

Osnovna načela zdravstvene skrbi osoba s intelektualnim i psihičkim poteškoćama

Wagner, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:611319>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

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



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STUDIJ SESTRINSTVA

Završni rad

/SES/2015

OSNOVNA NAČELA ZDRAVSTVENE SKRBI OSOBA
S INTELEKTUALNIM I PSIHIČKIM POTEŠKOĆAMA

Kristina Wagner

Bjelovar, ožujak 2016.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STUDIJ SESTRINSTVA

Završni rad

/SES/2015

OSNOVNA NAČELA ZDRAVSTVENE SKRBI OSOBA
S INTELEKTUALNIM I PSIHIČKIM POTEŠKOĆAMA

Kristina Wagner

Bjelovar, ožujak 2016.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Wagner Kristina**

Datum: 07.10.2015.

Matični broj:000679

JMBAG: 0314006691

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA**

Naslov rada (tema): **Osnovna načela zdravstvene skrbi osoba s intelektualnim i psihičkim poteškoćama**

Mentor: **Živko Stojčić, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

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

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 84/SES/2015

Studentica će kroz prikaz slučaja objasniti osnovna načela zdravstvene njege u radu s osobama s intelektualnim i psihičkim smetnjama. U radu će prikazati sestrinske dijagnoze te intervencije kod osoba s intelektualnim i psihičkim smetnjama.

Zadatak uručen: 07.10.2015.

Mentor: **Živko Stojčić, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se mentoru na potpori, podršci i razumijevanju za vrijeme pisanja ovog završnog rada.

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. Uvod | 1 |
| 1.1. Mentalna retardacija | 1 |
| 1.1.1. Etiologija..... | 2 |
| 1.1.2. Glavni predisponirajući čimbenici..... | 2 |
| 1.2. Poremećaji raspoloženja | 5 |
| 1.2.1. Depresivni poremećaji | 5 |
| 1.2.2. Etiologija..... | 6 |
| 1.2.3. Depresija major (unipolarni poremećaj) | 7 |
| 1.2.4. Distimija..... | 8 |
| 1.2.5. Neklasificirana (netipična) depresija..... | 8 |
| 1.2.6. Mješoviti anksiozno–depresivni poremećaj..... | 8 |
| 1.2.7. Simptomi | 9 |
| 1.2.8. Dijagnoza | 9 |
| 1.2.9. Liječenje | 10 |
| 1.2.9.1. Psihoterapija..... | 11 |
| 1.2.9.2. Lijekovi u liječenju depresije | 12 |
| 1.2.9.3. Elektrokonvulzivna terapija (EKT)..... | 12 |
| 1.2.9.4. Fototerapija..... | 13 |
| 1.2.10. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika | 13 |
| 1.3. Bipolarni poremećaji | 16 |
| 1.3.1. Etiologija..... | 16 |
| 1.3.2. Bipolarni poremećaj I | 16 |
| 1.3.3. Bipolarni poremećaj II | 17 |
| 1.3.4. Neklasificirani (netipični) bipolarni poremećaj..... | 17 |
| 1.3.5. Simptomi | 17 |
| 1.3.6. Dijagnoza | 18 |
| 1.3.7. Liječenje | 18 |
| 1.3.7.1. Psihoterapija..... | 18 |
| 1.3.7.2. Fototerapija..... | 19 |
| 1.3.8. Zdravstvena njega kod bipolarnog poremećaja (BAP)..... | 19 |

| | |
|--|----|
| 1.4. Manija | 21 |
| 1.4.1. Etiologija..... | 21 |
| 1.4.2. Hipomanija..... | 22 |
| 1.4.3. Miješano stanje | 22 |
| 1.4.4. Simptomi | 22 |
| 1.4.5. Dijagnoza | 23 |
| 1.4.6. Liječenje | 23 |
| 1.4.6.1. Predostrožnosti tijekom trudnoće..... | 23 |
| 1.4.7. Zdravstvena njega maničnog bolesnika..... | 24 |
| 1.5. Hitna stanja u psihijatriji | 26 |
| 1.5.1. Primjena tjelesnog obuzdavanja agresivnih, nasilnih bolesnika | 27 |
| 1.5.2. Pravna razmatranja | 28 |
| 1.6. Načela rada medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskih bolesnika | 30 |
| 1.6.1. Holistički pristup | 31 |
| 1.6.2. Načela rada medicinske sestre | 32 |
| 1.6.2.1. Kroz etički kodeks načela medicinska sestra podržava | 32 |
| 1.6.2.2. Sigurnost, sposobnost i etička sigurnost kao zaštita od javnosti..... | 32 |
| 1.6.2.3. Poštovanje vlastitih vrijednosti, prava na izbor i dostojanstvo osoba | 33 |
| 1.6.2.4. Fizičko i mentalno zdravlje blagostanja i kvaliteta prakse..... | 33 |
| 2. Cilj rada | 35 |
| 3. Prikaz slučaja | 36 |
| 3.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije | 39 |
| 4. Rasprava | 43 |
| 5. Zaključak | 44 |
| 6. Sažetak | 45 |
| 7. Summary | 47 |
| 8. Literatura | 49 |

1. Uvod

U radu će se kroz prikaz slučaja nastojati objasniti osnova načela zdravstvene skrbi osoba s intelektualnim i psihičkim poteškoćama. Također će se prikazati navedene poteškoće u medicinskoj praksi te objasniti uloga medicinske sestre/tehničara u skrbi za pacijente s intelektualnim i psihičkim poteškoćama.

Psihijatrijska njega, u potpunosti specifična, pruža usluge pojedincima koje se odnose na mentalno, fizičko i razvojno zdravlje. Psihijatrijske sestre djeluju u raznim ulogama koje pružaju zdravstvene usluge pojedincima, obiteljima, grupama i zajednicama. Praksa psihijatrijskog sestrinstva odvija se unutar područja neposredne prakse, obrazovanja, uprave i istraživanja.

Prije svih načela valja staviti naglasak na jedno koje prethodi ostalim načelima, a to je holistički pristup pacijentu.

Holistički pristup čovjeka promatra cjelovito izvan granica, medicine, biologije, sociologije i psihologije u klasičnom smislu, objedinjuje te discipline i sagledava čovjeka u širem kontekstu, sa svim njegovim dimenzijama uključujući i zajednicu u kojoj živi. Čovjek se gleda kao individua sa svim svojim osobnostima. Osnova holističkog pristupa pacijentu je da je pacijent aktivni i ravnopravni sudionik u procesu liječenja i kao takav snosi dio odgovornosti za ishod liječenja.

1.1. Mentalna retardacija

Osobe s mentalnom retardacijom ulaze u skupinu invalidnih osoba. Koristimo i naziv „osobe s teškoćama u razvoju“ i „osobe s posebnim potrebama“, no u novije vrijeme za osobe s mentalnom retardacijom koristimo naziv „osobe s intelektualnim teškoćama“.

Ponekad prema njima nisu bila upućena negativna mišljenja i negativni stavovi, nasilje i diskriminacija nego su takvi postupci napredovali do društvenog obrasca ponašanja prema njima. Čak i danas smo svjedoci da još uvijek postoji taj obrazac ponašanja prema njima. Iako se društvo educiralo i proširilo svoje vidike i poimanje svijeta oko sebe, često se dogodi da se o njima i njihovim sposobnostima stvaraju površni zaključci. Prisutnost mentalne retardacije ne opravdava ni jedan oblik diskriminacije. Iako je sve više institucija koje se bave poboljšanjem života osoba s

intelektualnim teškoćama opet im se na neki način oduzima mogućnost vlastitog izbora i odlučivanja.

Pojavljuje se učestala depersonalizacija jer se postavlja pitanje kako bi one mogle znati što žele. Stoljeća napora u promjenama stavova o osobama s intelektualnim teškoćama donijela su poboljšanja u procesu normalizacije, socijalne uključenosti i podizanja kvalitete života. Pritom su velik utjecaj imale same osobe s invaliditetom.

Mentalnu retardaciju možemo razlikovati prema 5 različitih kategorija: teška mentalna retardacija (ispod 20 IQ), teža mentalna retardacija (20-34 IQ), umjerena mentalna retardacija (35-49 IQ), laka mentalna retardacija (50-69 IQ) i granična kognitivna sposobnost (70-79 IQ).

1.1.1. Etiologija

Etiološki čimbenici mentalne retardacije dijele se na biološke, psihosocijalne i kombinirane. Međutim unatoč napretku dijagnostike, kod 30-40% osoba s intelektualnim teškoćama ne može se utvrditi jasna etiologija.

1.1.2. Glavni predisponirajući čimbenici

Glavni predisponirajući čimbenici prema učestalosti možemo podijeliti na:

- nasljednost (5%)
- opće zdravstveno stanje u dojenačkoj dobi (5%)
- problemi u trudnoći i perinatalne smetnje (10%)
- vanjski faktori (15-20%)
- rana oštećenja u embrionalnom razvoju (30%)

Prema vremenu nastanka, uzroci intelektualne teškoće dijele se na prenatalne, perinatalne i postnatalne.

a) Prenatalni

Uključuju kromosomske poremećaje, različite sindrome, poremećaje metabolizma, poremećaje razvoja mozga te nepovoljne utjecaje okoline.

Tako u prenatalne uzroke (prisutni u vremenu od začeća do početka poroda) ubrajamo razne:

- kromosomske aberacije koje rezultiraju oštećenjima uz intelektualne teškoće različita stupnja, kao npr. Down sindrom, Turnerov sindrom, Klinefelterov sindrom, Sindrom 49 XXXXX 49 XXXXY te fragilni X koji se kod intelektualne teškoće javlja u 4-9% slučajeva
- genetske mutacije kao što su nasljedne metaboličke bolesti praćene intelektualnim teškoćama, npr. poremećaji metabolizma aminokiselina kod fenilketonurije, homocistinurije, leucinoze; poremećaji metabolizma ugljikohidrata kod glikogenoza, galaktozemije, mukopolisaharidoza; poremećaji metabolizma masti kod gangliozidoze, Tay-Sachsove bolesti, metakromatska leukodistrofija te
- autosomno-recesivne poremećaje kao kod Gaucherove i Niemann-Pickove bolesti
- malformacijske sindrome koje prati intelektualne teškoće poput sindroma Cornelije de Lange, Williamsova sindroma, Prader-Willijeva sindroma i RubinsteinTaybieva sindroma, te Lawrence-Moon-Biedlov sindrom, koji se ujedno nasljeđuje i autosomno recesivno
- neurokutane sindrome kod kojih se javljaju promjene na koži, žilama i živcima, uz intelektualne teškoće, a to su Sturge-Weberov sindrom, tuberozna skleroza i neurofibromatoza

U prenatalne uzroke ubrajaju se i razvojne malformacije, oštećenja izazvana vanjskim čimbenicima, kao i oštećenja nastala kao posljedica bolesti endokrinog sustava poput dijabetesa i hipotireoze.

b) Perinatalni

Uključuju intrauterine i neonatalne poremećaje.

U perinatalnu skupinu uzroka ubrajaju se svi čimbenici koji nepovoljno djeluju na novorođenče od trenutka početka poroda do završetka poroda. Tako su najčešće traume tijekom poroda krvarenje u mozgu ili moždanim ovojnica djeteta i hipoksija zbog čega dolazi do oštećenja mozga.

c) Postnatalni

Uključuju ozljede glave, infekcije, degenerativne poremećaje, toksično-metaboličke poremećaje, neishranjenost i nepovoljne utjecaje okoline.

U postnatalnu skupinu uzroka ubrajaju se svi čimbenici koji djeluju na dijete od rođenja do završetka razvojnoga doba. Shodno tome, svi čimbenici koji za svoju posljedicu imaju oštećenje mozga, smatraju se odgovornima za nastanak intelektualne teškoće, a u njih se ubrajaju stečene ozljede mozga, infekcije mozga, traumatske ozljede mozga i toksičko-metabolički poremećaji.

1.2. Poremećaji raspoloženja

Poremećaji raspoloženja su emocionalni poremećaji koji se sastoje od duljih razdoblja pretjerane tuge, veselja ili oboje. Poremećaji raspoloženja se dijele na depresivne i bipolarnе. Anksioznost i srodni poremećaji također utječu na raspoloženje. Tuga i radost su dio svakodnevnog života. Tuga je reakcija na poraz, razočarenje i ostale obeshrabrujuće situacije. Reakcija na postignuća, uspjeh i druge ohrabrujuće situacije je radost. Žalost, oblik tuge, odnosi se specifično na emocionalni odgovor na gubitak voljene osobe kao normalna reakcija.

