

Hitna stanja u psihijatriji

Štefanec, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:053781>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-24**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





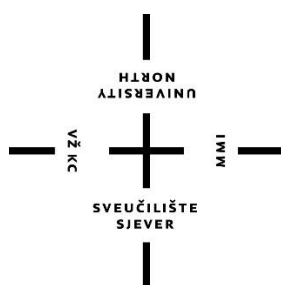
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1515/SS/2021

Hitna stanja u psihijatriji

Maja Štefanec, 2435/336

Varaždin, rujan, 2022. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br.1515/SS/2021

Hitna stanja u psihijatriji

Student

Maja Štefanec, 2435/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn.

Varaždin, rujan, 2022.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Maja Štefanec	MATIČNI BROJ	2435/336
DATUM	28.09.2021	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Hitna stanja u psihijatriji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Emergencies in psychiatry		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med,techn.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Maja Bajs Janović, predsjednik		
	2. Marija Božičević, v.pred., mentor		
	3. dr.sc. Melita Sajko, član		
	4. Valentina Vincek, pred., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1515/SS/2021
OPIS	<p>Hitna stanja u psihijatriji su stanja koja zahtijevaju brzu terapijsku intervenciju a očituju se akutnim poremećajem mišljenja, raspoloženja, ponašanja i/ili socijalnog funkcioniranja. Hitnost označava i pravodobno pružanje intervencije kako bi se spriječio prelazak u teži psihički poremećaj. Najčešća hitna stanja u psihijatriji su: suicidalnost, auto i hetero agresivnost, krizna stanja, panične atake, akutno opito stanje, delirantna stanja i nuspojave psihofarmakološkog liječenja. Kombiniranjem iskustva, znanja i kontinuiranom edukacijom medicinskih sestara poboljšava se kvaliteta zdravstvene njege i skrbi za psihijatrijskog bolesnika.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati hitna stanja u psihijatriji- opisati poremećaje kod kojih se javljaju hitna stanja- objasniti kompetencije i intervencije medicinske sestre/tehničara te specifičnosti u liječenju i zdravstvenoj njezi akutnog psihijatrijskog bolesnika- objasniti hitna stanja u izvanbolničkoj medicinskoj službi

ZADATAK URUČEN

03.11.2021.



POTPIS MENTORA

Marija Božičević

Predgovor

Zahvaljujem se svim nastavnicima na Sveučilištu Sjever na prenesenom znanju, poticanju za napredovanje te pomaganju u rješavanju svih problema s kojima sam se susrela u tijeku školovanja. Posebno se želim zahvaliti mentorici Mariji Božičević na prenesenom znanju na predavanjima i vježbama. Potaknula me da izaberem ovu temu za svoj završni rad. Zahvaljujem mentorici na velikom trudu prilikom pisanja završnog rada.

Posebno želim zahvaliti svojoj obitelji i dečku Antoniu koji su bili uz mene u tijeku cijelog školovanja te na riječima koje su me poticale kad je bilo teško.

Zahvaljujem se i kolegama na poslu koji su ustupili sa smjenama i koji su me bodrili da moram ići dalje kad sam htjela odustat.

Sažetak

Psihijatrija grana je medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba s psihijatrijskim teškoćama. Mentalno zdravlje osobe je dio općeg zdravlja te predstavlja vrlo važan resurs za pojedinca. Hitnim se stanjem smatra stanje ugroženog ili neugroženog tjelesnog zdravlja koje remeti psihosocijalnu egzistenciju i zahtijeva da se bolesniku odmah i bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć. Hitnost označava i pravodobno pružanje intervencije kako bi se spriječio prelazak u teže psihičko stanje. Hitna stanja u psihijatriji zahtijevaju veliko znanje i iskustvo iz različitih grana medicine. Specifično za mentalne poremećaje je što su nepredvidivi, opasni za same bolesnike, obitelj i okolinu. U zbrinjavanju psihijatrijskog bolesnika moraju biti zadovoljne norme i zakoni.

Sestrinstvo je profesija koja je usko vezana na rad s ljudima. Medicinska sestra važan je dio tima, aktivni član, u liječenju psihijatrijskih bolesnika. Timski rad u liječenju veoma je koristan jer svaki član tima je neizostavan i svojim znanjem i iskustvom pomaže u što kvalitetnijem i bržem zbrinjavanju bolesnika. Bolesnik uz medicinske sestre doživljava neku vrstu sigurnosti jer one svojim znanjem, iskustvom i postupcima te stalnom empatijom rješavaju većinu problema. Empatija je namjera razumjeti osjećaje i emocije, potiče ljude da pomažu jedni drugima. Medicinska sestra mora biti strpljiva, tolerantna i odgovorna te mora poštovati Etički kodeks medicinskih sestara. Ukoliko se stvori pozitivan odnos između medicinske sestre i bolesnika to uvelike pozitivno utječe na liječenje i kod bolesnika se stvara osjećaj samopoštovanja i samopouzdanja što koristi liječenju.

Hitna medicinska služba dio je medicinske zdravstvene zaštite čije je glavno obilježje izvan bolničko djelovanje s ciljem pružanja neophodne i neodgodive medicinske intervencije. Psihijatrijski bolesnici prvu intervenciju i pomoć u većini slučajeva traže od tima hitne medicinske službe. Svojim znanjem, iskustvom i kompetencijama zbrinjavaju bolesnika koji je često agresivan, agitiran, nesuradljiv.

Komunikacijske vještine jedno je od važnih dijelova koje medicinska sestra mora svladati da kod bolesnika stvori povjerenje i pozitivan stav kod bolesnika.

Ključne riječi: hitno stanje, psihijatrijski bolesnik, medicinska sestra/tehničar, medicinska intervencija, zdravstvena njega

Abstract

Psychiatry is a branch of medicine that deals with the study of mental disorders, treatment and rehabilitation of people with psychiatric difficulties. A person's mental health is part of general health and is a very important resource for an individual. An urgent condition is a state of endangered or not endangered physical health that disrupts psychosocial existence and requires that the patient be provided with immediate psychiatric care immediately and without delay. Urgency also means the timely provision of intervention to prevent the transition to a more severe mental state. Psychiatric patients requiring urgent medical intervention is one of the most demanding parts and areas of work in medicine. Emergencies in psychiatry require extensive knowledge and experience from various branches of medicine. Specific to mental disorders is that they are unpredictable, dangerous to the patients themselves, family and environment. Norms and laws must be met in the care of a psychiatric patient.

Nursing is a profession that is closely related to working with people. The nurse is an important part of the team, an active member, in the treatment of psychiatric patients. Team work in treatment is very useful because each member of the team is indispensable and with his knowledge and experience helps in the highest quality and faster care of patients. Along with the nurses, the patient experiences a kind of security because they solve most problems with their knowledge, experience and procedures, as well as constant empathy. Empathy is the intention to understand feelings and emotions, forcing people to help each other. It is important for the nurse to establish a positive attitude towards the patient without fear and prejudice. The nurse must be patient, tolerant and responsible and must respect the Code of Ethics for Nurses. It has a very positive effect on the treatment and the patient develops a sense of self-esteem and self-confidence, which benefits the treatment.

The emergency medical service is a part of medical health care whose main feature is out-of-hospital operation with the aim of providing necessary and urgent medical intervention. In most cases, psychiatric patients seek first intervention and help from the emergency medical service team. With their knowledge, experience and competencies, they take care of a patient who is often aggressive, agitated, uncooperative. Communication skill are one of the important parts that a nurse must master to create trust and a positive attitude in patients.

Key words: psychiatry, emergencies, health care, patient, nurse

Popis korištenih kratica

BAP- Bipolarni afektivni poremećaj

I.M – Intramuskularna primjena lijeka

IV- Intravenozna primjena lijeka

PER. OS- oralna primjena lijeka

PMA- Psihomotorna agitacija

S.C- subkutana primjena lijeka

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SŽS- Središnji živčani sustav

THC- tetrahidrokanabinol

Sadržaj

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Hitna stanja u psihijatriji.....	3
2.1	Klasifikacija hitnih stanja u psihijatriji	3
2.2	Analiza hitnih stanja u psihijatriji	4
2.3	Psihomotorni nemir i agresivno ponašanje- agitacija	5
2.4	Suicidalnost	7
2.5	Problemi izazvani alkoholom.....	8
2.5.1	Delirij	9
2.5.2	Alkoholni delirij.....	9
2.5.3	Patološko pijano stanje	10
2.6	Intoksikacija psihoaktivnim tvarima	10
2.6.1	Intoksikacija kokainom	10
2.6.2	Intoksikacija heroinom	11
2.6.3	Intoksikacija kanaboidima	12
2.7	Akutno psihotično stanje.....	12
2.8	Akutna anksiozna stanja	13
3	Psihijatrijske bolesti koje zahtijevaju hitno medicinsko zbrinjavanje	13
3.1	Shizofrenija	13
3.2	Depresija.....	15
3.3	Demencija.....	16
4	Hitna hospitalizacija bolesnika	17
4.1	Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u Republici Hrvatskoj.....	17
4.2	Pregled hitnih psihijatrijskih bolesnika.....	18
4.3	Prijem bolesnika na odjel i zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika	19
4.4	Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika	21
4.5	Sestrinske dijagnoze kod psihijatrijskih bolesnika.....	22
5	Uloga medicinske sestre u liječenju psihijatrijskih bolesnika.....	25
6	Hitna psihijatrijska stanja u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi.....	26
7	Zaključak.....	31
8	Literatura	32
9	Popis tablica i slika.....	35

1. Uvod

Psihijatrija (grč. Psihe- duša, iatreo-liječim) grana je medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba sa psihijatrijskim teškoćama. Psihijatrijska povijest povezana je s poviješću skrbi za duševne bolesnike. Krajem 18. odnosno na početku 1. stoljeća javlja se kao znanstvena i stručna medicinska disciplina.[1] Cilj psihijatrije je očuvanje i unaprjeđenje duševnog zdravlja kroz otkrivanje i liječenje psihičkih poremećaja biološkim, psihološkim i socijalnim pristupom. Psihijatrija se razlikuje od ostalih medicinskih struka zbog nedovoljnog poznavanja etiologije psihičkih poremećaja i samim time zahtijevanja individualnog pristupa te podložnosti promjenama. Današnja psihijatrija ima više etioloških, terapijskih i dijagnostičkih pristupa.[1] Biologijska psihijatrija svoj pristup zasniva na biološkoj osnovi nastanka psihičkih bolesti i psihofarmakološkom liječenju. Socijalna psihijatrija bavi se proučavanjem i mijenjanjem procesa međuljudskih odnosa te poboljšavanju socijalnoga funkcioniranja osobe. Dječja i adolescentna psihijatrija bavi se liječenjem psihičkih tegoba djece i mladeži, a alkoholologija liječenjem alkoholizma i dr. ovisnosti. Forenzična ili sudska psihijatrija bavi se psihijatrijskim vještačenjem.[2]

