

Zdravstvena njega mladih oboljelih od depresije

Kovač, Vanja

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:703584>

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

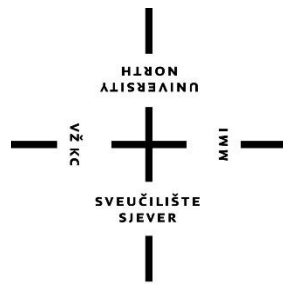
Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1185/SS/2019

Zdravstvena njega mladih oboljelih od depresije

Vanja Kovač, 1773/336

Varaždin, rujan 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1185/SS/2019

Zdravstvena njega mladih oboljelih od depresije

Student

Vanja Kovač, 1773/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, rujan 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Vanja Kovač	MATIČNI BROJ	1773/336
DATUM	18.09.2019.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega mladih oboljelih od depresije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of young people with depression		
MENTOR	Melita Sajko, mag.soc.geront.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Maja Bajs Janović, predsjednik		
	2. Melita Sajko, mag.soc.geront., mentor		
	3. Marija Božičević, mag.med.techn., član		
	4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1185/SS/2019
OPIS	Depresija potječe od latinske riječi "deprimere" što znači pritisnuti utisnuti. Možemo je opisati kao emocionalno stanje u kojem se javlja i prevladava neugodan osjećaj tuge i očaja koji prati osjećaj obeshrabrenosti i bezvrijednosti, zle slutnje, otežano i usporeno mišljenje te smanjena psihofiziološka aktivnost. Adolescencija je burno razdoblje za svaku mladu osobu u kojoj su češće pojave depresivnog raspoloženja i kliničke depresije, osobito u ženskih osoba. Depresija u adolescenata vrlo je slična depresiji odraslih, no ključne razlike pronalaze se u opsegu, žestini i utjecaju simptoma. U ovom radu potrebno je: - objasniti što je to depresija, njene simptome i rizične čimbenike za nastanak iste kod adolescenata - prikazati klasifikaciju depresivnih poremećaja - opisati vrste depresivnih poremećaja, njihove simptome i karakteristike - spomenuti što je to psihoterapija i vrste psihoterapije - objasniti ulogu medicinske sestre kod zdravstvene njege adolescenata oboljelih od depresije - prikazati moguće sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod adolescenata oboljelih od depresije - iznijeti zaključak

ZADATAK URUČEN
25.09.2019.



Lucy

Predgovor

Posebno se zahvaljujem mentorici mag.soc.geront. Meliti Sajko što je pristala biti moja mentorica na odabranu temu koja za mene ima vrlo osobno značenje. Željela bih se zahvaliti na svim savjetima, dostupnosti, uloženom trudu i izdvojenom vremenu, pruženoj pomoći te znanju koje mi je prenijela.

Također se zahvaljujem svojoj obitelji koji su mi pružali podršku tijekom studiranja te svojim kolegicama koje su mi pomogle kada mi je bilo najpotrebnije. Zahvaljujem se svima na strpljenju i razumijevanju.

Sažetak

Riječ depresija svoje korijene nalazi u latinskoj riječi „deprimere“ što označava pritisnuti, utisnuti. Depresiju možemo opisati kao emocionalno stanje u kojem se javlja i prevladava neugodan osjećaj tuge i očaja koji prati osjećaj obeshrabrenosti i bezvrijednosti, zle slutnje, otežano i usporeno mišljenje te smanjena psihofiziološka aktivnost. Jako dugo smatralo se da djeca i adolescenti ne mogu patiti od depresivnih poremećaja te da postoje maskirane depresije u koje su uključeni različiti tipovi emocionalnih problema i poremećaja ponašanja za koje se smatra da je depresija glavni uzrok. Depresija u adolescenata vrlo je slična depresiji odraslih, no ključne razlike pronalaze se u opsegu, žestini i utjecaju simptoma. Uzroci psihičkih poremećaja u adolescenata svrstani su u tri grupe: naslijeđe, psihički uzroci i uzroci okoline. Čimbenici rizika za nastanak depresije u adolescenata su: obiteljska povijest depresije (nasljedni faktori), izloženost psihosocijalnom stresu, faktori razvoja, hormonski čimbenici (također i spolni hormoni) i poremećeni neuronski putevi. Depresivni poremećaji prema DSM-IV,5 klasifikaciji su: disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj, distimija, predmenstrualni disforični poremećaj i depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima. Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja karakteriziraju teška, kronična i perzistentna razdražljivost koja nije u skladu s razvojnoum dobi osobe koja se manifestira učestalim izljevima bijesa, a također između epizoda izljeva bijesa javlja se kronično, perzistentno, razdražljivo ili ljutito raspoloženje. Predmenstrualni disforični poremećaj teži je oblik predmenstrualnog simptoma, a opisuju ga uznemirujući emocionalni i bihevioralni simptomi kao što su razdražljivost i emocionalna nestabilnost koji se javljaju češće nego depresivno raspoloženje i anksioznost. Veliki depresivni poremećaj karakterizira depresivna epizoda, jedna ili više njih, bez maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda. Velika depresivna epizoda opisana je trajnim depresivnim/iritabilnim raspoloženjem ili gubitkom zanimanja u aktivnostima te uživanjima u njima koje traje najmanje dva tjedna. Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima manifestira se opetovanom zlouporabom psihoaktivnih tvari/lijekova radi suočavanja sa problemima, a kasnije uporaba psihoaktivnih tvari/lijekova otvara vrata mnogim fizičkim i psihološkim problemima koji se mogu, ali ne moraju javljati te u njih spadaju psihoza, povlačenje u sebe, tjeskoba i seksualna disfunkcija. Za pružanje kvalitetne zdravstvene njege medicinska sestra mora biti dobro obrazovana, a za pružanje primjerene skrbi nužno je poznavanje simptoma koji određuju depresiju. Depresija mijenja biološku, psihološku, socijalnu i duhovnu dimenziju čovjeka stoga

pristup u liječenju te zdravstvenoj njezi treba biti multidimenzionalan i zasnivati se na holističkom načelu.

Ključne riječi: depresija, adolescent, zdravstvena njega

Summary

The word depression has its roots in the Latin word "deprimere" which means pressed, imprinted. Depression can be described as an emotional state in which an unpleasant feeling of sadness and despair occurs, accompanied by feelings of discouragement and worthlessness, evil suspicion, difficult and slow thinking as well as diminished psychophysiological activity. For a long time, it was thought that children and adolescents could not suffer from depressive disorders and that there were masked depressions that involved various types of emotional and behavioral disorders. Adolescent depression is very similar to adult depression, but key differences are found in the extent, severity, and impact of symptoms. Causes of psychiatric disorders in adolescents are classified into three groups: inheritance, psychological causes, and environmental causes. Adolescent depression risk factors include: family history of depression (hereditary factors), exposure to psychosocial stress, developmental factors, hormonal factors (also sex hormones) and impaired neural pathways. According to the DSM-IV, 5 classification depressive disorders include: the disruptive mood dysregulation disorder, major depressive disorder, dysthymia, premenstrual dysphoric disorder and depressive disorder caused by psychoactive substances / drugs. Disruptive mood dysregulation disorder is characterized by severe, chronic and persistent irritability that is not consistent with the developmental age of the person manifesting with frequent outbursts of anger and chronic, persistent, irritable or angry moods occurring between episodes of outburst. Premenstrual dysphoric disorder is a more severe form of premenstrual symptom and it is described by disturbing emotional and behavioral symptoms such as irritability and emotional instability that occur more frequently than depressed mood and anxiety. Major depressive disorder is characterized by depressive episodes, one or more of them, without manic, mixed or hypomanic episodes. A major depressive episode is described by a persistent depressive / irritable mood or loss of interest in and enjoyment of activity for at least two weeks. Depressive disorder caused by psychoactive substances / drugs is manifested by repeated abuse of psychoactive substances / drugs to deal with problems. Later on, drug substances open the door to many physical and psychological problems that may or may not occur and those include psychosis, withdrawal, anxiety and sexual dysfunction. In order to provide quality nursing care, the nurse must be well educated and knowledgeable of the symptoms that determine depression is necessary to provide adequate care. Depression changes the biological, psychological, social and spiritual dimensions of a person, so the approach to treatment and health care should be multidimensional and based on a holistic principle.

