DEPRESJA JAKO CHOROBA CYWILIZACYJNA XXI WIEKU Z PERSPEKTYWY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

DEPRESSION AS A DISEASE OF THE 21ST CENTURY FROM THE PERSPECTIVE OF NURSING CARE

Monika Samulak[1], Daria Szymańska[1], Olga Świeca[1], Julia Szymona[1], Edyta Wójcik[2], Aneta Kościołek[3,4*], Agnieszka Sadurska[3,4], Andrzej Lewandowski[3]

[1]Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

[2]Studenckie Koło Naukowe przy Instytucie Nauk Medycznych „Pielęgniarstwo z Pasją", Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[3]Instytut Nauk Medycznych, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[4]Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

https://doi.org/10.29316/9788368103397_4

Streszczenie

Depresja jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego XXI wieku, a jej częstość występowania stale wzrasta. Schorzenie to charakteryzuje się złożoną etiologią obejmującą czynniki genetyczne, epigenetyczne, biologiczne, środowiskowe i psychospołeczne. Celem rozdziału było przedstawienie depresji jako choroby cywilizacyjnej oraz określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zaburzeniami depresyjnymi. W rozdziale zastosowano metodę niesystematycznego przeglądu piśmiennictwa. Analizie poddano 30 publikacji oryginalnych i przeglądowych opublikowanych w latach 2017-2022 wyszukanych w bazach Scopus i Google Scholar. Wyniki wskazują, że depresja wpływa na funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, behawioralne i somatyczne pacjentów, znacząco obniżając jakość życia oraz zwiększając ryzyko zachowań samobójczych. W opiece nad chorym kluczową rolę

* e-mail: akosciolek@panschelm.edu.pl

odgrywa pielęgniarka, realizująca funkcje opiekuńcze, diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, profilaktyczne i edukacyjne. Do najważniejszych działań pielęgniarskich należą ocena stanu zdrowia pacjenta, monitorowanie ryzyka samobójczego, wspieranie procesu leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego, prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz współpraca z rodziną chorego. Skuteczna opieka nad pacjentem z depresją wymaga indywidualizacji działań, podejścia holistycznego oraz współpracy interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Wnioski wskazują, że właściwie realizowany proces pielęgnowania stanowi istotny element terapii i poprawy jakości życia osób cierpiących na depresję.

Słowa kluczowe: depresja; zdrowie psychiczne; opieka pielęgniarska; pielęgniarstwo psychiatryczne; choroba cywilizacyjna; edukacja zdrowotna; profilaktyka; rehabilitacja psychiatryczna

Abstract

Depression is one of the most serious public health problems of the 21st century, and its prevalence continues to rise. The condition is characterized by a complex etiology involving genetic, epigenetic, biological, environmental, and psychosocial factors. The aim of this chapter was to present depression as a disease of modern society and to define the role of nurses in caring for patients with depressive disorders. A non-systematic literature review method was used in this study. The analysis included 30 original and review articles published between 2017 and 2022, retrieved from the Scopus and Google Scholar databases. The results indicate that depression affects patients' emotional, cognitive, behavioral, and somatic functioning, significantly reducing quality of life and increasing the risk of suicidal behavior. Nurses play a key role in patient care, performing caregiving, diagnostic, therapeutic, rehabilitative, preventive, and educational functions. The most important nursing activities include assessing the patient's health status, monitoring suicide risk, supporting pharmacological and psychotherapeutic treatment, providing health education, and collaborating with the patient's family. Effective care for patients with depression requires individualized interventions, a holistic approach, and collaboration within an interdisciplinary therapeutic team. The findings indicate that a properly implemented nursing process constitutes a significant element of therapy and improves the quality of life for people suffering from depression.

Keywords: depression; mental health; nursing care; psychiatric nursing; lifestyle-related disease; health education; prevention; psychiatric rehabilitation

Wstęp

W ostatnich latach depresja stała się chorobą cywilizacyjną. Z roku na rok u coraz większego odsetka społeczeństwa diagnozowane są zaburzenia ze spektrum depresji. Do opisywanego zjawiska epidemiologicznego przyczynił się, szczególnie w ostatnich latach, *lockdown*. Dostępne dane wskazują, iż depresja dotyka dwa razy częściej kobiet niż mężczyzn. Światowa Organizacja Zdrowia

World Health Organization (WHO) określa zaburzenia depresyjne jako czwarte najpoważniejsze wyzwanie zdrowotne na świecie. Z tego też powodu niezwykle istotną kwestią jest znajomość patogenezy i objawów depresji, a także podstaw jej diagnostyki i leczenia (Broniarczyk-Czarniak i in. 2019; Bulińska i in. 2020).

