

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Branko Prolić

**VLOGA MEDICINSKIH SESTER PRI
PREPOZNAVANJU IN OBRAVNAVI DEPRESIJE V
SKUPNOSTI**

Ljubljana, 2017

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

Branko Prolić

**VLOGA MEDICINSKIH SESTER PRI
PREPOZNAVANJU IN OBRAVNAVI DEPRESIJE V
SKUPNOSTI**

Pregled literature

**ROLE OF NURSES IN IDENTIFYING AND
MANAGING DEPRESSION IN THE COMMUNITY:**

Literature review

**Mentorica: pred. mag. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses.,
univ. dipl. org., prof. def.**

Somentorica: dr. Nataša Sedlar Kobe, univ. dipl. psih.

**Recenzentka: doc. dr. Barbara Domajnko, prof. angl.,
univ. dipl. soc. kult.**

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Rad bi se zahvalil ge. mag. Mariji Milavec Kapun in ge. dr. Nataši Sedlar Kobe za pomoč, ažurnost in prijaznost pri izdelavi diplomskega dela. Prav tako bi se rad zahvalil svojemu dekletu in družini, ki sta mi vedno stali ob strani in me podpirali med samim študijem ter pri izdelavi diplomskega dela.

IZVLEČEK

Uvod: Neprepoznana ali pozno prepoznana depresija vodi v podaljšano zdravljenje in višje stroške zdravljenja. Ta vpliva na človeka kot na celoto, saj ovira njegovo vsakodnevno funkcioniranje in negativno vpliva na telesno in duševno zdravje. Zato je pomembno, da so medicinske sestre izobražene za zgodnje prepoznavanje in obravnavo depresije v skupnosti in da imajo na voljo orodja, ki jim omogočajo njeno lažje prepoznavanje. **Namen:** Predstaviti pomen zgodnjega prepoznavanja simptomov depresije, orodja za prepoznavo oseb z depresijo in intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti. **Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Strokovno in znanstveno literaturo s področja depresije, zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in duševnega zdravja smo iskali v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, Cochrane collaboration, medtem ko smo domačo literaturo iskali preko iskalnika COBISS.SI. Pregledali in analizirali smo literaturo, objavljeno od leta 2001 do leta 2017. **Rezultati:** V pregled literature smo vključili 15 raziskav, ki so obravnavale prepoznavanje in obravnavo depresije v skupnosti s poudarkom na uporabi orodij za lažje prepoznavanje depresije in izvajanju izobraževalnih programov za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti. Osem raziskav kaže na to, da z uporabo presejalnih orodij lažje prepoznamo depresijo, medtem ko je bilo v sedmih raziskavah ugotovljeno, da z dodatnimi izobraževanji medicinskih sester vplivamo na zgodnje prepoznavanje in boljše izide depresije. **Razprava in sklep:** Pregled literature je pokazal, da dodatna izobraževanja in vpeljava novih orodij za prepoznavanje in obravnavo depresije, ki jih lahko implementiramo v skupnosti, pozitivno vplivajo na zgodnje prepoznavanje in obravnavo depresije. Pomembno je, da se medicinske sestre z določenimi smernicami srečajo že v času študija, saj jim to omogoča lažji prehod v poklic, ki ga bodo opravljale. Hkrati pa je pomembno tudi, da medicinske sestre delujejo v interdisciplinarnem timu, saj so prve in tiste, ki so v najbolj pogostem stiku s pacienti. Prav od njih je dostikrat odvisno, če bodo prepoznale depresijo in kako jo bodo nato obravnavale.

Ključne besede: depresija, zdravstvena vzgoja, duševno zdravje, presejalna orodja, zdravstvena nega.

ABSTRACT

Introduction: Undetected or late detection of depression leads to a prolonged treatment and higher costs of treatment. It affects a person holistically because it limits his opportunities regarding daily functioning. Thus, it is important that nurses are educated for early detection and treatment of depression in the community, and that they have tools available that enable them easier detection of depression. **Purpose:** The purpose of this thesis is to present the meaning of early detection and treatment of patients in the community and to present the newest and the most useful tools for detection of depression. **Methods:** The descriptive method of work was used. Professional and scientific literature in the fields of depression, nursing, health education, and mental health was searched in the CINAHL databases, PubMed, Cochrane collaboration, while domestic literature was searched through the COBISS.SI search engine. We reviewed and analysed literature published from 2001 to 2017. **Results:** The review of the literature included 15 studies, which dealt with the detection, treatment, and the use of tools and educational programs for the empowerment of nurses for their easier detection of depression. It was established that with additional education (7 studies), the use of the appropriate screening tools (8 studies) for detection of depression we positively influence the detection and the outcome of depression. **Discussion and conclusion:** The analysis of the reviewed literature showed that additional education and introduction of new tools for detection and treatment of the patients for depression, which we can implement in the community, positively effects the early detection and treatment of the patients with depression. It is important that nurses meet with certain guidelines already at the time of studying because it helps them with an easier transition to the occupation they are going to perform. At the same time, it is important that nurses work in the interdisciplinary team because they are the first and the ones, who are in the most frequent contact with the patient. It is up to them if they recognize depression and how will they handle it.

Keywords: depression, health education, mental health, screening tools, district nurse, community nurse, health care.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Epidemiologija depresije	3
1.2	Dejavniki tveganja.....	4
1.3	Obravnava depresije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.....	6
2	NAMEN	9
3	METODE	10
4	REZULTATI.....	11
4.1	Orodja za prepoznavanje depresije.....	11
4.2	Intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti	13
5	RAZPRAVA.....	17
6	ZAKLJUČEK	23
7	LITERATURA	24
8	PRILOGE	
8.1	Orodja za prepoznavanje depresije	
8.2	Intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	11
Tabela 2: Orodja za prepoznavanje depresije.....	29
Tabela 3: Intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti.....	31

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

BDI	Beck depressions inventory
DASS	Depression anxiety stress scales
DTN	Depression Training for Nurses
GDS	Geriatric depression scale
GHQ-12	12-item general health questionnaire
HADS	Hospital anxiety and depression scale
HDRS	Hamilton depression inventory
IMPACT	Improving Mood-Providing Access to Collaborative Treatment
INDI	INterventions for Depression Improvement
MS	Medicinska sestra
NICE	Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
TRIAD	TRaining In the Assesement of Depression
PHQ-9	9 item patient health questionnaire
ZSLD	Zung scale for depression

1 UVOD

Depresija je v današnjem svetu vse bolj pogosta motnja razpoloženja, ki poruši čustveno ravnotežje in lahko prizadene tudi telo. Tako kot ostale motnje v duševnem zdravju se tudi depresija lahko razlikuje glede na vrsto in izrazitost simptomov ter glede na potek in pogostost pojavljanja in lahko vpliva na splošno fizično, socialno družinsko in delovno zmožnost posameznika (Lazarou et al., 2011).

Z medicinskega vidika opisujemo depresijo kot znižano raven nekaterih kemičnih snovi v možganih, ki jih imenujemo nevrottransmiterji oziroma prenašalci živčnih impulzov. Da bi živčne celice lahko sodelovale in si izmenjevale sporočila, morajo biti med seboj povezane. Izmenjevanje sporočil poteka med končičem ene živčne celice in med drugo celico preko prostora, ki ga imenujemo sinapsa, preko katerega se sproščajo nevrottransmiterji (za depresijo pomembni dopamin, serotonin in noradrenalin). Ko nevrottransmiterji prečkajo sinaptično špranjo, se pripnejo na receptor in tako prenesejo sporočilo. Če ne pride do zadostnega izmenjevanja sporočil med živčnimi celicami, lahko to privede do znakov depresije. Vzrok za zmanjšanje teh kemičnih snovi ni pojasnjen, tako ni mogoče zaključiti, ali znižana vrednost nevrottransmiterjev povzroča depresijo ali pa nastane kot posledica depresije. Prav tako imajo lahko pomembno vlogo pri povzročanju znakov depresije tudi hormoni. Med njimi pomemben kortizol, ki vpliva na odzivanje telesa na stres. Njegovo sproščanje se uravnava preko žleze hipofize v možganih in je pri zdravih ljudeh drugačno kot pri ljudeh z depresijo. Pri zdravih ljudeh se namreč kortizol sprošča v velikih količinah zjutraj, nato pa se količina tekom dneva zmanjšuje, medtem ko je pri nekaterih depresivnih ljudeh sproščanje ves dan enako. Podobno tudi pri kortizolu ni pojasnjeno, ali njegovo znižanje povzroča depresijo ali je njena posledica (McKenzie, 2003).

Po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10-AM, 2008) delimo depresivno motnjo na blago, zmerno in hudo depresivno epizodo, ki jo lahko spremljajo ali ne psihotični simptomi. Simptomi se po navadi izražajo kot poslabšano razpoloženje, oseba ima manj energije in je manj aktivna. Že pri blagi depresivni epizodi se pojavi razmišljanje o ničvrednosti, ostali simptomi, ki spremljajo depresivno epizodo, pa so lahko tudi zmanjšana sposobnost za uživanje, izguba apetita, motnje spanja, izguba telesne teže, nemirnost, upad zanimanja za stvari, ki so osebo prej zanimale, in upad koncentracije. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO, 2008) izpostavlja, da naj bi depresija do leta 2020 dosegla drugo mesto v meritvi

količine bremena bolezni iz umrljivosti in obolevnosti. Ekonomsko breme depresije znaša 1 % bruto domačega proizvoda Evropske unije, kar znaša 118 milijard evrov. Od tega ocenjujejo, da je 65 % stroškov pri izgubi produktivnosti, ki je pogojena z odsotnostjo od dela, medtem ko je 35 % stroškov namenjenih neposredno za zdravljenje depresije (Sobocki et al., 2006).

