

Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja

Gobac, Marko

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:144:842464>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U REHABILITACIJI
OBOLJELIH OD POSTTRAUMATSKOG STRESNOG
POREMEĆAJA**

Završni rad br. 59/SES/2018

Marko Gobac

Bjelovar, rujan 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Gobac Marko**

Datum: 06.07.2018.

Matični broj: 001376

JMBAG: 0314012900

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 59/SES/2018

Posttraumatski stresni poremećaj odgovor je na izloženost ekstremnom traumatskom stresoru. Spada u skupinu anksioznih poremećaja i kao i svi poremećaji iz te skupine uvelike utječe na opće zdravstveno stanje pojedinca i smanjenje njegove funkcionalnosti na socijalnom i radnom planu.

Uloga medicinske sestre bitna je u liječenju bolesnika oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja ne samo zato što aktivno sudjeluje kroz proces zdravstvene njege već sudjeluje u smanjivanju stigme i predrasuda o navedenom poremećaju osvještavanjem populacije o problemima oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja.

Student će u radu prikazati epidemiologiju, etiologiju i liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja te na prikazu slučaja bolesnika oboljelog od PTSP-a opisati ulogu sestre u procesu zdravstvene njege i rehabilitaciji oboljelih od PTSP-a.

Zadatak uručen: 06.07.2018.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na poučavanju tijekom ovih godina, posebno se zahvaljujem mentorici Tamari Salaj dipl.med.techn. na uloženom vremenu i pomoći koje je uložila pri izradi ovog rada.

Zahvaljujem se svim djelatnicima Odjela za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar, posebno Igoru Maleševiću bacc.med.techn.

Najsrdanije se zahvaljujem svojoj obitelji, prijateljima i djevojci na podršci i razumijevanju koje su mi ukazali za vrijeme studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	2
1.2. Povijesni pregled PTSP-a	2
1.3. Epidemiologija i etiologija PTSP-a	3
1.4. Klinička slika PTSP-a.....	4
1.5. Komorbiditet.....	5
1.6. Dijagnoza PTSP-a.....	5
1.7. Liječenje i rehabilitacija PTSP-a	6
1.7.1. Psihoterapija.....	8
1.7.2. Socioterapija	9
1.7.3. Psihofarmakoterapija	10
1.8. Uloga medicinske sestre/tehničara	11
2. CILJ RADA.....	13
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	14
3.1. Anamneza	14
3.2. Klinička slika i tijek liječenja	14
3.3. Proces zdravstvene njege.....	18
4. RASPRAVA.....	24
5. ZAKLJUČAK	26
6. LITERATURA.....	27
7. OZNAKE I KRATICE.....	29
8. SAŽETAK.....	30
9. SUMMARY	31

1. UVOD

Ljudi se svakodnevno susreću sa raznim izazovima u životu, na poslu, u obitelji i u društvu koji mogu izazivati razne strahove, pa čak i traume. Svaka osoba jednako reagira na traumatski događaj samo u različitom intenzitetu. Bilo koja vrsta traume može ostaviti trag na svakodnevno funkcioniranje osobe koja je njome pogođena.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) spada u anksiozne poremećaje, te se može opisati kao zakašnjela reakcija ili produženi odgovor na stresni događaj koji je po svojoj prirodi užasavajući ili katastrofalne prirode (1). U današnje se vrijeme u Republici Hrvatskoj pojam PTSP-a najviše povezuje uz rat. Posljedice koje ostavlja ovaj poremećaj uvelike utječu na socijalne i radne aktivnosti. Od velike je važnosti na vrijeme prepoznati pojavu simptoma PTSP-a kako bi se oboljele osobe što prije i što bezbolnije resocijalizirale i ponovno motivirale za svakodnevne aktivnosti. Nakon postavljanja dijagnoze veliku ulogu u liječenju i rehabilitaciji ima medicinska sestra koja će kroz intervencije pomoći u osposobljavanju bolesnika kako za vrijeme bolničkog liječenja, tako i nakon izlaska iz bolnice putem grupne terapije. Važno je za svakog pojedinca izraditi individualni terapijski plan zbog toga što svaka osoba ima drugačije potrebe za zbrinjavanjem, odnosno svaka osoba treba pomoć u različitom intenzitetu i u različitim područjima skrbi. Samo liječenje neće dovesti do nestanka simptoma već do smanjenja učestalosti i intenziteta pojave simptoma. Najpogodnija terapija za pojedinca je kombinacija psihoterapijskih, psihosocijalnih i psihofarmakoloških metoda i postupaka (1). Prije svega se liječenje mora usmjeriti na prirodu traume, a potom na žrtvine reakcije za vrijeme i nakon traumatičnog događaja.

Većina ljudi koja pati od PTSP-a srami se stigmatizacije, te upravo zbog tog razloga ne zatraže pomoć u ranijim fazama bolesti nego tek kada simptomi bolesti budu jače izraženi ili pak zbog prisile obiteljske i radne sredine. Oboljeli se većinom izoliraju iz društva i povlače u sebe. Upravo je zbog toga jedna od uloga medicinske sestre u liječenju i rehabilitaciji osoba oboljelih od PTSP-a poticanje motivacije, samopouzdanja i samopoštovanja kako bi se pacijent čim prije vratio u samostalan život. Za rad sa osobama oboljelim od PTSP-a također su potrebne odlične komunikacijske vještine, dobra mogućnost zapažanja, te strpljivost i empatija.

1.1. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj pripada skupini anksioznih poremećaja, ali se razlikuje po tome što ga uzrokuje prisutnost traumatskom ili užasavajućem događaju (2). Traumatski događaj podrazumijeva izloženost situaciji u kojem je fizičko zdravlje ili život osobe bio direktno ugrožen, ili je osoba bila svjedokom događaja opasnog ili kobnog za neku drugu osobu, ili je doznala za nasilnu ili tešku smrt ili stradavanje sebi bliske osobe (3). PTSP je jedan od rijetkih duševnih poremećaja koji ima jasno definiran uzrok, što znači da bez stresnog događaja neće doći do poremećaja, ali sve osobe koje su izložene istom događaju ne moraju razviti poremećaj (4). Američka psihijatrijska udruga je 1980. godine bila prva koja je osmislila naziv posttraumatski stresni poremećaj, premda se i prije te godine u raznim literaturama mogu pronaći simptomi koji bi opisivali taj poremećaj (2).

1.2. Povijesni pregled PTSP-a

Prije službenog uvođenja PTSP-a u priručnike prošlog stoljeća u popularnoj literaturi su se nalazili simptomi koji opisuju psihički poremećaj izazvan traumatskim događajem (5). Stoljećima je poznato da stresne i traumatske reakcije uzrokuju određene posljedice, ali su se opisi mijenjali kroz vrijeme. Prvi opisi stresnih poremećaja vezanih za borbu mogu se naći u Homerovim opisima povratka trojanskih ratnika (6). Priznato i prepoznato narušavanje psihičkog zdravlja nastalo zbog traumatskih događaja za vrijeme američkog Građanskog rata nazivali su „sindrom nostalgije“. U 19. stoljeću bilo je mnogo željezničkih nesreća, poslije kojih su preživjeli imali simptome koje bi povezali s današnjim PTSP-om, a nazvali su ga „željeznička moždina“ (7). Prošlo stoljeće su obilježili veliki ratovi, pa su se simptomi najčešće povezivali sa ratnim stradavanjima ili prirodnim katastrofama. „Šok od granate“ ili „borbena iscrpljenost“ su neki od naziva koji su bili preteča PTSP-u (5). Njima su se u dva svjetska rata označavali mogući tjelesni uzroci psihičkih reakcija na traumatski događaj. U Drugom svjetskom ratu pojavio se i pojam „sindrom koncentracijskih logora“ ili „borbeni zamor“ koji se koristio i u Korejskom ratu, dok su tijekom Vijetnamskog rata korišteni izrazi „vijetnamski sindrom“ i „borbeni stres“ (6). Uz tadašnja dva naziva navodili su se i nazivi dijagnoze poput „prilagodbena reakcija“ i „patološki oblik tugovanja“ (5). 1980. godine je posttraumatski stresni poremećaj uveden u treću reviziju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti Američke psihijatrijske

udruge (DSM-III) kao dijagnoza (8). Deset godina nakon toga 1990. godine pod šifrom F43.1 PTSP je uveden u desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10) (8).

1.3. Epidemiologija i etiologija PTSP-a

Učestalost posttraumatskog stresnog poremećaja ovisi o populaciji u kojoj se ispituje, u kojem vremenu, te o primjeni različitih dijagnostičkih skala i kriterija (4). U općoj populaciji učestalost PTSP-a tijekom života u DSM-IV se navodi između 1-14%, (9). U Hrvatskoj se procjenjuje, prema podacima Vlade, da je najmanje milijun ljudi bilo izravno izloženo ratnom stresu (1). Kod prognanika i izbjeglica se učestalost PTSP-a procjenjuje između 25-50%, dok se među braniteljima prisutnost PTSP-a procjenjuje na 25-30%, ali se njima trebaju još pridodati članovi obitelji nestalih i osobe koje su bile u zatočeništvu (4). U današnje vrijeme se smatra da će jedna trećina opće populacije barem jednom u životu biti izložena stresnom događaju (6). Pripadnici određenih profesija su skoro svakodnevno izloženi velikom stresu, te imaju veću mogućnost da budu izloženi katastrofalnom ili traumatskom događaju. U 50-60% brakova u njihovom cjelokupnom trajanju se pojavi kućno nasilje, što također može biti uzrok pojave posttraumatskog stresnog poremećaja. Prema literaturi se navodi da postoji veća učestalost obolijevanja od PTSP-a u žena, nego u muškaraca (5). PTSP se javlja češće u osoba koje su više puta bile traumatizirane nekim događajima, ali postoji i razlika u traumama, pa tako neke će traume prije dovesti do oboljenja od drugih. Silovanje češće dovodi do PTSP-a, nego gubitak bliske osobe, prisutnost ranjavanja ili ubijanja osoba će prije dovesti do oboljenja, nego da se o tome čuje na vijestima (9).

