

Sestrinska skrb za osobe s poremećajem raspoloženja

Havrišan, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:785653>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-07**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 862/SS/2017

**Sestrinska skrb za osobe s poremećajima
raspoloženja**

Ana Havrlišan, 4768/601

Varaždin, kolovoz 2017. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 862/SS/2017

**Sestrinska skrb za osobe s poremećajima
raspoloženja**

Student

Ana Havrlišan, 4768/601

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, kolovoz 2017. godine

Predgovor

Završni rad pod nazivom „Sestrinska skrb za osobe s poremećajima raspoloženja“ izrađen je uz pomoć mentorice Melite Sajko, dipl.med.tech.

Temu i kolegij za izradu završnog rada sam odabrala zbog dobrog iskustva kojeg sam imala na praksi u Općoj bolnici Varaždin – odjel psihijatrije. To je jedan od rijetkih odjela/radilišta na kojem bih jednom voljela raditi, te se usavršavati u tom smjeru.

Zahvaljujem svima na podršci tijekom studija, te mentorici na pomoći i trudu oko mog završnog rada.

Sažetak

Poremećaji raspoloženja prema DSM V, poput svih ostalih psihijatrijskih poremećaja, i dalje se baziraju na opisu i grupiranju simptoma. Emocionalno se stanje može mijenjati u dva smjera: prema povišenom raspoloženju (koje može oscilirati od hipomanije do manije) i prema sniženom raspoloženju (depresija). Za dijagnozu poremećaja raspoloženja bitna je što sveobuhvatnija dijagnostička formulacija. Ulogu igra pažljivo promatranje i utvrđivanje simptoma, koji se koriste kao najvažnija metoda za dijagnostiku poremećaja raspoloženja. Za svaku bolest moraju postojati dijagnostički kriteriji koji određuje spektar simptoma koji se pojavljuju kod bolesti, ali je isto tako važno da postoje i minimalni simptomi prilikom kojih se odlučuje koja će se dijagnoza dati pacijentu. Kod pacijenta osim postavljanja glavnoga mentalnog problema, treba sagledati i pojavnost drugih oboljenja, npr. koje okolnosti su se pojavile u pacijentovom životu, te u radnoj i socijalnoj okolini. Dijagnozu poremećaja raspoloženja postavljamo na osnovu anamneze, kliničke slike, te tijeka bolesti. Kod bazičnih simptoma depresije javlja se gubitak interesa za, do tada, važne stvari i aktivnosti. Smetnje moraju trajati najmanje dva tjedna, da bi se radilo o depresivnoj epizodi. Uz simptome koje se obavezno javljaju, prisutni su i simptomi poput gubitka energije, apetita, osjećaj bezvrijednosti i/ili krivnje, dekoncentracije, bespomoćnosti, neodlučnosti i suicidalnih razmišljanja pa sve do pokušaja suicida. Pacijenti mogu postati toliko ledirani da ne mogu pokazivati uobičajene emocije, poput žalosti, veselja ili zadovoljstva, ili mogu osjećati da je svijet oko njih bez boja i života, mrtav. Glavni simptomi koji karakteriziraju maniju su povišeno raspoloženje, povećanje energije i aktivnosti. Kod ovih bolesnika se javljaju gradiozne ideje, misle da imaju ogromnu moć, misle da mogu promijeniti cijeli svijet. Jedna od slika bolesti koji se može javiti kod maničnih pacijenata je pojava interpersonalnih sukoba, koji mogu dovesti do paranoidnih obrada realiteta. Farmakološka i psihološka terapija daju najbolje rezultate, te je važno naglasiti pacijentu i obitelji da terapija nema trenutni učinak, nego da bi terapiju trebalo uzimati dva do šest tjedana, kako bi lijek/lijekovi počeli djelovati. Pacijenta treba trajno pratiti i pri tome analizirati postignute rezultate. Ukoliko nije došlo do željenih rezultata, potrebno je mijenjati pristup i terapiju.

Ključne riječi: poremećaji raspoloženja, depresija, manija, simptomi, liječenje

Abstract

Mood disorders according to DSM V, like all other psychiatric disorders, are still based on the description and grouping of symptoms. The emotional state can change in two directions: an elevated mood (which can oscillate from hypomania to mania) and lower mood (depression). For diagnosing mood disorder, it is essential to have a more comprehensive diagnostic formulation. The role plays careful observation and identifying the symptoms, which are used as the most important method for diagnosing mood disorders. There must be diagnostic criteria for each disease to determine the spectrum of symptoms occurring in the disease, but it is also important that there are minimal symptoms when deciding which diagnosis will be given to the patient. In the patient besides the main mental problem, the appearance of other illnesses, such as the circumstances that have arisen in the patient's life, and in the working and social environment, must be considered. We set the mood disorder diagnosis based on anamnesis, clinical picture, and course of the disease. In basic symptoms of depression, there is a loss of interest in, until then, important things and activities. The disturbances must last at least two weeks in order to be a depressive episode. Along with the symptoms that are compulsory, there are also symptoms such as loss of energy, appetite, sense of worth and / or guilt, deconcentration, helplessness, indecision, and suicidal thoughts until attempted suicide. Patients can become so frozen that they can not show the usual emotions, such as sorrow, joy or pleasure, or they may feel that the world around them without color and life is dead. The main symptoms that characterize mania are elevated mood, increased energy and activity. These patients experience graceful ideas, they think they have tremendous power, they think they can change the whole world. One of the picture of the disease that can occur in manic patients is the appearance of interpersonal conflicts, which can lead to paranoid treatment of reality. Pharmacological and psychological therapy gives the best results, and it is important to emphasize to the patient and family that the therapy does not have immediate effect, but that the therapy should take about two to six weeks for the drug / drugs to take effect. The patient should be monitored permanently and analyzed the results achieved. If the desired results have not been reached, it is necessary to change the approach and therapy.

Key words: mood disorders, depression, mania, symptoms, treatment

Popis korištenih kratica

DSM V	dijagnostički i statistički priručnik o mentalnim poremećajima, peto izdanje
NPR.	naprimjer
SL.	slično
ITD.	i tako dalje
TJ.	to jest
MKB/ ICD	međunarodna klasifikacija bolesti i uzorka smrti (international classification of diseases and causes of death)
KKS	kompletna krvna slika
EKG	elektrokardiogram
DR.	drugo
HCL32 – R1	test za provjeru maničnog poremećaja
HAM-D-17	Hamiltonova ljestvica za procjenu depresije
U/S	u svezi
BMI	body mass index (indeks tjelesne mase)
TZV.	takozvani

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Učestalost i epidemiologija	3
3. Etiologija i patogeneza	4
4. Dijagnoza poremećaja raspoloženja	6
5. Vrste poremećaja raspoloženja.....	14
5.1. Depresija.....	14
5.2. Manija.....	15
6. Sestrinska skrb za osobe s poremećajima raspoloženja	18
6.1. Sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije	19
7. Liječenje poremećaja raspoloženja	30
7.1. Psihoterapijske metode liječenja poremećaja raspoloženja	31
8. Komplikacije poremećaja raspoloženja	32
9. Zaključak.....	34
10. Literatura.....	35
Popis slika.....	37
Prilozi.....	38

1. Uvod

Poremećaji raspoloženja prema DSM V, poput svih ostalih psihijatrijskih poremećaja, i dalje se baziraju na opisu i grupiranju simptoma. U psihijatrijskoj medicini, fenomenologija ne proizlazi iz patofiziologije, kao što je to u ostalim granama medicine. Kao što npr. povišena tjelesna temperatura ili kašalj mogu imati mnogo simptoma i uzroka, tako isto mogu imati i poremećaji raspoloženja. Prema DSM V, kao i u ostalim klasifikacijama, opisuju se simptomi koji se mogu vidjeti. Biomarkeri ne moraju pratiti ovakvu klasifikaciju i ne moraju biti specifični za poremećaje raspoloženja. Danas se depresija po učestalosti nalazi na četvrtom mjestu od svih bolesti, a smatra se da će do 2020. godine biti na drugom mjestu odmah nakon kardiovaskularnih bolesti. [1]

Kod poremećaja raspoloženja postoje različiti entiteti u kojima simptomi mogu biti poremećena emocionalna stanja, stanja koja mogu utjecati na to kako osoba misli, kako se ponaša, te kako doživljava svijet oko sebe. Emocionalno se stanje može mijenjati u dva smjera: prema povišenom raspoloženju (koje može oscilirati od hipomanije do manije) i prema sniženom raspoloženju (depresija). Svaka promjena raspoloženja ne mora označavati psihijatrijski poremećaj. Kod poremećaja raspoloženja uvijek dolazi do jake promjene raspoloženja koja uvijek odstupaju od normale i mogu jako utjecati na radno i socijalno funkcioniranje bolesnika. Kod oba poremećaja, simptomi se javljaju epizodično, bilo da se radi o povišenom ili sniženom raspoloženju, i te se epizode mogu pojavljivati tijekom čitavoga života. Kod poremećaja raspoloženja se, osim emocionalnih promjena, mogu pojaviti i drugi psihopatološki simptomi (poput kognitivnih, psihomotornih, bihevioralnih i nagonskih). Poremećaji raspoloženja opisani su još u antičko doba. Prva osoba koja je opisala poremećaje raspoloženja bio je Hipokrat, zatim Aretej iz Kapadokije koji je prvi opisao izmjenu maničnih i depresivnih stanja. U enciklopedijskome djelu pod nazivom „*O melankoliji*“ Celsus je detaljno naveo različite oblike te bolesti. To se smatralo glavnom literaturom u 15. stoljeću, sve dok se nije pojavila knjiga „*Anatomija melankolije*“ koju je napisao Robert Burton 1621.godine. Jean Falret je 1854. ciklički način mijenjanja depresivnog i povišenog raspoloženja nazvao *la folie circulaire*. Karl Ludwig Kahlbaum opisao je 1882. godine različite stadije jedne bolesti koju je nazvao *cyclothymia*. Manično depresivnu psihozu koja je obuhvaćala depresiju, maniju, povratni depresivni poremećaj i ciklotimiju opisao je Emil Kraepelin, 1921.godine. Sredinom 20. stoljeća sve veći broj autora je došao do zaključka da su depresija i manično depresivna

psihoza različiti u okviru poremećaja raspoloženja. Karl Abraham je prihvatio Kraepelinov koncept, te je postavio psihodinamski model nastanka bolesti u kojem je u etiologiji naglasak stavio na emocionalnom gubitku, a u kliničkoj slici na regresiju. Sigmund Freud je smatrao je da sve depresije nemaju psihogeni uzrok, već da postoje i biološke determinante. Po njegovome konceptu depresija se klasificirala na endogenu (izazvanu gubitkom) i egzogenu (biološki uvjetovanu), a posljedica je bila primjena različitih terapijskih postupaka psihoterapije, odnosno farmakoterapije. [2]

