



Istraživanje depresije kod starih osoba u institucionalnim i vaninstitucionalnim uslovima na teritoriji Beograda

Gordana Milosavljević¹, Vojin Vidanović²

1. Gordana Milosavljević, medinski tehničar Instituta za Kardiovaskularne bolesti Dedinje, Heroja Milana Tepića 1, Beograd

2. Vojin Vidanović, profesor strukovnih studija, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija "Medika", Mitropolita Petra broj 8

Proces prihvatanja/Article history

Datum prijema/Received: 07.04.2023.

Revidiran/Received in revised form:

10.04.2023.

Prihvaćen/Accepted: 11.04.2023.

ISTRAŽIVANJE DEPRESIJE KOD STARIH OSOBA U INSTITUCIONALNOJ I VANINSTITUCIONALNIM USLOVIMA NA TERITORIJI BEOGRADA

SAŽETAK

Uvod: Depresivni poremećaji (depresija) predstavljaju jedan od najčešćih mentalnih poremećaja današnjice koji se manifestuje neraspoloženjem, gubitkom interesovanja i zadovoljstva, osećajem krivice i niže vrednosti, poremećajem sna i apetita, gubitkom energije i lošom koncentracijom. Depresija je jedan od najčešćih poremećaja sa kojima se susreću doktori u praksi primarne zdravstvene zaštite i predstavljaju ozbiljan medicinski i socijalni problem. U starijoj životnoj dobi najčešće se javlja uz druga zdravstvena stanja i bolesti i traje duže nego kod mladih osoba. S obzirom da 10-15% starih osoba boluje od depresije, depresija je prepoznata kao najčešći poremećaj mentalnog zdravlja starih osoba. Veoma je bitno prepoznati simptome depresije jer oni često znaju biti neprepoznatljivi zbog somatske simptomatike.

Metod: Cilj rada je ispitati depresiju kod starih osoba na području grada Beograda. Kao instrument istraživanja korišćena je anonimni upitnik. Vreme sprovedenog istraživanja je jul -avgust 2022. godine. Ukupan broj ispitanika je 80 starih osoba, a odgovarali su na 24 pitanja.

Rezultati: Osobe preko 85 godina (83,3%) imaju depresivne simptome. Depresivni simptomi su učestaliji kod ženskog pola u odnosu na muški (Ž:M 88,8%:48,5%). Kod stručne spreme najčešće imaju depresivne simptome ispitanici sa nepotpunom OŠ (75%). Ispitanici koji su neoženjeni/neudati (73,7%), razvedeni (60%) u institucijama (75%), žive na spratu (55,6%) sami (62,5%) i primaju socijalnu pomoć (73,5%) češće imaju depresivne simptome u odnosu na ispitanike koji su oženjeni (79,5%), žive u kući/stan (71,7%) sa supružnikom (77,5%) i primaju penziju (80,9%).

Zaključak: Možemo zaključiti da je najveći broj depresivnih osoba preko 85 godina, gde svaka treća osoba ženskog pola ima depresiju u našem uzorku. Najčešće depresivni simptomi se pojavljuju kod ispitanika sa nepotpunom OŠ, neoženjeni/neudati, u institucijama, žive sami i primaju socijalnu pomoć.

Glavne reči: starije osobe, depresivnost, funkcionalna sposobnost, psihičko i fizičko zdravlje, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: Depressive disorders (depression) represent one of the most common mental disorders today, which is manifested by moodiness, loss of interest and pleasure, feelings of guilt and inferiority, sleep and appetite disorders, loss of energy and poor concentration. Depression is one of the most common disorders encountered by doctors in the practice of primary health care and represents a serious medical and social problem. In elderly age, it most often occurs with other health conditions and diseases and lasts longer than in younger people. Given that 10-15% of the elderly suffer from depression, depression is recognized as the most common mental health disorder of the elderly. It is very important to recognize the symptoms of depression because they can often be unrecognizable due to somatic symptoms. The aim of the work is to examine depression in old people in the area of the city of Belgrade. Method: An anonymous questionnaire was used as a research instrument. The time of the conducted research is July-August 2022. The total number of respondents is 80 old people, and they answered 24 questions.

