

Skrb za psihijatrijskog bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Vukmirić, Tara

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:154977>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1264/SS/2020

Skrb za psihijatrijskog bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Tara Vukmirić 1030/336



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1264/SS/2020

Skrb za psihijatrijskog bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Student

Tara Vukmirić, 1030/336

Mentor

Melita Sajko mag. soc. geront.

Koprivnica, rujan 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Tara Vukmirić	MATIČNI BROJ	1030/336
DATUM	30.06.2020	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Skrb za psihijatrijskog bolesnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Care for the psychiatric patient in the primary health care		
MENTOR	Sajko Melita mag. soc. geront.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Vesna Sertić, dipl. med. techn., predsjednik		
	2. Sajko Melita, mag. soc. geront., mentor		
	3. Marija Božičević, mag.med.techn., član		
	4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1264/SS/2020
OPIS	<p>Problemi mentalnog zdravlja javljaju se u svim kulturama bez obzira na dob i imaju veliki utjecaj na fizičko zdravlje ljudi koji su njome pogođeni. Psihičkim smetnjama pogođena je petina čovječanstva, a oko 5% populacije ima smetnje koje značajno ometaju radno i socijalno funkcioniranje. Na razini primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj mentalni/duševni poremećaji sudjeluju s udjelom od 4-5%. Godine 2010. registrirano je ukupno 593.647 dijagnoza te se ova skupina s udjelom od 5,2% nalazila na 8. mjestu.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- opisati skrb za psihijatrijskog bolesnika u primarnoj zdr. zaštiti- prikazati slučajeve iz ambulante obiteljske medicine- prikazati incidenciju oboljenja s obzirom na dijagnoze- prikazati najčešću farmakološku terapiju u liječenju psihičkih oboljenja- opisati ulogu med. sestre u skrbi za psihijatrijskog bolesnika u primarnoj zdr. zaštiti

ZADATAK URUČEN 03.07.2020.



POTPIS MENTORA

Zahvala

Zahvaljujem se mentorici Meliti Sajko mag. soc. geront. na iskazanom povjerenju, vodstvu i korisnim diskusijama tijekom izrade ovoga rada.

Također, veliko hvala svim profesorima i asistentima Sveučilišta Sjever, Odjela za biomedicinske znanosti na suradnji, ugodnom boravku i stečenim znanjima.

Posebno hvala mojim prijateljima bez kojih studentski dani ne bi bilo kvalitetno provedeni, hvala im na pomoći tijekom najtežih ispitnih dana.

Veliko hvala i liječnici Albinu Jakovljeviću koja mi je dopustila da koristim dostupne podatke iz njene ordinacije tokom pisanja ovoga završnog rada, te joj hvala što je izlazila u susret tijekom svakog mog izostanka zbog fakultetskih obaveza.

Naposljetku, neizmjereno hvala mojim roditeljima, seki Taši, obitelji i zaručniku na strpljenju, moralnoj podršci, ohrabrenju i povjerenju koje su mi ukazali tokom studija, hvala im što su uvijek uz mene.

Sažetak

Mentalni/duševni poremećaji relativno su visoke pojavnosti, često počinju u mlađoj odrasloj dobi, smanjuju kvalitetu života i znatno sudjeluju u korištenju zdravstvenih resursa. Općenito se dijele na psihotične, neurotske, funkcijske i organske. Na razini primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj mentalni/duševni poremećaji sudjeluju s udjelom 4-5%. Godine 2010. registrirano je ukupno 593.647 dijagnoza te se ova skupina s udjelom 5,2% nalazila na 8. mjestu. Ordinacija obiteljske medicine prvo je mjesto gdje pacijent dolazi kad ima neki zdravstveni problem, to su ulazna vrata u zdravstveni sustav za svakog pripadnika neke lokalne zajednice i većina problema pokušava se riješiti na primarnoj razini. Medicinska sestra je prva osoba s kojom se pacijent susreće i od nje se očekuje da pruži sestrinsku skrb na najbolji mogući način prilagođen individualnim potrebama pojedinca, te pruženu kroz holistički pristup. Medicinska sestra promatra, procjenjuje te primjereno odgovara na zdravstvene potrebe i probleme pacijenata, radi u skladu s načelima sestrinske etike i Etičkog kodeksa medicinskih sestara i poštuje prava pacijenta na privatnost i dostojanstvo, bez obzira na spol, dob, rasu, nacionalnu i vjersku pripadnost, politička i ostala životna opredjeljenja. U ordinaciji dr. Albine Jakovljević 15% upisanih pacijenata pati od jedne ili više dijagnoza iz skupine mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja. Najviše zastupljene dijagnoze su F40-F48, odnosno neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji, dok su najmanje zastupljeni F99, neoznačeni duševni poremećaji.

Ključne riječi: primarna zdravstvena zaštita, obiteljska medicine, mentalni poremećaj, bolest, medicinska sestra

Summary

Mental disorders have relatively high incidence. They often beginning in young adulthood, reducing quality of life, and significantly contributing to the use of health resources. They are generally divided into psychotic, neurotic, functional, and organic. At the level of primary health care in Croatia, mental disorders participate with a share of 4-5%. In 2010, a total of 593,647 diagnoses were registered, and this group with a share of 5.2% was in 8th place. The family medicine office is the first place where a patient comes when he has a health problem, it is the entrance door to the health system for every member of a local community and most problems are tried to be solved at the primary level. The nurse is the first person the patient meets and is expected to provide nursing care in the best possible way tailored to the individual needs of the individual, and provided through a holistic approach. The nurse observes, assesses and responds appropriately to the health needs and problems of patients, works in accordance with the principles of nursing ethics and the Code of Ethics for Nurses and respects patients' rights to privacy and dignity, regardless of gender, age, race, nationality and religion. political and other life commitments. In the office of Dr. Albina Jakovljević, 15% of enrolled patients suffer from one or more diagnoses from the group of mental disorders and behavioral disorders. The most common diagnoses are F40-F48, ie neurotic, related to stress and somatoform disorders, while the least common are F99, unlabeled mental disorders.

Key words: primary care, mental disorder, illness, nurse

Popis korištenih kratica

CNS – središnji živčani sustav

DMS – dijagnostički i statistički priručnik

HMS – hitna medicinska služba

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

ICN – Međunarodno vijeće medicinskih sestara

LOM – liječnik obiteljske medicine

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

SKZZ – specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Primarna zdravstvena zaštita.....	3
2.1. Definicija obiteljske medicine	3
2.2. Temeljni zadaci, znanja i vještine obiteljske medicine	4
2.3. Položaj i funkcioniranje obiteljske medicine u Hrvatskoj.....	5
2.4. Medicinska sestra u obiteljskoj medicini.....	6
3. Psihijatrija	11
3.1. Povijest hrvatske psihijatrije.....	11
3.2. Klasifikacija duševnih/mentalnih poremećaja.....	12
3.3. Pobol na razini primarne zdravstvene zaštite	14
3.3.1. Prevalencija mentalnih bolesti na razni obiteljske medicine	15
4. Odnos između medicinske sestre i psihijatrijskog bolesnika u ordinaciji obiteljske medicine	17
4.1. Empatija.....	17
4.2. Komunikacija.....	19
4.3. Povjerenje.....	20
4.4. Poštovanje.....	21
4.5. Autentičnost.....	21
5. Skrb medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod bolesnika s psihijatrijskom dijagnozom.....	22
5.1. Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta sa Shizofrenijom.. ..	24
5.2. Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta koji boluje od depresije.....	26

5.3. Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja uzrokovanim upotrebom alkohola, stanje apstinencije	28
6. Prikaz slučaja	30
6.1. Ukupan broj pacijenata s medicinskom dijagnozom F00 – F99 u ordinaciji obiteljske medicine dr. Albine Jakovljević	30
6.2. Anamnestički podaci i tijek liječenja izdvojenih pacijenata iz ordinacije obiteljske medicine dr. Albine Jakovljević	34
7. Zaključak.....	38
8. Literatura.....	39
9. Popis slika	41

1. Uvod

Trenutne procjene govore da će 50% stanovništva doživjeti barem jedan mentalni poremećaj u svom životu i da je najmanje 25% stanovništva bolovalo od mentalnog poremećaja u proteklim godinama [1]. Prepoznavanje, dijagnoza, zdravstvena njega, liječenje, edukacija i rehabilitacija uvelike ovisi o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno liječnicima i medicinskim sestrama koji djeluju u djelokrugu iste. Najmanje jedna trećina oboljelih je uključena u zdravstvenu skrb čije konzultacije sa zdravstvenim osobljem imaju izravne i eksplicitne psihološke komponente. Ipak, usprkos intenzivnom upoznavanju s mentalnom prezentacijom patologije mentalnih oboljenja, te prikladnosti primarne zdravstvene zaštite usmjerene na liječenje i pružanje zdravstvene njege uočeno je istraživanjima kako se samo polovica bolesnika prepoznaje i liječi, dok kod druge polovice nije uočen problem mentalnog oboljenja, iako on postoji. Također, najnovija istraživanja ukazuju kako od svih detektiranih pacijenata, samo polovica se liječi učinkovito [1].

Ne postoji jedinstveno rješenje samo za ovaj problem. Kako bi se skrb o psihijatrijskim pacijentima podigla potrebno je pružiti skrb koja je ciljana, dosljedna, istodobna i holistička. Kako bi se takva razina skrbi postigla, potrebno je uključiti i pacijente i zdravstveno osoblje, kako na edukaciju, tako i na razne vježbe i istraživanja.

U većini zdravstvenih sustava liječnici i medicinske sestre primarne zdravstvene zaštite su kamen temeljac za prepoznavanje, dijagnozu, liječenje, pružanje zdravstvene njege i upućivanje na daljnje preglede specijalisti za sve vrste poremećaja, bilo da su somatski, psihološki ili obje. Protekla dva desetljeća svjedočila su daljnjem naglašavanju ove uloge, posebno u pogledu liječenja mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a nekoliko je razloga za to. Prvi razlog je da mentalni poremećaji i psihijatrijski pacijenti prevladavaju u zajednici mnogo više nego što se to prije mislilo. Trenutni epidemiološki pokazatelji sugeriraju kako će gotovo 50% stanovništva iskusiti barem jedan mentalni poremećaj u svom životu, a najmanje 25% je patilo od mentalnog poremećaja u proteklih 12 mjeseci [1]. Također, epidemiološki dokazi upućuju na to da je od svih ljudi s mentalnim poremećajima koji se liječe, veliki udio dobio barem minimalnu intervenciju kroz primarnu zdravstvenu zaštitu. Isto tako, kontinuirani trend smanjenja bolničkih kreveta na

psihijatrijskim odjelima doprinosi većem opterećenju psihijatrijskih bolesnika u ambulantnim liječenjima. Razvoj medicine, te sukladno tome povećan opseg znanja iz psihijatrije i kliničke psihologije rezultirao je novim mogućnostima liječenja psihijatrijskih bolesnika. U većini zdravstvenih sustava, populacija ljudi posjeti primarnu zdravstvenu zaštitu najmanje jednom godišnje, čime se održava stabilan i trajan odnos s pacijentom. Na temelju toga medicinska sestra i liječnik opće prakse mogu razviti dublje razumijevanje ranjivosti pojedinca za određene bolesti, ponašanje, smanjivanje poremećaja, razvoj somatskih i mentalnih komorbiditeta i sposobnost prevladavanja izravnih i neizravnih učinaka bolesti. Osoblje primarne zdravstvene zaštite često ima intimnije odnose poznavanja psihosocijalnog konteksta u kojem pacijenti javljaju svoje probleme i bolesti.

2. Primarna zdravstvena zaštita

Primarna zdravstvena zaštita podrazumijeva izvanbolničku zdravstvenu zaštitu u temeljnom opsegu čiji je cilj unapređenje i očuvanje zdravlja, sprečavanje i suzbijanje bolesti te liječenje i rehabilitacija oboljelih i onesposobljenih. Također, uključuje izdavanje recepata za liječenje i izdavanje dokumenata, odnosno potvrdnica povezanih s ostvarenjem prava na novčane naknade, invaliditet, nesposobnost za rad i drugo. Primarna zdravstvena zaštita je ključ za ulaz u ostale dijelove zdravstvenog sustava, odnosno specijalističko – konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i stacioniranu zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena zaštita obavlja se na tri razine; primarna, sekundarna i tercijarna. Primarna zdravstvena zaštita obuhvaća opću medicinu, obiteljsku medicinu, školsku medicinu, medicinu rada, hitnu medicinsku pomoć, primarnu zaštitu žena i djece, higijensko – epidemiološku zaštitu, zubozdravstvenu zaštitu i ljekarničku djelatnost. Načela primarne zdravstvene zaštite su sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost i cjeloviti pristup [2].

2.1. Definicija obiteljske medicine

Stručnjaci koji su morali definirati pojedina područja medicine su se pri definiranju obiteljske medicine susreli s poteškoćama. Pojavila su se pitanja radi li se zaista o zasebnoj medicinskoj specijalnosti, jer je nije moguće razjasniti s karakteristikama koje se koriste u drugim granama: s organskim sustavom kojim se bavi (primjerice, u psihijatriji, ginekologiji, gastroenterologiji, otorinolaringologiji), sa skupinom stanovništva kojom se bavi (primjerice pedijatrija), ili metodama koje koristi (primjerice socijalna medicina, epidemiologija), ili s uređajima kojima se koristi (primjerice rendgenologija).

Specijalnost obiteljske medicine je teže definirati stoga jer je određuje više karakteristika iz kojih izvire nadležnosti koje ova struka ima u zdravstvenim sustavima u svijetu. Obiteljska medicina pruža osobnu, primarnu i trajnu zdravstvenu skrb pojedincima, obiteljima i zajednicama, bez obzira na dob, spol ili bolest [2]. Upravo je udruživanje nabrojanih karakteristika njezina značajka. Bolesnici se liječe u ordinaciji, u njihovim domovima, te katkad u poliklinici ili bolnici. Zadatak djelatnika obiteljske medicine je dovoljno rano postaviti dijagnozu i prepoznati stanje pacijenta koje odudara od normalnoga. Pri procjeni

zdravlja ili bolesti uvažavaju se fizički, psihički i socijalni čimbenici. Neprekinuti kontakt s bolesnikom omogućava da se skupe podaci na primjeren način svakom pojedincu. Tako se uspostavlja uzajamno povjerenje. Liječenje i zdravstvena njega odvija se uz suradnju sa zdravstvenim i drugim djelatnicima. Na adekvatan način liječenje i zdravstvena njega se usmjeravaju u svrhu poboljšanja zdravlja bolesnika i njihovih obitelji, bilo liječenjem ili sprečavanjem bolesti te zdravstvenim odgojem.