Na razpolago je veliko načinov zdravljenja depresije, ki jih lahko delimo na samopomoč in zdravniško zdravljenje (McKenzie, 2003), vendar smernice najbolj pogosto priporočajo terapijo z antidepresivi ali pa kognitivno vedenjsko terapijo (KVT) za zdravljenje blage do zmerne depresije (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE, 2007). Še vedno pa ostaja potreba po povečanju intervencij za depresijo, ki bi ustrezale primarnemu zdravstvenemu varstvu (Murphy et al., 2014). Poleg boljšega znanja zdravstvenih delavcev je pomembna tudi uporaba primernih orodij za prepoznavanje depresije. Ugotovitve pri pacientih z akutnim koronarnim sindromom npr. kažejo na to, da ciljano izobraževanje zdravstvenih delavcev, združeno z enostavnim presejalnim testom, pomaga pri prepoznavi znakov in simptomov depresije (Ski et al., 2015).

Za doseg boljšega duševnega zdravja je pomembna preventiva, katere cilj je zmanjšati pojavnost, razširjenost in ponovitev duševnih motenj, krajši čas trajanja simptomov, preprečevanje ponovitve in zmanjševanje vpliva bolezni na prizadete osebe, njihove družine in družbo (Da Silva, Zager, 2012). Najboljša preventiva je kontinuirana zdravstvena vzgoja, ki je izredno kompleksna dejavnost. Skozi proces zdravstvene vzgoje želimo doseči, da bo pacient spremenil svoje vedenje v prid zdravju, da bo oblikoval nova stališča ali spremenil že obstoječa, sprejel vrednoto zdravja za svojo, saj bo le ta temelj motivacije za zdravo obnašanje. Za doseg tega izjemno zahtevnega cilja je pomembno informiranje o duševnem zdravju, učenje, vzgajanje, svetovanje v kombinaciji in z različnimi poudarki v različnih fazah vzgojnega procesa (Hoyer, 2003).

V primeru, da na primarni ravni ne poteka sistematično presejanje za depresijo, več kot polovica pacientov z depresijo pri izbranem družinskem zdravniku ni prepoznanih in diagnosticiranih ter posledično niso zdravljeni. Neprepoznana depresija pogosto vodi v pogostejše obiske pri splošnem zdravniku. Pri kroničnih pacientih to pomeni, da se bolj pogosto pojavljajo komplikacije že obstoječih kroničnih težav in pojavljanje novih bolezni, ki vodijo v višjo umrljivost (Kozel et al., 2012). Vendar tudi, ko je depresija pri posameznikih prepoznana, ti pacienti do trikrat bolj pogosto opuščajo zdravljenje v

primerjavi s tistimi, ki nimajo depresije. Depresija vpliva na posameznika in družinsko okolje ter je povezana z višjo mortaliteto, slabšanjem kakovosti življenja in nižjo produktivnostjo (Lazarou et al., 2011). Ker je depresija še vedno nekakšna tabu tema in jo obkroža velika stigma, si veliko pacientov ne prizna, da imajo simptome depresije, saj se bojijo, da bodo delovali šibki ali pa mislijo, da je to nekaj, kar lahko ignorirajo in čemur ne posvečajo pozornosti (Blair, 2012).

Patronažne medicinske sestre so v edinstvenem položaju, da pomagajo ljudem, ki trpijo za depresijo. Njihova prisotnost deluje terapevtsko in skrb za sočloveka vpliva na izid te boleče preizkušnje v pozitivni luči (Feely, Long, 2009). Prav tako so med zdravstvenimi delavci prav one tiste, ki imajo s pacienti največ stika in je zato pomembno, da prepoznajo jakost depresije, da so sposobne voditi pacienta ter mu svetovati oziroma ga usmeriti v nadaljnje zdravljenje. Vendar razpoložljivi podatki kažejo na to, da medicinske sestre (MS) dostikrat depresije ne prepoznajo, pa čeprav so MS tiste, ki vodijo oskrbo v skupnosti (Cronholm et al., 2010) in bi lahko veliko doprinesle z vidika obravnave depresivnih pacientov. Oskrba v skupnosti namreč zajema obiskovanje pacientov, ki so bili odpuščeni iz bolnišnice, na domu, z namenom izobraževanja, svetovanja in nadaljnjega zdravljenja (Lazarou et al., 2011).

Strategije, ki vključujejo in bi okrepile vlogo MS ter so zasnovane za večino pacientov, ki so zdravljeni izključno v primarnem zdravstvu, so se izkazale kot z vidika zagotavljanja sodelovanja pacientov pri zdravljenju in doseganja boljših končnih rezultatov zdravljenja. Pri tem imajo MS ključno vlogo pri koordinaciji in vključevanju celotnega zdravstvenega tima, z namenom vzpostavljanja kontinuitete obravnave med različnimi profili, ki obravnavajo depresijo (družinski zdravniki, MS, psihiatri, člani družine, socialni delavci, psihologi, itd.) in pri pacientih s kroničnimi boleznimi, kot so kardiovaskularne bolezni, diabetes, kronična bolečina, itd. (Aragonès et al., 2012).

1.1 Epidemiologija depresije

Depresivno razpoloženje in anksiozne motnje prizadenejo 60-70 % ljudi vsaj enkrat v življenju do te mere, da imajo vpliv na vsakodnevno funkcioniranje (Warrilow, Beech 2009). Klinično izražena depresivna motnja se pojavi pri 10-12 % pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu in se pogosteje pojavlja pri ženskah, ki so v puberteti in v odrasli dobi.

Depresija je bolj pogosta pri pacientih s kroničnimi obolenji (Kozel et al., 2012) ter pri osebah z zgodovino depresije v družini.

Raziskave so pokazale, da družinski zdravniki ne prepoznajo tudi do 70 % pacientov z depresijo. Podatki za zdravnike v Sloveniji iz leta 2008 (Rifel et al., 2008) kažejo na to, da zdravniki ne prepoznajo depresije pri bolj izobraženih pacientih. Prav tako odrasli in nekateri zdravstveni strokovnjaki znake in simptome depresije pri starejših smatrajo za nekaj normalnega, in sicer zaradi starosti, žalovanja in osamljenosti (Smith et al., 2013). Vendar tudi, ko je depresija prepoznana, jih 23 % ne prejema nobene oblike terapije, ostalih 74 % pa je zdravljenih izključno z antidepresivi (Smith et al., 2013).

V svetovnem merilu je prevalenca depresije za ženske nad 70. letom starosti 7,54 % (Global Health Data Exchange - GHDX, 2016), medtem ko je v Sloveniji prevalenca za hudo obliko depresije in ostalih anksioznih motenj 6,5 % in 3,0 % za ženske in 4,4 % in 2,2 % za moške (Rifel et al., 2008). V povprečju se je delež depresivnih motenj v Sloveniji v družinski medicini med leti 2001 (11.617 diagnoz) in 2008 (17.131 diagnoz) dvignil za približno 6 % na letni ravni (Kozel et al., 2012). Podatkov za kasnejše obdobje nimamo, vendar je po uvedbi sistematičnega presejanja za depresijo v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2011 pričakovati, da je ta številka še narasla.

Zato ne preseneča, da bosta depresija in koronarna srčna bolezen do leta 2020 v samem vrhu bolezni, ki povzročajo umrljivost in nezmožnost samostojnega življenja, če ne pride do napredka pri prepoznavanju ter obravnavi depresije predvsem pri pacientih, ki so zanjo bolj ogroženi, tj. pacientih s koronarno srčno boleznijo (Ski et al., 2015), osebah po poskusu samomora, ženskah po porodu, osebah s sladkorno boleznijo, pri ljudeh z izrazitimi psihosocialnimi stresi, pri osebnostno bolj ranljivih osebah, itd. (Juričič et al., 2016).

1.2 Dejavniki tveganja

Družbena, ekonomska in kulturna izhodišča za zdravje tvorijo osnovni okvir, ki omogoča razvijanje in ohranjanje pozitivnega duševnega zdravja. Strukturni dejavniki, ki so povezani s povečanim tveganjem za težave z duševnim zdravjem, so brezposelnost, slabe bivalne razmere, neenakost porazdelitve dohodka, diskriminacija in omejene možnosti izbire ali

nadzora. Depresija je opisana kot ena najbolj pogostih duševnih motenj/bolezni pri starejši populaciji in je tako rečeno pogosta med posamezniki, ki živijo v domu starejših občanov. Znatno več je brezupnih, nemočnih in pacientov z depresijo med tistimi, ki živijo v domovih starejših občanov, kot tistih, ki živijo v skupnosti (Haugan et al., 2013). Prav tako še vedno obstaja glede same depresije velika stigma, saj je dosti ljudi, ki neradi spregovorijo o njej, kar zmanjša možnosti, da bi poiskali strokovno pomoč (Smith et al., 2010). Depresija je povezana tudi z višjo stopnjo samomorilnosti. Tudi ko pacienti poiščejo strokovno pomoč in so deležni zdravljenja, je lahko možnost samomora povišana. Ko se pacienti nevrovegetativni znaki depresije, kot npr. pomanjkanje energije, nizka motivacija, izboljšajo, je lahko pacientovo razpoloženje še vedno depresivno, kar povišuje tveganje za samomorilno vedenje. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci od enega do treh mesecev po koncu terapije še vedno spremljajo pacientovo stanje, odvisno od jakosti depresije in pacientove reakcije na terapijo (Blair, 2012).