Key words: depression, adolescent, health care

Popis korištenih kratica

MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

DSM-IV,5 - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

DMDD - Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja

PMDD – predmenstrualni disforični poremećaj

PMS – predmenstrualni sindrom

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Psihički razvoj u adolescenciji.....	3
2.1.	Tjelesni razvoj	4
2.2.	Kognitivni i socijalni razvoj	4
2.3.	Razvoj ličnosti.....	5
3.	Epidemiologija	6
4.	Depresija	7
4.1.	Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja	7
4.2.	Veliki depresivni poremećaj.....	8
4.3.	Distimija	9
4.4.	Predmenstrualni disforični poremećaj	10
4.5.	Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima	11
5.	Psihoterapija.....	14
5.1.	Sugestivne/direktivne psihoterapije	14
5.2.	Nedirektivna/psihodinamska psihoterapija	15
6.	Zdravstvena njega adolescenata oboljelih od depresije	16
6.1.	Sestrinske dijagnoze kod adolescenata oboljelih od depresije	17
6.1.1.	<i>Neučinkovito sučeljavanje u/s osnovnom bolešću</i>	<i>18</i>
6.1.2.	<i>Smanjena socijalna interakcija u/s općom bolešću</i>	<i>19</i>
6.1.3.	<i>Socijalna izolacija</i>	<i>20</i>
6.1.4.	<i>Nisko samopoštovanje u/s osnovnom bolešću</i>	<i>21</i>
6.1.5.	<i>Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolešću</i>	<i>21</i>
6.1.6.	<i>Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću.....</i>	<i>22</i>
6.1.7.	<i>Poremećaj spavanja</i>	<i>23</i>
6.1.8.	<i>Bespomoćnost.....</i>	<i>23</i>
6.1.9.	<i>Poremećaj misaonog procesa</i>	<i>24</i>
7.	Zaključak.....	26
8.	Literatura.....	27
9.	Popis tablica	30

1. Uvod

Jako dugo smatralo se da djeca i adolescenti ne mogu patiti od depresivnih poremećaja te da postoje maskirane depresije u koje su uključeni različiti tipovi emocionalnih problema i poremećaja ponašanja za koje se smatra da je depresija glavni uzrok [1].

Danas se javlja veliki porast u problemima mentalnog zdravlja. U vrijeme adolescencije progredira više od 50% psihijatrijskih bolesti koje se razvijaju u odrasloj životnoj dobi. Provedeno je istraživanje kojim se želio dobiti uvid u samoprocjenu mentalnog statusa adolescenata u Hrvatskoj koji se javljaju na liječenje. Cilj istog bio je uočiti najistaknutije emocionalne i bihevioralne probleme među adolescentima. Istraživanje je bilo presječnog tipa između ne-kliničkog i kliničkog uzorka (prvi kontakt sa službom za mentalno zdravlje). U istraživanju su sudjelovala 334 adolescenata u dobi od 14-18 godina te se koristila „Skala samoprocjene ponašanja mladih“ (Achenbach & Rescorla, 2001.). Dobiveni rezultati pokazuju značajan porast u kliničkoj populaciji u svim segmentima skale: somatske tegobe, anksioznost/depresija, socijalni problemi, problem mišljenja, povlačenje, problemi s koncentracijom, delikventna ponašanja, agresivnost, internalizacija i eksternalizacija [2].

Depresija u adolescenata vrlo je slična depresiji odraslih, no ključne razlike pronalaze se u opsegu, žestini i utjecaju simptoma [1].

Raspoloženje možemo opisati kao dugotrajno, unutarnje i predvidivo emocionalno stanje pojedinca, a vanjski izražaj tog stanja nazivamo afekt. Kod čovjeka raspoloženje se mijenja u dva smjera: povišeno raspoloženje koje opisuje hipomaniju (blaži oblik) ili maniju (teži oblik) i sniženo raspoloženje koje opisuje depresiju. Kod opisivanja psihijatrijskih poremećaja to nisu stanja malo većeg veselja ili malo manjeg sniženog raspoloženja, već su to značajne promjene raspoloženja koje mijenjaju sveukupno razmišljanje, opažanje, tjelesno stanje, ponašanje i socijalno funkcioniranje osobe. Valja istaknuti da 25% od svih bolesnika s poremećajima raspoloženja u razvijenim zemljama liječi se zbog depresije. U većini europskih zemalja za klasifikaciju depresije koristi se Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema koju je 1992. publicirala Svjetska zdravstvena organizacija [3].

Psihijatrijske dijagnoze depresije u MKB-10 nalaze se u poglavlju V u kojem su označene sa F 30-F39 [4].

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje depresivne poremećaje dijelimo na: poremećaj regulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj, distimiju, predmenstrualni disforični poremećaj i depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima [5].

Uzroci psihičkih poremećaja u adolescenata svrstani su u tri grupe: naslijeđe, psihički uzroci i uzroci okoline. Jedino genetičari mogu dokazati nasljednost depresije dok psihijatri mogu govoriti samo o predispoziciji za depresiju podacima koje su prikupili anamnezom. Za razumijevanje psihičkih poremećaja uzrokovanih psihičkim uzrocima potrebno je dobro poznavati fenomenologiju rasta i razvoja adolescenata. Patološki razvoj bio bi karakteriziran nesposobnošću adolescenta da zadovoljava svoje osnovne biološke, emocionalne, spoznajne i društvene potrebe u skladu sa svojim uzrastom. Svaku osobu promatramo kao individu-u jer ima svoj vlastiti ritam, ali je ipak moramo sagledavati i proučavati kao dio obiteljske i društvene sredine, pa tako i okolina ima velik utjecaj za nastanak psihičkih poremećaja [6].

Depresiju možemo opisati kao emocionalno stanje u kojem se javlja i prevladava neugodan osjećaj tuge i očaja koji prati osjećaj obeshrabrenosti i bezvrijednosti, zle slutnje, otežano i usporeno mišljenje te smanjena psihofiziološka aktivnost [7].

Depresivnog bolesnika možemo prepoznati po potištenosti, smanjenoj energiji, interesu i volji, jakom osjećaju krivnje i samooptuživanja, smetnjama u koncentraciji, gubitku sna i apetita te čestom suicidalnom razmišljanju ili pokušaju istog. Također se javljaju promjene razine aktivnosti, promjene kognitivnih sposobnosti, govora i vegetativnih funkcija [3].

Depresija je bolest recidivnog karaktera, a nakon pojave prve depresivne epizode vjerojatnost za nastanak nove je oko 50 % i tada govorimo o povratnom depresivnom poremećaju [7].

S obzirom na porast pojavnosti depresije vrlo je važna i prevencija iste te očuvanje mentalnog zdravlja. Republika Hrvatska je tako implementirala Nacionalnu strategiju promocije mentalnog zdravlja u kojoj definira mentalne poremećaje kroz preventivne aktivnosti, promovira rano dijagnosticiranje i liječenje mentalnih poremećaja, a također želi poboljšati kvalitetu života osoba s mentalnim poremećajima kroz socijalnu integraciju, zaštititi njihova prava i dostojanstvo, te razviti grupe za podršku. Vrlo važnu ulogu u prevenciji depresije imaju i zdravstveni djelatnici [8].

2. Psihički razvoj u adolescenciji

Razvoj djeteta možemo opisati kao mnogobrojne procese putem kojih dijete prelazi iz stanja dojenačke bespomoćnosti u mladu odraslu osobu. Razlikujemo dvije vrste čimbenika koji utječu na razvoj djeteta, a to su čimbenici naslijeđa (gensko naslijeđe, promjene u intrauterinom životu) i okolinski čimbenici (biološki, sociokulturalni i situacijski). Razdoblja i stadiji djetinjstva i mladosti:

- primarno (rano) djetinjstvo ili neonatalno razdoblje (razdoblje novorođenčeta, razdoblje dojenčeta, razdoblje „todlera“)
- sekundarno (kasno) djetinjstvo (predškolsko razdoblje, školsko razdoblje, adolescencija)

Pubertet i adolescencija su dva usko povezana pojma, no označavaju dva različita procesa. U pubertetu se javljaju fiziološke (biološke) promjene, dok je adolescencija obilježena psihosocijalnim (psihičkim) promjenama [6].

Adolescenciju dijelimo na tri perioda:

- predadolescencija (od 10.-11. godine do 13. godine)
- rana adolescencija (od 13. godine do 16. godine)
- kasna adolescencija (od 17. godine do 21.-22. godine) [9].

Adolescenciju definiramo kao razdoblje intenzivnih psiholoških, emocionalnih i osobnih promjena koje najčešće započinju između 11. i 13. godine i završavaju oko 18.-20. godine. Ovaj period u životu svake osobe smatra se prijelaznim razdobljem u kojem se adolescent počinje odvajati od roditelja te je emocionalno vrlo intenzivno i stresno [10].

U adolescenciji dolazi do naglog intelektualnog razvoja te perioda stjecanja i procjenjivanja vrijednosti, stoga pojedinac sve više postaje svjesniji sebe, razvija vlastite ideale i uči prihvaćati sebe u harmoniji sa svojim idealima. U psihičkom razvoju zdravog adolescenta javljaju se razvojne promjene kao što su:

- stvaranje seksualnog identiteta
- separacija od roditelja
- smanjenje ovisnosti od skupine vršnjaka
- učvršćenje strukture ličnosti putem identifikacije i prihvaćanje vlastitog psihičkog i fizičkog iskustva (konsolidacija selfa) [9].

