

DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI -uloga medicinske sestre

Kunac, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:993861>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Ana Kunac

**DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI
-uloga medicinske sestre**

Završni rad

Split, 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Ana Kunac

DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI
-uloga medicinske sestre

Završni rad

Mentor:

Prof.dr.sc.Goran Dodig

Split, 2014.

Sadržaj:

1. Uvod.....	1
1.1. Mentalno zdravlje	2
1.1.1. Pozitivna obilježja mentalnog zdravlja	3
1.1.2. Negativna obilježja mentalnog zdravlja.....	3
1.2. Psihičke i fizičke osobine starenja	4
1.3. Psihologija starije životne dobi.....	5
1.4. Psihološke teorije starenja	7
1.4.1. Teorija psihosocijalnog razvoja (E. i J. Erikson)	7
1.4.2. Teorija aktivnosti (Havighurst)	8
1.4.3. Teorija socioemocionalne selektivnosti (Carstensen)	8
1.5. Klinička slika depresije.....	9
1.6. Samoubojstvo kod starijih osoba	11
1.7. Vrste depresivnih poremećaja.....	11
1.8. Dijagnostika depresivnih poremećaja	14
1.9. Liječenje depresivnih poremećaja	16
1.10. Farmakoterapija	16
1.11. Podjela antidepresiva	19
1.11.1. Triciklički i tetraciklički klasični antidepresivi.....	20
1.11.2. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS).....	20
1.11.3. Dualni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina.....	21
1.11.4. Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina	22
1.11.5. Noradrenergični i specifični serotoninski antidepresivi.....	22
1.11.6. Pojačivači ponovne pohrane serotonina.....	22

1.11.7. Ostali lijekovi koji se koriste u liječenju depresije	22
1.12. Tjelesne bolesti kao čimbenik nastanka depresije	23
1.13. Parkinsonova bolest	24
1.14. Alzheimerova bolest	26
1.15. Moždani udar	28
2. Cilj rada	32
3. Rasprava	33
3.1. Klinička slika i ostali potencijalni uzroci depresije u starijih osoba.....	33
3.2. Liječenje depresije u starijoj životnoj dobi.....	34
3.3. Uloga medicinske sestre	36
3.3.1. Afektivni simptomi	38
3.3.2. Bihevioralni simptomi.....	39
3.3.3. Tjelesni (vegetativni simptomi)	39
3.3.4. Kognitivni simptomi	40
3.3.5. Ponavljajuća razmišljanja o smrti, ideje o samoozlijeđivanju ili pokušaji suicida.....	41
4. Zaključak	43
5. Literatura	44
6. Sažetak.....	47
7. Summary.....	48
8. Životopis.....	49

1. Uvod

Depresija je stara koliko i čovječanstvo. Ubraja se ne samo u najranije opisane bolesti u povijesti medicine, nego i u najčešće psihičke poremećaje današnjice. Riječ "depresija" podrijetlom je iz latinskoga jezika - latinski depressio dolazi od deprimere, što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti. Depresivnost je najčešća poteškoća mentalnog zdravlja u starijoj životnoj dobi, a klinička depresija je najčešći psihički poremećaj među starijim osobama. Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženosti, žalosti i utučenosti. Pogrešno je mišljenje da je depresija normalan dio starenja. Ona nije neminovna posljedica starenja. Hrvatska gerontološka istraživanja potvrdila su kako je osamljenost glavni problem u starijih osoba. Takve starije osobe su sklonije trajnoj nepokretljivosti, zbog socijalne izolacije, a koja je posljedično povezana s depresijom, ali i povećanom tjelesnom težinom ili pothranjenošću u starosti te dehidracijom (1).

Starija životna dob, odnosno promjene karakteristične za stariju životnu dob, uključujući učestalije zdravstvene probleme, financijske poteškoće, stres, otuđenost, nezadovoljstvo, odlazak u mirovinu, gubitak bračnog partnera, članova obitelji ili prijatelja, odlazak djece, smanjenje potrebe i motivacije za aktivnostima koje su nekad bile normalni dio života dodatni su "objektivni" okviri koji stvaraju pogodno tlo za depresivnu reakciju starijeg čovjeka.(5) Svjetska zdravstvena organizacija identificirala je sedam izazova vezanih za stariju populaciju: pomak od zaraznih prema nezaraznim bolestima; povećan rizik za nemoć i nesposobnosti; pružanje skrbi uz održavanje ravnoteže između autonomne brige, neformalne i formalne skrbi; feminizaciju starenja; etiku i nejednakost – dobnu diskriminaciju u dostupnosti medicinskih inovacija; ekonomiju starije populacije; te stvaranje nove paradigme koja gleda na starije ljude kao na aktivne sudionike i doprinositelje u društvu koje je dobno integrirano, ali i kao na korisnike razvoja.(4)

1.1. Mentalno zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog zdravlja, a ne samo odsutnost bolesti (WHO, 1948). Ova definicija, koja se nije mijenjala od 1948. godine, polazi od pozitivnog koncepta zdravlja i holističke, ekološke perspektive koja zdravlje sagledava kao produkt dinamičke interakcije između pojedinca i njegovog društvenog, biološkog i fizičkog konteksta.

Pored tradicionalnih indikatora zdravstvenog statusa populacije, ovaj pristup pridaje veliku važnost i indikatorima koji su povezani s mentalnim zdravljem, općom kvalitetom društvenog i ekonomskog života, zadovoljstvom, obrazovanjem i kulturnim specifičnostima te onima za koje postoji sve više dokaza da utječu na zdravlje preko psihoneuroendokrinih puteva. Takva koncepcija zdravlja uključuje kvalitete pojedinca koje se odnose na otpornost, sposobnost savladavanja teškoća i sposobnost realizacije vlastitih potencijala, ali i složenu mrežu individualnih (bioloških i psiholoških) i kolektivnih (sociokulturnih, ekonomskih i okolinskih) rizičnih i zaštitnih faktora zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem svaki čovjek shvaća svoj potencijal i može se nositi s normalnim životnim stresovima, raditi produktivno i plodonosno i može doprinosti svojoj zajednici.

Mentalno, duševno ili psihičko zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja pojedinca, ali i zajednice, te čini preduvjet za optimalno funkcioniranje pojedinca, obitelji, zajednica i društva. Jedno je od osnovnih prava svake osobe te ključni resor socijalnom i ekonomskog razvoja nacije. Mentalno zdravlje je preduvjet razvoja društva pa se suvremene strategije za zaštitu i unapređenje zdravlja sve više usmjeravaju prevenciji i rehabilitaciji, multidisciplinarnoj i međusektorskoj suradnji, individualiziranom pristupu prema bolesniku te brizi za oboljele u zajednici.

1.1.1. Pozitivna obilježja mentalnog zdravlja

Zadovoljstvo životom jedna je od najčešćih mjera mentalnog zdravlja. Njega se definira kao kognitivnu evaluaciju komponente subjektivnog osjećaja dobrobiti. Ta se kognitivna komponenta razlikuje od emocionalne komponente iako se radi o mjerama koje su često povezane. Istraživanja pokazuju da je, primjerice, zadovoljstvo životom najveće u osoba starijih od 65 godina. Nadalje, mnoga istraživanja pokazuju da emocije ugodnog hedonističkog tona rastu s dobi, malo ali konzistentno. Istodobno, smanjuje se udio emocija neugodnog hedonističkog tona koje svoj vrhunac dostižu u ranoj odrasloj dobi, a zatim se smanjuju do 60-ih godina i ostaju na jednakoj razini. Na primjer, kada se stare ljude pita koliko su sretni, rezultati su pomaknuti u pozitivnom smjeru i pokazuju da je gotovo dvije trećine ispitanih osoba sretna veći dio godine. No tu se mogu uočiti razlike u dobi – najmlađe starije osobe procjenjuju da su više vremena sretni, a s dobi taj postotak opada. Isti trend nalazi se i u ocjeni kvalitete življenja – oko tri četvrtine osoba u dobi 65-69 godina ocjenjuje je vrlo visokom, dok u starijoj dobi taj udio pada na polovinu ili trećinu. Sretni ljudi žive duže, vjerojatno jer osjećaj sreće štiti fizičko zdravlje.(3)

1.1.2. Negativna obilježja mentalnog zdravlja

Mentalni se poremećaji javljaju u svim kulturama i dobnim skupinama, njihovo je liječenje skupo i uzrokuju preranu smrtnost. Osobe s mentalnim poremećajima socijalno su izolirane i imaju lošiju kvalitetu života, češće su izložene kršenju ljudskih prava, stigmatiziranju i diskriminaciji. Mentalno je zdravlje usko povezano s tjelesnim zdravljem, a mentalni poremećaji često dovode i do lošijeg ishoda pri liječenju tjelesnih bolesti. Nadalje, mentalni poremećaji negativno utječu na radnu sposobnost oboljelih i osoba koje se o njima brinu, na njihovu produktivnost i prihode, pa tako i na ekonomiju društva u cjelini. U mentalne poremećaje osoba starije dobi ubrajaju se svi psihički poremećaji koji se javljaju u odrasloj dobi, te su se najvjerojatnije javili i ranije, prije starije dobi, uz organske moždane poremećaje - demenciju i delirij.

Depresija je najprisutniji zdravstveni problem u mnogim državama EU. Počinjenih samoubojstava ima oko 58.000 godišnje, od kojih tri četvrtine učine muškarci.

Za starije osobe uobičajenije je da rjeđe priopćavaju svoje namjere da izvrše samoubojstvo i da čine manje pokušaja, no kad pokušaju, češće se uspjevaju ubiti. No statistički podaci vrlo vjerojatno potcjenjuju situaciju kod starijih osoba jer stariji ljudi imaju puno više prilika odustati od života, npr. zanemarivanjem uzimanja lijekova ili pravilne. Štoviše, Butler i Lewis tvrde da je samoubojstvo starijih racionalna ili filozofska odluka češće nego ona mladih ljudi.

1.2. Psihičke i fizičke osobine starenja

Starenje ili 'treće životno doba' možemo podijeliti na tri perioda: period kasne zrelosti, period rane starosti i period duboke starosti. Vremenske granice se ovdje ne mogu povući osim za period duboke starosti za koju se smatra da obuhvaća period od 85 godina na dalje. Mentalni stručnjaci ističu da se najozbiljnije psihičke perturbacije javljaju u periodu rane starosti kada se manifestiraju prve ozbiljne promjene i problemi, jer je taj period karakteriziran općim povlačenjem i socijalnim dezangažiranjem koje može uvjetovati značajne emocionalne perturbacije.

Zbog gubljenja socijalnog oslonca, pasivizacije i odsustva efikasne društvene solidarnosti položaj osoba u ovom periodu može katkada postati dramatično težak, pa im suvremeno društvo sigurno duguje mnogo više nego samo materijalnu sigurnost. Globalno uzevši, proces starenja možemo prikazati progresivnim slabljenjem koje zahvaća tri osnovna vida, a to su: fiziološke promjene, psihološke promjene i socijalno ekonomski problemi.

Među fiziološkim poremećajima na prvo mjesto dolazi progresivno fizičko i mentalno slabljenje, a psihološke promjene koje to prate obuhvaćaju niz važnih elemenata kao: povećanu ovisnost od drugih, osjećaj nejednakosti, beskorisnosti, bespomoćnosti i odbačenosti, strah od usamljenosti i bolesti, preokupacija tjelesnim smetnjama, smanjenje briga o vlastitoj osobi što je sve potpomognuto, odnosno podržavano slabljenjem pamćenja i siromaštvom misaonih procesa koje je konstantno prisutno. Starenje kao proces počinje sa početkom života i rezultat je progresivnih degenerativnih procesa pa nema ni jedne psihičke ni fizičke funkcije koja se u starosti ne mijenja.

Koliko je netko star ne može se odrediti jedinstvenim kriterijima, jer starenje uključuje u sebi biološke, socijalne i psihičke procese koji u složenoj međusobnoj vezi determiniraju 'realnu starost'. Fiziološko starenje se kao normalni proces stavlja kao suprotnost takozvanom patološkom starenju koje označava brzo ili ubrzano starenje uvjetovano nekim patološkim procesom. Ovo starenje, odnosno njegove posljedice zahtjevaju liječenje jer se radi o bolesti. Danas su, međutim, zahtjevi za terapijskom intervencijom mnogo širi i mnogobrojni i uključuju traženja da se poduzmu mjere u smislu podizanja ugroženog vitalnog elana i korekcije psihičkih funkcija koje počinju popuštati. Ovakav zahtjev vremenski locira terapijsku intervenciju u mnogo raniji period nego što bi to spadalo u gerijatrijske probleme.

