Uloga medicinske sestre kao člana terapijskog tima u bolesnika sa dijagnozom PTSP-a i komorbiditetnim oboljenjima

Matić, Silvia

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:176:955726

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**

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

Silvia Matić

Uloga medicinske sestre kao člana terapijskog tima u bolesnika s dijagnozom PTSP-a i komorbiditetnim oboljenjima

Završni rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Silvia Matić

Uloga medicinske sestre kao člana terapijskog tima u bolesnika s dijagnozom PTSP-a i komorbiditetnim oboljenjima

The role of the nurse as a member of the treatment team in patients diagnosed with PTSD and comorbid diseases

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Boran Uglešić, dr.med

Split, 2015.

SADRŽAJ :

1. Uvod ... 1
1.1. Etiologija ... 2
1.2. Epidemiologija ... 3
1.3. Simptomi ... 4
1.3.1. PTSP kod djece ... 5
1.4. Liječenje ... 6
1.4.1. Individualna psihoterapija ... 9
1.4.2. Grupna psihoterapija ... 9
1.4.3. Obiteljska i bračna psihoterapija ... 10
1.4.4. Farmakoterapija ... 10
1.4.5. Socioterapija ... 11
1.4.6. Dnevna bolnica ... 11
1.5. Psihofarmaci ... 12
1.5.1. Alternativni oblici liječenja PTSP-a ... 13
2. Cilj rada ... 14
3. Rasprava ... 15
3.1. Uloga medicinske sestre ... 15
3.2. Sestrinska anamneza i intervencije ... 15
3.3. Poteškoće u liječenju oboljelih od PTSP-a ... 17
3.3.1. Humana fiksacija ... 19
3.4. Moguće sestrinske dijagnoze kod bolesnika s PTSP-om ... 20
3.5. Zlouporaba alkohola i opojnih sredstava u osoba oboljelih od PTSP-a ... 21
4. Zaključak ... 23
5. Sažetak ... 24
6. Summary ... 25
7. Literatura ... 26
8. Životopis ... 28

1. Uvod

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je psihički poremećaj koji nastaje nakon izloženosti ili svjedočenju događaju koji predstavlja izravnu ili neizravnu prijetnju, strah ili pak mogućnost smrti te narušavanje osobnog ili tuđeg fizičkog integriteta. Kao takav, PTSP u osobi izaziva osjećaj straha, užasa i bespomoćnosti zbog nevoljnog ponavljanja stresnog događaja te mučni napor da se izbjegne sve ono što podsjeća na traumu. Od ostalih anksioznih poremećaja razlikuje se po tome što njegov nastanak ovisi o izloženosti traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva. To je odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju iznimno jake ugroženosti ili katastrofe koja može izazvati izrazito jaku uznemirenost kod svake osobe. Stresori mogu biti različite vrste i trajanja te mogu izazvati tjelesnu ozljedu, ali i psihološku traumu. Dugotrajna izloženost stresnoj traumi gotovo uvijek izazove PTSP.

PTSP se javlja od početka civilizacije. Do 1980. ovaj poremećaj bio je usko povezan sa osobama koje su proživjele ratno iskustvo te se u njim javio šok od granate, traumatska neuroza te psihofizičke posljedice silovanja. Stoga je ovom poremećaju 1915. Samuel Myers, britanski vojni psihijatar pripisao ime „ šok od granate „. Teške katastrofe i strašna životna iskustva lako izazivaju ovu vrstu poremećaja.

Ovaj psihički poremećaj prvi put je opisan kod vojnika koji su sudjelovali u američkom građanskom ratu. Proučavanje problema vojnika te njihovog ponašanja dovelo je do definiranja samog PTSP-a 1980. godine (1).

Jednim od prvih stručnih opisa PTSP-a može se smatrati Freudova studija o ratnoj neurozi iz 1921. godine u kojoj on opisuje dva stupnja neuroze:

1. neposredni (kao reakcija stresa na borbu)
2. odgođeni (koji bi mogao odgovarati PTSP-u) (16)

Posttraumatski stresni poremećaj često je udružen s drugim psihijatrijskim poremećajima. Zbog toga je kod bolesnika koji su proživjeli određeni oblik traume potrebno istražiti povezanost s nekim drugim oblikom psihičkoga poremećaja. Velik dio bolesnika koji pate od PTSP-a imaju tegobe koje zadovoljavaju kriterije za barem još jednu ili dvije psihijatrijske dijagnoze. U takvim slučajevima uz dijagnozu PTSP-a potrebno je postaviti dijagnozu i drugih oblika psihičkog poremećaja koji odgovaraju simptomima pojedinca. Najčešće popratne dijagnoze su depresija, opća anksioznost i panične atake. Najzastupljeniji su afektivni, psihoorganski i anksiozni poremećaji. U tretmanu PTSP-a treba razlikovati pojavu alkoholizma kao sekundarnog problema i pojavu alkoholizma kao primarnog problema koji je nastao nevezano za PTSP. Kod manjeg broja bolesnika prisutni su i poremećaji vezani uz zlouporabu opioida, poremećaja ličnosti i psihoza.

1.1. Etiologija

Etiološki čimbenici bitni za razvoj PTSP-a su biološki, socijalni i psihološki čimbenici. Neprirodne katastrofe dovode do veće prevalencije PTSP-a nego prirodne nesreće. Biološki čimbenici od iznimne su važnosti za razvoj ove vrste stresnog poremećaja. Najintenzivnije izražen stres odgovoran za nastanak ovog poremećaja je borbeni stres. Veća vjerojatnost nastanka je kod osoba koje imaju premorbidnu strukturu ličnosti, odnosno kod osoba koje su u djetinjstvu doživjele neki oblik traume, koje su hipersenzibilne ili imaju određeni oblik mentalne retardacije.

Kod razvoja PTSP-a dolazi do promjena u razini noradrenalina, dopamina, serotonina, opijatskih i HPA sustava. Tijekom stresa uzrokovanog traumom dolazi do pojačane aktivnosti simpatičkog živčanog sustava koji dovodi do kontinuiranog lučenja norepinefrina te povećanja srčane frekvencije i rada srca. Postepeno dolazi do rada HPA sustava koji luči kortizol kao antistresni hormon s ciljem gašenja simpatičke aktivnosti. Stres povećava koncentraciju glukokortikoida u mozgu te dolazi do toksičnog

djelovanja na neurone. Istraživanja su pokazala da postoji nasljedni faktor koji određuje pojavu sklonosti PTSP-a nakon izlaganja traumi. Osim navedenih simptoma, povećano je izlučivanje kateholamina u urinu (2).