2.1. Tjelesni razvoj

Pubertet obilježava početak sazrijevanja spolnih organa i pojava sekundarnih spolnih obilježja. Tjelesni razvoj organizma uzrokovan je genetskim, kulturološkim, klimatskim faktorima, načinom ishrane i radom endokrinih žlijezda. Promjene u organizmu kao što su rast genitalija (dječaci), dlakavost u predjelu spolnih organa i pod pazusima, početak rasta brade i brkova (dječaci), širenje bokova i rast dojki (djevojčice) uzrokovane su specifičnim djelovanjem hormona. Funkcioniranje spolnih žlijezdi očituje se pojavom prve menstruacije, a kod dječaka noćnom polucijom. Brze tjelesne promjene uzrokovane pubertetom imaju veliki utjecaj na doživljavanje i ponašanje adolescenta. Također se počinju buditi seksualne pulzije koje za posljedicu imaju progresivno usmjeravanje pažnje adolescenata prema svome tijelu, mislima, aktivnostima učenja i roditeljima. Često se javlja osjećaj gubitka kontrole nad vlastitim tijelom te da njihovo tijelo pripada nekome drugome ili kao da uopće ne postoji. U adolescenciji se može pojaviti psihopatološki pomak koji može biti pokušaj tjelesne egzistencije, a očituje se pokušajima suicida, samoozljeđivanjem, uzimanjem droga, poremećajima hranjenja (bulimija, anoreksija) ili promiskuitetom. Mogući diskontinuitet u razvoju i velike individualne razlike uzrokuju veliki stres, stoga adolescent ponekad može prolaziti kroz faze žalovanja za osobom kakvom se nadala postati. Javljaju se osjećaj ljutnje, ljubomore, manje vrijednosti uz misao nepravедnosti života [9].

2.2. Kognitivni i socijalni razvoj

U adolescenciji se također javljaju i promjene u kognitivnom kapacitetu te prema Piagetovim fazama kognitivnog razvoja adolescent izlazi iz faze konkretnih operacija i prelazi u fazu formalnih operacija. U fazi formalnih operacija osoba sva moguća rješenja uzima u obzir i stavlja ih u međusobne korelacije te prije donošenja bilo kakvog zaključka ponovno razmatra sve činjenice i koristi se apstraktnim mišljenjem i hipotetskim rezoniranjem. Adolescenciju obilježava i egocentrizam koji se opisuje kao nedostatak sposobnosti diferenciranja između vlastitog mišljenja i mišljenja drugih ljudi. Javljaju se i neke razlike u kognitivnim sposobnostima između spolovima, pa su tako djevojke dominantnije na verbalnim testovima (znanje riječi, analogije, pamćenje riječi), dok su mladići dominantniji u zadacima koji uključuju prostorne i mehaničke sposobnosti te matematiku. Razvoj inteligencije u adolescenata za

posljedicu ima promjenu strukture ličnosti što dovodi do potrebe za većom samostalnošću, boljem opažanju sredine i stvaranju moralnih normi [9].

2.3. Razvoj ličnosti

Anna Freud smatra da je većina promjena u adolescenciji povezana emocionalnim i nagonskim životom, a ego savladava, vodi i trpi te promjene. U početku adolescencije do izražaja najviše dolazi potisnuta edipska fantazma. Ego adolescenta bori se da potisne prisutnost tih stvorenih slika. Razbijanje tih slika o roditeljima obično dovodi do pobune protiv njih. Pojavom agresivnih i libidnih pulzija kod adolescenta javlja se anksioznost te adolescent svoj oslonac počinje tražiti u objektima iz vanjske realnosti i traži identifikaciju izvan kruga svoje obitelji. Tražeći svoj identitet adolescent često mijenja svoje obrasce i uzore. Za formiranje identiteta vrlo je važno izjednačiti svoju prošlost i sadašnjost s idejom u čemu će se sastojati budućnost. Vrlo bitna komponenta je profesionalni identitet te je potrebno definirati profesionalne izbore i ciljeve. U procesu traženja identiteta adolescent stvara sliku o sebi koja je temeljena na osjećajima autonomije, inicijative i povjerenja u sebe samog koji su se ugrađivali i ličnost u ranijim fazama razvoja. Socijalne interakcije s drugima utječu na razvoj selfa. Self definiramo kao dio ličnosti koji se opisuje kao odnos osobe kako doživljava i vidi samu sebe. Važna zadaća selfa je osigurati osjećaj zadovoljstva i reducirati anksioznost u interakciji s drugim ljudima. U predadolescenciji javlja se potreba za interpersonalnom bliskosti s osobama istog spola, dok se ta potreba na kraju predadolescencije prebacuje na heteroseksualne odnose. Separacija od roditelja za svakog adolescenta je bolna te se mogu javiti reakcije slične za vrijeme razdoblja žalosti. Djevojčice su istaknuto depresivnijeg raspoloženja od dječaka u dobi od 14 godina, dok je ta razlika neprimjetna u dobi od 12 godina. Adolescenti često traže potvrdu od svojih vršnjaka te su vrlo osjetljivi na njihove reakcije, a odnos s vršnjacima utječe na razvoj selfa i identiteta. Pripadnost nekoj grupi te cijenjenost u istoj uvijek je povezan s identitetom. Dolazi do identifikacije s grupom vršnjaka, njihovim vrijednostima, idealima, modom, stilom i načinom izražavanja što dovodi do preokupiranosti svojim izgledom. Indentitet je povezan s tjelesnim selfom. Negativna slika o sebi uzrok je depresivnosti kod 79 % adolescenata [9].

3. Epidemiologija

Više od 300 milijuna ljudi u svijetu boluje od depresije, a oko 800 000 ljudi izvrši suicid svake godine. Suicid je drugi glavni vodeći uzrok smrti u dobi od 15-29 godine. Iako su poznati učinkoviti tretmani za liječenje depresije, tek 10% oboljelih prima odgovarajući tretman [11].

Učestalost pojave depresivnih poremećaja u općoj populaciji iznosi 3,6%-6,8%. Prevalencija depresivnih poremećaja u zapadnim zemljama iznosi oko 6%-12% te doživotnim rizikom oboljenja iznosi 27%-37%. Pojavnost unipolarne depresije u žena iznosi 20%, a kod muškaraca 10%. Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima oko 200 000 osoba s različitim depresivnim poremećajima. Depresija vrlo često dolazi u pratnji drugih bolesti te se javlja u:

- 20%-45% kod malignih bolesti
- 26%-34% kod cerebrovaskularnih bolesti
- 33-35% kod kronične boli
- 15-33% kod infarkta miokarda
- 40% kod Parkinsonove bolesti [12].

U Hrvatskoj mentalni poremećaji zauzimaju 3. mjesto vodećih skupina bolesti, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti, s udjelom 11,7%. Mentalni poremećaji:

- unipolarna depresija 43,1 %
- poremećaji uzrokovani alkoholom 18,7 %
- anksiozni poremećaji 13,7 % [13].

Hrvatskoj je zabilježeno 5 388 hospitalizacija i 157 464 dana bolničkog liječenja uzrokovanih depresivnim poremećajima u 2015. Godini [14].

Prevalencija depresivnih poremećaja kod djece iznosi oko 2% te je u podjednakom omjeru između djevojčica i dječaka 1:1. U adolescenciji prevalencija depresivnih poremećaja raste i iznosi 4%-8%, a omjer između djevojčica i dječaka je 2:1. Subsindromski simptomi velikog depresivnog poremećaja javljaju se približno 5%-10% u djece i adolescenata. Prevalencija distimičnog poremećaja kod djece iznosi 0,6%-1,7%, a kod adolescenata 1,6%-8%. U posljednjih četiri desetljeća stopa suicida među mladim ljudima povećala se trostruko. Incidencija pokušaja suicida svoj klimaks doseže u kasnoj adolescenciji. Adolescenti 2 puta češće izvrše suicid od adolescentica, dok adolescentice 2 do 3 puta češće pokušaju izvršiti suicid od adolescenata [1].

4. Depresija

Riječ depresija svoje korijene nalazi u latinskoj riječi „deprimere“ što označava pritisnuti, utisnuti [7].

Tuga i radost su emocije koje su dio svakodnevnog života [6].

Kada govorimo o depresiji ne govorimo samo o prolaznom osjećaju tuge i potištenosti, već o poremećaju raspoloženja koji svojom jačinom, trajanjem i stupnjem disfunkcionalnosti onemogućava osobu u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti [7].

Čovjek na razočaranje, poraz i druge neugodnosti odgovara tugom [6].

Svake godine broj oboljelih od depresije raste te SZO predviđa da će do 2030. godine depresija postati prvi zdravstveni problem [7].

