

Hitna psihijatrijska stanja - sestrinska skrb

Rukavina, Mate

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:679829>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-21**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo



Zadar, 2021.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

Hitna psihijatrijska stanja – sestrinska skrb

Završni rad

Student/ica:

Mate Rukavina

Mentor/ica:

Anita Škarica, mag. med. techn, viši
predavač

Komentor/ica:

doc. dr. sc. Nataša Skitarelić

Zadar, 2021.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Mate Rukavina**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Hitna psihijatrijska stanja – sestrinska skrb** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 1. lipnja 2021.

SAŽETAK

Ovaj pregledni rad prikazat će zdravstvenu skrb i zbrinjavanje psihijatrijskih bolesnika koji se nalaze u stanju akutne psihičke bolesti ili krize koje zahtijevaju hitne psihijatrijske i sestrinske intervencije. Biti će navedeni i objašnjeni pojmovi i definicije iz područja psihopatologije, psihijatrije i sestinstva. Prikazat će se epidemiološke karakteristike psihičkih poremećaja kao što su prevalencija, incidencija i rasprostranjenost. Opisat će se metode procjene mentalnog statusa i ispitivanje psihičkih funkcija i stanja, te pregled somatskog statusa i mjerenje vitalnih funkcija. U glavnom dijelu biti će razrađeni zdravstveni pristupi problematici, počevši od psihijatrijskog pristupa u kojem će se navesti i objasniti dijagnostički kriteriji, komorbiditeti, psihičke i somatske bolesti te liječenje s dominantnim psihofarmakološkim intervencijama. Biti će objašnjen psihoterapijski pristup i tehnike psihoanalitičke – psihodinamske terapije, kognitivno - bihevioralne terapije te humanističke terapije odnosno liječenje s dominantnim psihosocijalnim intervencijama. Biti će naveden i objašnjen sestrinski pristup, čija je uloga ključna na svim razinama uključujući procjenu, sprječavanje, otkrivanje, provođenje terapije i rehabilitacije te sudjelovanje u zbrinjavanju hitnih stanja kod psihijatrijskih bolesnika. To podrazumijeva procjenu i ispitivanje zdravstvenog, psihofizičkog i mentalnog stanja i funkcioniranja, utvrđivanje sestrinskih dijagnoza i potreba za zdravstvenom njegom te planiranje i provođenje psihijatrijsko sestrinskih intervencija, među kojima je najvažnija terapijska komunikacija i odnos medicinska sestra – bolesnik. Na kraju će biti navedene i objašnjene hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika u hitnih i kriznim stanjima te opisana primjena protektivnih mjera fizičkog i kemijskog sputavanja.

Ključne riječi: psihopatologija, psihijatrija, psihoterapija, psihijatrijsko sestinstvo, psihijatrijska njega, terapijska komunikacija.

SUMMARY

PSYCHIATRIC EMERGENCIES – NURSING CARE

This review paper will show the health care of psychiatric patients who are in a state of acute mental illness or crisis that require urgent psychiatric and nursing interventions. Concepts and definitions in the fields of psychopathology, psychiatry and nursing will be listed and explained. Epidemiological characteristics of psychological disorders such as prevalence, incidence and distribution will be presented. Methods of assessing mental status and examining mental functions and conditions, as well as reviewing somatic status and measuring vital functions will be described. The main part will elaborate health approaches to the issue, starting with a psychiatric approach in which diagnostic criteria, comorbidity, mental and somatic diseases and treatment with dominant psychopharmacological interventions will be indicated and explained. The psychotherapeutic approach and techniques of psychoanalytic – psychodynamic therapy, cognitive - behavioral therapy and humanistic therapy or treatment with dominant psychosocial interventions will be explained. A nursing approach will be given and explained, the role of which is essential at all levels including assessment, prevention, detection, treatment and rehabilitation, and participation in the management of emergencies in psychiatric patients. That implies the evaluation and examination of health, psychophysical and mental state and functioning, determination of nursing diagnoses and health care needs, and planning and conducting psychiatric nursing interventions, including the most important therapeutic communication and relationship of the nurse – patient. Finally, the hospitalizations of psychiatric patients in urgent and crisis conditions will be listed and explained and the application of protection measures of physical and chemical restraint will be described.

Keywords: psychopathology, psychiatry, psychotherapy, psychiatric nursing, psychiatric care, therapeutic communication.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. DEFINICIJE	2
2. 1. Psihopatologija	2
2. 2. Psihijatrija.....	2
2. 3. Psihijatrijsko sestriinstvo i psihijatrijska zdravstvena njega	2
2. 3. Hitna psihijatrijska stanja	3
2. 4. Intenzivna psihijatrijska skrb	3
3. EPIDEMIOLOGIJA	4
3. 1. Prevalencija, incidencija i rasprostranjenost psihičkih poremećaja	4
4. HITNA PSIHIJATRIJSKA STANJA, POREMEĆAJI I BOLESTI.....	5
4. 1. Suicidalnost	5
4. 2. Agresivnost.....	6
4. 3. Krizno stanje	6
4. 4. Akutni anksiozni poremećaji.....	7
4. 5. Akutni psihotični poremećaji	7
4. 6. Akutni afektivni poremećaji.....	8
4. 7. Akutne intoksikacije psihoaktivnim tvarima.....	8
4. 8. Nuspojave psihofarmaka - lijekova.....	10
5. PSIHIJATRIJSKI PRISTUP	11
5. 1. Psihofarmakološke intervencije – medikamentozna terapija	11
5. 1. 1. Antipsihotici	11
5. 1. 2. Anksiolitici	12
5. 1. 3. Antidepresivi	12
5. 1. 4. Stabilizatori raspoloženja	13
5. 1. 5. Urgentna psihofarmakoterapija	13

6. PSIHOTERAPIJSKI PRISTUP	14
6. 1. Definicija psihoterapije	14
6. 2. Urgentno – suportivne psihološke tehnike i psihosocijalne metode	14
7. SESTRINSKI PRISTUP PSIHIJATRIJSKOM BOLESNIKU U HITNOM STANJU	17
7. 1. Procjena zdravstvenog stanja i funkcioniranja	17
7. 1. 1. Fizički status	17
7. 1. 2. Vitalno – fiziološki status	17
7. 1. 3. Psihički status	18
7. 2. Psihijatrijsko sestrinska procjena ljudskih potreba	20
7. 3. Psihijatrijsko sestrinske dijagnoze i intervencije	22
7. 4. Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika	31
7. 5. Odnos medicinska sestra – bolesnik i empatija	31
7. 6. Psihološka njega i terapijska komunikacija	32
8. HOSPITALIZACIJA HITNOG PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA	36
8. 1. Dobrovoljno i prisilno liječenje	36
8. 2. Kemijske i fizičke mjere sputavanja	36
9. ZAKLJUČAK	37
10. LITERATURA	38

1. UVOD

Tema hitna psihijatrijska stanja u ljudima, ali i među zdravstvenim djelatnicima, budi zgražanje koje proizlazi iz nedostatka znanja i nerazumijevanja psihopatoloških fenomena i samih psihičkih poremećaja. Živimo u brzim vremenima, brzo hodamo, brzo jedemo, i isto tako tražimo brza rješenja za psihičke i egzistencijalne probleme. Stoga, čovjek brzo poseže za raznim kvazi-stručnjacima, tabletama, drogama, alkoholom, svemu kako bi izbjegli suočiti se sa sobom i promijeniti u korijenu toksične obrasce psihičkog funkcioniranja. Brze promjene, nova tehnologija i moderni trendovi u društvu, čovjeka su otuđili i osudili na samog sebe, unatoč tome što smo bića zajednice. Zbog toga se javlja frustracija, neuroza, anksioznost i jedna opća unutarnja napetost i nezadovoljstvo. Ukoliko osoba nema mentalne kapacitete nositi se sa svim tim, može doći do psihičke dekompenzacije i pojave psihopatoloških procesa koji zahtijevaju hitnu psihosocijalnu pomoć, a posebno kada se radi o hitnim i kriznim stanjima koji ugrožavaju psihički integritet osobe.

2. DEFINICIJE

2. 1. Psihopatologija

Znanstvena disciplina koja se koristi spoznajama iz psihologije, neuroznanosti i psihijatrije sa ciljem proučavanja zakonitosti u abnormalnostima psihičkih funkcija. Drugim riječima, istražuje psihopatološke procese, fenomene i reakcije u psihičkim poremećajima. Obično se dijeli na opću i specijalnu psihopatologiju. Opća proučava poremećaje psihičkih funkcija kao psihopatoloških simptoma i znakova, dok specijalna proučava poremećena psihička stanja i psihosocijalna funkcioniranja kao psihopatološke sindrome (1).

2. 2. Psihijatrija

Specijalistička grana medicine koja se bavi proučavanjem, sprječavanjem, dijagnosticiranjem i liječenjem duševnih poremećaja i bolesti. Obzirom na metode liječenja, dijeli se na biologijsku, psihodinamsku i socijalnu. Biologijska se oslanja na psihofarmakološke i fizikalne intervencije. Socijalna naglašava važnost zajednice, obitelji i društva kao ključnim faktorom u liječenju, mada se više koristi u psihosocijalnoj rehabilitaciji duševnih bolesnika. Psihodinamska upotrebljava psihoterapijske intervencije koje se temelje na psihološkim tehnikama u uklanjanju psihičkih simptoma poremećaja te ublažavanju duševne patnje (2).

2. 3. Psihijatrijsko sestrinstvo i psihijatrijska zdravstvena njega

Ne postoji jasna definicija psihijatrijskog sestrinstva i psihijatrijske zdravstvene njege, no, iščitavajući definicije teoretičarki sestrinstva može se zaključiti kako je sestrinstvo struka unutar zdravstva čija je temeljna djelatnost zdravstvena njega. A zdravstvena njega je, kako navodi Nightingale, stvaranje najpovoljnijih uvjeta kako bi prirodne sile mogle djelovati. Henderson objašnjava da je to pomoć zdravim i bolesnim pojedincima i obiteljima u svakodnevnim aktivnostima kako bi postigli što veću razinu samostalnosti. Svoju teoriju je utemeljila na Maslowljevoj teoriji motivacije odnosno potreba. Johnson naglašava postojanost vanjskog regulatornog utjecaja koji je usmjeren na pozitivno zdravstveno ponašanje u zdravlju i bolesti te naglašava bihevioralni sustav čovjeka koji omogućava adaptaciju i postizanje ravnoteže (3, 4).

Najbliža teorija koja opisuje sestrinsku skrb za psihijatrijske bolesnike je teorija Hildegard Peplau. Naime ona je bila psihijatrijska sestra i studirala je u području interpersonalne psihologije i psihijatrijske zdravstvene njege. Ona je definirala model interpersonalnih odnosa koji se temelji na psihodinamici. Naglašava kako je ključan odnos između medicinske sestre i

bolesnika odnosno primjenjuje principe ljudskih odnosa. Upravo je to glavna intervencija, ali i poslanje psihijatrijskog sestinstva, da riješi mentalno-zdravstvene probleme pomoću terapijskog odnosa i komunikacije. A zdravstvena njega je interpersonalni proces, terapijski i edukativni instrument koji djeluje suradnički s drugima kako bi ostvario zdravlje (5, 6).

2. 3. Hitna psihijatrijska stanja

Hitna stanja u psihijatriji su specifična, i to je svako stanje koje zahtjeva da se bolesniku odmah i bez ikakve odgode pruži hitna psihijatrijska skrb, što uključuje psihofarmakološke, psihosocijalne i sestrijske intervencije. Time se nastoji spriječiti i ublažiti uništavanje vlastitog ili tuđeg fizičkog i psihičkog integriteta. U tim trenucima bolesnik proživljava čitav niz psihopatoloških doživljaja koji ga dovode do jake i duboke psihičke patnje. U hitnim stanjima kod bolesnika je pogođen cijeli mentalni sustav što se očituje promijenjenom misaonom toku i sadržaju, zatim neugodnim osjećajima i neadekvatnim afektima te općenito doživljaj okoline i ponašanje u istoj je poremećeno, a funkcioniranje otežano. Među najčešćim oboljenjima koja zahtijevaju hitnu intervenciju su shizofrenije i psihotični poremećaji, zatim alkoholizam i druge ovisnosti s naglaskom na intoksikacije, te afektivni poremećaji i poremećaji raspoloženja. Među sindromima koja karakteriziraju nefunkcionalna i štetna ponašanja su agresivnost, agitacija i suicidalnost te su takvi bolesnici vrlo prijeteći, provokativni, uznemireni, nedistancirani, mutistični i pasivni (7).