Prema Europskom udruženju liječnika obiteljske medicine iz 2002. godine „Obiteljska medicina je akademska i znanstvena disciplina koja ima vlastitu edukaciju, istraživanja, na dokazima utemeljeno kliničko djelovanje te kliničku specijalizaciju koja je usmjerena na primarnu zdravstvenu zaštitu.“ [2].

2.2. Temeljni zadaci, znanja i vještine obiteljske medicine

Definicijom obiteljske medicine određeni su temeljni zadaci odnosno znanja i vještine kojima liječnik i medicinska sestra moraju vladati. Potrebno je ostvariti prvi kontakt s bolesnikom i koordinirati zdravstvenu skrb s drugim stručnjacima. Također zdravstvenu skrb treba usmjeriti prema bolesniku. To znači da se komunikacija između liječnika, medicinske sestre i pacijenta mora odvijati tako da se omogući uspostavljanje odnosa suradnje, koji je ključan za rad u obiteljskoj medicini. Isto tako treba pristupiti specifičnom rješavanju problema. To znači da liječnik i medicinska sestra moraju znati koliko su učestale bolesti na koje sumnjaju, koliko se brzo razvijaju, znati prosuditi o prirodi tih bolesti i znati kada kod određenih stanja se može pričekati s donošenjem odluke a kada ne smije, te kada je bolesnika potrebno uputiti kliničkom specijalistu na daljnju obradu. Veoma je bitan i cjelovit pristup. Cjelovit pristup znači da je potrebno razlučiti za koju je od bolesnikovih bolesti vjerojatnije da će ga ugroziti, a koje su one pri kojima možemo odabrati manje agresivan pristup. Nadalje, u te se prioritete uključuju način života i prevencija. Usmjerenost na društvenu zajednicu omogućuje pomoć bolesniku da se uključi u društvenu zajednicu. Potrebno je znati na koje oblike pomoći društvene zajednice bolesnik ima pravo te kako ih bolesnik može osigurati. U cjelokupnoj skrbi potreban je holistički pristup. Holistički pristup je najsloženija zadaća koja se odnosi na odgovornosti liječnika i medicinske sestre koji moraju ranije nabrojane odluke uskladiti s bolesnikom kako bi zajedno izradili plan liječenja i skrbi koji će konkretnome bolesniku biti najprihvatljiviji [2].

2.3. Položaj i funkcioniranje obiteljske medicine u Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti te Zakona o zdravstvenom osiguranju, a svaka osoba ima pravo na hitnu medicinsku pomoć. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj sadrži tri razine: primarnu zdravstvenu zaštitu koja čini osnovu sustava, sekundarnu zdravstvenu zaštitu u kojoj djeluju bolnice i specijalističko-konzilijarna zaštita, te tercijarnu razinu gdje djeluju kliničke bolnice odnosno ustanove koje osiguravaju najsloženije oblike zdravstvene zaštite. Kao i u ostalim državama u tranziciji tako i u Republici Hrvatskoj postoji dominacija bolničkoga segmenta te mješavina javnoga i privatnoga sustava. Zdravstveni sustav unutar prava iz zdravstvenoga osiguranja jamči brojna prava iz područja socijalno medicinske zaštite.

Obiteljska medicina u zdravstvenome sustavu Republike Hrvatske čini temelj primarne razine zdravstvene zaštite. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2011. godini u službi obiteljske medicine radilo je 2 287 timova obiteljske medicine. Oni su imali registrirano na svojim listama 4 207 291 osoba ili 94,4% stanovništva Republike Hrvatske [2]. U skrbi obiteljske medicine je bilo 17,3% djece predškolske dobi. Poznato je kako svi osiguranici ne koriste zdravstvenu zaštitu te je tokom 2011. godine 3 225 828 registriranih osoba ili 77,5% od ukupnog broja osiguranika, koristilo službu obiteljske medicine. zabilježeno je 31 213 732 posjeta u ordinacijama obiteljske medicine, a u ukupnome broju posjeta zabilježeno je 15 290 219 pregleda, odnosno pregled je bio sastavni dio svakog drugog posjeta. Postoje velike razlike u broju osoba u skrbi pojedinih ordinacija obiteljske medicine, a prosječan je broj od 1 do 840 osoba [2].

U 2011. godini u djelatnosti obiteljske medicine zabilježeno je 12 288 176 bolesti i stanja. Od ukupnoga broja bolesti, 774 491 osoba bolovalo je od duševnih poremećaja i bolesti.

Većina obiteljskih ordinacija (oko 70%) u djelatnosti obiteljske medicine je u koncesiji i individualno su u ugovorenome odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). To znači kako svojim privatnim radom obavljaju djelatnost što je regulirano zakonima. Svaki liječnik u koncesiji sklapa ugovor s HZZO-om o provođenju primarne zdravstvene zaštite za osiguranike koji su se za njega opredijelili. Ostalih 30% liječnika su zaposlenici u domovima zdravlja, a i oni za opredijeljene osiguranike sklapaju ugovor s HZZO-om, ali se ukupna sredstva doznaju u dom zdravlja i potom raspodjeljuju prema pravilima poslovanja doma zdravlja [2].

2.4. Medicinska sestra u obiteljskoj medicini

Ordinacija obiteljske medicine prvo je mjesto gdje pacijent dolazi kad ima neki zdravstveni problem, to su ulazna vrata u zdravstveni sustav za svakog pripadnika neke lokalne zajednice i većina problema pokušava se riješiti na primarnoj razini. Medicinska sestra je prva osoba s kojom se pacijent susreće i od nje se očekuje da pruži sestriinsku skrb na najbolji mogući način prilagođen individualnim potrebama pojedinca, te pruženu kroz holistički pristup. U tom smislu svaka medicinska sestra, bila ona u obiteljskoj medicini ili u nekoj drugoj specijaliziranoj grani medicine, ispunjava temeljnu ulogu sestriinstva koja se u najvećoj mjeri poistovjećuje s njegovom bolesnika. Međunarodno vijeće medicinskih sestara (ICN) definira sestriinstvo kao djelatnost koja obuhvaća autonomnu i kolaborativnu skrb o osobama svake dobi, obitelji, skupinama i zajednicama, o bolesnima i zdravim i u svim sredinama. Sestriinstvo uključuje promicanje zdravlja, sprječavanje bolesti i skrb o bolesnicima, onima koji su nemoćni ili umirući. Sestriinska skrb aktualizira se pri svakom susretu s bolesnikom. Cilj medicinske sestre je bolesnikova dobrobit koja se ostvaruje kroz interakciju sestre i bolesnika, i to vrijedi svugdje u svijetu bez obzira na kulturalni kontekst ili okruženje pružanja skrbi [3]. Uloga medicinske sestre/tehničara u općoj/obiteljskoj praksi ne odnosi se samo na pružanje potrebne sestriinske skrbi već i na organizaciju sestriinske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Učinkovito pružanje zdravstvene zaštite jedna je od uloga medicinske sestre u timu opće/obiteljske prakse. Medicinska sestra je osoba koja je pripremljena za rad u timu koji ispunjava propisane standarde za promociju, održavanje i obnavljanje zdravlja. Medicinske sestre djeluju prema etičkom kodeksu i koriste kulturnu kompetenciju i organizacijske sposobnosti te tako podržavaju način skrbi u kojoj je bolesnik središte svakog razgovora o zdravstvenoj skrbi. Osnažuju pacijente da aktivno planiraju i upravljaju vlastitom skrbi, uključujući i prevenciju bolesti, promociju zdravlja i tjelesne aktivnosti i pomažu im kod kontroliranja kroničnih bolesti. U ordinaciji obiteljske medicine medicinska sestra radi u timu s liječnikom koji je nositelj tima, a tim se definira „kao mala funkcionalna skupina zdravstvenih profesionalaca koji su usmjereni individualnim potrebama bolesnika. Članovi tima raspolažu različitim vještinama, koordinirano rade i dopunjuju se. Svatko u timu razumije svoju profesionalnu ulogu, aktivnost i mjesto u timskom radu“. U takvoj organizaciji, medicinska sestra je u specifičnom posredničkom odnosu između bolesnika i njegove obitelji i liječnika te drugih zdravstvenih djelatnika. Podjela rada između liječnika i medicinske sestre nije jasno određena, i u praksi najčešće ovisi o dogovoru i međusobnom odnosu liječnika i sestre što nadalje utječe na način, opseg i kvalitetu rada tima obiteljske medicine [4].

U integriranom radu dviju profesija – liječničke i sestrinske, pri čemu je osnovni cilj dobrobit bolesnika, važno je voditi računa o kompetencijama svake od profesija, a da ni jedna ne izgubi autonomiju, tj. identitet u jedinstvenom terapijskom odnosu i da ne ostane isključena ili neadekvatno integrirana u jedinstveni zdravstveni tim. Medicinska sestra i liječnik suradnici su koji trebaju raditi zajedno da bi povećali kvalitetu zdravstvene usluge. Liječnik je niz godina bio percipiran kao osoba nadređena medicinskoj sestri dok je sestrinska dužnost bila provoditi liječničke stavove i to neovisno o stručno – znanstvenoj utemeljenosti i učinkovitosti. Danas medicinska sestra kao punopravni član zdravstvenog tima djeluje kao autonomni stručnjak s moralnom i pravnom odgovornošću, a u skladu s pravilima struke. Medicinske sestre u timu opće/obiteljske medicine u stalnom su kontaktu i suradnji s liječnikom. Odnos medicinskih sestara i liječnika vrlo je složen, a često i neskladan.

U ordinaciji obiteljske medicine ugovorena je jedna medicinska sestra opće zdravstvene njege. Zakon propisuje za to radno mjesto medicinsku sestru s temeljnom naobrazbom. Podrazumijeva se da medicinska sestra prepoznaje i zbrinjava sve pacijente u skladu s kompetencijama, sudjeluje u provođenju zdravstvenog odgoja, posjeduje znanja i vještine promocije zdravlja te podučava pojedinca, obitelj i zajednicu, razvija samostalnost i samoinicijativnost u radu u okviru profesionalne odgovornosti.

Jedna od najčešćih intervencija koje provode medicinske sestre u procesu zdravstvene njege odnosi se na savjetovanje i edukaciju pacijenta i obitelji, kako bi se pomoglo pacijentu da što više sazna o promjenama koje mu je prouzročila bolest, da savlada poteškoće koje ima zbog bolesti i potakne njegovu samostalnost da očuva zadovoljavajuću kvalitetu života. Neupućenost može dovesti do novih problema kod pacijenta, do anksioznosti, smanjene brige o sebi, nespremnosti na suradnju, a negativna emotivna stanja nepovoljno utječu na tijek i ishod bolesti te učinkovitost liječenja. U toj savjetodavnoj i edukacijskoj ulozi medicinska sestra prilagođava i usklađuje svoju komunikaciju te način edukacije tehnološkom napretku, obrazovnoj razini pacijenta i obitelji te pacijentovu stilu života [5]. Rad medicinske sestre u obiteljskoj medicini uključuje i velik dio administrativnih poslova vezanih uz pacijente i cjelokupni rad ordinacije. Veliku promjenu u tom smislu donijelo je uvođenje informatizacije s ciljem kontinuiranog i sigurnog povezivanja svih podataka o osiguranju, zdravlju i bolesti osiguranika iz svih sustava u zajedničku zdravstvenu infrastrukturu, pri čemu je primarna zdravstvena zaštita zamišljena kao integrator svih modula unutar zdravstvenog sustava. Medicinska sestra u ordinaciji obiteljske medicine prva je u izravnom kontaktu s pacijentom i podaci koje ona prikupi i evidentira osnovni su, najbogatiji i najvrjedniji izvor informacija. Elektronički zapis u sestrinstvu je skup svih elektronički pohranjenih podataka o nekoj osobi

iz područja zdravstvene njege, podaci su trajno pohranjeni i spremni za upotrebu u svakom trenutku što omogućava bolji nadzor nad informacijama, podizanje kvalitete i osiguranje kontinuiteta zdravstvene njege. Međutim, uvođenje informatizacije povezano je s odgovarajućom organizacijom sestrinske prakse te višom razinom stručnog znanja i odgovarajućim medicinsko – informatičkim obrazovanjem, a pri tome treba imati u vidu brojnost sestara i razlike u razinama informatičkih znanja i vještina koje posjeduju. Važno je da medicinske sestre imaju pozitivan stav prema informatizaciji, da budu i same svjesne potrebe za edukacijom i cjeloživotnim učenjem i da informatizaciju zdravstvene njege vide kao put prema unaprjeđenju sestrinstva. Želja za učenjem i stjecanjem odgovarajućih novih znanja mora im biti prioritet, a praksa dokazuje da medicinske sestre prepoznaju potrebu za edukacijom, da „kritički prilaze postojećim aplikacijama, prepoznaju važnost prateće infrastrukture i svoju ulogu u tome te nude originalna rješenja u smislu unaprjeđenja kvalitete svoga rada ali i ukupnog zdravstvenog zbrinjavanja bolesnika“ [5].