Nisu poznati razlozi zbog kojih su poremećaji raspoloženja u porastu. Neki, smatraju da je to zbog bolje dijagnostike, dok drugi smatraju da dolazi do pretjeranih zahtjeva koji se postavljaju pred čovjeka, koji se nije u stanju prilagoditi mnogobrojnim promjenama. [3]

2. Učestalost i epidemiologija

Budući da jedna od četiriju osoba može oboljeti od nekog oblika afektivnoga poremećaja, životni rizik za obolijevanje je i do 25%. Najčešće oblijevaju žene (2:1 u odnosu na muškarce). Pojava poremećaja raspoloženja izrazito raste, posebice kod osoba starije životne dobi. Depresivni poremećaji se javljaju 1,5 do 3 puta češće u prvom koljenu, nego što se javljaju u općoj populaciji. Tijekom života rizik od oboljevanja kreće se od 10 do 25% za žene, te od 5 do 12,5% za muškarce. [4]

Smatra se da oko 3% stanovništva boluje od depresije. Značajnu pojavu depresivnih simptoma u naprednijim društvima ima oko 15% populacije. Oko 20% žena i 10% muškaraca depresivnu epizodu doživi barem jedanput u životu, a najčešće se javlja između 24. i 35. godine s trendom sve ranijeg javljanja. Pretpostavlja se da oko 40% depresivnih osoba ima svoju prvu depresivnu epizodu prije dvadesete godine, dok ih je oko 10% postalo depresivno iza pedesete godine. U starijoj dobi češće se javljaju distimija i male depresivne epizode. Ako se kod adolescenata javi teška depresija, može doći do znatno većeg rizika za oboljenje u kasnijoj životnoj dobi od bipolarnog afektivnog poremećaja. Jedan od najvećih problema je to što se depresija uspijeva dijagnosticirati tek kod polovice oboljelih, a kod polovice pacijenata nije prepoznata pa zato postoji mnogo zapuštenih, kronificiranih i kompliciranih depresivnih stanja. [5]

Kod depresivnih bolesnika javlja se visoka razina komorbiditeta, jer se uz depresiju često javlja neka druga bolest. Često dolazi do prekrivanja, tj. istodobno se mogu javiti simptomi depresije i anksioznih poremećaja (kao što su fobija, društvene tjeskobe, panični poremećaji, opći anksiozni poremećaj), prisila, posttraumatski stresni poremećaj, somatoformni poremećaj, psihofiziološki poremećaj, shizofreni poremećaj, organski mozgovni poremećaj, propadanje mozgovne mase, različiti poremećaji ličnosti i ovisnosti o nekim tvarima, koji se po američkim istraživanjima uz depresiju javljaju u 77% slučajeva. Prilikom anketiranja sudionika i pitanja koji je poriv za nastanak poremećaja, između 60 i 80% osoba je odgovorilo da je depresija uslijedila nakon drugih tegoba i poremećaja. [6]

3. Etiologija i patogeneza

Etiologija koja se javlja kod poremećaja raspoloženja je rezultat interakcije genetske predispozicije, biološke osnove, zbog traumatskog iskustva, te utjecaja sredine. Biološke teorije govore o rezultatima provedenih istraživanja koja proučavaju genetiku, neurotransmisiju, neurobiokemiju, neuroendokrinologiju, neuroimunologiju, kronobiologiju i neuroplastičnost u osoba s afektivnim poremećaja. Što se tiče obiteljskih studija one sadrže podatke o genetskoj pojavi poremećaja raspoloženja. Ako jedan od roditelja boluje od poremećaja raspoloženja, rizik za oboljevanje djeteta je 20%, a ukoliko od poremećaja raspoloženja boluju oba roditelja, od kojih je jedan bipolarni, rizik oboljevanja je čak 50-75%. Neurobiokemijske teorije upućuju na ulogu neurotransmisije biogenih amina poput noradrenalina, serotonina i dopamina u središnjem živčanom sustavu. Neuroendokrinološke teorije sastoje se od opažanja hiperaktivnosti hipotalamično - hipofizno - adrenalne osi, u kojem uzrok može biti u pretjeranoj stimulaciji sustava za stres. Kod psihosocijalnih teorija veliku ulogu za razvoj depresije pridaje se traumatskim događajima u ranom djetinjstvu kao što je zlostavljanje, neslaganje i rastava roditelja, bolest i gubitak roditelja, rano razdvajanje i zanemarivanje. U bihevioralne teorije pripada naučena bespomoćnost. Kod pacijenata sa depresijom može doći do negativno - kognitivne sheme, koja se uglavnom odnosi na samoprocjenjivanje, bezvrijednost i beznade. [5]

Posrednim dokazom za depresiju drži se i smanjena pohrana serotonina u trombocitima. Značajan je odnos depresije i životnih događaja. Stresni događaji mogu dovesti do poremećaja homeostaze, te često prethode unipolarnim depresivnim epizodama. Takvi događaji mogu dovesti do prodromalne faze depresivne epizode. Ako je dijete izgubilo roditelje u ranom djetinjstvu, ne povećava se rizik za nastanak poremećaja raspoloženja u starijoj životnoj dobi. Od osobnosti bilo koji tip može razviti kliničku depresiju, ali unipolarne se češće razvijaju kod osoba koje su inače introvertne i pasivno ovisne. Oni nemaju razvijene socijalne vještine, prilikom kojih bi se mogli prilagoditi promjenama s kojima se svakodnevno susreću, pa ne mogu prebroditi niti minimalne stresove. Kod takvih osoba se javlja nisko samopoštovanje i nedostatak povjerenja u druge. [4]

Depresija se u današnje vrijeme svrstava u biopsihosocijalni poremećaj. Ako je depresija kod pacijenta urođena, te ako je rizik za pojavu vrlo jak, može se javiti i bez povoda. Ako je predispozicija slaba, u životu pacijenta bi se trebali javiti različiti stresni događaji, kako bi se poremećaj pojavio. [7]

4. Dijagnoza poremećaja raspoloženja

Za dijagnozu poremećaja raspoloženja bitna je što sveobuhvatnija dijagnostička formulacija. Duševni poremećaji se baziraju na osnovu tzv. fenomenološkoga opisa psihopatologije, tj. prema opisima simptoma koji se manifestiraju za pojedinu bolest. Ulogu igra pažljivo promatranje i utvrđivanje simptoma, koji se koriste kao najvažnija metoda za dijagnostiku poremećaja raspoloženja. Za svaku bolest moraju postojati dijagnostički kriteriji koji određuje spektar simptoma koji se pojavljuju kod bolesti, ali je isto tako važno da postoje i minimalni simptomi prilikom kojih se odlučuje koja će se dijagnoza dati pacijentu. Kod pacijenta osim postavljanja glavnoga mentalnog problema, treba sagledati i pojavnost drugih oboljenja, npr. koje okolnosti su se pojavile u pacijentovom životu, te u radnoj i socijalnoj okolini. Upravo je zato napravljena deseta revizija ICD-a, tj. MKB-10 koja je objavljena 1992. godine i još je i danas u upotrebi, a taj se klasifikacijski sustav koristi i u Hrvatskoj. Vrlo je važan razgovor sa pacijentom, prilikom kojeg pacijenti ne vole pričati o svojoj osobnosti i o sebi pokušavaju dati što bolju sliku. Kako bi se što više saznalo o pacijentu, potrebno je prikupiti što više podataka, od kojih su bitni podaci o obiteljskom i radnom funkcioniranju, te o pacijentovim odnosima u zajednici. Liječniku i medicinskoj sestri može pomoći povezivanje bolesnikovih tegoba i radne nesposobnosti s njegovom osobnošću, tako da je lakše kreirati kliničku prosudbu o uzrocima poremećaja. Da bi lakše stvorili sliku o pacijentu i o njegovim karakteristikama, važno je pacijenta pažljivo saslušati i pokazati mu interes za njegovo zdravstveno stanje. Od presudne važnosti je intervju, zbog toga što se pacijent po prvi puta susreće sa liječnikom, specijalistom psihijatrom i sa ustanovom, prema kojoj najčešće ljudi imaju velike predrasude. Liječnik prilikom prvoga pregleda stvara dijagnostički dojam. Od pacijenta se pokušava dobiti što je više moguće podataka o poteškoćama s kojima se susreće i o postojanju simptoma, te u koje vrijeme je pacijent ili njegova okolina primijetila simptome. Liječnik i medicinska sestra ne smiju biti nametljivi, i trebali bi potaknuti pacijenta na razgovor o problemima. Iz pacijentovog stava, govora i pokreta može se jako puno saznati. Svojom neverbalnom komunikacijom pacijent otkriva stavove i afekte koje poriče riječima. [4]

Dijagnozu poremećaja raspoloženja postavljamo na osnovu anamneze, kliničke slike, te tijeka bolesti. Potrebno se pridržavati i različitih dijagnostičkih smjernica koje su dane u klasifikacijskom sustavu. [5]

U dijagnostici depresije, mogu se koristiti mjerni instrumenti kao što su psihijatrijske ljestvice. Jedna od najpoznatijih je Hamiltonova ljestvica prikazana na slici 4.1. [6]

1. Depresivno raspoloženje

(tuga, beznadnost, bespomoćnost, bezvrijednost)

0 Nije prisutno

- 1 Ovakvo emocionalno doživljavanje iskazano je samo na izravni upit
- 2 Govorno izražava i bez upita
- 3 Emocionalno doživljavanje iskazuje neverbalno, tj. zaključuje se iz ponašanja, izrazom lica, držanjem tijela, glasom i sklonošću plaču
- 4 Bolesnik gotovo isključivo govori o tome u svojoj spontanoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji

2. Osjećaj krivnje

0 Nije prisutan

- 1 Samopredbacivanje, osjeća da je iznevjerio okolinu
- 2 Osjećaj krivnje ili stalno razmišljanje o proteklim greškama i propustima
- 3 Sadašnju bolest smatra kaznom. Sumanutosti krivnje
- 4 Čuje optuživačke ili prijeteće glasove i/ili prisutnost vidnih halucinacija prijetećeg sadržaja

3. Samoubilački porivi

0 Nisu prisutni

- 1 Osjeća da život nema vrijednosti, da nije vrijedan življenja
- 2 Želja za smrću ili bilo koje misli o mogućoj smrti
- 3 Samoubilačke misli ili geste
- 4 Pokušaji suicida

4. Smetnje usnivanja

0 Bez teškoća kod usnavljanja

- 1 Žali se na povremene teškoće kod usnavljanja koje traju dulje od pola sata
- 2 Žali se na svakodnevne teškoće kod usnavljanja

5. Smetnje spavanja (prosnivanja)

0 Nisu prisutne

- 1 Bolesnik se žali na nemir i isprekidan san
- 2 Budenje tijekom noći - svako ustajanje iz kreveta dobiva ocjenu 2 (osim u svrhu pražnjenja, dakle ustajanje zbog mokrenja se isključuje)

6. Jutarnje smetnje spavanja

0 Nisu prisutne

- 1 Budi se rano ujutro, ali ponovno zaspi
- 2 Ne može ponovno zaspati ako rano ustane iz kreveta (budi se rano bez ponovnog usnivanja)

7. Rad i aktivnost

0 Nema teškoća

- 1 Osjeća se nesposobnim, umornim ili slabim kod radnih i slobodnih aktivnosti
- 2 Gubitak zanimanja za rad i aktivnosti - bilo da je izravno iskazano od strane pacijenta, ili indirektno u nedostatku agilnosti, u neodlučnosti i kolebljivosti (osjećaj da se mora prisiljavati na rad ili aktivnost)

3 Skraćivanje vremena potrošenog na aktivnosti ili smanjenje produktivnosti. U bolnici: ocjena 3 je zaslužaj kada bolesnik nije u stanju provoditi najmanje tri sata na dan u aktivnostima (bolesnička zanimanja ili slobodne aktivnosti i hobiji) izuzev dužnosti na odjelu

4 Prestanak rada zbog sadašnje bolesti. U bolnici: ocjena 4 je ako se bolesnik ne uključuje ni u kakve aktivnosti osim svojih dužnosti na odjelu, ili ako bolesnik ne ispunjava dužnosti na odjelu bez pomoći

8. Usporenost (psihomotorna inhibicija)

Pitanja nisu potrebna: ocjene su rezultat promatranja.

(Usporenost misli i govora; smetnje u sposobnosti koncentracije; smanjena motorička aktivnost)

0 Uredni govor i mišljenje

- 1 Blaga usporenost kod pregleda (razgovora)
- 2 Očita usporenost kod pregleda (razgovora)
- 3 Pregled/razgovor izrazito otežan
- 4 Stupor

9. Agitacija

0 Nije prisutna

- 1 Uznemirenost
- 2 Igra se rukama, kosom i slično
- 3 Kreće se unaokolo, ne može mirno sjediti
- 4 Lomi ruke, grize nokte, čupa kosu, grize usnice

10. Anksioznost - psihička (psihički strah)

0 Nije prisutna

- 1 Unutarnja napetost i razdražljivost
- 2 Zabrinutost oko sitnica
- 3 Izraz ustrašenosti u govoru i licu
- 4 Izražava strah i bez upita

11. Anksioznost - somatska (tjelesni strah)

(Fiziološke popratne pojave anksioznosti, kao što su: gastrointestinalne: suha usta, nadutost, probavne smetnje, proljev, grčevi, podrigivanje; kardiovaskularne: lupanje srca, glavobolje; respiratorne: hiperventilacija, uzdisanje; urinarne: češće mokrenje; znojenje)

0 Nije prisutna

- 1 Neznatna
- 2 Umjerena
- 3 Jaka
- 4 Onesposobljuje bolesnika

12. Gastrointestinalni simptomi

0 Nisu prisutni

- 1 Nedostatak apetita, ali jede bez nagovaranja
- 2 Jede samo uz nagovaranje i nudenje

13. Opći tjelesni simptomi

- 0 Nisu prisutni
- 1 Osjećaj težine ili boli u udovima, leđima, glavi.
Gubitak tjelesne snage i lako zamaranje
- 2 Svaki od gornjih simptoma ako je jako izražen

14. Genitalni simptomi

(kao što je gubitak libida, menstrualni poremećaji)

- 0 Nisu prisutni
- 1 Umjereni
- 2 Jako izraženi

15. Hipohondrijski simptomi

- 0 Nisu prisutni
- 1 Pojačano tjelesno samopromatranje
- 2 Zabrinutost za svoje zdravlje
- 3 Česte pritužbe na smetnje, traženje pomoći itd.
- 4 Hipohondrijske sumanutosti

16. Gubitak tjelesne težine

(Osoblje gubitak težine bilježi redovito kod tjednog mjerenja promjena u tjelesnoj težini)

- 0 Manje od pola kilograma gubitka tjelesne težine u jednom tjednu
- 1 Više od pola kilograma, ali manje od kilograma gubitka tjelesne težine u tjedan dana
- 2 Više od kilograma tjelesne težine izgubljeno tijekom tjedan dana

17. Uvid u bolest

- 0 Uvida (potvrđuje) da je depresivan i bolestan
- 1 Uvida bolest, ali je pripisuje lošoj prehrani, klimi, prenapornom radu, infekciji, potrebi za odmorom itd.
- 2 Potpuno negira bolest

HAM-D-17 ukupni rezultat:

Slika 4.1 Hamiltonova ljestivca za depresiju (HAM-D-17)

Izvor: N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, G. Makarić, 2004. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. Medicus, 13(1_Depresija), 19-29.

Prilikom interpretacije rezultata dobivenih iz Hamiltonove ljestvice, blaga depresija se prepoznaje ako je zbroj bodova 18, umjereno teška depresivna epizoda ako je zbroj bodova između 18 i 25, te teška depresivna epizoda ako je zbroj ukupnih bodova veći od 25. [8]

Prilikom pregleda depresivnog pacijenta, potrebno je pratiti:

- broj simptoma,
- trajanje poremećaja,
- utjecaj poremećaja na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje,
- diferencijalno - dijagnostičke kriterije,
- okolnosti pojave depresivnih simptoma. [8]

Neki od osnovnih principa dijagnostike depresije prema MKB su:

- da je zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za dijagnozu,
 - da minimalno trajanje simptoma mora trajati najmanje dva tjedna,
 - dijagnoza se postavlja bez obzira na to u kojim su okolnostima simptomi nastali.
- [8]

Od tipičnih simptoma MKB navodi sljedeća tri:

1. depresivno raspoloženje
2. gubitak interesa i uživanja
3. smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost (često je uočljiv zamor i nakon najmanje aktivnosti.) [8]

Drugi uobičajeni simptomi su:

1. smanjena koncentracija i pažnja
2. smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje
3. osjećaj krivnje i bezvrijednosti, koji se mogu javiti i u blagom obliku epizode
4. sumorni i pesimistični pogledi na budućnost
5. ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
6. poremećaj spavanja
7. smanjeni apetit [8]

Od somatskih simptoma pojavljuje se:

1. Gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2. Gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor
3. Jutarnje buđenje dva ili više sata ranije od uobičajenoga
4. Depresivno stanje koje je teže u jutarnjim satima
5. Izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6. Značajan gubitak apetita
7. Gubitak težine koji se javlja od 5% ili više u posljednjih mjesec dana
8. Izrazit gubitak libida. [8]

Postoji mnogo stupnjeva depresivnog poremećaja, no kliničari najčešće koriste: blaga depresivna epizoda (prisutna su dva tipična, te dva druga simptoma; kod kojih se javljaju blage teškoće u obavljanju uobičajenog posla i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti), umjerena depresivna epizoda (u kojoj su prisutna dva tipična i tri druga simptoma; kod kojih uglavnom ne postoje značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućnim aktivnostima), teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma (prisutna su sva tri tipična simptoma, te četiri druga simptoma; kod kojih su socijalne, radne i kućne

aktivnosti znatno ograničene) i teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (u kojoj su prisutna sva tri tipična, četiri druga simptoma, te psihotični simptomi; u kojoj su socijalne, radne i kućne aktivnosti jako ograničene). [8]

Kod dijagnostike maničnog poremećaja može se koristiti HCL-32-R1 upitnik prikazan na slici 4.2. Koristi se za procjenu hipomaničnih simptoma tijekom pacijentovog života, kod dijagnostike bipolarnog afektivnog poremećaja, distimije, velikog depresivnog poremećaja, manjih depresija, itd. Navedeni upitnik ne koristi se kod nepismenih i intelektualno oštećenih osoba. Kod pacijenata koji u trećem pitanju imaju 14 ili više pozitivnih odgovora, smatra se da bi potencijalno mogli razviti poremećaj. Kod njih je potrebno provesti daljnje ispitivanje uz anamnezu, povijest obiteljskih bolesti, te kontaktirati bliske osobe. Rizik za pojavu poremećaja se može pojaviti i kod ispitanika koji su imali i manje od 14 pozitivnih odgovora. [9]

Da bi se prepoznao manični poremećaj, moraju biti prisutna najmanje tri od navedenih simptoma:

1. samopoštovanje ili grandioznost,
2. smanjena potreba za spavanjem,
3. potreba da stalno govori,
4. bijeg ideja,
5. rastresenost,
6. psihomotorička agitacija,
7. pretjerano uključivanje u ugodne aktivnosti. [10]

HCL-32-R1 upitnik, hrvatska verzija

Osobni podaci:

Dob: Spol: muški ženski

Energija, aktivnost i raspoloženje

Svatko u neko drugo vrijeme u svojem životu osjeti promjene u energiji, aktivnosti i raspoloženju („uspone i padove raspoloženja“ ili „dizanja i spuštanja raspoloženja“). Svrha je ovoga upitnika procijeniti značajke razdoblja „povišenog raspoloženja“.