Točan odgovor na pitanje kada započeti s terapijom i koji je momenat za to optimalan nije moguće odrediti, jer pitanje da li je netko star ne ovisi o njegovoj životnoj dobi nego o stupnju tjelesnih i duševnih promjena koje je ta dob sa sobom donijela. Načelno se ipak može reći da ne bi trebalo kasniti s poduzimanjem terapijskih mjera, jer je očito da se teže promjene liječe teže s manjim uspjehom. Suvremena farmakološka ostvarenja na ovom području pobuđuju optimizam čak i u onim slučajevima kada su psihičke smetnje jako izražene što opravdava veću terapijsku poduzimljivost do koje međutim u praksi najčešće ne dolazi. Terapijski nihilizam je ovdje vjerojatno u osnovi posljedica našeg opterećenja dogmatskim postavkama rigorozne psihopatologije koja u svakoj psihičkoj aberaciji starije dobi vidi ireparabilni defekt, što nije u skladu s novijim kliničkim iskustvima.(9)

1.3. Psihologija starije životne dobi

U Europi i Hrvatskoj trenutačno osobe starije od 60 godina čine oko 20% stanovništva (Državni zavod za statistiku, 2011). suočeni s takvom situacijom, brojni znanstvenici i stručnjaci bave se područjima vezanim uz starenje stanovništva iz jednako tako brojnih razloga: ekonomskih, medicinskih, urbanističkih, pravnih, prometnih,... Prema ekonomskom kriteriju važna je dob odlaska u mirovinu na temelju koje se granica starosti postavlja znatno niže, a to je u mnogim zemljama oko 60.-65. godine. Na temelju socijalnih i psiholoških kriterija može se reći da je stara ona osoba koja procjenjuje da joj

je „budućnost bez perspektive“ te kod koje izostaje konkretno zanimanje za svakodnevni život.

Funkcionalni kriterij uzima u obzir određeni stupanj opadanja sposobnosti i zdravlja osobe (npr. za rad, za brigu o sebi, itd.). Neka društva povezuju starenje s ulogama koje prate generacijske događaje u životnom ciklusu (npr. ženidba /udaja djece ili uloga bake ili djeda). Može se u obzir uzeti i biološki kriterij, koji je jasniji kod žena (menopauza) nego muškaraca. Napokon, tu je i individualni kriterij – kao onaj koji svatko postavlja za sebe – koliko se osoba osjeća ili samoprocjenjuje starom, odnosno kako druge osobe procjenjuje starima. Istraživanja pokazuju da u većine ljudi postoji nesklad između stvarne životne dobi i osjećaja o vlastitoj dobi. Mlađi se ljudi češće osjećaju starijima, a stariji se ljudi osjećaju mlađima nego što jesu, u rasponu od jedne do petnaest godina, s time da su u starih ljudi najveće razlike između stvarne životne dobi i one percipirane. S obzirom na psihološku i socijalnu dimenziju te tjelesnu aktivnost koja je bitna odrednica životnoga stila, brojna su istraživanja omogućila stvaranje svojevrstne tipologije starijih osoba na temelju koje se dijele u najmanje četiri skupine:

Ne-stari – skupina je osoba koja kronološku dob smatra samo anagrafskim podatkom, dobro se osjeća, aktivna je i potpuno uključena u socijalnu stvarnost. Po svojem je ponašanju izjednačena s populacijom mlađih osoba.

Aktivni stari one su osobe koje imaju više od 60-65 godina i koje unatoč ponekoj smetnji vode aktivan život pun poticaja, interesa i socijalne uključenosti.

Povučeni su oni stariji ljudi koji priznaju i prihvaćaju da su stari, no ne čine od toga nikakav problem i pokušavaju okrenuti u vlastitu korist činjenicu da se više ne moraju natjecati u radnim ili profesionalnim aktivnostima, kao i činjenicu da su oslobođeni od obiteljskih i socijalnih dužnosti.

Marginalci su skupina koju čine one osobe koje iz različitih razloga (loše zdravstveno stanje, niska primanja, obiteljska ili socijalna izolacija, nisko obrazovanje) odgovaraju tradicionalnoj slici stare osobe, odnosno osobe koja je tijekom godina sve manje sposobna samostalno se brinuti o sebi, družiti se i aktivno živjeti.

Da bi imali neke točke razgraničenja radi boljeg razlikovanja među starijim osobama, gerontolozi obično dijele osobe starije od 65 godina u tri skupine: mladi stari –

u dobi od 65 do 74 godine; stari stari u dobi od 75 do 84 godine; te najstariji stari od 85 na dalje.(8)

1.4. Psihološke teorije starenja

Teorije koje se bave starenjem mogu se podijeliti na biološke, sociološke i psihološke. Biološkim je teorijama zajedničko to da pokušavaju pronaći stanične procese koji su u podlozi starenja. Sociološke teorije usmjerene su na odnos društva prema starenju ili starijoj populaciji kao dijelu cjelokupne populacije. U psihologiji teorije starenja dio su razvojnih teorija. Razlikuju se, međutim, u tome u kojoj mjeri se bave starenjem i na koje aspekte stavljaju naglasak. Ima mnogo teorija različitih teorija, ali ću navesti samo neke.

1.4.1. Teorija psihosocijalnog razvoja (E. i J. Erikson)

Psihodinamska teorija E. Eriksona teorija je ljudskog razvoja i sazrijevanja od rođenja do smrti kroz prvotno osam, a kasnije devet stadija razvoja u kojima se događaju određene krize i moguća rješenja. U svakoj je fazi naglasak na razvoju ega, a način na koji osoba riješi svaki stadij utječe na buduću uspjeh ili neuspjeh u svladavanju sljedećeg razvojnog stadija. Ishod svakog stadija rezultira u osobnom rastu. E. Erikson smatrao je da je sazrijevanje tjelesnih funkcija povezano s očekivanjima društva i kulture u kojoj osoba živi. U Eriksonovoj teoriji uspješni prijelaz kroz razvojne stadije u početku života vodi sintezi koja može biti osnova za razvoj prema zadnjem stadiju – starosti. Stoga se ego integracija osmog stadija odnosi na integraciju elemenata prethodnih stadija. Ako prihvaća sa zadovoljstvom to kako je život ispao, postići će ego integritet. Ako to ne postigne, bit će očajna, ogorčena, puna prijezira i bojat će se smrti. Ako osoba dostigne ego integritet, imat će osnovno prihvaćanje proživljenog života, bez obzira kako je dobar ili loš on bio. To se može smatrati uspješnim starenjem. U kasnije dodanom, devetom razvojnom stadiju, J. Erikson smatra da se preispituju prethodno riješene krize. Dok su ranije u životu pozitivni elementi razvojnih stadija bili izvor snage, u posljednjem stadiju snaga proizlazi iz nadvladavanja negativnih elemenata.

1.4.2. Teorija aktivnosti (Havighurst)

Havighurst je opisao razvojne zadatke u cjeloživotnoj perspektivi kroz šest razvojnih stadija. Svaki stadij ima različite zadatke i svi zadaci imaju biološke, psihološke i kulturne vrijednosti. Ova teorija implicira da ne postoje razlike između odraslih srednje dobi i starih, osim u biološkim faktorima i onima vezanim za zdravlje. U ovoj je teoriji glavna pretpostavka da je aktivnost od vitalne važnosti za dobrobit, pa se pretpostavlja da je održavanje obrazaca aktivnosti i vrijednosti tipičnih za srednju odraslu dob potrebno za ostvarenje bogatog i zadovoljavajućeg života i u starijoj dobi. Pritom je naglasak stavljen na važnost dinamičnosti i aktivnog sudjelovanja starijih osoba u životu koji ih okružuje, osobito u održavanju veza s obitelji i prijateljima te zadržavanju fizičkog zdravlja i elana. Teorija naglašava dobrobit i zadovoljstvo životom nazvano „uspješno starenje“ koje se odnosi na mjeru u kojoj starija osoba uspijeva biti uključena u svoju društvenu sredinu, odnosno održati socijalne uloge i odnose. Bazira se na vjerovanju da se pojam o sebi potvrđuje kroz aktivnosti povezane s različitim oblicima podrške ulogama. Kako dolazi do gubitaka koji su vezani uz starenje, oni trebaju biti zamijenjeni novim i različitim ulogama, interesima ili osobama. Starenje treba što je moguće duže odgađati, a to se ne bi trebalo postići mijenjanjem vlastite ličnosti.

1.4.3. Teorija socioemocionalne selektivnosti (Carstensen)

Prema teoriji socioemocionalne selektivnosti, u starijoj dobi funkcija dobivanja informacija i samopotvrđivanja, kao razlog za stvaranje socijalnih interakcija, postaje manje značajna. Umjesto toga, stariji naglašavaju emocionalno regulirajuću funkciju socijalnih interakcija. Zbog tjelesne je krhkosti važnije izbjegavati stres i održavati emocionalnu ravnotežu, pa su stoga stariji ljudi visoko motivirani upustiti se u ugodne odnose, a izbjegavati neugodne. Socijalna selektivnost dozvoljava ljudima da proaktivno biraju podržavajuće članove svojih socijalnih mreža, što olakšava interpersonalnu učinkovitost, dobro fizičko i mentalno zdravlje. Socijalne interakcije ne opadaju iznenada u kasnoj odrasloj dobi, već se radi o cjeloživotnom procesu selekcije. U srednjoj odrasloj dobi bračni se odnosi produbljuju, braće i sestre se osjećaju bližima, a broj prijateljstava

opada. U starijoj dobi kontakti s obitelji i dugotrajnim prijateljima održavaju se do osamdesetih, kada postupno nestaju u korist vrlo malog broja bliskih odnosa. Suprotno tome, kontakti s poznanicima te spremnost za stvaranje novih socijalnih veza oštro opadaju od srednje do kasne odrasle dobi.(2)

1.5. Klinička slika depresije

Depresivne osobe tipično osjećaju žalost i beznade. One gube sposobnost osjećanja zadovoljstva i nisu više zainteresirane za aktivnosti koje su ih ranije veselile i u kojima su uživale. Depresivno se raspoloženje u bolesnika razlikuje od uobičajene tuge. Ono u sebi sadrži osjećaj duboke patnje i emocionalnoga bola. Neki depresivni bolesnici mogu biti više iritabilni, napeti i anksiozni (tjeskobni) nego žalosni.

Karakteristično je njihovo nevjerovanje u mogućnost poboljšanja, iako je većina zbog same prirode bolesti takvo poboljšanje već više puta iskusila. Lice i mimika daju sliku bola, zdvojnosti i tjeskobe, često bez suza, no neki bolesnici plaču, uzbuđeni su i zaplašeni, stalno zapitkuju o svojoj bolesti i traže pomoć. Vrlo često bolesnici koji se inače tuže na veliki osjećaj tuge, istodobno se tuže na nemogućnost da se isplaču ili uopće da zaplaču. U fazi oporavka, naizgled paradoksalno, oporavlja se sposobnost plakanja. Polovica bolesnika negira depresivno raspoloženje, ti pacijenti su često dovedeni od strane obitelji ili s radnog mjesta zbog socijalnog zakazivanja. Tipične su dnevne varijacije raspoloženja, pa se mnogi bolesnici lošije osjećaju ujutro.

Depresija je vrlo često praćena anksioznošću, povećanom potrošnjom i zloupotrebom alkohola, a ponekad dominiraju somatski (tjelesni) simptomi, što je osobito često u starijih bolesnika i u slučajevima maskiranih depresija. Anksioznost je ponekad tako jako izražena da je teško reći radi li se o anksioznom poremećaju praćenom s depresijom ili depresivnom poremećaju praćenom anksioznošću. Za takve je slučajeve predviđena dijagnoza anksiozno-depresivnog poremećaja.

Česte su promjene apetita. Tipično je apetit oslabljen. Ipak, depresija se može manifestirati i pojačanim apetitom i porastom tjelesne težine, što je karakteristično za atipične depresije. Poremećaj spavanja je također čest. Gotovo 80% bolesnika tuži se na smetnje spavanja, osobito na teškoće pri usnivanju i na rano jutarnje buđenje.

Često im se događa da se uzastopno više puta bude noću i da tada ne mogu lagano zaspati. Upravo pojedinci koji se bude u ranim jutarnjim satima (terminalna insomnija) naginju najtežem kliničkom obliku depresije. Povremeno se depresivni bolesnici žale na kroničnu iscrpljenost. Depresivna osoba smanjenog je interesa za seksualne aktivnosti što se ponekad može manifestirati kao glavni problem, a neodgovarajuća dijagnoza može ponekad takve osobe usmjeriti na bračnu terapiju s ciljem rješavanja seksualnih problema jer se depresivni poremećaj ne prepoznaje.(6)

Depresivni bolesnik može imati ukočeno držanje, bez spontanih pokreta, pogled u stranu i prema dolje. Psihomotorna usporenost manifestira se kao usporeno mišljenje i govor koji zbog gubitka intonacije djeluje monotono, kretnje su također usporene, a rečenice kratke i oskudne. Psihomotorna zakočenost može ići do potpune nepokretnosti (tzv. depresivnog stupora), takvi bolesnici često su zapuštena izgleda i mutistični (odbijaju govoriti). Kada izađu iz stupora, bolesnici se mogu prisjetiti što su tijekom tog perioda doživljavali. Nasuprot takvom "sputanom" ponašanju, depresivne osobe mogu biti i uznemirene (psihomotorna agitacija), posebno stariji bolesnici.

Depresivne osobe u psihomotornom nemiru ili agitaciji ne mogu mirno sjediti ili stajati na jednom mjestu, stalno su u pokretu. Npr. stiskanje šaka, "kršenje prstiju" i "čupanje" kose česti su znakovi agitacije. Mnogi depresivni bolesnici imaju poteškoće koncentracije ili smanjenu sposobnost mišljenja. Mogu osjećati kako više ne uče efikasno ili zakazuju na poslu, pa čak i u svakodnevnim aktivnostima.