Patogeneza depresji obejmuje wielopoziomowe, ośrodkowe zmiany w szlakach sygnałowych, przede wszystkim w tworzących je białkach. Etiologia tych zmian nie jest jeszcze do końca poznana, choć aktualnie za główną przyczynę uznaje się zmiany genomowe i epigenetyczne mające wpływ na regulację ekspresji poszczególnych prodepresyjnych genów. Liczne badania pozwoliły oszacować dziedziczność depresji na poziomie 30-37%. Poza czynnikami genetycznymi, wpływ na rozwój tego zaburzenia psychicznego mają również czynniki środowiskowe i osobowościowe (Chmielewska i in., 2018; Domańska, 2019).

Istnieje wiele hipotez wyjaśniających etiologię depresji. Jedną z najpopularniejszych, jest tak zwana *teoria braku równowagi chemicznej* w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN). Zakłada ona istnienie stanu labilności przekaźnictwa synaptycznego monoamin (noradrenaliny (NOR), dopaminy (DOPA), serotoniny (SER)) będącej źródłem braku neuronalnej równowagi chemicznej, przyczyniającej się do depresji. Teorię tę wielokrotnie kwestionowano, jednak głównym dowodem jej prawdziwości może być fakt skuteczności leków wpływających na stężenia monamin (szczególnie serotoniny) w szczelinach synaptycznych OUN (Chmielewska i in., 2018; Domańska, 2019; Fidecki i in., 2019; Gorostowicz i in., 2019).

Serotonina (5 – hydroksytryptamina) zwana również „hormonem szczęścia" jest organicznym związkiem chemicznym zaliczanym do amin biogennych. Produkowana w komórkach błony śluzowej jelit, niektórych częściach mózgu (np. w jądrach szwu (Raphe), czy szyszynce) i płytkach krwi. Bierze udział w procesach krzepnięcia, odgrywa ważną rolę w regulacji motoryki przewodu pokarmowego. Serotonina pełni również funkcję neuroprzekaźnika, jest szczególnie ważna w patogenezie depresji. W OUN odpowiada za regulację snu i czuwania, apetytu oraz nastroju. Serotonina jako *„hormon szczęścia"* wiąże się z pozytywnymi emocjami – dla przykładu przyjemność opisywana po spożyciu egzogennych substancji psychoaktywnych (np. dietyloamidu kwasu D-lizergowego – LSD) jest spowodowana agnonizem dla receptorów 5 – HT (głównie 5 – HT_2A). Serotonina zmniejsza również niepokój i lęk (Chmielewska i in., 2018; Domańska, 2019; Fidecki i in., 2019; Gorostowicz i in., 2019).

Dziesiąta edycja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) podaje, iż głównymi objawami zaburzeń ze spektrum depresji jest obniżony nastrój trwający dłużej niż dwa tygodnie przez większość dnia (z towarzyszącym brakiem wpływu zdarzenia zewnętrznego), utrata satysfakcji i zainteresowania, apatia oraz zmniejszenie bądź brak wigoru (Gawrych, Słonka, 2021). Ponad to w obrazie klinicznym depresji mogą występować poczucie winy, obniżona samoocena, zmniejszona zdolność koncentracji, zmniejszona lub zwiększona aktywność fizyczna i psychomotoryczna, myśli o śmierci lub samobójstwie, próby samobójcze, zaburzenia snu i zaburzenia odżywiania. W ciężkiej depresji pojawiają się również objawy psychotyczne (urojenia depresyjne, urojenia hipochondryczne, prześladowcze i seksualne) lub otępienie (Bulińska i in., 2020).

