Depresivni poremećaj kod osoba starije životne dobi

Bošnjak, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:267746

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Iva Bošnjak

DEPRESIVNI POREMEĆAJ KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Diplomski rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Iva Bošnjak

DEPRESIVNI POREMEĆAJ KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Diplomski rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren u: Domu za starije i nemoćne osobe „Sanatorij Ćorluka“

Mentor rada: Doc.dr.sc. Suzana Uzun, specijalist psihijatrije

Rad ima 39 listova, 2 tablice i 19 slika

ZAHVALA

Ovaj diplomski rad posvećujem suprugu Tihomiru i našoj djeci Ivanu, Mateju, Evi i Josipu. Uz puno zajedničkog odricanja zahvaljujem vam što ste mi bili najveća podrška tijekom studiranja.

Sadržaj

1. UVOD 1
1.1 Depresija kod osoba starije životne dobi 2
1.1.1 Etiologija depresije 2
1.1.2. Simptomi depresije 4
1.1.3. Dijagnoza depresije 5
1.1.4. Liječenje depresije 5
1.1.5. Suicidalnost 7
2. HIPOTEZA 8
3. CILJEVI 9
4. ISPITANICI I METODE 10
4.1.Ustroj studije 10
4.2. Ispitanici 10
4.3. Metode 10
4.4. Statističke metode 11
4.5. Gerijatrijska skala depresije 11
5. REZULTATI 12
6. RASPRAVA 30
7. ZAKLJUČAK 32
8. SAŽETAK 33
9. SUMMARY 34
10. LITERATURA 35
11. ŽIVOTOPIS 37
12. PRILOG 39

1. UVOD

Starenje kao proces počinje u samim trenucima rođenja i rezultat je progresivnih degenerativnih procesa (1). Nema ni jedne psihičke i fizičke funkcije koja se starenjem ne mijenja, a te promjene starije osobe teško doživljavaju.

Proces starenja odvija se u tri faze. Prva faza je karakteristična po promjenama karaktera. U početku se javlja slaba koncentracija, brzo zamaranje te problemi sa spavanjem. Može se javiti razdražljivost, plačljivost i agresivnost. Druga faza starenja utječe na vanjski izgled čovjeka. Dolazi do promjena strukture kože, kose i noktiju. Treća faza starenja povezuje se sa promjenom figure, tj. oblikom tijela. Starije osobe često naginju debljini i pretilosti te se samim time povećava količina masnog tkiva. Proces starenja prvo utječe na kardiovaskularni i živčani sustav (2). Zbog porasta broja osoba starije životne dobi raste i broj istih koji pate od degenerativnih promjena mozga.

Starenje svjetskog pučanstva ima velik utjecaj na društveni razvoj. U Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) je 1980. godine bilo 15,7% pučanstva starije od 65 godina, dok je taj broj u Kanadi iznosio 12,8% (1). Njihovi demografi procjenjuju da će se 2020. godine njihov udio u pučanstvu SAD-a povećati na 22%, a u Kanadi 23% (3). Stanovništvo Europske unije postaje sve starije. Republika Hrvatska je jedna od deset najstarijih nacija u svijetu. Prema popisu stanovništva iz 1991. godine imala je 13,1% osoba starije životne dobi dok je po novom popisu 2011. godine imala 17% (3). Procjenjuje se da će 2040. godine u Republici Hrvatskoj biti 25% osoba starije životne dobi. Društvena skrb o osobama starije životne dobi najčešće se svodi na obiteljsku skrb i skrb u stacionarnim ustanovama. Budući da obitelj u suvremeno doba brigu za svoje starije članove obitelji prenosi na društvenu zajednicu, dolazi do procesa otuđenja te samim time pojavljuje se mogući rizični čimbenik za nastanak depresije.

Danas kada opća populacija globano svakim danom postaje sve vremešnija, i kada se očekuje da do 2050. godine na svijetu trećina ljudi bude starija od 65 godina, svima postaje razumljivo da će osobe u tzv. trećoj životnoj dobi biti sve zastupljenije i u svakodnevnoj psihijatrijskoj kazuistici. S obzirom da dob svake osobe predstavlja najsnažniji rizični faktor za nastanak najvećeg broja neurokognitivnih poremećaja, očekuje nas epidemija demencija, mahom Alzheimerovog tipa, ali isto će tako i vaskularna demencija biti u porastu. Nužno je, a postoji

i preporuka Svjetske zdravstvene organizacije, da svaka zemlja, pa tako i Hrvatska, izradi nacionalni plan borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija. Mnogo se ulaže u razvoj inovativnih terapijskih pristupa u području (imunoterapije) demencija, vjeruje se da postoji terapija koja bi mogla utjecati na modifikaciju prirodnog tijeka ovih bolesti. Nadalje, nastoje se identificirati drugi rizični faktori na koje bi se moglo utjecati i na taj način smanjiti rizik razboljevanja. I druga psihijatrijska stanja, kao što su anksiozni, afektivni, psihotični i drugi poremećaji bit će također u porastu u ovoj populaciji pa će iz tog razloga u budućnosti biti potreban sve veći broj stručnjaka koji će se prvenstveno baviti psihijatrijom starije životne dobi (4).

U Republici Hrvatskoj imamo 45 domova za starije i nemoćne osobe koji su u nekom obliku državnog vlasništva, te se u njima prema podacima Ministarstva socijalne politike iz 2012. godine nalazi 11 tisuća korisnika, što je samo 2% od ukupnog broja starije populacije (3). Velik problem za smještaj u ovakve Ustanove čine dugačke liste čekanja, pa su osobe starije životne dobi prisiljene koristiti neki od privatnih Ustanova kojih je trenutno u Republici Hrvatskoj 83. Ovakve Ustanove pružaju skrb starijim osobama izvan vlastite obitelji.

1.1 Depresija kod osoba starije životne dobi

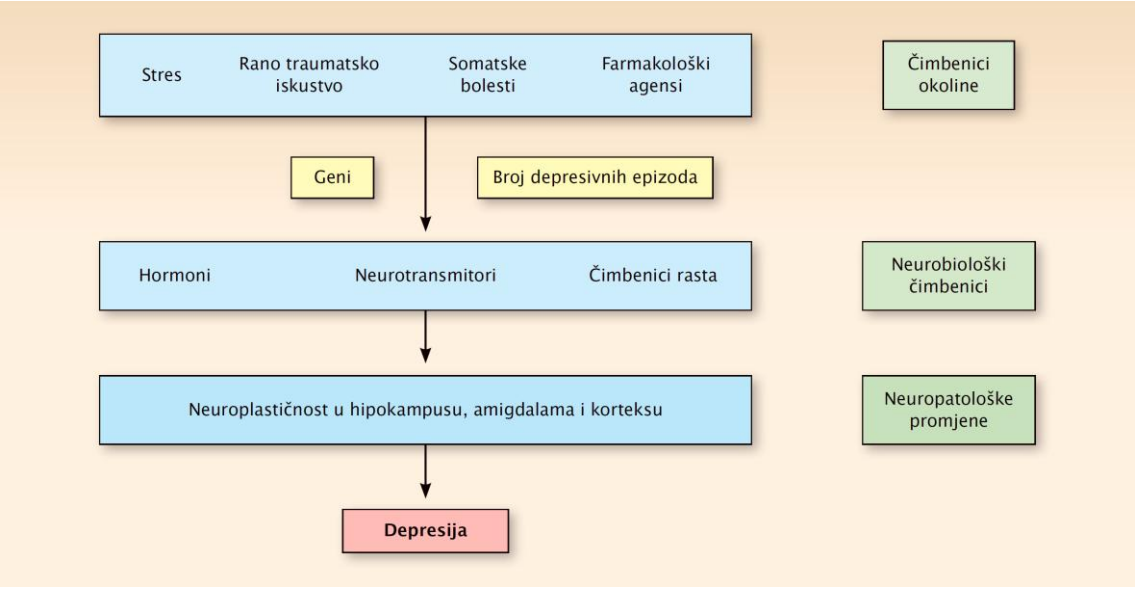
Depresija je najčešći mentalni poremećaj kod osoba starije životne dobi. Od ovog poremećaja boluje 10-15% osoba (2). Depresija u starijoj životnoj dobi se može definirati kao psihički poremećaj čija su bitna obilježja promjene raspoloženja, utučenost, pomanjkanje radosti, čuvstvena praznina, bezvoljnost, gubitak interesa i niz tjelesnih tegoba (2). Depresija u starijoj životnoj dobi nije prirodan dio starenja, često dolazi u komorbiditetu sa somatskim oboljenjima. Stoga je vrlo bitno prepoznati simptome depresije jer oni često znaju biti neprepoznatljivi zbog somatske simptomatomatike.

1.1.1 Etiologija depresije

U literaturi se može naći jako veliki broj teorijskih modela depresije, kako biologijskih, psiholoških i socijalnih tako i spiritualnih i evolucionističkih. Svaki od ovih modela sadrži više ili manje korisnih informacija i istina o depresiji, ali nijedan od njih ne objašnjava sve aspekte depresije i njezina liječenja. Drugim riječima niti jedan od modela depresije ne može se u potpunosti prihvatiti ili odbaciti. Depresija je iznimno složen medicinski, ali i

antropološki, evolucijski, sociološki, filozofski i psihološki fenomen koji se može promatrati iz različitih perspektiva, koje objedinjene daju njezinu potpuniju sliku koja može biti putokaz za uspješnije liječenje. Različite perspektive u različitim fazama razvoja depresogenog procesa, ali i u različitim fazama liječenja omogućuju bolje razumijevanje i uspješnije liječenje depresije. Transdisciplinarni holistički integrativni model temelji se na sistematiziranim i integriranim spoznajama o depresiji iz sedam perspektiva na temelju četiri paradigme (tjelesna, tjelesno-duševna, tjelesno-energetska i tjelesno-duhovna) i četiri ontološke dimenzije (čovjek kao biološko/tjelesno, psihičko/duševno, socijalno i duhovno/transcendentalno biće) (5).

