

Sestrinska skrb hitnog psihijatrijskog bolesnika u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći

Radman, Anđela

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:578447>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-10**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Andela Radman

**SESTRINSKA SKRB HITNOG PSIHIJATRIJSKOG
BOLESNIKA U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ
MEDICINSKOJ POMOĆI**

Završni rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Anđela Radman

**SESTRINSKA SKRB HITNOG PSIHIJATRIJSKOG
BOLESNIKA U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ
MEDICINSKOJ POMOĆI**

**NURSING CARE OF EMERGENCY PSYCHIATRIC
PATIENTS IN OUT-HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL
CARE**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentorica:

Anela Elezović, mag. med. techn.

Split, 2023.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Anela Elezović, mag. med. techn.

SESTRINSKA SKRB HITNOG PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ POMOĆI

Andela Radman, 0346010558

Sažetak:

Cilj istraživanja: analizirati sestrinsku skrb za hitnog psihijatrijskog bolesnika, pri čemu je naglasak na sestrinskoj skrbi za te bolesnike u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći.

Rasprava: Hitna psihijatrijska stanja jesu akutni poremećaji raspoloženja, mišljenja, ponašanja ili socijalnih odnosa koja zahtijevaju hitnu intervenciju jer ugrožavaju bolesnikov život ili predstavljaju opasnost za njegovu okolinu, kao što su suicidalnost, psihomotorni nemir i agresivnost, delirij, akutna anksiozna stanja, akutna psihotična reakcija, akutni afektivni poremećaji, akutna intoksikacija alkoholom i/ili psihoaktivnim tvarima te neke nuspojave određenih lijekova. Medicinska sestra/medicinski tehničar kao dio tima izvanbolničke hitne medicinske pomoći u timu s liječnikom ili bez liječnika procjenjuje bolesnikovo zdravstveno stanje na mjestu intervencije, postavlja sestrinske dijagnoze te intervenira u skladu sa svojim iskustvom i ovlastima. Kako bi uspostavila efikasnu komunikaciju s bolesnikom kojeg je nužno hitno hospitalizirati medicinska sestra/medicinski tehničar koristi razne tehnike, a prema potrebi ordinira i terapiju kako bi se bolesnik umirio, nakon čega se bolesnik prevozi u bolničku ustanovu na liječenje.

Zaključak: Medicinska sestra/medicinski tehničar ima zahtjevnu i odgovornu ulogu kao član tima izvanbolničke hitne medicinske pomoći u intervencijama vezanima za hitna psihijatrijska stanja te zbrinjavaju hitnih psihijatrijskih bolesnika.

Ključne riječi: hitna stanja; psihijatrija; medicinska sestra/medicinski tehničar; izvanbolnička hitna medicinska pomoć

Rad sadrži: 48 stranice, 1 sliku, 4 tablice, 2 priloga, 70 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR'S THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
University Undergraduate Study of Nursing

Scientific area: Biomedicine and healthcare
Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Anela Elezović, mag. med. techn.

NURSING CARE OF EMERGENCY PSYCHIATRIC PATIENTS IN OUT-HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL CARE

Anđela Radman, 0346010558

Summary:

Objectives: To analyze nursing care for emergency psychiatric patients, with the emphasis on nursing care for these patients in outpatient emergency medical care.

Discussion: Emergency psychiatric conditions are acute disorders of mood, thinking, behavior or social relations that require immediate intervention because they endanger the patient's life or pose a danger to his environment, such as suicidality, psychomotor restlessness and aggressiveness, delirium, acute anxiety states, acute psychotic reaction, acute affective disorders, acute intoxication with alcohol and/or psychoactive substances and some side effects of certain drugs. The nurse/medical technician, as part of the outpatient emergency medical care team, in a team with or without a doctor, assesses the patient's health condition at the point of intervention, makes nursing diagnoses and intervenes in accordance with his experience and powers. In order to establish effective communication with the patient who needs to be hospitalized urgently, the nurse/medical technician uses various techniques and, if necessary, prescribes therapy to calm the patient down, after which the patient is transported to a hospital for treatment.

Conclusion: The nurse/medical technician has a demanding and responsible role as a member of the outpatient emergency medical care team in interventions related to urgent psychiatric conditions and care for emergency psychiatric patients.

Keywords: emergencies; psychiatry; nurse/medical technician; outpatient emergency medical care

Thesis contains: 48 pages, 1 figure, 4 tables, 2 supplements, 70 references

Original in: Croatian

ZAHVALA

Jedno veliko hvala mentorici Aneli Elezović, mag. med. techn. na kolegijalnosti i suradnji. Od srca zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima...svim tim predivnim ljudima što su na razne načine bili uz mene i vjerovali u mene kada to ni sama nisam! Hvala vam!

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA	1
1.2. POREMEĆAJI SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA	2
1.3. KATEGORIJE PSIHIJATRIJSKIH STANJA	3
1.4. ANALIZA HITNIH PSIHIJATRIJSKIH STANJA	4
1.4.1. Suicidalno ponašanje	5
1.4.2. Psihomotorni nemir i agresivnost (agitacija)	9
1.4.3. Delirij	11
1.4.3.1. Alkoholni delirij.....	11
1.4.3.2. Atropinski delirij.....	12
1.4.4. Akutna anksiozna stanja	13
1.4.5. Akutna psihotična reakcija	14
1.4.6. Akutni afektivni poremećaji	15
1.4.7. Akutna intoksikacija alkoholom	15
1.4.8. Akutne intoksikacije psihoaktivnim tvarima	16
1.4.8.1. Intoksikacija opioidima	17
1.4.8.2. Intoksikacija kokainom.....	18
1.4.8.3. Intoksikacija kanabinoidima.....	19
1.4.9. Nuspojave lijekova	20
2. CILJ RADA	23
3. RASPRAVA	24
3.1. ORGANIZACIJA HITNE MEDICINSKE SLUŽBE	24
3.2. TIMOVI IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SLUŽBE	26
3.3. SESTRINSKA SKRB HITNOG PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ POMOĆI	27
3.3.1. Procjena zdravstvenog stanja i funkcioniranja	27

3.3.1.1. Fizički status	28
3.3.1.2. Vitalno-fiziološki status.....	28
3.3.1.3. Psihički status	28
3.3.2. Procjena ljudskih potreba.....	29
3.3.3. Sestrinske dijagnoze i intervencije	31
3.3.3.1. Agresivnost i visoki rizik za nasilno ponašanje.....	32
3.3.3.2. Suicidalnost u/s beznadom.....	33
3.3.3.3. Anksioznost	34
3.3.3.4. Promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja	35
3.3.4. Odnos medicinske sestre/medicinskog tehničara i bolesnika	36
3.3.5. Psihološka njega.....	37
4. ZAKLJUČAK.....	39
5. LITERATURA	40
5. ŽIVOTOPIS.....	46
PRILOZI	47
Popis slika.....	47
Popis tablica	48

1. UVOD

Prije nego bude riječi o sestrinskoj skrbi u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći za bolesnike kod kojih se sumnja na dijagnozu hitnog psihijatrijskog stanja nužno je analizirati anatomiju i fiziologiju središnjeg živčanog sustava, odrediti poremećaje središnjeg živčanog sustava i kategorije psihijatrijskih stanja te analizirati koja su stanja u psihijatriji hitna.

1.1. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA

Živčani sustav može se odrediti kao mreža specifičnih stanica, točnije neurona i glija stanica koje šalju, prenose i primaju informacije koje se odnose na organizam i na njegovu okolinu. Obradom određenih informacija živčani sustav utječe na reagiranje u drugim dijelovima tijela.

Postoje razni kriteriji podjele živčanog sustava. U nekim se podjelama naglašavaju strukturni momenti, odnosno građa živčanog sustava (njegova anatomija), a u drugima se polazi od funkcije pojedinih dijelova živčanog sustava. Međutim, u svim podjelama živčanog sustava zajednička je podjela na periferni i središnji živčani sustav. Dok središnji živčani sustav obuhvaća mozak, kralježničnu (leđnu) moždinu, periferni živčani sustav uključuje sve živce (12 pari moždanih živaca te 31 par moždinskih živaca) i manje nakupine živčanih stanica (ganglije) koji se nalaze izvan središnjeg živčanog sustava i koji su povezani s mozgom i leđnom moždinom tako da ili odlaze prema organima ili dolaze od organa u središnji živčani sustav (1). Ta dva sustava zajedno upravljaju svjesnim zapažanjima, voljnim pokretima te implementiranjem informacija. Prema tome, živčani sustav ima ključnu ulogu u kontroli pojedinčeva ponašanja. Međutim, upravo središnji živčani sustav predstavlja najsloženiji oblik strukturiranja žive materije. Taj sustav preuzima sve podražaje koji djeluju

na organizam te ih usmjerava u odgovarajuće strukture u kojima se procesira podražajni sadržaj, oblikuju paterni odgovora, određuju putovi širenja živčanih impulsa od središta podražaja, od kretanja, prerade hrane, disanja, cirkulacije krvi, razmjene tvari, do složenoga, individualno specifičnog ponašanja u komunikaciji i interakciji s trajno promjenjivom okolinom (2). Mozak koji je u centru središnjeg živčanog sustava dijeli se na veliki i mali mozak te na moždano deblo. Veliki mozak ispunjava prednju, srednju i gornji dio stražnje lubanjske udubine, dok se mali mozak uz moždano deblo nalazi u donjem dijelu stražnje lubanjske udubine. Leđna moždina, pak, nepotpuno ispunjava kralježnični kanal. Funkcionalno su svi ti dijelovi mozga međusobno povezani te su s leđnom moždinom povezani u jednu cjelinu (1). Prema tome, središnji živčani sustav sastoji se od leđne moždine i produžene moždine, mosta, maloga mozga, srednjeg mozga, međumozga i hemisfere velikog mozga (2).

1.2. POREMEĆAJI SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA

Poremećaji središnjeg živčanog sustava obuhvaćaju skupinu poremećaja s neurološkim i psihijatrijskim entitetima. Riječ je o poremećajima koje često karakteriziraju nemjerljivi i neopipljivi simptomi, posebno kada je riječ o psihičkim bolestima, ali mehanizam njihova nastanka još uvijek nije dovoljno objašnjen. Naime, etiologija tih poremećaja pretežno je multifaktorska, što znači da na njihov nastanak utječe više čimbenika, odnosno da je razvoj tih poremećaja uzrokovan kombinacijom genetike, organskog oboljenja, čimbenika iz okoliša, fizičkih i kemijskih utjecaja itd. (3).

Psihička bolest jest „poremećaj na planu doživljavanja i/ili ponašanja, funkcionalnog ili organskog porijekla, koji zahtijeva psihijatrijsku intervenciju, a najčešće i hospitalizaciju“ (3). Prema tome, riječ je o poremećaju moždane funkcije koji utječe na pojedinčeve psihičke funkcije ili njegovu sposobnost učinkovite komunikacije s okolinom. U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V) mentalni poremećaj određuje se kao „sindrom karakteriziran klinički značajnom smetnjom u pojedinčevoj kogniciji, regulaciji emocija ili ponašanju koje odražava nefunkcioniranje u

psihološkim, biološkim ili razvojnim procesima na kojima se temelji mentalno funkcioniranje. Mentalni poremećaji su uobičajeno povezani sa značajnim neprilikama ili nesposobnošću u društvenim, poslovnim ili drugim važnim aktivnostima. Očekivana ili kulturalno prihvatljiva reakcija na česti stresor ili gubitak, poput smrti voljene osobe, nije mentalni poremećaj. Socijalno devijantno ponašanje (npr. političko, religiozno ili seksualno) i konflikti koji su primarno između pojedinca i društva nisu mentalni poremećaji, osim ako devijantnost ili konflikt ne proizlaze iz disfunkcije pojedinca, kako je opisano ranije“ (4). To znači da se psihički poremećaji definiraju i prema socijalnom kontekstu u kojem se nalazi pojedinac kojem je dijagnosticiran taj poremećaj. Psihičke bolesti obuhvaćaju endogene psihoze (psihička bolest nema nekog jasnog i vidljivog organskog razloga), simptomatske psihoze (razlog za razvoj psihičke bolesti jest određena organska bolest, pa je psihička bolest samo simptom organske bolesti), reaktivne psihoze (uzrok psihičke bolesti je teži oblik pretrpljenog stresnog događaja, što znači da je psihička bolest posljedica snažne ili odgođene neprijatnosti (3). U skladu s Međunarodnom klasifikacijom bolesti i srodnih zdravstvenih problema psihički poremećaji i bolesti obuhvaćaju duševne poremećaje, shizofreniju te shizotipne i sumanute poremećaje, afektivne poremećaje, poremećaje vezane za stres i somatoformne poremećaje, bihevioralne sindrome, poremećaje ličnosti i ponašanja kod odraslih osoba, duševnu zaostalost, poremećaje psihološkog razvoja, poremećaje u ponašanju kod djece i mladih te nespecificirane psihičke poremećaje (5).