Bitni čimbenik je također stresor i podrška okoline te struktura ličnosti. PTSP može biti uzrokovan ratnim iskustvom, torturom, terorizmom, silovanjem, kriminalom, prometnim nesrećama, gubitkom voljene osobe ili pak svjedočenjem nekog prizora nasilja i smrti. U načelu je riječ o doživljaju koji je izvan uobičajenog ljudskog iskustva i mučan je za svakoga jer stvara osjećaj užasa i bespomoćnosti. Neočekivani stresori kao i oni koji se ne mogu izbjeći, obično imaju veće traumatske potencijalne od onih očekivanih i izbježivih koji se mogu predvidjeti i kontrolirati (3).

1.2. Epidemiologija

PTSP se ubraja u relativno rijetke dijagnostičke kategorije u kojima se razvoj poremećaja izravno povezuje s određenim povodom tj. s psihotraumom. Psihijatrijska epidemiologija proučava učestalost i raspodjelu pojedinih mentalnih bolesti u različitim populacijama. Epidemiološki podaci o prevalenciji posttraumatskog stresnog poremećaja vrlo su različiti te ovise o brojim epidemiološkim pokazateljima (incidencija, prevalencija, rizik od bolesti, letalitet). Bilježe se od 1 do 14 % u neselektivnoj populaciji te do 50 % u visoko traumatiziranoj situaciji. Epidemiologija ovisi i o metodama prikupljanja podataka i dijagnostičkim kriterijima te je različita od istraživanja do istraživanja. Stoga je od velike važnosti da se pri iznošenju epidemioloških podataka vezanih za PTSP naglasi u kojoj se populaciji provodi, koja se kvalifikacija provodi te vrijeme u kojem se odvija. Velika je razlika u prevalenciji PTSP-a ako ga ispitujemo u općoj populaciji ili ako ga ispitujemo u populaciji politraumtiziranih osoba (zarobljenika, ratnika, prognanika ili žrtve silovanja).

Smatra se da je pojavnost posttraumatskog stresnog poremećaja u populaciji manja od 1%, a povećanjem starosti stanovništva ona se povećava do maksimalno 14%. Epidemiološki podaci u konačnici pokazuju da će u današnje vrijeme 1/3 opće populacije tijekom života biti izložena nekom stresnom događaju koji bi mogao razviti PTSP. Također pripadnici određenih profesija poput vatrogasaca ili policajaca, zbog

posla koji obavljaju i svakodnevnih situacija s kojima se susreću imaju 2 do 3 puta veću šansu za razvijanje ovog poremećaja. Jedan od triggera za razvoj PTSP je i obiteljsko nasilje. U 16% brakova godišnje zabilježen je slučaj ove vrste nasilja, odnosno u 50-60% brakova tijekom cjelokupnog njihovog trajanja. Seksualna zlouporaba djeteta predstavlja značajan globalni problem i često je odgovorna za nastajanje PTSP-a kod djece.

Ratni veterani, žrtve kriminala i prirodnih katastrofa imaju najveću prevalenciju za razvoj PTSP-a koja iznosi čak 3-58% posto. Od njih s najviše istaknuti ratni veterani i zarobljenici. Kod žena koje su bile traumatizirane i višestruko silovanje u ratu pojavnost učestalost PTSP-a je 70%. Prevalencija PTSP-a je u korelaciji s brojnim psihotraumama stoga se PTSP češće javlja kod osoba koje su višestruko traumatizirane.

U Hrvatskoj nakon Domovinskog rata zabilježena je najveća stope osoba oboljelih od PTSP-a. Te su stope bile najviše kod logoraša, izgnanica te izbjeglica (4).

1.3. Simptomi

Karakterizirani su stalnim ponovnim javljanjem i proživljavanjem mučne traume i burne emocionalne reakcije. Simptomi variraju od slabijih do jačih te se očituju unutar 6 mjeseci do 30 godina nakon proživljene traume. Kod slabijeg oblika PTPS-a simptomi se javljaju unutar šest mjeseci te ne traju više od šest mjeseci, a kod kroničnog oblika PTPS-a oni traju mnogo više od šest mjeseci. Obično odmah nakon traume nastaje anksiozno i depresivno stanje, a u kroničnoj fazi PTSP-a postepeno se razvijaju simptomi emocionalnog susprezanja. Ponekad se simptomi javljaju u snu te se tada ponavljaju uznemirujući snovi o događaju, često u obliku noćnih mora koje su toliko snažne da se osoba budi vrišteći, u užasu lupajućeg srca i u znoju.

Ponekad osoba ima osjećaj da se burni događaj opet odvija (iluzije i halucinacije odnosno tzv. Flashback) ili pak nastupa psihogna amnezija tj. nemogućnost usnivanja zbog straha da će trauma ponovno nastupiti. Psihogena amnezija također nije rijetka, a odnosi se na nemogućnost sjećanja nekog važnog aspekta traume. Prekomjerna napetost i osjetljivost, smetnje koncentracije, hipervigilnost, reakcije pretjeranog straha, fiziološka reaktivnost i agresivne reakcije još su samo neki od brojnih simptoma kod

osoba oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. Bolesnik nastoji izbjegavati misli, osjećaje i aktivnosti koje bi mogle pobuditi sjećanje na traumu. Zbog proživljene traume bolesnik osjeća nemoć, krivnju i stid.
Osobe s PTSP-om mogu često postati naglo razdražljive i eksplozivne s nekontroliranim i prenaglašenim ispadima ljutnje. Ovo su vrlo ozbiljni simptomi koji mogu izazvati rane psihičke poremećaje i suicidne radnje, odavanje konzumiranju alkohola, droge i kockanja.

Ovisnost je duševno i tjelesno stanje koje nastaje međusobnim djelovanjem čovjeka i sredstva ovisnosti. Ovisnosti izazivaju toleranciju te se moraju nabaviti pod svaku cijenu jer se bez njih ne može. Oboljeli od PTSP-a često razvijaju svoju ovisnost u obliku alkoholizma, droga ili odavanja kockanju. U ovim oblicima pronalaze olakšanje, kratko distanciranje od problema i strahova.

Oboljeli često pate i od seksualnih poremećaja. Jednom od analiza dobiveni su rezultati koji ukazuju na čak 92,9% ispitanika oboljelih od PTSP-a koji imaju erektilne smetnje. Ispitanici su varirali između erektilnih i orgazmičkih smetnji, smanjene seksualne želje te zadovoljstva snošajem (1).