Za nastanak posttraumatskog stresnog poremećaja mora biti prisutno više čimbenika koji će zajedno dovesti do oboljenja. Glavni uzrok PTSP-a je stresor odnosno traumatska ili užasavajuća situacija u kojoj se osoba zatekne ili kojoj je bliski svjedok (10). Nastanak poremećaja ovisi od osobe do osobe, te o fizičkim, psihičkim, socijalnim i genetskim čimbenicima koji obilježavaju tu osobu, ali uobičajeno nastaje odmah ili šest mjeseci nakon traume, pa do više godina nakon događaja (11). Ozbiljne situacije koje izazivaju poremećaj su prirodne katastrofe kao što su poplave i potresi, nesretni slučajevi jednaki katastrofi, velike i teške automobilske nesreće, te namjerno izazvane katastrofe na primjer logori smrti (11).

Silovanje je jedna od vrlo složenih trauma i za sobom veže intenzivan strah, gubitak kontrole i prijetnja nestajanjem, ali je i slična masovnim katastrofama. Postoje i drugi stresori koji nastupe iznenadno, pojedinačno i kratko traju, te se na njih osoba ne može pripremiti. U katastrofama koje se događaju grupi ljudi posebice onim bliskima koji budu ranjeni ili poginuli i onda kad netko osjeća krivnju za nečije stradavanje ostavlja vrlo kompleksne i bolne posljedice (12). Mlađa i starija populacija imaju puno više problema i teže se nose s nemilim događajem od srednje populacijske skupine ljudi. Također, osobe koje imaju sklonost prema ovisnostima imaju veću mogućnost od razvijanja PTSP-a od drugih, a tako stoji i sa psihijatrijskim bolesnicima (5).

1.4. Klinička slika PTSP-a

Simptomi PTSP-a su mnogobrojni i očituju se na tri razine, a to su fiziološka, spoznajna i ponašajna razina i to s različitim intenzitetom (5). Posttraumatski stresni poremećaj može se razlikovati kao akutni, kronični i odloženi. Simptomi akutnog oblika ovog poremećaja javljaju se unutar prva tri mjeseca od pretrpljene traume (4). U kroničnom obliku poremećaja simptomi traju duže od tri mjeseca, dok se u odgođenom obliku simptomi počinju javljati šest mjeseci iza traume (4). Postoje tri glavna, to jest klasična simptoma po kojima se ovaj poremećaj lako prepoznaje. Prvi karakteristični simptomi prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10 su epizode ponavljanog proživljavanja traumatskog događaja ili snovi vezani za traumu (8). Pacijentu se stalno vraćaju proživljeni događaji iz prošlosti vezani za traumu kao da se trenutno nalazi ondje i on reagira i ponaša se kao za vrijeme traumatskog događaja. Drugi tipični simptom je stalno izbjegavanje apsolutno svega što podsjeća na traumu (4). Osoba pogođena događajem pokušava izbjegavati misli, razgovor i osjećaje, te aktivnosti, situacije i osobe koje imaju bilo kakve veze s događajem. Neki dijelovi stresnih situacija mogu biti praćeni amnezijom. Posljednji karakterističan simptom je hiperarousala ili trajna pobuđenost uz koji se vežu poremećaji spavanja s noćnim morama, razdražljivost, smetnje koncentracije i pretjerano reagiranje (4). Osoba gubi interes za sve aspekte svog života, osjeća se nesposobnom za obavljanje životnih funkcija koje je do tad normalno obavljala i preplavljuje ju osjećaj besperspektivnosti vezan za brak, obitelj ili karijeru (11). Oboljeli od PTSP-a često imaju problema s učenjem novih znanja, pamćenjem i koncentracijom, dok su sjećanja na traumu vrlo izoštrana ili djelomična (5). Također javlja se problem s pažnjom zato što im misli odlaze na traumatski događaj. U velikom broju slučajeva oboljeli navode osjećaj izlaženja iz svog tijela, te promatranja traumatskog

dogadaja s udaljenosti. PTSP je karakteriziran i čestim obolijevanjem od drugih bolesti, pa tako oboljele osobe često imaju problema s depresijom, alkoholom ili poremećajem ličnosti (4).

1.5. Komorbiditet

Posttraumatski stresni poremećaj se može javiti sam za sebe ili udružen s jednim ili više drugih poremećaja (4). Kod oboljelih od PTSP-a postoji i velik postotak drugih psihičkih oboljenja. Procjene za komorbiditet kreću se između 45 i 99%, a prisutnost samo jednog komorbiditeta uz osnovnu bolest je oko 80% (7). Jedan od najčešćih komorbiditeta je depresija, čak u 16-70% oboljelih (4). Ponekad je zbog preklapanja simptoma depresije i PTSP-a teško razlučiti da li klinička slika pokazuje na sekundarno oboljenje-depresiju ili se radi o simptomima posttraumatskog stresnog poremećaja. PTSP može dolaziti i u komorbiditetu s velikim depresivnim poremećajem, anksioznim poremećajem, paničnim poremećajem, alkoholizmom i ovisnošću o psihoaktivnim tvarima, te poremećajem ličnosti (4). U 17-73% slučajeva javlja se komorbiditet sa ovisnošću o alkoholu i zlouporabom psihoaktivnih tvari. Depresija i anksiozni poremećaj u komorbiditetu su dva puta češći u žena oboljelih od PTSP-a nego u muškaraca. Smatra se da je za ograničen uspjeh u liječenju PTSP-a odgovoran komorbiditet (7). Uz PTSP kao drugo oboljenje mogu biti prisutne i tjelesne bolesti. Povišena stopa smrtnosti, prijevremene smrti i učestalije korištenje zdravstvenih usluga također su karakteristike vezane uz oboljele osobe. Prema istraživanjima više od 55% oboljelih od PTSP-a ima i neku somatsku bolest, a najčešće se radi o bolestima kostiju, povišenom krvnom tlaku i šećernoj bolesti (7).

1.6. Dijagnoza PTSP-a

Kako bi se postavila dijagnoza prvo je potrebno odabrati klasifikaciju koja će se primjenjivati. U Republici Hrvatskoj se koriste dijagnostički kriteriji prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti, dok se u SAD-u koriste dijagnostički kriteriji prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (13). Ukoliko se koriste kriteriji prema MKB smatra se da poremećaj mora nastati unutar šest mjeseci od traume, u malom broju slučajeva javit će se u kroničnom obliku, te se u većini slučajeva očekuje potpuni

oporavak (6). Prema DSM kriterijima simptomi za dijagnozu moraju biti prisutni barem jedan mjesec. Kriteriji za dijagnostiku DSM u većoj mjeri zadovoljavaju potrebe za dijagnosticiranjem od MKB kriterija jer omogućavaju kliničaru lakše postavljanje dijagnoze, a pogotovo ako se koristi u svrhu postavljanja dijagnoze u znanstvenim istraživanjima (6).

Kod postavljanja dijagnoze PTSP-a vrlo je važno istražiti sva područja vezana uz poremećaj kako bi se sa sigurnošću mogla potvrditi dijagnoza. Bitno je istražiti prijašnja iskustva sa stresom i traumama, pogotovo ona rana traumatska iskustva, psihijatrijsku povijest bolesti i simptome akutnog stresa (4). Od pacijenta je potrebno saznati koje su situacije za njega traumatske, na koji način je doživio traumu, kako je doživio situaciju, te koji ishod očekuje. Zatim slijedi dijagnostička psihijatrijska procjena koja uključuje strukturirani klinički intervju kojim će se prikupiti detaljne informacije vezane uz demografske podatke, radni status, socijalnu anamnezu i obrazovanje. Potrebno je učiniti funkcionalnu procjenu osobe koja uključuje pacijentov život prije proživljavanja traume, a može se koristiti skala kvalitete života (4). Također je važno je ispitati neurološki i tjelesni status oboljele osobe.

Pomoću raznih skala za procjenu PTSP-a obavljaju se psihometrijski i psihodijagnostički postupci. Skale koje se koriste u dijagnostici jesu CAPS (Klinička skala za procjenu PTSP-a) koja se najčešće upotrebljava i to za mjerenje intenziteta simptoma, također se još upotrebljavaju Mississippi skala, Los Angeles lista, Intervju skala za PTSP simptome i druge (4). U dijagnostici se primjenjuju i psihofiziološke mjere kod kojih se simptomi ne mogu simulirati zbog njihove objektivnosti, te se koriste Strukturirani upitnik za simuliranje (SIMS test) i Morelov test emocionalnog izbjegavanja (MENT) (4).

Posljednja dijagnostička metoda je forenzička evaluacija kojom se vrednuju: kvaliteta i povezanost podataka koji su prikupljeni, mogućnost simuliranja istih, dugoročne posljedice koje je ostavila trauma, te emocionalne promjene (4).