Danas se smatra da depresija nastaje kao rezultat interakcije bioloških i psihosocijalnih utjecaja. Biološki čimbenici uključuju genetsku predispoziciju, odnosno rizik za depresiju, dok psihološki čimbenici povezani su s određenim crtama ličnosti (nisko samopouzdanje, perfekcionizam).



Slika 1. Etiologija i neurobiologija depresije (6)

Istraživanja su pokazala da je etiologija depresije vrlo složena i uključuje velik broj neurobioloških i genetičkih čimbenika na koje djeluju i čimbenici iz okoline. Budući da je depresija složeni poremećaj, dosadašnja istraživanja genetičke podloge depresije su uputila na

to da ne postoji samo jedan specifičan gen koji bi bio odgovoran za razvoj depresije, nego se pretpostavlja da su interakcije različitih gena i čimbenika iz okoline (stres, rano traumatsko iskustvo) povezani s razvojem depresije (6).

Razvoj depresije se povezuje s promjenama aktivnosti neurotransmitorskih sustava, prvenstveno serotoninskog, noradrenalinskog, a u manjoj mjeri dopaminskog i njihovih receptora (6). Klasična teorija o neurobiološkoj podlozi depresije uključuje smanjenu koncentraciju monoaminskih neurotransmitora te disregulaciju sinaptičkog prijenosa biogenih amina, noradrenalina i seratonina (1). Serotonin je biogeni amin koji se stvara u mozgu, pinealnoj žlijezdi, trombocitima i probavnom traktu. Oko 20% ukupnog serotonina sintetizira se u mozgu a ostatak, 80% u drugim dijelovima tijela. Ima važnu ulogu u regulaciji sna i apetita. Zanimljiva je činjenica da se razina serotonina smanjuje u zimskim mjesecima. Mnoga istraživanja dokazuju da su osobe koje jedu hranu bogatu ugljikohidratima, zahvaljujući povišenom serotoninu, otpornija na depresiju. Isto tako su utvrdili da snižena koncentracija serotonina ima vrlo važnu ulogu u nastanku depresivnog poremećaja. Afektivni poremećaji (poremećaji raspoloženja) pokušavaju se objasniti i dopaminskom hipotezom (smanjena razina dopamina također je jedan od faktora rizika koji mogu utjecati na pojavu depresije) (2).

1.1.2. Simptomi depresije

1. Depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan

Raspoloženje se opisuje kao tužno ili utučeno. U početku osobe straije životne dobi često prikrivaju tugu. Često znaju naglašavati tjelesne tegobe (bolovi u različitim dijelovima tijela) kako bi sakrili osjećaj tuge.

2. Smanjeno uživanje u aktivnostima koje su ranije činile ugodu

Gubitak zanimanja za aktivnosti koje su ranije činile ugodu gotovo je uvijek prisutan.

Članovi obitelji ovdje mogu primjeiti socijalnu izolaciju svog člana obitelji.

3. Gubitak tjelesne težine ili dobivanje na težini

Apetit kod depresivnih bolesnika obično je smanjen, mnogi imaju osjećaj da se moraju prisiliti na jelo (7).

4 . Poremećaj spavanja- nesanica

Nesanica je poremećaj spavanja. Nesanica uključuje teškoće kod usnivanja, prosnivanja ili ponovnog usnivanja nakon ranog buđenja. Može biti privremena ili kronična (7).

1.1.3. Dijagnoza depresije

Dijagnozu depresije postavlja liječnik kada na temelju razgovora s pacijentom pouzdano utvrdi da osoba ima simptome depresije koji traju dulje vrijeme, i to najmanje 2 tjedna. Kriteriji za depresiju su poznati i sastavni dio međunarodne klasifikacije bolesti (MKB10) kojima se liječnici služe u dijagnosticiranju bolesti, uključujući i depresiju (8). Kriteriji za postavljanje dijagnoze depresije prikazani su u tablici 1 (9).

Tipični simptomi depresije	**Drugi česti simptomi**	**Drugi često prisutni simptomi**
Depresivno raspoloženje	Poremećaj sna	Gubitak emocionalnih reakcija na normalno ugodno događaje i okolinu
Gubitak interesa i zadovoljstava	Smanjenje ili povećanje apetita	Izražen psihomotorni nemir ili usporenost
Smanjenje energije i povećana zamorljivost	Smanjena koncentracija i pažnja	Gubita tjelesne težine (5% i više u jednom mjesecu)
	Smanjenje samopoštovanja i samopouzdanja	Lošije depresivno stanje ujutro nego tijekom dana
	Ideje o samoozljeđivanju ili suicidu	

Tablica 1. Simptomi depresije potrebni za postavljanje dijagnoze

1.1.4. Liječenje depresije

Cilj liječenja je uklanjanje simptoma bolesti, sprečavanje suicida i recidiva bolesti. Prije liječenja važno je utvrditi je li depresija posljedica tjelesne bolesti, te ako je prvo treba liječiti tjelesnu bolest.

1. Farmakološko liječenje

Iako je depresija poznata još iz antičkih vremena, učinkovita terapija pojavila se tek sredinom 20. stoljeća. Nakon prvih antidepresiva – tricikličkih antidepresiva te neselektivnih i ireverzibilnih inhibitora monoaminooksidaze, posljednjih godina i desetljeća pojavljuju se brojni novi antidepresivi. Antidepresivi su temeljna terapija umjerno teške i teške depresivne epizode. Potrebni su nam antidepresivi različitih mehanizama djelovanja da bismo mogli ublažiti simptome u pojedinih bolesnika. Mehanizam djelovanja svih postojećih antidepresiva uključuje monoamine. Antidepresivi spriječavaju ponovnu pohranu, imaju učinak na receptore, ili usporavaju metabolizam monoamina. Posljedično dolazi do promjene ekspresije gena, povećane sinteze faktora rasta neurona te neuroplastičnosti. Svaki antidepresiv se po određenim osobinama (npr., učinak na budnost/spavanje, bol, anksioznost, apetit/tjelesnu težinu, kardiovaskularne parametre, kognitivne simptome, interakcije sa drugim lijekovima) razlikuje od ostalih. Zbog velikog broja antidepresiva, vrsta i doza prilagođuju se svakom bolesniku. Podnošljivost modernih antidepresiva općenito je dobra (10,11,12).

2. Elektrokonvulzivna terapija

Predstavlja terapijski postupak kojim se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih kratkotrajnih električnih impulsa. Ti podražaji uzrokuju moždanu klijenut koja traje 2 minute. Primjenjuje se kod vrlo teškog oblika depresije koji ne reagira na druge oblike liječenja, te za depresiju sa izraženim motoričkim simptomima (stupor).

3. Transkranijalna magnetska stimulacija (TMS)

Transkranijalna magnetna stimulacija moderan je i vrlo učinkovit postupak liječenja afektivnih, anksioznih poremećaja, raznih bolnih sindroma te zamjena za dosad često spominjanu i stigmatiziranu elektrokonvulzivnu terapiju (13).

1.1.5. Suicidalnost

Prevencija suicida je jedno od najvažnijih načela zbrinjavanja depresivnog pacijenta. Rizik za suicid kod depresivnih osoba starije životne dobi iznosi 10-15% (8). Suicid je autoagresivan čin sa fatalnim ishodom. Motivi za suicid su svjesni i nesvjesni. Opasnost od suicida prisutna je na početku ali i na samom kraju liječenja, i to obično u jutarnjim satima. Suicid je ponekad dugo i pomno planiran, pa pacijenti nakon donesene odluke o suicidu mogu pokazati naglo poboljšanje u kliničkoj slici, te mogu postati društveni i komunikativni. Na taj način zavaravaju medicinsko osoblje koje radi toga može popustiti u nadzoru, a pacijent može ostvariti svoj naum. Većina osoba koje počine suicid na neki način to i najave izravnom ili neizravnom porukom. Suicidalnog je pacijenta potrebno naučiti vještinama života (živjeti sa svakodnevnim problemima, optimizmu, veseliti se malim promjenama i napretku…) da bi se spriječile buduće suicidalne namjere. Uspostavljanje veze povjerenja i iskrenosti najbolja je profilaktična mjera protiv suicida depresivnog pacijenta. Otvoren razgovor, pun razumijevanja i povjerenja te razgovor o njegovim suicidalnim sklonostima ima veliko značenje u prevenciji suicidalnih namjera.

Mogu se istaknuti sljedeće sestrinske intervencije u zbrinjavanju suicidalnog bolesnika:

- promatranje bolesnika,
- pratiti raspoloženje ili nagle promjene u ponašanju,
- ukloniti iz pacijentove okoline oštre ili potencijalno opasne predmete
- uključiti bolesnika u dnevne aktivnosti.

2. HIPOTEZA

H1- Učestalost depresivnog poremećaja je veća kod osoba starije životne dobi koji žive u domu u odnosu na osobe koje žive u krugu obitelji.

H2- Stupanj depresivnog poremećaja je veći kod osoba starije životne dobi koje žive u domu u odnosu na osobe koje žive u krugu obitelji.

3. CILJEVI

1. Utvrditi učestalost pojave depresivnog poremećaja kod osoba starije životne dobi ovisno o načinu življenja (dom za starije i nemoćne osobe ili obitelj) prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB X) i "Gerijatrijskoj skali depresije" (8,14).
2. Utvrditi stupanj depresivnog poremećaja kod osoba starije životne dobi koji žive u krugu svoje obitelji i osoba koji su smješteni u dom za starije i nemoćne osobe (Skala za procjenu težine simptoma- Gerijatrijska skala depresije) (14).

4. ISPITANICI I METODE

4.1.Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje koje je utvrdilo pojavnost i stupanj depresivnog poremećaja osoba starije životne dobi koje su smještene u domu za starije i nemoćne osobe te u svojim obiteljima. Istraživanje je provedeno u periodu od 1.6. do 31.7.2017. godine.

4.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika starijih od 70 godina. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: osobe smještene u ustanovi „Ćorluka“ i osobe koje živi u svojim obiteljima, od kojih svaka uključuje po 50 ispitanika. Prosječna dob ispitanika koji su smješteni u ustanovi „Ćorluka“ iznosi 78,5 god., dok su osobe koje žive u krugu svoje obitelji prosječno stare 79,6 god. Ispitanici pristaju na sudjelovanje u istraživanju potpisivanjem informiranog pristanka koji sadrži podatke o svrsi i koristi i eventualnim rizicima ovog istraživanja. Svim ispitanicima postavljena su ista pitanja. Za provođenje istraživanja dobivena je i suglasnost Ravnatelja doma za starije i nemoćne osobe "Ćorluka".