Najčešći socijalni rizični čimbenici koji se mogu javiti uz navedene kliničke simptome su:

- socijalna izolacija
- konfliktuoznost
- gubitak posla
- zakazivanje u obiteljskim i prijateljskim odnosima
- egzistencijalna ugroženost

1.3.1. PTSP kod djece

Osim odraslih ljudi i mala djeca mogu imat oblik PTSP-a (noćne more i nemir). Mala djeca nemaju osjećaj da se trauma ponavlja u drami koja se odvija te često poriču svoje strahove. Mogu imat osjećaj mučnine u želucu, glavobolje, poremećaj koncentracije, otuđenosti od drugih osoba ili neke druge simptome specifične za PTSP. Visok rizik

imaju djeca i adolescenti izloženi nasilju i zlouporabi jer su objektivno bespomoćnija u stresnim situacijama. Specifična reakcija djeca koja navodi na postavljanje dijagnoze PTSP-a je ponavljanje igre u kojoj se izražavaju sadržaji i elementi traume. Takva repetitivna igra ne smanjuje, već povećava osjećaj anksioznosti. Još su izraženi uznemirujući snovi u kojima se trauma ponavlja te kondicionirani strah, odnosno strah od podražaja koji ih izravno ili neizravno podsjeća na traumu (mjesto, vidni ili slušni motivi, dani u tjednu i sl.) (1).

1.4. Liječenje

Da bi izliječio oboljelog, liječnik mora vrlo dobro poznavati uzroke i simptome koji su doveli do bolesti, no kod PTSP-a etiologija i simptomi su brojni i različiti stoga je od iznimne važnosti uočiti dominantnu problematiku, simptome i njihove skupine. Problemi u liječenju proizlaze iz velikih psiholoških, ali i organskih promjena koje nastaju kod ovih pacijenata, dok rehabilitaciju onemogućuju bolest, ali i sekundarna dobit koja umanjuje motivaciju za liječenjem i radnom rehabilitacijom. Oboljele osobe nerado traže pomoć iako osjećaju simptome. Bolest postaje način preživljavanja i u takvim okolnostima pacijent je se teško odriče i teško aktivno sudjeluje u liječenju i rehabilitaciji. Strah od stigmatizacije razlog je zbog kojeg se oboljeli od PTSP-a često ne liječe uopće ili se ne liječe adekvatno.

Liječenje zahtjeva individualni pristup pojedinca te uspostavljanje dijagnoze nije uvijek tako jednostavno, a sastoji se od psihoterapije bez ili u kombinaciji sa farmakoterapijom te socioterapijom. Osim dijagnoze PTSP-a oboljeli često imaju i druge psihijatrijske dijagnoze poput depresije, fobičnog i psihoorganskog poremećaja, opsesivno kompulzivnog poremećaja, somatofornog poremećaja te seksualne disfunkcije. Cilj liječenja je ponovna uspostava psihičke ravnoteže i poboljšanje kvalitete života koja se očituje u zadovoljstvu prilikom ispunjenja raznih životnih uloga- bračnog partnera, roditelja, prijatelja i radnika. Oboljela osoba koja ima kvalitetniji i sretniji život povećava svoje šanse da potraži pomoć i svede pojavnost PTSP-a na minimum.

Za postavljanje dijagnoze PTSP-a koriste se razni testovi klasificirani: prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10 revizija MKB SZO i prema Dijagnostičkom i

statičkom priručniku Američkog udruženja psihijatara IV. revizija (DSM-IV). Ova dva kriterija se dosta preklapaju, ali zbog različitosti se i dijagnostički mimoilaze (5).

Kod dijagnosticiranja PTSP-a prema MKB-u poremećaj se mora razviti unutar 6 mjeseci, u malom broju slučajeva tijek je kroničan te se očekuje relativno brz oporavak. Stoga ova metoda onemogućuje postavljanje dijagnoze kroničnog oblika PTSP-a.

Dijagnostički kriterij prema DSM-IV nalažu da simptomi moraju trajati najmanje jedan mjesec te stoga razlikujemo tri oblika PTSP-a: 1.Akutni PTSP: simptomi traju manje od tri mjeseca, 2.Kronični PTPS: simptomi traju više od tri mjeseca i 3.Odgođeni PTSP: simptomi se javljaju minimalno šest mjeseci nakon traume. Ovo je lakši princip dijagnosticiranja PTSP-a jer jasno označava u kojim uvjetima se javlja akutni, kronični i odgođeni oblik posttraumatskog stresnog poremećaja te samim time omogućava pripisivanje dijagnoze i akutnog, ali i kroničnog oblika PTPS-a.

Osim kliničkih kriterija, za uspostavu dijagnoze također je bitan odabir instrumenta tj. psihometrijskog pristupa kojim se pokušava zahvatiti složenost ovog poremećaja. Vrsta psihometrijskog instrumenta je strukturirani intervju koji je u kliničkoj praksi osnovno sredstvo rada. Služi za verbalni kontakt s pacijentom koji preko verbalnih i neverbalnih znakova olakšava dijagnosticiranje ovog poremećaja. Iako omogućuje lakši pristup ispitaniku, nije objektivan te je upitne valjanosti i pouzdanosti. Za PTSP se koriste brojni strukturirani i polustrukturirani intervjui.

Osim intervjua postoje i skale za mjerenje PTSP-a. Empirijski su provjerene s obzirom na sposobnost dijagnosticiranja i osjetljivosti za intenzitet poremećaja. Mjere izloženosti i intenziteta traumatskih događaja mjere intenzitet i mogućnost ponovnog izlaženja traumatskom stresnom događaju. Upitnih stresnih i traumatskih borbenih iskustava (USTBI check lista) prilagođena je traumama tijekom rata u Hrvatskoj te sadrži 40 čestica na koje se odgovara na skali od 3 stupnja (1-nikad, 2-jedan put, 3-više puta). Raspon brojeva se kreće od 40-120. Ova check lista pokazala se ka dobar prediktor za razvoj PTSP-a, pokazuje osjetljivost nakon izlaganja traumi te multidimenzionalan pošto prikazuje sedam čimbenika koji su bili okidači u razvijanju ove traume tijekom rata (nedostatak medicinske pomoći, zarobljavanje i mučenje, negativno borbeno okruženje, ugroženost, gubitak doma i obitelji, svjedočanstvo smrti

te iskustvo u minskom polju). Najveća mana ovog upitnika je njegova nepotpuna standardiziranost stoga se najvećim dijelom može koristiti kod žrtava hrvatskog rata. Od ostalih instrumenata još se koristi i MMPI-20 koji se rabi širom svijeta i primjenjuje na svim poznatim psihopatološkim fenomenima. Najčešće je rabljen upitnik ličnosti te je standardiziran na našoj populaciji (6).

Traumatska iskustva su bolna i nesvjesno se koriste svi načini kako bi se izbjeglo sjećanje na njih. Radi toga liječenje je dugotrajno te se najčešće provodi kao:

1.individualna psihoterapija
2.grupna psihoterapija
3.obiteljska i bračna psihoterapija
4.savjetovanje u okviru centra za psiho socijalnu skrb
5.farmakoterapija
6.socioterapija

Pri terapiji posttraumatskog stresnog poremećaja teško je proizvesti potpune i trajne pozitivne efekte s postojećim farmakoterapijskim i psihoterapijskim postupcima. Mogućnost uspješnog pružanja pomoći oboljelog osobi zahtjeva odgovarajuće medicinsko i psihološko znanje o normalnim i neuobičajenim reakcijama, ali i dozu empatije i razumijevanja. Dva su najvažnija činitelja koji određuju model pružanja adekvatne pomoći traumatiziranim osobama; psihološka pripremljenost osobe za sam traumatski događaj i intenzitet traumatskog događaja. Odluka o odgovarajućem terapijskom modelu donijeti će se na temelju dobrog kontakta s bolesnikom i psihoterapijskog intervjua.