Dejavniki, ki lahko povzročijo depresijo, se zelo razlikujejo. Ugotovljeno je bilo (McKenzie, 2003), da ima 20-50 % otrok in adolescentov, ki trpijo za depresijo, zgodovino depresije v družini. Tako so otroci, katerih starši so ali so bili depresivni, trikrat bolj dovzetni za razvoj depresije kot otroci, katerih starši niso imeli depresije (Lazarou et al., 2011). Huda oblika depresije se pogosto pojavi v času adolescence in ob začetku motnje v mladosti obstaja večja možnost za razvoj bipolarnе motnje, samomorilnega vedenja in uporabe nedovoljenih drog. Prav tako lahko pod dejavnike, ki povzročajo depresijo, štejemo tudi značaj, socialno okolje, itd. Vsem do sedaj navedenim dejavnikom lahko rečemo, da so tisti, ki povečujejo dovzetnost za depresijo, medtem ko obstajajo tudi dejavniki, ki lahko sprožijo depresijo. Sem lahko uvrstimo stres, razne telesne bolezni, pri katerih je depresija pogosta komplikacija (npr. pri pacientih, ki so preboleli kap, kjer se pojavi pri kar tretjini pacientov) ter ima negativni učinek na funkcionalno okrevanje in socialne aktivnosti, povezana pa je tudi s povečano obolevnostjo in umrljivostjo pacientov (Ginkel et al., 2010). Pod dejavnike, ki lahko sprožijo depresijo, pa štejemo tudi razna zdravila in celo pomanjkanje dnevne svetlobe (McKenzie, 2003). Depresija se pozdravi postopoma, kar je odvisno tudi od same izraženosti depresije, obstaja pa tudi tveganje za njeno ponovitev. V času okrevanja lahko oseba z depresijo spregleda trenutke, ko ji je bolje in se osredotoča na trenutke, ko je stanje slabše, ali pa oseba občuti olajšanje, ko se ji stanje izboljša, vendar jo nato razočara, ko je počutje malo slabše. Zato je pomembno, da oseba ocenjuje in beleži obdobja dobrega in slabega počutja, kjer spremlja napredek ali nazadovanje depresije. Poznamo pa tudi dejavnike, ki

depresijo vzdržujejo. Ti dejavniki so lahko enaki zgoraj navedenim dejavnikom, ki povečajo dovzetnost osebe za depresijo oz. depresijo sprožijo, po navadi pa se jim pridružijo še druge težave, ki jih povzroči depresija in zaradi katerih se osebe slabše znajde v vsakodnevnem življenju (npr. brezposelnost, osamljenost). Take osebe se nikoli povsem ne pozdravijo, saj so vzrok za to dejavniki, ki depresijo vzdržujejo (Dernovšek, Tavčar, 2005). Obenem pa je pomembno, da so MS opremljene z znanjem in spretnostmi, ki vodijo do prepoznavanja znakov in simptomov depresije, da lahko pacienta usmerijo v ustrezno obravnavo (Ski et al., 2015).

1.3 Obravnava depresije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti

Neprepoznavanje in neustrezna obravnava depresije, ki sta posledici pomanjkljivega znanja splošne in strokovne javnosti ter stigme, predstavljata ključne probleme na področju obravnave depresije. Odstotek zdravljenih oseb z depresijo je zelo nizek (več kot 45 % jih ni zdravljenih), kar uvršča depresijo v sam vrh duševnih in telesnih motenj ter bolezni. Depresija vpliva tako na posameznika kot na družbo, zato se eden izmed najpomembnejših javnozdravstvenih izzivov nanaša na izboljšanje prepoznavanja in obravnave depresije z izobraževanjem laične in strokovne javnosti o depresiji in možnih virih pomoči, z ozaveščanjem in motiviranjem ljudi za pravočasno iskanje pomoči in z ozaveščanjem in motiviranjem zdravstvene politike za omogočanje pravočasnega ukrepanja (Marušič, Temnik, 2008).

Pri zgodnjem prepoznavanju in obravnavi depresije ima ključno vlogo ambulanta družinske medicine, ki zagotavlja dobro dostopnost in kontinuiteto storitev, ta pa omogoča prepoznavanje in zdravljenje večine motenj, ki potrebujejo zdravljenje (Rifel, Kersnik, 2010). Vendar je tudi pri MS potrebno boljše prepoznavanje depresije pri starostnikih v domovih za starejše (Murphy et al., 2014). V Sloveniji je bil pomemben korak pri prepoznavanju depresije narejen v letu 2011, ko je bilo v referenčne ambulante družinske medicine vpeljano sistematično presejanje za depresijo za odrasle od 30. leta naprej (Juričič et al., 2016). MS, ki prejmejo ciljano izobraževanje v referenčni ambulanti, opravijo presejalni test za simptome depresije z že obstoječim orodjem za prepoznavanje depresije, tj. vprašalnikom o pacientovem zdravju 9 (PHQ-9). Slednjega sestavlja devet postavk, ki se nanašajo na devet simptomov depresije. Vprašalnik predstavlja v tujini uveljavljeno in

validirano orodje za prepoznavanje in diagnosticiranje depresije, namenjeno usposobljenim zdravstvenim delavcem. V referenčnih ambulantah družinske medicine diplomirana MS z osebo izpolni kratko obliko vprašalnika (PHQ-2), ki vsebuje dve postavki, ki se nanašata na pogostost depresivnega razpoloženja in anhedonije. V primeru, da odgovori osebe kažejo na ogroženost za depresijo, z njim izpolni celoten vprašalnik PHQ-9 (Govc Eržen, Petek Šter, 2017). Osebe, pri katerih je tudi po izpolnjevanju celotnega vprašalnika prisotna ogroženost za depresijo, diplomirana MS napoti k zdravniku, ki postavi ali ovrže diagnozo in po potrebi predpiše zdravljenje.

Tuje študije kažejo, da je pri pacientih s koronarnim srčnim obolenjem velika možnost pojava depresije in obstaja veliko možnosti postavljanja napačnih diagnoz, zato je pomembna ciljana edukacija, ki vključuje primerna orodja za prepoznavo znakov in simptomov depresije v akutni fazi koronarne srčne bolezni (Ski et al., 2015). Obenem je pri MS potrebno tudi boljše prepoznavanje depresije pri starostnikih v domovih za starejše (Murphy et al., 2014). Pri starostnikih se najbolj pogosto uporablja geriatrična lestvica depresije (GDS), ki je zanesljiva in veljavna za prepoznavanje depresije pri pacientih, ki živijo v skupnosti, v primarnem zdravstvu in domovih za starejše. Vsebuje 30 vprašanj tipa DA/NE. Prav tako pa obstaja tudi vprašalnik s 15 vprašanji (Juričič et al., 2016). Vendar pa se omenjeni vprašalniki pri nas ne uporabljajo sistematično. Obstaja še veliko drugih presejalnih testov, ki so opisani v rezultatih in razpravi.

Opazovanje, ocenjevanje in interpretacija opazovanih simptomov so za MS enako pomembni kot uvajati, administrirati in spremljati terapevtske intervencije. Sem spadajo tudi vloga svetovanja, empatija in zmožnost ustvariti zaupljiv odnos s pacientom, ki je temelj pri preventivi za depresijo (Ginkel et al., 2010). Za zagotovitev učinkovitega pogovora potrebujemo čas, odstranimo moteče dejavnike, govorimo razločno in v pacientu razumljivem jeziku ter upoštevajmo njegovo željo glede komuniciranja (Hoyer, 2003). Klinične smernice, ki jih je izdala NICE (2007) predlagajo KVT pri blagi do zmerni depresiji in ostalih duševnih motnjah. Uvajanje tovrstne terapije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti bi MS dalo specifično vlogo pri uvajanju kratkih kognitivno vedenjskih intervencij, ki jih pacienti z depresijo potrebujejo. Tako bi KVT, ki je priznana in učinkovita metoda za zdravljenje depresije, dobila možnost, da se jo aplicira tudi v primarni zdravstveni dejavnosti in da se jo uporablja kot komplementarno metodo zdravljenja pri zdravniku družinske medicine. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v Sloveniji obstajajo

psihoedukativne delavnice, ki so namenjene podpori pri zdravljenju oseb z depresijo z namenom, da se jih seznanijo z osnovnimi značilnostmi težav, različnimi oblikami samopomoči, s potekom in načini zdravljenja. Psihоеdukativne delavnice lahko vodi tudi ustrezno usposobljena MS za področje depresije, ki redno opravlja supervizijo (Juričič et al., 2016).

SZO (2001) opredeljuje 21 ciljev za področje duševnega zdravja, med katerimi je šesti cilj namenjen izboljšanju duševnega zdravja. Eden izmed načinov doseganja tega je, da so zdravstveni in ostali strokovnjaki izurjeni za zgodnje prepoznavanje depresije in da uporabljajo ustrezne intervencije za njeno obravnavo. V šestem cilju se izpostavlja tudi promocija in zaščita zdravja ljudi, ki so socialno in ekonomsko ogroženi na način, da se zagotovi kakovostna oskrba z združevanjem skupnostno in bolnišnično usmerjenih servisov. Izdano pa je bilo tudi obširno Svetovno zdravstveno poročilo na temo duševnega zdravja, v katerem je navedenih deset priporočil za delovanje na področju duševnega zdravja v prihodnosti. V diplomskem delu se bo izmed desetih priporočil izpostavilo: vidik izobraževanja zdravstvenih delavcev, zagotavljanje zdravljenja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, vključevanje uporabnikov, izobraževanje javnosti, povezovanje z drugimi sektorji, spremljanje duševnega zdravja v skupnosti in podpora raziskovanju.

V prihodnje je pričakovati, da se bo delovanje psihiatričnih MS preselilo v skupnost, s čimer bi izboljšali promocijo duševnega zdravja. MS bi delovale na področjih zdravstvene vzgoje s preventivnimi programi, kot je npr. presejanje za depresijo, s čimer bi posameznikom pomagali pri krepitvi duševnega zdravja, zgodnjem prepoznavanju in ustrezni obravnavi bolezni ter s tem krepili zdravje populacije (Sedlar, 2002).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je predstaviti pomen zgodnjega prepoznavanja ter obravnavo depresije v skupnosti. Namen je tudi predstaviti najnovejša in najbolj priporočena orodja pri prepoznavanju depresije ter intervencije za opolnomočenje MS za obravnavo depresije v skupnosti, primerjati rezultate različnih raziskav za prepoznavanje depresije ter pregledati ostalo literaturo in rezultate, ki se nanašajo na prepoznavo in obravnavo depresije v skupnosti.

Cilj diplomskega dela je odgovoriti na raziskovalni vprašanji: kateri so najbolj priporočeni vprašalniki oz. orodja za prepoznavanje depresije v skupnosti in katere so uspešne intervencije za opolnomočenje MS za obravnavo depresije v skupnosti.