Zadaci medicinske sestre u ordinaciji obiteljske medicine:

- promatra, procjenjuje te primjereno odgovara na zdravstvene potrebe i probleme pacijenata
- radi u skladu s načelima sestrinske etike i Etičkog kodeksa medicinskih sestara
- poštuje prava pacijenta na privatnost i dostojanstvo, bez obzira na spol, dob, rasu, nacionalnu i vjersku pripadnost, politička i ostala životna opredjeljenja
- čuva profesionalnu tajnu
- poznaje regulativu i legislativu u sestrinskoj praksi
- procjenjuje opće stanje pacijenta, mjeri vitalne funkcije, primjenjuje kisik po nalogu liječnika, radi toaletu traheostome i kolostome, radi glukometriju, mjeri tjelesnu težinu i visinu pacijenta, radi elektrokardiogram, previja, primarno opskrbljuje opeklane, ispire zvukovode, radi pregled urina test trakom, zbrinjava kroničnu ranu, radi peak-flow metriju i spirometriju, provodi cijepljenje, priprema pripravke supstitucijske terapije za ovisnike, uzima uzorak urina iz katetera za biokemijske i bakteriološke pretrage, aplicira intramuskularne i subkutane injekcije, daje peroralnu terapiju pacijentu u ambulanti, aplicira mikrokлизme djeci u ambulanti
- asistira liječniku pri pregledu, uzimanju brisa i vađenju šavova, sudjeluje u potpori i rješavanju zdravstvenih potreba ovisnika
- podučava, potiče i provodi postupke zdravstvene njege s ciljem zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba (disanje, prehrana i piće, izlučivanje stolice i mokraće,

kretanje, spavanje i odmor, oblačenje i svlačenje odjeće, tjelesna temperatura, osobna higijena i urednost, stvaranje sigurnog okruženja, komunikacija - izražavanje potreba i osjećaja, izražavanje vjerskih osjećaja, samopoštovanje, razonoda i rekreacija, učenje i stjecanje znanja)

- unapređuje znanje i vještine s novostima u zdravstvenoj njezi kroz edukaciju i samoedukaciju, na temelju iskustava iz svakodnevnog rada
- radi na računalu (upisuje u planer i računalo naručene i nenaručene pacijente, daje savjete pacijentu putem e-maila, prima nove pacijente u tim i izrađuje izvještaje o promjeni izabranog liječnika, upisuje obavljene DTP postupke, ispisuje potvrde, doznake i izvještaje za bolovanje za njegu djeteta, ispisuje potvrde o ortopedskim pomagalicama, pomagalicama za šećernu bolest, oblogama za kronične rane, ispisuje naloge za zdravstvenu njegu, naloge za sanitetski prijevoz, uputnice, "duple" recepte za narkotike, ispričnice, laboratorijske nalaze), telefonski se konzultira s pacijentom, prima telefonske narudžbe pacijenata na pregled, prima narudžbe stalne terapije i uputnica
- trijažira, prepoznaje i zbrinjava hitnog pacijenta sukladno kompetencijama
- organizira i provodi zdravstveni odgoj, posjeduje i stalno unaprjeđuje znanja i vještine u promicanju zdravlja te podučavanju pojedinca, obitelji i zajednice
- provodi osobnu higijenu, higijenu radnog prostora, dezinfekciju i sterilizaciju, koristi zaštitna sredstva, poznaje i primjenjuje postupke izolacije, primjenjuje mjere sigurnog odlaganja infektivnih materijala i ostale sigurnosne mjere pravilnog rukovanja instrumentima i opremom kao i primjenom sigurnosnih mjera i evidentiranjem povrede sigurnosnih mjera
- primjenjuje pravila zaštite na radu i koristi zaštitnu opremu (rukavice, maske) te evidentira povrede tih pravila
- služi se naučenim i stečenim vještinama u ophođenju s članovima tima te s pacijentom, njegovom obitelji i zajednicom
- prilagođava pružanje sestrinske skrbi na najbolji mogući način individualnim potrebama pacijenta i osobnim sposobnostima
- djeluje unutar tima i usvaja načela timskog rada
- trajnom edukacijom i samoprocjenom unaprjeđuje kompetencije potrebne za kvalitetan stručni rad

- podučava učenike, stažiste, pripravnike i novozaposlene kolegice specifičnostima rada u ambulanti obiteljske medicine, sudjeluje u stručnom usavršavanju zdravstvenog osoblja [3]

3. Psihijatrija

Psihijatrija se kao znanstvena i stručna medicinska disciplina javlja pred kraj 18. stoljeća, odnosno na početku 19. stoljeća. Prije toga psihijatrija kao struka nije postojala. Naime, tek nakon što je Philippe Pinel 1793. godine, kao zastupnik u Francuskoj građanskoj skupštini i istovremeno ravnatelj u bolnici Bicetre, skinuo lance duševnim bolesnicima, počinju se određeni liječnici stručno posvećivati isključivo liječenju tih bolesnika [6]. Naziv za tu novu disciplinu skovao je 1808. godine njemački psihijatar Johann Christian Reil. On je prvi koristio pojam „Psychiaterie“ da bi ga 1816. godine skratio u „Psychiatrie“. Izravno se radi o kovanici dvije grčke riječi – *psyche* (duša) i – *iatrea* (liječenje). Od tada se u literaturi govori o novoj medicinskoj disciplini koja se bavi liječenjem duševnih bolesti. Iako prije toga psihijatrija kao struka nije postojala, postoji vrlo duga i tužna povijest sudbina duševnih bolesnika, reakcije okoline na njih i pokušaja nekih liječenja da im se pomogne [6].

3.1. Povijest hrvatske psihijatrije

Pripadnost Hrvatske državnim asocijacijama u prostornom okruženju uvelike je u posljednja dva stoljeća određivala razinu skrbi o duševnim bolesnicima i razvoj hrvatske psihijatrije na sadašnjem prostoru Republike Hrvatske. Čini se da je prvi stacionar za duševne bolesnike na našim prostorima, onaj u Dubrovniku, osnovan 1804. godine kao „Mala stanica“ za privremeno zadržavanje desetak bolesnika. U prvoj polovici 19. stoljeća postojala je praksa da se teški duševni bolesnici, čije se ponašanje nije moglo kontrolirati, šalju u neki od azila smještenih u velikim gradovima Austro – Ugarske monarhije. Tek je nekoliko gradskih bolnica (Zagreb, Rijeka) imalo manje odjele za privremeno zadržavanje duševnih bolesnika dok im se ne osigura smještaj u nekom azilu. Sredinom 19. stoljeća pokrenuta je na Bečkom dvoru inicijativa za osnivanje i izgradnju „zemaljske ludnice“ u Zagrebu. Ta inicijativa je oživotvorena tek 1879. godine otvaranjem „Zavoda za umobolne Stenjevec“ (sadašnja Psihijatrijska bolnica Vrapče) [3]. Poslije toga postupno se otvaraju druge psihijatrijske bolnice u Hrvatskoj. 19. stoljeće je razdoblje azilske psihijatrije u Hrvatskoj kada su pri općim bolnicama postojali mali odjeli ili samo sobe za čuvanje duševnih bolesnika pa su se oni vrlo brzo prosljeđivali u velike psihijatrijske bolnice gdje bi ostajali neodređeno dugo vremena.

Hrvatska psihijatrija u 20. stoljeću je u nekim aspektima kasnila za naprednom svjetskom psihijatrijom (uređenje i mreža psihijatrijskih institucija), ali je zbog blizine razvijenih europskih središta pratila u korak najnovija znanstvena i terapijska dostignuća u struci, pa se

primjerice klorpromazin (Largactil) u Hrvatskoj primijenio već 1953. godine, samo godinu dana nakon prve primjene u Francuskoj [6].

U šezdesetim i sedamdesetim godinama 20. stoljeća u općim bolnicama diljem Hrvatske osnivaju se odjeli za neurologiju i psihijatriju koji izvjesno vrijeme zadržavaju i liječe duševne bolesnike, a samo one teže prosljeđuju u psihijatrijske bolnice. To je omogućilo prijelaz na kaskadni tip pružanja psihijatrijske pomoći, koji je u psihijatrijske bolnice propuštao samo najteže duševne bolesnike kojima je bilo potrebno duže bolničko liječenje. U tom razdoblju (1971.) osnovana je Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež u Zagrebu [6].

Prva neuropsihijatrijska klinika osnovana je u Zagrebu 1921. kao Klinika Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Ova Klinika se 1971. godine podijelila na Kliniku za psihijatriju, Kliniku za neurologiju i Centar za mentalno zdravlje. Ostale klinike su nastale prerastanjem odjela za neuropsihijatriju u Kliniku za psihijatriju (Rijeka 1956.) ili podjelom odjela za neuropsihijatriju na samostalne odjele koji su zatim prerasli u Klinike za psihijatriju (Split, Osijek) [6].

3.2. Klasifikacija duševnih/mentalnih poremećaja

Klasifikacija bolesti predstavlja raspoređivanje bolesti prema njihovim općenitim svojstvima. Mentalni/duševni poremećaji općenito se dijele na:

1. **PSIHOTIČNE:** gubitak sposobnosti prosudbe realnosti sa sumanutostima i halucinacijama npr. shizofrenija.

2. **NEUROTSKE:** nema gubitka prosudbe realnosti, temelje se uglavnom na intrapsihičkim konfliktima ili životnim događajima koji uzrokuju anksioznost, javljaju se u obliku simptoma kao što su opsesije, fobije ili kompulzije .

3. **FUNKCIJSKE:** ne postoji poznato strukturno oštećenje ili jasan etiološki čimbenik koji bi bio odgovoran za oštećenje.

4. **ORGANSKE:** bolest je prouzročena specifičnim sredstvom koji uzrokuje strukturne promjene na mozgu; obično je praćen kognitivnim oštećenjima, delirijem ili demencijom. Izraz organski ne rabi se u DSM-V-u jer on podrazumijeva da neki duševni poremećaji nemaju biološku komponentu; ipak izraz se i dalje održao u uporabi [7].

Danas su na snazi Medicinska klasifikacija bolesti – deseta revizija (MKB – 10), s poglavljem o psihijatrijskim poremećajima te Dijagnostički i statistički priručnik – peta revizija (DSM – 5) Američkog psihijatrijskog društva [6].

MKB – 10 se koristi u Europi pa je tako važeća u našoj zemlji u svakodnevnom radu. Ovaj klasifikacijski sustav je započet 1990. godine, a danas je u upotrebi deseta revizija koju je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) objavila 1992. godine [6]. MKB klasifikacija obuhvaća sve skupine bolesti. Svakoj skupini je dodijeljeno jedno slovo abecede. Tako je duševnim poremećajima dodijeljeno slovo „F“. nakon slova slijede dva broja kojima se označavaju glavne skupine psihičkih poremećaja koji su podijeljeni u deset glavnih kategorija:

- F00 – F09 (organski duševni poremećaji)
- F10 – F19 (poremećaji uzrokovani psihoaktivnim tvarima)
- F20 – F29 (shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji)
- F30 – F39 (poremećaji raspoloženja)
- F40 – F48 (neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji)
- F50 – F59 (bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike)
- F60 – F69 (poremećaji ličnosti)
- F70 – F79 (duševna zaostalost)
- F80 – F89 (poremećaji psihološkog razvoja)
- F90 – F98 (poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji koji obično počinju u ranom djetinjstvu i adolescenciji)
- F99 (neoznačeni duševni poremećaji)

Nakon prve dvije brojke slijedi brojka odvojena točkom, koja detaljnije opisuje pojedini poremećaj. Izvršena samoubojstva, prema MKB-10, prikazuju se šiframa X60-X84 u okviru podskupine Vanjski uzroci mortaliteta i morbiditeta.

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje peta revizija na snazi je od svibnja 2013. godine. To je klasifikacija sustava Američkog psihijatrijskog udruženja (APA), a koristi se u SAD i diljem svijeta. Odnosi se samo na duševne poremećaje. Ova klasifikacija je većim dijelom kategorijska, ali u izvjesnoj mjeri i dimenzijska. U organizaciji poglavlja neurorazvojni poremećaji predstavljani su na početku priručnika, a neurokognitivni na kraju. Poglavlja su dopunjena informacijama o genetskoj vulnerabilnosti, fiziološkim i okolinskim

rizičnim čimbenicima te prognostičkim indikatorima, što olakšava kliničarima lakšu identifikaciju dijagnoza unutar određenog spektra poremećaja. Svakom poremećaju je pridružen identifikacijski dijagnostički i statistički kod. kodiranje se vrši po određenom protokolu. Iza svakog koda slijedi ime poremećaja, koji je određen prema setu zadanih dijagnostičkih kriterija. U zagradi iza koda nalazi se pridruženi kod MKB-a za taj poremećaj/ primjerice 295.90 Shizofrenija (F20.9) [6].

3.3. Pobol na razini primarne zdravstvene zaštite

Na razini primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj mentalni/duševni poremećaji sudjeluju s udjelom 4-5%. Godine 2010. registrirano je ukupno 593.647 dijagnoza te se ova skupina s udjelom 5,2% nalazila na 8. mjestu. Kako se najveći broj dijagnoza (oko 65%) registrira za dob 20-64 godine, mentalni/duševni poremećaji, i na razini primarne zdravstvene zaštite, predstavljaju jedan od vodećih uzroka pobola u radnoaktivnoj dobi. U djelatnosti primarne zdravstvene zaštite registriraju se podskupine dijagnoza te se poimenične dijagnoze ne mogu prikazati. Također, pobol se ne registrira prema spolu. Nažalost, veći broj dijagnoza (preko 30%) ulazi u skupinu ostalih duševnih poremećaja čime se gube iz praćenja mnoge dijagnostičke kategorije koje su javnozdravstveni problemi kao npr. depresivni poremećaji. Najviše registriranih dijagnoza je iz podskupine neurotskih, vezanih za stres i somatoformnih poremećaja (šifre F40-F48) te je ova dijagnostička podskupina vodeća s udjelom oko 50%. Godine 2010. registrirano je ukupno 280.772 dijagnoza iz podskupine neurotskih, vezanih za stres i somatoformnih poremećaja [7]. U Registru osoba s invaliditetom (stanje na dan 30.09.2011.) registrirano je 136.115 osoba čiji su uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje pridonose funkcionalnom oštećenju iz skupine duševnih poremećaja i mentalne retardacije (šifre F00-F79), što je oko 26% svih uzroka invaliditeta. Najčešći uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje pridonose funkcionalnom oštećenju osobe iz skupine su neurotskih, vezanih uz stres te somatoformnih poremećaja s udjelom oko 30% [7]. Mentalni/duševni poremećaji rjeđe se navode kao osnovni uzrok smrti, te u ukupnom mortalitetu u Hrvatskoj sudjeluju s oko 1,5-2%. Godine 2010. registrirana je ukupno 1.001 smrt zbog mentalnih/duševnih poremećaja te se s udjelom 1,9% nalaze na 7. mjestu uzroka smrti u Hrvatskoj. Najčešće dijagnoze bile su nespecificirana demencija (314 slučajeva), duševni poremećaji uzrokovani alkoholom (265 slučajeva) i poremećaji ličnosti i ponašanja uzrokovani bolešću, oštećenjem i disfunkcijom mozga (258 slučajeva) [7].

