

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DIPLOMSKA NALOGA

JANJA ČESNIK

Izola, 2016

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

DEPRESIJA PRI ŠTUDENTIH

DEPRESSION AMONG STUDENTS

Študent: JANJA ČESNIK

Mentor: pred. URŠKA BOGATAJ

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

Izola, 2016

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Janja Česnik izjavljam, da je:

- priložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

Janja Česnik

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

| | |
|---------------------------|--|
| Naslov | Depresija pri študentih |
| Tip dela | diplomska naloga |
| Avtor | ČESNIK, Janja |
| Sekundarni avtorji | BOGATAJ, Urška (mentorica) / ČERNELIČ BIZJAK, Maša (recenzentka) |
| Institucija | Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju |
| Naslov inst. | Polje 42, 6310 Izola |
| Leto | 2016 |
| Strani | V, 36 str., 1 pregl., 56 vir. |
| Ključne besede | Depresija, študent, samomorilnost, zdravstvena nega |
| UDK | 616.895.4 |
| Jezik besedila | slv |
| Jezik povzetkov | slv/eng |
| Izvleček | Depresija je najpogostejša duševna bolezen, ki prizadene ljudi in njihove družine po celem svetu, v zadnjem času pa prizadene vedno več študentov. Pri depresiji se spremeni razpoloženje, prisotne so motnje čustvovanja in mišljenja. Namen diplomske naloge je bil ugotoviti, kako pogosta je depresija pri študentih in kateri so najpogostejši vzroki za pojav depresije. S pomočjo pregleda literature smo želeli ugotoviti, kateri so specifični dejavniki tveganja za depresijo pri študentih in kako so depresiji izpostavljeni študentje zdravstvene nege. V rezultatih je predstavljena epidemiologija depresije pri študentih, samomorilnost, kakšen vpliv ima depresija na študij, zadovoljstvo z življenjem in kateri so preventivni ukrepi, s katerimi bi lahko preprečili depresijo. |

KEY WORDS DOCUMENTATION

| | |
|---------------------------|---|
| Title | Depression among students |
| Type | Diploma work |
| Author | ČESNIK, Janja |
| Secondary authours | BOGATAJ, Urška (supervisor) / ČERNELIČ BIZJAK, Maša (reviewer) |
| Institucion | University of Primorska, Faculty of Health Sciences |
| Address | Polje 42, 6310 Izola |
| Year | 2016 |
| Pages | V, 36 p., 1 tab., 56 ref. |
| Key words | Depression, student, suicide, nursing care |
| UDC | 616.895.4 |
| Language | slv |
| Abstract language | slv/eng |
| Abstract | Depression is the most common mental disease which affects people and families around the world, among these people depression nowadays seem to affect more and more students. Depression is associated with mood changes, emotional and also mind disorders. The purpose of this diploma work was to find out how common is depression among students and which are the most common causes of depression. With literature review we wanted to find out which specific factors are causing depression among students and how depression affect nursing school students. In results we present depression epidemiology among students, suicidal intentions, also how does depression affect studying, life and strategies to prevent depression. |

KAZALO VSEBINE

| | |
|--|-----|
| KLJUČNE INFORMACIJE O DELU | I |
| KEY WORDS DOCUMENTATION | II |
| KAZALO VSEBINE | III |
| KAZALO PREGLEDNIC | IV |
| SEZNAM KRATIC | V |
| 1 UVOD | 1 |
| 1.1 Depresija | 2 |
| 1.1.1 Epidemiologija | 2 |
| 1.1.2 Etiologija | 2 |
| 1.1.3 Vrste depresij | 3 |
| 1.1.4 Znaki | 3 |
| 1.2 Samomor | 4 |
| 1.2.1 Dejavniki tveganja | 5 |
| 1.2.2 Sporočanje samomorilnega namena | 5 |
| 1.3 Stigmatizacija | 6 |
| 1.4 Družina in depresija | 7 |
| 1.4.1 Podpora družine | 7 |
| 1.5 Zdravljenje depresije | 8 |
| 1.5.1 Antidepresivi | 8 |
| 1.5.2 Psihoterapija | 9 |
| 1.5.3 Vedenjsko-kognitivna terapija | 10 |
| 1.5.4 Elektrokonvulzivna terapija | 10 |
| 1.5.5 Telesna dejavnost | 10 |
| 1.6 Vloga zdravstvene nege | 10 |
| 1.7 Depresija pri mladostnikih | 14 |
| 1.8 Depresija in študenti | 14 |
| 2 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKE NALOGE | 16 |
| 3 METODE DELA IN MATERIALI | 17 |
| 4 REZULTATI | 18 |
| 4.1 Depresija pri študentih | 18 |
| 4.1.1 Epidemiologija | 18 |
| 4.1.2 Dejavniki tveganja | 19 |
| 4.2 Samomorilnost med študenti | 19 |
| 4.2.1 Kako pomagati prijatelju | 20 |
| 4.3 Iskanje pomoči in diagnosticiranje depresije | 21 |
| 4.3.1 Depresija med študenti zdravstvene nege | 21 |
| 4.3.2 Vpliv depresije na študij | 21 |
| 4.3.3 Zadovoljstvo z življenjem | 22 |
| 4.3.4 Preventivni ukrepi za študente | 22 |
| 5 RAZPRAVA | 23 |
| 6 ZAKLJUČEK | 25 |
| 7 VIRI | 26 |
| POVZETEK | 34 |
| SUMMARY | 35 |
| ZAHVALA | 36 |
| PRILOGA | |

KAZALO PREGLEDNIC

| | |
|---|----|
| Preglednica 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji..... | 17 |
|---|----|

SEZNAM KRATIC

| | |
|------|---|
| BMR | Bipolarna motnja razpoloženja |
| DŠIS | Društvo študentov invalidov Slovenije |
| EKT | Elektrokonvulzivna terapija |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus, virus humane imunske pomanjkljivosti |
| MBK | Mednarodna klasifikacija bolezni |
| NIJZ | Nacionalni inštitut za javno zdravje |
| NIMH | National Institute of Mental Health, nacionalni inštitut za duševno zdravje |
| SURS | Statistični urad Republike Slovenije |
| WHO | World Health Organization, Svetovna zdravstvena organizacija |
| ZDA | Združene države Amerike |

1 UVOD

Depresija, poznana kot najpogostejša bolezen v svetu, ki ne prizadene samo obolelega, ampak postane breme in povzročča skrbi celi družini ter bližnjim (Ličina, 2009). Svetovna zdravstvena organizacija (angl. »World health organization« – v nadaljevanju WHO) (WHO, 2015a) je zato tej bolezni pripisala, da se bo do leta 2020 povzpela na drugo mesto kot vzrok invalidnosti in odsotnosti od dela. Zboli lahko kdor koli, neodvisno od spola, starosti in družbenega položaja, vendar se pri ženskah pogosteje pojavlja kot pri moških (Ličina, 2009).

Za nastanek je odgovornih več faktorjev, veliko je odvisno od genetskih dejavnikov, največ pa pripomorejo stresne življenjske obremenitve, iz katerih človek ne najde izhoda in se posledično zapre v svoj svet negativnih misli ter čustev, ne odraža pa človekove šibkosti (Ličina, 2009). Depresija močno oteži vsakdanje aktivnosti, ki jih je človek pred boleznijo rad delal in stežka opravi najmanjšo aktivnost, ker se spusti nivo koncentracije (Kores Plesničar, 2006).

Depresijo sestavlja več različnih simptomov, ki med seboj tvorijo preplet, zato ni nujno, da se pri eni osebi lahko pojavijo vsi simptomi (Kores Plesničar, 2006). Da gre za depresijo, je potrebna dobra ocena predvsem z vidika samomorilnosti, saj je depresija glavni dejavnik tveganja za samomorilne misli in uspešno izveden samomor, depresiji sledijo odvisnost od alkohola in stresne okoliščine (Pregelj in Ziherl, 2010).

Po številu samomorov se Slovenija uvršča v svetovni vrh, saj si vsako leto vzame življenje od 500 do 600 ljudi (Konec Juričič, 2014b). Za razliko od depresije, kjer pogosteje obolevajo ženske, so moški bolj nagnjeni k samomoru in pogosto posegajo po obešanju (Jeriček Klanšček in sod., 2009).

Ob podpori družine bo izhod iz depresije potekal bistveno lažje, saj ima družina pomembno vlogo pri celostni obravnavi svojega svojca. Ti pogosto ne razumejo vedenja svojega bližnjega, ker se zapira v osamo, zato ima velik pomen medicinska sestra, da jih usmeri na pravo pot, kako ravnati v takih primerih, katerim situacijam se je treba izogibati in kakšna naj bi bila primerna komunikacija (Martinčič, 2015).

Populacija študentov postaja v zadnjem času glede na vse obremenitve v času študija vse bolj ogrožena, da zboli za depresijo, posledično je zaradi tega oviran študij oziroma je bolezen močnejša in tako ostane študij nedokončan (DŠIS, n. d). Da do omenjenega ne bi prišlo, je bistvenega pomena, da so težave opažene pravočasno in do časa postavljena diagnoza (NIMH, 2012). Problem ostaja stigma, saj zaradi nje študent noče poiskati pomoči, ker se boji reakcije svojih vrstnikov (Kerr, 2012).

Ozdravitev je skoraj zagotovljena, če študent dobi vso podporo družine in svojih vrstnikov, in sicer s kombinacijami antidepresivov, raznimi pogovornimi skupinami ter s kognitivno terapijo, veliko pripomoreta tudi telesna aktivnost in zadosten počitek (Kerr, 2012). Glede študija se študenta spodbudi, da ima motivacijo za nadaljevanje, in vlti mu je treba upanje, da bo študij uspešno zaključil (Kumaraswamy, 2013).

1.1 Depresija

Depresija ali depresivna motnja je najpogostejša duševna motnja v svetu, povezana z motnjami razpoloženja in čustvovanja, ki jo spremljajo pogoste ponovitve. Depresija se ne enači z običajnimi nihanji razpoloženja in kratkotrajnimi čustvenimi reakcijami, ki človeka spremljajo v vsakdanjem življenju, ampak oboleli za depresijo ni sposoben vsaj 14 dni normalno delovati, spremljajo ga občutki žalosti, brezupa, potrnosti. Prizadene lahko kadar koli in kogar koli, neodvisno od spola, starosti in drugih dejavnikov. Žal depresija večkrat ostane neprepoznana in nezdravljena, kar lahko obolelega pripelje do samomora (Kores Plesničar, 2006). Depresija se lahko pojavi kot enkratna epizoda, ki izzveni, če je zdravljenje ustrezno. Pogosteje se pojavlja kronična depresija, ki je ponavljajoča. Osebam z depresijo se močno poslabša kakovost življenja, manjša je tudi delovna sposobnost (Bilban in Tomori, 2003). Depresija človeka popolnoma spremeni; ta spremeni odnos do sebe in lastne identitete, postane drugačen kot pred boleznijo, spremlja ga slaba samopodoba, občutki manjvrednosti in upad samozavesti (Metličar, 2007).

1.1.1 Epidemiologija

Ker je depresija najpogostejša duševna motnja v svetu, je življenjska prevalenca depresije pri ženskah pogostejša (od 10 do 25 %) kot pri moških (5 do 12 %). Ženske imajo več dejavnikov tveganja za depresijo in je tudi pogostejša kot pri moških. V svetu naj bi bilo več kot 100 milijonov ljudi z depresijo, število depresivnih motenj pa še narašča (Ličina, 2009). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije bo depresija do leta 2020 na drugem mestu kot vzrok invalidnosti in obremenitve z boleznijo takoj za srčno-žilnimi obolenji (WHO, 2015a).

Prevalenca depresije je višja pri ljudeh, starih od 18 do 29 let, in nižja pri osebah, starih 65 let in več (Kessing, 2007). Depresija se pojavlja pri vseh ljudeh enakomerno, neodvisno od rase in kulturnih dejavnikov (Ličina, 2009). Za Slovenijo ni natančnih podatkov o pogostosti depresije, znano je le, da okrog 60 % ljudi z depresijo obišče ambulantno družinskega zdravnika, vendar je mnoge bolnike težko prepoznati kot depresivne, saj izražajo le telesno simptomatiko, ki je velikokrat del psihične simptomatike. Družinski zdravniki so veliko bolj usposobljeni za prepoznavanje telesnih kot duševnih motenj (Bilban in Tomori, 2003).

