Zdravstvena njega prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika

Spajić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:651540

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Marija Spajić

ZDRAVSTVENA NJEGA PRISILNO HOSPITALIZIRANIH PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Završni rad

Split, 2015.g.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Marija Spajić

ZDRAVSTVENA NJEGA PRISILNO HOSPITALIZIRANIH PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA / HEALTH CARE OF INVOLUNTARILY HOSPITALIZED PSYCHIATRIC PATIENTS

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Trpimir Glavina

Split, 2015.g.

Zahvala

Zahvaljujem se mentoru doc.prim. Trpimiru Glavini na iskazanom povjerenju, vodstvu i korisnim savjetima tijekom izrade ovoga rada.

Sadržaj

1. Uvod 5

1.1. Pristup duševnom bolesniku kroz povijest 5

1.2. Psihijatrijske ustanove i oblici organizacije psihijatrijske službe 6

1.2.1. Psihijatrijske bolnice 6

1.2.2. Psihijatrijski odjeli 6

1.2.2.1. Organizacija rada na psihijatrijskim odjelima 7

1.2.3. Specijalizirane psihijatrijske ustanove 7

1.2.4. Dnevne psihijatrijske bolnice 8

1.2.5. Sestrinske bolnice 4

1.2.6. Izvanbolničke psihijatrijske ustanove 8

1.2.7. Prijem psihijatrijskog bolesnika 8

1.2.7.1. Redovan prijem 8

1.2.7.2. Hitan prijem 8

1.2.7.3. Prisilna hospitalizacija 9

1.2.7.3.1. Kriteriji prisilne hospitalizacije 9

1.2.7.3.2. Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u Republici Hrvatskoj ... 9

2. Cilj rada 12

3. Rasprava 13

3.1. Postupci medicinske sestre kod prijema prisilno hospitaliziranog psihijatrijskog bolesnika 13

3.2. Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika 15

3.3. Odnos sestra-bolesnik 15

3.4. Zadatci zdravstvene njege duševnih bolesnika 17

3.5. Elementi zdravstvene njege duševnog bolesnika 18

3.5.1. Održavanje osobne higijene 19

3.5.2. Briga za udobnost bolesnika, namještanje i presvlačenje kreveta 19
3.5.3. Briga o prehrani bolesnika, kontrola tjelesne težine 20
3.5.4. Podjela terapije 21
3.5.5. Kontrola fizioloških funkcija 22
3.5.6. Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja duševnog bolesnika 22
3.5.7. Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage 24
3.6. Osnove procesa zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika 25
3.7. Sestrinske dijagnoze kod prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika 26
3.7.1. Visok rizik za ozljede u/s osnovnom bolesti, uznemirenosti, agresivnosti 26
3.7.2. Anksioznost u/s osnovnom bolesti te prisilnom hospitalizacijom 27
3.7.3. Sindrom : Smanjena mogućnost brige o sebi (stupanj samostalnosti) u/s osnovnom bolesti 28
3.7.4. Smanjen unos hrane u/s osnovnom bolesti te prisilnom hospitalizacijom 29
3.7.5. Neupućenost u/s osnovnom bolesti 30
3.7.6. Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti i prisilnom hospitalizacijom 30
3.7.7. Nesanica u/s promjenom okoline i rutine 31
3.7.8. Odbijanje terapije u/s osnovnom bolesti 31
3.7.9. Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti 31
3.7.10. Visok rizik za pad u/s sedativnim učinkom psihofarmaka 32
3.7.11. Otpust bolesnika 33
4. Zaključak 34
5. Sažetak 35
6. Summary 34
7. Literatura 37
8. Životopis 38

1. Uvod

Duševni poremećaj je bolest sa psihološkim ili ponašajnim očitovanjima, povezanim s oštećenjem funkcioniranja zbog bioloških, socijalnih, psiholoških, genetskih, fizikalnih ili kemijskih smetnji. Određuje se kao odstupanje od nekog normativnog koncepta. Svaka bolest ima svoje karakteristične znakove i simptome. Ako osoba koja boluje od duševne bolesti predstavlja opasnost za sebe (suicidalnost) ili za druge (homicidnost) može ju se primiti u zdravstvenu ustanovu po postupku prisilne hospitalizacije. Pri tome je od iznimne važnosti pravilan pristup zdravstvenih djelatnika koji nastoje pomoći pri svakodnevnom funkcioniranju pojedinca i što lakšem prihvaćanju te shvaćanju bolesti i problema koje ona nosi.

1.1. Pristup duševnom bolesniku kroz povijest

Duševni bolesnici od samog početka civilizacije imaju poseban, svakako lošiji društveni status. Odnos prema duševnom bolesniku, još i danas, se sporo mijenja. Duševna bolest često pobuđuje strah u ljudi, javnost zazire od duševnog bolesnika i još uvijek postoje negativni stavovi prema psihijatriji. Te predrasude imaju raznovrsne uzroke, a temelje se uglavnom na neznanju ili na primitivnim vjerovanjima prema kojima duševni poremećaj izazivaju nadnaravne sile. U primitivnim plemenima brigu o duševnom bolesniku preuzimao je vrač. U srednjem vijeku, skrb za duševnog bolesnika bila je "povjerena" crkvi. Razvojem psihijatrije, izgradile su se ustanove za čuvanje i izoliranje bolesnika - psihijatrijski azili. To je etapa u psihijatriji koju karakterizira zaštita društva od duševnog bolesnika. Iz tog vremena datiraju i nazivi umobolnica, ludnica i sl. U tom se razdoblju skrb oko bolesnika sastojala u ograničavanju bolesnikova kretanja, u grubom odvajanju bolesnika od njegove obitelji, njegove životne sredine i društva uopće. Psihijatrijski azili provodili su trajnu izolaciju duševnih bolesnika. Bolesnik je bio lišen ljudskog dostojanstva i nije mu se pružala nikakva mogućnost odlučivanja u postupcima liječenja. Metode liječenja sastojale od fizičkog sputavanja i kažnjavanja bolesnika. Bolesnici su bili smješteni u kaveze, okovani lancima. U povijesti psihijatrije najznačajniju ulogu ima francuski psihijatar Philippe Pinel, koji je 1798. godine, u doba Francuske revolucije, oslobodio duševne bolesnike iz lanaca. Time je otvorio vrata humanijem odnosu i postupcima prema bolesniku i većem interesu za njegovu bolest. Neki ga zbog toga nazivaju ocem suvremene psihijatrije. U to vrijeme, dakako, nije bilo educiranih medicinskih sestara. U psihijatrijskim azilima postojali su čuvari čija je uloga bila

zaštita društva od duševnog bolesnika, uz ograničavanje bolesnikova kretanja. Tek kasnije, s razvojem psihijatrije, bolničari preuzimaju brigu o higijeni i prehrani takvih bolesnika. Medicinska sestra danas na psihijatrijskom odjelu nije „čuvar“ duševnog bolesnika. Ona je član terapijskog tima koji mora dobro poznavati duševni poremećaj, mogućnosti njegova liječenja i prepoznati bolesnikove potrebe koje ona s aspekta zdravstvene njege može zadovoljiti (1).

1.2. Psihijatrijske ustanove i oblici organizacije psihijatrijske službe

Sve psihijatrijske ustanove su uključene u opći plan zaštite duševnog zdravlja s ciljem: prevencije duševnih poremećaja, borbe za unapređenje duševnog zdravlja, liječenja duševnih bolesti i rehabilitacije osoba s duševnim smetnjama (1).

1.2.1. Psihijatrijske bolnice

Psihijatrijske bolnice suvremenog tipa razvile su se tek u novije vrijeme, iako su ustanove u koje su smještani duševni bolesnici zbog "čuvanja" poznate još iz davnih vremena. Formirale su se iz nekadašnjih psihijatrijskih azila. Danas, po preporuci SZO, ne bi smjele imati više od 300-400 kreveta. Uz akutne bolesnike, karakterizira ih veći ili manji broj kroničnih duševnih bolesnika koji se nalaze na dužem ili trajnom boravku. Znatan postotak u takvim bolnicama čine gerijatrijski bolesnici, odnosno duševno poremećene starije osobe. Unutar psihijatrijske bolnice stvaraju se neposredniji međuljudski odnosi i bolja terapijska atmosfera (1).

1.2.2. Psihijatrijski odjeli

Organizirani su za kraći boravak bolesnika radi dijagnosticiranja i liječenja akutnih bolesnika. Objedinjeni su s drugim granama medicine i mogu se nadopunjavati (neurološki odjel, interni odjel itd.). Dobro je organizirana suradnja s raznim oblicima parcijalne hospitalizacije i patronažnom službom. Po preporuci SZO, danas su to manji odjeli koji imaju 30, do najviše 50 kreveta (1).