Psihoterapija je terapija “razgovorom”. Ona podrazumijeva razgovor sa stručnjakom za mentalno zdravlje u cilju liječenja mentalnog oboljenja. Psihoterapije su individualne i grupne te ih je vrlo važno provoditi i preventivno u visokorizičnim skupinama. Cilj terapije je promjena stava prema traumatskom događaju, promjena shvaćanja o sebi, o drugima i svijetu, učenje boljeg sučeljavanja sa stresom te razvijanje većeg stupnja tolerancije (7).

1.4.1. Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija ima najveću bazu pozitivnih rezultata. To je terapija izlaganja, odnosno pacijent se uz pomoć terapeuta suočava s vlastitim traumatskim događajem. Ovaj tip psihoterapije se prilagođava emocionalnom stanju pacijenta te se terapija usmjerava na pacijenta i komunikaciju s pacijentom, a u konačnici se postiže kvaliteta i efikasnost terapije. Pacijentu se daje vremena, dopušta mu se da šuti, ali osigurava se emocionalna i intelektualna prisutnost. Individualna psihoterapija ima tri faze liječenja; faza otvaranja, srednja terapijska faza i faza odvajanja od terapeuta. Voditelj psihoterapije mora stvoriti odgovarajući doživljaj sigurnosti i povjerenja za vrijeme terapijskog procesa. U individualnoj terapiji terapeut je usmjeren samo na jednog pacijenta, dok u grupnoj terapiji pacijent liječnika mora dijeliti s drugim pacijentima (7).

1.4.2. Grupna psihoterapija

Grupne psihoterapije se odvijaju u setingu malih i velikih grupa. Od iznimne je važnosti jer pojedinac čuje iskustva i dijeli vlastita s drugim članovima grupe koji su proživjeli slična iskustva te omogućuje članovima da u isto vrijeme budu žrtve i svjedoci. To u konačnici pomaže pojedincu da i sam iznese svoja iskustva, poveća dozu samopouzdanja i pokaže svoju emocionalnu reakciju. Glavna pozornost se posvećuje komunikaciji, a uloga voditelja grupe je da omogući atmosferu koja osigurava slobodnu i opuštenu komunikaciju. Trajanje grupne terapije je različito. Kod akutnih kriznih intervencija grupna psihoterapija traje kratko, dok kod dugotrajne homogene i heterogene grupe traju duže jer ovdje je manji naglasak na traumi, a veći na razrješavanju promjena osobina osobnosti koje su uzrokovane traumom.

Biblioterapija je vrsta grupne terapije koja služi za procjenu osobnosti, pripadnosti i sazrijevanja pojedinca. Cilj ove vrste grupne psihoterapije je da se kod pojedinca potakne promjena u ponašanju. Čitanjem edukativnih i imaginarnih (poezija, drama) tekstova nastoji se kod oboljelog potaknuti samoprepoznavanje u pročitanom tekstu te

da na taj način verbalizira emocionalni doživljaj. Tekst se koristi kao trigger za poticanje emocionalne reakcije (7).

1.4.3. Obiteljska i bračna psihoterapija

Obiteljska i bračna psihoterapija od velike je važnosti radi osjećaja prihvaćanja, pripadanja i ponovnog uklapanja u društvo. Osobe oboljele od PTSP-a često se osjećaju izoliralo, izrugano i manje vrijedno. Ova vrsta psihoterapije omogućuje oboljelog da ponovno uspostavi kontakt s obitelji i okolinom, stekne osjećaj prihvaćanja i razumijevanja te ponovno krene u svakodnevni posao i život. Kod ove vrste psihoterapije liječnik i oboljeli trebaju biti strpljivi jer oboljelom treba dosta vremena da se osjeti siguran i spreman za uspostavu kontakta. Ponekad strah od razgovora i interakcije s drugim ljudima može pobuditi strah od ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva (8).

1.4.4. Farmakoterapija

Od farmakoloških metoda liječenja koriste se antidepresivi i anksiolitici. Antidepresivi koji se najčešće koriste su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), klasični antidepresivi (klomipramin i maprotilin), antidepresivi s dualnim djelovanjem te inhibitori enzima monoamino oksidaze (IMAO). Kod primjene SIPPS-a doza je tri puta veća nego kod oboljelog od depresivnog poremećaja. Ovdje do poboljšanja dolazi tek za 6-8 tjedana, a ponekad i iza 12. tjedna. Kod teških slučajeva PTSP-a gdje su bolesnici vrlo emocionalno labilni, agitirani te nestrpljivi i nemirni, koristi se i kombinacija anksiolitika, sedativa i hipnotika. Kod bolesnika sa psihotičnim slikama i otežanim funkcioniranjem, uvode se nove generacije lijekova u većim dozama koje se koriste kod drugih oblika psihičkih poremećaja i psihoza (3).

1.4.5. Socioterapija

Istraživanja pokazuju da veća socijalna podrška oboljelog od PTSP-a, rezultira boljim i učinkovitijim posttraumatskim ishodom. Osobe koje imaju bolju i veću primljenu podršku, nakon liječenja imat će manji broj ponavljanja traume. Osjećaj primljenog poštovanja, prihvaćenosti i brige od strane značajnih ljudi uvelike pomaže liječenju ove vrste poremećaja.

Socioterapija također uključuje i filmoterapiju. Terapija se odvija na način da medicinsko osoblje pusti film određene tematike koji izaziva određenu vrstu osjećaja. Na temelju pogledanog filma uočavaju se osobne vrijednosti oboljelog, kognitivne sposobnosti, kritičnost i način rješavanja postavljenog problema uz dozu izazvan emocionalne reakcije. Na ovaj način može se uvidjeti što potiče bolesnika na traumu i dali će određeni prizor filma potaknut strah i nelagodu od ponovnog javljanja. Cilj psihoterapije je da pojedinac uz pomoć grupe i stručnog voditelja psihoterapije pronađe rješenja koja će olakšat bijeg i sučeljavanje sa stresnog situacijom koja bi u konačnici mogla pobuditi ponovno proživljavanje traume. Tzv. Virtualnim okruženjem stvaraju se audio-vizualni i drugi dramatični elementi. Interakcija u stvarnom vremenu s virtualnim iskustvom pomaže pacijentu da dobije osjećaj prisutnosti što je od velike važnosti za liječenje traumatskih iskustava (4).