1.1.2 Etiologija

Genetski, psihološki in socialni dejavniki sodelujejo pri nastanku depresije, vendar še vedno ni povsem znano, kaj depresijo povzroča, obstaja pa več različnih teorij, zato je depresija končni produkt genetskih, socialnih in psiholoških vplivov (Kores Plesničar, 2006).

Genetski dejavniki (Ličina, 2009): znano je, da je depresija genetsko pogojena in gre za funkcionalno okvaro osrednjega živčevja. V genetskih študijah so ugotovili dedne dejavnike v 4–24 %.

Psihološki dejavniki (Ličina, 2009): po raznih psihoanalitskih teorijah naj bi bila depresija povezana z izgubo matere ali pomanjkanjem materine ljubezni in drugih pomembnih oseb, zato predispozicija za depresijo nastane že v zgodnjem otroštvu.

Socialni dejavniki in dejavniki okolja (Ličina, 2009): pri nastanku depresije sodelujejo tudi za življenje stresni dogodki, kot so resna bolezen, ločitev, izguba bližnjega, nesoglasja v zakonski zvezi, kar se povezuje tudi s pojavom kroničnega stresa (Ličina, 2009). Tiste osebe, ki doživijo stresne dogodke, pogosto opisujejo simptome depresije, ki lahko trajajo še več tednov po stresnem dogodku (Kores Plesničar, 2006). Depresija je povezana tudi z nižjim ekonomskim statusom in revščino, a se omenjeni dejavniki prepletajo.

1.1.3 Vrste depresij

Depresija se uvršča v skupino afektivnih motenj, kjer so v ospredju motnje čustvovanja, kar je značilno za depresije. Afektivne motnje se po mednarodni klasifikaciji bolezni (v nadaljevanju MKB) delijo na:

- bipolarno motnjo razpoloženja (v nadaljevanju BMR): za katero je značilno ponavljanje faz izredno dobrega počutja in razpoloženja ter depresije. Nekateri pacienti menjajo vsaj štiri faze manije in depresije v enem letu (Tavčar, 2009). Razlika v obolevnosti med obema spoloma je enako razširjena, običajno se pojavi med 20. in 40. letom (Dernovšek in Frangeš, 2013). Simptomi manije so: pospešenost, pospešene misli, občutek lastne pomembnosti, povečana energija (Tavčar, 2009). Na področju psihiatrije je zdravljenje bipolarnе motnje eno izmed najzahtevnejših in za psihiatre predstavlja diagnostični izziv (Dernovšek in Frangeš, 2013);
- ponavljajočo depresivno motnjo;
- distimijo: blaga, prikrita depresija. Simptomi depresije trajajo dve leti ali več in motijo pri vsakodnevnih aktivnostih. Ljudje lahko v življenju doživijo eno ali več epizod (NIMH, 2012);
- ciklotimijo: trajna nestabilnost razpoloženja, ki je blažja oblika bipolarnе motnje. Značilne so blage periode čustvene privzdignjenosti in periode blažje depresije, pri katerih se sčasoma lahko razvije bipolarna motnja, ciklotimija se začne v zgodnjem odraslem obdobju. Paciente lahko vodi v boleznι odvisnosti (Emedicina, 2012);
- depresivne psihoze: to so najgloblje depresije, kjer oseba izgubi stik z realnostjo in je pod vplivom psihopatološkega doživljanja (blodenj, halucinacij), je tudi suicidalno ogrožena (Ličina, 2009).

1.1.4 Znaki

Depresijo tvori cel spekter znakov in simptomov, ki so razvrščeni v skupine in se med seboj prepletajo. Izraziti so tako telesni kot psihološki simptomi ter posameznikova povezanost z družbo (NIJZ, 2010).

Biološki znaki in simptomi so (NIJZ, 2010):

- motnje spanja (nespečnost ali preveč spanja),
- utrujenost, izguba energije,
- sprememba apetita (pretirana ješčnost ali izguba apetita) in s tem tudi sprememba telesne teže,
- izguba zanimanja za vsakdanje stvari,

- spreminjanje razpoloženja, še posebno zjutraj,
- izguba želje po spolnosti.

Psihološki znaki in simptomi so (NIJZ, 2010):

- občutki krivde, manjvrednosti in notranje praznine,
- samomorilne misli,
- misli, prežete s pesimizmom,
- tesnoba, potrtost,
- motnje koncentracije, spomina,
- izguba samozavesti.

Družbena znaka in simptoma sta (NIJZ, 2010):

- socialna izolacija,
- zmanjšana učinkovitost pri vsakdanjih opravilih.

Pacienti so žalostni, jočejo, so upočasnjeni v vsakdanjih aktivnostih, hobiji, ki so se jih včasih veselili, sedaj pa jih ne zanimajo več, težko se zberejo za branje knjig ali gledanje televizije, nosijo ogromne občutke krivde in občutek, da so odveč in bi bilo bolje brez njih, zato razmišljajo o smrti in samomoru, ki je najresnejša komplikacija depresije. Lahko je prisotna psihomotorična upočasnjenost, kar pomeni, da lahko ure in ure sedijo ter strmijo v prazno, prav tako hodijo in govorijo počasi, lahko pa je nasprotje tega in so zelo vznemirjeni ter agitirani (Kores Plesničar, 2006).

Pri depresiji ni pravilo, da se pojavijo vsi znaki in simptomi pri eni osebi. O ključnih znakih, ki kažejo na depresijo, govorimo takrat, ko trajajo vsaj 14 dni, kar je manj, je le začasno prehodno stanje. Oseba z depresijo doživlja veliko breme, ki se prenaša tudi na bližnje, depresijo občutijo tako partner, družina in drugi (NIJZ, 2010). Pacienti s hudo depresijo lahko občutijo tudi psihotične simptome, kot so blodnje in halucinacije. Med moškimi in ženskami se depresija ne razlikuje prav veliko in je večinoma podobna, razlike pa seveda obstajajo. Ženske navajajo več anksioznosti in telesnih simptomov ter tudi več depresivnih simptomov, medtem ko moški bolj občutijo utrujenost, razdražljivost, motnje spanja, imajo pa manj občutkov krivde kot ženske (Kores Plesničar, 2006).

1.2 Samomor

Suicid ali samomor je urgentno stanje v psihiatriji in pomeni namerno prekinitev življenja. Jemati ga je treba zelo resno, saj so posledice lahko nepopravljive (Turčin, 2011). Je resen javnozdravstveni problem, saj po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsako leto umre več kot 800.000 ljudi zaradi samomora, in je drugi najpogostejši vzrok smrti pri ljudeh, starih od 15 do 29 let. 75 % samomorov v svetu se zgodi v deželah, kjer prevladuje nizek dohodek. V svetu je najbolj razširjena metoda samomora zaužitje pesticidov, posegajo tudi po obešanju in strelnem orožju (WHO, 2015b).

V Sloveniji si po podatkih NIJZ vsako leto vzame življenje med 500 do 600 ljudi, kar našo državo uvršča v sam svetovni vrh samomorov, poskusov samomora pa je dvajsetkrat

več (Konec Juričič, 2014a). Podatki Statističnega urada Republike Slovenije (v nadaljevanju SURS) iz leta 2011 kažejo, da je bila samomorilnost največja v spodnjeposavski statistični regiji, sledijo si koroška, podravska, savinjska regija, najnižja samomorilnost je bila v goriški statistični regiji (Kalin, 2012). Iz leta 2014 pa podatki kažejo, da je v Sloveniji za posledicami samomora umrlo 388 ljudi (325 moških in 63 žensk) (NIJZ, 2015).

Samomori v Sloveniji v primerjavi z drugimi državami izstopajo po regionalni razpršenosti in načinu izvedbe samomora. Med načini izvedbe v Sloveniji prevladuje obešanje, ki je pogostejše pri moških, vendar tudi ženske pogosto posegajo po njem. Druge metode obešanja/samomora pri nas so še utopitev, zastrupitev s trdimi in tekočimi snovmi, samomor z orožjem, skok v globino in obešenje (Jeriček Klanšček in sod., 2009).

1.2.1 Dejavniki tveganja

Med dejavnike tveganja za samomor so vključene razne duševne motnje. Najpomembnejši dejavniki so motnje razpoloženja, depresija, ki je neposredna povezava s samomorilnostjo in je eden najpomembnejših vzrokov za samomor. Druga motnja, ki je tesno povezana s samomorilnim vedenjem, je odvisnost od alkohola, kot tretja duševna motnja pa je to ponavljajoča shizofrenska motnja, ki je zraven pridružena depresivna motnja. Med dejavnike tveganja spadajo še motnje hranjenja in komorbidnost (Pregelj in Ziherl, 2010).

Med ostale dejavnike tveganja so uvrščene tudi stresne okoliščine, ki se jih ne sme zanemariti; ovdovelost, izguba službe, invalidnost, izguba bližnjega, problemi na delovnem mestu, finančne težave. Posebno je treba biti pozoren na tiste ljudi, kjer je že bil prisoten samomor v družini ali pa je oseba v preteklosti že poskušala storiti samomor, kjer so prisotne kronične bolezni in slabe socialne okoliščine (Konec Juričič, 2014b). Samomor je pogostejši pri osebah moškega spola, samomori se pogosteje pojavljajo zgodaj spomladi, zaradi pomanjkanja dnevne svetlobe v poznih zimskih mesecih in zgodnjih spomladanskih (Pregelj in Ziherl, 2010).

1.2.2 Sporočanje samomorilnega namena

Vsako grožnjo za samomor je treba jemati resno; prepleta se mit, da oseba, ki grozi, da bo storila samomor, tega nikoli ne bo storila, vendar je treba grožnje s samomorom jemati zelo resno, saj se velikokrat izkaže, da je oseba, ki je storila samomor, prej namigovala o svojih namerah (Konec Juričič, 2014b).

Besedno sporočanje

Oseba pred samomorom obvešča okolico o svojem namenu s tem, da na glas pove ali celo napisano sporoča okolici o svojih namenih, vendar besedna grožnja nosi negativen prizvok in se to obliko besednega sporočanja ne jemlje tako resno (Groleger, 2009).

Tekavčič-Grad (1995) navaja, da je od samomorilnega človeka mogoče slišati sledeče izjave:

- *»Brez mene vam bo lažje.«*
- *»Nisem za nobeno rabo.«*

- *»Najraje bi za vedno zaspal.«*
- *»Želim si umreti.«*
- *»Komu je sploh mar, če umrem?«*
- *»V življenju ne vidim več smisla.«*

1.3 Stigmatizacija

Stigma pomeni negativno označitev in socialno izločenost, ki osebi predstavlja hud napor in stresor za duševno bolezen. Stigma lahko močno poslabša psihiatrične simptome bolezni (Celen-Demirtas in sod., 2014). Predmeti stigme so lahko različni, kot na primer telesne bolezni, kot je rak, virus humane imunske pomanjkljivosti (v nadaljevanju HIV), spolna usmerjenost, rasa, duševne motnje, telesne pomanjkljivosti, narodna pripadnost in podobno (Strbad in Švab, 2005).

Zdravstveni delavci niso izjeme, saj prav tako izražajo stigo do duševnih motenj. Raziskave so pokazale, da imajo medicinske sestre in študentje zdravstvene nege stigmatizacijski odnos do ljudi s shizofrenijo in do drugih duševnih motenj (Baum in sod., 2015).

Vzroki stigmatizacije so (Strbad in Švab, 2005):

- neznanje in nepoučenost populacije: trditve, da so ljudje z duševnimi motnjami nevarni, nasilni in nepredvidljivi, s katerimi je težko komunicirati;
- zgodovinski pečat: v preteklosti so si duševne motnje razlagali tako, da so bili pacienti obsedeni s hudičem, posegali so tudi po nenavadnih oblikah zdravljenja;
- vpliv medijev: ljudi z duševno motnjo prikazujejo kot nasilne in nevarne;
- posledice stranskih učinkov psihiatričnih zdravil: poveča se telesna teža, motorika je spremenjena, obraz je zabuhel.