1.2.2.1. Organizacija rada na psihijatrijskim odjelima

Psihijatrijski tim koji sudjeluje u liječenju duševnih bolesnika čine: liječnik psihijatar, medicinske sestre, psiholog, socijalni radnik, radni terapeut, a prema specifičnosti psihijatrijskog odjela i pedagog, defektolog, sociolog. Svaki član tima sa svog aspekta predlaže i sudjeluje u terapijskim postupcima (tzv. timska sinteza). Psihijatrijski odjel može biti organiziran na načelima terapijske zajednice. Važna je organizacija vremena tijekom dana: individualna i grupna terapija, okupacijska (radna) terapija, organizacija kulturnog i zabavnog života unutar odjela i izvan njega. Cilj takve organizacije i postupaka jest da se život na odjelu što više približi realitetu u kojem bolesnik inače živi i u koji će se vratiti.

Bolesnici se privikavaju na preuzimanje odgovornosti i inicijative za sve aktivnosti na odjelu kako bi se što lakše i učinkovitije mogli uključiti u obitelj, na radno mjesto i uopće u društvenu zajednicu, što je konačni cilj svakog psihijatrijskog liječenja. Psihijatrijske ustanove stacionarnog tipa (psihijatrijske bolnice, psihijatrijski odjeli unutar opće bolnice ili klinike), organiziraju se na način da postoje odjeli za akutne i kronične bolesnike, muški i ženski odjeli, otvoreni i zatvoreni odjeli. Otvorenost odjela omogućuje bolesnicima da ne izgube vezu s okolinom, nema ograničavanja posjeta, bolesnici odlaze vikendom kući. U zatvorenom dijelu odjela smješteni su bolesnici u akutnoj fazi bolesti, bolesnici kojima je potreban stalni nadzor ili intenzivna njega. Kod prijema na zatvoreni odjel, od bolesnika se preuzimaju i pohranjuju na čuvanje svi predmeti s kojima bi mogao ozlijediti sebe ili druge (oštri, metalni predmeti, nož, škarice, igle, žica, predmeti od stakla i sl.) i svi lijekovi. Zatvoreni dio odjela bolesnici ne smiju napustiti bez dozvole liječnika i medicinske sestre. Ukoliko bolesnikovo stanje dozvoljava kretanje van odjela, on može „imati izlaz“. Uz dozvolu psihijatra i znanje sestre na odjelu može na kraće vrijeme napustiti odjel (odlazak u dućan, na telefon) ili može imati dozvolu za izlaz, isključivo uz pratnju člana obitelji (1).

1.2.3. Specijalizirane psihijatrijske ustanove

Različite ustanove za duševno nedovoljno razvijenu djecu i mladež, ustanove za teško odgojivu djecu, specijalne ustanove za sociopate i sl (1).

1.2.4. Dnevne psihijatrijske bolnice

To je oblik parcijalne hospitalizacije. Ustanova u kojoj bolesnik ostaje tijekom dana, a navečer odlazi kući u svoju obiteljsku sredinu. U takvim ustanovama pažljivo je organiziran program liječenja: grupni rad, suradnja s obitelji, patronažnom službom i centrima za socijalni rad. Osim dnevnih bolnica, postoje i drugi oblici parcijalne hospitalizacije duševnih bolesnika, kao što su noćne i vikend bolnice (1).

1.2.5. Sestrinske bolnice

Tip bolničke ustanove koja kod nas još nije organizirana. Naglasak je na zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika, gdje je liječnik samo konzilijarni član tima. Organizirane su najčešće za kronične duševne bolesnike i starije osobe s duševnim poremećajima (1).

1.2.6. Izvanbolničke psihijatrijske ustanove

Uključuju: ambulante, savjetovališta, poliklinike, klubove liječenih bolesnika (npr. alkoholičari), telefonska služba, centri za krizna stanja, kazneno-popravni domovi i sl. (1).

1.2.7. Prijem psihijatrijskog bolesnika

Prijem psihijatrijskog bolesnika može biti redovan, hitan ili se pak može raditi o prisilnoj hospitalizaciji (1).

1.2.7.1. Redovan prijem

Kod redovnog prijema bolesnik je upućen iz ambulante, poliklinike ili savjetovališta. Bolesnik koji je upućen iz ambulante, nakon upisa u bolnicu s medicinskom sestrom i pratnjom (ako je ima) dolazi na odjel, gdje ga sestra iz ambulante predaje sestri na odjelu (1).

1.2.7.2. Hitan prijem

Kod hitnog prijema često se zaobilazi administrativna procedura upisa u bolnicu s uputnicom, te se bolesnik nakon pregleda u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti prima na odjel (1).

1.2.7.3. Prisilna hospitalizacija

Prisilna hospitalizacija regulirana je pravnim propisima (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama). Zbog prirode svoje bolesti, duševni bolesnik često nema uvid u svoje stanje, ne shvaća da je bolestan i odbija liječenje. Ukoliko on zbog svoje bolesti svojim ponašanjem ugrožava sebe, svoju okolinu ili materijalna dobra, potrebno ga je hospitalizirati protiv njegove volje (1).

1.2.7.3.1. Kriteriji prisilne hospitalizacije

Zbog prirode bolesti psihijatrijskih bolesnika i često prisutne nesposobnosti psihijatrijskih bolesnika da sami odlučuju o sebi uslijed bolesti, ova skupina bolesnika zahtijeva posebnu brigu za ljudsko dostojanstvo i prava čovjeka kao i pojačanu pravnu zaštitu. Stoga nije čudno što se često ističe da je odnos prema psihijatrijskom bolesniku mjera demokracije određenog društva. Upravo u okviru psihijatrije najviše dolazi do izražaja sukob između prava na slobodu i samoodređenje, kao temeljnih ljudskih prava, te prava na liječenje i tretman.

U cilju zaštite pacijenata, ali i samih psihijatara u obavljanju njihove dužnosti, nužno je što preciznije zakonski regulirati ovo područje. Već godinama na međunarodnoj razini zamjetna je vrlo živa aktivnost u donošenju različitih dokumenata, konvencija, rezolucija, preporuka, kojima se nastoji ustanoviti minimum prava psihijatrijskih bolesnika. Standardi zaštite osoba s duševnim smetnjama koje trebaju poštivati nacionalna zakonodavstva trebaju biti u skladu s rezolucijama koje su prihvatile Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), Vijeće Europe i Opća skupština Ujedinjenih naroda.

Većina suvremenih zakonodavstava kao temeljni kriterij za prisilnu hospitalizaciju određuje opasnost za okolinu i za samu osobu, pri čemu se u komentarima tih zakona posebno naglašava da ta opasnost mora biti aktualna i visokog intenziteta kako bi se izbjegle bilo kakve zlouporabe (2).

1.2.7.3.2. Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u Republici Hrvatskoj

Osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život, zdravlje ili sigurnost, odnosno život, zdravlje ili sigurnost

drugih osoba može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka, po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj. Ta osoba se prima u psihijatrijsku ustanovu na temelju uputnice doktora medicine koji nije zaposlen u dotičnoj psihijatrijskoj ustanovi i koji je pregledao tu osobu te napisao propisanu ispravu o tom pregledu. Doktor medicine u ispravi mora obrazložiti razloge zbog kojih smatra da je prisilni smještaj nužan. Osobu s duševnim smetnjama za koju se osnovano sumnja da može neposredno ugroziti vlastiti život ili zdravlje odnosno život ili zdravlje drugih u osobito žurnim slučajevima mogu ovlaštene službene osobe Ministarstva unutarnjih poslova dovesti u psihijatrijsku ustanovu nadležnu prema prebivalištu ili boravištu osobe odnosno prema mjestu na kojem je osoba trenutačno zatečena bez prethodnoga liječničkog pregleda. Psihijatar koji primi tu osobu obavezan je bez odgode, a najkasnije u roku od 48 sati od prijema, započeti dijagnostičke i terapijske postupke te na temelju tih postupaka utvrditi postoje li razlozi za prisilno zadržavanje. U slučaju da ne postoje, osoba se otpušta uz obrazloženje koje se mora upisati u liječničku dokumentaciju. U slučaju da postoje psihijatar donosi odluku o prisilnom zadržavanju koju upisuje u liječničku dokumentaciju te priopćava svoju odluku prisilno zadržanoj osobi i upoznaje je s razlozima i ciljevima njenog prisilnog zadržavanja te s njezinim pravima i dužnostima. Dotična psihijatrijska ustanova, najkasnije u roku od 12 sati od odluke o prisilnom zadržavanju, mora dostaviti obavijest o prisilnom zadržavanju županijskom sudu, zastupniku prisilno zadržane osobe te nadležnom centru za socijalnu skrb. Županijski sud potom donosi rješenje o pokretanju postupka po službenoj dužnosti i postavlja osobi punomoćnika iz redova odvjetnika. Sudac je dužan bez odgode, a najkasnije u roku od 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju na nadležnom sudu, prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi, obavijestiti ju o razlogu i svrsi sudskog postupka te obaviti razgovor s njom. Izvršit će uvid u medicinsku dokumentaciju te saslušati i voditelja odjela. Voditelj odjela je obavezan osigurati da prisilno zadržana osoba, ako je to moguće s obzirom na njezino zdravstveno stanje, ne bude pod liječničkim tretmanom koji bi onemogućio sudsko saslušanje. Posjetu i saslušanju prisilno zadržane osobe obavezan je prisustvovati i njen odvjetnik. Saslušanju može prisustvovati i vještak psihijatar koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba, ako to sudac smatra potrebnim. U tom slučaju sudac će saslušati i vještaka psihijatra o potrebi nastavka prisilnog zadržavanja ili otpusta zadržane osobe iz psihijatrijske ustanove. Zatim donosi rješenje o nastavku prisilnog zadržavanja. Rješenje je dužan dostaviti najkasnije u roku od 8 dana od primitka obavijesti i dokumentacije o prisilnom zadržavanju. U rješenju o prisilnom smještaju sud može odrediti prisilni smještaj osobe do trideset dana računajući od dana kojeg je psihijatar donio odluku o

prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama. Ako dotična psihijatrijska ustanova utvrdi da prisilno smještena osoba treba ostati smještena i nakon isteka trajanja prisilnog smještaja mora 7 dana prije isteka tog vremena predložiti sudu donošenje rješenja o produženju prisilnog smještaja. Sud može produžiti prisilni smještaj osobe u dotičnoj psihijatrijskoj ustanovi do 3 mjeseca od dana isteka vremena određenog rješenjem o prisilnom smještaju. Svaki daljnji prisilni smještaj potom se može produžiti rješenjem suda na vrijeme do 6 mjeseci. Rješenje se donosi po istom postupku kao i prvo rješenje o prisilnom smještaju. Prisilno smještena osoba otpušta se iz psihijatrijske ustanove nakon što prestanu razlozi zbog kojih je određen prisilni smještaj. Odluku o tome donosi predstojnik odjela ili psihijatar kojeg predstojnik za to mora ovlastiti. Dotična psihijatrijska ustanova mora bez odgađanja poslati sudu obavijest o otpustu prisilno smještene osobe (3).

Ovim Zakonom određen je čitav niz prava osoba s duševnim smetnjama (pravo na odgovarajuće liječenje; pravo na informirani pristanak; pravo na odbijanje sudjelovanja u liječničkim i znanstvenim pokusima; pravo na sudsku zaštitu; politička, socijalna, vjerska i druga prava); temeljni uvjeti i granice za primjenu prisilnih mjera; postupak sudske zaštite i nadzora svakog postupka prisilne hospitalizacije; postupak i uvjeti prijema, smještaja i otpusta osoba s duševnim smetnjama protiv kojih se vodi kazneni ili prekršajni postupak ili koje su osuđenici. Cilj je Zakona zajamčiti svakoj osobi s duševnim smetnjama temeljna prava i slobode, integritet i dostojanstvo, ali i zaštititi društvo tamo gdje je to nužno i na način koji je primjeren opasnosti osoba s duševnim smetnjama (4).

2. Cilj rada

Cilj ovog završnog rada bio je upoznati se sa specifičnošću postupka prisilne hospitalizacije te zdravstvenom njegom prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika. Glavna značajka je istaknuti važnost uloge medicinske sestre u svakom segmentu. Ona je dio medicinskog tima, usko surađuje s psihijatrom, a istodobno je samostalna u svojim odlukama i djelovanju koji su usmjereni na bolesnika i njegovo dobro.

3. Rasprava

3.1. Postupci medicinske sestre kod prijema prisilno hospitaliziranog psihijatrijskog bolesnika

Najčešći uzroci zbog kojih se osoba prisilno hospitalizira jesu prijeteće nasilništvo, suicidalno ponašanje, samoozljeđivanje te nanošenje ozljeda sebi ili drugima zbog pogrešne prosudbe ili pasivnog zanemarivanja. Ta stanja su posljedica teško poremećenog psihičkog stanja gdje bolesnik nema mogućnosti upravljanja svojom voljom i postupcima. Opća strategija u prosudbi bolesnika je zaštititi sebe, spriječiti zlo te spriječiti nanošenje zla drugima. U svrhu samozaštite korisno je da medicinska sestra sazna što je moguće više o bolesniku prije nego što se s njim susretne (5). Prisilno hospitalizirana osoba dolazi u pratnji ovlaštenih osoba Ministarstva unutarnjih poslova (3). Medicinska sestra i ostalo medicinsko osoblje trebaju biti na oprezu od mogućeg nasilja. Pri prijemu je potrebno bolesnikovu pratnju zadržati radi uzimanja heteroanamneze. Heteronamnestičke podatke uzima liječnik. Medicinska sestra također treba razgovarati s pratnjom novoprimljenog bolesnika, te od rodbine ili pratnje dobiti što više podataka o bolesniku, njegovim navikama, potrebama, ponašanju, a ujedno uznemirenoj obitelji uputiti riječi ohrabrenja i dati im informacije o posjetima, mogućnosti telefonskog razgovora s bolesnikom i sestrom na odjelu. Ako stanje bolesnika kod prijema dozvoljava, bolesnika treba okupati ili samo presvući. Bolesnika koji pruža otpor pri prijemu sestra neće prisiljavati na kupanje i presvlačenje, nego ga treba ostaviti da se privikne na novu sredinu. Sestra treba pregledati sve stvari koje je bolesnik donio sa sobom. Oštre predmete ili predmete kojima bi bolesnik mogao ozlijediti sebe ili druge, potrebno je oduzeti (nož, škarice, žileti, žica, igle, stakleni predmeti i sl.). Sve lijekove koje bolesnik ima kod sebe također mu treba oduzeti. Vrijedne stvari se pohranjuju u bolničku blagajnu. Bolesniku treba objasniti zašto to radimo. Sestra uvodi bolesnika u bolesničku sobu, a nakon toga slijedi intervju (1). Poželjno je da i druge osobe budu prisutne tijekom razgovora ili u blizini (5).

Medicinska sestra provodi intervju kako bi se mogla postaviti tzv. sestrinska dijagnoza, odnosno odrediti psihički status bolesnika:

1. Procjenjuje izgled, držanje i ponašanje bolesnika. Treba utvrditi da li je ponašanje povezano s normalnom ili promijenjenom sviješću, svrsishodno ili dezorganizirano i besciljno, predvidivo ili impulzivno, ekstravagantno ili prihvaćeno od drugih,

poticano od drugih ili je vođeno vlastitom motivacijom, je li hiperaktivno, agitirano, hipoaktivno ili normoaktivno.

2. Analizira se verbalna komunikacija tj. brzina govora, intonacija, ritam, rječitost, jakost glasa, neobični obrasci i bizarni sadržaji. Postoji li mutizam, afazija, igre riječi, rimovanje, perseveracija.

3. Analiza neverbalne komunikacije tj. brzine govora intonacije, gesta, mimike lica.

4. Procjena stanja svijesti, pažnje, mišljenja, pamćenja. Kako se kontakt uspostavlja, daje li adekvatne podatke o sebi i drugima, je li orijentiran u prostoru, vremenu, prema sebi i drugima, pitati ga o postojanju obmana osjetila, pratiti spontano ponašanje pacijenta.

5. Procjena raspoloženja i voljnih funkcija. Pretpostaviti agravaciju (preuveličavanje), simulaciju (prikazivanje lažnih simptoma) ili disimulaciju (prikrivanje simptoma).

6. Fizički status

7. Socijalni status (6)

Tijekom intervjua medicinska sestra procjenjuje bolesnika što se tiče nasilja. Ako se rizik čini visokim treba razmotriti slijedeće mogućnosti:

- Obavijestiti bolesnika da nasilje nije prihvatljivo.
- Pristupiti bolesniku na način koji nije prijeteći.
- Razuvjeriti, smiriti ili pomoći bolesniku u vezi s testiranjem realnosti.
- Primijeniti ordiniranu terapiju.
- Obavijestiti bolesnika da će se upotrijebiti tjelesno onesposobljavanje ukoliko to bude potrebno.
- Osobe (policajci) za tjelesno onesposobljavanje trebaju biti u blizini.
- Kad je bolesnik tjelesno onesposobljen treba ga uvijek pažljivo pratiti i često provjeravati vitalne znakove, a nakon smirivanja bolesnika treba odvezati (5).

3.2. Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika

1. Holistički pristup
2. Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića
3. Privatnost i dostojanstvo
4. Terapijska komunikacija
5. Bezuvjetno prihvaćanje
6. Uključivanje klijenta
7. Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi (7).

3.3. Odnos medicinska sestra - bolesnik

Hospitalizacija za duševnog bolesnika predstavlja niz psiholoških doživljaja (najčešće strah, nepovjerenje, napetost, bezvoljnost) (1).