1. Prvo, kako se osjećate danas u usporedbi s Vašim uobičajenim stanjem:

(Molimo, obilježite samo JEDNO od sljedećega)

- mnogo gore nego inače gore nego inače malo gore nego inače ni bolje ni gore nego inače malo bolje nego inače bolje nego inače mnogo bolje nego inače

2. Kako Vas obično uspoređuju s drugim ljudima?

Neovisno o tome kako se danas osjećate, molimo Vas da nam kažete kako Vas obično uspoređuju s drugim ljudima i to tako da označite koja od sljedećih izjava Vas najbolje opisuje.

U usporedbi s drugim ljudima, moja je razina aktivnosti, energije i raspoloženja:

(Molimo označite samo JEDNO od sljedećega)

- uvijek prilično stabilna i jednaka obično viša obično niža neprekidno pokazuje razdoblja uspona i padova

3. Molimo pokušajte se sjetiti razdoblja kada ste bili u stadiju „povišenog raspoloženja“.

Kako ste se tada osjećali? Molimo da na sve navedene izjave odgovorite bez obzira na Vaše trenutno stanje. U takvom stadiju:

- | | Da | Ne | | Da | Ne |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Trebam manje sna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Više koketiram i/ili sam seksualno aktivniji/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Osjećam se energičnije i aktivnije | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Više pričam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Samouvjereniji/a sam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Brže mislim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Više uživam u svom poslu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Više se šalim ili koristim igre riječi kad govorim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Društveniji/a sam (više telefoniram, izlazim) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Lakše mi je prekinuti pažnju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Želim putovati i/ili više putujem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Uključujem se u mnoge nove stvari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Obično brže vozim ili više riskiram u vožnji | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Misli mi lete s teme na temu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Trošim više/previše novca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Obavljam stvari brže i/ili lakše | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Više riskiram u svakodnevnom životu (u poslu i/ili drugim aktivnostima) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Nestrpljiviji/a sam i/ili sam razdražljiviji/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tjelesno sam aktivniji/a (sport i sl.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Mogu biti naporan/a ili iritantan/a drugima | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Planiram više aktivnosti ili projekata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Češće upadam u svađe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Imam više ideja, kreativniji/a sam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Raspoloženje mi je više, optimističnije | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Manje sam sramežljiv/a ili sputan/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Pijem više kave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nosim šareniju i ekstravagantniju odjeću/make-up | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Pušim više cigareta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Želim upoznati ili doista upoznajem više ljudi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Pijem više alkohola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Više sam zainteresiran/a za seks i/ili imam pojačanu seksualnu želju | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Uzimam više lijekova (sedativa, anksiolitika, stimulansa...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HCL-32-R1 upitnik, hrvatska verzija

4. Utjecaj Vaših „povišenih raspoloženja“ na razne aspekte Vašega života:

	pozitivni i negativni	pozitivni	negativni	bez utjecaja
obiteljski život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
društveni život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
posao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slobodno vrijeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Reakcije i komentari drugih ljudi na Vaša „povišena raspoloženja“. Kako su ljudi koji su Vam bliski reagirali ili komentirali Vaša „povišena raspoloženja“? (Molimo, obilježite samo JEDNO od sljedećega)

- pozitivno (ohrabrivali su Vas ili podržavali) neutralno negativno (zabrinuto, uzrujano, razdražljivo, kritički) pozitivno i negativno nisu reagirali

6. Koliko su Vaša „povišena raspoloženja“ uobičajeno trajala (prosječno): (Molimo, obilježite samo JEDNO od sljedećega)

- 1 dan dulje od 1 tjedan
 2-3 dana dulje od 1 mjesec
 4-7 dana ne mogu procijeniti / ne znam

7. Jeste li doživjeli takva „povišena raspoloženja“ u proteklih dvanaest mjeseci?

- da ne

8. Ako da, molimo Vas da procijenite koliko ste dana proveli u „povišenom raspoloženju“ tijekom proteklih dvanaest mjeseci:

Sveukupno: oko dana



© 2008

HCL-32-R1 upitnik je izradio prof. Jules Angst uz potporu kolega

Slika 4.2 HCL32-R1 upitnik

Izvor: https://bib.irb.hr/datoteka/505847.MEDIX_Supplement_1.pdf

5. Vrste poremećaja raspoloženja

Simptomi koji se pojavljuju kod depresije i manije rezultat su poremećaja različitih procesa u organizmu. Simptomi kod oba poremećaja su promjene raspoloženja.

5.1. Depresija

Kod bazičnih simptoma depresije javlja se gubitak interesa za, do tada, važne stvari i aktivnosti. Smetnje moraju trajati najmanje dva tjedna, da bi se radilo o depresivnoj epizodi. Uz simptome koje se obavezno javljaju, prisutni su i simptomi poput gubitka energije, apetita, osjećaj bezvrijednosti i/ili krivnje, dekoncentracije, bespomoćnosti, neodlučnosti i suicidalnih razmišljanja pa sve do pokušaja suicida. Pacijenti mogu postati toliko ledirani da ne mogu pokazivati uobičajene emocije, poput žalosti, veselja ili zadovoljstva, ili mogu osjećati da je svijet oko njih bez boja i života, mrtav. [3,4]

Depresija se može javiti postupno ili naglo. Svijest i orijentacija su u pravilu očuvani. Kod pacijenata se javlja potištenost, klonulost te zapuštanje vanjskoga izgleda. Dolazi i do sniženog raspoloženja uz pojavu anksioznosti, osjećaja bespomoćnosti i straha. Kod pojave ove faze pacijenti mogu postati socijalno izolirani, bezvoljni i bez inicijative. [11]

Depresivni bolesnici imaju narušenu sliku o samome sebi, te sebe i svoju okolinu mogu doživljavati negativno. Stalno osjećaju krivnju i patnju. Bolest može utjecati na cijeli pacijentov život i ako se ne liječi adekvatno, može doći do progresije bolesti. Bitno je da se simptomi depresije što prije prepoznaju i da se pravovremeno krene sa liječenjem i edukacijom. Pacijentima treba objasniti da se bolest može izliječiti i da se izlječenje neće javiti preko noći, već je potrebno strpljenje. Pacijenta treba uključiti u program liječenja, te u donošenje odluka u vezi liječenja. Pacijenti mogu postati agitirani, što često ispoljavaju nemirom, odnosno ne mogu mirno sjediti. Depresivne pacijente potrebno je poticati na neke osnovne radnje kao što su ustajanje iz kreveta ili osobna higijena. Pacijenta treba poticati da osobnu higijenu održavaju sami, ali ako pacijent smatra da osobnu higijenu ne može održavati sam, sestra bi im u tome trebala pomoći. Pacijente treba pohvaliti, ohrabriti i poticati ga na daljnju samostalnost prilikom obavljanja higijene. Pacijenti su često zaokupljeni sobom, osjećaju se potišteno, imaju strah kako će im izgledati budućnost,

osjećaju grižnju savjesti, ništa ih u životu ne može razveseliti, imaju negativno razmišljanje, misaoni proces im je usporen, misle da ništa ne vrijede i da su nesposobni. Medicinska sestra treba znati kako prići pacijentu i kako zadobiti njegovo povjerenje, te mu objasniti da je ona tu da mu pomogne. Prilikom razgovora sa pacijentom potrebno je naglašavati osobine na koje je pacijent prije bio ponosan, i razgovor voditi ka pozitivnom smjeru kako bi pacijenta odvratili od negativnih i loših misli. Važno je pacijenta uključiti u kontakt sa ostalim bolesnicima kroz socioterapiju. Ako se kod pacijenta javi smanjeni apetit ili smanjena potreba za jelom, medicinska sestra bi trebala kontrolirati i pratiti pacijentovu tjelesnu težinu. Za procjenu stanja uhranjenosti služi BMI. Preporuke granica BMI kategorizacije nalaze se u prilogu 3. Pacijenti su skloni rizičnim ponašanjima kao što je izazivanje prometne nesreće ili kretanje po opasnim mjestima, prilikom kojih može doći do ozlijeda. Do ozlijeda može doći i u zdravstvenoj ustanovi, a ako do ozlijede dođe ispunjava se izvješće o incidentu (primjer izvješća o incidentu, nalazi se u prilogu 2).

Budući da kod depresivnih pacijenata postoji rizik za suicid, medicinska sestra bi trebala biti izrazito oprezna i znati prepoznati naglo poboljšanje, što može ukazivati na odluku o suicidu. Pacijenti najčešće počine suicid u ranim jutarnjim satima. Prilikom razgovora, potrebno je dati pacijentu smisao za svaki novi dan, te pokazati razumjevanje, strpljenje i zaštititi ga od samoubilačkih poriva. Na svaku promjenu ponašanja, verbalizaciju suicidalnosti, rano buđenje ili poteškoće sa spavanjem, potrebno je obratiti posebnu pozornost.

5.2. Manija

Kod maničnog poremećaja raspoloženja, raspoloženje može biti karakterizirano smijehom, igrom riječi i neprekidnom pričom. Najveći problemi s područja zdravstvene njege su ti što se manični pacijenti opiru liječenju i što ne prihvataju svoje zdravstveno stanje. Pacijent smatra da je on zapravo dobro, smatra da može promijeniti cijeli svijet i smatra da zapravo njemu pomoć uopće nije potrebna. Raspoloženje može biti jako promjenljivo i ako se javi i minimalna negativna stvar iz okoline mogu postati izrazito ljuti i agresivni. Manični bolesnici su uglavnom hiperaktivni, nemirni, bučni, te bi medicinska sestra trebala pronaći način kako da smanji njihovu aktivnost. Od aktivnosti u koje se pacijent može uključiti su radna terapija ili neki oblik fizičke aktivnosti koje pacijent s obzirom na svoje stanje može napraviti. Ako se kod pacijenta javlja neurednost potrebno ih

je usmjeriti na brigu o svojim stvarima, vođenju vlastite higijene, spremanju kreveta, slaganju stvari na noćnom ormariću. Žene koje boluju od maničnoga poremećaja vole se ekstravagantno oblačiti i šminkati onako kako ne priliči (smatraju da je tako najbolje i ne vide da su pretjerano dotjerane). Neki bolesnici mogu naglo otputovati, promijeniti stil života, prekinuti vezu sa obitelji, neki se mogu uključiti u znanstvene aktivnosti, dok neki mogu imati samoubilačke misli ili postati nasrtljivi. [3]

Glavni simptomi koji karakteriziraju maniju su povišeno raspoloženje, povećanje energije i aktivnosti. Kod ovih bolesnika se javljaju gradiozne ideje, te misle da imaju ogromnu moć. Kod ovih pacijenata javlja se smanjena potreba za spavanjem, jer su nemirni i nemaju potrebu za spavanjem. Budući da manični pacijenti zanemaruju potrebu za spavanjem, bitno je voditi evidenciju koliko i kako je pacijent spavao. Noću je potrebno osigurati mir i red na odjelu kako bi mogli zaspati.