2. 4. Intenzivna psihijatrijska skrb

Intenzivna psihijatrijska skrb označava oblik urgentne medicinske pomoći psihijatrijskih bolesnika kojima je potrebna 24 satna opservacija, odnosno trajno i kontinuirano monitoriranje vitalno – fizioloških funkcija te psihičkog stanja i funkcioniranja osoba s akutnih psihičkim poremećajima. Paralelno se provodi farmakoterapija i psihoterapija u jedinici intenzivne psihijatrijske njege koja je akutnog i zatvorenog tipa (8).

3. EPIDEMIOLOGIJA

3. 1. Prevalencija, incidencija i rasprostranjenost psihičkih poremećaja

Prema epidemiološkim i biostatističkim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2018. i 2016. godine, psihički poremećaji i bolesti su u porastu i imaju visoku pojavnost u populaciji. U ukupnom broju hospitalizacija svih bolesnika, na osobe oboljele od duševne bolesti opada 6 do 7%, što je nešto manje od 40 000 bolničkih liječenja i tretmana, a najčešće dijagnoze su alkoholizam oko 19%, shizofrenija oko 16%, depresija oko 13% i traumatski stres oko 6%. Kada je riječ o pojavi mentalnih poremećaja unutar svih psihijatrijskih entiteta, najveći postotak otpada na unipolarne depresivne poremećaje (43,1%) slijede poremećaji uzrokovani alkoholom (18,7%) i anksiozni poremećaji (13,7%). Obzirom na spol, prilično su slični omjeri pojave psihičkih poremećaja i učestalosti hospitalizacija (9).

4. HITNA PSIHIJATRIJSKA STANJA, POREMEĆAJI I BOLESTI

4. 1. Suicidalnost

Suicidalnost je hitno stanje u psihijatriji koje često završava tragičnim ishodom, spada u poremećaje u ponašanju, a u korijenu je poremećaj vitalnog nagona za održavanjem života. Može se reći da je to sindrom u kojem osoba destruktivnu energiju, koja se akumulira i stvara jaku unutarnju napetost, usmjerava u sebe i počinje se ponašati autoagresivno (7).

Ono što je važno za prepoznati su rani simptomi i znakovi suicidalnosti, to se može na temelju rizičnih faktora koji povećavaju suicidalni potencijal kod bolesnika, dakle, radi se procjena suicidalnog rizika. Faktori koji utječu na pojavu samoubojstva i samouništavajućih misli i djelovanja, ujedno su i etiološki čimbenici koji upućuju na moguće uzroke suicidalnog ponašanja. Pojedine populacije su pod povećanim rizikom od suicida poput liječnika, psihijatarata, anesteziologa, zatim glazbenici i pravosuđe, također osobe koje su nezaposlene, koje imaju zdravstvene tegobe i koje koriste lijekove poput kortikosteroida i antihipertenziva. Kada je riječ o psihijatrijskim entitetima, tada se može reći da 80% osoba koje pokušaju samoubojstvo pate od nekog oblika depresivnog poremećaja raspoloženja, bilo kao unipolarnog ili u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja, a 15% ih sigurno boluje od teške depresije. Isto tako, mnogo bolesnika koji pate od nekog psihotičnog poremećaja ili boluju od shizofrenije, svoj život, najčešće pod imperativnim halucinacijama i u depresivnim epizodama, okončaju samoubojstvom. Bolesti ovisnosti poput alkoholizma, narkomanije, politoksikomanije i ostali oblici zlouporabe psihoaktivnih tvari, zapravo su dugotrajni autodestruktivni oblici ponašanja koja u konačnici dovode do suicida. Prethodni pokušaji samoubojstva, maksimalan su suicidalni rizik, i smatra se da će se ponoviti unutar tri mjeseca od prethodnog pokušaja. Može se sažeti da su najvažniji faktori, a ujedno i simptomi, dob iznad 45 godina, muški spol, alkoholizam i druge bolesti ovisnosti, impulzivnost i sklonost nasilničkom ponašanju, prethodni pokušaji suicida i hospitalizacije zbog istih, psihički poremećaji i bolesti, zatim loša obiteljska situacija, nepovoljni socijalni uvjeti, ugroženi egzistencijalni odnosi, osjećaj beznađa, bespomoćnosti i besmisla te unutarnja napetost i duboka patnja (7).

Suicidalnog bolesnika, ali i bilo kojeg drugog psihijatrijskog, potrebno je pažljivo ispitati o suicidalnim idejama, namjerama i planovima te o pokušajima. Osobitu pozornost treba obratiti na osobu koja iz jedne jako uznemirenosti prijeđe u naglo smirenje, vrlo često se radi o donošenju konačne odluke o izvršenju suicida. Odmah je potrebno započeti liječenje

psihosocijalnim intervencijama i psihofarmakološkim, odnosno, antidepresivima i antipsihoticima, uz psihijatrijski monitoring (8).

4. 2. Agresivnost

Agresivnost je hitno psihijatrijsko stanje koje spada u poremećaje u ponašanju, a u pozadini se nalazi poremećaj kontrole impulsa. Može se reći da se nakupljena destruktivna energija usmjerava u okolinu u obliku heteroagresivnog ponašanja. Sličan poremećaj naziva se agitacija koja često prethodi agresiji (7).

Agitiranost je stanje povećane psihomotorne uznemirenosti, emocionalne napetosti i kognitivne smetenosti, prilikom kojeg se može izgubiti kontrola nad ponašanjem i na taj način doći do nasilnog odnošenja prema drugim ljudima i imovini. U pozadini agitacije stoje psihičke bolesti poput shizofrenije, manije, depresije i intoksikacije, a od somatskih bolesti to su razni traumatski, upalni i degenerativni poremećaji metaboličkog i središnjeg živčanog sustava.

Agresija proizlazi iz zanemarivanja i zlostavljanja u djetinjstvu, disfunkcionalnih obiteljskih i vršnjačkih odnosa, manjka samopouzdanja, egzistencijalnog straha i slično. Mnogi psihijatrijski bolesnici imaju povećan agresivni potencijal, no, isto tako mnogi ljudi koji nemaju dijagnozu nekog psihičkog poremećaja pokazuju agresivno ponašanje. Jedni od rizičnih čimbenika koji upućuju na agresiju su zlouporaba psihoaktivnih tvari, osobito alkohola, podatci o prijašnjem agresivnom ponašanju i kriminalnim radnjama te psihotičnost. Rani znakovi i simptomi su provokativnost, ljutnja i bijes, glasan govor, napetost, nemir i impulzivne reakcije (7).

Agresivnog bolesnika, uz psihosocijalne metode sputavanja, primjenjuju se psihofarmakološke u obliku aplikacije anksiolitika i antipsihotika. U krajnju liniju potrebno ga je fizički sputati i fiksirati uz prisilnu hospitalizaciju i prijavu nadležnom sudu za vještačenje. Prilikom hitnog psihijatrijskog zbrinjavanja potreban stalni i kontinuirani nadzor vitalnih i psihičkih funkcija (8).

4. 3. Krizno stanje

Krizna stanja u psihijatriji se većim ili manjim dijelom poklapaju sa hitnim psihijatrijskim stanjima. Može se reći kako je to poremećaj psihičkog stanja i psihosocijalne ravnoteže nastao pod utjecajem vanjskih nepovoljnih okolnosti i također u srži kriznog stanja je poremećaj prilagodbe. Dakle, to je stanje prouzročeno dugotrajnim izlaganjem nepovoljnim životnim događajima, kod njih se pojavljuju simptomi poput depresivnosti i anksioznosti te osjećaj insuficijentnosti prilikom suočavanja sa životnim izazovima (7, 8).

4. 4. Akutni anksiozni poremećaji

U akutne anksiozne poremećaje spadaju poremećaji koji su povezani s i čiji je uzrok stresni događaj ili trajna trauma. Tu spadaju akutna reakcija na stres, posttraumatski stresni poremećaj i poremećaj prilagodbe. Ove su dijagnoze, unutar skupine anksioznih poremećaja, svrstane u vrstu neurotskih poremećaja (7).

Akutna reakcija na stres ili stresni poremećaj je prolazni psihički poremećaj. Razvija se kao odgovor na vanjske stresore koji mogu biti somatski i psihički, poput seksualnog, fizičkog i verbalnog nasilja, smrti, ratova i drugih traumatskih događaja. Prateći somatski simptomi su ubrzan rad srca, povišen krvni tlak, znojenje. Anksiozno-neurotski su teška tjeskoba, zbunjenost, dezorijentacija, suženje svijesti, besciljni bijeg te povlačenje do razine disocijativnog stupora. U ovu skupinu poremećaja iz anksioznog spektra spada i panični poremećaj (2).

Panični poremećaj je karakteriziran napadajima panike za koje nema realne vanjske opasnosti. Nastaje zbog neurobioloških disfunkcija, separacije od primarnih objekta, pretvaranja libida u strah i pogrešnog pražnjenja seksualne energije i pogrešne percepcije i interpretacije događaja. Anksiozno-panični simptomi pojavljuju se iznenada i naglo, a oni su nagli napadaji panike i tjeskobe, odnosno osoba doživljava katastrofične osjećaje, smrtni strah i opći užas. Javlja se lupanje srca, gušenje, vrtoglavica, depersonalizacija i derealizacija (2).

4. 5. Akutni psihotični poremećaji

U akutne psihotične poremećaje spadaju poremećaji koje karakteriziraju psihotični simptomi. Poglavitito sumanutosti grandioznog, religijskog, paranoidnog i odnosnog tipa, iluzije, halucinacije, odnosno, obmane osjetila vidne i slušne, kognitivne distorzije u obliku disociranog i sumanutog mišljenja i afektivno-emocionalna distanciranost sa povišenim ili sniženim raspoloženjem i psihomotorikom, bizarno ponašanje uz eventualnu prisutnost agresivnosti i suicidalnosti (2).

U ovu skupinu spadaju različiti oblici shizofrenih, shizoafektivnih, sumanutih, paranoidnih i sličnih poremećaja te reaktivna psihotična stanja. Psihotični simptomi nastaju i počinju naglo i traju nekoliko dana. Može se raditi o zloupotrebi psihoaktivnih tvari, organskom porijeklu, pogoršanju osnovne psihijatrijske bolesti ili se radi o psihotičnoj dekompenzaciji, odnosno, prvoj psihotičnoj epizodi (7).

Bilo kako bilo, psihotična stanja zahtijevaju hitnu primjenu antipsihotika i psihosocijalnu pomoć, a u slučaju teške psihoze, i intenzivnu psihijatrijsku njegu (2, 7).

4. 6. Akutni afektivni poremećaji

U skupinu afektivnih poremećaja spadaju različiti depresivni i manični poremećaji raspoloženje, koji mogu biti unipolarni i bipolarni. Njih karakteriziraju afektivno-emocionalne disfunkcije i abnormalnosti u raspoloženju što posljedično dovodi do promijenjenog i odstupajućeg ponašanja (7).

U depresivne poremećaje raspoloženja spadaju prva depresivna epizoda, blaga, umjereno teška i teška depresivna epizoda s ili bez psihotičnih simptoma, povratni depresivni poremećaj, distimija te različita reaktivna depresivna stanja. Bez obzira na trajanje i intenzitet poremećaja, depresivni simptomi kod depresivnih bolesnika su vrlo sniženo raspoloženje, usporena psihomotorika govora i pokreta, osjećaj besmisla, beznađa, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti, vrlo kočeni misaoni procesi te usporen misaoni tok sa nihilističkim i tragičnim sadržajem uz abuliju i anhedoniju (2).