Dugo se vjerovalo da djeca i adolescenti ne mogu oboljeti od depresije. Danas se smatra da depresivni poremećaj često započinje u djetinjstvu. Slabo akademsko, radno i socijalno funkcioniranje, zlouporaba različitih sredstava ovisnosti i suicid vrlo često su povezani sa depresijom. Adolescencija je burno razdoblje za svaku mladu osobu u kojoj su češće pojave depresivnog raspoloženja i kliničke depresije, osobito u ženskih osoba [1].

Posebno kod djevojčica, incidencija depresije naglo počinje rasti nakon puberteta i do kraja adolescencije te stopa u jednoj godini prelazi 4 % [15].

U adolescenciji potreba za odvajanjem i uspostavljanjem autonomije izlaže adolescente različitim doživljajima gubitaka [1].

Čimbenici rizika za nastanak depresije u adolescenata su: obiteljska povijest depresije (nasljedni faktori), izloženost psihosocijalnom stresu, faktori razvoja, hormonski čimbenici (također i spolni hormoni) i poremećeni neuronski putovi [15].

Depresivni poremećaji prema DSM-IV,5 klasifikaciji su: disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj, distimija, predmenstrualni disforični poremećaj i depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima [5].

4.1. Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja

Ovaj poremećaj karakterizira teška, kronična i perzistentna razdražljivost koja nije u skladu s razvojnoum dobi osobe koja se manifestira učestalim izljevima bijesa, a također između epizoda izljeva bijesa javlja se kronično, perzistentno, razdražljivo ili ljutito raspoloženje. Takvo raspoloženje javlja se svakodnevno, a najčešće ga uočavaju osobe iz bliske okoline.

Početak javljanja disruptivnog poremećaja disregulacije raspoloženja je između 6.-10. godine. Kod ovog poremećaja često je opasno ponašanje, suicidalno promišljanje ili pokušaj istog, teška agresivnost te psihijatrijske hospitalizacije. Primjetan je neuspjeh u školi te su narušeni obiteljski odnosi i odnosi s vršnjacima. S povećanjem dobi djece oboljele od DMDD češće se javljaju neraspoloženost i depresivno raspoloženje što rezultira povećanjem rizika za nastanak unipolarnog depresivnog poremećaja i anksioznog poremećaja [16].

DMDD je relativno nova dijagnoza te nema standrizirani tretman liječenja, stoga se za liječene uglavnom koriste: antidepresivi/selektivni inhibitori ponovne pohrane norepinefrina (adrenalina), stabilizatori raspoloženja, psihostimulansi, antipsihotici, alpha-2-agonisti. Osim lijekova za liječenje DMDD vrlo je važna i psihoterapija u kojoj sudjeluje obitelj [17].

4.2. Veliki depresivni poremećaj

Veliki depresivni poremećaj karakterizira depresivna epizoda, jedna ili više njih, bez maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda. Velika depresivna epizoda opisana je trajnim depresivnim/iritabilnim raspoloženjem ili gubitkom zanimanja u aktivnostima te uživanjima u njima koje traje najmanje dva tjedna. Da bi se kod adolescenata dijagnosticirala velika depresivna epizoda, uz ove simptome moraju biti uključena još barem četiri od nabrojanih simptoma:

- adolescent osjetno dobiva ili gubi na težini (više od 5% tjelesne težine/mjesec dana) te smanjenje ili povećanje apetita
- nesanica ili hypersomnija
- psihomotorička agitacija ili retardacija
- umor ili gubitak energije
- osjećaj bezvrijednosti ili velike i neodgovarajuće krivnje
- smanjena sposobnost mišljenja, koncentracije te neodlučnost
- ponavljajuće razmišljanje o smrti, samoubilačke ideje bez specifičnog plana te pokušaj samoubojstva ili specifični plan za samoubojstvo

Simptomi se javljaju gotovo svakodnevno te uzrokuju značajne smetnje u socijalnom i radnom funkcioniranju ili drugim važnim područjima života. Kada se simptomi povuku u roku najmanje dva uzastopna mjeseca ili u potpunosti nisu zadovoljeni kriteriji za veliku depresivnu epizodu, epizoda se smatra završenom. Kod velike depresivne epizode uz nabrojene simptome

moгу biti prisutna i psihotična obilježja koja uključuju sumanutosti krivnje, zasluųene kazne, nihilističke, somatske ili sumanutosti propasti. U kliničkoj slici moųemo pronaći psihomotoričke smetnje kao što su motorička nepokretnost, suvišna motorička aktivnost, vrlo izraųen negativizam i mutizam, neobični voljni pokreti, eholalija ili ehopraksija, takouder se javljaju stereotipije, manirističko ponašanje, automatska poslušnost ili automatsko oponašanje [6].

Prevalencija velike depresivne epizode kod adolescenata iznosi 4%-8%, u omjeru muškog u odnosu na ženski spol 1:2 [1].

Kod postavljanja dijagnoze evaluacija depresivnog poremećaja radi se pomoću intervjua s adolescentom, roditeljima te drugim osobama koje mogu dati informacije o adolescentovom funkcioniranju. U evaluaciji adolescenta vrlo je vaųna procjena rizika suicidalnosti. Procjena rizika suicidalnosti obuhvaća rizične faktore poput: ranijih pokušaja suicida, agresivnog ili antisocijalnog ponašanja, obiteljske anamneze suicida ili pokušaja suicida, dostupnosti letalnih sredstava te zlouporabe psihoaktivnih tvari. Kriteriji za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja su:

- javljanje velike depresivne epizode
- velika depresivna epizoda koja se ne moųe objasniti shizoafektivnim poremećajem te nije nadodana na shizofreniju, shizofreni formni poremećaj, sumanuti poremećaj ili psihotični poremećaj
- odsutnost maničnih, miješanih ili hipomaničnih epizoda

Liječenje velikog depresivnog poremećaja odvija se u tri faze. U akutnoj fazi cilj je ublaųiti depresivne simptome i pronaći optimalne strategije liječenja. Kod faze održavanja nastavlja se liječenje te se daje propisana terapija koja je utvrđena u prijašnjoj fazi i traje najmanje 6-12 mjeseci. Propisana terapija se daje u istoj dozi, osim u slučaju pojave nuspojava ili postojanja negativnog djelovanja na bolesnikovu suradljivost. Glavni cilj faze profilaktičke terapije je poticanje zdravog rasta i razvoja te prevencija ponovnog javljanja depresivne epizode. Nakon 6-12 mjeseci bez simptoma velikog depresivnog poremećaja procjenjuje se nuųnost profilaktičke terapije [6].

4.3. Distimija

Distimija je perzistirajući poremećaj raspoloųenja koji nije epizodičan, već trajan [18]. Prevalencija distimije iznosi 3,3%-8% kod adolescenata [6].

Distimični poremećaj obilježen je kroničnim depresivnim raspoloženjem koje ne ispunjava kriterije za veliki depresivni poremećaj, bilo to u smislu trajanja ili težine pojedine epizode [18]. Simptomi koji se javljaju kod distimije su:

- prejedanje ili slab apetit
- hipersomnija ili insomnija
- niska razina energije ili umor
- nisko samopoštovanje
- teškoće u stvaranju odluka te slaba koncentracija
- osjećaj beznadnosti [19].

Izloženost kaotičnom obiteljskom okruženju i visoka stopa opterećenosti poremećajima raspoloženja, rizični su faktori povezani s distimijom. Kovacs i suradnici 1994. godine zamijetili su da u 70 % slučajeva distimija prethodi nastanku velikog depresivnog poremećaja. Distimija se često može zamijeniti s drugim poremećajima raspoloženja, stoga ju je potrebno razlikovati od velikog depresivnog poremećaja, poremećaja raspoloženja uzrokovanim općim zdravstvenim stanjem i psihoaktivnim tvarima, poremećaja prilagodbe s depresivnim raspoloženjem te izbjegavajućeg i ovisnog poremećaja ličnosti. Liječenje distimije bazira se na psihoterapijskim tehnikama koje uključuju psihoanalitičku psihoterapiju, obiteljsku, grupnu, interpersonalnu i kognitivno-bihevioralnu terapiju. Modifikacija maladaptivne organizacije ličnosti glavni je cilj psihoterapije kod distimije, a može odrediti dugotrajne promjene raspoloženja karakteristične za distimiju. Farmakoterapija se pak bazira na iskustvima liječenja odraslih, tj. uporabi antidepresiva [6].

4.4. Predmenstrualni disforični poremećaj

Predmenstrualni disforični poremećaj teži je oblik predmenstrualnog simptoma, a opisuju ga uznemirujući emocionalni i bihevioralni simptomi kao što su razdražljivost i emocionalna nestabilnost koji se javljaju češće nego depresivno raspoloženje i anksioznost. Karakterističan je za žensku populaciju te pogađa 3%-8% žena [20].