Mentalno zdravlje sastavni je dio čovjeka. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici (WHO; 2001).[3] Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije "Zdravlje predstavlja kompletno fizičko, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti i nemoći." [3]

Svjetski dan mentalnog zdravlja obilježava se 10. listopada svake godine, s općim ciljem podizanja svijesti o pitanjima mentalnog zdravlja širom svijeta te mobilizacijom napora u podršci mentalnom zdravlju na svjetskoj razini. [3]

Hitnim se stanjem smatra stanje ugroženog ili neugroženog tjelesnog zdravlja koje remeti psihosocijalnu egzistenciju i zahtijeva da se bolesniku odmah i bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć. Najučestalija hitna stanja koja zahtijevaju psihijatrijsku skrb su suicidalnost, auto i hetero agresivnost, krizna stanja, panične atake, akutno opito stanje, delirantna stanja i nuspojave psihofarmakološkog liječenja (akutna diskinezija, akatizija, maligni neuroleptički sindrom). [4]

Medicinska sestra sudjeluje u liječenju psihijatrijskih bolesnika te je aktivni član tima koji se brine o bolesniku. Više od polovine zaposlenika u zdravstvenom sektoru iznose izloženost agresivnosti, a najviše su izložene medicinske sestre.[4] Kako medicinska sestra/tehničar ima središnju ulogu u sigurnosti pacijenta, vrlo bitnu ulogu imaju njene kompetencije. Kompetencije su kombinacije vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, te one omogućuju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege.[4]

Hitna se psihijatrijska pomoć pruža u psihijatrijskim ambulantomama i intenzivnim te akutno psihijatrijskim odjelima, ali je vrlo često prva psihijatrijska intervencija započeta i prije bolesnikovog dolaska u bolnicu, najčešće u vozilu hitne medicinske pomoći. [4]

2. Hitna stanja u psihijatriji

2.1 Klasifikacija hitnih stanja u psihijatriji

Postoje tri kategorije hitnosti

1. Nulta kategorija hitnosti: u tu kategoriju spadaju sva stanja koja zahtijevaju hitnu i neodgodivu intervenciju i hospitalizaciju. [4]
 - Aktualno ili prijetće nasilničko ponašanje- namjerno ili prijetće ponašanje te nanošenje fizičke ili duševne boli neko osobi ili više njih
 - Prijetnja suicidom ili pokušaj suicida- definira se događaj u kojem postoji svjesna namjera uništenja vlastitog života, ali nije izvršen i nije nastupila smrt
 - Prijeteći ili razvijeni delirij- akutno, prolazno, obično promjenljivo i reverzibilno stanje poremećaja pažnje, kognicije i stupnja svijesti.
 - toksičnost lijekova- neželjena nuspojava lijekova koja se javlja kod njihovog korištenja.[5]
2. Prva kategorija hitnosti: stanja koja zahtijevaju brzu skrb ali hospitalizacija nije nužna ili je odgodiva.
 - izraženo bizarno ponašanje- neobično ponašanje prema sebi i prema okolini koja okružuje bolesnika
 - akutne agitacije- stanje unutarnje napetosti koje nije pod vanjskim utjecajem.
 - razne intoksikacije- stanje uzrokovano trovanjem otrovima ili prekomjernim uzimanjem normalno neškodljivih supstanci. [5]
3. Druga kategorija hitnosti- nije nužna hitna intervencija ili hospitalizacija.
 - situacijske krize i reaktivna stanja
 - umjerena anksiozna stanja
 - sva druga potencijalno opasna stanja koja mogu uzrokovati razne komplikacije.[5]

Hitna stanja mogu nastati kao posljedica bolesti, traume, događaja, situacije. Često nastaju kod prethodno mentalno zdravih osoba. [5]

Prema uzroku dijele se na:

- Endogena stanja- funkcionalni ili mentalni poremećaji. U ta stanja spadaju bolesti shizofrenija, manija, depresija, panični poremećaji, impulzivni poremećaj

- Psihogeni stanja- povezana su s konfliktnim situacijama i psihotraumatskim stresom. To su reakcija na stres, situacijske krize, razvojne krize, stanja transa i opsjednutosti, reaktivne psihoze
- Somatogeni stanja- povezana su s raznim tjelesnim i neurološkim bolestima te se radi o organskim simptomatskim duševnim poremećajima. Tu spadaju katatona organska stanja, sumračna stanja, delirantna stanja..
- Farmakogeni stanja- posljedica neželjenog djelovanja i interakcija psihofarmaka i drugih lijekova. To su stanja maligni neuroleptički sindrom, aktazija, medikamentozni delirij, sindrom naglog prekidanja terapije... [5]

2.2 Analiza hitnih stanja u psihijatriji

Odnos prema mentalnom bolesniku nije se uvelike mijenjao kroz povijest. Duševni poremećaji kod većine ljudi izaziva bojazan i strah. Mentalno zdravlje važan je segment općeg zdravlja pojedinca te njegova narušenost uvelike utječe na kvalitetu života pojedinca, njegove obitelji i društva u cjelini. [6] Hitno stanje u svim medicinskim disciplinama, pa tako i u psihijatriji, određuje stanje s potrebom neodgodive potrebe za tretmanom i intervencijom jer mogu biti opasna za samog bolesnika i njegovu okolinu. Mogu nastati i u prethodno mentalno zdravih osoba ali većinom su posljedica različitih poremećaja, bolesti, događaja i situacija. Duševni poremećaji mogu se formulirati kao interakcija između predisponirajućih i precipitirajućih čimbenika. Predisponirajući čimbenici su genetika i dob dok su precipitirajući čimbenici okolina (psihički i fizičko okruženje), bolesti, lijekovi, traume.. [6]

Hitna stanja u psihijatriji zahtijevaju veliko znanje i iskustvo iz različitih grana medicine. Psihijatrijske dijagnoze prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti označavaju se sa slovom F. Slovo F u liječničkoj dijagnozi označava skup dijagnoza koje opisuju poremećaji duha i same svijesti. U Hrvatskoj prema statističkim podacima mentalni poremećaji su na drugom mjestu. Oboljelih muškaraca ima oko 20,7%, dok je žena oboljelih oko 25,6% od mentalnih poremećaja. [6] Tri su skupine poremećaja koje su najviše zastupljene među populacijom.

- depresivni poremećaji 7,5%
- duševni poremećaji i poremećaji uzrokovani alkoholom

4,7%

- Alzheimerova bolest i duge demencije koje iznose 2,6% [6]

Razlozi za hitnu psihijatrijsku intervenciju jesu nasilničko ponašanje, agitiranost, agresivnost, suicidalnost, intoksikacije i akutne nuspojave primijenjenih lijekova. Ovisnost o alkoholu, drogama, paranoidne psihoze, PTSP, bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija su psihički poremećaji i bolesti koje zahtijevaju hitnu psihijatrijsku intervenciju. [7]

Hitni psihijatrijski bolesnici često su uznemireni, provokativni, prijeteći i agresivni.

U hitna stanja u psihijatriji ubrajaju se:

- psihomotorni nemir i agresivno ponašanje (agitacija)
- suicidalno ponašanje
- delirij (alkoholni delirij, atropinski delirij)
- intoksikacija alkoholom (akutno pijano stanje)
- patološko pijano stanje
- intoksikacija psihoaktivnim tvarima (opioidima, kokainom, kanabinoidima)
- akutno psihotično stanje
- akutna anksiozna stanja (panični napadaj)
- akatizija
- maligni neuroleptički sindrom.[7]

Razlozi za hitno bolničko liječenje na psihijatriji su agresivno ponašanje sa psihomotornim nemirom i suicidalne misli i ponašanje. Sva ostala stanja relativna su indikacija za bolničkim liječenjem. Intoksikacije, neuroleptički sindrom indikacija su za liječenje na internim odjelima ili odjelima intenzivne skrbi. [7]

2.3 Psihomotorni nemir i agresivno ponašanje- agitacija

Agitacija dolazi od latinske riječi agitare što znači micati, tjerati, poticati. Označava stanje nemira ili stanje unutarnje napetosti koje se ne može protumačiti da je pod vanjskim utjecajem.

Psihomotorna agitacija (PMA) najčešće se javlja u sklopu psihijatrijskih poremećaja, ali se može javiti i uslijed drugih bolesti te kod zdravih osoba.[8] Često se javlja povezana s manijom i tjeskobom. Osobe s agitacijom bave se pokretima koji ne služe nikakvoj svrsi. Uključuje hodanje po sobi, kuckanje prstima ili brzo razgovaranje. U teškim slučajevima psihomotorna agitacija može dovesti do samopovređivanja. Agresivnost se definira kao ponašanje koje se očituje neprijateljskom akcijom prema drugima ili prema nekim predmetima.[8] Javlja se u sklopu brojnih stanja i bolesti te ju mogu izazvati zapreke, konflikti i doživljaji osobne ugroženosti. Pokazatelji povišenog rizika agresivnog ponašanja su prethodni agresivni postupci i ispadi, kriminalna djela te prekomjerna konzumacija alkohola ili psihoaktivnih tvar. Potrebno je utvrditi ima li bolesnik halucinacije, sumanute misli te promotriti njegovo motoričko ponašanje. Agresivni bolesnici izazivaju strah kod medicinskog osoblja i okoline koja ih okružuje. Prilikom pristupa agresivnoj osobi važno je procijeniti potencijalnu opasnost za samog bolesnika te ugroženost osoba i okoline oko samog bolesnika. Veoma je važna i sigurnost osoblja koje pristupa agresivnom bolesniku. Stanja koja uzrokuju agitaciju prikazana su tablicom 2.3 (Tablica 2.3: Stanja koja uzrokuju agitaciju, Lj. Hotuljac. i suradnici, Psihijatrija, 2006, Medicinska naklada, 2006) [8]

Agresivnom, agitiranom, nasilnom bolesniku trebali bi pristupiti osobe koje su završile edukaciju o fizičkom svladavanju bolesnika. Potrebno je utvrditi i uzrok agresivnog ponašanja i psihomotornog nemira. [8]

AGITACIJA		
Agitacija zbog promjena tjelesnog stanja	Agitacija zbog intoksikacije	Agitacija zbog psihijatrijske bolesti
<ul style="list-style-type: none"> a) Trauma glave b) Izlaganje okolišnim toksinima Metabolički disbalans c) (npr., hiponatremija, hipokalcemija, hipoglikemija) d) Hipoksija e) Bolesti štitnjače Epileptički napadaji (postiktalno) Toksične razine lijekova 	<ul style="list-style-type: none"> a) Alkohol b) Uporaba psihoaktivnih tvari 	<ul style="list-style-type: none"> a) Psihotični poremećaji b) Manija c) Agitirana depresija d) Anksiozni poremećaj