4.3. Metode

Podaci su prikupljeni putem općeg upitnika i skale. Opći upitnik je dizajniran za potrebe ovog istraživanja i prikupljanje demografskih podataka ispitanika. Prikupljeni su podaci o socio-demografskim osobinama promatranih dviju skupina. Sociodemografska obilježja uključivala su podatke o dobi, spolu, školskoj spremi, zanimanju, bračnom statusu i broju djece. Skala za procjenu težine bolesti, "Gerijatrijska skala depresije" (Sheikth i Yesavage, 2000 prevedeno i prilagođeno na hrvatski, Centar za gerontologiju NZJZ Dr. Andrija Štampar) (14).

Dijagnoza depresivnog poremećaja je postavljena prema dijagnostičkim kriterijima Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB X) (8), a težina depresivnog poremećaja prema skali za procjenu težine bolesti i navedeno je učinio psihijatar-mentor rada.

4.4. Statističke metode

Podaci su unešeni u Excel tablicu Microsoft Office 2011 iz koje su preneseni u program SPSS Statistics 22 (15). Podaci su prikazani tablično i grafički. Deskriptivni podaci su prikazani učestalošću i udjelom za nominalne varijable te aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom za numeričke varijale. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Vrijednosti dobivene u statističkoj analizi smatrane su značajnim ako su u području rizika manjem od 5% ($P \leq 0,05$).

4.5. Gerijatrijska skala depresije

Gerijatrijska skala depresije-skraćeni oblik upitnika, Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar, Referentni centar Ministarstva zdravstva Republika Hrvatske (14).

Ova skala sastoji se od 15 pitanja, koji nude mogućnost odgovora sa DA i NE.

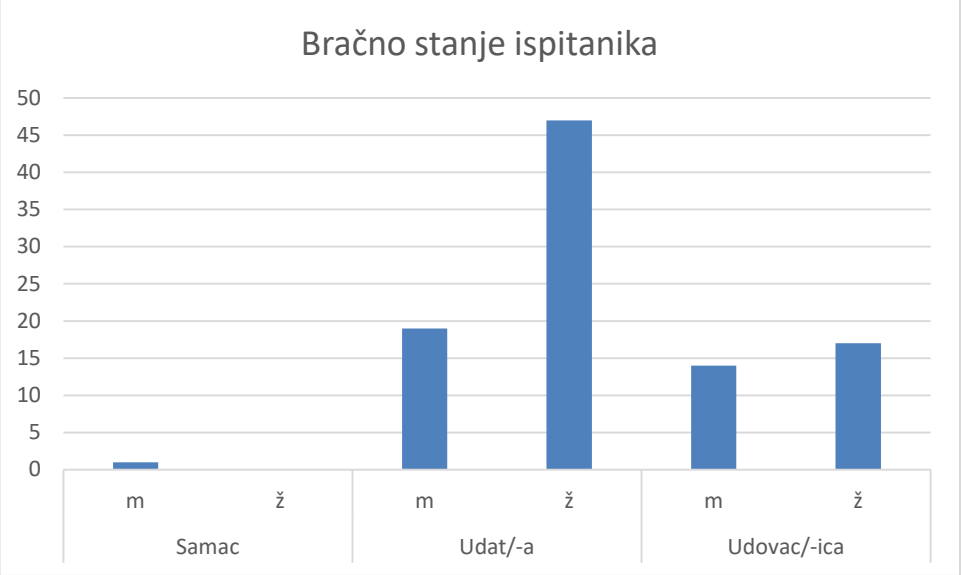
Bodovanje ove skale se provodi tako da odgovori NE na pitanja pod rednim brojevima 1, 5, 7, 11, 13 nose po jedan bod. Odgovori DA na pitanja pod brojevima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 također nose po jedan bod. Kada bodujemo cijelu skalu bodovi se zbrajaju.

Ako rezultat broja bodova je od 0-5 osoba nema znakove depresije, ako su od 6-9 postoje manji znakovi koji upućuju na depresiju, 10 i više bodova upućuje na postojanje većih znakova depresije.

5. REZULTATI

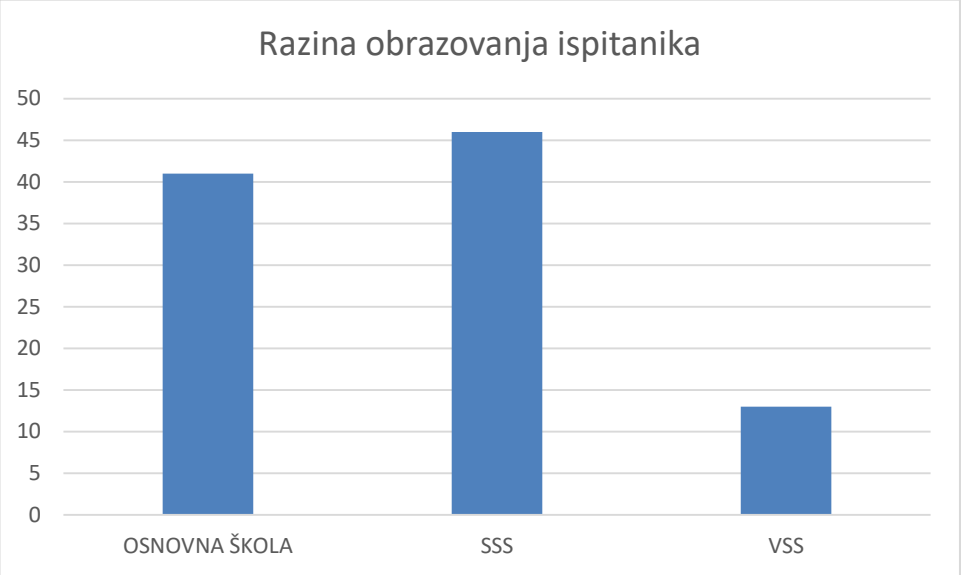
Sociodemografske karakteristike ispitanika u ovom istraživanju pokazuju da su ispitanici u obje grupe osobe starije životne dobi, prosječno su ispitanici smješteni u ustanovi „Ćorluka“ imali 77,4 godina (±5) godina, dok su oni smješteni kod kuće prosječne dobi od 79,6 (±6,4) godina. Najveći broj ispitanika su kućanice ili stočari, dok su druga česta zanimanja bila stolar, medicinska sestra, i vozači. Prosječan broj djece osoba koje su bile smještene u ustanovi iznosi 1,8, dok su ispitanici koji žive u krugu obitelji imali prosječne vrijednosti od 2,12 djece.

Analiza prikupljenih podataka na cjelokupnom uzorku prema bračnom statusu pokazuje da većina ispitanika živi u bračnoj zajednici. Najmanji broj ispitanika živi u izvanbračnoj zajednici, dok je podjednak broj ispitanika udovac/ica (Slika 2).



Slika 2. Bračno stanje ispitanika

Od ukupnog broja ispitanika 41 ispitanik ima završenu osnovnu školu, 46 ispitanika ima srednju stručnu spremu, dok samo 13 ispitanika ima visoku stručnu spremu (Slika 3).



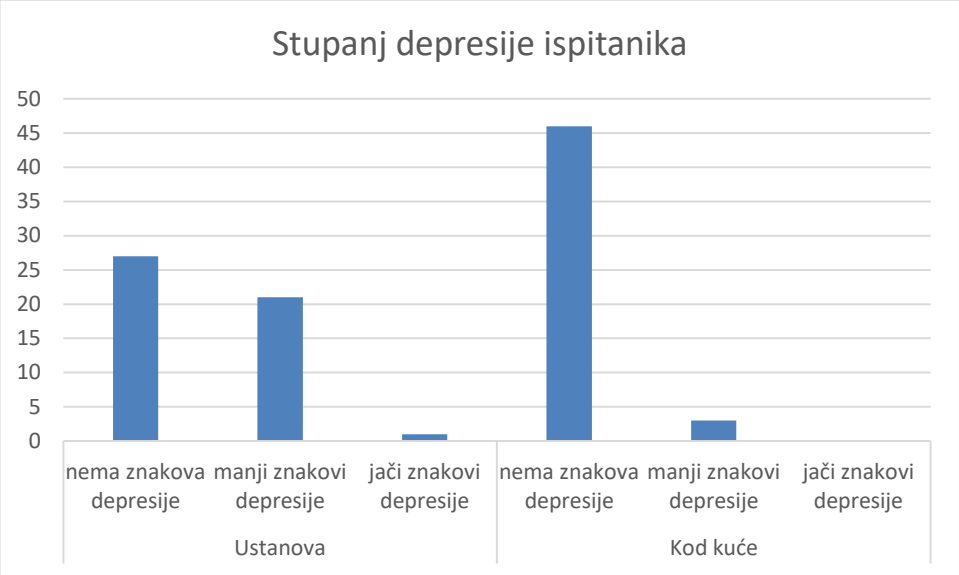
Slika 3. Razina obrazovanja ispitanika

Prosječne vrijednosti stupnja depresije se razlikuju, ispitanici u Ustanovi postižu prosječno 5,12 boda, dok ispitanici kod kuće postižu 3,54 bodova. Rezultati t-testa pokazuju da postoji statistički značajna razlika ($p< 0,05$) u stupnju depresije kod ispitanika koji žive u Ustanovi u odnosu na one koji žive kod kuće s obitelji (Tablica 2). Iako, i ispitanici u Domu su tek graničnih vrijednosti manjih znakova depresije (5,12).