Kod dijagnosticiranja PMDD-a liječnik se oslanja na evidenciju podataka o raspoloženju i fizičkim simptomima tijekom najmanje dva ili tri menstrualna ciklusa i kad se pojave koji su u vezi s mjesečnicom. Uvijek mora biti prisutno najmanje pet simptoma tijekom menstrualnog ciklusa u periodu od jedne godine. Simptome kod PMDD-a možemo podijeliti na fizičke i emocionalne simptome (*Tablica 2.4.1. Fizički i psihički simptomi PMDD-a*).

FIZIČKI SIMPTOMI PMDD-a	EMOCIONALNI SIMPTOMI PMDD-a
umor	depresivno i bespomoćno raspoloženje
problemi sa spavanjem	izrazita tjeskoba i osoba je kao na „rubu“
glavobolja	izrazita ljutnja i iritabilnost
bol u zglobovima i mišićima	osoba je “izvan kontrole“ i preemocionalna
napetost dojki	suicidalnost
dobivanje na težini, nadutost i zadržavanje tekućine	gubitak interesa u uobičajenim aktivnostima
promjene u apetitu	problemi u slaganju s drugim ljudima i socijalna izoliranost
konstipacija ili dijareja	plakanje i promjene raspoloženja

Tablica 2.4.1. Fizički i psihički simptomi PMDD-a

Izvor: autor V.K.

Kod liječenja PMDD-a koriste se diuretici, analgetici, agonisti gonadotropin-oslobađajućeg hormona, antidepresivi i anksiolitici [21].

4.5. Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima

U psihoaktivne tvari/lijekove koje uzrokuju ovaj poremećaj spadaju duhan, alkohol, kofein, marihuana, halucinogeni, opijati i inhalanti, sedativi i stimulansi. Nepoznate tvari također mogu potaknuti nastanak ovog poremećaja. U početku bolest se manifestira opetovanom zlouporabom psihoaktivnih tvari/lijekova radi suočavanja sa problemima, a kasnije uporaba psihoaktivnih/tvari lijekova otvara vrata mnogim fizičkim i psihološkim problemima koji se mogu, ali ne moraju javljati te u njih spadaju psihoza, povlačenje u sebe, tjeskoba i seksualna disfunkcija [22].

Mnoga istraživanja pokazuju da uporaba psihoaktivnih tvari ima značajan utjecaj na manifestiranje maloljetničke delikvencije, također može biti neposredni provocirajući faktor ili dodatni čimbenik koji povećava intenzitet delikventnog ponašanja. Najčešći utjecaj na delikventno ponašanje ima alkohol, zatim marihuana, a rjeđe druge droge. Tijekom 2005. i 2006. godine provedeno je istraživanje u Odgojnom domu Ivanec kojem je cilj bio utvrditi postojanje povezanosti težine delikventnog ponašanja koja je mjerena prosječnim brojem procesuiranih kaznenih djela s intenzitetom pušenja i zlouporabe alkohola. U istraživanje je bilo uključeno 85 muških ispitanika, prosječne dobi od 17 godina u rasponu od 14 do 21 godine. 73 ispitanika bila su iz Hrvatske (86%), 10 iz Bosne i Hercegovine (12%) i po 1 ispitanik iz Njemačke i Srbije (0,01%). 56 ispitanika u domu je boravilo jer im je zbog delikventnog ponašanja određena sudska odgojna mjera, a 29 ispitanika je boravilo radi socijalnih razloga. Od statističkih metoda korišten je hi-kvadrat test. 78 ispitanika od njih 85 puši cigarete (92%), a prosječna dob početka pušenja je 12 godina. 25 ispitanika puši manje od 20 cigareta dnevno (32%), 43 ispitanika puši 20 cigareta dnevno (55%), 8 ispitanika puši 20-40 cigareta dnevno (10%), a 2 ispitanika više od 40 cigareta dnevno (3%). Od ukupno 85 ispitanika 69 uzima alkohol (81%), a prosječna dobna granica početka konzumiranja je 13 godina. 4 ispitanika alkohol uzimaju svakodnevno (6%), 50 ispitanika alkohol uzima prigodno (72%), a njih 15 alkohol uzima vikendom (22%). 56 ispitanika imalo je ukupno 206 sudski procesuiranih kaznenih djela što je 3,5 kaznenih djela po ispitaniku. Ispitanici koji ne puše ili puše manje od 20 cigareta dnevno imaju 1,38 kaznenih djela, dok ispitanici koji puše više od 20 cigareta dnevno imaju 3,17 kaznenih djela. Ispitanici koji ne konzumiraju alkohol ili ga uzimaju prigodno imaju 1,9 kaznenih djela, a oni koji ga uzimaju vikendom ili svakodnevno 4,5 kaznenih djela. Dobiveni rezultati ukazuju na to da konzumiranje alkohola i cigareta ima uzročno-posljedičnu vezu s delikventnim ponašanjem. Uspoređivanje težine delikventnog ponašanja i intenziteta pušenja ukazuje da ispitanici koji ne puše ili puše manje od jedne kutije cigareta dnevno počinili su dvostruko manje kaznenih djela od onih koji puše više od jedne kutije cigareta dnevno. Ispitanici koji konzumiraju alkohol pokazuju još izrazitiju razliku, jer ispitanici koji ne uzimaju alkohol ili ga uzimaju rijetko to jest prigodno počinili su trostruko manje kaznenih djela. Nikotin i alkohol osim štetnog utjecaja na tjelesno zdravlje, imaju veliki utjecaj i na somatsko zdravlje te pospješuju nastanak psihičkih poremećaja [23].

Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima/lijekovima karakteriziran je istaknutim i upornim promjenama raspoloženja koja pokazuju jasne znakove depresije i izrazito smanjenje interesa za svakodnevne aktivnosti i hobije, a koji se javljaju tijekom ili ubrzo nakon uzimanja psihoaktivne tvari/lijeka te sustezanja od istog. Također simptomi moraju biti dovoljno ozbiljni da remete svakodnevno obavljanje aktivnosti pojedinca. Metabolizam različitih tvari u

tijela varira, stoga depresivni simptomi mogu postojati i nakon nekog vremena od kojeg je pojedinac prestao uzimati psihoaktivne tvari/lijekove. Najčešći simptomi depresivnog poremećaja prouzročenog psihoaktivnim tvarima/lijekovima su:

- konstantan osjećaj tuge, bespomoćnosti i ispraznosti
- konstantan osjećaj iritabilnosti i agitiranosti
- prekomjeran gubitak ili dobitak na težini u kratkom vremenskom periodu
- hipersomnija ili insomnija
- umor i osjećaj „kao da je bez energije“
- nisko samopouzdanje
- niska razina koncentracije
- smanjena seksualni libido
- suicidalne misli i suicidalno ponašanje

Navedeni simptomi manifestiraju se uvijek tokom ili poslije uzimanja specifične tvari/lijeka te nakon sustezanja [24].

Također osobe s obiteljskom poviješću uzimanja psihoaktivnih tvari/lijekova, depresije, poremećaja raspoloženja imaju sklonost za nastanak depresivnog poremećaja prouzročenog psihoaktivnim tvarima/lijekovima. Ovaj poremećaj često je udružen sa bipolarnim poremećajem, distimijom i depresivnim poremećajem. Najčešći oblici liječenja koji se koriste u tretiranju ovog poremećaja su kognitivna i interpersonalna terapija u kombinaciji s antidepressivima i stabilizatorima raspoloženja. Prije početka terapije lijekovima provodi se detoksikacija pacijenta koja traje dva do četiri tjedna kako bi se organizam „očistio“ od svih tvari [22].

5. Psihoterapija

Psihoterapija je proces u kojem terapeut uspostavi odnos s pacijentom i radi na transferu zbog boljeg razumijevanja intrapsihičkog, razrješavanja potiskivanih konflikata i napredovanja integrativnih procesa [25].

U liječenju depresije psihoterapijski pristup mora biti individualan što znači da u obzir treba uzeti osobne karakteristike, psihološki razvoj, okolinske čimbenike i kliničku sliku pacijenta. Karakteristike psihoterapije kod depresije:

- opasnost od suicida i potreba za psihoterapijom
- potreba za farmakoterapijom
- rad s obitelji i okolinom
- početak liječenja zahtijeva izlaženje u susret neposrednim potrebama pacijenta i tek nakon poboljšanja kliničke slike može se nastaviti sa psihoterapijom.

Psihoterapija započinje dijagnostičkom procjenom depresivnosti pacijenta. Depresivni pacijenti imaju dva početna stava prema psihoterapiji. U prvom stavu pacijent smatra da je ulazak u terapiju potvrda vlastite bezvrijednosti te pacijenta treba uvjeriti da ga se razumije i da odlazak na psihoterapiju nije dokaz poraza, već put k izlječenju. Drugi stav opisuje pacijentovu iluziju da će zauvijek biti oslobođen žalosti i očaja ulaskom u psihoterapiju. U ovom slučaju zadatak je razbiti tu iluziju očekivanja i objasniti pacijentu da je depresivnost sastavni dio ljudske prirode te da s njom treba naučiti živjeti [26].

