025. godine 50 % svjetske populacije biti pretilo (16). Osim što je velik rizik za zdravlje, pretilost može imati i emocionalne posljedice. Kod velikog broja ljudi izaziva pojavu depresije (17). Prekomjerna tjelesna težina i pretilost usko su povezane sa zdravstvenim oboljenjima kao što su hipertenzija, bolest koronarnih arterija i druge bolesti (18). Da bi čovjek mršavio, potrošnja energije mora biti veća od unosa energije. Proučavanje pretilih osoba pokazalo je da je kod njih, kad su jednom postali pretili, uzimanje hrane gotovo jednako kao i kod osoba normalne tjelesne težine (19). Na pojavu i razvoj pretilosti utječe nekoliko rizičnih čimbenika: nepravilna prehrana s hranom visoke energetske, a niske biološke vrijednosti; nedostatak tjelesne aktivnosti; određene nasljedne bolesti; stečene bolesti i sindromi; nuspojave određenih lijekova; dob; rasa i drugi čimbenici. Na neke čimbenike nije moguće utjecati, ali uklanjanjem promjenjivih rizičnih čimbenika poput nepravilne prehrane i nedostatne tjelesne aktivnosti, moguće je utjecati na smanjenje tjelesne težine (16). Indeks tjelesne mase u rasponu od 25 do 29,9 kg/m² označava povećanu tjelesnu težinu, dok je indeks tjelesne mase veći od 30 kg/m² znak pretilosti (17).

1.4. Zdravstvena skrb depresivnih bolesnika s poremećajem prehrane

Ciljevi sestrinske skrbi usmjereni su na smanjenje simptoma bolesti, zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba i zaštiti bolesnika, a u akutnoj fazi bolesti pružanju pomoći bolesniku da osjeti zaštitu, umanjivanju stresa i pružanju povoljne emocionalne klime i ozračja sigurnosti. Jednostavno rečeno, cilj je reduciranje simptoma i bolje funkcioniranje bolesnika. Prilikom postavljanja sestrinske dijagnoze postavljamo zapravo aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre, s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo, sposobne i ovlaštene tretirati (12).

1.4.1. Sestrinske dijagnoze iz nutritivno-metaboličkog obrasca zdravstvenog funkcioniranja kod bolesnika s depresivnim poremećajem

Najčešći problemi iz područja zdravstvene njege kod depresivnih bolesnika iz nutritivno- metaboličkog obrasca:

1. Povećani unos hrane

- Mogući uzroci:
 - o poremećaj apetita, sekundarno lijekovi
 - o poremećaj osjeta okusa i mirisa
- Ciljevi: bolesnik će
 - o Izgubiti na težini
 - o Identificirati i izbaciti prehrambene sastojke koji utječu na debljanje
 - o Povećati razinu tjelesne aktivnosti
- Intervencije:
 - o Savjetovati bolesniku da se pridržava dijete 1 tjedan (objasniti mu što, kada i zašto jesti)
 - o Savjetovati mu da vodi dnevnik unosa hrane i okolnosti (da zapisuje vrijeme, mjesto, ljude, emocije i hranu koju je pojeo i kalorije)
 - o Podržati bolesnika pri postavljanju realnih ciljeva (primjer: smanjenjem dnevnog unosa hrane za 500 kilokalorija će rezultirati gubitkom 1-2 kilograma tjedno)
 - o Podučiti ga ponašanjem tijekom uzimanja obroka (jesti samo za stolom, da tijekom obroka ne obavlja druge aktivnosti, da sjedi tijekom jela, da

konzumira minimalno 8 čaša vode tijekom dana, da koristi male tanjуре, da ne jede iz tuđih tanjura, da sporo jede)

- Savjetovati bolesnika da redovito šeta i da vodi tjedni plan, te da postepeno povećava duljinu i brzinu hoda
- Savjetovati bolesnika da se pridruži suportivnim grupama

2. Smanjeni unos hrane

- Mogući uzroci:
 - Samoizazivanje povraćanja, pretjerano fizičko vježbanje i odbijanje hrane, sekundarno anoreksija nervoza
 - Anoreksija nervoza, hiperaktivnost, sekundarno bipolarni poremećaj
 - Poremećaj želje za jelom, sekundarno depresija
- Ciljevi: bolesnik će
 - Povećati unos hrane prema preporuci liječnika
 - Shvatit će važnost unosa hrane
- Intervencije:
 - Savjetovati bolesnika da se konzultira s nutricionistom kako bi se odredio primjereni dnevni unos kalorija
 - Poticati bolesnika da svakodnevno mjeri tjelesnu težinu
 - Objasniti važnost primjerene prehrane
 - Postaviti s bolesnikom realne ciljeve
 - Naučiti bolesnika da koristi začine kako bi poboljšao okus hrane
 - Poticati bolesnika da jede u društvu s drugim bolesnicima ili obitelji
 - Osigurati udobnu i opuštajuću atmosferu tijekom jela
 - Savjetovati bolesniku da se odmori prije jela
 - Savjetovati da provodi oralnu higijenu prije i poslije unosa hrane
 - Savjetovati bolesnika da uzima šest manjih obroka tijekom dana

3. Konstipacija

- Mogući uzroci:
 - Sjedalački stil života
 - Nedovoljna tjelovježba

- Neprikladni dijetetski režim
- Ciljevi: bolesnik će:
 - Osjetiti manju bol prilikom defekacije
 - Opisati uzročne faktore kada su poznati
 - Opisati postupak prevencije odnosno smanjivanja boli
- Intervencije:
 - Savjetovati bolesnika na odabir i popis adekvatnih namirnica
 - Poticati i preporučiti na unos dovoljnog volumena i adekvatne tekućine
 - Savjetovati bolesnika da obavlja eliminaciju svakodnevno u isto vrijeme
 - Podučiti bolesnika različitim tehnikama opuštanja, masažama i vježbama
 - Podučiti bolesnika o važnosti adekvatnih prehrambenih navika
 - Educirati bolesnika o važnosti redovite defekacije i da ne zatomi podražaj na defekaciju
 - Podučiti bolesnika da smanji bolnost prilikom defekacije korektivnim postupcima
 - Podučiti bolesnika da zaštiti kožu od kontaminacije
 - Educirati bolesnika o zdravim životnim navikama (20).

2. CILJ

Cilj ovog istraživanja je:

- utvrditi postoje li poremećaji u nutritivno - metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja
- utvrditi postoje li razlike u nutritivno - metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja u obliku prekomjerne ili preniske prehrane prema spolu kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja pri dolasku na liječenje i pri otpustu
- utvrditi postoje li razlike u nutritivno - metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja u obliku prekomjerne ili preniske prehrane prema dobi kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja pri dolasku na liječenje i pri otpustu
- utvrditi postoje li razlike u nutritivno - metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja u obliku prekomjerne ili preniske prehrane kod osoba koje žive u gradu ili ruralnoj sredini, a boluju od depresivnog poremećaja pri dolasku na liječenje i pri otpustu
- utvrditi postoje li razlike u nutritivno - metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja u obliku prekomjerne ili preniske prehrane prema prehrambenim navikama kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja pri dolasku na liječenje i pri otpustu

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

U radu je korištena presječna stručno - istraživačka studija.

3.2. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovali bolesnici koji su se hospitalno liječili na Klinici za psihijatriju u vremenskom razdoblju 5.-6. mjesec 2015. Uključeni kriterij ispitivane grupe bio je, osim bolničkog liječenja, medicinska dijagnoza (poremećaji raspoloženja) prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10, F30-F39). Uzorak je činilo sve ukupno 60 bolesnika.

3.3. Metode

Kao instrument za istraživanje korištena je dostupna medicinska i sestrinska dokumentacija Klinike za psihijatriju za dokazivanje potrebnih parametara istraživanja: demografski podatci o dobi, spolu ispitanika, medicinska dijagnoza, provedeni postupci iz područja zdravstvene skrbi te kao specifični podatci korišteni su parametri za procjenu zdravstvenog funkcioniranja iz nutritivno metaboličkog obrasca prema M. Gordon, te izračunavanje indeksa tjelesne mase (BMI).

3.4. Statističke metode

Statistička obrada podataka učinjena je korištenjem statističkog programa SPSS 22.0 (SPSS inc, Chicago, IL, SAD). Kolomogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk test korišteni su za ispitivanje normalnih raspodjela numeričkih varijabli. Međusobna usporedba nominalnih varijabli u slučaju velikog broja uzoraka (više od 5 u ćeliji) provedena je korištenjem Pearson χ^2 testa, dok je u slučaju malog broja uzoraka korišten Fisher's exact test. Kod usporedbe numeričke s nominalnim varijablama, kod normalne raspodjele numeričke varijable korišteni su parametrijski testovi Studentov t-test i ANOVA. Ukoliko numerička varijabla nije imala normalnu raspodjelu, koristili smo Mann-Whitney i Kruskal-Wallis test. Razina statističke značajnosti za sve testove kojima se provode usporedbe iznosi $p < 0,05$.

4. REZULTATI

U ispitivanju je sudjelovalo 60 ispitanika oba spola, u dobi od 25 do 76 godina, različitog stupnja obrazovanja (N=60).

Tablica 1.: Spol

		Broj	Postotak
Spol	Muško	24	40 %
	Žensko	36	60 %
	Ukupno	60	100%

Pogledamo li podatke ispitanika za spol prikazane u tablici 1., možemo uočiti kako je njih 24, odnosno 40% ispitanika muškog spola, dok je njih 36 odnosno, 60% ispitanika ženskog spola.

Tablica 2.: Dob

		Broj	Postotak
Dob u godinama	25-39	8	13%
	40-49	18	30%
	50-59	21	35%
	60 i više	13	22%
	Ukupno	60	100%

Pogledamo li podatke ispitanika za dob prikazane u tablici 2., možemo uočiti kako je 13% ispitanika u dobi 25-39 godina, 30% ispitanika u dobi 40-49 godina, 35% ispitanika u dobi 50-59 godina i 22% ispitanika u dobi od 60 i više godina.

Tablica 3.: Mjesto stanovanja

		Broj	Postotak
Mjesto stanovanja	Grad	31	52%
	Ruralna sredina	29	48%
	Ukupno	60	100%

Pogledamo li podatke ispitanika za mjesto stanovanja prikazane u tablici 3., možemo uočiti da je 52% ispitanika iz grada, dok je 48% ispitanika iz ruralne sredine.