Tablica 2. Razlike među ispitanicima u stupnju depresije

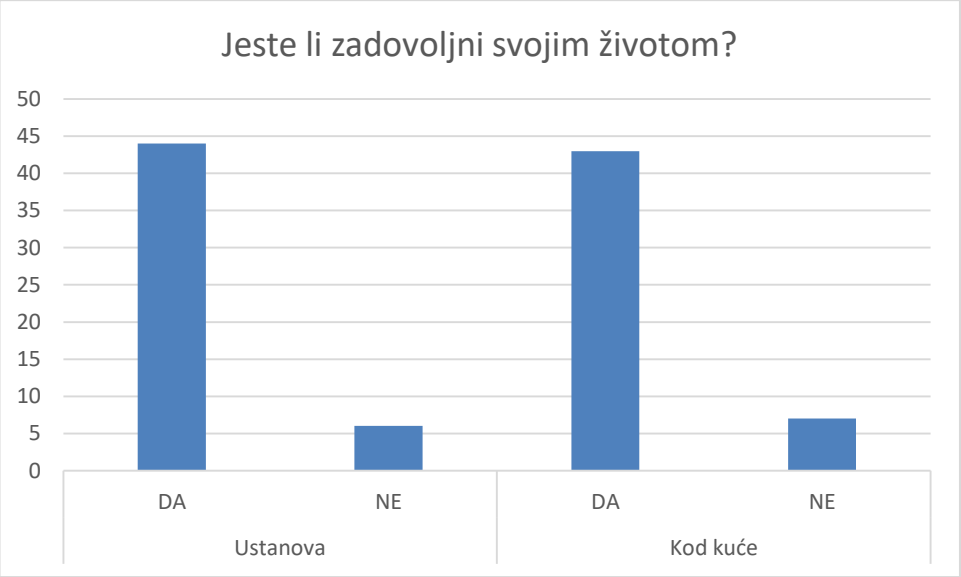
Varijabla	T-test										
	ASU	ASK	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2	F-omjer	p varijance
Depresija	5,120000	3,540000	4,909982	98	0,000004	50	50	1,869628	1,296935	2,078136	0,011746

Analizom prikupljenih podataka prema „Gerijatrijskoj skali depresije“ (14) možemo zaključiti da od ukupnog broja ispitanika koji su smješteni u ustanovi „Ćorluka“, njih 28 nema znakova depresije, 21 osoba pokazuje manje znakove depresivnosti, dok 1 osoba ima jače znakove depresije. Od ukupnog broja ispitanika koji žive kod kuće, u krugu svoje obitelji 47 osoba nema znakove depresije, dok 3 osobe imaju manje znakove depresije (Slika 4).



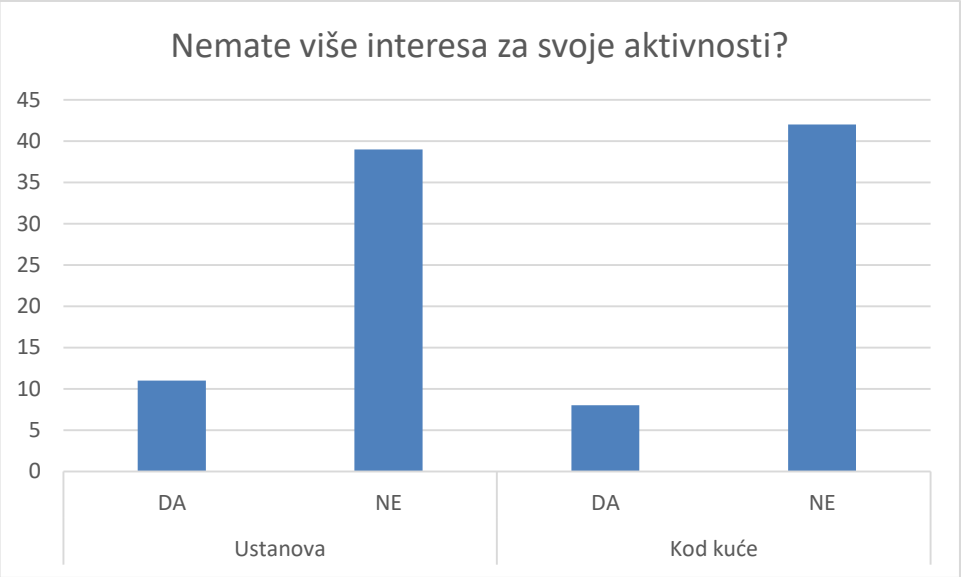
Slika 4. Stupanj depresije bolesnika

Analizom prikupljenih podataka prema prvom pitanju „Jeste li zadovoljni svojim životom?“ možemo zaključiti da su ispitanici koji su smješteni u ustanovi „Ćorluka“ većinom zadovoljni svojim životom, 44 ispitanika, dok njih 6 nije zadovoljno istim. Od ukupnog broja ispitanika koji žive u vlastitoj kući, u krugu svoje obitelji 43 ispitanika iskazuju zadovoljstvo svojim životom, dok njih 7 iskazuje nezadovoljstvo (Slika 5).



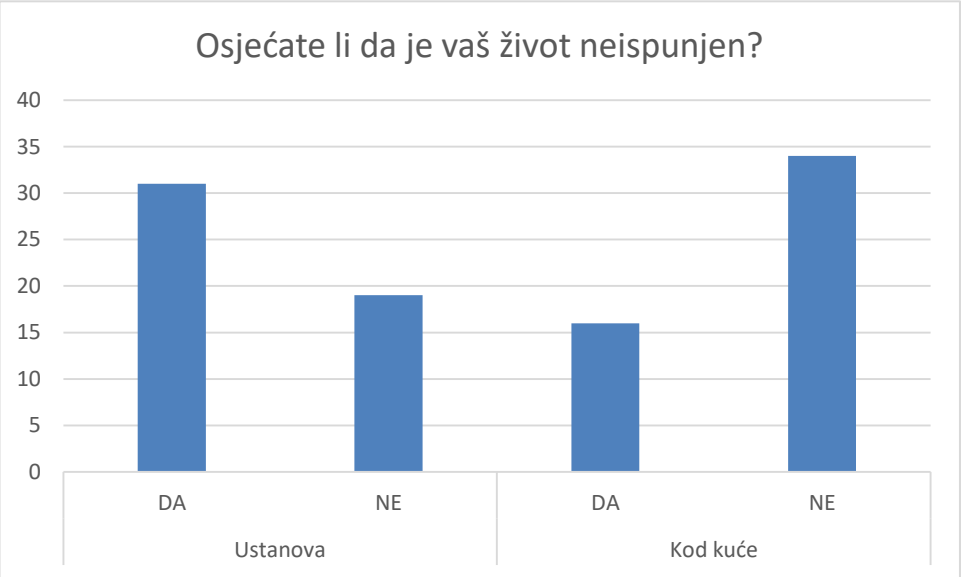
Slika 5. Prikaz rezultata prema pitanju: „Jeste li zadovoljnji svojim životom?“

Analizom prikupljenih podataka na temelju pitanja „Nemate više interesa za svoje aktivnosti?“ 11 ispitanika iz ustanove „Ćorluka“ i dalje pokazuje interes za provođenje uobičajenih aktivnosti, dok njih 49 nema interese za obavljanje istih. Osobe koje žive u krugu svoje obitelji također većinom nemaju interese za obavljanje aktivnosti koje su ranije stvarale ugodu, njih 43, dok 7 ispitanika i dalje pokazuje interese za svoje uobičajene aktivnosti (Slika 6).



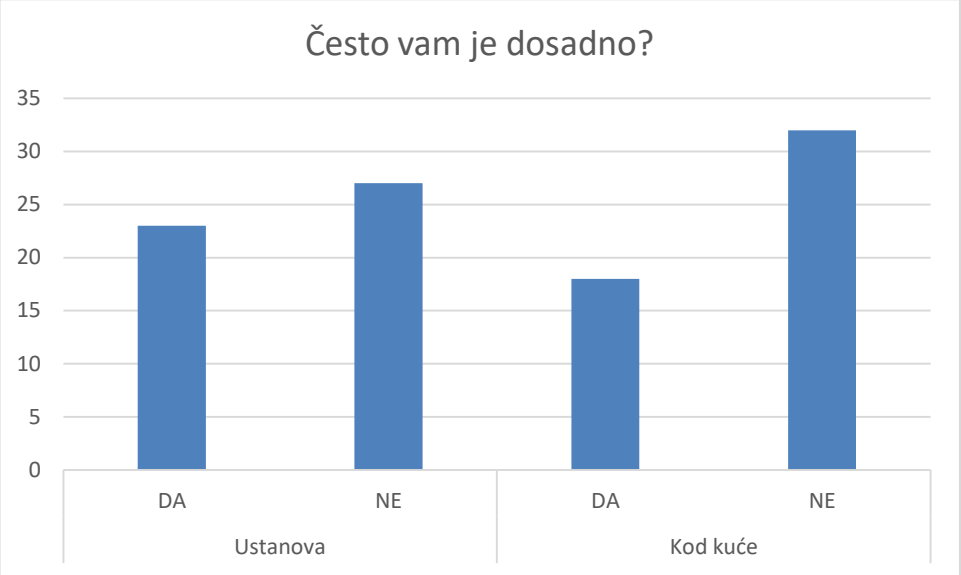
Slika 6. Prikaz rezultata prema pitanju: „Nemate više interesa za svoje aktivnosti?“

Analizom prikupljenih podataka prema pitanju „Osjećate li da je vaš život neispunjen?“ možemo zaključiti da ispitanici iz prve skupine većinom misle da im je život neispunjen, 32 ispitanika, dok ostatak ispitanika, njih 18 i dalje imaju ispunjen život. Iz druge skupine većina ispitanika smatra da im je život i dalje ispunjen, njih 38, dok ostatak ispitanika, njih 12 smatra život neispunjenim (Slika 7).