1.7. Liječenje i rehabilitacija PTSP-a

Prve osobe koje stupaju u kontakt s osobom oboljelom od PTSP-a i od velike su važnosti u rehabilitaciji su liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra (13). Liječnik procjenjuje u kakvom se stanju nalazi pacijent i donosi odluku je li mu potrebna daljnja specijalistička procjena i skrb ili je dovoljno pružiti pomoć u vidu psihoedukacije. Nakon postavljanja dijagnoze započinje aktivno liječenje i rehabilitacija. Za vrijeme liječenja i rehabilitacije za

oboljelu osobu se brine multidisciplinarni tim stručnjaka, kojima je zadatak djelovati u svom području. U procesu ozdravljenja veliku ulogu ima obitelj i bliske osobe koji su podrška pacijentu, te važna karika u ponovnom stvaranju međuljudskim odnosa, vraćanju pozitivnih emocija i osjećaja koji su nestali ili se uvelike smanjili traumom, te vraćanju osjećaja vrijednosti i značaja u obitelji (7). Liječenje mora imati integrativni i komplementarni pristup, a provodi na više načina, kroz psihoterapiju, socioterapiju, psihofarmakoterapiju, razne metode psihološke podrške, društvena podrška i duhovna terapija (14). Svaka metoda koja se primjenjuje zasebno nije toliko učinkovito kao kombinacija dviju ili više načina. Na samom početku rehabilitacije je bitno izraditi terapijski plan za svaku osobu individualno ovisno o potrebama i prisutnosti simptoma (6). U timu koji se bavi liječenjem oboljele osobe moraju biti uključeni profesionalci i osobe koje imaju iskustva u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja, potrebno je imati znanja iz psihoterapije, socioterapije i socijalnih vještina. Liječnik psihijatar vodi i korigira liječenje i rehabilitaciju, dok ostali članovi kao što su medicinska sestra, socijalni radnik, psihoterapeut, psiholog, radni terapeut i ostali provode zadane intervencije, te vrednuju pacijentovo napredovanje za vrijeme boravka u bolnici i nakon otpusta. Pristup bolesniku treba biti cjelovit, a primarni cilj liječenja i rehabilitacije je podizanje bolesnikova funkcioniranja na višu razinu, uz smanjenje simptoma i poboljšanje kvalitete života. Oboljele osobe za vrijeme rehabilitacije mogu pronaći poticaj i zaštitnički osjećaj u vjeri i religioznosti (14). Vrlo je važna borba protiv stigme koja se pojavljuje u krugu osobe oboljele od PTSP-a, jer bi upravo stigma mogla usporavati napredovanje u procesu rehabilitacije (6). Potrebno je poticati osobu koja boluje od PTSP-a na verbaliziranje traume u razgovoru s bliskim osobama, da koristi metode suočavanja sa stresom, te da koristi metode relaksacije. Neke osobe će bolje prihvatiti individualnu, dok će nekima biti lakše i bolje u grupnoj terapiji koja se provodi u sklopu dnevnih bolnica. U liječenju psihofarmakoterapiji se daje prednost zbog umirivanja pacijenta, jer pacijent koji dođe može biti agresivan ili anksiozan, pa se zatim nastavlja s ostalim psihoterapijskim postupcima (10). Istraživanja su pokazala da osobe koje boluju od PTSP-a pri otpustu iz bolnice nisu dovoljno pripremljene za nastavak života, pa stoga je potrebno što više ukazivati na važnost organiziranja rehabilitacijskih programa u bolnici i izvan bolnice (15).

1.7.1. Psihoterapija

Psihoterapija je vrlo učinkovit terapijski model koji se primjenjuje u rehabilitaciji osoba koje su proživjele neku traumu. Cilj psihoterapije je razgovorom ukloniti strah i anksioznost koji se povezuju s traumatskim događajem, te kod osobe vratiti osjećaj integriteta i kontrole kako bi osoba ponovno pronašla svrhu i smisao života (1). Psihoterapija se provodi samostalno ili u kombinaciji s primjenom određenih lijekova, ovisno o težini kliničke slike. Na početku psihoterapije klijent i terapeut se upoznaju i stvaraju odnos povjerenja (16). Važno je da odnos bude iskren, otvoren i bez predrasuda jer to uvelike utječe i na komunikaciju. Potrebno je pomoći osobi da stekne osjećaj sigurnosti i kontrole kako bi se uopće za vrijeme terapije mogla suočiti s pretrpljenom traumom. Druga faza psihoterapije se sastoji od prisjećanja i sastavljanja tijeka traumatskog događaja (4). U toj fazi bolesnik iznosi informacije kroz odnos prema sebi i drugima, te tako postavlja svoje granice i granice drugih, vraća sustav vrijednosti i sebe doživljava više vrijednim i korisnim za zajednicu. U ovoj fazi bolesnik ima pravo ne odgovarati na pitanja, ukoliko nije spreman, a psihoterapeut ima zadatak da bolesnik ne izgubi kontrolu nad emocijama. Dok u posljednjoj fazi je u interesu održavanje zadovoljavajućih međuljudskih odnosa u širem socijalnom kontekstu (4). Izbor psihoterapije ovisi o nekoliko faktora, pa tako s pacijentove strane o terapijskom cilju i indikacijama, a sa strane terapeuta o educiranosti i dostupnosti. Postoje tri najčešće tehnike psihoterapije, a to su psihodinamska, integrativna i kognitivno bihevioralna terapija, te se vrlo često kombiniraju (16). Vrsta psihoterapije može biti individualna i grupna. U individualnoj psihoterapiji sudjeluju oboljela osoba i terapeut, dok u grupnoj terapiji se nalaze terapeut i grupa od 10 do 12 traumatiziranih osoba. Grupe mogu biti homogene i heterogene. Homogene grupe su skupine oboljelih od istog poremećaja odnosno PTSP-a, te je cilj ove grupe usmjeravanje osjećaja nepovjerenja i bespomoćnosti u okolinu gdje će osoba zamijeniti osjećaje interesom i brigom za druge (14). Heterogene grupe se sastoje od osoba različitih dijagnoza i one imaju manji naglasak na traumu, a veći na napredovanje u promjeni osobe, te takve grupe imaju strogo definirana pravila (14).

Psihodinamska psihoterapija ima dva cilja. Suportivna psihoterapija čiji je cilj usmjeren jačanju unutarnjeg i vanjskog ega i jačanje postojećih sposobnosti za rješavanje svakodnevnih životnih problema (4). Ekspresivna psihoterapija ima za cilj uvid u analizu nesvjesnih sadržaja, te se temelji na povezivanju sadašnjih problema, prošlih trauma i obiteljskih iskustava kako bi se oboljeli suočio s iskustvom koje mu predstavlja nemir, te ga savladao (1). Oba oblika psihodinamske terapije se mogu provoditi individualno, grupno, kao bračna i obiteljska terapija (1).

Kognitivno bihevioralna terapija uključuje tri metode terapije. Jedna od metoda je terapija izlaganjem ili gašenjem straha koja ima za cilj uklanjanje ponavljajućih traumatskih misli, slika, osjećaja i noćnih mora (1). Terapija izlaganjem pomaže oboljeloj osobi da se suoči sa svime što povezuje uz traumatski događaj bilo da je to osoba, situacija, objekt ili nešto drugo. Ona se provodi imaginarnim izlaganjem, tako da terapeut od pacijenta traži da što realnije i što detaljnije opisuje traumu dokle god ne prestane visoki stupanj uznemirenosti (5). Druga metoda provođenja terapije izlaganjem je uživo (*in vivo*), kad se osoba opetovano izlaže stresnoj situaciji koja je sigurna, ali još uvijek kod oboljelog izaziva strah (1). Kognitivna terapija zahtjeva dobru početnu procjenu osobe i njenih vjerovanja i pretpostavki koje osoba ima o sebi i svom problemu. Osoba je pesimistična i okrivljuje sebe da je odgovorna za situaciju. Cilj ovog oblika terapije je naučiti osobu kako da prepozna svoje disfunkcionalne misli, kako procijeniti dokaze za i protiv, te usvojiti stvarne misli koje će pomoći uravnotežiti osjećaje (14). Treća tehnika ovog oblika terapije je ovladavanje anksioznošću. Po tehnici ovladavanja nije u cilju naučiti specijalne vještine kojima će osoba moći ovladati intenzivnu anksioznost. Za ovladavanje anksioznosti se mogu koristiti vještine relaksacije, vježbe disanja, pozitivnog mišljenja i druge (6).

Integrativna psihoterapija je model terapije razvijen osamdesetih i devedesetih godina prošlog stoljeća u Južnoafričkoj Republici kako bi pomogao mnogim osobama koje su bile izložene raznim vrstama traume (1). Ovaj vid psihoterapije se temelji na pretpostavci da osobe koje boluju od PTSP-a imaju poremećaj unutarnjih i vanjskih granica ega. Integrativna psihoterapija se sastoji od pet komponenti, a to su: pričanje ili prepoznavanje priče, normaliziranje simptoma, suočavanje sa sramom i krivnjom preživjelog, poticanje vladanja osjećajima i olakšavanje stvaranja smisla u životu (4).