Znaki stigmatizacije so (Strbad in Švab, 2005):

- predsodki se nanašajo na njihove lastnosti, na primer, da so leni, nesposobni, nasilni, nezanesljivi in da ne zmorejo sodelovati pri zdravljenju,
- zmotna prepričanja, da so duševne bolezni neozdravljive,
- oboleli so sami krivi za svojo bolezen in da je »norost«, ki jo hlinijo, nalezljiva.

Posledice stigmatizacije

Posledice stigme se začnejo pojavljati v socialnem umiku, upadu funkcioniranja, depresivnosti in tesnobi. Mnogo ljudi z duševno motnjo trdi, da je stigma veliko bolj obremenjujoča za bolezen kot sami simptomi bolezni. Osebe, ki občutijo stigo, imajo bolj izražene psihopatološke simptome (izogibanje okolici, tesnoba), večja je tudi stopnja nezmožnosti, ki se kaže z nemiro, slabšo komunikacijo in težavami pri druženju. Stigma zmanjšuje tudi kakovost življenja, možnost izobraževanja in zaposlovanja, omejuje pa tudi kakovostno zdravljenje pri ustreznih strokovnjakih, saj oboleli za duševno motnjo ne išče ustrezne strokovne pomoči ali pa pomoči ne sprejme (Strbad in Švab, 2005).

Za študente predstavlja največjo oviro pri iskanju pomoči prav stigma in je glavni vzrok za to, da študenti ne iščejo pomoči za svoje težave, ker so zaskrbljeni, da bo tisti, ki mu

bo zaupal svoje težave, nanj gledal s predsodki in zaničevanjem. Zaradi tega s seboj nosijo in zadržujejo svoje čustvene težave, bolezen pa postaja globlja (Tartakovsky, n. d.).

Zmanjševanje stigme

Glavni problem stigme je nepoznavanje duševnih motenj. Obstajajo protistigmatizacijski programi, ki so usmerjeni v javno delovanje, ponekod v drugih državah pa se osredotočijo na izobraževanje študentov in drugih o duševnih motnjah. Laiki imajo do ljudi z duševno motnjo družbene zadržke, ker imajo predsodke, da so ljudje z duševno motnjo nasilni in nepredvidljivi. Številne študije so pokazale, da izobraževanje o duševnem zdravju strokovnjakov, mladostnikov, bolnikov in njihovih svojcev ter laikov pozitivno vpliva na zmanjševanje stigmatiziranosti ljudi z duševno motnjo. Če bi v izobraževanje vključili stik in komunikacijo s tovrstnimi pacienti, bi se odnos do pacientov z duševno motnjo bistveno bolj spremenil (Strbad in Švab, 2005).

1.4 Družina in depresija

Družina je sistem, kjer vsak posameznik pridobi doživetja in občutja, kot so varnost, ljubezen, zavist, jeza, strah itd. Ima značilnost, da se spreminja glede na potrebe in življenjska obdobja. Biološke, socialne in psihološke funkcije so funkcije, ki jih družina izpolnjuje skozi vzgojo. Te funkcije varujejo družinske člane. Za družino je značilno, da se ves čas spreminja in prilagaja na spremembe, ima tudi različne vloge, ki mora omogočati vsem članom, da nekaj prispevajo, da lahko funkcionira in omogoča izpolnjevanje vzgojnih vlog (Pišl, 2009).

Depresija je družinski problem, na družini se zaradi depresije odražata vedenje in volja, pogosto prihaja do konfliktov, zato ima družina pomembno vlogo pri celostnem zdravljenju in je pomemben dejavnik okrevanja. Prisotnost družine pozitivno in dolgoročno vpliva na razvoj depresije. Medicinska sestra ima izreden pomen pri funkcioniranju družine, ker mora prepoznati negativne vplive in družino usmeriti, da sodeluje v terapevtskem procesu. Medicinska sestra jim svetuje, kakšno naj bi bilo obnašanje z njihovim svojcem in kakšnemu odnosu naj se izogibajo (Martinčič, 2015).

1.4.1 Podpora družine

Funkcioniranje družine je ob pojavu duševne motnje izjemno pomembno, saj se družinski član, ki je zbolel za duševno motnjo, spremeni, s čimer se poruši tudi ravnovesje družine, ker vedenje in misli obolelega niso več predvidljive in zato tudi bližnji doživljajo stiske. Pacient z depresijo se odmika od ostalih družinskih članov in se pomika v osamo, zato družina, če depresija še ni diagnosticirana, težko razume vedenje in upa, da se bo situacija spremenila. Za tistega, ki trpi zaradi depresije, doživlja zelo žalostno in težavno obdobje v življenju, in prav tako bližnji ter prijatelji. Oboleli član družine potrebuje podporo in razumevanje, v procesu zdravljenja pa potrebuje strokovno pomoč vsa družina, ker se ravno tako težko sooča z boleznijo in njenimi posledicami. Tudi če je danes zdravljenje bolj učinkovito kot pred nekaj leti, se družini ne da odvzeti skrbi, žalosti in strahu, pomoč bodo sprejeli šele, ko bodo sprejeli bolezen (Pišl, 2009).

Načini, kako pomagati nekomu z depresijo, so sledeči (Schuder, 2015):

- prepoznati, kdaj bi bilo smiselno poiskati strokovno pomoč, in mu svetovati, da to tudi stori. Svojci in prijatelji mu lahko povsem stojijo ob strani, vendar ne morejo nadomestiti strokovne pomoči, ker če depresija ostane nezdravljena, lahko vodi v resne zaplete,
- poučiti se o depresiji, simptomih, komplikacijah in zdravljenju, s čimer se razbije napačne mite o depresiji in duševnih boleznih,
- ne sme se govoriti o svojih občutkih, ker to ni pravilen način pomoči, biti je treba le dober poslušalec in svetovalac,
- dobro opazovanje samomorilnih groženj: vsako izjavo o smrti je treba jemati resno,
- fizična podpora: spodbujanje in vključevanje v razne aktivnosti, kot so sprehodi v naravo in dejavnosti, ki jih je prej z zanimanjem opravljal, vendar jih zaradi bolezenskega stanja ne zmore več.

Osebe z depresijo najbolj potrebujejo sočutje in razumevanje, vendar mora biti sogovornik prav tako občutljiv in mora paziti, kakšne fraze uporablja.

Schuder (2015) navaja, da je priporočljivo uporabiti naslednje koristne fraze:

- *»Nisi sam/-a v tem, sem s tabo.«*
- *»Mogoče ne morem razumeti, kako se počutiš, skrbi me in ti želim pomagati.«*
- *»Občutki, ki jih doživljaš, se bodo spremenili.«*
- *»Si resnično pomemben/-a zame in me skrbi za tvoje življenje.«*

Schuder (2015) navaja tudi izjave, ki se jim je treba izogibati:

- *»To je vse v glavi.«*
- *»Vsi gredo skozi to.«*
- *»Kaj je narobe s tabo?«*
- *»Nor/-a si.«*
- *»Glej s svetle plati.«*
- *»Ali ni nič bolje do sedaj?«*

1.5 Zdravljenje depresije

1.5.1 Antidepresivi

S pacientom je treba najprej vzpostaviti ustrezen terapevtski odnos, občutke razumevanja in zaupanja (Bilban in Tomori, 2003). Za zdravljenje depresivnih motenj je pomembno, da je depresija diagnosticirana čim prej in da se bolezen začne zdraviti takoj. S tem naj bi bilo doseženo, da bo zdravljenje učinkovito in sprejemljivo (Bačar in Koder, 2006). Največ oseb najprej poišče pomoč pri svojem osebnem zdravniku, kjer predpišejo antidepresive, ki so nujni za zdravljenje depresije, ni pa to edina metoda. Zdravljenje poteka poleg antidepresivov tudi s pomočjo kognitivno-vedenjskih psihoterapevtskih tehnik (Kores Plesničar in Plesničar, 2009).

Glavni pristopi za zdravljenje depresivnih motenj so torej antidepresivi (Anderluh, 2010). Zdravljenje z njimi je najbolj učinkovito, saj ne povzročajo odvisnosti, tudi ob dolgotrajnejšem jemanju se učinkovitost antidepresivov ne zmanjšuje. Pacient mora biti

poučen o tem, da ima redno jemanje terapije velik pomen, saj opustitev le-te ali neredno jemanje privede do poslabšanja bolezni ali zapletov (samomorilnosti, samopoškodovanja). Zdravljenje depresivnih motenj je dolgotrajno in celo doživljenjsko, trajati pa mora toliko časa, da pacient doseže stanje funkcioniranja pred boleznijo (Bačar in Koder, 2006).

Zdravljenje traja pri prvem izbruhu depresije devet mesecev, pri dveh ali več epizodah depresije pa traja zdravljenje od 15 mesecev do pet let. Če je prisotna kronična depresija, pa je potrebno doživljenjsko zdravljenje (Bačar in Koder, 2006).

Zdravljenje depresije je razdeljeno v tri faze (Anderluh, 2010):

1. faza: akutna faza; zdravljenje traja od šest do deset tednov, hospitalizacija je nujna v izjemnih primerih,
2. faza: nadaljevalna faza; zdravljenje traja od šest do devet mesecev,
3. faza: vzdrževalna faza; zdravljenje traja 12 mesecev in več.

Zdravljenje depresije je lahko tudi neučinkovito, ker pacient ne sodeluje pri zdravljenju oziroma neredno uživa predpisana zdravila ali pa jih sploh ne. Drugi dejavniki, ko zdravljenje ni uspešno, so še neprepoznana psihoza, komorbidnost, prekratek čas jemanja in neustrezen odmerek (Bačar in Koder, 2006). Antidepresivi imajo prav tako kakor druga zdravila neželene stranske učinke in zaplete. Antidepresive lahko razdelimo na več posameznih skupin. Najpomembnejši stranski učinki so: prebavne motnje, povečanje anksioznosti, agitacija, motnje spanja, spolne motnje in spremembe telesne teže (Pregelj, 2009).

1.5.2 Psihoterapija

Psihoterapija je poseben način zdravljenja, s katerim izurjen človek s pomočjo psiholoških sredstev in metod vpliva na človeka, da bi dosegel določene spremembe v doživljanju in zdravstvenem stanju. Terapevt s svojo osebnostjo in duševnimi vplivi učinkuje na človeka, da bi dosegel določen cilj. Psihoterapevtske metode na psihiatričnih oddelkih v bolnišnici in ambulantah lahko izvajajo usposobljene medicinske sestre z dodatno izobrazbo. Psihoterapija pokriva pester spekter težav in simptomov ter se lahko uporablja kot samostojna metoda zdravljenja ali v kombinaciji z drugimi oblikami. Cilj psihoterapije je odstraniti ali omiliti simptome, spodbuditi osebnostno rast in razvoj, najti ustrezen odnos do ljudi in ugotoviti, kaj je smisel življenja (Pukl Gabrovšček, 2009).

Psihoterapevtski pristopi so (Pukl Gabrovšček, 2009):

- psihoanaliza,
- analitična psihoterapija,
- kratka dinamična psihoterapija,
- suportivna psihoterapija,
- skupinska psihoterapija,
- družinska psihoterapija.

1.5.3 Vedenjsko-kognitivna terapija

Vedenjsko-kognitivna terapija se uvršča med nove vrste psihoterapij in zahteva močno terapevtsko zavezanost ter zaupanje med terapevtom in pacientom, v odnos mora terapevt vnašati skrb in spoštovanje. Terapevt mora v koncept reševanja problemov pacienta vključevati misli, ki jih doživlja pacient, vedenja (npr. izolacijo) in čustva. Cilj tovrstne psihoterapije je, da terapevt deluje edukativno in nauči pacienta, da postane sam svoj terapevt. Vsaka terapija je prilagojena posamezniku glede na naravo njegovih težav, sposobnostim, vendar se temeljni principi uporabljajo za vse paciente. Uspešnost terapije je odvisna od motivacije pacienta (Smrdu, 2009).