Results: Persons over 85 years old (83.3%) have depressive symptoms. Depressive symptoms are more frequent in women than in men (M:F 88.8%:48.5%). Subjects with a vocational qualification most often have depressive symptoms (75%). Respondents who are single (73.7%), divorced (60%) in institutions (75%), live on the floor (55.6%) alone (62.5%) and receive social assistance (73.5%) more often have depressive symptoms compared to respondents who are married (79.5%), live in a house/apartment (71.7%) with their spouse (77.5%) and receive a pension (80.9%). We can conclude that the largest number of depressed people is over 85 years old, where every third female person has depression in our sample. Conclusion: The study showed that most often, depressive symptoms appear in subjects with incomplete elementary school, single/unmarried, in institutions, living alone and receiving social assistance.

Key words: elderly, depression, functional ability, mental and physical health, nurse

UVOD

Depresija je učestali mentalni poremećaj u opštoj populaciji Srbije, specifično kod starijih osoba.. Može se pojaviti iz nekoliko razloga: psihološka trauma, prekomerna želja za perfekcionizmom, stres i emocionalni preokret, somatske bolesti, fizička trauma mozga. Postoji nekoliko glavnih vrsta ovog psihološkog poremećaja: fizički (čovjek gubi želju da se brine o sebi i održava higijenu na elementaran način), društveni (osoba postaje izuzetno zatvorena i povučena), intelektualni (čovjek nije zainteresovan za razvoj, rast u karijeri, poboljšanje kvaliteta života), seksualno (osobu ne zanima bliskost sa partnerom).

Prema Sigmundu Frojdu tuga nastaje kao posledica realnog gubitka značajne osobe, a depresija uglavnom predstavlja posledicu emocionalnog gubitka. U depresiji je značajno sniženo samopoštovanje, dok u procesu tugovanja to nije slučaj, dok Edvard Bibring smatra da depresija nastaje onda kada osoba postane svesna razlike između ideala i ciljeva kojima teži i sopstvenih realnih mogućnosti.

Fizički simptomi depresije: usporavanje pokreta i govora u poređenju sa uobičajenim tempom; promene u apetitu ili težini (obično smanjenje); konstipacija; neobjašnjivi bol; nedostatak seksualne energije ili interesovanja za seks (gubitak libida); promena menstrualnog ciklusa; poremećaji spavanja (na primer, teškoće zaspati noću ili buđenje rano ujutru) (1).

Društveni simptomi depresije: smanjenje radne sposobnosti; retko učešće u javnom životu, želja za izbegavanjem komunikacije sa prijateljima; zaneimarivanje hobija i interesovanja; poteškoće u svakodnevnom životu i porodičnom životu.

Depresija je bolest koju karakteriše stalno stanje malodušnosti i gubitka interesovanja za vrste aktivnosti koje obično donose zadovoljstvo, i takođe nemogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Prisutno je nekoliko od sledećih simptoma: nedostatak energije, gubitak apetita, pospanost ili nesanica, anksioznost, smanjena koncentracija, neodlučnost, samopoštovanje, beznačajnost, krivica ili očaj, kao i misli o izazivanju samopovređivanja ili samoubistva (2).

Iz istraživanja Perceve 2018 (3) podaci govore da je depresija zastupljena kod 20% osoba starijih od 65 godina. Smatra se da je dob od 65 do 75 godina života dob rane starosti, od 75 do 85 godina doba srednje starosti i preko 85 godina doba pozne starosti. Uprkos promenama u mozgu koji stari, kao i gubicima češćim u ovom dobu, depresija nije nezaobilazna

posledica starosti. Ipak, ona je ozbiljna bolest koja funkcionalno onesposobljava osobu više od drugih fizičkih bolesti i manifestuje se povećanjem smrtnosti, kako zbog samoubistava tako i zbog prirodne smrti. Odnos između funkcionalne onesposobljenosti i depresije je dvosmeran: onesposobljenost doprinosi nastanku depresivnosti, ali je i depresija sama po sebi izvor oboljenja tipičnih za pozno doba.