Depresja objawia się pogorszeniem funkcjonowania w kilku różnych obszarach: (1) Objawy afektywne opisywane są jako rozdrażnienie, apatia, brak zadowolenia z życia. Chorzy wykazują brak zainteresowania czynnościami, które były dla nich przyjemne (anhedonia); (2) Symptomy poznawcze to zaburzenia formy i treści myślenia. Pacjenci cierpiący na depresję zgłaszają trudności z koncentracją, myśleniem i pamięcią. Co więcej występują problemy z decyzyjnością; (3) Objawy behawioralne manifestują się wycofaniem z aktywności społecznych, upośledzeniem zachowania. W przebiegu choroby osoby doświadczające zmian psychomotorycznych, mówią wolniej, są apatyczne, mogą być również nadmiernie podekscytowane; (4) Objawy somatyczne dotyczą apetytu, snu i czuwania. Zaburzenia snu mogą przejawiać się w różnych formach: trudności z zasypianiem, za krótki lub zbyt długi sen. Chory zazwyczaj zasypia szybko, budzi się zbyt wcześnie, sen zostaje przerwany i nie zapewnia adekwatnego poziomu odpoczynku, może wystąpić również nadmierny sen w ciągu dnia. Zaburzenia depresyjne sprzyjają zaburzeniom odżywiania, łaknienie może wzrastać bądź spadać, co ma swoje naturalne konsekwencje w zmianach masy ciała (Góra, 2018; Januszewska, 2020).

Międzynarodowe organizacje zajmujące się depresją, dokonały również podziału zaburzeń depresyjnych w zależności od przyczyn, obrazu klinicznego i nasilenia objawów, wśród nich wymieniono między innymi depresję endogenną, objawiającą się obniżeniem nastroju, występującą codziennie anhedonią, której często towarzyszy niepokój lub letarg, zmęczenie lub uczucie braku energii. Pacjent zgłasza zazwyczaj trudności z koncentracją, kłopoty z podejmowaniem decyzji, strach przed śmiercią, uporczywe myśli o śmierci, wraz z nawracającymi

myślami samobójczymi. Pięć lub więcej z wyżej wymienionych objawów pojawiających się w ciągu dwóch tygodni, powoduje duże zmiany w funkcjonowaniu chorego. W konsekwencji doprowadzają one do zaniedbań ról społecznych i innych funkcji życiowych. Kolejnym podtypem depresji jest depresja ciężka, w której oprócz objawów ogólnych występują także nasilone objawy melancholii. Pacjent traci zainteresowania niemalże wszystkimi czynnościami dnia codziennego, brak jest również reakcji na przyjemne i oczekiwane zdarzenia. Depresja z objawami psychotycznymi polega na występowaniu epizodu ciężkiej depresji z jednoczasowo współistniejącymi urojeniami bądź omamami, co w znacznej mierze ogranicza poznawczo chorego. Epizod depresyjny z towarzyszącą katatonią wpływa na sferę psychomotoryczną chorego, obejmując stany bezruchu po nadpobudliwość. Podwójna depresja jest połączeniem dużej depresji i dystymii. Depresja sezonowa występuje tylko zimą i jesienią. Depresja maskowana jest typem depresji pojawiającym się w wyniku innych chorób somatycznych np. niedoczynności tarczycy. Występuje również w postaci uzależnienia od alkoholu, nasilenia fobii czy kompulsji, a także zachowań histerycznych i problemów urojeniowych (Kapfhammer, 2006; Klabun, 2018; Krzystanek, Wiaderkiewicz, 2020; Gambin i in., 2021; Matyaszek, 2020).

Pierwszy epizod depresyjny pojawia się najczęściej w okresie późnego dojrzewania bądź wczesnej dorosłości. Nie wyklucza to możliwości wystąpienia tego zaburzenia psychicznego w dzieciństwie lub w wieku geriatrycznym. Przebieg choroby może być mniej bądź bardziej dynamiczny, z występowaniem faz zaostrzeń (epizodów) i okresowych remisji. Warto podkreślić, iż każdy kolejny epizod depresyjny występujący w historii choroby pacjenta uzupełnia następny i zazwyczaj przebiega z większym nasileniem zgłaszanych objawów (Bulińska i in., 2020).

Wybór metody leczenia wymaga od lekarza znajomości przyczyn, przebiegu depresji oraz aktualnego stanu klinicznego pacejnta. Psychoterapia stosowana w połączeniu z farmakoterapią jest bardziej skuteczna niż każda z tych metod leczenia osobno. Ważną rolę w wyzdrowieniu odgrywa odpowiedni system wsparcia społecznego. Obszar tego systemu obejmuje opiekę zdrowotną, zatrudnienie, a także warunki socjalno-bytowe. Ważne jest także zapewnienie wsparcia emocjonalnego, przejawiającego się w zrozumieniu, cierpliwości, otaczaniem pacjenta komfortową atmosferą, przywracaniem utraconej nadziei (Klabun, 2018).