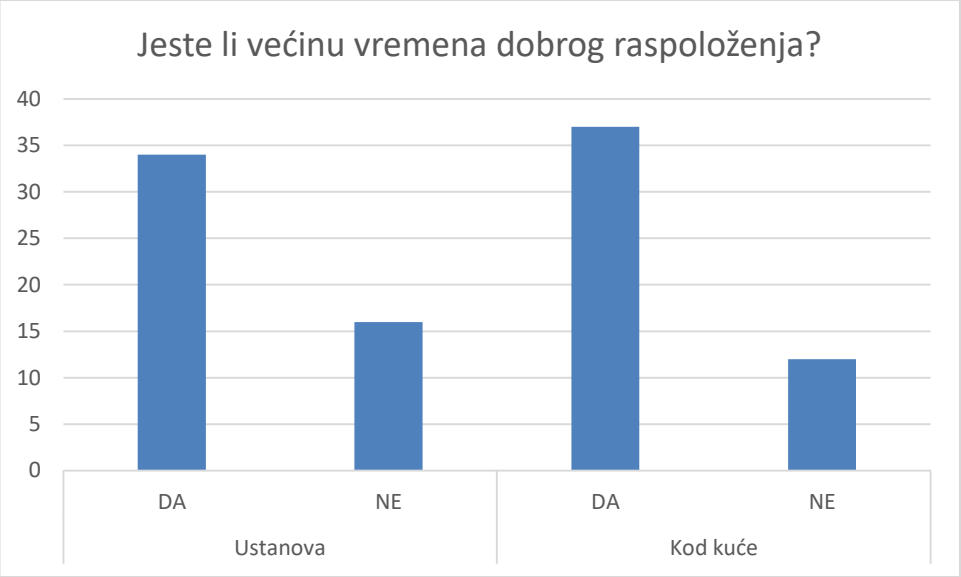
Slika 7. Prikaz rezultata prema pitanju: „Osjećate li da je vaš život neispunjen?“

Analizom prikupljenih podataka prema pitanju „Često vam je dosadno?“ 23 ispitanika iz prve skupine izjavljuju da im je često dosadno, dok njih 27 misli suprotno. U drugoj skupini ispitanika većini nije dosadno, njih 33, dok se 17 ispitanika se često dosađuje (Slika 8).



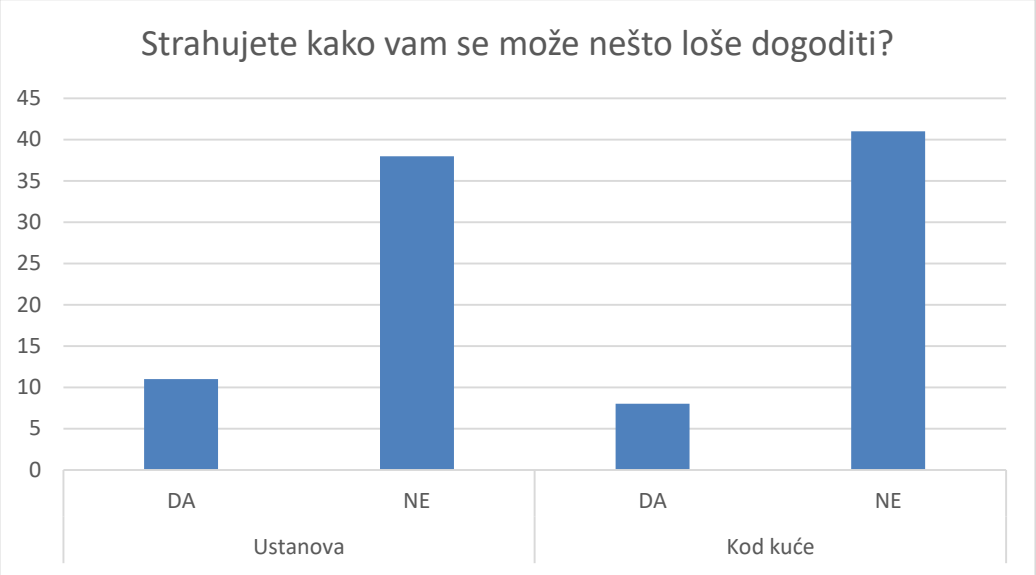
Slika 8. Prikaz rezultata prema pitanju: „Često vam je dosadno?“

Prva skupina ispitanika većinom je dobrog raspoloženja, njih 33, dok 17 ispitanika nije. U drugoj skupini također 37 ispitanika je dobrog raspoloženja, ostalih 13 ne misli tako (Slika 9).



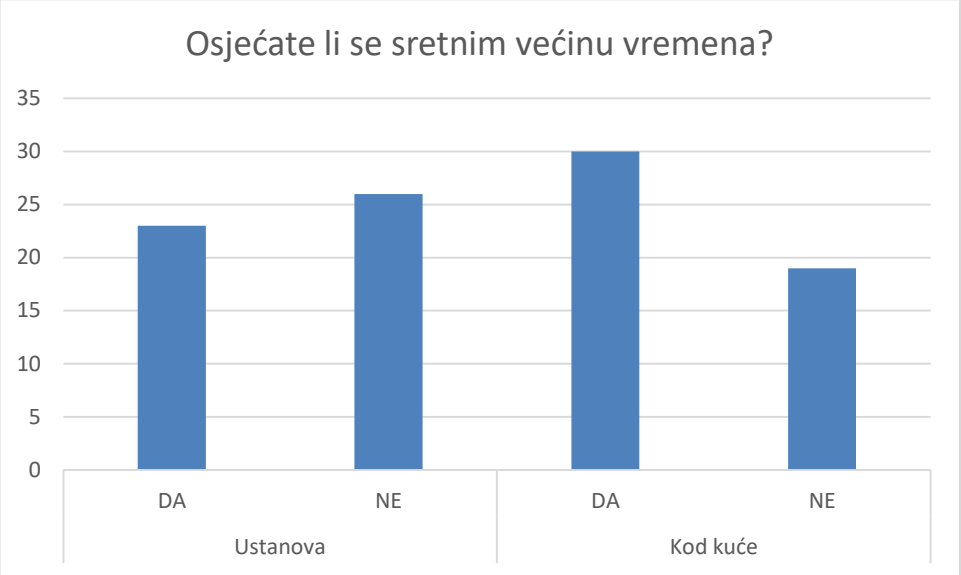
Slika 9. Prikaz rezultata prema pitanju: „ Jeste li većinu vremena dobrog raspoloženja?“

U prvoj skupini 12 ispitanika misli da će im se nešto loše dogoditi, dok njih 38 nema takvo mišljenje. U drugoj skupini većina smatra da im se neće ništa loše dogoditi, njih 41, dok 9 ispitanika misli drugačije (Slika 10).



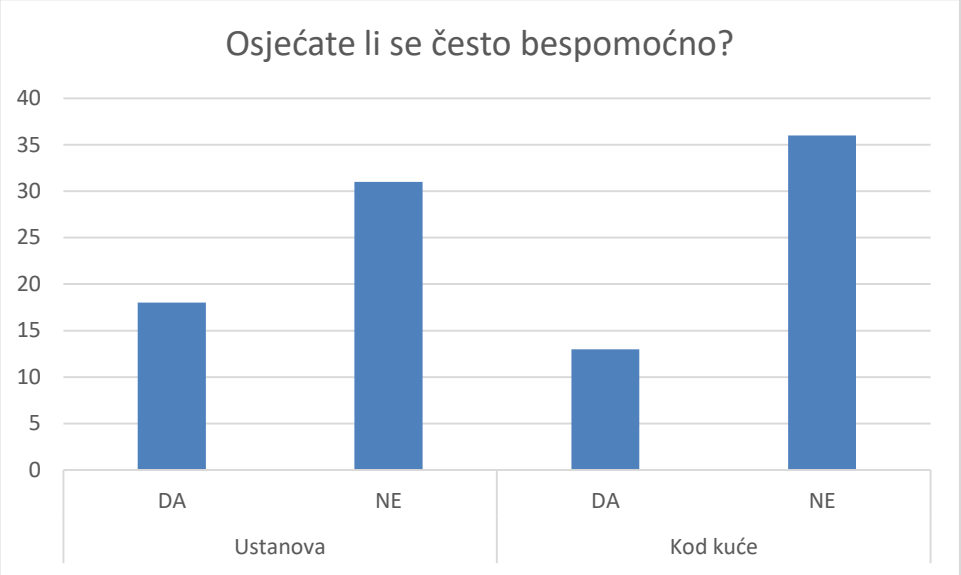
Slika 10. Prikaz rezultata prema pitanju: „Strahujete kako vam se može nešto loše dogoditi?“

U prvoj skupini ispitanika, njih 23 se osjeća sretno većinu vremena, dok se 27 ispitanika tako ne osjeća. U drugoj skupini 30 ispitanika se osjeća sretnim, ostatak od 20 ispitanika ne dijeli isto mišljenje (Slika 11).



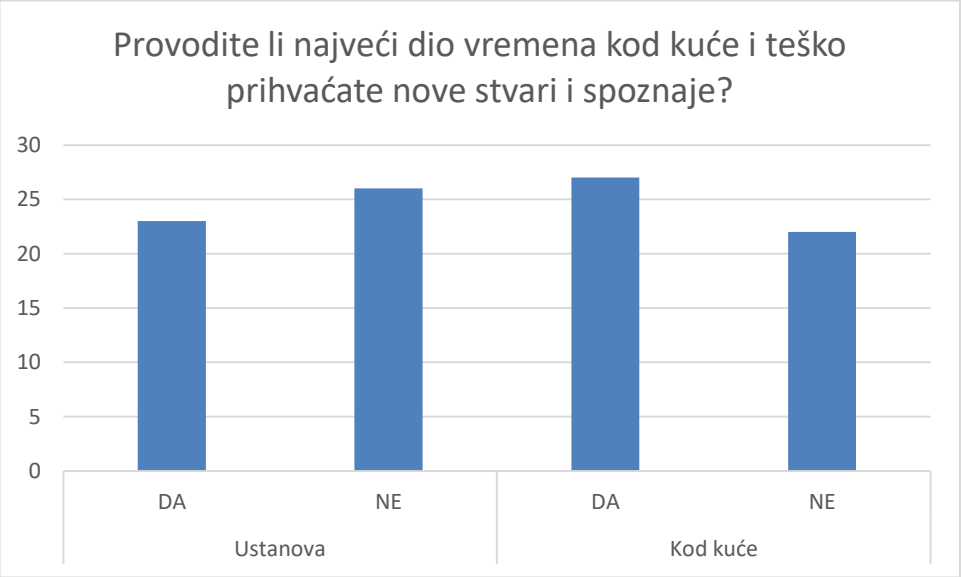
Slika 11. Prikaz rezultata prema pitanju: „Osjećate li se sretnim većinu vremena?“

Analizom prikupljenih podataka na pitanje„ Osjećate li se bespomoćno?“ prva skupina ispitanika većinom se ne osjeća bespomoćno, njih 33, dok se njih 17 osjeća bespomoćno. U drugoj 36 ispitanka se ne osjećaju bespomoćno, dok se njih 14 osjeća (Slika 12).