Poremećaj raspoloženja se dijagnosticira kada je tuga prejako izražena, traje duže nego je očekivano obzirom na događaj koji ju izazvao, ili jednostavno nastaje bez razloga. S obzirom na intenzitet stresne situacije funkcioniranje osobe može biti oštećeno. U takvim slučajevima tuga se naziva depresijom, a izražena radost manijom.

Depresivni poremećaji su obilježeni depresijom. Bipolarni poremećaji su obilježeni različitim kombinacijama depresije i manije. Ponekad se pri prvoj pojavi neke osobine depresivnih i bipolarnih poremećaja mogu preklapati.

Kod ljudi s poremećajem raspoloženja postoji velika mogućnost pokušaja samoubojstva. Opasnost je najveća poslije otpuštanja iz bolnice kad je započeto s liječenjem, a psihomotorna aktivnost se normalizirala, no raspoloženje je i dalje loše. Opasnost ostaje visoka 1 godinu nakon otpuštanja iz bolnice. Opasnost je također povećana tijekom miješanih bipolarnih stanja, u predmenstrualnom razdoblju i kod osobno važnih godišnjica. Opasnost povećavaju alkohol i ovisnosti.

Druge komplikacije uključuju onesposobljenost, od blage do potpune nemogućnosti funkcioniranja, održavanja društvenih odnosa i sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima te poremećaj prehrane, alkoholizam i druge ovisnosti.

1.2.1. Depresivni poremećaji

Depresivni poremećaji su obilježeni tugom koja je dovoljno izražena ili dugotrajna da ometa funkcioniranje te nekad smanjuje zanimanje ili uživanje u aktivnostima. Točan uzrok tome nije poznat, ali vjerojatno na to utječe nasljeđe,

promjene razina neurotransmitera, promjene endokrine funkcije i psihosocijalni čimbenici.

Depresivni se poremećaji pojavljuju u bilo kojoj životnoj dobi, ali tipično za razdoblje od tinejdžerske dobi do srednjih godina.

Izraz depresija se često rabi za opisivanje lošeg ili obeshrabrujućeg raspoloženja koje nastaje uslijed gubitka ili razočarenja. Međutim za takvo raspoloženje bolji je naziv demoralizacija. Osjećaji koji se pojavljuju kod depresivnog raspoloženja, za razliku od onih kod depresije, povlače se kad se okolnosti ili događaji poprave. Loše raspoloženje obično traje nekoliko dana, a ne tjednima ili mjesecima, a vjerojatnost samoubilačkih misli i gubitka funkcije je manja.

1.2.2. Etiologija

Točan uzrok nije poznat. Nasljeđe ima nesigurnu ulogu, depresija je učestalija kod rođaka 1. koljena dok je kod blizanaca visoka sukladnost. Kod osoba koje su u djetinjstvu bile zlostavljane ili u anamnezi imaju druge teške životne stresove a imaju kratki alel za ovaj prijenosnik vjerojatnost razvoja depresije je dva puta veća nego u osoba koje imaju dugački alel.

Teški životni stresovi, osobito razdvajanja i gubitci, često prethode napadima velikog depresivnog poremećaja, međutim, osim u ljudi podložnih poremećaju raspoloženja, takvi događaji obično ne uzrokuju trajnu, tešku depresiju.

Osobe koje su imale napadaj velikog poremećaja u većoj su opasnosti od kasnijih napada. Vjerojatnost razvoja poremećaja raspoloženja je veća kod introvertiranih osoba i osoba sklonih anksioznosti. Takvim osobama često nedostaju društvena umijeća da se prilagode životnim pritiscima.

Opasnost je veća u žena, iako ne postoji objašnjenje zbog čega. Mogući čimbenici su veća izloženost ili osjetljivost na svakodnevne stresove, veće razine monoamino oksidaze (enzima koji razgrađuje neurotransmitere koji se smatraju važnima za raspoloženje) i endokrine promjene koje se zbivaju s menstruacijom i u menopauzi. Isto tako depresija se može pojaviti nakon poroda unutar 4 tjedna. Osim toga postoji i sezonsko pojavljivanje depresije, tokom jeseni i zime, i to kod ljudi koji žive u područjima gdje su zime jake ili duge.

1.2.3. Depresija major (unipolarni poremećaj)

Razdoblja (napadi) koji uključuju ≥ 5 psihičkih ili tjelesnih simptoma, a traju ≥ 2 tj. svrstavaju se u veliki depresivni poremećaj. Simptomi moraju obuhvaćati dovoljno izraženu tugu da se ona može nazvati potištenošću ili očajem (često zvani depresivnim raspoloženjem) ili gubitak zanimanja za uživanje u svakodnevnim aktivnostima (anhedonija). Ostali psihički simptomi obuhvaćaju osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu, smanjenju sposobnost koncentracije te ponekad uznemirenost. Tjelesni simptomi obuhvaćaju promjene tjelesne težine ili apetita, gubitak energije, zamor, psihomotornu retardaciju ili agitaciju i poremećaje spavanja (nesanicu, pretjeranu potrebu za snom, rano jutarnje buđenje). Bolesnici se mogu doimati jadno, suznih očiju, namršteni, obješenih usana, pogrbljeni, izbjegavajući kontakt pogledom, bezizražajnog lica, prilično nepokretni, uz promjene u govoru (npr. tihog glasa, s nedostatkom naglašavanja, korištenjem jednosložnih riječi). Izgled se može zamijeniti s Parkinsonovom bolešću. U nekih bolesnika je depresivno raspoloženje tako jako da više ne mogu ni plakati te opisuju kako su nesposobni osjetiti uobičajene emocije i osjećaju da je život postao bezbojan i beživotan. Prehrana može biti jako poremećena, što zahtijeva hitan postupak. Neki deprimirani bolesnici zanemaruju osobnu higijenu ili čak vlastitu djecu, voljene osobe ili ljubimce.

Veliki depresivni poremećaj se često dijeli na podskupine. Psihotična podskupina je obilježena deluzijama, često o počinjenju neoprostivih grijeha ili zločina, bolovanju od neizlječivih ili sramotnih bolesti ili o proganjanju. Bolesnici mogu imati vidne i slušne halucinacije (npr. optužujuće ili proklinjuće glasove). Katatona podskupina je obilježena teškom psihomotornom retardacijom ili izraženom besciljnom aktivnošću, povlačenjem te, u nekih bolesnika, grimasama i oponašanjem govora (eholalija) ili pokreta (ehopraksija). Melankolična podskupina je obilježena gubitkom zadovoljstva pri skoro svim aktivnostima, nemogućnošću reakcije na ugodne poticaje, nepromjenjivim emocionalnim izražavanjem, pretjeranom ili neprimjerenom krivnjom, ranim jutarnjim buđenjem, izraženom psihomotornom retardacijom ili uznemirenošću te znakovitom anoreksijom i mršavljenjem. Atipična podskupina je obilježena poboljšanim raspoloženjem prilikom odgovora na pozitivne događaje i osjetljivošću na kritike što dovodi do pretjerane reakcije na shvaćene

kritike ili odbacivanje, osjećajem teške paralize ili anergije, debljanjem ili povećanim apetitom i povećanom potrebom za snom.

1.2.4. Distimija

Distimijom se klasificiraju depresivni simptomi niske razine ili one ispod granice. Simptomi tipično započinju podmuklo tijekom adolescencije te tijekom više godina ili desetljeća imaju blagi tijek (za dijagnozu je potrebno trajanje od ≥ 2 god.). Distimija se može povremeno komplicirati simptomima velikog depresivnog poremećaja.

1.2.5. Neklasificirana (netipična) depresija

Simptomi koji ne zadovoljavaju mjerila drugih depresivnih poremećaja se klasificiraju kao netipična depresija. Primjerice, mali depresivni poremećaj može trajati 2 tjedna s bilo kojim simptomom velikog depresivnog poremećaja, ali s manje od 5 koji su potrebni za dijagnozu depresije major. Kratkotrajni depresivni poremećaj uključuje jednake simptome koji su potrebni za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja, ali koji traju samo 2 dana do 2 tjedna. Predmenstrualni disforični sindrom uključuje depresivno raspoloženje, anksioznost i smanjeno zanimanje za aktivnosti, ali samo tijekom većine menstruacijskih ciklusa, s početkom u luteinskom razdoblju i završetkom nekoliko dana nakon početka menstruacije.

1.2.6. Mješoviti anksiozno–depresivni poremećaj

Također zvano anksiozna depresija, mješoviti anksiozno-depresivni poremećaj odnosi se na istodobne blage simptome česte i kod anksioznosti i kod depresije. Tijek je obično kronično recidivirajući. Budući da su depresivni poremećaji teži, bolesnike s miješanom anksioznošću i depresijom treba liječiti od depresije. Opsesije, panika i društvene fobije uz depresiju s povećanom potrebom za snom ukazuju na bipolarni poremećaj II.

1.2.7. Simptomi

Depresija uzrokuje spoznajnu, psihomotoričku i druge oblike disfunkcije kao što je gubitak spolne želje, zamor, slaba koncentracija, poremećaj menstruacije, kao i loše raspoloženje. Kod bolesnika sa svim oblicima depresije postoji veća mogućnost za razvoj alkoholizma ili uživanja drugih tvari u namjeri da sami ublaže poremećaje spavanja ili simptome anksioznosti. Također je moguće da bolesnici postanu teški pušači pritom zanemarujući svoje zdravlje. Depresija može oslabiti imunitet te povećati rizik od infarkta miokarda i moždanog udara jer se za vrijeme depresije oslobađaju citokini i čimbenici koji povećavaju zgrušavanje krvi.

1.2.8. Dijagnoza

Dijagnoza se zasniva na otkrivanju gore opisanih simptoma. Za odabir postoji nekoliko kratkih upitnika. Oni pomažu pri razotkrivanju nekih depresivnih simptoma ali se sami za sebe ne mogu rabiti za postavljanje dijagnoze. Specifična, konačna pitanja pomažu pri određivanju ima li bolesnik simptome koji predstavljaju mjerila za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja.

Težina se određuje prema stupnju boli i onesposobljenosti (tjelesne, društvene i radne). Pri određivanju težine bolesti također pomaže duljina trajanja simptoma. Ukoliko simptomi traju predugo te dođe do suicidalnih nakana, sa sigurnošću možemo reći da je bolest teška. Liječnik treba obazrivo, ali neposredno upitati bolesnika o bilo kakvim mislima i planovima da ozlijedi sebe ili druge. Psihoza i katatonija ukazuju na tešku depresiju. Melankolične osobine ukazuju na tešku do umjerenu depresiju. Istovremeni tjelesni poremećaji, ovisnost i anksiozni poremećaji mogu doprinijeti težini bolesti.

Ne postoje laboratorijske pretrage specifične za depresiju. Pretrage limbično–diencefalične disfunkcije su rijetko indikativne ili korisne. U njih spadaju stimulacijski test tireoliberinom (TRH), supresijski test deksametazonom i EEG za vrijeme spavanja za utvrđivanje latencije brzih pokreta očiju, koji je kod depresivnih poremećaja ponekad abnormalan. Osjetljivost ovih pretraga je mala, a specifičnost je veća. Laboratorijske pretrage su potrebne kako bi se isključilo tjelesne poremećaje koji mogu izazvati depresiju. Pretrage obuhvaćaju KKS, određivanje razine tiroid–

stimulirajućeg hormona (TSH) i uobičajenih elektrolita, vitamina B₁₂ i folata. Ovisno o kliničkoj slici nerijetko je indicirana laboratorijska pretraga u svrhu isključivanja zlouporabe opojnih sredstava. Depresivni poremećaji se moraju razlučiti od demoralizacije. Drugi psihički poremećaji (npr. anksiozni poremećaj) mogu oponašati ili prekriti dijagnozu depresije. Ponekad postoji više od jednog poremećaja. Veliki depresivni poremećaj (unipolarni poremećaj) se mora razlikovati od bipolarnog poremećaja.

U starijih bolesnika, depresija se može očitovati kao demencija depresije (prije nazivana pseudodemencijom), koja uzrokuje mnoge simptome i znakove demencije, psihomotornu retardaciju i smanjenu koncentraciju. Međutim, rana demencija može uzrokovati depresiju. Općenito, kad je dijagnoza nesigurna, treba pokušati s liječenjem depresivnog poremećaja.

Razlikovanje kroničnih depresivnih poremećaja, poput distimije, od ovisnosti može biti teška, osobito stoga jer mogu postojati istovremeno i doprinijeti jedan drugome.