1. Tablica 2.3: Stanja koja uzrokuju agitaciju, Lj. Hotuljac. i suradnici, Psihijatrija, 2006, Medicinska naklada

2.4 Suicidalnost

Suicidalno ponašanje sastoji se od suicidalnih radnji(nisu fatalne), suicidalnih pokušaja(radnje koje bi trebale biti fatalne, ali nisu uspješne) i uspješno izvršenje suicida(radnja koja dovodi do oduzimanja života). Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje. [8] Suicidalno ponašanje češće je u djece pogotovo adolescenata. Djeca i adolescenti proživljavaju stresove kao i odrasle osobe. Prema podacima SZO-a, u svijetu milijun ljudi na godinu počini suicid. U posljednjih 50 godina u svijetu je stopa suicida porasla za 60% (zemlje u razvoju), a u zemljama Azije počini se 60% ukupnog broja suicida u svijetu.[8] Posljednjih godina dominira trend povišenja stope samoubojstava mlađih muškaraca, u dobi od 15 do 34 godine, a suicid je među deset najčešćih uzroka smrti u većini europskih zemalja. U našoj zemlji samoubojstvo je velik javnozdravstveni problem jer je Hrvatska procijenjena kao zemlja s visokim suicidalnim rizikom te na međunarodnoj ljestvici zauzima sedamnaesto mjesto, što je relativno visoka pozicija.[9] Osobe ženskog spola češće pokušavaju počinuti suicid, dok ga muškarci češće čine. U razvijenim zemljama muškarci 2 – 4 puta češće čine suicid, dok ga žene 2 – 3 puta češće pokušavaju počinuti. Pokušaj samoubojstva znak je duševne bolesti i to jako često depresije. Bipolarni afektivni poremećaj je najčešći psihijatrijski poremećaj povezan sa suicidalnošću te se smatra da 25 do 50% pacijenata s BAP-om barem jednom tijekom svog života pokuša izvršiti suicid.[9] Faktori rizika povezani za samoubojstvo su muški spol, dobna skupina iznad 45 godina, konzumiranje alkohola, sklonost nasilničkom ponašanju te raniji pokušaji samoubojstva. Postoji više klasifikacija suicidalnog ponašanja, a jedna od najcitiranijih je klasifikacija O'Carrolla i sur. pri čemu se navode: samoubojstvo, pokušaj samoubojstva, prekinuti pokušaj samoubojstva, promišljanja o samoubojstvu (suicidalna ideacija), letalnost samoubilačkog ponašanja, namjerno samoozljeđivanje.[9] Kod procjene suicidalnog bolesnika najvažnije je prepoznat suicidalni rizik, postaviti dijagnozu te provesti terapiju i liječenje koje uključuje psihološku pomoć. Suicidalnost i samoozljeđivanje čine oko 15% svih psihijatrijskih hitnih stanja. Kod suicidalnih pacijenata bitno je uspostaviti kvalitetnu komunikaciju te time sama procjena bolesnika može biti uspješnija. procjena se oslanja na anamnezu(osobna anamneza, trenutno mentalno stanje, uvjeti rada i života te suicidalnost), fizikalni pregled te dodatnu obradu. Na temelju navedenog, liječnici mogu procijeniti potrebu za hospitalizacijom te odrediti kojeg je stupnja rizik za suicidalno ponašanje.[9]

2.5 Problemi izazvani alkoholom

Akutno opito stanje, patološko pijano stanje i delirantno stanje najčešći su poremećaji vezani za zlorabu alkohola pri kojima je potrebna hitna psihijatrijska intervencija. Statistički podaci pokazuju da danas u RH čak milijun ljudi konzumira alkohol. Od 250.000 zabilježenih ovisnika o alkoholu, godišnje se liječi njih 50.000.[10] Klinička slika alkoholne intoksikacije je različita i ovisi o količini alkohola unesenog u organizam. Kod teške intoksikacije alkoholom kod bolesnika se javljaju agresivnost i pogrešno prosuđivanje situacije. Komplikacije intoksikacije su ozljede glave, različite traume, prometne nesreće, te u nekim slučajevima i suicid. Najviše koncentracije alkohola u krvi su 30 do 60 minuta nakon ispijanja alkoholnih piće. [10]

Koncentracija alkohola u organizmu:

- 0,2 do 0,8 promila- lagane promjene koordinacije, osjećaj opuštenosti, česte promjene u emocionalnom statusu,
- 0,8 do 2 promila- smetnje u motornoj koordinaciji, smetnje govora, problemi sa vidom, euforija te dolazi do tjeskobe, depresije i nemira. Može se javiti mučnina i povraćanje
- 2 do 3 promila- smetnje u svim fizičkim, mentalnim i osjetilnim funkcijama, povećan rizik od trauma te dolazi do gubitka svijesti
- 3 do 5 promila- pojava kome, slično kirurškoj anesteziji. Moguća je smrt zbog prestanka disanja, vrlo niskog krvnog tlaka i zbog gušenja povraćanim sadržajem jer ne postoji refleks kašlja. [10]

Veće vrijednosti alkohola u krvi zbrinjavaju se na internističkim odjelima i odjelima intenzivne njege. U terapijskom pristupu preporučuje se odrediti koncentraciju alkohola u krvi, nadzirati bolesnika i spriječiti komplikacije pijanstva (hipoglikemija, hiperglikemija, aritmija srca, hipotenzija).[10]

2.5.1 Delirij

Delirij je akutno, prolazno, obično promjenljivo i reverzibilno stanje poremećaja pažnje, kognicije i stupnja svijesti.[10] Uzrok može biti gotovo bilo koji poremećaj, intoksikacija ili primjena lijeka. Dijagnoza se postavlja na osnovi kliničke slike, a laboratorijski testovi i neuroradiološke pretrage služe kako bi se identificirao uzrok. Najčešći uzroci delirija jesu delirantna stanja kod alkoholizma, hipertenzivna encefalopatija, hipoglikemija, hipoperfuzija mozga, hipoksemija, intrakranijalna krvarenja, meningitis ili encefalitis, endokrinološke bolesti, intoksikacija lijekovima. Osnovno je u liječenju pronalaženje uzroka i ciljano simptomatsko liječenje.[11]

2.5.2 Alkoholni delirij

Alkoholni delirij ili delirium tremens stanje je koje nastaje nakon naglog prestanka pijenja alkohola.[11] Delirium tremens počinje 48 do 72 sata nakon prekida uzimanja alkohola, a očituje se napadajima tjeskobnosti, depresijom, zbunjenošću, lošim snom, jakim znojenjem, a česte su i prolazne halucinacije. Alkohol djeluje toksično na jetru te se to pojačava oslabljenom prehranom i slabim apetitom zbog pretjeranog uzimanja alkohola. Kod nekih bolesnika kao početni znak alkoholnog delirija mogu se javiti konvulzije tipa grand mal. To su generalizirani veliki napadaji s potpunim gubitkom svijesti pri čemu osoba poplavi, pomokri se te se ugrize za jezik. Za kontrolu napada može se dati diazepam 10-20 mg IV. Predelirantni simptomi uključuju nesanicu, noćni strah, znojenje, žeđ, opstipaciju, tremor, parestezije i osjećaj slabosti.[11] Kod delirija poremećen je autonomni živčani sustav te dolazi do povišenja pulsa i tjelesne temperature. Halucinacije koje se javljaju su često vidne, najčešće se radi o zoopsijama, bolesnici vide male životinje ili insekte koji izazivaju strah. Trajanje delirija uz terapiju je 2-5 dana, a kod prirodnog tijeka traje 5-10 dana i nakon toga se bolesnici vraćaju u normalno stanje, ali amnestički za događaje iz razdoblja delirija. Neliječen delirium tremens ima stopu smrtnosti od oko 15%. [11]

2.5.3 Patološko pijano stanje

Patološko pijano stanje sumračno je stanje u osobe intoksicirane alkoholom praćeno agresivnim i nasilnim ponašanjem. Nastaje vrlo brzo nakon ispijanja malih kolićina alkohola što kod većine ljudi ne izaziva nikakve komplikacije. Kod bolesnika dolazi do suženja svijesti, potpunog pomraćenja, ne prepoznavanja okoline u kojoj se nalazi, nemir, osjećaj ugroženosti i agresivnost. Kod takvog stanja osobna se smatra neubrojivom jer su česti pokušaji nasilničkog i agresivnog ponašanja prema osobama iz njihove okoline. [11] Epizoda patološkog pijanog stanja traje od nekoliko minuta do nekoliko sati i nakon toga se javlja duboki san te osoba ima amneziju za cijeli događaj. Terapijski pristup zahtijeva davanje benzodiazepina ili sedativnih antipsihotika te privremeno fizićko sputavanje uz nadzor vitalnih funkcija. [12]

2.6 Intoksikacija psihoaktivnim tvarima

Psihoaktivne tvari utjeću na percepciju i ponašanje pojedinca. Prilikom čestog unošenja u organizam dolazi do oštećenja tjelesnih funkcija i problema u ponašanju. Ovisnost je kronićna i recidivirajuća bolest. Ovisnost o drogama je duševno stanje koje nastaje međudjelovanjem živog organizma i opioidnog sredstva. Zlouporeba droga prema SZO je uporaba psihoaktivnih tvari koje će uzrokovat mentalnu disfunkciju i promjene u ponašanju. [12]

2.6.1 Intoksikacija kokainom

Unos kokaina u organizam dovodi do stimulacije središnjeg živćanog sustava pa se javlja euforija, povećana budnost, viša koncentracija i govorljivost. Kokain je psihostimulativna teška droga koja se pravi od lišća zimzelene biljke koke, koja raste u Južnoj Americi. Izgleda kao bijeli, fini kristalni prah.[12] „Crack“ je najćešći najpotetniji oblik kokaina koji uzrokuje tešku ovisnost. On ulazi u cirkulaciju brže i u višim koncentracijama. Dolazi u obliku ćvrstih grumena koji se puše te učinci popušenog cracka traju kraće od učinka ušmrkanog kokaina u prahu. Vanjski znakovi kod bolesnika su hiperekscitabilnost, uznemirenost, razdražljivost te nasilno ponašanje. Kokain izaziva osjećaj veselja, uzbuđenje, smanjuje glad blokiranjem

neurotransmitora dopamina u srednjem mozgu, blokira noradrenalin uzrokujući vazokonstrikciju i hipertenziju. Uzimanjem više doza dovodi do halucinacija i paranoidnih ideja. Dugotrajnim uzimanjem dolazi do mršavljenja, anoreksije, tremora, gubitka pamćenja i volje, a može doći i do perforacije nosnog septuma kao posljedice ušmrkavanja.[12] Kokain djeluje kratko, 20 – 40 minuta, pa liječenje akutne intoksikacije obično nije potrebno. Kod zahtjevnijih slučajeva mogu se intravenski davati benzodiazepini, a za trajna psihotična stanja koriste se antipsihotici. Preporuča se davanje diazepama u početnoj dozi od 10 mg IV, zatim 5 do 10 mg IV svakih 3 do 5 minuta dok se agitacija ne kontrolira. Bolesnika se mora pratiti zbog respiratorne depresije i hipotenzije. Terapija benzodiazepinima općenito je dovoljna za ublažavanje kardiovaskularnih simptoma. Svi oblici kokaina mogu uzrokovati spazam koronarnih arterija, infarkt miokarda te ubrzati ishemijsku bolest srca. Simptomi predoziranja najčešće nestaju tijekom slijedeća 24 sata, a u kroničnih ovisnika mogu trajati danima. Prekid uzimanja kokaina može biti praćen teškom depresijom sa suicidalnim rizikom. [13]