Tačan uzrok nije poznat. Naslednost igra nesigurnu ulogu; depresija je češća kod rođaka prve generacije pacijenata sa depresijom, a podudarnost između jednojajčanih blizanaca je visoka. Nasledeni polimorfizmi gena za transporter serotonina koji je aktivan u mozgu mogu biti izazvani stresom. Kod osoba koji su bili zlostavljani u detinjstvu ili imaju istoriju drugih teških životnih stresova i imaju kratak znak za ovog nosioca, verovatnoća razvoja depresije je dvostruko veća nego kod osoba koje imaju dug znak. Druge teorije se fokusiraju na promene nivoa neurotransmitera, uključujući abnormalnu regulaciju holinergičke, kateholaminergičke (naradrenergičke ili dopaminergičke) i serotonergičke (5-hidroksitriptamin) neurotransmisije. Faktor može biti poremećaj neuroendokrine regulacije sa posebnim akcentom na 3 ose: hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna, hipotalamus-hipofiza-tiroidna i hormon rasta (4).

Opasnost je veća kod žena, ali ne postoji teorija koja bi objasnila zašto. Mogući faktori uključuju veću izloženost ili osetljivost na dnevne stresore, viši nivo monoamin oksidaze (enzim koji razgrađuje neurotransmitere za koje se smatra da su važni za raspoloženje) i endokrine promene koje se javljaju tokom menstruacije i menopauze.

Simptomi ili poremećaji depresije mogu se javiti sa različitim fizičkim poremećajima, uključujući poremećaje štitne žlezde i nadbubrežne žlezde, benigne i maligne tumore mozga, AIDS, Parkinsonovu bolest i multiplu sklerozu. Neki lekovi, kao što su kortikosteroidi, neki β -blokatori, antipsihotici (posebno kod starijih) i rezerpin, takođe mogu dovesti do depresivnih poremećaja. Toksični efekti ili odvikavanje od leka mogu izazvati prolazne simptome depresije (5).

Tokom postavljanja dijagnoze treba voditi računa o prisustvu drugih psihijatrijskih ili telesnih poremećaja koji mogu uticati na ispoljavanja i tok depresivnog poremećaja i biti veoma značajni u koncipiranju plana lečenja (6).

Laboratorijski testovi su potrebni da bi se isključili fizički poremećaji koji mogu izazvati depresiju. Is-

traživanja uključuju CBC, hormon koji stimulise štitu žlezdu (TSH) i uobičajene elektrolite, vitamin B12 i folat (7). Ponekad je potrebno uraditi testove na prisustvo lekova.

Zajedno sa osobom koja tone u depresiju, tone i njegova/njena porodica. Odnosi i komunikacija se menjaju, problemi se ne rešavaju već se talože, počinju optužbe, prebacivanja, nerazumevanja, članovi porodice se sve više udaljavaju. Ako se depresija ne leči, patnja se produbljuje, osoba postaje sve nefunkcionalnija. Ovakvo stanje može potrajati više od šest meseci, a nekada i godinama (7).

Većina psihoterapijskih pristupa u kojima se izvodi individualan rad, bilo da su racionalno-emozivna, kognitivno-bihevioralna, interpersonalna i dr. naglašava važnost proaktivnog pristupa pacijenta u terapiji. Pacijent se ohrabruje da svakodnevno ili tokom nedelje, između terapija, radi zadatke koji su neophodni za uspeh u lečenju. Terapija je aktivna saradnja između terapeuta i pacijenta. Ako pacijent još nije u mogućnosti da aktivno učestvuje u terapiji, tada se pruža podrška i kreira prihvatajuća i negujuća atmosfera dok lek ne krene da deluje (8).