Czynniki ryzyka depresji nie są do końca poznane. Aktualne wyniki badań epidemiologicznych wskazują, iż częściej na depresje chorują osoby samotne (osoby niezamężne, rozwiedzione, wdowy). Również występowanie depresji w rodzinie jest ważnym czynnikiem ryzyka, związanym z dziedziczeniem mutacji genowych. Należy zauważyć, że depresja powszechna jest także w czasie ciąży i połogu – największe ryzyko pojawienia się epizodu depresji występuje u ciężarnych w ciągu ostatniego trymestru oraz sześć miesięcy po rozwiązaniu (Nalepa, 2018).

Depresja zmienia sposób postrzegania rzeczywistości. Chory nie dostrzega perspektywy wyzdrowienia, co jeszcze bardziej potęguje beznadzieje i przygnębienie. Warto podkreślić fakt, iż 15-25% osób z depresją umiera popełniając samobójstwo (Osińska i in., 2017). Celem podjętych badań było ukazanie depresji jako choroby cywilizacyjnej XXI wieku z perspektywy praktyki pielęgniarskiej.

Materiały i metody

Przeprowadzono niesystematyczny przegląd dostępnej literatury dotyczącej depresji opublikowanej w okresie pięciu ostatnich lat (2017-2022). Przeszukano bazy danych takie jak: Scopus, Google Scholar, posługując się słowami kluczowymi, w języku polskim: depresja, choroba cywilizacyjna, praktyka pielęgniarska, zdrowie psychiczne.

Do analizy zakwalifikowano trzydzieści prac o charakterze oryginalnym i przeglądowym. Kryterium kwalifikującym artykuły do przeglądu były: tytuł, treść streszczenia, słowa kluczowe, tematyka związana z depresją w kontekście praktyki pielęgniarskiej.

Wyniki

Zespół pielęgniarski opiekujący się pacjentem z depresją powinien oceniać stan zdrowia pacjenta na podstawie aktualnie występujących bądź potencjalnych problemów podmiotu opieki, realizując proces pielęgnowania będący swoistego rodzaju odpowiedzią na potrzeby chorego. Typowe diagnozy pielęgniarskie odnoszące się do pacjenta ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym w postaci depresji obejmują: (1) Utrata celu w życiu, beznadziejność, niezadowolenie z życia; (2) Występowanie myśli i tendencji samobójczych; (3) Brak motywacji do leczenia; (4) Zaniedbywanie czynności higienicznych i samopielęgnacji (5) Poczucie apatii i bezradności; (6) Izolacja społeczna i stygmatyzacja; (7)

Zaburzenia masy ciała (nadmierne łaknienie, brak apetytu); (8) Trudności z koncentracją, spowolnienie procesów poznawczych (9) Zaburzenia snu (nadmierna senność, bezsenność); (10) Ryzyko przejścia w stan maniakalny (Klabun, 2018; Michalska, 2019).

Zespół pielęgniarski odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu pacjentów z depresją. Odpowiada za bezpieczeństwo pacjentów, dba o możliwość rozmowy oraz wsparcia w podstawowych czynnościach życiowych. Zawód pielęgniarki/pielęgniarze jest zawodem samodzielnym, reprezentującym dziedzinę nauki wymagającej interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk humanistycznych, takich jak na przykład psychologia zdrowia. Rolą pielęgniarki/pielęgniarza jest wysokojakościowa współpraca z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego, a przede wszystkim pełnienie roli promowania zdrowia i edukacji pacjenta (Paszkowska, 2020). Do funkcji wynikających z ról zawodowych przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego zalicza się funkcję: opiekuńczą, diagnostyczną, terapeutyczną, rehabilitacyjną, profilaktyczną, a także edukację i poradnictwo.

Nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki/pielęgniarza jest codzienna pielęgnacja chorego. Pielęgniarstwo to jeden z zawodów należących do grupy zawodów zaufania społecznego, charakteryzujący się dbaniem o życie i zdrowie osób niewydolnych samopiekuńczo. Pomoc osób trzecich wymagana jest w sytuacji, gdy potrzeby pielęgnacyjne przekraczają możliwości funkcjonalne chorego, zarówno pod względem ilościowym (potrzeba intensywnej opieki), jak i jakościowym (patogeneza, różnorodność objawowa i złożoność choroby podstawowej i chorób towarzyszących). Zadaniem pielęgniarki jest wówczas całkowite lub częściowe zrekompensowanie niemożności, ograniczeń samoopieki, bądź pomoc pacjentowi w zakresie czynności dnia codziennego na przykład toaleta ciała, ubieranie się, spożywanie posiłków itp. (w zależności od rodzaju stwierdzonego niedoboru). Niezbędnym warunkiem zindywidualizowanego plany opieki, doboru interwencji pielęgniarskich i metodyki ich wykonania jest holistyczne rozpoznanie potrzeb pacjenta oraz jasne określenie deficytów w zakresie samoopieki (Pięta, 2017; Raczkowski, 2017). Realizując funkcję diagnostyczną, pielęgniarka/pielęgniarz wykonuje badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów, szybkich testów diagnostycznych i innych urządzeń pomiarowych. Przeprowadza także badania czynnościowe np. elektroencefalograficzne (EEG). W trakcie rozpoznania obserwuje, ocenia i kontroluje stan zdrowia pacjenta po ich

wykonaniu. Zespół pielęgniarski kontroluje i ocenia parametry życiowe pacjentów, przygotowuje chorych do wszystkich zleconych badań, a także odpowiada za pobór materiałów biologicznych do badań diagnostycznych. Z perspektywy lekarza, odpowiedzialnego za cały proces terapeutyczny ważne jest, aby pielęgniarka/pielęgniarz praktykująca w oddziale niezwłocznie zgłaszała lekarzowi prowadzącemu otrzymanie niepokojących wyników pacjenta, przekraczających wartości krytyczne. Depresja również często wiąże się z innymi patologiami układowymi, tak więc w procesie diagnostyki odpowiednio pobrane, przechowywane i transportowane próbki analityczne umożliwiają diagnostykę różnicową i wykluczenie schorzeń będących podłożem tego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń gospodarki hormonalnej, czy niedokrwistości) (Romaszko, 2020; Szczygieł, 2018). Na funkcję terapeutyczną pielęgniarki/pielęgniarza składa się wiele aktywności. Podstawą procesu leczenia jest psychofarmakoterapia, stanowiąca podstawę uzyskania częściowej lub całkowitej remisji objawowej u chorujących na zburzenia depresyjne, zmniejszająca ryzyko nawrotu choroby. Rolą zespołu pielęgniarskiego jest nadzór nad systematycznym przyjmowaniem leków, w dawkach i częstotliwości zaleconych przez lekarza psychiatrę. Każdy lek przyjmowany przez chorego wykazuje również swoje działania niepożądane. Pielęgniarka/ pielęgniarz badając pacjenta podmiotowo i przedmiotowo ma obowiązek ich monitorowania, a w sytuacjach zagrażających życiu (np. zespół serotoninergiczny) wdrożenia stosownego postępowanie. Ważną rolę pełni także psychoterapia, nurtem indywidualnie dostosowana do jednostki i jej problemów (Węgrzynowska, 2018).

Funkcja edukacyjna opiera się na edukacji samego podmiotu opieki, jego opiekunów i rodziny. Pacjent powinien posiadać wiedzę na temat przyczyn, możliwych objawów depresji. Ważne są również umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz postępowania w chwilach nasilenia objawów choroby czy objawów niepożądanych stosowanego leczenia. Dieta jest także ważnym elementem terapii depresji. Wybrane pokarmy są przeciwwskazane w przypadku stosowania pewnych farmaceutyków np. sery, wina spożywane przez chorego przyjmującego leki z grupy inhibitorów monoaminooksydazy (MAO) mogą doprowadzić do zagrażającego życiu zespołu serotoninowego. Rodzina chorego jest zobowiązana wykazać się podstawową wiedzą na temat choroby i praktycznych aspektów opieki nad pacjentem. Psychoedukacja ułatwia i pomaga rodzinie rozwiązać problemy spowodowane zmianą roli społecznej, łagodzi poczucie

winy i stres wynikający z problemów zdrowotnych najbliższych, wzmacnia więzi rodzinne, usuwa poczucie osamotnienia i bezradności. Pielęgniarka/pielęgniarz edukując rodzinę motywuje jej członków do zaangażowania się w opiekę i pogłębiania wiedzy o chorobie już po wypisaniu ze szpitala (Święcick, 2018; Węgrzynowska, 2018; Zdanowicz, Wierzbiński, 2017).