1.3. KATEGORIJE PSIHIJATRIJSKIH STANJA

Hitna stanja u psihijatriji odnose se na akutne poremećaje raspoloženja, mišljenja, ponašanja ili socijalnih odnosa koja traže hitnu intervenciju jer neposredno ugrožavaju bolesnikov biološki integritet, odnosno negativnu utječu na njegovu psihosocijalnu inteligenciju te su opasna za samog bolesnika ili njegovu okolinu. Ta stanja zahtijevaju neprestano praćenje bolesnika te mogućnost njegova tjelesnog sputavanja i odvajanja (6). Naime, neki psihijatrijski poremećaji ili bolesti zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju jer pojedinci u određenim psihijatrijskim stanjima predstavljaju opasnost za sebe i druge osobe

ili im je u takvom stanju ugrožen život. Neki autori razlikuju sljedeće tri kategorije hitnih stanja (7):

- Nulta kategorija hitnosti – obuhvaća ona stanja za koja je nužna neodgodiva psihijatrijska intervencija i za koja je obično potrebna hitna hospitalizacija, poput prijetjećeg ili nasilnog ponašanja, prijetnji samoubojstvom, prijetjećeg ili razvijenog delirija, toksičnosti lijekova ili aktualno nastale ozbiljne nuspojave lijekova.
- Prva kategorija hitnosti – riječ je o stanjima koja zahtijevaju pojačanu medicinsku skrb, ali koja ne zahtijevaju nužno hospitalizaciju bolesnika, kao što su suicidalno-homicidalni rizik ili izraženo bizarno ponašanje, razne intoksikacije te akutne agitacije.
- Druga kategorija hitnosti – odnosi se na stanja za koja nije potrebna neodgodiva intervencija, kao ni hospitalizacija, kao što su situacijske krize i reaktivna stanja, umjereno izražena anksiozna stanja te sva ostala potencijalno opasna stanja koja mogu uzrokovati razne komplikacije.

1.4. ANALIZA HITNIH PSIHIJATRIJSKIH STANJA

U hitna stanja u psihijatriji ubrajaju se (6):

- suicidalno ponašanje
- psihomotorni nemir i agresivnost (agitacija)
- delirij
- akutna anksiozna stanja
- akutna psihotična reakcija
- akutni afektivni poremećaji
- akutna intoksikacija alkoholom
- akutne intoksikacije psihoaktivnim tvarima
- nuspojave lijekova.

„Razlog za hitno bolničko liječenje na psihijatriji svakako su agresivno ponašanje sa psihomotornim nemirom i suicidalne misli i ponašanje. Sva ostala stanja relativna su indikacija za bolničko zbrinjavanje, ali ne nužno na psihijatriji. Sve intoksikacije, kao i maligni neuroleptički sindrom, indikacija su za opservaciju ili bolničko liječenje na internističkim odjelima ili u jedinicama intenzivne skrbi“ (6).

1.4.1. Suicidalno ponašanje

Za samoubojstvo se koristi više naziva u različitoj literaturi. Tako se u stručnoj psihijatrijskoj literaturi koristi naziv *suicid*, ali je *samoubojstvo* termin koji je u duhu hrvatskoga jezika. Samoubojstvo dolazi od latinskih riječi *sui*, što znači „sebe“ i *occidere*, što znači „ubiti“. Prema tome, samoubojstvo znači ubojstvo samoga sebe (8). Pokušaj samoubojstva ili parasuicid je, pak, čin, koji je mogao dovesti do smrti, ali nije (7). Suicidalnost se, pak, u psihijatrijskom smislu riječi određuje kao simptom (poremećaja) koji se manifestira u mogućnosti vršenja radnji koje mogu dovesti do samoubojstva ili pokušaja samoubojstva, ali i sama želja za smrću (8). Dakle, kako i sama riječ govori, samoubojstvo je čin kojim neka osoba samu sebe ubije, a pokušaj samoubojstva je pokušaj osobe da sama sebi oduzme život, dok je suicidalnost pojava misli i želje za samoubojstvom.

„Suvremene klasifikacije MKB-10 i DSM-5 ne specificiraju dijagnostičke kriterije za suicid kao zasebnu dijagnostičku kategoriju, nego suicidalna promišljanja, ponašanja i postupke označuju kao modifikatore ili komplikacije određenih duševnih poremećaja“ (9). Razlikuje se aktivna i pasivna suicidalnost. Aktivna suicidalnost je ona suicidalnost koja se misaono i/ili verbalno ili pak u snovima ostvaruje, a pasivna znači provođenje postupnog samouništenja bez nužne svijesti o suicidalnoj namjeri. Primjer za pasivnu suicidalnost je razvijanje ovisnosti (8).

Svake godine oko 703 000 ljudi u svijetu počini samoubojstvo. Udio samoubojstava u ukupnom broju umrlih 2019. godine u svijetu iznosio je 1,3 % (10). Na svako samoubojstvo vjerojatno dolazi 20 drugih ljudi koji pokušavaju samoubojstvo, a mnogo ih više ozbiljno

razmišlja o samoubojstvu (11). Istraživanja predviđaju da će se učestalost samoubojstava do 2075. godine povećati za 75 % (12).

Pokazalo se da je u 2019. godini stopa samoubojstava na svjetskoj razini iznosila 9,1 na 100 000 stanovnika, a na europskoj razini 10,5 na 100 000 stanovnika. Najvišu stopu samoubojstava na 100 000 stanovnika u 2019. godini imale su neke afričke države. Među razvijenim državama najviše stope samoubojstava 2019. godine zabilježene su u Rusiji (26,6), Litvi (20,2), Urugvaju (18,8) i Ukrajini (17,7), pa se može zaključiti da među europskim državama po stopi samoubojstava prednjače države bivšeg SSSR-a. Iste su godine najnižu stopu samoubojstava na svijetu imale države poput Venezuele (2,1), Jordana (2,0), Grenade (0,6) i Barbadosa (0,3). Među europskim državama najnižu stopu samoubojstava imaju mediteranske zemlje, odnosno Italija (4,3), Grčka (3,6) i Cipar (3,2)(13). Iako se samoubojstva događaju u svim regijama, više od tri četvrtine, točnije 77 % samoubojstava u svijetu se 2019. godine dogodilo u državama s niskim i srednjim dohotkom. Međutim, najviša dobno standardizirana stopa samoubojstava (10,9 na 100 000) je u državama s visokim dohotkom. Ipak, treba napomenuti da je u dvadesetak država samoubojstvo protuzakonito i da osobe koje se upuštaju u samoubojstvo mogu biti kažnjene u nekim državama koje slijede šerijatski zakon, uključujući zakonske kazne koje se kreću od male novčane kazne ili kratke zatvorske kazne do doživotnog zatvora (10).

Važnu ulogu u suicidalnom ponašanju ima spol. Naime, muškarci češće počinu samoubojstvo od žena (i taj omjer varira od države do države, oko 2, 2,5: 1), iako žene češće pokušavaju počinuti samoubojstvo. Razlog zašto muškarci više uspijevaju počinuti samoubojstvo je u tome što muškarci češće koriste vatreno oružje ili kao način samoubojstva odaberu vješanje, a žene lijekove, rezanje žila itd. Za razliku od muškaraca, žene češće traže pomoć i time izbjegavaju stanje socijalne izolacije, koje može izazvati samoubojstvo (12). Najčešće samoubojstvo počinu osobe srednje životne dobi, i to u rasponu od 45 do 59 godina (14). Otprilike jedna petina (20 %) svih samoubojstava rezultat je gutanja pesticida, osobito u ruralnim poljoprivrednim sredinama. Vješanje i vatreno oružje također su česte metode samoubojstva (10).

Visoki rizični faktori za samoubojstvo jesu sljedeći (8):

- suicidalne namjere – one namjere koje se mogu javiti u obliku izražavanja suicidalnih misli, planova, kao preokupiranost u razmišljanjima o smrti i umiranju, odbacivanje pozitivnih stimulansa
- psihijatrijski faktori – označavaju skupinu podataka o tretmanu kod psihijatra
- psihosocijalni faktori – skupina faktora prema kojima postoji veći rizik za samoubojstvo kod osoba koje žive same, koje su nezaposlene, kod osoba s interpersonalnim problemima, socijalno izoliranih osoba, osoba koje su traumatizirane životnim problemima
- depresivni simptomi – manifestiraju se kao promjene u prehrani, spavanju, osjećaj bespomoćnosti i potištenosti
- loš *self koncept* – „obuhvaća osjećaj krivnje i srama, osjećaj bezvrijednosti, nesigurnost, negativna razmišljanja o sebi“
- karakteristična razmišljanja – razmišljanje je ograničeno samo na sadašnjost, način razmišljanja je crno-bijeli, ciljevi su kratkotrajni, smanjena je mogućnost kreativnog rješavanja problema, a ponašanje je impulzivno
- nerealna očekivanja – ako osoba ima visoka očekivanja, s ne može ih ostvariti raste mogućnost da takva osoba počini samoubojstvo
- razorena obitelj – vrlo često dovodi do suicidalnosti pojedinih članova obitelji, posebno djece.

Poredoš Lavor i suradnici ističu da motivi za samoubojstvo mogu biti različiti: pokušaj traženja pomoći, pokušaj bijega iz bezizlazne situacije, pokušaj olakšanja psihičke boli, pokušaj olakšanja teškoća drugima itd. (14).

Iako je veza između samoubojstva i mentalnih poremećaja (osobito depresije i poremećaja ovisnosti o alkoholu) dobro utvrđena u zemljama s visokim dohotkom, mnoga se samoubojstva događaju impulzivno u trenucima krize s padom sposobnosti suočavanja sa životnim stresovima, poput financijskih problema, prekida veze ili kronične boli i bolesti. Osim toga, doživljaj sukoba, katastrofe, nasilja, zlostavljanja ili gubitka i osjećaj izoliranosti snažno su povezani sa suicidalnim ponašanjem. Stope samoubojstava također su visoke među ranjivim skupinama koje su izložene diskriminaciji, poput izbjeglica i migranata, autohtonih

naroda, pripadnika seksualnih manjina, transrodnim i nebinarnim osobama i među zatvorenicima. Daleko najjači čimbenik rizika za samoubojstvo jest prethodni pokušaj samoubojstva (15).

Nadalje, određena istraživanja su pokazala da ne počine samo samoubojstvo one osobe kod kojih su postojali rizični čimbenici, nego i one osobe čiji su razlozi za samoubojstvo za okolinu sasvim trivijalni, ali ne i za one osobe koje su se odlučile za takav čin (16). Osim toga, pojedinci mogu melodramatično prijetiti da će izvršiti samoubojstvo iako je u takvim slučajevima riječ o pozivu okolini da pomogne, a ne o stvarnoj želji da se oduzme vlastiti život. Međutim, upravo stoga što je riječ o pozivu u pomoć takve se prijetnje trebaju shvatiti ozbiljno (17).

S druge strane, postoje i čimbenici koji umanjuju rizik od suicidalnog ponašanja, a to su sklad u obiteljskom životu, neprisutnost mentalnog poremećaja, odsutnost samoubojstava u obiteljskoj anamnezi, psihijatrijski hereditet, religioznost, stalan posao te ekonomska neovisnost (17).