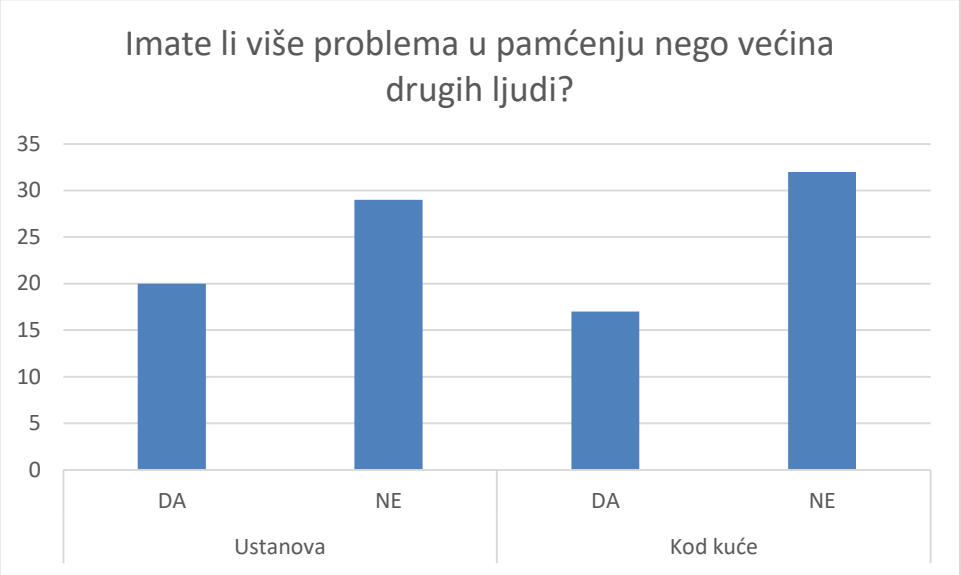
Slika 12. Prikaz rezultata prema pitanju: „ Osjećate li se bespomoćno?“

U prvoj skupini 23 ispitanika veći dio vremena provodi kod kuće i teže prihvaća nove spoznaje, dok njih 27 misli suprotno. U drugoj skupini 27 ispitanika također veći dio vremene provodi kod kuće te teže prihvaća nove stvari, dok 23 ispitanika i dalje imaju aktivan društveni život i prihvaćaju nove spoznaje (Slika 13).



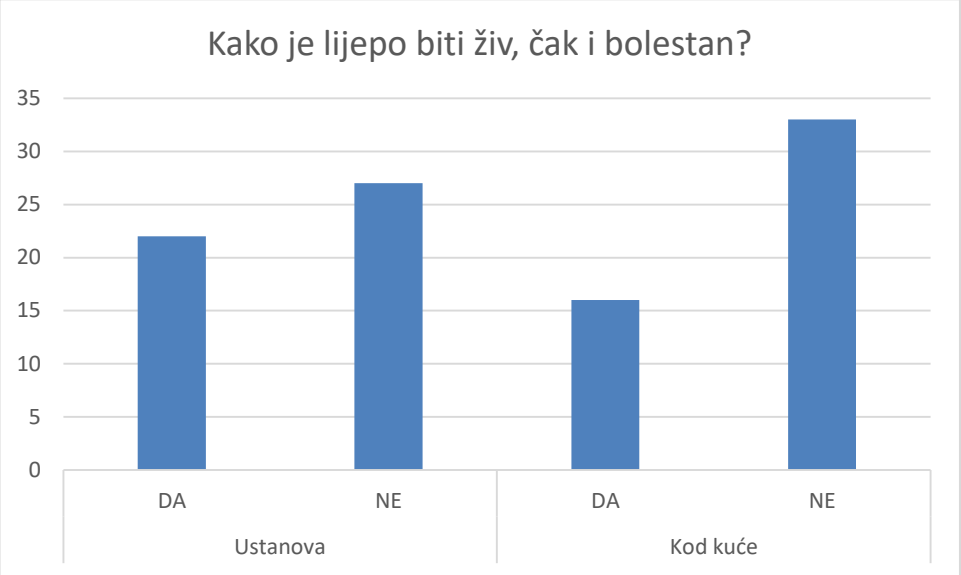
Slika 13. Prikaz rezultata prema pitanju: „Provodite li najveći dio vremena kod kuće i teško prihvaćate nove stvari i spoznaje?“

21 ispitanik iz prve skupine smatra da ima više problema s pamćenjem u odnosu na druge, dok njih 29 ne misli tako. U drugoj skupini 17 ispitanika navodi da ima gore navedeni problem, dok 33 ispitanika negiraju problem (Slika 14).



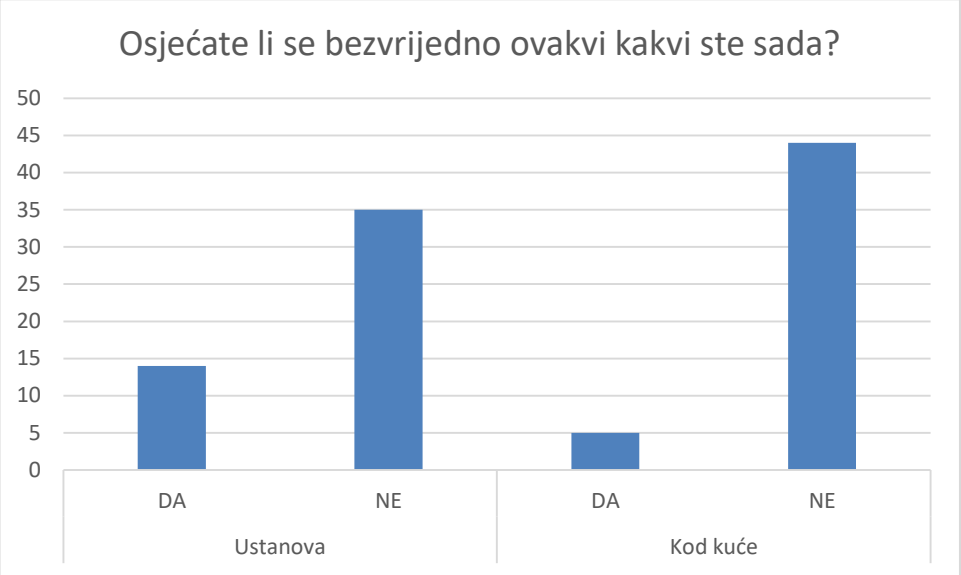
Slika 14. Prikaz rezultata prema pitanju: „ Imate li više probleme u pamćenju nego većina drugih ljudi?“

Prva skupina ispitanika misli da nije, njih 27, dok 23 ispitanika misle drugačije. U drugoj skupini većina ispitanika misli da je lijepo biti živ, čak i bolestan, njih 34, dok 17 ispitanika ne dijeli isto mišljenje (Slika 15).



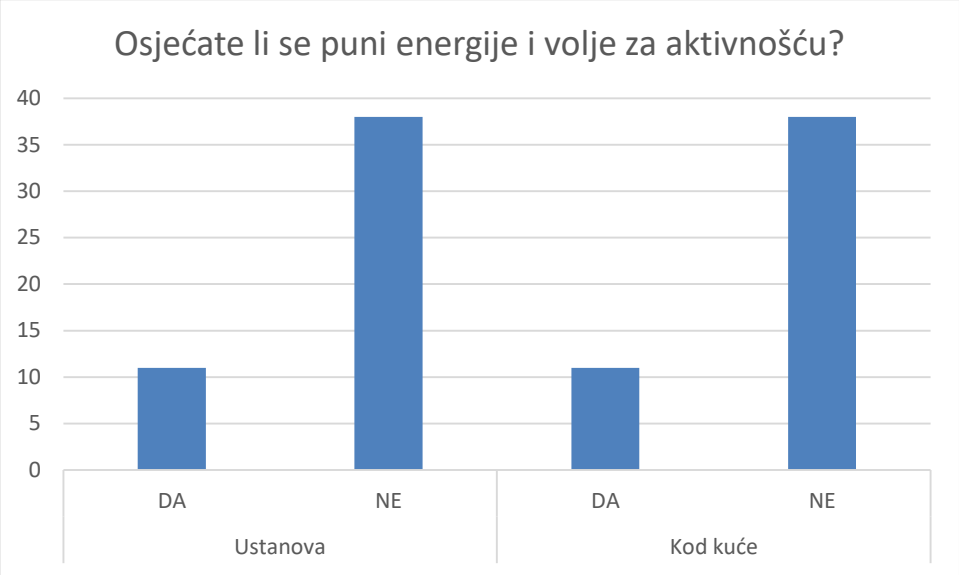
Slika 15. Prikaz rezultata prema pitanju: „Kako je lijepo biti živ, čak i bolestan?“

U prvoj skupini 14 ispitanika se osjeća bezvrijedno, dok se njih 36 negira osjećaj bezvrijednosti. Druga skupina ispitanika većinom se ne osjeća bezvrijedno, njih 44, ostalih 6 ispitanika imaju osjećaj bezvrijednosti (Slika 16).