Psihoterapijske metode možemo podijeliti na sugestivnu/direktivnu psihoterapiju i nedirektivnu/psihodinamsku psihoterapiju [6].

5.1. Sugestivne/direktivne psihoterapije

Za postizanje terapijskog cilja u sugestivnoj psihoterapiji transfer se koristi bez rasvjetljavanja i interpretiranja, to jest terapijski efekt se pronalazi u sugestivnom utjecaju te njegovanju pozitivnog transfera. Sugestivna psihoterapija koristi se za manje psihičke smetnje konverzivne prirode, kraće traje i ne zahtijeva klasičnu psihoanalizu. U sugestivne psihoterapijske tehnike spadaju hipnoza i metode relaksacije. Hipnoza je psihoterapijska metoda u kojoj se nastoji odstraniti simptom pomoću pacijentovog emocionalnog regresa na rano djetinjstvo i pozitivnog transfera. Ova tehnika većinom dovodi do supresije nekog simptoma, no

ne rijetko se pojavi drugi simptom koji zamijeni prvobitni. Metodama relaksacije pokušava se postići muskularno i emocionalno opuštanje pacijenta. Pacijent se nalazi u ugodnoj emocionalnoj klimi u kojoj se smanjuju i transformiraju emocionalne tenzije te se konfliktna situacija u pacijentu koju nije uspio riješiti mentalizacijom izražava putem tijela. Metode relaksacije indicirane su kod lakših psihosomatskih smetnji (tvrdokorne glavobolje i nesanice, smetnje organa s vegetativnom inervacijom, hipermotivitet) [6].

5.2. Nedirektivna/psihodinamska psihoterapija

Psihodinamska terapija naziva se još i analitička psihoterapija te za cilj ima razumjeti pacijenta na dubljim razinama. Upotrebljava se transferni odnos prema terapeutu koji se kroz interpretacije rasvjetljava. Također je potrebno izbjegavati porast anksioznosti i obrambenih mehanizama kod pacijenta te mu omogućiti postupno otkrivanje najboljih intra i interpersonalnih rješenja. Psihodinamska terapija može se provoditi individualno, grupno ili s obitelji. Indicirana je kod psihičkih poremećaja koji zahtijevaju intenzivno liječenje i psihičkih smetnji koje traju duže od 6 mjeseci. Vrlo je važno da je provode specijalizirani stručnjaci jer pogrešno liječena osoba može pretrpjeti znatnu štetu [6].

6. Zdravstvena njega adolescenata oboljelih od depresije

Depresivno raspoloženje vrlo često je posljedica nekog gubitka kao što je gubitak tjelesnih funkcija, dijela tijela, socijalno ekonomskog statusa, u slučaju neizlječivih organskih bolesti... Ovakvo raspoloženje po simptomima je vrlo slično depresiji, no ne može se reći da se radi o depresivnom poremećaju. Medicinska sestra stoga mora naučiti razlikovati normalnu reakciju na gubitak koja se naziva tugovanje i patološku duboku tugu zvanu depresija. Normalno tugovanje traje od nekoliko mjeseci do godinu dana te ga treba ohrabrivati i poticati. Depresija nema ograničeni vremenski period trajanja, a simptomi ne prestaju bez profesionalne pomoći. Prema Američkom udruženju psihologa proces tugovanja odvija se u 6 faza:

- šok
- nevjerica
- gubitak orijentacije, osjećaj nestvarnosti
- pomanjkanje koncentracije, nemogućnost obavljanja dnevnih poslova
- srdžba usmjerena prema svima koji su pridonijeli gubitku voljene osobe
- tuga i prihvaćanje bolne činjenice.

Za pružanje kvalitetne zdravstvene njege medicinska sestra mora biti dobro obrazovana, a za pružanje primjerene skrbi nužno je poznavanje simptoma koji određuju depresiju. Depresija mijenja biološku, psihološku, socijalnu i duhovnu dimenziju čovjeka stoga pristup u liječenju te zdravstvenoj njezi treba biti multidimenzionalan i zasnivati se na holističkom načelu. Pomoć pacijentu kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti glavna je zadaća medicinske sestre, a cilj joj je smanjiti osjećaj bezvrijednosti, beznađa i bespomoćnosti. Da bi postigla zadani cilj medicinska sestra treba izvršiti navedene intervencije:

- osigurati dovoljno vremena, biti strpljiv
- razvijati osjetljivost u promatranju pacijentovog stanja i reakcija na sestrinske intervencije
- prihvatiti pacijenta kao vrijedno ljudsko biće i podržavati samopoštovanje
- primjereno reagirati na pacijentove izjave, biti uz pacijenta i ona kada on šuti
- izbjegavati sudove o tome što bi pacijent trebao, a što ne bi trebao činiti
- ne popuštati pred iracionalnim zahtjevima
- osigurati primjerenu prehranu i tjelesnu aktivnost radi održavanja fiziološke stabilnosti

- pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti na način koji podupire osjećaj samopoštovanja
- poticati postavljanje i ostvarivanje malih ciljeva
- pružati podršku i pohvaliti za svaku odluku koju je pacijent sam donio
- preusmjeravati od negativnih misli prema pozitivnim aktivnostima
- pomoći pacijentu da se usredotoči na određene aktivnosti
- spriječiti izolaciju i otuđenje, izbjegavati pokušaje da se pacijenta razvedri
- pomno pratiti sve što može upućivati na suicidalnost
- podučavati pacijenta i obitelj o bolesti i liječenju.

Najvažnije načelo u zbrinjavanju depresivnih bolesnika je zaštita od samoubilačkih ideja i poriva. Suicidalnost se ne može sa sigurnošću predvidjeti stoga je nužno sa svakim depresivnim pacijentom sklopiti antisuicidalni ugovor sa svrhom preventivnog djelovanja na suicidalno ponašanje bez obzira pokazuje li pacijent aktualnu suicidalnost. Posebnu pažnju treba pridodati promjenama ponašanja i raspoloženja pacijenta kao što su iznenadna veselost, naglo smirivanje, pripreme za suicid, verbalizaciju suicidalnosti, rano buđenje ili teško uspavljivanje. Navedene promjene medicinska sestra treba pravovremeno zapaziti te je potrebo puno znanja, strpljivosti i empatije za neproduktivne, monotone razgovore s depresivnim pacijentima. Za postizanje željenih ciljeva u zdravstvenoj njezi depresivnih pacijenata važno je stvoriti terapijski odnos i socioemocionalno okruženje na odjelu te uključiti terapijsku komunikaciju [27].

6.1. Sestrinske dijagnoze kod adolescenata oboljelih od depresije

Sestrinska dijagnoza dio je zdravstvene njege te ju opisujemo kao kliničku procjenu medicinske sestre na ono što su pojedinac, obitelj ili zajednica dali kao odgovor na aktualan ili potencijalan zdravstveni problem. Ona pruža osnovu za postizanje željenih ciljeva selekcijom intervencija za koje je medicinska sestra odgovorna. Formiraju se na temelju podataka dobivenih tijekom procjene i uzimanja sestrinske anamneze te omogućuju medicinskoj sestri da napravi plan zdravstvene njege. Sestrinske dijagnoze sastavni su dio procesa zdravstvene njege te je za postavljanje iste potrebno kritičko razmišljanje [28].

Sestrinske dijagnoze dijelimo na:

- aktualne sestrinske dijagnoze
- visoko rizične sestrinske dijagnoze
- vjerojatne (radne) sestrinske dijagnoze

- povoljne sestrinske dijagnoze
- skupne sestrinske dijagnoze-sindromi.

Kod zdravstvene njege adolescenata oboljelih od depresije najčešće korištene sestrinske dijagnoze su aktualne i visokorizične. Aktualne sestrinske dijagnoze opisuju se kao problem koji je prisutan te se može prepoznati na osnovi vodećih obilježja, a formuliraju se po PES modelu to jest problem, etiologija i simptom. Visoko rizične dijagnoze opisuju se kao kliničku prosudbu pojedinca, obitelji ili zajednice koji imaju povećanu sklonost za razvoj određenog problema nego drugi u jednakoj ili sličnoj situaciji. Započinju sintagmom „Visok rizik za“ te se formuliraju po PE modelu to jest problem, etiologija [29].

Moguće sestrinske dijagnoze kod adolescenata oboljelih od depresije su:

- visok rizik za samoubojstvo i visok rizik za samoozljeđivanje
- žalovanje
- nisko samopoštovanje
- neučinkovito sučeljavanje
- socijalna izolacija
- smanjena socijalna interakcija
- bespomoćnost
- poremećaj misaonog procesa
- smanjen unos hrane
- poremećaj spavanja
- smanjena mogućnost brige o sebi-eliminacija
- smanjena mogućnost brige o sebi-kupanje
- smanjena mogućnost brige o sebi-hranjenje
- smanjena mogućnost brige o sebi-odijevanje i dotjerivanje[30].