1.7.2. Socioterapija

Socioterapija je metoda rehabilitacije u čijoj je osnovi grupa. Može se provoditi u bolnici i izvan bolnice. Cilj socioterapije je ponovno uključiti osobu u svakodnevni život, pomoći mu da se vrati dobrim i pozitivnim međuljudskim odnosima. Osobe oboljele od PTSP-a često ostaju bez potpore bliskih ljudi i obitelji, skloni su socijalnoj izolaciji i socijalnom propadanju (3). Vrlo važne stavke u rehabilitaciji su obitelj, prijatelji, ljudi s radnog mjesta koji trebaju pokazati vjeru i podršku oboljeloj osobi, trebaju motivirati oboljeloga. Istraživanja su pokazala da što je veća razina socijalne potpore, to je intenzitet simptoma PTSP-a manji. Hrvatska istraživanja su

pokazala da osobe koje nisu oboljele od PTSP-a imaju veću socijalnu podršku od onih osoba koje boluju od tog poremećaja (1). 1993. godine u Republici Hrvatskoj je Vladin operativni stožer proglasio psihijatrijski odjel Kliničke bolnice Dubrava Nacionalnim centrom za psihotraumu, te je na stečenim iskustvima osmišljen Nacionalni program psihosocijalne pomoći sudionicima i stradalima iz Domovinskog rata koji uspješno djeluje od 1995. Godine (6). Jedan oblik socioterapijske pomoći su klubovi. Klubovi u kojima se pacijenti nalaze imaju terapijski učinak tako što djeluju organizacijski i pomažu oboljelima u ponovnom vraćanju u zajednicu (3). Najčešći članovi kluba su liječeni psihijatrijski bolesnici koji organiziraju razne aktivnosti, razmjenjuju mišljenja između sebe, iznose osobna iskustva, savjetuju se međusobno i dogovaraju sastanke izvan kluba. Članovima kluba mogu se pridružiti prijatelji i članovi obitelji. U klubu je prisutno medicinsko osoblje koje pruža potporu i podršku u aktivnostima koje organiziraju oboljeli. Klub djeluje na smanjenje anksioznosti i pomaže u prihvatanju vlastite ličnosti. Također je pozitivna strana kluba što otklanja stigmatizaciju i rješava suicidalnih misli.

1.7.3. Psihofarmakoterapija

Farmakoterapija je neizostavna i ne manje vrijedna metoda liječenja osobe oboljele od PTSP-a. Glavni cilj ove metode je smanjiti simptome stresa, pojačati psihološki obrambeni sustav i obnoviti funkcioniranje. Danas ne postoji niti jedan lijek koji je registriran za liječenje PTSP-a. U liječenju se najčešće koriste antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, anksiolitici, antipsihotici, antiadrenergici i drugi (7). Antidepresivi su jedan od prvih izbora u liječenju PTSP-a (4). Triciklički antidepresivi i inhibitori monoaminoooksidaze bili su među prvim antidepresivima koji su se koristili u liječenju PTSP-a, ali su pokazali minimalnu do umjerenu učinkovitost, te svoje nuspojave koje su bile štetne za srce (6). U današnje vrijeme prvu liniju liječenja PTSP-a predstavljaju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (4). Lijekovi koji potječu iz ove skupine pozitivno djeluju na simptome bijesa, suicidalne misli, simptome panike, depresivno raspoloženje, te povoljno utječe na ponašanje vezano za konzumaciju ili ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima (16). Uz selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina koriste se i drugi antidepresivi kao što su serotoninergički antidepresivi. U liječenju PTSP-a antidepresiv počinje kasnije djelovati, a potrebno je dati i veću dozu nego kod liječenja depresije, ponekad treba proći osam i više tjedana kako bi se uvidjeli učinci (3). Sljedeća skupina psihofarmaka su stabilizatori raspoloženja koji imaju povoljne učinke na simptome PTSP-a, tako

što umanjuju noćne more, ponovno proživljavanje traume, otupljenost, pobuđenost i nasilno ponašanje (16). Anksiolitici su psihofarmaci koji smanjuju tjeskobu i tegobe kao što su nesanica, unutarnja napetost, pretjerana pobuđenost i različiti tjelesni simptomi (3). Antiadrenergički lijekovi djeluju na lučenje adrenalina i noradrenalina. Noradrenalin ima utjecaj na pobuđivanje simptoma PTSP-a, pa se koriste lijekovi koji blokiraju taj sustav. Potrebno ih je dozirati s oprezom zbog nuspojave snižavanja krvnog tlaka i usporavanja otkucaja srca. Atipični antipsihotici također se koriste u liječenju osoba s PTSP-om i pokazuju povoljne učinke, pogotovo kod osoba s agresivnim, dezorganiziranim ponašanjem i disocijativnim simptomima (13).

Raymond B. Flannery je psiholog koji je prezentirao četiri cilja oporavka kojima treba posvetiti pažnju. Prvi cilj je smanjiti psihološku uzbuđenost, što podrazumijeva obnoviti kemijske procese u tijelu i dovesti ih u stanje u kakvom su bili prije traumatskog događaja. Drugi cilj je razumna samokontrola, što znači da je važno imati osjećaj vladanja situacijom s kojom se dolazi u kontakt. Treći cilj je zdrav i srdačan odnos s ljudima koji daju savjete i podršku koja može poslužiti u krizi. Posljednji cilj je ponovno pronaći životni smisao kako bi se moglo nastaviti dalje normalno živjeti (6).

1.8. Uloga medicinske sestre/tehničara

Uloga medicinske sestre/tehničara u skrbi za osobu oboljelu od posttraumatskog stresnog poremećaja ima široko područje. Započevši od najjednostavnijih zadataka kao što su profesionalna komunikacija i odnos s oboljelim, preko uobičajenih medicinsko sestrinskih intervencija, pa sve do složenih procesa sestrinske skrbi (14). Medicinske sestre koje se svakodnevno susreću s osobama oboljelim od PTSP-a znaju da se većina povlači od društva, te je njihov interes za svakodnevne aktivnosti smanjen, postaju netolerantni u komunikaciji i skloni agresiji (15). Važnu ulogu ima način komunikacije između sestre i pacijenta u cjelokupnoj skrbi jer sestra može pozitivno ili negativno utjecati na pacijenta. Zbog toga komunikaciju trebaju obilježavati određene osobine kao što su srdačnost i zainteresiranost, asertivnost, otvorenost i samopouzdanje (15). Važno je znati u kojoj mjeri koristiti otvorenost u odnosu s pacijentom. Sestra ili tehničar u određenom trenutku trebaju posvetiti punu pažnju pacijentu, moraju slušati i biti usmjereni na osobu, uz potiskivanje vlastitih predrasuda (14). Prema pacijentima valja

pokazivati brižnost i prihvaćanje bez obzira na njihove osobine i ponašanje. U odnosu treba biti prisutna iskrenost i poštovanje kao važna stavka u rehabilitaciji. Medicinska sestra treba pokazivati empatiju prema oboljeloj osobi, ali ne smije pacijentovu situaciju i stanje previše uzimati srcu, te se ne smije emotivno vezati. Za pružanje kvalitetne i profesionalne skrbi tijekom interakcije treba moći prepoznati svoje i pacijentove reakcije. Kvaliteta sestrinske skrbi ovisi o profesionalnom znanju i vještinama medicinske sestre kao i o motivaciji pacijenta za sudjelovanje u postupcima zdravstvene njege (15). Sestra također treba prepoznati vlastita znanja i vještine, te imati želju za unapređenjem i usavršavanjem. Najčešći problemi s kojima se sestra susreće u radu s oboljelom osobom su socijalna izolacija, obiteljski problemi, ekonomski problemi, promjene u ponašanju i nezdravstveno ponašanje kao što su ovisnosti (15). Medicinska sestra prvi kontakt s bolesnikom ostvaruje kod prijema u bolnicu ili u ambulanti, te najviše vremena provede uz oboljelog. Nakon prvog susreta i upoznavanja, sestra upoznaje pacijenta s odjelom, kućnim redom, načinom funkcioniranja i terapijskim programom (18). Sljedeći postupak je prikupljanje podataka za sestrinsku anamnezu kroz razgovor s pacijentom i obitelji. Važna karakteristika medicinske sestre treba biti dobro poznavanje psihičkih poremećaja, mogućnosti liječenja i rehabilitacije, te prepoznavanje bolesnikovih potreba za pružanje skrbi. Uloga sestre u rehabilitaciji je pomoći pojedincu u razvijanju zdravih životnih stilova, načina suprotstavljanja i nošenja sa stresom. Medicinska sestra će pomoći u razvijanju osjećaja samopoštovanja i samopouzdanja, te će poticati oboljelog na aktivno sudjelovanje u procesu rehabilitacije (18). U radu s pacijentom medicinska sestra/tehničar treba poštivati načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika, a to su: poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, poštivanje privatnosti i dostojanstva, cjelovitosti zbrinjavanja osobe, održavanja terapijske komunikacije, te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi. Svrha rehabilitacije i uloga sestre u njoj je poticati, motivirati, educirati bolesnika, te raditi samo one stvari koje pacijent ne može, ne zna ili ne smije, kako bi se oboljela osoba što prije vratila u samostalan život (18). Vrlo važna uloga sestre je u grupnoj terapiji. Putem grupne terapije medicinskoj sestri je otvorena mogućnost za izravnije uključivanje u proces liječenja, te time je omogućeno i uključivanje većeg broja pacijenata u terapiju. Edukacija medicinskih sestara traje cijelo vrijeme, a danas je omogućena izobrazba za medicinske sestre i tehničare kao grupne terapeute. Edukacija uključuje i osobnu terapiju medicinskih sestara kako bi imale bolji uvid u svoje i pacijentove psihološke procese (14). Pacijent se u grupu uvodi obično nakon bolničkog liječenja, pa je u toj situaciji olakšano uvođenje pacijenta u grupu zbog poznavanja problema s kojim se sestra upoznala za vrijeme hospitalizacije, a pacijentu je lakše zbog terapeuta kojeg poznaje.