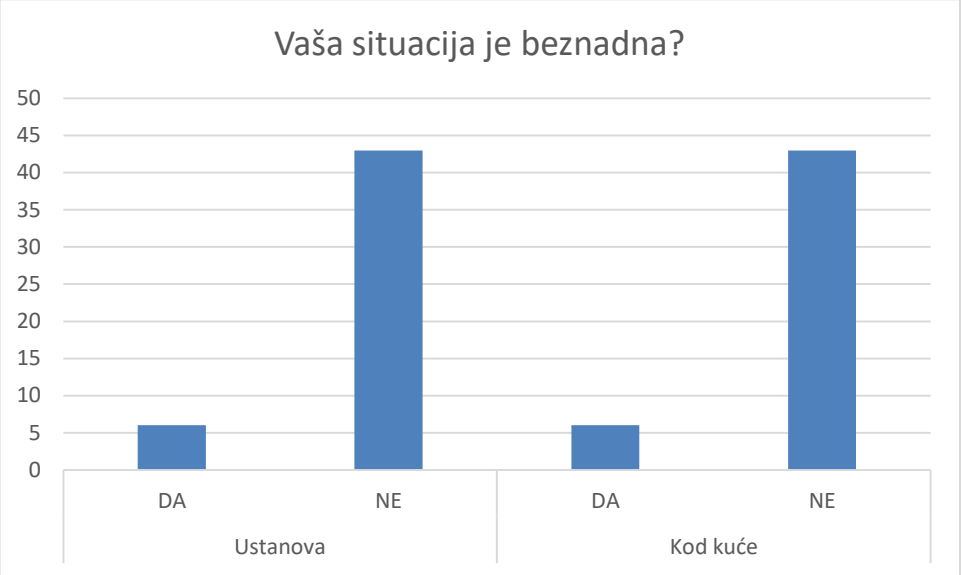
Slika 16. Prikaz rezultata prema pitanju: „ Osjećate li se bezvrijedno ovakvi kakvi jeste sada?“

12 ispitanika iz prve skupine puni su energije te imaju volju za aktivnostima, dok njih 38 misli suprotno. Također i u drugoj skupini 12 ispitanika ima energiju i volju za aktivnostima, dok 38 ispitanika nema (Slika 17).



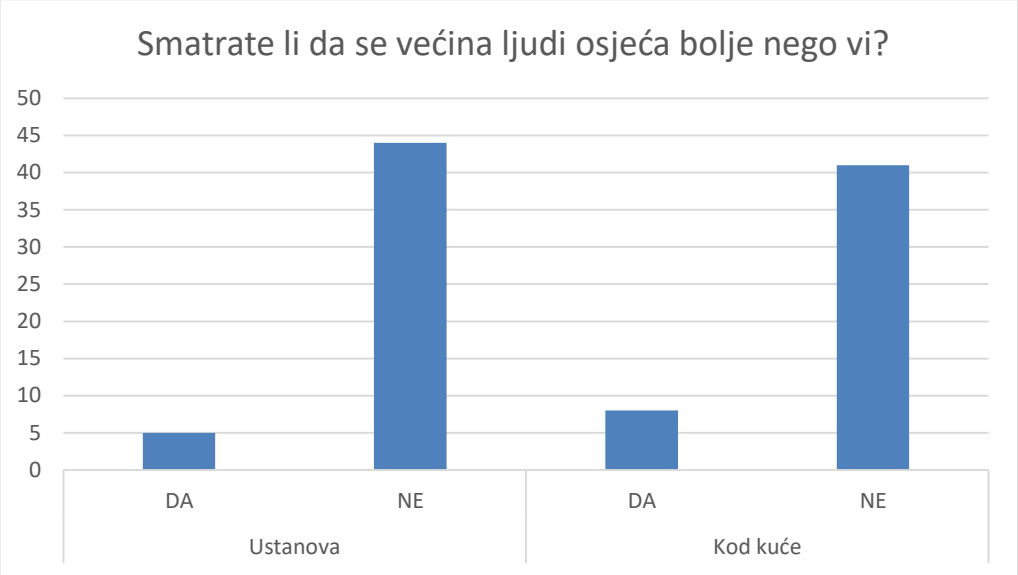
Slika 17. Prikaz rezultata prema pitanju: „Osjećate li se puni energije i volje za aktivnošću?“

U prvoj skupini 7 ispitanika smatra da se nalazi u beznadnoj situaciji, dok njih 43 ima suprotno mišljenje. U drugoj skupini također 7 ispitanika misli kako je njihova situacija beznadna, dok njih 43 negira ovu tvrdnju (Slika 18).



Slika 18. Prikaz rezultata prema pitanju: „Vaša situacija je beznadna?“

U prvoj skupini 6 ispitanika misli da se većina ljudi osjeća bolje nego oni sami, dok 44 ispitanika misle suprotno. U drugoj skupini također 8 ispitanika smatra da se druge osobe osjećaju bolje, dok njih 42 ne misli tako (Slika 19).



Slika 19. Prikaz rezultata prema pitanju: „Smatrate li da se većina ljudi osjeća bolje nego vi?“

6. RASPRAVA

Glavni rezultat ovog istraživanja jest da osobe smještene u Ustanovi „Ćorluka“ imaju viši stupanj depresije od osoba koje su smještene kod kuće. U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika koji su bili podjeljeni u dvije skupine. Prva skupina sastoji se od 50 ispitanika koji su smješteni u ustanovu „Ćorluka“. Drugu skupinu ispitanika čine osobe koje žive u svojoj obitelji (50 ispitanika). Prosječna starosna dob ispitanika koji su smješteni u ustanovi „Ćorluka“ je 77,4 godine, kod kuće 79,6 godina. Od ukupnog broja ispitanika prema stručnoj spremi prevladava SSS (46 ispitanika), osnovnu školu ima 41 ispitanik, dok VSS ima 13 ispitanika. Rezultati t-testa pokazuju da postoji statistički značajna razlika ($p< 0,05$) u stupnju depresije kod ispitanika koji žive u Ustanovi u odnosu na one koji žive kod kuće s obitelji, iako su ispitanici u domu graničnih vrijednosti manjih znakova depresije. Gore navedeni rezultati u skladu su sa istraživanjem koje je proveo Price i sur. (1998) (16). Iz navedenog proizlazi da su dobra socijalna podrška te bliski prijatelji zaštitni čimbenici za pojavu depresije u starijoj dobi. Drugim riječima, osoba može doživjeti neki stresan događaj, gubitak ili ostati nepokretna što može dovesti do pojave depresije, međutim, ukoliko osoba ima adekvatnu socijalnu podršku simptomi depresije će biti blažeg i kraćeg tijeka. Također, slično istraživanje provedeno je 2003 g., prema rezultatima tog istraživanja utvrđeno je da je najveći udio osoba s depresivnim poremećajem upravo u domovima umirovljenika, prema nekim pokazateljima od 20-50% (17). Može se zaključiti da su kod starijih osoba stres i odvajanje od najbližih glavni čimbenici koji predisponiraju depresiji. Nadalje, rezultati ovog istraživanja pokazuju i da ispitanici u ustanovi, u odnosu na one koji žive u krugu obitelji, imaju manje interesa za svakodnevne aktivnosti, osjećaju da im je život neispunjen, često im je dosadno, osjećaju se manje sretnima, a više bespomoćnima i bezvrijednima. Svi ovi čimbenici dovode do češće pojavnosti depresivnog poremećaja kod osoba koje su smještene u neki oblik institucionalne skrbi (17).

Prema gore navedenim rezultatima proizlazi da su stariji ljudi koji ne žive u krugu svoje obitelji depresivniji. Istodobno, potrebno je posvećivati sustavnu pozornost razvoju programa prepoznavanja i prevencije problema mentalnog zdravlja pa tako i depresivnosti kod svih starijih osoba koje žive u Institucijama poput Domova za umirovljenike. Da bi takvi programi potpore starijim osobama u domu bili uspješni, treba ih razvijati kao sastavni dio cjelovitih programa unapređenja kvalitete života i mentalnog zdravlja svih starijih osoba. Gerontološki centri su ustanove neposredne i integralne multidisciplinarne izvaninstitucijske skrbi za starije

ljude u lokalnoj zajednici. Osnovni im je cilj zadržati stariju osobu što je duže moguće u primarnoj, obiteljskoj sredini i na taj način pridonijeti što većoj kvaliteti njezinog života. Da bi se to postiglo, u gerontološkim centrima su organizirani dnevni boravak za starije, zdravstveno, psihološko, socijalno i pravno savjetovanje, preventivne zdravstvene mjere, programi tjelesne aktivnosti, fizikalne terapije, rekreacijske, kulturno-zabavne i okupacijske aktivnosti, osiguranje obroka, pomoći i njege u kući, posudionica ortopedskih pomagala i razne usluge. Započete trendove izvaninstitucionalne skrbi za stare bit će moguće razvijati jedino uz uvjet znatno šire financijske pomoći države koja će lokalnim zajednicama omogućiti financijsku održivost na planu organiziranja i provođenja lokalnih programa skrbi za stare i nemoćne osobe (3).

7. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učestalost i stupanj simptoma depresija kod osoba starije životne dobi ovisno o načinu življenja. Iz dobivenih rezultata prema „Gerijatrijskoj skali depresije“ možemo zaključiti da od ukupnog broja ispitanika koji su smješteni u ustanovi „Ćorluka“, njih 27 nema znakova depresije, 21 osoba pokazuje manje znakove depresivnosti, dok 3 osobe imaju izražene simptome depresije. Od ukupnog broja ispitanika koji žive kod kuće, u krugu svoje obitelji 47 osoba nema znakove depresije, dok 3 osobe imaju manje znakove depresije. Također, rezultati ovog istraživanja pokazuju da jedna i druga skupina ispitanika imaja simptome depresije, ali ti simptomi su više izraženi kod osoba koje žive domu za starije i nemoćne. Ovi rezultati potvrđuju da stariji ljudi koji ne žive u krugu svoje obitelji ujedno su i osobe s izraženijim simptomima depresije.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: 1. Utvrditi učestalost pojave depresivnog poremećaja kod osoba starije životne dobi ovisno o načinu življenja (Dom za starije i nemoćne osobe ili obitelj) prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB X) i "Gerijatrijskoj skali depresije" (8,14).
2. Utvrditi stupanj depresivnog poremećaja kod osoba starije životne dobi koji žive u krugu svoje obitelji i osoba koji su smješteni u dom za starije i nemoćne osobe.
Ispitanici i metode: U istraživanje se uključilo 100 ispitanika starijih od 70 godina. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: osobe smještene u Ustanovi „Ćorluka“ i osobe koje živi u svojim obiteljima, od kojih svaka uključuje po 50 ispitanika. Ispitanici pristaju na sudjelovanje u istraživanju potpisivanjem informiranog pristanka koji sadrži podatke o svrsi i koristi i eventualnim rizicima ovog istraživanja. Svim ispitanicima postavljena su ista pitanja.
Za provođenje istraživanja dobivena je i suglasnost ravnatelja doma za starije i nemoćne osobe "Ćorluka". Podaci su prikupljeni putem općeg upitnika i dvije skale. Opći upitnik je dizajniran za potrebe ovog istraživanja i prikupljanje demografskih podataka ispitanika. Prikupljeni su podaci o socio-demografskim osobinama promatranih dviju skupina. Skala za procjenu težine bolesti (Busner i Targum, 2007) i "Gerijatrijske skale depresije" (Sheikth i Yesavage, 2000 prevedeno i prilagođeno na hrvatski, Centar za gerontologiju NZJZ Dr. Andrija Štampar) (14).