Jedna od slika bolesti koji se može javiti kod maničnih pacijenata je pojava interpersonalnih sukoba, koji mogu dovesti do paranoidnih obrada realiteta. Kod pojave ove faze jako je bitno da pacijent ostane na bolničkom liječenju, da mu liječnik ordinira antipsihotike, te da se provede edukacija pacijenta i obitelji. Manične epizode obično počinju naglo, traju u prosjeku između dva tjedna i četiri do pet mjeseci, iako najčešće traju oko tri mjeseca. [12]

Manično razmišljanje može biti pozitivno, optimistično i ekspanzivno. Osobe su uglavnom nekritične, često su preslobodni, imaju drugačije moralne, emocionalne i vjerske kriterije. Javljaju se poremećene prosudbe i testiranje realiteta, iako iskustvene intelektualne funkcije nisu poremećene, ali su pogoršane brzinom misaonog tijeka, te samom promjenom kritičnosti i smanjenjem moralno etičkih kriterija koji mogu biti suprotne željama i trenutnom raspoloženju bolesnika. Budući da nema stabilnosti kod predominirajućeg pozitivnog raspoloženja u maniji, pojava plača i razdražljivosti nisu rijetka pojava. Ako dolazi do povišenog i izmjenjivoga raspoloženja simptomi mogu biti toliko izraženi da mnogi pacijenti doživljavaju intenzivnu nervozu, rastresenost, skakanje s teme na temu, što ponekad osjećaju kao „loše osjećanje“. Ako im se proturječi mogu postati razdražljivi i hostilni, bez obzira što se kod njih i inače javlja povišeno raspoloženje. [13]

Pacijent koji se nalazi u maničnoj fazi može biti izrazito nametljiv prema osoblju i ostalim pacijentima, te iz tog razloga može doći do sukoba između pacijenata, koji bi se trebali rješavati na grupnim terapijama. Ako dođe do takvih situacija, sestra treba razumjeti pacijenta, te se ponašati profesionalno i kontrolirati svoje ponašanje. Treba ostati smiren i znati kako riješiti nastali problem. Kod maničnih pacijenata moguća je i pojačana pojava libida, prilikom kojega treba obratiti pažnju na pacijente suprotnog spola, posebice ako su uključeni u iste terapijske skupine. Prilikom hranjenja potrebno je obratiti pažnju da li pacijent pojede obrok koji je u tom trenutku dobio. Potrebno je voditi računa o prehrani zbog toga što pacijenti zbog svoje pretjerane aktivnosti zanemaruju potrebu za jelom, također kod nekih pacijenata postoji mogućnost povećanja apetita.

6. Sestrinska skrb za osobe s poremećajima raspoloženja

Medicinska sestra koja radi na psihijatrijskom odjelu treba poznavati psihijatrijske bolesti, život, psihopatološka zbivanja kod psihijatrijskih pacijenata, imati znanja o komunikaciji s pacijentima, poznavati ljudsko ponašanje, sposobnost prilagodbe na različite situacije i funkcije, poznavati sestrinske postupke koji se primjenjuju u psihijatriji, te bi trebala poznavati biološke i socijalno psihološke utjecaje na određenu osobu. Medicinska sestra treba biti empatična, odnosno treba znati kako razumjeti bolesnika i njegovo ponašanje. [3, 4]

Rad sestre na psihijatrijskom odjelu se razlikuje od rada na drugim odjelima. Sestra koja radi na takvom odjelu brine o tjelesnom, i o njihovom duševnom zdravlju i emocionalnom stanju psihijatrijskih bolesnika. Budući da je medicinska sestra zdravstveni djelatnik, koji provodi najviše vremena s pacijentom, ona među prvima uočava promjene raspoloženja, te o svojim zapažanjima treba obavjestiti ostali zdravstveni tim koji sudjeluje u procesu liječenju pacijenta. [3]

Prilikom rada s pacijentima, treba se oslanjati na sve njegove potencijale, na njegove jake, a ne slabe strane. Važno je pacijenta uključivati u sve razine skrbi. Ako želimo postići pozitivan ishod njege, trebali bi se držati procesa sestrinske skrbi, koji govori o poštivanje individualnosti kod svakoga pacijenta, te pravo na donošenje odluka s područja zdravstvene njege. S pacijentom moramo graditi odnos partnerstva i povjerenja. [3,7]

Najvažnije načelo u radu je holistički pristup prilikom kojeg se pacijenta promatra kao cjelovito biće uzimajući u obzir njegove osnovne ljudske potrebe, biološku cjelovitost, te socijalno i kulturalno okruženje. Sestra sa svojom verbalnom i neverbalnom komunikacijom te načinom na koji provodi pojedine postupke, iskazuje poštovanje prema korisniku te čuva čast i dostojanstvo pojedinca, njegove obitelji i njegova šireg okruženja. Važno je da sestra pokaže zainteresiranost i razumjevanje za pacijentove probleme prilikom kojih će pacijent stvoriti osjećaj sigurnosti, te će lakše izraziti svoje misli, stavove i očekivanja. Partnerski odnos bi trebali graditi svi suradnici koji sudjeluju u procesu skrbi za korisnika. Jednak pristup u liječenju jamči načelo jednakosti i pravednosti, gdje bi svi pacijenti bez obzira na spol, dob, godine, vrstu bolesti ili nacionalnu pripadnost trebali imati jednaki pristup i kvalitetnu uslugu. [14]

6.1. Sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije

U američkoj literaturi se proces zdravstvene njege počeo koristiti još pedesetih godina prošlog stoljeća, dok se u Hrvatskoj taj pojam počeo javljati tek oko 1980. godine. Proces zdravstvene njege označava pojam tijekom kojeg otkrivamo i rješavamo probleme iz područja zdravstvene njege. Sestrinska dijagnoza je aktualan ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati (M. Gordon 1982.). Sestra prikuplja podatke koristeći intervju, promatranje, mjerenje i analizu dokumentacije (primjer sestrinske anamneze psihijatrijskog bolesnika nalazi se u prilogu 1). [15]

U radu s pacijentima s poremećajima raspoloženja medicinska sestra ovisno o anamnestičkim podacima i stanju pacijenta, može formulirati slijedeće sestrinske dijagnoze:

- visok rizik za pad,
- neupućenost u/s sa zdravstvenim stanjem,
- umor,
- žalovanje,
- visok rizik za suicid,
- socijalna izolacija,
- pothranjenost,
- pretilost,
- nesanica,
- visok rizik za ozljede,
- smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje/dotjerivanje.

VISOK RIZIK ZA PAD

Definicija:

- stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o dobi pacijenta,

- prikupiti podatke o pokretljivosti,
- prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent uzima,
- procijeniti rizik za pad – Morseova skala

Ciljevi:

- pacijent tijekom boravka u bolnici neće pasti,
- pacijent će se pridržavati sigurnosnih mjera za sprječavanje pada.

Intervencije:

- uputiti pacijenta u postojanje rizika za pad,
- staviti zvono na dohvata ruke,
- ukloniti prepreke iz pacijentove okoline,
- evidentirati sve postupke,
- dokumentirati i prijaviti spriječeni incident,
- upaliti orijentacijsko svjetlo po noći. [16]

NEUPUĆENOST U/S ZDRAVSTVENIM STANJEM

Definicija:

- označava nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o dobi pacijenta,
- procijeniti razinu znanja pacijenta,
- prikupiti podatke o kognitivno - perceptivnim funkcijama,
- procijeniti pacijentovu motivaciju za savladavanjem znanja i vještina.

Ciljevi:

- pacijent će verbalizirati specifična znanja,
- pacijent će demonstrirati specifične vještine,
- obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentu.

Intervencije:

- poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina,
- prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima,
- podučiti pacijenta specifičnom znanju,
- poticati pacijenta i obitelj da postavljaju pitanja,
- poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje,
- osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog,
- pohvaliti bolesnika za usvojena znanja. [16]

UMOR**Definicija:**

- osjećaj iscrpljenosti i smanjene sposobnosti za fizički i mentalni rad.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o odmoru i spavanju,
- prikupiti podatke o prehrani,
- prikupiti podatke o uzroku umora,
- prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama,
- prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent uzima,
- procijeniti emocionalno i mentalno stanje.

Ciljevi:

- pacijent će prepoznati uzroke umora,
- pacijent će znati postaviti prioritete dnevnih aktivnosti,
- pacijent neće osjećati umor.

Intervencije:

- izraditi s pacijentom plan dnevnih aktivnosti,
- mijenjati dnevni plan aktivnosti i odmora sukladno pojavi umora, te stanju pacijenta,
- osigurati neometani odmor i spavanje,
- osigurati mirnu okolinu bez buke,

- provoditi umjerenu tjelovježbu,
- prilagoditi broj posjeta pacijentu,
- smanjiti razinu napetosti i stresa kod pacijenta,
- ukloniti činitelje koji imaju utjecaj na pojavu umora,
- izraditi plan prehrane,
- educirati pacijenta o činiteljima nastanka umora,
- educirati pacijenta o potrebni promjena životnog stila. [16]

ŽALOVANJE

Definicija:

- emocionalno stanje koje se pojavljuje kod pojedinca, kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o emocionalnom stanju pacijenta,
- procijeniti fazu žalovanja,
- prikupiti podatke o prijašnjim žalovanjima,
- procijeniti odnose s drugima,
- prikupiti podatke o metodama sučeljavanja sa žalovanjem.

Ciljevi:

- pacijent će izraziti svoje osjećaje,
- pacijent će razviti adekvatne mehanizme suočavanja s gubitkom.