1.5.4 Elektrokonvulzivna terapija

Elektrokonvulzivna terapija (v nadaljevanju EKT) je zdravljenje, pri katerem se sproži sunek električnega toka skozi možgane, ki povzročijo epileptični napad. V Sloveniji se tovrstna oblika zdravljenja ne uporablja več približno dve desetletji. Pred časom so EKT izvajali brez anestezije in mišičnih relaksantov, danes je pacient v anesteziji in ne čuti ničesar. EKT se uporablja tudi pri zdravljenju hudih depresivnih motenj, kjer druge oblike zdravljenja ne učinkujejo več, zato je EKT za tovrstne bolnike edina možnost zdravljenja. EKT se uporablja tudi pri psihiatričnih stanjih, ki zahtevajo takojšen učinek, na primer huda nagnjenost k samomoru (Videnšek, 2012).

1.5.5 Telesna dejavnost

Telesna dejavnost močno vpliva na počutje, zato je priporočena telesna aktivnost vsaj 30 minut na dan, več dni v tednu ali pa še bolje vsak dan. Spada med komplementarne oblike pomoči. Da so pacienti telesno dejavni, je poskrbljeno tudi v bolnišnicah, le ugotoviti je treba, kaj pacientu najbolj ustreza: tek, hoja, nordijska hoja, fitnes itd. (Dovč in sod., 2009). Ljudje z depresijo so nedejavni in imajo zmanjšano telesno zmogljivost v primerjavi z ostalimi posamezniki, ki ne trpijo zaradi depresije, zato se med enostavne komplementarne metode zdravljenja depresije v zadnjem času uvršča telesna dejavnost, ki v kombinaciji z antidepresivi pozitivno vpliva na potek in izid zdravljenja, vendar se omenjeni terapevtski pristop v praksi ne izvaja tako pogosto, ker je potrebno še veliko kliničnih raziskav (Kores Plesničar in Plesničar, 2009).

1.6 Vloga zdravstvene nege

Zdravstvena nega obravnava pacienta glede na temeljne življenjske aktivnosti. Pri pacientih z depresijo, ki so samomorilno ogroženi, je v prvi vrsti še posebej pomembno, da je poskrbljeno za varnost, pomembna je tudi terapevtska komunikacija, opazovanje in vzpostavitev pristnega terapevtskega odnosa (Kobentar, 2009).

Dihanje in krvni obtok

Potrebno je dnevno kontroliranje vitalnih funkcij, ker se običajno dihanje in krvni obtok spremenita, delovanje se upočasni oziroma zmanjša, redkeje se pospeši (Kobentar, 2009).

Izločanje in odvajanje

Zaradi manjšega vnosa hrane in tekočine je izločanje urina s primesmi manjše, kar opozarja na dehidracijo s posledično obstipacijo, ki lahko pripelje do nevarnega ileusa. Tako obstipacija kot tudi zastoj urina sta lahko posledica stranskih učinkov določene psihiatrične terapije, še posebej pri starostnikih in nosečnicah. Potrebno je vodenje dokumentacije in izvajanje terapevtskih postopkov po naročilu zdravnika (Kobentar, 2009). Ker je črevesna peristaltika upočasnjena, je potrebna motivacija pacienta k telesni aktivnosti (Napast, 2010).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- obstipacija,
- nevarnost za obstipacijo,
- aktivnost – nezmožnost za telesno aktivnost.

Prehranjevanje in pitje

Življenjska aktivnost je nujno potrebna za zagotovitev vnosa hranilnih snovi in tekočin ter za preživetje pacienta (Napast, 2010). Pri pacientih z depresijo je ta življenjska aktivnost pogosto motena v smislu povečanega apetita ali pa ravno nasprotnega. Zagotoviti je treba več manjših obrokov z vsemi skupinami živil. Pacienta je treba spodbujati k hrani, po potrebi tudi nahraniti. Medicinska sestra mora dnevno kontrolirati vnos hrane, tekočine in redno spremljati telesno težo. Po potrebi oziroma po navodilu zdravnika mora aplicirati intravenozno infuzijo zaradi nezadostnega vnosa tekočin, v izjemnih primerih pa je za krajši oziroma daljši čas indicirana nazogastična sonda (Kobentar, 2009).

Možne negovalne diagnoze so lahko (Gordon, 2003):

- neuravnovešena prehrana – več kot telo potrebuje,
- neuravnovešena prehrana – manj kot telo potrebuje,
- tekočine – prenizek volumen.

Vzdrževanje normalne telesne temperature

Potrebno je dnevno kontroliranje telesne temperature in ostalih vitalnih funkcij zaradi motene percepcije v možganih (Kobentar, 2009).

Gibanje in ustrezna lega

Pacienti z depresijo so lahko psihomotorično agitirani, vendar je pogostejša psihomotorična retardacija, kar pomeni, da ne morejo vstati s postelje in posledično ne morejo izvajati osnovnih življenjskih aktivnosti (osebna higiena in urejenost, prehranjevanje in pitje), za kar obstaja nevarnost razjede zaradi pritiska in edemov nog. Naloga medicinske sestre je, da usmerja in spodbuja pacienta h gibanju s pomočjo vedenjsko-kognitivne terapije, v izjemnih primerih pa mora poskrbeti za ustrezno lego v postelji in uporabiti ustrezne pripomočke za razbremenitev kritičnih predelov (Kobentar, 2009).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- aktivnost – nevarnost za nezmožnost telesne aktivnosti,
- razjeda zaradi pritiska,
- hiranje – nevarnost telesnega propadanja,
- aktivnosti – pomanjkljive aktivnosti prostega časa,
- utrujenost.

Spanje in počitek

Zaradi izgube interesov in nedejavnosti se ritem spanja spremeni. V akutni fazi depresije se pacienti bojijo zaspiti zaradi vsiljivih depresivnih misli in anksioznosti. Nespeči so utrujeni, jezni, razdražljivi in nimajo energije. Pomanjkanje spanja in počitka je še posebej nevarno zaradi nastanka samopoškodb in poskusa samomora, uspešni samomori in poskusi se dogajajo ravno v zgodnjih jutranjih urah. Treba je oceniti stopnjo samomorilne ogroženosti zaradi uvedbe posebnih varovalnih ukrepov, ki jih odredi zdravnik (Kobentar, 2009).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- spanje – motnje spanja,
- spanje – ob nenormalnem času,
- spanje – prekratko.

Izogibanje nevarnostim v okolju

Ker so pri pacientih z depresijo pogosto prisotna samomorilna nagnjenja, je treba s pacientom vzpostaviti terapevtski odnos in skleniti dogovor glede suicidalnih nagnjenj in misli, kar pomeni, da mora pacient obljubiti, da si ne bo na kakršen koli način škodoval. Samomorilno ogrožene paciente je treba kontinuirano spremljati in opazovati, voditi je treba tudi dokumentacijo o stalnem nadzoru. Pacienta se odkrito vpraša, če ima izdelan samomorilni načrt. O vseh spremembah stanja pacienta mora biti zdravnik obveščen, ki odredi tudi dodatne varnostne ukrepe. Prav tako je treba biti v stiku s svojci (Kobentar, 2009).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- samomor – nevarnost,
- poškodovanje samega sebe,
- poškodovanje samega sebe – nevarnost za poškodovanje samega sebe.

Osebna higiena in urejenost

Ta aktivnost prav tako postane problematična, saj pacienti izgubijo občutek za estetski videz in urejenost ter začnejo to življenjsko aktivnost pomanjkljivo opravljati. Pacienti se po več dni ali mesecev ne okopajo in umijejo lasišča, zato po koži začnejo nastajati razjede in ragade ter razni izpuščaji, oddajajo neprijeten vonj, imajo zadah iz ustne votline, nohti na rokah in nogah so neurejeni, lasišče pa zahteva temeljit pregled zaradi morebitne prisotnosti parazitov. Pacienta je treba spodbujati k osebni higieni, ne sme se ga siliti, upoštevati je treba njegove navade in če je potrebno, se ga pouči o lastni skrbi za

telo (Kobentar, 2009). Za dvig izgubljene samozavesti je skoraj nujna pohvala pacienta, če je le urejen, saj urejenost predstavlja dobro počutje in ohranjanje zdravja (Napast, 2010).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- samonega – zmanjšana možnost za samostojno osebno higieno,
- samonega – zmanjšana zmožnost samostojnega oblačenja in osebne urejanja.

Oblačenje

Oblačenje je prav tako prizadeto, ne upoštevajo higienskih norm, sploh pri menjavi spodnjega perila in nogavic. Včasih so neprimerno oblečeni glede na letni čas, se pravi preveč ali premalo, kar pripelje tudi do motenj vzdrževanja normalne telesne temperature. Tako mora medicinska sestra pacienta informirati o pomenu nošenja čistih in ustreznih oblačil, upoštevati mora morebitne pacientove kulturne navade in če ima obleka za pacienta poseben pomen. Če je potrebno, mu pomaga pri aktivnosti oblačenja in izbiri oblačil (Kobentar, 2009).

Odnosi z ljudmi, izražanje občutkov, čustev in potreb

Komunikacija je bistvenega pomena za izražanje svojih občutkov in izmenjavo informacij (Napast, 2010). Aktivnost je prav tako motena, saj se pacienti zaprejo sami vase in se socialno izolirajo od drugih. Z ljudmi imajo hladen odnos, se oddaljijo ali pa celo prekinejo stike. Pacienti z depresijo govorijo tiho, komaj razločno, glas je monoton in brez dinamike, zato je treba pacienta spodbujati h komunikaciji, vendar se ne sme imeti prevelikih zahtev in pričakovanj (Kobentar, 2009).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- socialna izolacija (odklanjanje stikov),
- socialna izolacija,
- komunikacija – nepopolna, verbalna,
- samospoštovanje – nizko zaradi določene situacije,
- socialne interakcije – nepopolne.

Učenje in pridobivanje znanja

Učenje in pridobivanje znanja ni mogoče v akutni fazi, saj je stopnja pomnjenja in koncentracije nizka. Kasneje lahko dijaki in študenti z ustrezno pomočjo sledijo aktivnostim v šoli, sicer le za krajši čas, in tudi nadaljujejo šolanje (Kobentar, 2009).

Možne negovalne diagnoze so (Gordon, 2003):

- koncentracija – pomanjkljiva sposobnost koncentracije,
- miselni procesi – moteni.

1.7 Depresija pri mladostnikih

Mladostništvo ali adolescenca je razvojno obdobje med otroštvom in obdobjem odraslosti. V tem obdobju se dogaja veliko stvari z vidika hormonskih, telesnih in psiholoških sprememb (Napast, 2010), zato so mladostniki zaradi tega razvojnega obdobja še posebej občutljivi (Temlin, 2016). Nekateri od omenjenih sprememb lahko v tem obdobju negativno vplivajo na mladostnika (Lewis in Simons, 2009). Depresija, ki se pri mladih pojavi zgodaj in vztraja dovolj dolgo ter se ponavlja, se največkrat nadaljuje tudi v odraslo obdobje, s čimer se poveča verjetnost hudih bolezni v kasnejšem obdobju življenja (Virk, 2010). Pri mladostnikih se pojavlja podobno kot pri odraslih. Težave se začnejo z izgubo volje do stvari, zato raznorazne dejavnosti opuščajo. Nezadovoljni so s svojim zunanjim videzom, počutijo se nepriljubljeno med svojimi vrstniki, v šoli popustijo, kar je prvi opozorilni znak, da se z mladostnikom nekaj dogaja, so nezbrani pri pouku in kažejo nezainteresiranost. Po spolu se vedenje bistveno razlikuje. Fantje najpogosteje zlorablajo alkohol, tudi droge, so razdražljivi, iščejo konflikte in so verbalno agresivni predvsem z najbližjimi. Dekleta največkrat segajo po analgetikih in anksiolitikih, se samopoškodujejo, lahko se pojavijo motnje hranjenja (Gregorič Kumperščak, 2011).

Depresija lahko za mladostnika pušča dolgotrajne posledice, če se ne ukrepa pravočasno, zato je pomembno, da je prepoznana in zdravljena čim prej. Nezdravljena depresija privede do težav v šoli in s tem ne doseže izobrazbe, ki si jo je zadal zaradi težav s koncentracijo in pomanjkanjem energije (Temlin, 2016).