Tablica 4.: Bračni status

		Broj	Postotak
Bračni status	Oženjen/Udana	34	56%
	Neoženjen/Neudana	16	27%
	Razveden/a	10	17%
	Ukupno	60	100%

U tablici 4., prikazani su podatci za bračni status ispitanika. Iz prikazane tablice možemo uočiti kako je 56% ispitanika oženjeno/udano, 27% ispitanika neoženjeno/neudano i 17% ispitanika razvedeno.

Tablica 5.: Radni status

		Broj	Postotak
Radni status	Zaposleni	13	22%
	Nezaposleni	25	41%
	Umirovljeni	22	37%
	Ukupno	60	100%

U tablici 5. prikazani su podatci za radni status ispitanika. Iz prikazane tablice možemo uočiti kako je 22% ispitanika zaposleno, 41% ispitanika je nezaposleno i 37% ispitanika je umirovljeno.

Tablica 6.: Stručna sprema

		Broj	Postotak
Stručna sprema	Nekvalificirani	22	37%
	Srednja stručna sprema	30	50%
	Viša stručna sprema	3	5%
	Visoka stručna sprema	5	8%
	Ukupno	60	100%

Pogledamo li u tablici 6. stupanj obrazovanja promatranih ispitanika možemo uočiti kako je 37% ispitanika nekvalificirano, 50% ispitanika je srednje stručne spreme, 5% ispitanika je više stručne spreme, dok je 8% ispitanika visoke stručne spreme.

Tablica 7.: Najčešći doručak

		Broj	Postotak
Najčešći doručak	Britanski	14	23%
	Kontinentalni	27	45%
	Ne doručkuje	19	32%
	Ukupno	60	100%

Na pitanje *Što ste najčešće doručkovali?* možemo uočiti kako je 23% ispitanika odgovorilo britanski doručak (jaja, maslac, salama, hrenovke), 45% ispitanika je odgovorilo kontinentalni doručak (čaj, tjestenina, namazi, keks), dok 32% ispitanika ne doručkuje.

Tablica 8.: Najčešći ručak

		Broj	Postotak
Najčešći ručak	Juha	1	2%
	Meso	3	5%
	Povrće	1	2%
	Varivo	5	8%
	Kombinacija dva ili više vrsta jela	47	78%
	Ne ruča	3	5%
	Ukupno	60	100%

Na pitanje *Što ste najčešće ručali?*, 2% ispitanika je navelo juhu, 5% ispitanika je navelo meso, 2% ispitanika je navelo povrće, 8% ispitanika je navelo varivo, 78% ispitanika je navelo kombinaciju dva ili više vrsta jela, dok 5% ispitanika ne ruča.

Tablica 9.: Najčešća večera

		Broj	Postotak
Najčešća večera	Mesni proizvodi	5	8%
	Tjestenina	6	10%
	Mliječni proizvodi	12	20%
	Voće	7	12%
	2 ili više skupina namirnica	23	39%
	Sendvič	2	3%
	Ne večera	5	8%
	Ukupno	60	100%

Na pitanje *Što ste najčešće večerali?*, 8% ispitanika je navelo mesne proizvode, 10% ispitanika je navelo tjesteninu, 20% ispitanika je navelo mliječne proizvode, 12% ispitanika je navelo voće, 39% ispitanika je navelo dvije ili više skupine namirnica, 3% ispitanika je navelo sendvič, a 8% ispitanika ne večera.

Tablica 10.: Druga bolest od koje ispitanik boluje

		Broj	Postotak
Druga bolest	Srčana bolest	2	3%
	Dijabetes	4	7%
	Neurološka bolest	3	5%
	Ostalo	19	32%
	Dvije ili više bolesti	13	21%
	Ne boluje	19	32%
	Ukupno	60	100%

Pod navodom *Bolujete li od neke druge somatske bolesti?*, samo 3% ispitanika navelo je da boluje od srčane bolesti, 7% ispitanika boluje od dijabetesa, 5% ispitanika boluje od neurološke bolesti. Od ostalih somatskih poremećaja boluje 32% ispitanika, a od dvije ili više bolesti boluje 21% ispitanika. Čak 32% ispitanika ne boluje od niti jednog drugog somatskog poremećaja.

Tablica 11.: Apetit

		Broj	Postotak
Apetit	Uredan	23	38%
	Povećan	6	10%
	Smanjen	31	52%
	Ukupno	60	100%

U tablici 11. prikazani su podaci za apetit ispitanika. Možemo uočiti kako 38% ispitanika ima uredan apetit, 10% ispitanika ima povećan apetit i 52% ispitanika ima smanjen apetit.

Tablica 12.: Povraćanje

		Broj	Postotak
Povraćanje	Da	12	20%
	Ne	48	80%
	Ukupno	60	100%

Iz tablice 12. možemo uočiti kako 20% ispitanika povraća nakon jela, a 80% ispitanika ne povraća nakon jela.

Tablica 13.: Prosječna vrijednost (varijable koje slijede normalnu raspodjelu)

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Dob ispitanika	50,73	10,823
Tjelesna visina pri prijemu (cm)	167,96	11,283
Tjelesna visina pri otpustu (cm)	167,96	11,283
Tjelesna težina pri prijemu (kg)	78,69	16,489
Tjelesna težina pri otpustu (kg)	79,58	16,311

Iz tablice 13. možemo uočiti kako je prosječna dob ispitanika 50,73 +/- 10,823 godina. Prosječna tjelesna visina ispitanika pri prijemu i pri otpustu je 167,96 +/- 11,283 cm. Prosječna tjelesna težina ispitanika pri prijemu je 78,69 +/- 16,489 kg. Prosječna tjelesna težina pri otpustu je 79,58 +/- 16,311 kg.

Tablica 14.: Prosječna vrijednost (varijable koje ne slijede normalnu raspodjelu)

	Aritmetička sredina
BMI pri prijemu (kg/m ²)	27,30
BMI pri otpustu (kg/m ²)	27,80
Broj obroka u danu	3,00
Vrijeme večere (h)	19,00
Količina konzumirane tekućine tijekom dana (L)	2,00
Broj obroka s voćem i povrćem tijekom dana	2,00

Prosječna vrijednost indeksa tjelesne mase ispitanika pri prijemu je 27,30 kg/m², dok je indeks tjelesne mase ispitanika pri otpustu 27,80 kg/m². Prosječan broj obroka u danu je 3. Prosječno vrijeme večere je 19:00 sati. Prosječna količina konzumirane tekućine tijekom dana je 2 litre. Prosječan broj obroka s voćem i povrćem tijekom dana je 2.

Tablica 15.: Usporedba stručne spreme sa spolom

			Spol ispitanika		Ukupno	
			Muškarci	Žene		
Stručna sprema	NKV	Broj	8	14	22	
		% unutar Spol ispitanika	33%	39%	37%	
	SSS	Broj	13	17	30	
		% unutar Spol ispitanika	54%	47%	50%	
	VŠS	Broj	3	0	3	
		% unutar Spol ispitanika	12%	0,0%	5%	
	VSS	Broj	0	5	5	
		% unutar Spol ispitanika	0,0%	14%	8%	
	Ukupno			24	36	60
				100%	100%	100%

Uspoređujući omjer muškaraca i žena dokazano je kako su ispitanici uglavnom srednje stručne spreme, a među visoko obrazovanim dominiraju žene. To se vidi u tablici 15. Postoji statistički značajna razlika (Fisher's Exact Test, $p < 0,045$).

Tablica 16.: Usporedba spola s obzirom na smanjen okus prilikom jela

			Spol ispitanika		Ukupno
			Muškarci	Žene	
Imate li smanjen okus prilikom jela?	Da	Broj	9	23	32
		% unutar Spol ispitanika	37%	64%	53%
	Ne	Broj	15	13	28
		% unutar Spol ispitanika	63%	36%	47%
Ukupno			24	36	60
			100%	100%	100%

Gledajući tablicu 16. uočili smo da 64% žena ima smanjen okus prilikom jela, dok je kod muškaraca to značajno manje. Postoji statistički značajna razlika (Pearson Chi-Square, $p < 0,045$).

Tablica 17.: Usporedba bračnog statusa s obzirom na najčešći ručak koji su ispitanici konzumirali

		Bračni status			Ukupno		
		Oženjen/ udana	Neoženjen/neudana	Razveden/a			
Najčešći ručak	Juha	Broj	0	0	1	1	
		% unutar Bračni status	0%	0%	11%	2%	
	Meso	Broj	1	2	0	3	
		% unutar Bračni status	3%	13%	0%	5%	
	Povrće	Broj	0	0	1	1	
		% unutar Bračni status	0%	0%	11%	2%	
	Varivo	Broj	2	1	2	5	
		% unutar Bračni status	6%	7%	22%	9%	
	Kombinacija dva ili više vrsta jela	Broj	30	12	5	47	
		% unutar Spol ispitanika	91%	80%	56%	82%	
	Ukupno		Broj	33	15	9	57
			% unutar Spol ispitanika	100%	100%	100%	100%

Gledajući tablicu 17. vidjeli smo kako najviše oženjenih/udanih, odnosno 91% ispitanika ima kombinaciju dva ili više vrsta jela, dok varivo najviše konzumiraju razvedeni, njih 22%, što je statistički značajno (Fisher's Exact Test, $p < 0,036$).

Tablica 18.: Usporedba bračnog statusa s obzirom na druge bolesti od kojih ispitanici boluju

		Bračni status			Ukupno	
		Oženjen/ udana	Neoženj en/neuda na	Razvede n/a		
Druga bolest	Srčana bolest	Broj	1	0	1	2
		% unutar Bračni status	4%	0%	12%	5%
	Dijabetes	Broj	2	2	0	4
		% unutar Bračni status	8%	22%	0,0%	10%
	Neurološka bolest	Broj	2	2	0	3
		% unutar Bračni status	4%	22%	0,0%	7%
	Ostalo	Broj	14	4	1	19
		% unutar Bračni status	59%	45%	13%	46%
	Dvije ili više bolesti	Broj	6	1	6	13
		% unutar Spol ispitanika	25%	11%	75%	32%
Ukupno		Broj	24	9	8	41
		% unutar Spol ispitanika	100%	100%	100%	100%

Promatrajući tablicu 18. uočili smo kako značajne razlike postoje u usporedbi bračnog statusa s obzirom na druge bolesti od kojih ispitanici boluju (Fisher's Exact Test, $p < 0,029$). Od dvije ili više bolesti boluje 75% razvedenih, dok od dijabetesa i neuroloških bolesti pretežito boluju neoženjeni/neudani ispitanici, njih 22%.