U ozbiljnim slučajevima depresivni bolesnici nisu u mogućnosti ni pogledati televiziju. U dvije trećine bolesnika postoje određene smetnje pamćenja i zapamćivanja koje ponekad ostavljaju sliku tzv. depresivne pseudodemencije. Neki se ne mogu sjetiti čak ni uobičajenih svakodnevnih radnji, npr. kod žena se javlja nesposobnost za kuhanje ili spremanje pa takvo stanje može imitirati demenciju. Osobito to može predstavljati dijagnostički problem u starijih bolesnika. Stoga se nikako ne bi smjelo dogoditi da se u starijih bolesnika sa takvim simptomima, a koji su uzrokovani depresijom, previdi postavljanje prave dijagnoze i tako zanemari odgovarajuće liječenje.(10)

1.6. Samoubojstvo kod starijih osoba

Samoubojstvo (latinski: suicidium, od sui caedere, "ubiti sam sebe") je čin svjesnog i namjernog oduzimanja vlastitog života. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) za Hrvatsku, 1997. godine najučestalija su bila samoubojstva u dobnoj skupini od 64–74 godina. Kao glavni razlog smatra se veza uznapredovale tjelesne i/ili duševne bolesti (neliječena depresija).(22)

Samoubojstvo je najjači i najurgentniji simptom depresije, jedna trećina ukupnog broja samoubojica spada u životnu skupinu starijih od 60 godina, a stopa raste s dobi. Najviše samoubojstava na području Hrvatske događa se u Slavoniji. Nađeno je da oko 50% osoba počinu suicid po postavljanju dijagnoze raka. Rak dojke ili genitalija prisutan u 70% slučajeva osoba ženskog spola koje su oboljele od raka i počinile suicid.

Čak sedam oboljenja centralnog živčanog sustava povećava rizik za suicid: epilepsija, multipla skleroza, povrede glave, kardiovaskularna bolest, Huntingtonova bolest, demencija i sindrom stečene imunodeficijencije (SIDA). Dva gastrointestinalna oboljenja koja prati povećan rizik za suicid su peptički ulkus i ciroza, kod osoba koje zloupotrebljavaju alkohol. Od pacijenata oboljelih na urološkoj osnovi ističu se oni na dijalizi i oboljeli od hipertrofije prostate.

U psihijatriji se izdvajaju dva stanja koja su najčešće u vezi sa suicidom starih: depresija i alkoholizam. Psihološkom autopsijom se došlo do saznanja da je oko 70% starih koji su počinili samoubojstvo pokazivalo depresivne simptome nekoliko tjedana ili mjeseci prije samo čina.

Dok je kod oko 20% ispunjen kriterij za zloupotrebu supstance, najčešće se radilo o alkoholu.(11)

1.7. Vrste depresivnih poremećaja

Osim službene klasifikacije, postoje još u kliničkoj praksi različite podjele depresije koje su se spominjale kroz različite klasifikacije, kroz psihijatrijsku povijest.

Unipolarna depresija – depresija koja nastaje kod bolesnika koji nikad nisu pokazali simptome manije ili hipomanije. Dijagnoza se može postaviti kada se bolest ponovi dva ili više puta.

Bipolarna depresija – depresivna faza bipolarnog afektivnog poremećaja. Bipolarni poremećaj češće počinje s depresivnom fazom bolesti i teško je razlikovati bipolarnu od unipolarne depresije jer su kliničke slike vrlo slične. Danas postoje različiti prijedlozi kako rano diferencirati bipolarnu od unipolarne depresije, ali ni jednim testiranjem ne može se zasigurno razdvojiti ove dvije vrste depresije osim kliničkim praćenjem.

Psihотиčna depresija – kada su prisutne sumanute ideje i halucinacije, govorimo o psihотичnoj depresiji. Zbog sumanutog doživljaja krivnje, česta je suicidalnost kod ovih bolesnika. Sumanute ideje, osim krivnje, su i ideje opće propasti, osiromašenja, hipohondrijske sumanute ideje i sl.

Reaktivna depresija -predstavlja reakcije na životne probleme i stresne situacije kao što su smrt bliske osobe, razvod braka, gubitak posla i sl., samo što su depresivna stanja jače izražena i traju duže od obične tuge. Trebala bi se razlikovati od takozvane endogene depresije, koja nastaje bez nekog vidljivog povoda i odraz je biološkog i genetskog ustrojstva osobe. Međutim, epidemiološka istraživanja i kod bolesnika s endogenom depresijom nalaze veći broj negativnih životnih događanja koji prethode pojavi depresije. U modernoj psihijatriji ta je podjela napuštena i svaka se depresija promatra kroz bio-psiho-sociološku prizmu, gdje svi čimbenici pridonose razvoju bolesti.

Sekundarna depresija – često se zove i depresija zbog drugih medicinskih stanja. Dakle, javlja se kod osoba koje boluju od tjelesnih bolesti npr. endokrinoloških (bolest štitnjače), neuroloških (Parkinsonova bolest, multipla skleroza), ali i kod primjene različitih lijekova (kortikosteroidi, digitalis, indometacin, oralni kontraceptivi i sl). Uvijek je potrebno liječiti osnovnu bolest, a primjena antidepresiva je pomoćna terapija.

Kod depresije uzrokovane lijekovima, treba razmotriti indikacije i potrebu primjene određenih lijekova.

Sezonska depresija – simptomi depresije se obično pojavljuju u jesen i zimu, a nestaju u proljeće i ljeto. Često su uz običajene simptome sniženog raspoloženja,

smanjenja aktivnosti i smanjenog libida prisutni i atipični simptomi, poput pojačanog spavanja, porast tjelesne težine, pojačana potreba za ugljikohidratima i sl.

Atipična depresija – praćena je pojačanim apetitom, porastom tjelesne težine, pojačanom potrebom za snom, a česti su i tjelesni simptomi. Kod muškaraca su uobičajeni atipični simptomi agresivnost i iritabilnost.

Dvostruka depresija – je depresija koja se razvija kod bolesnika s distimijom.

Distimija – radi se o kroničnom depresivnom poremećaju koji ima blaže simptome nego prava velika depresija, ali nema epizodičan tijek, već bolest traje 2 i više godina. Češća je kod žena.

Maskirana depresija – kod ovog oblika depresije nema depresivnog raspoloženja, već je prekriveno najčešće tjelesnim ili vegetativnim simptomima. Ova vrsta depresije zove se još i „larvirana depresija“. Kronični bolni sindrom je jedan oblik maskirane depresije.

Reakcija žalovanja - Tugovanje i žalovanje su sinonimi koji opisuju sindrom kojeg uzrokuje gubitak voljene osobe, ali se može pojaviti i kao posljedica rastave, gubitka posla, vrijednog predmeta ili ozljede same osobe (invaliditet i sl.). Po simptomima kao što su plakanje, gubitak na tjelesnoj težini, smanjen libido, povlačenje, nesanica, razdražljivost, smetnje koncentracije i pažnje, žalovanje slično depresiji, ali antidepresivi nemaju jednak terapijski učinak, već se simptomi često povlače spontano u vremenskom razdoblju od nekoliko mjeseci.

Ako se tijekom žalovanja jave suicidalne ideje, osjećaj krivnje, bezvrijednosti, ambivalencija, nesvjesna srdžba prema umrlom, socijalna izolacija, treba razmišljati o mogućem razvoju depresije te na vrijeme početi s liječenjem. Kod liječenja žalovanja uvijek je bolje ponuditi verbalnu utjehu nego tabletu, premda male doze anksiolitika mogu pomoći u kraćem razdoblju. Osobi treba dozvoliti da govori o voljenom objektu, plače ako osjeća potrebu, ne inzistirati na razgovoru ako osoba ne želi i nije spremna. Većina ljudi prebrodi krizu žalovanja i bez pomoći liječnika, uz podršku okoline.

1.8. Dijagnostika depresivnih poremećaja

Sukladno suvremenoj psihijatrijskoj dijagnostici, dijagnoza depresije postavlja se temeljem dogovorenih dijagnostičkih kriterija. U psihijatrijskoj praksi koriste se dvije klasifikacije bolesti: Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10 i Klasifikacija američkog udruženja psihijatara DSM-IV. U našem sustavu zdravstva službeno je prihvaćen MKB-10.

Depresija je bolest koja se javlja u epizodama. Kada se depresija javi prvi put, govorimo o depresivnoj epizodi, a simptomi potrebni za postavljanje dijagnoze trebaju trajati najmanje dva tjedna.

Za dijagnosticiranje nove depresivne epizode mora postojati vremenski period od najmanje dva mjesecabez depresivnih simptoma prije nego što se pojavi nova depresivna epizoda. Tada govorimo o ponavljajućem depresivnom poremećaju.

Ako osoba ima pet i više od gore nabrojanih simptoma pod A, govorimo o velikoj depresiji, a ako ima četiri i manje simptoma onda govorimo o maloj depresiji. U klasifikaciji se također navode pojmovi blaga, umjerena i teška epizoda.

Pod blagom epizodom podrazumijevamo: dva tipična i dva glavna simptoma depresije, pod umjerenom epizodom podrazumijevamo: dva tipična i tri i više glavnih simptoma, a pod teškom epizodom podrazumijevamo: tri tipična simptoma i četiri i više glavnih simptoma depresije.(13)

Tablica 1. Kriteriji za depresiju prema MKB-10 (13)

Kriteriji za depresiju prema MKB-10
Tipični simptomi (A-simptomi): depresivno raspoloženje gubitak interesa i zadovoljstava u uobičajenim aktivnostima smanjena životna energija
Drugi česti simptomi (B-simptomi): poremećaj sna poremećaj apetita poremećaj koncentracije i pažnje smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje ideje krivnje i bezvrijednosti pesimističan pogled na budućnost ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu
Tjelesni simptomi koji čine tjelesni sindrom: anhedonija - gubitak interesa ili zadovoljstva u aktivnostima koje su se ranije doživljavale ugodnima nedostatak reaktivnosti na uobičajeno ugodnu okolinu i događaje rano buđenje - dva ili više sati ranije nego uobičajeno jutarnje pogoršanje depresije psihomotorna usporenost ili nemir gubitak apetita - u značajnoj mjeri gubitak na težini - min. 5% u zadnjih mjesec dana smanjenje libida Depresivne epizode Blaga depresivna epizoda ima najmanje 4 simptoma: 2 tipična + 2 druga + blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja. Umjeren depresivna epizoda ima najmanje 5 simptoma: 2 tipična + 3 druga simptoma + umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja. Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma ima najmanje 7 simptoma: 3 tipična simptoma + najmanje 4 druga. Često je prisutna jača uznemirenost ili usporenost, a somatski sindrom je učestalo prisutan. Socijalne i radne aktivnosti osobe u teškoj depresivnoj epizodi su znatno ograničene. Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima. Postoje kriteriji za tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma, uz kriterije za tešku depresivnu epizodu praćenu psihotičnim simptomima (sumanutost, halucinacija ili depresivni stupor)

1.9. Liječenje depresivnih poremećaja

Otkriće novih vrsta antidepresiva omogućilo je širu primjenu i povećanje broja liječenih osoba, došlo je do povećanja broja osoba koje mogu ordinirati i nadzirati liječenje antidepresivima. Promijenjen je i osnovni stav prema farmakoterapiji u odnosu na psihološke metode liječenja. Ranije se često decidirano navodilo da je farmakoterapija "simptomatska terapija" pri čemu se smatralo da su psihoterapijske metode etiološke. Danas se njihalo etiološke terapije značajno primaklo upravo farmakoterapiji.

Dok je nekad antidepresive ordinirao samo specijalist psihijatar, danas je terapija blagih i umjerenih depresija u domeni liječnika opće medicine. Promijenjen je i algoritam liječenja antidepresivima u smislu dužine i doze liječenja. Sve to dovodi do učinkovitijeg liječenja akutne faze bolesti, ali i do prevencije relapsa i recidiva. (Pod relapsom se razumijeva pogoršanje još nedovoljno remitiranog stanja, a pod recidivom pogoršanje psihičkog stanja iz stanja remisije.).

1.10. Farmakoterapija

Antidepresivi su skupina lijekova vrlo različitog mehanizma djelovanja i strukture sa zajedničkim svojstvom da kod visokog postotka depresivnih osoba dovode do djelomičnog ili potpunog povlačenja depresivnih simptoma i znakova.

Još postoji dosta nepoznanica u mehanizmu djelovanja antidepresiva. Iako se iz dana u dan sve više zna o biološkoj osnovi depresija, nismo još kadri odgovoriti ni na neka elementarna pitanja u mehanizmu djelovanja antidepresiva. Jedno od ključnih pitanja, na koje još ne znamo zadovoljavajući odgovor jest: Zašto većina peroralno apliciranih antidepresiva pokazuje terapijski odgovor tek nakon 3-4 tjedna, a znamo da je normalizacija nivoa monoamina uspostavljena uz terapijsku dozu lijeka odmah ili već za dva do tri dana?

