

Depresija i migrena

Ružić, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Applied Health Sciences / Zdravstveno veleučilište**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:139:881164>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Sveznalica](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE ZAGREB

STUDIJ SESTRINSTVA

MARTINA RUŽIĆ

DEPRESIJA I MIGRENA

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2022.

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE ZAGREB

STUDIJ SESTRINSTVA

DEPRESIJA I MIGRENA

ZAVRŠNI RAD

STUDENT:

Martina Ružić

MENTOR:

Doc. dr. sc. Anđelko Vidović dr. med., specijalist
psihijatrije

Zagreb, 2022.

Sadržaj

SAŽETAK

1. UVOD.....	1
2. DEPRESIJA.....	3
2.1. Epidemiologija depresije.....	3
2.2. Etiologija depresije	4
2.3. Klinička slika depresije	4
2.4. Dijagnoza depresije	4
2.5. Liječenje depresije.....	7
2.5.1. Antidepresivi	7
2.5.2. Psihoterapija	8
2.5.3. Psihoedukacija bolesnika.....	8
3. MIGRENA.....	10
3.1. Etiologija i epidemiologija migrene	10
3.2. Podjela i vrste migrene	11
3.2.1. Migrena s aurom (ili prije - klasična migrena).....	11
3.2.2. Migrena bez aure	11
3.3. Klinička slika migrene	12
3.4. Dijagnoza migrene.....	12
3.5. Liječenje migrene	12
4. POVEZANOST DEPRESIJE I MIGRENE	14
4.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod depresije i migrene.....	15
4.1.1. Sestrinska dijagnoza: Akutna bol	15
4.1.2. Sestrinska dijagnoza: Umor	15
4.1.3. Sestrinska dijagnoza: Strah	16
4.1.4. Sestrinska dijagnoza: Visoki rizik za smanjeno podnošenje napora	17
4.1.5. Sestrinska dijagnoza: Poremećaj misaonog procesa.....	17
4.1.6. Sestrinska dijagnoza: Poremećaj spavanja.....	18
4.1.7. Sestrinska dijagnoza: Socijalna izolacija.....	19
4.1.7. Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za suicid	19
4.2. Sestrinska skrb kod bolesnika s depresijom i migrenom	20
5. ZAKLJUČAK.....	22
6. LITERATURA	23

SAŽETAK

Migrena je primarna, funkcionalna glavobolja, karakterizirana recidivirajućim napadajima boli umjerenog do jakog intenziteta u trajanju od 4 do 72 sata. Najčešće je epizodična, a ako traje više od 15 dana mjesečno radi se o kroničnoj migreni. Kod osoba koje pate od migrene učestalo se javlja depresija. Depresija nije tek prolazno stanje tuge, već je ozbiljna bolest koju karakterizira sniženo raspoloženje, osjećaj manje vrijednosti i beznađa, nemogućnost doživljaja zadovoljstva, nedostatak volje i interesa, usporenost i teškoće pažnje i koncentracije. I depresija i migrena uzrokuju značajnu socijalnu i radnu onesposobljenost, a depresija može voditi i do suicida.

Dosadašnja istraživanja pokazuju da se depresivni poremećaj 2-4 puta češće javlja u osoba s migrenom u odnosu na opću populaciju, a objavljeni su i podaci prema kojima čak 45% osoba s migrenom pati od depresivnog poremećaja. Još uvijek nije potpuno jasna priroda odnosa tih poremećaja. Odnos je svakako dvosmjernan, a poremećaji dijele i neke zajedničke patofiziološke mehanizme. Usmjerenost na liječenje samo jednog poremećaja može negativno djelovati ne samo na drugi, već na oba poremećaja. Poznavanje njihovog međudnosa može pridonijeti boljem i učinkovitijem liječenju pacijenata.

Pristup medicinskog osoblja, ponajviše medicinskih sestara i tehničara koji većinu vremena provode uz pacijenta, trebao bi biti pun razumijevanja i uvažavanja njihovih potreba. Također, osoblje mora biti upoznato ne samo s farmakološkim tretmanima za takve pacijente već i s vanjskim i okolinskim činiteljima koji mogu potaknuti epizode migrene i depresije.

Ključne riječi: migrena, depresija, medicinska sestra/tehničar, sestrinska skrb

1. UVOD

Prema podacima kojima raspolaže Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), u svijetu od depresije boluje preko 615 milijuna ljudi. Taj broj je bio značajno niži prije 30 godina, kada je iznosio 416 milijuna oboljelih (1). Moderni način života, užurbanost i okoline također negativno utječu na pojavu depresije, tako da se smatra da će depresija kroz nekoliko godina postati najčešća bolest u svijetu (2).

Također se i u Republici Hrvatskoj prati trend porasta depresije. Ukupna brojka osoba koji pate od depresije iznosi oko 400 tisuća. Njih nešto više od 10% ima blage do umjerene simptome, dok njih 1,2% ima umjereno teške i teške simptome depresije (1).

Depresija kao bolest poznata je od davnina, a korijen riječi dolazi od latinske riječi *deprimere*, čiji prijevod bi glasio potisnuti, udubiti te pritisnuti. Kod depresivnih osoba, raspoloženje je potisnuto i patološki sniženo (3). Depresija nije samo prolazno stanje, već ozbiljna bolest čije liječenje ne smije izostati. Osim što utječe na kvalitetu života i svakodnevno funkcioniranje, stanje neraspoloženja i pasivnosti odražava se uvelike i na socijalno, radno, obiteljsko okruženje i funkcioniranje. Vodeći znakovi depresije su znatno sniženo raspoloženje, pad energije i libida, gubitak volje i sposobnosti za rad, poremećaji spavanja, poremećaji apetita te nerijetko suicidalne misli (2). Za postavljanje dijagnoze gore navedeni simptomi bi trebali trajati najmanje dva tjedna.