3 METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, pri čemer je bil opravljen kritičen pregled strokovne in znanstvene literature s področja depresije, zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje in duševnega zdravja. Iskanje domače in tuje strokovne in znanstvene literature je potekalo preko COBIB.SI, CINAHL, PubMed in Cochrane collaboration z uporabo ključnih besednih zvez: depresija, presejanje, skupnost, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, duševno zdravje, depression, nursing, home care, district nurse, family nurse, community nurse, questionnaire tool. Knjige in zborniki so bili iskani v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani. Iskanje relevantne literature pa je potekalo tudi preko svetovnega spleta z uporabo Google Učenjaka.

V pregled strokovne in znanstvene literature smo vključili literaturo, ki ni bila starejša od 16 let in je zajemala članke v slovenskem in angleškem jeziku, ki so prosto dostopni s celotno vsebino, s poudarkom na novejših člankih. Članki, ki niso bili strokovni in znanstveni ali so bili starejši od 16 let, so bili izločeni. Prav tako so bili izločeni tudi podvojeni članki, s čimer smo zmanjšali število zadetkov na 15 enot. Končni izbor člankov je bil izoblikovan po pregledu naslovov ter izvlečkov, ki so se nanašali na vlogo medicinskih sester pri prepoznavanju in obravnavi depresije v skupnosti.

4 REZULTATI

Rezultati pregleda literature so prikazani v dveh tabelah, ki sta v prilogi. V pregled literature je bilo vključenih 15 raziskav, ki so obravnavale prepoznavanje in obravnavo depresije ter uporabo orodij za lažje prepoznavanje depresije s strani MS. Rezultati so razdeljeni na dve področji (Tabela 1), avtorji člankov so razvrščeni po abecednem vrstnem redu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Področja pregleda literature	Avtorji
Orodja za prepoznavanje depresije	Allen, Annels, (2009); Ginkel et al.(2010); Konnert et al. (2009); Kozel et al. (2012); Lai et al. (2006); Lincoln et al. (2003); Williams et al. (2007); Murphy et al. (2014)
Intervencije za opolnomočenje MS za obravnavo depresije v skupnosti	Aragonès et al. (2012); Brown et al. (2010); Konnert et al. (2009); Odro et al. (2012); Ski et al. (2015); Smith et al. (2010); Smith et al. (2013)

4.1 Orodja za prepoznavanje depresije

S povečanjem števila ljudi z depresivno motnjo v modernem svetu se je v teoriji in praksi povečala tudi potreba po presejalnih orodjih, ki omogočajo lažje prepoznavanje in obravnavo depresije.

Beck Depression Inventory - BDI (Ginkel et al., 2010) je vprašalnik za prepoznavanje depresije, ki je sestavljen iz 21 vprašanj. Odgovori se ovrednotijo z 0 do 3 točke. Ginkel in sodelavci (2010) so v preglednem članku raziskovali vlogo MS pri obravnavi depresije pri pacientih po kapi ter ugotovili, da izobraževanje pacientov prispeva k zmanjšanju depresivne simptomatike. Na podlagi rezultatov vključenih študij so BDI označili kot primerno za zaznavanje depresije pri skupini pacientov po kapi.

Depression Anxiety Stress Scale - DASS (Allen, Annels, 2009) je orodje za ugotavljanje depresije, anksioznosti in stresa. Vprašalnik vsebuje 21 ali 42 vprašanj. Odgovori se

vrednotijo z 0 do 3 točke. Allen in Annells (2009) sta v pregledu literature raziskovala uporabnost DASS-21 in DASS-42, ki bi jih uporabljale MS v skupnosti. Prišla sta do različnih zaključkov, saj so nekatere raziskave kot uporabnejše presejalno orodje izpostavljale DASS-41, ker vključuje tri faktorje (depresija, anksioznost in stres), medtem ko je ena raziskava izpostavila DASS-21 kot bolj uporabno presejalno orodje, saj vsebuje štiri faktorje (depresija, anksioznost, stres in splošno psihološko zaskrbljenost).

Geriatric depression scale - GDS (Allen, Annells, 2009; Ginkel et al., 2010; Konnert et al., 2009; Lai et al., 2006) se uporablja pri ljudeh nad 65. letom starosti. Sestavlja jo 15 ali 30 vprašanj tipa DA/NE. Pri Allen, Annells (2009) so izpostavili GDS kot učinkovito orodje, ki bi ga lahko MS uporabljale v skupnosti pri prepoznavi hude depresije, medtem ko pri prepoznavi blage depresije ni bila tako učinkovita. Konnert in sodelavci (2009) so uporabljali GDS za merjenje jakosti depresije pri primerjavi KVT s standardnim načinom zdravljenja. Prišli so do zaključka, da je GDS v povezavi s strukturiranim intervjujem učinkovito presejalno orodje pri starejših ljudeh, saj so z njim prepoznali izboljšanje depresivne motnje pri pacientih, ki so prejeli KVT v primerjavi s pacienti, ki so prejeli standardno zdravljenje. Prav tako je bila GDS eden najbolj pogosto uporabljenih presejalnih orodij v pregledni študiji Ginkla s sodelavci (2010), v kateri avtorju poročajo o njegovih dobrih značilnostih pri zaznavanju depresije pri pacientih po kapi - navajajo raziskavo, v kateri je bil uporabljen za ocenjevanje depresije pri pacientih, ki so bili fizično aktivni v primerjavi s tistimi, ki niso bili fizično aktivni (Lai et al., 2006), v kateri so ugotovili pomembno znižanje depresije pri fizično aktivnih pacientih v primerjavi z neaktivnimi.

12- item General Health Questionnaire - GHQ-12 (Ginkel et al., 2010, Lincoln et al., 2003) je vprašalnik o trenutnem duševnem zdravju, ki vsebuje 12 vprašanj. Odgovori se vrednotijo z 0 do 3 točke. Maksimalno število točk, ki jih oseba lahko doseže, je 36. Ginkel s sodelavci (2010) v pregledni študiji poroča o uporabi vprašalnika GHQ-12 (Lincoln et al., 2003) za zaznavanje razlik v izraženosti depresije pri pacientih po kapi po različnih intervencijah (podporna obravnava na domu ali običajna obravnava), v kateri razlike med skupinama niso bile ugotovljene. Tako ni jasno, ali bi vprašalnik lahko pomagal MS pri lažjem prepoznavanju depresije.

Hamilton Depression Inventory - HADRS (Ginkel et al., 2010; Williams et al., 2007) je orodje za prepoznavanje depresije, ki ga sestavlja 17 ali 21 vprašanj z 0 do 2 oziroma 0 do 4 točke. Ginkel s sodelavci (2010) v pregledni študiji navaja raziskavo Williamsa in

sodelavcev (2007), na podlagi katere poroča o dobrih značilnostih orodja. V omenjeni raziskavi je lestvica služila kot orodje za preverjanje izraženosti depresije po običajni oz. poglobljeni obravnavi pri depresivnih pacientih po kapi (pri poglobljeni obravnavi je MS navajala paciente k temu, da razumejo in sprejmejo zdravljenje depresije, da se jim uvaja antidepressivno zdravljenje in nadzoruje učinek zdravljenja). Rezultati so pokazali, da je imelo v intervencijski skupini 61 % pacientov depresijo, medtem ko jih je bilo v kontrolni skupini 77 %.

Zung Scale for Depression - ZSLD (Kozel et al., 2012) je vprašalnik, ki je sestavljen iz dvajsetih vprašanj, ki vsebujejo čustvene, psihološke in fizične simptome. Odgovori se vrednotijo z 1 do 4 točke. Maksimalno število točk, ki jih oseba lahko doseže, je 80. Kozel s sodelavci (2012) je ugotavljal, če uporaba presejalnih orodij v ambulantni družinske medicine omogoča boljše prepoznavanje depresije. Sodelovalo je 25 zdravstvenih timov (1 zdravnik družinske medicine in 1 MS) ter 2358 pacientov, od katerih jih je bilo 86 % povabljenih k raziskavi. Brez uporabe presejalnih orodij so depresijo prepoznali pri 5,7 % pacientov, medtem ko so z uporabo ZSLD, depresijo prepoznali pri 10,9 %.

9-item Patient Health Questionnaire - PHQ-9 (Kozel et al., 2012; Murphy et al., 2014) je vprašalnik o bolnikovem zdravju, ki vsebuje lestvico iz 9 vprašanj. Odgovori se vrednotijo z 0 do 3 točke. Maksimalno število točk, ki jih oseba lahko doseže, je 27. Kozel in sodelavci (2012) so poleg ZSLD vključili tudi PHQ-9 kot orodje, s katerim so prepoznali 9,6 % pacientov z depresijo, torej 1,3 % manj kot z ZSLD, in 3,9 % več kot pri pacientih, pri katerih niso uporabljali presejalnih orodij. V raziskavi je Murphy s sodelavci (2014) PHQ-9 uporabljal kot primerjalno presejalno orodje, s katerim so depresijo pri pacientih prepoznavale MS v časovnem razmiku 5 let. V prvi raziskavi je bilo povprečno število točk pri pacientih 16,6 točk, ki pa se je po 5-ih letih znižalo na 8 točk.

4.2 Intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti

Pregled ugotovitev različnih raziskav ima namenom ugotoviti, katera orodja in katere intervencije omogočajo lažjo prepoznavo in obravnavo depresije.