3.3.1. Prevalencija mentalnih bolesti na razni obiteljske medicine

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) u razdoblju od 1990. do 2012. godine broj posjeta po LOM-u porastao je za gotovo 100%, a od 1995., od kad se prati broj upućivanja na specijalističke preglede, taj je broj još porastao za trećinu. Najčešće konzultirane specijalnosti u 2005. godini bile su kirurgija, interna, fizikalna medicina i rehabilitacija, a u 2012. godini interna medicina s kardiologijom, fizikalna medicina s rehabilitacijom, kirurgija i oftalmologija. Upućivanje psihijatru je bilo na petom mjestu u navedenom razdoblju. Prema tim podacima duševne su bolesti bile na šestom mjestu prema broju utvrđenih dijagnoza u obiteljskoj medicini (OM) tijekom 2012. godine. Tijekom svog života jedna četvrtina svjetskog stanovništva makar jednom oboli od nekog mentalnog poremećaja. Očekuje se da će 2020. godine depresija biti na drugom mjestu liste pobola u svijetu [8]. Prevalencija mentalnih bolesti i stanja ovisi o izloženosti rizičnim čimbenicima koji ih precipitiraju ili podržavaju. Sve zahtjevniji suvremeni način života, konflikti unutar obitelji i na radnom mjestu dovode do niza psihičkih i tjelesnih tegoba uzrokovanih stresom. Tranzicijske zemlje, među koje spada i Republika Hrvatska, suočene su s porastom nezaposlenosti, lošim gospodarskim i društvenim prilikama pa u tim okolnostima ne čudi trend porasta psihičkih bolesti i potreba za njihovim liječenjem. Najčešće psihičke bolesti po MKB-10 klasifikaciji poradi kojih se osiguranici javljaju u ordinaciju OM su dijagnoze iz skupine V (duševni poremećaji i poremećaji ponašanja) i to neuroze i afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaji označeni šiframa F40-F48. Prema postojećem sustavu izvještavanja o morbiditetu zabilježenom u OM depresivni poremećaji se ne bilježe u zasebnu skupinu, tako da se podaci o učestalosti tih bolesti moraju prikupljati iz drugih izvora a ne iz Hrvatskog zdravstvenog statističkog ljetopisa. LOM može svojom razinom stručnosti rješavati veliki dio spomenutih stanja: po definiciji je osoba koja posjeduje informacije o psihosocijalnim čimbenicima pacijenta o kojem skrbi. PZZ je upravo zbog specifičnih značajki LOM-a (prvi kontakt s bolesnikom, povjerenje bolesnika, kontinuirano praćenje) služba koja omogućuje istovremeno postavljanje dijagnoze, učinkovito liječenje i praćenje bolesnika. U OM zbrinjavaju se različite psihosomatske bolesti, poremećaji ponašanja, bolesti ovisnosti, depresija, anksiozni poremećaji i poremećaji prilagodbe. Iako su duševne bolesti u Hrvatskoj na visokom mjestu prema zabilježenom morbiditetu u OM, LOM je često prisiljen uputiti pacijenta na pregled psihijatru u SKZZ iz administrativnih razloga. Ti su razlozi najčešće duža bolovanja, ostvarivanje prava iz mirovinsko – invalidskog osiguranja, dokazivanja trajanja liječenja kontrolorima HZZO-a i slično. Bolnički specijalisti pak opetovano naručuju pacijente na kontrolne preglede, pacijenti sami zahtijevaju uputnice za

pregled preskačući svog izabranog liječnika, što dovodi do sve većeg financijskog opterećenja. U takvim se okolnostima gubi uloga LOM-a, što dovodi do “despecijalizacije” struke [8].

4. Odnos između medicinske sestre i psihijatrijskog bolesnika u ordinaciji obiteljske medicine

Medicinskoj sestri je stalo da emocionalni odnos s bolesnikom bude pozitivan, jer je takav odnos ljekovit sam po sebi i značajno pomaže u skrbi za bolesnika. Bolesniku je također ključno vjerovati i usko surađivati s medicinskom sestrom u situaciji kada traže pomoć. Međudjelovanje vanjskog realiteta i unutrašnje duševne datosti subjektivno određuje doživljaje i uzrokuje psihološke odgovore koji bitno utječu na zdravlje. Na odnos djeluju brojni čimbenici kao što su: odgovor bolesnika na bolest, terapeutov pristup, razdoblje liječenja, promjene od ambulantnog do bolničkog liječenja, zdravstveni sustav i drugi. Odnos medicinske sestre i bolesnika razvija se kroz empatiju, čvrsti radni savez (alijansu), učinkovito razumijevanje prijenosa i protuprijenosa te mehanizama obrane [5]. Bolesnici imaju različitu dob, spol, religiju te socioekonomsku i etničku pripadnost, pa medicinska sestra svakom bolesniku pristupa drugačije. Medicinska sestra svojom osobnošću i stavovima bitno utječe na sam terapijski proces. Pri skrbi za oboljele treba imati na umu osobu, ličnost a ne samo tjelesni sustav (holistički pristup). Zagovaranje holističkog, individualiziranog, kreativnog pristupa i usmjeravanje na svakog pojedinog ali cijelog čovjeka, unijelo je nove kvalitete u skrbi i pružanju zdravstvene njege oboljelima. Sestrinske intervencije daju bolesniku osjećaj sigurnosti, pružaju mu informacije i pomažu mu prevladati distress izazvan bolešću. Medicinska sestra tako podržava bolesnikov doživljaj napretka u liječenju i vjerovanje u bolje sutra. U prvim kontaktima s medicinskom sestrom bolesnik obično nudi simptome bolesti na dezorganiziran način. Događa se da bolesnik u početku iskazuje nepovjerenje, ljutnju i neiskrenosti. To često ovisi o ranijim životnim iskustvima, kao i prethodnik iskustvima s medicinskim sestrama. Odnos medicinske sestre i bolesnika formira se i razvija već u prvom kontaktu. Bolesnik treba osobu kojoj može govoriti o svojim tegoba i koja će ga pažljivo slušati, strpljivo, s razumijevanjem, promatra osjetljivost i posvećenost s kojom medicinska sestra prikuplja informacije, izvodi fizikalni pregled i objašnjava potrebu za provođenje dodatnih intervencija. U svakom koraku intervencije razvijaju se bolesnikova očekivanja i stvara doživljaj sigurnosti ili nesigurnosti.

4.1. Empatija

Empatija je sposobnost uživljavanja u emocionalno stanje druge osobe i razumijevanje njenog položaja (npr. patnje) na osnovi percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba

nalazi. Freud navodi da je empatičko razumijevanje jedini način kojim je moguće steći bilo koje mišljenje o duševnom životu drugih [5]. U skrbi za pacijenta trebala bi dominirati kognitivna empatija koja uključuje razumijevanje iskustva pacijenta, njegovu zabrinutost i perspektivu, ali i adekvatno, empatičko komuniciranje. Komuniciranje s razumijevanjem u radu s pacijentima je obvezno i zahtijeva empatiju. Za dobru profesionalnu komunikaciju jedan od najvažnijih elemenata empatija zdravstvenih djelatnika. Kod verbalnog izražavanja empatije važno je parafraziranje pacijentovih riječi kako bi se vidjelo je li medicinska sestra razumjela pacijenta i kako bi pacijent vidio da ga ona sluša. Druga bitna tehnika je reflektiranje onoga što je medicinska sestra vidi i osjeti kod pacijenta. Neverbalno iskazivanje empatije važno je kao i verbalno. Empatične izjave moraju biti praćene neverbalnim znakovima koji podržavaju te izjave, odnosno znakovima kojima se iskazuje toplina i briga te pokazuje zanimanje za osobu. Empatija je važna za aktivno slušanje pacijentovih briga, promatranje pacijentovog fizičkog i psihičkog ponašanja kako bi se otkrio njegov kut viđenja, za preispitivanje vlastitih stereotipa, neosuđivanje, zamišljanje pacijentove situacije i postavljanje pitanja o stvarima koje nisu jasne [9].

Na empatiju ne treba gledati kao na dodatak već kao na temelj odnosa s pacijentom jer se bez empatije ne mogu razumjeti u cijelosti pacijentove potrebe i problemi. Empatija može pomoći u prikupljanju kvalitetnih podataka od pacijenta i na taj način u velikoj razini smanjiti nesporazume. U situaciji kada je pacijent izgubljen i obeshrabren, a medicinska sestra ga, ne prepoznajući to stanje, ispituje o njegovom dosadašnjem načinu života, to može rezultirati nemogućnošću pacijenta da se prisjeti potrebnih podataka, nesvjesnim davanjem netočnih podataka, selektivnim slušanjem i slično, a sve to, prije ili poslije, može dovesti do nesporazuma ili neželjenih posljedica. Empatija u sestrinstvu omogućuje medicinskim sestrama stvaranje odnosa povjerenja s pacijentom, pomaže im da razumiju pacijentove reakcije na bolest te omogućuje stvaranje pozitivnih ishoda sestriinske skrbi poput smanjenja anksioznosti. Empatična medicinska sestra koja prepoznaje pacijentove potrebe, koja na te potrebe odgovara na vrijeme i na pravi način, koja unaprijed može predvidjeti pacijentove reakcije, koja uvažava pacijentove probleme i želje povezane sa skrbi, lakše će zadobiti pacijentovo povjerenje koje je neophodno za provođenje kvalitetne sestriinske skrbi i doprinosi pozitivnom krajnjem ishodu. Empatija u radu s pacijentima doprinosi njihovom većem samopoštovanju, smanjenju negativnih osjećaja, doprinosi osjećaju olakšanja i slobode, prihvaćanju zdravstvenog stanja, lakšem dobivanju potrebnih informacija od pacijenta te se povećava vjerojatnost da će pacijent slijediti zdravstvene upute i savjete. Sve su ove stavke vrlo bitne za pacijenta jer dovode do lakšeg podnošenja bolesti, lakšeg nošenja s

promijenjenom socijalnom ulogom (od uloge čovjeka koji zarađuje i skrbi za obitelj do „bеспomoćnog“ bolesnika), lakšeg podnošenja odvojenosti od obitelji i poznate okoline te na kraju veće vjerojatnosti da neće sestričke i liječničke savjete i upute olako shvatiti i ne provoditi ih ili ih samo djelomično provoditi. Iznimno je važno da medicinske sestre posjeduju empatiju. Prepoznavanje pacijentovih osjećaja i njihovo razumijevanje bez osuđivanja vodi ka sigurnoj izgradnji odnosa povjerenja s pacijentom što je od velike važnosti u sestričkoj skrbi i preduvjet je za ostvarivanje terapijskog odnosa [9].

4.2. Komunikacija

Važnost komunikacije prepoznaje se kako na verbalnom, tako i na neverbalnom nivou, kao intuitivna i kao empatijska mogućnost razumijevanja. Bitni su količina izgovorenog, verbalna produktivnost i brzina govorenja, zastajkivanje i pauze. Impulzivni bolesnici pokazuju relativno visoku verbalnu brzinu, a kompulzivni relativno visok ukupan broj izgovorenih riječi. Depresivni bolesnici malo i sporo govore, a stanje se razlikuje za vrijeme bolesti i nakon oporavka. Jezik je medij za komunikacijsku razmjenu no neverbalna komunikacija predstavlja primarni i dominantni komunikacijski model i služi kao jezik odnosa. Izuzetno važno tjelesno područje i kanal za neverbalnu komunikaciju je facijalna ekspresija, jer se smatra da se izrazi lica tiču izravnog izražavanja emocija. Bitno je kinetičko ponašanje pokretima tijela (naginjanje prema naprijed, igranje rukama i sl.), vizualno ponašanje, te korištenje prostora i rastojanja prilikom interakcija s drugim osobama [5].

Neki bolesnici u kontaktu s medicinskom sestrom uglavnom šute. Šutnja može biti znak da bolesnik osjeća strah, stid ili svjesni ili nesvjesni otpor prema medicinskoj sestri. Šutnja može biti snažan oblik komunikacije koji se odvija između dvije osobe koje se poštuju, cijene, razumiju. Ponekad je u teškim trenucima dovoljan samo stisak ruke, dodir po ramenu, a ponekad je i sama prisutnost medicinske sestre bez žurbe dovoljna. Tamo gdje odnos između bolesnika i medicinske sestre nije razvijen, gdje se medicinska sestra i bolesnik ne uvažavaju, šutnja može predstavljati ljutnju.

Komunikacija predstavlja cijeli niz ponašanja i reakcija i uključuje slušanje. Dobro slušanje je aktivno slušanje uz razumijevanje, usredotočenost, slušanje s prihvaćanjem, empatijom i razumijevanje u potpunosti. Kao zapreka slušanju javlja se usmjerenje, pretjerano interpretiranje, skretanje pozornosti (mijenjanje tema), procjenjivanje i vrednovanje od kojega se treba suzdržavati, optuživanje, agresivnost (nanošenje boli

riječima), moraliziranje, neuvažavanje osjećaja, neprikladno pričanje o sebi ili etiketiranje [5]. Dobra komunikacija zahtjeva od medicinske sestre da potakne bolesnika da govori, da mu da prostora i pokaže poštovanje prema osjećanju i razmišljanju drugih. Temelj dobre komunikacije zahtijeva postavljanje jasnog cilja, govor u prvom licu, iskreno izražavanje, ne podcjenjivanje tuđe sposobnosti i prirodnosti.

4.3. Povjerenje

Razvoj povjerenja između medicinske sestre i pacijenta u terapijskom odnosu promiče razmjenu znanja; pružajući pacijentu osjećaj kontrole nad svojim okolnostima. Povjerenje uključuje svjesnost potreba pacijenta, pažnju na te potrebe i prihvaćanje, te spremnost na prisutnost u potrebitom trenutku [11]. Razvijanje povjerenja zahtijeva vrijeme, ali čak i kratki susreti povezani s akutnom njegom, kao što je pokazivanje sljedećih primjera ponašanja, pomaže pacijentima da razviju povjerenje u medicinske sestre.

Ponašanja uključuju:

- Predstaviti se pacijentu i koristiti njegovo ime tokom razgovora. Stisak ruke prilikom prvog susreta često je dobar način za brzo uspostavljanje povjerenja i poštovanja.
- Aktivno slušanje pacijenta također potiče razvijanje odnosa povjerenja. Ponovnim ponavljanjem provjerava se je li razumjet pacijent i ono što je verbalizirano u razgovoru.
- Važno je održavati kontakt očima, iako previše kontakta očima može zastrašiti. Potrebno je nasmiješiti se u intervalima i klimati glavom tokom sudjelovanja u razgovoru. Govoriti mirno i polako u razumljivim terminima.
- Održavanje profesionalne granice također se treba poštovati. Neki pacijenti trebaju više terapijskog dodira, kao npr. držanje za ruke, nego drugi. Isto tako neki pacijenti ne toleriraju dodire. Potrebno je stalno poštivati razlike u kulturama i stanju pacijenta.