6.1.1. Neučinkovito sučeljavanje u/s osnovnom bolešću

Pacijent je u nemogućnosti pridržavanja terapijskog plana radi postojanja određenih čimbenika [31].

Cilj: Pacijent će se pridržavati terapijskog plana i plana promicanja zdravlja za vrijeme boravka u bolnici.

Intervencije:

- stvoriti odnos povjerenja
- smanjiti uzroke koji mogu povećati nezadovoljstvo i frustracije pacijenta
- razgovarati s pacijentom te prihvatiti pacijentove izjave o nepridržavanju plana
- potaknuti i ohrabriti pacijenta da verbalizira svoje probleme s pridržavanjem plana
- istražiti različite uzroke ne pridržavanja plana zajedno s pacijentom
- koristiti autosugestiju i pozitivne termine
- verbalizirati pacijentove strahove vezane uz primjenu plana terapije: na reakciju na terapiju, predoziranje i ovisnost
- uključiti pacijenta u planiranje zdravstvene njege
- ublažiti anksioznost i strah
- smanjiti vremenski period od inicijalnog pregleda do početka izvršavanja plana zdravstvene njege
- osigurati dovoljno vremena za razgovor s pacijentom
- osigurati multidisciplinarni pristup, rad s radnim terapeutom i psihoterapeutom
- postaviti ciljeve zdravstvene njege zajedno s pacijentom
- educirati pacijenta i obitelj
- osigurati privatnost [31].

Evaluacija: Pacijent uspješno provodi terapijski plan i plan promicanja zdravlja za vrijeme boravka u bolnici.

6.1.2. Smanjena socijalna interakcija u/s općom bolešću

Pacijent ima nedovoljan i nezadovoljavajući odnos s okolinom[31].

Cilj: Pacijent će identificirati i verbalizirati ponašanja koja mu onemogućuju socijalnu interakciju.

Intervencije:

- uspostaviti odnos povjerenja s pacijentom i njegovom obitelji

- pružiti podršku pacijentu
- podučiti pacijenta tehnikama suočavanja sa stresom
- poticati pacijenta na uključivanje u grupnu terapiju
- nadzirati uzimanje propisane terapije
- koristiti asertivan pristup prema pasivnim pacijentima
- ukazati pacijentu na neprihvatljivo ponašanje
- podučiti pacijenta komunikacijskim vještinama
- podučiti pacijenta socijalno prihvatljivom ponašanju
- poticati pacijenta na pozitivno mišljenje o socijalnim interakcijama
- dogovoriti svakodnevne socijalne aktivnosti
- poticati izražavanje emocija
- uključiti pacijenta u obiteljsku terapiju
- pohvaliti svaki napredak u ostvarivanju socijalne interakcije [31].

Evaluacija: Pacijent uspješno identificira i verbalizira ponašanja koja mu onemogućuju socijalnu interakciju.

6.1.3. Socijalna izolacija

Pacijent ima subjektivan osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt [32].

Cilj: Pacijent će verbalizirati razloge osjećaja usamljenosti.

Intervencije:

- provoditi više vremena sa pacijentom
- uspostaviti terapijski odnos sa pacijentom
- ohrabriti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- ohrabrivati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- potaknuti pacijenta da podijeli svoja iskustva sa drugim pacijentima
- educirati pacijenta o asertivnom ponašanju
- pohvaliti svaki napredak u socijalnoj interakciji
- omogućiti željeno vrijeme posjeta bliskih osoba

- podučiti pacijenta o suportivnim grupama
- poticati pacijenta da se uključi u grupnu i radno-okupacijsku terapiju[32].

Evaluacija: Pacijent je uspješno verbalizirao razloge svog osjećaja usamljenosti.

6.1.4. Nisko samopoštovanje u/s osnovnom bolešću

Pacijent ima negativnu sliku o sebi i vlastitim mogućnostima [31].

Cilj: Pacijent će izražavati pozitivne osjećaje i steći će pozitivnu sliku o sebi.

Intervencije:

- omogućiti pacijentu izražavanje svojih emocija
- osigurati privatnost i optimalnu okolinu za razgovor
- pokazati interes i razumijevanje za pacijentove probleme, aktivno slušati pacijenta
- uočavati promjene u mentalnom statusu
- izraditi plan dnevnih aktivnosti u dogovoru s pacijentom
- uočiti i procijeniti prisutnost suicidalnih misli i namjera
- poticati pacijenta na socijalnu interakciju s drugima
- uključiti pacijenta i njegovu obitelj u grupnu terapiju
- poticati pacijenta na donošenje odluka [31].

Evaluacija: Pacijent je stekao pozitivnu sliku o sebi te izražava pozitivne osjećaje.

6.1.5. Visok rizik za samoozljeđivanje u/s osnovnom bolešću

Pacijent pokazuje naznake da će namjerno ozlijediti sam sebe [31].

Cilj: Pacijent se neće ozlijediti tokom boravka u bolnici.

Intervencije:

- uspostaviti odnos povjerenja
- pokazati razumijevanje i prihvatiti pacijenta bez osuđivanja
- potaknuti pacijenta na izražavanje svojih osjećaja

- objasniti pacijentu svaku intervenciju i postupak
- osigurati pacijentu osjećaj sigurnosti
- uputiti i uključiti pacijenta u grupe podrške
- podučiti pacijenta vještina suočavanja s problemima
- podučiti pacijenta metodama relaksacije
- osigurati periode odmora
- ukloniti čimbenike koji potiču osjećaj straha kod pacijenta
- motriti pacijenta i reagirati pri najmanjim znakovima uzbuđenosti
- podučiti obitelj pacijenta intervencijama u slučaju pokušaja samoozljeđivanja [31].

Evaluacija: Pacijent se nije ozlijedio tokom boravka u bolnici.

6.1.6. Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću

Pacijent pokazuje naznake mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom [31].

Cilj: Pacijent će zatražiti pomoć kod suicidalnih misli i autodestruktivnog nagona.

Intervencije:

- osigurati sigurno okolinu za pacijenta (ukloniti opasne predmete)
- kontrolirati prostor u kojem bolesnik boravi te njegove stvari
- nadzirati pacijenta sukladno riziku za počinjenje samoubojstva
- podučiti obitelj da ne donose potencijalno opasne predmete
- ostvariti odnos povjerenja koji je temeljen na empatiji i aktivnom slušanju
- primijeniti terapijsku komunikaciju te izbjegavati naređivanja, kritiziranja, sugeriranja
- osigurati dovoljno vremena za razgovor s pacijentom
- potaknuti pacijenta na verbaliziranje svojih negativnih misli i osjećaja
- zajedno s pacijentom pripremiti i potpisati antisuicidalni ugovor u kojem izjavljuje da neće djelovati autodestruktivno
- zajedno s pacijentom napraviti plan svakodnevnih aktivnosti u skladu s pacijentovim mogućnostima i sposobnostima
- prepoznati znakove i pokušaj suicida
- postaviti kratkoročne i ostvarive ciljeve zajedno s pacijentom

- spriječiti socijalnu izolaciju pacijenta
- držati odjelnu terapiju zaključanom
- kontrolirati uzimanje propisane terapije
- podučiti i uključiti obitelj u skrb za pacijenta
- obavijestiti psihijatra pri pogoršanju stanja pacijenta [31].

Evaluacija: Pacijent je zatražio pomoć kod suicidalnih misli i autodestruktivnog nagona.

6.1.7. Poremećaj spavanja

Pacijent ne može zadovoljiti svoje potrebe za spavanjem i odmorom [31].

Cilj: Pacijent će spavati 5 sati bez prekida.

Intervencije:

- sastaviti plan dnevnih aktivnosti s pacijentom
- prepoznati i ukloniti čimbenike iz okoline koji ometaju uspavljivanje
- planirati primjenu lijekova koji remete spavanje
- osigurati pacijentu opuštajuće aktivnosti prije spavanja
- omogućiti pacijentu dovoljan broj jastuka prije spavanja
- educirati pacijenta o tehnikama relaksacije
- educirati i potaknuti pacijenta da vodi dnevnik spavanja
- preporučiti pacijentu promjenu prehrambenih navika (smanjiti unos kofeina, alkohola te količinu ljute hrane)
- poticati i educirati pacijenta na važnost dnevne aktivnosti
- primijeniti propisanu terapiju (lijekovi za spavanje) [31].

Evaluacija: Pacijent je spavao 5 sati bez prekida.

6.1.8. Bessposmoćnost

Pacijent ima nedovoljan ili nezadovoljavajući odnos s okolinom [31].

Cilj: Pacijent će identificirati i verbalizirati ponašanja koja mu onemogućuju socijalnu interakciju.