Samo djelomični odgovor (ili bolje rečeno objašnjenje monoaminske hipoteze) može se dobiti na osnovi sadašnjih spoznaja o biološkoj osnovi depresije.

Ranije biološke teorije depresije bazirane su na poremećaju monoamina, tj. noradrenalina i serotonina, ali i dopamina. To je tzv. monoaminska teorija depresije.

Sastoji se u tumačenju depresije kao posljedice sniženja nivoa monoamina u sinapsi, a time i djelovanja antidepresiva u povišenju koncentracije monoamina u sinapsi. Antidepresivi to postižu na sljedeće načine: inhibicijom ponovne pohrane monoamina u presinaptičke završetke i inhibicijom enzima monoaminoooksidaze ili djelovanjem na transporter. Smanjena koncentracija monoamina u sinaptičkoj pukotini dovodi do hipersenzitivnosti, tj. do up-regulacije (povećanja broja receptora). Po mišljenju dijela stručnjaka, to je biokemijska osnova depresije.

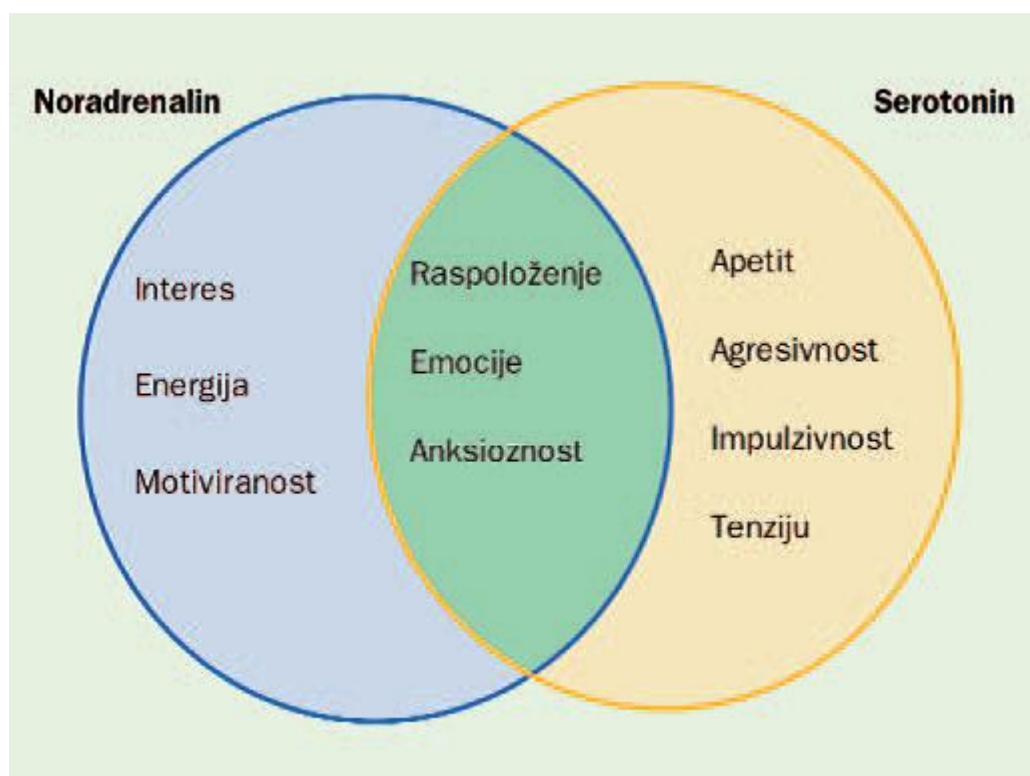
Uloga monoamina pokazala se opravdanom u primjeni inhibitora ponovne pohrane monoamina u liječenju depresije i time monoaminsku hipotezu pretvorila u teoriju.

Međutim, već spomenuti problem oko kašnjenja terapijskog odgovora nakon uvođenja antidepresiva i postizanja normalizacije nivoa monoamina poljuljao je važnost ove hipoteze kao jedine i potaknuo razvoj hipoteze neurotransmitorskih receptora. Prema toj hipotezi za depresiju bi bio odgovoran poremećaj broja receptora za monoaminske neurotransmitore, tj. up-regulacija receptora. Međutim, uvođenjem antidepresiva povisuje se nivo monoamina u sinaptičkoj pukotini i u skladu s tim smanjuje se broj receptora (down-regulacija). Vrijeme uspostavljanja down-regulacije je 3-4 tjedna, a to je i vrijeme početka djelovanja lijeka.

Novija istraživanja upućuju na značenje promjena na molekularnom i staničnom nivou. Ta su istraživanja dovela do novih teorija depresija pri čemu se veliko značenje pridaje regulaciji signalizacije faktora transkripcije i ciljnih gena. Smatra se, da antidepresivi djeluju na intracelularnu signalizaciju, faktore transkripcije i ciljane gene, što je sastavni dio neuroplastične hipoteze depresije. Novija istraživanja omogućena razvojem magnetske rezonancije pokazuju da se u osoba s poremećajem raspoloženja dužeg trajanja mogu registrirati sljedeće morfološke promjene: redukcija volumena sive supstancije medijalnog i orbitalnog prefrontalnog korteksa, atrofija hipokampusa i ventralnog strijatuma, te dilatacija trećeg ventrikula.(14)

Nove hipoteze etiopatogeneze depresije ne negiraju ranije prihvaćene i provjerene teorije poremećaja monoamina serotonin, noradrenalina, a možda i dopamina i glutamata, ali kompatibilno s tim ističu značenje intracelularnih zbivanja i poremećaja neuroplastičnosti, koji se evidentiraju smanjenjem volumena hipokampusa, kao i poremećajem povezanosti hipokampusa s korteksom. Promjena volumena je izmjerena u fazi izražene depresije, a povećava se u slučaju terapije antidepresivima u korelaciji s postizanjem remisije.

Suvremena klinička farmakoterapija i unatoč prikazanim znanstvenim rezultatima ipak za sada učinkovitost antidepresiva tumači monoaminskom teorijom i teorijom poremećaja receptora.



Slika 1. Djelovanje noradrenalina i serotonina na ključne simptome depresije

(<http://sr.scribd.com/doc/146766308/05Folnegovic>)

1.11. Podjela antidepresiva

Antidepresivi se obično dijele ovako:

1. Inhibitori monoaminoooksidaze (IMAO)
-klasični neselektivni, ireverzibilni (moklobemid)
2. Triciklički i tetraciklički klasični (npr. klomipramin, amitriptilin i maprotilin)
3. SIPPS(fluvoksamin, fluoksetin, sertralin, paroksetin, citalopram i escitalopram)
4. Dualni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (npr. venlafaksin)
5. Modulatori serotonina: antagonisti 5HT₂-receptora i inhibitori ponovne pohrane serotonina (npr. trazodon)
6. Inhibitori ponovne pohrane noradrenalina i dopamina (npr. bupropion)
7. Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina (npr. reboksetin)
8. Noradrenergični i serotoniniski modulatori (npr. mirtazapin)
9. Pojačivači ponovne pohrane serotonina (npr. tianeptin)
10. Ostali (antagonisti 5HT₂/alfa₂NA-receptora, agonisti 5 HT₁ A-receptora)

1.11.1. Triciklički i tetraciklički klasični antidepresivi

Klomipramin je neselektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina, ali i noradrenalina. Vrlo je učinkovit u liječenju depresivnih bolesnika. Iako nema odobrenu službenu indikaciju, klinička iskustva pokazuju da je učinkovit i u liječenju većeg broja anksioznih poremećaja.

Maprotilin je tetraciklički antidepresiv, neselektivni je inhibitor ponovne pohrane noradrenalina. Potentni je antidepresiv, izrazito povoljnog učinka na depresivnost i anksioznost. Indiciran je u liječenju depresija srednje jakog i jakog intenziteta. Ima uz antidepresivno i anksiolitičko te sedativno djelovanje i nije dopuštena primjena kod osoba koje upravljaju motornim vozilom. Ima nepovoljan profil podnošljivosti i sigurnosti.

Amitriptilin je neselektivni inhibitor ponovne pohrane monoamina s deveterostrukim mehanizmom djelovanja. U svezi s tim mogli bismo ga modernom terminologijom nazvati predstavnikom polipragmazije. Triciklički je antidepresiv sa snažnim antidepresivnim i sedativnim učinkom. Osim antidepresivnog ima i anksiolitičko djelovanje. Primarno djeluje na serotonin, ali i noradrenalin. Indiciran je u liječenju srednje teške i teške depresije s tjeskobom.

1.11.2. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS)

SIPPS su po učinkovitosti slični lijekovi, ali su njihova obilježja glede podnošljivosti i sigurnosti različita i vrlo je važno poznavati te razlike radi optimalne individualne terapije svakog pojedinog bolesnika i njegove kliničke slike.

U Republici Hrvatskoj su registrirani sljedeći SIPPS-i: fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin, sertralin, citalopram i escitalopram. SIPPS-i su potentni, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji dovode do povećanja serotonina u sinapsi. Po tome su i dobili ime. Međutim među njima postoje razlike.

Razlika u mehanizmu djelovanja je u učinku na noradrenergičnu i dopaminergičnu ponovnu pohranu te djelovanju na kolinergične, histaminergične, GABA i alfa i betaadrenergične receptore. Te su razlike minimalne, ali dovoljne da mijenjaju i razlikuju njihov profil podnošljivosti i vrstu nuspojava. Također su i njihova farmakokinetička svojstva različita i ovdje je razlika čak značajno veća.

1.11.3. Dualni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina

Iz skupine inhibitora ponovne pohrane serotonina i noradrenalina u nas je registriran samo venlafaksin. Njegovo je djelovanje slično djelovanju klasičnih antidepresiva, ali za razliku od njih ne pokazuje značajnije interakcije s adrenergičnim, muskarinskim ni histaminskim receptorima. Pokazuje djelovanje na dopaminergične receptore. Venlafaksin je dakle lijek s dualnim djelovanjem i selektivan je za to dualno djelovanje. To rezultira njegovim značajno boljim profilom podnošljivosti u odnosu na klomipramin i na maprotilin, ali i većinu drugih antidepresiva. S obzirom na to da djeluje na tri transmitsorska sistema u različitom intenzitetu, pokazuje sljedeća klinička svojstva:

- u niskoj dozi je sličnog djelovanja kao SIPPSS-i
- u srednjoj dozi pokazuje uz učinke serotonina i učinke noradrenalina
- u visokoj dozi učincima serotonina i noradrenalina pridodaju se i učinci dopamina.

Venlafaksin spada u lijekove sa snažnim antidepresivnim djelovanjem i po tome je također sličan klasičnim antidepresivima. Pokazuje i snažno anksiolitičko djelovanje, pa je osim u liječenju depresije indiciran i u liječenju anksioznih poremećaja, a posebno kod depresivnih bolesnika s anksioznošću kao komorbiditetom. Početak djelovanja mu je brži od djelovanja SIPPSS-a. Svrstava se u lijekove brzog početka djelovanja, visoke učinkovitosti i dobre podnošljivosti.

1.11.4. Selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina

U tu skupinu spada reboksetin. Reboksetin je lijek po farmakodinamskim obilježjima sličan maprotilinu, ali se od njega bitno razlikuje po profilu podnošljivosti i sigurnosti. Izraziti je antidepresiv jakog učinka, djeluje stimulatивно i indiciran je u osoba sa srednje jakom i jakom depresijom, posebno u osoba s predominacijom kočenih simptoma.

1.11.5. Noradrenergični i specifični serotoninski antidepresivi

U tu skupinu spada mirtazapin, koji nije u nas registriran. Mirtazapin je prvi noradrenergični i specifični serotoninergički antidepresiv koji povećava centralnu noradrenergičnu neurotransmisiju. Pokazuje signifikantno bolju učinkovitost od placeba, a podjednaku s tricikličkim antidepresivima.

1.11.6. Pojačivači ponovne pohrane serotonina

U tu skupinu spada tianeptin. Tianeptin ima naizgled paradoksalni učinak stimulacije ponovne pohrane serotonina. Međutim, u pravilu se radi o uspostavljanju serotoninskog ekvilibrija, i to uspostavljanje ravnoteže je i osnova djelovanja tianeptina. Tianeptin je lijek povoljnog profila podnošljivosti i sigurnosti. Indiciran je u liječenju blage i srednje jake depresije, ali i kod anksioznih poremećaja. Posebno je povoljan za primjenu u bolesnika s anksiozno-depresivnim poremećajem.

1.11.7. Ostali lijekovi koji se koriste u liječenju depresije

Osim antidepresiva u farmakoterapiji depresivnih bolesnika primjenjuju se i drugi lijekovi, kao na primjer anksiolitici, hipnotici, antipsihotici i augmentativna sredstva.