Kao uzrok depresivnih simptoma također se moraju isključiti tjelesne (somatske) bolesti. Hipotireoza često uzrokuje simptome depresije i česta je, osobito među starijima. Osobito se Parkinsonova bolest može očitovati simptomima koji oponašaju depresiju (npr. gubitkom energije, gubitkom izražajnosti, oskudnim pokretima). Za isključivanje ove bolesti potrebna je detaljna neurološka obrada.

1.2.9. Liječenje

Simptomi se prilikom liječenja često povlače. Blaga depresija se može liječiti općom potporom i psihoterapijom.

Umjerena do teška depresija se liječi lijekovima, psihoterapijom ili s oboje, a ponekad i elektrokonvulzivnom terapijom. Neki bolesnici trebaju više od jednog tjedna lijeka ili kombinaciju lijekova. Za poboljšanje može trebati 1 do 4 tj. uzimanja lijekova prema uputama. Vjerojatno je da će se depresija, osobito u bolesnika koji su imali više od jednog napada, vratiti. Zbog toga je kod teških slučajeva potrebna dugotrajna terapija lijekovima za održavanje sklada unutar osobe.

Većina osoba s depresijom redovno dolazi na preglede u ambulantu. Bolesnici sa značajnim samoubilačkim idejama, osobito kada im nedostaje potpora obitelji, trebaju hospitalizaciju, kao i oni s psihotičnim simptomima ili tjelesnim propadanjem.

Depresivni simptomi se u ovisnika često povlače nakon nekoliko mjeseci od prestanka uzimanja tvari o kojoj su ovisni. Ako bi uzrok mogao biti tjelesni poremećaj ili toksičnost lijeka, liječenje se ponajprije usmjerava na poremećaj. Ako je dijagnoza dvojbena ili su simptomi onesposobljavajući ili uključuju samoubilačke ideje ili bespomoćnost, može pomoći pokusno liječenje antidepresivom ili lijekom koji stabilizira raspoloženje.

Početna potpora: Kako bi bolesniku pružio potporu i poduku te pratio napredak, liječnik bi bolesnika trebao vidjeti jednom na tjedan ili u dva tjedna. Objašnjavanje bolesniku kako put ka ozdravljenju često nije jednostavan pomaže oboljelima da se nadaju poboljšanju svog osjećaja bespomoćnosti i poboljšava suradljivost. Liječnik može pomoći objašnjenjem kako je depresija ozbiljan zdravstveni poremećaj uzrokovan biološkim poremećajima koji treba na poseban način liječiti te kako depresija najčešće prolazi spontano i da je prognoza liječenja dobra.

1.2.9.1. Psihoterapija

Kod blažih oblika depresije često je učinkovita samo pojedinačna psihoterapija kao i kognitivno–bihevioralna terapija (pojedinačna ili grupna). Kognitivno–bihevioralna terapija se sve više rabi u borbi protiv inercije i poražavajućeg psihičkog sklopa u bolesnika s depresijom. Međutim, ona je najučinkovitija kad se primjenjuje s antidepresivima kod liječenja umjerene do teške depresije. Kognitivno–bihevioralna terapija može poboljšati umijeća za savladavanje tegoba i povećanje dobitaka pružanjem potpore i vodstva, odstranjivanjem spoznajnih iskrivljenja koja sprječavaju prilagođivanje i ohrabrivanjem bolesnika da postupno prihvati društvene i radne uloge. Liječenje u paru pomaže pri smanjenju bračnih napetosti i neslaganja.

Dugotrajna psihoterapija nije potrebna, osim kod bolesnika koji imaju dugotrajne unutarnje sukobe ili koji ne odgovaraju na kratkotrajnu terapiju.

1.2.9.2. Lijekovi u liječenju depresije

Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) sprječavaju ponovnu pohranu serotonina (5–hidroksitriptamina [5–HT]). U SSRI spadaju citalopram, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin i sertralin. Premda ovi lijekovi djeluju na jednak način, razlike u njihovim kliničkim učincima naglašavaju važnost odabira. SSRI imaju široko terapijsko djelovanje i relativno se lako primjenjuju, a potreba podešavanja doze je mala (osim za fluvoksamin).

Modulatori serotonina (blokatori 5–HT₂): Ovi lijekovi blokiraju ponajprije receptor 5–HT₂ i sprječavaju ponovnu pohranu 5–HT i noradrenalina. Modulatori serotonina su nefazodon, trazodon i mirtazapin.

Inhibitori ponovne pohrane serotonina–noradrenalina (npr. venlafaksin, duloksetin) imaju dvojak, 5–HT i noradrenalinski mehanizam djelovanja, kao i triciklički antidepresivi.

Inhibitori ponovne pohrane dopamina–noradrenalina: Nepotpuno shvaćenim mehanizmima, oni povoljno utječu na katekolaminergičnu, dopaminergičnu i noradrenergičnu funkciju. Bupropion je trenutno jedini lijek iz ove skupine.

Heterociklički antidepresivi: Ova skupina lijekova, koja je prije predstavljala kamen temeljac liječenja, obuhvaća tricikličke (tercijarne amine amitriptilin i imipramin i njihove sekundarneaminske metabolite nortriptilin i desipramin), modificirane tricikličke i tetracikličke antidepresive.

Inhibitori monoaminooksidaze (MAOI): Ovi lijekovi inhibiraju oksidativnu deaminaciju 3 skupine biogenih amina (noradrenalina, dopamina i 5–HT) i drugih feniletilamina.

1.2.9.3. Elektrokonvulzivna terapija (EKT)

Kod izostanka odgovora farmakoterapije u liječenju teške suicidalne depresije, depresije s agitacijom, psihomotorne retardacije ili depresije tijekom trudnoće, potrebno je razmotriti mogućnost liječenja elektrokonvulzivnom terapijom. Bolesnicima koji su prestali jesti može biti potrebna EKT kako bi se spriječio smrtni ishod. EKT je također učinkovito kod psihotične depresije. Odgovor na 6 do 10 EKT

tretmana je obično dramatičan i može spasiti život. Recidiv nakon EKT je čest, a liječenje lijekovima se obično nastavlja nakon prekida EKT.

Prije započinjanja EKT obavezno se provodi medicinska priprema. Priprema podrazumijeva dodatne medicinske preglede kao i preglede drugih specijalista: oftalmološki pregled očnog dna, elektroencefalografski pregled sa nalazom neurologa, rendgenski snimak pluća i srca, elektrokardiografski pregled i uobičajene kliničke laboratorijske analize sa nalazom kardiologa. Ako se tim pregledima ustanovi da pacijent nema zdravstvenih poremećaja te da nema prisutnosti stanja koje bi moglo povećati mogućnost komplikacija anesteziolog će potpisati suglasnost.

I pored potpunog oporavka, nakon primjene EKT, nije isključen povratak osnovne bolesti od koje se pacijent i liječi. Nakon završetka EKT, dalji tretman se često nastavlja primjenom lijekova ili primjenom produžene terapije ili „profilaktičkog EKT“. Profilaktički EKT, koji je nazvan tako da bi se pojasnila njegova dalja uloga u sprečavanju povratka bolesti može biti u 2 faze ili oblika: kontinuirani EKT sa ambulantnom primjenom po individualnom protokolu, 1-4 puta mjesečno u trajanju od 6 mjeseci, „terapija održavanja“ EKT, što podrazumijeva primjenu jedne seanse EKT na tri mjeseca u trajanju do 3 godine.

1.2.9.4. Fototerapija

Fototerapija se može primijeniti u bolesnika sa sezonskom depresijom. Liječenje se može provoditi kod kuće, sa 2500 do 10.000 luksa, na udaljenosti od 30 do 60 cm tijekom 30 do 60 min/dan (dulje uz slabiji izvor svjetlosti). U bolesnika koji kasno odlaze na spavanje, a bude se kasno ujutro, fototerapija je najučinkovitija kad se primjenjuje ujutro, ponekad nadopunjena s 5 do 10 minuta izlaganja između 3 i 7 sati poslije podne. (2)

1.2.10. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika

Vanjski izgled i držanje je karakteristično: lice tužno, zabrinuto, kutovi usana spušteni, pognutog držanja, zapuštene vanjštine. Bolesnik se lako rasplače ili bi plakao ali ne može, tzv. „suha depresija“.

Psihomotorika je usporena, spore kretnje, oskudna mimika, monoton glas do depresivnog stupora. Mogu biti psihomotorno agitirani (otkočeni), što se ispoljava nemirom, ne mogu se skrasiti na jednom mjestu te im je potrebna pomoć medicinskog djelatnika.

Voljni dinamizmi su sniženi - hipobulija sve do abulije.

Bolesnika treba poticati na ustajanje iz kreveta, namještanje kreveta i na osnovne aktivnosti.

Zapuštaju svoj izgled te ih treba poticati na obavljanje osobne higijene (kupanje, pranje kose, češljanje, brijanje kod muškaraca i sl.). Ukoliko ove aktivnosti bolesnik ne može činiti sam, potrebna mu je pomoć medicinske sestre. Sestra treba bolesniku pomoći kod ustajanja, prošetati odjelom, odvesti u kupaonicu. Pri tome treba bolesnika ohrabrivati, dati mu podršku. Za svaki učinjen pomak, bolesnika treba pohvaliti i poticati na daljnje korake.

Depresivno raspoloženje karakterizira bezrazložna žalost, potištenost, osjećaj niže vrijednosti, grižnja savjesti, osjećaj krivice, predbacivanje samom sebi. Strahuju od budućnosti, ništa ih ne može razveseliti.

Misaoni tijek je usporen, na pitanja odgovaraju s dugom latencijom. U psihotičnoj depresiji mogu biti prisutne sumanute ideje krivice, propasti, hipohondrijske ili nihilističke ideje (čuje da i drugi govore da je on bezvrijedan, da bi bilo bolje da ga nema). Zaokupljeni su samima sobom i pesimističkim sadržajima. Koncentracija na nedepresivne sadržaje je otežana. Usprkos tome, medicinska sestra treba se puno baviti takvim bolesnikom, često razgovarati s njim iako on odbija suradnju i kontakt i dati mu do znanja da mu želimo pomoći i biti s njim i kada šuti.

Dužnost je sestre poticati bolesnika na razgovor, pri čemu treba nastojati odvratiti mu pažnju od depresivnih sadržaja. Birati vedre teme koje bolesnika bar malo vesele (razgovor o djeci, unucima, poslu). Tijekom razgovora pronaći one osobine ličnosti na koje je bolesnik bio naročito ponosan u vrijeme zdravlja (urednost, „dobra domaćica“, hrabrost, upornost i drugo), te razgovor usmjeriti u pozitivnom i veselijem smjeru. Bolesnika treba poticati na komunikaciju s ostalim bolesnicima i postupno ga uključivati u oblike socioterapije (radna terapija, terapijska zajednica, grupna terapija i dr.).

Apetit je smanjen, nemaju volje za jelom. Vrlo često odbijaju hranu „jer je nisu zavrijedili“. Važno je da sestra kontrolira prehranu i tjelesnu težinu bolesnika. Također, sestra treba kontrolirati vitalne i fiziološke funkcije.

Česte su promjene srčanog ritma, cijanoza i hladnoća ekstremiteta. Depresivni bolesnici su često opstipirani te je potrebno kontrolirati stolicu. Mogu se javiti poremećaji menstruacijskog ciklusa te bolovi u različitim dijelovima tijela.

Opasnost od suicida najjača je u ranim jutarnjim satima, kada se oni najlošije osjećaju jer za njih počinje još jedan turoban, besmislen i bezvrijedan dan. Navečer se osjećaju nešto bolje jer je jedan takav strašan dan iza njih.

U radu s depresivnim bolesnikom, sestra treba pokazati svoje umijeće strpljenja i razumijevanja. Bolesnici trebaju uz profesionalan odnos i osjećaj prihvaćenosti, ljubavi i fizičkog kontakta (dodir, držanje za ruku, tapšanje po ramenu, glađenje po kosi). Sestra treba takvom bolesniku stalno iznova pružati poticaj za životom, dokazivati svoju dobru volju za pomoći i razvijati kod bolesnika osjećaj samopouzdanja i samopoštovanja. (5,6)

1.3. Bipolarni poremećaji

Bipolarni poremećaji su obilježeni manijom i depresijom koje se obično izmjenjuju. Točan uzrok je nepoznat, no možda su uključeni nasljeđe, promjene u razini moždanih neurotransmitera i psihosocijalni čimbenici. Dijagnoza počiva na anamnezi. Liječi se lijekovima (farmakoterapija), ponekad uz psihoterapiju.

Bipolarni poremećaji obično započinju u tinejdžersko doba, 20–tim ili 30–tim godinama života. Učestalost je otprilike jednaka u oba spola.