Rezultati: Rezultati t-testa pokazuju da postoji statistički značajna razlika ($p< 0,05$) u stupnju depresije kod ispitanika koji žive u ustanovi u odnosu na one koji žive kod kuće s obitelji, iako su ispitanici u domu graničnih vrijednosti manjih znakova depresije.
Zaključak: Nakon analize rezultata potvrdili smo hipotezu našeg istraživanja. Dakle, stariji ljudi koji ne žive u krugu svoje obitelji ujedno su i depresivniji.

Ključne riječi: depresija, obitelj, gerontologija, ustanova, životno okruženje

9. SUMMARY

The aim of the study was to: 1. Determine the incidence of depressive disorder in older persons according to the International Classification of Diseases (MKB X) and the "Geriatric Depression Scale", depending on the way of life (Home for the Elderly and Infirm) 2. Determine the degree of depressive disorder in elderly persons living in the family's circle and persons in the home for the elderly and infirm.

Methods: The study involved 100 subjects older than 70 years of age. The respondents are divided into two groups: persons accommodated in the "Ćorluka" and persons living in their families, each involving 50 respondents. Respondents agree to participate in the research by signing an informed consent containing the purpose and benefit data and the possible risks of this research. All respondents are asked the same questions. The study of the home director for the elderly and helpless person "Ćorluka" was also obtained. The data were collected through a general questionnaire and two scales. The general questionnaire was designed for the purpose of this research and collecting demographic data of respondents. The socio-demographic characteristics of the two groups examined were collected. Sickness Weighing Scale (Busner & Targum, 2007) and "Geriatric Scales of Depression" (Sheikth and Yesavage, 2000 translated and adapted to Croatian, Dr. Andrija Štampar, Geriatrics Center of NZJZ).

Results: The results of the t-test show that there is a statistically significant difference ($p < 0.05$) in the degree of depression among the respondents living in the institution relative to those who live at home with the family, although the respondents are at the marginal home of lower signs of depression.

Conclusion: After analyzing the results, we confirmed the hypothesis of our research. So, older people who do not live in the circle of their family are also more depressed.

Keywords: depression, family, gerontology, institution, living environment

10. LITERATURA

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010.PLoS Med. 2013 Nov;10(11):e1001547.
2. Hautzinger, M. (2002). Depresija. Naklada Slap: Jastrebarsko.

3. Poljičanin, T., Beljak, T. (2013). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb
4. Mimica, N. Važnost psihijatrije starije životne dobi danas, Knjiga sažetaka, 4. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji s međunarodnim sudjelovanjem 26 – 28 /02/2015.
5. Jakovljević, M. Depresija iz sedam perspektiva: transdisciplinarni integrativni model, Knjiga sažetaka, 4. Hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji s međunarodnim sudjelovanjem 26 – 28/02/2015.
6. Uzun, S., Kozumplik, O., Jakovljević. M., Muck-Šeler, D., Pivac, N. (2013). Nuspojave antidepresiva. Medix, 106: 167-170.
7. Štrkalj-Ivezić, s. (2010). Kako pobijediti depresiju, Zagreb
8. Hrvatski zavod za javno zdravatvo / Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (1994), Medicinska naklada Zagreb.
9. Moravek, D. (2000). Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb.
10. Šagud M, Mihaljević-Peleš A, Vuksan-Ćusa B. Farmakoterapija depresije, Knjiga sažetaka, 4. Hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji s međunarodnim sudjelovanjem 26 – 28/02/2015.

11. Uzun S, Kozumplik O, Mimica N, Folnegović-Šmalc V. Nuspojave psihofarmaka. Zagreb, Medicinska naklada, 2015.
12. Kozumplik O, Uzun S, Folnegović-Šmalc V, Jakovljević M. Nuspojave psihofarmaka: zašto su značajne i kako ih izbjeći?, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju i psihofarmakoterapiju, Tonimir, Zagreb, 2008.
13. Zhao H, Qiao L, Fan D, Zhang S, Turel O, Li Y, Li J, Xue G, Chen A, He Q.. Modulatio Of Brain Activity with Noninvasive Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): Clinical Applications and Safety Concerns, Front Psychol. 2017 May 10;8:685.

14. Prilagođeno od Sheikth JI, Yesavage Ja:"Geriatric depression scale (GDS):Recent evidence and development of a shorter version ," in Clinical Gerontology : A Guide to Assesment and Intervention, edited by TL Brink, Binghamton, NY, Haworth press, 1986,pp.165-173.Beers MH, Berhow R:Merck Mannual of geriatrics 2000:315.

Prijevod i obrada: Centar za zdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar" - Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba

15. SPSS Statistica 22, http://spss.hr.downloadastro.com/preuzimanje/, dostupno 10.08.2017.

16. Price, J. (1998). Med Psyschol., (Pt 4), 465-77.

17. Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap

18. Jakovljević M. i suradnici (2013). Seratonin i depresija. Pro Mente, Zagreb

19. Prlić N. (2008). Zdravstvena njega. Školska knjiga, Zagreb

20. Lam R. Mok, H. (2008). Depression, Oxford

21. Benbow SM, Reynolds D. Challenging the stigma of Alzheimer's disease. Hosp Med 2000; 61:174-77.

22.Sedić, B. (2006). Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, Zdravstveno veleučilište

23. Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap

24. Rowe, D. (2006). Depresija. V.B.Z., Zagreb

11.ŽIVOTOPIS

Iva Bošnjak, bacc.med.tech.

Klinika za psihijatriju Vrapče

Bolnička cesta 32

Tel. 01/3780 666

Datum i mjesto rođenja:

01. Listopad 1985., Zagreb

Kućna adresa:

Japjeci 1, 10255 Zagreb

Tel. 095 2210 101

OBRAZOVANJE

2000.-2004.: Škola za medicinske sestre Vrapče u Zagrebu, srednja ocjena 4,2

2005.- 2006.: Pripravnički staž u Klinici za psihijatriju Vrapče, Odjel urgentne psihijatrije

2006.: Položen stručni ispit

2011.-2014.: Preddiplomski studij sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu

2015.: Diplomski studij sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2015.: Tečaj prve kategorije Osnove palijativne skrb, Medicinski fakultet u Zagrebu

2016.-2017.: Twinning projekt Europske unije „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajem mentalnog zdravlja“, Ministarstvo zdravstva, Zagreb

AKADEMSKI NASLOV

2014. Stručna prvostupnica sestrinstva

ČLANSTVA I AKTIVNOSTI U ZNANSTVENIM I STRUKOVNIM UDRUGAMA

Hrvatska komora medicinskih sestara, od 2006.

Hrvatska udruga medicinskih sestara, od 2014.

RADOVI

1. „Učestalost uroinfekcija kod bolesnika s uznapredovalom demencijom“, 21. Dani psihijatrijskog društva HUMS-a, Opatija, 2014.

2. „Depresija“, 22. Dani psihijatrijskog društva HUMS-a, Šibenik, 2015.

3. „Komunikacija kao imperativ procesa zdravstvene njege dementnog bolesnika“, Međunarodni kongres o Alzheimerovoj demenciji, Tučepi, 2016.

4. „Život sa stigmom mentalne bolesti“, 23. Dani psihijatrijskog društva HUMS-a, Rab, 2017.

OSTALE AKTIVNOSTI

1991.-2005.: Karate klub „Croatia“, aktivno bavljenje sportom sa državnim i međunarodnim rezultatima, položen crni pojas.

2015.-2017.: Nositelj zdravstvene njege u kliničkom istaživanju, Klinike za psihijatriju Vrapče

2017.: Edukator za mentalno zdravlje

12. PRILOG

Gerijatrijska skala depresije (skraćeni oblik) Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar, Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu starijih ljudi (14).

Odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali proteklog tjedna:

1. Jeste li bili zadovoljni svojim životom? DA/ NE

2. Jeste li smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja? DA/ NE

3. Jeste li osjećali kako je Vaš život neispunjen? DA/ NE

4. Jeste li se često dosađivali? DA/ NE

5. Jeste li bili dobro raspoloženi većinu vremena? DA/ NE

6. Jeste li se bojali da će Vam se nešto loše dogoditi? DA/ NE

7. Jeste li bili sretni većinu vremena? DA/ NE

8. Jeste li se često osjećali bespomoćno? DA/ NE

9. Jeste li radije ostajali kući nego izlazili vani i bavili se novim aktivnostima? DA/ NE

10. Smatrate li da imate više problema s pamćenjem nego većina drugih ljudi? DA/ NE

11. Smatrate li da je vam je život sada prekrasan? DA/ NE

12. Jeste li se osjećali bezvrijedno? DA/ NE

13. Jeste li se osjećali puni energije? DA/ NE

14. Jeste li osjećali da ste u bezizlaznoj situaciji? DA/ NE

15. Smatrate li da je drugima bolje nego Vama? DA/ NE

Odgovor NE u pitanjima 1, 5, 7, 11, 13 nosi 1 bod. Odgovor DA u pitanjima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 nosi 1 bod.

BODOVI: 0-5 - nema znakova depresije; 6-9 – postojanje manjih znakova koji upućuju na depresiju; 10 i više – postojanje većih znakova depresije; Ukoliko je zbroj bodova 6 i više potražite savjet obiteljskog liječnika.