Depresija i migrena smatraju se velikim javnozdravstvenim problemom. Prema podacima koje je objavila prva udruga posvećena migreni, Udruga Migrena Hrvatska, čak 400 000 građana u Republici Hrvatskoj, pati od migrene. Statistički gledano, svaka sedma osoba susrela se s migrenom barem jednom tijekom života (4). Sama migrena, definira se kao napad pulsirajuće boli u glavi koja je najčešće jednostrana. Sam intenzitet opisuje se kao jaki, a trajanje je u prosjeku od četiri sata do tri dana. Osim mučnine koja ja najčešći pratitelj migrene, javlja se i hipersenzibilitet na zvukove i svjetlost (5). Pulsirajuća bol, po kojoj je migrena poznata, najčešće se javlja jednostrano (60%), dok manji broj pacijenata (njih 40%) osjete obostranu bol u glavi. Karakteristike po kojoj je migrena poznata je i pogoršanje boli paralelno s većom tjelesnom aktivnosti poput hodanja i penjanja (4).

Mnogi pacijenti s migrenom imaju neki od psihijatrijskih poremećaja, a najviše podataka postoji za komorbiditet migrene i depresije. Prema nekim istraživanjima, pacijenti s migrenom imaju i do 4 puta veću vjerojatnost da razviju depresiju (6). Migrena je također češće zastupljena kod pacijenata s visokim stupnjem anksioznosti, s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) i kod pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem (BAP) (6). Kod pacijenata s komorbiditetom migrene i nekog od psihijatrijskih poremećaja potrebno je istovremeno liječiti oba poremećaja kako bi liječenje bilo uspješno.

U radu će naglasak biti stavljen na komorbiditet depresije i migrene te farmakološke i psihološke pristupe u liječenju pacijenata s navedenim komorbiditetom. Također, prikazati će se vodeće sestrinske dijagnoze i intervencije usmjerene ka pacijentima s depresijom i migrenom kao i sestrinska skrb i pristup ovoj osjetljivoj populaciji pacijenata.

2. DEPRESIJA

Depresija je vrlo učestala bolest koja se smatra velikim javno zdravstvenim problemom jer narušava temeljna funkcioniranja pacijenata i njihovu kvalitetu života. Osim karakterističnog pada raspoloženja, pacijenti su nezainteresirani za svakodnevne situacije i uobičajene radnje te imaju osjećaj beznađa i smanjeno samopouzdanje (3).

2.1. Epidemiologija depresije

Cjeloživotna prevalencija depresije u općoj populaciji iznosi preko 10%, s time da taj broj varira ovisno o izloženosti vanjskim i unutarnjim čimbenicima rizika (7). Predviđanja vezana uz ovu kroničnu i nezaraznu bolest govore o tome kako će upravo depresija uskoro postati jedan od vodećih zdravstvenih problema u svijetu (8).

Prevalencija depresije kod žena je veća nego kod muškaraca, a kao neki od uzroka navode se porođaj, dojenje te hormonski status. Prosječna dob razvoja i oboljenja od depresije analizirajući svjetsku populaciju iznosi 27 godina (raspon između 18 i 64 godine). Čak 40% mladih s manje od 20 godina je imalo epizodu depresije, 50% stanovništva u dobi između 20 i 50 godina, a preostalih 10% s više od 50 godina starosti (9).

2.2. Etiologija depresije

Kada se govori o etiologiji depresije, još uvijek se za nastanak iste ne može izdvojiti specifičan uzrok. Razvojem dijagnostičkih metoda te zahvaljujući brojnim istraživanjima o radu mozga te interakciji s okolinom, uvidjela se povezanost bioloških i psihosocijalnih faktora u patogenezi same depresije. U biološke faktore oboljenja od depresije ubrojani su: genetska predispozicija, neurobiokemijske i neuroendokrinološke promjene te poremećaj cirkadijanog ritma (9).

2.3. Klinička slika depresije

Depresija se svrstava u poremećaje raspoloženja s pratećim promjenama drugih psihičkih funkcija što se manifestira motivacijskim, kognitivnim, bihevioralnim i tjelesnim simptomima. Kod bolesnika s depresijom zamjećujemo brže umaranje, smetnje u koncentraciji, teškoće odlučivanja, gubitak motivacije te smanjenje energije općenito. Klinička slika depresije najčešće prikazuje bolesnika koji ima vrlo oskudne pokrete, sjedi ili leži većinu vremena, glava mu je klonula a pogled usmjeren ka podu, izbjegava socijalne kontakte, na pitanja odgovara kratko i jednostavno (9). Uz depresiju se obično javlja anksioznost i štetna uporaba alkohola. Ovisno o težini simptoma koje bolesnici osjećaju te njihovom broju, depresija može biti blaga, srednja te teška. Kod blage depresije, bolesnici su radno sposobni, ali veliki problem je napor koji se javlja u izvršavanju radnih obveza. Kod srednje teške depresije, ovisno o bolesniku, dolazi do zakazivanja na poslu koje može biti u vidu manjkavog obavljanja zadataka ili pak potpunog zakazivanja. Bolesnici s teškom depresijom smatraju se radno nesposobnim osobama (10).

Depresija se najčešće javlja nakon stresora (gubitak bliske osobe, gubitak posla, novonastala situacija, itd.), ali se može javiti i bez jasnog razloga. O kojem god razlogu se radilo, depresija će značajno narušiti uobičajeno funkcioniranje bolesnika, a kod svakog bolesnika koji je obolio od depresije postoji opasnost i od suicida (3).