2.6.2 Intoksikacija heroinom

Heroin je prirodna, teška droga koja se proizvodi iz morfina, a prema djelovanju pripada opioidima. Velik je potencijal za razvoj ovisnosti koja se razvija već nakon 10-20 dana. Djeluje 5 do 8 minuta nakon ušmrkavanja, venski uzeta djeluje trenutačno i izaziva osjećaj euforije, smirenja i opuštenosti. Intoksikacija heroinom uzrokuje midrijazu, analgeziju, hipoalgeziju, usporenost, slabost seksualnih nagona te nerazumljiv govor. Razvijanjem ovisnosti nestaje osjećaj ugone i javlja se sve veća i neprekidna želja za heroinom. Velika količina opijata dovodi do poremećaja svijesti, kome i smrti. U tim situacijama lijek izbora je nalokson, antagonist opioidnih receptora bez agonističkog učinka.[13] Bolesnik s apnejom i oni s ekstremno niskom frekvencijom disanja ili plitkim disanjem trebaju se ventilirati pomoću balona s maskom i dodatnim kisikom prije i tijekom primjene naloksona kako bi se smanjila mogućnost akutnog respiratornog distress sindroma. Apstinencijska kriza povezana s heroinom javlja se 24-48 sati nakon zadnje aplikacije heroina. Javljaju se grčevi, uznemirenost, vrtoglavica, povraćanje, znojenje, midrijaze, boli u tijelu i grčenje mišića. Simptomi obično traju 7 do 10 dana, kod težih slučajeva mogu potrajati i duže. U vrlo malo slučajeva apstinencijska kriza dovodi do smrti ili do samoubojstva. Uzimanjem heroina u kombinaciji s alkoholom ili tabletama za smirenje dolazi do usporavanja disanja i otkucaja srca.[13] Liječenje

heroinskih ovisnika dugotrajan je proces koji se sastoji od primjene farmakoterapije, psihoterapije, preodgoja, socijalne rehabilitacije, uključivanje obitelji u tijek liječenja i psihoedukacija. Lijekovi koji se koriste za liječenje su metadon, buprenorfin ili naltrexon. Oni su prva linija obrane, u početku najvažniji dio u liječenju. Biokemijski i funkcionalno stabiliziraju mozak i pripremaju teren za stvaranje terapijskog odnosa i suradljivost kroz socioterapiju da bi se kod ovisnika moglo aktivno djelovati na njegov život, obitelj i okolinu koja ga okružuje. [14]

2.6.3 Intoksikacija kanaboidima

Kanabis je halucinogena biljna droga, psihoaktivni produkti konoplje. Jedan je od najstarijih lijekova. Upotrebljavao se kao opće sredstvo za smirivanje, protiv bolova i grčeva, kod padavice, amenoreje, za smirenje kašlja i posebno kod migrene. Kanabis je najblaže i najslabije halucinogeno sredstvo. U malim količinama THC uzrokuje lagani osjećaj ugone. U većoj količini i pri trovanju kanabisom javlja se neobično izobličenje slika, poremećaj u osjećaju prostora i vremena te pojačana podražljivost osjetila. Korisnici mogu imati napadaje panike, dok oboljeli od shizofrenije korištenjem kanabisa pogoršavaju svoje stanje i simptome bolesti. Liječenje intoksikacije kanabisom radi se smještanjem bolesnika u zamračenu prostoriju, simptomatsko liječenje, nadomještanje IV tekućine, korištenjem antiemetika i benzodiazepina. Potreban je prestanak korištenja kanabisa. [14]

2.7 Akutno psihotično stanje

Akutno psihotično stanje razvija se brzo te dominira dezorganizirani misaoni tijek, poremećaj percepcije i ponašanje koje nije u skladu s realnošću. [14] Bolesnici često dolaze zbog psihomotornog nemira, halucinatornog ponašanja te agresivnog ili autoagresivnog ponašanja. Važna je fizička sigurnost bolesnika, ali i njegove okoline. Javlja se u sklopu akutne shizofrene epizode, akutne manične epizode, velike depresivne epizode te zlouporabom psihoaktivnih tvari. Liječenje se provodi psihofarmacima nakon postavljanja dijagnoze. [15]

2.8 Akutna anksiozna stanja

Stanja koja su povezana sa izrazitom anksioznošću, strahom, panikom. Najčešće se javljaju u sklopu paničnog poremećaja s agorafobijom, reakcije na stres i poremećaja prilagodbe. Pri postavljanju dijagnoze važno je učiniti somatsku obradu da bi se isključile druge bolesti. Liječenje se provodi uključivanjem psihofarmaka i drugih psihoterapijskih tehnika. Anksiozna stanja, panični napadaj i akatizija jesu stanja koja imaju samo relativnu indikaciju za psihijatrijsko hospitalno liječenje, što primarno ovisi o njihovoj težini.[15]

Akatizija je stanje motornog nemira te dovodi do agitacije. Javlja se na početku korištenja psihofarmakološke terapije. Manifestira se motoričkim nemirom i stalnom potrebom za kretanjem i nemogućnošću koncentracije. [15]

Maligni neuroleptički sindrom teška je komplikacija korištenja psihofarmaka. Klinička slika se očituje hiperpireksijom,, poremećajem svijesti, leukocitozom te se bilježi povećanje jetrenih enzima. Potrebno je bolesnika hospitalizirati i isključiti psihofarmake iz terapije. Liječenje se provodi rehidracijom bolesnika i nadomještanjem elektrolita.[16]

3 Psihijatrijske bolesti koje zahtijevaju hitno medicinsko zbrinjavanje

Psihijatrijski bolesnici veoma su zahtjevni i s njima je potrebno puno raditi te zbog same specifičnosti svoje bolesti često su ovisno o drugim ljudima. Psihijatrijske bolesti kod kojih najčešće dolazi do pogoršanja i kod kojih je često potrebna medicinska intervencija i hospitalizacija su shizofrenija, depresija i demencija. [17]

3.1 Shizofrenija

Shizofrenija je psihička bolest, složeni poremećaj funkcije mozga koji se sastoji od puno

karakterističnih simptoma. Obilježena je psihozom, halucinacijama, iluzijama, neorganiziranim govorom i ponašanjem, spoznajnim ispadima i profesionalnom i društvenom disfunkcijom.

Razlikuju se četiri oblika shizofrenije: simpleks oblik, hebefrenija, paranoidno halucinatorni oblik, katatonija, shizoafektivni oblik.[18]

Dijagnoza shizofrenije postavlja se ako je jedan ili više napada simptoma trajao 6 mjeseci. Prvi simptomi se javljaju u adolescentskoj ili rano odrasloj dobi. Simptomi shizofrenije su:

- Afektivnost- simptom gubitka emocionalne topline i izbijanje emocionalne hladnoće, emocionalna krutost i ravnodušnost
- Ambivalencija- istodobna prisutnost suprotnih emocija
- Depersonalizacija- vlastita se ličnost doživljava kao strana, nestvarna..
- Autizam- povlačenje iz stvarnosti i zatvaranje u svoj vlastiti svijet želja, potreba, strahova.
- Sadržajni poremećaji mišljenja- sumanutost odnosa s drugima, sumanutost proganjanja, erotička sumanutost, religiozne sumanute misli
- Poremećaji percepcije- iluzije i halucinacije
- Poremećaj psihomotorike[18]

Bolesnici koju boluju od shizofrenije kod pogoršanja tijekom bolesti dolaze u bolnicu samovoljno, uz obitelj ili u pratnji tima hitne medicinske pomoći te policije. Najčešće su to bolesnici koji zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju te zadržavanje na hospitalizaciji.[18] Bolesnici s paranoidno-halucinatornom shizofrenijom najčešći su bolesnici koji se zaprimaju na odjele psihijatrije. Bolesnici mogu biti u stanju intenzivnog straha i agitiranosti, što može rezultirati agresivnim i opasnim ponašanjem te pokušajem samoubojstva. Kliničkom slikom kod paranoidne shizofrenije dominiraju relativno stabilne, često paranoične iluzije, obično praćene halucinacijama slušne vrste i perceptivnim poremećajima.[19] Kod liječenja shizofrenije farmakoterapija je na prvom mjestu. Važno je da bolesnik redovno koristi terapiju te da je pod nadzorom psihijatra da se spriječi recidiv. Psihoterapija je važan dio liječenja. Sastoji se od terapija anksioznosti, vraćanje bolesnika u premorbidno stanje i održavanje balansa. Liječenje kod shizofrenije je dosta zahtjevno i dugotrajno te se često uz nju javljaju i druge kronične bolesti. Problem kod bolesnika je što se velika većina ne pridržava režima uzimanja terapije te to uvelike utječe na ishode liječenja. [19]

3.2 Depresija

Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj. Karakteriziraju ju poremećaji raspoloženja, tuga, nesanica, osoba ne uživa u stvarima ili aktivnostima u kojima je prije uživala, duševna bol. Depresija je bolest središnjeg živčanog sustava koja nastaje zbog promjena u živčanim stanicama i kemijskim procesima u mozgu. Veoma utječe na normalne aktivnosti i na obavljanje svakodnevnih zadataka te neliječena depresija nosi razorne posljedice za odnose s obitelji i prijateljima. [20]

Simptomi depresije su:

- Fizički: glavobolja, nesanica, gubitak na tjelesnoj težini ili pretilost, konstipacija.
- Psihički: gubitak pamćenja, smanjena koncentracija, pažnja, suicidalne misli.
- Emocionalni: ljutnja, krivnja, osjećaj bezvrijednosti, gubitak samopouzdanja.
- Socijalni: povlačenja, gubitak obitelji i prijatelja, izolacija, smanjenje interesa za društvene događaje.[20]