Prema tome, vidljivo je da je i unatoč definiranju rizičnih čimbenika za samoubojstvo teško predvidjeti tu pojavu, odnosno da je ta pojava izrazito složena. Nijedan čimbenik rizika za samoubojstvo nema apsolutnu prediktivnu vrijednost, već se sklonost samoubojstvu pokušava objasniti međudjelovanjem raznih rizičnih čimbenika. Stoga su Mann i suradnici predložili eksplanatorni model samoubojstava koji uključuje distalne i proksimalne čimbenike rizika koji zajedno djeluju kao precipatori i povisuju rizik od suicidalnog ponašanja. Pritom distalni rizični čimbenici obuhvaćaju „genetske, razvojne, osobne, obiteljske čimbenike kao što su traume u djetinjstvu, pozitivni obiteljski hereditet i impulzivno-agresivne osobine ličnosti“, a proksimalni „životne događaje, stres i psihijatrijske poremećaje uključujući zlouporabu alkohola i drugih psihoaktivnih tvari“ (9).

Samoubojstvo je na razini Republike Hrvatske značajan javnozdravstveni problem. U 2019. godini stopa samoubojstava u Republici Hrvatskoj iznosila je 11,0 na 100 000 stanovnika, što je više u usporedbi s podacima na globalnoj (9,1) i na europskoj razini (10,5)(13). Najčešći način izvršenja samoubojstava u Republici Hrvatskoj među muškarcima i ženama jest vješanje, što je razlika u odnosu na neke razvijenije države, primjerice SAD gdje se samoubojstva najčešće izvršavaju vatrenim oružjem (19).

U kontaktu sa suicidalnim bolesnicima nužno je identificirati psihopatološka stanja koja su obično u pozadini suicidalnog ponašanja te uključiti bolesnika u adekvatne tretmane (1). Suicidalnost je hitno psihijatrijsko stanje koje se najčešće manifestira u nepsihijatrijskoj sredini, poput ordinacija obiteljskog liječnika, pa je nužno intervenirati što prije kako bi se spriječilo samoubojstvo (19). Osim toga, mentalni poremećaji često ostaju nedijagnosticirani, pa se te osobe, posebno one starije životne dobi, ne susreću sa specijalistima psihijatrije koji bi kod tih bolesnika mogli prepoznati i suicidalno ponašanje. Upravo stoga takve probleme mogu prvo uočiti liječnici obiteljske medicine (20). Pri procjeni suicidalnog ponašanja nužno je procijeniti rizik za samoubojstvo, postaviti kliničku dijagnozu, isključiti prisutnost tjelesnih bolesti koje povećavaju rizik od samoubojstva te započeti adekvatan tretman (1). Rizik za samoubojstvo može se procijeniti na temelju kliničkih kriterija koji obuhvaćaju prisutnost rizičnih čimbenika za samoubojstvo, prethodni pokušaj samoubojstva, više hospitalizacija u psihijatrijskim ustanovama te osjećaj bezvrijednosti, beznada i bespomoćnosti (4). Postupci i zbrinjavanje bolesnika sklonog samoubojstvu obuhvaćaju i procjenjivanje intenziteta suicidalnih ideja te njegovu sposobnost da riješi vlastite probleme, kao i procjenjivanje situacije koja je prisutna u bolesnikovoj okolini. Ako se utvrdi da je bolesnik suicidalan, nužno je liječiti ga u bolničkim uvjetima te započeti s tretmanom psihičkog poremećaja koji se nalazi u podlozi suicidalnog ponašanja (1).

1.4.2. Psihomotorni nemir i agresivnost (agitacija)

Psihomotorna uznemirenost ili agitacija je stanje unutarnje napetosti koja nije uzrokovana vanjskim utjecajem. Agresija se može odrediti kao „ponašanje koje se očituje u neprijateljskoj akciji prema osobama ili predmetima“, a mogu je izazvati „različite zapreke, konflikti i doživljaji osobne ugroženosti“ (21). Svaka je osoba rođena s određenom količinom agresije, ali da bi se ona iskazala, potreban je poticaj (21). Etiologija agresivnosti je multifaktorska, što znači da na razvoj agresivnog ponašanja kod pojedinca utječu razni predisponirajući čimbenici te osobine samog pojedinca. Najčešće se uznemirenost javlja zbog alkoholiziranosti, intoksikacije lijekovima te novog okruženja (22). Ostali uzroci

psihomotorne uznemirenosti mogu biti traume, demencija, delirij, izloženost otrovima, elektrolitski poremećaji (23). Agresivnost se može javiti i u okviru raznih bolesnih stanja, kao što su akutna intoksikacija, poremećaji ličnosti, psihoze, organski psihički poremećaji itd., ali i kao reakcija pojedinca na neke osobne frustracije, poput konflikata, zapreka na koje nailazi i sl. Pokazatelji da kod pojedinca postoji povećani rizik od agresivnog ponašanja jest prethodno postojanje agresivnih ispada i postupaka, kriminalna prošlost te pretjerana konzumacija alkohola i/ili psihoaktivnih tvari. Prijeteći znakovi agresivnog ponašanja jesu razdražljivost i intenzivni nemir (1). Znakovi koji upućuju na psihomotornu uznemirenost i agresivnost jesu užurbano koračanje, stiskanje šaka, teškoće u govoru ili mutizam, vikanje, izricanje prijetnji drugim osobama, udaranje po predmetima itd. (24).

Agresivna osoba može, ali ne mora nužno biti psihijatrijski bolesnik. Međutim, trenutni agresivni ispadi mogu zahtijevati psihijatrijsku intervenciju. Nužno je utvrditi u kojoj je mjeri bolesnik opasan za samoga sebe, za medicinsko osoblje i za svoju okolinu. Bez obzira na prvenstvenu procjenu, agresivnoj osobi treba se pristupiti kao da je riječ o opasnom pojedincu (25). Bilo bi dobro kada bi agresivnoj i uznemirenoj osobi mogao pristupiti medicinski djelatnik koji je završio edukaciju tjelesnog svladavanja bolesnika (26). Dok je pojedinac uznemiren teško je od njega dobiti anamnestičke podatke. Tijekom razdoblja uznemirenosti pojedinci često ne žele uopće razgovarati, a u većini slučajeva ne žele ni razgovarati o svojoj prošlosti, što bi moglo pomoći da se utvrdi razlog koji je doveo do agresivnog ispada i ponašanja (22). Stoga je nužno prvo uspostaviti povjerenje.

Agresivna osoba treba se što sigurnije svladati, sputati prikladnim sredstvima, a zatim je nužno dati joj odgovarajuću medikamentoznu terapiju. Najčešće se koristi kombinacija antipsihotika i benzodiazepina (1). Prilikom primjene te terapije agresivnoj osobi ne smiju biti ugrožene tjelesne funkcije (pa ih je nužno pratiti) te se ne smiju zanemariti određeni tjelesni simptomi (25). Cilj je primjene medikamentozne terapije umiriti bolesnika tako da je s njime moguće razgovarati i kako bi se umanjio rizik od samoozljeđivanja ili ozljeđivanja bilo koje druge osobe u okolini (22).

1.4.3. Delirij

„Delirij je akutno, prolazno, obično promjenljivo i reverzibilno stanje poremećaja pažnje, kognicije i stupnja svijesti“ (27). Značajke delirija jesu smanjena sposobnost funkcioniranja, promjena pažnje uz promjenu kognicije te poremećaj percepcije (28). „Najčešći uzroci delirija jesu delirantna stanja kod alkoholizma, hipertenzivna encefalopatija, hipoglikemija, hipoperfuzija mozga, hipoksemija, intrakranijalna krvarenja, meningitis/encefalitis, endokrinološke bolesti, intoksikacija lijekovima“ (1).

1.4.3.1. Alkoholni delirij

U hitna psihijatrijska stanja ubraja se delirij uzrokovan delirantnim stanjem kod alkoholičara. Riječ je o psihijatrijskom stanju koje zahtijeva hospitalizaciju. Alkoholni delirij poznat je i kao *delirium tremens*. Riječ je o stanju koje se javlja nakon naglog prestanka konzumiranja alkohola kod alkoholičara. Prema tome, riječ je o težem obliku apstinencijskog sindroma. Pritom se taj sindrom javlja u polovici slučajeva alkoholizma (i ne zahtijevaju svi ti bolesnici medicinsku pomoć), a u još manjem udjelu se javlja *delirium tremens* (29). Incidencija alkoholnog delirija povećava se s intenzitetom ovisnosti, što znači da je rizik od njegove pojave najveći kod najtežih alkoholičara.

Simptomi alkoholnog delirija javljaju se nekoliko dana nakon naglog prestanka konzumiranja velikih količina alkohola. Neki bolesnici mogu dobiti i teške epileptičke napadaje. „Predelirantni su simptomi nesаница, noćni strah, znojenje i žeđ, dijareja ili opstipacija, tremor ekstremiteta, parestezije, osjećaj slabosti“ (1). Mogu se javiti i halucinacije, obično vidne, ali nije isključena ni pojava slušnih i taktilnih halucinacija (1).

U procjenjivanju alkoholnog delirija u obzir se uzima više čimbenika, kao što su intenzitet simptoma apstiniranja od alkohola, rizični čimbenici, intenzitet *deliriuma tremensa* te drugi čimbenici povezani s alkoholizmom. Kako bi se mogla izvršiti procjena nužno je od bolesnika uzeti kratke anamnestičke podatke. Nužno je utvrditi i postojanje uporabe benzodiazepina kod bolesnika jer su simptomi uporabe te vrste anksiolitika jednaki

simptomima apstinencije od pretjerane konzumacije alkohola. Prilikom tjelesnog pregleda bolesnika nužno je procijeniti jesu li kod bolesnika prisutna određena medicinska stanja koja mogu negativno utjecati na tijek *delirium tremensa*, kao što su krvarenja u probavnom sustavu, infekcije, bolesti jetre, oštećenja središnjeg živčanog sustava aritmije i zatajenja srca (30). Tijekom hospitalizacije potrebno je pratiti bolesnikove vitalne znakove te primijeniti benzodiazepin i antipsihotike uz simptomatsku terapiju (nadoknađivanje tekućine i elektrolita te vitamina B skupine). Nužno je i zaštititi bolesnika od samoozljeđivanja te ozljeđivanja drugih osoba u njegovoj okolini (1). Cilj je spriječiti napredovanje simptoma delirija i sprječavanje razvoja eventualnih komplikacija, kao i liječenje uznemirenosti i apstinencijskog sindroma (31).

Delirium tremens obično traje pet do deset dana bez primjene ikakve terapije, a uz njezinu primjenu trajanje tog stanja skraćuje se u pravilu na dva do pet dana. Završetak delirija jest duboki san iz kojeg se bolesnik budi bez sjećanja na većinu događaja koji su se odvijali tijekom trajanja delirija (1, 30). U slučaju razvoja mogućih komplikacija moguća je i bolesnikova smrt (ona se javlja u oko petine bolesnika s *delirium tremensom*)(1).

1.4.3.2. *Atropinski delirij*

U hitna psihijatrijska stanja ubraja se i atropinski delirij koji nastaje kao posljedica predoziranja antikolinergičkim sredstvima (atropinom, biperidenom ili triciklicima) ili trovanja plodovima bunike. Simptomi atropinskog delirija jesu „suha usta, povišena tjelesna temperatura, midrijaza, tahikardija, delirantna svijest, vidne halucinacije, nemir“ (1). U liječenju se koriste benzodiazepini kao i kod alkoholnog delirija. „Etiološka je terapija parenteralno davanje fizostigmina koji prolazi krvno-moždanu barijeru te uklanja centralne atropinske učinke“ (32).

1.4.4. Akutna anksiozna stanja

Anksiozni poremećaji najčešći su mentalni poremećaji (33). Pritom se ti poremećaji dvostruko češće javljaju među ženama (34). Dijagnosticiraju se kad su jasno nazočni subjektivno doživljeni osjećaji anksioznosti (35). To su česti emocionalni poremećaji koji se javljaju u svim dobnim skupinama, pri čemu postoje različite vrste anksioznih poremećaja. Prema najnovijoj, 11. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) koju koristi Svjetska zdravstvena organizacija u anksiozne poremećaje ubrajaju se sljedeći poremećaji (36):

- generalizirani anksiozni poremećaj
- panični poremećaj
- agorafobija
- specifična fobija
- socijalni anksiozni poremećaj
- poremećaj anksioznosti uslijed odvajanja (separacijski anksiozni poremećaj)
- selektivni mutizam
- drugi specificirani poremećaji povezani s tjeskobom ili strahom
- nespecificirani poremećaji povezani s tjeskobom ili strahom.