2.4. Dijagnoza depresije

Za postavljanje dijagnoze depresije ne postoje specifični dijagnostički ni laboratorijski testovi koji bi upućivali na postojanje depresije. Ipak, kako bi se isključio organski uzrok poremećaja raspoloženja, nužne su opće pretrage koje uključuju kompletnu krvnu sliku (KKS), nalaz hormona štitnjače, biokemijske nalaze, uzorak urina i elektrokardiogram (EKG). Ovisno kako se klinički simptomi prezentiraju, ponekad je potrebno učiniti i kompjutoriziranu tomografiju (CT) mozga kao i elektroencefalogram (EEG) (9).

Kako bi se dijagnosticirala depresija, simptomi moraju biti prisutni barem dva tjedna. Depresija se često pojavljuje u epizodama, a za dijagnozu nove depresivne

epizode mora proći razdoblje od najmanje dva mjeseca bez pojave simptoma te se tada radi o ponavljajućem depresivnom poremećaju. U našem zdravstvenom sustavu depresija se dijagnosticira prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija (MKB-10). Kod depresije razlikujemo više simptoma koji su podijeljeni u tri skupine; tipični simptomi ili A-simptomi, drugi česti simptomi ili B-simptomi te tjelesni sindromi koji čine tjelesni sindrom (Tablica 1). Depresivna epizoda se ovisno o broju i težini simptoma može označiti kao blaga, srednja ili teška (Tablica 2).

Tablica 1. Simptomi depresije

Naziv simptoma	Obilježja simptoma
Tipični simptomi A - simptomi	<ul style="list-style-type: none"> • depresivno raspoloženje • gubitak zadovoljstva i interesa u svakodnevnim aktivnostima • smanjena energija i umor
Drugi česti simptomi B - simptomi	<ul style="list-style-type: none"> • poremećaji apetita i spavanja • poremećaj pažnje i koncentracije • smanjeno samopouzdanje • osjećaj krivnje i bezvrijednosti • pesimistično razmišljanje • razmišljanje o samoubojstvu
Tjelesni simptomi koji čine somatski sindrom	<ul style="list-style-type: none"> • anhedonija • nedostatna aktivnost i reaktivnost na događaje i okolinu • ranije buđenje od uobičajenog • jače izražena jutarnja depresija • uznemirenost i nemir • značajniji gubitak apetita • smanjenje libida

Prema: Hotujac Lj. (ur) Brošura "Živjeti s depresijom", Dijagnoza i tijek depresije. 2009; Dostupno na <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16133/Dijagnoza-i-tijek-depresije.html> , pristupljeno 10. svibnja 2022.

Tablica 2. Depresivne epizode

Naziv depresivne epizode	Obilježja depresivne epizode
Blaga depresivna epizoda	<ul style="list-style-type: none"> • najmanje četiri simptoma • dva tipična simptoma i dva druga • socijalno funkcioniranje je blaže poremećeno
Umjerenjena depresivna epizoda	<ul style="list-style-type: none"> • najmanje pet simptoma • dva tipična simptoma i tri druga • socijalno funkcioniranje je umjereno poremećeno
Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma	<ul style="list-style-type: none"> • najmanje sedam simptoma • tri tipična simptoma i četiri druga • prisutna je jača uznemirenost i usporenost • somatski sindrom je prisutan • socijalno i radno funkcioniranje je značajno ograničeno
Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima	<ul style="list-style-type: none"> • najmanje sedam simptoma • tri tipična simptoma i četiri druga • prisutna je jača uznemirenost i usporenost • somatski sindrom je prisutan • prisutni psihotični simptomi poput halucinacije, sumanutosti i depresivnog stupora • socijalno i radno funkcioniranje je značajno ograničeno

Prema: Hotujac Lj. (ur) Brošura "Živjeti s depresijom", Dijagnoza i tijek depresije. 2009; Dostupno na <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16133/Dijagnoza-i-tijek-depresije.html> , pristupljeno 10. svibnja 2022.

2.5. Liječenje depresije

Liječenje depresije zahtjeva interdisciplinarni i holistički pristup. Kako bi liječenje bilo uspješnije, potrebno je što ranije prepoznati simptome, napraviti adekvatnu dijagnostičku obradu i procijeniti suicidalni rizik. Za svakog bolesnika radi se individualno plan liječenja i plan prevencije ponovljene depresivne epizode.

Smjernice za liječenje bolesnika oboljelih od depresije uključuju sljedeće:

- dobro postavljena dijagnoza depresije
- procjena rizika za suicid
- procjena potrebe za hospitalizacijom odnosno bolničko liječenje
- smjernice za primjenu psihofarmaka
- smjernice za psihoterapijski pristup i liječenje
- psihosocijalne metode i metode samopomoći (11).

Ciljevi liječenja bolesnika s depresijom su otkloniti simptome, ponovo uspostaviti normalno socijalno i radno funkcioniranje te prevenirati ponovne epizode bolesti (10).

Medicinsko osoblje, s naglaskom na medicinske sestre i tehničare imaju značajnu ulogu u radu s ovim bolesnicima. Bolesnicima je nužna stručna potpora kao u samoj dijagnostici tako i u prihvaćanju novonastale situacije i liječenju. Bitno je s bolesnikom stvoriti odnos povjerenja kako bi daljnja interakcija bila čim pozitivnija i ugodnija. Osim stručnog i profesionalnog pristupa, medicinska sestra i tehničar moraju imati razvijenu empatiju te poznavati načela asertivnog ponašanja u radu s bolesnicima.