Intervencije:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos s pacijentom,
- potaknuti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje,
- pružiti podršku pacijentu,
- savjetovati pacijentu uključivanje u grupe za podršku,
- omogućiti česte posjete pacijentu,
- potaknuti bližnje da sudjeluju u skrbi za pacijenta,
- omogućiti psihijatrijsku skrb,

- omogućiti psihološku podršku. [16]

VISOK RIZIK ZA SUICID

Definicija:

- suicid ili samoubojstvo označava oduzimanje ili pokušaj oduzimanja vlastitoga života.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o trenutnome stanju pacijenta,
- prikupiti podatke o drugim bolestima,
- prikupiti podatke o obiteljskoj potpori,
- prikupiti podatke o upotrebi lijekova.

Cilj:

- pacijent neće počinuti suicid ili će biti spriječen da ga počini.

Intervencije:

- konstantan nadzor,
- ukloniti oštre i metalne predmete, poveske,
- biti uz pacijenta,
- razgovarati sa pacijentom,
- ponuditi psihološku pomoć. [17]

SOCIJALNA IZOLACIJA

Definicija:

- stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanošću s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama,

- prikupiti podatke o obiteljskom i bračnom statusu,
- prikupiti podatke o psihosocijalnim odnosima,
- prikupiti podatke o kognitivnim sposobnostima,
- prikupiti podatke o postojanju stresa,
- prikupiti podatke o promjenama u životu.

Ciljevi:

- pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti,
- pacijent će razviti suradljiv odnos,
- pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima,
- pacijent će tijekom hospitalizacije aktivno provoditi vrijeme sa ostalim pacijentima.

Intervencije:

- provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom,
- poticati pacijenta na izražavanje emocija,
- poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima,
- ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak,
- osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba,
- osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima,
- upoznati ga sa suportivnim grupama,
- uključiti pacijenta u grupnu i radno okupacionu terapiju. [16]

POTHRANJENOST

Definicija:

- stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutritijenata.

Prikupljanje podataka:

- procijeniti BMI,
- prikupiti podatke o upotrebi lijekova,
- prikupiti podatke o tjelesnoj težini,
- prikupiti podatke o obiteljskoj potpori,

- prikupiti podatke o vrijednostima laboratorijskih nalaza.

Ciljevi:

- pacijent neće dalje gubiti na težini,
- pacijent će postupno dobivati na težini,
- pacijent će prihvatiti predloženu promjenu životnog stila,
- pacijent će pokazati interes za uzimanjem hrane,
- pacijent će zadovoljiti nutritivne potrebe,
- pacijent će prepoznati čimbenike koji pridonose pothranjenosti.

Intervencije:

- vagati pacijenta poslije svakog obroka,
- vagati pacijenta i do nekoliko puta tjedno,
- objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti u suradnji sa nutricionistom,
- izraditi plan prehrane,
- nadzirati unos i iznos tekućina,
- poticati na konzumiranje manjih, a češćih obroka,
- osigurati dovoljno vremena za obrok,
- dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka,
- poticati ga da vodi dnevnik prehrane,
- pomoći pacijentu pri konzumiranju hrane ukoliko je samozbrinjavanje (hranjenje) ograničeno. [16]

PRETILOST**Definicija:**

- stanje povišene tjelesne težine zbog prekomjernog unosa organizmu potrebnih nutrijenata.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o prehrambenim navikama,
- procijeniti BMI,

- prikupiti podatke o bolestima i stanjima,
- prikupiti podatke o tjelesnoj aktivnosti,
- prikupiti podatke o samopercepciji tijela (izgled),
- prikupiti podatke o obiteljskoj potpori,
- prikupiti podatke o interesima i životnom stilu.

Ciljevi:

- pacijent neće dobivati na tjelesnoj težini,
- pacijent će postupno gubiti na tjelesnoj težini,
- pacijent će razumjeti uzroke problema i načine na koje mu se pomaže,
- pacijent će pokazati interes za manji i kvalitetniji unos hrane,
- pacijent će zadovoljiti energetske unos hrane prema stvarnoj potrebi,
- pacijent će provoditi propisanu tjelesnu aktivnost u skladu sa svojim mogućnostima.

Intervencije:

- vagati pacijenta i do nekoliko puta tjedno,
- objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti u suradnji sa nutricionistom,
- izraditi plan prehrane,
- izraditi dnevni plan tjelesnih aktivnosti,
- poticati ga da vodi dnevnik prehrane i tjelesnih aktivnosti,
- savjetovati pacijenta da žvače polako,
- podučiti pacijenta da izbjegava napitke sa šećerom,
- dati pacijentu pisane upute o pravilnoj prehrani,
- provoditi edukaciju pravilne prehrane,
- poticati pacijenta u izradi jelovnika. [16]

NESANICA

Definicija:

- označava stanje kod kojeg dolazi do nedovoljnog spavanja i kod kojega se javlja nekvalitetan san, često buđenje i teško uspavlivanje.

Prikupljanje podataka:

- prikupljanje podataka o obiteljskim odnosima,
- prikupljanje podataka o uzrocima nesаницe,
- prikupiti podatke o drugim medicinskim dijagnozama,

Cilj:

- pacijent će spavati tijekom cijele noći.

Intervencije:

- osigurati udoban krevet,
- osigurati povoljne mikroklimatske uvjete u prostoriji,
- osigurati mrak, tišinu,
- ponuditi psihološku pomoć,
- po potrebi dati pacijentu tablete da lakše zaspi. [17]

VISOK RIZIK ZA OZLJEDE**Definicija:**

- jest prijeteća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o vidu,
- prikupiti podatke o sluhu,
- procijeniti stanje svijesti (orijentiranost, smetenost, nemir..),
- prikupiti podatke o korištenju lijekova,
- procijeniti postojanje opasnosti u okolini pacijenta,
- prikupiti podatke o životnim aktivnostima,
- prikupiti podatke o kvaliteti osjeta (hladno/toplo).

Ciljevi:

- pacijent će znati prepoznati faktore koji povećavaju rizik za ozljede,
- pacijent će znati koristiti sigurnosne mjere za sprečavanje ozljeda,
- pacijent će odabrane preventivne mjere za sprečavanje ozljeda demonstrirati.

Intervencije:

- upoznati pacijenta s nepoznatom okolinom,
- objasniti pacijentu sustav za poziv u pomoć te procijeniti sposobnost pacijenta da ga koristi,
- osigurati uporabu noćnog svjetla,
- objasniti pacijentu nuspojave lijekova koji utječu na budnost, vrtoglavicu,
- bolesnički krevet spustiti na optimalnu razinu,
- omogućiti optimalno osvjetljenje u bolesničkoj sobi,
- preporučiti prikladnu obuću i adekvatna pomagala s gumenim podlogama,
- pratiti pacijentovu opću kondiciju, mišićnu snagu i sposobnost obavljanja dnevnih aktivnosti,
- ukloniti iz prostora u kojem pacijent boravi sve nepotrebne stvari,
- rasporediti namještaj tako da ne smeta pacijentu,
- procijeniti činitelje u okolini koji utječu na pacijentovo kretanje i s ukućanima napraviti plan potrebnih promjena,
- ozljede dokumentirati u sestrinsku dokumentaciju,
- držati vrata otvorena osim za vrijeme trajanja izolacije,
- učiniti okolinu sigurnom,
- nadzirati pacijenta kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika. [18]

SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – OBLAČENJE/DOTJERIVANJE**Definicija:**

- stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

Prikupljanje podataka:

- procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta,

- procijeniti mogućnost oblačenja ili skidanja odjeće,
- procijeniti uporabu pomagala pri oblačenju/dotjerivanju.

Ciljevi:

- pacijent će biti primjereno obučen/dotjeran, biti će zadovoljan postignutim,
- pacijent će tražiti pomoć,
- pacijent će povećati stupanj samostalnosti,
- pacijent će prihvatiti pomoć druge osobe,
- pacijent će razumjeti uzroke koji su doveli do problema i načine pomoći.

Intervencije:

- definirati situacije kada pacijent treba pomoć,
- osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje,
- napraviti plan izvođenja aktivnosti,
- pomoći pacijentu odijenu potrebnu odjeću,
- odjeću složiti po redoslijedu oblačenja,
- poticati pozitivan stav i želju za napredovanjem,
- osigurati privatnost,
- osigurati sigurnu okolinu: suhi podovi, zidni držači, dobro osvijetljenje, papuče koje se ne kližu. [18]

7. Liječenje poremećaja raspoloženja

Prilikom liječenja koriste se antidepresivi, antipsihotici ili stabilizatori raspoloženja. Postoji nekoliko skupina lijekova koji se mogu razlikovati po farmakološkim djelovanjima:

- selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina,
 - selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina,
 - inhibitori monoaminoooksidaze,
 - antidepresivi – trazodon, maprotilin, mianserin, tianeptin,
 - triciklički antidepresivi – imipramin, klomipramin i amitriptilin,
 - stabilizatori raspoloženja – kod davanja litija bitno je sermuskim odrediti natrij, kalij te kreatinin, funkciju štitnjače, EKG, KKS te kod žena napraviti test na trudnoću.
- [4]

Bitno je donijeti odluku gdje će se liječenje provoditi. U obzir treba uzeti faktore koji povećavaju suicidalnost, sposobnost pacijenta da održava brigu o sebi (kao što je hranjenje, eliminacija, kupanje, odijevanje), te potrebe za dijagnostičkim postupcima. Važno je procijeniti koliki je rizik za suicid, jer pacijenti mnogo puta neće reći direktno da ga pokušavaju napraviti. Važno je uključiti i obitelj, a ako obitelj ne surađuje, preporuka je da se pacijent hospitalizira. Blaži se oblici depresije liječe ambulantno, dok manične bolesnike treba hospitalizirati. Farmakološka i psihološka terapija daju najbolje rezultate, te je važno naglasiti pacijentu i obitelji da terapija nema trenutni učinak, nego da bi terapiju trebalo uzimati dva do šest tjedana, kako bi lijek/lijekovi počeli djelovati. Pacijenta treba trajno pratiti i pri tome analizirati postignute rezultate. Ukoliko nije došlo do željenih rezultata, potrebno je mijenjati pristup i terapiju. Svaki lijek ima prednosti i mane. Vrlo je važno poznavati simptome koji se mogu pojaviti kod primjene stabilizatora raspoloženja, antipsihotika ili antidepresiva, a neke od nuspojava su: iritacija želuca, tremor, pojava dijareje ili zatvora, zamućen vid, retencija urina, ortostatska hipotenzija, suhoća usta, nemir, nesanica, umor, konvulzije, hipotenzija, vrtoglavica, bolovi u mišićima i zglobovima, poteškoće sa disanjem.