Poremećaji se mogu razlikovati po „okidačima“ koji ih uzrokuju ali ono što je zajedničko svim anksioznim poremećajima jest strah i zabrinutost (37). Ipak, u hitna psihijatrijska stanja ubrajaju se samo ona akutna anksiozna stanja koja se manifestiraju intenzivnim strahom, panikom, zabrinutošću te različitim tjelesnim simptomima (1).

Anksiozni poremećaji često se javljaju uz prisutnost drugih psihičkih problema, kao što su depresija ili konzumacija alkohola i/ili psihoaktivnih tvari, a prisutnost drugih psihičkih poremećaja u postavljanju dijagnoze anksioznih poremećaja može se shvatiti kao dodatni problem (38).

Panični napadaj je anksiozno stanje koje se manifestira „tahikardijom, tahipnejom, midrijazom, palpitacijom, osjećajem gušenja, otežanim disanjem, nagonom na mokrenje“ (1). Riječ je o napadaju panike, odnosno smrtnom strahu i gubljenju razuma koji se kod

pojedince javljaju iako ne postoji stvarna vanjska opasnost koja bi trebala rezultirati zabrinutošću i strahom. Nakon što se dogodi epizoda, osoba koja boluje od paničnog napadaja osjeća strah i anksioznost u iščekivanju novog napadaja. Ako pojedinac doživi više ozbiljnih paničnih napadaja unutar mjesec dana može mu se postaviti dijagnoza. Osim toga, kod pojedinca se treba manifestirati najmanje jedan simptom podražaja autonomnog živčanog sustava te tri simptoma povezana s njegovim psihičkim stanjem (39). Kako bi se liječilo akutno stanje bolesniku se propisuju anksiolitici ili beta blokatori te mu se preporučuje kognitivno-bihevioralna terapija (26, 32). Pritom se savjetuje kratka primjena anksiolitika (40). Dugoročno liječenje paničnog napadaja uključuje upotrebu antidepresiva (26, 32).

U anksiozna stanja koja se ubrajaju u hitna stanja na psihijatriji ubraja se i akutna reakcija na stres. Riječ je o reakciji na vanjske stresore, prvenstveno na neke traumatske događaje, poput zlostavljanja, nasilja, smrti, ratova i sl. Manifestira se povišenjem krvnog tlaka, znojenjem i ubrzanim radom srca, kao i tjeskobom, zbunjenošću, dezorijentacijom, povlačenjem i bježanjem (41).

1.4.5. Akutna psihotična reakcija

Akutna psihotična reakcija jest hitno psihijatrijsko stanje koje karakteriziraju „dezorganizirani misaoni tijek, poremećaj percepcije, intenzivne reakcije i ponašanje koje nije u skladu s realnošću jer bolesnikova sposobnost percepcije stvarnosti nije očuvana“ (1). Simptomi se javljaju naglo i traju nekoliko dana (25). Takva reakcija neorganskog porijekla javlja se u 4,5 slučajeva na 1000 stanovnika u općoj populaciji (42). Moguće je da se akutna psihotična reakcija javi u okviru akutne manične ili shizofrene epizode, velike depresivne epizode, reaktivne psihoze ili zlouporabe psihoaktivnih tvari, posebno kanabisa. Osim toga, akutna psihoza može biti uzrokovana nekim organskim uzrocima, odnosno endokrinološkim, metaboličkim i neurološkim bolestima. Bolesnici često dolaze zbog psihomotornog nemira, agresivnog ponašanja te halucinacija. Važno je osigurati bolesnikovu sigurnost te sigurnost njegove okoline. Za sedaciju bolesnika koriste se benzodiazepini, prvenstveno oni koje

karakterizira kratko i brzo djelovanje. Liječenje se provodi najnovijim atipičnim antipsihoticima jer imaju manje štetnih nuspojava od onih tipičnih (1). Ako je uzrok akutne psihotične reakcije teška psihoza, nužno je intenzivno psihijatrijsko liječenje (25).

1.4.6. Akutni afektivni poremećaji

Akutni afektivni poremećaji obuhvaćaju razne depresivne i manične poremećaje raspoloženja. Obilježja tih poremećaja jesu afektivno-emocionalne disfunkcije i abnormalno raspoloženje, što rezultira promjenama u ponašanju (25). Pritom su depresivni poremećaji raspoloženja „prva depresivna epizoda, blaga, umjereno teška i teška depresivna epizoda s ili bez psihotičnih simptoma, povratni depresivni poremećaj, distimija te različita reaktivna depresivna stanja“ (41). Simptomi depresivnih poremećaja raspoloženja jesu osjećaj beznada i besmisla, gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti i aktivnosti koje su kod pojedinca prethodno izazivale interes, značajno sniženje raspoloženja, usporeni tijek misli uz negativna razmišljanja itd. (41).

Manični poremećaji raspoloženja odnose se na poremećaje kao što su „prva manična epizoda, hipomanija, manija s ili bez psihotičnih simptoma te različita sezonska i reaktivna manična stanja“ (41). Simptomi maničnih poremećaja raspoloženja odnose se na povišeno raspoloženje, ubrzani govor, ubrzane pokrete, osjećaj euforije, porast interesa za bilo kakve životne aktivnosti, ubrzani tijek misli s optimističnim sadržajem itd. (41).

Treba napomenuti da postoje i bipolarni afektivni poremećaji koje karakteriziraju intenzivne oscilacije raspoloženja. Točnije, to su poremećaji u kojima se neprestano izmjenjuju depresivne i manične epizode (41).

S ciljem liječenja afektivnih stanja nužno je primijeniti stabilizatore raspoloženja te uz psihoterapiju propisati antipsihotike i antidepresive (25, 41).

1.4.7. Akutna intoksikacija alkoholom

Značajan udio slučajeva u hitnoj medicini koji je vezan za hitna psihijatrijska stanja odnosi se na slučajeve povezane s povećanom konzumacijom alkohola. Alkoholičari često široko manifestiraju svoje ponašanje koje obuhvaća simptome apstinencije, agresivnost te intoksikaciju alkoholom (43).

Kako će se manifestirati somatski i psihički simptomi u slučaju akutne intoksikacije alkohola ovisi o tome koliko je pojedinac popio alkohola. Stoga je preporuka utvrditi koncentraciju alkohola u krvi, provjeriti postoje li eventualne ozljede glave ili neke druge unutarnje ozljede, nadzirati bolesnikovo stanje te spriječiti nastanak eventualnih nuspojava. S obzirom na stupanj alkoholiziranosti razlikuje se pripito stanje (kada koncentracija alkohola iznosi do 1,5 g/kg), obično pijano stanje (koncentracija alkohola u krvi iznosi između 1,5 i 2,5 g/kg), teško pijano stanje (koncentracija alkohola između 2,5 i 3,5 g/kg) te vitalna ugroženost uz mogući razvoj kome i smrti (koncentracija alkohola iznad 3,5 g/kg)(1). Akutna intoksikacija alkoholom manifestira se kao „sumračni poremećaj svijesti ili čak stanje bez svijesti, poremećeno je mišljenje i raspoloženje, nagoni, volja, pažnja i percepcija, osoba je dezorganizirana i smetena, ne može govoriti, konvulzije, nekoordiniranog je pokreta, nistagmus i midrijaza, blijeda koža, povraćanje, crveno lice i smrad po alkoholu koji zaudara“ (41). Ti se simptomi manifestiraju kada je koncentracija alkohola u krvi iznosi više od 2 g/kg.

Terapija obuhvaća nadoknađivanje izgubljene tekućine, primjenu inotropnih lijekova u slučaju hipotenzije i oralnu glukozu kako bi se povećala razina šećera u krvi. U slučaju visokih koncentracija alkohola u krvi moguća je hemodijaliza. Nužno je osigurati bolesnika kako ne bi ozlijedio sebe ili neku drugu osobu iz svoje okoline te ga smjestiti u mirnu okolinu. Pritom je potrebno utvrditi je li bolesnik agresivan zbog alkohola ili zbog nekog drugog faktora. Bolesniku treba ponuditi i sedative za smirenje. Međutim, ti se lijekovi trebaju oprezno dozirati jer postoji rizik od predoziranja. Osim toga, akutna intoksikacija alkoholom može maskirati neka druga stanja koja utječu na funkciju mozga. Kod bolesnika koji ostaju agresivni i nakon primjene sedativa može se primijeniti intravenski haloperidol (43).

1.4.8. Akutne intoksikacije psihoaktivnim tvarima

Akutne intoksikacije psihoaktivnim tvarima odnose se na intoksikaciju opioidima, kokainom i kanabinoidima.

1.4.8.1. Intoksikacija opioidima

Opioidi su lijekovi kojima se blokira i minimalizira bol tako što se ti lijekovi vežu za opioidne receptore u kralježničkoj moždini i u mozgu. Ti se lijekovi mogu kategorizirati u potklase na temelju njihove kemijske strukture kao alkaloidi opijuma (opijati: kodein, morfin), polusintetski derivati prirodnih alkaloida (hidrokodon, hidromorfon, oksikodon, buprenorfin) i razne klase sintetskih opioida kao što su anililopiperidini (fentanil, alfentanil, sufentanil, remifentanil), derivati difenilpropilamina (propoksifen, dekstropropoksifen, metadon, difenoksilat, loperamid) i drugi (pentazocin, butorfanol, nalbufin, levorfanol, tramadol) i opioidni antagonisti (nalmefen, nalokson i naltrekson). Također se mogu neformalno klasificirati na temelju njihove glavne upotrebe kao što je anestezija (fentanil, alfentanil, remifentanil, sufentanil), jaka bol (morfij, hidromorfon, levorfanol, meperidin), umjerena do jaka akutna ili kronična bol (transdermalni ili transbukalni fentanil kodein, oksikodon, hidrokodon, levorfanol, metadon), proljev (loperamid, difenoksilat) i kašalj (kodein, hidrokodon). Konačno, opioidi se mogu kategorizirati na temelju njihovog djelovanja kao puni agonisti, djelomični agonisti ili mješoviti agonisti/antagonisti te antagonisti opijatnih receptora (44). I dok su neki od tih lijekova legalni, odnosno liječnici ih mogu prepisati bolesnicima na recept, ostali opioidi poput heroína, derivata morfina, su ilegalni. Neki se opioidi poput fentanila koriste u legalne svrhe (za ublažavanje bolova tijekom ili nakon operacije), ali se mogu koristiti i u ilegalne svrhe.

Heroin (diacetilmorfin) jest sintetički derivat morfina, odnosno opioid koji se dobiva ekstraktom maka (45). Izvorno se heroin koristio za liječenje ovisnosti o morfiju, ali se ubrzo primijetilo da pojedinci koji ga uzimaju brzo razvijaju toleranciju, ali i ovisnost. Najčešće se heroin ubrizgava intravenoznom injekcijom. Brzina i snaga njegovog djelovanja rezultat su dobrog otapanja u mastima, zbog čega heroin brzo prolazi kroz krvno-moždanu barijeru.

Ulaskom u pojedinačev krvotok heroin oponaša djelovanje endorfina. U mozgu se heroin veže na opijatne receptore koji se nalaze u produljenoj moždini.

Heroin je psihoaktivna tvar koja ima jedan od najvećih potencijala za razvoj ovisnosti. Promjene u ponašanju kod ovisnika o heroinu odnose se na nezainteresiranost za bliske osobe, tjelesno slabljenje te čestu pospanost. Dugotrajna upotreba heroina može rezultirati velikim socijalnim problemima jer ovisnici trebaju značajna financijska sredstva kako bi mogli zadovoljiti svoju ovisnost. Naime, ovisnici o heroinu koriste tu psihoaktivnu tvar nekoliko puta dnevno. Kako njihova ovisnost može dovesti i do zanemarivanja prehrane i ostalih životnih uvjeta, to može uzrokovati razne bolesti. Intravenozna upotreba heroina povećava rizik od hepatitisa B i C, virusa humane imunodeficijencije (HIV-a), tetanusa i drugih bolesti. Isto tako, kod ovisnika o heroinu postoji opasnost od predoziranja. Čistoća heroina može jako varirati, pa veća doza čistog heroina može rezultirati usporavanjem disanja i smanjenjem otkucaja srca, a posljedično i do smrti (46).