Bipolarni poremećaji se svrstavaju djelomice na osnovi dugotrajnih obrazaca napada izraženijih simptoma u bipolarni poremećaj I, bipolarni poremećaj II i bipolarni poremećaj bez drugih posebnosti (NOS). Oblici povezani s bolešću ili ovisnošću se svrstavaju kao bipolarni poremećaj uslijed općeg tjelesnog stanja ili tvarima uzrokovan bipolarni poremećaj.

1.3.1. Etiologija

Točan uzrok bipolarnog poremećaja je nepoznat. Određenu ulogu ima nasljeđe. Također postoje dokazi o poremećenoj regulaciji serotonina i noradrenalina. Također mogu biti upleteni i psihosocijalni čimbenici. Stresni životni događaji su često povezani s početnim razvojem simptoma i kasnijim egzacerbacijama, premda nije utvrđena uzročno–posljedična povezanost.

Bipolarni poremećaji ili simptomi bipolarnih poremećaja se mogu pojaviti uz neke tjelesne bolesti, kao nepoželjni učinci mnogih lijekova ili kao sastavni dio nekolicine drugih psihičkih poremećaja.

1.3.2. Bipolarni poremećaj I

Bipolarni poremećaj I definiran je izmjenjivanjem potpuno razvijenih napada manije i depresije major. Često započinje depresijom. Depresija se može razviti neposredno prije ili nakon manije, ili depresija i manija mogu biti razdvojene mjesecima ili godinama.

1.3.3. Bipolarni poremećaj II

Definiran postojanjem bar jednog napada velikog depresivnog poremećaja i barem jednog napada hipomanije u anamnezi. Napadi depresije se izmjenjuju s hipomanijom. Tijekom napada hipomanije raspoloženje se popravlja, potreba za snom se smanjuje, a psihomotorna aktivnost ubrzava. Često izmjena slijedi cirkadijalni ritam (npr. odlazak na spavanje u depresiji i rano jutarnje buđenje u hipomaničnom stanju). Karakteristična je pretjerana pospanost i prejedanje te se mogu pojavljivati sezonski (npr. u jesen ili zimu), a nesanica i loš apetit se pojavljuju tijekom depresivnog razdoblja. U nekih bolesnika su hipomanični napadi prilagođavajući jer stvaraju veću energiju, povjerenje i pretjerano društveno djelovanje.

1.3.4. Neklasificirani (netipični) bipolarni poremećaj

Neklasificirani (netipični) bipolarni poremećaj odnosi se na poremećaj s jasnim bipolarnim osobinama, koji ne zadovoljava specifična mjerila za dijagnozu drugih biopolarnih poremećaja. Također, opisuje se kaoi poremećaj ličnosti, odnosno karakterističan je za osobe koje podnose anksioznost koju osjećaju u odnosima tako što koriste svoj dominantni mehanizam obrane. Navedeno im služe da bi bile u stanju osjetiti mogućnost suočavanja s bilo čim bez strahova.

1.3.5. Simptomi

Bipolarni poremećaji započinju akutnim razdobljem simptoma, a slijedi ga ponavljajući tijek povlačenja i recidiva. Recidivi su obilježeni izraženijim simptomima koji traju oko 3 do 6 mj. Napadi su manični, depresivni, hipomanični ili miješani (s osobinama depresije i manije). Ciklusi, odnosno vrijeme od početka jednog napada do početka drugog napada, imaju različito trajanje. Cikličnost je osobito izražena u brzim cikličkim oblicima bipolarnog poremećaja (obično definiranog s ≥ 4 napada/god.). Poremećaj razvoja i društvenog djelovanja je čest, osobito kada do početka bolesti dolazi između 13. i 18. godine života.

Mogući su i psihotični simptomi. U potpuno razvijenoj maničnoj psihozi, raspoloženje je obično pretjerano dobro, no česta je razdražljivost i jasno neprijateljstvo sa svadljivošću. (2)

1.3.6. Dijagnoza

Zbog mogućnosti dijagnostičke pogreške kod svakog bolesnika sa prisutnim depresivnim simptomima važno je razmotriti mogućnost dijagnoze bipolarnog poremećaja. Razlikujemo četiri pitanja:

- 1) Prvo pitanje da li je kod bolesnika prisutno povišeno raspoloženje, osjećaj beskrajne energije i smanjena potreba za snom.
- 2) Drugo pitanje se upućuje članovima obitelji.
- 3) Treće pitanje odnosi se na obiteljsku anamnezu pojave bipolarnog poremećaja ili učestalog depresivnog poremećaja.
- 4) U četvrtom pitanju prisutan je upitnik za identifikaciju bipolarnog bolesnika – MDQ („*MoodDisorderQuestionnaire*“)

To nije dijagnostički instrument, ali identificira sedam od deset bolesnika s bipolarnim poremećajem.

1.3.7. Liječenje

Za uspješno liječenje bolesnika moramo postignuti sljedeće ciljeve: smanjiti depresivne simptome, povećati socijalno funkcioniranje, spriječiti brze izmjene faze bolesti te izgraditi terapijski odnos s bolesnikom.

1.3.7.1. Psihoterapija

Dobivanje potpore od voljenih osoba je od ključne važnosti za sprječavanje velikih napada. Za bolesnika i partnera se često preporučuje grupno liječenje gdje dobivaju poduku o bipolarnom poremećaju, njegovim društvenim posljedicama i središnjoj ulozi stabilizatora raspoloženja u liječenju. Pojedinačna psihoterapija može

pomoći bolesnicima da se bolje nose s tegobama svakodnevnog života i prilagode novom načinu pronalaženja samoga sebe.

Bolesnici, osobito oni s bipolarnim poremećajem II nisu suradljivi kod uzimanja stabilizatora raspoloženja jer misle da ih ti lijekovi čine manje budnima i kreativnima. Liječnik može objasniti da je smanjena kreativnost relativno rijetka jer stabilizator obično pruža mogućnost za ravnomjernije ponašanje u međuljudskim, školskim, radnim i umjetničkim aktivnostima.

Bolesniku se može savjetovati da izbjegava stimulirajuće tvari i alkohol, da više spava i da prepozna rane znakove recidiva. Ako bolesnik ima sklonost pretjeranom trošenju, financije treba predati povjerljivom članu obitelji. Bolesnike sa sklonošću spolnim ispadima treba upozoriti o posljedicama po brak (npr. razvod) i opasnostima od zaraze, osobito od AIDS–a, povezanim s promiskuitetom.

1.3.7.2. Fototerapija

Fototerapija je relativno nov pristup sezonskom bipolarnom i bipolarnom poremećaju II (s jesensko–zimskom depresijom i proljetno–ljetnom hipomanijom). Ona je vjerojatno najkorisnija kao pomoćno sredstvo.

1.3.8. Zdravstvena njega kod bipolarnog poremećaja (BAP)

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je psihoza koja je donedavno bila poznatija pod nazivom „manična depresija“. Kod maničnog ponašanja raspoloženje je euforično i puno energije, dok se kod opće depresije javlja osjećaj tuge ili beznađa te se gubi interes za većinu djelatnosti. Depresivni bolesnici gotovo nikada svoje emocionalno stanje ne opisuju kao tugu ili žalost. Vrlo često će vlastito stanje označiti kao duševnu bol i iznimnu patnju. Prepravljani su strahom od budućnosti, gube sposobnost uživanja i interes sa uobičajene aktivnosti te ih ništa ne može obradovati. Raspoloženje je često praćeno niskim samopoštovanjem, osjećajem niže vrijednosti i osobne krivnje. Vanjski izgled odražava zabrinutost, potištenost, tužno lice te spuštene kutove usana. Izgled depresivnog bolesnika većinom je klonule glave i pogleda usmjerenog u pod. Depresivne epizode se javljaju učestalije i imaju dulji tijek. Glavni je cilj pomoći bolesniku u smanjivanju osjećaja bezvrijednosti, beznađa i

bespomoćnosti. Jedno od najvažnijih načela je zbrinjavanje depresivnih bolesnika, tj. zaštiti od samoubilačkih poriva.

S druge strane, kod maničnog ponašanja bolesnici su većinom ekspanzivni i razdražljivi, izražena je grandioznost, potreba za stalnim govorom, smanjena potreba za snom, prisutan je idealizam. Glavni cilj je zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, smanjenje simptoma bolesti te zaštita okoline bolesnika. Kod manjih broja bolesnika mogu se javljati samo manične faze kod koji je općenito prognoza bolja.

Bipolarni poremećaj se odlikuje izmjenama manije i depresije u određenim vremenskim razdobljima, a ponekad se simptomi oba poremećaja javljaju istovremeno. Kod žena se uglavnom prvo javlja depresivna faza, dok kod muškaraca najčešće manična faza.

Bipolarni poremećaj je dugotrajno stanje koje se odlikuje čestim promjenama raspoloženja. Te promjene mogu se javiti nekoliko puta godišnje ili čak nekoliko puta dnevno. U većini slučajeva, poremećaji se mogu kontrolirati lijekovima ili psihoterapijom. Potrebna je velika potpora obitelji i razumijevanje najbliže okoline.

1.4. Manija

Napad manije se definira kao ≥ 1 tj. neprekidno pretjerano dobrog ili razdražljivog raspoloženja, praćenog s ≥ 3 dodatna simptoma: prevelikim samopouzdanjem ili grandioznošću, smanjenom potrebom za snom, govornjivošću većom od uobičajene, neprekidnim izvanrednim raspoloženjem, bijegom misli ili ubrzanim tijekom misli, rastresenošću, pojačanom ciljanom aktivnošću i pretjeranim bavljenjem aktivnostima koje pružaju zadovoljstvo, a povezane su s velikom opasnošću od nepoželjnih posljedica (npr. ozljede, gubitka novca). Simptomi ometaju funkcioniranje.

Tipično, bolesnici su u napadu manije bogato i sjajno ili šareno odjeveni, način im je autoritativan s brzom, nezaustavljivom bujicom riječi. Bolesnici imaju bučne veze. Nove misli su potaknute više zvukom nego značenjem riječi. Budući da im je pažnju lako odvući, bolesnici mogu stalno prelaziti s jedne na drugu temu ili zadatak. Međutim, oni smatraju da se nalaze u najboljem psihičkom stanju. Gubitak pronicljivosti i povećana sposobnost za djelovanje često dovode do ometajućeg ponašanja, što može biti opasna kombinacija. Unutarnja nesloga dovodi do, a može i izazvati paranoidne iluzije da se prema njima ne odnosi pravedno ili da su progonjeni. Ubrzanu psihičku aktivnost bolesnik osjeća kao brzi tijek misli, a liječnik ju opaža po bijegu misli te ju je, u najekstremnijem obliku, teško razlikovati od labavih asocijacija kod shizofrenije. U bipolarnom poremećaju I u nekih se bolesnika razvijaju psihotični simptomi. Potreba za snom je smanjena. Manični bolesnici su neumorno, pretjerano i impulzivno uključeni u različite aktivnosti ne prepoznajući u to uključene društvene opasnosti.

1.4.1. Etiologija

Kod manije su prisutni genetski faktori. Poremećaji se javljaju u porodicama, što ukazuje na to da je riječ o nasljednoj bolesti. Osnovne karakteristike manije su: povećan rizik za rođake u prvom koljenu, model nasljeđivanja i genetički defekti.

1.4.2. Hipomanija

Napad hipomanije je jasni napad trajanja ≥ 4 dana, koji se razlikuje od bolesnikova, inače depresivnog raspoloženja. Napad je obilježen s ≥ 4 simptoma koji se pojavljuju tijekom maničnog napada, ali su oni relativno slabiji, tako da funkcioniranje nije značajnije poremećeno.

1.4.3. Miješano stanje

Kod miješanog napada se depresivne i manične ili hipomanične osobine stapaju. Najtipičniji primjer su trenutna prekapćanja u plačljivost tijekom vrhunca razvoja manije ili jureće misli tijekom depresivnog razdoblja. U barem $\frac{1}{3}$ osoba s bipolarnim poremećajem, čitav je napad miješan. Česta slika se sastoji od disfornog uzbuđenja, plakanja, skraćenog spavanja, jurećih misli, grandioznosti, psihomotornog nemira, samoubilačkih misli, iluzija proganjanja, slušnih halucinacija, neodlučnosti i konfuzije. Ova slika naziva se disfornom manijom (odnosno, upadljivo depresivnim simptomima superponiranom na maničnu psihozu).