Lewis in Simons (2009) navajata, da približno 20 % mladostnikov doživlja simptome depresije do starosti 18 let. Nekateri študije so pokazale, da je depresija pri mladostnikih dolgoročno povezana z motnjami hranjenja, zlorabo alkohola in drog, anksioznostjo, težavami v družini, morebitno nezaželeno nosečnostjo in s slabšim učnim uspehom v šoli. Virk (2010) pa navaja, da depresijo pogosteje doživljajo skupaj z drugimi motnjami, na primer z anksioznostjo, motnjami hranjenja, hiperaktivnostjo, pa tudi z umikom v samega sebe in z neuspehom v šoli. Prav tako je depresijo pri mladostnikih težje prepoznati ravno zaradi sočasnih motenj.

1.8 Depresija in študenti

Depresija se v zadnjem času vse bolj pogosto pojavlja tudi med študenti, pogosteje obolevajo ženske (Kerr, 2012). Največji problem depresije pri študentih je ta, da je depresijo težko odkriti, ker se težave zaznajo kot stres in kot običajne težave vsakega študenta (Aziz in sod., 2014). Prehod študentov iz srednje šole na fakulteto predstavlja veliko sprememb in novosti, ker se mora spoprijeti z novimi izzivi, še posebno če je prvič od doma, stran od staršev, zato imajo težave s prilagajanjem na novo okolje in tudi na ljudi. Težavo predstavljata tudi pritisk na fakulteti in zahtevnost študijskega programa, nekateri študentje pa morajo med študijskim letom opravljati študentsko delo, ker starši ne morejo plačevati vseh stroškov, zato lahko izgubijo voljo tako do študija kot do dela (Gerard in sod., 2006). Možnih je veliko dejavnikov tveganja, ki študenta pripeljejo do depresije; od nepripravljenosti na študentsko življenje, manj možnosti za zaposlitev, stresno življenje in tudi razpad partnerske zveze (Kerr, 2012). Depresija zato močno otežuje študij in človeka samega, prav tako pa tudi predpisana psihiatrična terapija, saj povzroča nezbrano in motnje koncentracije, zato je pomembno, da je depresija

pravočasno odkrita in tudi zdravljena. Psihiatrična terapija lahko študentu pomaga pri dokončanju študija in tudi na nadaljnji življenjski poti (DŠIS, n. d).

2 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKE NALOGE

Depresija je najpogostejša duševna bolezen v svetu in se v zadnjem času pojavlja v velikem številu tudi med študenti po vsem svetu. Ker problematika med študenti ni bila velikokrat obravnavana, je namen diplomske naloge s pregledom literature predstaviti problem depresije pri študentih, zato so cilji:

- s pregledom obstoječe literature ugotoviti, kako pogosta je depresija pri študentih in kateri so najpogostejši vzroki za nastanek ter vpliv depresije na študij,
- ugotoviti, kateri so specifični dejavniki tveganja za depresijo pri študentih (vsakdanji pritisk na fakulteti, manj možnosti za zaposlitev itd.),
- pogostost samomorilnosti pri študentih in kateri spol je bolj ogrožen,
- teoretično raziskati, kako so depresiji izpostavljeni študentje zdravstvene nege in kakšen vpliv ima študent z depresijo na pacienta,
- pomoč prijatelju, ko doživlja stisko, in na kaj je treba biti pozoren,
- kakšno je zadovoljstvo z življenjem v času študija in kateri dejavniki vplivajo na zadovoljstvo.

3 METODE DELA IN MATERIALI

Uporabljen je bil pregled literature predvsem znanstvenega in strokovnega gradiva. Vključitveni in izključitveni kriteriji za iskanje literature so podrobneje predstavljeni v Preglednici 1. Uporabljene ključne besede, ki so povezane z Boolovimi operaterji (and, not, or) v angleščini, so bile: nursing care, depression in college students, stigma of mental illness, depression in nursing, quality of life students with depression. Literatura, iskana v slovenskem jeziku, je bila iskana z naslednjimi ključnimi besedami: depresija med študenti, duševne motnje v mladosti, zdravstvena nega, zdravljenje depresije, samomori med študenti. Iskanje literature je potekalo od novembra 2015 do junija 2016. Različne kombinacije ključnih besed iskanja z Boolovimi operaterji, in sicer prek dostopnih celotnih besedil v slovenščini in angleščini, je podalo 37 zadetkov, vso vključeno literaturo smo omejili na 23 zadetkov, v vsebinsko analizo oziroma sintezo, vezano na depresijo pri študentih, pa je vključenih 11 člankov. Za dostop do gradiva so bile uporabljene specializirane baze podatkov: EBSCOhost, ScienceDirect, PubMed, Wiley Online Library, Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru (DKUM), spletna stran Digitalne knjižnice Slovenije ter relevantne spletne strani strokovnih organizacij Svetovne zdravstvene organizacije in NIJZ ter tiskano strokovno gradivo. Preostali viri literature vključujejo ostale spletne strani in posamezna poglavja v dveh monografijah.

Preglednica 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

| Kriterij | Vključitveni kriteriji | Izključitveni kriteriji |
|-----------------------|---|--------------------------------|
| Medicinska diagnoza | Depresija | Začasna motnja razpoloženja |
| Starost oseb | 18–26 let | > 26 let |
| Vrste publikacij | Objavljeni izvorni, pregledni, znanstveni in strokovni članki | Neobjavljeno gradivo |
| Časovno obdobje objav | 2003–2015 | Starejši |
| Jezik | Slovenski, angleški | Drugi jeziki |
| Dostop | Celotna besedila | Kratka besedila |

4 REZULTATI

V nadaljevanju sledi poglavje o depresiji pri študentih, v katerem so predstavljeni epidemiologija, specifični dejavniki tveganja, značilni za študente, samomorilnost, vpliv depresije na študij, predstavljena je depresija med študenti zdravstvene nege in kako so študenti zadovoljni z življenjem.

4.1 Depresija pri študentih

Študent predstavlja svetu naložbo družbe za prihodnost, zato sta duševno zdravje in dobro počutje izredno pomembna, da lahko študent prispeva k družbi (Kumaraswamy, 2013).

Z depresijo imajo študentje težave na mnogih fakultetah. Povprečna starost za depresijo pri študentih se giblje med 18 do 24 let. V Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) so duševne motnje pri mladih kar pogoste, saj predstavljajo skoraj polovico vseh bolezni (Colarič in Eder, 2008). Depresijo je pri študentih težko odkriti, ker je zaznavana kot stres in kot običajne težave vsakega mladostnika (Aziz in sod., 2014).

Gerard in sod. (2006) navajajo, da za veliko študentov prehod iz srednje šole na fakulteto predstavlja veliko novosti, ker se nekateri prvič odselijo iz domačega kraja v kraj, kjer poteka študij, ob čemer lahko študent doživlja razburjenje, veliko pričakovanj in navdušenja. Študent mora pred vstopom na fakulteto sprejeti veliko izzivov in se z njimi spoprijemati. Drugo okolje, vsakdanji pritisk na fakulteti in zahtevnost študijskega programa so le nekatere spremembe, s katerimi se mora študent soočiti. Študentsko življenje predstavlja za nekatere študente veliko več priložnosti in svobode kot v srednji šoli. V prvi vrsti imajo nekateri težave s prilagajanjem, ker prvič izkusijo študentsko življenje, za posameznike tudi odsotnost od doma, kar je zanje izčrpavajoče. Nekateri študentje morajo poleg študija služiti denar, ker jim starši ne morejo plačevati stroškov in jim na koncu zmanjka energije tako za študij kot za delo.

Študentsko življenje prinese s seboj veliko stresorjev, ki se poleg spremenjenega vzorca spanja in novega kroga ljudi po drugi strani izgubljajo stiki s starimi prijatelji, pri nekaterih študentih spodbudi depresijo tudi ločitev od staršev (domotožje) in samostojno življenje. Tisti študentje, ki prvič vstopijo v študentsko življenje, so pod velikim pritiskom in stresom. Za študente prvih letnikov obstaja večje tveganje, da opustijo študij kot njihovi starejši kolegi (Colarič in Eder, 2008). Mnogo ljudi izkusi prve simptome depresije prav v študentskih letih svojega življenja (NIMH, 2012). Kot navaja Kumaraswamy (2013), imajo različne težave s študijem, motnjami koncentracije, študij jih ne zanima, počutijo se manjvredne od svojih vrstnikov, spremlja jih občutek nesposobnosti in da je življenje nesmiselno.

4.1.1 Epidemiologija

Pri splošni populaciji predstavljajo večje tveganje za depresijo ženske in nič drugače ni pri študentih, saj študentke prav tako predstavljajo večjo nevarnost, da se pri njih razvije depresija kot pri moških. Depresija predstavlja pravo epidemijo med študenti (Kerr, 2012).

Statistični podatki, ki kažejo, kako je z depresijo med študenti v ZDA, so sledeči (Kerr, 2012):

- ¼ študentov trpi zaradi neke duševne bolezni, med njimi je tudi depresija,
- 44 % ameriških študentov poroča, da občutijo znake depresije,
- 75 % študentov ne išče pomoči,
- samomor je tretji najpogostejši vzrok smrti med študenti,
- od 4 od 5 študentov poskuša narediti samomor ali kažejo opozorilne znake.

4.1.2 Dejavniki tveganja

V nadaljevanju so predstavljeni dejavniki tveganja, ki so značilni za študente.

Dejavniki tveganja so (Kerr, 2012):

- nepripravljenost študentov na študentsko življenje,
- manj možnosti za zaposlitev, ki bi omogočala dostojno in samostojno življenje,
- opustitev študija,
- študenti z depresijo predstavljajo večje tveganje za zlorabo alkohola in drog, tvegano spolno vedenje,
- nesposobnost obvladovanja čustvene bolečine,
- recept za depresijo pri študentih prestavlja stresno življenje, ki ga prinaša študij, pomanjkanje spanja, slabe prehranjevalne navade zaradi pomanjkanja časa in premalo gibanja, nerazumevanje in konflikti s sostanovalci, finančne skrbi in pritisk, da bi dobili dobre ocene, ter zahtevnost študijskega programa.

Kerr (2012) ugotavlja, da za študente prav tako pomenijo povod za depresijo težave na ljubezenskem področju in razpad zveze, še posebej velja to za študentke, ker doživljajo večjo stisko in globoko razmišljajo o razpadlem razmerju ter čutijo večjo stopnjo žalosti in tesnobe. Tveganje za depresijo, povezano z razpadom zveze, lahko vključujejo vsiljive misli in težave, kako obvladovati vsiljive misli in motnje spanja.

4.2 Samomorilnost med študenti

Smrt zaradi samomora je tretji najpogostejši vzrok smrti med mladimi v starosti od 18 do 24 let in predstavlja resen javnozdravstveni problem (Brownson in sod., 2014). Med študenti je raven samomorilnosti višja pri moških kot pri ženskah, čeprav ga ženske poskušajo izvesti pogosteje (Aziz in sod., 2014). Ocenjeno je, da se je več kot polovica študentov, ki stori samomor, zdravila za duševno motnjo, drugi pa so zlorabljali prepovedane substance in alkohol (Taub in Thompson, 2013).

Dejavniki tveganja za samomor pri študentih so (Kerr, 2012):

- zloraba alkohola in drog,
- družinska anamneza depresije in drugih duševnih bolezni,
- predhodni poskusi samomora,
- avtoagresivno vedenje (sežiganje, rezanje),
- medosebne težave,
- brezupnost,
- slabše strategije reševanja težav.

Odločitev za samomor je impulzivna in hitra. Pri tistih, ki se odločajo za samomor, lahko vzrok tiči tudi v preteklosti, nekateri so bili lahko deležni fizične in spolne zlorabe ter družinskega nasilja v otroštvu. S samopoškodovanjem, na primer rezanjem zapestij, si s tovrstnim početjem lajšajo notranjo bolečino in stisko. Tisti, ki se samopoškodujejo, nimajo samomorilnega namena, in tisti, ki imajo izdelan načrt za samomor, se le redko samopoškodujejo (Gregorič Kumperščak, 2012).