Kognitivno vedenjska terapija - KVT (Konnert et al., 2009) je kombinacija vedenjske in kognitivne psihoterapije. Vedenjska psihoterapija nam pomaga razumeti različne situacije,

ki pri osebi povzročajo neprijetnosti in kako ta oseba reagira v neprijetnih situacijah, medtem ko kognitivna psihoterapija pomaga razumeti povezanost med mislimi, vedenji in odzivi telesa. Konnert s sodelavci (2009) je ugotavljal učinek KVT, ki so jo izvajale MS v primerjavi s standardnim zdravljenjem. Ugotovil je, da so intervencije, ki so jih uporabili pri KVT (soočanje s stresom, pisanje dnevnika o trenutnem razpoloženju, odnos med mislimi in razpoloženjem, tehnike za spreminjanje misli, prepoznavanje in načrtovanje prijetnih aktivnosti), pokazale pomembno izboljšanje depresije (merjenje z vprašalnikom GDS) v primerjavi s standardnim zdravljenjem (sodelovanje v socialnih in rekreacijskih aktivnostih, ki so normalno prisotne v domovih za starejše, gledanje televizije, obiskovanje ostalih stanovalcev v domu za starejše, poslušanje glasbe).

Interventions for Depression Improvement - INDI (Aragonès et al., 2012) je multikomponenten program za sistemsko obravnavo depresije v primarni zdravstveni dejavnosti, ki so ga preizkušali v Španiji. Aragonès s sodelavci (2012) je raziskoval učinkovitost INDI programa v primerjavi s standardnim zdravljenjem depresije. V programu INDI so MS opravile 8 urni tečaj, ki je obsegal klinične vidike depresije, farmakologijo in pomembnost compliance. Prav tako program predvideva periodično usposabljanje za utrjevanje, osveževanje in nadgrajevanje pridobljenega znanja. Načini zdravljenja niso bili novi, vendar se jim je pri samem programu samo dodatno posvečalo pozornost. V skupini INDI je bil povprečen rezultat (izmerjen s PHQ-9) 7,15 točke, medtem ko je bil v kontrolni skupini, ki je prejela standardno zdravljenje, 8,78 točke.

Improving Mood - Providing Access to Collaborative Treatment - IMPACT (Smith et al., 2010) je program izboljšanja zdravja, ki omogoča dostop do skupnega zdravljenja, katerega je opisovala Smith s sodelavci (2010). Cilji programa so bili, da bi MS delovala bolj samostojno pri presejanju, napotitvi, implementaciji in evalvaciji nefarmakoloških pristopov. Prav tako so želeli spodbuditi, da bi MS bolj pogosto uporabljale z dokazi podprte raziskave, ki zajemajo starejšo populacijo, ki trpi za depresijo, ter skrbele za izboljšanje kvalitete življenja pri starejših. Rezultate so merili z Likertovo 6 točkovno lestvico. MS so kot najuspešnejšo intervencijo pri obravnavi depresivnih oseb ocenile uporabo presejalnih orodij (PHQ-9). Druge uspešne intervencije so bile: izdelava seznama prijetnih aktivnosti za pacienta, uporaba natisnjenih izobraževalnih materialov, prepoznavna depresije pri starejših pacientih itn.

Depression Training for Nurses - DTN (Smith et al., 2013) je program za izobraževanje o depresivni motnji za MS. Sestavljen je iz štirih modulov, ki omogočajo MS, da lažje prepoznajo depresijo. Program povzema program IMPACT (Smith et al., 2010), a s to razliko, da vključuje rezultate o izraženosti depresije pri pacientih in rezultate o uporabnosti programa kot ga ocenjujejo MS (Smith et al., 2013). MS so kot najbolj koristna znanja programa izpostavile znanje o diagnostičnem kriteriju za depresijo, uporabi PHQ-9 ter ostalih presejalnih orodij, vključevanju prijetnih aktivnosti v obravnavi oseb z depresijo. Pri pacientih so za ugotavljanje izraženosti depresije uporabljali PHQ-9, ki je nakazal na pomembno znižanje depresije pred začetkom programa in 16 tednov po zaključku (12,7 točke na 6,7 točke).

TRaining In the Assessement of Depression - TRIAD (Brown et al., 2010) je program usposabljanja za prepoznavanje in ocenjevanje depresije v domači oskrbi. Brown s sodelavci (2010) je raziskoval, če program TRIAD pomaga MS pri lažjem prepoznavanju depresije v primerjavi z MS, ki izobraževanja niso prejele. TRIAD je vseboval izobraževalni program, ki je bil razdeljen v 2 dela in je skupaj trajal 4,5 ure v razmiku 1 meseca. Teme, ki so jih obravnavali v izobraževalnem programu, so bile: miti o depresiji, huda depresivna motnja, ocenjevanje depresije in samomorilnosti, intervju s pacientom in ovire pri pristopanju k pacientu z depresijo. V skupini TRIAD je sodelovalo 17 MS, medtem ko je bilo v kontrolni skupini 19 MS. Pri MS so ocenjevali samozavest za prepoznavanje in ocenjevanje depresije in po 1 letu ugotovili večjo samozavest pri MS, ki so bile izobražene po programu TRIAD. Po 1 letu je imela intervencijska skupina rezultat 3,3 točke v primerjavi s kontrolno skupino, ki je imela rezultat 2,8 točke.

PROMISE - je projekt za promocijo duševnega zdravja. Projekt razvija smernice za strokovno usposabljanje kliničnih psihologov, MS na oddelkih za duševno zdravje, socialnih delavk in psihiatrov. Odro s sodelavci (2012) je raziskoval, kolikšen del vsebin iz 14 modulov po smernicah PROMISE je vključenih v izobraževalni program za MS na Univerzi v Middlesexu, kjer je raziskava potekala. Ugotovili so, da so smernice vključene v le 7 od 14 modulov, od tega splošni modul prvega letnika zajema osnove strokovne prakse, dva teoretska modula s področju duševnega zdravja ter štirje praktični moduli, ki zajemajo osnove terenske prakse in gradivo za učno prakso.

Izobraževalni program - Ski s sodelavci (2015) je implementirala izobraževalni program (ga ni poimenovala), ki se je osredotočal na izboljševanje znanja MS glede prevalence in

prepoznavne depresije. Teme, ki so jih obravnavali, so bile: prepoznavna in simptomi depresije, povezava med depresijo in koronarno srčno boleznijo in presejalna orodja za prepoznavo depresije. Rezultati izobraževalnega program so bili sledeči: okrepljeno znanje MS o depresiji, samozadostnost pri prepoznavanju depresije ter izboljšano obravnavanje pacientov, pri katerih obstaja povišano tveganje za depresijo zaradi koronarne srčne bolezni.

5 RAZPRAVA

Raziskave (Kozel et al., 2012; Ski et al., 2015; SZO, 2008) že dlje časa kažejo na to, da je depresija v porastu in da se bo ta trend v prihodnjih letih le nadaljeval. To lahko morda pripisujemo medikalizaciji in sami družbeni toleranci, ki jo opisuje Orožim (2011), lahko pa je tudi posledica boljše ozaveščenosti ljudi o depresiji in s tem je boljše tudi prepoznavanje depresije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Medikalizacija se je pospešeno razvila v drugi polovici dvajsetega stoletja. V tem času je upadel vpliv religije, povečal pa se je vpliv znanosti in medicine same, s čimer je veliko težav, kot je npr. vsakodnevni stres, izguba bližnje osebe, ločitev itd., prešlo pod medicinsko obravnavo. Vendar depresija obsega širok pojem in ni bolezen, ki bi jo lahko obravnavala ena sama služba. Zdravstvena nega je lahko le del interdisciplinarnega tima, ki lahko pripomore k preventivi pri depresiji ter pri prepoznavanju in obravnavi ljudi, ki za njo trpijo, vendar je nepogrešljiv člen v verigi, ki pripomore k boljšemu duševnemu zdravju ljudi. MS so tako v idealnem položaju, saj je zgodnje prepoznavanje in obravnavo pacientov ključnega pomena, ker se pozno prepoznana depresija odraža v slabših izidih tako za pacienta samega kot tudi za ekonomsko breme, v katerem predstavlja depresija ogromen delež. Zato je pomembno izobraževanje o depresiji, uporaba različnih presejalnih orodij, ki omogočajo njeno lažje in hitro prepoznavanje ter zgodnjo obravnavo, saj je, kot je ugotovljeno iz raziskav (Cronholm et al., 2010; Lazarou et al., 2011), to znanje pomanjkljivo pri MS, kar je tudi povod za diplomsko delo s to tematiko.

V našem pregledu literature (Tabela 2) se je pokazalo, da so bila najbolj pogosto uporabljena presejalna orodja v tujih študijah PHQ-9, GDS in ZSLD. Ostala presejalna orodja, ki so se uporabljala, so bila tudi BDI, HADRS, DASS in GHQ-12. Ugotavljalo se je (Allen, Annels, 2009; Ginkel et al., 2010; Konnert et al., 2009; Kozel et al., 2012; Lai et al., 2006; Lincoln et al., 2003; Williams et al., 2007; Murphy et al., 2014), katera presejalna orodja so najbolj učinkovita in katera manj ter zakaj so le ta pomembna pri sami depresiji.

Depresijo je potrebno kontinuirano spremljati, saj se jo dostikrat ob prvem obisku ne prepozna, kar je opisal Kessler s sodelavci (2002). Kontinuirano spremljanje duševnega zdravja je še posebej pomembno pri ranljivih skupinah, kot so kronični pacienti in starostniki, zato bi se jih moralo ob odpustitvi iz bolnišnične oskrbe kontinuirano spremljati na njihovih domovih in ugotoviti morebitne znake ter simptome depresije. Vendar pa se depresijo dostikrat ne prepozna niti z uporabo različnih orodij, kajti vprašalniki niso enako

zanesljivi. Pomembno je tudi raziskati, kateri vprašalniki so najbolj primerni za naše okolje, saj so presejalna orodja večinoma testirana v tujini, kjer so lahko bolj ali manj uspešna kot pri nas. Da so si rezultati lahko različni, je ugotovil Kozel s sodelavci (2012), ki je z različnimi orodji ugotovil različno prevalenco depresije.

Allen in Annels (2009) sta se s sistematičnim pregledom literature lotila preverjanja, katero presejalno orodje se v praksi najbolje obnese. Prišla sta do ugotovitve, da je GDS najbolj zanesljiv, saj natančno določi diagnozo depresije pri starejših ljudeh, medtem ko se je DASS sicer izkazal za učinkovitega, vendar bi ga bilo potrebno primerjati tudi z drugimi presejalnimi orodji, kar bi pokazalo bolj realno sliko pri prepoznavanju depresije.