Porodičnu terapiju treba uzeti u obzir kada depresija pojedinca direktno utiče na dinamiku porodičnih ili zdravlje značajnog odnosa

Opšti cilj rada je ispitati depresiju kod starih osoba na području grada Beograda i doprinos medicinske sestre u oporavku depresivnih starijih osoba. Specifični cilj rada je utvrditi specifičnosti zdravstvene nege starih osoba obolelih od depresije u uslovima vaninstitucionalnog smeštaja, kao i poređenje učestalosti depresije sa osobama smeštenim u institucionalnu zaštitu, koji čine oko 10% uzorka.

Zadaci rada su dakle:

- Utvrditi faktore rizika povezane sa pojavom depresije kod starih ljudi
- Sagledati uticaj depresije kod starih na njihovu funkcionalnost
- Ispitati stepen depresivnosti kod starih osoba
- Sagledati učestalost depresije kod starijih osoba

METOD

Od metoda korišćene su deskriptivna (opisna) metoda i opservacione indirektna metode: -Anketa. Za uzimanje opštih podataka korišćen je anketni list. kojim je ispitano prisustvo depresivnih simptoma. Za potrebe ispitivanja depresije korišćena je gerijatrijska skala za procenu depresivnosti (engl. Geriatric depression scale GDS)

Populaciju uzorka čini 80 starijih osoba sa područja grada Beograda. Istraživanje je sprovedeno u periodu jul-avgust 2022. godine. Sve starije osobe potpisale su informisani pristanak za učešće u istraživanju. Anketirano je 80 osoba koji su prema godini starosti zastupljeni: najviše u starosnoj grupi 64-74 godina 44 (55%), zatim starosna kategorija 75-85 godina 24 (30%), a najmanje ima osoba sa 86 i više 12 (15%). Prema obrazovanju, naajviše ima starih osoba koje su završile srednju školu (41%), zatim osnovnu školu (35%), 19% je za Rezultati pokazuju da su se intelektualnim radom bavili 43 (52%), rad u poljoprivredi 20 (24%), fizičkim radom 10 (15%) i drugim poslovima 7 (9%) vršilo fakultet i sl., a najmanje je onih sa nepotpunom osnovnom školom (5%).

Najveći udeo 39 (49%) ispitanika su oženjeni/udate, 19 (24%) neoženjen/neudata, 15 (19%) razvedeno, 5 (6%) odvojeno živi, 2(2%) udovac/ica.

Polovina ispitanika 40 (50%) živi sa bračnim drugom, 20 (25%) žive sa članovima porodice, 12 (15% u institucijama), dok 8 (10%) žive sami. Prema smeštaju svaki drugi (56%) ispitanik živi u stanu ili kući, 27 (34%) žive na spratu, a 8 (10%) su smešteni u instituciji. Zdravstvena služba pomaže 45 (56%) ispitanika, neformalnu pomoć ima 21 (26,5%) ispitanika, a socijalna služba 14 (17,5%). Ispitanici imaju najviše prihoda od penzije 42 (52,6%), 23 (28,7%) izdržava porodica, 15 (18,7) % dobija sredstva od socijalne pomoći.

Procena depresije Gerijatrijskom skalom za procenu

REZULTATI

Nezadovoljstvo životom kod naših ispitanika najviše ispoljavaju oni preko 85 godina u 20% slučajeva, dok 15% od 80-85 godina. Pol utiče na zadovoljstvo životom jer su žene nezadovoljnije u odnosu na muškarce (Ž:M, 37,5%:25%). U pogledu nivoa obrazovanja nezadovoljstvo životom izražava grupa sa nepotpunom OŠ (22,5%). Daleko su nezadovoljniji ispitanici životom koji su neoženjen/neudata (18,75%), razvedeni (25%), koji žive odvojeno na spratu (15%) u institucijama (18,75%), samci (21,25%) koji primaju socijalnu pomoć (15%) i koji primaju pomoć dece (18,75%) u odnosu na oženjen/udata (28,7%), kuća/stan (43,75%), sa supružnikom (31,25%) i koji primaju penziju (33,75%).