Uz navedeno, zadržavajući izravno, neobrambeno ponašanje i odgovaranje na bilo koje pitanje pomoći će pacijentu i/ili članovima obitelji što potpunije razviju odnos povjerenja. Također, potrebno je naznačiti da će se pravovremeno pronaći odgovori na pitanja i potrebno je pacijenta obavijestiti u koje vrijeme se planira izvršiti zadatak ili će uslijediti odstupanje od prvobitnog plana [11].

4.4. Poštovanje

Postupanje s ljudima s poštovanjem i dostojanstvom osnova je pružanja suosjećanja i zdravstvene njege. Medicinska sestra u odnosu s pacijentom pokazuje poštovanje verbalno i neverbalno. Biti pun poštovanja znači biti nenametljiv i ponizan. Poštovanje se očituje na načine koji pojačavaju dostojanstvo pacijenta [10].

Poštovana ponašanja uključuju:

- Upotrebu prezimena pacijenta (osim ako pacijent ne izrazi da ih se naziva imenom).
- Traženje dopuštenja prije provođenja procjene ili pregleda.
- Uspostavljanje kontakta očima.
- Razgovarati izravno s pacijentom i/ili članovima obitelji.
- Točno i brzo odgovarati na pitanja.
- Objašnjavati što radimo i zašto.
- Pružiti privatnost kad god je to moguće.
- Pitati pacijenta o njegovim željama, na koji način zamišlja pruženu skrb.
- Poštovati članove obitelji jer su oni često najvažnija komponenta pacijentova života [10].

4.5. Autentičnost

Ne može se poštovati pacijenta ako nismo autentični. Riječ autentičan potječe od grčke riječi *-authentēs* što znači onaj koji djeluje neovisno, *- auto* djelujući iznutra i *- hentes* izvršitelj. Da bi se postigla autentičnost, medicinske sestre moraju biti svjesne vlastite ranjivosti, moraju se prepoznati u drugima i biti spremne ući u međusobnu ranjivost. Koncept autentičnosti donekle je prezaposlen, ali nedovoljno iskorišten. Pomaže u razvoju odnosa s pacijentom koji je usmjeren na pacijenta, a ne na autoritet. Biti autentičan znači biti iskren, istinit, pouzdan u namjere i obveze i suosjećajan. Autentičnost karakterizira iskreno i točno predstavljanje činjenica, stvarnost, otvorenost, poštovanje i empatično razumijevanje. Autentičnost gradi povjerenje i podiže kvalitetu odnosa. Promiče suradnju u težnji za zajedničkim ciljem; zdravlje i dobrobit pacijenta, kao i beskompromisni autoritet pacijenta. Autentičnost zahtijeva održavanje jasnih granica od strane medicinske sestre; držeći odvojene osobne probleme i probleme s pacijentima. Autentičnost uvijek mora ostati usmjerena na pacijenta. Iako medicinska sestra doista imaju svoju ulogu, ta uloga ne zahtijeva da se sakrije iza profesionalnog granica, ali bi se u potpunosti trebao uključiti terapijski kompromis između medicinske sestre i pacijenta [10].

5. Skrb medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod bolesnika s psihijatrijskom dijagnozom

Sustavi primarne zdravstvene zaštite optimizirani su kada multidisciplinarni timovi zdravstvenih radnika zajedno rade na pružanju integrirane skrbi. Zato je veoma važno razumjeti utjecaj pojedinih zdravstvenih radnika na ishod stanja pacijenta. Medicinska sestra prva je osoba kojoj se pacijent, njegova obitelj ili skrbnik javljaju kada postoji određeni problem. Prvi pristup, identificiranje čimbenika rizika, te pružanje adekvatnih intervencija usmjerenih prema pacijentu prioritetni su postupci koje izvađa medicinska sestra a utječu na primljenu skrb i pravodobnost zdravstvene njege. Otežan pristup zdravstvenoj njezi, neadekvatno praćenje i tendencija traženja pomoći samo kada stanje postaje hitno, faktori su koji povećavaju potrebu za akutnom hospitalizacijom pacijenta s komorbiditetima mentalnog zdravlja. Uz to osobe koje istodobno boluju od bolesti mentalnog sustava i općih tjelesnih poremećaja mogu postati tjeskobne, zabrinute, delirične ili psihotične zbog fizioloških komplikacija, lijekova i slično. Kako bi se pacijentu pružila adekvatna prva pomoć nije potrebno biti psihijatrijska medicinska sestra. Prije nego se kontaktira odjel psihijatrije za rješavanje onoga što se smatra „teškim pacijentom“, potrebno je razmisliti o korištenju pristupa utemeljenog na dokazima. Potrebno je reflektirati se o tome kako sebe uključiti u terapijsku upotrebu kroz razvoj terapije, terapeutski pristup, odnos i komunikacija odrazit će se pozitivno na pacijenta i omogućiti će dobar ishod pacijentova stanja. Razvoj specijaliziranih vještina procjene, planiranje intervencija i evaluacijske vještine potencijalno mogu poboljšati ishode za pacijente u pružanju zdravstvene njege. Međutim, postoje i brojne prepreke u pružanju kvalitetne skrbi, a prva od pretraga je stigmatizacija pacijenata. Dužnost medicinske sestre je promatrati pacijenta cjelovito, te sve dobivene podatke usmeno i pismeno prenijeti ostalim članovima multiprofesionalnog tima.

Dužnost medicinske sestre je intervencije usmjeriti zadovoljenju socijalnih, medicinskih i psihijatrijskih potreba pacijenta. Ciljevi su usmjereni na uspostavljanje odnosa povjerenja, pružanje sigurnosti i udobnosti, podučavanje osnovnih životnih vještina i promicanje odgovornog ponašanja. Prioritetne intervencije obuhvaćaju uzimanje osobne anamneze i heteroanamneze pacijenta. Procijeniti obrazac ponašanja pacijenta, vrte mutilacijskog ponašanja, učestalost ponašanja i stresore koji prethode ponašanju. Prepoznavanje obrazaca ponašanja i okolnosti koje prethode može pomoći medicinskoj sestri da planira daljnje intervencije. Potrebno je prepoznati osjećaje pacijenta. Osjećaji su smjernica za buduće intervencije (npr. bijes zbog osjećaja izostavljenosti ili napuštenosti). Analizirati zajedno s

pacijentom što bi ti osjećaji mogli značiti. Pojedini osjećaji i obrasci ponašanja pacijenta povezani su s osjećajem da pacijent pristupa na takav način kako bi stekao kontrolu nad drugima ili izrazio mržnju ili krivnju prema sebi i drugima. Također, moguće je zajedno s pacijentom osigurati pismeni ili usmeni dogovor kojim se utvrđuju konkretni koraci koje pacijent provodi kad osjeti pogoršanje (npr. osobe koje treba pozvati kad osjeti pogoršanje stanja). Pacijent se potiče da preuzme odgovornost za zdravije ponašanje. Razgovor s drugima i učenje alternativnih vještina suočavanja s problemima mogu smanjiti učestalost i ozbiljnost određenog neadekvatnog ponašanja dok takvo ponašanje ne prestane. Potrebno je postaviti i održavati ograničenja prihvatljivog ponašanja i razjasniti pacijentovu odgovornost prema istome. Medicinska sestra treba biti dosljedna u održavanju i provođenju ograničenja, koristeći se nekažnjavajućim pristupom. Dosljednost medicinske sestre može uspostaviti osjećaj sigurnosti s pacijentove strane. Koristiti objektivan pristup kad je pacijent u pogoršanju. Izbjegavati kritiziranje i pretjerano suosjećanje. Neutralni pristup sprječava optuživanje, što povećava tjeskobu, dajući posebnu pažnju koja potiče na glumu. Potrebno je razgovarati o mislima i osjećajima klijenta, dopustiti da se pacijent izrazi verbalno i neverbalno. Identificirati dinamiku poremećaja u ponašanju. Na taj način se omogućuje prepoznavanje manje štetnih odgovora koji pomažu u ublažavanju intenzivnih napetosti. Isto tako, medicinska sestra predviđa određene situacije koje bi mogle dovesti do povećanog stresa (npr. napetost ili bijes). Potrebno je utvrditi radnje koje bi mogle izmijeniti intenzitet takvih situacija. Prepoznati dvije ili tri osobe kojima se pacijent može obratiti kada osjeća potrebu, kako bi razgovarali i ispitali intenzivne osjećaje (bijes, mržnja prema sebi ili drugima) kad se pojave. Medicinska sestra nudi priliku da se pacijent suočava s vlastitim osjećajima. Također, obitelj pacijenta se educira o načinima ublažavanja pojedinih stanja pacijenta. Preporučuju se češća razdoblja odmora, kako bi se spriječila iscrpljenost. Također, osamljene aktivnosti koje pružaju fokus i sigurnost pacijenta. Potrebno je osigurati nisku razinu podražaja u pacijentovoj okolini (glasni zvukovi, jako svjetlo, ventilacija). Smanjenje vanjskih podražaja utječe na smanjenje eskalacije tjeskobe. Kod pacijenta se promatraju znakovi intoksikacija (mučnina, povraćanje, diarea, pospanost, slabost mišića, tremor, nedostatak koordinacije, zamagljen vid, zujanje u ušima, usporenost, hiperaktivnost, promjene u zjenicama). Postoji mala granica sigurnosti između terapijskih i toksičnih doza. Prema odredbi liječnika redovito se propisuju recepti pacijentima za potrebne lijekove. Također se vade laboratorijski nalazi po potrebi, mjere vitalni znakovi, izdaju uputnice i putni nalozi, te se kontinuirano provodi suradnja sa zdravstvenim radnicima koji sudjeluju u liječenju pacijenta iz drugih zdravstvenih ustanova, a isto tako drugim profesijama kao što je policija, socijalni radnici i slično [11]. Kasnije u tekstu slijede neke od specifičnih dijagnoza u OM.

5.1. Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta sa Shizofrenijom

Shizofrenija se odnosi na skupinu teških, onesposobljavajućih psihijatrijskih poremećaja obilježenih povlačenjem iz stvarnosti, nelogičnim razmišljanjem, mogućim zabludama i halucinacijama te emocionalnim, bihevioralnim ili intelektualnim poremećajima [11].

Intervencije medicinske sestre usmjerene su na prepoznavanje shizofrenije, uspostavljanje povjerenja i harmoničnog odnosa, maksimiziranje razine funkcioniranja, procjenu pozitivnih i negativnih simptoma, procjenu povijesti bolesti i ocjenu sustava podrške. Najčešći rani znakovi upozorenja na shizofreniju obično se otkrivaju do adolescencije. Oni uključuju depresiju, socijalno povlačenje, nesposobnost koncentracije, neprijateljstvo ili sumnjičavost, loše izražavanje osjećaja, nesanicu, nedostatak osobne higijene ili neobična uvjerenja [11].

Značajne intervencije medicinske sestre u ordinaciji obiteljske medicine:

- Prilikom susreta s pacijentom procijeniti je li nesuvislost u govoru pacijenta kronična ili iznenadna, kao kod pogoršanja simptoma. Uspostava prvog kontakta olakšava uspostavljanje realnih ciljeva i temelja za planiranje učinkovite skrbi.
- Utvrditi učestalost uzimanja propisanih psihotičnih lijekova pacijenta. Terapijske razine antipsihotika pomažu u jasnem razmišljanju i umanjuju odstupanja ili labavost povezanosti.
- Govoriti tihim tonom glasa i govoriti što je više moguće polako. Visoki i glasni ton glasa može povisiti razinu anksioznosti, dok usporeno govorenje pomaže razumijevanju.
- Osigurati mirno i tiho okruženje, bez podražaja. Tiho i mirno okruženje sprječava anksioznost da eskalira i poveća zbunjenost i halucinacije.
- Poticati pacijenta na što češće kontrolne preglede kod liječnice obiteljske medicine. Povremeni sastanci daju pacijentu priliku da razvije sigurnost i prisnost s medicinskom sestrom i liječnicom.
- Koristiti jasne i jednostavne riječi i izraze, također upute trebaju biti kratke i jasne. Pacijenti mogu imati poteškoće u obradi čak i jednostavnih rečenica.
- Koristiti jednostavna, konkretna i doslovna objašnjenja. Time se smanjuje nesporazum.
- Usredotočiti se i usmjeriti pažnju pacijenta na konkretne stvari u okolini. Pomaže usmjeriti fokus sa zabluda i usredotočiti se na stvari utemeljene na stvarnosti.

- Pokušati potaknuti temu o onome što je rečeno, iako se izgovorene riječi čine nesuvislima. Pacijentov odabir riječi često je simboličan za osjećaje (npr. strah, tuga, krivnja).
- Kada se pacijent ne razumije, dati mu do znanja da postoje poteškoće s razumijevanjem. Pretvaranje da je sve jasno i razumljivo ograničava vjerodostojnost medicinske sestre u očima pacijenta i smanjuje potencijal za povjerenje.
- Kada je pacijent spreman, potrebno je periodično uvesti strategije koje mogu umanjiti anksioznost pacijenta i utišati glas i „zabrinjavajuće“ misli. Educirati pacijenta da se usredotoči na značajne aktivnosti, naučiti ga da zamjenjuje negativne misli konstruktivnim mislima, naučiti ga zamijeniti iracionalne misli racionalnim tvrdnjama, izvoditi vježbe dubokog disanja. U pomoć uključiti obitelj pacijenta ili drugih ljudi koji su mu podrška. Pomaganje pacijentu da koristi taktike za smanjenje anksioznosti može pomoći u poboljšanju funkcionalnog govora.
- Procijeniti jesu li propisani lijekovi pacijenta dostigli terapijsku razinu. Mnogi pozitivni simptomi shizofrenije (halucinacije, zablude, ubrzane misli) povući će se s lijekovima, što će olakšati interakcije.
- Izbjegavati dodirivanje pacijenta. Pacijent može dodir pogrešno protumačiti kao seksualnu ili prijeteću gestu, posebno paranoični pacijenti.
- Osigurati da postavljeni ciljevi budu realni. Na taj način se izbjegava pritisak na pacijenta i osjećaj neuspjeha kod medicinske sestre ili obitelji. Osjećaj neuspjeha može dovesti do uzajamnog povlačenja.
- Pacijentu pružiti priznanje za pozitivne korake koje pacijent poduzme u povećanju socijalnih vještina i odgovarajućoj interakciji s drugima. Prepoznavanje i uvažavanje uvelike pomaže u održavanju i povećavanju određenog ponašanja.
- Prema odredbi liječnika primijeniti propisanu terapiju.
- Izdati recepte za lijekove.
- Izdati uputnice.
- Mjeriti vitalne parametre pacijenta.
- Surađivati s ostalim zdravstvenim radnicima i službama koje sudjeluju u liječenju pacijenta [11]

5.2. Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta koji boluje od depresije

Depresivni poremećaj svrstava se u poremećaje raspoloženja koje karakteriziraju poremećaji u regulaciji raspoloženja, ponašanja i utjecaji koji prelaze normalne fluktuacije koje doživljava većina ljudi [11].

Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta koji boluje od depresije usmjerene su na utvrđivanje stupnja oštećenja, procjenu sposobnosti suočavanja s pacijentom, pomaganje pacijentu u rješavanju trenutne situacije, pružanje zadovoljavanja psiholoških potreba i promicanje zdravlja [11].

Značajne intervencije medicinske sestre u ordinaciji obiteljske medicine:

- Prilikom susreta s pacijentom utvrditi razinu potrebnih mjera predostrožnosti za samoubojstvo. Ako postoji visoki rizik obavijestiti liječnika (moguća hospitalizacija), a ukoliko postoji niski rizik, hoće li pacijent sigurno ići kući pod nadzorom člana obitelji ili prijatelja.
- Provjeriti s obitelji ili skrbnikom dostupnost potrebne opskrbe lijekovima. Uobičajeno, medicinska opskrba pacijenta koji je suicidalan trebala bi biti ograničena na 3 – 5 dana.
- Potaknuti pacijenta da izrazi osjećaje (ljutnja, tuga, krivnja) i osmisliti alternativne načine za rješavanje osjećaja bijesa i frustracije. Pacijenti mogu naučiti alternativne načine suočavanja s prevladavajućim osjećajima i steći osjećaj kontrole nad svojim životom.
- Obratiti se obitelji, u dogovoru s liječnikom dogovoriti krizna savjetovanja. Aktivirati veze do grupa za samopomoć. Pacijentima je potrebna mreža resursa kako bi se umanjio osobni osjećaj nemoći, bezvrijednosti i izolacije.
- Osigurati razgovor i aktivnosti koje zahtijevaju minimalnu koncentraciju. Depresivnim ljudima nedostaje koncentracije i pamćenja.
- Kad se procijeni da je pacijent u izrazito depresivnom stanju o istome obavijestiti liječnika. Uključiti pacijenta u individualnu aktivnost. Tako se maksimizira potencijal za interakcije, istovremeno smanjujući razinu anksioznosti.
- Potaknuti pacijenta da se uključi u grupne aktivnosti i grupe podrške. Educirati ga o istima. Socijalizacija minimalizira osjećaj izolacije. Iskreno poštivanje drugih može povećati osjećaj vlastite vrijednosti.

- Uputiti pacijenta i obitelj u grupe za samopomoć u zajednici. Pacijent i obitelj mogu dobiti ogromnu podršku i uvid od ljudi koji dijele svoja iskustva.
- Procijeniti jesu li duhovne prakse kod pacijenta izazvale utjehu te da li su značajne u pacijentovom životu.
- Potaknuti pacijenta na svakodnevno izražavanje misli i razmišljanja putem vođenja dnevnika. To će pomoći u prepoznavanju važnih osobnih problema.
- Razgovarati s pacijentom što mu je davalo utjehu i značenje u prošlosti. Kada se depresivni, pacijenti teško traže smisao života i razloge da nastave kad se osjećaju beznadno i malodušno.
- Prema potrebi pružiti informacije o preporukama za vjerske ili duhovne informacije.
- Ukoliko se procijeni da je pacijent zapušten u higijeni potaknuti ga održavanje osobne higijene u razgovoru. Čistoća može privremeno povećati samopoštovanje.
- Procijeniti prilikom razgovora apetiti pacijenta, te ispitati navike u vezi stolice. Većina depresivnih pacijenata ima zatvor. Ako se zatvor ne riješi može doći do fekalne impakcije.
- Potaknuti unos bezalkoholnih i bezkofeinskih napitaka.
- Procijeniti potrebu za laksativima
- Potaknuti pacijenta da minimalno spava danju, a povećava spavanje noću.
- Ispitati pacijentove navike o prehrani.
- Prema odredbi liječnika primijeniti propisanu terapiju, izdati uputnice i recepte.
- Provesti medicinsko – tehničke postupke.
- Procijeniti pojedinačne znakove beznađa. Ti znakovi uključuju socijalno povlačenje, smanjenu tjelesnu aktivnost i komentare pacijenta koji ukazuju na očaj i beznađe.
- Procijeniti destruktivna ponašanja koja se koriste za rješavanje osjećaja poput povlačenja, izbjegavanje, zlouporabe supstanci.
- Dopustiti pacijentu da izrazi osjećaje i percepciju. proces prepoznavanja osjećaja koji su temelj ponašanja omogućuje pacijentu da započne kontrolu nad svojim životom.
- Izraziti nadu pacijentu realnim komentarima o pacijentovim resursima i snazi. Pacijenti se mogu osjećati beznadno, ali korisno je čuti pozitivan izraz drugih.
- Razgovarati s pacijentom o osjećajima povezanim s nedostatkom kontrole [11].

5.3. Intervencije medicinske sestre u obiteljskoj medicini kod pacijenta s mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja uzrokovanim upotrebom alkohola, stanje apstinencije

Alkohol, depresiv središnjeg živčanog sustava, koristi se u društvu iz mnogih razloga; za pojačavanje okusa hrane, poticanje opuštanja, za proslave i slično. Terapeutski je glavni sastojak mnogih lijekova na recept. Ako se koristi odgovorno i umjereno, može biti bezopasan, ugodan, ponekad i koristan. Brzo se apsorbira iz želuca i tankog crijeva u krvotok. S druge strane, odvikavanje od alkohola odnosi se na simptome koji se mogu pojaviti kada osoba koja je svakodnevno pila previše alkohola iznenada prestane piti alkohol. Simptomi odvikavanja od alkohola obično se javljaju unutar osam sati nakon posljednjeg pića, ali mogu se javiti i danima kasnije. Simptomi obično dosežu maksimum unutar 24 do 72 sata, ali mogu potrajati i tjednima. Uobičajeni simptomi uključuju tjeskobu ili nervozu, depresiju, umor, razdražljivost, tremor, drhtavost, promjene raspoloženja, halucinacije, visoku temperaturu i nejasno razmišljanje [11].

Intervencije medicinske sestre u ordinaciji obiteljske medicine kod pacijenta koji se podvrgavaju alkoholu usmjerene su na održavanje fiziološke stabilnosti tijekom faze akutnog povlačenja, promicanje sigurnosti, pružanje odgovarajućih uputa i praćenje te uključivanje u grupe podrške [11].

Značajne intervencije medicinske sestre u ordinaciji obiteljske medicine:

- Utvrditi uzrok anksioznosti, uključujući pacijenta u proces. Objasniti da odvikavanje od alkohola povećava tjeskobu i nelagodu. Stalno procjenjivati razinu anksioznosti.
- Razvijati odnos povjerenja kroz česte kontakte, iskreno i neosuđujući. Razvijati prihvaćajući stav o alkoholizmu. Na taj način se pruža pacijentu osjećaj humanosti, smanjuje se paranoja pacijenta i nepovjerenje.
- Održavati mirno okruženje, smanjujući buku. Smanjuje se stres.
- Obavijestiti pacijenta o tome što se planira učiniti i zašto. Uključiti pacijenta u proces planiranja. Na taj način se pojačava osjećaj povjerenja, a objašnjavanje može povećati suradnju i smanjiti tjeskobu. Također, pruža osjećaj kontrole nad sobom u okolnostima u kojima je gubitak kontrole važan čimbenik.
- Usmjeriti pacijenta prema stvarnosti. Pacijent može imati halucinacije i može nauditi sebi ili drugima.

- Nadgledati pacijenta radi znakova depresije.
- Primjenjivati lijekove prema odredbi liječnika (benzodiazepami). Sredstva protiv anksioznosti daju se tijekom akutnog povlačenja kako bi se pacijent opustio, bio manje hiperaktivan i osjećao se više pod kontrolom. barbiturati suzbijaju odvikavanje od alkohola, ali ih treba koristiti s oprezom, jer su depresivi respiratornog sustava.
- U dogovoru s liječnikom osigurati konzultacije radi upućivanja na detoksikaciju i krizni centar za trajni program liječenja.
- Uključiti obitelj kao podršku.
- Pružiti sve potrebne informacije pacijentu i obitelji.
- Procijeniti razinu svijesti pacijenta; sposobnost govora, odgovor na podražaje i naredbe. Govor može biti poremećen, zbunjen ili nejasan.
- Promatrati i uočiti ponašanja poput hiperaktivnosti, dezorijentacije, zbunjenosti, nesanice, razdražljivosti. Hiperaktivnost povezana s poremećajima centralnog živčanog sustava (CNS) može brzo eskalirati. Nesanica je česta zbog gubitka sedativnog učinka dobivenog alkoholom koji se obično konzumira prije spavanja. Lišavanje sna može pogoršati dezorijentaciju i zbunjenost.
- Primijetiti početak halucinacija.
- Govoriti mirnim, tihim glasom.
- Izbjegavati raspravu s pacijentom. Pacijent može čuti i pogrešno protumačiti razgovor.
- Redovito prema odredbi liječnika kontrolirati laboratorijske nalaze: elektrolite, razine magnezija, jetrene enzime, amonijak, glukozu i druge [11].

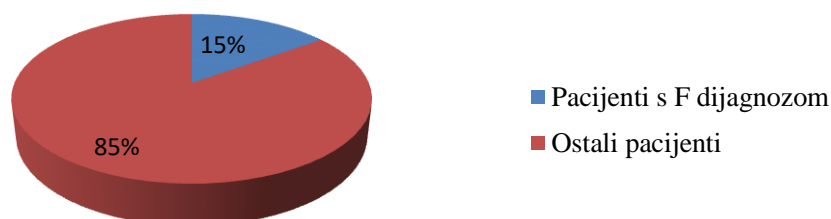
6. Prikaz slučaja

Ambulanta obiteljske medicine dr. Albina Jakovljević pod ovim nazivom radi unazad godinu dana kada je dr. Albina Jakovljević specijalizirala obiteljsku medicinu. Prije specijalizacije doktorica Jakovljević radila je 12 godina u ambulanti pod nazivom ambulanta opće medicine dr. Albina Jakovljević. U narednom tekstu obradit će se učestalost pojedinih dijagnoza, razlike između spolova i terapije, te isto tako specifičnost psihijatrijskih pacijenata kroz četiri prikaza slučaja. Cilj završnog rada je prikazati specifičnost rada medicinske sestre obiteljske medicine u pružanju skrbi osobama oboljelima od mentalnih oboljenja i poremećaja. Završni rad temeljen je na znanstvenoj i stručnoj recentnoj literaturi.

6.1. Ukupan broj pacijenata s medicinskom dijagnozom F00 – F99 u ordinaciji obiteljske medicine dr. Albine Jakovljević

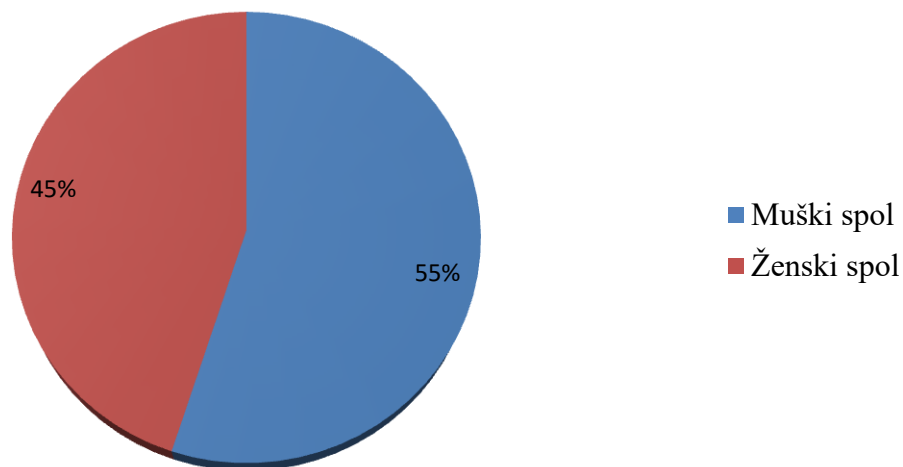
Navedeni podaci prikazuju ukupan broj oboljelih pacijenata s medicinskom dijagnozom F00 – F99 u ordinaciji obiteljske medicine dr. Albine Jakovljević u Koprivnici. Retrospektivnom analizom prikupljeni su podaci iz elektronskog zdravstvenog kartona svih upisanih pacijenata do 2020. godine. Od upisanih 2038 pacijenata, 916 je pacijentica ženskog spola (44,94%) a 1122 pacijenata muškog spola (55,06%). Isto tako ukupno 307 pacijenata liječi se pod medicinskom dijagnozom iz skupine mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (F00 – F99) (15,06%) (Slika 6.1.1.). Od 307 pacijenata s F dijagnozom 169 pacijenata je muškog spola (55,38%), a 138 pacijentica ženskog spola (44,62%). (Slika 6.1.2.). Najmlađi pacijent ima 10 godina, a najstariji 88 godina.