Presejalna orodja BDI in HADRS, ki sta ju preverjala Ginkel s sodelavci (2010) sta se izkazala za učinkovita pri prepoznavanju depresije, medtem ko pri GHQ-12 tega ni bilo možno določiti (ni bilo razlik med skupino s standardnim zdravljenjem in skupino z obiski na domu), zato bi bile potrebne dodatne raziskave presejalnega orodja. Take raziskave so vedno dobrodošle saj nam obenem pomaga ko se odločamo kateri vprašalnik izbrati ko želimo preverjati izraženost depresije, kar pa nujno ne pomeni, da je vprašalnik najbolj uporaben tudi v našem okolju zato je pomembno sama primerjava vprašalnikov v našem okolju kot je to storil Kozel s sodelavci (2012).

Pregled tuje literature virov, ki so preverjali, katera presejalna orodja in intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti so primerna za pomoč MS pri lažjem prepoznavanju in obravnavi depresije za MS, so poudarili pomen izobraževanja MS in pomen nefarmakološke obravnave pacienta v skupnosti. Lazarou s sodelavci (2011) je pri pregledu literature prišel do ugotovitve, da je depresija najbolj pogosta duševna motnja, vendar se dostikrat spregleda s strani splošnega zdravnika ali MS. Ugotovili so tudi, da se do lažjega prepoznavanja depresije lahko pride, če je med odnosom MS in pacienta več zaupanja, ki je nujnega pomena, saj se s pomanjkanjem zaupanja pacient ne more sprostiti in posredovati informacij, ki bi jih sicer podal. MS so povezovalni člen v zdravstvu, saj so v nenehnem stiku z ostalimi zdravstvenimi službami in pacientom, pri katerem si morajo vzeti čas in ga poslušati ter prepoznati klinično pomembna odstopanja od duševnega zdravja. Ker pa so MS vpete med zdravstvenimi službami, je zato pomembna tudi koordinacija med vsemi službami za lažji pretok informacij in večje doslednosti.

Ugotovili smo (Tabela 3), da je poleg farmakološkega dela zdravljenja, ki ni vedno najboljša izbira za zdravljenje (odvisno od izraženosti depresije), pomemben tudi nefarmakološki del. Antidepresivi so sicer relativno varna zdravila, ki ne povzročajo razvoja tolerance, lahko pa imajo neželene učinke (bolj problematična je uporaba pomirjeval ipd.), vendar še vedno ostaja najbolj pogost način obravnave depresije in obenem tudi najbolj ekonomsko obremenjujoč. Pri nefarmakološkem delu pa so se razne intervencije izkazale kot uspešne pri izboljšanju simptomov depresije. Ginkel s sodelavci (2010) je tako s sistematičnim pregledom literature ugotovil, da so intervencije, kot so fizična aktivnost, glasbena terapija, motivacijski intervju, razni podporni programi, blagodejno vplivali na izraženost simptomatike depresije pri pacientih po preboleli kapi. Pomembno je, da pacientu predstavimo tudi intervencije, ki omogočajo samozdravljenje, da imajo pacienti enakovredno in aktivno vlogo v zdravljenju, jih neprestano spodbujamo, z njimi sodelujemo in gradimo odnos ter zaupanje.

V zadnjih letih se je pojavilo veliko novih modelov za prepoznavanje in obravnavo depresije in eden takih je tudi IMPACT (Smith et al., 2010). Podobno raziskavo je Smith s sodelavci (2013) opravil tudi s programom DTN, ki je temeljil na programu IMPACT, a s to razliko, da se je pri programu DTN vključevalo tudi paciente in prepoznavanje depresije pri le teh. Pokazalo se je, da bi program lahko pozitivno vplival na prakso zdravstvene nege glede prepoznavanja depresije in njihovo vlogo v interdisciplinarnem timu. Sodelovanje med različnimi zdravstvenimi službami je zelo pomembno, saj se tako obdrži kontinuiranost, organizacija ter sama obravnava pacientov, v kateri so MS osrednji in nepogrešljiv člen. Brown s sodelavci (2010) je preverjal sprejemljivost in izvajanje modela TRIAD, ki je prikazal pozitivne rezultate pri MS, saj so bile pomembno bolj samozavestne pri ocenjevanju depresije kot skupina, ki ni prejela usposabljanja. Zaradi pomanjkljivega znanja MS so taki programi dobrodošli, saj okrepijo znanje, samozavest in motivacijo MS. Aragonès s sodelavci (2012) je predstavil model INDI, ki vključuje intervencije, ki so zasnovane na kliničnem usposabljanju, organizaciji in zdravstveni vzgoji. Prišli so do rezultatov, da imajo MS centralno vlogo pri teh intervencijah. Spodbudno je, da se pojavljajo vedno novi modeli, ki bi nam olajšali prepoznavanje in obravnavo depresije, ki pa jih je treba implementirati na našem področju. Vsi modeli, ki so bili predstavljeni, so bili zasnovani v tujini, kjer imajo svoj zdravstveni sistem in ostaja vprašanje, kateri od modelov bi se najboljše obnesel pri nas, zato so potrebne nadaljnje raziskave in implementacija različnih izobraževalnih modelov. Z uvedbo referenčnih ambulant se je delno razbremenilo zdravnike in bolj aktivno vključilo

MS pri prepoznavanju depresije, kar pomeni, da prepoznavanje in obravnava depresije postajata vedno bolj aktualna tudi pri nas. Tako se odpira možnost tudi za patronažne MS, ki bi lahko sistematično prepoznavale depresijo v skupnosti, predvsem pri starejših osebah, ki zaradi različnih razlogov (nezmožnost) niso obravnavane v referenčnih ambulantah.

Pri nas je morda najbolj znana terapija je KVT, ki se je pokazala kot učinkovita in vedno bolj zastopana metoda, vendar se ne izvaja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Konert s sodelavci (2009) je ugotovil, da ima preventivna kognitivno vedenjska terapija velik doprinos v primerjavi s standardnim farmakološkim zdravljenjem. Tako po eni strani pridemo do zaključka, da je v današnjih časih potrebno vpeljati različne, nove metode, saj dajejo boljše rezultate kot standardno zdravljenje, po drugi strani pa nekateri avtorji zagovarjajo, da učinki novih metod še niso dovolj raziskani, kar nas spet pripelje do potrebe po dodatnih, kakovostnih raziskavah. Pozitivni premiki pa se odražajo tudi v Sloveniji, saj imamo od leta 2014 na primarni zdravstveni dejavnosti vzpostavljene psihoedukativne delavnice v okviru posameznih zdravstvenovzgojnih centrov v zdravstvenih domovih po celi Sloveniji, ki predstavljajo podporo farmakološkemu zdravljenju in jih izvajajo diplomirane MS ali psihologi. Namenjeni so vsem posameznikom, ki imajo simptome depresije, vendar ni nujno, da imajo postavljeno diagnozo depresije. Prav tako je namenjena tudi njihovim svojcem. Napotitev se prejme pri osebnem zdravniku, v referenčni ambulanti ali pri psihiatru.

Smith s sodelavci (2013) se je osredotočala na stanovalce in MS v domovih starejših občanov. Rezultati usposabljanja za MS so pokazali napredek v njihovem znanju in skrbi za stanovalce, kar je imelo posledično pozitiven vpliv na stanovalce. Take raziskave je zato pomembno izvajati tudi v skupnosti, kjer pacienti nimajo podpore zdravstvenih služb in se zato duševnih motenj ne prepozna ali pa se le te prepoznajo šele, ko pacient vstopi v zdravstveni sistem. Ski s sodelavci (2015) poroča, da se je po izobraževalnem programu za MS izboljšalo znanje o depresiji pri pacientih s komorbidno depresijo, ki imajo koronarno srčno obolenje. To je zelo pomembno, saj se depresija pri takih pacientih dostikrat ne prepozna (15-20 % huda oblika depresije, 30-50 % blaga do zmerna depresija), še posebej, ko so odpuščeni iz bolnišnice v domačo oskrbo, kjer nimajo podpore zdravstvenih delavcev. Tudi Murphy s sodelavci (2014), ki je primerjal rezultate glede depresivne simptomatike pri pacientih izpred 5-ih let (ko so bile MS vključene v izobraževanje), je prišel do sklepa, da so se simptomi v primerjavi s prvo raziskavo znatno izboljšali. Slednje nakazuje na to, da je

dodatno izobraževanje več kot dobrodošlo, vendar so rezultati zaradi majhnega vzorca MS (13 v prvi raziskavi in 3 v pregledu) težje oprijemljivi. Odro in sodelavci (2012) pa so se lotili raziskave, v kateri so ugotavljali, koliko se na Univerzi v Middlesexu pri izobraževanju MS držijo smernic PROMISE, ki jih sestavlja 14 modulov. Ugotovil je, da pri kar polovici predmetov načela duševnega zdravja niso zastopana. Eno najpomembnejših, če ne že najpomembnejše, in najbolj učinkovito vodilo za zgodnje prepoznavanje in obravnavo depresije bi se moralo v veliki meri začeti že v času formalnega izobraževanja, saj so takrat študentje bolj dovzetni za nova znanja kot v času, ko že vstopajo v poklic. Čeprav je zdravstvena nega zasnovana holistično, je fizični aspekt tisti, ki večkrat prevladuje. Tudi, če je v teoriji večkrat omenjen duševni vidik, tega študent, ko vstopi na prakso v večini primerov (razen, če sam predmet ni namenjen ravno temu) ne doživi, saj se da poudarek na fizične intervencije, ki so obenem lažje merljive. Tu ostaja velik potencial za mentorje na kliničnih usposabljanjih, ki bi lahko to znanje prenesli na študente.