1.4.4. Simptomi

Vanjski izgled bolesnika je upadljiv. Osnovno raspoloženje odražava se u načinu odijevanja (pretjerana šminka, neobične kombinacije odjeće, obuće i nakita), uređenju prostora u kojemu žive (obljepljivanje zidova parolama) i ponašanju (prekomjerno trošenje, sklonost kockanju i konzumaciji alkohola). Raspoloženje je povišeno, radosno, bučno te euforično. Prisutan je optimizam, smijeh, šala i pjesma. Ponekad raspoloženje može biti i iritantno, npr.: bolesnici imaju ubrzan govor, naglašenu gestikulaciju, živahnu mimiku, olako donose odluke, skloni su rasipništvu, nepotrebnim kupnjama i zaduživanjima. Misaoni tijek je ubrzan a protok ideja je brz. Govor je ispunjen šalama te može doći do bujice ideja, nelogičnosti i „salate od riječi“.

1.4.5. Dijagnoza

Neki bolesnici s manijom ili hipomanijom ju ne opisuju sve dok im se o tome ne postave posebna pitanja. Umješno ispitivanje može otkriti znakove bolesti (npr. pretjerano trošenje, impulzivne spolne odnose, drogiranje). Veća je vjerojatnost da će se takvi podaci dobiti od rodbine. Dijagnoza se zasniva na gore opisanim simptomima. Sve se bolesnike treba obazrivo, ali neposredno zapitati o samoubilačkim mislima, planovima ili aktivnosti.

Kako bi se isključilo zlorabu tvari i tjelesne bolesti potrebno je učiniti pregled tvari (osobito amfetamina, i to metamfetamina) i lijekova koje bolesnik kupuje na recept, kao i tjelesnih sustava. Premda niti jedan laboratorijski nalaz nije patognomoničan za bipolarnu poremećaje, treba učiniti uobičajene pretrage krvi zbog probira na tjelesne bolesti, tiroid-stimulirajući hormon (TSH) isključuje hipertireozu. Druge tjelesne bolesti (npr. feokromocitom) ponekad otežavaju postavljanje dijagnoze. Anksiozni poremećaji (npr. društvena fobija, napadi panike, opsesivno–kompulzivni poremećaji) također mogu otežati postavljanje dijagnoze.

1.4.6. Liječenje

Većina bolesnika s hipomanijom se može liječiti ambulantno. Kod akutne manije obično je potrebna hospitalizacija. U bolesnika s manijom ili hipomanijom se za smirivanje bolesti rabe stabilizatori raspoloženja. Litij i neki antikonvulzivi, osobito valproična kiselina, karbamazepin, okskarbamazepin i lamotrigin djeluju kao stabilizatori raspoloženja i podjednako su učinkoviti. Izbor stabilizatora raspoloženja ovisi o bolesnikovoj anamnezi i nepoželjnim učincima pojedinog stabilizatora raspoloženja.

1.4.6.1. Predostrožnosti tijekom trudnoće

Većina lijekova kojima se liječi bipolarni poremećaj se mora prije ili tijekom rane trudnoće smanjiti i ukinuti. Žene koje žele zatrudnjeti, prije prekida liječenja litijem morale bi se liječiti barem 2 god., bez ijednog napada. S primjenom litija se u prvom tromjesečju prestaje zbog opasnosti od Epsteinove anomalije, oblika srčane greške.

Karbamazepin i divalproeks bi tijekom prvog tromjesečja također trebalo prekinuti davati jer oni mogu izazvati defekte neuralne cijevi. Ostali stabilizatori raspoloženja (npr. lamotrigin, okskarbazepin), se, ako je apsolutno potrebno, mogu primjenjivati tijekom 2. i 3. tromjesečja, ali primjenu treba prekinuti 1 do 2 tj. prije poroda, te ju ponovno započeti nekoliko dana nakon njega. Kod teških relapsa tijekom 1. tromjesečja bezopasnija je elektrokonvulzivna terapija. Kod ranog recidiva manije, snažan antipsihotik je relativno bezopasan. Žene koje uzimaju stabilizatore raspoloženja ne bi smjele dobiti jer se ti lijekovi izlučuju mlijekom.(2)

1.4.7. Zdravstvena njega maničnog bolesnika

Zdravstvena njega maničnog bolesnika složena je i otežana zbog bolesnikove totalne nekritičnosti prema svojoj bolesti. Bolesnici se osjećaju izrazito dobro i uopće ne vide potrebu za liječenjem. Skloni su bježanju iz bolnice na što sestra mora obratiti naročitu pažnju. Upadljive su vanjštine, žene napadno našminkane te ekstravagantno obučene.

Tijekom boravka u bolnici sestra treba kontrolirati osobnu higijenu bolesnika i usmjeravati optimumu (pojačano se znoje). Bolesnice obazrivo upozoravati da se ne uređuju previše, da ne provode suviše vremena pred ogledalom ili u kupaonici jer i ostalim bolesnicima treba taj prostor. Podsjetiti ih da se nalaze na bolničkom odjelu. Iako našminkani i „uređeni“ mogu biti vrlo neuredni i nečisti.

Euforično su raspoloženi, bezrazložno razdragani, veseli, uvijek spremni za razgovor, smijeh, pjesmu, ali mogu biti i svadljivi, ljuti i bijesni. Raspoloženje im je promjenljivo i na najmanji negativni poticaj mogu iz dobrog raspoloženja postati izrazito ljuti i agresivni. Ako je potrebno, sestra će ih staviti u zaštitnu košulju.

Hiperaktivni su, nemirni, bučni. Sestra treba pokušati smanjiti njihovu aktivnost te ih okupirati aktivnostima koje smiruju (radna terapija, fizičke aktivnosti). Neuredni su te im je potrebno aktivnost usmjeravati na vođenje brige o svojim stvarima, krevetu, noćnom ormariću, iako ne vole ograničavanje njihove neprestane aktivnosti.

Nametljivi su drugim bolesnicima i osoblju. Zbog sumanutih ideja misle da sve najbolje znaju, da su najmoćniji pa mogu doći u sukob s drugim bolesnicima. U tim slučajevima sukobe treba rješavati na grupnim sastancima. Sestra mora biti u stanju

kontrolirati svoje ponašanje prema takvom bolesniku (kontratransfer) i u svim situacijama se ponašati maksimalno profesionalno, stručno, strpljivo i tolerantno.

Misaoni tijek je ubrzan, brzo prelaze s teme na temu kao da imaju pritisak ideja. U komunikaciji s takvim bolesnicima sestra treba pokušati usredotočiti bolesnikovo mišljenje i pažnju na jedan moment, upozoravati ga da govori sporije i tiše.

Nagonski dinamizmi su pojačani. Zbog pojačanog libida i pretjeranog erotizma treba obratiti pažnju na bolesnike suprotnih spolova, posebno na one koji se uključuju u različite socijalno/društvene i rekreativne terapije (šetnje, ples, druženja, izleti i sl.)

Apetit im je pojačan ali zbog pretjerane aktivnosti mogu zanemariti prehranu ili mogu konzumirati veće količine hrane (kontrola tjelesne težine).

Sve vitalne funkcije su povišene: tlak, puls, tjelesna temperatura. Dužnost je sestre kontrolirati vitalne funkcije. Zbog pretjerane aktivnosti i uzbuđenosti i pojačane izdržljivosti mogu biti vitalno ugroženi.

Spavanje je izrazito skraćeno. Mogu spavati samo 2-3 sata noću. Sestra treba vremenski pratiti spavanje maničnog bolesnika i o tome obavijestiti liječnika. Tijekom noći nastojati osigurati mir na odjelu i poštivanje kućnog reda.

1.5. Hitna stanja u psihijatriji

Bolesnici koji dolaze s teškim promjenama raspoloženja, misli ili ponašanja, kao i oni s teškim, potencijalno po život opasnim nuspojavama lijekova, trebaju hitnu psihijatrijsku obradu i liječenje. Obično bolesnici najprije dolaze liječnicima koji nisu specijalisti, no kad je god to moguće, takve bolesnike treba obraditi psihijatar.

Kad su bolesnikovo raspoloženje, misli ili ponašanje jako neuobičajeni ili neorganizirani, obradom se mora prvo utvrditi je li ugrožena sigurnost bolesnika ili drugih osoba. Opasnost po bolesnika može uključivati nesposobnost za skrb o samome sebi (vodeći do zanemarivanja) ili samoubilačko ponašanje. Opasnost po druge može uključivati nasilno ponašanje.

Agresivni, nasilni bolesnici su često psihotični te imaju dijagnoze poput shizofrenije, deluzijskog poremećaja, delirija, akutne manije i demencije. Takvo ponašanje također može proizlaziti iz intoksikacije alkoholom ili drugim tvarima, osobito fenciklidinom (PCP), amfetaminima i kokainom. Agresivno, potencijalno nasilno ponašanje se obično liječi nekim oblikom izdvajanja, tjelesnog obuzdavanja, pažljivog nadzora koje može uključivati trajno promatranje i određene farmakoterapije. Smanjenje buke i aktivnosti uslijed izdvajanja može biti dovoljno da smanji uznemirenost i agresivnost. Međutim, ipak mogu biti potrebna tjelesna obuzdavanja, kako bi se bolesnika moglo dovoljno dugo u potpunosti. Ako se primjenjuju, lijekovi se moraju usmjeriti na nadzor nad specifičnim simptomima. Brzo smirivanje bolesnika se obično postiže benzodiazepinom ili antipsihotikom (tipično konvencionalnim antipsihotikom, no također se može primijeniti i lijek 2. generacije), primijenjenim IM ili IV. Benzodiazepini djeluju brže (za nekoliko minuta), ali mogu uzrokovati smetenost, a često se nakon IM primjene nepravilno apsorbiraju. Ponekad je najučinkovitija kombinacija obaju lijekova.

Neagresivni, nenasilni bolesnici mogu pokazivati jako neobično ili dezorganizirano raspoloženje, misli ili ponašanje i nisu sposobni povezano objasniti svoje tegobe ili brige. U takvim slučajevima, moraju se odmah naći drugi izvori podataka tako da se može poduzeti potpunija obrada. Podaci dobiveni od članova obitelji ili bliskih osoba mogu se pokazati izuzetno važnima. Neki neagresivni nenasilni, inkohherentni bolesnici su psihotični dok drugi imaju panični poremećaj, delirij ili složene–parcijalne konvulzije. U bolesnika s psihotičnim poremećajima,

demencijom ili ovisništvom, posebno težak problem je samozanemarivanje, zbog smanjene sposobnosti nabavka hrane, odijevanja i odgovarajuće zaštite od vremenskih neprilika.

Premještanje bolesnika u mirno, tiho okruženje i razgovaranje na potporni, tješeći način može povećati vjerojatnost dobivanja korisne anamneze neposredno od bolesnika samog. U nekim slučajevima, mogu se također primijeniti lijekovi, osobito ako su usmjereni na specifične simptome koji ne odgovaraju na druge poduzete postupke.

Neželjeni učinci antipsihotika: Antipsihotici, osobito antagonisti dopaminskih receptora, u terapijskim, kao i u toksičnim dozama mogu izazvati ekstrapiramidalne neželjene učinke uključujući i akutnu distoniju. Ti neželjeni učinci mogu biti ovisni o dozi i mogu se povući kad se lijek ukine. Neki antipsihotici, uključujući tioridazin, haloperidol, olanzapin, risperidon i ziprasidon mogu izazvati sindrom dugog QT intervala i u konačnici povećati opasnost od smrtonosnih aritmija.

1.5.1. Primjena tjelesnog obuzdavanja agresivnih, nasilnih bolesnika

Obuzdavanje se rabi za sprječavanje jasne, neposredne opasnosti za bolesnike same ili druge, za sprječavanje da se liječenje znakovito promijeni, da se spriječi oštećenje stvari/imovine te za smanjenje prejake osjetne stimulacije. Kontraindikacije obuhvaćaju primjenu u bolesnika s iznimno nestabilnim tjelesnim i psihičkim stanjima, osim ukoliko nije apsolutno indicirano i praćeno neposrednim nadzorom. U bolesnika u deliriju ili s demencijom koji ne mogu podnijeti okruženje sa smanjenjem poticaja, u jasno samoubilački nastrojenih bolesnika koji mogu iskoristiti sredstvo obuzdavanja za samoubojstvo te kao način kažnjavanja ili olakšavanja posla zdravstvenom osoblju. Prilikom pripreme za primjenu sredstava obuzdavanja, sa stane svakog ekstremiteta i kod bolesnikove glave treba stajati jedna osoba. Sredstva obuzdavanja bi smjelo primjenjivati samo osoblje koje je na odgovarajući način uvježbano i podučeno u zaštiti bolesnikovih prava i sigurnosti. Kod bolesnika se treba nadzirati cirkulacija i opseg pokreta, prehrana i hidratacija, vitalni znakovi, higijena i obavljanje nužde, tjelesnu i psihičku udobnost te, prema potrebi, spremnost za prestanak primjene sredstava obuzdavanja. Ove procjene treba vršiti svakih 15 min.