2.5.1. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina lijekova koji su prvi u izboru liječenja bolesnika s depresijom. Na prvo mjesto su svrstani zbog svoje dobre učinkovitosti i podnošljivosti za oboljele. Naravno, na tržištu ne postoji idealan antidepresiv za sve bolesnike. Izbor antidepresiva ovisi o više čimbenika poput vrsti i razini simptoma kod bolesnika, o popratnim tjelesnim bolestima, ostaloj terapiji koju bolesnik uzima,

njegovom životnom stilu te općenito kliničkom iskustvu sa sličnim skupinama bolesnika (12).

Također kod izbora antidepresiva, valja voditi računa o mogućim nuspojavama i njihovoj težini. Kod svakog bolesnika koji je započeo s antidepresivnom terapijom treba se redovito pratiti terapijski odgovor. U praksi se bolesnici u početnoj fazi liječenja prate jednom do više puta kroz tjedan, a samo liječenje u akutnoj fazi može trajati između četiri i osam tjedana. Kod manjeg broja bolesnika, odgovor na antidepresive pokazuje se kasnije, čak do dvanaest tjedana.

Neki od češće korištenih antidepresiva su amitriptilin, maprotilin, moklobemid, citalopram, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, reboksetin, duloksetin, venlafaksin, bupropion, tianeptin, vortiooksetin te ostali (12).

2.5.2. Psihoterapija

U liječenju bolesnika s depresijom najčešće se uz farmakološku terapiju primjenjuje i psihoterapija. Psihoterapija kod bolesnika može biti formirana individualno za samo jednog bolesnika ili pak grupu bolesnika. Psihoterapija se kod bolesnika s lakšim i srednje teškim simptomima pokazala jako uspješna i to ponekad bez potrebe za ikakvim oblicima farmakoterapije.

Jedan od načina kako neki oblici psihoterapije mogu pomoći bolesniku jest tako što osvještavaju postojeće probleme te načine na koji bolesnici sami mogu utjecati na rješavanje istih (13).

2.5.3. Psihoedukacija bolesnika

Kod bolesnika koji su imali depresivnu epizodu liječenje nije završeno primjenom farmakoterapije. Prema nekim procjenama, svaki peti bolesnik koji je već prije imao depresivnu epizodu tijekom života, u periodu od dvije godine ponovno će je razviti.

Smisao psihoedukacije bolesnika je naučiti bolesnika kako da sam utječe na rizične čimbenike koji mogu dovesti do ponovne pojave depresije. Kod brojnih bolesnika to

podrazumijeva i promjenu stila života. Općenito, svrha psihoedukacije kod bolesnika je postizanje stabilne i dugotrajne remisije bolesti te prevencija recidiva (13).

3. MIGRENA

Migrena je glavobolja koju karakterizira pulsirajuća bol praćena osjećajem mučnine te najčešće povraćanjem, fotofobijom i fonofobijom. Migrena dovodi do blažih ili težih oblika onesposobljenosti. Okidači migrene su individualni za svakog bolesnika pa je uočavanje i identifikacija čimbenika rizika za migrenu od ključnog značaja u prevenciji napadaja migrene (5).

3.1. Etiologija i epidemiologija migrene

Kao okidač migrene, često se navode sljedeći čimbenici rizika:

- spavanje – previše ili premalo sna te promjena rutine spavanja i odmora
- dehidracija – nedovoljan unos tekućine
- podražaji – dugotrajna izloženost podražajima poput svjetla, zvuka i intenzivnog mirisa
- pretjerana konzumacija kofeina i alkohola te pušenje
- stres – najčešći okidač migrene (u 80% bolesnika)
- promjene u stilu života – npr. propuštanje jednog od obroka, gladovanje, duga putovanja
- tjelesna aktivnost – pretjerana ili neadekvatna tjelesna aktivnost
- menstrualni ciklusi – hormonalne promjene
- vanjski faktori – promjene vremenskih uvjeta, jaka buka, vanjska rasvjeta ili sunčeva svjetlost (14).

Iako su identificirani mnogi čimbenici rizika, patofiziološki mehanizmi vezani uz razvoj migrene još uvijek nisu posve jasni (14).

Učestalost migrene u Europi je između 14% i 35%, a omjer učestalosti prema spolu jest 3:1 u korist žena (15). Prema istraživanju Vukovića i suradnika učestalost migrene s aurom ili bez aure u Hrvatskoj je 7,5% (16). Pojavnost i učestalost migrene najčešća je u adolescenciji i srednjoj životnoj dobi, a nakon 50.-te godine života učestalost značajno pada. Kod žena, napadi ove vrste glavobolje često započinju nakon menarhe te su izrazito jaki tijekom menstruacije.

3.2. Podjela i vrste migrene

Prema MKB-10 migrena je klasificirana u dvije osnovne vrste, migrena s aurom te migrena bez aure, a prema trećem izdanju međunarodne klasifikacije glavobolja iz 2018. godine (ICHD-3, engl. The International Classification of Headache Disorders) u klasifikaciju su uključena tri klinička entiteta migrene – migrena bez aure, migrena s aurom i kronična migrena (17).

3.2.1. Migrena s aurom (ili prije - klasična migrena)

Migrena s aurom, odnosno klasična migrena je ona kod koje napadu glavobolje prethodi aura. Aura se manifestira kroz smetnje vida, poput zamućenja vida na jedno ili oba oka, kao tamne mrlje koje smetaju u vidom polju i povećavaju se i šire, svjetleće mrlje ispred oka, a u nekim slučajevima se opisuje i iznenadna potpuna sljepoća na jednom oku. Osim vidnih smetnji, mogu se javiti i neurološki simptomi u vidu slabosti i trnaca u ekstremitetima, utrnjenost jedne strane lica, smetnje govora, te nelagodan osjećaj u prsima. Vremenski, aura traje oko 30 do maksimalno 60 minuta, a nakon nje bolesnici počinju osjećati trnce i bolovi u glavi, osjećaj mučnine, osjetljivost na vanjske podražaje poput zvuka i svjetla te povraćanje.