Pomembno delovanje MS pa bi lahko bilo tudi v skupnostni skrbi za osebo z depresijo, o kateri sta pisali Zupančič in Pahor (2014). Vendar pa opisujeta, da trenutna literatura ne zadostuje, da bi MS dala dovolj opore, da deluje samostojno, ampak je bolj odvisna od lastnega prizadevanja in informiranosti, obenem pa večina raziskav depresije ne obravnava interdisciplinarno. S tem se veča potreba po raziskovanju v sami zdravstveni negi in povezavi različnih profilov, ki delujejo interdisciplinarno. Tu se zopet pokaže povezava med izobraževanjem in končnim rezultatom, saj bi z več raziskavami na to tematiko tudi MS lažje dostopale do slovenske literature. Kljub temu, da se v zadnjih letih povečuje raziskovanje na področju zdravstvene nege in duševnega zdravja, pa je le to odvisno tudi od samega ekonomskega stanja v državi. Pomanjkanje kadra pomeni pomanjkanje časa, ki se rezultira v slabšem oziroma pomanjkljivem raziskovanju MS, kar gre, ob pomanjkanju časa za raziskovanje, pogosto na račun znižane kakovosti oskrbe pacientov. Prav tako lahko tudi plačilo za opravljeno delo vpliva na samo motivacijo zaposlenih MS, ki se prav tako lahko rezultira v pomanjkljivem raziskovanju.

Iz pregleda literature je razvidno, da obstaja v praksi veliko načinov, kako priti do prepoznavanja in obravnave depresije v skupnosti, ki pa jih je treba načrtno izbrati za naše področje. Rezultati tudi prikazujejo, da je dodatno izobraževanje MS priporočljivo, saj vodi do boljšega razumevanja depresije, kar se odraža na boljšem prepoznavanju in obravnavanju depresije. S pregledom literature ugotavljamo, da jo je večina dostopna v angleškem jeziku.

Na slovenskem področju ni bilo zajete nobene raziskave, ki bi predstavljala nove izobraževalne programe, ki bi MS omogočale izboljšano znanje ter lažje prepoznavanje in obravnavo depresije. Zajeti sta bili le dve študiji v Sloveniji, ki sta opisovali in primerjali presejalna orodja (Kozel et al., 2010, Rifel et al., 2012), medtem ko so ostale raziskave bolj povzemale ter opisovale literaturo. Raziskave bi morale vključevati večji vzorec pacientov in MS, kot je bilo to narejeno pri slovenski presečni študiji (Rifel et al., 2012), saj to omogoča večjo posplošljivost rezultatov.

MS bi morale načrtno obiskovati ter presejati odpuščene paciente iz bolnišnice, saj se je pokazalo, da pacienti s kroničnimi obolenji in starejši občani bolj pogosto trpijo za depresivno motnjo in bi jih zato morali kontinuirano preverjati za znake in simptome depresivne motnje ter jih primerno obravnavati. To postavlja MS v osrednjo vlogo, saj so one tiste, ki so vpete v skupnost in preživijo največ časa s pacienti, zato je pomembno, da so ustrezno izobražene in da znajo v primeru depresivnih motenj pravilno postopati ter koordinirati interdisciplinarni tim. Vloga MS mora postati tudi širše zastopana, postati morajo promotorke zdravja, ozaveščati laično in strokovno javnost, se bolj medijsko izpostaviti in depresijo približati javnosti, kar bi zmanjšalo stigma le te. Pomembno je, da MS opravljajo raziskave na svojem področju ter v povezavi z ostalimi profili v zdravstvu, saj s tem zvišujejo znanje in zanimanje za samo tematiko, kar pripomore k bolj učinkovitemu prepoznavanju in obravnavanju depresije.

Še vedno pa je eden glavnih problemov depresije, da jo obdaja stigma. Ta je danes v pasivnejši obliki, kar onemogoča širjenje znanja o duševnih motnjah. To bi se lahko izboljšalo, če bi se ljudje o tem lažje pogovarjali med seboj, kar bi lahko dosegli z mediji, ki so dandanes glavno orodje komuniciranja.

Morda bo ravno letos prelomno leto, saj SZO (2017) letošnje leto usmerja v ozaveščanje o depresiji pod sloganom »Spregovorimo o depresiji«.

6 ZAKLJUČEK

Depresija postaja ena glavnih zdravstvenih in ekonomskih problemov, s katerimi se srečuje današnja družba. Zato je pomembno, da se o njej ozavešča in da so MS o njej strokovno izobražene ter da jo posledično zgodaj prepoznajo in nato obravnavajo. S pomočjo dodatnih izobraževanj, ki bi se izvajala že tekom samega študija ali pa nato na delovnem mestu, in uporabo orodij za lažje prepoznavanje depresije, bi se izboljšalo znanje MS, kar bi imelo za posledico boljše prepoznavanje in obravnavo depresije v skupnosti.

Iz v diplomskem delu zajete strokovne in znanstvene literature je mogoče ugotoviti, da je vloga MS pri prepoznavanju in obravnavanju depresivne motnje pomembna, vendar se dostikrat ne prepozna in se zato posledično depresije ne prepoznava in obravnava. Razvidno je, da se MS tega problema zavedajo, vendar se soočajo s številnimi preprekami, kot so kadrovska omejenost, katere posledica je, da imajo manj časa za celovito obravnavo pacientov, pomanjkljivo znanje, itd. Vendar je razvidno, da so bile MS ob dodatnih izobraževanjih bolj samozavestne, predvsem pa so imele več znanja o sami depresiji in prepoznavi le te in so tako lažje in bolj pogosto prepoznale paciente z depresijo. Zato bi bilo pomembno, da bi se ta znanja implementirala že med samim študijem in bi bile MS tako podkrepljene z znanjem o prepoznavanju in obravnavi depresije, kar bi jim nato omogočalo tudi lažje prepoznavanje depresije pri kasnejšem delu.

Nabor orodij in izobraževalnih programov, ki prepoznavajo in obravnavajo depresivno motnjo, je širok. Omogočajo enostavno ter učinkovito prepoznavo in obravnavo depresivne motnje. S tem, ko bi MS načrtno in pravočasno prepoznale depresivno motnjo, bi zmanjšali stroške zdravljenja, vezane na potencialno zdravljenje, ki je lahko dolgotrajno.

7 LITERATURA

Allen J, Annells M (2009). A literature review of the application of the geriatric depression scale, depression anxiety stress scales and post-traumatic stress disorder checklist to community nursing cohorts. *J Clin Nurs* 18(7): 949–59. doi: [10.1111/j.1365-2702.2008.02731.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02731.x).

Aragonès E, Piñol JL, Caballero A et al. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord* 142(1-3): 297–305.

Blair EW (2012). Understanding depression: awareness, assessment, and nursing intervention. *Clin J Oncol Nurs* 16(5): 463–5. doi: [10.1188/12.CJON.463-465](https://doi.org/10.1188/12.CJON.463-465).

Brown EL, Bruce ML, Raue PJ, Roos BA, Sheeran T (2010). Training nursing staff to recognize depression in home health care. *J Am Geriatr Soc* 58(1): 122–8. doi: [10.1111/j.1532-5415.2009.02626.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02626.x).

Cronholm PF, Barg FK, Pailler ME, Wintersteen MB, Diamond GS, Fein JA (2010). Adolescent depression: views of health care providers in pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 26(2): 111–7. doi: [10.1097/PEC.0b013e3181ce2f85](https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181ce2f85).

Da Silva K, Zager KG (2012). Smernice za izobraževanje strokovnjakov na področju preventive depresivnosti in samomorilnosti ter model izobraževalnega programa. *Soc delo* 51(5): 317–26, 360, 363.

Dernovšek MZ, Tavčar R (2005). *Prepoznajmo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce*.

Dostopno na: http://www.nebojse.si/portal/Dokumenti/Prirocnik_Prepoznajmo-in-premagajmo-depresijo.pdf <20. 10. 2017>.

Feely M, Long A (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16(8): 725–37. doi: [10.1111/j.1365-2850.2009.01452.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01452.x).

GHDx - Global Health Data Exchange (2016). GDB results tools.

Dostopno na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2016-permalink/aae58c001fe0b034fecc6ebfad45f866> <16. 11. 2017>.

Ginkel JMM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdottir TB (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *J Clin Nurs* 19(23-24): 3274–90. doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x).

Govc Eržen J, Petek Šter M (2017). Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine.

Dostopno na: <http://www.skupajzazdravje.si/media/splet-.zdm.prirocnik.pdf> <21. 10. 2017>.

Haugan G, Innstrand ST, Moksnes UK (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs* 22(15/16): 2192–205. doi: [10.1111/jocn.12072](https://doi.org/10.1111/jocn.12072).

Hoyer S (2003). Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 37(4): 267–72.

Juričič NK, Roškar S, Lunder L et al. (2016). Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni. Nacionalno inštitut za javno zdravje.

Dostopno na:

http://www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnava_depresije_in_samomorilnosti.pdf <20. 10. 2017>.

Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D (2002). Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002; 325: 1016–7.

Konnert C, Dobson K, Stelmach L (2009). The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging Ment Health* 13(2): 288–99. doi: [10.1080/13607860802380672](https://doi.org/10.1080/13607860802380672).

Kozel D, Maučec Zakotnik J, Tančič Grum A et al. (2012). Applicability of systematic screening for signs and symptoms of depression in family practice patients in Slovenia. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 838–46.

Lai S, Studenski S, Richards L, Perera S, Reker D, Rigler S (2006). Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. *J Am Geriatr Soc.* 54(2): 240–7. doi: [10.1111/j.1532-5415.2006.00573.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00573.x).

Lazarou C, Kouta C, Kapsou M, Kaite C (2011). Overview of depression: epidemiology and implications for community nursing practice. *Br J Community Nurs* 16(1): 41–7.

Lincoln NB, Francis VM, Lilley SA, Sharma JC, Summerfield M (2003). Evaluation of a stroke family support organiser: a randomized controlled trial. *Stroke* 34(1): 116–21.

Marušič A, Temnik S (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Mohorjeva družba.