U manične poremećaje raspoloženja spadaju prva manična epizoda, hipomanija, manija s ili bez psihotičnih simptoma te različita sezonska i reaktivna manična stanja. Unatoč intenzitetu i trajanju poremećaja, u maničnih bolesnika jasno su vidljivi manični simptomi poput povišenog raspoloženja, ubrzane psihomotorike govora i pokreta, osjećaj svemoći i euforije, povećan interes za životne aktivnosti bilo društvene bilo privatne i intimne, vrlo otkočeni i slobodni misaoni procesi i ubrzan misaoni tok sa grandioznim i optimističnim sadržajem uz hiperbuliju.

Osim unipolarnih afektivnih poremećaja u kojem prevladavaju simptomi pretežito ili iz depresivnog ili iz maničnog spektra, postoje i bipolarni afektivni poremećaji u kojima se vrlo često mijenja i intenzivno oscilira raspoloženje, odnosno, kaže se da se izmjenjuju depresivne i manične epizode te je takav poremećaj mješovitog tipa. Ono što karakterizira skupinu afektivnih poremećaja i poremećaja raspoloženja jest visok suicidalni potencijal. Oboljeli od navedenih poremećaja imaju povećan rizik od suicidalnog ponašanja (2).

Hitna psihijatrijska intervencija je nužna u akutnim i reaktivnim stanjima što uključuje primjenu stabilizatora raspoloženja, antidepresiva i antipsihotika uz suportivne psihosocijalne metode (2, 7).

4. 7. Akutne intoksikacije psihoaktivnim tvarima

Može se reći da su intoksikacije otrovanja toksičnim kemijskim spojevima koja imaju adiktivni potencijal i dovode do poremećaja psihičkih funkcija. Također, radi se o sindromu koji je obilježen nizom simptoma koji ovise o pojedinoj psihotropnoj supstanci. Općenito,

ovakva stanja potrebno je primarno internistički zbrinuti, a ponekad i kirurški, kako bi se odstranile po život opasne posljedice i komplikacije intoksikacija (7).

Jedna od najčešćih je intoksikacija alkoholom koja se još naziva akutno opito stanje. Karakterizira ju sumračni poremećaj svijesti ili čak stanje bez svijesti, poremećeno je mišljenje i raspoloženje, nagoni, volja, pažnja i percepcija, osoba je dezorganizirana i smetena, ne može govoriti, konvulzije, nekoordiniranog je pokreta, nistagmus i midrijaza, blijeda koža, povraćanje, crveno lice i smrad po alkoholu koji zaudara. Ovi simptomi se javljaju kada je koncentracija alkohola u krvi iznad 2 promila, a oko 5 promila nastupa komatozno stanje i vjerojatna smrt zbog depresije centra za disanje (2).

Intoksikacija opijatima zapravo je predoziranje spojevima poput opijuma, heroina, meperidina, metadona i drugim narkotičnim sredstvima. Javlja se opuštenost i smirenje, do pojave euforičnog raspoloženja, osoba djeluje pijano, ima nerazumljiv govor, pažnja i pamćenje oštećeni, nemaju osjeta na bol, a seksualni nagoni su sniženi. Pojavljuje se mijoza, poremećaj svijesti sve do komatoznog stanja. Obzirom da opijati djeluju kao depresori središnjeg živčanog sustava, može doći do prestanka disanja i smrti.

Intoksikacija psihostimulansima obilježena je zloupotrebom sredstava koji djeluju stimulirajuće na središnji živčani sustav, tu spadaju kokain, amfetamini, khat i ostalo. Oni dovode do znojenja, zimice, tahikardije, midrijaze, hiperestezije, povećane budnosti, logoreje, euforije, hiperaktivnosti, razdražljivosti pa čak i agresivnosti i paranoidnosti.

Intoksikacija kanabinoidima vidljiva je kod zluporabe marihuane i hašiša. Očituje se euforijom, pomanjkanjem racionalne procjene, kognitivne distorzije, pojačanom sugestibilnosti. Javljaju se halucinacije, konjunktivitis, pojačan apetit, dehidracija i tahikardija.

Intoksikacija psihofarmacima odnosno psihotropnim lijekovima, u koje spadaju sedativi i hipnotici. Karakterizirana je stanju sličnom pijanstvu, dakle, osoba ima poremećen govor, usporeno ili disocirano mišljenje, nekoordinirane pokrete te impulzivne emocionalne ispade uz smušenost i iritabilnost (2).

Važan je detoks program, odnosno detoksifikacijska terapija kojom se organizam treba očistiti od psihoaktivnih toksičnih spojeva. Zatim supstitucijska i psihofarmakološka terapija kako bi se regulirale vitalne i psihičke funkcije. U tu svrhu upotrebljavaju se antidoti poput nalokosna, nalreksona i flumazenila, visoke doze vitamina iz B skupine poput tiamina, riboflavina i cijanokobalamina, fiziološke otopine i otopine glukoze, te različiti lijekovi poput antipsihotika i anksiolitika. Sve to treba biti praćeno suportivnim psihoterapijskim intervencijama i pružiti hitnu psihosocijalnu pomoć (2, 7).

4. 8. Nuspojave psihofarmaka lijekovi

Neželjeni učinci psihoaktivnih lijekova su česti u populaciji psihijatrijskih bolesnika, koji ponekad zahtijevaju hitno zbrinjavanje specifičnim antidotima ili lijekovima s inhibitornim djelovanjem (7).

Antipsihotici služe za liječenje psihotičnih simptoma, no mogu uzrokovati u prvih deset dana pojavu akatizije. Koja je karakterizirana motoričkim nemirom, potrebom za kretanjem, smanjenom koncentracijom, noćnim ustajanjem. Zatim, maligni neuroleptički sindrom je stanje uzrokovano neurolepticima. Opisano kao hiperpireksija, muskularna rigidnost i poremećena svijest, a može doći i do smrti. Tardivna diskinezija je česta nuspojava, pojavljuje se nakon dvije, tri godine nakon uvođenja terapije antipsihoticima. Manifestira se kao abnormalna pomičnost usta, jezika i obraza poput mljackanja, žvakanja, napuhivanja obraza i protruzije jezika, brzo treptanje i crvoliki jezik (2).

Anksiolitici imaju paradoksalne nuspojave. Imaju sedativno i hipnotičko djelovanje, no mogu prouzrokovati psihomotorni nemir, konfuzno stanje i agitiranost.

Antidepresivi smanjuju depresivnost ali povećavaju suicidalni potencijal te konvulzije i delirantna stanja. Uz navedene neželjene učinke, još se pojavljuju aritmije, tromboembolije, miokarditis, ketoacidoza, alergije, anafilaksije, hepatotoksikoza i slično (2).

U terapiji se primjenjuju različiti antikolinergici, anksiolitici, sedativi i antipiretici uz fiziološke i glukozne otopine, flumazenil, nalokson i slično (2, 7).

5. PSIHIJATRIJSKI PRISTUP

5. 1. Psihofarmakološke intervencije – medikamentozna terapija

Moderno liječenje psihijatrijskih poremećaja omogućili su psihofarmaci ili u prijevodu psihoaktivne tvari koje imaju terapijski potencijal u stabilizaciji i regulaciji poremećenih psihičkih funkcija. Upravo se time bavi mlada grana medicine koja se zove klinička psihofarmakologija, a temelji se na neurobiokemijskim spoznajama te pripada biologijskoj psihijatriji. Naime, psihijatrijski lijekovi su omogućili duševnim bolesnicima normalan život, vraćanje u zajednicu i funkcionalnost u društvu, što je preduvjet mentalnog zdravlja i općeg blagostanja. Najbitnije skupine psihijatrijskih lijekova su antipsihotici, anksiolitici, antidepressivi i stabilizatori raspoloženja (2).

5. 1. 1. Antipsihotici

Antipsihotici su velika skupina psihijatrijskih lijekova različitih kemijskih struktura čija je glavna funkcija smanjiti ili otkloniti psihotične simptome kao što su sumanutosti, halucinacije, pridonose stabilizaciji i regulaciji psihičkih funkcija koje su poremećene psihotičnim procesima i omogućuje bolesnicima vraćanje u realnost. Ovi lijekovi se još nazivaju neuroleptici jer izazivaju sindrom neuroleptisije što se očituje psihomotornom sedacijom i afektivnom relaksacijom. Antipsihotici se klasificiraju obzirom na kemijsku strukturu, farmakološki učinak, klinička svojstva i slično, a najveća podjela je na tipične i atipične. Kada je riječ o tipičnim antipsihoticima, tu spadaju klorpromazin, levomepromazin, promazin, haloperidol, flufenazin i drugi. Imaju visoki afinitet za vezanje na dopaminergičke receptore, često uzrokuju ekstrapirimidne simptome i imaju učinak na pozitivne simptome shizofrenije. Atipični antipsihotici su klopazin, risperidon, ziprasidon, amisulprid i ostali. Imaju afinitet za mezolimbicke dopaminergičke receptore, ali i za serotonergičke receptore. Rjeđe izazivaju ekstrapirimidne simptome i imaju povoljan učinak na pozitivne i negativne simptome shizofrenije. Antipsihotici se mogu primjenjivati peroralno i parenteralno. Peroralni oblik je kao tableta koja se raspada već u ustima, a parenteralno se daje kao intramuskularna ili intravenska terapija u obliku ampula koji imaju brzi učinak u akutnim stanjima, a postoje i dugodjelujući, depot antipsihotici, koji se primjenjuju intramuskularno svaka 2, 3, ili 4 tjedna što je povoljnije i za bolesnika, zdravstveno osoblje i za okolinu. Mehanizam djelovanja ovih lijekova je inhibicija neurotransitorskih receptora i to osobito dopaminskih, serotoninskih i noradrenalinskih te histaminskih i acetilkolininskih. Kada je riječ o kliničkim učincima tada se govori o antipsihotičnom djelovanju, odnosno uklanjanju simptoma kao što su sumanute ideje,

halucinacije i vraća bolesnika u realnost blokadom dopaminergičkih D2 receptora u mozgu, sedativni učinak se postiže blokiranjem serotonergičkih 5-HT_{2A} receptora (2).

5. 1. 2. Anksiolitici

Anksiolitici su iduća velika skupina lijekova koji se koriste za ublažavanje i uklanjanje anksioznih simptoma poput napetosti, tjeskobe, straha i strepnje koja je paralizirajuća. Općenito se dijele na benzodiazepinske i nebenzodiazepinske. Postoje anksiolitici prve generacije, u koje spada alkohol, bromidi i barbiturati, međutim, imaju malu terapijsku širinu i nisu selektivni uz brojne nuspojave. Druga generacija je također neselektivna i imaju visok adiktivni potencijal. Treća generacija anksiolitika u masovnoj je upotrebi, najvažniji predstavnici su buspiron, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i ostali. Benzodiazepini po svom kliničkom učinku imaju anksiolitičko, hipnotičko, miorelaksansno i antikonvulzivno djelovanje. Mehanizam djelovanja je opisan kao inhibicija benzodiazepinskih receptora u limbičkom sustavu koji, zajedno s receptorima za gabaaminobenzojevu kiselinu, reguliraju permeabilnost ionskih kanala za klor. Druga vrsta anksiolitika su nebenzodiazepanski. Jedan od njih je meprobamat. On je nastao kao derivat alkohola glicerola, ima visok potencijal za zloupotrebu i razvoj ovisnosti, a manji terapijski potencijal. Buspiron spada u parcijalne agoniste pre i post sinaptičkih serotonergičkih receptora, naime, njegova primjena ne razvija ovisnost ali ima odgođeno anksiolitičko djelovanje, zato se kombinira s benzodiazepinima (2).