2. CILJ RADA

Cilj rada je bio prikazati slučaj pacijenta oboljelog od posttraumatskog stresnog poremećaja, njegov početak, tijek bolesti i rehabilitacije, te ulogu medicinske sestre pomoću prikaza slučaja i stručne literature.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamneza

Pacijent X.Y. je rođen 1966. godine u Bjelovaru. Završio je osnovnu i srednju školu, te stekao zanimanje zidara. Razveden je, a razlog tome je njegova prekomjerna konzumacija alkohola. Otac je jedne kćerke, živi sa roditeljima i bratom, ima još sestru koja ne živi sa njima. Pacijent je sudjelovao u ratu od 1992. godine do kraja, te dobrovoljno ostao u vojsci do 1997. godine kad je na vlastitu inicijativu napustio službu. Nezaposlen je dugo godina. Za vrijeme rata i nakon njega je počeo piti. Depresivno se osjeća još od adolescencije, te se osjećaj pojačao tijekom rata. Najveća trauma i povod svemu je bila identifikacija brata koji je poginuo 1991. godine od tenkovske granate u njegovoj neposrednoj blizini, što mu se često nameće u mislima. 2001. godine htio je počiniti samoubojstvo, tako što je htio skočiti sa zgrade, ali se ipak predomislio jer je zaključio da to ne bi bilo u redu zbog kćeri. 2003. godine prvi puta se javlja u hitnu psihijatrijsku ambulantu zbog izraženih tenzija, tjeskobe i neurotoksičnosti uzrokovane dugogodišnjom konzumacijom alkohola, te mu se na osnovu stresnih događaja kroz rat, u obitelji i u vezi s poslom postavlja dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja. U međuvremenu radi u jednoj drvenoj industriji do rujna 2011. godine kad odlazi na bolovanje. 2009. godine operirao je karcinom stražnje stijenke mokraćnog mjehura, te ponovno 2014. godine zbog recidiva bolesti. U međuvremenu su mu roditelji umrli, te živi sa kćeri koja nakon nekog vremena odlazi na fakultet u drugi grad, te on ostaje sam.

3.2. Klinička slika i tijek liječenja

Pacijent X.Y. započinje liječenje 2003. godine. Navodi niz stresnih i traumatskih situacija koje je doživio do tada u životu, a koje smatra da su dovele do alkoholne ovisnosti i pristaje na liječenje, te ima kritičan stav prema alkoholu. Hospitalizacija se bazirala na liječenju alkoholne ovisnosti i depresivnog poremećaja. Pacijentu je preporučeno liječenje u klubu liječenih alkoholičara. Redovno je dolazio na kontrole, stanje mu se popravilo do pred kraj godine kad je postao zabrinut za svoje zdravlje odnosno za pad tjelesne težine od 7 kilograma. Upućen je na daljnju internističku obradu.

Sljedeći dolazak psihijatriju je bio u srpnju 2005. godine. Pacijent je došao sam, prestao je uzimati terapiju koja mu je propisana jer se osjećao bolje, pa je mislio da mu više nije potrebna, ali se zaključuje da je ponovno došlo do vraćanja simptoma anksiozno depresivnog poremećaja. Tegobe su bile sve izraženije, pacijent je naglašavao kako ima problema sa spavanjem i prosnivanjem, ukupno spava 3 do 4 sata u komadu. Kod pacijenta se javlja bezvoljnost i nezainteresiranost za svakodnevne aktivnosti, osjeća nervozu i nemir, te navodi „Svaka me sitnica može uzrujati i baciti u depresiju“. Pacijent je sklon socijalnom povlačenju i ne zanima ga socijalni kontakt sa drugim ljudima. Smetnje depresivne naravi navodi čak od adolescencije. Prepisana mu je farmakoterapija, ali na sljedećoj kontroli se žali kako nema učinka, preporučena mu je hospitalizacija koju je odbio. Sljedeći dan dolazi sam i ipak pristaje na hospitalizaciju. Kontrola 2007. godine pokazala je poboljšanje u liječenju i dobro reagiranje na terapiju. Pacijent apstinira od alkohola 4 godine, te se osjeća puno bolje, u međuvremenu se zaposlio i dobro funkcionira.

Nakon četiri godine X.Y. dolazi u hitnu psihijatrijsku ambulantu s pogoršanjem psihičkog stanja. Opisuje intenzivne napadaje tjeskobe i unutarnjeg nemira, ne može se opustiti, nema inicijative i navodi kako nema smisla živjeti. Živi sam nakon što su mu roditelji umrli, a kćer otišla na fakultet u drugi grad. Navodi kako mu se stalno vraćaju slike brata koji je poginuo u ratu. Smršavio je nekoliko kilograma i puno žeda u zadnje vrijeme. Zaprimljen je na odjel. Postavljena mu je dijagnoza trajne promjene osobnosti nakon traumatskog događaja, te su učinjene korekcije u farmakoterapiji na koje reagira poboljšanjem stanja i tek malim poboljšanjem voljnih dinamizama, prisustvovao je grupnoj terapiji za vrijeme hospitalizacije.

U NPB Popovača bio je podvrgnut raznim testiranjima. Testiranje intelektualnih sposobnosti rezultiralo je iznadprosječnim kvocijentom s obzirom na dob. Na verbalnoj skali također stoji na granici gornjeg nadprosječka, dok na neverbalnoj skali pokazuje dosta siromašnije rezultate. U zadacima opće poučenosti i znanja pokazuje bolje rezultate u odnosu na rezultate razlikovanja bitnog od nebitnog. X.Y. je opisan kao hipersenzitivna ličnost s čestim interpersonalnim problemima i sklonošću odbacivanja bliskih ljudi, te paranoidnim obradama realnosti. Za vrijeme hospitalizacije višestruko je potvrđena prisutnost brojnih simptoma kroničnog PTSP-a uz komorbiditet depresivnog poremećaja i alkoholizma u apstinenciji. Nastupa ponovno poboljšanje koje traje svega pola godine.

U ožujku 2012. godine pacijenta se rehospitalizira zbog pogoršanja stanja. Radi se korekcija terapije lijekovima, te se koriste psihoterapijske i socioterapijske metode pomoću kojih nastupa

blago poboljšanje simptoma, te bolje socijalno komuniciranje, a liječenje se nastavlja ambulantno. Na grupnoj terapiji bio je redovit, prihvaćao je grupu u kojoj se nalazi, u početku je bez komunikacije odrađivao zadatke, a s vremenom započinjao komunikaciju s ostalima u grupi. Komunikacija prema terapeutu je redovita, a inicijativu pokazuje tek povremeno. Motiviran je za nastavak rješavanja životnih pitanja i situacija, te navodi moguće preseljenje u Zadar. Radna sposobnost mu je vrlo smanjena, te se više ne osjeća radno sposoban, stoga ga je bilo potrebno uputiti na procjenu za prijevremenu mirovinu. Stanje pacijenta je poboljšano.

Do početka 2013. godine stanje pacijenta je bilo zadovoljavajuće, kad se pacijent javlja u hitnu psihijatrijsku ambulantu zbog novog psihičkog pogoršanja. Objašnjava kako se ne može smiriti, izrazito je napet i nemiran, opisuje kako ga obuzimaju crne i pesimistične misli, tijekom noći ne spava, sanja snove agresivnog sadržaja kao što su srednji vijek, mačevanje, borbe i ostalo. Opće stanje mu je slabije, apetit slab, nema snage niti za dulje hodanje, ima osjećaj „da ga noge ne drže“, ne može se koncentrirati i zaboravljiv je. Nakon tri tjedna bolničkog tretmana stanje se ponovno poboljšava i liječenje se nastavlja kroz dnevnu bolnicu. Nakon pola godine liječenja i rehabilitacije kroz dnevnu bolnicu uz tehnike psihoterapije, socioterapije, grupne i radne terapije stanje je ponovno u pogoršanju, te nastupa ponovna hospitalizacija. Zbog stalnog vraćanja simptoma i minimalnog poboljšanja u liječenju upućuje se u specijaliziranu bolnicu Popovača.

U dva mjeseca boravka u Popovači uz psihofarmakološke metode, tehnike suportivne psihoterapije i sociookupacijskih postupaka dolazi do poboljšanja, pacijent je vedriji, dinamičniji, urednijeg ciklusa spavanja, nema heteroagresivnih i suicidalnih ideja i nakana.

Par dana nakon otpusta iz Popovače javlja se u hitnu psihijatrijsku ambulantu u Bjelovaru i govori o suicidalnim idejama, osjeća se razočarano, izgubljeno i ne zna što da radi. Trenutno pogoršanje mu je nastupilo nakon što je otkrio da je odbijen na komisiji, te mu nije odobrena invalidska mirovina. Vidno je rastresen, anksiozan, socijalno se povlači, otežano uspostavlja i održava kontakt, nije agresivan prema okolini. Uporno ga proganjaju noćne more ratne tematike, sa traumatskim sadržajem nasilne smrti brata kojoj je svjedočio. Tijekom bolničkog liječenja dolazi do povlačenja suicidalnih tendencija, ali ostaju izražene ideje besperspektivnosti, sniženog raspoloženja, slabog socijalnog funkcioniranja i slabih ego obrana, stoga se nastavlja s liječenjem kroz dnevnu bolnicu.

Nakon kraćeg vremena ponovno se javljaju suicidalne ideje i popratno pogoršanje psihičkog stanja, te se hospitalizira. Hospitalizacija je prošla bez komplikacija bez značajnog poboljšanja uz povlačenje suicidalnih ideja, uključen je u terapijsku zajednicu veterana Domovinskog rata.

Kod pacijenta je prisutno više popratnih poremećaja i dijagnoza, kao što su nesanica, cirkulatorna insuficijencija koja se manifestira osjećajem žarenja i mravinjanja u nogama, povišene masnoće u krvi, gastritis, pretilost, oštećenje sluha, degenerativne promjene velikih i zglobova, te učestale jake glavobolje. U grupi zadovoljavajuće funkcionira i stanje mu se popravilo, u slučaju daljnjih pogoršavanja upućuje se na dulje bolničko liječenje u Neuropsihijatrijsku bolnicu Popovača.