McKenzie K (2003). *Kako razumeti depresijo*. Ljubljana: Pisanica.

MKB-10-AM- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija: verzija 6, 2008.

Dostopno na: http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf<20. 10. 2017>.

Murphy R, Ekers D, Webster L (2014). An update to depression case management by practice nurses in primary care: a service evaluation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21(9): 827–33. doi: [10.1111/jpm.12153](https://doi.org/10.1111/jpm.12153).

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Depression: management of depression in primary and secondary care. Full guidance*. NICE Clinical guideline No 23. NICE, London.

Odro AB, Dadzie LK, Collins D, Lodoiska R, Ryan P (2012). Mental health nursing and mental health promotion: a UK case example. *Soc delo* 51(4): 337–352.

Orožim B (2011). *Let nad kukavičjim gnezdrom: medikalizacija normalne žalosti*. Diplomsko delo. Koper: Fakulteta za humanistične študije.

Rifel J, Kersnik J (2010). Problematika duševnega zdravja na primarni ravni - kako prepoznati depresivno epizodo. Zdrav Vest 79: 544–7.

Rifel J, Svab I, Ster MP, Pavlic DR, King M, Nazareth I (2008). Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. BMC Psychiatry 8: 96. doi: [10.1186/1471-244X-8-96](https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-96).

Sedlar T (2002). Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Obzor Zdr N 36(3): 143–51.

Ski CF, Munian S, Rolley JX, Thompson DR (2015). Evaluation of nurses' perceptions of the impact of targeted depression education and a screening and referral tool in an acute cardiac setting. J Clin Nurs 24(1/2): 235–43. doi: [10.1111/jocn.12703](https://doi.org/10.1111/jocn.12703).

Smith M, Johnson KM, Seydel LL, Buckwalter KC (2010). Depression training for nurses: Evaluation of an innovative program. Res Gerontol Nurs 3(3): 162-75.

Smith M, Stolder ME, Jagers B, Liu MF, Haedtke C (2013). Depression training in nursing homes: lessons learned from a pilot study. Issues Ment Health Nurs 34(2): 90–102. doi: [10.3109/01612840.2012.723798](https://doi.org/10.3109/01612840.2012.723798).

Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C (2006). Costs of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ 9(2): 87–98.

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija (2001). 21 targets for the 21st century and suggested areas for formulating indicators.

Dostopno na: <http://www.who.int/21.whr/2001> <14.10.2017>

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija (2008). Ten highlights in health statistics: part 1, 2008.

Dostopno na:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Part1.pdf <15.10.2017>.

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija (2017). "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health.

Dostopno na: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>
<10. 11. 2017>.

Warrilow AE, Beech B (2009). Self-help CBT for depression: opportunities for primary care mental health nurses? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16(9): 792–803. doi: [10.1111/j.1365-2850.2009.01457.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01457.x).

Williams LS, Kroenke K, Bakas T, Plue LD, Brizendine E, Tu W, Hendrie H (2007). Care management of poststroke depression: a randomized, controlled trial. *Stroke* 38(3): 998–1003. doi: [10.1161/01.STR.0000257319.14023.61](https://doi.org/10.1161/01.STR.0000257319.14023.61).

Zupančič V, Pahor M (2014). Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzor Zdr N* 48(2): 136–46.

8 PRILOGE

8.1 Orodja za prepoznavanje depresije

Tabela 2: Orodja za prepoznavanje depresije

Avtor/ji	Namen	Vzorec	Uporabljena orodja	Ugotovitve
Allen, Annels (2009)	S sistematičnim pregledom literature preveriti, če MS uporabljajo primerna orodja za presejanje za depresijo, anksioznost in stres pri vojnih veteranih in vdovah vojnih veteranov.	GDS = 4 raziskave, ki so vsebovale 293 pacientov DASS42 = 1. Raziskava, 1771 pacientov med 18-91 let, 54 % ženske 2. Raziskava 398 pacientov, 46,1 let, 55 % žensk DASS21 = 1794 pacientov med 18-91 let, 54,6 % žensk	GDS -15 vprašanj tipa DA/NE DASS 21/42 - vrednotenje odgovorov z 0 do 3 točke	GDS natančno določi diagnozo depresije. DASS se izkaže kot veljaven, vendar v nobeni študiji ni opaženo, da bi primerjali učinkovitost DASS v primerjavi z ostalimi presejalnimi orodji.
Ginkel s sod. (2010); Lai s sod. (2006); Lincoln s sod. (2003); Williams s sod. (2007)	Ugotoviti, katera presejalna orodja se najbolj pogosto uporabljajo in so najbolj učinkovita pri pacientih po kapi.	GDS = 3 raziskave, ki so skupaj vsebovale 1894 pacientov BDI = 41 udeleženih GHQ -12 = 250 pacientov HADRS = 128 pacientov	GDS-15 vprašanj tipa DA/NE BDI 7 ali 21 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 3 točke GHQ -12 = 12 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 3 točke HADRS 7 ali 21 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 4 oz. 0 do 2 točki	GDS, BDI in HADRS se izkažejo kot uporabna presejalna orodja, medtem ko je za GHQ -12 podano nevtravno mnenje.

Konnert s sod. (2009)	Ugotoviti najbolj učinkovito orodje pri starejših ljudeh v domu starejših občanov (>65 let).	43 pacientov v domu starejših občanov	GDS -15 vprašanj tipa DA/NE	GDS se izkaže kot najbolj učinkovito orodje pri starejših ljudeh (>65let).
Kozel s sod. (2012)	Ugotoviti, ali presejalni vprašalniki pomagajo zdravnikom družinske medicine pri prepoznavanju pacientov z depresijo.	25 zdravstvenih timov (zdravnik splošne medicine in MS) in 2358 (86 % povabljenih k raziskavi) pacientov nad 18 let	ZSLD - 20 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 4 točke PHQ-9 = 9 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 3 točke	V 1. fazi diagnostičnega razgovora zdravnika družinske medicine je prepoznanih 5,7 % pacientov z depresivno motnjo ,v 2. fazi pa 10,9 % pacientov (ZSLD) oz. 9,6 % (PHQ-9).
Murphy s sod. (2014)	Pregled ati rezultate 5-ih let po opravljeni študiji in uporaba primerne orodja.	13 MS in 218 pacientov v prvi raziskavi, 3 MS in 185 pacientov v ponovitvi rezultatov po 5-ih letih	PHQ-9 = 9 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 3 točke	V prvi študiji je bil rezultat za PHQ-9 =16,6 in ob novem pregledu se je rezultat zmanjšal na 8 točk, kar nakazuje izboljšanje za depresijo in PHQ-9 kot primerno orodje.

8.2 Intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti

Tabela 3: Intervencije za opolnomočenje medicinskih sester za obravnavo depresije v skupnosti

Avtor/ji	Namen	Vzorec	Uporabljena orodja	Ugotovitve
Aragonès s sod. (2012)	Ugotoviti učinkovitost INDI programa v primerjavi s standardnim zdravljenjem	Pacienti nad 18 let s hudo obliko depresije, 50 % po INDI programu in 50 % standardno zdravljenje. Trajanje 1 leto.	PHQ-9 = 9 vprašanj, ki se vrednotijo z 0 do 3 točke	INDI: PHQ-9 = 7,15 točke Standardno zdravljenje: PHQ-9 = 8,78 točke
Brown s sod. (2010)	Ugotoviti učinkovitost programa TRIAD v primerjavi s standardnim zdravljenjem v domači oskrbi	Udeleženci, naključno določeni za TRIAD = 17 MS, standardno zdravljenje = 19 MS	OASIS-C. vrednotenje odgovorov na lestvici od 1 do 4	Na začetku izobraževanje sta imeli obe skupini enak rezultat (2,6 točke). Po 1 letu je imela intervencijska skupina 3,3 točke, medtem ko je imela kontrolna skupina 2,8 točke, kar nakazuje na boljše samozavest MS, ki so bile izobražene po programu TRIAD.
Konnert s sod. (2009)	Primerjava preventivne kognitivne vedenjske terapije s standardnim zdravljenjem v domu starejših občanov	43 pacientov v domu starejših občanov	GDS -15 vprašanj tipa DA/NE	Rezultati kažejo na to, da ima preventivna KVT velik doprinos pri pacientih v domovih starejših občanov v primerjavi s standardnim zdravljenjem.

Avtor/ji	Namen	Vzorec	Uporabljena orodja	Ugotovitve
Odros sod. (2012)	Ugotoviti, koliko so načela duševnega zdravja zastopana oz. niso zastopana pri poučevanju zdravstvene nege na univerzi v Middlesexu.	14 modulov po smernicah PROMISE na Univerzi v Middlesexu	/	Merilo je dobro zastopano pri le sedmih od štirinajstih modulov.
Ski s sod. (2015)	Oceniti izkušnje MS o izobraževalnem programu in presejalnih testih 6 tednov po opravljenem usposabljanju.	250 pacientov	/	Program bi lahko pozitivno vplival na prakso v zdravstveni negi in sodelovanju v interdisciplinarnem timu.
Smith s sod. (2010)	Doseči večjo samostojnost MS pri presejanju in napotitvi, implementaciji in evalvaciji nefarmakoloških pristopov.	250 pacientov	Likertova 6 točkovna lestvica	Najuspešnejše intervencije: uporaba presejalnih orodij, izdelava seznama prijetnih aktivnosti za pacienta, prepoznavanje depresije pri starejših itn.
Smith s sod. (2013)	Preveriti uspešnost usposabljanja za depresijo preko programa DTN in njegovo uporabo v domu starejših občanov	58 MS (24 jih je program končalo) 50 stanovalcev v domu starejših občanov	PHQ-9	Pri tistih MS, ki so usposabljanje končale, se je pokazal napredek v smislu njihovega znanja, oskrbe, ki so jo nudile in rezultatov na počutje stanovalcev. Rezultati za 50 udeležencev v domovih starejših občanov kažejo na pomembno znižanje depresije (PHQ-9 iz 12,7 točke na 6,7 točke).