5. 1. 3. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina psihofarmaka čija je glavna funkcija otklanjanje i ublažavanje depresivnih simptoma. Oni pomažu da osoba oboljela od depresivnog poremećaja podigne nivo energije, da bude stimulirana, da podigne raspoloženje i općenito poboljšava doživljavanje svijeta što kod osobe budi zdravu radost. Glavni predstavnici ove skupine lijekova su inhibitori monoaminoksidaze kao što je moklobemid i klorgilin, inhibitori ponovne pohrane monoamina postoje triciklički i netriciklički, zatim selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina poput fluvoksamin, paroksetin te maprotilin i reboksetin, zatim inhibitori ponovne pohrane serotonina i adrenalina te noradrenalina i dopamina kao što je duloksetin i bupropion, antagonisti serotoninskih receptora poput mianserina, pojačivači ponovne pohrane serotonina tu spada tianeptin i ostali antidepresivi. Jedan od glavnih mehanizama djelovanja je da povećavaju koncentraciju neurokemijskih tvari poput monoamina u sinapsama mozga. Primarno imaju antidepresivno djelovanje koji je najvažniji terapijski učinak ovih lijekova, dakle, podiže raspoloženje, povećava motivaciju, poboljšava psihomotoriku te regulira vitalno

– fiziološke funkcije koje su nužne za održavanje života bolesnika poput hranjenja, spavanja, budnosti, eliminacije. Ali i u zadovoljavanju ostalih psihičkih i socijalnih potreba (2).

5. 1. 4. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja su mala skupina lijekova koji se koriste, kako sam naziv govori, u regulaciji afektivno – emocionalnih procesa u čovjeku. Uglavnom se koriste u sprječavanju i liječenju različitih epizoda bipolarnog poremećaja raspoloženja. Među poznatijima se koriste antiepileptici nove generacije poput valproata ili valproična kiselina i gabapentin u kombinacijama s antipsihoticima. Najpoznatija stvar iz ove skupine je litij. Litij je jednovalentni pozitivni ion, a prema kemijskoj klasifikaciji spada u alkalne metale. Vrlo je učinkovit u liječenju akutnih i kroničnih epizoda manije i depresije unutar bipolarnog afektivnog poremećaja. Čak ima i preventivnu ulogu u ponovnom pojavljivanju i sprječavanju suicidalnosti, odnosno smanjuje suicidalni rizik (2).

5. 1. 5. Urgentna psihofarmakoterapija

Kada je riječ o hitnim psihijatrijskim stanjima, onda to zahtjeva urgentne psihofarmakološke intervencije. Oblici lijekova u hitnim slučajevima najčešće se primjenjuju parenteralno, ali se koristi i peroralna primjena u obliku brzoraspadajućih tableta. Takav oblik psihijatrijskog zbrinjavanja mora biti racionalan ali i brz, bez puno oklijevanja, pri čemu treba voditi računa o alergijama i nuspojavama. Najčešća akutna stanja su agitacije, agresivnost, suicidalnost, otkloni u raspoloženju koji su ekstremni, akutna anksiozna i psihotična stanja i ostale krizne psihičke dekompezacije. U tim slučajevima se upotrebljavaju antipsihotici, poput haloperidola, promazina, olanzapina i ziprasidon te anksiolitici i to uglavnom iz skupine benzodiazepina kao što je diazepam. Obje skupine lijeka mogu se aplicirati parernetralno u mišić (2).

6. PSIHOTERAPIJSKI PRISTUP

6. 1. Definicija psihoterapije

Psihoterapija je ljudska djelatnost ali i grana medicine koja spaja spoznaje iz psihologije, psihopatologije i psihijatrije te se bavi rješavanjem psihičkih smetnji i liječenjem simptoma psihičkih poremećaja koristeći se psihološkim tehnikama i psihosocijalnim metodama. S ciljem osobnog rasta, razvoja potencijala, povećanja zadovoljstva i kvalitete života te uspostave mentalnog zdravlja (10).

6. 2. Urgentno – suportivne psihološke tehnike i psihosocijalne metode

Brojne su psihoterapijske škole, no, među njima se najviše koriste psihoanalitički, kognitivno – bihevioralni i humanistički pravci.

Psihoanalitički osnovni pojmovi su analiza snova, transfer, kontratransfer, i otpor. Analiza snova nije isto što i psihoanaliza, to je jedna od metoda kojom se pomaže protumačiti sadržaj iz podsvijesti, osobito latentne misli sna. Transfer ili drugi naziv je prijenos, označava premještanje poriva, obrana, fantazija i osjećaja sa nekih bitnih osoba iz djetinjstva, kao što su majka, otac, baka, na terapeuta. Kontratransfer ili protuprijenos se odnosi na terapeuta i njegove doživljaje i emocionalne reakcije na pacijenta. Otpor je prirodan proces, označava unutarnje snage u bolesniku koje se suprotstavljaju psihoanalizi. Postoje nekoliko psihoanalitičkih teorija, no, najznačajnije u liječenju, ali i u razumijevanje ličnosti su teorija libida, strukturalna teorija, teorija objektnih odnosa i teorija nagona. Kada je riječ o psihoanalitičkim intervencijama tada govorimo o konfrontaciji, klarifikaciji, interpretaciji i proradi. Naime, konforntacija znači sučeljavanje osobe sa psihičkim smetnjama s osobnim ponašanjem, odnosno nastoji se sučeliti pacijentov ego sa određenim načinom ponašanja, pritom nisu bitni razlozi već osvještavanje. Klarifikacija se odnosi na razrješavanje, to jest ono što je osoba konfrontirala sada je potrebno analizirati i odvojiti važne sadržaje od manje bitnih. Zatim slijedi interpretacija, ona je središnja i najbitnija intervencija, a označava tumačenje sadržaja izrečenih od strane bolesnika, ali ne samo izrečenih već se tumače i snovi, simptomi, slobodne asocijacije, doživljaji i slične pojave iz pacijentovog života, zatim neverbalna komunikacija kao što je šutnja, držanje tijela i ostali znaci koji mogu biti upotrijebljeni u svrhu rješavanja problema. Bitna stavka interpretacije je i tumačenje tranfera i kontratransfera. I na kraju prorada, nakon što je došlo do uvida u svoje stanje. Glavni cilj prorade je rekonstrukcija, odnosno da se desi promjena u pacijentovom razmišljanju, doživljavanju i ponašanju (11).

Kognitivno – bihevioralna teorija počiva na modelu ABC koji govori kako događaj iz okoliša izaziva reakciju kod čovjeka ali tek nakon što osoba percipira i interpretira taj događaj, odnosno možemo reći tek kada ga kognitivno procesuiru i obradi. Najbitnije terapijske tehnike su kognitivna rekonstrukcija, u kojoj pacijent ima problema s percepcijom i vjerovanjem, odnosno neprilagođene misli uzrokuju neugodne osjećaje što je podložno promjeni na način da se promijeni način razmišljanja. Zatim suočavanje, koje pacijent vježba s terapeutom, a zasniva se na realnim problemima poput gubitka. Te rješavanje problema, u kojem pojedinac uči strategije kojima pokušava savladati korake u razrješavanju problema u životu (11).

Humanistički pravac predstavljaju logoterapija i geštalt terapija. Logoterapija govori kako se suvremenom čovjeku javlja takozvani egzistencijalni vakuum kao odgovor na frustraciju proizašlu iz životne krize i krize smisla. Tragični je trijas fenomen koji je Frankl nazvao kada osoba pati, ima osjećaj krivice i strah od smrti. To za sobom povlači neurozu koja je noogene prirode, znači duševna ali i duhovna. Ono što je bitno u situacijama duboke psihičko egzistencijalne krize jest to da osoba svojim stavovima, slobodnim duhom, odgovornim odlukama i prkosom koji ima, uz pomoć terapeuta, ustraje na putu spoznaje smisla do posljednjeg daha. Geštalt terapija također polazi od gore navedenih spoznaja koje je sabrao Fritz Perls te je naglašeno da osoba treba biti svjesna sada i prisutna ovdje, obratiti pažnju na kontakte sebe s drugima, upotrebljavati ja poruke kojima pokazujemo odgovornost, održavati svjesnost doživljaja sadašnjeg trenutka. Neke od tehnika su nezavršeni poslovi, važnost očiglednog, preuzimanje odgovornosti, okretanje, pretjerivanje i otpuštanje kroz izdahe. Bitno je posvetiti dovoljnu količinu pažnje vlastitim osjećajima, odlukama i granicama te zatvoriti geštalt odnosno cjelinu (11).

Prilikom zbrinjavanja hitnog psihijatrijskog bolesnika postoje nekoliko tehnika i metoda koje se koriste u praksi kao što su ventilacija, sugestija, persuazija, autogeni trening i hipnoza. Ventilacijska metoda je način na koji se bolesniku pruža prilika da nekoj drugoj osobi od povjerenja ispriča i izrazi sve sadržaje i doživlja te se time oslobodi neugodnih osjećaja i unutarnje napetosti. Sugestivna metoda je intervencija u kojoj se savjetuje i ohrabruje bolesnika te zapravo promišljanjem i stjecanjem uvida potaknuti ga na donošenje zaključaka koji su usmjereni pozitivnom zdravstvenom ponašanju. Persuazijska metoda je zapravo oblik sugestije u kojoj se bolesnika nagovara i uvjerava u stvarne okolnosti, odnosno nastoji se logičnim i racionalnim razjašnjavanjem osobu odmaknuti od zabluda. Autogeni trening je skup vježbi koji koriste za fizičko i psihičko opuštanje gdje se pomoću određenih tjelesnih senzacija, poput hladnoće i topline, nastoji djelovati na vegetativni živčani sustav te na taj način otkloniti psihičke smetnje poput napetosti i tjeskobe. Hipnotička metoda rijetko se koristi, no njome se

osobu dovodi u hipnotičko stanje uma, to jest stanje svijesti koje je posebno sugestibilno i pod djelovanjem je nesvjesnog djela psihičkog aparata (2).

7. SESTRINSKI PRISTUP DUŠEVNOM BOLESNIKU U HITNOM STANJU

7. 1. Procjena zdravstvenog stanja i funkcioniranja

Prilikom dolaska psihijatrijskog bolesnika na Hitni psihijatrijski prijem započinje procjena njegovog mentalno – zdravstvenog stanja. Od fizičkog izgleda, higijene i ponašanja, uočavaju se neuropsihičke funkcije i stanje svijesti. Dalje, mjere se vitalni parametri i fiziološke funkcije te detaljnije ispituje i promatra bolesnikovo mentalno stanje i psihosocijalno funkcioniranje (12, 13).

7. 1. 1. Fizički status

Fizički status procjenjuje se fizikalnim pregledom. Pregled se može obavljati počevši od glave pa preko vrata, prsa, trbuha, spolovila do gornjih i donjih ekstremiteta te po organskim sustavima poput živčanog, dišnog, probavnog, mokraćno-spolnog i koštanog. Pregled se može obavljati različitim tehnikama i metodama poput inspekcije tijela, kože, ponašanja i higijene. Palpacijom udova, kože, unutarnjih trbušnih organa. Auskultacija sa stetoskopom pluća i srca, tonova, ritam, frekvencije, šumove i slično. Te perkusija ili šupljina poput kosti glave ili crijeva i trbušnog prostora. Prema regijama je važno utvrditi postojanje otekline, prijeloma, ozljeda, osipa, promjene u boji kože, cijanozu, žutilo, simetričnost, pokretljivost i slično (12, 13).

7. 1. 2. Vitalno – fiziološki status

Procjena vitalno - fiziološkog statusa označava mjerenje vitalnih parametara koji omogućavaju uvid u funkcioniranje organskih sustava, te vitalne funkcije od životnog su značaja, i ako su poremećene direktno je ugrožen ljudski život. Fiziološke funkcije omogućavaju funkcioniranje svakog organa i cijelog organizma. Na temelju specifičnih izlučevina koji se eliminacijom odstranjuju iz tijela, može se utvrditi funkcionalnost pojedinog organa i organskog sustava. To su svijest, disanje, puls, krvni tlak i temperatura te mokraća i stolica.

Stanje svijesti. Važno je prepoznati kvantitativne poremećaje svijesti poput somnolencije, sopora, semikome i kome te kvalitativne poremećaje svijesti kao što su smetenost i delirij.

Disanje ili respiracija. Bitno je uočiti patološku frekvenciju disanja poput ubrzanog, usporenog ili prestanka disanja, odnosno, tahipnea, bradipnea i apneje. Zatim dubina može biti produbljena s naporom ili površna i plitka. Patološki oblici disanja su ortopneja, astmatsko disanje, Kussmaulovo, Cheyne-Stokesovo te Biotovo disanje.