Tablica 19.: Usporedba bračnog statusa s obzirom na zubalo

		Bračni status			Ukupno	
		Oženjen/ udana	Neoženjen/ neudana	Razveden/a		
Kakvo je vaše zubalo?	Vlastito	Broj	18	15	8	41
		% unutar Bračni status	53%	94%	80%	68%
	Umjetno	Broj	16	1	2	19
		% unutar Bračni status	47%	6%	20%	32%
Ukupno		Broj	34	16	10	60
		% unutar Bračni status	100%	100%	100%	100%

Uspoređujući bračni status s obzirom na zubalo, kod ispitanika je uočena značajna razlika (Fisher's Exact Test, $p < 0,008$). Čak 94% neoženjenih/neudanih ispitanika ima vlastito zubalo, isto tako i 80% razvedenih.

Tablica 20.: Usporedba stručne spreme s obzirom na radni status

			Stručna sprema				Ukupno
			NKV	SSS	VŠS	VSS	
Radni status	Zaposleni	Broj	0	9	2	2	13
		% unutar Stručna sprema	0%	30%	67%	40%	21%
	Nezaposleni	Broj	13	11	0	1	25
		% unutar Stručna sprema	59%	37%	0,0%	20%	42%
	Umirovljeni	Broj	9	10	1	2	22
		% unutar Stručna sprema	41%	33%	33%	40%	37%
Ukupno		Broj	22	30	3	5	60
		% unutar Stručna sprema	100%	100%	100%	100%	100%

Uspoređujući stručnu spremlu i radni status, uočili smo kako je većina ispitanika više stručne spremlu (67%) i visoke stručne spremlu (40%) zaposleno, dok je 59% nekvalificiranih nezaposleno. To se vidi u tablici 20., postoji statistički značajna razlika (Fisher's Exact Test, $p < 0,008$).

Tablica 21.: Usporedba redovnih mjesečnih primanja s obzirom na stručnu spremu

		Stručna sprema				Ukupno	
		NKV	SSS	VŠS	VSS		
Redovna mjesečna primanja	Nedovoljna	Broj	17	16	0	3	36
		% unutar Stručna sprema	77%	53%	0%	60%	60%
	Djelomično zadovoljavajuća	Broj	1	8	2	0	11
		% unutar Stručna sprema	5%	27%	67%	0%	18%
	Zadovoljavajuća	Broj	4	6	1	2	13
		% unutar Stručna sprema	18%	20%	33%	40%	22%
Ukupno		Broj	22	30	3	5	60
		% unutar Stručna sprema	100%	100%	100%	100%	100%

U usporedbi redovnih mjesečnih primanja sa stručnom spremom kod ispitanika, vidjeli smo kako je najveći broj nekvalificiranih - 77%, srednje stručne spreme - 53%, i visoke stručne spreme - 60%, smatra svoja mjesečna primanja nedovoljnim, dok većina ispitanika više stručne spreme svoja primanja smatra djelomično zadovoljavajućim, što je statistički značajno (Fisher's Exact Test, $p < 0,035$).

Tablica 22.: Usporedba spola s obzirom na stručnu spremu

		Stručna sprema				Ukupno	
		NKV	SSS	VŠS	VSS		
Spol	Muškarci	Broj	8	13	3	0	24
		% unutar Stručna sprema	36%	43%	100%	0%	40%
	Žene	Broj	14	17	0	5	36
		% unutar Stručna sprema	64%	57%	0%	100%	60%
Ukupno		Broj	22	30	3	5	60
		% unutar Stručna sprema	100%	100%	100%	100%	100%

Pogledamo li tablicu 22. možemo vidjeti kako postoji statistički značajna razlika (Fisher's Exact Test, $p < 0,045$). Između muškaraca i žena s obzirom na njihovu stručnu spremu, njih 100% više stručne sprema su muškarci, dok su 100% visoke stručne sprema žene.

Tablica 23.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na spol ispitanika

Spol ispitanika		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Muškarci	24	28,60
	Žene	36	31,76
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Muškarci	24	28,13
	Žene	36	32,08
	Ukupno	60	

U tablici 23. prikazan je indeks tjelesne mase s obzirom na spol ispitanika. Možemo vidjeti kako je prosječan indeks tjelesne mase kod muškaraca pri prijemu 28,60, a pri otpustu 28,13. Kod žena prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 31,76, a pri otpustu 32,08. Ne postoji statistički značajna razlika (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p = 0,492$, pri otpustu: $p = 0,390$).

Tablica 24.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na dob ispitanika

Dob ispitanika		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	25-39 godina	8	26,56
	40-49 godina	18	27,81
	50-59 godina	21	28,83
	60 i više godina	13	39,35
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	25-39 godina	8	26,69
	40-49 godina	18	27,92
	50-59 godina	21	28,43
	60 i više godina	13	39,77
	Ukupno	60	

S obzirom na dob ispitanika, prosječan indeks tjelesne mase ispitanika u dobi između 25-39 godine pri prijemu iznosio je 26,56, a pri otpustu 26,69. Ispitanici u dobi 40-49 godina imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 27,81, a pri otpustu 27,92. Oni ispitanici koji su u dobi između 50-59 godina imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 28,83, a pri otpustu 28,43. Prosječan indeks tjelesne mase kod onih ispitanika koji imaju 60 i više godina, pri prijemu je 39,35, a pri otpustu 39,77. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal Wallis Test, pri prijemu: $p=0,225$, pri otpustu: $p=0,192$).

Tablica 25.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na mjesto stanovanja

Mjesto stanovanja		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Grad	31	28,15
	Ruralna sredina	29	33,02
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Grad	31	27,87
	Ruralna sredina	29	33,31
	Ukupno	60	

Pogledamo li tablicu 25., možemo uočiti kako je prosječan indeks tjelesne mase kod ispitanika iz grada pri prijemu 28,15, a pri otpustu 27,87. Kod ispitanika iz ruralne sredine prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 33,02, a pri otpustu 33,31. Ne postoji statistički značajna razlika (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p=0,280$, pri otpustu: $p=0,228$).

Tablica 26.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na bračni status

Bračni status		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Oženjen/Udana	34	33,59
	Neoženjen/Neudana	16	25,63
	Razveden/a	10	27,80
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Oženjen/Udana	34	33,25
	Neoženjen/Neudana	16	26,59
	Razveden/a	10	27,40
	Ukupno	60	

S obzirom na bračni status možemo uočiti kako je prosječan indeks tjelesne mase kod oženjenih/udanih ispitanika pri prijemu 33,59, a pri otpustu 33,25. Kod neoženjenih/neudanih ispitanika prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 25,63, a pri otpustu je 26,59. Kod razvedenih ispitanika prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 27,80, a pri otpustu 27,40. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal-Wallis Test, pri prijemu: $p=0,279$, pri otpustu: $p=0,375$).

Tablica 27.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na radni status

Radni status		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Zaposleni	13	31,42
	Nezaposleni	25	26,94
	Umirovljeni	22	34,00
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Zaposleni	13	31,23
	Nezaposleni	25	27,36
	Umirovljeni	22	33,64
	Ukupno	60	

S obzirom na radni status možemo uočiti kako je prosječan indeks tjelesne mase kod zaposlenih ispitanika pri prijemu 31,42, a pri otpustu 31,23. Kod nezaposlenih ispitanika prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 26,94, a pri otpustu 27,36. Kod umirovljenih ispitanika prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 34,00, a pri otpustu 33,64. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal-Wallis Test, pri prijemu: $p=0,375$, pri otpustu: $p=0,463$).

Tablica 28.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na stručnu spremu

Stručna sprema		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Nekvalificirani (NKV)	22	26,39
	Srednja stručna sprema (SSS)	30	33,50
	Viša stručna sprema (VŠS)	3	37,83
	Visoka stručna sprema (VSS)	5	26,20
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Nekvalificirani (NKV)	22	27,95
	Srednja stručna sprema (SSS)	30	32,50
	Viša stručna sprema (VŠS)	3	37,33
	Visoka stručna sprema (VSS)	5	25,60
	Ukupno	60	

S obzirom na stručnu spremu prosječan indeks tjelesne mase kod nekvalificiranih ispitanika pri prijemu je 26,39, a pri otpustu 27,95. Kod ispitanika sa srednjom stručnom spremom prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 33,50, a pri otpustu 32,50. Kod ispitanika sa višom stručnom spremom prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 37,83, a pri otpustu 37,33. Kod ispitanika sa visokom stručnom spremom prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 26,20, a pri otpustu je 25,60. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal-Wallis Test, pri prijemu: $p=0,401$, pri otpustu: $p=0,634$).

Tablica 29.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na redovna mjesečna primanja

Redovna mjesečna primanja		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Nedovoljna	36	29,35
	Djelomično zadovoljavajuća	11	38,05
	Zadovoljavajuća	13	27,31
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Nedovoljna	36	29,38
	Djelomično zadovoljavajuća	11	37,55
	Zadovoljavajuća	13	27,65
	Ukupno	60	

Pogledamo li tablicu 29., možemo uočiti kako je prosječan indeks tjelesne mase kod ispitanika koji svoja redovna mjesečna primanja smatraju nedovoljnim pri prijemu 29,35, a pri otpustu 29,38. Kod ispitanika s djelomično zadovoljavajućim mjesečnim primanjima indeks tjelesne mase pri prijemu je 38,05, a pri otpustu 37,55. Kod onih koji svoja mjesečna primanja smatraju zadovoljavajućim prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 27,31, a pri otpustu 27,65. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal-Wallis Test, pri prijemu: $p=0,266$, pri otpustu: $p=0,319$).

Tablica 30.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na najčešći doručak

Najčešći doručak		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Britanski	14	21,82
	Kontinentalni	27	20,57
	Ukupno	41	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Britanski	14	21,93
	Kontinentalni	27	20,52
	Ukupno	41	

Uspoređujući indeks tjelesne mase s obzirom na vrstu doručka kod ispitanika uočili smo kako je prosječan indeks tjelesne mase kod onih koji imaju britanski doručak pri prijemu 21,82, a pri otpustu 21,93. Kod ispitanika koji imaju kontinentalni doručak prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 20,57, a pri otpustu 20,52. Ne postoji statistički značajna razlika (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p=0,752$, pri otpustu: $p=0,721$).