Duševni bolesnik često zbog različitih psihopatoloških doživljavanja i oštećenja ličnosti nije kadar adekvatno testirati realitet i participirati (biti sudionik) u socijalnoj sredini. O kvaliteti interakcija s medicinskom sestrom i njenom odnosu prema bolesniku, uvelike ovisi kako će bolesnik prihvatiti bolničku sredinu. Prihvaćanjem bolničke sredine pak, bolesnik prihvaća liječenje koje mu je potrebno i time se njegov odnos prema bolesti i samom sebi mijenja u pozitivnom smjeru (1).

Na odjelu sestra i bolesnik uspostavljaju odnos koji može biti:

- terapijski - ako ima povoljan utjecaj na bolesnika i njegovo liječenje
- antiterapijski - ukoliko se negativno odražava na bolesnika i njegovo liječenje
- neutralan - ako nema ni povoljan ni negativan učinak (1).

Odnos koji sestra uspostavlja s psihijatrijskim bolesnikom trebao bi svakako biti terapijski odnos. Takav se odnos gradi tijekom boravka bolesnika u bolnici i nije neminovno unaprijed određen. Pri uspostavi odnosa sestra-bolesnik, bolesnik prema sestri može biti indiferentan, ne primjećivati ju, negirati ju, može biti konfliktan, agresivan ili pak pretjerano susretljiv i intiman. Veoma je bitno da medicinska sestra koja radi na psihijatrijskom odjelu ima pozitivan stav prema psihijatrijskom bolesniku, bez predrasuda i straha od njega. Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost u radu najvažnije su odlike sestre koja se bavi duševnim bolesnicima, pri čemu ne smije zaboravljati etički kodeks te prava psihijatrijskog bolesnika (pravo na dostojanstvo, pravo na informaciju, povjerljivost

medicinske dokumentacije i drugo). Ukoliko sestra pridaje značaj bolesniku i pokazuje poštovanje prema njemu, kod bolesnika će se razvijati osjećaj samopoštovanja i samopouzdanja što je od velike koristi za uspjeh liječenja velikog broja duševnih poremećaja. Bolesnik s psihičkim tegobama daleko je nepovjerljiviji od somatskih (tjelesnih) bolesnika, često nekritičan spram svoje bolesti. Stoga je veoma važno da sestra potiče stvaranje povjerenja kod bolesnika. Psihijatrijski bolesnik mora vjerovati da mu sestra želi pomoći u prevladavanju njegove bolesti, biti siguran u njezine dobre namjere, treba steći osjećaj pripadnosti odjelu i sredini u koju je došao. Terapijski je vrlo značajno da se bolesnik na odjelu osjeća ugodno, u prijateljskoj sredini i razumijevanju. Medicinska sestra treba stvarati ozračje u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, tolerancija i međusobno poštivanje svih članova terapijskog tima i bolesnika, te mogućnost emocionalnog i socijalnog sazrijevanja. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Kulturno se odnositi spram svakog bolesnika poštujući njegova prava i njegovu ličnost, bez obzira na psihopatološko stanje u kojem se nalazi. Sve aktivnosti moraju biti usmjerene za dobrobit bolesnika. Nužno je kontrolirati svoje emocionalne reakcije (kontratransfer), racionalno se ponašati kad bolesnik pokazuje ljutnju, mržnju, kritiku ili pak divljenje i ljubav. Medicinska sestra prihvaća bolesnika onakvog kakav on jest - sa svim svojim vrijednostima, različitostima i osobitostima, bez obzira na rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja, gospodarske i društvene prilike u kojima bolesnik živi. Sestra komunicira s bolesnikom kad god je s njim, njeguje ga, dijeli terapiju, razgovara, čak i kad ne razgovara (neverbalna komunikacija), pri čemu ona djeluje u smislu ohrabrenja bolesnika ili zadovoljavanja bolesnikovih potreba za podrškom, slušanjem, savjetom, razgovorom ili samo socijalnim kontaktom, a ne u smislu psihoterapije i tumačenja njegova ponašanja (1).

O terapijskoj komunikaciji govorimo kada pridonosi:

- usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina od strane bolesnika
- povećanju uvida bolesnika u problem i porastu samosvijesti
- porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja bolesnika u sebe i druge
- autonomiji bolesnika i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
- smanjenju anksioznosti i popravljanju raspoloženja
- otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja bolesnika
- željenoj promjeni u ponašanju bolesnika
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama.

Drugim riječima, kroz terapijsku komunikaciju djelujemo na osjećaje, misli i ponašanje bolesnika mijenjajući ih u pozitivnom smjeru (1). Treba naglasiti važnost i značaj neverbalne komunikacije medicinska sestra - psihijatrijski bolesnik, u oba smjera. Neverbalnu komunikaciju čine:

- ponašanje tijela
- mimika
- očni kontakt
- govorno ponašanje
- gestikulacije
- dodirivanje
- odijevanje
- prostorno ponašanje
- vremensko ponašanje (1).

Bolesnik vrlo dobro zapaža i prilično je osjetljiv na neverbalne poruke medicinske sestre i drugih članova terapijskog tima. Prati našu mimiku i prema njoj zaključuje kakvo je naše stvarno mišljenje o onome o čemu govorimo. Hvata pogled i najčešće voli da ga se gleda u oči. Smeta mu podignut kažiprst i bezrazložno gestikuliranje („lamatanje“) rukama. Osjetljiv je na dodir. Reagira na previše i na premalo dodira. Nekima dodira treba više, nekima manje, nekim bolesnicima u određenoj fazi bolesti to može jako smetati. Nije mu svejedno kako je medicinska sestra odjevena, koliko profesionalno nosi svoju uniformu. Psihijatrijski bolesnik može imati svoje prostorne i vremenske „zone“ u koje ne smijemo dirati. Nismo uvijek dobrodošli kada im se približavamo. S njim treba razgovarati u pravo vrijeme i u njegovom „dvorištu“ ako nam dopusti. Svaki sadržaj razgovora traži poseban kontekst i okolinu. Sve su to segmenti neverbalnog komuniciranja koji bitno utječu na ono o čemu razgovaramo i na one s kojima razgovaramo (1).

3.4. Zadatci zdravstvene njege duševnih bolesnika

Prisjetimo se definicije zdravstvene njege prema V. Henderson:

"Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije" (7).

Zdravstvena njega ima korijene u osnovnim ljudskim potrebama. Medicinska sestra pomaže pojedincu da:

1. normalno diše
2. uzima hranu i tekućinu
3. eliminira otpadne tvari
4. kreće se i zauzima odgovarajući položaj tijela (tijekom hodanja, sjedenja, ležanja i promjene položaja)
5. odmara se i spava
6. odgovarajuće se odijeva
7. održava normalnu temperaturu tijela
8. održava osobnu higijenu i njegu tijela
9. izbjegava opasnosti koje prijete iz okoline
10. komunicira s drugima radi izražavanja potreba i osjećaja
11. prakticira svoju religiju
12. obavlja svrsishodan rad
13. sudjeluje u raznim rekreativnim aktivnostima
14. uči, istražuje i zadovoljava znatiželju što pridonosi „normalnom“ razvoju (7).

Na odabir intervencija iz zdravstvene njege duševnog bolesnika utječu: psihopatološko stanje, osobine ličnosti, dob, društveni i kulturni status bolesnika, njegove tjelesne i intelektualne sposobnosti (1).

3.5. Elementi zdravstvene njege duševnog bolesnika

Zdravstvena njega duševnog bolesnika obuhvaća sve elemente osnovne zdravstvene njege i specifične zdravstvene njege. Ovdje će biti opisani oni elementi koji traže objašnjenje i dodatne postupke u zdravstvenoj njezi koji su karakteristični za duševne bolesnike:

1. Održavanje osobne higijene
2. Briga za udobnost bolesnika, namještanje i presvlačenje kreveta
3. Briga o prehrani bolesnika, kontrola tjelesne težine
4. Podjela terapije
5. Kontrola fizioloških funkcija
6. Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja duševnog bolesnika
7. Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage (1)

3.5.1. Održavanje osobne higijene

Karakteristično je za većinu duševnih bolesnika da zapuštaju vanjski izgled i zanemaruju osobnu higijenu. Razlozi za to mogu biti različiti: otuđenost od realiteta, bezvoljnost, nemoć ili neznanje. Dužnost je medicinske sestre poticati bolesnika na svakodnevno obavljanje osnovnih higijenskih potreba (tuširanje, kupanje, umivanje, češljanje, pranje zubi, presvlačenje). Strpljivo, taktično, obzirno, postepeno, ne forsirajući, pokušati angažirati bolesnika da to učini sam ili uz pomoć sestre. Ne uspijemo li odmah, pričekati i nakon nekog vremena pokušati ponovo, navečer ili drugi dan. Kod nekih bolesnika bit će potrebno da sestra provede osobnu higijenu nepokretnog bolesnika u krevetu (bolesnici u stuporu, bolesnici s psihoorganskim sindromom i sl.) (1).