Kombinacijom navedenih načina liječenja postižu se najbolji rezultati. Ono se može provoditi u bolnici, dnevnoj bolnici i izvan nje. Kada postoje razvijeni programi za liječenje osoba oboljelih od PTSP-a, bolničko liječenje potrebno je samo u najtežim slučajevima.

1.4.6. Dnevna bolnica

Dnevna bolnica sastavni je dio Odjela za psihološku medicinu te sadrži ambulantni i odjelni bolnički dio kao i odsjek psihološke dijagnostike te tako čini funkcionalnu organizacijsku cjelinu. Ovdje se odvija dijagnostika, trijaža i indikacijski „screen“ odabir bolesnika. Na temelju prikupljenih podataka dalje se određuje terapijski program i farmakoterapija. Dnevna bolnica, ispunjena programom za oboljele od PTSP-a

omogućuje sudionicima psihoterapije da kreiraju zdraviju i sigurniju okolinu. Liječenje u dnevnoj bolnici traje mjesec dana (4).

1.5. Psihofarmaci

Kao što smo već prethodno naveli, najčešće vrste farmakoterapije koje se koriste u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja su antidepresivi i anksiolitici.

Pojačana pobuđenost, nesanica i poremećaji spavanja predstavljaju glavni problem pri liječenju ratnog PTSP-a. Stoga se u ovakvim slučajevima izbjegava korištenje kombinacije benzodiazepina i SIPPS-a, a u liječenju simptoma koristi se nova vrsta antipsihotika.

Lijek Quetiapin ima antidopaminergičko i sedativno djelovanje te je jedan od lijekova izbora pri liječenju nesanice i pojačane pobuđenosti. Nakon dvotjedne primjene ovog lijeka oboljele osobe osjećaju smanjenje simptoma. Zbog disregulacije različitih sustava u tijelu, mnogi stručnjaci smatraju da je monoterapija neučinkovita te primjenjuju kombiniranu psihofarmakoterapiju (9).

Američka Uprava za hranu i lijekove (FDA) odobrila je dva lijeka za liječenje odraslih osoba sa PTSP-om:

- sertralin
- paroksetin

Oba lijeka su **antidepresivi**, koji se također koriste za liječenje depresije. Također, mogu držati pod kontrolom simptome PTSP-a poput osjećaja tuge, brige, ljutnje i ravnodušnosti. Uzimanje ovih lijekova može olakšati uspješan prolazak kroz psihoterapiju.

Liječnik također može propisati neku drugu vrstu lijekova. Međutim, ne postoji dovoljno informacija o djelotvornosti ovih lijekova kod osoba sa PTSP-om.

- **Benzodijazepini**. Ovi lijekovi mogu se davati pacijentima radi opuštanja i boljeg sna. Osobe koje uzimaju benzodijazepine mogu imati probleme sa memorijom ili postati ovisni o lijekovima.

- **Antipsihotici**. Ovi lijekovi obično se daju osobama sa drugim mentalnim poremećajima, poput šizofrenije. Osobe koje uzimaju antipsihotike mogu dobiti na težini i na većem su riziku od srčanih oboljenja i dijabetesa.
- **Drugi antidepresivi.** Poput sertralina i paroksetina, antidepresivi fluoksetin (Prozac) i citalopram (celexa) mogu pomoći osobama sa PTSP-om kada je u pitanju smanjivanje napetosti ili osjećaja tuge. Kod osoba sa PTSP-om koji također pate od drugih anksioznih poremećaja ili depresije, antidepresivi mogu biti od koristi za smanjivanje simptoma ovih dodatnih oboljenja (10).

1.5.1. Alternativni oblici liječenja PTSP-a

Osim tipične farmakoterapije u posljednje vrijeme zaživjeli su i neki alternativni oblici liječenja. Konzumiranje svjetski poznate marihuane u sve većem broju koristi se za smanjivanja simptoma PTSP-a. Djeluje kao efektivna pomoć pri spavanju te smanjuje pobuđenost, broj noćnim mora te povećava opću kvalitetu sna. (11).

Sve veći je broj istraživanja koja pokazuju djelotvornost ecstasya i drugih opojnih droga poput LSD-a, MMD-a ili "čudotvornih gljiva" u liječenju ovog poremećaja. Konzumiranjem ovih droga osoba oboljela od PTSP-a ponovno prolazi traumu i smanjuje osjećaj straha zbog činjenice da traumu može proživjeti opet bez dodatnog straha ili pak proživljava ekstazu koja mu omogućuje rečaksaciju i smanjivanje simptoma.

Svakako trebamo naglasiti i važnost akupunkture. Pokazalo se da je akupunktura korisna za ublažavanje pretjeranog straha i smanjivanje noćnih mora. Najučinkovitija je u kombinaciji s psihoterapijom (12).

2. Cilj rada

Cilj ovog rada je :

- upoznat se s pojmom, etiologijom, učestalosti, simptomima, dijagnostikom i načinom liječenja oboljelih od PTSP-a
- prikazati važnost medicinske sestre kao dijela terapijskog tima u liječenju oboljelog od PTSP-a
- prikazati povezanost PTSP-a i nastanka komorbiditetnih oboljenja

3. Rasprava

3.1. Uloga medicinske sestre

Kao što Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje, ono je stanje potpunog tjelesnog, psihičkog i socijalnog blagostanja. Cilj svakog zdravstvenog radnika je upravo provođenje ove definicije kroz svakodnevan život. Pristup svakom pacijentu je holistički te uključuje osobne, okolinske, obiteljske okolnosti te rad na području obiteljske i specijalne medicine. Stoga svaka medicinska sestra prilikom pomoći psihijatrijskom bolesniku djeluje u ovom pravcu. Svaka medicinska sestra mora imat dovoljnu količinu stručnog znanja koju će usmjerit na prepoznavanje i dijagnosticiranje psihijatrijskog pacijenta, intervenirat određenim metodama na temelju prikupljenih podataka te u konačnici evaluirati dobivene rezultate. Da bi metode bile učinkovite potrebno je prepoznati potrebe i mogućnosti svakog pojedinca. Liječenje psihijatrijskog bolesnika uključuje rad s bolesnikom te rad s obitelji. Rad s obitelji od velike je važnosti kod liječenja oboljelog od PTSP-a. Dobar odnos pacijent-medicinska sestra od velike je važnosti od samog početka jer povjerenje koje se stvara u osobu koja pomaže, uvelike pospješuje i ubrzava tijek liječenja (13).