Zbog fizičke ovisnosti kod ovisnika o heroinu apstinencijska kriza javlja se od 24 do 48 sati nakon posljednjeg uzimanja. Simptomi apstinencijske krize odnose se na nesanicu, znojenje, nadraženost sluznica, groznicu, mučninu, proljev, povraćanje, širenje zjenica, nemir te bol u mišićima i kostima. Fizičko odvikavanje od heroina u prosjeku traje sedam do 10 dana, ali kod nekih ovisnika može trajati i nekoliko puta duže. Iako se čini teško proći proces fizičkog odvikavanja od heroina, psihičko odvikavanje znatno je teže. Naime, značajka je psihičke ovisnosti o heroinu nekontrolirana želja za upotrebom heroina, negiranjem problema i promijenjenim shvaćanjem realnosti (46).

Liječenje intoksikacije opioidima odnosi se na uzimanje buprenorfina ili naloksona s preporukom za nastavak liječenja ovisnosti u nekom od programa u kojima se kao zamjena za heroion koristi metadon ili neki drugi kontrolirani lijekovi koji se propiju u skladu s utvrđenim smjernicama (47).

1.4.8.2. Intoksikacija kokainom

Kokain (benzoilmetilekgonin) je alkaloid koji se dobiva ekstrakcijom iz lišća biljke koke (lat. *Erythroxylon coca*)(46). Ekstrakcijom iz lišća koke dobiva se bijeli kristalni prah koji se može šmrkati, gutati ili ubrizgavati. Pritom kokain može imati koncentraciju i do 50 %. Kokain je simpatomimetik i anestetik sa snažnim stimulirajućim djelovanjem na središnji živčani sustav. Učinci su mu slični kao i amfetamina, odnosno podrazumijevaju trenutnu lažnu euforiju i povećanu aktivnost. Kod pojedinca se javlja osjećaj povećane tjelesne snage i euforija, a povećavaju se budnost, znojenje i krvni tlak, dok se apetit smanjuje. Međutim, efekt je jako kratak, točnije traje svega oko pola sata (48). Nakon što prestane djelovati slijedi mlitavost, dosada, nervoza, depresija i nesаница (45). U slučaju apstinencije javljaju se razdražljivost, umor, tjeskoba te anhedonija (48). Neke od opasnosti učestalog uzimanja kokaina jesu upala nosne sluznice, krvarenja iz nosa, upala sinusa, promuklost i teškoće s gutanjem, depresija, anksioznost, epileptički napadaj te moždani udar. Kod osoba koje dugotrajno i redovito uzimaju veće količine kokaina često se javlja paranoidna psihoza. Prestanak uzimanja kokaina rezultira poremećajima apetita i sna, apatijom, depresijom i tjeskobom (49).

Za liječenje intoksikacije kokainom je pretežno potporno. Sve bolesnike koji imaju simptome akutnog koronarnog sindroma treba upitati konzumiraju li kokain, a ako je njihov odgovor potvrđan, tada se u liječenju primjenjuju kisik, sublingvalni nitroglicerol ili verapamil kojima se snižava krvni tlak, ublažava tahikardija i šire sužene krvne žile jer su ti simptomi posljedica intoksikacije kokainom. U liječenju je moguće koristiti i nalokson, ali taj lijek može imati štetne posljedice i može dodatno pojačati djelovanje kokaina. To posebno vrijedi u slučaju da bolesnik uz kokain konzumira heroin ili benzodiazepin jer je u tim slučajevima upotreba naloksona opasna (50).

1.4.8.3. *Intoksikacija kanabinoidima*

U psihoaktivne tvari miješanog djelovanja ubrajaju se kanabinoidi kao što je marihuana. Te su psihoaktivne tvari najrasprostranjenije među mlađom populacijom te su najlakše dostupne ilegalne psihoaktivne tvari (51).

Marihuana je plod biljke poznate kao kanabis (lat. *Cannabis sativa*) ili konoplja. Biljka konoplja se može podijeliti na tri podvrste: industrijska konoplja, indijska konoplja i ruderalna konoplja, odnosno ruska konoplja ili divlja konoplja. Kanabis je jedina biljka koja sadrži jedinstvenu klasu molekularnih spojeva pod nazivom kanabinoidi. Mnogi kanabinoidi su identificirani, ali dva prevladavaju: tetrahidrokanabinol (THC) koji je psihoaktivan sastojak kanabisa te kanabinoid (CBD) koji je antipsihoaktivni sastojak. Iako se danas mnogo govori o dekriminalizaciji i legalizaciji marihuane, kao jedan od najvećih razloga protivljenja dekriminalizaciji i legalizaciji te psihoaktivne tvari ističe se njezino štetno djelovanje, odnosno štetno djelovanje THC-a. Naime, THC štetno djeluje na rad mozga, pluća, srca, želudca, crijeva, reproduktivnih organa te slabi pojedinčevu psihološku obranu. U slučaju učestale upotrebe marihuane mogu se javiti određene akutne i kronične nuspojave. Među akutnima se ističu mučnina, proljev, vrtoglavice, problemi s koncentracijom, glavobolja, uznemirenost, paranoja, euforija te disforija. Od kroničnih nuspojava treba napomenuti razne respiratorne teškoće, povišene otkucaje srca, smanjenje krvnog tlaka te povećani rizik od srčanog udara i srčane aritmije. Neka su istraživanja pokazala da je korištenje marihuane povezano s brojnim psihičkim bolestima poput depresije, anksioznosti, bipolarnog poremećaja i drugih psihoza (52).

U liječenju intoksikacije kanabinoidima za smanjenje anksioznosti mogu se koristiti benzodiazepini, a za pojavu psihotičnih simptoma bolesniku se prepisuju antipsihotici (41).

1.4.9. Nuspojave lijekova

Neželjeni učinci lijekova također se u nekim slučajevima ubrajaju u hitna stanja u psihijatriji. Maligni neuroleptički sindrom smatra se teškom nuspojavom primjene psihofarmaka, pri čemu se ta komplikacija javlja u oko 0,5 % slučajeva liječenja tipičnim antipsihoticima, iako se može javiti i prilikom liječenja atipičnim antipsihoticima, pa i

drugim psihofarmacima. Pretpostavlja se da maligni neuroleptički sindrom nastaje „blokadom hipotalamičkih i strijatalnih dopaminskih receptora“ (1). Kod klinički izraženog sindroma smrtnost iznosi do 25 % (53).

Maligni neuroleptički sindrom zahvaća psihijatrijske bolesnike svih dobi, a s obzirom na spol učestaliji je među muškarcima jer oni primaju veće doze antipsihotika (54). Sindrom se obično javlja kod shizofreničara, ovisnika te bolesnika koji boluju od poremećaja raspoloženja. Drugi čimbenici rizika su prva primjena nekog antipsihotika, intramuskularna primjena lijekova, naglo povećanje doze nekog antipsihotika, dehidracija i agitacija. Ti se čimbenici rizika ponajviše javljaju kod bolesnika s delirijem koji se liječe antipsihoticima (55).

Sindrom se obično javlja četiri tjedna od početka primjene antipsihotika, ali najčešće unutar prvog tjedna od početka provođenja liječenja (45). „Klinička slika malignoga neuroleptičkog sindroma manifestira se hiperpireksijom, vegetativnom nestabilnošću, mišićnim rigiditetom, poremećajem svijesti, leukocitozom, rabdomiolizom i mioglobinurijom, povišen je serumski CPK te se bilježi povećanje jetrenih enzima“ (1).

Bolesnika s malignim neuroleptičkim sindromom nužno je hospitalizirati (1). Osnova liječenja tog sindroma je potporna skrb koja obuhvaća hidraciju bolesnika, hlađenje te korigiranje neujednačenosti elektrolita (28). Bolesnik više ne prima antipsihotike za liječenje svoje primarne bolesti. „U terapiji se preporučuju bromokriptin, dantrolen, levodopa“ (1). Za ublažavanje katatoničkih simptoma mogu se koristiti benzodiazepini. Ako lijekovi ne pomognu u liječenju unutar 48 sati, moguće je primijeniti elektrokonvulzivnu terapiju (28).

Među nuspojave lijekova koje su hitne u psihijatriji ubraja se i akatizija. Riječ je o stanju motornog nemirna koje može rezultirati agresivnošću i koje se javlja u prvih deset dana uzimanja antipsihotične terapije. Bolesnik teško kontrolira neprestanu potrebu za kretanjem ne može se koncentrirati itd. Akatizija se javlja u petine bolesnika koji primjenjuju klasične antipsihotike, dok je njezina incidencija među bolesnicima na terapiji atipičnim antipsihoticima rjeđa (1). U liječenju je nužno smanjiti dozu propisanih antipsihotika ili ih zamijeniti. Osim toga, primjenjuju se benzodiazepini, a u kombinaciji s njima mogu se primjenjivati antikolinergici i beta-blokatori (56).

2. CILJ RADA

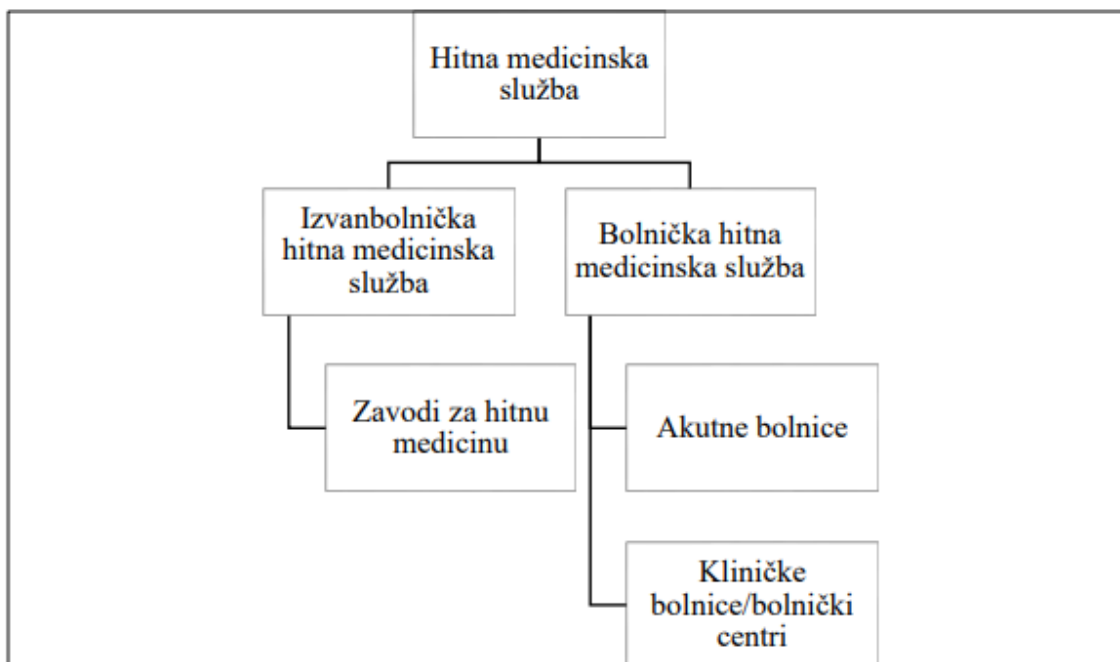
Cilj je rada na temelju dostupne stručne literature analizirati sestrinsku skrb za hitnog psihijatrijskog bolesnika, pri čemu je naglasak na sestrinskoj skrbi za te bolesnike u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći.

3. RASPRAVA

Zbrinjavanje bolesnika za kojeg se sumnja da boluje od nekog od hitnih psihijatrijskih stanja počinje odmah po dolasku izvanbolničke hitne službe na mjesto intervencije. Nakon što se bolesnik preveze do bolnice u pravilu započinje hospitalizacija te liječenje koje provodi cijeli medicinski tim. U završnom radu fokus je na radu hitne službe, odnosno na izvanbolničkom hitnom medicinskom zbrinjavanju bolesnika kod kojih postoji sumnja u neko od hitnih psihijatrijskih stanja. Medicinska sestra/medicinski tehničar dio je tima izvanbolničke hitne službe koji pomaže bolesnicima na mjestu intervencije, odnosno dio medicinskog tima koji obavlja prve preglede, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke te osigurava prijevoz bolesnika do bolnice.