Glavobolja koja započinje nakon aure vremenski traje od 8 sati pa sve do čitavog dana. Najčešće je kod bolesnika bol prisutna na jednoj strani. Bolesnici su blijedi, osjećaju se slabo, klonuli su i razdražljivi te se kod mnogih pojavljuju podočnjaci i podbuhla lica (18).

3.2.2. Migrena bez aure

Migrena bez aure ili poznatija kao obična migrena, karakterističnog je vremenskog trajanja od četiri sata pa sve do tri dana (ukoliko se ne liječi). Bol koja se javlja je pulsirajuća i također jednostrana. Kod bolesnika najčešće započinje ujutro neposredno nakon buđenja, a brojni bolesnici također imaju mučnine te osjetljivost na vanjske podražaje.

Napadi ove vrste migrene nisu redovni ali se odvijaju periodički, što za bolesnike znači da može proći i dulji vremenski period bez glavobolja. Kod trudnica je zabilježena tendencija naglog prestanka ili prorjeđenja ove vrste migrene (18).

3.2.3. Kronična migrena

Kod kronične migrene glavobolja se javlja 15 ili više dana mjesečno tijekom više od 3 mjeseca. Bolesnici s kroničnom migrenom često ne mogu jasno odijeliti pojedine napade.

3.3. Klinička slika migrene

Bol je najčešći simptom s kojim se bolesnici koji pate od migrene susreću. Bol ima različiti intenzitet kod svakog pojedinog bolesnika, ali svima je zajedničko da se bol smiruje kada bolesnici zaspu. Sama lokalizacija boli može biti jednostrana ili obostrana, a najčešće je locirana u fronotemporalnoj regiji

Osim glavobolje kod migrene, česti su i vegetativni simptomi te poteškoće s koncentracijom. Rutinska odnosno svakodnevna aktivnost pogoršava migrenu jer su bolesnici nerijetko prisiljeni boraviti u mračnoj i tihoj prostoriji kako bi napadi migrene završili (5).

3.4. Dijagnoza migrene

Dijagnoza migrene u domeni je neurologa i temelji se na individualnim simptomima koje bolesnik osjeća te na fizikalnom, odnosno neurološkom pregledu. Najčešće pogreške koje se javljaju tijekom dijagnoze migrene su neprepoznavanje i neuvrštavanje nepulsirajuće boli kao jednog od simptoma migrene. Nerijetko vizualni i autonomni simptomi dovode do pogrešnih dijagnoza naprezanja oka ili sinusne glavobolje (19).

3.5. Liječenje migrene

Za velik dio bolesnika migrena predstavlja ozbiljno stanje koje uvelike narušava kvalitetu života, dovodi do gubitka produktivnosti i privremene onesposobljenosti.

Liječenje migrene je individualno i ovisi o učestalosti, trajanju i intenzitetu napadaja. Osim farmakološkog liječenja važne su i opće mjere u prevenciji i kontroli napadaja. Za bolesnike je preporučljivo da vode dnevnike te bilježe broj i vrijeme napadaja glavobolje. Psihoterapijske metode, uključujući tehnike nošenja sa stresom te „biofeedback“ samo su neki od načina na koji se bolesnici mogu nositi s migrenom ukoliko je okidač stres (25).

Blaži i umjereni napadaji migrene mogu se liječiti analgeticima kao što su nesteroidni antireumatici (npr. diklofenak, ibuprofen), no njihovo uzimanje ne smije biti prekomjerno. Kod bolesnika kod kojih se blaži napadi pretvaraju u jače i intenzivnije te kod bolesnika s početnim intenzivnim napadima preporučaju se lijekovi iz skupine triptana. Triptani svoje analgetsko djelovanje u napadu migrenske glavobolje postižu inhibicijom procesa u neurovaskularnoj upali (agonisti serotoninских receptora). Kako bi čim bolje djelovali, triptani se uzimaju na početku napada. Povoljan učinak imaju i neki antidepresivi (npr. amitriptilin) (20).

Kao intravenska terapija migrene koja prekida jake i pulsirajuće akutne napadaje pokazala se dobrim kombinacija dihidroergotamina s antiemeticima. Opioidi se smatraju zadnjim izborom lijeka u liječenju migrene i to samo kada su drugi lijekovi neučinkoviti ili kontraindicirani (19).

Profilaksa napadaja migrene se može provoditi betablokatorima ili antiepilepticima, a u zadnje vrijeme sve se više koriste monoklonska antitijela na kalcitonin gen-povezani peptid (CGRP) i njegov receptor (20).

4. POVEZANOST DEPRESIJE I MIGRENE

Migrena je za brojne bolesnike iscrpljujući neurološki poremećaj i vezan je uz brojne komorbiditete od kojih su najčešći kronični bolni sindromi izvan područja glave te psihijatrijski poremećaji, osobito depresija. Iako precizni mehanizmi u podlozi odnosa između migrene i depresije te ostalih psihijatrijskih poremećaja nisu posve jasni, svakako se uvidjela poveznica između istih (21). Neka istraživanja ukazuju na zajedničku genetsku podlogu depresije i migrene, lijekovi koji se koriste u liječenju migrene djeluju na serotoninski sustav kao i antidepresivi, a zajednički okidač depresije i migrene je često stres (19).