Misel na samomor je zgodnji simptom dejanskega samomora (Aziz in sod., 2014). Prepoznavanje samomorilnosti pri študentih je zelo pomembno za preprečevanje poskusov samomora in posledično smrti zaradi samomora. Samomorilnost je najbolj izrazita pri tistih osebah s hudo depresijo (Cukrowicz in sod., 2011). Hospitalizacija je indicirana pri tistih po poskusu samomora in tistih, ki uberejo drugačen način poskusa (zaužitje tablet), indicirani so moški spol, prejšnji poskusi samomora in samomorilne misli (Gregorič Kumperščak, 2012).

Prepoznavanje samomorilno ogroženega

Komunikacija s samomorilnim pacientom mora biti neposredna, da se lahko oceni stopnjo samomorilne ogroženosti, še prej pa je treba vzpostaviti terapevtski odnos. Direktna vprašanja, ki jih navaja Gregorič Kumperščak (2012), so sledeča:

- *»Ali razmišljaš o smrti in samomoru?«*
- *»Ali si kdaj razmišljal, kako bi končal svoje življenje?«*
- *»Ali bi se rad ubil?«*
- *»Si že kdaj poskušal storiti samomor?«*

Če na katero koli od naštetih vprašanj odgovori pritrdilno, ga je treba podrobno povprašati, na primer, zakaj tega ni storil, kaj ga je pri tem omejevalo (Gregorič Kumperščak, 2012).

4.2.1 Kako pomagati prijatelju

Po navadi je prijatelj med prvimi, ki opazi, da se z njegovim vrstnikom nekaj dogaja, saj z njim preživi večino časa svojega študija, seveda če se izvaja študij izven domačega kraja. Če obstaja sum, da ima prijatelj težave, mu lahko pomaga na več načinov. Ker obstaja verjetnost, da posameznik, ki ima težave, sam ne bo iskal pomoči, igra prijatelj pri tem pomembno vlogo (NIMH, 2012).

Lahko se odloči, da bo vzpostavil stik s starši in jih obvestil o dejanskem stanju ali pa se bo direktno obrnil na zdravnika ali psihološko pomoč, lahko gre z njim in mu s tem izkaže podporo ter občutek zaupanja in da sta njegova varnost ter zdravje na prvem mestu (NIMH, 2012).

Lahko naredi sledeče (NIMH, 2012):

- nudi podporo, mu da občutek razumevanja, ga spodbuja in je potrpežljiv,
- pogovori se s prijateljem,
- nikoli ne sme prezreti izjav ali namigovanj o samomoru, o njih poročati zdravniku,
- prijatelja povabi na sprehode in razne aktivnosti, vendar ga ne sili,
- opomni ga, da je depresija ozdravljiva in da jo bo prebrodil,

- pomaga mu pri študijskih obveznostih.

4.3 Iskanje pomoči in diagnosticiranje depresije

Mnogo študentov ne dobi ustrezne pomoči, ki bi jo potrebovali, ker ne vedo, kje bi iskali strokovno pomoč, ali pa so mnenja, da jim zdravljenje ne bi pomagalo. Nekateri ne iščejo pomoči zato, ker mislijo, da so težave in simptomi, ki jih imajo, le del stresa (NIMH, 2012).

Študentsko življenje je stresno za večino študentov, zato je pomembno, da prijatelji, starši in fakulteta pravočasno ukrepajo, če posumijo, da študent trpi zaradi depresije (Kerr, 2012). Kumaraswamy (2013) navaja, da mora študent najprej sprejeti realno sliko v povezavi s študijem, vliti mu je treba upanje, da bo dosegel zastavljene cilje in da bo na študijskem področju uspešen, in mu pomagati okrepiti samozavest.

Največja ovira, da študenti ne poiščejo pomoči, je stigma, ker se bojijo reakcije svojih vrstnikov in okolice, da imajo duševno bolezen. Še en vzrok, da ne poiščejo pomoči, je tudi socialna stiska, ki je povezana z depresijo (Kerr, 2012).

Zdravljenje depresije je lahko zelo učinkovito, če je diagnoza postavljena pravočasno. Če se razrešijo simptomi depresije, študenti uspejo na fakulteti in tudi kasneje po diplomi (NIMH, 2012). Najboljša terapija za študente, ki trpijo zaradi depresije, so običajno kombinacije antidepresivov s psihoterapijo, vedenjsko kognitivno terapijo in razne pogovorne terapije. Študenti dobijo mnogo koristi tudi od telesne aktivnosti, zdrave prehrane in z zadostnim počitkom (Kerr, 2012).

4.3.1 Depresija med študenti zdravstvene nege

Študentje zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) so v času izobraževanja še posebej izpostavljeni visokemu deležu stresa in tesnobe. Opravljanje kliničnega usposabljanja in izpostavljenost bolnišnici predstavlja za študenta večji stres kot sedenje in poslušanje na predavanjih zaradi stika s pacientom, ki lahko negativno (smrt pacienta) ali pozitivno vpliva na študenta, bojijo se tudi, da bi na praktičnem usposabljanju delali napake. Podvrženi so dolgim uram študija in kliničnega usposabljanja, kar od človeka zahteva čustveno in osebnostno zrelost, če študent tega nima, lahko z lahkoto pripelje do simptomov depresije (Amera in sod., 2012).

Študentje ZN bi radi postali zdravi zdravstveni delavci, ki bi izvajali promocijo zdravja in zdravstvene nege svojim pacientom. Če študent trpi zaradi depresije ali ko se po končanem študiju zaposli, lahko depresija močno zmanjša delovne funkcije in moti odnos medicinska sestra–pacient. Ker so medicinske sestre in prav tako študentje pomembni za paciente ter so z njimi v neposredni interakciji, je pomembno, da se depresijo prepozna in začne zdraviti čim prej, da ne bi še bolj ogrozilo odnosa medicinska sestra – pacient (Ahmadi in sod., 2003).

4.3.2 Vpliv depresije na študij

Študij v določenih situacijah občasno predstavlja za vse študente stres, na nekatere pa ima hujši vpliv. Pri nekaterih študentih predstavlja nova poznanstva, izolacija, domotožje, pritisk na fakulteti in zloraba alkohola in drugih substanc hude težave v povezavi s

študijem, zato lahko omenjene težave neposredno pripeljejo do depresije, ki močno vpliva na študijsko uspešnost (DŠIS, n. d).

Študijske obveznosti močno otežuje tudi psihiatrična terapija (antidepresivi, antipsihotiki itd.), saj povzroča zaspanost in posledično nezbranost pri predavanjih in drugih aktivnostih. Zgodnja diagnoza in zdravljenje depresije sta zelo pomembna, da študentom pomagata na študijski poti in poti do ozdravitve (DŠIS, n. d).

4.3.3 Zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo z življenjem se opredeljuje kot splošna ocena dobrega počutja, zadovoljstva in sreče, ki se ocenjuje glede na razpoloženje in odnose z drugimi. Je skupna ocena čustev in stališč o življenju posameznika v nekem določenem trenutku (Serin in sod., 2010).

Na zadovoljstvo z življenjem študentov vpliva veliko dejavnikov, kot so socialno-ekonomski položaj, zadovoljstvo s študijskim programom, stopnja izobraževanja in življenjski pogoji. Vsi naštetih dejavniki vplivajo na tesnobo in depresijo v času študija. Zadovoljstvo z življenjem študentov se kaže s tem, kako posameznik uresničuje želje in cilje, ki si jih je zadal. Tesnoba in depresija sta čustvena odziva na spremembe v okolju in na sploh v življenju (Serin in sod., 2010).

Študenti z depresijo globoko razmišljajo o sebi in analizirajo samega sebe ter prav tako okolje, v katerem bivajo. V svoji prihodnosti ne vidijo ničesar lepega in pozitivnega, vidijo jo kot negativno. Kot že omenjeno, depresija med študenti vodi v uživanje alkohola in drog, socialno izolacijo, povečano odsotnost od predavanj in drugih študijskih obveznostih, padec sposobnosti, motivacije in uspeha (Serin in sod., 2010).

4.3.4 Preventivni ukrepi za študente

Fakultete bi morale uvesti nekaj sprememb, da bi bilo depresije med študenti manj. V prvi vrsti bi bilo treba spodbujati toplo in čustveno okolje za študente in na fakultetah ustanoviti študentske svetovalnice, v katerih bi strokovnjaki nudili pomoč tudi študentom, ki imajo težave z duševnim zdravjem. Študentska svetovalnica bi morala biti povezana s profesorji, ki bi poznali dejansko stanje študenta. Profesorji in ostali zaposleni na fakulteti bi opravili seminarje in delavnice, da bi znali prepoznati psihološke težave, ki jih imajo študenti. Prav tako, bi bili tudi študentje vključeni v delavnice oziroma seminarje za obvladovanje stresa (Kumaraswamy, 2013).

5 RAZPRAVA

S pregledom strokovne tuje in domače literature smo dosegli zastavljene cilje. Prvi postavljeni cilj je bil ugotoviti, kako pogosta je depresija pri študentih in kakšni so vzroki za nastanek in vpliv depresije na študij. Iz rezultatov pregleda literature je razvidno, da je depresija postala pogost problem med študentsko populacijo, starih med 18 do 24 let (Colarič in Eder, 2008). Kerr (2012) navaja, da so statistični podatki v ZDA glede depresije med študenti zaskrbiljujoči, saj kar 44 % študentov poroča, da občuti znake depresije, in da velik delež študentov, kar 75 %, ne poišče pomoči za svoje težave, kar meji že na epidemijo depresije med študenti. Glavna vzroka za nastanek te duševne motnje sta v prvi vrsti sprememba okolja in drugačen način življenja kot pred začetkom študija, kar navajajo Gerard in sod. (2006). Študij na splošno močno omejuje psihiatrična terapija, ker povzroča zaspanost in druge stranske učinke, posledična nezbranost na predavanjih in ostalih zadolžitvah pa ovira na poti do uspeha in končanja študija, navaja DŠIS (n. d).

Kot drugi cilj je bil namen ugotoviti, kateri so specifični dejavniki tveganja za depresijo pri študentih. Kerr (2012) navaja, da so tipični dejavniki tveganja predvsem povezani s študijem, na primer v današnjih časih je velik problem zaposlitve, in s tem, kako si bodo po končanem študiju ustvarili samostojno življenje in družino, neodvisno od pomoči staršev. Nepripravljenost na študentsko življenje, predvsem zaradi nenadnega in hitrega prehoda iz srednje šole na fakulteto, predstavlja še večji stres za tiste študente, ki so prvič od doma, stran od staršev. Piko na i za podkrepitev ali pa pojav depresije pa predstavljajo še težave v razmerju, kar predstavlja še večjo čustveno bolečino in tesnobo. Ostali avtorji (Colarič in Eder, 2008) prav tako navajajo, da je začetek študentskega življenja prežet s stresom in študijskim pritiskom.

Kot tretji cilj je bil ugotoviti pogostost samomorilnosti pri študentih. Ugotovljeno je bilo, da samomor ni redkost med študenti, saj predstavlja resen javnozdravstveni problem. Kerr (2012) navaja, da je možnih več dejavnikov tveganja za samomor, ocenjeno je, da dobra polovica študentov stori samomor zaradi predhodnega zdravljenja duševnih motenj in zaradi zlorabe alkohola ter prepovedanih drog. Stresni življenjski dogodki imajo tudi močan vpliv na tveganje za samomor, ki so poleg tega združeni s stresnim študijem. Gregorič Kumperščak (2012) navaja, da je treba znati prepoznati samomorilno ogroženega, da se tako prepreči najhujši izid. Komunikacija mora biti neposredna in direktna. Dodati je treba, da je pomemben vzpostavljen terapevtski odnos med pacientom in zdravstvenim osebjem.

Naslednji cilj, ki smo si ga zastavili, je bil, kako zelo so študenti zdravstvene nege izpostavljeni depresiji in kako ta vpliva na odnos med študentom in pacientom. K depresiji so nagnjeni študentje zdravstvene nege, kar navaja (Amera in sod., 2012), predvsem zaradi stresnega kliničnega usposabljanja, in po tem sledijo še dolga predavanja, kar od njih zahteva osebnostno in čustveno zrelost za sprejemanje takih naporov. Če študent ZN zboli za depresijo, ta zmanjša študentove delovne zmožnosti, prav tako je depresija zelo neugodna v povezavi s kliničnim okoljem, v katerem opravlja obveznosti zaradi negativnega vpliva na pacienta, ker ne more vzpostaviti ustreznega terapevtskega odnosa med študentom in pacientom, za paciente pa so študenti prav tako pomembni, navajajo Ahmadi in sod. (2003).