3.5.2. Briga za udobnost bolesnika, namještanje i presvlačenje kreveta

Sve pokretne bolesnike treba poticati da namještaju krevete sami uz kontrolu ili prisutnost sestre. Korisno je na sastancima terapijske zajednice dogovoriti se da bolesnici sami zaduže jednog bolesnika koji će vršiti pregledavanje kreveta svih bolesnika na odjelu i ocjenjivati urednost. Takva aktivnost ima višestruku korist. Bolesniku koji je zadužen za ocjenjivanje urednosti kreveta daje osjećaj važnosti, odgovornosti i obveze, ostale bolesnike potiče na urednost, radnu naviku i osjećaj obveze, a jednima i drugima ispunjava dio slobodnog vremena (1).

Za nepokretne bolesnike brigu o udobnosti preuzima medicinska sestra. Udobnost bolesnika na bolničkom odjelu podrazumijeva osim bolesničkog kreveta i bolesničke sobe i ugodan ambijent u kojem bolesnik boravi tijekom liječenja. Fizičko okruženje koje uključuje veličinu i opremljenost prostora, raspored namještaja, osvijetljenost, boju zidova djeluje na raspoloženje bolesnika i osjećaj ugodnosti odnosno neugodnosti, pripadnosti ili ne takvom odjelu (1).

Velik je izazov za medicinsku sestru osigurati takve elemente okruženja koji će kod bolesnika izazvati pozitivne emocije i pozitivan stav prema sredini u koju je došao, te će također imati određen terapijski učinak (terapijsko okruženje) (1).

3.5.3. Briga o prehrani bolesnika, kontrola tjelesne težine

Kod mnogih duševnih bolesnika postoje kvalitativni i kvantitativni poremećaji prehrane. Neki bolesnici odbijaju uzimanje hrane uopće, te ih je potrebno hraniti umjetnim putem (nazogastričnom sondom i infuzijama). Hrana mora biti ukusna i lijepo servirana. Važna je prisutnost sestre za vrijeme uzimanja obroka jer tako može imati kontrolu koliko je bolesnik pojeo i kakvo je njegovo ponašanje za vrijeme jela i neposredno nakon uzimanja obroka (1).

Razlozi odbijanja hrane mogu biti:

- oslabljena ili izgubljena potreba za jelom
- sumanute ideje o mogućnosti trovanja hranom
- odbijanje hrane zbog osjećaja bezvrijednosti kod depresivnih bolesnika („ne zaslužuju“ hranu)
- psihomotorna usporenost
- aktivni negativizam
- pretjerana aktivnost kod maničnih bolesnika (nemaju vremena za jelo)
- nihilističke sumanute ideje (nema usta, želudac, ne može jesti) (1)

Potrebno je obratiti pažnju kod bolesnika s poremećajima hranjene (Anorexia nervosa i Bulimia nervosa) na ponašanje bolesnika neposredno nakon uzimanja obroka (izazivanje povraćanja, pojačana fizička aktivnost nakon jela, uzimanje purgativa i sl.). Mogući su i kvalitativni poremećaji u prehrani, kada bolesnik odbija samo određenu vrstu hrane (zbog različitih razloga: boje, okusa, mirisa ili „hrane koja deblja“ i sl.). Bolesnik može biti paranoidan na osobu koja dijeli hranu, na medicinsku sestru, te i to može biti razlog odbijanja hrane. Ako bolesnik odbija hranu, potrebno je uložiti mnogo truda u pokušaju da ipak nešto pojede, možda i uz pomoć sestre. U slučaju kada nije nikako moguće uvjeriti bolesnika u važnost uzimanja hrane, potrebno je uvesti nazogastričnu sondu ili prehranjivati bolesnika putem infuzije. Svaki tjedan, a po potrebi i češće vrši se kontrola tjelesne težine vaganjem bolesnika. Tjelesna težina upisuje se na temperaturnu listu. Kod bolesnika s poremećajima hranjenja, tjelesna težina mjeri se strogo precizno svaki dan, bez odjeće i obuće, prije obroka. Kod takvih bolesnika treba obratiti pažnju na eventualno pojačano uzimanje tekućine (pijenje vode) prije kontrole tjelesne težine (1).

3.5.4. Podjela terapije

Medicinska sestra dijeli terapiju duševnim bolesnicima strogo kontrolirano. Neki bolesnici rado uzimaju lijekove u velikim količinama i vrlo često, drugi ih nerado uzimaju ili potpuno odbijaju terapiju. Bolesnici mogu skupljati lijekove i iskoristiti ih u svrhu pokušaja suicida (1).

Nekoliko je osnovnih razloga zbog kojih bolesnik ne želi uzimati terapiju:

- bolesnik se subjektivno osjeća dobro, ne osjeća se bolesnim i misli da mu lijek nije potreban
- poricanje bolesti - uzimanje lijeka za bolesnika znači da je bolestan (lud), što on ne može prihvatiti te želi dokazati kako je zdrav i može bez lijekova
- neugodne nuspojave ili loša prethodna iskustva s liječenjem
- strah od lijekova
- bolesnik ne razumije razloge liječenja i način na koji lijek treba uzeti (1)

U podjelu terapije na psihijatrijskom odjelu u pravilu idu dvije sestre. Bolesnik lijek uzima pred sestrom. Ako je potrebno sestra treba prekontrolirati usnu šupljinu i otvoreno reći bolesniku da se želi uvjeriti da li je lijek stvarno progutao ili ga drži u ustima, ispod jezika. Bolesnik može lijek sakriti ili ga ispljunuti, baciti ili spremiti. Nikakve lijekove ni boce od infuzije ne smijemo ostavljati na noćnom ormariću. Sestra treba pratiti ponašanje bolesnika za vrijeme podjele terapije (izbivanje bolesnika s odjela, traženje dodatne terapije, opravdanje bolesnika da nemaju čašu ili sl.), i svoja zapažanja prenosi terapijskom timu. Također treba obratiti naročitu pažnju na kolica s terapijom, držati ih pod kontrolom oka (bolesnik može uzeti cijelu bočicu s lijekovima i odmah progutati njen sadržaj ili je pospremiti). Kod bolesnika koji iz bilo kojeg razloga odbijaju terapiju (nekritičnost prema svojoj bolesti, sumanute ideje i sl.), terapija se uvodi parenteralnim putem (i.m., i.v.). Mogu se uvesti depo preparati koji se daju u duljim vremenskim razmacima parenteralno. Liječenje psihijatrijskih bolesnika dugotrajno je ili trajno. No kada se osjećaju bolje i nemaju simptoma bolesti, bolesnici često na svoju ruku prekidaju uzimanje terapije što može dovesti do recidiva bolesti. Sestra je dužna bolesnika na to upozoriti. To se odnosi na one koji su na kućnoj njezi. Većina psihofarmaka izaziva nuspojave koje mogu za bolesnika biti više ili manje neugodne. Medicinska sestra mora poznavati nuspojave koje izazivaju pojedini psihofarmaci. Svi lijekovi pohranjuju se u za to predviđenom prostoru na odjelu koji nije dostupan bolesnicima. Prostorija i ormar s lijekovima zaključavaju se. Kolica s lijekovima ne ostavljaju se nikad bez nadzora medicinske sestre. Ovim mjerama sprječavamo moguće neželjene posljedice

nekontroliranog uzimanja lijekova od strane onih bolesnika koji su skloni trošenju većih količina pojedinih lijekova ili bolesnicima sa suicidalnim namjerama (1).

3.5.5. Kontrola fizioloških funkcija

Odnosi se na:

- kontrolu eliminacije (stolica i mokrenje). Česte su opstipacije kod bolesnika koji boluju od depresije. Posebno treba obratiti pažnju na bolesnike s psihoorganskim sindromom. Ako je potrebno, mogu se bolesniku dati dijetalna hrana, laksativi ili klizma. Mokrenje može biti poremećeno na način da bolesnik nekontrolirano mokri noću u krevet, može imati retenciju urina ili poteškoće s mokrenjem vezane uz uzimanje psihofarmakoterapije ili može biti inkontinentan (1)
- san i spavanje - često je poremećeno kod duševnih bolesnika. Bolesnici mogu patiti od nesanice, buditi se češće noću ili se buditi vrlo rano ujutro i ne mogu više zaspati (depresija).

  Prema tipu, nesanicu dijelimo na:

  a) teškoća usnivanja

  b) teškoća prosnivanja

  c) prerano buđenje

O tipu nesanice ovisi i eventualna terapija hipnoticima, kao i vrijeme u koje je potrebno dati terapiju kako bismo postigli optimalni učinak. Manični bolesnici obično spavaju vrlo malo (mogu spavati i samo 2-3 sata noću). Neki bolesnici mogu imati vrlo neugodne noćne more, te se boje zaspati. Sestra treba pratiti spavanje bolesnika i o tome obavijestiti terapijski tim (1).