Na jesen je četvrti puta hospitaliziran u psihijatrijsku bolnicu Popovača zbog pogoršanja psihičkog stanja, te je u bolnici boravio dva i pol mjeseca. Liječenje i rehabilitacija se nastavljaju kroz dnevne bolnice u Bjelovaru i Popovači do ožujka 2016. godine.

Tijekom 2016. godine pacijent je bio više puta hospitaliziran zbog pogoršanja bolesti. Pacijentovo stanje se pogoršalo od kad je sanjao pokojnog brata. Nezainteresiran je i bezvoljan, pogađa ga osjećaj nepravde, navodi „nekako uspijevam proživjeti dan za dan“, te je zainteresiran za hospitalizaciju. Kroz grupnu terapiju za vrijeme hospitalizacije stanje se poboljšava. Odgovara mu biti u društvu grupe, osjeća se mirnijim za razliku kad je sam pa ga obuzima strah, više sluša nego priča. U radnoj terapiji kod pacijenta primijenjene su kreativne tehnike u terapijske svrhe, informacijska i terapijska komunikacija, trening aktivnosti svakodnevnog života, trening socijalnih vještina, metode relaksacije, tehnike disanja, biblioterapija, te vježbe aktivnosti vezane sa pamćenjem, orijentacijom i pažnjom. Tehnike i metode u radnoj terapiji bile su zadovoljavajućeg rezultata s obzirom na stanje bolesnika, slabiji rezultati bili su prisutni kod okupacijskih izvođenja, pažnje i koncentracije. Aktivnosti svakodnevnog života obavlja samostalno.

Stanje mu je poboljšano i uz liječenje i rehabilitaciju u dnevnoj bolnici održava se sve do listopada 2017. godine kad pacijent ponovno dolazi u pratnji kuma u vidno lošijoj situaciji. Na odjelu pacijentu u terapiju uvode 5% glukozu i diazepam intravenski kroz tri dana, što mu pomaže kako navodi. Pacijent kaže da se djelomično pomirio sa prošlosti, ali ga proganjaju traumatske i stresne situacije koje je proživio za vrijeme rata, raduje se samo kćeri. Ima smetnje imenovanja poznanika, te je smanjenih nagona. Ispitivanje je pokazalo blagi pad mentalne efikasnosti i psihosocijalne adaptivnosti. X.Y. se ponovno uključuje u program dnevne bolnice. Rezultati redovitog pohađanja programa dnevne bolnice su vidljivi. Pacijent se spontano uključuje u komunikaciju na psihoedukativnim grupama, upoznat je sa osnovnim činjenicama vezanim uz PTSP, informiran je o farmakoterapiji PTSP-a, sniženog je samopoštovanja, uključuje se u grupni proces na poticaj, te poštuje pravila grupe. Na okupacionoj terapiji

potreban mu je poticaj za izvođenje aktivnosti, urednog je govora i mišljenja, ne pokazuje sumanutost niti suicidalne nakane. Provedenim liječenjem je postignuto poboljšanje psihičkog stanja u pogledu smanjenja napetosti i povišenja tolerancije. Liječenje se nastavlja ambulantnim putem, a po potrebi uključivanjem u dnevnu bolnicu.

U srpnju 2018. godine dolazi do ponovnog pogoršanja kroničnog PTSP-a, te se pacijent ponovno uzima na bolničko liječenje i rehabilitaciju kroz dnevnu bolnicu, jer ne postoji mogućnost zalječenja, već samo održavanja što bolje kvalitete života.

3.3. Proces zdravstvene njege

U rehabilitaciji osoba s PTSP-om vrlo važnu ulogu ima medicinska sestra. Ona provodi najviše vremena s pacijentom. Zadaća medicinske sestre je promatrati i procijeniti pacijentove potrebe i ponašanje. Oboljeli od PTSP-a imaju razne nedostatke i probleme koji im narušavaju kvalitetu života. Medicinska sestra je ta koja će pomoću svojih vještina uočiti probleme i utvrditi potrebe za zdravstvenom njegom. Svaki pacijent je pojedinac za sebe, te samim time i zahtjeva individualizirane sestrinske postupke. Najčešći problemi kod pacijenta oboljelih od PTSP-a su anksioznost, strah, socijalna izolacija i niska razina samopoštovanja. Stoga medicinska sestra treba stvoriti odnos povjerenja, biti strpljiva i treba posjedovati dobre komunikacijske vještine. Važna uloga sestre je u edukaciji pacijenta.

- **ANKSIOZNOST**

Definicija: Osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotoričkom napetošću, tjeskobom i panikom uzrokovan nekom vrstom opasnosti, gubitkom kontrole ili sigurnosti.

Cilj: Za vrijeme hospitalizacije pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznošću.

Intervencije:

- medicinska sestra će stvoriti odnos povjerenja, poštovanja i sigurnosti u odnosu s pacijentom, te će pokazivati empatiju
- pacijenta će upoznati s okolinom, osobljem i ostalim pacijentima
- medicinska sestra će osigurati mirnu i tihu okolinu, te mu omogućiti da sudjeluje u donošenju odluka

- naučit će pacijenta prepoznati situacije koje potiču anksioznost
- poticati će pacijenta da zatraži pomoć ukoliko osjeti anksioznost i poticati da izrazi svoje osjećaje
- medicinska sestra će naučiti pacijenta tehnikama smanjivanja anksioznosti kao što su vježbe dubokog disanja i relaksacije, okupacijska i radna terapija, humor i maštanja o nečem lijepom i pozitivnom
- stvorit će sigurnu okolinu
- primijeniti ordiniranu terapiju
- dokumentirati učinjeno (15,19)

Evaluacija: Pacijent opisuje tehnike kojima pozitivno svladava anksioznost.

• STRAH

Definicija: Negativan osjećaj koji nastaje pri stvarnoj ili zamišljenoj opasnosti.

Cilj: Pacijent će znati primijeniti metode smanjivanja osjećaja straha.

Intervencije:

- medicinska sestra će stvoriti profesionalni empatijski odnos s pacijentom
- identificirat će s pacijentom činitelje koji dovode do pojave straha, te poticati pacijenta da verbalizira kad počne osjećati strah
- medicinska sestra će procjenjivati i prepoznati znakove kad pacijent osjeća strah
- podučavati pacijenta o metodama ublažavanja straha kao što su duboko disanje, metode relaksacije, maštanja o nečem pozitivnom, misliti na lijepe događaje
- koristit će razumljiv jezik pri objašnjavanju, te govoriti polako i smireno
- osigurat će dovoljno vremena za pacijenta
- medicinska sestra će poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje (20)

Evaluacija: Pacijenta nije strah.

• SOCIJALNA IZOLACIJA

Definicija: Stanje u kojem pojedinac osjeća usamljenost, izražava želju i potrebu za povezanost s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Cilj: Pacijent će razviti suradljiv odnos s drugima.

Intervencije:

- medicinska sestra će poticati bolesnika na uspostavljanje kontakta i komunikacije s ostalim pacijentima
- uspostaviti će suradnički odnos i pohvaliti pacijenta za svaki napredak
- osigurati će potrebno vrijeme posjeta bliskih osoba i poticati na izražavanje emocija
- sestra će pacijenta podučiti asertivnom ponašanju i uključiti pacijenta u grupnu terapiju, te grupe potpore
- medicinska sestra će poticati pacijenta na aktivnom sudjelovanju u planiranju i provođenju terapijskog plana
- dokumentirati napredak (15,19)

Evaluacija: Pacijent tijekom hospitalizacije surađuje s ostalim pacijentima.

- NISKA RAZINA SAMOPOŠTOVANJA

Definicija: Prisutan osjećaj bezvrijednosti kod pacijenta, prisutno negativno mišljenje o sebi, beznadnost i krive prosudbe o sebi, depersonalizacija, te deluzija kontrole.

Cilj: Pacijent će za vrijeme hospitalizacije podići razinu samopoštovanja.

Intervencije:

- medicinska sestra će posvetiti vrijeme pacijentu, saslušati ga i prihvaćati njegova mišljenja i prijedloge
- poticati će pacijenta na verbalizaciju osjećaja i razmišljanja
- ohrabriti će pacijenta i ukazati mu na njegove pozitivne karakteristike
- pohvaliti će pacijenta za napredak i uspješno izvršene zadatke
- medicinska sestra će uključiti pacijenta u planiranje zdravstvene njege
- uključiti će pacijenta u grupe potpore
- ukazati će pacijentu na korištenje duhovnih metoda ukoliko to on želi (15)

Evaluacija: Pacijent je podigao razinu samopoštovanja.

- NEMOTIVIRANOST ZA LIJEČENJE

Definicija: Pacijent ne pokazuje motivaciju i nije zainteresiran za provođenje metoda liječenja i rehabilitacije.

Cilj: Tijekom hospitalizacije pacijent će aktivno sudjelovati u liječenju.

Intervencije:

- medicinska sestra će stvoriti odnos povjerenja
- osigurati će dovoljno vremena za razgovor s pacijentom
- educirati će pacijenta o njegovoj bolesti, posljedicama, metodama liječenja i rehabilitacije
- medicinska sestra će poticati i motivirati pacijenta na verbalizaciju problema i poticati aktivnu ulogu u liječenju
- dopustiti će pacijentu iznošenje stavova vezanih uz način liječenja
- uključiti će pacijenta u grupnu terapiju osoba oboljelih od istog poremećaja
- objasniti će pacijentu važnost uključivanja u proces rehabilitacije
- medicinska sestra će pred svaki zahvat dati pacijentu informativni pristanak za postupak, te mu objasniti način, svrhu i važnost sudjelovanja
- pohvaliti će pacijenta za napredak (18)

Evaluacija: Pacijent je motiviran za liječenje i aktivno sudjeluje pri postupcima.