Ispitujući odnos između migrene i depresije, navodi se 2,2 do 4,0 puta veća vjerojatnost da bolesnici s migrenom u usporedbi s općom populacijom obole od depresije. Također je utvrđena češća učestalost depresije kod bolesnika koji imaju migrenu s aurom. U bolesnika s migrenom procjene prevalencije depresivnog poremećaja kretale su se od 8,6 do 47,9%, ovisno o studiji i istraživanju (21).

Utvrđeno je da su oni koji pate od migrene i nekog psihijatrijskog poremećaja, uključujući depresiju, imali lošije zdravstvene ishode od onih koji su imali samo jedan od tih stanja (6).

Nažalost, trenutno ne postoje jasne smjernice u vezi s probirom pacijenata u kontekstu komorbiditeta migrene i depresije. Neki stručnjaci smatraju da bi se probir trebao provoditi u bolesnika s kroničnim glavoboljama te onih koji ne reaguju na odobrene tretmane. Kako alati za probir nemaju sposobnost dijagnosticiranja migrene i depresije te poveznicu ta dva stanja, kod pacijenata mogu pokazati lažno pozitivne ili negativne rezultate. Stoga se rezultati moraju pažljivo tumačiti, a dijagnozu uvijek treba potvrditi liječnik. Osim toga, moraju biti dostupni odgovarajući resursi za liječenje i praćenje (21). U svakom slučaju, potrebno je liječiti oba poremećaja kako bi liječenje bilo uspješno.

4.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod depresije i migrene

Dalje u radu, bit će prikazane najčešće sestrinske dijagnoze kod bolesnika koji pate od depresije i migrene te najčešće korištene sestrinske intervencije u rješavanju istih.

4.1.1. Sestrinska dijagnoza: Akutna bol

Ciljevi:

- Bolesnika neće boljeti
- Na skali koja prikazuje bol, bolesnik će iskazati nižu razinu boli nego početnu
- Bolesnik će znati nabrojati što kod njega uzrokuje osjećaj boli
- Bolesnik će znati na koje načine ublažiti bol

Sestrinske intervencije:

- Medicinska sestra i tehničar će prepoznati znakove boli kod bolesnika
- Više puta tijekom dana mjerit će se vitalne funkcije
- Ukloniti rizične čimbenike koji pojačavaju bol kod bolesnika
- Primijeniti nefarmakološke postupke
- Biti uz bolesnika
- Postaviti bolesnika u za njega odgovarajući položaj
- Obavijestiti liječnika o boli kod bolesnika
- Podučiti bolesnika o tehnikama relaksacije
- Osigurati mirnu, čistu i tihu okolinu
- Ublažiti osjećaj straha kod bolesnika
- Primijeniti terapiju prema uputama liječnika
- Dokumentirati razinu boli
- Sve učinjeno dokumentirati (22).

4.1.2. Sestrinska dijagnoza: Umor

Ciljevi:

- Bolesnik će znati prepoznati uzroke umora

- Bolesnik će znati postaviti prioritete dnevnih aktivnosti
- Bolesnik neće biti umoran

Sestrinske intervencije:

- Zajedno s bolesnikom izraditi plan aktivnosti kroz dan
- Osigurati dovoljno vremena za odmor
- Osigurati bolesniku miran i neometan san
- Savjetovati bolesniku da izbjegava nepotrebne aktivnosti
- Provoditi s bolesnikom umjerenu i lakšu tjelovježbu
- Poticati bolesnika na samozbrinjavanje
- Biti prisutan uz bolesnika
- Educirati bolesnika o činiteljima koji uzrokuju umor
- Educirati bolesnika o potrebama promjena životnog stila (22).

4.1.3. Sestrinska dijagnoza: Strah

Ciljevi:

- Bolesnik će znati prepoznati činitelje koji kod njega izazivaju strah
- Bolesnik će se na ispravan način sučeljavati s strahom
- Bolesnik će opisati smanjenu razinu straha
- Bolesnik neće osjećati strah

Sestrinske intervencije:

- S bolesnikom stvoriti odnos povjerenja
- S bolesnikom ostvariti empatični i profesionalni odnos
- Poticati bolesnika da verbalizira činitelje straha kod sebe
- Opažati znakove straha kod bolesnika
- Primjereno reagirati na izjave i ponašanja bolesnika
- Informirati bolesnika o postupcima koji će mu se raditi
- Na vrijeme informirati bolesnika o dijagnostičkim postupcima
- Podučiti bolesnika kako da prepozna stresore i nosi se s njima
- Poštivati i prihvaćati bolesnikove kulturološke različitosti

- Poticati bolesnika na izražavanje osjećaja (23).

4.1.4. Sestrinska dijagnoza: Visoki rizik za smanjeno podnošenje napora

Ciljevi:

- Bolesnik će obavljati svakodnevne aktivnosti bez znakova napora
- Mišićna snaga i tonus će biti očuvani

Sestrinske intervencije:

- Prepoznati kod bolesnika čimbenike koji utječu na smanjeno podnošenje napora
- Primijeniti terapiju kisikom ukoliko je liječnik tako ordinirao
- Smjestiti bolesnika u povišeni Fowlerov položaj ili neki drugi koji mu više odgovara
- Planirati s bolesnikom aktivnosti
- Izbjegavati veći napor
- Osigurati dovoljno vremena za odmor i spavanje
- Poticati bolesnika da verbalizira sve što ga muči
- Ukoliko bolesnik puši, savjetovati prestanak istoga
- Objasniti bolesniku da stresori utječu na podnošenje napora (23).