Postotak pacijenata s medicinskom dijagnozom F00 - F99 u odnosu na ukupan broj pacijenata



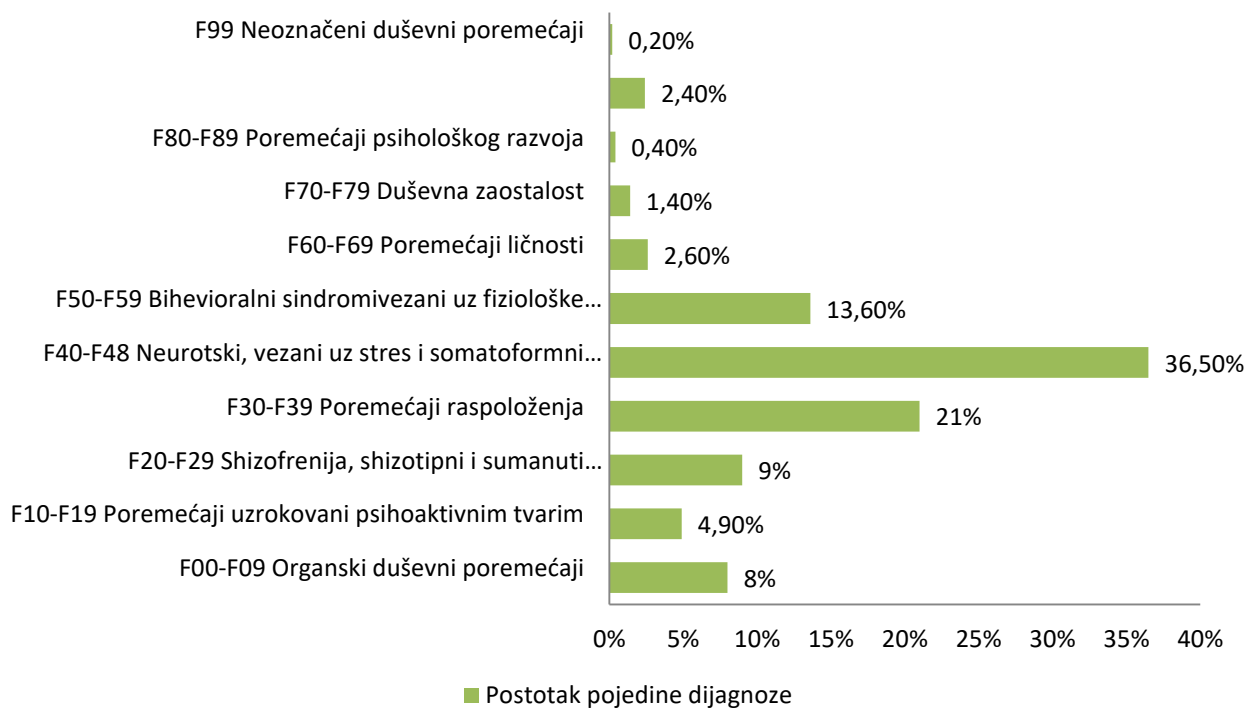
Slika 6.1.1. Prikaz ukupnog broja pacijenata u odnosu na pacijente s medicinskom dijagnozom iz skupine mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

Razlika između spola

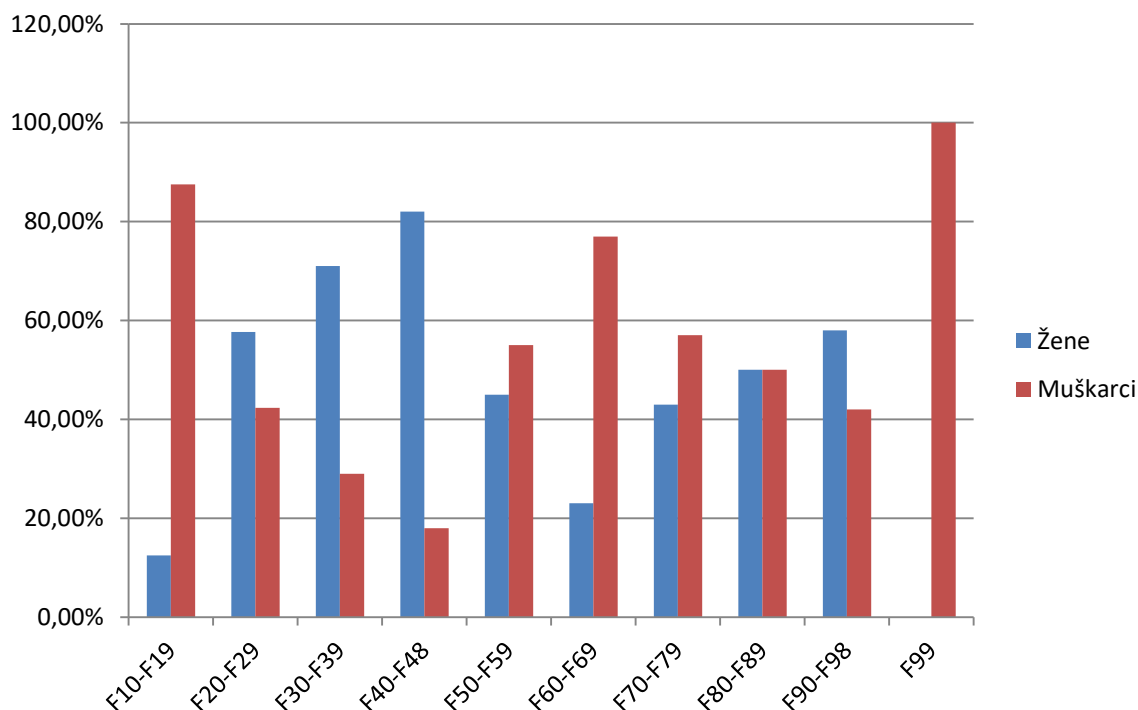


Slika 6.1.2. Prikaz razlike između spola kod pacijenata s medicinskom dijagnozom iz skupine mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

Prema postotku učestalosti pojedine dijagnoze iz skupina F dijagnoza, prevladavaju dijagnoze iz područja F40 – F48, odnosno neurotski poremećaji, vezani uz stres i somatoformni poremećaji (36,50%), dok su najmanje zastupljeni poremećaji F99, odnosno neoznačeni duševni poremećaji (0,20%) (Slika 6.1.3.). Također, pojedini pacijenti koji su navedeni u analizi boluju od istodobno više dijagnoza, pa su sve navedene F dijagnoze uzete u obzir. Isto tako, postoji spolna i dobna razlika u učestalosti pojedinih dijagnoza. Broj mlađih i starijih pacijenata podjednako je zastupljen kroz sve navedene dijagnoze, dok s obzirom na spol postoje veće razlike u zastupljenosti prema određenim dijagnozama. F10 – F19 dijagnoze, poremećaji uzrokovani psihoaktivnim tvarima su češće zastupljeni u muškaraca, a F40 – F48, neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji su zastupljeni u žena. Također F20 – F29, shizofrenija je zastupljenija u žena, no u znatno manjem odstupanju od muškaraca, kao i poremećaji raspoloženja. Dijagnoza F99 zastupljena je muškaraca 100%, no samo kod jednog pacijenta je ista dijagnoza dijagnosticirana, pa je 100% zastupljena u muškom rodu. (Slika 6.1.4.). Ostale dijagnoze su podjednako zastupljene u oba spola, te podjednako prema godinama starosti.

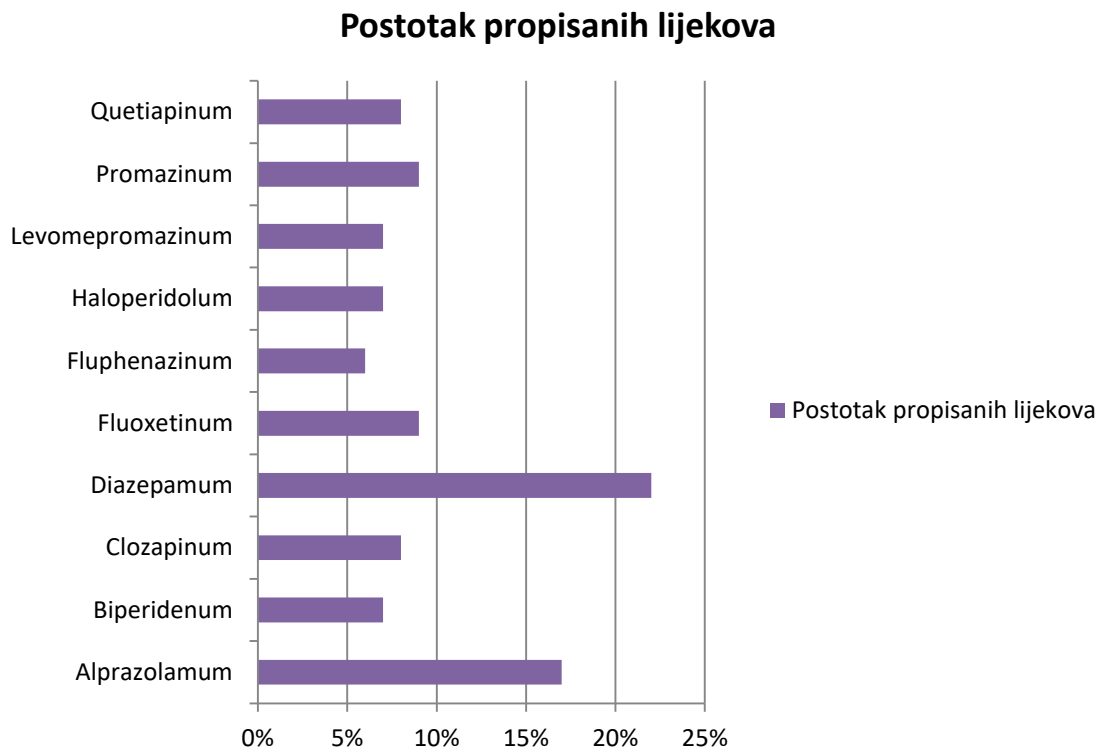


Slika 6.1.3. Prikaz zastupljenosti pojedinih dijagnoza od F00 do F99 u ordinaciji obiteljske medicine. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević



Slika 6.1.4. Prikaz zastupljenosti pojedinih dijagnoza od F00 do F99 u ordinaciji obiteljske medicine prema spolnoj razlici. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

Također najčešće propisani lijekovi kod navedenih pacijenata s dijagnozama od F00 do F99 obuhvaćaju lijekove iz skupina antipsihotika, antidepresiva, benzodiazepina te antikolinergika i antiparkinsonika (Slika 6.1.5.). Najčešće propisani lijekovi su Diazepam, Prazine, Haldol, Akineton, Moditen, Leponex, Helex, Portal, Nozinan i Kvetiapin.



Slika 6.1.5. Prikaz učestalosti propisivanja najčešćih lijekova kod pacijenata s dijagnozom F00-F99 u ordinaciji obiteljske medicine. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

6.2. Anamnestički podaci i tijek liječenja izdvojenih pacijenata iz ordinacije obiteljske medicine dr. Albine Jakovljević

Prikaz slučaja 1

Pacijent N.N., 1987. godište, muškarac, neoženjen, bez djece, liječen u Zavodu za forenzičku psihijatriju Klinike za psihijatriju Vrapče pod dijagnozama sumanutu poremećaj (F22.0) te sindrom ovisnosti o alkoholu (F10.2). Pacijent ranije nije psihijatrijski liječen, a akutna hospitalizacija uslijedila je rješenjem suda nakon što je u nebrojivom stanju počinio obilježja kaznenog djela nasilničkog ponašanja nad ukućanima. U zaštićenim uvjetima psihijatrijskog odjela uredno i bez poteškoća održava apstinenciju. S obzirom da je u Zavodu bio zadovoljavajućeg i ne incidentnog funkcioniranja, nakon hospitalizacije tim OM u suradnji s obitelji i centrom za socijalnu skrb nalazi smještaj pacijentu u Domu za odrasle osobe u Koprivnici. S obzirom na smještaj u domu čiji su korisnici upisani u našu ambulantu sve za gospodina obavlja djelatnica doma. Djelatnica doma prilikom posjeta u ordinaciju OM navodi kako je pacijent u kontaktu povremeno djetinjast, navodi različite somatizacijske i somatske tegobe, osobito kada se pred njega stavi neki zahtjev. Prema svom stanju i prema učinjenom je kritičan. Članovi obitelji su potpuno nezainteresirani za njegovo liječenje i nisu voljni prihvatiti ga u obitelj. Od terapije uzima Risseta 2 mg 1,0,1, Apaurin a 10 mg 1/2,1/2,1, Akineton a 2 mg 1/2,0,0, Zipantola 40 mg 0,0,1. Kod pacijenta se otkada je smješten u domu daljnje liječenje provodi u dogovoru s djelatnicima doma koji o njemu skrbe svakodnevno. Razmjena informacija i komunikacija o zdravstvenom stanju pacijenta se provodi učestalo. O svakoj promjeni u stanju pacijenta izvještava se liječnica, te se intervencije provode u skladu s kompetencijama. Prema odredbi liječnice ispisuju se uputnice za kontrolne preglede u OB Tomislav Bardek u Koprivnici isto tako i uputnice za kontrolu u Klinici za psihijatriju Vrapče, a prema potrebi i za ostale zdravstvene ustanove. Također kod pacijenta je neophodno osigurati propisane lijekove i postupati u skladu s otpusnim pismom i nalazom s kontrolnih specijalističkih pregleda. U slučaju pogoršanja stanja, pacijent se upućuje na hitnu psihijatrijsku obradu s C2 uputnicom. Komunikacija s pacijentom se odvija uvijek u mirnom okruženju, jasnim i kratkim rečenicama, te tišim tonom glasa. Prema potrebi kontroliraju se laboratorijski nalazi te se surađuje s drugim profesijama (policijom) kada je to neophodno. Razmjena informacija između djelatnika doma u kojem pacijent boravi i obiteljske medicine od ključne je važnosti za pružanje adekvatne skrbi pacijentu nakon dobivenih objektivnih informacija.