Što se tiče gubitka interesovanja i aktivnosti kod naših ispitanika, učestalost ovog osećaja raste sa godinama starosti: 20% preko 85 godina, 18,75% 80-85 godina i 11,25% 65-74 godina. Kod žena je osećaj gubitka interesovanja i aktivnosti dvostruko učestaliji

nego kod muškaraca (Ž:M 37,5%:18,75%). Ispitanici sa manjim nivoom obrazovanja češće izjavljuju da imaju gubitak interesovanja i aktivnosti (nepotpuna OŠ 20%, OŠ 18,75%) nego oni sa višim nivoom obrazovanja (SSS 27,5%; F 23,75%). Uočava se da je ovaj osećaj posebno izražen kod starih ispitanika koji žive u institucijama (22,5%) neoženjeni (21,25%), koji žive sami i primaju socijalnu pomoć i pomoć dece (25%).

Rezultati pokazuju da brojni faktori utiču na pojavu osećaja kod starih da im je "život prazan", što je jedan od indikatora depresivnih stanja. Stari od 80-85 (12,5%) i preko 85 godina (18,75%) osećaju da im je život prazan. Pol takođe utiče na učestalost osećaja praznine i učestaliji kod ženskog pola (Ž:M 37,5%:22,5%). Nivo obrazovanja utiče na osećaj praznine u životu, ispitanici sa nepotpunom OŠ (31,25%) osećaju prazninu u životu u odnosu na SSS (30%). Ispitanici koji imaju bračni status (28,75%) osećaju manju prazninu u odnosu na udovce (13,75%). Takođe, stambeni uslovi deluju na ovaj osećaj, češći je kod starih koji žive u institucijama (22,5%) i sami (20%) u odnosu na one sa kuća/stan (43,75%). Češći je osećaj praznine kod ispitanika koji primaju socijalnu pomoć (23,75%) u odnosu na one sa penzijom (35%).

U našem uzorku godine starosti utiču na pojavu česte dosade u životu. Osobe preko 85 godina se češće dosađuju (17,5%) nego mlađi stari. Pol, takođe, utiče na pojavu dosade, žene se češće dosađuju nego muškarci (Ž:M 33,7%:18,75%). Kod nivoa obrazovanja pojava dosade je ravnomerno raspoređena. Češće se dosađuju neoženjeni/neudati (21,5%), razvedeni (15%) nego oženjeni (30%). Stari koji su oženjeni (30%), žive u kući (36,25) i primaju penziju se manje dosađuju nego oni koji žive u instituciji (22,5%), sami (20%) i primaju socijalnu pomoć (23,75%).

U našem uzorku godine starosti utiču na raspoloženje kod naših ispitanika. Najviše neraspoloženja iskazuju osobe preko 85 (17,5%) i od 80-85 godine (16,25%) nego mlađi stari (7,5%). Pol, takođe, utiče na pojavu dosade, žene se češće dosađuju nego muškarci (Ž:M 38,75%:33,75%). Nivo obrazovanja utiče na raspoloženje, gde oni sa nepotpunom OŠ (22,5%) su češće neraspoloženi u odnosu na fakultetski obrazovane (1,2%). Ispitanici koji su oženjeni (28,7%), žive u kući (43,75%) sa supružnikom (31,25%) i primaju penziju (33,75) su najveći deo vremena dobro raspoloženi u odnosu na neoženjene (18,75%) u instituciji (18,75) koji su sami (21,25%) i primaju socijalnu pomoć (18,75%).

Strah da će im se nešto ružno desiti imaju pretežno stari preko 85 godina (17,5%) i od 80-85 (16,25%) što je skoro duplo češće nego kod starih od 64-75 godine (33,75%). Kod žena je dvostruko češće prisutan strah da će im se nešto ružno desiti nego kod muškaraca (Ž:M 50%:25%). Mnogo više ispitanika sa nepotpunom OŠ (22,5%) imaju strah da će im se nešto dogoditi u odnosu na one sa fakultetom (1,2%). Ispitanici koji su razvedeni (18,75%) u institucijama (25%) koji žive sami (21,5%) i primaju socijalnu pomoć (23,75) osećaju veći strah u odnosu na one koji su oženjeni (25%) žive u kući (43,75%) sa supružnikom (22,5%) i primaju penziju (42,50%).