Navedeni simptomi mogu se javiti kod svake osobe i u bilo kojem trenutku života nakon stresnih događaja ili gubitka, ali dijagnoza depresije postavlja se kad ti navedeni simptomi traju duže od dva tjedna. [20] Pogađa osobe svih dobnih skupina, društvenih slojeva i nije znak slabosti osobe. Povećava rizik za nastanak kardiovaskularnih bolesti te dijabetesa.[21]

Depresija se dijeli na blagu, umjerenu i tešku depresiju. Žene boluju od depresije dva puta češće nego muškarci. [21] Liječenje depresije svodi se na redovito uzimanje antidepresiva, psihoterapija i alternativna terapija. Antidepresivi su lijekovi koji uklanjaju simptome bolesti u roku šest tjedana. Glavne skupine antidepresiva su inhibitori monoaminooksidaze, triciklički antidepresivi te inhibitori ponovne pohrane serotonina. Zajedničko im je djelovanje da pojačavaju djelovanje jednog ili više neuroprijenosnika za ublažavanje simptoma. Antidepresivi ne izazivaju ovisnost i ne ometaju bolesnika u rješavanju normalnih situacija i problema u životu. Psihoterapija je pomoć bolesniku u razdoblju kada lijekovi još nisu počeli djelovati. Psihoterapeuti uče bolesnika kako se normalno nositi sa svakodnevnim stresnim situacijama i kako ih izbjegavati, kako bolje organizirati život te općenito kako se afirmirati u društvu. [21]

3.3 Demencija

Demencija je kronična progresivna bolest mozga. Definirana je kao sindrom koji uzrokuje propadanje stanica u mozgu. Demencija može nastati u bilo kojoj dobi, ali prvenstveno zahvaća starije osobe. Postoji mnogo vrsta demencije, ali jedna od najčešćih podjela je na Alzheimerova bolest, vaskularna demencija, demencija Lewyevih tjelešaca, frontotemporalna demencija i demencija povezana s HIV infekcijom. Demencija oštećuje kogniciju, prvi od znakova je kratkotrajni gubitak pamćenja. Simptomi demencije mogu se podijeliti na simptome rane faze, srednje faze i kasne faze bolesti. Simptomi koji se javljaju u ranoj fazi su kratkotrajni gubitak pamćenja, jezične poteškoće, promjene raspoloženja i promjene ličnosti. Bolesnici mogu imati poteškoća u obavljanju normalnih životnih aktivnosti, snalaženje u prostoru. Rana faza bolesti ne ugrožavaju socijalnost, ali obitelj često primjećuje da kod bolesnika postoji neobično ponašanje.[22]

Simptomi srednje faze su teško učenje novih informacija, smanjeno pamćenje informacija, izgubljen osjećaj za vrijeme i prostor te se često gube. Kod bolesnika se mogu javiti poremećaji ponašanja te često i naglo postaju agitirani, neprijateljski raspoloženi ili fizički agresivni. Liječenje u ovoj fazi se provodi ambulantno, ali pod povećanim rizikom od ozljeda. Kasna ili teška faza bolesti zadnji je stadij bolesti te su bolesnici ovisni o pomoći druge osobe. Bolesnici su često nepokretni, inkontinenti, ne mogu se samostalno hraniti ni obavljati svakodnevne normalne aktivnosti. Pamćenje je potpuno izgubljeno. Kod bolesnika postoji visok rizik od pothranjenosti, nastanka dekubitusa i upale pluća. U krajnjem stadiju demencije bolesnici postaju komatozni i umiru, obično zbog upale.[22]

Demencija je progresivna bolest, ali brzina progresije je individualna. Mjere sigurnosti bolesnika i prikladna okolina nužni su za liječenje, kao i pomoć njegovatelja. Ograničavanje ili isključivanje lijekova koji imaju područje djelovanja u SŽS–u često poboljšava funkciju. Treba se izbjegavati sedaciju i primjena antikolinergičnih lijekova koji obično pogoršavaju demenciju. Najbliži članovi obitelji odgovorni su za brigu oko dementnog bolesnika. Okolina oko bolesnika mora mu biti dobro poznata jer male promjene utječu na njegovo snalaženje u prostoru. Poznata okolina i ljudi čuva bolesnikov osjećaj kontrole i osobnog dostojanstva. [23]

4 Hitna hospitalizacija bolesnika

Hospitalizacija je smještanje bolesnika u bolnicu pri čemu je potrebna medicinska indikacija. Postoji redovan, hitni i prisilan smještaj u bolnicu. Kod redovnog prijema pacijent je upućen iz ambulante ili poliklinike. Bolesnik koji je upućen iz ambulante prolazi upis u bolnicu te nakon toga u pratnji medicinske sestre dolazi na odjel. Razlika kod hitnog prijema je da se zaobilazi često administracija te se bolesnik odmah nakon pregleda upućuje na odjel. [24] Prisilna hospitalizacija regulirana je pravnim propisima tj. Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Zbog svoje bolesti bolesnici često odbijaju liječenje i ne shvaćaju da su bolesni. Ukoliko on zbog svoje bolesti svojim ponašanjem ugrožava sebe, svoju okolinu ili materijalna dobra, potrebno ga je hospitalizirati protiv njegove volje. Hitni psihijatrijski bolesnici najčešće su uznemireni, nedistancirani, provokativni, prijeteći i agresivni i pasivni. Sam pregled i kontakt s bolesnikom može izazivati određenu nelagodu pa medicinsko osoblje mora biti posebno educirano za taj posao. [24]

4.1 Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u Republici Hrvatskoj

Osoba sa težim duševnim smetnjama koja ozbiljno ugrožava vlastiti život i sigurnost drugih osoba može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka, po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj. Psihijatrijska ustanova obvezna je o smještaju bez pristanka, bez odgode, a najkasnije u roku od 48 sati od dobivanja pisanog pristanka osobe od povjerenja ili zakonskog zastupnika, obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom.[25] Osoba će se primiti u odgovarajuću psihijatrijsku ustanovu na temelju uputnice doktora medicine koji je tu osobu osobno pregledao i napisao propisanu ispravu o tom pregledu. U ispravi moraju biti obrazloženi razlozi zbog kojih doktor medicine predlaže prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu. Osoba će se primiti u psihijatrijsku ustanovu i bez uputnice doktora medicine u osobito hitnim slučajevima ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti. Psihijatar koji primi osobu obvezan je bez odgode, a najkasnije u roku od 48 sati od prijema, utvrditi postoje li razlozi za prisilno zadržavanje. Psihijatrijska ustanova, najkasnije u roku od 12 sati od odluke o prisilnom zadržavanju, mora dostaviti obavijest o prisilnom

zadržavanju županijskom sudu, zastupniku prisilno zadržane osobe te nadležnom centru za socijalnu skrb. Županijski sud potom donosi rješenje o pokretanju postupka po službenoj dužnosti i postavlja osobi punomoćnika iz redova odvjetnika. Sudac je dužan bez odgode, a najkasnije u roku od 72 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju na nadležnom sudu, prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi, obavijestiti ju o razlogu i svrsi sudskog postupka te ju saslušati. Saslušanju može prisustvovati i vještak psihijatar koji nije zaposlen u ustanovi u kojoj je bolesnik smješten. Rješenje je dužan dostaviti najkasnije u roku od 8 dana od primitka obavijesti i dokumentacije o prisilnom zadržavanju. Sud može produžiti prisilni smještaj osobe u dotičnoj psihijatrijskoj ustanovi do 3 mjeseca od dana isteka vremena određenog rješenjem o prisilnom smještaju. Otpust prisilno zadržane osobe moguć je kad prestanu svi razlozi zbog kojih je osoba bila prisilno smještena na odjel psihijatrijske ustanove. [25]

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama sastavljen je tako da je osobama s duševnim smetnjama određen čitav niz prava, temeljnih uvjeta, sudskih odredba. Cilj ovog Zakona je zajamčiti prava, slobodu i integritet osobama s duševnim smetnjama. [25]

4.2 Pregled hitnih psihijatrijskih bolesnika

Pregled psihijatrijskih bolesnika često je zbog hitnog stanja i bolesnici su agresivni, pasivni, provokativni. Komunikacija s takvim bolesnikom je otežana i često se ne saznaju sve točne informacije.

Pregled bolesnika sastoji se od :

- Uzimanje anamneze i heteroanamneze (psihijatrijski intervju)
- Opis psihičkog statusa
- Opći medicinski i neurološki pregled
- Laboratorijske pretrage [26]

Psihijatrijski intervju veoma je specifičan razgovor kroz koji se propitkuje životna situacija i povijest bolesnika. Bolesnik svojim riječima opisuje svoju životnu situaciju, bolest, proživljavanje i doživljavanje okoline i stvari koje ga okružuju. Time se bolesniku daje prostora da on samostalno odredi što je njemu važno i s čime se sve nosi u životu te na taj način ukazuje

na kojoj se emocionalnoj razini nalazi i što je za njega problem. Kod prikupljanja podataka važna je i heteroamneza koja je dobivena od obitelji i prijatelja koji su uz bolesnika. Kod hitnog prijema psihijatrijski intervju razlikuje se od normalno vođenog intervjua zbog nedostatka vremena i zbog potrebe za hitnim intervencijama. Kod hitnog intervjua važno je saznati kakve su sadašnje tegobe, prijašnje hospitalizacije na odjelu, osobnu i obiteljsku anamnezu. Ispitivanje psihološkog statusa je procjena trenutne psihološke sposobnosti kroz procjenu općeg dojma, ponašanja te neobičnih uvjerenja i shvaćanja raspoloženja i svih aspekata svijesti.[26]

Kod pregleda i razgovora sa bolesnikom važno je promatrati:

- Vanjski izgled- urednost, način odijevanja, tikove, motoriku, neverbalnu komunikaciju
- Stanje svijesti- somnulencija, sopor, koma, sumračna svijet
- Govor – brzina, glasnoća, dizartija, afazija
- Orijehtacija – orijentacija u vremenu i prostoru
- Pažnja i opažanje- halucinacije, iluzije,
- Raspoloženje
- Mišljenje [26]

Nakon ispitivanja općeg psihičkog statusa potrebno je napraviti detaljan tjelesni i neurološki pregled. Neurološki se ispituju bolesnikovo kretanje, brzina, simetrija i kordinacija kretanja. Laboratorijske i dijagnostičke pretrage rade se da bi se otkrilo postoji li kod osobe neko druga bolest ili oboljenje koje je dovelo do promjene psihičkog stanja. [26]