Posebno je važno dodati anksiolitike tijekom prvih dana pa i tjedana početka primjene antidepresiva, kada antidepresivi još nisu počeli djelovati. Isto tako je vrlo važno reći

bolesniku koliko dugo treba čekati da lijek počne djelovati, kako se bolesnik, očekujući brzo djelovanje ne bi razočarao i prestao vjerovati u lijek.(12)

1.12. Tjelesne bolesti kao čimbenik nastanka depresije

Depresija se može pojaviti uz bolesti karakteristične za stariju životnu dob, poput Parkinsonove i Alzheimerove bolesti, moždanog udara, drugih bolesti mozga, karcinoma, multiple skleroze, dijabetesa, bolesti lokomotornog sustava, poremećaja sna i endokrinih žlijezda. Simptomi navedenih bolesti, često se preklapaju sa simptomima depresije, te depresija često ostaje neprepoznata u starijih osoba s drugim zdravstvenim problemima. Blaži, često neprepoznati moždani udari mogu izazvati depresiju.

Nedavna istraživanja otkrivaju da kod depresivnih osoba postoji veća šansa da će prethodno imati tragove blažih moždanih udara na bazalnim ganglijima. Kada su u pitanju osobe koje su imale prepoznatljive znakove moždanog udara, 40% će biti depresivno tri do četiri mjeseca nakon moždanog udara. Infarkt također povećava rizik od depresije. Neke studije navode da je od 100 hospitaliziranih pacijenata koji pate od bolesti koronarne arterije, 23% imalo simptome teškog oblika depresije.

Depresija se javlja i uz Alzheimerovu i Parkinsonovu bolest, učestale bolesti u starijoj populaciji. Zbog sličnosti određenih simptoma navedenih bolesti i simptoma depresije, katkad može biti teško utvrditi boluje li osoba od početne Alzheimerove ili Parkinsonove bolesti, depresije ili kombinacije navedenih bolesti.

Razlike Alzheimerove bolesti i depresije su sljedeće: kod testiranja pamćenja depresivne osobe se ne trude točno odgovoriti na pitanja, dok osoba koja nije depresivna surađuje i trudi se; depresivna osoba ne uživa u zanimljivim i ugodnim aktivnostima, dok osoba kod početnog Alzheimerova uživa; depresivna osoba ima očuvan govor i razumijevanje, osoba sa Alzheimerom ima poteškoće u govoru, imenovanju stvari, pisanju razumijevanju govora, otežano obavlja motoričke radnje poput oblačenja; osoba oboljela od depresije reagira na liječenje antidepressivima, simptomi se povlače, s tim da kod Alzheimerove bolesti praćene depresijom simptomi depresije se mogu samo ublažiti, antidepressivi ne liječe simptome Alzheimerova.

S druge strane, skoro 50% osoba koje boluju od Parkinsonove bolesti zapast će u težak oblik depresije tokom ove dugotrajne bolesti. Stručnjaci smatraju da se depresija javlja kao rezultat stvarnih promjena u neuronskoj funkciji mozga koje prate ovu bolest. Nadalje, istraživanja pokazuju da kod osoba koje imaju dijabetes bilo da primaju inzulin ili ne, postoji mnogo veći rizik od obolijevanja od depresije. Rizik može biti i trostruko veći u odnosu na one koji nemaju dijabetes.(7)

1.13. Parkinsonova bolest

Parkinsonova bolest je progresivno degenerativno stanje, općenito okarakterizirano drhtanjem (tremorom), usporenošću pokreta (bradikinezijom), ukočenošću, te abnormalnostima držanja tijela. U svojem najozbiljnijem obliku, povezana je sa dubokim fizičkim i mentalnim poremećajem.

Etiologije i patofiziologija ove bolesti relativno je slabo shvaćena i dijagnoze se obično temelje na kliničkim obilježjima. Kada se pojavi PB obično se pojave degenerativne promjene u području mozga poznatome kao crna tvar ili substantia nigra koja proizvodi dopamin, kemijsku tvar koja omogućuje ljudima da se kreću normalno i precizno. Parkinsonova bolest je okarakterizirana jakim nedostatkom dopamina. Taj nedostatak je uzrok simptoma PB. Pogođeni su i muškarci i žene.

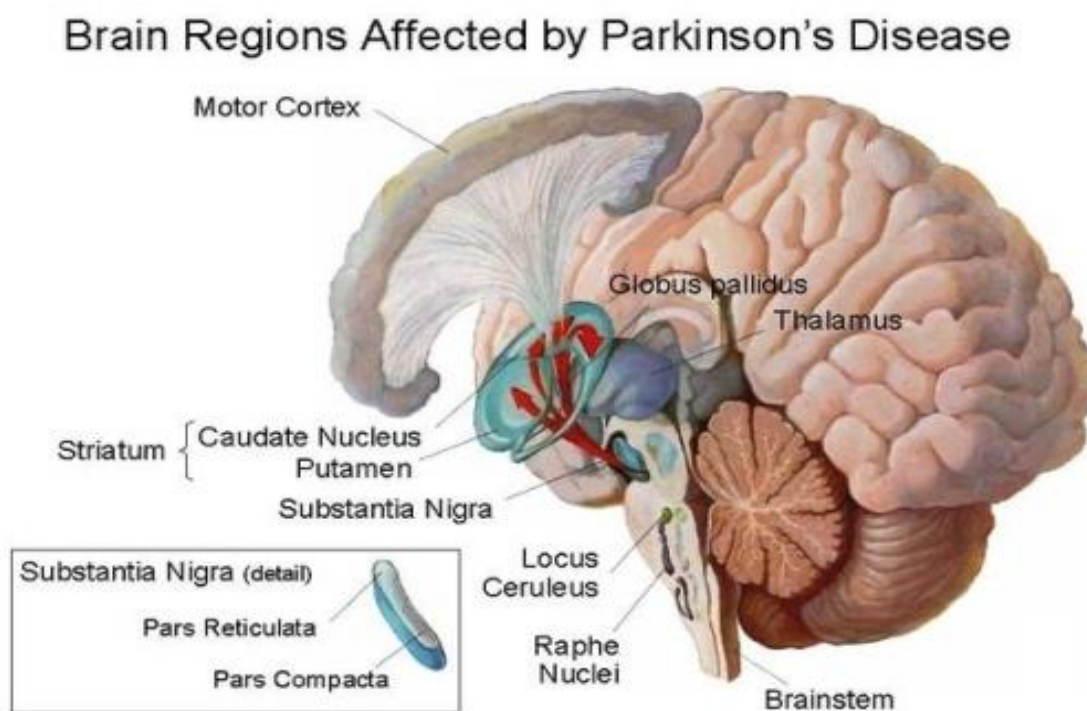
Učestalost bolesti je značajno veća u grupi ljudi preko 50-te iako postoji alarmirajući porast pacijenata mlađe dobi. Simptomi Slijedi popis primarnih (osnovnih) i sekundarnih simptoma Parkinsonove bolesti. Važno je uočiti da se ne pojavljuje cijeli opseg simptoma kod svih pacijenata; u stvari, ne kod većine.

Simptomi Parkinsonove bolesti obično počinju postepeno i polagano se razvijaju i to ne nekim određenim redosljedom. Koji će od karakterističnih simptoma (rigor, tremor, bradikinezija) biti prisutniji, ovisit će individualno, od osobe do osobe. Jednako tako se razlikuje i stupanj težine pojedinih simptoma, kao i brzina progresije same bolesti. Stoga je vrlo teško predvidjeti stanje bolesnika za 5 ili 10 godina.

Ono što je moguće i vrlo važno je rano otkrivanje Parkinsonove bolesti i rana intervencija lijekovima kako bi se usporila progresija simptoma i olakšao svakodnevni život

bolesnika. Depresija je vrlo česta pratilja Parkinsonove bolesti i može se javiti u više od polovice bolesnika. Javlja se kao šok na postavljenu dijagnozu ili se razvija kasnije s pogoršanjem bolesti.

Vrlo često se javlja puno prije pojave samih simptoma Parkinsonove bolesti, pa njena prisutnost može biti važna za postavljanje dijagnoze Parkinsonove bolesti. Vrlo je važno na vrijeme prepoznati prve znakove depresije i započeti liječenje antidepresivima. U obzir dolaze triciklički antidepresivi i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina. Smatra se da i nova generacija agonista dopamina ima antidepresivni učinak.(15)



Parkinson's disease

Slika 1. Regije u mozgu pogođene Parkinsonovom bolešću

(http://www.us-medicus.ba/web/images/zdravstveni_kalendar/parkinsons-disease.jpg)

1.14. Alzheimerova bolest

Demencija Alzheimerovog tipa je vodeća bolest današnjice, najčešća je od svih demencija i u stalnom je porastu. 1906. godine Alois Alzheimer je prvi puta opisao sindrom demencije kao psihički poremećaj koji je po njemu dobio ime Alzheimerova bolest (AB) odnosno Alzheimerova demencija (DAT). Spominjanje ove bolesti je ranije bilo rijetko, a postavljanje dijagnoze još rjeđe.

Unatrag tri do četiri desetljeća dijagnosticirala se i kao senilna, vaskularna, aterosklerotska demencija ili kao kronični psihoorganski sindrom. To je najčešći tip ireverzibilne i napredujuće degenerativne bolesti mozga, odnosno stanica moždane kore i okolnih struktura, prvenstveno hipokampalne regije. U podlozi je stvaranje senilnih plakova i neurofibrilarna degeneracija.

U kasnijem tijeku dolazi do niza biokemijskih poremećaja koji uzrokuju psihičke simptome te promjene u živčanim stanicama koje dovode do njihova odumiranja. Prisutna je od 1-3% do čak 11% svjetske populacije u dobi iznad 70 godina prema nekim statistikama. Bolest se najčešće javlja u 5. i 6. desetljeću života i ima progredijentan tijek, a u otprilike slijedećih pet godina po prvim simptomima dolazi do teške demencije.

Od postavljanja dijagnoze bolesti bolesnici prosječno žive 5-7 godina. Osobe sa značajnim promjenama pamćenja (prvenstveno zapamćivanje novijih događaja), osobnosti i ponašanja mogu imati oblik bolesti mozga koji se naziva demencija, a Alzheimerova bolest je jedna od mnogih oblika demencija. Izraz demencija opisuje grupu zdravstvenih poremećaja koji su rezultat promjene rada mozga.

Demencija narušava sposobnost osobe da samostalno obavlja svakodnevne aktivnosti. Prisutni su simptomi poput brzog zaboravljanja, teškoća u čitanju i pisanju, teškog pronalaženja riječi u govoru. Uskoro, bolesnici više nisu u mogućnosti uspješno obavljati svoju profesiju. Dolazi do promjena u ponašanju i karakteru, postaju škrtiji, tvrdoglavi, ali su emocije u ovoj fazi još dobro očuvane. Protekom vremena stanje postaje sve teže, dolazi do smanjenja orijentiranosti u vremenu i prostoru, iskrivljena im je percepcija okolnih događanja, imaju smetnje spavanja, manjak svake inicijative, sve su više nezainteresirani, potišteni, imaju strah, sve slabije razumijevaju govor.

Govor im postaje siromašniji, da bi potom došao u fazu eholalije, tj. automatskog ponavljanja riječi u besmislenom nizu. Pojavljuju se stereotipni pokreti i tzv. primitivni refleksi, sposobnost svakodnevnog funkcioniranja je sve ograničenija, zapuštaju higijenske navike, postaju ovisni o drugima.

Bolesnici obično postaju inkontinentni (ne kontroliraju stolicu i mokrenje), često lutaju, postaju smeteni, agitirani, naročito noću. Na kraju bolesnik postaje vezan uz krevet. Neki od najčešćih nekognitivnih simptoma Alzheimerove bolesti su oscilacije raspoloženja, depresija i agresivnost.

U ranom stadiju Alzheimerove bolesti, agresivnost može indirektno biti posljedica iritabilnosti i gubitka kontrole uslijed oštećenja pamćenja, a javlja se u samo manjeg broja oboljelih (jer većina nije svjesna propadanja vlastitih spoznajnih sposobnosti zapamćivanja).