U pogledu osećaja sreće u životu slični faktori deluju u našem uzorku. Stariji stari su češće nesrećni nego mlađi (20%). Žene su dvostruko srećnije od muškaraca (Ž:M 37,5%:18,75%). Ispitanici koji su sa SSS (25%) su srećniji od onih sa OŠ (22,5%). Osećaj sreće i blagostanja imaju ispitanici koji su oženjeni (32,5%) žive sa supružnikom (30%) u kući (33,75%) i primaju penziju (36,25%) u odnosu na ispitanike koji su neoženjeni (16,25%) u institucijama (23,75%) sami (22,5%) i primaju socijalnu pomoć (18,75%).

Rezultati pokazuju da se najviše osećaju bespomoćni ispitanici preko 85 godina (23,75%). Žene su dvostruko bespomoćnije od muškaraca (Ž:M 17,5%:38,75%). Ispitanici sa nepotpunom OŠ (13,75) su bespomoćniji od ispitanika sa fakultetom (3,75%). Osećaj bespomoćnosti često najviše imaju sami i u institucijama (22,5%) neoženjeni (18,75%) i primaju socijalnu pomoć (20%) u odnosu na oženjene (33,75%) koji žive u kući (32,5%) sa supružnikom (31,25%) i primaju penziju (37,5%).

Rezultati pokazuju da imaju "želju da ostanu kod kuće" najviše ispitanici preko 85 godina (25%) i 80-85 godina (12,5%) u odnosu na mlađe starije (42,5%). Muškarci dva puta ređe (18,75%) imaju želju da ostanu kod kuće u odnosu na žene (37,5%). Nivo obrazovanja ne utiče na ovu želju – svi više vole da izađu iz kuće. Ispitanici koji su neoženjeni (20%), u institucijama (23,75%) sami (20%) i koji primaju socijalnu pomoć (22,5%) više vole da su kod kuće i ne zanima ih ništa novo u odnosu na ispitanike koji žive u zajednici (31,25%), imaju bračni status (35%) i primaju penziju (40%) nemaju afinitet da ostanu kući.

Mišljenje da imaju više problema sa pamćenjem je učestalije sa povećanjem godina starosti (65-74 godina: 12,5%; 75-85 godina 12,5%; preko 85 godina: 20%). Polna distribucija je ravnomerna i oba pola imaju mišljenje da imaju češće probleme sa pamćenjem nego drugi. Ispitanici koji su završili fakultet

negiraju probleme sa pamćenjem (6,25%). Oni koji žive sami (22,5%), oni koji žive u institucijama (25%) i koji primaju socijalnu pomoć (20%) su mišljenja da imaju više problema sa pamćenjem nego drugi.

U pogledu osećaja da je "divno živeti" stariji stari su češće mišljenja da nije nego mlađi (18,75%). Polna distribucija je ravnomerna i oba pola imaju mišljenje da je divno živeti. U pogledu nivoa obrazovanja svi ispitanici se slažu da je lepota živeti. Ispitanici koji su neoženjeni i u institucijama (18,75%), sami (10%) i koji primaju socijalnu pomoć (11,25%) nemaju neko mišljenje o životu dok ispitanici koji žive u zajednici (43,75%), imaju bračni status (28,7%) i primaju penziju (33,75%) imaju osećaj da je lepo živeti.

Na "osećaj bezvrednosti" značajan uticaj imaju godine starosti. Osećaj bezvrednosti često najviše ispoljavaju oni preko 85 godina u 20% slučajeva, dok 15% od 80-85 godina. Pol utiče na osećaj bezvrednosti jer žene više osećaju bezvrednost u odnosu na muškarce (Ž:M, 37,5%:25%). U pogledu nivoa obrazovanja osećaj bezvrednosti izražava grupa sa nepotpunom OŠ (22,5%). Daleko često osećaj bezvrednosti ispoljavaju ispitanici koji su neoženjen/neudata (18,75%), razvedeni (25%), koji žive odvojeno na spratu (15%) u institucijama (18,75%), samci (21,25%) koji primaju socijalnu pomoć (15%) i koji primaju pomoć dece (18,75%) u odnosu na oženjen/udata (28,7%), kuća/stan (43,75%), sa supružnikom (31,25%) i koji primaju penziju (33,75%).