Prikaz slučaja 2

Pacijentica N.N., žensko, 1969. godište. Pacijentica rastavljena, trenutno živi u izvanbračnoj zajednici. Hospitalizirana u više navrata na odjelu psihijatrije u Općoj bolnici Tomislav Bardek u Koprivnici. Pacijentica se liječi pod dijagnozom F31 (bipolarni afektivni poremećaj). Pacijentica se najčešće javlja u ambulantu obiteljske medicine zbog problema na poslu vezanih uz svoje psihičko stanje, trpi mobing od strane ravnateljice, razmišlja dati otkaz ili ići u invalidsku mirovinu. Povremeno ne ode na posao jer se osjeća da ne može obavljati svoje radne obaveze, javi se u ambulantu da joj se otvori bolovanje. Najčešće je u fazi depresije. Povremeno navodi prisutnost stenokardije. Obično je kritična u pogledu na svoje zdravstveno stanje, nije suicidalna. Navodi prisutnost strahova, boji s biti sama, navodi prisutnost trnaca po cijelom tijelu. Kod pacijentice je prisutna i ovisnost o anksioliticima. Narušeni obiteljski odnosi. Smanjuje terapiju samoinicijativno. Pacijentica se često samoinicijativno javlja na odjel psihijatrije kada osjeti dekompenzaciju psihičkog stanja. Nakon hospitalizacije javlja se u ambulantu stabiliziranog zdravstvenog stanja. Od terapije uzima Sanval a 10 mg 0,0,1, Leponex a 25 mg ½,0,2, Velafax a 75 mg 1,1,0, Brintelix a 10 mg 2,0,0, Aripiprazol Pliva a 10 mg, 1,0,0, Litijev karbonat Jadran a 300 mg 1,1,2. Pacijentici se pruža psihološka podrška, osigurava joj se sva potrebna terapija, upućuje ju se na kontrolne preglede ili hitne preglede psihijatra u slučaju potrebe. Kod pacijentice se sukladno simptomima koje navodi provodi fiziološki pregled, prema potrebi krvni nalazi, EKG, vitalni parametri, te se izdaju doznake za bolovanje. Prioritetna intervencija uključuje pružanje psihološke potpore putem razgovora. Savjetovanje i pružanje osjećaja sigurnosti i razumijevanja.

Prikaz slučaja 3

Pacijent N.N, muško, 1971. godište i pacijentica N.N. žensko 1963. godište. Sada bivši bračni par. Suprug od ranije boluje od F62.0 (trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja), F43.1 (posttraumatski stresni poremećaj), te F43 (reakcija na teški stres i poremećaj prilagodbe). Do 2018. godine supruga nije bolovala, nije se javljala u ambulantu, no u veljači 2018. godine suprug dolazi u ambulantu. Navodi kako njegova supruga već neko vrijeme miješa alkohol i Normabele koje je prvo vrijeme uzimala od njega nakon čeka je počeo sakrivati svoje lijekove, ali na neke načine je gospođa i dalje dolazila do tableta. Problemi su intenzivniji unazad mjesec dana od dolaska supruga u ambulantu kada je morao svakodnevno zvati policiju i hitnu no oni su ga uputili na nas. Moli nas da suprugu pozovemo u ambulantu. Na suprugov zahtjev telefonski pozivamo suprugu u ambulantu da dođe na

sistematski pregled, no gospođa odbija doći. Bilo je nekoliko telefonskih razgovora sa suprugom u kojima joj se pruža psihološka podrška, moli ju se da dođe u ambulantu da porazgovaramo, no ona ustraje u tome da ne posjeti svoju liječnicu obiteljske medicine. Nakon tjedan dana suprug dolazi u ambulantu vidno uznemiren. Sa sobom je ponesao suprugin „dnevnik“ koji je svakodnevno pisala. „Dnevnik“ je ispisan prijetnjama upućenih suprugu te užasnim stvarima koje ona piše o njemu. Između ostaloga u „dnevniku“ se nalaze zapisi kako je suprug ubijao, silovao, ali i zakopavao ljude u njihovom dvorištu. Suprug je vidnom uznemiren i uplašen za sebe jer kako je i sam tada naveo i on je podložan psihičkim oboljenjima i ne zna kao će se sve to odraziti na njega. Izdajemo C2 uputnicu za hitnu psihijatrijsku ambulantu, kontaktiramo hitnu medicinsku službu (HMS) i dogovorimo prisilnu hospitalizaciju. Gospođa je tada bila na hospitalizaciji nešto više od mjesec dana, otpuštena je u djelomično poboljšanom stanju. 2019. godine bračni par se rastao, a o gospođi je brigu preuzela njezina sestra i sestrin suprug. 2019. godine u listopadu u ambulantu dolazi sestra gospođe s otpusnim pismom iz bolnice. Gospođa je bila hospitalizirana u periodu od 15. rujna do 25. listopada radi smetnji psihotične razine, na hitni bolnički odjel opće bolnice u Koprivnici stigla je u pratnji djelatnika policije. Tijekom hospitalizacije učinjena je potreban dijagnostička i terapijska obrada te se ponovno u djelomično poboljšanom stanju otpušta kući. Kontrola psihijatra dogovorena za tjedan dan. Nalaz s kontrole donosi sestrin muž koji navodi kako je dobila volju za poslove, radi u vrtu, komunikativnija, kritična. Posljednja hospitalizacija bila je u travnju ove godine kada su sestra i sestrin muž došli u ambulantu potražiti pomoć jer gospođa odbija uzimati terapiju. Postaje agresivna, uznemirava ljude oko sebe. Ponovno uznemirava bivšeg supruga, šalje mu prijeteće poruke, uznemirava njegovu sadašnju partnericu. Donose i poruke. U porukama prijeti, ponovno navodi kako je gospodin ubijao i silovao, navodi kako se to događalo u periodu koji je iza nas vrlo kratko. Prijeti mu kako će sve prijaviti policiji. Spominje imena i ljude za koje sestra i njezin muž nisu čuli i ne znaju dali su stvarni ili produkt njezine mašte. Dogovorena hospitalizacija. S odjela je otpuštena mirnija, na odjelu je bila suradljiva i distancirana. Otpuštena je s novom terapijom i preporukom da joj se ambulantno apliciraju injekcije Xeplion 150 mg, prvu injekciju je primila u bolnici. Dogovorena je aplikacija injekcije no gospođa odbija primiti injekcije o čemu smo obavijestili psihijatar koji joj je prema tome ponovno promijenio terapiju. Sada pacijentica jednom mjesečno odlazi na psihijatrijske kontrole, uzima terapiju te redovno zove za lijekove. Dijagnoze koje su uvedene u protekle dvije godine su F20 (shizofrenia) te F25 (shizoafektivni poremećaj). Gospođa od terapije trenutno uzima Zolofit a 50 mg 1,½,0, Normabel a 10 mg 0,0,1, Aripiprazol Pliva a 10 mg 0,0,1 te Akineton a 2 mg 1,0,0. Gospodin

od terapije trenutno uzima Arvind a 50 mg 1,0,1, Trittico a 150 mg 0,0,1, Lorsilan a 2,5 mg 0,0,1, Loquen XR a 200 mg 0,0,1, Misar SR a 1 mg 0,0,1.

Prikaz slučaja 4

Pacijent N.N. muško, 1999. godište. Pacijent se liječi pod dijagnozom F20.2 (katatona shizofrenija). Prvi znakovi bolesti javili su se u 11 godini života. Do tada je dijete bilo aktivnije ali nije nagnjalo bilo kakvoj bolesti. Kada su počele epizode agresivnosti, napada na majku krenulo se u obradu. Ubrzo je postavljena dijagnoza. Do tada je pohađao osnovnu školu po redovno programu. Sada pacijent ne priča ili priča ali je to vrlo nerazgovjetno, ispušta neartikulirane zvukove. Jedno vrijeme je išao u školu za djecu s posebnim potrebama no zbog agresivnosti morali su ga ispisati iz škole. Često hospitaliziran u Klinici za psihijatriju Vrapče. Obično hospitalizacija uslijedi nakon agresivnog ponašanja prema majci koja mu je skrbnica i ima status majke njegovatelja. Majka sve obavlja umjesto njega jer on nije sposoban samostalno funkcionirati, gospođu je psihijatar educirao kako da sinu povisi terapiju ili ju snizi ovisno o potrebi te gospođa vrlo dobro poslaguje terapiju kada vidi da za to ima potrebe. Početkom ove godine zbog učestalijih hospitalizacija, pretjerane agresivnosti i nemogućnosti obuzdavanja gospodina majci je predloženo od strane psihijatra da smjesti sina u neku od ustanova za odrasle osobe no gospođa je to odlučila smještaj odložiti još na neko vrijeme u nadi da će moći funkcionirati i kod kuće. Trenutno u terapiji pacijent ima Depakine Chrono a 500 mg 1,1,1, Olandix a 5 mg ½, 1,1, Moditen a 2,5 mg 1,1,1, Normabel a 5 mg 1,1,1, Prazine 25 mg 1,1,1, Akineton a 2 mg 1,0,0. Kod pacijenta i njegove obitelji redovito se provodi psihološka potpora i savjetovanje o mogućim eskalacijama stanja. U suradnji s liječnicom izdaju se recepti za lijekove i po potrebi primjenjuju lijekovi ambulantno.

7. Zaključak

Medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pružaju psihijatrijskim pacijentima podršku, ohrabrenje i razumijevanje. Poboljšanje ishoda zdravstvenog stanja pacijenta podrazumijeva dobru organizaciju rada, redovito praćenje suradljivosti kao i pravovremeno konzultiranje drugih kolega, zdravstvenih radnika. Također, kontinuirana edukacija unaprjeđuje pristup prema pacijentu, a pruža medicinskim sestrama unaprjeđenje kritičkog razmišljanje i pristup suvremenim smjernicama u skrbi za mentalno oboljele osobe. Sposobnost medicinske sestre da sagleda pacijenta cjelovito, neovisno da li on boluje od tjelesnog oštećenja ili mentalnog poremećaja pruža pacijentima osjećaj sigurnosti i povjerenja. Primarna zdravstvena zaštita obuhvaća kompleksnost sestrinske profesije i pruža uvid u specifičan rad medicinske sestre koji se bitno razlikuje od ostalih medicinskih sestara iz drugih grana zdravstvenog sustava. Važno je da se medicinska sestra poznaje svoje kompetencije. U obiteljskoj medicini u suradnji s liječnikom medicinska sestra sudjeluje u timskom radu. Iako je oblik suradnje liječnik i sestra u obliku timskog modela, medicinska sestra ima svoju autentičnost bez potrebe da se u potpunosti oslanja na liječničke naloge. Djeluje intervencijama u skladu sa svojim ovlastima i unaprijed propisanim kompetencijama. Medicinska sestra kritički razmišlja i razvija intervencije koje s izravno prilagođene pojedincu. Također pruža kontinuitet skrbi koji se temelji na povjerenju, poštenju i autentičnosti.

8. Literatura

- [1] T. Toft, P. Fink, E. Oernboel, K. Sparkle: Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study, Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics, Aarhus University Hospital, Denmark, 2015., str. 1175-1184. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/7643675_Mental_disorders_in_primary_care_Prevalence_and_co-morbidity_among_disorders_Results_from_the_Functional_Illness_in_Primary_care_FIP_study (01.08.2020.)
- [2] M. Katić, I. Šbav: Obiteljska medicina Alfa d.d., Zagreb, 2013.
- [3] I. Nevjestić: Analiza poslova i organizacije rada medicinske sestre u obiteljskoj medicini, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2016. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/mef:1033/preview> (05.08.2020.)
- [4] M. Tikvić: Planiranje i organizacija sestrinske skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Informativno glasilo Hrvatske komore medicinskih sestara, Plavi fokus, Zagreb, 2015., str 2-9
- [5] V. Starešina, R. Barbarić, I. Cindrić, Ž. Piščenec: Osnovni zakoni i njihove odredbe u definiranju sestrinstva, Sestrinski glasnik, Zagreb, 2014., str. 224-227
- [6] P. Filaković: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2016.
- [7] D. Peršić: Farmakološki tretman mentalno oboljelih u sklopu primarne zdravstvene zaštite, Završni rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Osijek, 2018. Dostupno na: <https://repositorij.mefos.hr/islandora/object/mefos%3A763/datastream/PDF/view> (22.08.2020.)
- [8] M. Radić, M. Jelavić: Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, HZJZ, Zagreb, 2011. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf (28.08.2020.)
- [9] T. Cikač: Empatija kao temelj terapijskog odnosa medicinska sestra – pacijent, Završni rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2018. Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A2044?language=hr> (02.09.2020.)

[10] K. Lambert: Caring for Patients with Mental Health Disorders, AMN Healthcare Education Services, RN.com, SAD, 2014. Dostupno na: <https://lms.rn.com/getpdf.php/2134.pdf> (03.09.2020.)

[11] Nurse Lab: Mental health and psychiatric care plans, SAD, 2020. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/category/nursing-care-plans/mental-health-psychiatric/> (04.09.2020.)

9. Popis slika

[1] Slika 6.1.1. Prikaz ukupnog broja pacijenata u odnosu na pacijente s medicinskom dijagnozom iz skupine mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

[2] Slika 6.1.2. Prikaz razlike između spola kod pacijenata s medicinskom dijagnozom iz skupine mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

[3] Slika 6.1.3. Prikaz zastupljenosti pojedinih dijagnoza od F00 do F99 u ordinaciji obiteljske medicine. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

[4] Slika 6.1.4. Prikaz zastupljenosti pojedinih dijagnoza od F00 do F99 u ordinaciji obiteljske medicine prema spolnoj razlici. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

[5] Slika 6.1.5. Prikaz učestalosti propisivanja najčešćih lijekova kod pacijenata s dijagnozom F00-F99 u ordinaciji obiteljske medicine. Izvor: elektronski zdravstveni karton svih upisanih pacijenata u ordinaciji obiteljske medicine dr. Jakovljević

SPEC. ORDINACIJA OBITELJSKE MEDICINE ALBINA JAKOVLJEVIĆ
KOLODVORSKA 17, 48 000 KOPRIVNICA
OIB: 13558703298
MOB: 098/2334448

SVEUČILIŠTE SJEVER
JURJA KRIŽANIĆA 31 B
42 000 VARAŽDIN

Poštovani,

ovom potvrdom dajem dozvolu Vašoj studentici, a mojoj medicinskoj sestri Tari Vukmirić za korištenje podataka o pacijentima u spec. ordinaciji obiteljske medicine Albina Jakovljević u svrhu pisanja završnog rada.

U Koprivnici,
16.06.2020.

SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA OBITELJSKE MEDICINE
Albina Jakovljević
dr. med. spec. obiteljske medicine
Koprivnica, Kolodvorska 17

Albina Jakovljević
dr. med. spec.
obiteljske medicine



Sveučilište
Sjever

KLON
ALIBRAHMO



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, TARA VUKIŠIRIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SKRB ZA PSIH. BOLJŠNIKA U PRIM. ZDR. Z. (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tara Vukmirić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, _____ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SKRB ZA PSIH. BOLJŠNIKA U PRIM. ZDR. Z. (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tara Vukmirić
(vlastoručni potpis)