Tablica 31.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na najčešći ručak

Najčešći ručak		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Juha	1	36,00
	Meso	3	16,17
	Povrće	1	6,50
	Varivo	5	24,80
	Kombinacija dva ili više vrsta jela	47	30,60
	Ukupno	57	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Juha	1	34,00
	Meso	3	15,17
	Povrće	1	5,50
	Varivo	5	23,60
	Kombinacija dva ili više vrsta jela	47	30,85
	Ukupno	57	

Uspoređujući indeks tjelesne mase s obzirom na vrstu ručka kod ispitanika uočeno je kako indeks tjelesne mase ne postoji, odnosno nije statistički relevantno za one ispitanike koji su konzumirali samo juhu, meso i povrće zbog premalog uzorka ispitanika. Kod onih koji konzumiraju samo varivo prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 24,80, a pri otpustu 23,60. Ispitanici koji za ručak konzumiraju kombinaciju dvije ili više vrste jela prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 30,60, a pri otpustu 30,85. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal Wallis Test, pri prijemu: $p=0,334$, pri otpustu: $p=0,258$).

Tablica 32.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na najčešću večeru

Najčešća večera		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Mesni proizvodi	5	20,70
	Tjestenina	6	18,50
	Mliječni proizvodi	12	24,63
	Voće	7	26,43
	Dvije ili više skupine namirnica	23	34,65
	Sendvič	2	24,00
	Ukupno	55	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Mesni proizvodi	5	21,10
	Tjestenina	6	17,58
	Mliječni proizvodi	12	24,25
	Voće	7	26,36
	Dvije ili više skupine namirnica	23	34,98
	Sendvič	2	24,50
	Ukupno	55	

Pogledamo li tablicu 32., možemo uočiti kako također nismo mogli dobiti realan indeks tjelesne mase zbog premalog uzroka ispitanika. Jedini rezultat koji je statistički relevantan je prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 34,65, a pri otpustu 34,98, kod onih ispitanika koji su konzumirali dvije ili više skupina namirnica za večeru. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal Wallis Test, pri prijemu: $p=0,165$, pri otpustu: $p=0,124$).

Tablica 33.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na drugu bolest od koje ispitanik boluje

Druga bolest		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Srčana bolest	2	35,00
	Dijabetes	4	31,50
	Neurološka bolest	3	13,33
	Ostalo	19	19,08
	Dvije ili više bolesti	13	20,19
	Ukupno	41	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Srčana bolest	2	35,50
	Dijabetes	4	32,00
	Neurološka bolest	3	11,83
	Ostalo	19	19,84
	Dvije ili više bolesti	13	19,19
	Ukupno	41	

Iz tablice 33. možemo uočiti kako je prosječan indeks tjelesne mase kod srčanih bolesnika pri prijemu 35,00, a pri otpustu 35,50. Kod ispitanika koji boluju od dijabetesa prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 31,50, a pri otpustu 32,00. Oni ispitanici koji boluju od neurološke bolesti imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 13,33, a pri otpustu 11,83. Ispitanici koji boluju od ostalih bolesti imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 19,08, a pri otpustu 19,84. Oni koji boluju od dvije ili više bolesti imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 20,19, a pri otpustu 19,19. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal Wallis Test, pri prijemu: $p=0,108$, pri otpustu: $p=0,074$).

Tablica 34.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na vrstu provedene dijete

Vrsta dijete		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Obična	3	5,83
	S malo soli	1	13,50
	Dijabetička	6	10,83
	Drugi dodaci prehrani	3	4,83
	Kombinacije dijeta	5	12,10
	Ukupno	18	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Obična	3	5,50
	S malo soli	1	14,00
	Dijabetička	6	10,83
	Drugi dodaci prehrani	3	5,50
	Kombinacije dijeta	5	11,80
	Ukupno	18	

Ispitanici s običnom dijetom imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 5,83, a pri otpustu 5,50. Kod ispitanika koji su provodili dijetu s malo soli imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 13,50, a pri otpustu 14,00. Oni koji su provodili dijabetičku dijetu imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 10,83, a pri otpustu 10,83. Ispitanici s drugim dodacima prehrani imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 4,83, a pri otpustu 5,50. Kod onih koji imaju kombinaciju dijeta prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 12,10, a pri otpustu 11,80. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal-Wallis Test, pri prijemu: $p=0,211$, pri otpustu: $p=0,249$).

Tablica 35.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na apetit

Kakav Vam je apetit?		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Normalan	23	27,83
	Povećan	6	45,17
	Smanjen	31	29,65
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Normalan	23	21,52
	Povećan	6	43,83
	Smanjen	31	30,13
	Ukupno	60	

U tablici 35. na pitanje *Kakav Vam je apetit?*, prosječan indeks tjelesne mase kod onih ispitanika koji imaju normalan apetit pri prijemu je 27,83, a pri otpustu 21,52. Prosječan indeks tjelesne mase kod onih kojima je apetit povećan pri prijemu je 45,17, a pri otpustu 43,83. Oni koji imaju smanjeni apetit imaju prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 29,65, a pri otpustu 30,13. Ne postoji statistički značajna razlika (Kruskal-Wallis Test, pri prijemu: $p=0,088$, pri otpustu: $p=0,124$).

Tablica 36.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na provedenu dijetu

Jeste li kod kuće provodili dijetu?		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Da	18	34,03
	Ne	42	28,99
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Da	18	33,83
	Ne	42	29,07
	Ukupno	60	

S obzirom na odgovor na pitanje *Jeste li kod kuće provodili dijetu?*, prosječan indeks tjelesne mase kod ispitanika koji su provodili dijetu pri prijemu je 34,03, pri otpustu je 33,83. Kod ispitanika koji nisu provodili dijetu prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 28,99, a pri otpustu 29,07. Ne postoji statistički značajna razlika (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p=0,305$, pri otpustu: $p=0,333$).

Tablica 37.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na pojavu mučnine prilikom hranjenja

Imate li mučninu prilikom hranjenja?		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Da	19	35,05
	Ne	41	28,39
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Da	19	33,97
	Ne	41	28,89
	Ukupno	60	

S obzirom na odgovor na pitanje *Imate li mučninu prilikom hranjenja?*, prosječan indeks tjelesne mase kod ispitanika kod kojih je bila prisutna mučnina prilikom hranjenja pri prijemu je 35,05, a pri otpustu 33,97. Kod ispitanika kod kojih nije bila prisutna mučnina prilikom hranjenja pri prijemu je 28,39, a pri otpustu 28,89. Nema statistički značajne razlike (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p=0,169$, pri otpustu: $p=0,294$).

Tablica 38.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na povraćanje

Povraćate li hranu?		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Da	12	38,67
	Ne	48	28,46
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Da	12	38,75
	Ne	48	28,44
	Ukupno	60	

U tablici 38. prikazan je indeks tjelesne mase s obzirom na povraćanje hrane. Ispitanici koji su izjavili da povraćaju, imali su pri prijemu indeks tjelesne mase 38,67, a pri otpustu 38,75. Ispitanici koji nisu povraćali pri prijemu imali su indeks tjelesne mase 28,46, a pri otpustu 28,44. Nema statistički značajne razlike (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p=0,070$, pri otpustu: $p=0,067$).

Tablica 39.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na refleks na povraćanje

Imate li refleks na povraćanje?		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Da	12	41,58
	Ne	48	27,73
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Da	12	40,79
	Ne	48	27,93
	Ukupno	60	

Pogledamo li tablicu 39. možemo uočiti kako je indeks tjelesne mase kod ispitanika koji su imali refleks na povraćanje pri prijemu 41,58, a pri otpustu 40,79. Indeks tjelesne mase kod ispitanika koji nisu imali refleks na povraćanje pri prijemu je 27,73, a pri otpustu 27,93. Postoji statistički značajna razlika (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p=0,014$, a pri otpustu: $p=0,022$).

Tablica 40.: Indeks tjelesne mase (ITM/BMI) s obzirom na nošenje umjetnog zubala

Nosite li umjetno zubalo?		Broj	Prosječan BMI
BMI pri prijemu (kg/m ²)	Da	29	35,12
	Ne	31	26,18
	Ukupno	60	
BMI pri otpustu (kg/m ²)	Da	29	35,64
	Ne	31	25,69
	Ukupno	60	

Uspoređujući ispitanike koji imaju umjetno zubalo i koji nemaju, prosječan indeks tjelesne mase kod ispitanika koji nose umjetno zubalo pri prijemu je 35,12, a pri otpustu 35,64. Kod ispitanika koji ne nose umjetno zubalo prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 26,18, a pri otpustu 25,69. Postoji statistički značajna razlika (Mann-Whitney Test, pri prijemu: $p < 0,047$, a pri otpustu: $p < 0,027$).

5. RASPRAVA

Depresija se pojavljuje kao klinički entitet karakteriziran skupom simptoma koji imaju određeni tijek, razvoj i odgovor na terapiju. Bolest je povezana s posebnom karikom obiteljske psihopatologije. Stresori, odnosno traumatski događaji, mogu izazvati, hraniti i podržavati depresivan poremećaj (15). Kako sam već naznačila, depresija će u vrlo skoro vrijeme biti jedan od vodećih zdravstvenih problema. Jedan od ključnih čimbenika koji utječu na osobe koje boluju od depresivnog poremećaja svakako je njihovo sniženo raspoloženje. To utječe na radnu sposobnost zbog čega oni postaju problem ne samo svoje obitelji nego i na svome radnome mjestu. Stvara se začarani krug jer se osoba osjeća manje vrijednom, svjesna je da ne može obavljati svoje svakodnevne aktivnosti kao do sada te se bezvoljnost i apatija samo još više produbljuju. Depresija nije samo loše raspoloženje ili tuga, nego je to poremećaj koji uzrokuje smetnje i u osjećajnoj i u tjelesnoj sferi pojedinca te izaziva duboke patnje oboljelih. Većina stručnjaka slaže se da pripada najbolnijim životnim iskustvima s kojima se današnji, moderan čovjek može suočiti (21, 22). Depresivnim nazivamo onu promjenu raspoloženja koje je bolesno sniženo, razlikujući se od normalnog po intenzitetu, duljini trajanja i nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje može kontrolirati (21, 23). Bolest dijagnosticiramo kada se osoba kontinuirano osjeća žalosno svakog dana, veći dio dana, u razdoblju od dva tjedna ili duže i kada je više ništa ne može razveseliti. Uz sniženo raspoloženje ravnodušnost, bezidejnost, apatije, anhedonije, pojačana napetost, nemir i razdražljivost osnovni su simptomi depresije (21, 24). Osobe koje boluju od depresivnog poremećaja vrlo često znaju biti ukočenog držanja, a psihomotorna usporenost manifestira se kao usporeno mišljenje i govor, sve do depresivnog stupora. Tipične su i dnevne varijacije raspoloženja jer se bolesnici češće osjećaju lošije ujutro (21, 22, 24). Žene su četverostruko više pogođene depresijom nego muškarci. Postavljaju se hipoteze. Iz različitih istraživanja, rezultira da je "depresivni temperament" mnogo više raširen među ženama. Činjenica je da se nejednoliko upadanje u depresiju muškaraca i žena javlja najčešće nakon puberteta. Djevojke su te koje nakon prvog menstrualnog ciklusa imaju anksiozno-depresivnu krizu. Među glavnim popratnim poremećajima depresije su poremećaji hranjenja. U nekim slučajevima depresije javlja se prejedanje ili gubitak teka što može dovesti do odbijanja hrane (15). Poremećaji prehrane koji mogu nastati su i osnovna hipoteza ovog istraživačkog rada jer sam htjela utvrditi kakve naši bolesnici, koji su bili hospitalizirani, imaju prehrambene navike, te jesu li dobivali ili gubili na tjelesnoj težini tijekom boravka na liječenju.