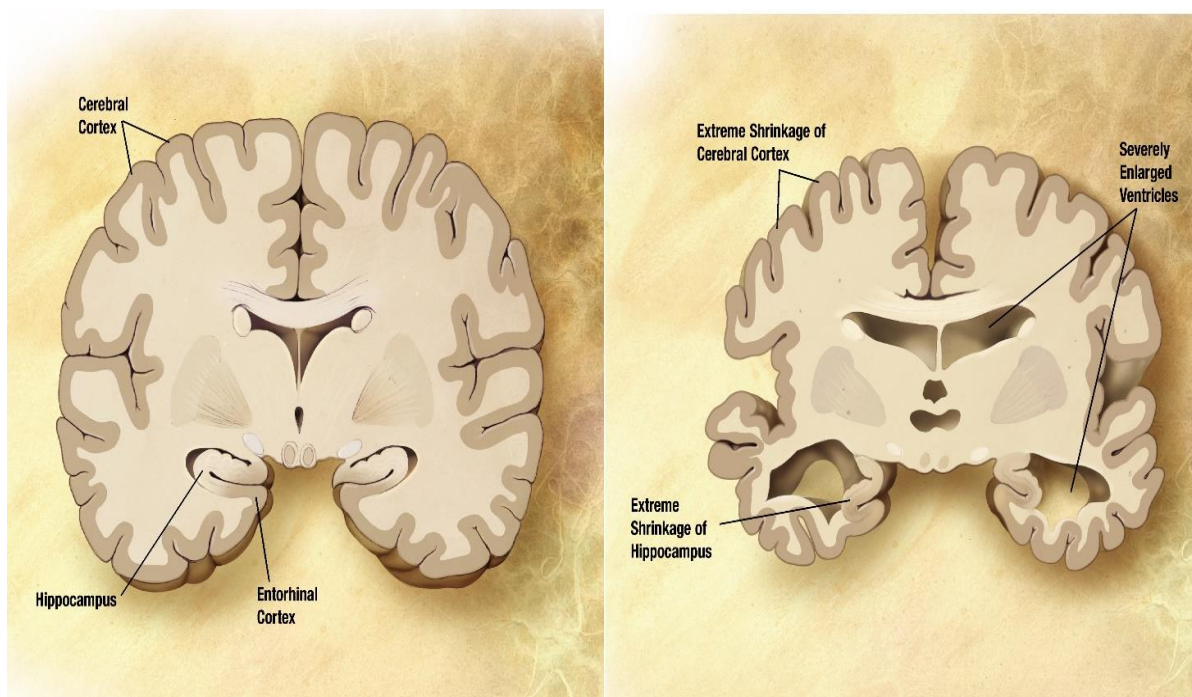
U srednjem (umjereno teškom) i teškom stadiju bolesti agresivnost se javlja puno češće i direktna je posljedica širenja patoloških promjena iz područja hipokampusa na lateralni dio orbitočeonog dijela velikog mozga (koji u normalnih osoba suprimira agresivno ponašanje) i amigdaloidni skup jezgara u sljepoočnom režnju (koji u normalnim okolnostima daje emocionalnu vrijednost svemu što vidimo i doživljavamo, npr. izrazima agresije na licima drugih osoba).

U slučajevima jačeg oštećenja lateralnog orbitofrontalnog korteksa patološkim promjenama (nakupljanjem većeg broja neuritičkih plakova i neurofibrilarnih snopića u ovim područjima mozga) i beznačajan povod može katkad dovesti do neprimjerene reaktivne agresije oboljelog.(17)

Za razliku od malog broja pacijenata koji razviju kliničku sliku demencije isključivo na temelju depresije (pseudemencija) i koja se reverzibilna, tj. može izliječiti, veliki broj dementnih bolesnika s Alzheimerovom bolešću s vremenom također postane depresivan.

Ovakvi dementni bolesnici često su vrlo osjetljivi na nuspojave antidepresiva, tako da im oprezno treba početi davati vrlo male doze. Ovakvo liječenje obično pomaže i popravlja njihovo raspoloženje, pa je učestalost agresivnog ponašanja u osoba s Alzheimerovom bolešću koje koriste antidepresive (i/ili antipsihotike) statistički

značajno manja od uobičajene (no, ne treba zaboraviti da ovi lijekovi neće popraviti njihove kognitivne deficite).(16)



Slika 2. Usporedba zdravog mozga(lijevo) i mozga osobe pogođene Alzheimerom(desno) (<http://en.wikipedia.org/wiki/Dementia>)

1.15. Moždani udar

Moždani udar (cerebrovaskularni inzult, CVI, apopleksija mozga) je rapidni gubitak moždane funkcije/funkcija zbog poremećaja dotoku krvi u mozak. Može nastati zbog ishemije (nedostatak protoka krvi) uzrokovane blokadom (tromboza, arterijska embolija) ili zbog krvarenja (istjecanja krvi). Kao rezultat zahvaćeno područje mozga ne može funkcionirati što može rezultirati u nemogućnosti osobe da pomakne jedan ili više udova na zahvaćenoj strani, nemogućnošću razumijevanja govora ili formuliranja riječi, nemogućnošću vida na jednoj strani vidnog polja.

Nakon moždanog udara (prestanka dotoka krvi u moždano tkivo) trećina se oboljelih oporavi do potpune samostalnosti s lakšim posljedicama, kod trećine je posljedica trajna invalidnost i ovisnost o drugima, a trećina bolesnika odmah umire. Svaki je moždani udar zaseban, ovisi o mnogo toga, počevši od toga koja je strana mozga pogođena, koliko su jaka oštećenja, ali i o općem stanju bolesnika.

Znakovi moždanog udara tipično počinju iznenda, kroz sekunde i minute, i u većini slučajeva ne progrediraju. Simptomi ovise o zahvaćenom području mozga. Što je veće zahvaćeno područje postoji veća vjerojatnost da će više funkcija biti zahvaćeno.

Neki oblici moždanog udara mogu izazvati dodatne simptome. Tako npr., kod intrakranijalnog krvarenja, zahvaćeno područje može vršiti kompresiju na ostale strukture.

Većina oblika moždanog udara nije povezana s glavoboljom, osim subarahnoidalnog krvarenja i cerebralne venske tromboze i ponekad intracerebralno krvarenje. Moždani udar se dijagnosticira putem nekoliko tehnika: neurološki pregled, CT (najčešće bez kontrastnog pojačanja) ili MR, Doppler ultrazvuk i arteriografija.

Sama dijagnoza moždanog udara je klinička, uz pomoć slikovnih tehnika. Slikovne tehnike također pomažu u određivanju podtipova i uzroka moždanog udara. Ne postoji još ubojičajeni krvni test za dijagnozu moždanog udara kao takvog, iako krvne pretrage mogu pomoći u pronalaženju uzroka moždanog udara.

Invalidnost ima utjecaj na 75 % preživjelih bolesnika, dovoljno za smanjenje njihove radne sposobnosti. Moždani udar može utjecati na bolesnika tjelesno, mentalno, emocionalno ili u kombinaciji svega zajedno.

Rezultati moždanog udara uvelike se razlikuju ovisno o veličini lezije i njezinoj lokalizaciji. Disfunkcija odgovara regiji mozga koja je oštećena. Neke od tjelesnih invaliditeta koje mogu proizići iz moždanog udara uključuju slabost mišića, umrtvljenost/ukočenost, bol na pritisak, upslu pluća, inkontinenciju, apraksiju (nesposobnost obavljanja naučenih pokreta), teškoće obavljanja svakodnevnih aktivnosti, gubitak apetita, gubitak govora, gubitak vida i bol.

Ako je moždani udar dovoljno jak ili na određenom mjestu, kao što dijelovi moždanog debla, može rezultirati komom ili smrću. Emocionalni problemi koji proizlaze

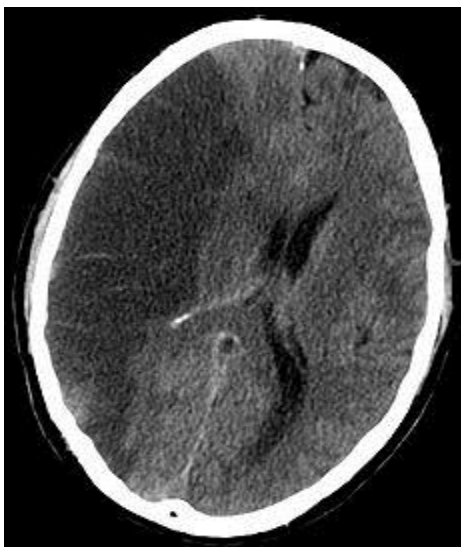
iz moždanog udara mogu nastati iz izravnog oštećenja emocijskih centara u mozgu ili iz frustracije i poteškoće prilagođavanja novim ograničenjima.

Emocijske poteškoće nakon moždanog udara uključuju anksioznost, napadaje panike, zaravnjeni afekt (nemogućnost izražavanja emocija), maniju, apatiju i psihozu. 30 do 50 % preživjelih bolesnika pate od depresije nakon moždanog udara, koju karakterizira letargija, razdražljivost, poremećaji spavanja, smanjeno samopoštovanje i povlačenje.

Depresija može smanjiti motivaciju i pogoršati ishod, ali može se liječiti antidepressivima. Emocijska nestabilnost, još jedna od posljedica moždanog udara, uzrokuje pacijentovo brzo prebacivanje između emocijskih uspona i padova i neprimjereno izražavanje emocija, npr. s više smijeha ili plača s malo ili bez provokacija. Dok ovo izražavanje bolesnikovih emocija uglavnom odgovara stvarnim emocijama, mnogo teži oblik emocijske nestabilnosti uzrokuje kod pacijenta patološko smijanje ili plakanje, bez obzira na kontekst ili emocije.

Mnogi pacijenti pokazuju suprotne emocije od onog što zapravo osjećaju, npr. plaču kada su sretni. Emocijska nestabilnost javlja se u oko 20 % bolesnika moždanim udarom.

Kognitivni defekti koji proizlaze iz moždanog udara uključuju poremećaje percepcije, afaziju, demenciju i probleme s pažnjom i pamćenjem. Osoba oboljela od moždanog udara može biti nesvjesna vlastitog invaliditeta, stanje poznato pod nazivom anosognozija. Kod stanja koje se naziva hemispacijalno zanemarivanje, pacijent zanemarije sve na strani suprotnoj od oštećene hemisfere. Do 10 % bolesnika s moždanim udarom razvije napadaj, najčešće tjedan dana nakon incidenta; težina moždanog udara povećava vjerojatnost napadaja.(18)



*Slika 3. CT mozga prikazuje ishemijski moždani udar
(http://hr.wikipedia.org/wiki/Mo%C5%BEdani_udar)*

2. Cilj rada

1. Klinička slika depresije u starijoj životnoj dobi ima osim općih specifične etiološke faktore (umirovljenje, tjelesne bolesti, osamljenost, reducirani socijalni kontakti)
2. Depresija u starijoj životnoj dobi može imati drugačiju kliničku sliku
3. Liječenje depresije u starijoj životnoj dobi ima svoje specifičnosti (manje doze, češće provjeravati funkciju bubrega i jetre, voditi računa u interakciji s drugim lijekovima, socijalni suport, prehrana).
4. Uloga medicinske sestre kod bolesnika u starijoj životnoj dobi (ciljevi).

3. Rasprava

3.1. Klinička slika i ostali potencijalni uzroci depresije u starijih osoba

Neki lijekovi mogu potaknuti razvoj depresije. Drugi lijekovi mogu povećati sklonost razvoju depresije, mijenjajući razine hormona ili međudjelovanjem drugih lijekova. Neki lijekovi mogu izazvati umor. Zbog umora osobe mogu smanjiti tjelovježbu, ne pridržavati se pravilne prehrane i društveno se izolirati, što sve može potaknuti razvoj depresije.

Neke osobe namjerno ili nenamjerno zloupotrebljavaju lijekove ili ih kombiniraju s alkoholom, koji ima depresivni učinak. To također može uzrokovati nastanak depresije. Žalovanje može biti vezano uz: gubitak voljene osobe, ljubimca, rastava, gubitak posla, umirovljenje, gubitak vrijednog predmeta, ozljede (amputacija). Depresije u starosti najčešće su patološke reakcije na razne gubitke.

Kad osoba zađe u stariju životnu dob, veća je vjerojatnost da će doživjeti smrt supružnika, člana obitelji ili prijatelja, te se suočiti s tugom i žalovanjem nakon njegove smrti. U starosti gubitak bračnog druga predstavlja najteži stres u životu. Tome možemo dodati i probleme oko podjele nasljedstva i umanjeni dohodak.

U većini slučajeva javlja se teška i dugotrajna depresija. Neke su studije pokazala da muževi teže podnose smrt supruge i da su bespomoćniji od žena nakon smrti partnera, te da je to upravo najveći razlog što se ponovo odluče oženiti. Jedna od težih problema kod udovaca je osjećaj usamljenosti.

Umirovljenje je bitan čimbenik nastanka depresije u starijih osoba. Sam odlazak u mirovinu veoma je značajan događaj u životu budućeg umirovljenika te se ostatak života koji slijedi naziva „treće životno doba“. Budući da se danas ranije odlazi u mirovinu, te se povećava očekivano trajanje života, sve je dulje razdoblje između kraja radnog vijeka i kraja života. Mnoge starije osobe s lakoćom prihvaćaju promjenu iz statusa zaposlene osobe u status umirovljenika. Ako pri tome imaju neke hobije, umirovljenje može biti početak novog i zanimljivog života. Odlazak u mirovinu međutim vrlo je bolno iskustvo za ljude koji s voljeli svoj posao, naročito za uspješne koji su u

njemu nalazili sadržaj i smisao života, te ga doživljavaju stresno. Za njih je umirovljenje velika frustracija, gube se društvene veze te može dovesti do potištenosti, dugotrajne depresije, a ponekad i do pada duševnih funkcija. Razmišljanja o životu su jednako bitan čimbenik nastanka depresije u starijih osoba. Što smo stariji češće razmišljamo o vlastitom životu i postignutim uspjesima.

Katkad se osobe razočaraju osjećajući da u životu nisu ispunili vlastita očekivanja ili žale za nečim što jesu ili nisu učinili u životu. Suočavanje sa smrću kao čimbenik nastanka depresije u starijih osoba, jer mnoge osobe s poteškoćom prihvaćaju činjenicu da se njihov život možda približava kraju.