Puls. Abnormalnosti su poznate kao tahikardija i bradikardija. Poremećen ritam može biti ekstrasistolija i apsolutna aritmija. Kvaliteta pulsa može biti narušena poput izostanka pulsa, filiformnog ili tankog pulsa te jako punjenog pulsa.

Krvni tlak. Patološki je hipertenzija i hipotenzija te konvergentan i divergentan tlak, odnosno, visok i nizak tlak te tlakovi čije se vrijednosti previše spajaju ili razdvajaju.

Temperatura. Sve ispod 36 stupnjeva može se reći da se radi o hipotermiji, a iznad 36, o hipertermiji, odnosno febrilitetu, koji se dijeli na subfebrilno, febrilno i visoko febrilno stanje iznad 39 stupnjeva celzijevih.

Mokraća ili urin. Abnormalnosti se mogu pojaviti u obliku disurija, a neke od njih su anurija, oligurija, poliurija, nikturija, hematurija, leukociturija, bakteriurija i piurija. Boja može biti promijenjena od svijetlo bijele, do tamno crvene i smeđe.

Stolica ili feces. Kada se pojave abnormalnosti one se nazivaju opstipacija, inkontinencija i dijareja. Oblik može biti poput olovke tanka ili poput balina ovce okrugla. Obzirom na boju, može biti aholična, krvava te melena (12, 13).

7. 1. 3. Psihički status

Medicinska sestra na psihijatriji po dolasku pacijenta treba uspostaviti kontakt i odnos s bolesnikom te procijeniti psihičko stanje i psihosocijalno funkcioniranje, kao što je stupanj anksioznosti, ravnodušnosti i suradljivosti, ukoliko postoje, potrebno je odmah prepoznati akutne psihičke simptome poput halucinacija, sumanutosti, dezorijentacije, afektivnih otklona, spore ili brze psihomotorike te uvid u vlastito stanje (1).

Tijekom prvih nekoliko sati i dana boravka na hitnom psihijatrijskom odjelu, potrebno je detaljnije ispitati mentalno zdravstveni status. Koristeći komunikacijske vještine i tehnike potrebno je doprijeti do bolesnika i njegovog unutarnjeg života. Opažanjem i opservacijom uviđamo somatsko, mentalno i emocionalno stanje, držanje, ponašanje i ostalo. Prepoznavanje osjećaja je važno te klarifikacija i validacija, odnosno, pojašnjavanje i potvrda poruke bolesnika. Refleksija, odnosno, prepoznavanje i izricanje emocionalnog zapažanja na temelju verbalne i neverbalne komunikacije, parafraziranje, ohrabivanje i podršku. Zatim, prepoznati potrebe, postavljati otvorena i zatvorena pitanja te moći razriješiti problem. Medicinska sestra i tehničar procjenjuju prisutnost psihopatoloških procesa, odnosno, poremećaja na pojedinim psihičkim funkcijama (1, 15).

Na početku se radi procjena bihevioralnog sustava, odnosno, pregledava se izgled bolesnika, odijevanje, držanje, verbalna i neverbalna komunikacija, socijalne interakcije i interpersonalni kontakti te životne vještine. Važno je naglasiti ponašanje pacijenta, je li

promijenjeno u odnosu na svijest, je li dezorganizirano i besciljno, impulzivno i nepredvidivo, ekstravagantno i ekscentrično, sugestibilno ili bizarno, te postoji li hiperaktivnost, hipoaktivnost ili agitiranost i retardacija. Zatim slijedi analiza verbalne komunikacije poput brzine, tona, intonacije, fluentnosti, jakosti glasa i govora te eventualna prisutnost čudnih i bizarnih sadržaja. Treba uočiti postoji li poremećaj mišljenja i govora poput verbigeracija, perseveracija ili mutizam i afazije. Kod neverbalne komunikacije treba promatrati pogled bolesnika, gleda li u pod, u visinu ili ima kontakt sa sugovornikom ili ga fiksira na njega, onda mimike lica, gestikulacija rukama jesu li primjerene i svrsishodne ili ne (1, 14).

Slijedi procjena kognitivnog sustava, odnosno, kognitivno intelektualnih funkcija poput svijesti, pažnje, percepcije, mišljenja, inteligencije i pamćenja. Prvo se uočava svijest, odnosno, ako pacijent uredno uspostavlja odnose, ako odgovara adekvatno na postavljena pitanja, te je orijentiran u prostoru i vremenu, može se reći da je svijest očuvana, no može biti prisutna somnolencija, sopor, semikoma i koma te sumračno stanje, različite fuge te somnambulizam kao oblici poremećaja svijesti. Prilikom razgovora, valja uočiti kako usmjerava i održava pažnju, ili prisutnost hipo i hiper vigilnosti i tenaciteta, odnosno. poremećaj pažnje. Otvoreno i direktno pitati bolesnika postoji li prisutnost obmane osjetila, to jest, poremećaj percepcije, poput iluzija ili halucinacija, postavivši pitanje čuje li, vidi ili osjeti na neki drugi način određene podražaje poput zvukova, glasova, likova, vizija ili dodira i senzacija. Također, mogu se primijetiti sadržajni poremećaji mišljenja poput sumanutih ideja i misli, precijenjene ideje, prisilne ili opsesivne misli i slično, te formalni poremećaji mišljenja kao što je preopširnost, usporen ili ubrzan misaoni tok, nepovezanost, rasulo misli te ponavljanja. Inteligenciju možemo otkriti po izražavanju i vokabularu te kratkim matematičkim zadacima. Pamćenje se može testirati jednostavnim postavljanjem pitanja o temi aktualnog razgovora, o nekim bitnim činjenicama iz bolesnikove ili opće povijesti i slično. Potrebno je utvrditi eventualno postojanje poremećaja pamćenja poput amnezije, konfabulacije i ostalih poremećaja pamćenja (1, 14).

Kod procjena afektivnog sustava ili emocionalno – voljnih funkcija, tada govorimo o ispitivanju i promatranju emocija, afektiviteta, raspoloženja i općenito unutarnje reakcije na vanjski svijest. Prilikom promatranja ponašanja možemo zaključiti kakvog je raspoloženja pacijent, no potrebno je i ispitati samog bolesnika o emocionalnom stanju i doživljaju sebe i okoline, često je lako primijetiti depresivno ili manično raspoloženje. Tijekom razgovora treba uočiti jesu li afektivno – emocionalne reakcije adekvatne i adaptirane u odnosu na okolišne podražaje, pa se može uočiti poremećaj afektiviteta kao što je afektivna krutost, udaljenost, ambivalencija, paratimija, paramimija i tako dalje. Također, bolesnici mogu doživljavati

patološke emocije, uz bolesnu tugu ili euforiju, tu su još jaki strahovi, fobije, anksioznost, bijes, agresija, mržnja i druge koje uništavaju ljudsku dušu (1, 14).

Voljne funkcije, zajedno sa afektivnim čine jednu intenciju koja se naziva afektivno – voljni dinamizmi, jer se radi o vrlo dinamičkim psihičkim funkcijama koje su u uzročno – posljedičnoj vezi, a proizlaze iz nagona. Dakle, ispituje se prisutnost i razina volje i nagonskih impulsa, pa tako u bolesnom stanju može se pojaviti poremećaj volje, nagona i radnji kao što su sugestibilnost, negativizam, hipobulija, abulija, katatonija, impulzivne radnje, eholalija, stereotipija te manirizam (1, 14).

Svakako, dio procjene mentalnog stanja jest i prisutnost simulacije, disimulacije i agravacije (1,15).

7. 2. Psihijatrijsko sestrinska procjena ljudskih potreba

Temeljna djelatnost sestrinske skrbi je zdravstvena njega, a svrha zadovoljavanje ljudskih potreba čiji je smisao povećati razinu samostalnosti i funkcionalnosti u svakodnevnom životu čovjeka. Potreba se može definirati kao nedostatak nečeg što je neophodno za održavanje psihofizičke homeostaze, to jest, ona je jedna od glavnih psihičkih pokretačkih sila u čovjeku koje potiču i usmjeravaju određeno ponašanje. Prilikom procjene zdravstvenih, to jest, osnovnih ljudskih potreba, psihijatrijske sestre i tehničari služe se brojnim alatima i instrumentima, ne bi li što objektivnije prikupili i interpretirali podatke iz kojih proizlaze sestrinske dijagnoze i intervencije (12, 13, 16).

U teoretskom dijelu upotrebljava se teorija V. Henderson i njen popis osnovnih potreba temeljenih na Maslowljevoj teoriji motivacije. No, u praksi postoje obrasci M. Gordon koji služe za svakodnevnu primjenu u procjeni zdravstvenog stanja i ponašanja, odnosno, sestrinska anamneza i status, no postoje i psihijatrijsko sestrinske anamneze koje su važne za prikupljanje specifičnih podataka.

U početku se prikupljaju opći podatci o bolesniku kao što je ime, prezime, datum rođenja, obrazovni i radni status i slično. Zatim, situacijski podatci o prijemu u bolnicu, upotrebi lijekova i o uvjetima stanovanja i pod kojima dolazi. Slijedeće se popunjavaju obrasci zdravstvenog funkcioniranja. Obrasci su percepcija i održavanje zdravlja, nutritivno – metabolički, eliminacija, tjelesna aktivnost, odmor i san, kognitivno – percepcijski, samopercepcija, uloge i odnosi, seksualno – reproduktivni, stres i sučeljavanje te vrijednosti i vjerovanja (12).

Uz navedene obrasce specifično se procjenjuju psihijatrijski obrasci. Ispituju se prethodne psihijatrijske hospitalizacije i aktualno psihičko stanje i psihosocijalno

funkcioniranje. Prisutnost depresivnog, maničnog, anksioznog i agitiranog te delirantnog stanja, smetnje sjećanja, pamćenja, plač, razdražljivost, strah, apatija, bezvoljnost, bijes, misaona nepovezanost, bijeg misli, hiperaktivnost i emocionalna labilnost te afektivna impulzivnost. Boluje li od ovisnosti te je li pod utjecajem psihoaktivnih tvari poput alkohola, droge ili tableta. Treba uočiti i opisati eventualnu prisutnost halucinacija i sumanutosti te se na kraju procjenjuje rizik od suicidalnog i agresivnog ponašanja (14, 15).

Na temelju svega, uz fizičke i biološke potrebe, važno je utvrditi probleme koji proizlaze iz nezadovoljenih psihičkih i socijalnih potreba. Komunikacija je jako važna jer se njome zadovoljava čitav niz psihosocijalnih potreba koje su od krucijalne važnosti za opstanak vrste i samog čovjeka, te na taj način raste i razvija sebe te omogućava doživljavanje svijeta koji ga okružuje.

Potreba za stimulacijom je potreba živčanog sustava da bi normalno funkcionirao, prilikom deprivacije dolazi do propadanja živaca i degeneracijskih procesa na mozgu, u takvim situacijama um i mozak sami se nastoje podražiti pojavom halucinacija. Slično stimulaciji je uzbuđenje, koje isto povoljno djeluje, bilo ono ugodno ili neugodno, poput neke životne promjene ili zabave.

Potreba za kontaktom, pripadanjem i ljubavlju je slijedeća važna potreba koju psihijatrijski bolesnici najčešće nemaju zadovoljenu. Osoba ima potrebu pripadati nekoj grupi ili zajednici, osjećati privrženost s nekim tko joj uzvraća poštovanje. Kaže se da je ljubav osnovni preduvjet za zdrav biopsihosocijalni razvoj neke ličnosti. Terapijskom komunikacijom može se zadovoljiti ova potreba i na taj način otkloniti probleme poput otuđenja, razočarenja, usamljenosti, prestankom vjerovanja u ljubav, osjećaj napuštenosti i slično, te je ovom potrebom počeo razvoj treninga senzitivnosti, kako bi pacijenti u grupi na odjelu ojačali osjetljivost jedni na druge.

Potreba za priznanjem može se opisati kao želja za samopoštovanjem i poštovanjem od strane drugih ljudi, da mu se pridaje važnost i značaj obzirom na njegove sposobnosti i vještine, te pokazivanje pažnje.