3.5.6. Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja duševnog bolesnika

- vanjski izgled, držanje, ponašanje
- analiza verbalne i neverbalne komunikacije (brzina govora, fluentnost/tečnost, prisutnost bizarnih sadržaja, intonacija, ritam, pogled, mimika, gestikulacije, stereotipije)

- promatranje bolesnika s obzirom na njegove kognitivne funkcije (stanje svijesti) Razlikujemo kvalitativni poremećaj svijesti (delirij, sumračna stanja, fuge, somnabulizam) i kvantitativni poremećaj svijesti (somnolencija, sopor, koma).
- praćenje i uočavanje prominentnih psihijatrijskih simptoma: poremećaj mišljenja - formalni poremećaj mišljenja (oduzimanje misli, disocirano mišljenje, „salata od riječi“, raspad jasnoće pojmova) i sadržajni poremećaj mišljenja (sumanute misli, nerealne misli); obmane osjetila- uočavanje halucinacija kod bolesnika (vidne, slušne, tjelesne, njušne)
- procjene raspoloženja i afektivno-voljnih funkcija (hipobulija, abulija, ambivalencija, afektivna krutost, mržnja, bijes, strah, anksioznost, paratimija i paramimija)
- promatranje bolesnika s obzirom na psihomotoriku (hipokinezija, akinezija, hiperkinezija, katatoni nemir, stereotipije, manirizmi)
- uočavanje simulacije, agravacije, disimulacije. Simulacija je prikazivanje simptoma bolesti koji stvarno ne postoje (npr. bolesnik tvrdi da ima povišenu temperaturu). Simulacijom bolesnik obično nastoji postići neki cilj, npr. izbjeći otpust iz bolnice. Važno je razlikovati simulaciju od hipohondrijskih ideja - zbog kojih bolesnik doista vjeruje da je teško bolestan. Agravacija je prikazivanje simptoma težim nego što stvarno jesu. Disimulacija je prikazivanje svog stanja znatno blažim ili boljim nego što ono stvarno jest. Karakteristično je za suicidalne bolesnike da disimuliraju kako bi bili otpušteni iz bolnice i učinili suicid, ovisnici također. Paranoidni bolesnici imaju osjećaj da ih netko progoni (to može biti i medicinska sestra ili liječnik), disimuliraju kako bi „pobjegli od nekoga“, bili otpušteni iz bolnice.
- uočavanje nuspojava psihofarmakoterapije
- praćenje bolesnikova uključivanja u oblike socioterapije
- promatranje bolesnika s obzirom na njegove vitalne funkcije i eventualne somatske bolesti.
- dok pacijent spava, uočiti kakvo je disanje, je li nemiran u snu, budi li se i kada tijekom noći (neposredno nakon uspavljivanja ili u ranim jutarnjim satima), kakav je učinak noćne medikacije
- pri ustajanju: je li bolesnik naspavan, budi li se s lakoćom i započinje novi dan osvježen ili se teško razbuđuje, somnolentan je, te kakva je jutarnja osobna higijena bolesnika
- u vrijeme podjele terapije: kakav je odnos bolesnika prema uzimanju lijekova, uzima li redovito lijekove, tražiti znakove mogućih nuspojava lijekova

- u vrijeme obroka: kakav je apetit bolesnika, koliko pojede, odbija li neku vrstu hrane ili hranu uopće, koju hranu odbija, kakvo je ponašanje za vrijeme jela (mirno sjedi i pojede obrok ili šeće odjelom i jede, maniri tijekom uzimanja hrane i sl.)
- u vrijeme posjeta: obratiti pažnju na reakciju bolesnika na posjete, kakvo je njegovo ponašanje bilo prije, za vrijeme i nakon posjete. Tko posjećuje bolesnika?
- aktivnosti: koliko vremena bolesnik provodi u aktivnostima na odjelu, na radnoj i okupacijskoj terapiji na sastancima terapijske zajednice. Obratiti pažnju na njegove interese, napredak, interakcije, točnost.
- praćenje suradljivosti bolesnika u procesu liječenja: da li se bolesnik drži terapijskih uputa, pridržava li se propisanog režima liječenja i kućnog reda. (1)

Izvještaj o praćenju ponašanja i stanja bolesnika tijekom 24 sata sestra prenosi ostalim članovima terapijskog tima usmeno, a pismeno sve unosi u dnevnik praćenja bolesnika. Praćenje ponašanja psihijatrijskog bolesnika vrlo je složena i odgovorna dužnost medicinske sestre jer aktivnosti organizma koje podrazumijevaju ponašanje uključuju sve ove četiri komponente. U „normalnim“ situacijama djelovanje je najpodložnije volji. To je onaj dio ponašanja koji možemo kontrolirati. Nekontrolirano djelovanje odnosno ponašanje duševnih bolesnika zbog svoje psihopatologije također uključuje ostale tri komponente ponašanja. Primjerice, agresivno ponašanje koje bolesnik nije u stanju kontrolirati također uključuje mišljenje (zbog čega to radi), osjećanje (najčešće srdžbe, ljutnje ili straha), te fiziološke pojave koje prate agresivno djelovanje (ubrzan puls, ubrzano disanje, proširene zjenice, smanjena osjetljivost na bol i sl.) (1).

3.5.7. Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage

Za vrijeme boravka na psihijatrijskom odjelu, bolesniku se obavlja niz pretraga. Dužnost je medicinske sestre:

- bolesnika obavijestiti o potrebi pretrage
- upoznati bolesnika s vrstom pretrage i načinom na koji se obavlja
- tijekom pretrage biti uz bolesnika, pomoći mu i ohrabrivati ga ako je potrebno (1)

Bolesnici se često boje dijagnostičkih pretraga iz različitih razloga (npr. zbog sumanutih ideja da će mu liječnik „nešto ugraditi“ u dio tijela), tako da je potrebno prije pretrage pojačati terapiju. Ako pretraga nije neophodno potrebna a bolesnik je izrazito uplašen ili napet, ako je ikako moguće pretragu treba odgoditi. Prije svakog medicinsko-tehničkog zahvata kojeg

izvodi sestra (mjerenje vitalnih funkcije, parenteralna primjena terapije, vađenje krvi, kateterizacija mokraćnog mjehura, davanje klizme, uvođenje nazogastrične sonde i drugo), potrebno je bolesnika psihički pripremiti. Treba imati na umu da je svaki bolesnik (tjelesni ili duševni) manje ili više uplašen zbog zahvata koji slijedi. U slučaju psihijatrijskog bolesnika moramo imati na umu njegovo psihičko stanje i razlog njegove hospitalizacije, te vrstu pretrage ili zahvata. Svakom bolesniku treba pristupati individualno i posvetiti mu onoliko vremena koliko je dotičnom bolesniku potrebno. Sestra treba bolesniku ukratko objasniti postupak i razlog zbog kojeg se zahvat obavlja, ohrabriti ga i umiriti. Bolesniku treba pokazati razumijevanje za njegov strah, a ne omalovažavati njegove emocije. Primjer: bolesnik pokazuje strah od zahvata a sestra može reći: „Čega se bojite, pa nije to ništa…“ a pritom drži u rukama instrumente koje bolesnik nikada nije vidio. A možemo reći primjerice i ovako: „Znam da se bojite, ali ja ću učiniti sve da Vam zahvat bude što manje neugodan, osjetit ćete samo mali ubod igle.“ (1)

3.6. Osnove procesa zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika

U procesu zdravstvene njege razlikujemo četiri osnovne faze. Prva faza, utvrđivanje potreba podrazumijeva sestrinsku anamnezu i status bolesnika. Ovom fazom prepoznajemo probleme iz područja zdravstvene njege, uzroke koji dovode do njih te osobitosti koje nam omogućavaju postavljenje ciljeva i intervencija, a koje su u skladu s bolesnikovim navikama, iskustvima i očekivanjima. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja najprihvaćeniji su model za strukturiranje sestrinske anamneze.

Kada definiramo probleme provodimo planiranje sestrinske skrbi. Planiranje uključuje utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija.

Provedba je treća faza procesa sestrinske skrbi i obuhvaća validaciju plana, analizu uvjeta za njegovo provođenje i kritičku realizaciju planiranoga.

Posljednja faza je evaluacija, koja se neprestance izmjenjuje s ostalim fazama od samoga početka skrbi za pacijenta pa do njena kraja (9).

Proces zdravstvene njege se tako razlikuje u pojedinostima s obzirom na odjel. Medicinska sestra koja radi na odjelu psihijatrije prikuplja podatke o bolesniku obuhvaćajući sve podatke, ali usmjeravajući veću pažnju na pojedinosti za detalje same psihijatrijske bolesti. Svi ti podaci upotpunjeni s liječničkom obradom omogućavaju da medicinska sestra

u svome radu postavlja sestrinske dijagnoze, koje se razlikuju s obzirom na vrstu, težinu, tijek, progresiju i druge bitne činitelje.

Tako neke od dijagnoza koje možemo susresti kod prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika navodim u sljedećim poglavljima. Treba naglasiti kako te dijagnoze mogu biti aktualne i visokorizične, a za njihovo rješavanje su potrebne pomno isplanirane sestrinske intervencije.