Nedavno je Zajednička komisija za akreditaciju zdravstvenih organizacija (*JCAHO –Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) izdala revidirane naputke za primjenu sredstava obuzdavanja u psihijatrijskih bolesnika. Sredstvo obuzdavanja se mora upotrijebiti po uputama licenciranog, neovisnog psihijatra (LNP). LNP mora provjeriti položaj sredstva obuzdavanja 1 sat nakon postavljanja. Nalog za nastavak obuzdavanja se mora izdavati svaka 4 h. Tijekom razdoblja obuzdavanja, a prije njegovog daljnjeg nastavka stanje bolesnika mora procijeniti LNP ili medicinska sestra. Nakon 8 h, LNP mora ponovno procijeniti stanje bolesnika, a prije nego što izda nalog za nastavak obuzdavanja.

Primjenu sredstava tjelesnog obuzdavanja treba smatrati posljednjim činom, kad svi ostali poduzeti koraci nisu učinkovito stavili pod nadzor agresivno, potencijalno nasilno ponašanje. Međutim, kad su u takvoj situaciji potrebna sredstva obuzdavanja, njihova je primjena u svim državama (SAD–a, op. prev.) zakonita, ukoliko je ona na odgovarajući način poduprta podacima iz bolesnikove povijesti bolesti. Prednost sredstava obuzdavanja je u tome što se mogu odmah odstraniti, dok lijekovi mogu promijeniti simptome dovoljno podmuklo ili na takav način da odgode procjenu.

1.5.2. Pravna razmatranja

Bolesnici s teškim promjenama raspoloženja, misli ili ponašanja se obično hospitaliziraju kad je vjerojatno da će im se stanje bez psihijatrijske pomoći pogoršati, te kad nema odgovarajućih drugačijih rješenja.

Ako bolesnik odbije hospitalizaciju, liječnik mora odlučiti hoće li ga zadržati protiv njegove volje. To može biti potrebno zbog osiguranja sigurnosti samog bolesnika ili drugih ljudi, te zbog upotpunjavanja procjene i uvođenja liječenja. Mjerila i postupci kod prisilne hospitalizacije ovise o nadležnosti. Obično je za privremeno obuzdavanje potrebno da liječnik ili psiholog i još jedan liječnik ili član obitelji potvrde da bolesnik ima psihičku bolest, da je opasan sam sebi ili drugima, te odbija liječenje. Opasnost po samoga sebe obuhvaća, ali nije ograničena na samoubilačke misli ili pokušaje te nemogućnost ispunjavanja osnovnih potreba, uključujući prehranu, stan i potrebne lijekove. U većini nadležnosti, saznanje o namjeri počinjenja samoubojstva zahtijeva hitan postupak liječnika kako bi se samoubojstvo spriječilo, kao što je

obavještanje policije ili drugih odgovornih službi. Opasnost za druge uključuje pokušaj ubojstva, ugrožavanje drugih ili nemogućnost provođenja potrebnih sigurnosnih mjera kod ovisnika uslijed psihičkog poremećaja.

U većini država, kad bolesnik izrazi namjeru da nekome naškodi, potrebno je da nadležni liječnik upozori navedenu žrtvu i obavijesti određenu službu sigurnosti. U pravilu, zakoni države također zahtijevaju prijavljivanje sumnje na zlostavljanje djece, starijih osoba i bračnih drugova. (2)

1.6. Načela rada medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskih bolesnika

Etički kodeks je skup smjernica, tj. načela koje propisuju i nalažu prihvatljiv skup ponašanja psihijatrijskih medicinskih sestara. Etički kodeks propisuje etička načela i vrijednosti koje usmjeravaju sve članove psihijatrijske sestrinske profesije. On postavlja okvir za profesionalnu odgovornost, dok promiče visoke etičke standarde u praksi i pruža mjerilo psihijatrijskim medicinskim sestrama prilikom samoprocjene. Standardi psihijatrijskog sestrinstva dodatno nalažu zakonske i stručne obveze psihijatrijskih sestara. (1)

Psihijatrijska njega, u potpunosti specifična, pruža usluge pojedincima koje se odnose na mentalno, fizičko i razvojno zdravlje. Psihijatrijske sestre djeluju u raznim ulogama koje pružaju zdravstvene usluge pojedincima, obiteljima, grupama i zajednicama. Praksa psihijatrijskog sestrinstva odvija se unutar područja neposredne prakse, obrazovanja, uprave i istraživanja.

Jezgra znanja i vještine psihijatrijskog sestrinstva su izvedeni iz bioloških, fizioloških, psiholoških i zdravstvenih znanosti. Nadležnost stečena iz ovoga tijela znanja vodi se kroz primjenu kritičkog mišljenja i profesionalne prosudbe. Suština psihijatrijskog sestrinstva je terapijski odnos. Psihijatrijska njega se fokusira na različite čimbenike koji utječu na fizičko i mentalno zdravlje te se zalaže za promicanje zdravlja, održavanje optimalnog zdravlja, prevenciju bolesti, njegu i liječenje osoba s mentalnim bolestima i poteškoćama u razvoju. Psihijatrijske medicinske sestre zajedno s oboljelima rade na njihovom putu ka ozdravljenju.

Psihijatrijska njega vrednuje sve aspekte ljudskog zdravlja. Profesija prepoznaje složenost povezanosti između emocionalnog, razvojnog, fizičkog i mentalnog zdravlja. Isto tako sami utjecaj socijalnih čimbenika na tjelesno i mentalno zdravlje, ulogu kulture i duhovnosti u promicanju zdravlja, prevenciji bolesti i oporavku te pristup razvojnim izazovima povećavaju i osiguravaju kvalitetu zdravstvenih usluga.

Psihijatrijska njega cijeni jednakosti i vjeruje da osobe s problemima mentalnog zdravlja is razvojnim izazovima zaslužuju pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama. Kao profesija, psihijatrijska njega nastoji odgovoriti te utjecati na kompleksnost liječenja i mijenjati zdravstveni sustav.

Zadaća medicinske sestre je svakodnevna pomoć pacijentu u njegovim aktivnostima kako bi mu se smanjio osjećaj bezvrijednosti, beznađa i bespomoćnosti. Medicinska sestra u svojem radu, osim kroz stručno znanje, djeluje kroz sestrinska načela. Načelima rada medicinskih sestara predvodi jedno jako bitno i načelo koje prvo moramo primijeniti a to je načelo holističkog pristupa pacijentu. (3,4)

1.6.1. Holistički pristup

Holizam promatra čovjeka van granica, medicine, biologije sociologije i psihologije u klasičnom smislu, objedinjuje te discipline i sagledava čovjeka u širem kontekstu, sa svim njegovim dimenzijama uključujući i zajednicu u kojoj živi. Čovjek se gleda kao individua sa svim svojim osobnostima. Osnova holističkog pristupa pacijentu je da je pacijent aktivni i ravnopravni sudionik u procesu liječenja i kao takav snosi dio odgovornosti za ishod liječenja.

Napredovanje medicine se odvija svaki dan i to velikim koracima. Uz to se paralelno odvija porast oboljelih ljudi što vodi k preispitivanju već nastalih metoda i pronalaženju novih metoda za liječenjem oboljelih, uz veliki naglasak na preventivno djelovanje obolijevanja.

Otac suvremene medicine tvrdio je da prvo liječimo dušu a zatim tijelo, prvo ponuditi riječ, a nakon toga lijek. Prirodni načini liječenja postoje koliko i samo čovječanstvo. Suvremena medicina iznikla je iz narodne medicine, no ona se svojim razvojem udaljila od toga i usvojila pristup pacijentu kroz određene dijelove tijela, zanemarujući pritom čovjekovu cjelovitost i različitost – kod iste bolesti, kod dvoje različitih ljudi, istim se metodama ne moraju postići isti rezultati.

Sve veći broj zdravstvenih radnika zalaže se za holističku pristup pacijentu. Sve više se znanost i alternativa isprepliću, pa time dolazi do primjene fitoterapije, akupunktura, homeopatije, akupresure, kiropraktike u liječenju bolesti. (6)

1.6.2. Načela rada medicinske sestre

1.6.2.1. Kroz etički kodeks načela medicinska sestra podržava:

- 1) sigurnost, sposobnost i etičku sigurnost kao zaštitu od javnosti
- 2) poštovanje vlastitih vrijednosti, prava na izbor i dostojanstvo osoba
- 3) fizičko i mentalno zdravlje blagostanja i kvalitetu prakse

1.6.2.2. Sigurnost, sposobnost i etička sigurnost kao zaštita od javnosti

Medicinska sestra treba poznavati razliku između privatnog i profesionalnog odnosa pretpostavljajući dužnosti i odgovornosti vlastitog ponašanja i ophođenja u tim odnosima. Vrlo je važno holistički pristupiti pacijentu, ali nikako ne prelaziti granicu profesionalnosti. Ono utječe na vlastiti rad i ophođenje prema pacijentu.

Treba zadržati i pridržavati se profesionalnog ponašanja, te sa empatijom pristupiti pacijentu. Obavezna je izgraditi terapijski odnos i ponašanje koje štiti i čuva integritet odnosa. Pritom pokazujući kako ranjivost pacijenata neće ni u kom slučaju iskoristiti za vlastiti interes.

Dužna je postupati u svom radu u skladu sa svojom kompetentnosti ali isto tako potražiti informacije u nedostatku vlastitog znanja ili iskustva kada je to potrebno. Uz samosvjesnost u svojem radu, stalno učenje i samokritičko razmišljanje, medicinska sestra uspješno svladava i izbjegava te rješava ikakvo postupanje koje bi moglo štetiti drugima u svakom obliku provođenja njihovog liječenja.

Djelujući kroz zakon o privatnosti pacijenta i poslovnoj profesionalnosti dužna je podatke o pacijentu i njegovom liječenju držati za sebe. U svakom trenutku u njenom radu se treba odražavati poštenje, integritet, pouzdanost, nepristranost i marljivost.

Važno je kao individua raditi na najvišoj razini vlastite kompetentnosti i stručnosti, ali da bi posao bio najbolje obavljen i svaki pacijent dobio sve ono što mu je potrebno, bitan je timski rad. Svaka sestra, kako svjesna svojih mogućnosti i nedostataka u radu, mora prepoznati mogućnosti i drugih suradnika prilikom delegiranja poslova. Kriva podjela posla dovodi do loše obavljenog posla i zadataka.

Prilikom toga zakinut je prvenstveno pacijent, a zatim i kolektiv u smislu nezadovoljstva, povećanog stresa i otpora prema radu i vlastitim poslovnim obavezama.

U skladu otežanosti rada, te iziskivanju velike angažiranosti i predanosti radu s psihički oboljelim osobama, medicinska sestra uvelike mora paziti i raditi na očuvanju vlastitog psihofizičkog zdravlja kako bi bila u mogućnosti biti odgovorna i sigurna u svojem radu i provođenju etičkih načela. (5)

1.6.2.3. Poštovanje vlastitih vrijednosti, prava na izbor i dostojanstvo osoba

Medicinska sestra u svom radu nadalje poštuje ljudsku autonomiju i posebnost, njihovo pravo na vlastiti izbor tako što ih prihvaća u potpunosti kao partnere u donošenju poslovnih odluka. Uz to, teži k tome da bi pokazala kako prihvaća njihove odluke, njihovu jedinstvenost i dostojanstvo. Poštuje prava pojedinca i zalaže se za njih. Isto tako prepoznaje i poštuje njihovu različitost i to da osobna kultura pojedinaca može utjecati na donošenje odluka. Podržava odluke pacijenata sukladno sa zakonom i njihova odbijanja o nastavku liječenja. Osigurava da je psihijatrijska njega u skladu s pacijentovim odlukama, pa i onda kada je njihova mogućnost ispravnog prosuđivanja i odlučivanja smanjena.

1.6.2.4. Fizičko i mentalno zdravlje blagostanja i kvaliteta prakse

Medicinska sestra poštuje potrebe i vrijednosti svake osobe unutar svih dimenzija: fizioloških, psiholoških, razvojnih, društveno-kulturne i duhovne. Isto tako razumije da su fizičko i psihičko zdravlje međusobno povezani i da je to dinamičan proces koji se mijenja tijekom života.

Prepoznaje složenost odnosa između emocionalnog, fizičkog i mentalnog zdravlja i utjecaju društvenih, odnosno socioekonomskih čimbenika na sveukupno zdravlje. Razumije da samo viđenje svijeta oko sebe kao i sam način života i očekivanja utječu na fizičko i psihičko zdravlje.