Istraživanjem su obuhvaćeni indeks tjelesne mase ispitanika pri prijemu i pri otpustu, prehrambene navike prije dolaska u bolnicu koje se odnose na najčešći doručak, ručak i večeru te nutritivno- metabolički status prema M. Gordon koji se odnosi na tip dijete, apetit, povraćanje i drugo. Osim već navedenog, ono što bi moglo utjecati na prehrambene navike su i socio-demografski podatci o ispitaniku kao što su mjesto stanovanja, živi li osoba u bračnoj zajednici, obitelji ili sam, kao i radni status i razina obrazovanja, te boluju li od nekog drugog somatskog poremećaja.

Istraživanjem je obuhvaćeno 60 ispitanika oboljelih od depresivnog poremećaja. Od 60 ispitanika, njih 40% je muškog, a je 60% ženskog spola. S obzirom na dob, najviše je ispitanika između 50. i 59. godine života (35%), dok je najmanje ispitanika između 25. i 39. godine života (13%), a ispitanika od 18. do 24. godine nema. Pogledamo li mjesto stanovanja, njih 52% je iz grada, dok ih je 48% iz ruralne sredine. Uzmemo li u obzir bračni status, najveći broj ispitanika je oženjeno/udano (56%), a najmanji broj ispitanika je razvedeno (17%). Što se tiče trenutnog radnog statusa, najveći broj ispitanika je nezaposleno (41%), a najmanji broj ispitanika je zaposleno (13%). S obzirom na stručnu spremu, najveći broj ispitanika ima srednju stručnu spremu (SSS) (50%), a najmanji broj ispitanika ima višu stručnu spremu (VŠS) (5%).

Značaj adekvatne prehrane, posebice kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja je velik, s obzirom da se depresija prepoznaje kao jedan od nezavisnih prediktora pri razvoju koronarnih srčanih oboljenja, osobito kod starijih osoba (25). Kako socijalno i ekonomsko koštanje liječenja osoba oboljelih od depresije kontinuirano raste, osnovno je pronaći alternativne terapijske mogućnosti. Između različitih modaliteta, životne prehrambene navike se povezuju sa značajnom redukcijom kardiovaskularnog morbiditeta i mortaliteta, posebice kod osoba u odrasloj životnoj dobi. Nadalje, uočilo se da populacija koja je vrlo često konzumirala ribu, kud i kamo ima nižu frekvenciju pojave velikih depresivnih poremećaja. Kliničke studije su pokazale da su ljudi s depresivnim poremećajem opisali terapijske efekte konzumacije ribe. Nekoliko randomiziranih kliničkih studija prijavilo je da postupci sa n-3 PUFA (omega 3 masne kiseline) poboljšavaju liječenja depresije, odnosno smanjuju njene simptome (26, 27, 28, 29, 30, 31). Tijekom posljednjih 30-ak godina, nekoliko istraživačkih i kliničkih studija znanstveno je dokazalo povezanosti mediteranske prehrane sa smanjenjem smrtnosti i poboljšanjem kod faktora kardiovaskularnih rizika. Od kasnih 60.-ih, Keys i njegove kolege su u 7 zemalja provodili studiju koliko određene nutritivne navike

utječu na razvoj kardiovaskularnih bolesti kod populacije koja živi u području Mediterana te su dokazali da osobe koje žive u mediteranskom području, hrane se "laganijim proizvodima", imaju značajno bolje izgleda i bolju kvalitetu života koji utječu kardioprotektivno na njih (25). Kako smo smješteni u kontinentalnom dijelu Hrvatske, prehrana bolesnika koji su sudjelovali u istraživanju njih 23% ispitanika za doručak konzumira tzv. britanski doručak (jaja, maslac, salama, hrenovke), dok 45% konzumira tzv. kontinentalni doručak (čaj, tjestenina, namazi, keks), večera se ne razlikuje pretjerano od ostalih obroka, što znači da jedu relativno "tešku" hranu, s neznatnim udjelom ribe u ishrani. Zbog takvog načina prehrane, kako su naveli u svojim odgovorima, može se uočiti da je došlo do razvijanja somatskih oboljenja poput endokrinoloških i kardiovaskularnih poremećaja, što je navelo 21% ispitanika iako nije statistički značajno, uočljivo je da od ukupnog broja čak 68% boluje od bilo kojeg drugog somatskog poremećaja. U svome istraživanju uočila sam također da zdravije prehrambene navike imaju osobe (češći kuhani obroci, ne preskakanje obroka) koje žive u bračnoj zajednici, čak 91% ima kombinaciju dva ili više vrsta jela za ručak, dok razvedenih samo 56%, što je statistički značajno i zasigurno utječe ne samo na kvalitetu života tih bolesnika nego i na razvoj drugih somatskih poremećaja. Zanimljivo je što se tiče potrebe za jelom (apetitom) da 52% ima subjektivan osjećaj smanjenog apetita što je u kontradikciji s prosječnim indeksom tjelesne mase (BMI) koji je pri prijemu iznosio 27,30, a pri otpustu 27,80 što statistički nije značajna razlika u samom BMI-u (između prijema i otpusta), ali sam BMI 25-30 prema preporučenoj klasifikaciji BMI-a (Svjetska Zdravstvena Organizacija) označava da imaju prekomjernu tjelesnu masu.

S obzirom na pitanje *Imate li smanjen okus prilikom jela?*, 64% žena ima smanjen okus prilikom jela dok je kod muškaraca to znatno manje, njih 37%. Iz ovog odgovora možemo zaključiti kako postoji statistički značajna razlika između muškog i ženskog spola s obzirom na smanjen okus prilikom jela, ali ih to opet ne sprječava da jedu, što je potvrđeno već navedenim prosječnim BMI-om.

Dobiveni rezultati indeksa tjelesne mase s obzirom na spol ispitanika pokazuju da ipak nisam pronašla utjecaj spola na indeks tjelesne mase. Kod muškaraca je prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 28,60, a pri otpustu 28,13. Muškarci su prekomjerne tjelesne mase i možemo vidjeti kako se indeks tjelesne mase vrlo malo smanjio tijekom boravka ispitanika u bolnici, no i dalje su prekomjerne tjelesne mase. Kod žena je prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 31,76, a pri otpustu 32,08. Žene su pretile i možemo vidjeti kako je indeks

tjelesne mase vrlo malo porastao tijekom boravka u bolnici. Žene imaju malo veći indeks tjelesne mase od muškaraca iako on nije statistički značajan, ali upozorava na postojanje problema pretilosti koji može dovesti do ozbiljnijih metaboličkih komplikacija. Zanimljivo je da oba spola i prije dolaska u bolnicu već imaju povećan BMI od normalnog, što pretpostavljam da je posljedica kombinacije depresivnog poremećaja i negativne promjene u stilu života nakon obolijevanja (smanjena tjelesna aktivnost, gubitak interesa, traženje utjehe u hrani...). Isto tako je i s rezultatima indeksa tjelesne mase s obzirom na dob ispitanika. Nema statistički značajnije razlike u tjelesnoj težini ispitanika s obzirom na dob, ali ipak možemo uočiti da najveći prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu i pri otpustu imaju oni ispitanici od 60 i više godina. Pri prijemu je iznosio 39,35, a pri otpustu 39,77. Uočljivo je kako ovi ispitanici nisu dobili znatno na tjelesnoj težini tijekom boravka u bolnici, ali i prije samog dolaska u bolnicu ovi bolesnici su izrazito pretili. Poznato je kako se starije osobe puno manje kreću, te im je metabolizam izrazito sporiji i tako su skloniji debljanju. U suprotnosti od toga, što je i logično, skoro pa idealnu težinu imaju oni ispitanici između 25-39 godina. Njihov prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je iznosio 26,56, a pri otpustu 26,69. Razlog zbog kojih nemamo drugačije rezultate tijekom hospitalizacije možemo povezati s relativno kratkim vremenskim boravkom na liječenju (prosječno ležanje na Klinici za psihijatriju je 14 dana), za koje vrijeme nismo mogli pretjerano utjecati na nekakve značajnije promjene u tjelesnoj težini bolesnika. Zbog toga je važna zadaća medicinskih sestara/tehničara jer trebaju savjetovati i educirati bolesnike o važnosti pravilne ishrane, tjelesne aktivnosti, promjene u načinu životnih navika u svom socijalnom okruženju kao i o prepoznavanju simptoma, ne samo depresivnog poremećaja nego i čimbenika koji utječu na razvoj pretilosti. Zanimljivo je da većina ispitanika ovoga istraživanja, kako sam već gore navela, boluje od drugih oboljenja (imaju komorbiditet) za koje je potrebno radi prevencije prilagoditi svoje prehranbene navike, odnosno, pridržavati se dijetetskog načina ishrane (prehrana s manje soli, dijabetička prehrana, izbjegavanje masnoća...) ali samo 30% od ispitanika to i čini što znači da se nezdravstveno ponašaju i ne pridržavaju preporuka pravilne prehrane. Najčešće se provodila dijabetička dijeta i kombinacija više dijeta. O utjecaju jednostavnih higijensko prehranbenih preporuka za suzbijanje metaboličkog sindroma kod osoba oboljelih od depresije u razdoblju od 6 mjeseci od početka korištenja takvih preporuka opisuju u svom istraživanju Garcia-Toro, Gili, Barra i dr. prije nekoliko godina. Oni su u svom istraživanju pacijentima (25 osoba oboljelih od depresivnog poremećaja) koji su bili uključeni u aktivan tretman dali napisana uputstva od 4 higijensko nutritivne preporuke za