U našem uzorku mnogi faktori su povezani sa "osećajem ispitanika da su puni energije". Ispitanici preko 85 godina izražavaju osećaj nedostatka životne energije 12,5% slučajeva. Dvostruko više starijih starih je sa manje energije u odnosu na stare sa manje godina života. Pol ne utiče u našem uzorku na osećaj punoće energije. U pogledu nivoa obrazovanja najmanje energije ima grupa sa nepotpunom OŠ (18,75%). Osećaj nedostatka životne energije ispoljavaju ispitanici koji su neoženjen/neudata (17,5%), razvedeni (20%), u institucijama (26,25%), samci (22,5%) koji primaju socijalnu pomoć (23,75%) u odnosu na oženjen/udata (23,75%), kuća/stan (33,75%), sa supružnikom (30%) i koji primaju penziju (38,75%).

Rezultati pokazuju da brojni faktori utiču na pojavu osećaja da je "situacija beznadežna". Stari od 80-85 (12,5%) i preko 85 godina (18,75%) osećaju da je situacija beznadežna. Pol takođe utiče na učestalost osećaja beznadežnosti i učestaliji kod ženskog pola (Ž:M 37,5%:22,5%). Nivo obrazovanja utiče na osećaj beznadežnosti u životu, najveći je kod ispitanika sa nepotpunom OŠ (31,25%) a najmanji SSS (30%). Ispitanici koji imaju bračni status (28,75%) osećaju manju beznadežnost u životu u odnosu na udovce (13,75%). Takođe, stambeni uslovi deluju na ovaj osećaj, češći je kod starih koji žive u institucijama (22,5%) i sami (20%) u odnosu na one sa kuća/stan (43,75%). Češći je osećaj beznadežnosti u životu kod ispitanika koji primaju socijalnu pomoć (23,75%) u odnosu na one sa penzijom (35%).

Osećaj da većina ljudi ima prednost u odnosu na njih je izražena kod ispitanika preko 85 godina (18,75%). Polna distribucija je ravnomerna i oba pola imaju mišljenje da većina ljudi nema prednost u odnosu na njih. Ispitanici koji su neoženjeni i u institucijama (18,75%), sami (10%) i koji primaju socijalnu pomoć (11,25%) su mišljenja da svi ljudi imaju prednost u odnosu na njih, dok ispitanici koji žive u zajednici (43,75%), imaju bračni status (28,7%) i primaju penziju (33,75%) nemaju takvo mišljenje.

Iz rezultata našeg uzroka možemo videti da osobe preko 85 godina (12,5%) imaju depresivne simptome (skor preko 5). Depresivni simptomi su učestaliji kod ženskog pola u odnosu na muški (Ž:M 50%:21,5%). Kod stručne spremlje najčešće imaju depresivne simptome ispitanici sa nepotpunom OŠ. Ispitanici koji su neoženjeni/neudati (17,5%), razvedeni (11,25%) u institucijama (11,25%), žive na spratu (18,75%) sami (6,5%) i primaju socijalnu pomoć (13,5%) češće imaju depresivne simptome u odnosu na ispitanike koji su oženjeni (10%), žive u kući/stan (16,25%) sa supružnikom (11,25%) i primaju penziju (10%).

ZAKLJUČAK

Neophodno je i moguće preduzimanje niza mera usmerenih ka starim osobama u svom domu, a specifično i osobama koje borave u institucijama:

1. Neformalni sistem podrške porodice, prijatelja, odnosno način na koje ove mere ublažavaju depresiju kod starih osoba. Individualni pristup svakoj starijoj osobi od strane medicinske setre u zdravstvenoj nezi. Potrebno je posvetiti pažnju razvoju programa prepoznavanja i prevencije mentalnih problema zdravlje i depresija kod svih starih ljudi. Neophodno je planirati i realizovati edukacije za stare osobe. Da bi takvi programi podrške za starije osobe bile uspešne, treba ih razvijati kao sastavni deo deo sveobuhvatnih programa unapređenja kvalitet života i mentalno zdravlje svih starije osobe. Neophodno je planirati i realizovati edukacije za stare osobe. Medicinske setre koje se susreću sa starijim osobama u svim područjima zdravstvene njege, trebaju imati ključnu ulogu u prevenciji depresivnih simptoma.