Intervencije su usmjerene na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, edukaciju bolesnika i obitelji te sprječavanje mogućih komplikacija. Za sve ove radnje su potrebne određene vještine, kompetencije, empatija, znanje i iskustvo koje medicinska sestra mora posjedovati. S njima i uz dobru suradnju cijelog zdravstvenog tima i bolesnika se garantira uspješno liječenje i funkcioniranje pojedinca.

3.7. Sestrinske dijagnoze kod prisilno hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika

- Visok rizik za ozljede u/s sa osnovnom bolesti, uznemirenosti, agresivnosti
- Anksioznost u/s osnovnom bolesti i prisilnom hospitalizacijom
- Sindrom: Smanjena mogućnost brige o sebi u/s osnovnom bolesti
- Smanjen unos hrane u/s osnovnom bolesti i prisilnom hospitalizacijom
- Neupućenost u/s osnovnom bolesti
- Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti
- Nesanica u/s promjenom okoline i rutine
- Odbijanje terapije u/s osnovnom bolesti te prisilnom hospitalizacijom
- Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti
- Visok rizik za pad u/s sedativnim učinkom psihofarmaka (10)

3.7.1. Visok rizik za ozljede u/s osnovnom bolesti, uznemirenosti, agresivnosti

Cilj:

- Bolesnik se neće ozlijediti tijekom boravka u bolnici.

Sestrinske intervencije :

1. Obavijestiti liječnika
2. Primijeniti propisane sedative
3. Fiksirati bolesnika fiksaterima po odredbi liječnika
4. Nadzirati bolesnika kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika
5. Dokumentirati učinjeno.

3.7.2. Anksioznost u/s osnovnom bolesti te prisilnom hospitalizacijom

Cilj:

- Bolesnik će smanjiti stupanj anksioznosti tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos - bolesniku pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz bolesnika kada je to potrebno.
3. Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...).
4. Bolesnika upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
5. Educirati bolesnika o bolesti.
6. Redovito informirati bolesnika o tretmanu i planiranim postupcima.
7. Dogovoriti s bolesnikom koje informacije i kome se smiju reći.
8. Poučiti bolesnika postupcima/procedurama koje će se provoditi.
9. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika.
10. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
11. Osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.
12. Omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka.
13. Prihvatiti i poštivati bolesnikove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
14. Potaknuti bolesnika da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
15. Poticati bolesnika na izražavanje osjećaja.
16. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
17. Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede…).
18. Dokumentirati učinjeno.

3.7.3. Sindrom : Smanjena mogućnost brige o sebi u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Bolesnik će zadovoljiti svoje nutritivne potrebe svaki dan tijekom hospitalizacije.
- Bolesnik će biti čist, bez neugodnih mirisa svaki dan tijekom hospitalizacije.
- Bolesnik će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti.
- Bolesnik će biti primjereno obučen/dotjeran, biti će zadovoljan postignutim.
- Bolesnik će pokazati želju i interes za presvlačenjem odjeće / dotjerivanjem.
- Bolesnik će prihvatiti pomoć druge osobe.

Sestrinske intervencije:

1. Procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika.
2. Osigurati obroke uvijek u isto vrijeme.
3. Učiniti toaletu usne šupljine prije i poslije uzimanja obroka.
4. Smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj: visoki Fowlerov.
5. Omogućiti ritual prije obroka (molitva), ako ga bolesnika primjenjuje.
6. Osigurati mir tijekom konzumiranja obroka.
7. Osigurati hranu odgovarajuće temperature.
8. U slučaju boli primijeniti propisani analgetik 30 minuta prije hranjenja.
9. Definirati situacije kada bolesnik treba pomoć pri obavljanju osobne higijene.
10. Dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod bolesnika.
11. U dogovoru s bolesnikom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene.
12. Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi.
13. Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati bolesnika na povećanje samostalnosti.
14. Osigurati privatnost.
15. Osigurati s bolesnikom dogovorenu temperaturu vode.
16. Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena.
17. Primijeniti propisani analgetik ili druge metode ublažavanja boli 30 minuta prije obavljanja osobne higijene.
18. .Potreban pribor i pomagala staviti na dohvat ruke, te poticati bolesnika da ih koristi.

19. Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada.
20. Definirati situacije kada bolesnik treba pomoć pri obavljanju eliminacije.
21. Dogovoriti način na koji će bolesnik pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju.
22. Dogovoriti način na koji će bolesnik pozvati pomoć po završetku eliminacije.
23. Osigurati potrebna pomagala (guske, kateter, uloške, nepropusne podloge, sani kolica, noćne posude).
24. Poticati bolesnika da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima.
25. Definirati situacije kada bolesnik treba pomoć u postupcima oblačenja i dotjerivanja.
26. Poticati bolesnika da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima.
27. Primijeniti propisani analgetik ili neku drugu metodu za ublažavanje boli 30 minuta prije oblačenja/dotjerivanja.
28. Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja.
29. Osigurati sigurnu okolinu: suhi podovi, zidni držači, dobro osvjetljenje, papuče koje se ne kližu...
30. Osigurati optimalnu mikroklimu i toplu prostoriju.
31. Poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem.
32. Dokumentirati učinjeno.

3.7.4. Smanjen unos hrane u/s osnovnom bolesti te prisilnom hospitalizacijom

Cilj:

- Bolesnik će zadovoljiti nutritivne potrebe svaki dan tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti.
2. Poticati pacijenta na provođenje oralne higijene prije i poslije jela.
3. Poticati pacijenta da jede u društvu.
4. Nadzirati unos i iznos tekućina.
5. Poticati na konzumiranje manjih, a češćih obroka.
6. Osigurati dovoljno vremena za obrok.
7. Osigurati pacijentu namirnice koje voli.

8. Osigurati hranu pripremljenu sukladno pacijentovim mogućnostima žvakanja.
9. Dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka.
10. Dokumentirati učinjeno.

3.7.5. Neupućenost u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Bolesnik će biti educiran o svojoj bolesti tijekom hospitalizacije.
- Bolesnik će biti educiran o postupcima i procedurama koje će se provoditi.

Sestrinske intervencije:

1. Bolesniku pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Educirati bolesnika o njegovoj bolesti.
3. Educirati o postupcima i procedurama koje će se provoditi.
4. Educirati bolesnika o pravilnom uzimanju terapije te važnosti redovitog uzimanja.
5. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika.
6. Ukazati bolesniku na to da može voditi normalan, ispunjen život iako je bolestan, ukoliko se bude pridržavao liječničkih kontrola te redovito uzimao terapiju.
7. Dokumentirati učinjeno.

3.7.6. Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti i prisilnom hospitalizacijom

Cilj:

- Bolesnik će razviti suradljiv odnos tijekom hospitalizacije.
- Bolesnik će razvijati pozitivne odnose s drugima tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Uspostaviti profesionalno-empatijski odnos, stvoriti osjećaj povjerenja.
2. Provoditi dodatno vrijeme s bolesnikom.
3. Poticati bolesnika na izražavanje emocija.
4. Promatrati neverbalne znakove.
5. Poticati bolesnika na uspostavljanje međuljudskih odnosa.
6. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak.
7. Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba.

8. Upoznati bolesnika sa suportivnim grupama.
9. Uključiti bolesnika u grupnu terapiju.
10. Dokumentirati učinjeno.

3.7.7. Nesanica u/s promjenom okoline i rutine

Cilj:

- Bolesnik će zadovoljiti zadovoljiti svoje uobičajene potrebe za spavanjem tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Obavijestiti liječnika o nesanici.
2. Primijeniti ordiniranu terapiju.
3. Osigurati uvjete u kojima bolesnik inače spava (zamračena soba, prozračnost sobe...).
4. Dokumentirati učinjeno.

3.7.8. Odbijanje terapije u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Bolesnik će primiti terapiju u vrijeme kada je ordinirana.

Sestrinske dijagnoze:

1. Stvoriti osjećaj povjerenja kod bolesnika.
2. Educirati bolesnika o pravilnom uzimanju terapije te važnosti redovitog uzimanja.
3. Strpljivo pristupiti bolesniku, uz nagovor.
4. Osigurati dovoljno vremena.
5. Ukoliko bolesnik i dalje odbija terapiju, fiksirati ga fiksaterima.
6. Primijeniti ordiniranu terapiju.
7. Dokumentirati učinjeno.

3.7.9. Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Bolesnik neće izvršiti samoubojstvo tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Obavijestiti liječnika..
2. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
3. Provoditi kontinuirani nadzor bolesnika.
4. Stvoriti sigurnu okolinu za bolesnika (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede…).
5. Ukloniti iz prostora u kojem bolesnik boravi sve nepotrebne stvari.
6. Omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka.
7. Predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi suicidalnosti i dalje prisutni.
8. Dokumentirati učinjeno.

3.7.10. Visok rizik za pad u/s sedativnim učinkom psihofarmaka

Cilj:

- Bolesnik neće pasti tijekom boravka u bolnici.