3.2. Sestrinska anamneza i intervencije

Prilikom prvog kontakta sa pacijentom potrebno je uzeti sestrinsku anamnezu. Za svakog pojedinca ponaosob, to zahtjeva određeno vrijeme. Potrebno je biti strpljiv i pokušat dobit odgovor od pacijenta na svakom području koje nam je bitno za nastavak liječenja. Sestrinskom anamnezom dobivamo sve potrebne podatke koji nam daju potpuni uvid u pacijentove želje i potrebe. Sestrinska anamneza olakšava rad medicinske sestre te način ophođenja prema pacijentu. Nakon uzete anamneze medicinska sestra postavlja sestrinske dijagnoze. One mogu biti vezane za poremećaje spavanja, seksualnosti, prehrane i slično. Na temelju postavljenih dijagnoza formiramo cilj i daljnje intervencije uzimajući u obzir da će nam evaluacija biti uspješna. Za provođenje intervencija od najveće je bitnosti dobra interakcija s pacijentom i uspostavljen odnos uzajamnog povjerenja i sigurnosti. Topli, njegujući odnos pun

razumijevanja za pacijenta je prihvatljiv te pridonosi uspostavi pozitivne komunikacije. To nije uvijek jednostavno. Pacijent s PTSP-om mora imati na umu da mu medicinska sestra samo želi pomoći i otkloniti strahove i tjeskobe koje ga muče.

Intervencije ovise o karakteru oboljelog od PTSP-a te o vrsti zaključenih sestrinskih dijagnoza. Akutno stanje obično već u početku zahtjeva intervenciju. Aktivno slušanje pacijenta izaziva respekt i prihvaćanje, mogućava lakšu i bollu suradnju te izvođenje intervencija u suradnji sa sestrom. Uz dobar odnos s oboljelim, sestra može lakše odlučiti i procijeniti koju intervenciju treba zadržati, a koju u konačnici odbaciti (1). Poremećaji uzorkovani psihotraumom remete svaki aspekt ljudskog funkcioniranja, stoga i terapijski pristup mora biti sveobuhvatan koliko je moguće. Izabrane intervencije moraju uključivati obitelj oboljelog jer je kod bolesnika s PTSP-om socijalno funkcioniranje znatno oštećeno te je obiteljska potpora obično iscrpljena zbog dugovremenih sukoba. Ovi pacijenti trebaju jaču socijalnu potporu.

Medicinska sestra mora:

- motivirati bolesnika i članove obitelji da aktivno sudjeluju u terapijskom postupku
- zapažati terapijski učinak na bolesniku (uključujući i nuspojave farmakološke terapije)
- pružiti informacije oboljelom
- ohrabrivati kontakata s rodbinom i prijateljima
- vršiti trening socijalnih i životnih vještina (terapijska komunikacija)
- poštivati jedinstvenost ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo
- uključivati bolesnika i pomoći mu pri učinkovitijoj prilagodbi

Intervencije koje će sestra provoditi ne moraju uvijek biti iste. S vremenom kako se stanje pacijenta bude mijenjalo – na bolje ili na gore, one se mijenjaju. Sestra svoje intervencije izvodi u suradnji s liječnikom. Medikamente koje liječnik propisuje, sestra primjenjuje u svakodnevnoj terapiji. Ona se mora pobrinut da je terapija popijena na vrijeme, pravim putem i u dogovorenoj količini. Oboljeli od PTSP-a zbog svog stanja često ne shvaćaju važnost uzimanja terapije. Nije rijedak slučaj da se prikriva kako je

terapija popijena, stoga sestra uglavnom zahtjeva da se terapija provodi u njenoj prisutnosti.

Cilj djelovanja medicinske sestre je rad na simptomatskoj tj. farmakoterapiji te na rekonstruktivnoj terapiji, odnosno radu na traumatskoj priči. To je glavna uloga sestre koja svojim radom pomaže oboljelom da prevlada komunikacijske teškoće uzrokovane patološkom reakcijom na traumu. Intervencije su usmjerene uglavnom na razgovor i empatiju prema pacijentu. Dio rada medicinske sestre pri radu s PTSP-ovcima usmjeren je i na preventivu, odnosno na upoznavanje i rad s obitelji. Potrebno je upozorit širu zajednicu s problemima koje muče oboljelog te tako omogućiti jačanje socijalnog razumijevanja i suporta.

Kako liječenje odmiče, kod pacijenta bi se trebao razviti slabljenje traumatskog iskustva te bi ono trebalo postati dio prošlosti. Terapija i ovdje obuhvaća relativnu farmakoterapiju i sestrinske intervencije usmjerene na razumijevanje pacijenta i pomoć pri teškim trenutcima koji će u konačnici rezultirati ublažavanjem intenziteta noćnih mora, smanjivanju tjeskobe i depresije te loše koncentracije. Sestrinskim djelovanjem pacijent postiže kvalitetniji život. Ovdje bolesnik oboljeli od PTSP- počinje povezivanje sa svakodnevnim životom. Tu je bitno da sestra svakodnevno osigura dovoljno vrijeme posjeta kako bi se pacijent što više povezao sa članovima obitelji. U ovoj fazi bolesnik počinje opažati da postoje i drugi te prepoznaje pozitivne promjene u vlastitoj osobnosti. Ovdje se usmjerava na jačanje obiteljskog kruga povjerenja koje je vrlo često značajno oštećeno.

Zdravstvena njega koju sestra provodi, smanjuje duljinu hospitalizacije i povećava zadovoljstvo pacijenta. Za veću kvalitetu zdravstvene njege potrebno je slijediti postojeća dostignuća i kontinuirano se profesionalno usavršavati (13).

3.3. Poteškoće u liječenju oboljelih od PTSP-a

Nažalost nije uvijek lako i jednostavno raditi s oboljelima od PTP-a. Medicinske sestre često nailaze na različite prepreke prouzrokovane lošijom adaptacijom oboljelog na liječenje. Otpor često predstavlja djelomična socijalna izolacija i mirenje s njom.

Pacijent često nije dovoljno spreman za ponovnu uspostavu kontakta s obitelji zbog straha od ponovnog odbijanja i još većeg stupnja izolacije. S druge strane, ponekad obitelj ne može izaći na kraj s bolesnikovom agresijom ili nezainteresiranošću za obiteljske odnose što osiromašuje obiteljsku komunikaciju koja postaje oskudna i u strahu od ponovne napetosti u odnosima.

Poremećaj osobnosti također može limitirati daljnje liječenje. Zbog ovih činjenica, rad sestre mora biti usmjeren na fleksibilnost sestrinskih postupaka . Ona svojim djelovanjem mora prilagodit svoje intervencije potrebama svakog pojedinca te uzeti u obzir raznovrsne čimbenike koji imaju utjecaj na terapijsko poboljšanje (14).

Kada pacijent ugrožava sebe, druge pacijente ili članove zdravstvenog tima, potrebno je provoditi posebne mjere zdravstvene zaštite koje zdravstvenim djelatnicima predstavljaju dodatni stres i opterećenje na radnom mjestu. Osoblje je za to posebno educirano i istrenirano te u potpunosti se drži svih prava pacijenta. Tretman pacijenta uvijek je baziran na tome da je za pacijenta najljubazniji te netraumatičan i učinkovit.