2. Intervencije za očuvanje kvalitete života u starosti, očuvanje ili poboljšanje kvalitete života u starosti krajnji je cilj svake stručne pomoći u starijoj dobi. Dobro zdravlje i prevencija bolesti tokom čitavog života su važan preduslov za dobro zdravlje u starosti, što doprinosi blagostanju pojedinca, a ima velike ekonomske i društvene implikacije. Uz ostvarivanje konkretnog unapređenja kvaliteta života, aktivno starenje umanjuje potrebu za negom i pomoći, i javne troškove vezane za iste. Unapređenje zdravlja i blagostanja starijih osoba zahteva i podrazumeva smeštaj i okruženje prilagođeno starosti, koji sprečavaju padove, podržavaju društvenu integraciju i obezbeđuju pristup objektima zdravstvene njege, kao i mere lečenja i tretmana mentalnih bolesti. Dugotrajna nega, gde je neophodna, mora biti prilagodljiva individualnim potrebama. Kako bi starije osobe bile zdrave, kako bi se povećalo njihovo učešće u društvu, i garantovala društvena sigurnost, važno je primeniti preventivni pristup dok su ljudi još mladi, i pratiti ga tokom čitavog života.

3. Zdravstvena politika države. U cilju efektivnosti, zdravstvena politika treba da se fokusira na podizanje svesti o prevenciji depresije i poboljšanju fizičke aktivnosti, nepušačke politike i politiku kontrole konzumacije alkohola. Zakoni zaštite, programi za smanjenje stresa i pristup objektima preventivne zdravstvene nege takođe su značajan element stabilne zdravstvene politike.

4. Prevencija depresivnih simptoma kod starih osoba. Sa produženjem životnog veka, menja se stav da se kod stariji osoba prvo treba lečiti fizičke bolesti, a da su psihički simptomi, kao što je depresija i anksioznost, normalno. Bez obzira na godine javlja – depresija je bolest, treba je prepoznati i lečiti. Pokazalo se da pravovremena dijagnoza i lečenje depresije kod starijih osoba značajno poboljšava kvalitet života pacijenata, ali i njegovih najbližih i smanjuje rizik od samoubistva.

LITERATURA

- (1) Перцева Т.О., Юрьева Л.М., Куюмчян М.С., Дукельський О.О, Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси та хворих на депресії, в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу, Крос-Принт, 2018. — 172 с.
- (2) U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Depression (NIH Publication No. 15-3561). Bethesda: U.S. Government Printing Office; 2015.
- (3) Перцева Т.О., Юрьева Л.М., Куюмчян М.С., Дукельський О.О, Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси та хворих на депресії, в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу, Крос-Принт, 2018. — 172 с.
- (4) Јаковљевић, М. Депресија из седам перспектива: трансдисциплинарни интегративни модел, Књига сажетак, 4. Хрватски конгрес о превенцији и рехабилитацији у психијатрији с међународним суђеловањем 26 – 28/02/2015
- (5) Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2003;58 (3):249-65.
- (6) Мићић Д., Пауновић В., Клинички запис о депресијама, Београд, Клинички центар Србије 2005, 5 (Suppl 3): 7-8
- (7) Биорац Н., Испитивање квалитета живота и трошкова лечења пацијената оболелих од депресије, Докторска дисертација, Универзитет у Крагујевцу, Факултет медицинских наука, Крагујевац, 2012
- (8) Al Qahtani A, Al Qahtani N. Prevention of Depression: A Review of Literature. J Depress Anxiety. 2017;6(4):6–11.