3.1. ORGANIZACIJA HITNE MEDICINSKE SLUŽBE

Hitna medicina u Republici Hrvatskoj organizirana je u okviru izvanbolničkog i bolničkog sustava zdravstvene zaštite. Izvanbolnički sustav obuhvaća primarnu razinu zdravstvene zaštite koja se odvija u okviru zavoda za hitnu medicinu jedinica područne samouprave, dok bolnički sustav kroz objedinjene hitne bolničke prijeme pruža bolesnicima hitnu zdravstvenu zaštitu na sekundarnoj razini u akutnim bolnicama te na tercijarnoj razini u kliničkim bolnicama/bolničkim centrima (57). Organizacija hitne medicinske službe u Republici Hrvatskoj prikazana je na slici 1.



Slika 1. Organizacija hitne medicinske službe u Republici Hrvatskoj

Izvor: izrada autorice prema Važanić D. Analiza sustava izvanbolničke hitne medicinske službe s obzirom na ishod reanimacijskoga postupka. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2023, str. 8.

Treba napomenuti da od 2009. godine djeluje tako organiziran sustav hitne medicinske pomoći u Republici Hrvatskoj jer do tada nije postojala jasna vizija i strategija njegova razvoja, što je rezultiralo neujednačenim razvojem sustava na regionalnim i županijskim razinama. „Kao nužnost nametnula se potreba jedinstvenog pristupa u reorganizaciji sustava hitne medicine s ciljem ostvarenja financijski održivog i strukturno stabilnog sustava koji će jamčiti sigurnu, dostupnu i kvalitetnu hitnu medicinsku uslugu stanovništvu i posjetiteljima RH te osigurati funkcionalan i suradnički sustav izvanbolničke i bolničke hitne medicine“ (57).

3.2. TIMOVI IZVANBOLNIČKE HITNE MEDICINSKE SLUŽBE

„Djelatnost hitne medicine obuhvaća provođenje mjera i postupaka hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantni zavod za hitnu medicinu“ (58).

Timovi izvanbolničke hitne medicinske pomoći izlaze na teren, odnosno odazivaju se na intervencije na području županije u kojoj su zaposleni, a u skladu s uputama koje im daje medicinski dispečer koji zaprima pozive upućene hitnoj medicinskoj pomoći i koji djeluje u okviru medicinsko prijavno dojavne jedinice. Po dolasku na određenu intervenciju ti timovi pregledavaju i zbrinjavaju bolesnika te odlučuju o daljnjem postupanju, odnosno je li bolesnika nužno prevesti u bolnicu. U većini slučajeva hitnih psihijatrijskih stanja nužna je hospitalizacija bolesnika, pa timovi izvanbolničke hitne medicinske pomoći te bolesnike prevoze do bolnice. Koje su postupke primijenili i kako su intervenirali djelatnici tih timova bilježe u medicinsku dokumentaciju. U toj je dokumentaciji zabilježeno i vrijeme koje je bilo potrebno za svaku intervenciju. U posebnim slučajevima, odnosno kada timovi izvanbolničke hitne medicinske pomoći trebaju intervenirati u brdsko-planinskim područjima ili na udaljenim otocima trajanje intervencije može biti duže nego što je to uobičajeno (57). S obzirom na specifične okolnosti u takvim slučajevima se timovi koriste brodovima ili helikopterima. Hitna helikopterska medicinska služba ima četiri baze u Republici Hrvatskoj, i to u Splitu, Rijeci, Osijeku i Zagrebu. U tim bazama djeluje po 15 liječnika i medicinskih sestara/medicinskih tehničara, a timovi su dostupni 24 sata dnevno (59). Članovi timova izvanbolničke hitne medicinske pomoći trebaju postupati u skladu sa „standardnim operativnim postupcima, protokolima rada, algoritmima postupanja i edukacijskim programima, koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu“ (57).

Izvanbolničku hitnu medicinsku službu čine dva medicinska tima. Pritom se u Timu 1 nalaze liječnik, medicinska sestra/medicinski tehničar te vozač hitne medicinske službe, dok se u Timu 2 nalaze dvije/dva medicinske sestre/medicinska tehničara, od kojih jedna/an upravlja vozilom hitne medicinske službe i od kojih jedna/an medicinska sestra/medicinski tehničar ima završen preddiplomski studij, odnosno stečenu titulu prvostupnika sestrištva. Kao dio Tima 1 medicinska sestra/medicinski tehničar „sudjeluje u obavljanju pregleda te

primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka“, a kao dio Tima 2 medicinska sestra/medicinski tehničar prvostupnik sestrinstva „obavlja pregled, primjenjuje dijagnostičke i terapijske postupke sukladno kompetencijama stečenima obrazovanjem i usavršavanjem, te koordinira radom tima“ (58).

Prema tome, Tim 1 ima tri člana medicinskog tima, a Tim 2 dva člana. Isto tako, vidljivo je da Tim 2 ne uključuje liječnika, što znači da se Tim 1 prvenstveno odaziva na intervencije u kojima je bolesnik životno ugrožen i kada je riječ o hitnim stanjima, odnosno o stanjima koja zahtijevaju liječnički pregled i potencijalno mogu ugroziti život, dok Tim 2 sudjeluje u intervencijama u kojima ne postoji životna ugroženost i kada je potrebno zbrinuti manje hitna stanja, odnosno kada je potrebno prevesti bolesnika do njegova doma nakon liječničkog pregleda u bolničkoj ustanovi. U skladu s time djelatnici izvanbolničke hitne medicinske pomoći koji čine Tim 2 imaju manje ovlasti od Tima 1. Stoga se može zaključiti da se u slučaju hitnih psihijatrijskih stanja na intervencije odazivaju djelatnici Tima 1.

3.3. SESTRINSKA SKRB HITNOG PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ POMOĆI

Sestrinska skrb za hitnog psihijatrijskog bolesnika u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći obuhvaća procjenu bolesnikova zdravstvenog stanja i funkcioniranja, procjenu ljudskih potreba, postavljanje sestrinskih dijagnoza te interveniranje u skladu s njima, uspostavljanje kvalitetnog odnosa s bolesnikom te provođenje psihološke njege.

3.3.1. Procjena zdravstvenog stanja i funkcioniranja

Prilikom dolaska na intervenciju medicinska sestra/medicinski tehničar kao član tima u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi može procijeniti bolesnikovo psihičko i zdravstveno stanje. Naime, može uočiti bolesnikov tjelesni izgled, stanje njegove odjeće, higijene, ponašanje, neuropsihičke funkcije te stanje svijesti. U slučaju da to bolesnik dopusti ili nakon što se bolesnik svlada silom (ako nije bilo drugog načina) medicinska sestra/medicinski tehničar mogu provesti fizikalni pregled (60, 61).

3.3.1.1. Fizički status

Bolesnikov fizički status procjenjuje se tjelesnim pregledom bolesnika. Tjelesni pregled se može obaviti tako da medicinska sestra/medicinski tehničar koristi različite metode i tehnike kao što su pregledavanje stanja kože, samog tijela, bolesnikova ponašanja i ispitivanja osobne higijene. Važno je utvrditi postoje li ikakve otekline, ozljede, osipi, prijelomi, smanjena pokretljivost, promjene u boji kože itd. (60, 61).

3.3.1.2. Vitalno-fiziološki status

Procjena vitalno-fiziološkog statusa obuhvaća mjerenje vitalnih funkcija kojima se uviđa funkcioniraju li organi i organski sustavi te stanje funkcija koje su od životne važnosti. Tako medicinska sestra/medicinski tehničar može ispitivanjem stanja svijesti i disanja, mjerenjem krvnog tlaka, pulsa i tjelesne temperature te eventualnih tjelesnih izlučevina može utvrditi funkcioniraju li bolesnikovi organi i organski sustavi (60, 61).

3.3.1.3. Psihički status

Medicinska sestra/medicinski tehničar po dolasku na mjesto intervencije treba uspostaviti kontakt s bolesnikom te procijeniti kakvo je njegovo mentalno stanje, kao i psihosocijalno funkcioniranje. To znači da medicinska sestra/medicinski tehničar treba procijeniti stupanj anksioznosti i depresije kod bolesnika, koliko je suradljiv, je li suicidalan, impulzivan, nepredvidljiv, postoji li opasnost od rizika drugih osoba, je li bolesnik dezorijentiran, je li mu poremećena svijest itd. (17). Korištenjem adekvatnih komunikacijskih vještina kao što su aktivno slušanje, poticanje bolesnika na verbaliziranje svojih misli i osjećaja, postavljanje raznih pitanja kojima se pokazuje interes za bolesnikove probleme, ohrabrivanje bolesnika da se suoči sa svojim problemima te pružanje podrške medicinska sestra/medicinski tehničar mogu doprijeti do bolesnika. Medicinska sestra/medicinski tehničar mogu prepoznati bolesnikove potrebe, uočiti njegovo neverbalno ponašanje, držanje, socijalnu interakciju s drugim osobama itd. Također se procjenjuje bolesnikova pažnja, percepcija, mišljenje, pamćenje te njegova inteligencija, odnosno provodi se procjena kognitivnih funkcija (12, 62).

Procjenjuje se i bolesnikovo afektivno stanje, odnosno njegove emocionalno-voljne funkcije, što podrazumijeva promatranje njegovih emocija, utvrđivanje bolesnikova raspoloženja i općenito načina na koji bolesnik reagira na vanjski svijet. Bolesnici mogu biti depresivni, anksiozni, osjećati da nema nade, suicidalni, manični, histerični, euforični, agresivni, bijesni, osjećati veliki strah itd. (12, 62).

Također je nužno ispitati i bolesnikove voljne funkcije koje su u uzročno-posljedičnoj vezi s afektivnima. To znači da medicinska sestra/medicinski tehničar kod bolesnika ispituju prisutnost nagona, poremećaja volje te prisutnost poremećaja kao što su negativizam, katatonija, impulzivnost, eholalija itd. (12, 62).

3.3.2. Procjena ljudskih potreba

Temeljna djelatnost zdravstvene skrbi koju provodi medicinska sestra/medicinski tehničar jest zdravstvena njega bolesnika. Ta se skrb provodi kako bi se zadovoljile bolesnikove potrebe, odnosno kako bi se poboljšala bolesnikova funkcionalnost i samostalnost u provođenju svakodnevnih životnih aktivnosti. U procjenjivanju bolesnikovih potreba medicinska sestra/medicinski tehničar služe se raznim alatima kako bi prikupili što više podataka i kako bi u tom procesu bili što objektivniji (60, 61, 63).

Prilikom procjene temeljnih ljudskih potreba koristi se teorija Virginije Henderson o 14 temeljnih potreba koja je utemeljena na Maslowljevoj hijerarhiji potreba, a koje imaju psihološke, sociološke, duhovne i biološke komponente. Međutim, u praksi se za procjenjivanje bolesnikova zdravstvenog stanja i njegova ponašanja koriste obrasci koje je razvila Marjory Gordon. Uz općenite obrasce kod hitnih psihijatrijskih bolesnika procjenjuju se psihijatrijski obrasci. Nastoji se utvrditi bolesnikovo psihičko stanje i psihosocijalno funkcioniranje te je li u prošlosti bilo ikakvih hospitalizacija zbog njegova psihičkog stanja. Medicinska sestra/medicinski tehničar procjenjuje prisutnost anksioznost, depresivnog, delirantnog ili maničnog stanja, prisutnost straha, paranoje, hiperaktivnosti, razdražljivosti, plača, emocionalne labilnosti, impulzivnosti, nepovezanosti misli, smetnji u pamćenju itd. Također nastoji utvrditi je li bolesnik pod utjecajem alkohola ili psihoaktivnih tvari te je li o njima ovisan. Na kraju je nužno procijeniti je li bolesnik agresivan i suicidalan (62, 64).