4.1.5. Sestrinska dijagnoza: Poremećaj misaonog procesa

Ciljevi:

- Bolesnik će biti orijentiran u prostoru i vremenu
- Bolesnik će prihvaćati pomoć koja mu se nudi
- Bolesnik će verbalizirati osjećaje

Sestrinske intervencije:

- S bolesnikom ostvariti odnos povjerenja
- Razgovarati na način na ga pacijent razumije
- Dati bolesniku dovoljno vremena za odgovor
- Orijetirati bolesnika u prostoru i vremenu

- Osigurati bolesniku mirnu, čistu i urednu okolinu
- Omogućiti bolesniku nesmetan odmor
- Primijeniti terapiju propisanu od strane liječnika
- Dokumentirati učinjeno
- Pratiti pozitivne učinke terapije
- Liječnika obavijestiti o nuspojavama koje bolesnik razvije
- Osigurati nadzor bolesnika
- Koristiti sigurnosne mjere
- Uključiti obitelj i partnere u brigu za bolesnika (22).

4.1.6. Sestrinska dijagnoza: Poremećaj spavanja

Ciljevi:

- Bolesnik će znati prepoznati čimbenike koji kod njega narušavaju san
- Bolesnik će spavati dovoljan broj sati u kontinuitetu
- Bolesnik neće pokazivati znakove iscrpljenosti
- Bolesnik će biti odmoran

Sestrinske intervencije:

- U suradnji s bolesnikom, napraviti plan aktivnosti kroz dan
- Ukloniti čimbenike koje ometaju san
- Educirati bolesnika o vođenju dnevnika spavanja
- Podučiti bolesnika o tehnikama disanja u svrhu relaksacije
- Smanjiti konzumaciju kofeina kroz drugi dio dana
- Otvoreno razgovarati s bolesnikom o činiteljima rizika
- Poticati bolesnika na lakšu tjelesnu aktivnost
- Primijeniti lijekove za spavanje prema ordinaciji liječnika
- Sve učinjeno dokumentirati (23).

4.1.7. Sestrinska dijagnoza: Socijalna izolacija

Ciljevi:

- Bolesnik će verbalizirati svoje osjećaje
- Bolesnik će surađivati s medicinskim i nemedicinskim osobljem
- Bolesnik će razviti pozitivne odnose

Sestrinske intervencije:

- Provoditi nadzor nad bolesnikom
- Biti uz bolesnika
- Stvoriti odnos povjerenje i suradnje s bolesnikom
- Poticati bolesnika da izražava osjećaje
- Poticati bolesnika na razmjenu iskustva s drugim bolesnicima
- Educirati bolesnika o asertivnom ponašanju
- Ohrabrivati bolesnika
- Pohvaliti bolesnika za napredak
- Osigurati bolesniku dovoljno vremena za posjetu
- Upoznati bolesnika s radom suportivnih grupa
- Uključiti bolesnika u grupne terapije
- Uključiti bolesnika u rad okupacijske terapije (22).

4.1.8. Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za suicid

Ciljevi:

- Bolesnik će sudjelovati u dijagnostici i liječenju
- Bolesnik će zatražiti i prihvatiti pomoć
- Bolesnik neće pokazivati znakove suicidalnosti
- Bolesnik će verbalizirati svoje misli i osjećaje

Sestrinske intervencije:

- U suradnji s bolesnikom, napraviti plan aktivnosti kroz dan
- Ukloniti sve rizične predmete iz okoline
- Okolinu učiniti ugodnom i sigurnom za bolesnika
- Osigurati dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom

- Poticati bolesnika na interakciju kako s osobljem tako i drugim bolesnicima
- Podučiti bolesnika o tehnikama relaksacije
- Biti uz bolesnika čim više
- Stvoriti odnos povjerenja s bolesnikom
- Provjeravati bolesnikovu okolinu (noćni ormarić, ormar s odjećom i slično)
- Ormarić s lijekovima držati zaključanog
- Poticati bolesnika na lakšu tjelesnu aktivnost
- Spriječiti bolesnikovu socijalnu izoliranost te otuđenost
- Pratiti promjene u bolesnikovom ponašanju i uobičajenom funkcioniranju
- Obavijestiti liječnika o pogoršanju bolesnikova stanja
- Sve učinjeno dokumentirati (23).

4.2. Sestrinska skrb kod bolesnika s depresijom i migrenom

Tehnološki razvoj kroz povijest omogućio je brojne pomake kako u medicini tako i u sestrinstvu. Sestrinska skrb odnosno njega, neizostavni je dio zdravstvene zaštite, a medicinske sestre i tehničari samostalni su zdravstveni djelatnici čija je osnovna djelatnost upravo skrb za bolesnike i očuvanje zdravlja.

Kako se liječenje depresije i migrene kroz povijest unapređivalo, tako se i sestrinska skrb prilagođavala i ostvarivala napretke na istom području. Glavni cilj skrbi je pridobiti povjerenje bolesnika te s njime ostvariti pozitivan i profesionalan odnos koji je dalje preduvjet za uspješno liječenje. Važan element pristupa bolesnicima je psihosocijalna podrška koja sadrži razne aspekte psihološke, duhovne i socijalne skrbi (24).

Pozitivnim ishodom u liječenju bolesnika doprinosi rano prepoznavanje bolesti, dobar terapijski odgovor i što manje izražene nuspojave lijekova. Dobar terapijski odgovor ovisi i o uspješnosti sestrinskih postupaka te razumijevanju i potpori od članova obitelji, kolega, prijatelja i općenito čitavog društva i zajednice.