Potreba za sigurnošću je važna da se očuva biološki i psihološki integritet čovjeka, označava red, poredak, stalnost, strukturu i predvidljivost događaja. Ukoliko nije zadovoljena potreba javlja se strah, zabrinutost, anksioznost. Vrlo često te osobe nalaze sigurnost u religijskim denominacijama.

Potreba za osmišljavanjem i strukturiranjem vremena, odnosno, potreba da ispuni život i živjeti ga smisljeno, da ne bi došlo do pojave osjećaja besmisla, praznine i dosade. U tu svrhu postoje rituali, aktivnosti, razonode, igre, intimnosti i povlačenje. Njihov smisao je oslobađanje

unutarnje napetosti, dosade, srama, straha, krivice i svih negativnih stanja. Istovremeno osoba izražava svoju kreativnost, maštovitost, misli, osjećaje i osjeća opće blagostanje i opuštenost.

Iduća potreba je potreba za moći, ona je jedna od želja i nagona koji omogućavaju kontrolu nad sobom i životom za održavanjem života u društvenoj zajednici, dakle može se reći da je to potreba za dominacijom, isticanjem i vladanjem. Ukoliko se koristi u humanističke svrhe, zadovoljavajući ovu potrebu mogu se učiniti najplemenitija djela. No patološka želja za moći ukazuje na brojne poremećaje i nedostatak samopouzdanja, pa dolazi do igre moći u kojoj uvijek netko ispadne žrtvom.

Potreba za slobodom je jedna od najvećih i najjačih motivacijskih sila koje omogućavaju osobi da pomoću slobodne volje odabire životne izbore i vlastite stavove koje nitko ne može uskratiti, ako do toga dođe, javlja se frustracija, bijes i agresija, ali ne smiju se ugroziti tuđe slobode.

I na kraju potreba za samoaktualizacijom, odnosno, samoostvarenjem, očituje se osobnim rastom i razvojem ljudskih potencijala koji su usmjereni u ostvarivanju čovjeka kao autentičnog bića. U suprotnom osoba gubi smisao i ne može spoznati sebe i svijet koji ju okružuje (14, 15).

7. 3. Psihijatrijsko sestrinske dijagnoze i intervencije

Sestrinska dijagnoza je prosudba kojom sestre i tehničari opisuju određena zdravstvena stanja i ponašanja pojedinca ili grupe, može se reći da je dijagnoza u sestrinstvu problem koji proizlazi iz nezadovoljenih ljudskih potreba te ga treba riješiti sestrinskim intervencijama. Uobičajeno se dijagnoza piše po PES modelu, odnosno opisuje se problem, etiologija ili uzrok i simptomatologija odnosno znakovi i simptomi problema, a za visokorizične dijagnoze po PE modelu bez simptomatologije (17).

Uz klasične dijagnoze poput smanjene mogućnosti brige o sebi, smanjenog unosa hrane i tekućine, nezdravstvenog ponašanja, inkontinencije stolice i urina, smanjenog podnošenja napora, boli i sličnih somatskih dijagnoza, postoje psihijatrijsko sestrinske dijagnoze koje proizlaze iz određenih psihopatoloških stanja, odnosno, psihičkih poremećaja i bolesti, to su uglavnom psihološke i psihosocijalne potrebe koje nisu zadovoljene. Najčešći uzroci su upravo psihički poremećaji i bolesti, intrapsihički konflikti, unutarnja napetost, frustracije, negativne emocije, ljutnja, mržnja, bijes, nedostatak empatije, stresni događaji, traumatska iskustva i brojni drugi nepovoljni doživljaji iz okoline (14, 15).

Sestrinske intervencije su specifične aktivnosti usmjerene rješavanju zdravstvenog problema kod bolesnika čija je svrha zadovoljenje ljudskih potreba. Sestrinske intervencije u

psihijatrijskoj njezi bolesnika su vrlo specifične. Zahtijevaju široku i visoku razinu znanja iz psihologije, psihijatrije i psihoterapije, pošto se pretežito provode postupci na osnovi psiholoških tehnika i psihosocijalnih metoda (17).

Takozvane, klasične intervencije zdravstvene njege su pomoći u hranjenju, oblačenju, obavljanju nužde, osiguravanju mikroklimatskih uvjeta, osiguravanju pravilne prehrane i dovoljnog unosa tekućine, provjeri vitalnih parametara i primjeni lijekova. Psihijatrijsko sestrinske intervencije slične su kod većine dijagnoza psihičkog poremećaja, te se one provode sustavno i integrativno, odnosno, holistički (14, 17).

Agresivnost – verbalna ili neverbalna nasilna aktivnost koja uništava psihofizički integritet

Medicinska sestra će:

- Pokušati uspostaviti kontakt s bolesnikom
- Procijeniti psihičko stanje
- Procijeniti rizik od hetero i auto agresije
- Primijeniti psihološke tehnike deeskalacije
- Ublažiti uznemirenost
- Primijeniti ordinirane antipsihotike i anksiolitike
- Nadzirati bolesnika
- Poticati verbalizaciju straha i ljutnje
- Osigurati mirnu i sigurnu okolinu
- Upotrijebiti deeskalaciju humanim fiksiranjem
- Zaštititi bolesnika od traumatskih i stresnih iskustava
- Vježbati s bolesnikom socijalne vještine, poput komunikacije, kontrole emocija i agresije te svakodnevnih životnih aktivnosti
- Brinuti o vlastitoj sigurnosti

Suicidalnost – samouništavajuća razmišljanja, ideje, planovi i radnje

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti kontakt s bolesnikom
- Izgraditi terapijski odnos
- Provesti fizikalni pregled
- Procijeniti psihičko i vitalno stanje

- Procijeniti rizik za suicidalno ponašanje
- Primijeniti ordinirane antidepresive
- Primijeniti psihološke tehnike
- Primijeniti terapijsku komunikaciju
- Poticati na verbalizaciju osjećaja
- Ublažiti osjećaj tuge i besmisla
- Motivirati bolesnika da na pozitivno razmišljanje
- Ukazati na vrijednosti koje bolesnik posjeduje
- Jačati dobre strane bolesnika
- Osigurati sigurnu okolinu
- Biti uz bolesnika i kada on šuti
- Zaštititi bolesnika od traumatskih i stresnih iskustava

Anksioznost – jaki osjećaj uznemirenosti, unutarnje napetosti i tjeskobe

Strah i fobije – intenzivan i paralizirajući osjećaj ugroženosti usmjeren na neki vanjski objekt

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti kontakt i terapijski odnos s bolesnikom
- Procijeniti psihofizički status
- Osigurati mirnu i sigurnu okolinu
- Primijeniti ordinirane anksiolitike
- Primijeniti mentalne vježbe relaksacije
- Poticati na realno razmišljanje i okrenuti iracionalne misli u racionalne
- Aktivno slušati bolesnika
- Osigurati terapijsku atmosferu
- Vježbati adaptacijske mehanizme i suočavanje sa stresom
- Educirati bolesnika o anksioznosti
- Educirati ga i poticati na mentalne i socijalne vještine poput kognitivnih meditacija i komunikacije

Depresivnost – vrlo sniženo raspoloženje, bezrazložna tuga i osjećaj besmisla

Osjećaj bespomoćnosti – nedostatak kontrole nad životnim situacijama

Krivnja – samookrivljavanje, osjećaj krivice, samooptuživanje

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti kontakt s bolesnikom

- Procijeniti psihički i fizički status
- Procijeniti suicidalni rizik
- Primijeniti ordinirane antidepresive
- Aktivno slušati bolesnika
- Omogućiti mu mirnu okolinu
- Omogućiti mu dovoljno vremena
- Poticati na verbalizaciju tuge i besmisla i bespomoćnosti
- Poticati stvarati društvene odnose
- Ohrabriti bolesnika
- Pružiti podršku
- Motivirati ga na suradnju u terapijskim postupcima
- Poticati ga na optimistično razmišljanje
- Educirati bolesnika o depresiji
- Biti uz bolesnika i kada on šuti
- Zaštititi bolesnika od traumatskih i stresnih iskustava

Maničnost – povišeno raspoloženje, nekritičnost, nesvrshodna hiperaktivnost

Hiperaktivno ponašanje – pojačana aktivnost i povišena psihomotorika

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti terapijski odnos
- Procijeniti psihički i fizički status
- Primijeniti terapijsku komunikaciju
- Primijeniti ordinirane stabilizatore raspoloženja i anksiolitike
- Zaštititi bolesnika od traumatskih i stresnih iskustava
- Pružiti bolesniku podršku
- Upozoriti na povišeno raspoloženje
- Aktivno slušati bolesnika
- Provoditi psihološku i po potrebi kemijsku i fizičku deeskalaciju
- Ostati pribrana
- Educirati bolesnika o maniji
- Poticati na međusobno uvažavanje i razvoj tolerancije
- Usmjeravati bolesnika na jednu određenu misao ili radnju
- Educirati i vježbati s bolesnikom kontrolu emocija

Histerična manifestacija – impulzivni ispadi i dramatično ponašanje

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti kontakt i terapijski odnos
- Primijeniti psihološke tehnike
- Smanjiti napetost, nervozu i uzbuđenost
- Primijeniti ordinirane anksiolitike i druge psihofarmake
- Osigurati mirnu i sigurnu okolinu
- Osigurati terapijsku atmosferu
- Pružiti razumijevanje
- Odbijati rasprave
- Pomoći usredotočiti se na realne misli
- Poticati na verbalizaciju osjećaja
- Vježbati obrambene mehanizme i suočavanje sa stresom

Perceptivni poremećaj – pojava iluzija i halucinacija

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti kontakt i terapijski odnos
- Primijeniti ordinirane antipsihotike
- Primijeniti psihološku njegu i terapijsku komunikaciju
- Upozoriti bolesnika na obmane osjetila
- Educirati ga o halucinacijama
- Savjetovati ga i usmjeriti na vraćanje u stvarnost
- Poticati ga na verbalizaciju osjećaja
- Poticati ga na opisivanje psihotičnih doživljaja
- Pružiti mu podršku i razumijevanje
- Trenirati mentalne vježbe, poput mindfulnessa, osvještavanja, prihvatanja, zahvalnosti i raznih meditativnih tehnika

Paranoidnost – pretjerana sumnjičavost i nepovjerenje

Medicinska sestra će:

- Uspostaviti terapijski odnos
- Pružiti podršku
- Provoditi psihološku njegu
- Aktivno slušati bolesnika

- Upozoriti na sumanute misli i ideje
- Educirati bolesnika o deluzijama
- Poticati i razvijati povjerenje i uvažavanje
- Usmjeriti bolesnika na realne misli i stvarnost
- Poticati na verbalizaciju osjećaja
- Razvijati empatiju i društvene veze
- Pohvaliti bolesnika

Poremećaj svijesti – somnolentnost, sumračnost i delirantnost

Medicinska sestra će:

- Procijeniti neurološki, somatski i psihički status
- Pokušati uspostaviti komunikaciju
- Primijeniti ordinirane psihofarmake
- Primijeniti humano fiksiranje
- Osigurati prehranu
- Osigurati mirnu i sigurnu okolinu
- Brinuti o higijeni i svakodnevnim aktivnostima

Obiteljski problemi – obiteljski disfunkcionalni odnosi, nemogućnost donošenja odluke, nedostatak socijalizacije i komunikacije

Medicinska sestra će:

- Pomoći obitelji uspostaviti zdrave odnose
- Savjetovati i usmjeravati obitelj u donošenju odluka
- Vježbati socijalne vještine
- Poticati na razvoj komunikacije
- Poticati na osnaživanje empatije i adaptacijskih mehanizama
- Vježbati kontrolu emocija i suočavanje sa stresom
- Pružiti podršku
- Pohvaliti obitelj

Socijalna izolacija – izbjegavanje međuljudskih odnosa i povlačenje u sebe

Medicinska sestra će:

- Poticati verbalizaciju osjećaja

- Poticati međusobno uvažavanje
- Poticati uspostavu komunikacije
- Poticati stvaranje društvenih veza s drugim bolesnicima
- Poticati na sudjelovanje u terapijskim postupcima
- Poticati na osnaživanje obrambenih i adaptacijskih mehanizama
- Poticati stvarati i ostvarivati male ciljeve
- Biti strpljiv, otvoren i asertivan