korištenje. Dvije od njih su bile preporuke za promjenu prehrambenih navika temeljene na mediteranskoj dijeti i dnevnom programu tjelovježbe. Prije početka studije osobe oboljele od depresivnog poremećaja bile su sklonije konzumirati masniju i kaloričniju hranu, bogatu kolesterolom i ugljikohidratima uz niski udio ribe, povrća i žitarica (32). Rezultati ovog istraživanja identični su rezultatima mog istraživanja. Takve prehrambene navike utječu na razvoj vaskularnih oboljenja, upalnih procesa, metaboličkog disbalansa i induciraju metabolički sindrom (32). Depresija u komorbiditetu s metaboličkim sindromom ukazuje na lošiji ishod oboljenja, ozbiljnije kliničke slike, povećane tendencije prema kronificiranju i suicidalnosti uz niže socijalno funkcioniranje (33, 32). To je prepoznato kao koncept "metaboličke depresije" koja se identificira kao kronični subtip depresivnih poremećaja češći u kasnijoj životnoj dobi, s metaboličkim abnormalnostima i dugotrajnim tijekom (33, 34, 32). Sanchez-Villegas navodi da nekoliko studija sugerira kako depresija dijeli slične mehanizme kao i metabolički sindrom pretilost i kardiovaskularna oboljenja. Činjenica je da većina kardiovaskularnih čimbenika rizika (uključujući pretilost i metabolički sindrom) imaju češću prevalenciju upravo kod bolesnika koji boluju od depresivnih poremećaja (35, 36). Metabolički i upalni procesi kao što je redukcija proizvodnje inzulina, povećanje razine homocisteina u plazmi i smanjena produkcija citokina mogu biti odgovorni za poveznicu između depresije i kardiometaboličkih poremećaja (35, 37, 38, 39). Istraživanja novijeg datuma dokazuju da provođenje dijetetskog načina prehrane kod osoba koje boluju od depresije je slično kao i kod uloge dijetetskog načina prehrane kod osoba koje boluju od metaboličkog sindroma ili od kardiovaskularnih bolesti. To je razumljivo zato što oba poremećaja po svemu sudeći dijele zajedničke psihopatološke mehanizme (35). Ova analogija se podržava zbog efekta benefita koji se uočava kroz lipide, odnosno masnoće, s antiupalnim svojstvima kao što su omega 3 masne kiseline ili maslinovo ulje.

Promatrajući dobivene rezultate indeksa tjelesne mase ispitanika s obzirom na mjesto stanovanja, uočavamo kako ne postoji statistički značajna razlika između ispitanika koji žive u gradu od onih koji žive u ruralnoj sredini. Indeks tjelesne mase je kod osoba koje žive u gradu pri prijemu iznosio prosječno 28,15, a pri otpustu 27,87, ukazujući na prekomjernu tjelesnu težinu ispitanika. Za vrijeme trajanja hospitalizacije došlo je do neznatnog smanjenja u tjelesnoj težini liječenih bolesnika. Iako nije značajno, promatrajući osobe koje žive u ruralnoj sredini i njihov indeks tjelesne mase vidljivo je da imaju neznatno viši prosječni indeks tjelesne mase od osoba koje žive u gradu. Prosječan indeks tjelesne mase kod ispitanika iz ruralne sredine pri prijemu je 33,02, a pri otpustu 33,31. Ispitanici iz ruralne

sredine su pretili, a nakon boravka u bolnici indeks tjelesne mase je čak neznatno i porastao. Moja promišljanja zašto je to tako je da razloge pronalazim u načinu i stilu života osoba koje žive u ruralnim sredinama, pogotovo za našu županiju za koju se zna da osobe uglavnom preferiraju masnu i kaloričnu ishranu. Bave se težim tjelesnim radom (jer se uglavnom bave poljoprivredom/ stočarstvom), ali dolazi do radikalnog smanjenja tjelesnih aktivnosti tijekom bolničkog liječenja, bez promjene u prehranbenim navikama. S obzirom da nemam dostatne podatke o količini i kvaliteti namirnica koje su ispitanici dobivali od posjeta, a koje su konzumirali tijekom liječenja, mogu jedino pretpostaviti da su uz redovna tri obroka konzumirali još i dodatne namirnice, što je utjecalo na povećanje tjelesne težine tijekom boravka u bolnici. Nadalje, neznatnu razliku u indeksu tjelesne mase između osoba koje žive u gradskoj i ruralnoj sredini, možemo povezati i uz različitosti dostupnosti namirnica i u osviještenosti ispitanika konzumacije istih, kao i o različitostima u svakodnevnom funkcioniranju osobe. Značaj socio-demografskih čimbenika na razvoj mentalnih poremećaja pa tako i depresije kod osoba, su u svom istraživanju prikazali i Park, Jeon, Kim i suradnici koji su u Koreji proveli istraživanje. Stavovi razvoja mentalnih poremećaja se razlikuju prema socio-demografskim karakteristikama kao što su dob, spol, razina obrazovanja. Nadalje, kod pojedinaca socio-demografske karakteristike, mogu direktno ili indirektno utjecati na njegov odnos prema mentalnom poremećaju, jednako kao što mogu utjecati određeni strukturalni čimbenici (npr. koštanje i dostupnost zdravstvenih usluga) i stavovi društvene zajednice (npr. negativna percepcija i predrasude prema mentalnim poremećajima). Zaključili su da su određene prepreke dostupnosti za liječenje mentalnih oboljenja kud i kamo ozbiljnije u Koreji nego u Americi. Jedno od zapreka uključuje nedostatak prevencije i ozbiljnost shvaćanja postojanja mentalnih oboljenja, stavovi pacijenata prema samoliječenju, nisko prepoznavanje poremećaja, vjerovanje u prirodan oporavak (bez liječenja), negativna percepcija i predrasude prema mentalnim oboljelim osobama kao i ekonomske granice (niski ekonomski standard) (40).

Pogledamo li rezultate indeksa tjelesne mase s obzirom na prehrabene navike, (odnosno, broj obroka i količinu unesene hrane tijekom dana) možemo zaključiti da nisam pronašla utjecaj prehrabnenih navika na indeks tjelesne mase. Većina dobivenih rezultata nije statistički relevantna zbog premalog uzroka ispitanika. Jedini rezultati koji su statistički relevantni odnose se na one ispitanike koji su konzumirali za ručak kombinaciju dva ili više vrsta jela, te im je prosječan indeks tjelesne mase iznosio pri prijemu 30,60, a pri otpustu 30,85. Slični rezultati dobiveni su za one ispitanike koji su za večeru konzumirali dvije ili više

skupina namirnica, gdje im je prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu iznosio 34,65, a pri otpustu 34,98. Uočila sam kako su ovi ispitanici koji konzumiraju tu skupinu namirnica pretili, no nije statistički značajno.

Rezultati dobiveni za indeks tjelesne mase s obzirom na bračni status pokazuju da nema uočljive statističke značajnosti između prijema i otpusta u BMI-u ali ti ispitanici koji su u braku imaju BMI koji odgovara pretilosti (prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 33,59, a pri otpustu 33,25). Za razliku od ispitanika koji nisu u bračnoj zajednici čiji je prosječan indeks odgovara indeksu prekomjerne tjelesne težini s tendencijom prema gotovo normalnoj tjelesnoj težini (prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 25,63, a pri otpustu 26,59). Rezultati dobiveni ovim istraživanjem također ukazuju na utjecaj socio-demografskih čimbenika na zdravstveno funkcioniranje u nutritivno - metaboličkom obrascu, a koji je povezan s depresivnim poremećajem.

Iznenadujuće je da refleks na povraćanje (jedan od čimbenika koji se promatra u nutritivno metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordon) ima utjecaja na indeks tjelesne mase koji je statistički značajan, (pri prijemu je bio 41,58, a pri otpustu 40,79). Iz dobivenih rezultata je vidljivo da su ispitanici koji su imali refleks na povraćanje prema dobivenom BMI-u pretili. Posljedica tako visokog indeksa tjelesne mase najčešće je kombinacija prekomjernog konzumiranja namirnica bez osjećaja gladi, nedovoljne tjelesne aktivnosti, odnosno, emocionalna glad, nezadovoljstvo, tjeskobu pokušavaju "utažiti glad" unošenjem prekomjerne količine hrane bez obzira na vrijeme unošenja. Iz tih podataka se može zaključiti da je kod istih osoba u potpunosti promijenjen način zdravstvenog funkcioniranja kojeg možemo nazvati nezdravstvenim i opasnim po njih same. Prosječan indeks tjelesne mase kod onih koji nisu imali refleks na povraćanje pri prijemu je bio 27,73, a pri otpustu 27,93. Iako su ovi ispitanici prekomjerne tjelesne težine, puno su bliži idealnoj.

Statistički značajna razlika postoji i kod rezultata dobivenih s obzirom na indeks tjelesne mase i nošenja umjetnog zubala. Oni ukazuju kako postoji utjecaj nošenja umjetnog zubala na indeks tjelesne mase jer oni koji su nosili imali su prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 35,12, a pri otpustu 35,64, za razliku od onih ispitanika koji ne nose umjetno zubalo gdje je prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu 26,18, a pri otpustu 25,69. Mišljenja sam da razlika postoji s obzirom da su to bili uglavnom ispitanici srednje i starije životne dobi, te ako nisu imali umjetno zubalo, vrlo vjerojatno su teže mogli konzumirati određene

vrste namirnica te su iste i izbjegavali što ih je primoralo da promjene prehrambene navike. To je najvjerojatnije u konačnici rezultiralo gotovo idealnom tjelesnom težinom.