- NARUŠENA VERBALNA KOMUNIKACIJA

Definicija: Pacijent nema mogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje novo izmišljenim riječima (neologizmi), asocijalno, lutajuće i izgubljeno verbalno izražavanje.

Cilj: Pacijent će izraziti što želi, misli i osjeća.

Intervencije:

- medicinska sestra će sklopiti suradljiv odnos i povjerenje
- osigurati će privatnost pri razgovoru
- motivirati će pacijenta za izražavanje, ponuditi će mogućnosti crtanja, pisanja ili neke druge vrste izražavanja
- procjenjivati će pacijentovo stanje, te prepoznati uzrok narušenoj komunikaciji

- dogovoriti će vrijeme razgovora kad pacijent želi i osigurati će dovoljno vremena (15)

Evaluacija: Pacijent izražava svoje želje i nakane.

- SMANJEN UNOS HRANE

Definicija: Stanje smanjenog unošenja potrebnih nutrijenata u organizam za održavanje tjelesne težine i tjelesnih funkcija.

Cilj: Do kraja hospitalizacije pacijent će pokazati interes za uzimanje hrane.

Intervencije:

- medicinska sestra će objasniti pacijentu važnost uzimanja hrane i svih potrebnih nutrijenata
- vagati će pacijenta jednom tjedno
- u dogovoru sa nutricionistom napraviti plan prehrane
- u jelovnik će uvesti namirnice koje pacijent voli i osigurati će mu dovoljno vremena za obrok
- nakon jela će omogućiti i poticati na provođenje oralne higijene
- medicinska sestra će nadzirati unos i iznos tekućine
- bodriti pacijenta da jede u društvu
- dokumentirati će pojedenu količinu obroka (21)

Evaluacija: Pacijent pokazuje interes za hranom.

- SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA

Definicija: Stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti.

Cilj: Pacijent će bolje podnositi napor i povećati će dnevne aktivnosti.

Intervencije:

- medicinska sestra će prepoznati uzroke umora kod pacijenta
- savjetovati pacijenta kako da izbjegne nepotreban napor

- osigurat će pacijentu potrebna pomagala i prilagoditi okolinu za obavljanje aktivnosti
- uklonit će sve prepreke iz okoline koje bi mogle uzrokovati pad
- medicinska sestra će izmjeriti vitalne funkcije nakon aktivnosti
- u dogovoru sa pacijentom napraviti će dnevni plan aktivnosti
- motivirati pacijenta na provođenje lakših aktivnosti prema njegovim mogućnostima, te savjetovati da prekine aktivnost ako osjeti bolove u prsima ili nedostatak zraka
- medicinska sestra će motivirati i bodriti pacijenta
- osigurat će dovoljno vremena za odmor i spavanje
- podučiti će pacijenta izvođenju vježbi disanja, vježbe zglobova i ekstremiteta
- primijeniti će ordiniranu terapiju i kisik (19)

Evaluacija: Pacijent izvodi više lakših aktivnosti bez napora tijekom dana.

• VISOK RIZIK ZA SAMOUBOJSTVO

Definicija: Oblik ponašanja kojim pojedinac pokazuje mogućnost samoozljeđivanja sa smrtnim ishodom.

Cilj: Pacijent će zatražiti pomoć ukoliko osjeti suicidalne nakane.

Intervencije:

- medicinska sestra će smjestiti bolesnika u sobu za stalni nadzor
- ukloniti će sve oštre i opasne predmete iz bolesnikove okoline kojima bi mogao ozlijediti sebe ili druge
- prekontrolirati će pacijentove stvari i ormariće kako bi se utvrdilo da nema opasnih stvari
- odjel mora biti uvijek zaključan
- medicinska sestra će promatrati i procjenjivati pacijentovo stanje, te ako uoči promjene obavijestiti liječnika
- tijekom provođenja njege i kontakta s bolesnikom uspostaviti će verbalnu komunikaciju
- medicinska sestra ili tehničar će motivirati pacijenta za razgovor i za verbalizaciju osjećaja
- primijeniti ordiniranu terapiju
- odjelnu terapiju će držati pod nadzorom i zaključanu (18)

Evaluacija: Pacijent verbalizira suicidalne misli i osjećaje.

4. RASPRAVA

Posttraumatski stresni poremećaj posljedica je prisutnosti užasnoj traumi. U Hrvatskoj se o PTSP-u priča u kontekstu Domovinskog rata, što je i u najvećoj mjeri zastupljeno. Zbog toga se dobiva dojam da se ostali uzroci umanjuju, kao što su prometne nesreće, prirodne katastrofe, silovanja, smrt bliske osobe, ali zapravo su te traume povezane. Ljudski organizam može podnositi stresne situacije svakodnevno, ali ukoliko se javljaju u velikim razmjerima dovodi do oboljenja, što je isto tako individualno.

U ovom radu je prikazan slučaj pacijenta koji boluje od PTSP-a i popratnih poremećaja dugi niz godina. Kako je poznato uz ovaj poremećaj se javljaju i druga oboljenja u komorbiditetu. U komorbiditetu s PTSP-om najčešće se javlja ovisnost o alkoholu, depresivni poremećaji, panični poremećaji, poremećaji ličnosti i ostali. Kod pacijenta su se javljala depresivna raspoloženja od adolescencije i život su mu prožimale razne stresne situacije što je moglo biti kao dodatan čimbenik koji se udružio s teškim traumatskim događajem, te izazvao poremećaj. Na osnovu podataka se zaključuje da je kod pacijenta prisutna sestrinska dijagnoza anksioznost. Kao rezultat različitih stresnih situacija u životu PTSP-u mora prethoditi događaj u kojem je direktno ugrožen život osobe ili njoj bliske osobe ili joj je zdravlje teško narušeno, te može nastati ukoliko je osoba svjedok nasilne ili teške smrti bliske osobe. Pacijent koji je prikazan u ovom radu je sudjelovao u ratu i proživljavao katastrofalne prizore svaki dan, ali najteža situacija je bila 1991. godine kad je na dvadesetak metara od njega, brata usmrtila tenkovska granata čemu je on svjedočio. Kod PTSP-a je jedna od čestih sestrinskih dijagnoza strah, strah je posljedica svakodnevnih po život opasnih situacija koje je pacijent proživljavao tijekom rata. Posttraumatski stresni poremećaj može se javiti na tri načina, kao akutni, kad se simptomi počinju javljati unutar prva tri mjeseca od traume, kao odloženi u kojem se simptomi javljaju šest mjeseci nakon traume i kronični oblik kad simptomi traju duže od tri mjeseca kao što je to prisutno u ovog pacijenta. Od traumatskog događaja do prvog traženja stručne pomoći i prve hospitalizacije 2003. godine je prošlo dvanaest godina. Pacijent je zbog traumatskog događaja počeo prekomjerno konzumirati alkohol što je prerastalo u ovisnost, te je tako ugrozio obiteljske odnose i došlo je do rastave braka. Dvije godine je pacijent liječen pod dijagnozom depresije i alkoholizma, što su zapravo poznati kao komorbiditeti osnovne bolesti, odnosno PTSP-a. Izrazito jakom voljom pacijent počinje apstinirati, te se rješava jednog problema, dok mu drugi tek počinju stvarati nelagodu i narušavati kvalitetu života. Iz godine u godinu pacijent se hospitalizira i stanje mu se poboljšava, pa se za nekoliko mjeseci opet pogorša, što prelazi u teški

kronični tijek bolesti. Iz literature je poznato da se kod pacijenta s PTSP-om javlja oslabljen interes, zaravnjenost osjećaja, osjećaj nesposobnosti i besperspektivnosti za brak, djecu, obitelj, ljubav i karijeru što može dovesti do stanja da si pacijent oduzme život. Uspoređujući s podacima iz prikaza slučaja evidentno je da je stanje pacijenta X.Y. bilo toliko kritično da su se javljale suicidalne nakane, stoga je kod pacijenta prisutna sestrinska dijagnoza visok rizik za samoubojstvo. Pacijent je osamnaest puta bio hospitaliziran, što na psihijatrijskom odjelu bolnice u Bjelovaru, što u Neuropsihijatrijskoj bolnici Popovača. Sestrinska dijagnoza nemotiviranost za liječenje je prisutna kod X.Y. što se očituje navodima iz medicinske dokumentacije kako je nekoliko puta odbio hospitalizaciju. Kod pacijenta su bili jako izraženi simptomi samog PTSP-a, uporno bi mu se vraćale slike poginulog brata, imao bi agresivne noćne more, te bi bio vrlo nervozan, nemiran i razdražljiv. Osim psihičkog stanja pacijentu se pogoršalo i fizičko zdravlje, općenito se osjeća slabo, oslabio mu je apetit, nema snage za dulje hodaње, brzo se umara, navodi kako jedva stoji na nogama. Kod pacijenta su prisutne sestrinske dijagnoze smanjen unos hrane i smanjeno podnošenje napora. Najizraženija sestrinska dijagnoza kod ovog pacijenta bila je socijalna izolacija koja je bila vidljiva iz povlačenja pacijenta u sebe, nezainteresiranosti i gotovo nikakve komunikacije s okolinom. Uz sestrinsku dijagnozu socijalne izolacije kod pacijenta se javlja i narušena verbalna komunikacija što se očituje. Sam pacijent je govorio kako mu je najbolje kod kuće, da nigdje ne izlazi. Osnovne metode liječenja PTSP-a su psihofarmakopetrapija, psihoterapija, socioterapija, te razne metode potpora koje su korištene i u liječenju X.Y. U posljednjih nekoliko godina uz velike napore u psihoterapiji i socioterapiji vidi se pacijentov napredak, ali je i dalje prisutna sestrinska dijagnoza niska razina samopoštovanja što se očituje rezultatima pohađanja grupne terapije. Pacijent govori kako se u grupi osjeća dobro, te voli pohađati grupnu terapiju, a dok je sam osjeća strah. Testiranja psihologa kroz liječenje i rehabilitaciju su pokazala da pacijent ima iznad prosječnu inteligenciju. U ovako teškom slučaju kroničnog PTSP-a je moguće postići samo neupadljivo ponašanje i povećati kvalitetu života, dok će se simptomi opetovano vraćati.