Sestrinske intervencije:

1. Uputiti bolesnika u postojanje rizika za pad.
2. Upoznati bolesnika sa nepoznatom i novom okolinom.
3. Objasniti bolesnika korištenje sustava za pozvati pomoć.
4. Staviti zvono na dohvat ruke.
5. Postaviti bolesniku sve potrebne stvari na dohvat ruke.
6. Ukloniti prepreke iz bolesnikove okoline.
7. Postaviti krevet na razinu dogovorenu s bolesnikom.
8. Pomoći bolesniku pri kretanju do toaleta.
9. Nadzirati bolesnika pri prvom ustajanju nakon medicinsko – dijagnostičkih intervencija.
10. Podučiti bolesnika da prije ustajanja iz kreveta nekoliko minuta sjedi, a potom ustane pridržavajući se.
11. Preporučiti bolesniku prikladnu odjeću i obuću.
12. Koristiti zaštitne ograde na krevetu.
13. Podučiti bolesnika o korištenju pomagala i rukohvata.

14. Dokumentirati i prijaviti spriječeni incident.
15. Provjeriti pridržava li se bolesnik uputa.
16. Dokumentirati učinjeno.

Svaki prisilno hospitalizirani bolesnik može, ali i ne mora imati svaku od navedenih dijagnoza. Pored navedenih, bolesnici imaju i druge sestrinske dijagnoze koje karakteriziraju njihovu osnovnu bolest, npr. shizofreniju. Pristup prema svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim specifičnim potrebama i poštujući osnovna načela sestrinske skrbi.

3.7.11. Otpust bolesnika

Duljina hospitalizacije psihijatrijskog bolesnika ovisi o težini psihičkog poremećaja i o svim činiteljima koji utječu na izlječenje ili ublažavanje simptoma bolesti. Nastoji se što je moguće prije vratiti bolesnika u obiteljsku i društvenu sredinu uopće, uz uvjet da ona zadovoljava bolesnikove potrebe za sigurnošću i normalnim funkcioniranjem u toj sredini. Medicinska sestra uključena je u zdravstveni odgoj bolesnika i obitelji. Prilikom otpusta bolesnika iz bolnice, sestra mu daje potrebne upute usmeno i pismeno o redovitom uzimanju terapije bez obzira na nestanak simptoma bolesti. Bolesniku treba objasniti važnost redovitih kontrola kod svog liječnika-psihijatra. Upute se također daju i članovima obitelji, a odnose se na važnost liječničkih kontrola, redovitog uzimanja terapije, psihičke i fizičke potpore oboljelom članu obitelji, eventualno upućivanje socijalnom radniku i socijalnoj službi ili patronažnoj sestri. Bolesnik može biti upućen na dodatno liječenje u dnevnu bolnicu ili druge oblike parcijalne hospitalizacije (1).

4. Zaključak

Pitanje prisilne hospitalizacije složen je društveni fenomen koji izaziva brojne medicinske, etičke, pravne, političke pa i ekonomske probleme. Premda su problemi medicinske i pravne prirode dosada bili u prvom planu, oni etičke prirode sve više dolaze do izražaja. U posljednjih nekoliko desetljeća došlo je do znatnih promjena u shvaćanjima i stavovima društva prema osobama s duševnim smetnjama. To je dovelo i do značajnijih promjena u načinu liječenja i postupanju s takvim osobama. U Republici Hrvatskoj je donošenjem ZZODS-a (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama) uspostavljen mehanizam pravne zaštite osoba s duševnim smetnjama sukladan suvremenim medicinskim znanstvenim spoznajama i dokumentima o zaštiti ljudskih prava.

Pri prijemu prisilno hospitaliziranog psihijatrijskog bolesnika te njegovom daljnjem boravku u bolnici važnu ulogu ima medicinska sestra. Ona svojim znanjem, vještinama i kvalifikacijama omogućava holistički pristup bolesniku tijekom hospitalizacije i rješava probleme iz područja zdravstvene njege. Kroz svoje sestrinske intervencije ona ima ulogu u dijagnostici, liječenju i prevenciji bolesti.

Smatram kako je potrebno potaknuti veću informiranost društva o duševnim bolestima te problemima s kojima se duševni bolesnik nosi kako bi se smanjile stigmatizacija i predrasude koje, nažalost, još i danas postoje. Također bi se trebala potaknuti veća informiranost društva i o pitanju prisilne hospitalizacije. Važnu ulogu u tom aspektu ima i medicinska sestra koja svojim djelovanjem omogućava uspješniji i kvalitetniji život osoba s psihijatrijskim bolestima, od trenutka kada se bolesnik mora suočiti s dijagnozom pa sve do otpusta iz zdravstvene ustanove kada je tu da uputi i savjetuje o novom načinu života.

5. Sažetak

Duševni poremećaj je bolest sa psihološkim ili ponašajnim očitovanjima, povezanim s oštećenjem funkcioniranja zbog bioloških, socijalnih, psihoških, genetskih, fizikalnih te kemijskih smetnji. Određuje se kao odstupanje od nekog normativnog koncepta. Duševni su bolesnici od samog početka civilizacije imali poseban, svakako lošiji društveni status. Odnos prema duševnom bolesniku još i danas se sporo mijenja. Duševna bolest često pobuđuje strah u ljudi, javnost zazire od duševnog bolesnika i još uvijek postoje negativni stavovi prema psihijatriji.

Duševni bolesnik često nema uvid u svoje stanje. On ne shvaća da je bolestan i odbija liječenje. Ukoliko je zbog svoje bolesti opasan za sebe ili okolinu potrebno ga je hospitalizirati protiv njegove volje. Prisilna hospitalizacija regulirana je pravnim propisima (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama).

Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika prelazi okvire jednostavnih praktičnih vještina. Medicinska sestra je uključena u opći program unapređenja duševnog zdravlja. Ona pomaže pojedincu u razvijanju zdravih stilova življenja, suprotstavljanju stresu i frustracijama, razvijanju samopoštovanja i samopouzdanja, zdravstveno-odgojno djeluje u cilju prevencije duševnih poremećaja, aktivno sudjeluje u procesu cjelovitog i učinkovitog liječenja (koje se ne može zamisliti bez adekvatne zdravstvene njege) te pomaže u otklanjanju posljedica duševnih bolesti i što potpunijeg oporavka.

6. Summary

Mental disorder is a disease with psychological or behavioral manifestations associated with impaired functioning due to biological, social, psychological, genetic, physical and chemical interference. It is defined as a deviation from a normative concept. Mental patients from the beginning of civilization had a special, certainly inferior social status. The attitude towards mentally ill person is still slowly changing. Mental illness often arouses fear in people, public aversion to the mentally ill and there are still negative attitudes toward psychiatry.

Mental patient often has no insight into his condition. He does not realize that he is ill and he refuses the treatment. If the mental patient is dangerous to himself or to the environment because of his illness, he needs to be hospitalized against his will. Compulsory hospitalization is regulated by legislation (Protection law of Persons with Mental Disorders).

Health care of psychiatric patients go beyond simple practical skills. The nurse is included in the general program for the improvement of mental health. She helps the individual to develop healthy lifestyles, countering stress and frustration, developing self-esteem and self-confidence, she actively participates in educational work for the prevention of mental disorders, she is actively involved in the process of a complete and effective treatment (which can not be imagined without adequate health care) and assists the elimination of the consequences of mental illness and full recovery.

7. Literatura

1. Škola za medicinske sestre Milinarska. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika. Zagreb. https://www.google.hr/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1VQGG_enHR557HR558&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=odnos+prema+psihijatrijskom+bolesniku
2. Goreta M, Jukić V, Turković K, Psihijatrija i zakon. Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1998.
3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb, NN 11/97.
4. Turković K, Dika M, Goreta M, Đurđević Z. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i prilozima. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Psihijatrijska bolnica Vrapče. Zagreb, 2001.
5. Kaplan H, Sadock B. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko, 1998.
6. http://psihijatrija.blogspot.com/2011/10/sestrinska-skrb-na-psihijatrijskom.html
7. https://www.google.hr/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1VQGG_enHR557HR558&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=na%C4%8Dela%20zdravstvene%20njege%20psihijatrijskog%20bolesnika
8. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege, Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1994.
9. Fučkar G, Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1992.

8. Životopis

Osobni podaci

Ime i prezime: Marija Spajić

Datum i mjesto rođenja: 18.06.1993.

Adresa: Put kroz Meterize 41, 22000 Šibenik

Mobitel: 095/829/4734

E-mail: marijaspajic6@gmail.com

Obrazovanje

2000.-2004.g. Osnovna škola Petra Krešimira IV, Šibenik

2000.-2005.g. Osnovna škola, Sovići, BiH

2008-2012.g. Opća gimnazija, Imotski

2012-2015.g Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija, Sveučilišta u Splitu; Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva

Vještine

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu.

Strani jezici: Engleski jezik aktivno koristi.

Talijanski jezik pasivno koristi.