U mom istraživanju potvrđeno je kako su depresivni bolesnici skloniji debljanju, odnosno dobivanju na tjelesnoj težini i samim time porastu indeksa tjelesne mase. Tome svemu pridonosi način i stil života (sjedalački način života, prejedanje, konzumiranje hrane u kasnim noćnim satima, raznorazne i nezdrave dijete), životne navike (konzumiranje masne i kalorične hrane). No, ne vode samo životne navike k debljanju. Postoji niz čimbenika koje sam već navela, kao što su ženski spol, osobe u bračnoj zajednici, djelomično zadovoljavajuća mjesečna primanja, starija životna dob, ruralna sredina, bračna zajednica, srčane bolesti i dr. koje su dovele do povećanog indeksa tjelesne mase ili su u nekim slučajevima posljedica kao što je to srčana bolest. Stoga uloga medicinske sestre je ovdje jako bitna, složen je zadatak i zahtjeva cjelodnevnu brigu i edukaciju o bolesniku. Najteže je postići pozitivan učinak u smanjenju tjelesne težine ako bolesnik nema volje, kao što je to prisutno kod depresivnih bolesnika. Prije samog rješavanja problema, potrebno je postići da pacijent dobije volju za smanjenjem tjelesne težine. Za to je potrebna edukacija i kompetentnost medicinske sestre. U sestrijskoj psihijatrijskoj praksi najvažniji je holistički pristup bolesniku, što znači poimanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice. Medicinska sestra treba prepoznati uzrok povećane tjelesne težine te nakon toga educirati bolesnika o pravilnom načinu prehrane, pravilnim vremenskim intervalima konzumiranja hrane i naravno svakodnevna tjelesna aktivnost, ali i liječenje same bolesti- depresije.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju rezultata ovog istraživanja može se zaključiti sljedeće:

- kod depresivnih bolesnika potvrđeno je kako su prisutni poremećaji u nutritivno-metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja. To zaključujem na temelju njihovog povišenog indeksa tjelesne mase koji je u prosjeku pri prijemu iznosio 27,30, a pri otpustu 27,80, što prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji označava prekomjernu tjelesnu masu.

- iako ne postoji statistički značajna razlika u nutritivno-metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja prema spolu kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja, ipak zaključujem kako žene imaju veći indeks tjelesne mase od muškog spola. Njihov prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je iznosio 37,76, a pri otpustu 32,08, koji je tijekom boravka u bolnici neznatno porastao, te prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji označava da su žene u ovom istraživanju pretile. Kod muškog spola prosječan indeks tjelesne mase iznosio je 28,60, a pri otpustu 28,13, te im se indeks tjelesne mase neznatno smanjio tijekom boravka u bolnici.

- također zaključujem kako ne postoje statistički značajne razlike u nutritivno-metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja prema dobi, ali iz ovog istraživanja može se vidjeti kako daleko najveći indeks tjelesne mase imaju osobe u dobi od 60. godina i više. On je u prosjeku pri prijemu iznosio 39,35, a pri otpustu 39,77, što označava pretilost. Tijekom boravka u bolnici ovi ispitanici nisu znatno dobili na težini. Za razliku od njih, oni ispitanici od 25. do 39. godine imaju najmanji indeks tjelesne mase, koji je skoro pa idealan. Pri prijemu u prosjeku je iznosio 26,56, a pri otpustu 26,69. Također, nisu znatno dobili na tjelesnoj težini.

- razlike u nutritivno-metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja kod osoba koje žive u gradu i onih koji žive u ruralnoj sredini nisu statistički značajne, ali ipak postoje. Oni ispitanici koji žive u ruralnoj sredini imaju veći indeks tjelesne mase od onih koji žive u gradu. Njihov prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je iznosio 33,02, a pri otpustu 33,31. Označava pretilost i možemo vidjeti kako je neznatno porastao tijekom ležanja u bolnici. Kod ispitanika iz grada prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu je 28,15, a pri otpustu 27,87. Označava prekomjernu tjelesnu težinu, te se tijekom boravka u bolnici neznatno smanjio.

- prema prehrambenim navikama ispitanika utvrdila sam kako ne postoje statistički značajne razlike te većina rezultata indeksa tjelesne mase nije statistički relevantna zbog premalog broja ispitanika. Prosječan indeks tjelesne mase kod onih ispitanika koji su za ručak konzumirali dva ili više vrsta jela, pri prijemu je iznosio 30,60 a pri otpustu 30,85. Možemo uočiti kako su ovi ispitanici pretili te im je indeks tjelesne mase neznatno porastao. Kod onih ispitanika koji su za večeru konzumirali dvije ili više skupina namirnica prosječan indeks tjelesne mase pri prijemu iznosio je 34,65, a pri otpustu 34,98. Također iz ovog podatka se može uočiti kako je indeks tjelesne mase neznatno porastao tijekom boravka u bolnici, ali su ispitanici i prije hospitalizacije bili već pretili.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Utvrditi postoje li poremećaji u nutritivno - metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja.

Ispitanici i metode: Kao instrument za istraživanje korištena je dostupna medicinska i sestrinska dokumentacija Klinike za psihijatriju (demografski podatci o dobi, spol ispitanika, medicinska dijagnoza), te specifični podatci za procjenu zdravstvenog funkcioniranja iz nutritivno metaboličkog obrasca prema M. Gordon, te izračunavanje indeksa tjelesne mase (BMI).

Rezultati: Potvrđeno je kako su depresivni bolesnici skloniji debljanju, odnosno dobivanju na tjelesnoj težini i samim time porastu indeksa tjelesne mase. To zaključujem na temelju njihovog povišenog indeksa tjelesne mase koji je u prosjeku pri prijemu iznosio 27,30, a pri otpustu 27,80, što prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji označava prekomjernu tjelesnu masu. Tome svemu pridonosi način i stil života (sjedalački način života, prejedanje, konzumiranje hrane u kasnim noćnim satima, raznorazne i nezdrave dijete), životne navike (konzumiranje masne i kalorične hrane) i niz čimbenika kao što su ženski spol, osobe u bračnoj zajednici, djelomično zadovoljavajuća mjesečna primanja, starija životna dob, ruralna sredina, bračna zajednica, srčane bolesti i dr. koje su dovele do povećanog indeksa tjelesne mase.

Zaključak: Kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja utvrđeno je kako postoji poremećaj u nutritivno-metaboličkom obrascu, odnosno, ispitanici su prekomjerne tjelesne težine što je dokazano povećanim prosječnim indeksom tjelesne mase. Stoga uloga medicinske sestre je ovdje jako bitna, složen je zadatak i zahtjeva cjelodnevnu brigu i edukaciju o bolesniku.

KLJUČNE RIJEČI: depresivni bolesnici; poremećaj nutritivno-metaboličkog obrasca, pretilost; upitnik za procjenu nutritivno-metaboličkog obrasca.

8. SUMMARY

SPECIFICITY OF NUTRITIONAL-METABOLIC FUNCTIONAL HEALTH PATTERN IN PATIENTS SUFFERING FROM DEPRESSIVE DISORDER

Aim of the study: To determine whether there are any disorders concerning nutritional – metabolic functional health pattern within persons suffering from depression.

Subjects and methods: Available medical and nursing documentation from The Department of Psychiatry (demographic data on age, gender of the subjects, medical diagnosis) was used as a research instrument, in addition to the specific data for estimation of nutritional-metabolic functional health pattern according to M.Gordon and calculation of the body mass index (BMI).

Results: It is confirmed that patients suffering from depression are more prone to gain weight, and consequently to increase their body mass index. This is concluded on the basis of their increased body mass index, which was, on average, 27.30 at the check-in and 27.80 at the discharge. According to the World Health Organization this indicates that a person is overweight. The weight gain is a result of a certain lifestyle (sedentary lifestyle, overeating, eating late at night, and all sorts of unhealthy diets), habits (consumption of fatty and caloric foods) and a number of factors such as female gender, married persons, partially satisfactory monthly income, older age, rural regions, marriage community, heart diseases, etc. which leads to an increased body mass index.

Conclusion: In patients suffering from depression it is found that a disorder in the nutritional-metabolic pattern exists, which means the subjects are overweight, as proved by the increased average body mass index. Therefore, the role of nurses is very important when it comes to these patients. It is a complex task and requires a full-time care and education about the patient.

KEY WORDS: depressed patients; nutritional-metabolic pattern disorder, obesity, questionnaire for estimation of nutritional-metabolic pattern.

9. LITERATURA

1. Rowe D. Depresija kako iz vlastitog zatvora. Zagreb: Biblioteka MI; 2006.
2. Nabati M. Depresija: Bolest ili šansa? Zagreb: Alfa; 2006.
3. WHO. Mental Health: New Understanding, New Hope. Genova: World Health Organization; 2001.
4. Filaković P, sur. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.
5. Vidović V. Anoreksija i bulimija. Zagreb: 4P; 1998.
6. Bradaš Z, Božičević M, Marčinko D. Poremećaji hranjenja u psihijatriji. Zagreb: HUMS; 2013.
7. Claude - Pierre P. Tajni jezik prehrambenih poremećaja anoreksija i bulimija. Zagreb: Miš; 2000.
8. Muk B, Rade Z. Sestrinske dijagnoze kod depresivnog bolesnika, sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. Osijek: HUMS; 2011.
9. Hautzinger M. Depresija. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
10. Muačević V, sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 1995.
11. Hotujac LJ. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
12. Bradaš Z, Božičević M, Mihaljević Peleš A. Biologijska psihijatrija. Zagreb: HUMS; 2011.
13. Ljubičić Đ. Depresija i duhovnost. Rijeka: Medicinski fakultet Rijeka; 2010.
14. Mihaljević Peleš A, Šegud M. Antidepresivi u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
15. Zoli S, Giovanni B. I izbavi me od mračnog zla: što je depresija i kako se liječi. Zagreb: Naklada Slap; 2002.
16. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine za razdoblje od 2010. do 2012. godine. Zagreb; 2010.
17. Medanić D, Pucarín-Cvetković J. Pretilost- Javnozdravstveni problem i izazov. Acta Med Croatica. 2012; 66:347-355
18. Jensen G.L. Obesity among older persons: screening for risk of adverse outcomes. J. Nutr Health Aging. 2006;10(6):510-22.
19. Guyton AC. Fiziologija čovjeka i mehanizmi bolesti. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 1995.