4.3 Prijem bolesnika na odjel i zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika

Najčešći prijemi bolesnika na odjel su radi nasilničkog ponašanja, suicidalnih misli, alkoholiziranog stanja. Medicinska sestra i ostalo osoblje na odjelu moraju biti na oprezu zbog mogućeg nasilja. Kod prijema bolesnika na odjel pratnju ili člana obitelji potrebno je ispitati o bolesniku. Uzimanjem heteroanamneze medicinska sestra od obitelji se saznaje bolesnikove potrebe, navike, ponašanja, te im daje riječi nade i ohrabrenja, mogućnosti telefonskog poziva sa bolesnikom i sestrom na odjelu. Nakon prijema bolesnika je potrebno presvući i okupati ako njegovo zdravstveno stanje dozvoljava. Medicinska sestra mora pregledati sve stvari koje

bolesnik ima sa sobom te sve oštre predmete ili predmete kojima bi mogao nauditi drugima i sebi potrebno je oduzet. Lijekovi koje bolesnik ima sa sobom se oduzimaju, a vrijedne stvari se pohranjuju. [27]

Medicinska sestra provodi intervju sa bolesnikom kako bi postavila sestrinske dijagnoze, ciljeve i intervencije koje će se provoditi tijekom boravka bolesnika na odjelu. Procjenjuje se izgled, držanje i ponašanje bolesnika. Analizira se njegova verbalna i neverbalna komunikacija te utvrđuje ima li nekih prepreka koje će utjecati na samu zdravstvenu njegu. Uspostavljanjem kontakta s bolesnikom procjenjuje se stanje svijesti, pamćenje, opažanje, orijentacija u vremenu i prostoru. Ukoliko je bolesnik nasilan i agresivan primjenjuje se ordinirana terapija i obavještava se bolesnika o mogućnosti primjene tjelesnog onesposobljavanja.[27]

Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika su:

- Holistički pristup
- Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića
- Privatnost i dostojanstvo
- Terapijska komunikacija
- Bezuvjetno prihvaćanje
- Uključivanje klijenta
- Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi [27]

Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika obuhvaća sve elemente osnovne zdravstvene njege i specifične zdravstvene njege.

Psihijatrijski bolesnici često su zapuštenog izgleda i zanemaruju osobnu higijenu zbog bezvoljnosti, nemoći i neznanja. Dužnost je medicinske sestre naučiti i poticati bolesnika na svakodnevno obavljanje svakodnevne osobne higijene. Pristup bolesniku mora biti strpljiv postepen, taktičan te ga je potrebno da obavi sam ili uz pomoć medicinske sestre. Kod nepokretnih bolesnika osobnu higijenu provodi medicinska sestra u krevetu bolesnika. [27]

Kod psihijatrijskih bolesnika često postoje kvalitativni i kvantitativni poremećaji prehrane. Neki odbijaju hranu te ih je potrebno hraniti ili je potrebna prehrana umjetnim putem. Važna je prisutnost sestre za vrijeme uzimanja obroka jer tako može imati kontrolu koliko je bolesnik pojeo i kakvo je njegovo ponašanje za vrijeme jela i neposredno nakon uzimanja obroka. Kod nekih psihijatrijskih bolesnika povećana je potreba za hranom zbog straha da ne ostanu gladni,

te često zbog brzog unošenja hrane u organizam dolazi do gušenja i nakraju smrti ako se takav bolesnik ne drži pod nadzorom. [27]

Medicinska sestra dijeli terapiju duševnim bolesnicima strogo kontrolirano. Neki bolesnici rado uzimaju lijekove u velikim količinama i vrlo često, drugi ih nerado uzimaju ili potpuno odbijaju terapiju. Bolesnici mogu skupljati lijekove i iskoristiti ih u svrhu pokušaja suicida. Bolesnik lijek uzima pred sestrom. Ukoliko postoji potreba medicinska sestra može prekontrolirati bolesnikova usta da se uvjeri da li je progutao lijek ili ga drži još u ustima. Kad bolesnik iz nekog razloga odbija popiti terapiju ili ju ne može zbog bolesti popiti uvodi se parenteralnim putem (i.v i i.m). Mogu se uvesti depo preparati koji se daju u duljim vremenskim razmacima parenteralno. Medicinska sestra mora poznavati nuspojave koje izazivaju psihofarmaci. Lijekovi se pohranjuju u ormariće pod ključem i u sobi koja nije u doticaju za bolesnicima, a ukoliko je otključano nikad ne ostavljati bez nadzora medicinske sestre. To su neke od mjera sprječavanja neželjenih posljedica i nekontroliranog uzimanja lijekova. [27]

4.4 Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika

Proces zdravstvene njege je pristup u otkrivanju i rješavanju problema iz zdravstvene njege. Sustavan, logičan i racionalna je osnova za utvrđivanje i rješavanje bolesnikovih problema. Problem je svako stanje koje odstupa od normalnog i zahtjeva intervenciju medicinske sestre. Intervencija je aktivnost medicinske sestre koja je usmjerena rješavanju nekog problema te ona mora biti logična, racionalna i utemeljena na znanju. Načela procesa zdravstvene njege su holistički pristup, usmjerenost na pacijenta i uvažavanje pacijenta kao subjekta zdravstvene njege. Bolesnik je središte i centar zbivanja i treba ga prihvatiti kao aktivnog sudionika u zdravstvenoj njezi, te treba shvaćati bolesnika u skladu s njegovom prirodom i potrebama koje mu moraju biti zadovoljene. [28]

Proces zdravstvene njege se odvija u 4 faze:

- Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
- Planiranje zdravstvene njege
- Provođenje zdravstvene njege bolesnika
- Evaluacija zdravstvene njege bolesnika.

Kada se definira problem provodi se planiranje zdravstvene njege koje uključuje utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija. Nakon planiranja prelazimo na provođenje zdravstvene njege te ona obuhvaća validaciju plana, analizu uvjeta i realizaciju. Evaluacija zdravstvene njege sastoji se evaluacije cilja i evaluacije plana. [28]

Proces zdravstvene njege razlikuje se u pojedinim dijelovima jer nije svaki odjel u bolnici isti. Medicinska sestra prikuplja podatke o bolesniku, ali usmjerava pažnju i na dijelove vezane uz psihijatrijsku bolest. Nakon prikupljenih podataka medicinska sestra postavlja sestrinsku dijagnozu. Sestrinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem kojeg su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i kompetentne tretirati. Dijagnoze mogu biti aktualne, visoko rizične. Intervencije su usmjerene na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, edukaciju bolesnika i obitelji te sprječavanje mogućih komplikacija. [28]

4.5 Sestrinske dijagnoze kod psihijatrijskih bolesnika

- Anksioznost u/s osnovnom bolešću i hospitalizacijom
- Socijalna izolacija u/s hospitalizacijom
- Visok rizik za pad u/s uzimanjem psihofarmaka
- Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću
- Poremećaj spavanja u/s promjenom okoline i navika

Dijagnoza: Anksioznost u/s osnovnom bolešću i hospitalizacijom

Cilj: Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.

Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost)
- Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima
- Potaknuti pacijenta da prepozna situacije koji potiču anksioznost.

- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje

Evaluacija: Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih

Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda [29]

Dijagnoza: Socijalna izolacija u/s hospitalizacijom

Cilj: Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti

Pacijent će razviti suradljiv odnos

Intervencije:

- Poticati pacijenta na izražavanje emocija
- Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- Osigurati pomoć drugih zdravstvenih djelatnika
- Naučiti pacijenta asertivnom ponašanju
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju

Evaluacija: Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti.

Pacijent je razvio suradljiv odnos s zdravstvenim osobljem i drugim pacijentima [29]

Dijagnoza: Visok rizik za pad u/s uzimanjem psihofarmaka

Cilj: Pacijent tijekom boravka u bolnici neće pasti

Pacijent će se pridržavati sigurnosnih mjera za sprječavanje pada

Intervencije:

- Upoznati bolesnika s novom okolinom
- Staviti zvono na dohvat ruke
- Nadzirati pacijenta tijekom kretanja zbog djelovanja lijekova
- Naučiti pacijenta da tijekom ustajanja iz kreveta prvo sjedi malo na krevetu i zatim da ustane polako

- Podučiti pacijenta o korištenju pomagala

Evaluacija: Tijekom boravka u bolnici pacijent nije pao

Pacijent aktivno sudjeluje u mjerama sprečavanja pada[30]

Dijagnoza: Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću

Cilj: Pacijent će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje.

Pacijent će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone.

Intervencije:

- Osigurati okolinu- prilikom prijema pacijentu oduzeti sve oštre predmete ili predmete kojima bi mogao nauditi sam sebi
- Obitelj uputiti da ne donosi nikakve oštre predmete
- Osigurati odnos povjerenja između medicinske sestre i bolesnika
- Potaknuti pacijenta na komunikaciju i da otkrije vlastitu snagu i upornost
- Kontrolirati uzimanje terapije
- Kontaktirati psihijatra pri pogoršanju stanja pacijenta.

Evaluacija: Pacijent verbalizira suicidalne misli i osjećaje

Pacijent traži pomoć pri autodestruktivnim nagonima.[31]

Dijagnoza: Poremećaj spavanja u/s promjenom okoline i navika

Cilj: Pacijent će prepoznati čimbenike koji ometaju ili otežavaju san

Pacijent će biti odmoran.