Prepoznaje ulogu kulture i duhovnosti u promicanju zdravlja, prevenciji bolesti i oporavku te nastoji osigurati jednakost u svim uslugama koje pruža. (5)

2. Cilj rada

Kroz prikaz slučaja objašnjena su osnovna načela zdravstvene njege u radu s osobama s intelektualnim i psihičkim smetnjama. U radu su prikazane sestrinske dijagnoze te intervencije kod osoba s intelektualnim i psihičkim smetnjama.

3. Prikaz slučaja

Za prikaz slučaja prikupljeni su podaci iz bolničke dokumentacije te sa redovitih psihijatrijskih kontrolnih pregleda. U svrhu prikupljanja podataka korištene su i metode intervjua te heteroanamnestički podatci dobiveni od strane medicinskog osoblja.

Pacijent M.S., rođen je 1975. godine u Zagrebu.

Rođen je u prijevremenom porodu, vaginalnim putem, 12 dana prije termina, Apgar 8/10, odmah zaplakao. PT=2853 grama, PD 48 cm.

Rani psihomotorni rast i razvoj protekli su uz potrebu redovitih posjeta fizioterapeutu radi blažeg motoričkog zaostajanja u razvoju te je dijete do svoje druge godine života redovno (2x tjedno) rehabilitirano. Rehabilitacija je završila uredno uz minimalne deficite motoričkih funkcija.

U početku osnovnoškolskog obrazovanja, od strane školskog logopeda, postavljena je sumnja na disleksiju i disgrafiju obzirom da je dijete imalo poteškoća kod pisanja jednostavnijih riječi ali i teškoća kod razumijevanja teksta. Uz dvogodišnje, redovne posijete logopedu, stanje se značajno popravilo ali je i dalje ostala psihomotorna usporenost i teškoće normalnog praćenja i izvršavanja školskih zadataka. Obzirom na notirane poteškoće, dijete je od petog razreda osnovne škole, nastavak obrazovanja, nastavilo po prilagođenom programu. Gradivo sedmog razreda nije mogao uspješno, redovno savladati te je godinu ponavljao. U to vrijeme roditelji su zatražili i stručnu psihološku (i psihijatrijsku) pomoć u Bolnici za djecu i mladež u Kukuljevićevoj ulici u Zagrebu obzirom na sve veće otklone u ponašanju. Iz medicinske dokumentacije je vidljivo da je tada bio „doživljen“ od strane dječjeg psihijatra kao „Poremećaj socijaliziranog ponašanja – F91.2“. Izbjegavao je uobičajene aktivnosti i druženja sa svojim vršnjacima, većinu je vremena provodio sam sa svojim igračkama te ga se nije smjelo prekidati u njegovim aktivnostima jer bi tada postao ljutit a povremeno i agresivan (znao je razbacati stvari i igračke a u jednom je navratu razbio staklena vrata u stanu). Po mišljenju drugog stručnjaka, odnosno psihijatra iz Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež, dječak je imao „Pervazivni razvojni poremećaj-nespecificirani- F84.9“. Učinjenim psihološkim

testiranjem utvrđeno je granično mentalno funkcioniranje , IQ 75. Krajem osnovnoškolskog obrazovanja, roditelji su se odlučili da će dijete upisati u srednju školu po prilagođenom programu (što je i bila sugestija stručne osobe – školskog psihologa).

Po završetku osnovne škole upisuje trogodišnju, strukovnu školu te istu završava po prilagođenom programu s time da je treći razred ponavljao. Radi nekontroliranog i agresivnog ponašanja, u nekoliko je navrata intervenirala policija a intervencija je uslijedila i od strane socijalne službe.

Poslije završene srednje škole pacijent nije uspio naći zaposlenje te je cijelo vrijeme živio sa roditeljima koji su prema njemu bili hiperprotektivni i podržavali ga u njegovoj „ovisničkoj“ poziciji o njima.

U to vrijeme kada je pacijent (star 23 godine), upoznao je djevojku koja je bila prognanica iz BiH i sa njome je dobio sina. Nikada se nisu vjenčali ali su dvije godine živjeli u nevjenčanom braku (kod njegovih roditelja) a nakon toga su prekinuli vezu. Razlog prekidu (između ostalog) bila je nemogućnost pacijenta za samostalno privređivanje.

Uslijed agresivnog i prijetećeg ponašanja na djelatnike „Casina“, pacijent je bio prisilno hospitaliziran u bolnici „Sv. Ivan“ te je tamo liječen tijekom jednog mjeseca. Otpusne dijagnoze su bile: Granično mentalno funkcioniranje i Mješoviti poremećaj osobnosti F60.9.

Nakon bolničkog, psihijatrijskog liječenja, uz psihofarmakološke i socioterapijske metode liječenja, došlo je do znatnog poboljšanja u kliničkom statusu pacijenta. Iz otpusnog pisma vidljivo je da je pacijent postao suradljiviji, boljeg uvida u svoje ponašanje, bolje kontrole agresivnih impulsa te se ukupno bolje osjećao. Redovno se kontrolira kod nadležnog psihijatra te redovno odlazi na zakazane socioterapijske aktivnosti.

Obiteljska anamneza: Otac pacijenta je kraće vrijeme psihijatrijski liječen radi obiteljskih problema. U svojoj 50-oj godini života mu je dijagnosticirana lezija jetre (stanje prije jetrene ciroze). Sada mu je dijagnosticiran malignom pluća. Majka pacijent je bila hiperprotektivna. Pacijent je bio u intenzivnom (gotovo simbiotskom) odnosu sa njom. O njegovim se potrebama brinula na način koji je spriječio

adekvatno odrastanje, sinu nije dozvoljavala „optimalnu frustraciju“ potrebnu za normalan rast i razvoj (naravno u okvirima pacijentovih mogućnosti).

Opis problema zbog kojeg pacijent dolazi na liječenje

Pacijent dolazi na bolničko liječenje u trenutku kada je njegova agresivnost postala manifestna. Svoje osjećajne reakcije više nije mogao kontrolirati (što je i u suštini njegovog problema). Opisuje svoju autoagresivnost, nemogućnost nošenja sa životnim problemima, djelomično uspijeva verbalizirati svoj ovisnički odnos spram roditelja, osobito sa majkom. U početku je vrlo pesimističan u vezi sa mogućnostima da mu se pomogne, ne vidi izlaza iz svoje situacije. Povremeno verbalizira i suicidalne ideje. Smatra da su mu radni kapaciteti jako ograničeni, opisuje veliku želju za „lagodnim životom“. Nije u stanju adekvatno se nositi sa „realitetom“ koji je za njega previše frustrirajući (napominjem samo kako pacijent, tijekom svog odrastanja nikada nije bio na optimalan način „frustriran“).

Tijekom opsežnije dijagnostičke obrade učinjen je CT mozga, psihološko testiranje, kompletni laboratorijski parametri sa hormonima štitne žlijezde, EEG. Nalaz CT-a, EEG-a te kompletnog laboratorija je bio uredan. Psihološkim testiranjem potvrđena je pacijentova intelektualna, granična sposobnost funkcioniranja a u nalazu psihotesta se spominju i brojni elementi iz domene „Mješovitog poremećaja osobnosti“, nezreli mehanizmi obrane, sklonost komunikaciji putem „acting out“ reakcija, sklonost projekcijama. Pacijent je također zadovoljavao kriterije za „Borderline poremećaj osobnosti“.

Tijek i ishod bolesti i prognoza

Pacijent sada živi sa svojim roditeljima. Možemo reći da je sredina u kojoj živi i dalje „hiperprotektivna“. Redovno posjećuje zakazane psihijatrijske kontrolne preglede te sudjeluje u socioterapijskim aktivnostima (Dnevne bolnica). Zainteresiran je za kontakte sa svojim sinom i, u posljednje vrijeme je vrlo angažiran oko odgoja i ukupnog odnosa sa sinom. Preporučene psihofarmake redovno uzima. Pomaže roditeljima oko potreba kućanstva.

Postavlja se pitanje očeve bolesti (malignom pluća sa lošim ishodom u bliskoj budućnosti) i tjelesnog (i psihičkog) zdravlja majke koja je sada već u poodmaklim godinama. Pitanje je mogućnosti pacijenta za samostalan život, mogućnost da ponovno nastavi za autodestruktivnim ponašanjem u situaciji kada će okolinski čimbenici biti manje „protektivni“. U tom smislu potreban je stalan nadzor odgovarajućih institucija, kontinuirani suport i liječenje.

3.1. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Sestrinske dijagnoze su zaključak utemeljen na znanstvenim odrednicama pacijentovih problema iz zdravstvene njege, proizašao iz kritičke analize njegovog ponašanja, naravi njegove bolesti i brojnih drugih činitelja koji utječu na njegovo stanje. (4)

Za vrijeme uzimanja anamneze, prikupljanjem podataka definirane su slijedeće sestrinske dijagnoze:

1. Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti
2. Nesanica u/s strahom od noćnih mora što se očituje teškim usnivanjem i osjećajem nelagode i nervoze
3. Neupućenost u/s osnovnom bolesti što se očituje negiranjem ozbiljnosti stanja
4. Narušeni obiteljski odnosi u/s sniženim pragom tolerancije na destruktivno ponašanje što se očituje nervozom i verbalnom agresijom prema obitelji
5. Neučinkovito sučeljavanje sa ljutnjom i bijesom u/s emocionalnom nestabilnošću
6. Anksioznost u/s socioekonomskim statusom što se očituje osjećajem bespomoćnosti 2' granična intelektualna sposobnost

Nakon definiranja sestrinskih dijagnoza radi potrebe za rješavanjem problematike postavljeni su realni ciljevi predvođeni adekvatnim intervencijama.

U rješavanju problema baziralo se na slijedeće aktualne sestrinske dijagnoze:

1. Dijagnoza: Neučinkovito sučeljavanje sa ljutnjom i bijesom u/s emocionalnom nestabilnošću.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije verbalizirati ljutnju te time spriječiti nastup bijesa i ljutnje.

Intervencije:

- procijeniti i dokumentirati stupanj bijesa
- uočiti manifestaciju psihičkog stanja (psihomotornu napetost, udaranje, hodanje)
- ohrabriti i poticati bolesnika da verbalizira ljutnju
- poticati bolesnika na prihvaćanje novonastalih situacija
- ukazivati na važnost uzajamne komunikacije

Evaluacija: cilj postignut, bolesnik je tijekom hospitalizacije prepoznao i verbalizirao ljutnju.

2. Dijagnoza: Narušeni obiteljski odnosi u/s sniženim pragom tolerancije na destruktivno ponašanje što se očituje nervozom i verbalnom agresijom prema obitelji.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije kontrolirati svoje agresivne postupke.

Intervencije:

- savjetovati bolesnika da pokuša shvatiti motive drugih ljudi
- ukazati na nepovoljne učinke agresije prema drugima
- podučiti bolesnika kontroli i odgodi agresivne reakcije
- savjetovati bolesnika da verbalizira agresiju
- savjetovati bolesnika da pronađe pozitivne načine suočavanja (hodanje, sport, fizički rad i sl.)

Evaluacija: Cilj postignut, bolesnik je tijekom hospitalizacije verbalizirao ljutnju te kontrolirao svoje agresivne postupke.

3. Dijagnoza: Nesanica u/s strahom od noćnih mora što se očituje teškim usnivanjem i osjećajem nelagode i nervoze.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije spavati u kontinuitetu (min. 4 sata) tijekom noći.

Intervencije:

- uspostaviti odnos uzajamnog povjerenja s bolesnikom
- objasniti važnost uzimanja lijekova po odredbi liječnika
- savjetovati o izbjegavanju tema koje potiču nesanicu
- savjetovati bolesnika o važnosti sna i higijeni spavanja
- poticati bolesnika na rani odlazak u krevet

Evaluacija: Cilj postignut, bolesnik je tijekom hospitalizacije spavao noću.

4. Dijagnoza: Visok rizik za ozljeđivanje drugih u/s nesposobnošću savladavanja agresije.

Cilj: Bolesnik će za vrijeme hospitalizacije savladati agresivni nagon te verbalizirati agresiju te neće ispoljavati agresiju prema drugima.

Intervencije:

- uspostaviti odnos uzajamnog povjerenja s bolesnikom
- upoznati bolesnika sa dnevnim redom
- govoriti umjerenim tonom pokazujući poštovanje i empatiju
- osigurati stalan nadzor
- objasniti bolesniku/obitelji mogućnost i potrebu tjelesnog ograničavanja
- osigurati dovoljan uzmak

Evaluacija: Cilj nije postignut, bolesnik je za vrijeme hospitalizacije reagirao agresijom prema osoblju u smjeni.