Kot naslednji cilj, ki je bil zastavljen, nas je zanimalo, kako pomagati prijatelju, ki doživlja stisko. NIMH (2012) navaja, da je prijatelj po navadi prvi, ki opazi, da se z njegovim vrstnikom nekaj dogaja, ker z njim preživi večino svojega časa. Izbira lahko med več potmi; odloča se lahko med tem, da bi stopil v kontakt s starši, ali pa se direktno obrne na zdravnika ali pa na psihološko pomoč. Po tem koraku prijatelju še vedno stoji ob strani in mu pomaga pri študijskih obveznostih, posveti se mu s pogovorom in pozornost mora biti usmerjena na namigovanja o samomoru.

Kot zadnji cilj nas je zanimalo, ali so študenti zadovoljni z življenjem in kateri dejavniki vplivajo na zadovoljstvo. Serin in sod. (2010) navajajo, da je zadovoljstvo z življenjem opredeljeno kot splošna mera dobrega počutja, zadovoljstva in sreče, kar je depresija nasprotje vsega naštetega. Da so študenti zadovoljni z življenjem, vpliva veliko dejavnikov, kot na primer zadovoljstvo s študijskim programom, življenjski pogoji in socialno-ekonomski položaj. A študentje z depresijo globoko razmišljajo in analizirajo stvari ter vidijo prihodnost kot negativno.

6 ZAKLJUČEK

Kot smo že ugotovili, je depresija najpogostejša duševna bolezen na svetu, prav tako se pogosto pojavlja tudi med študenti in je v močnem porastu. V diplomski nalogi smo želeli s pregledom literature ugotoviti, kako pogosti sta depresija med študenti in samomorilnost, zanimivi so tudi podatki študentov z depresijo zdravstvene nege. Depresija močno ovira delo pri študiju oziroma je študij s tovrstnimi težavami skoraj nemogoče izpeljati brez podpore družine, prijateljev in seveda ustreznih terapij. Najtežje pri študentih je prepoznavanje depresije, ker se velikokrat prekriva s stresom in se sploh ne ve, da gre za depresijo. Ko študent enkrat izve, da gre za depresijo, se ima za manjvrednega in se boleznemu sramuje, ker se boji reakcije svojih vrstnikov prav zaradi stigmatizacije duševne bolezni. Pozorni moramo biti na samomorilno vedenje, saj se lahko kaj hitro spregleda, da je nekaj hudo narobe, in če ne ukrepamo pravočasno, so posledice nepopravljive. Pomembno vlogo pri obravnavi depresije ima tudi medicinska sestra, ki pacienta pouči, da ni sam kriv za svoje stanje, ga spodbuja k aktivnostim in ga ne obsoja, aktivno sodeluje tudi s svojci.

Prehod iz srednje šole na fakulteto predstavlja za nekatere posameznike močan stres, zato bi bilo smiselno in dobro, da bi v srednjih šolah s pomočjo medicinske sestre, ki je tudi promotorka zdravja, pripravili bodoče študente na študentsko življenje v smislu delavnic, ki bi se jih ti študenti prostovoljno udeležili. Na teh delavnicah bi jih morala seznaniti z življenjem, ki jih čaka, in dejstvi, da je študij zahteven in dolgotrajen proces, v katerega je treba vložiti ogromno truda, dela in motivacije, če ima posameznik cilj, da študij tudi uspešno konča, seveda pa je veliko odvisno tudi od osebnega značaja, kako se človek sprijema s težavami na poti, in od čustvene zrelosti. Poučiti bi jih tudi morali o depresiji in njenih znakih ter o prepoznavanju depresije in samomorilnosti pri sebi ter vrstnikih. Nekaj besed bi moralo steči tudi o alkoholu in drogah, saj je zloraba alkohola in drog lahko tudi dejanski simptom depresije. S tem programom na srednjih šolah bi se mogoče odstotek depresije med študenti zmanjšal. Ker imajo težave z depresijo že pred vstopom na fakulteto, študij te težave pa še bolj podkrepi, bi bilo smiselno, da bi na fakultetah imeli pomoč psihologa oziroma primerno usposobljenega strokovnega delavca, da bi študent k njemu hodil na individualne pogovore, psiholog pa bi mu pomagal, da mu pri študiju uspe. Na fakultetah bi moralo potekati tudi osveščanje študentov o depresiji s pomočjo plakatov in drugih pripomočkov, saj je ravno spoznanje, da gre pri človeku za depresijo, ključnega pomena za nadaljnje ukrepanje.

7 VIRI

- AHMADI, J., ALISHANI, M. in TOOBAAEE, S., 2003. Depression in nursing students [spletni vir]. *Journal of clinical nursing*, letn. 13, št. 1, str. 124. [Datum dostopa 19. 2. 2016]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00894.x/full>
- AMERA, M., BAYOUMI, M., ELBASUNY, M. in HUSSEN, A., 2012. Evaluating nursing students' anxiety and depression during initial clinical experience [spletni vir]. *International journal of psychology and behavioral sciences*, letn. 2, št. 6, str. 277–281. [Datum dostopa 9. 12. 2016]. Dostopno na <http://article.sapub.org/10.5923.j.ijpbs.20120206.12.html#Ref>
- ANDERLUH, M., 2010. Pregled zdravilnih učinkovin za zdravljenje depresije [spletni vir]. *Farmacevtski vestnik*, letn. 61, št. 2, str. 66–72. [Datum dostopa 12. 1. 2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-W0W0VSQZ/?query=%27keywords%3dPregled+zdravilnih+u%C4%8Dinkovin+za+zdravljenje+depresije%27&pageSize=25>
- AZIZ, R., MAHMOOD, N., MUSTAFFA, S. in SHUIB, S., 2014. Depression and suicidal ideation among university students [spletni vir]. *Procedia social and behavioral sciences*, letn. 116, št. 21, str. 4205–4208. [Datum dostopa 20. 11. 2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814009343>
- BAČAR, C. in KODER, S., 2006. Farmakoterapija depresivnih motenj [spletni vir]. *Farmacevtski vestnik*, letn. 57, št. 4, str. 245–250. [Datum dostopa 12. 1. 2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-INNNDMRG/?query=%27keywords%3dFarmakoterapija+depresivnih+motenj%27&pageSize=25>
- BAUM, A.C., GORECZNY, J.A., PEER, R. J. in WARNECKE, J.A., 2015. Stigmatization of people with schizophrenia: perspectives of graduate students in various healthcare fields [spletni vir]. *International journal of mental health*, letn. 47, št. 3, str. 186–199. [Datum dostopa 19. 2. 2016]. Dostopno na

<http://connection.ebscohost.com/c/articles/109315181/stigmatization-people-schizophrenia-perspectives-graduate-students-various-healthcare-fields>

- BILBAN, M. in TOMORI, M., 2003. Vpliv izobraževanja o depresiji na odnos zdravnikov splošne medicine do obravnave depresivnih bolnikov [spletni vir]. *Zdravstveno varstvo*, letn. 42, št. 3, str. 116–121. [Datum dostopa 24. 1. 2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-OUQ9QSKR/?query=%27keywords%3dVPLIV+IZOBRA%C5%BEEVANJA+O+DEPRESIJI+NA+ODNOS+ZDRAVNIKOV+SPLO%C5%A1NE+MEDICINE+DO+OBRAVNAVE+DEPRESIVNIH+BOLNIKOV%27&pageSize=25>
- BROWNSON, C., BECKER, M., JAGGARS, S., NITKIN, Y. in SHADICK, R., 2014. Suicidal behavior and help seeking among diverse college students [spletni vir]. *Journal of college counselling*, letn. 17, št. 2, str. 116–128. [Datum dostopa 11. 12. 2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2161-1882.2014.00052.x/abstract;jsessionid=B47BC6271ED1C592582D19988432A36A.f02t01>
- CELEN-DEMIRTAS, S., LEVY, B., SURGULADZE, T., SWEENEY, K., 2014. Stigma and discrimination: a socio-cultural etiology of mental illness [spletni vir]. *The humanistic psychologist*, letn. 42, št. 2, str. 199–214. [Datum dostopa 11. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08873267.2014.893513>
- COLARIČ, D. in EDER, K., 2008. *Anksioznost in depresija pri študentih Univerze v Mariboru*: raziskovalna naloga [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, str. 5–6. [Datum dostopa 23.2.2016]. Dostopno na <http://www.drmed-mb.org/wp-content/uploads/Anksioznost-in-depresija-pri-%C5%A1tudentih-UM-Colaric-Eder-za-dekanovo-nagrado-2008.pdf>
- CUKROWICZ, K., JACOBS, M., JOINER, T., ORDEN, K., PAUKET, A., PETTIT, J., SCHLEGEL, E. in SMITH, P., 2011. Suicide ideation among college students evidencing subclinical depression [spletni vir]. *Journal of American college health*, letn. 59, št. 7, str. 575–581. [Datum dostopa 10. 11. 2015]. Dostopno na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21823951>

- DERNOVŠEK, Z.M. in FRANGEŠ, T., 2013. Bipolarna motnja razpoloženja [spletni vir]. *Medicinski razgledi*, letn. 52, št. 1, str. 79–92. [Datum dostopa 2. 2. 2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-CJAO92MQ/?query=%27keywords%3dbipolarna+motnja+razpolo%C5%BEenja%27&pageSize=25>
- DOVČ, Z., KLEMENC, D. in KVAS, A., 2009. Komplementarno in naravno zdravilstvo kot oblika pomoči pacientom z duševnimi motnjami. V: KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 433.
- DRUŠTVO ŠTUDENTOV INVALIDOV SLOVENIJE, n. d. *Študenti z težavami v duševnem zdravju* [spletni vir]. [Datum dostopa 5. 2. 2016]. Dostopno na <http://www.dsis-drustvo.si/kategorije-studentov-invalidnosti/articles/studenti-z-tezavami-v-dusevnem-zdravju.html>
- EMEDICINA, 2012. *Ciklotomija* [spletni vir]. [Datum dostopa 14. 2. 2016]. Dostopno na <http://www.emedicina.si/ciklotimija/>
- GERARD, C., GILLIGAN, T.M., GUSTAFSON, M.R., KURT, M. in HUELSMAN, 2006. Depression among college students: trends in prevalence and treatment seeking [spletni vir]. *Counseling and clinical psychology journal*, letn. 3, št. 2, str. 60–70. [Datum dostopa 22. 1. 2016]. Dostopno na <http://connection.ebscohost.com/c/articles/21320160/depression-among-college-students-trends-prevalence-treatment-seeking>
- GORDON, M., 2003. *Negovalne diagnoze – priročnik*. Maribor: Rogina, str. 22–28.
- GREGORIČ KUMPERŠČAK, H., 2011. Otroška in mladostniška depresija. V: KORES PLESNIČAR, B., ur. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: UNI založba, str. 152–160.
- GREGORIČ KUMPERŠČAK, H., 2012. Samomori in samomorilno vedenje pri mladostnikih [spletni vir]. *Medicinski razgledi*, letn. 51, št. 1, str. 81–88. [Datum dostopa 16. 1. 2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC->

HMU3WLBE/?query=%27keywords%3dSamomori+in+samomorilno+vedenje+p
ri+mladostnikih%27&pageSize=25

GROLEGER, U., 2009. Samomorilno vedenje. V: KOBENTAR, R. in PREGELJ, P.,
ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus
Klett, str. 298.