Važno je analizirati i probleme koji su rezultat nezadovoljenih potreba. Jedna od tih potreba jest potreba za komunikacijom. Pojedinaac ne može opstati bez drugih i bez ostvarivanja socijalnog kontakta s drugim osobama jer na taj način dolazi do njegova razvoja i jer kroz socijalnu interakciju pojedinac spoznaje svijet koji ga okružuje. Ističe se i potreba za stimulacijom jer u slučaju nezadovoljavanja te ljudske potrebe propadaju živci i degeneracijski moždani procesi. Važno je i zadovoljiti potrebu za pripadanjem i ljubavlju. Te se potrebe odnose na potrebe da pojedinac nekome pripada i da ga netko voli, a zadovoljavaju se u prijateljskim i intimnim vezama. Kako bi odnosi s prijateljima i romantičnim ili životnim partnerima bili kvalitetni važno je naučiti o sebi, odnosno pojedinac treba shvatiti što osjeća. U skladu s onim što osjeća pojedinac može odnose u svojoj blizini promijeniti na bolje i ispuniti potrebe za pripadanjem i ljubavlju. Javlja se i potreba za moći. Ta potreba ne znači nužno potrebu za moći nad drugim pojedincima. Riječ je o osjećaju

vlastite važnosti i sposobnosti, osjećaju pojedinca da ga netko uvažava i cijeni. Kako zadovoljavanje potrebe za moći zahtijeva važnost, kompetencije, vještine i upravljanje tu je potrebu jako teško zadovoljiti. Ističe se i potreba za slobodom koja se može shvatiti kao pokušaj evolucije za osiguravanjem dobre ravnoteže između potrebe jednog pojedinca da pokuša drugog pojedinca prisiliti da živi život onakvim kako on hoće i potrebe tog drugog pojedinca da živi svoj život kako on hoće, odnosno bez prisile. Potreba za slobodom zadovoljena je kada je pojedinac neovisan i kada samostalno donosi odluke. Ako se pojedincu ograničava njegova sloboda, u njemu će se razviti negativne emocije. Postoji i potreba za samoostvarenjem ili samoaktualizacijom. Naime, svaki pojedinac teži ostvarenju svojeg oblika zadovoljavanja potrebe za samoostvarenjem, odnosno svoje generičke biti. Ta se potreba očituje razvojem vlastitih potencijala kako bi se pronašao životni smisao (62, 64).

3.3.3. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Sestrinske dijagnoze odnose se na zdravstvene probleme koje medicinske sestre/medicinski tehničari samostalno prepoznaju i tretiraju (65), točnije zdravstveni problemi za koje medicinske sestre/medicinski tehničari imaju ovlasti intervenirati. Prema tome, riječ je o zdravstvenim problemima koji se mogu riješiti sestrinskim intervencijama.

Kada je riječ o hitnim stanjima u psihijatriji klasične dijagnoze kao što su smanjena mogućnost brige o sebi, inkontinencija stolice i urina, nepravilna prehrana i nedovoljni unos tekućine, smanjeno podnošenje napora i boli i slično postoje i neke specifične sestrinske dijagnoze i intervencije, kao što su (67, 68):

- agresivnost i visoki rizik za nasilno ponašanje
- suicidalnost s beznađem
- anksioznost
- promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Naglasak je pritom na sestrinskim dijagnozama i intervencijama u slučaju izvanbolničke hitne medicinske pomoći.

3.3.3.1. Agresivnost i visoki rizik za nasilno ponašanje

Agresivnost obuhvaća „svaku reakciju (tjelesnu ili verbalnu) izvedenu s namjerom da se nekom drugom nanese šteta ili povreda bilo koje vrste, bez obzira je li ta namjera do kraja realizirana“ (66). Medicinska sestra/medicinski tehničar treba procijeniti stupanj agresivnosti kod bolesnika, prikupiti podatke o zdravstvenom stanju i bolestima, načinima suočavanja s frustracijama i stresom, zlouporabi alkohola i/ili droga, o eventualnim lijekovima koje bolesnik uzima te ga pokušati umiriti razgovorom, a u slučaju da to nije moguće, svladati bolesnika uz primjenu sile te ordinirati lijekove za smirenje (67). Navedena sestrinska dijagnoza prikazana je u tablici 1.

Tablica 1. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod agresivnosti

Sestrinska dijagnoza	Ciljevi	Sestrinske intervencije	Mogući ishodi/evaluacija
Agresivnost i visoki rizik za nasilno ponašanje	<p>Bolesnik će postići nadzor nad svojim ponašanjem.</p> <p>Bolesnik će iznijeti svoje emocije i temeljne razloge koji su doveli do osjećaja ljutnje i neprijateljstva.</p> <p>Bolesnik neće ozlijediti sebe ili osobe u svojoj blizini.</p>	<p>Utvrditi bolesnikovo mentalno stanje.</p> <p>Olakšati bolesniku sposobnost izražavanja emocija te kod bolesnika aktivno promicati izražavanje unutarnjih misli kroz verbalnu komunikaciju.</p> <p>Pokazati suosjećanje i razumijevanje prema bolesniku.</p>	<p>Bolesnik je postigao nadzor nad svojim ponašanjem.</p> <p>Bolesnik iznosi svoje emocije i temeljne razloge koji su doveli do osjećaja ljutnje i neprijateljstva.</p> <p>Bolesnik tijekom medicinske skrbi nije ozlijedio sebe ni osobe u svojoj blizini.</p>

		<p>Suzdržati se od fizičkog kontakta s bolesnikom te uspostaviti kontakt očima.</p> <p>Imati na raspolaganju dovoljno medicinskog osoblja kako bi se moglo kontrolirati bolesnikovo agresivno ponašanje.</p> <p>Eliminirati predmete iz bolesnikove okoline kako bi se spriječilo da ozlijedi sebe ili druge osobe.</p> <p>Primijeniti propisane antipsihotike i anksiolitike u liječenju bolesnika.</p>	
--	--	--	--

Izvor: izrada autorice prema Šimunec D. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015, str. 72-74.

3.3.3.2. *Suicidalnost u/s beznađem*

Suicidalnost podrazumijeva „ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom“ (67). Medicinska sestra/medicinski tehničar treba kod bolesnika provjeriti postojanje suicidalnih misli ili ideja te nastojati prikupiti podatke o rizičnim čimbenicima za počinjenje samoubojstva. Ta je sestrinska dijagnoza prikazana u tablici 2.

Tablica 2. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod suicidalnosti u/s beznađem

Sestrinska dijagnoza	Ciljevi	Sestrinske intervencije	Mogući ishodi/evaluacija
Suicidalnost u/s beznađem	<p>Bolesnik će artikulirati svoje misli i emocije u vezi sa suicidalnim idejama.</p> <p>Bolesnik neće ozlijediti sebe ni druge osobe u svojoj blizini.</p>	<p>Identificirati i procijeniti čimbenike koji mogu pridonijeti suicidalnom ponašanju.</p> <p>Omogućiti bolesniku da artikulira svoje misli i emocije.</p> <p>Iskazati suosjećanje i razumijevanje prema bolesniku te ga aktivno slušati.</p> <p>Ublažiti osjećaj očajja i melankolije kod bolesnika.</p> <p>Stvoriti sigurno okruženje.</p> <p>Izdvojiti dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom.</p>	<p>Bolesnik artikulira svoje misli i emocije povezane sa suicidalnim idejama.</p> <p>Tijekom medicinske skrbi bolesnik nije samome sebi nanio ozljede, kao ni drugim osobama u svojoj blizini.</p>

Izvor: izrada autorice prema Šimunec D. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015, str. 80-83.

3.3.3.3. Anksioznost

Anksioznost je „nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i

sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti“ (68). Medicinska sestra/medicinski tehničar treba procijeniti stupanj anksioznosti kod bolesnika, njegove metode suočavanja s anksioznošću te tijekom fizikalnog pregleda utvrditi postoje li znakovi samoozljeđivanja. Navedena sestrinska dijagnoza prikazana je u tablici 3.

Tablica 3. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod anksioznosti

Sestrinska dijagnoza	Ciljevi	Sestrinske intervencije	Mogući ishodi/evaluacija
Anksioznost	Bolesnik će se pozitivno suočiti s anksioznošću. Bolesnik neće ozlijediti sebe ili druge osobe.	Utvrditi bolesnikovo mentalno stanje. Izbjegavati oslanjanje na površinske geste te aktivno slušati bolesnika. Nelogične misli koje se su prisutne kod bolesnika u procesu komunikacije preokrenuti u logične. Educirati bolesnika kako primjenjivati postupke za ublažavanjem anksioznosti.	Bolesnik se pozitivno suočava s anksioznošću. Bolesnik opisuje smanjenu razinu anksioznosti. Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda.

Izvor: izrada autorice prema Šimunec D. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011, str. 5-7.

3.3.3.4. Promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja vidljive su kao psihomotoričke promjene ponašanja, iskrivljene reakcije na određene podražaje koje se manifestiraju paranojom, panikom, halucinacijama, iluzijama, povlačenjem u sebe itd. (69).

Tablica 4. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Sestrinska dijagnoza	Ciljevi	Sestrinske intervencije	Mogući ishodi/evaluacija
Visok rizik za ozljede		Osigurati sigurnu okolinu. Aktivno slušati bolesnika i pružiti mu podršku. Orijentirati bolesnika na stvarnost. Ukazati bolesniku da se okolina boji njegovog ponašanja.	Bolesnik sudjeluje u razgovoru s medicinskom sestrom/medicinskim tehničarom i drugim osobama. Bolesnik ne ozljeđuje sebe ni druge osobe u svojoj okolini.

Izvor: izrada autorice prema Fortinash MK, Holoday Worret P. Psychiatric nursing care plans. Maryland Heights, Missouri: Mosby; 2007, str. 152-185.

3.3.4. Odnos medicinske sestre/medicinskog tehničara i bolesnika

Medicinska sestra/medicinski tehničar treba moći razumjeti način na koji bolesnik percipira samog sebe, kako njegova bolest utječe na njega, imati razumijevanja za njegovo iskustvo i pritom bolesniku iskazati poštovanje, odnosno shvatiti da je i on samo ljudsko biće čije emocionalne potrebe treba zadovoljiti. Nužno je bolesniku pružiti podršku, pokazati mu empatiju te s njime uspostaviti iskren i otvoren odnos. Na taj se način omogućuje bolesniku da se oslobodi napetosti i zbunjenosti, da prihvati svoje psihičko i zdravstveno stanje, da

odluči riješiti svoje psihosocijalne probleme i zadovolji temeljne ljudske potrebe koje su u njegovu slučaju ostale nezadovoljene. Pritom medicinska sestra/medicinski tehničar treba biti profesionalan, ograničiti fizički kontakt s bolesnikom te ne smije dozvoliti da situacije ili problemi iz njihova privatnog života projiciraju na bolesnika. Nužno je svakom bolesniku kod kojeg se sumnja na neku dijagnozu povezanu s hitnim stanjem u psihijatriji pristupiti individualno te integrativno, odnosno sagledati bolesnika kao cjelokupno ljudsko biće, iz različitih dimenzija te uvijek prema njemu imati pozitivan stav (62).

3.3.5. Psihološka njega

Psihološka njega podrazumijeva zdravstvenu njegu koja se provodi kod psihijatrijskih bolesnika kako bi se uklonili ili barem ublažili simptomi određenog psihičkog poremećaja ili stanja koje je rezultiralo hitnom intervencijom medicinske službe. Pritom medicinska sestra/medicinski tehničar može koristiti različite vještine kao što su aktivno slušanje, asertivna komunikacija, egzistencijalna pozicija, sugestija, persuazija i pregovaranje, savjetovanje itd. (62, 64).

Aktivno slušanje odnosi se na komunikacijsku vještinu kojom pojedinac održava i potiče razgovor sa sugovornikom koji priča o svojim osjećajima i problemima. Ono obuhvaća slušanje sugovornika bez upadanja u riječ, ohrabivanje govora, pružanje sugovorniku osjećaj pripadnosti te parafraziranje. S druge strane, pasivno slušanje znači da pojedinac ne ulaže veći napor u slušanje, pri čemu namjere njegova sugovornika ostaju zanemarene (70).

Za učinkovitu komunikaciju važna je i asertivna komunikacija. Ona se odnosi na sposobnost pojedinca da jasno izrazi svoje misli, osjećaje i interese, bez želje da povrijedi druge osobe. Karakteristike asertivnog ponašanja obuhvaćaju aktivno slušanje, poštivanje drugih osoba, jasno i izravno govorenje, iskazivanje svojih osjećaja i očekivanja, pozitivnu kritiku, pohvalu, spremnost za davanje isprike, gledanje sugovornika u oči i pokazivanje emocija, korištenje prikladnog tona itd.

Egzistencijalna pozicija odnosi se na bezuvjetno prihvaćanje osobe i održavanje pozitivnog stava prema njemu, što omogućuje efikasnu komunikaciju.