Zbog neostvarenog cilja javlja se potreba za ažuriranjem intervencija kako bi se postigao gore navedeni cilj.

5. Dijagnoza: Anksioznost u/s socioekonomskim statusom što se očituje osjećajem bespomoćnosti 2' granična intelektualna sposobnost.

Cilj: Bolesniku će se za vrijeme hospitalizacije smanjiti osjećaj anksioznosti i bespomoćnosti.

Intervencije:

- uspostaviti odnos uzajamnog povjerenja s bolesnikom
- surađivati sa drugim službama (socijalni rad)
- uključiti obitelj/skrbnika u proces zbrinjavanja i prilagodbe
- ohrabrivati bolesnika tokom procesa prilagodbe
- u suradnji sa liječnikom prikazati važnost i potrebu za tuđom pomoći

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesniku je za vrijeme hospitalizacije osjećaj anksioznosti i bespomoćnosti sveden na minimum.

6. Dijagnoza: Otežana verbalna komunikacija u/s osnovnom bolesti 2' granična intelektualna sposobnost

Cilj: Uspostaviti komunikaciju na najbolji mogući način.

Intervencije:

- nezanemarivati neverbalni oblik komunikacije
- razgovarati normalno ili malo sporije nego obično
- upotrebljavati jednostavne riječi
- ukoliko je potrebno ponoviti sve rečeno
- biti strpljiv, taktičan i smiren

Evaluacija: Cilj je postignut, za vrijeme boravka pacijenta u bolnici komunikacija je bila prilagođena na najbolji mogući način.

4. Rasprava

U slučaju prikazanog pacijenta, razvidno je, da u njegovoj rehabilitaciji i liječenju, postoji potreba angažmana brojnih institucija, a medicinski (liječidbeni) pristup, samo je jedan od potrebnih.

Kao što je u ovom radu prikazano, poremećaj kod opisanog bolesnika, postoji od naj ranijih dana tj. od rođenja. Tijekom odrastanja, njegov mentalni (psihički) status, bio je prepreka za adekvatno praćenje normalnog školovanja i socijalizacije. Nerazumijevanje i neadekvatna podrška (institucionalna i obiteljska) te nepovoljne obiteljske okolnosti, rezultat su progresivnog pogoršanja psihičkog stanja bolesnika i njegove nemogućnosti da se, na adekvatan način, uklopi u društvo sa vršnjacima, da se adekvatno socijalizira i poštuje (ne)zadane granice. Obzirom da se radi o osobi s poteškoćama u razvoju i graničnoj razini mentalnog funkcioniranja te samim time o osobi iz "ranjive skupine", bio je potreban adekvatan angažman školskog sustava, logopeda, psihologa, obitelji. U današnje vrijeme, kada je on punoljetna osoba, očekuje se i prikladan angažman i ostalih institucija - pitanje njegovog zaposlenja, utvrđivanja njegovih radnih kapaciteta, pronalaska adekvatnog posla sukladno njegovim mogućnostima (koje se ne smije niti podcjenjivati niti precjenjivati), pomoć socijalne službe u slučaju da izostane mogućnost da samostalno privređuje i skrbi o sebi i svojoj djeci. Dakle, problem treba razmatrati sveobuhvatno, jer baziranje samo na „liječenju“ u užem smislu, ne može dati zadovoljavajući terapijski efekt.

S psihijatrijske (psihološke) strane, očito je potrebno pacijenta uključiti u redovne programe liječenja što obuhvaća posijete psihijatru (pitanje uzimanje lijekova), uključivanje u suportivni, grupnoterapijski oblik liječenja, edukacija o nužnosti, kako redovnog uzimanje lijekova, tako i prepoznavanju vlastitih psihičkih turbulencija koje, ukoliko postanu neizdržive, zahtijevaju traženje stručne pomoći.

Empatijski kapacitet medicinske sestre, njezina prisutnost u suportivnom liječenju i stvaranju kvalitetnog odnosa sa pacijentom (odnosa koji se bazira na razumijevanju, povjerenju i na istinskom interesu za pacijenta), od velike je važnosti za daljnu prognozu i suradljivost pacijenta po pitanju liječenja tj. ukupnog ishoda snalaženja pacijenta u, za njemu teškim životnim okolnostima.

5. Zaključak

Prikazana je težina intelektualnih i psihičkih smetnji bolesnika te međusobne kompleksnosti. Uloga medicinske sestre u cjelokupnom procesu zdravstvene njege je nezamjenjiva. Stoga je vrlo bitno usavršavanje i kontinuirana edukacija sestara pa samim time i unapređenje procesa zdravstvene njege.

Medicinska sestra u svakom trenutku pacijentu treba pristupiti po načelu holizma. Time će obuhvatiti njegovu individualnost na svim razinama. Veliku pozornost treba obratiti na komunikaciju, kako verbalnu tako i neverbalnu. Pravilnim pristupom sestra će ostvariti odnos povjerenja i lakše doći do cilja, odnosno što boljeg oporavka pacijenta.

Najdublji smisao sestrinstva očituje se u sestrijskom pozivu motiviranim humanim i jedinstvenim osjećajem za skrb bolesnika. Veliku važnost i ulogu imaju samopoštovanje, uvažavanje slobode izbora, privatnost, dostojanstvo te čuvanje tajne.

Za zbrinjavanje bolesnika s intelektualnim i psihičkim poteškoćama potrebne su razne vrste intervencija prikazanih u radu te osjećaj humanosti. Od medicinske sestre se očekuje empatija i razumijevanje bolesnika jer bolesnik nije samo skup znakova i simptoma, poremećaja emocija i funkcija, već živo biće sa svim svojim potrebama a koje nerijetko nije sposoban sam zadovoljiti.

6. Sažetak

Osobe s mentalnom retardacijom ulaze u skupinu invalidnih osoba. Koristimo i naziv „osobe s teškoćama u razvoju“, „osobe s posebnim potrebama“, no u novije vrijeme za osobe s mentalnom retardacijom koristimo naziv „osobe s intelektualnim teškoćama“.

Poremećaji raspoloženja su emocionalni poremećaji koji se sastoje od duljih razdoblja pretjerane tuge, veselja ili oboje. Poremećaji raspoloženja se dijele na depresivne i bipolarnе. Anksioznost i srodni poremećaji također utječu na raspoloženje.

Depresivni poremećaji su obilježeni tugom koja je dovoljno izražena ili dugotrajna da ometa funkcioniranje te nekad smanjuje zanimanje ili uživanje u aktivnostima.

Umjerena do teška depresija se liječi lijekovima, psihoterapijom ili s oboje, a ponekad i elektrokonvulzivnom terapijom. Neki bolesnici trebaju više od jednog tjedna lijeka ili kombinaciju lijekova.

Kod blažih oblika depresije često je učinkovita samo pojedinačna psihoterapija kao i kognitivno–bihevioralna terapija (pojedinačna ili grupna). Kognitivno–bihevioralna terapija se sve više rabi u borbi protiv inercije i poražavajućeg psihičkog sklopa u bolesnika s depresijom.

Napad manije se definira kao ≥ 1 tj. neprekidno pretjerano dobrog ili razdražljivog raspoloženja, praćenog s ≥ 3 dodatna simptoma: prevelikim samopouzdanjem ili grandioznošću, smanjenom potrebom za snom, govornjivošću većom od uobičajene, neprekidnim izvanrednim raspoloženjem, bijegom misli ili ubrzanim tijekom misli, rastresenošću, pojačanom ciljanom aktivnošću i pretjeranim bavljenjem aktivnostima koje pružaju zadovoljstvo, a povezane su s velikom opasnošću od nepoželjnih posljedica (npr. ozljede, gubitka novca).

Holizam promatra čovjeka van granica, medicine, biologije sociologije i psihologije u klasičnom smislu, objedinjuje te discipline i sagledava čovjeka u širem kontekstu, sa svim njegovim dimenzijama uključujući i zajednicu u kojoj živi. Čovjek se gleda kao individua sa svim svojim osobnostima. Osnova holističkog pristupa

pacijentu je da je pacijent aktivni i ravnopravni sudionik u procesu liječenja i kao takav snosi dio odgovornosti za ishod liječenja.

Etički kodeks je skup smjernica, tj. načela koje propisuju i nalažu prihvatljiv skup ponašanja psihijatrijskih medicinskih sestara. Etički kodeks propisuje etička načela i vrijednosti koje usmjeravaju sve članove psihijatrijske sestrinske profesije. On postavlja okvir za profesionalnu odgovornost, dok promiče visoke etičke standarde u praksi i pruža mjerilo medicinskim sestrama prilikom samoprocjene.

U radu s depresivnim bolesnikom, sestra treba pokazati svoje umijeće strpljenja i razumijevanja. Bolesnici trebaju uz profesionalan odnos i osjećaj prihvaćenosti, ljubavi i fizičkog kontakta (dodir, držanje za ruku, tapšanje po ramenu, glađenje po kosi). Sestra treba takvom bolesniku stalno iznova pružati poticaj za životom, dokazivati svoju dobru volju za pomoći i razvijati kod bolesnika osjećaj samopouzdanja i samopoštovanja.

Ključne riječi: depresija, manija, holizam, etički kodeks

7. Summary

People with mental retardation belong to a group of disabled people. We also use the term “people with disabilities”, “people with special needs”, but more recently we have been using the term “people with intellectual disabilities” for people with mental retardation.

Mood disorders are emotional disorders that consist of long periods of excessive sadness, joy, or both. Mood disorders are divided into depressive and bipolar. Anxiety and related disorders also affect one’s mood.

Depressive disorders are characterized by sadness, which is sufficiently expressed or prolonged to interfere with functioning and sometimes it reduces one’s interest or enjoyment in activities.

Moderate to severe depression is treated by medication, psychotherapy or both, and sometimes by electroconvulsive therapy. Some patients need more than one week of medication or combination of drugs.

In mild forms of depression, only individual psychotherapy and cognitive-behavioural therapy are often effective (individual or group). The cognitive-behavioural therapy is increasingly used in the fight against inertia and devastating psychological issues in patients with depression .

A manic attack is defined as ≥ 1 , that is continuously excessively good or irritable mood, followed by ≥ 3 additional symptoms; excessive self-confidence or grandiosity, decreased need for sleep, higher than normal loquacity, continuous extraordinary mood, loss of thoughts or faster stream of thought, distraction, increased targeted activity and excessive activities involvement that provide satisfaction and are associated with a high risk of adverse effects (e.g. injury, loss of money).

Holism views a person outside the borders, medicine, biology, sociology and psychology in the classical sense, it unites these disciplines and sees a person in a broader context, with all its dimensions, including the community, where he/she lives.

A person is seen as an individual with all his/her personalities. The basis of a holistic approach to the patient is that the patient is active and equal participant in the treatment process and as such shares responsibility for the outcome of the treatment.

The Code of Ethics is a set of guidelines, i.e. the principles that prescribe and require a set of acceptable behaviour of psychiatric nurses. The Code of Ethics prescribes norms and values that give directions to all members of psychiatric nurses profession. It sets the framework for professional responsibility, while promoting high ethical standards in practice and provides a measurement to nurses during self-assessment.

When working with a depressed patient, nurses should show their skills of patience and understanding . Patients need, apart from a professional attitude, a sense of acceptance, love and physical contact as well (touch, holding hands, pat on the back, stroking). A nurse should constantly and repeatedly encourage such patients to their will to live, prove their good intentions to help and develop the feeling of self-confidence and self-respects in such patients.

Keywords: depression, mania, holism, a Code of Ethics

8. Literatura

1. Code of ethics of &standards of psychiatricnursingpractice, Board of DirectorsRegisteredPsychiatricNurses of Canada
2. MSD PRIRUČNIK DIJAGNOSTIKE I TERAPIJE, The Merck manual; gl.urednik hrvatskog izdanja Željko Ivančević, dr.med., Placebo d.o.o., Split-Hrvatska 2010.
3. Pasquali E., Arnold H., DeBasioN.: Mental Health Nursing, Mosby CO., USA, 1989.
4. Sedić B., Fučkar G., Jakovljević M.: Seminar HUSE - Sestrinska skrb za psihijatrijske bolesnike, Stubičke Toplice, 1996.
5. Jakovljević M.: Psihijatrija, Zagreb, 1995.
6. <http://www.prakticanzivot.com/holisticki-pristup-zdravlju-9610>

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole 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

KRISTINA WAGNER
(Ime i prezime)

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, 25.03.2016.

Kristina Wagner
(potpis studenta/ice)