20. Carpenito LJ. Handbook of nursing diagnosis. 7. izd. Philadelphia-New York: Lippincott; 1977.
21. Filipčić I. Učestalost depresije i utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2008.
22. Hotujac Lj, Filipčić I, Grubišić J, Marčinko D. Živjeti s depresijom. PLIVA; 2003
23. Maj M, Sartorius N. Depressive Disorders. Chichester: JohnWiley&Sons; 1999.
24. World Health Organization. Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1992.
25. Chrysohoou C, Liontou C, Aggelopoulos P, Kastorini CM, Panagiotakos D, Aggelis A, i sur. Mediterranean Diet Mediates the Adverse Effect of Depressive Symptomatology on Short-Term Outcome in Elderly Survivors from an Acute Coronary Event. *Cardiol Res Pract.* 2011; 57:429-38.
26. Chrysohoou C, Tsitsinakis G, Siassos G, Psaltopoulou T, Galiatsatos N, Metaxa V, i sur. Fish Consumption Moderates Depressive Symptomatology in Elderly Men and Women from the IKARIA Study. *Cardiol Res Pract.* 2011;10:219-226.
27. Panagiotakos D.B, Kinlaw M, Papaerakleous N, Papoutsou S, Toutouzas P, Polychronopoulos E. Depressive symptomatology and the prevalence of cardiovascular risk factors among older men and women from Cyprus. *J Clin Nurs.* 2008;17:688-95.
28. Hibbeln J.R. Fish consumption and major depression. *The Lancet.* 1998;351:91-110.
29. Su K.P, Huang S.Y, Chiu C.C, Shen W.W. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder: a preliminary double blind, placebo-controlled trial. *Eur Neuro psychopharm.* 2003;13:267-71.
30. Chalon S. Omega-3 fatty acids and monoamine neurotransmission. *Prostag Leukotr Ess.* 2006;75:259-69.
31. Tanskanen, J.R. Hibbeln, J. Toumlehto. Fish consumption and depressive symptoms in the general population in Finland. *Psychiatr Serv.* 2001;52:529-31.
32. Garcia-Toro M, Gili M, Ibarra O, Monzon S, Vives M, Garcia-Campayo J, i sur. Metabolic syndrome improvement in depression six months after prescribing simple hygienic-dietary recommendations. *BMC.* 2014;7:339-44.

33. Sen S, Duman R, Sanacora G. Serum brain-derived neurotrophic factor, depression and antidepressant medications: meta-analyses and implications. *Bio Psychiatry*. 2008;64:527-32.
34. Marijnnissen RM, Smits JE, Schoevers RA, Brink HR, Holewijn S, Franke B, i sur. Association between metabolic syndrome and depressive symptom profiles-sex-specific? *J Affect Disord*. 2013;151:1138-142.
35. Sanchez-Villegas A, Martinez-Gonzalez M. Diet, a new target to prevent depression? *BMC*. 2013;11:3-7.
36. Luppino FS, Wit IM, Bouvy PF, Stijnen T, Cujipers P, Pennix BW, i sur. Overweight obesity and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Ger Psychiatry*. 2010;67:220-29.
37. Gimeno D, Kivimaki M, Brunner FJ, Elovainio M, Vogli R, Steptoe A, i sur. Associations of C-reactive protein and interleukin-6 with cognitive symptoms of depression: 12-year follow-up of the Whitehall II Study. *Psychol Med*. 2009;39:413-23.
38. Do DP, Dowd JB, Ranjit N, House S, Kaplan GA. Hopelessness, depression, and early markers of endothelial dysfunction in U.S. adults. *Psychosom Med*. 2010;72:613-19.
39. Almeida OP, McCaul K, Hankey GJ, Norman P, Jamrozik K, Flicker L. Homocysteine and depression in later life. *Arch Ger Psychiatry*. 2008;65:1286-294.
40. Park SJ, Jeon HJ, Kim JY, Kim S, Roh S. Sociodemographic factors associated with the use of mental health services in depressed adult: results from the Korea national health and nutrition examination survey. *BMC*. 2014;14:645-60.

10. ŽIVOTOPIS

Matea Antunović, studentica 3. godine	Datum i mjesto rođenja:
Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku	24.04.1993. Osijek
Medicinski fakultet Osijek	Kućna adresa:
Preddiplomski studij sestrinstva	Mostarska 207, 31000Osijek
Cara Hadrijana 10E	E-mail: matea19.antunovic@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2000.- 2008. Osnovna škola Ljudevita Gaja

2008.- 2012. Medicinska škola Osijek

2012.- 2015. Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva

11. PRILOZI

Prilog 1.: Anketni upitnik

Prilog 2.: Obavijest za ispitanike o istraživanju

Prilog 1. Anketni upitnik

UPITNIK ZA PROCJENU NUTRITIVNO- METABOLIČKOG OBRASCA

1. DOB (napisati godine): _____
2. SPOL (zaokružiti): M / Ž

3. Tjelesna visina: pri prijemu _____ 4. pri otpustu _____
5. Tjelesna težina: pri prijemu _____ 6. pri otpustu: _____
7. BMI: pri prijemu _____ 8. pri otpustu _____
9. MJESTO STANOVANJA (zaokružiti): GRAD / RURALNA SREDINA
10. Bračni status: udana, neudana, razvedena
11. Radni status (zaokružiti):
 - a) zaposlen/a
 - b) nezaposlen/
 - c) umirovljen/a
12. Stručna sprema: NKV, SSS, VŠS, VSS
13. Socijalni status, redovna mjesečna primanja:
 - a) nedovoljna
 - b) djelomično zadovoljavajuća
 - c) zadovoljavajuća

Prehrambene navike prije dolaska u bolnicu:

14. Broj obroka tijekom dana: _____
15. Što ste najčešće doručkovali?: _____
16. Što ste najčešće ručali?: _____
17. Što ste najčešće večerali?: _____
18. U koliko sati je bila večera?: _____
19. Količina tekućine konzumirana tijekom dana: _____

20. Što ste najčešće konzumirali od tekućine? (zaokružiti):

1. čaj
2. kava
3. voda
4. sokovi
5. alkohol

21. Koliko ste konzumirali voće i povrće?: _____

22. Što ste najviše koristili od masnoća? (zaokružiti):

1. suncekretovo ulje
2. svinjska mast
3. maslinovo ulje
4. maslac
5. margarin
6. ništa od navedenog
- 7.

23. Bolujete li od neke druge somatske bolesti? (zaokružiti):

1. srčane bolesti
2. dijabetes
3. neurološke bolesti
4. ostalo _____

Nutritivno- metabolički obrazac: u prazna polja upišite odgovarajuće podatke ili označite x!

24. Jeste li prije dolaska u bolnicu (kod kuće) imali određenitip dijete?: DA / NE

25. Ako jeste, koji tip? : Obična _____ s malo soli _____ dijabetička _____

Drugi dodatci prehrani _____

26. Apetit: Normalan _____ Povećan _____ Smanjen _____

27. Smanjen okus: DA / NE

28. Nepodnošljivost određene vrste hrane: DA / NE

29. Mučnina DA / NE

30. Povraćanje DA / NE Opisati: _____

31. Problemi s gutanjem DA / NE

32. Refleks na povraćanje DA / NE

33. Problemi žvakanja DA/NE
34. Hranjenje: Samostalno _____ Uz pomoć _____
35. Stanje usne šupljine: ružičasta _____ upaljena _____ vlažna _____ suha _____
36. Lezije/ ulceracije DA / NE Opisati: _____
37. Zubi (vlastiti): DA / NE
38. Umjetno zubalo DA / NE
39. Gornja _____ (pojedini zub/ cijela)
40. Donja _____ (pojedini zub/ cijela)
41. Pijete li tijekom boravka u bolnici intravensku tekućinu? DA/ NE
42. Vrsta/ količina _____
43. Nazogastrična sonda DA / NE
44. Gastrostoma DA/ NE
45. Prehrana tijekom boravka u bolnici: _____

Prilog 2. Obavijest za ispitanike o istraživanju

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU

Poštovani,

molim Vas za sudjelovanje u istraživanju u svrhu izrade završnog rada pod naslovom „Poremećaj nutritivno metaboličkog obrasca zdravstvenog funkcioniranja kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja“. Istraživanje provodi studentica III. godine Sveučilišnog preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku.

Kao istraživač dužna sam Vas upoznati sa svrhom istraživanja. Molim Vas pročitajte ovu obavijest u cijelosti i prije pristanka na sudjelovanje u istraživanju postavite bilo koje pitanje.

SVRHA ISTRAŽIVANJA

Depresija za žene predstavlja drugi po redu zdravstveni problem, a u ukupnoj populaciji depresija je na četvrtom mjestu. Depresija je ozbiljan duševni poremećaj koji se mora liječiti. Poremećaji hranjenja spadaju najčešće u psihičke poremećaje i povezani su brojnim tjelesnim komplikacijama. Utjecaj hrane kod depresivnih bolesnika je prejedanje ili premala konzumacija hrane. Gubitak apetita i osjećaja okusa, te uživanja u hrani vodi najčešće u gubitak tjelesne težine. No, kod nekih atipičnih slika, koje se često mogu pojaviti kod žena, može doći do pojačanog apetita i jakog porasta tjelesne težine. Povećanje tjelesne težine može uzrokovati metabolički sindrom. Poremećaji prehrane mogu biti anorexia nervosa, bulimija ili prejedanje. Iako poremećaji hranjenja poput anorexia nervose i bulimije ulaze u grupu bihevioralnih poremećaja, mogli bi ih promatrati kao tjelesnu reakciju emocionalnih dugotrajnih iscrpljenja, odnosno kao rezultat afektivnih poremećaja. Za mnoge osobe se može reći da pate od poremećaja hranjenja, međutim populacija koja je najviše tome izložena su i osobe koje naginju depresivnijem raspoloženju. Čest simptom kod osoba koje boluju od depresivnih poremećaja je gubitak tjelesne težine 5 i više % u mjesec dana. Cilj ovog istraživanja će biti utvrditi postoje li poremećaji u nutritivno metaboličkom obrascu zdravstvenog funkcioniranja kod žena koje boluju od depresivnog poremećaja.

OPIS ISTRAŽIVANJA

U istraživanju će sudjelovati bolesnici koji se hospitalno liječe na Klinici za psihijatriju u vremenskom razdoblju 5. - 6. mjesec 2015. godine. Uključni kriterij ispitivane grupe je osim bolničkog liječenja, spol ispitanika - žene te medicinska dijagnoza prema međunarodnoj

klasifikaciji bolesti (MKB-10). Kao instrument za istraživanje korisitit ću dostupnu medicinsku i sestrinsku dokumentaciju Klinike za psihijatriju za dokazivanje potrebnih parametara istraživanja: demografske podatke o dobi, spolu ispitanika, broj dana ležanja, medicinskoj dijagnozi, provedenim postupcima iz područja zdravstvene skrbi te kao specifični podatci o bolesniku koristit ću parametre za procjenu zdravstvenog funkcioniranja iz nutritivno metaboličkog obrasca prema M. Gordon te izračunavanje BMI. Podaci koji će biti korišteni u istraživanju biti će dostupni jedino autoru i mentoru istraživanja te Etičkom povjerenstvu KBC-a Osijek. Ispitanicima će u svakom segmentu istraživanja biti zajamčena anonimnost, podatci pri obradi biti će numerirani i anonimni bez bilo kakvih identifikacijskih podataka, pa se stoga ni na koji način neće moći povezati s osobnim podacima ispitanika.

Hvala na Vašim odgovorima!