JERIČEK KLANŠČEK, H., ZORKO, M., BAJT, M. in ROŠKAR, S. (ur.), 2009.
Duševno zdravje v Sloveniji [spletni vir]. [Datum dostopa 4. 1. 2016]. Dostopno
na [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_
publikacija.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/dusevno_zdravje_publicacija.pdf)

KALIN, K., 2012. *Svetovni dan preprečevanja samomora 2012* [spletni vir]. [Datum
dostopa 18. 12. 2015]. Dostopno na [http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/
podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4953](http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4953)

KERR, M., 2012. *Depression and college students* [spletni vir]. [Datum dostopa 25. 11.
2015]. Dostopno na [http://www.healthline.com/health/depression/college-
students#1](http://www.healthline.com/health/depression/college-students#1)

KESSING, L.V., 2007. Epidemiology of subtypes of depression [spletni vir]. *Acta
psychiatrica Scandinavica*, letn. 115, št. 433, str. 85–89. [Datum dostopa 11. 12.
2015]. Dostopno na [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-
0447.2007.00966.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2007.00966.x/abstract)

KOBENTAR, R., 2009. Zdravstvena nega pacienta z depresivno motnjo. V:
KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v
duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 203–208.

KONEC JURIČIČ, N., 2014a. *Duševno zdravje* [spletni vir]. [Datum dostopa 18. 12.
2015]. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/dusevno-zdravje-0>

KONEC JURIČIČ, N., 2014b. *Samomorilna dejanja* [spletni vir]. [Datum dostopa 19.
12. 2015]. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/samomorilna-dejanja>

KORES PLESNIČAR, B. in PLESNIČAR, A., 2009. Depresija in telesna dejavnost
[spletni vir]. *Zdravstveno varstvo*, letn. 48, št. 1, str. 40–44. [Datum dostopa 26. 1.

2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-L6VZ1AIF/?query=%27keywords%3ddepresija%27&pageSize=25>

KORES PLESNIČAR, B., 2006. Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije [spletni vir]. *Farmaceutski vestnik*, letn. 57, št. 4, str. 241–244. [Datum dostopa 9. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-P68OI2VH/?query=%27keywords%3ddepresija%27&pageSize=25>

KUMARASWAMY, N., 2013. Academic stress, anxiety and depression among college students – a brief review [spletni vir]. *International review of social sciences and humanities*, letn. 5, št. 1, str. 135–143. [Datum dostopa 17. 6. 2016]. Dostopno na http://www.irssh.com/yahoo_site_admin/assets/docs/12_IRSSH-485-V5N1.161113142.pdf

LEWIS, C. in SIMONS, A., 2009. Adolescent depression. V: INGRAM, R., ur. *The international encyclopedia of depression* [spletni vir]. New York: Springer publishing company. [Datum dostopa 17. 6. 2016]. Dostopno na https://books.google.si/books?id=qDP1RuuUpIIC&printsec=frontcover&dq=The+international+encyclopedia+of+depression&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=The%20international%20encyclopedia%20of%20depression&f=false

LIČINA, M., 2009. Depresija. V: KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 197–201.

MARTINČIČ, E., 2015. *Prepoznavanje samomorilnosti pri pacientih z depresivno motnjo: diplomska naloga* [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 9–10. [Datum dostopa 4. 1. 2016]. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=53967>

METLIČAR, T., 2007. *Vpliv obiskovanja skupinske psihoterapije na subjektivno percepcijo socialne opore pri študentih z depresijo: diplomska naloga* [spletni vir]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, str. 34. [Datum dostopa 27. 2. 2016]. Dostopno na

<https://books.google.si/books?id=mhMXOgAACAAJ&dq=Vpliv+obiskovanja+skupinske+psihoterapije+na+subjektivno+percepcijo+socialne+opore+pri+%C5%A1tudentih+z+depresijo&hl=sl&sa=X&ved=0ahUKEwjdg2x6K7LAhViD5oKHTcPCKEQ6AEIMjAA>

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2010. *O depresiji* [spletni vir].

[Datum dostopa 15. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/o-depresiji>

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2015. *Zaradi samomora je lani v*

Sloveniji umrlo 388 ljudi [spletni vir]. [Datum dostopa 28. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.nijz.si/sl/zaradi-samomora-je-lani-v-sloveniji-umrlo-388-ljudi>

NAPAST, S., 2010. *Obravnava depresivnega bolnika*: diplomska naloga [spletni vir].

Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 13–37. [Datum dostopa 17. 6. 2016]. Dostopno na

<https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=14483&lang=slv>

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2012. *Depression and college*

students: Answers to college student's frequently asked questions about depression [spletni vir]. [Datum dostopa 10. 11. 2015]. Dostopno na

[http://sp.myconcorde.edu/sites/SanAntonio-](http://sp.myconcorde.edu/sites/SanAntonio-TX/StudentServices/Shared%20Documents/Depression%20and%20College%20Students--Answers%20to%20Frequently%20Asked%20Questions.pdf)

[TX/StudentServices/Shared%20Documents/Depression%20and%20College%20Students--Answers%20to%20Frequently%20Asked%20Questions.pdf](http://sp.myconcorde.edu/sites/SanAntonio-TX/StudentServices/Shared%20Documents/Depression%20and%20College%20Students--Answers%20to%20Frequently%20Asked%20Questions.pdf)

PIŠL, A., 2009. Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. V:

KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 444–450.

PREGELJ, P. in ZIHERL, S., 2010. Samomorilnost v Sloveniji [spletni vir]. *Zdravniški*

vestnik, letn. 79, št. 7/8, str. 559–562. [Datum dostopa 19. 12. 2015]. Dostopno na [http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-QJE47HRD/?query=%](http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-QJE47HRD/?query=%27keywords%3dsamomorilnost+v+sloveniji%27&pageSize=25)

[27keywords%3dsamomorilnost+v+sloveniji%27&pageSize=25](http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-QJE47HRD/?query=%27keywords%3dsamomorilnost+v+sloveniji%27&pageSize=25)

PREGELJ, P., 2009. Farmakološko zdravljenje psihičnih motenj. V: KOBENTAR, R. in

PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 405–409.

PUKL GABROVŠČEK, V., 2009. Psihoterapevtski pristopi zdravljenja psihičnih motenj. V: KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 340–346.

SCHUDER, K., 2015. *How to help someone with depression* [spletni vir]. [Datum dostopa 25. 2. 2016]. Dostopno na <http://www.wikihow.com/Help-Someone-with-Depression>

SERIN, B.N., SERIN, O. in ÖZBAS, F., 2010. Predicting university students' life satisfaction by their anxiety and depression level [spletni vir]. *Procedia social and behavioral sciences*, letn. 9, št. 12, str. 579–582. [Datum dostopa 20. 11. 2015]. Dostopno na <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810023050>

SMRDU, M., 2009. Vedenjsko-kognitivna terapija in njene tehnike. V: KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 347–353.

STRBAD, M. in ŠVAB, V., 2005. Stigmatizacija in psihiatrija [spletni vir]. *Medicinski razgledi*, letn. 44, št. 2, str. 147–154. [Datum dostopa 11. 1. 2016]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-C4CVAKN8/?query=%27keywords%3dstigmatizacija+in+psihiatrija%27&pageSize=25>

TARTAKOVSKY, M., n. d. *Depression and anxiety among college students* [spletni vir]. [Datum dostopa 24. 11. 2015]. Dostopno na <http://psychcentral.com/lib/depression-and-anxiety-among-college-students/>

TAUB, D.J. in THOMPSON, J., 2013. College student suicide [spletni vir]. *New directions for student services*, letn. 2013, št. 141, str. 5–14. [Datum dostopa 11. 12. 2015]. Dostopno na <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ss.20036/abstract>

TAVČAR, R., 2009. Bipolarna motnja razpoloženja. V: KOBENTAR, R. in PREGELJ, P., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 219–228.

- TEKAVČIČ-GRAD, O., 1995. Ali lahko preprečujemo samomor in kako [spletni vir]. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 29, št. 1/2, str. 9–11. [Datum dostopa 19. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-ELQS36CW/>
- TEMLIN, N., 2016. *Mladostniki in depresija*: diplomska naloga [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 3–7. [Datum dostopa 21. 6. 2016]. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=57615&lang=slv>
- TURČIN, A., 2011. Samomorilno vedenje in samomor. V: KORES PLESNIČAR, B., ur. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: UNI založba, str. 119–127.
- VIDENŠEK, N., 2012. *Tehnološke novosti pri izvajanju elektrokonvulzivne terapije*: diplomska naloga [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 4–11. [Datum dostopa 29. 2. 2016]. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=23307&lang=slv>
- VIRK, U., 2010. *Depresivne epizode in samomorilni poskusi mladih*: diplomska naloga [spletni vir]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 12–13. [Datum dostopa 21. 6. 2016]. Dostopno na <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=13428&lang=slv>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015a. *Depression* [spletni vir]. [Datum dostopa 10. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b. *Suicide* [spletni vir]. [Datum dostopa 10. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

POVZETEK

Depresija je pogosta čustvena motnja, ki vpliva na posameznikovo mišljenje, razpoloženje in vedenje. Oseba, ki zboli za depresijo, se zapre sama vase in socialno izolira ter je zelo negativno naravnana, v nekaterih primerih pripelje tudi do samomora. Da do njegove izvedbe ne pride, je pomembno, da je bolezen pravočasno prepoznana in zdravljena. Diplomska naloga je teoretičnega značaja, v katerem je bil namen raziskati pojavnost depresije med študenti, ki postaja vedno bolj pogosta med omenjeno generacijo. Vzroki za depresijo pri študentih so vezani predvsem na različne novosti, ki jih prinaša študij, predvsem stresno življenje, oddaljenost od doma in dandanes tudi zmanjšane možnosti za zaposlitev. Samomorilnost je pogostejša pri moških, posebej je opisana depresija med tistimi, ki študirajo zdravstveno nego, saj depresija lahko zelo slabo vpliva na odnos med medicinsko sestro in pacientom tudi po koncu šolanja. Študij močno otežuje tudi psihiatrična terapija, zato ima depresija močan vpliv na zbranost pri predavanjih in na učenje. Z diplomsko nalogo je bilo ugotovljeno, da depresija močno ovira posameznika pri študiju. Opravljanje študijskih obveznosti pa je brez podpore družine, prijateljev in brez ustrezne terapije skoraj nemogoče izpeljati. Največji problem pa ostaja slabo prepoznavanje depresije zaradi prekrivanja s stresom.

Ključne besede: depresija, študent, zdravstvena nega, vpliv depresije

SUMMARY

Depression is common emotional disturbance, which affect the person's thinking, mood and behaviour. People who suffer from depression often shut themselves down, and became social isolated, their thoughts became very negative, which in many cases can lead to a suicide, to prevent this action we have to recognize the symptoms of disease and cure it in time. Thesis is theoretically oriented, the aim of this study is to estimate the prevalence of depression among students, which is becoming increasingly common among said generation. Reasons for depression among students are mainly tied to various innovations introduced by the studies, particularly a stressful life, the person distance from home, and nowadays also reduced employment opportunities. The following section mentions suicide, which is most common among men, depression is particularly described among those individuals that study health care, because depression has very bad impact on relationship between nurse and patient, even at the end of study. Study greatly complicates the psychiatric therapy, and depression has a strong impact on the concentration in lectures and learning. With this thesis, it was found that depression is a serious obstacle to an individual in the study. Doing study obligations without a support of family, friends and a proper therapy it's almost impossible. The biggest problem with the depression seems to be overlapping with stress.

Keywords: depression, student, nursing care, impact of depression.

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici pred. Urški Bogataj za vso strokovno pomoč in odlično vodenje pri diplomski nalogi. Hvala za spodbudne besede in potrpežljivost.

Posebno zahvalo namenjam staršem, ki so mi omogočili študij in me finančno podprli ter mi stali ob strani v najtežjih trenutkih. Hvala bratu, ki me je bodril in mi svetoval skozi celoten študij.

Velika hvala tudi partnerju, ki si je vedno vzel čas zame in je kljub vsem padcem ter vzponom verjel vame, me optimistično spodbujal in mi nesebično pomagal.

Hvala tudi vsem, ki so kakor koli prispevali k temu delu.

PRILOGA

Izjava o lektoriranju

IZJAVA O LEKTORIRANJU

Zaključno nalogo z naslovom Depresija pri študentih

avtorja Jane Česnik
(ime in priimek)

je lektoriral/a Maja Ambrosiewic Szrabon, univ. dipl. slov.
(ime in priimek)

Podpis lektorja/ice zaključne naloge: Maja Ambrosiewic Szrabon

Podpis avtorja/ice zaključne naloge: Jane Česnik

Kraj in datum: Ljubljana, 5. 10. 2016