Posebne mjere zaštite dijele se na farmakološke i fizičke postupke.

Farmakološki postupci:

- Brza neuroleptizacija (primjena neuroleptika peroralno ili intramuskularno)
- Sedacija benzodiazepinima
- Sedacija benzodiazepinima i brza neuroleptizacija

Fizički postupci:

- Diskretni nadzor- povećana pozornost osoblja u kojoj pacijent nema osjećaj da je pod nadzorom
- Postavljanje ograde na krevet (radi sprječavanja rizika za pad)
- Stalni nadzor u gibanju
- Humana fiksacija

Ponekad se koristi kombinacija fizičkih i farmakoloških postupaka. Postupci se nikad ne provode kao kazna za pacijenta ili kao odgovor na pacijentovo neprijatno ponašanje,

već kao mjera sigurnosti ukoliko postoji rizik za ugrožavanje vlastitog ili tuđeg fizičkog ii materijalnog vlasništva. Provode se pravilno i sigurno te ne postoji mogućnost povrede osobe ili materijalnog inventara. Tijekom izvođenja posebnih postupaka zadovoljene su sve fiziološke potrebe pojedinca. Sve mjere su popraćene pravilno vođenom i evidentiranom medicinskom dokumentacijom (15).

3.3.1. Humana fiksacija

U liječenju psihijatrijskih bolesnika pa tako i onih oboljelih od PTSP-a, ponekad je nužna primjena fizičke sile. Agresivno ponašanje često je nepredvidivo i bez uočljivih promjena u ponašanju, izgledu ili komunikaciji.

Potreba za sigurnošću jedna je od osnovnih ljudskih potreba. Ono što bi svaki čovjek ne bi trebao zaboraviti je da treba voditi brigu o svojim potrebama, ali isto tako mora imati na umu, da zadovoljavanje vlastitih potreba ne smije ići na način da ugrožavamo potrebe drugih oko sebe.

Humana fiksacija je posebna mjera zaštite koja se provodi uz pomoć stezaljki i fiksatora radi sigurnosti pacijenta i njegove okoline. Ona je u potpunosti bezopasna za pacijenta te sa sobom ne nosi rizik od komplikacija. Provodi se kratkotrajno, odnosno do poboljšanja tj. stabilizacije stanja pacijenta. Fiksaciju obavlja medicinska sestra koja je posebno educirana za izvođenje ovog postupka. Pri provođenju ovog postupka, izrazito se pazi na poštovanje prava bolesnika i njegove sigurnosti. Svaka fiksacija zabilježeva se na posebnom obrascu.

Humana fiksacija provodi se kod izrazite uznemirenosti, autoagresije i heteroagresije, izrazito jake agitacije, pacijenta sklonog samoozljeđivanju, agresivnog ponašanja nakon uzimanja lijekova, alkoholizma i sl. Fizička sila se koristi onoliko koliko je neophodno za neutralizaciju opasnog ponašanja. Sredstvo za fizičko ograničavanje kretnji može biti od tkanine, kože ili metala (13).

3.4. Moguće sestrinske dijagnoze kod bolesnika s PTSP-om

1. Visok rizik za suicid
2. Nepridržavanje zdravstvenih preporuka
3. Depresivno ponašanje
4. Nesanica
5. Strah
6. Anksioznost
7. Socijalna izolacija
8. Poremećen self imagine
9. Gubitak samopoštovanja

Uz veći broj slučajeva PTSP-a vežemo i pojavu komorbiditetnih oboljenja. Pojam komorbiditeta označava istovremeno pojavljivanje više bolesti kod jedne osobe. Često liječnici postavljaju pitanje da li je komorbiditet slučajan ili uzročno posljedična pojava bolesti. Kod osoba oboljelih od PTSP-a javljaju se različiti oblici komorbiditeta:

Muškarci:

- Zlouporaba alkohola ili droga (51,9%)
  Major depresivna epizoda (47,9%)
- Poremećaj ponašanja (43,4%)

Žene:

- Major depresivna epizoda (48,5%)
- Obična fobija (29%)
- Socijalna fobija (28,4%)
- Zlouporaba alkohola i droga (27,9%)

Prema određenim podacima, više od 80% osoba oboljelih od PTSP-a zadovoljava kriterije za još jednu ili više dijagnoza. Anksioznost i depresija zauzimaju najveći postotak učestalosti javljanja u komorbiditetnom obliku kod PTSP-a. Komorbidna

depresija i anksiozni poremećaji dva su puta češći kod žena oboljelih od PTSP-a nego kod muškaraca.

Psihijatrijski poremećaji koji su bili prisutni prije nastanaka PTSP-a mogu biti rizični čimbenici za nastanak PTSP-a, međutim, nakon nastanka PTSP-a često dolazi i do razvoja drugih psihijatrijskih poremećaja, što znatno otežava dijagnostiku i liječenje PTSP-a. Nije poznato u kojoj mjeri ovi poremećaji prethode ili slijede nakon početka posttraumatskog stresnog poremećaja. Također, u određenoj mjeri mnogi poremećaji sadržavaju iste ili slične simptome (17).

Pored toga, psihijatrijski komorbiditet uz kronični PTSP ima veliku ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja te je stupanj izloženosti traumi u pozitivnoj korelaciji s razvojem suicidalnosti. Komorbiditet može utjecati na rezultate kliničkih studija vezanih za PTSP, stoga je točna procjena komorbiditeta izuzetno važna za validnost rezultata kao i za određivanje optimalnog psihoterapijskog i farmakoterapijskog liječenja.
Osim psihijatrijskog komorbiditeta, postoji i značajan komorbiditet s tjelesnim bolestima, te povišene stope mortaliteta, prijevremene smrti i učestalosti korištenja zdravstvene zaštite. Zbog ove veze, neki smatraju da PTSP predstavlja vezu između traume (traumatskog događaja) i sekundarnih kardiovaskularnih, metaboličkih i autoimunih stanja (18).

3.5. Zlouporaba alkohola i opojnih sredstava u osoba oboljelih od PTSP-a

Podrobnije ćemo opisat povezanost konzumacije alkohola kod osoba oboljelih od PTSP-a zbog sve veće pojavnosti te odaziva oboljelih na liječenje upravo radi ovog razloga. Velik broj oboljelih, pogotovo muškaraca odazovu se na liječenje primarno zbog problema s alkoholom. Tijekom pristanka na liječenje zbog alkoholizma mnogo osoba ni ne sluti da boluje od PTSP-a. Tek nakon uzete liječničke i sestrinske anamneze te uvida u psihičke i tjelesne simptome osoba saznaje da primarno boluje od posttraumatskog stresnog poremećaja.