7.1. Psihoterapijske metode liječenja poremećaja raspoloženja

Prilikom liječenja poremećaja raspoloženja, može se kombinirati medikamentozna i psihoterapijska metoda liječenja. Najčešće psihoterapijske tehnike koje se koriste su:

- KOGNITIVNA TERAPIJSKA TEHNIKA – koristi se kod pacijenata kojima je potrebna motivacija za uzimanje propisanih lijekova,
- BIHEVIORALNA TERAPIJA – koristi se kod pacijenata kod kojih je potrebno ispraviti neželjeno ponašanje,
- INTERPERSONALNA TERAPIJA – koristi se kod blagih oblika depresije,
- OBITELJSKA TERAPIJA – koristi se kod narušenih odnosa u obitelji. Kod ove vrste terapije pacijent i njegova obitelj će naučiti kako savladati sram i ljutnju,
- GRUPNA TERAPIJSKA TEHNIKA – koristi se kod narušenih međuljudskih odnosa,
- PSIHODINAMSKI ORIJENTIRANA PSIHOTERAPIJA - koristi se kod razumijevanja nesvjesnih konflikata i motiva koji su mogli potaknuti depresiju,
- SUPORTIVNA PSIHOTERAPIJA – koristi se kao emocionalna potpora pacijentu.

[4]

8. Komplikacije poremećaja raspoloženja

Jedna komplikacija koja se može javiti kod poremećaja raspoloženja su socijalne poteškoće. Ako pacijent koji se nalazi u maničnoj epizodi ne prihvaća svoju bolest, može doći do diletantizma, bankrota, uništenih karijera i ponavljanih brakoloma. Poremećaji raspoloženja mogu dovesti do poremećaja odnosa u obitelji. Bitno je rano prepoznavanje, kao i cjelovit pristup (psihoterapijski, socioterapijski i farmakoterapijski), koji mogu smanjiti navedene komplikacije. Kod pacijenata se često javlja sekundarni alkoholizam i zloraba sedativa/hipnotika, koji se teško prepoznaju i neliječe na pravi način. [4]

Od tjelesnih komplikacija kod neliječenih pacijenata sa depresijom mogu se javiti: povećani rizik za krvožilne bolesti (kao što je srčani ili moždani udar), dijabetes i neke sistemske bolesti. [5]

Suicidalnost se može definirati kao dobrovoljno i namjerno oduzimanje vlastitoga života. Oko 15% oboljelih osoba počinu suicid ako se ne liječe adekvatno. Pacijenti najčešće pokušaju suicid četiri do pet godina nakon što se pojavila prva klinička epizoda. Do oporavka dolazi, kada se psihomotorička aktivnost vrati na normalu, a ako je raspoloženje još tamno, drži se da je to glavno razdoblje za pojavu rizika od suicida. Ona najčešće uključuje želju za mirom, misli o suicidu, te naposljetku i počinjenje samoubojstva. Najčešći motivi za pacijenta su: želja da osjećaju smirenost, traže poziv u pomoć upućen drugim ljudima, uvrijeđenost, oslobađanje osjećaja krivnje, spasenje, prisilno psihotičan poticaj. [4, 6]

Kod 80 % osoba sa depresivnim poremećajem se javlja suicidalnost, te ponavljajuća razmišljanja o smrti, ponavljajuće samoubilačke ideje ili pokušaj samoubojstva. Kod osoba sa slabije izraženim samoubilačkim simptomima takva se razmišljanja pojavljuju prolazno ili ponavljajuće (oko dva puta na tjedan). Kod pacijenata koji imaju jače izražene samoubilačke ideje dolazi do toga da oni sami mogu nabavljati predmete, koje će upotrijebiti prilikom izvršenja samoubojstva. Također, oni sami mogu odrediti mjesto i vrijeme kada će biti bez prisutnosti drugih ljudi tako da mogu izvršiti samoubojstvo. Statistika navodi da je suicidalnost povezana sa depresijom, no istraživanja su pokazala da nije uvijek moguće predvidjeti hoće li i kada depresivna osoba izvršiti samoubojstvo. Moguća je pojava tzv. samoubojstva nakon bilance kada pacijenti smatraju da su

neizlječivo bolesni i strahuju da će doći do ponavljanja depresivne epizode. Kod psihotičnih depresivnih epizoda sumanute ideje mogu biti praćene samokažnjavanjem i samoubilačkim činom. Imperativne halucinacije u psihotičnim depresijama također mogu imati suicidalni sadržaj. Ako se uz depresiju javlja alkoholizam, rizik za samoubojstvo je povećano. Kod muškaraca depresija često zna biti maskirana alkoholizmom i agresivnošću. Alkoholizam se dvostruko češće javlja kod muškaraca, dok žene dvostruko češće pokušaju počinuti samoubojstvo, a muškarci ga dvostruko češće i izvršavaju. Poremećeni obiteljski i bračni odnosi mogu doprinjeti većoj vjerojatnosti za samoubilačko ponašanje kod pacijenta. [3]

Preventivne aktivnosti imaju za cilj razvijanje životnih i razvojnih uvjeta koji će pokušati eliminirati mogućnosti za stvaranje rizičnih situacija i grupa. Ako se pravovremeno prepoznaju i liječe osobe sa povećanim rizikom za suicidalno ponašanje, mogu se prevenirati tragične posljedice, koje mogu imati značajan utjecaj na obitelj suicidalnih bolesnika. Važno je sa pacijentom stvoriti ugovor koji će obavezati pacijenta na neizvršavanje suicida. No, međutim ako se oslanjaju samo na ugovor može doći do smanjene pažnje zdravstvenih djelatnika, pa se tako promjene u bolesnikovom ponašanju koje ukazuju na suicidalnost, ne uoče pravovremeno. Ako se bolesnik ne pridržava ili se nije voljan pridržavati ugovora, potrebno je ponovno procijeniti bolesnikovu razinu suicidalnog ponašanja. Ne preporučuje se ugovore primjenjivati na na intenzivnim odjelima, kod agitiranih, psihotičnih i impulzivnih bolesnika, ili kada je bolesnik pod utjecajem intoksicirajućeg sredstva. U preventivne postupke spadaju adekvatno i pravodobno prepoznavanje psihijatrijskih bolesti, komorbiditeta bilo da se radi o psihijatrijskom ili tjelesnom, kao i pojavnost suicidalnog ponašanja kod bolesnika, te primjena odgovarajućih farmakoloških, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka. [19]

9. Zaključak

U navedenom radu opisani su poremećaji raspoloženja. Poremećaji raspoloženja djele se na depresiju i maniju. Svrha i cilj ovoga rada bilo je razjasniti poremećaje raspoloženja, njihovu pojavnost u današnje vrijeme, te liječenje i pristup medicinske sestre tim pacijentima. Poremećaji raspoloženja prepoznaju se puno bolje, nego što se to prepoznavalo u prijašnjim vremenima. Do boljeg prepoznavanja dolazi zbog sve bolje dijagnostike i primjećivanja simptoma. Također u današnje vrijeme pacijenti se puno češće javljaju liječniku, nego što je to bilo u prijašnjim vremenima. Kako je bolest teška za pacijenta, tako je isto teška za pacijentovu obitelj. Bitno je naučiti populaciju o poremećajima raspoloženja, da sami prepoznaju simptome kod sebe ili kod nekoga od članova obitelji, prijatelja, poznanika kako bi pravodobno reagirali i uputili ga/ju na liječenje. Kod ordiniranja terapije, svakom pacijentu treba pristupiti individualno, te u skladu sa njegovim stanjem ordinirati terapiju. Bez pacijetovog i obiteljskog truda nema izlječenja, jer ako sam pacijent i njegova obitelj to ne žele, velikoga pomaka ka izlječenju neće biti.

Budući da je medicinska sestra zdravstveni djelatnik koji provodi najviše vremena s pacijentom, trebala bi imati znanja i vještine, kako bi mogla skrbiti za pacijente, jer ona ne brine samo o pacijentovom tjelesnom, nego i o njegovom duševnom stanju. Osnovno načelo sestrinske skrbi je holistički pristup, što znači da svakom pacijentu moramo pristupiti individualno. Zadatak medicinskih sestara je pomoć bolesnicima s poremećajima raspoloženja, jer kad se izliječe trud i rad s njima se isplatio.

U Varaždinu,

10. Literatura

- [1] <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/9160/Poremecaji-raspolozjenja-u-DSM-5.html>
dostupno 2.6.2017
- [2] <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/12380/Poremecaji-raspolozjenja-uvod-epidemiologija-etilogija.html> dostupno 2.6.2017.
- [3] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007.
- [4] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [5] P. Filaković i suradnici, Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek
- [6] M. Hautzinger, Depresija – modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje, Naklada slap, 2002
- [7] M. Božičević, Z. Bradaš, Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika, Zbornik radova, HUMS, 2011.
- [8] N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, G. Makarić, (2004). Suвременa klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. *Medicus*, 13(1_Depresija), str. 19-29.
- [9] https://bib.irb.hr/datoteka/505847.MEDIX_Supplement_1.pdf , dostupno dana 20.6.2017.
- [10] http://moodle.vz.unin.hr/moodle/file.php/290/POREMECAJI_RASPOLOZENJA.pdf,
dostupno 2.6.2017
- [11] <http://www.psihijatrija.hr/novosti/literatura.htm>, dostupno 2.6.2017.
- [12] Lj. Hutojac i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2006.
- [13] Lj. Hutojac, M. Rojnić Kuzman, Liječenje akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX br. 77, Supplement 1, lipanj 2008., str. 26-30
- [14] Z. Mojsović i sur. Sestrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2005
- [15] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb 1995.
- [16] http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf
dostupno 2.6.2017.
- [17] <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fo9WW0pYiNEJ:www.psihijatrija.com/MATURANTI/PPT%2520PREDAVANJA/Br%25204.ppt+&cd=1&hl=hr&ct=clnk&gl=hr> dostupno 2.6.2017.