Intervencije:

- pružiti podršku pacijentu i njegovoj obitelji
- uspostaviti odnos povjerenja sa pacijentom
- educirati pacijenta o tehnikama suočavanja sa stresom
- uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- nadzirati uzimanje propisane terapije
- koristiti asertivan pristup prema pasivnim pacijentima
- pojasniti pacijentu neprihvatljivo ponašanje
- educirati pacijenta o komunikacijskim vještinama
- podučiti pacijenta socijalno prihvatljivom ponašanju
- koristiti demonstracije i vježbe kod educiranja
- ohrabrivati pacijenta u stjecanju pozitivnog mišljenja o društvenoj interakciji
- napraviti plan svakodnevnih društvenih aktivnosti sa pacijentom
- omogućiti obiteljsku terapiju
- ohrabrivati pacijenta na izražavanju emocija
- poticati pacijenta na sudjelovanje u donošenju odluka
- ohrabrivati pacijenta na ostvarivanje socijalnih interakcija
- omogućiti rad s radnim terapeutom [31].

Evaluacija: Pacijent je identificirao i verbalizirao ponašanja koja mu onemogućuju socijalnu interakciju.

6.1.9. Poremećaj misaonog procesa

Pacijent je u nemogućnosti točno i precizno obraditi misli [31].

Cilj: Pacijent će biti u mogućnosti izraziti svoje osjećaje.

Intervencije:

- omogućiti dovoljno vremena za razgovor

- govoriti polako i razgovijetno
- osigurati dovoljno vremena za odgovor
- zapisivati pacijentove misaone procese te izvještavati o istim
- zvati pacijenta imenom
- orijentirati pacijenta u vremenu i prostoru
- osigurati nesmetan odmor
- staviti pacijentove osobne stvari u blizinu, uvijek na isto mjesto
- poticati pacijenta na izražavanje svojih osjećaja
- motriti i zapisivati pozitivne i negativne reakcije na terapiju
- nadzirati pacijenta [31].

Evaluacija: Pacijent je uspješno izrazio svoje osjećaje.

7. Zaključak

Jako dugo smatralo se da djeca i adolescenti ne mogu patiti od depresivnih poremećaja te da postoje maskirane depresije u koje su uključeni različiti tipovi emocionalnih problema i poremećaja ponašanja za koje se smatra da je depresija glavni uzrok. U vrijeme adolescencije progredira više od 50% psihijatrijskih bolesti koje se razvijaju u odrasloj životnoj dobi. Depresiju možemo opisati kao emocionalno stanje u kojem se javlja i prevladava neugodan osjećaj tuge i očaja koji prati osjećaj obeshrabrenosti i bezvrijednosti, zle slutnje, otežano i usporeno mišljenje te smanjena psihofiziološka aktivnost. Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje depresivne poremećaje dijelimo na: poremećaj regulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj, distimiju, predmenstrualni disforični poremećaj i supstancama/tvarima uzrokovan depresivni poremećaj. Depresivnog bolesnika možemo prepoznati po potištenosti, smanjenoj energiji, interesu i volji, jakom osjećaju krivnje i samooptuživanja, smetnjama u koncentraciji, gubitku sna i apetita te čestom suicidalnom razmišljanju ili pokušaju istog. Također se javljaju promjene razine aktivnosti, kognitivnih sposobnosti, govora i vegetativnih funkcija. Depresija utječe na obavljanje i najjednostavniji svakodnevnih zadataka. Broj ljudi oboljelih od depresije se povećava svake godine te se procjenjuje da će depresija do 2030. godine postati prvi svjetski zdravstveni problem. S obzirom na porast pojavnosti depresije vrlo je važna prevencija iste te očuvanje mentalnog zdravlja, rano prepoznavanje i pružanje kvalitetnog liječenja i zdravstvene njege. Za pružanje kvalitetne zdravstvene njege sestrinske medicinska sestra mora biti dobro obrazovana. Najvažnije načelo u zbrinjavanju depresivnih bolesnika je zaštita od samoubilačkih ideja i poriva. Za postizanje željenih ciljeva u zdravstvenoj njezi depresivnih pacijenata važno je stvoriti terapijski odnos i socioemocionalno okruženje na odjelu te uključiti terapijsku komunikaciju.

8. Literatura

[1] V. Rudan, A. Tomac: Zaštita zdravlja adolescenata -1. dio: Depresija u djece i adolescenata, Medicus, br. 2, 2009., str. 173-179

[2] K. Skopljak, K. Stamenković, A. Tomac: Emocionalni problemi i problemi ponašanja među adolescentima upućenih u službe za zaštitu mentalnog zdravlja djece i adolescenata u hrvatskoj, Sažeci radova, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2018.

[3] Lj. Hotujac: Izabrana poglavlja iz psihijatrije: Poremećaji raspoloženja, Medicus, br. 1, 1998., str. 59-69

[4] <https://www.pb-begunje.si/gradiva/Kocmur1351439347169.pdf>, dostupno 17. 09. 2019.

[5] https://dhss.delaware.gov/dsamh/files/si2013_dsm5foraddictionsmhandcriminaljustice.pdf , dostupno 17. 09. 2019.

[6] S. Nikolić, M. Mrangunić i sur.: Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2004.

[7] https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1, dostupno na 17. 09. 2019.

[8] S. Ledinski Fičko, S. Čukljek, M. Smrekar, A. M. Hošnjak: Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata – sistematičan pregled literature, JAHS, 2017., str. 61-72

[9] https://core.ac.uk/download/pdf/197811263.pdf?fbclid=IwAR1kGUUwnsYh4ZTjkPTitUDm2PXayp1Pg3XUTRc6I1UzKMMK_SDuTdr0YsU, dostupno na 21.09.2019.

[10] M. Kuzman: Zaštita zdravlja adolescenata: Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja, Medicus, br. 2, 2009., str. 155-172

[11] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, dostupno na 21.09.2019.

- [12] https://www.cybermed.hr/centri_a_z/depresija/epidemiologija_depresije, dostupno na 21.09.2019
- [13] <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>, dostupno na 21.09.2019.
- [14] <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/europski-dan-borbe-protiv-depresije/>, dostupno na 21.09.2019.
- [15] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611608714?fbclid=IwAR11GjHC GjJynEogtJuoUYCFfObz4dlZnh-Bp5buTyy8qqm6e4C-bU5IwNI>, dostupno na 17. 09. 2019.
- [16] V. Boričević Maršanić i sur.: Sva lica dječje depresije – Heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata, Zbornik radova za medicinske sestre, XXXIII. seminar, 2016., str. 161-171
- [17] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357333/> , dostupno na 17.09.2019.
- [18] D. Karlović: Depresija: klinička obilježja i dijagnoza, Medicus, 2017., str. 161-165
- [19] <http://www.mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/depresijaidistimija.pdf> , dostupno na 17. 09.2019.
- [20] <https://www.bib.irb.hr/826619?rad=826619>, dostupno na 17. 09. 2019.
- [21] <https://academic.oup.com/jcem/article/95/4/E1/2596293> , dostupno na 17. 09. 2019.
- [22] [https://www.theravive.com/therapedia/substance-or-medication-induced-depressive-disorder-dsm-5-\(icd-9--cm-and-icd-10--cm\)](https://www.theravive.com/therapedia/substance-or-medication-induced-depressive-disorder-dsm-5-(icd-9--cm-and-icd-10--cm)), dostupno na 17. 09. 2019.
- [23] B. Lesjak, M. Čusek, M. Bogadi: Ovisnost o nikotinu, zlouporaba alkohola i delikventno ponašanje adolescenata odgojnog doma Ivanec, Socijalna Psihijatrija, br. 1, ožujak 2008., str. 33-37

[24] <https://www.safmh.org.za/documents/fact-sheets/Depressive%20disorders-%20Substance%20medication%20induced%20depressive%20disorder.pdf> , dostupno na 17. 09. 2019.

[25] V. Štalekar: O umjetnosti i psihoterapiji, Socijalna Psihijatrija, br. 3, 2014., str. 180-189

[26] R. Gregurek: Depresivni poremećaji: Psihoterapija depresija, Medicus, br1, 2004., str. 95-100

[27] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.

[28] <https://nurseslabs.com/nursing-diagnosis/>, dostupno na 21.09.2019.

[29] G. Fučkar: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

[30] M. C. Townsend: Nursing diagnoses in psychiatric nursing: Care plans and psychotropic medications, F. A. Davis Company, Philadelphia, 2011.

[31] D. Abou Aldan, D. Babić, M. Kadović, B. Kurtović, S. Režić, C. Rotim, M. Vico: Sestrinske Dijagnoze III, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2015.

[32] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić, B. Kurtović, S. Piškorjanac, M. Vico: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.

9. Popis tablica

Tablica 2.4.1. Fizički i psihički simptomi PMDD-a



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, VANJA KOVAČ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA MLADIH OBOJELENIH OD DEPRESIJE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Vanja Kovac
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, VANJA KOVAČ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA MLADIH OBOJELENIH OD DEPRESIJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Vanja Kovac
(vlastoručni potpis)