Z prospektywnego punktu widzenia, istotna jest profilaktyka zachowań destrukcyjnych oraz wystąpienia ponownego epizodu depresyjnego, a w przypadku osób zdrowych podjęcie działań mających na celu promocję zdrowia psychicznego. Realizacja programów profilaktycznych podnosi świadomość społeczeństwa na temat zaburzeń psychicznych, uświadamia biopsychospołeczny charakter jednostki, a także powinna wskazywać osoby z grup ryzyka. Wyżej opisane, poprawnie zaplanowane i zaimplementowane działania prowadzą do znacznego obniżenia kosztów związanych z leczeniem i potencjalną hospitalizacją chorego, zmniejszenia absencji pracowniczej, a przede wszystkim do zmniejszenia degradacji społecznej, stygmatyzacji związanej z opieką psychiatryczną. Dla polepszenia jakości życia pacjentów oraz zapobiegania następstwom depresji uzasadnione jest wdrożenie programu poprawy zdrowia psychicznego opartego na krajowym programie ochrony zdrowia psychicznego (Pels, 2020; Płaczkiewicz, 2018).

Rehabilitacja jest nieodłącznym zadaniem pielęgniarek. Wiele badań powiązało kontakt z naturą z utrzymaniem i poprawą zdrowia psychicznego populacji. W szczególności coraz więcej badań sugeruje, że kontakt z naturą jest czynnikiem ochronnym dla zdrowia psychicznego i zaburzeń psychotycznych (Wigner, Śliwiński, 2022). Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest poprawa jakości, umiejętności poznawczych i społecznych oraz wyeliminowanie skutków ubocznych leków. Ideą tej formy pomocy jest walka z ograniczeniami chorób psychicznych, pomoc w wyznaczaniu celów życiowych, a następnie pomoc w ich osiągnięciu. Ważne jest, aby pielęgniarka podkreślała cel życia, pielęgnowała wiarę, a także wspierała pacjenta (Wójcik i in. 2017). Ustawiczny rozwój pielęgniarstwa zwiększa samodzielność i kompetencje pielęgniarek. Prowadzenie czynności zawodowych w wieloaspektowej terapii pacjentów łączy się z koniecznością wykazywania się umiejętnościami podejmowania samodzielnych, autonomicznych decyzji, pracy w zespole interdyscyplinarnym oraz samoedukacji. Uczestnicząc w procesie terapeutycznym członkowie zespołu pielęgniarskiego muszą być świadomi własnych praw, obowiązków i odpowiedzialności w związku z wykonywaniem zadań składających się na rolę zawodową.

Wnioski

1. Depresja jest chorobą o złożonym patomechanizmie, wymagającą interdyscyplinarnego podejścia do podmiotu opieki oraz długotrwałego leczenia.
2. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem odgrywa funkcje opiekuńczą, diagnostyczną, terapeutyczną, rehabilitacyjną, profilaktyczną, edukacyjną.
3. Podstawą prowadzenia efektywnego procesu pielęgnowania jest badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta, wskazujące deficyty i potrzeby chorego.
4. Działania edukacyjne pielęgniarki powinny skierowane być nie tylko do chorego, ale także jego opiekunów i rodziny.

Literatura

1. Broniarczyk-Czarniak, M. J., Sowińska, K., Białas, J., Talarowska, M. (2019). Ciężka depresja z nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych czy otępienie? *Psychiatria, 16*(4), 218-226.
2. Bulińska, P., Dobrzyńska, M. A., Lisowska, A. A. (2020). Opieka nad pacjentem chorującym na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i nadciśnienie tętnicze – studium przypadku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 10*(3), 205-2011.
3. Chmielewska, N., Szyndler, J., Maciejak, P., Płaźnik, A. (2018). Mechanizmy epigenetyczne stresu i depresji. *Psychiatria Polska, 53*(6), 1413-1428.
4. Domańska, Ł. (2019). Depresja wieku podeszłego – wyzwania diagnostyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J–Paedagogia-Psychologia, 31*(3), 327-338.
5. Fidecki, W., Wysokiński, M., Wrońska, I., Misiarz, J., Kulin, D., Kuszplak, K. (2019). Ocena ryzyka wystąpienia osób starszych ze środowiska wiejskiego. Ocena ryzyka depresji wśród osób starszych ze środowiska wiejskiego. *Geriatria, 13*(3), 147-151.
6. Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Cudo, A., Hansen, K., Gorgol, J. Huflejt-Łukasik, M., Kmita, G., Kubicka, K., Łyś, A. E., Maison, D., Oleksy, T., Wnuk, A. (2021*). Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*. Uniwersytet Warszawski.
7. Gawrych, M., Słonka, R. (2021). Terapeutyczne wędrówki górskie w rehabilitacji psychiatrycznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 21*(1), 65-70.
8. Gorostowicz, A., Wasik, A., Krupa, A., Siwek, M. (2019). Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 19*(2), 177-187.