- [18] http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
dostupno 2.6.2017.
- [19] D. Kozarić-Kovačić, T. Jendričko, (2004). Suicidalnost i depresija. Medicus, 13(1_Depresija), str. 77-87.

Popis slika

Slika 4.1 Hamiltonova ljestivca za depresiju (HAM-D-17)..... 9

Izvor: N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, G. Makarić, 2004. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. Medicus, 13(1_Depresija), 19-29.

Slika 4.2 HCL32-R1 upitnik..... 13

Izvor: https://bib.irb.hr/datoteka/505847.MEDIX_Supplement_1.pdf

Prilozi

Prilog 1. Sestrinska anamneza psihijatrijskog bolesnika [3]

SESTRINSKA ANAMNEZA PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA	
1. OPĆI PODATCI	Po potrebi obavijestiti
Ime i prezime	Ime i prezime
Spol M Ž Datum rođenja	Srodstvo s bolesnikom
Stalno prebivalište	Prebivalište
Telefon	Telefon
Zanimanje	
Zaposlen	
Datum prijema	Sat
Tjelesne bolesti	
Razlog prijema	
<input type="checkbox"/> prijem planiran i hitan	
<input type="checkbox"/> premješten iz	
<input type="checkbox"/> upu[en] iz	Sa sobom donesen lijek: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, koji?
Prethodna hospitalizacija	Dosadašnja medikamentozna th.....
Kad?	
Gdje?	Alergije
Pomagala koja bolesnik ima sa sobom:	<input type="checkbox"/> naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> zubna proteza
	<input type="checkbox"/> štike <input type="checkbox"/> inv.kolica <input type="checkbox"/> drugo
Novac i dragocjenosti: <input type="checkbox"/> kod bolesnika	<input type="checkbox"/> pothranjeno u sef <input type="checkbox"/> preuzela rodbina/tko?
Garderoba:	Popis:
Bolesnik upoznat s odjelom i kućnim redom/tko ga je upoznao?	
Posebne želje glede izražavanja vjerskih potreba	
Posebne želje glede posjete	
2. OCJENA TRENUTNOG STANJA	
Prehrana/poremećaj prehrane/dijeta	
Način	konzistencija hrane
Tek: <input type="checkbox"/> dobar <input type="checkbox"/> slab <input type="checkbox"/> pretjeran	
Pri hranjenju je: <input type="checkbox"/> samostalan <input type="checkbox"/> treba pomoć <input type="checkbox"/> ovisan <input type="checkbox"/> treba poticaj <input type="checkbox"/> odbija hranu	
Osnovna higijena: koža	zubalo
lice i vlasište	usna šupljina
nokti	
Pri odijevanju: A samostalan B treba pomoć C ovisan D treba poticaj	
<input type="checkbox"/> u krevetu <input type="checkbox"/> u kupaonici	
Stolica: <input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> teškoće pri defekaciji	
<input type="checkbox"/> zadnja defekacija	
Pri defekaciji <input type="checkbox"/> samostalan <input type="checkbox"/> treba pomoć <input type="checkbox"/> ovisan	

Mokrenje: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> teškoće pri mokrenju..... <input type="checkbox"/> zadnje mokrenje.....		
Pri mokrenju <input type="checkbox"/> samostalan <input type="checkbox"/> treba pomoć <input type="checkbox"/> ovisan		
Povraćanje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> mučnine		
koliko često		
Spavanje: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> odstupanja.....		
Pokretljivost: A samostalan B treba pomoć C ovisan pri: <input type="checkbox"/> podizanju iz kreveta <input type="checkbox"/> ustajanju/hodanju/oblačenju <input type="checkbox"/> okretanje u krevetu		
Pomagala: <input type="checkbox"/> povijanje nogu <input type="checkbox"/> štake <input type="checkbox"/> inv.kolica		
Svijest: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja		
Govor: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja		
Vid: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja		
Sluh: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja		
Bol: /lokacija/	opis.....	
Rana: /lokacija/		
Dekubitus: <input type="checkbox"/> ne postoji <input type="checkbox"/> postoji/lokacija		
stupanj		
dosadašnja njega.....		
Kašalj: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, vrsta.....	sputum: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	
Koža i suznica: /promjene/		
Psihičko stanje:		
<input type="checkbox"/> depresivno stanje	<input type="checkbox"/> manično stanje	<input type="checkbox"/> smetnje sjećanja
<input type="checkbox"/> bezvoljnost	<input type="checkbox"/> uznemireno stanje	<input type="checkbox"/> hiperaktivnost
<input type="checkbox"/> apatija	<input type="checkbox"/> razdražljivost	<input type="checkbox"/> emocionalna labilnost
<input type="checkbox"/> plač	<input type="checkbox"/> bijes	<input type="checkbox"/> bijeg misli
<input type="checkbox"/> strah	<input type="checkbox"/> misaona nepovezanost	<input type="checkbox"/> delirantno stanje
Komuniciranje: <input type="checkbox"/> normalno	<input type="checkbox"/> nesposoban	<input type="checkbox"/> otežano
Pod utjecajem je A alkohola B tableta C droga <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> moguće		
Zamišljenost: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> moguće su, koje		
Halucinacije: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> moguće su, koje.....		
Agresivnost		
Suicidalnost		
Odnos do hospitalizacije.....		
Drugo		
3. SESTRINSKA ANAMNEZA / USTANOVLJAVANJE BOLESNIKOVIH NAVIKA/		
Prehrana: <input type="checkbox"/> doručak <input type="checkbox"/> ručak <input type="checkbox"/> večera <input type="checkbox"/> užina		
Količina hrane.....		
Vrsta hrane: <input type="checkbox"/> miješana <input type="checkbox"/> vegetarijanska <input type="checkbox"/> drugo		
Stolica: koliko često.....		
Laksativi : <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> povremeno, što..... <input type="checkbox"/> redovito, što		

Mokraća: koliko često.....	količina
Menstrualni ciklus: <input type="checkbox"/> redovit <input type="checkbox"/> neredovit <input type="checkbox"/> zadnja menstruacija	
kontracepcija: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> vrsta.....	
Drugo	
Osobna higijena i vanjski izgled.....	Kretanje / fizička aktivnost
.....
.....
.....
Spavanje: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> smetnje	
Posebности	
Odnos prema sebi:	
.....	
Odnos prema drugima:	
Navike i ovisnosti: /alkohol, cigarete, tableta, droga/.....	
Provođenje slobodnog vremena: /interesi, želje/	
4. SOCIJALNA ANAMNEZA	
Obitelj	
Životno okruženje / šira okolica/	
Odnosi u obitelji	<input type="checkbox"/> vrlo dobri <input type="checkbox"/> dobri <input type="checkbox"/> slabi
Ekonomsko stanje	<input type="checkbox"/> dobro <input type="checkbox"/> srednje <input type="checkbox"/> ekonomski ugrožen
Posebno se povezati sa socijalnom službom u bolnici	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Radno mjesto i odnosi na radnom mjestu	
.....	
5. OSTALI VAŽNI PODATCI	
.....
.....
.....
.....
6. SESTRINSKE DIJAGNOZE / aktualni i očekivani problemi značajni za njegu bolesnika	
.....
.....
.....
.....
Datum uzimanja anamneze	Medicinska sestra-tehničar

Prilog 2. Izvješće o incident (spriječenom ili nastalom) [20]

USTANOVA

**IZVJEŠĆE O INCIDENTU
(SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)**

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
MJESTO INCIDENTA:		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):		<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:
Uzrok incidenta:		Vrsta incidenta:
		<input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:
Izvješće medicinske sestre		
Izvješće bolesnika		
Izvješće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu		Terapija:
		Potpis liječnika:
Odredbe i postupci medicinske sestre		
Potpis medicinske sestre.....		
OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično):		
Obavijest dostaviti: _____ _____ _____		

Potpis med. sestre..... Radno mjesto.....

Prilog 3. Indeks tjelesne mase (BMI) [16]

BMI	KLASIFIKACIJA
<20	Pothranjenost
20-25	Idealna težina
25-30	Prekomjerna tjelesna masa
>30	Pretilost

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Ana Havrlišan	MATIČNI BROJ	4768/601
DATUM	24.02.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za osobe s poremećajima raspoloženja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care for people with mood disorders		
MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv. prof. dr. sc. Goran Kozina, predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor		
	3. doc.dr.sc. Karlo Houra, član		
	4. Marijana Neuberg, mag. med. techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	862/SS/2017
OPIS	<p>Poremećaji raspoloženja su emocionalni poremećaji koji se sastoje od duljih razdoblja pretjerane tuge, veselja ili oboje. Uobičajeni, normalni afekti (tuga, bol i radost) dio su našeg svakodnevnog života i trebaju se razlikovati od patoloških stanja ili poremećaja raspoloženja. Poremećaji raspoloženja su gotovo dvostruko češći kod žena i pretpostavlja se da bi uzroci tome mogli biti u hormonskim zbivanjima, naučenoj bespomoćnosti, igranju određenih životnih uloga, porođajima itd. Uzrok nastanka afektivnih poremećaja još je nepoznat. se dovodi u vezu s biološkim i psihosocijalnim čimbenicima. Depresivni poremećaj je 1,5 do 3 puta češća među rođacima prvog reda, nego što je pojavnost istog u općoj populaciji.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">* opisati učestalost i epidemiologiju poremećaja raspoloženja* opisati etiologiju i patogenezu poremećaja raspoloženja* opisati vrste poremećaja raspoloženja* opisati liječenje poremećaja raspoloženja* opisati proces zdravstvene njege kod pacijenata s poremećajima raspoloženja* citirati literaturu

ZADATAK URUČEN

23.03.2017.



Melita Sajko



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, članaka, 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, **ANA HAVRLIŠAN** pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom **SESTRINSKA SKRB ZA OSOBE S POREMEĆAJIMA RASPOLOŽENJA** te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(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, **ANA HAVRLIŠAN** neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom **SESTRINSKA SKRB ZA OSOBE S POREMEĆAJIMA RASPOLOŽENJA** (*naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(vlastoručni potpis)