Ritualno ponašanje – trajno i često ponavljanje radnji

Medicinska sestra će:

- Omogućiti dovoljno vremena
- Planirati dnevne aktivnosti s bolesnikom
- Usmjeriti na svrsishodne radnje
- Poticati na sudjelovanje u terapijskim postupcima
- Upozoriti na nesvrsishodne ritualne radnje
- Vježbati s bolesnikom socijalne vještine

Seksualna provokativnost – pretjerano flertanje, diranje i ljubljenje bez kritičnosti

Medicinska sestra će:

- Upozoriti na nedolično ponašanje
- Poticati na verbalizaciju osjećaja
- Educirati bolesnika o spolnosti i seksualnosti kao ljudskoj potrebi
- Usmjeriti bolesnika na druge aktivnosti kada se osjeti seksualnu pobudu
- Postaviti granice
- Vježbati interpersonalne i socijalne vještine

Simulacija – izmišljanje simptoma i glumljenje poremećaja

Disimulacija – umanjivanje ili prikrivanje postojećih simptoma i poremećaja

Medicinska sestra će:

- Provoditi terapijsku komunikaciju i psihološku njegu
- Educirati bolesnika o psihičkom poremećaju
- Poticati ga na iskren i otvoren odnos prema sebi i drugima

- Upozoriti na prikrivanje, umanjivanje i povećavanje simptoma
- Usmjeriti bolesnika na realnost stanja
- Reagirati na manipulaciju
- Pohvaliti bolesnika

Ovisnost – zlorporaba psihoaktivnih adiktivnih tvari

Medicinska sestra će:

- Izgraditi terapijski odnos
- Primijeniti ordiniranu supstitucijsku terapiju
- Provoditi detoksifikacijsku terapiju
- Primijeniti psihološku njegu i terapijsku komunikaciju
- Educirati o bolestima ovisnosti
- Educirati o štetnosti psihoaktivnih tvari
- Savjetovati o načinima prekida zlorporabe
- Razvijati empatijske, obrambene i adaptacijske mehanizme
- Vježbati suočavanje sa stresom i kontrolu emocija
- Pružiti podršku
- Pohvaliti bolesnika

(6, 14, 15, 17).

Dakle, psihijatrijsko sestrinske intervencije se provode sustavno i integrativno sagledavši osobu kao cjelovito biće. One se isprepliću i koriste u većine sestrinskih dijagnoza kod psihijatrijskih bolesnika. To su:

- Provoditi monitoring vitalnih funkcija
- Provoditi pripremu bolesnika za medicinske zahvate
- Sudjelovati u dijagnostičko – terapijskim postupcima
- Provoditi postupke opće zdravstvene njege bolesnika
- Provoditi primjenu psihofarmakološke terapije tj. lijekova po preporuci liječnika – psihijatra
- Provoditi monitoring i zbrinjavanje nuspojava psihofarmaka i ostalih lijekova
- Provoditi psihološke tehnike i komunikacijske vještine
- Provoditi psihološku njegu i terapijsku komunikaciju
- Provoditi postupke individualne i grupne psihoterapije

- Provoditi postupke socioterapije i terapijske zajednice
- Provoditi načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika
- Provoditi savjetovanje i edukaciju bolesnika i obitelji
- Osigurati mirnu i sigurnu okolinu
- Osigurati terapijsku atmosferu
- Osigurati dovoljno vremena
- Osigurati svakodnevne aktivnosti
- Osigurati adekvatnu prehranu
- Osigurati informacije o postupcima liječenja
- Osigurati posjete bližnjih
- Poticati na izgradnju terapijskog odnosa
- Poticati na međusobno uvažavanje i toleranciju
- Poticati verbalizaciju osjećaja, misli i stavova
- Poticati razvoj empatije
- Poticati uspostavu komunikacije
- Poticati stvaranje društvenih veza s ostalim bolesnicima
- Poticati na sudjelovanje u terapijskim postupcima
- Poticati na osnaživanje obrambenih i adaptacijskih mehanizama
- Poticati postavljati i ostvarivati male ciljeve
- Biti strpljiv, otvoren, asertivan i zainteresiran
- Biti uz pacijenta i kada on šuti
- Pružiti podršku
- Pružiti razumijevanje i suosjećanje
- Ohrabriti bolesnika
- Pohvaliti bolesnika
- Preusmjeravati negativne misli u realne i optimistične
- Postaviti granice
- Planirati aktivnosti zajedno s bolesnikom
- Zaštititi bolesnika od traumatskih i negativnih iskustava
- Aktivno slušati bolesnika
- Vježbati s bolesnikom socijalne vještine, poput komunikacije, kontrole emocija i agresije te svakodnevnih životnih aktivnosti
- Trenirati mentalne vježbe, poput mindfulnessa, osvještavanja, prihvatanja, zahvalnosti i raznih meditativnih tehnika

- Odbiti diskusije i rasprave
- Izbjegavati sukobe i svađe
- Ukazati i odbiti psihotična i sumanuta uvjerenja
- Razjasniti ono što se ne razumije ili je dvosmisleno
- Izražavati vlastite stavove, emocionalne reakcije i mišljenje
- Brinuti o vlastitoj sigurnosti
- Brinuti o vlastitom mentalnom zdravlju
- Trajno se stručno usavršavati

(6, 14, 15).

7. 4. Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika

Načela u psihijatrijsko sestrinskoj skrbi su, zapravo, opće zakonitosti od kojih polazi svaka psihijatrijska medicinska sestra i tehničar kada pristupa psihijatrijskom bolesniku. Pridržavajući se načela, osigurava se stručnost i kvaliteta psihijatrijsko zdravstvene njege. Iz njih se definira i sam odnos između sestre i bolesnika. Prvo načelo, koje važi u svakom području medicine i sestrinstva jeste holistički pristup. To označava doživljavanje pacijenta kao biopsihosocijalno biće, koje ima fizičke, psihičke i socijalne potrebe, ali i duhovne. Poimanje čovjeka kao autentične i individualne osobe, koja ima svoju slobodnu volju, životne izbore i vlastite stavove koje bezuvjetno treba prihvatiti i poštovati. Zatim poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića i načelo privatnosti. Terapijska komunikacija je i načelo i intervencija koja se temelji na terapijskom odnosu, odnosno, velikoj količini empatije, povjerenja i međusobnog uvažavanja. Sljedeće načelo je uključivanje pacijenta da bude aktivan sudionik u procesu liječenja. I na kraju, bezuvjetno prihvaćanje, znači, pružiti pomoć uvijek i bez imalo osuđivanja. Važno je shvatiti bolesnika kao osobu koja ima poremećene egzistencijalne odnose, ali sa sviješću da je psihosocijalno biće koje pripada zajednici, te mu treba pružiti mogućnost i pomoći da maksimalno prilagodi svoje stavove, razmišljanje i ponašanje okolini, kako ne bi bilo socijalno izoliran. Svaka medicinska sestra u psihijatrijskoj djelatnosti mora prihvatiti načela kao dio svoje prakse, promovirati ih u svakodnevnom radu, osigurati uvijete za provedbu, prepoznati i intervenirati kada se ista krše (6).

7. 5. Odnos medicinska sestra bolesnik i empatija

Empatija je čovjekova sposobnost i psihosocijalna vještina kojom se nastoji razumjeti i suosjećati tuđe misli, osjećaje, raspoloženje i stavove, dakle, sagledati život iz njegove perspektive, ući u tuđe cipele. Može se reći kako postoje tri komponente empatijskom odgovora, kognitivna ili misaona koja omogućava prepoznavanje i razumijevanje tuđeg

psihičkog stanja, afektivna ili osjećajna koja omogućava emocionalnu reakciju u skladu s tuđim raspoloženjem te bihevioralna ili ponašajna koja omogućava verbalnu i neverbalnu komunikaciju kojom se pokazuje podrška (18).

U psihijatrijsko sestrinskoj skrbi za psihijatrijske bolesnike izuzetno je važno razumijevanje pacijentovog iskustva, njegove percepcije sebe i bolesti te njegovih vlastitih stavova, pri tome pokazati maksimalno poštovanje, bezuvjetno prihvaćanje osobe kao ljudsko biće sa svojim psihičkim, odnosno emocionalnim potrebama. Ponuditi mu podršku, graditi otvoren, iskren odnos utemeljen na povjerenju, prepun topline, suosjećanja i međusobnog uvažavanja. Takav empatijski odnos, između psihijatrijske medicinske sestre i bolesnika, omogućava oslobađanje unutarnje napetosti i konfuzije, prihvaćanje mentalnog i zdravstvenog stanja, rješavanje psihosocijalnih problema, zadovoljavanje ljudskih i emocionalnih potreba te osigurava kvalitetu sestrinske i zdravstvene skrbi (14).

Psihijatrijska medicinska sestra je uvijek tu za bolesnika, za njega i uz njega, ona ga zagovara, zastupa i pomaže mu u životnim situacijama. Medicinska sestra u gotovo svakom trenutku treba biti na raspolaganju bolesniku, imati dovoljno vremena i posvetiti mu pažnju koju zaslužuje, ohrabrivati ga da se izražava i da rješava probleme (15).

Sestrinski odnos, osim što je prepun empatije i povjerenja, on mora biti profesionalan, što bi značilo da postoje određene granice proizašle iz etičkih i moralnih načela, dakle, ne smije se dozvoliti da privatni problemi, frustracije, nezadovoljstvo, napetost, ljutnja i slična negativna emocionalna iskustva i doživljaji od sestre izađu prema van, a osobito ne projicirati ta stanja na pacijenta. Također, razgraničiti i prevenirati kada dolazi do bliskog emocionalnog, fizičkog ili intimnog seksualnog kontakta između psihijatrijskog djelatnika i bolesnika. Pacijentu treba pristupati individualno, holistički i integrativno, što znači, osobu sagledavati kao slobodno i autentično biće, koje prožimaju biološke, psihološke, sociološke i duhovne potrebe, koja se treba samoaktualizirati te je poseban u odnosu na druge (14, 18).

I najvažnije, uvijek i u svakom trenutku, zauzeti pozitivan egzistencijalni stav prema osobama s duševnim smetnjama. F. Nightingale je govorila kako je važnije poznavati bolesnika, to jest, osobu, koja boluje od neke bolesti, nego li samu bolest, od koje potencijalno boluje (14, 15, 18).

7. 6. Psihološka njega i terapijska komunikacija

Može se reći da je psihološka njega djelatnost unutar psihijatrijskog sestinstva kojom se nastoji zadovoljiti psihološke potrebe psihijatrijskih bolesnika, ne bi li se smanjili, uklonili ili spriječili psihopatološki procesi, odnosno, simptomi psihičkog poremećaja (19).

Terapijska komunikacija je metoda rada i instrument unutar psihijatrijsko-psihološke njege, odnosno, može se reći da je to temeljna psihijatrijsko sestrijska intervencija koja omogućava psihijatrijskom bolesniku uvid u svoje unutarnje stanje i egzistencijalne odnose, omogućava mu da se oslobodi intrapsihičkih tenzija, napetosti, frustracije, strahova, tuge i anksioznosti, ali isto tako mu omogućava osobni rast i razvoj ljudskih potencijala koji su usmjereni u osnaživanju obrambenih i adaptivnih mehanizama, odnosno, jačanju cijelog psihičkog aparata (19).

Kako u psihološkoj njezi tako i u terapijskoj komunikaciji postoji širok spektar znanja i vještina koje psihijatrijske medicinske sestre i tehničari trebaju posjedovati. Uz teorijsko znanje različitih grana psihologije, psihijatrije, psihopatologije i psihoterapije, tu je i čitav niz praktičnih vještina, a to su pozitivna egzistencijalna pozicija, prikupljanje i opserviranje informacija, asertivno komuniciranje, aktivno slušanje, savjetovanje, sugestije i persuazije, pregovaranje i edukacije (14, 15).

Kada se kaže pozitivna egzistencijalna pozicija, tada se misli na bezuvjetno prihvaćanje bolesnika i pozitivan stav prema njemu i njegovoj bolesti što omogućava kooperativnu komunikaciju, odnosno, stajalište u kojem su i bolesnik i terapeut OK (ja sam OK, ti si OK). Takva pozicija omogućava izgradnju odnosa punog uzajamnog povjerenja i međusobnog uvažavanja (14).