Zloupotreba i ovisnost o alkoholu u pacijenata sa PTSP često je praćena i postojanjem drugih psihijatrijskih poremećaja. Suvremeni tretman PTSP-a uključuje kombinaciju edukacije, psihofarmakoloških intervencija, psihoterapije i socijalne podrške. Bilo koje psihijatrijsko komorbiditetno stanje treba biti tretirano istovremeno sa PTSP-em, a različiti terapijski pristupi mogu se koristiti u različitim sekvencama ovisno o kliničkoj slici.

Tretman osoba sa PTSP-om u kojih postoji dodatni problem vezan za zloupotrebu i ovisnost o alkoholu treba biti povezan sa specijalisti koji su educirani i u tretmanu PTSP i u liječenju alkoholizma. U plan liječenja treba uključiti i efekte upotrebe alkohola na simptome PTSP-a (spavanje, ljutnja, iritabilnost, anksioznost, depresija) te tretman liječenja usmjeriti jednako na probleme vezane za traumu i one vezane za upotrebu alkohola (19).

4. ZAKLJUČAK

1.Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je anksiozni poremećaj koji se javlja kod nekih osoba nakon svjedočenja ili proživljavanja opasnog događaja.

2.Simptomi i potpuno razvijena klinička slika PTSP-a mogu se pojaviti odmah nakon stresnog događaja, ubrzo nakon njega ili nakon više godina.

3.Dij**a**gnozu postavlja liječnik psihijatar ili psiholog na osnovu simptoma koji traju kontinuirano najmanje mjesec dana.

4.Glavni tretman liječenja za osobe sa PTSP-om podrazumijeva psihoterapiju, lijekove ili oboje.

5. Sažetak

PTSP je anksiozni poremećaj koji se javlja nakon svjedočenja ili proživljavanja opasnog događaja. Velik dio bolesnika koji pate od PTSP-a imaju tegobe koje zadovoljavaju kriterije za barem još jednu ili dvije psihijatrijske dijagnoze. Javljaju se simptomi ponovnog proživljavanja, izbjegavanja i pretjerane pobuđenosti. Ovaj psihički poremećaj dijagnosticira se raznim testovima prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10 revizija MKB SZO i prema Dijagnostičkom i statičkom priručniku Američkog udruženja psihijatara IV. revizija (DSM-IV).

Liječenje se sprovodi pomoću individualne, grupne i obiteljske psihoterapije te preko dnevne bolnice i psihofarmakoterapije. U najtežim slučajevima vrši se hospitalizacija i humana fiksacija pacijenata.

Uloga medicinske sestre je uzimanje sestrinske anamneze te holistički pristup pacijentu. Glavna uloga sestre je pomoć pacijentu i obitelji da prihvate bolest te motiviraju pacijenta da se aktivno i uspješno suoči s bolešću.

Uz PTSP učestalo je pojavljivanje komorbiditetnih oboljenja, a najveći postotak zauzimaju depresivna stanja i zlouporaba alkohola te drugih opojnih sredstava.

6. Summary

The role of the nurse as a member of the treatment team in patients diagnosed with PTSD and comorbid diseases

PTSD is an anxiety disorder, occurring after witnessing or going through a dangerous (rađe možda stressful, i na hr) event. High number of patients suffering from PTSD have symptoms that point to at least one or two additional psychiatric diagnoses.

Symptoms of reliving, avoidance and excessive alertness are occurring. This mental disorder is diagnosed using various tests, according to International WHO Classification of Diseases, revision 10 (ICD-10) and American Psychiatric Association manual, revision IV (DSM-IV). Individual, group and family psychotherapy, along with daily hospitalization and psychofarmacotherapy is used for treatment. Nurse role is taking of nursing anamnesis and holistic approach to patient. Main role of the nurse is helping patient and family to accept the illness and motivating the patient to actively and successfully confronting the illness.

Appearance of comorbidity is frequent along PTSD, and the highest percentage belongs to depression and abuse of alcohol and other psychoactive substances.

7. Literatura

1. Gregurek R., Klain E., Posttraumatski stresni poremećaj- hrvatska iskustva. Medicinska naklada: Zagreb; 2000

2. Pridmore S.: Download of Psychiatry, Chapter 11. Last modified : March 2013.

3. http://www.cybermed.hr/clanci/posttraumatski_stresni_poremecaj_ptsp

4. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za vojnu medicinu:II hrvatski kongres vojne medicine. Tisak: Zagreb; listopad 2005.

5. Jukić V.: Klinička slika posttraumatskog stresnog poremećaja. Socijalna psihijatrija 1992

6. Jokić-Begić N., Begić D., Gregurek R. : MMPI usefullness in diagnostics od PTSP. Alpe-Adria symposium; 1994

7. Klain E.: Psihološka medicina. Golden marketing. Zagreb; 1998.

8. Bilić V. : Projekcija kao pokazatelj učinkovitosti psihoterapije. Psihoterapija 1996.

9. Makarić G., Folnegović-Šmalc V.: Psihofarmakološko liječenje PTSP-a: Dijagnostički i terapijski algoritam posttraumatskog stresnog poremećaja. Priručnik za praćenje seminara, Nacionalni centar za psihotraumu i Hrvatski liječnički zbor. Zagreb; 1999.

10.http://www.psihijatrija.com/MATURANTI/PREDAVANJA/br%2012a%20nuspojave.htm

11. http://marihuana.hr/izraelska-studija-lijecenje-ptsp-a-marihuanom/

12. http://www.24sata.info/magazin/zdravlje/74397-droge-uspjesno-lijece-ptsp-ecstasy-i-mdma-pomazu-zrtvama-rata-i-pedofila.html

13. Božičević M., Zoran B.: 19. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara, 1.regionalni kongres. Hums; 2013.

14. Lasić R.: Utjecaj posttraumatskog stresnog poremećaja na odnose u obitelji. Rijeka; veljača 1997.

15. Robar A.: Zdravstvena njega agresivnog bolesnika. V Kores Plesničar, B (ur). Duševno zdravje in zdravstvena njega. Maribor; Fakultet za zdravstvene vede; 2011.

16. http://www.uhblptspvu.hr

17. http://www.istrazime.com/klinicka-psihologija/sto-je-posttraumatski-stresni-poremecaj-ptsp/

18. http://medlib.mef.hr/1875/1/Arbanas_G_disertacija_rep_1875.pdf

19. http://www.zdravstvo.com/alkoholizam/radovi/avdibegovic.htm

8. Životopis

Osobni podaci:

Ime i prezime: Silvia Matić

Datum i mjesto rođenja: 27.04.1993., Zadar

Adresa: Andrije Hebranga 7, Zadar

Mobitel: 091/913-2411

E-mail: greentrix@gmail.com

Obrazovanje:

2000-2008.g. Osnovna škola, Zadar

2008-2012.g. Opća gimnazija Vladimir Nazor, Zadar

2012-2015.g. Preddiplomski sveučilišni studij, Split

Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija,

Smjer: sestrinstvo.

Vještine:

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

Strani jezici: Engleski jezik aktivno koristi.