Pothranjenost kao uzrok depresije u starijih je vrlo važan, jer je starija osoba uvjerenjena da iz nekih razloga mora jesti manje ili vrlo malo, što dobro djeluje na njeno zdravlje. Može se govoriti o "sindromu juhe", jer se skromnom obroku kao maksimalan «luksuz» dodaje komad kruha i sira. A te namirnice, u svojem opsesivnom ponavljanju, postaju nekom vrstom kulturalnog bedema za koji starije osobe misle da ne mogu preskočiti. A to je, osim što je evidentni simptom moguće depresije, ujedno i velika pogreška s prehrabene točke gledišta jer nutrijenti su temelj dobrog, zdravog i dugoga života.(22)

Sezonska depresija uvjetovana je vremenskim uvjetima, pa tzv. »zimске depresije« u pojedinačnim slučajevima mogu dovesti do teške, pa čak i pogibeljne bolesti. Kod pogođenih ljudi sezonski smanjena percepcija svjetlosti dovodi do smetnji u kemijskoj ravnoteži mozga, i time do nastanka depresije.

3.2. Liječenje depresije u starijoj životnoj dobi

Glavne farmakokinetičke karakteristike svakog lijeka apsorpcija, distribucija, metabolizam i eliminacija - mogu potencijalno biti promijenjene kao fiziološka posljedica starenja. Mnoge promjene mogu biti neovisne o multiplim bolestima koje takav stariji bolesnik može imati.

Osim renalne eliminacije lijeka, nije moguće generalizirati težinu ili važnost pojedinih farmakokinetičkih promjena ovisnih o starenju. Sa starenjem se hepatska masa i hepatska cirkulacija smanjuju. Klinički značajnu implikaciju to ima tek onda kada lijek ima znatan tzv. prvi prolaz kroz jetru te se koncentracija lijeka u plazmi zbog toga povisuje. Ekspresija enzima citokroma P-450 sa starenjem se ne smanjuje, iako se enzimska aktivnost smanjuje. Da bi ovdje došlo do klinički važnih promjena, jetreni metabolizam lijekova treba biti smanjen najmanje za 30-40%.

Povezanost između nuspojava lijekova i starije dobi otvara mnoga praktična i teoretska pitanja u terapiji ove skupine bolesnika: stariji bolesnici dokazano pate od više nuspojava usporedimo li ih s bolesnicima iz mlađih dobnih skupina, što nas može dovesti do pogrešnog zaključka da je starija dob nezavisni faktor rizika u razvoju nuspojava lijekova.

Ovdje treba uzeti u obzir da ljudi starije dobi uzimaju u prosjeku više lijekova istodobno od onih mlađih dobnih skupina, a nuspojave se tada pojavljuju eksponencijalno više. Povećan broj nuspojava također treba tražiti u činjenici promjene farmakokinetike, a još više farmakodinamike lijekova, što tu skupinu bolesnika čini posebno osjetljivima. U nekim je studijama pokazano da su hospitalizacije starijih bolesnika bile uzrokovane nuspojavama lijekova u 28 do 70 % primljenih bolesnika! Odnosno, 1/3 hospitalizacija zbog nuspojava lijekova i 1/2 smrti uzrokovanih nuspojavama lijekova događa se u bolesnika starijih od 60 godina.

S obzirom na nuspojave lijekova treba spomenuti i kaskadu propisivanja lijekova: nuspojava jednog lijeka okarakterizira se novom bolesti koja se onda počinje liječiti novim lijekom. Kada govorim o liječenju depresije antidepresivima, najnovije metaanalize govore u prilog niskim dozama tricikličkih antidepresiva kao optimalnoj terapiji u starijih depresivnih bolesnika. Doze za SSRI također treba smanjiti za 50%. U literaturi nema jasnog dokaza da jedan antidepresiv ima bolji učinak od drugoga u liječenju depresija starije dobi.

Neki autori preporučuju sekundarne amine (nortriptilin ili dezpiramin) kao terapiju izbora zbog boljeg profila nuspojava, a upozoravaju na antikolinergični učinak i posturalnu hipotenziju tricikličkih antidepresiva kao što su imipramin i amitriptilin.

Drugi izvori dakako preporučuju ove lijekove u 50% reduciranoj dozi kao terapiju izbora. Triciklički su antidepresivi učinkoviti kao adjuvantna terapija sindroma kronične boli te se time mogu znatno reducirati doze drugih analgetika. Analgetski učinak antidepresiva odvojen je od njihova antidepresivnog djelovanja, tako da su u ovoj terapiji potrebne mnogo niže doze.(19)

3.3. Uloga medicinske sestre

Kao i kod svih starijih osoba, medicinska sestra se susreće sa sličnim problemima i kod ovih bolesnika. S obzirom na specifičnost depresije i popratnih bolesti, medicinska sestra je suočena s nizom psihofizičkih problema i potreba bolesnika. Ovakvi bolesnici zahtjevaju posebnu skrb i empatiju. Nadalje, napisati ću nekoliko dijagnoza i ciljeva kako bih pokazala kompleksnost skrbi.

Moguće dijagnoze i ciljevi:

Visok rizik za pad u/s dugotrajnim ležanjem, naglim ustajanjem, psihomotornim nemir...

Kod ove visokorizične dijagnoze glavni nam je cilj da bolesnik ne padne, bilo to u bolnici, pod našom skrbi ili kod kuće.

Kod starijih osoba se zna često dogoditi da neučinkovito brinu o svom zdravlju, namjerno ili nenamjerno, stoga imamo dijagnozu neučinkovitog održavanja zdravlja u/s nedostatkom socijalnog okruženja, perceptivno-kognitivnim oštećenjima, nedostatkom materijalnih sredstava, nepoznavanjem informacija i njihova pogrešna interpretiranja, nedostatka interesa za učenje i promjenu rizičnog ponašanja...

Pri ovoj dijagnozi medicinska sestra postavlja dijagnoze u smislu, bolesnik će: razumijeti uzrok problema i način na koji mu se pomaže, biti uključen u grupe podrške, realno procijeniti vlastite mogućnosti, prepoznati rizične čimbenike za svoje zdravlje i znati ublažiti njihov utjecaj, uključiti zdravstvene preporuke u svakodnevni život, imati osiguran stalan izvor prihoda, zatražiti pomoć i podršku kako bi očuvao svoje zdravlje,

objasniti posljedice trajnog nepreidržavanja zdravstvenih preporuka, navesti i demonstrirati kako uklopiti zdravstvene preporuke u svakodnevni život.

Mogućnost ozljede zbog gubitka fizičke koordinacije i/ili pamćenja u/s osnovnom bolesti. Glavni cilj kod ove sestrinske dijagnoze je da se bolesnik ne ozlijedi i da prostor u kojem bolesnik boravi trebamo učiniti što sigurnijim.

Smanjena mogućnost brige o sebi u/s osnovnom bolesti, nepokretnosti...

Kod ove dijagnoze imamo nekoliko ciljeva, ovisno o kojem se SMBS-u radi.

Kod smanjene mogućnosti odjevanja bolesnika ćemo potaknuti da sudjeluje u oblačenju primjereno vlastitu stanju i mogućnostima.

Kod smanjene mogućnosti obavljanja nužde, bolesnik će povećati stupanj samostalnosti pri eliminaciji.

Kod smanjene mogućnosti održavanja higijene, cilj nam je da će bolesnik biti čist i uredan.

Medicinska sestra/tehničar tijekom 24 sata prati bolesnikovo stanje, ponašanje, te promjene ponašanja kroz dnevne aktivnosti, tijekom uzimanja terapije, u odnosu prema osoblju i drugim bolesnicima, posjetiteljima, obitelji...

Medicinska sestra je ta koja najviše boravi uz bolesnika, pa je njezin udio u skrbi vrlo značajan. Svaku intervenciju medicinska sestra/tehničar treba evidentirati na listi zdravstvene njege (dokumentiranje svega učinjenog!). Proces zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, cilj zdravstvene njege, intervencije i evaluaciju.

Mnogostruki se problemi mogu javiti kod starijih bolesnika s depresijom, jer, kako je već prije navedeno, depresija se kod tih bolesnika može zamijeniti nekom drugom bolešću ili se veže uz neke bolesti. Dalje u radu ću navesti neke dijagnoze ili potencijalne dijagnoze koje se mogu javiti kod ovih bolesnika.(21) Standardizirane psihijatrijske

dijagnoze vezane uz pojedine poremećaje ne postoje, već se one formuliraju zasebno za svakog bolesnika na osnovu njegovih potreba. Bolesnici često boluju od samo jedne medicinske dijagnoze, ali imaju više sestrinskih dijagnoza koje se međusobno isprepliću i nadovezuju. Moguće sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi biti će prikazane uz afektivne, bihevioralne, tjelesne i kognitivne simptome.(20)

3.3.1. Afektivni simptomi

Raspoloženje se opisuje kao depresivno, tužno, beznadno, obeshrabreno, utučeno. Neki će reći da se osjećaju tupo, prazno, da se više ničemu u životu ne vesele. U govoru, mimici lica i držanju tijela odražava se potištenost, malodušnost ili osjećaj da nema pomoći ni nade. Osjećaju se osamljeno. Nerjetko su i tjeskobni, opisuju unutrašnji nemir, napetost. Također je moguć gubitak osjećaja prema emocionalno bliskim osobama (djeci, supružnicima) koji su prije bili izvor zadovoljstva. Nemogućnost osjećaja za osobe koje volimo može dovesti do osjećaja krivnje, frustracija i osjećaja bezvrijednosti. Kod nekih osoba može biti prisutna razdražljivost, osjećaj trajne srdžbe, nezadovoljstvo. Na događaje reagiraju izljevima bijesa ili pretjeranim osjećajem frustriranosti zbog sitnica.

Sestrinske dijagnoze:

Sniženo raspoloženje u/s osjećajem praznine, osnovnom bolesti

Tjeskoba u/s osjećajem unutarnjeg nemira i napetosti, promjenom okoline (kod hospitalizacije)

Osamljenost u/s smanjenjem volje i interesa

Krivnja u/s nesposobnošću funkcioniranja, gubitkom emocija

Sram u/s osjećajem obeshrabrenosti

Potištenost u/s dubokim osjećajem beznada

Potištenost u/s gubitkom podrške

Nemogućnost osjećanja u/s osjećajem praznine

3.3.2. Bihevioralni simptomi

Gubitak zanimanja i zadovoljstva u aktivnostima koje su ranije predstavljale zadovoljstvo jedan je od vodećih simptoma depresije. Izražava se gubitkom interesa i uživanja u stvarima kojima su prije uživali, koje su ih zanimale i predstavljale ugodu. Izbjegavaju druženja s prijateljima i rodbinom, osamljuju se i izoliraju. Gubitak interesa dovodi do smanjenja aktivnosti i ugone. Psihomotoričke smetnje uključuju agitaciju, nesposobnost da osoba mirno sjedi, uznemirena je, šeeće, krši ruke. Javljaju se usporeni pokreti tijela, govor i mišljenje su usporeni, povećano je vrijeme čekanja na odgovor, a govor je monoton. Nerijetko su prisutni simptomi napetosti, nervoze i nemira.

Sestrinske dijagnoze:

Uznemirenost u/s somatskim simptomima

Smanjenje interesa za neke stvari i/ili aktivnosti u/s bezvoljnošću

Gubitak interesa za neke stvari i/ili aktivnosti u/s osjećajem bezvrijednosti

Smanjeno zanimanje i uživanje u gotovo svim aktivnostima u/s osjećajem tuge

Napetost u/s negativnim predviđanjem ishoda bolesti

Nemir u/s osjećajem gušenja, pritiskom u prsima

Usporenost u/s osjećajem umora

Smanjenje tjelesne aktivnosti u/s umorom

Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom socijalnog kontakta

Socijalna izolacija u/s gubitkom bliske osobe

3.3.3. Tjelesni (vegetativni simptomi)

Slabljenje životne energije i umor česti su pratitelji depresije. Osoba govori o stalnom umoru bez tjelesnog napora. Čak i najmanji zahtjevi od njih iziskuju veliki napor. Učinkovitost je značajno smanjena, a mnoge aktivnosti više ne izvode.

Oni to opisuju kao umor, poteškoće pokretanja tijela, gubitak snage, brzo umaranje nakon fizičke aktivnosti. Česte su poteškoće kod usnivanja, skraćeno ili isprekidano spavanje ili rano buđenje. Osobe se obično bude usred noći i zatim imaju teškoće s ponovnim usnivanjem ili se bude prerano i više ne mogu zaspati. Promjene

apetita su česte. U depresiji je apetit najčešće smanjen, dok kod nekih osoba može biti povećan. Kad je promjena apetita značajna, osoba može gubiti ili dobivati na težini.

Sestrinske dijagnoze:

Umor u/s smanjenjem životne energije

Nesanica u/s strahom od noćnih mora

Pretjerano spavanje u/s osjećajem nesretne stvarnosti

Smanjen unos hrane u/s gubitkom apetita, pokušajem latentnog suicida, otežanim gutanjem i osjećajem gušenja

Pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane

Smanjen unos tekućine u/s gubitkom apetita i interesa za hranu i tekućinu

Pretilost u/s prokomjernim unosom hrane i smanjenom tjelesnom aktivnošću

3.3.4. Kognitivni simptomi

Koncentracija i pamćenje zahtjevaju napor, smanjena je sposobnost mišljenja ili koncentracije te neodlučnost. Mnoge osobe govore o oštećenoj sposobnosti da misle, koncentriraju se ili donose odluke, lako ih je omesti u poslu i žale se na gubitak pamćenja. Teško se koncentriraju, misli im bježe, teško slijede razgovor te imaju poteškoća u obavljanju svakodnevnog posla. Često se primjećuje umanjivanje vlastite vrijednosti, smanjenje ili gubitak samopoštovanja, osjećaj potpune bezvrijednosti ili omalovažavanja.