Intervencije:

- Ukloniti čimbenike koji otežavaju spavanje
- Poticati pacijenta na promjenu navika: smanjenje kave i cigareta prije spavanja
- Napraviti sa pacijentom dnevnik aktivnosti
- Primijeniti lijekove koje je ordinirao liječnik

- Stvoriti mirnu okolinu oko pacijenta prije spavanja

Evaluacija: Pacijent izjavljuje da se naspavao

Pacijent verbalizira probleme vezane uz spavanje.[31]

5 Uloga medicinske sestre u liječenju psihijatrijskih bolesnika

Hospitalizacija za psihijatrijskog bolesnika često predstavlja problem zbog nove okoline, ljudi na koje nisu navikli te se javlja kod bolesnika osjećaj straha, nepovjerenja, napetosti.[32] Medicinska sestra je najviše u doticaju s bolesnicima jer je njezino područje rada sam bolesnik i briga o njemu. O kvalitetnoj interakciji između bolesnika i medicinske sestre ovisi to kako bolesnik prihvati hospitalizaciju i stanje u kojem se nalazi. Medicinska sestra sa bolesnikom mora uspostaviti terapijski odnos jer on najviše doprinosi liječenju. Bolesnik prema medicinskoj sestri može uspostaviti indiferentan odnos, ne primjećivat ju, biti agresivan ili može biti pretjerano susretljiv. Prvi susret s bolesnikom je od velikog značaja za kasniji tijek liječenja. Važno je medicinska sestra prema bolesniku uspostavi pozitivan stav bez straha i predrasuda. Medicinska sestra mora biti strpljiva, tolerantna i odgovorna te mora poštovati Etički kodeks medicinskih sestara.[32] Ukoliko se stvori pozitivan odnos između medicinske sestre i bolesnika to uvelike pozitivno utječe na liječenje i kod bolesnika se stvara osjećaj samopoštovanja i samopouzdanja što koristi liječenju. Psihijatrijski bolesnici često su nepovjerljivi i nesusretljivi zbog svoje bolesti pa to zahtjeva veliki trud da se stvori povjerenje. Psihijatrijski bolesnik mora vjerovati da mu sestra želi pomoći u prevladavanju njegove bolesti, biti siguran u njezine dobre namjere, treba steći osjećaj pripadnosti odjelu i sredini u koju je došao. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Medicinska sestra prihvaća bolesnika sa svim njegovim vrijednostima, manama, problemima i kroz komunikaciju pokušava ohrabriti ga ili zadovoljava bolesnikove potrebe za podrškom, slušanjem, savjetom, razgovorom ili samo socijalnim kontaktom da bolesnik vidi da je neko uz njega i da mu pomaže u liječenju.[32] Kroz komunikaciju se djeluje na razmišljanje, osjećaje i ponašanje. Bolesnik vrlo dobro zapaža i prilično je osjetljiv na neverbalne poruke medicinske sestre i drugih članova terapijskog tima. Medicinska sestra uključuje u terapijski odnos s bolesnikom i njegovu obitelj kao partnere u zdravstvenoj njezi i liječenju. Razvojem tehnologije i medicine sve je više etičkih izazova i odluka s kojima se medicinske sestre susreću u poučavanju bolesnika. [33] S bolesnikom treba razgovarati u pravo vrijeme i treba poštovati njegovu privatnost te poštovati kad nije za komunikaciju i terapijsku poduku. Rad s psihijatrijskim bolesnicima je veoma težak

i specifičan pa osoblje treba stalno usavršavati svoje znanje i vještine da bi adekvatno pružalo odgovarajuće terapijske postupke i da bi zajedničkim snagama doveli liječenje bolesnika pozitivnom kraju. Timski rad u psihijatriji veoma je važan dio liječenja bolesnika.[33] To je suradnja više različitih stručnjaka u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji bolesnika. Psihijatrijski tim čini liječnik psihijatar, socijalni radnik, psiholog, radni terapeut, medicinska sestra. Svaki od stručnjaka ima svoj dio zadatka te se u konačnici nadopunjuju za dobrobit liječenja. Uloga medicinske sestre u timu odnosi se na proces suradnje s liječnikom i ostalim članovima, gdje ona sudjeluje kao ravnopravni član. Prednosti timskog rada su veća i učinkovita kvaliteta liječenja bolesnika, brži dolazak do cilja i otpuštanja bolesnika iz bolnice, manje pogrešaka u radu i prenošenje znanja na mlađe i manje iskusne članove tima, niža je razina stresa i veće je zadovoljstvo u radu te samih bolesnika i njihovih obitelji. [33]

6 Hitna psihijatrijska stanja u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi

Hitna medicinska služba poseban je dio medicinske zdravstvene zaštite čije je glavno obilježje izvan bolničko djelovanje s ciljem pružanja neophodne i neodgodive medicinske intervencije, a čijim bi se nepoduzimanjem teže narušilo zdravstveno stanje i izazvalo trajno oštećenje životnih funkcija.[34] Djelatnost hitne medicine obuhvaća provođenje mjera i postupaka hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulanti zavoda za hitnu medicinu. Djelatnost izvanbolničke hitne medicine obavlja Županijski zavod i njegove ispostave za područje županije. Republika Hrvatska ima 21 županijski zavod za hitnu medicinu.[34] Tim hitne pomoći sastoji se od : doktora medicine ili specijalista hitne medicinske pomoći, medicinske sestre/tehničara i vozača. Doktor medicine obavlja pregled, dijagnostičke postupke, određuje i primjenjuje terapiju te koordinira radom ostalih članova tima. Medicinska sestra/tehničar sudjeluje u obavljanju pregleda te primjeni dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Vozač doprinosi timskom radu i zbrinjavanju hitnog pacijenta. [35]

Hitna medicinska služba bavi se zbrinjavanjem hitnog pacijenta među kojima su i psihijatrijski pacijenti. Psihijatrijska stanja koja se najčešće zbrinjavaju u izvanbolničkoj hitnoj su:

- stanja izazvana konzumacijom alkohola- alkoholizirani bolesnici, patološko pijano stanje, alkoholni delirij.
- Akutne reakcije na stres
- Pokušaji samoubojstva i samoubojstva
- Pogoršanje psihičkog stanja tj. pogoršanje stanja osnovne psihijatrijske bolesti[34]

Stanja koja su izazvana pretjeranom konzumacijom alkohola često se rješavaju zbrinjavanjem bolesnika na terenu te transportom u najbližu zdravstvenu ustanovu. Pacijenti su često agresivni, nesuradljivi ili su u besvjesnom stanju. Kod zbrinjavanja bolesnika mjere se osnovni parametri, saturacija kisika u krvi, puls, disanje, krvni tlak, razina šećera u krvi. Pacijenti su skloni povraćanju te treba obratiti pozornost da se ne bi gušili. Od terapije se daje otopina 9% natrijevog klorida i.v.[34]

Akutne reakcije na stres je kratko razdoblje nakon viđenog ili doživljenog traumatizirajućeg događaja. Često pacijenti dolaze u ambulante s simptomima pritiska u prsima, teškog disanja, potištenosti. Nakon obavljenog pregleda i razgovora s pacijentom dolazi se do rješenja te sami pacijenti shvaćaju da je stres jedan od glavnih uzročnika njihovih simptoma. Današnji način života i stanja u kojima se čovjek kroz život nađe uvelike utječu na proživljavanje i nošenje sa stresom. Komunikacija s takvim pacijentima jedan je od glavnih terapijskih postupaka. Od lijekova za smirenje daje se diazepam 5mg per. os [35]

Diazepam je benzodiazepin s anksiolitičkim, sedativnim, hipnotičkim, mišićno-relaksirajućim i antikonvulzivnim djelovanje. Koristi se u ampulama 10 mg/2ml, rektalna klizma 5mg i 10 mg/2,5 ml i diazepam 5mg za per.os primjenu. Kod akutne psihoze ili akutne psihoorganske reakcije daje se 2-10 mg i.m ili i.v. Kod akutnog ustezanja od alkohola daje se 5-10 mg i.m ili i.v vrlo polako. Kontraindikacije za primjenu lijeka su: akutna alkoholna intoksikacija praćena depresijom vitalnih funkcija, šok, ozljede glave, preosjetljivost na benzodiazepine. Glavne nuspojave lijeka su: pospanost, omaglica, zbunjenost, depresija disanja, hipotenzija srčani zastoj. [35]

Pokušaji samoubojstva su česti slučajevi koje zbrinjava izvanbolnička hitna medicinska služba. Trovanje lijekovima je najčešći način kod pokušaja samoubojstva. Bolesnici su uznemireni, ne vide smisao života, plaću. Uloga medicinske sestre da im daje potporu i riječi utjehe kod transporta u bolnicu. Takvi pacijenti hospitaliziraju se u bolnici jer im je potrebno liječenje. Svaku osobu s ozbiljnom ozljedom, koju je sama sebi nanijela, treba obraditi, a tjelesnu ozljedu liječiti.[35] Ako se potvrdi uzimanje prekomjerne doze potencijalno smrtonosnog lijeka, hitno

se poduzimaju mjere za sprječavanje apsorpcije i ubrzanje izlučivanja, primjenjuje se svaki dostupni protuotrov i potporno liječenje.[35]

Lijekovi koji se koriste u hitnoj medicinskoj službi:

- Haloperidol- derivat butirofenona s jakim antipsihotičkim učinkom. Inhibira nekordinirane pokrete i ima jaki antiemetski učinak. Kod jake agitiranosti ili agresivnosti kod akutne psihoze ili delirija, daje se 2-10 mg intramuskularno. Kontraindikacije su preosjetljivost na lijek, stanja kome, akutna otrovanja depresorima središnjeg živčanog sustava, djeca mlađa od 3 godine, trudnoća i dojenje.
- Flumazenil- kompetitivni antagonist benzodiazepina na specifičnim receptorima. Daje se kod depresije disanje izazvane trovanjem benzodiazepinima. Inicijalna doza primjene lijeka je 0,2 mg i.v kroz 30 sekundi, maksimalna doza je 3 mg. Većina pacijenata reagira na dozu od 0,6 mg do 1 mg. Kontraindikacije za davanje lijeka su: preosjetljivost na benzodiazepine, povišeni intrakranijalni tlak, epilepsija pod dugotrajnom terapijom. Glavne nuspojave lijeka: konvulzije, mučnine, povraćanje, nemir, konfuzija. [35]
- Nalokson- kompetitivni antagonist opioidnih receptora bez agonističkog učinka. Preporučena doza je 0,4-2 mg i.v u bolusu ili i.m ili s.c, može se ponavljati svake 2-3 minute do ukupno 10 mg. Kontraindikacija nema, a nuspojave su sindrom ustezanja kod ovisnika.[35]

Pogoršanje psihičkog stanja česta su stanja kod kojih je potrebna intervencija tima 1 hitne medicinske službe. To su osobe koje boluju od shizofrenije, depresije, poremećaja osobnosti, anksioznih poremećaja, ovisnosti. Pogoršanje psihičkog stanja nastupa često naglo i bez ikakve najave te obitelj ili sam pacijent traži pomoć. Anksioznost se pojavljuje iznenada i njezini uzroci nisu u potpunosti pouzdani te se razvijaju bez prethodnih okidača. Takvi pacijenti transportiraju se u bolnicu u pratnji liječnika jer pogoršanje psihičkog stanja može dovesti do pokušaja samoubojstva i težih posljedica na zdravlje. Lijek koji se koristi za smirenje pacijenta je haloperidol. Derivat je butirofenola s jakim psihotičkim učinkom. Tijekom primjene dobra je regulacija neurovegetativnog sustava i psihomotorike. Koristi se kod jake agitiranosti, hiperaktivnosti i agresivnosti kod akutne psihoze. Daje se 2-10 mg i.m. Kontraindikacije su preosjetljivost na lijek, stanje kome, akutna otrovanja depresorima SŽŠ, parkinsonizam, trudnoća i dojenje. Glavne nuspojave lijeka su depresija, omaglica, sedacija, vrtoglavica, tahikardija, hipotenzija. [36]