Iz iznesenih podataka se da uvidjeti kako je posttraumatski stresni poremećaj ozbiljna dijagnoza koja se ne smije omalovažavati i koja se mora razmotriti s oprezom. Također potrebno se boriti protiv stigmatizacije pacijenata jer ona utječe na njegov odaziv liječenju, pacijente je sram zatražiti stručnu pomoć. Pacijentu je jako narušena kvaliteta života, pogotovo kontakt s drugim ljudima u svakom pogledu. Strah postaje svakodnevnica, te ometa osnovne životne funkcije i aktivnosti. Uz upornost pacijenta i multidisciplinarnog tima i potporu okoline, mogu se postići barem djelomična poboljšanja, što za pacijenta u ovakvom stanju puno znači.

5. ZAKLJUČAK

Posttraumatski stresni poremećaj je psihički poremećaj koji uvelike utječe na svakodnevno životno funkcioniranje. Osobe proživljavaju traumatske situacije i po danu i po noći što utječe na njihovu kvalitetu života. Zbog straha, tjeskobe i potištenosti osobe se povlače u sebe i udaljavaju se od drugih ljudi što se najviše vidi u funkcioniranju obitelji. Potrebno je sve više raditi na otklanjanju stigmatizacije bolesti i samih pacijenata, upravo zbog toga što stigma predstavlja barijeru. U pristupu pacijentu je bitan multidisciplinarni pristup kako bi se liječenje i rehabilitacija odvijale usporedno u svim segmentima zahvaćenim PTSP-om. Važnu ulogu u liječenju i rehabilitaciji ima medicinska sestra koja prva pristupa pacijentu i najviše vremena provodi uz njega. Medicinske sestre su uključene u svim područjima zdravstvene njege od prevencije do rehabilitacije. Za rad s osobama oboljelim od PTSP-a je bitno imati znanja, vještine i iskustva. Zadatak sestre je pratiti, procijeniti i savjetovati pacijenta. Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji je različita, ovisno radi li se o rehabilitaciji na odjelu ili u dnevnoj bolnici odnosno grupnoj terapiji. U grupi je medicinskoj sestri otvorena mogućnost izravnijeg uključivanja u proces liječenja odnosno rehabilitacije. Sestra u grupi ima ulogu pomoći pojedincu u razvijanju zdravih životnih stilova, te svladavanju vještina nošenja sa stresom i strahom. Pacijenta je potrebno poticati na sudjelovanje i aktivnu ulogu u rehabilitaciji. Cilj rehabilitacije je postizanje osjećaja samopoštovanja, samopouzdanja, samostalnosti i što veće kvalitete života, ukoliko ne postoji mogućnost potpunog izlječenja.

6. LITERATURA

1. Antolović A. Dijagnoza i liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja (Završni rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; 2011.
2. Žarković Palijan T, Kovačević D. Iz forenzične psihijatrije 2. Zagreb: Naklada Ceres; 2007.
3. Lončar M, Henigsberg N i sur. Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
4. Kozarić Kovačić D, Kovačić Z, Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj. Medix; 2007; 71: 102-106.
5. Foy W.D. Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1994.
6. Glavaš V. Posttraumatski stresni poremećaj (Specijalistički rad). Đakovo: Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu; 2017.
7. Arbanas G. Metabolički sindrom osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem (Doktorska disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2012.
8. Hollander E, Simeon D. Anksiozni poremećaji. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
9. Gregurek R, Klain E. Posttraumatski stresni poremećaj – hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
10. Folnegović Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj [Online]. 2016.
Dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/posttraumatski_stresni_poremecaj_ptsp
(9.8.2018.)
11. Mandić N. Posttraumatski stresni poremećaj (Stručni rad). Med Vjesn. 1993; 25(1-2): 43-51.
12. Folnegović Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj. Medix. 2010; 89-90: 134-137.
13. Frančisković T. Posttraumatski stresni poremećaj - nova klasifikacija?. Medix. 2007; 71: 48-50.
14. Svalina A. Posttraumatski stresni poremećaj (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2015.
15. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.

16. Klain E, Gregurek R. i sur. Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
17. Mimica N, Uzun S, Kozumplik O, Folnegović Šmalc V. Farmakoterapija posttraumatskog stresnog poremećaja. Medix. 2010; 89-90: 61-63.
18. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4: zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
19. Kadović M. i sur. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
20. Šepić S. i sur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
21. Čukljek S. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.

7. OZNAKE I KRATICE

CAPS – Clinical Administered PTSD Scale (Klinička skala za procjenu PTSP-a)

DSM-III – Diagnostic and Statistical Manual od Mental Disorders 3rd Edition (Treća revizija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti Američke psihijatrijske udruge)

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual od Mental Disorders 4th Edition (Četvrta revizija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti Američke psihijatrijske udruge)

MENT – Morel Emotional Numbing Test (Morelov test emocionalnog izbjegavanja)

MKB-10 – Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije

NPB – Neuropsihijatrijska bolnica

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SIMS test – The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Strukturirani upitnik za simuliranje)

8. SAŽETAK

Posttraumatski stresni poremećaj je anksiozni poremećaj uzrokovan traumatskim događajem koji podrazumijeva izloženost situaciji u kojem je fizičko zdravlje ili život bio direktno izložen, ili je osoba bila svjedokom događaja opasnog ili kobnog za neku drugu osobu, ili je doznala za nasilnu ili tešku smrt ili stradavanje sebi bliske osobe. Jedan od rijetkih duševnih poremećaja koji imaju jasno definiran uzrok. PTSP se može javiti u akutnom, kroničnom i odgođenom obliku. Ovaj anksiozni poremećaj za sobom vuče i komorbiditete, a to su depresivni i panični poremećaj, ovisnosti o alkoholu i psihoaktivnim tvarima, te poremećaj ličnosti. PTSP narušava funkcioniranje u svakodnevnim životnim aktivnostima. Kroz prikaz slučaja je prikazana skrb i uloga medicinske sestre za pacijenta koji se dugo godina liječi od PTSP-a. Uzrok njegovog oboljenja je povezan s ratom i pogibijom brata. Prikazane su metode liječenja i rehabilitacije, usprkos kojima se opetovano vraćaju simptomi bolesti i narušavaju kvalitetu života. Podaci za prikaz slučaja su prikupljeni iz medicinske dokumentacije na Odjelu psihijatrije u Općoj bolnici Bjelovar.

Ključne riječi: PTSP, uloga medicinske sestre, rehabilitacija

9. SUMMARY

Posttraumatic stress disorder is an anxiety disorder caused by a traumatic event which means exposure to situation where is physical health or life was directly exposure or person was withness of danger or deathly happeninig for another person or person found out about a violent or severe death or suffering of a close person. This is the one of rare mental disorders which has clearly defined cause. PTSD can appear in acute chronic and delayed form. This anxiety disorder pull comorbidities, that are depressed and panic disorders, alcoholism, addiction for psyhoactive substances and personality disorders. PTSD disrupts functioning in daily life activities. Through the case study is presented the care and role of nurses for the patient who is treated of PTSD for a long time. The cause of his illness is related with war and brother`s death. Treatment and rehabilitation methods are presented, despite which symptoms of disease return and disort life quality. Documents for case report was collected from medical documentation at the psychiatric department in the hospital of Bjelovar.

Key words: PTSD, the role od nurse, rehabilitation

OPĆA BOLNICA BJELOVAR
ETIČKO POVJERENSTVO



1070573	REPUBLIKA HRVATSKA	
Opća bolnica Bjelovar		
Primljeno:	14.06.2018	
Klasifikacijska oznaka	Org. jed.	
021-01/18-05/01	2103-72-12;	
Urudžbeni broj	Prilozi	Vrijednosti
2103-72-12-18-02	0	-

MARKO GOBAC
KRALJA ZVONIMIRA 3
47000 KARLOVAC

Predmet: „Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od
posttraumatskog stresnog poremećaja“

- suglasnost na provođenje istraživanja

Na temelju Vaše zamolbe Etičko je povjerenstvo OB Bjelovar razmotrilo plan i način ispitivanje odnosno dostavljenju dokumentaciju o istraživanju pod nazivom „Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja“.

Predmetno istraživanje zadovoljava uvjete i u skladu je s Etičkim kodeksom i Bochumskim postupnikom.

Stoga je Etičko povjerenstvo suglasno s provođenjem predmetnog istraživanja u našoj ustanovi uz uvjet dostavljanja Izjave o povjerljivosti sukladno Uredbi 2016/679 EU o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i slobodnom kretanju takvih podataka, obzirom da će se studentici dati na uvid osobni podaci o pacijentima. Izjavu je potrebno dostaviti ovom povjerenstvu.

S poštovanjem,

Predsjednik Etičkog povjerenstva



Danko Novalić
prof. psihologije

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>27.09.2018.</u>	MARKO GOBAC	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MARLO GOBAC

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 27.09.2018.


potpis studenta/ice