Medicinske sestre i tehničari, dobro isplaniranom i realiziranom zdravstvenom negom, uvelike utječu na kvalitetu života oboljelih. Kao zdravstveni djelatnici koji većinu radnog vremena provode uz bolesnike, medicinske sestre i tehničari

neizostavni su u samom procesu liječenja. Svojim znanjem i dobrim procjenama, opažaju i najmanje pomake u statusu bolesnika te u suradnji s liječnicima i ostalim zdravstvenim osobljem rade na boljitku zdravlja bolesnika, a njihov doprinos u radu s bolesnicima je ključan u terapiji, liječenju i rehabilitaciji (24).

5. ZAKLJUČAK

Migrena i depresija pojedinačno predstavljaju velik javnozdravstveni problem. Depresija je jedan od najčešćih komorbiditeta u migreni te je nedvojbeno utvrđena dvosmjerna povezanost između ovih stanja. Utvrđeno je da su ishodi kvalitete života lošiji za pacijente koji istovremeno pate od migrene i depresije

Prevencijom, ranom detekcijom i dobro postavljenom dijagnozom može se očekivati smanjenje prevalencije ovih poremećaja u populaciji. Holistički pristup u liječenju ovih bolesnika i poboljšanje kvalitete života trebali bi biti imperativi. Stoga je vrlo važna pažljiva procjena stanja pacijenta te pristup odgovarajućim resursima i praćenje.

Medicinsko osoblje s naglaskom na medicinske sestre i tehničare, koji nerijetko najviše vremena provode s ovim pacijentima i okosnica su u pružanju bolničke zdravstvene skrbi bolesnicima s migrenom i depresijom, kroz odnos povjerenja i adekvatno provođenje opisanih postupaka mogu značajno pridonijeti uspješnosti liječenja i poboljšanju kvalitete života osoba koje istovremeno pate od migrene i depresije.

6. LITERATURA

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Depresija. 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>, pristupljeno 15. lipnja 2022.
2. Kušević, Z, Friščić T, Babić G, Jurić Vukelić D. Depresija u svjetlu nekih psihoanalitičkih teorija. Socijalna psihijatrija. 2020; 48(1): 72-103
3. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. Medicus. 2017; 26(1): 161-165.
4. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. Migrena nije samo bol! - Dan migrene, 21. ožujka 2022. 2022. Dostupno na: <https://stampar.hr/hr/novosti/migrena-nije-samo-bol-dan-migrene-21-ozujka-2022>, pristupljeno 16. lipnja 2022.
5. Biškup T. Migrena [diplomski rad]. Zagreb: Medicinski fakultet; 2016.
6. Šagud M, Klinar I. Psihijatrijski komorbiditet u migreni. Medicus. 2021; 30(1): 105-111.
7. Begić D. Psihopatologija. Treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada. 2016.
8. Matuško L. Pojavnost i prediktori depresije kod osoba starije životne dobi [diplomski rad]. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2022.
9. Miko I. Etiologija depresije [diplomski rad]. Zagreb: Medicinski fakultet; 2016.
10. Vujnović N. Depresija u adolescenata i komorbiditet [diplomski rad]. Split: Sveučilište u Splitu; 2015.
11. Begić D, Petrana B, Begovac I, Bokić-Sabolić A, Degmečić D, Hrabak-Žerjavić V, et al. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. Hrvatsko društvo za afektivne poremećaje HLZ-a, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju HLZ-a, Hrvatsko psihijatrijsko društvo. 2020. Dostupno na <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2020/02/SMJERNICE-DEPRESIJA-2020..pdf>, pristupljeno 15. lipnja 2022.
12. Folnegović-Šmalc V, Folnegović Grošić P, Henigsberg N, Kozumplik O, Makarić G, Mimica N, et al. Farmakoterapija depresija. Medicus. 2004; 13(1): 31-39.
13. Gregurek R. Psihoterapija depresija. Medicus. 2004; 13(1): 95-100.

14. Vacca MV. Migraine in adults: a head start. *Nursing*. 2009; Vol 49; 22-29
15. Titlić M. Epidemiologija i socioekonomski aspekti migrene. *Medicus*. 2021; 30(1): 27-30.
16. Vukovic V, Plavec D, Pavelin S, Janculjak D, Ivanković M, Demarin V. Prevalence of migraine, probable migraine and tension-type headache in the Croatian population. *Neuroepidemiology*. 2010; 35(1):59-65.
17. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2018;38(1):1-2011. Dostupno na <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/01/The-International-Classification-of-Headache-Disorders-3rd-Edition-2018.pdf>, pristupljeno 16. svibnja 2022.
18. Vacca MV, Thomas SB. Migraine variants: Nursing considerations. 2020; 50(11): 34-4.
19. Cook CL. Diagnosis and treatment of migraine in the patient with depression. *Nurse Pract*. 2018; 30(11): 630-637.
20. Jančuljak D. Principi farmakološkog liječenja migrene na temelju znanstvenih dokaza. *Medicus*. 2021; 30(1): 57-66.
21. Bergman-Bock S. Associations Between Migraine and the Most Common Psychiatric Co-Morbidities. *Headache*. 2018; 58(2): 346-353.F
22. Abou AD i sur. *Sestrinske dijagnoze 3*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
23. Čukljek S. *Sestrinske dijagnoze. Definicije i klasifikacija 2018.-2020*. Zagreb: Naklada Slap; 2020.
24. Medvedec Vlašić K. *Sestrinska skrb za bolesnike oboljele od depresivnog poremećaja [završni rad]*. Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
25. Bašić Kes V, Grbić N. Nefarmakološke metode liječenja glavobolje. *Medicus*. 2021;30(1):77-80.