Slučajno ili namjerno predoziranje lijekovima je jako čest problem s kojim se susreće tim izvanbolničke hitne medicinske službe. Kod namjernog predoziranja hitno treba utvrditi vjerojatni fizički rizik, emocionalno i fizičko stanje osobe te potrebu za dodatnom potporom drugih službi, npr. policije. Kod takvog bolesnika treba provesti brzu procjenu psihičkog zdravstvenog stanja uključujući procjenu rizik od samoubojstva. Kod većine slučajeva dijagnoza predoziranja postavlja se na temelju anamnestičkih ili heteroanamnestičkih podataka ili posrednih dokaza. Dobra anamneza temelj je postavljanja dijagnoze. [36]

Predožiranje alkoholom je često hitno stanje i obično prolazan problem. Kod kombinacije s prekomjernom dozom lijekova predstavlja ozbiljan problem.[37] U kombinaciji s opioidnim lijekovima ili sedativima dodatno snižava razinu svijesti i povećava rizik od aspiracije ili povraćanja. Kod takvih bolesnika svakako treba izmjeriti razinu glukoze u krvi, osobito kod djece i mladih odraslih osoba koje su „pijane“ jer hipoglikemija (glukoza u krvi <3,0 mmol/l) je česta i zahtijeva oralnom ili intravenskom primjenom glukoze. [37]

Predožiranje benzodiazepinima je česta zbog njihove široke primjene u populaciji. Uzrokuju vrtoglavicu, smetenost, ataksije, mogu uzrokovati poremećaj svijesti do kome te u velikim količinama i zastoj srca. Bolesniku je potrebno osigurati simptomatsku i suportivnu terapiju i prevesti ga u bolnicu. Specifični antidot je flumazenil, ali se ne preporuča njegova rutinska primjena u izvanbolničkoj skrbi.[37]

Predožiranje tricikličkim antidepressivima (klomopramin, amitriptilin) može uzrokovati acidozu, hipotenziju, srčane aritmije te poremećaj svijesti. Kod zbrinjavanja takvih bolesnika predožiranih triciklicima rano treba uspostaviti nadzor srčanog ritma i otvoriti IV put. Aritmije s pulsom u početku se liječe s kisikom, a antiaritmici se daju ako postoji cirkulacijski kolaps. [37]

Predožiranje kokainom je hitno medicinsko stanje i bolesnika treba hitno prevesti u bolnicu. Specifično je postupanje kod predožiranja kokainom u izvanbolničkim uvjeta. Postupci kod predožiranog bolesnika kokainom:

- dati kisik (saturacija >94%)
- Asistirano umjetno disanje-umjesto disanje po stopi 10-12 udisaja po minuti
- Nadzirati srčani ritam, snimiti 12 kanalni EKG
- Dati acetilsalicilnu kiselinu ako se bolesnik žali na bolove u prsištu

- Dati diazepam ako bolesnik ima tešku hipertenziju
- Dati paracetamol i hladiti bolesnika ako ima povišenu tjelesnu temperaturu. [37]

Progutani kokain ili kokain umetnut u rektum predstavlja hitno medicinsko zbrinjavanje te zahtijeva hitan prijevoz u bolnicu čak i ako je bolesnik bez znakova i simptoma predoziranja. Nerijetko se susreću osobe koje su uzele prekomjernu dozu neke tvari te potom odbijaju liječenje ili prijem u bolnicu. Veoma je važno procijeniti njihovo psihičko stanje i rizik od samoubojstva. Ako je bolesnik rizičan potrebna je nazočnost policije. [37]

Za humano sputavanje u hitnom medicinskoj službi koristi se psihijatrijska stezulja koja se sve manje koristi. [37]

Prva intervencija i prva pomoć pacijentu najčešće je od tima hitne medicinske pomoći koja se započinje na mjestu događaja (kuća, stan, javni prostor) nastavlja se u vozilu hitne medicinske pomoći te završava predajom pacijenta zdravstvenom osoblju u najbližoj zdravstvenoj ustanovi. [37]

7 Zaključak

Svrha i cilj ovog rada bilo je prikazati hitna stanja u psihijatriji jer je ta grana medicine veoma zahtjevna. Psihijatrijski pacijenti veoma su specifični i rad s njima zahtjeva veliko znanje, snalažljivost i iskustvo. Medicinska sestra/tehničar mora biti svjestan opasnosti koja prijete u radu s hitnim psihijatrijskim bolesnikom. Hitna stanja u psihijatriji su brojna i zahtijevaju veliku spretnost svih članova tima koji sudjeluju u liječenju bolesnika. Uz novotvorine predstavljaju vodeće uzroke hospitalizacija bolesnika na odjelima. Najčešći razlozi za hitnu psihijatrijsku intervenciju jesu agitiranost, agresivnost i nasilničko ponašanje, suicidalnost, rane intoksikacije i akutne nuspojave primijenjenih lijekova. Kao terapijske intervencije primjenjuju se medikamentozna terapija i fizičko sputavanje pacijenta koji je agresivan. Medicinska sestra procjenjuje stanje bolesnika kroz komunikaciju i praćenje njegovih navika da bi se što bolje stvorio plan zdravstvene njega i kroz intervencije pružila najbolja skrb za bolesnika. Uloga medicinske sestre je smiren i empatičan pristup prema bolesniku i njegovoj obitelji. Poučavanje o zdravlju glavna je funkcija zdravstvene njege, a kroz poučavanje učimo kako postaviti bolesnika i njegove potrebe u središte. Timski rad uključuje više stručnjaka koji brinu o zdravlju bolesnika, te se oni međusobno nadopunjuju iskustvom, znanjem i kompetencijama. U liječenje bolesnika veoma je važno uključiti i obitelj koja će nakon boravka na odjelu bolesnika integritirat u društvo i zajednicu u kojoj boravi.

8 Literatura

1. P. Filaković i sur.: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2014
2. V. Muačević, Psihijatrija, Medicinska naklada, 1995
3. Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja [Internet].2010.Dostupno: http://www.zzjzvpz.hr/hr/sadrzaj/djelatnost/1/publikacije/psihologija_u_zastiti_mentalnog_zdravlja_Sinisa_Brlas.pdf
4. Hitna stanja u psihijatriji, [Internet] dostupno: <http://zzjzvv.hr/index.php?gid=35&aid=53>
5. 1. Moro Lj. Frančišković T. i suradnici. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Medicinska naklada. Zagreb; 2011; 1: 1-2.
6. D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
7. J. Vlado, D. Ostojić: Hitna stanja u psihijatriji, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2018.
8. LJ. Hotuljac. i suradnici, Psihijatrija, 2006, Medicinska naklada, 2006
9. PW. O'Carroll, AL. Berman , R. Maris i sur. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996;26(3):237–52.
10. Alkoholizam, [Internet] dostupno: 22.9.2021 <https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/138/Alkoholizam.html>
11. MSD priručnik. Delirij [Internet].Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-idemencija/delirij>
12. Janović Š, Bajš Janović M. Farmakoterapija hitnih stanja u psihijatriji. U: Mihaljević Peleš A, Šagud M (ur.). Antipsihotici u kliničkoj praksi. Medicinska naklada, Zagreb; 2010, str. 71–79
13. D. Degmečić, V. Kovač. Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari. U: P. Filaković (ur.). Psihijatrija. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 263–286.
14. Ovisnost o heroinu,[Internet] dostupno:22.9.2011 https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/ovisnost-o-heroinu-heroinska-kriza-fizicka-i-psihicka-ovisnost-lijecenje
15. D. Degmečić .Poremećaji psihičkih funkcija. U: Filaković P (ur.). Psihijatrija. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 129–148

16. RJ. Gurrera , SN. Caroff , A. Cohen i sur. An international consensus study of neuroleptic malignant syndrome diagnostic criteria using the Delphi method. J Clin Psychiatry 2011;72:1222–28. doi: 10.4088/ JCP.10m06438.
17. MH. Allen (ur.). Emergency Psychiatry. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC; 2007.
18. A. Silić, A. Savić, I. Čulo, S. Kos, J. Vukojević, D. Brumen, D. Ostojić. Approach to Emergencies in Schizophrenia in University Hospital "Vrapče". Psychiatr Danub. 2018;30(Suppl 4):203-207.
19. Shizofrenija, [Internet] dostupno: 15.9.2021 https://www.krenizdravo.hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/paranoidna-shizofrenija-simptomi-cimbenici-rizika-i-lijecenje
20. Depresija, [Internet] dostupno: 15.9.2021 <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>
21. Depresija, [Internet] dostupno: 15.9.2021 <https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/25/Depresija.html#21765>
22. D. Begić, V. Jukić, V. Medved. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015
23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje [Internet]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzbaepidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
24. V. Jengiće, S. Katalinić: Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji, Zbornik Pravnog Fakulteta Sveučilišta u Rijeci
25. Zakon o zaštiti duševnih bolesnika, dostupno: 13.9.2021 https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_08_71_1697.html
26. Pregled neurološkog bolesnika [Internet], dostupno:20.09.2021<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/pristup-neuroloskom-bolesniku>
27. B. Sedić. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Visoka zdravstvena škola. Zagreb; 2014.
28. G. Fučkar. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta. Zagreb; 1995; 6: 206- 213
29. Sestrinske dijagnoze 1, [Internet] Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011.dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
30. Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2013

31. Sestrinske dijagnoze 3, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2015
32. N.Prlić, et al., Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2008.
33. Sestrinska skrb za psihijatrijskog bolesnika. [Internet] dostupno na: <http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/10/sestrinska-skrb-na-psihijatrijskom.html>, posjećeno 07.09.2021
34. Izvan bolnička hitna medicinska služba, priručnik za medicinske sestre/tehničare, Zagreb, 2018
35. N. Mimica , S. Štrkalj Ivezić , V. Folnegović Šmalc, Farmakološke smjernice za liječenje anksioznih poremećaja osim posttraumatskog stresnog poremećaja. Medix. 2007;13:60-5
36. Pristup psihijatrijskom bolesniku, dostupno na: <http://www.msdpriprucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/pristup-psihijatrijskom-bolesniku/hitna-stanja-u-psihijatriji> posjećeno: 07.09.2021
37. G. Antić, M. Čanađija, S. Čoralić, K. Kudrna – Prašek, R. Majhen – Ujević, A. Simić, Izvanbolnička hitna medicinska služba, priručnik za doktore, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, 2018.

9 Popis tablica i slika

2. Tablica broj 2.3. Stanja koja uzrokuju agitaciju, izvor: Lj. Hotuljac i suradnici, Psihijatrija, 2006, Medicinska naklada,



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, MAJA ŠTEFANEC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom HITNA STANJA U PSIHIJATRIJI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Štefaneć Maja
(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, MAJA ŠTEFANEC (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom HITNA STANJA U PSIHIJATRIJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Štefaneć Maja
(vlastoručni potpis)