9. Góra, D. (2018). Występowanie chorób tarczycy u osób w wieku 0-18 lat w wybranych miastach województwa śląskiego. W: M. Dąsal (red.), *Acta Uroboroi – W Kręgu Epidemii* (s. 81-90). Studenckie Koło Naukowe Uroboros.
10. Januszewska, E. (2020). Depresja, osamotnienie a przeżyta trauma u dzieci i młodzieży. W: E. Chodźko, K. Talarek (red.), *Wyzwania i problemy społeczeństwa w XXI wieku*. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.
11. Kapfhammer, H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 8*(2), 227-239.
12. Klabun, D. (2018). Rozwój farmakoterapii w czasie depresji. *Analekta. Studia i Materiały z Dziejów Nauki, 1*(52), 205-247.
13. Krzystanek, M., Wiaderkiewicz, R. (2020). *Depresja – podstawowe informacje o chorobie i stosowanych lekach*. Wydawnictwo CIOP-BIP.
14. Matyaszek, K. (2020). *Objawy kliniczne i wpływ leczenia na stan psycho-fizyczny u chorych z nadczynnością tarczycy*. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. (Praca magisterska)
15. Michalska, K. (2019). Analiza funkcjonowania pacjentów z depresją w odniesieniu do poprawy jakości ich życia. *Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej, 2*(2), 19-28.
16. Nalepa, I. (2018). Stres, depresja, leki przeciwdepresyjne a plastyczność neuronalna. *Wszechświat, 119*(1-3), 34-42.
17. Osińska, M., Kazberuk, A., Celińska-Janowicz, K., Zadykowicz, R., Rysiak, E. (2017). Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Geriatria, 11*(2), 123-129.
18. Paszkowska, M. (2020). Pielęgniarka w Polskim Systemie Ochrony Zdrowia. *Wiadomości Lekarski, 73*(8), 1771-1779.
19. Pels, K. (2020). O molekularnej patogenezie stresu i depresji. *Kosmos, 69*(1), 169-183.
20. Pięta, P. (2017). Sposoby rozwiązywania problemów dnia codziennego wynikających z doświadczania przewlekłej choroby psychicznej – schizofrenii. *Pielęgniarstwo Polskie, 3*(65), 537.
21. Płaczkiewicz, B. (2018). Analiza wybranych przyczyny zachowań samobójczych wśród osób dorosłych. *Rocznik Towarzystwa Naukowego Płockiego, 10*, 317-329.
22. Raczkowski, A. (2017). Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy. *Wychowanie w Rodzinie, 16*(2), 315-329.
23. Romaszko, K. 2020. Samobójstwo i zachowania samobójcze jako przedmiot badań nauk medycznych. Definicja, klasyfikacja i przegląd biomarkerów zachowań samobójczych. Część I. Psychiatryczne i neuroobrazowe markery zachowań samobójczych. *Studia Medyczne, 36*(4), 316-327.
24. Szczygieł, B., Wanot, B., Magerčiaková, M. (2018). Definicja depresji, historia poglądów, rozpoznanie. *Zeszyt Naukowy Uniwersytetu Polonijnego, 30*(5), 99-106.
25. Święcicki, Ł. (2018). *Depresja. Jednak niezwykła choroba*. Edra Urban & Partner.

26. Węgrzynowska, E. J. (2018). Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 3*(2), 70-76.
27. Wigner, P., Śliwiński, T. (2022). Rola stresu oksydacyjnego i nitracyjnego oraz szlaku katabolitów tryptofanu w patogenezie depresji. *Postępy Biochemii, 68*(1), 80-95.
28. Wójcik, G., Czekała, D., Sienkiewicz Z. (2017). Problemy zdrowia psychicznego pacjentów opieki długoterminowej jako wyzwanie dla pielęgniarek i opiekunów. *Problemy Pielęgniarstwa, 25*(4), 257-263.
29. Zdanowicz, A., Wierzbiński, P. (2017). Depresja psychotyczna. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 17*(2), 115-119.