Tehnika kojima se bolesnika može nagovoriti da učini ono što je povoljno za njega jesu sugestija, persuazija i pregovaranje. To znači da bi medicinska sestra/medicinski tehničar trebala poticati bolesnika da izražava svoje misli i osjećaje.

Još jedna tehnika koja se može koristiti s ciljem ostvarivanja uspješne komunikacije s bolesnikom jest savjetovanje vještina. Medicinska sestra/medicinski tehničar mogu s bolesnikom analizirati njegove probleme te mu ukazati na mogućnost promjene, odnosno ukazati mu da se njegovi problemi mogu riješiti kako bi se kod bolesnika proširila svijest o potrebi za promjenom i kako bi mu se ukazalo na mogućnosti kojih nije bio svjestan, a sve s ciljem da se motivira uhvatiti se u koštac s rješavanjem svojih problema (62).

4. ZAKLJUČAK

Hitna stanja u psihijatriji jesu stanja koja predstavljaju opasnost za psihijatrijskog bolesnika i za njegovu okolinu. Mnoga stanja u psihijatriji ne zahtijevaju hitnu intervenciju, ali postoje i ona u čijim je slučajevima nužna intervencija izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe. Tako se u hitna psihijatrijska stanja ubrajaju suicidalnost, psihomotorni nemir i agresivnost, delirij, akutna anksiozna stanja, akutna psihotična reakcija, akutni afektivni poremećaji, akutna intoksikacija alkoholom i/ili psihoaktivnim tvarima te neke nuspojave određenih lijekova. S obzirom na to da je riječ o psihijatrijskim bolesnicima takva stanja predstavljaju opasnost za zdravlje samog bolesnika, ali i opasnost od ozljeđivanja osoba iz njegove okoline, a samim time i medicinske sestre/medicinskog tehničara.

U radu je naglasak na intervencijama koje provodi medicinska sestra/medicinski tehničar kao djelatnik izvanbolničke hitne medicinske pomoći (u Timu 1 medicinska sestra/medicinski tehničar dio je tima uz liječnika te vozača, dok Tim 2 čine dvije/dva medicinske sestre/medicinska tehničara). Prilikom dolaska na određenu intervenciju medicinska sestra/medicinski tehničar treba procijeniti bolesnikovo zdravstveno stanje (obuhvaća fizički status, vitalno-fiziološki status te psihički status), postaviti sestrinske dijagnoze te nakon toga uspostaviti kontakt s pacijentom i primijeniti sestrinske dijagnoze, odnosno koristiti razne tehnike kako bi uspostavila učinkovitu komunikaciju te ukazala bolesniku da mu je nužna hospitalizacija i daljnje rješavanje njegovih problema u okviru psihološke i/ili medikamentozne terapije. U slučaju da je bolesnik agresivan nužno ga je fizički sputati i prema potrebi primijeniti prikladne lijekove, kao što su antipsihotici i benzodiazepini. U skladu s postavljenom dijagnozom donosi se odluka o potrebi bolesnikove hospitalizacije te se bolesnik prevozi u bolničku ustanovu gdje će mu biti pružena daljnja zdravstvena njega i liječenje, kako hitnog psihijatrijskog stanja, tako i psihijatrijskog stanja koje je uzrokovalo to hitno stanje.

5. LITERATURA

1. Krmpotić-Nemanić J, Marušić A. Anatomija čovjeka. Zagreb: Medicinska naklada; 2007.
2. Drenovac M. Anatomija i fiziologija živčanog sustava: za studente psihologije. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; 2005.
3. Penava I, Barać K, Begić A, Babić D. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. Zdravstveni glasnik. 2022;8(2):46-58.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. Washington: New School Library, 2012.
5. Silobrčić Radić M, Jelavić M. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske; 2004.
6. Degmečić D. Hitna stanja u psihijatriji. Medicus. 2017;26(2):199-204.
7. Gašparović V. Hitna medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
8. Kocijan-Hercigonja D, Folnegović-Šmalc V. Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti: priručnik. Zagreb: Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata; 1999.
9. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. Medicus. 2017;26(2):173-183.
10. International Organization for Suicidal Prevention. Global Suicide Statistics (pristupljeno 6. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://www.iasp.info/wspd/references/>.
11. WHO, World Suicide Prevention Day (pristupljeno 6. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2022>.
12. Šakić M. Samoubojstvo kao društveni problem: rasprava iz sociološke perspektive. Amalgam - časopis studenata sociologije, 2011;5:67-81.
13. Our world in data, Suicides (pristupljeno 6. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://ourworldindata.org/suicide>.
14. Poredoš Lavor D, Jerković S, Radišić N. Samoubojstva u suvremenom društvu. Policija, 2011;20(2):230-235.

15. WHO, Suicide; 2021. (pristupljeno 6. srpnja 2023). Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
16. Itković Z. Suicidalnost mladih kao značajan socijalno-patološki problem suvremenog življenja. Napredak: časopis za pedagoški teoriju i praksu, 2004;145(2):188-198.
17. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
18. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2019. (pristupljeno 6. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvršena-samoubojstva-u-hrvatskoj-2019/>.
19. Mavrogriorgou P, Brune M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(13):222-230.
20. Raue PJ, Ghesquiere AR, Bruce ML. Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. Curr Psychiatry Rep. 2014;16(9):466.
21. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: udžbenik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
22. Siddiqui W, Gupta V, Huecker MR. Agitation. Florida: StatPearls Publishing; 2020.
23. Silić A, Savić A, Čulo I, Kos S, Vukojević J, Brumen D, Ostojić D. Approach to Emergencies in Schizophrenia in University Hospital „Vrapče“. Psychiatr Danub. 2018;30(Suppl 4):203-207.
24. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. Drugs 2005;65(9):1207-1222.
25. Jukić V, Ostojić D. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2018.
26. Hotujac LJ et. al. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
27. MSD priručnik, Delirij (pristupljeno 8. srpnja 2023.). Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/delirij>.
28. Bienvenu OJ, Neufeld KJ, Needham DM. Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit. Crit Care Med. 2012;40(9):2662-2670.
29. Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. N Engl J Med. 2005;352(6):596-607.

30. Grover S, Ghosh A. Delirium tremens: Assessment and management. *J Clin Exp Hepatol*. 2018;8(4):460-470.
31. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med*. 2014;371(22):2109-2113.
32. Filaković P. Urgentna psihijatrija. U: Filaković P (ur.). *Psihijatrija*. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 476-484.
33. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(3):281-298.
34. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327-335.
35. Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory, *Journal of personality assessment* 1995;64(1):21-50.
36. Find a code, Anxiety or fear-related disorders; 2023. (pristupljeno 10. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://www.findacode.com/icd-11/block-1336943699.html>.
37. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci*. 2010;14(9):418-424.
38. Bhandari S. Risk Factors for Anxiety, 2021. (pristupljeno 10. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://www.webmd.com/anxiety-panic/ss/slideshow-anxiety-risk-factors>.
39. Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix*. 2007;13:56-58.
40. Mimica N, Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V. Farmakološke smjernice za liječenje anksioznih poremećaja osim posttraumatskog stresnog poremećaja. *Medix*. 2007;13:60-65.
41. Begić D, Jukić V, Medved V. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
42. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R et. al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British national survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):774-780.
43. Morgan MY. Acute alcohol toxicity and withdrawal in the emergency room and medical admissions unit. *Clin Med (Lond)*. 2015;15(5):486-489.

44. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury (pristupljeno 18. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31643200/>.
45. Babić D, Vasilj I, Martinac M, Pavlović M, Babić R, Barać K, et. al. Psihoaktivne tvari: duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari. Mostar: Sveučilište u Mostaru; 2016.
46. Čorak D, Krnić D, Modrić I. Droga i mladi. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske; 2014.
47. Lee J, Kresina TF, Campopiano M, Lubran R, Clark HW. Use of Pharmacotherapies in the Treatment of Alcohol Use Disorders and Opioid Dependence in Primary Care. *Biomed Res Int.* 2015;2015:137020.
48. Mikić L. Stavovi studenata sestrištva o ovisnostima (završni rad). Rijeka: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci; 2021.
49. Luketin L. Stavovi mladih ljudi prema ovisnosti (završni rad). Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu; 2019.
50. Vroegop MP, Franssen EJ, van der Voort PHJ, van den Berg TNA, Langeweg RJ, Kramers C. The Emergency Care of Cocaine Intoxications. *Neth J Med.* 2009;67(4):122-126.
51. Marić J, Babić D. Pojavnost uporabe psihoaktivnih tvari studenata Zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru. *Zdravstveni glasnik.* 2020;6(1):33-41.
52. Sofuoglu M, Sugarman DE, Carroll KM. Cognitive function as an emerging treatment target for marijuana addiction. *Experimental and clinical psychopharmacology.* 2010;18(2):109-119.
53. Gurrera RJ, Caroff SN, Cohen A, Carroll BT, DeRoos F, Francis A. et. al. An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. *J Clin Psychiatry* 2011;72(9):1222-1228.
54. Velamoor R. Neuroleptic malignant syndrome: A neuro-psychiatric emergency: Recognition, prevention, and management. *Asian J Psychiatr.* 2017;29:106-109.

55. Seitz DP, Gill SS. Neuroleptic Malignant Syndrome Complicating Antipsychotic Treatment of Delirium or Agitation in Medical and Surgical Patients: Case Reports and A Review of the Literature. *Psychosomatics*. 2009;50(1):8-15.
56. Janović Š, Bajs Janović M. Farmakoterapija hitnih stanja u psihijatriji. U: Mihaljević Peleš A, Šagud M (ur.). *Antipsihotici u kliničkoj praksi*. Medicinska naklada, Zagreb; 2010, str. 71-79.
57. Važanić D. Analiza sustava izvanbolničke hitne medicinske službe s obzirom na ishod reanimacijskoga postupka. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2023.
58. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine, NN 71/2016. (pristupljeno 16. srpnja 2023.). Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_08_71_1697.html.
59. Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva objavilo javnu nabavu za helikoptersku hitnu pomoć; 2023. (pristupljeno 16. srpnja 2023.). Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/vijesti/ministarstvo-zdravstva-objavilo-javnu-nabavu-za-helikoptersku-hitnu-pomoc/37922>.
60. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1992.
61. Prlić N. *Zdravstvena njega: udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola*. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
62. Jakovljević M. *Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija*. Samobor: A. G. Matoš; 1995.
63. Henderson V. *Osnovna načela zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1994.
64. Moro Lj, Frančišković T. *Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije*. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
65. Fučkar G. *Uvod u sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.
66. Žužul M. *Agresivno ponašanje: psihologijska analiza*. Zagreb: Radna zajednica Republičke konferencije Saveza socijalističke omladine Hrvatske; 1989.

67. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
68. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
69. Fortinash MK, Holoday Worret P. Psychiatric nursing care plans. Maryland Heights, Missouri: Mosby; 2007.
70. Reardon RR. Interpersonalna komunikacija: gdje se misli susreću. Zagreb: Alineja; 1998.

5. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI:

Ime i prezime: Anđela Radman

Datum i mjesto rođenja: 4. svibnja 1987., Sinj

OBRAZOVANJE:

1994. – 2002. Osnovna škola „Kamešnica“ Otok
2002. – 2006. Zdravstvena škola Split – medicinska sestra općeg smjera
2020. – 2023. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

RADNO ISKUSTVO:

2006. – 2007. Pripravnički staž KBC Split
2008. – 2009. Dom za starije i nemoćne osobe „Treća dob“
2009. – 2011. Dom za starije i nemoćne osobe „Arkus“
2011. – 2013. Ordinacija dentalne medicine dr. M. Ajdučić
2014. – 2015. Centar za rehabilitaciju „Samaritanac“
2015. Ustanova za zdravstvenu njegu u kući „Vita“
2015. – danas Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije

OSTALO:

- vozačka dozvola B kategorije
- aktivno služenje engleskim jezikom u govoru i pisanju
- poznavanje rada na računalu (Word, Excel)

PRILOZI

Popis slika

Slika 1. Organizacija hitne medicinske službe u Republici Hrvatskoj..... 25

Popis tablica

Tablica 1. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod agresivnosti (67)	32
Tablica 2. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod suicidalnosti u/s beznađem (67)	34
Tablica 3. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod anksioznosti (68)	35
Tablica 4. Sestrinske intervencije u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći kod promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja (16, 69).....	36