Prikupljanje i opserviranje informacija je važna vještina ne samo za sestinstvo, već i za liječnike, jer se kaže da su medicinske sestre i tehničari oči i uši svakog odjela. Dakle, pomoću različitih tehnika poput intervjua, mjerenja i promatranja, prikupljaju se podatci, analiziraju, interpretiraju i donose zaključci o dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Od početka kada se pacijenta primi na odjel, pa do otpusta. Važno je kontinuirano procjenjivati fizičko, mentalno i psihosocijalno stanje i funkcioniranje, ponašanje, reakcije, navike, odnose i slično.

Asertivno komuniciranje je bitna komunikacijska vještina u radu koja omogućava ravnopravno i primjereno izražavanje mišljenja, osjećaja i stavova između djelatnika i pacijenta. Asertivnost je poželjan stil koji nije ni pasivan ni agresivan, već je kombinacija tog dvoje, a omogućava osobama da slobodno izražavaju i ostvaruju svoje želje i potrebe, a istovremeno poštujući i uvažavajući tuđa stajališta i samog sugovornika. U svom radu poželjno je i bolesnika podučiti i poticati na takav način komunikacije i s osobljem i s ostalim pacijentima na odjelu. Konkretno, poruka treba biti direktna, otvoreno izraziti aktualne misli i osjećaje, pravovremeno i primjereno reagirati kada je potrebno, jasno i potpuno govoriti bez prešućivanja. Kongruentnost u izražavanju je važna, što znači da ton i visina glasa, mimike i geste prate sadržaj izrečenog. Prilikom ovakve komunikacije potrebno je izbjegavati

kontradiktornost, dvosmislene poruke jer bude frustraciju i napetost, što rezultira agresijom. Potrebno je usmjeriti se na jednu temu u određenom vremenu, biti jasan i iskren u svojim željama i emocijama.

Aktivno slušanje moćna je vještina kada se zna upotrijebiti u pravo vrijeme. Naime, aktivno slušati označava sudjelovanje u razgovoru iz neutralne pozicije, potrebno je postavljati pitanja, parafrazirati, reflektirati, pa čak i šutnja može biti motivirajuća i suportivna za poticanje otvaranja od strane bolesnika. Aktivno slušanje se ne može provesti bez svjesnog slušanja, prepoznavanja kongruentnosti verbalne i neverbalne ekspresije. Važna je otvorenost, dakle pitati i najintimnije detalje, dozvoliti bolesniku da sve što kaže, ima osjećaj da je rekao osobi od povjerenja, i saslušati ga u cijelosti i do kraja. I najbitniji dio je slušanje s empatijom, slušati ga sa željom da mu se pomogne, i dati mu do znanja kako na djelatnika može računati, da će dobiti podršku i da će zaista imati doživljaj da ga psihijatrijska medicinska sestra i tehničar razumiju, kao terapeuti, ali i kao ljudi (14, 19).

Sugestija, persuazija i pregovaranje, moćne su tehnike kojima se bolesnika nagovara i pregovara s njim da učini ono što za njega ima povoljan utjecaj i što je usmjereno pozitivnom zdravstvenom ponašanju, pri tom je važno, za pojedinu sugestiju i persuaziju, ponuditi pacijentu razumno i logično objašnjenje o samoj svrsi. Na primjer poticati bolesnika da verbalizira misli i osjećaje, da redovito uzima lijekove ili konzumira hranu i slično. Postoji nekoliko metoda, a to su metoda postupne odluke, izravnog forsiranja, vruće hladno, alternativnih rješenja te indirektna metoda.

Edukacija je jedna od vještina i sestrinskih intervencija koja zahtjeva mnogo znanja ne samo iz medicinskih grana, već i psihologije i pedagogije. Naime, edukacijom nastojimo bolesniku pružiti informacije kojima će on moći upravljati i koje će mu služiti za osobni rast i razvoj, što doprinosi boljem uvidu u svoje stanje te samom oporavku. Važno je naglasiti kako istina oslobađa, dakle, u davanju informacija bitno je govoriti istinu, i ne davati lažnu nadu.

Savjetovanje vještina koja je ujedno jedna od najupotrebljavanijih sestrinskih intervencija, no, vrlo često na pogrešan način. Savjetovati bolesnika, ne znači davati gotova rješenja za određeni problem. Prvo, sestra zajedno s pacijentom nastoji analizirati problem, pri tom je važno taj problem definirati kao mogućnost promjene. Drugo, potrebno je prepoznati i uočiti moguća rješenja i sagledati pozitivne i negativne aspekte svakog od njih. I treći korak, je pacijentova odluka. Dakle, nastoji se proširiti svjesnost kod bolesnika o prisutnosti problema, o važnosti promjene, zatim ukazati bolesniku na mogućnosti i izbore te na kraju ga motivirati i podržati u procesu donošenja odluke, koja je samo njegova (14).

Psihološka njega i terapijska komunikacija temelje se na iznimno visokoj razini empatije, i najvažnije, da bi intervencije funkcionirale, treba izgraditi snažan terapijski odnos, empatijski odnos koji je i uzrok i posljedica terapijskoj komunikaciji. Dakle, terapijskim odnosom započinjemo komunikaciju, a terapijskom komunikacijom održavamo i podržavamo taj odnos s bolesnikom (14, 15, 19).

8. HOSPITALIZACIJA HITNOG PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Svakog duševnog bolesnika treba uvažavati i odnositi se s maksimalnim poštovanjem, pridržavajući se pritom načela i prava koja su im zagwarantirana iz pravnih propisa koji proizlaze iz Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (20).

8. 1. Dobrovoljno i prisilno liječenje

Dobrovoljna hospitalizacija ili još se može reći informirani pristanak na psihijatrijsko liječenje jest oblik u kojem bolesnik svjesno traži pomoć, odnosno uz pisanu suglasnost zaprima se u psihijatrijsku službu.

Prisilna hospitalizacija je oblik psihijatrijskog liječenja osobe s težim duševnim smetnjama bez pristanka, koja se uglavnom nalazi u nebrojivom stanju, odnosno, nema spoznaju, svijest niti uvid u svoje unutarnje stanje i ponašanje, dolaze u pratnji hitne medicinske pomoći i/ili policije te su vrlo često, uvjetno rečeno, opasni za sebe, druge ljude i okoliš u kojem borave, dakle, ugrožavaju vlastiti i/ili tuđi psihički i fizički integritet i/ili imovinu. Takve osobe se zadržavaju od trenutka kada specijalist psihijatar ordinira, a o prisilnom zadržavanju odluku donosi nadležni županijski sud kojem psihijatrijska služba podnosi zahtjev i izvješće u roku od 48 sati od prijema (20).

8. 2. Kemijske i fizičke mjere sputavanja

Ovaj način rada također je utvrđen Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Sputavanje je mjera prisile kojom se nastoji ograničiti kretanje i djelovanje bolesnika poradi opasnosti za psihičkim i fizičkim uništavanjem sebe i okoline. Takve mjere se provode u iznimnim situacijama kada se izravno ugrožava život i zdravlje same osobe ili ljudi koji ju okružuju i kada su sve druge, neprisilne, deeskalacijske metode neučinkovite. Trajanje ovakvog oblika zbrinjavanja može biti do onog trenutka kada se otkloni opasnost i ugroza. Mjere prisile ordinira psihijatar, a u nedostatku istog, u hitnim situacijama to rade psihijatrijske sestre i tehničari, koji ih ujedno i provode te nadziru psihičko stanje i funkcioniranje bolesnika.

Kemijske metode sputavanja su mjera u kojoj se pomoću psihofarmakoloških intervencija, odnosno primjene specifičnih i visoko potentnih psihofarmaka intramuskularno, nastoji deeskalirati, smiriti i sačuvati bolesnika i okolinu od daljnje ugroze.

Fizičke metode sputavanja označavaju primjenu zaštitnih košulja, nekada zvanih stezulja, te sputavanje fiksiranjem za koji postoji jasan protokol u kojem stoji da taj zahvat treba izvoditi 4 ili 5 djelatnika uz maksimalno poštovanje dostojanstva bolesnika (7, 20, 21).

9. ZAKLJUČAK

Psihičke bolesti i poremećaji su u 21. stoljeću i dalje na listi nepoželjnih događaja u ljudskom životu. Stigma koja prati oboljele osobe velikog je značaja u negativnom smislu. Posebno kada je riječ o hitnim psihijatrijskim stanjima, koja zahtijevaju cjeloviti pristup bolesniku. Kako se radi o teškim stanjima, krizama i poremećajima, liječnici i medicinske sestre/tehničari vrlo rijetko znaju pristupiti takvoj osobi zbog nedostatka psihijatrijskog znanja i psihoterapijskih vještina koje su nužne kako bi se očuvao psihički integritet i održala psihosocijalna funkcionalnost. Uz psihijatre, ključnu ulogu u hitnom zbrinjavanju psihijatrijskih bolesnika imaju psihijatrijske medicinske sestre i tehničari koji su ujedno i terapeuti te su zaduženi za provođenje psihijatrijske njege, psihoterapije i hitne psihosocijalne pomoći. Sve to, imajući na umu da je osoba biopsihosocijalno biće kojemu se pristupa holistički i integrativno s ciljem da se zadovolje ljudske potrebe, poveća osjećaj zadovoljstva i dostojanstva, podigne razina kvalitete života te na kraju dođe do ozdravljenja, odnosno, uspostave psihičke ravnoteže i mentalnog zdravlja.

10. LITERATURA

1. Begić D. Psihopatologija, 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
2. Begić D., Jukić V., Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
3. Zakon o sestrinstvu NN 121/03, 117/08, 57/11
<https://zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu> (preuzeto: 1. 4. 2021)
4. Fučkar G. Uvod u sestriinske dijagnoze. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
5. Hildegard Peplau: Teorija interpersonalnih odnosa.
<https://hr.thpanorama.com/articles/cultura-general/hildegardpeplau-biografa-teora.html> (preuzeto: 1. 4. 2021.)
6. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2006.
7. Jukić V., Ostojić D. i sur. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada, 2018.
8. Prološčić J., Blažević Zelić S., Vučić Peitl M., Ljubičić Bistrovic I. Intenzivna psihijatrijska skrb – hitna stanja u psihijatriji. Medicina fluminensis, 2013. Vol. 49, No. 4, p. 463-467
<https://hrcak.srce.hr/112539> (preuzeto: 5. 4. 2021.)
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo – epidemiologija mentalnih poremećaja i bolesti u Republici Hrvatskoj
<https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/> (preuzeto: 2. 4. 2021.)
10. Zakon o djelatnosti psihoterapije NN 64/18.
<https://zakon.hr/z/1045/Zakon-o-djelatnosti-psihoterapije> (preuzeto 6. 4. 2021.)
11. Jukić V. i Pisak Z. Psihoterapija - škole i pravci u Hrvatskoj danas. Zagreb: Medicinska naklada, 2008.
12. Fučkar G, Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1992.
13. Prlić N. Zdravstvena njega, udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, 9. izdanje. Zagreb: Školska knjiga, 2005.
14. Jakovljević M. Psihijatrija, za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor: A. G. Matoš, 1995.
15. Moro Lj., Frančišković T. i sur. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada, 2018

16. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege, Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1994.
17. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2013.
18. Cikač T. Empatija kao temelj terapijskog odnosa medicinska sestra – pacijent. Diplomski rad, Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2018.
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/mef%3A2044> (preuzeto: 20. 4. 2021)
19. Pongračić M. Psihološka njega kao terapijski postupak u sestrinstvu. Diplomski rad, Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2016.
<https://zir.nsk.hr/islandora/object/mef%3A1043> (preuzeto: 20. 4. 2021.)
20. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb, NN 11/97.
<https://zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama> (preuzeto: 30. 4. 2021.)
21. Šendula Jengić V., Katalinić S. Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji. Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. (1991) v. 38, br. 3, 1225-1240 (2017)
<https://hrcak.srce.hr/193727> (preuzeto: 30. 4. 2021.)