Samopouzdanje je također narušeno. Osjećaj bezvrijednosti ili krivnje može uključivati nerealistične procjene vlastite vrijednosti, zaokupljenosti krivnjom ili stalna razmišljanja o nevažnim neuspjesima. Osjećaj krivnje osnosi se na osjećaj kajanja ili krivnje za stvarne ili čak izmišljene pogreške u prošlosti. Pretjerana krivnja ili velika neodgovarajuća krivnja neproporcionalna je stvarnoj situaciji.

Sestrinske dijagnoze:

Smanjena sposobnost mišljenja i/ili koncentracije u/s osjećajem umora

Neodlučnost u/s smetnjama koncentracije

Smanjen stupanj samopouzdanja u/s negativnim osjećajima u samom sebi

Osjećaj bezvrijednosti u/s nerealističnom procjenom vlastite vrijednosti

Osjećaj bezvrijednosti i/ili krivnje u/s stalnim razmišljanjima o nevažnim neuspjesima

Osjećaj krivnje u/s prenaplašenim, stvarnim ili čak izmišljenim pogreškama u prošlosti

Poremećaj smaopoštovanja u/s nemogućnošću potvrđivanja i poistovjećivanja s okolinom

Smanjena mogućnost verbalne komunikacije u/s gubitkom samopouzdanja

3.3.5. Ponavljajuća razmišljanja o smrti, ideje o samoozlijeđivanju ili pokušaji suicida

Suicidalna razmišljanja prisutna su u oko 80% depresivnih bolesnika i smatra se da je najveći rizik od suicida upravo u toj dijagnostičkoj skupini. Rizik je veći u prvih 6 mjeseci nakon otpusta iz bolničkog liječenja. Procjena suicidalnog rizika dio je svake psihijatrijske procjene. Procjena suicidalnog rizika i postupci za smanjenje rizika mogu značajno povećati sigurnost liječenja. Suicidalni rizik je potrebno kontinuirano procjenjivati i ukoliko postoji planirati postupke za njegovo smanjivanje.

Karakteristike bolesnika povezane s pojačanim rizikom su beznade, bespomoćnost, ograničena mogućnost sagledavanja alternativnih rješenja i rješavanje problema, prevladavanje disfunkcionalnog načina razmišljanja koje sagledava samo najlošije ishode, nisko samopoštovanje, orjentiranost na sadašnjost i teškoćeprojekcije u budućnost. U boljoj procjeni rizika i izbjegavanju zabluda preporuka je korištenje standardiziranih upitnika ili skala, kojima procjenjujemo razinu suicidalnog rizika (niska, srednja, visoka).

Skale i strukturirani intervjui za procjenu rizika sadrže niz korisnih informacija koje pomažu u procjeni rizika, npr. podaci o ranijim suicidalnim pokušajima i razmišljanjima, zlorabi alkohola i psihoaktivnih tvari, podaci o teškoćama logičkog razmišljanja, procjena socijalne podrške, postojanje suicidalnog plana, postojanje zaštitnih faktora, odnosno razloga za život kao što su obitelj, religiozni razlozi i pozitivni stavovi o životu.

Sestrinske dijagnoze:

Visok rizik za nasilje prema sebi u/s osnovnom bolesti

Moguća suicidalna razmišljanja u/s bolnim emocionalnim stanjem

Suicidalna razmišljanja u/s osjećajem bezizlaznosti

Učestala suicidalna razmišljanja u/s željom za smrću

Razrađen plan samoubojstva u/s idejom o bezvrijednosti života

Cilj postupanja sa suicidalnim mislima je smanjiti rizik od suicida. Osim edukacije o simptomima i specifičnostima depresivnog poremećaja iznimno je važno razgovarati o postupcima preveniranja ili smanjenja suicidalnih razmišljanja. Bolesniku je potrebno naglasiti da o suicidalnim mislima treba govoriti, a kod pojave suicidalnih misli uvijek se sjetiti razloga za život i zabilježiti ih. Razlozi za život osim odgovornosti za obitelj, ljubav prema djeci ili supružniku, osjećaj krivnje, strah, uključuju i religiju te nadu i želju za izlječenjem. Potrebno je zajedno s bolesnikom sklopiti antisuicidalni ugovor i isplanirati postupke prevencije.(20)

Plan prevencije suicida:

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

4. Zaključak

Starenje je mnogo više od samog tjelesnog procesa. Koliko se starima osjećamo, ovisi o socijalnim i osobnim događajima, kao i o tjelesnom stanju. Stvarnost starenja sastoji se od činjenice da su mnogostruka ograničenja neizbježna. Može se zaključiti da su kod starijih osoba gubitak i stres glavni faktori koji predisponiraju depresiji. Pod gubitkom i stresom kao bitnim čimbenicima s kojima se starija osoba suočava uglavnom se podrazumijeva fizička onesposobljenost kao posljedica narušenog zdravstvenog stanja, potom bolni sindromi, senzorni deficit i kognitivno osiromašenje, gubitak supružnika ili partnera, odbačenost od obitelji, napuštenost, umirovljenje, loši financijski uvjeti, održavanje samopoštovanja, procjena prošlih životnih neuspjeha i uspjeha. U starijoj dobi veliku važnost ima sustav neformalne podrške bližnjih; obitelji, prijatelje, susjeda i poznanika. Rano prepoznavanje i početak liječenja depresije je vrlo bitan faktor. Razlikovanje depresije od demencija, pseudodemencija i drugih bolesti koje mogu imitirati sliku depresije je vrlo bitan faktor kako bismo na vrijeme mogli reagirati s terapijom i skrbi za osobu da ne bi došlo do komplikacija.

4. Literatura

1. <http://www.sretneveze.com/expert/depres.html>
2. Plavšić M., Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starih osoba, Zagreb 2012. (<https://bib.irb.hr/datoteka/583345.mp-dis-fin.pdf>)
3. Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. Applied psychology: An international review, 57(Suppl.), 3-18.
4. Martinčević – Ljumanović R. Zdrava i sretna starost: suvremena gerontologija i gerijatrija. Zagreb: Spektar; 1985.
5. David S. Baldwin and John Birtwistle An Atlas of Depression. University of Southampton; Southampton, UK; The Parthenon Publishing Group; 2002.
6. Prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac, dr. med., Kako prepoznati depresiju? (<http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/8261/Kako-prepoznati-depresiju.html>) (01.12.2005.)
7. Šilje M., Sindik J., Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba, Dubrovnik, Zagreb (<http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/186/191>)
8. Božićević V., Brlas S., Gulin M., Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja, Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-Podravske županije, Virovitica 2012.
9. Prof. dr. Borben Uglešić, dr. sci., Starenje i depresije, Basel 1978.

10. Prof. dr. sc. ljubomir Hotujac, brošura 'Živjeti s depresijom, Zagreb (<http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16131/Kako-izgleda-i-kako-se-osjeca-osoba-koja-pati-od-depresije.html>) (17. 02. 2009.)
11. Folnegović- Šmalc V, Kocijan-Hercigonja D., Barac B. Prevenција suicidalnosti. Zagreb
12. Mihaljević-Peješ A., Šagud M., Kako liječiti depresivni poremećaj? (<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/5597/Kako-lijeciti-depresivni-poremecaj.html>) (06. 09. 2011.)
13. Mihaljević-Peješ A., Šagud M., Dijagnoza depresije (<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/9301/Dijagnoza-depresije.html>) (26. 07. 2014.)
14. Folnegović-Šmalc V., Folnegović-Grošić P., Henigsberg N., Kozumplik O., Makarić G., Mimica N., Uzun S., Farmakoterapija depresija, Zagreb
15. <http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/72/parkinsonova-bolest.html>
16. Demarin V., Bošnjak-Pašić M., Morović S., Alzheimerova bolest (http://www.cybermed.hr/clanci/alzheimerova_bolest) (06. 07. 2011.)
17. Šimić G., Dajčić M., Novy-Radonić E., Mimica N., Liječenje simptoma agresivnosti u osoba s Alzheimerovom bolešću, Zagreb 2008. (<http://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=328501>)
18. http://hr.wikipedia.org/wiki/Mo%C5%BE_dani_udar (09. 01. 2014.)
19. Macolić-Šarinić V., Primjena lijekova u starijoj dobi, Maedical Interventions in Elderly, Zagreb

20. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, 17.dani psihijatrijskog društva, Zbornik radova, Plitvička jezera, Lipanj 2011.
21. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
22. Moro Lj., Frančišković T. i suradnici. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. 2.izd. Zagreb: Medicinska Naklada; 2011.

6. Sažetak

Promjene koje često dolaze u kasnijoj životnoj dobi, poput umirovljenja, smrti voljene osobe, povećanih izdvajanja, medicinskih problema mogu dovesti do depresije. Depresija sprječava osobe da uživaju u životu kao što su navikli. No, učinci depresije idu daleko van raspoloženja. Također utječe na energiju, spavanje, apetit i fizičko zdravlje. Međutim, depresija nije neizbježan dio starenja, a tu su i mnogi koraci koje možete poduzeti kako bi prevladali simptome, bez obzira na izazove s kojima se osoba suočava. Prepoznavanje depresije u starijih osoba počinje prepoznavanjem znakova i simptoma. Depresija u starijih odraslih osoba i starijih osoba često je povezan s fizičkim bolestima, što može povećati rizik za depresiju. Kronična bol i tjelesna invalidnost može razumljivopovući osobu put dna. Simptomi depresije također se mogu pojaviti kao dio zdravstvenih problema, kao što je demencija ili kao nuspojava lijekova na recept. Simptomi depresije su nuspojava mnogih najčešće propisanih lijekova. Osoba je posebno u opasnosti, ako uzima više lijekova. Dok su promjene raspoloženja nuspojave lijekova na recept koje mogu utjecati na svakoga, starije osobe su osjetljivije, jer, kako starimo, naša tijela postaju manje učinkovita da metaboliziraju i izluče lijekove. Liječenje depresije je jednako učinkovito za starije odrasle osobe kao što je za mlađe ljude. Depresija u starijih odraslih osoba i starijih osoba često je rezultat teške životne situacije ili izazova, i svaki se pokušaj liječenja trebabažirati na tome. Ako je usamljenost temelj depresije, na primjer, sami lijekovi neće riješiti taj problem. Isto tako, bilo koji medicinski problemi kojem je komplikacija depresija treba rješavati. Sama narav depresije ometa sposobnost osobe da zatraži pomoć, iscrpljujući energiju i samopouzdanje. Za starije depresivne osobe, koji su odrasli u vrijeme kada su mentalne bolesti bile vrlo stigmatizirane i neshvaćene, liječenje i traženje pomoći može biti još teže -pogotovo ako oni ne vjeruju da je depresija stvarna bolest, previše su ponosni ili ih je sram pitati za pomoć, ili strah da postaju teret svojim obiteljima. Sestra ima veliku ulogu u pomaganju.

7. Summary

The changes that often come in later life, like retirement, the death of loved ones, increased isolation, medical problems can lead to depression. Depression prevents person from enjoying life like you used to. But its effects go far beyond mood. It also impacts energy, sleep, appetite, and physical health. However, depression is not an inevitable part of aging, and there are many steps you can take to overcome the symptoms, no matter the challenges person face. Recognizing depression in the elderly starts with knowing the signs and symptoms. Depression in older adults and the elderly is often linked to physical illness, which can increase the risk for depression. Chronic pain and physical disability can understandably get person down. Symptoms of depression can also occur as part of medical problems such as dementia or as a side effect of prescription drugs. Symptoms of depression are a side effect of many commonly prescribed drugs. Person's particularly at risk if he/she's taking multiple medications. While the mood-related side effects of prescription medication can affect anyone, older adults are more sensitive because, as we age, our bodies become less efficient at metabolizing and processing drugs. Depression treatment is just as effective for elderly adults as it is for younger people. Since depression in older adults and the elderly is often the result of a difficult life situation or challenge, any treatment plan should address that issue. If loneliness is at the root of someone's depression, for example, medication alone is not going to cure the problem. Also, any medical issues complicating the depression must be also be addressed. The very nature of depression interferes with a person's ability to seek help, draining energy and self-esteem. For depressed seniors, raised in a time when mental illness was highly stigmatized and misunderstood, it can be even more difficult—especially if they don't believe depression is a real illness, are too proud or ashamed to ask for assistance, or fear becoming a burden to their families. Nurse has a great part in helping.

8. Životopis

Ana Kunac, rođena 11. 05. 1992. godine u Splitu.

Živi s obitelji u Splitu, na Brdima, gdje je 2007. godine završila Osnovnu školu 'Brda'. U Splitu je 2011. godine završila srednju Zdravstvenu školu, smjer: medicinska sestra/medicinski tehničar. 12. 07. 2011. godine upisala je preddiplomski Sveučilišni studij u Splitu, smjer: sestrinstvo.