

Hitna stanja u psihijatriji

Jakovljević, Ines

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:464310>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br: 775/SS/2016

Hitna stanja u psihijatriji

Ines Jakovljević, 4817/601

Varaždin, rujan 2016.



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br: 775/SS/2016

Hitna stanja u psihijatriji

Student:

Ines Jakovljević, 4817/601

Mentor:

Melita Sajko, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2016.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRESDUPNIK	Ines Jakovljević	MATIČNI BROJ	4817/601
DATA	31.08.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Hitna stanja u psihijatriji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Emergencies in psychiatry		
MENTOR	Melita Sajko dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marija Božičević, mag.med.techn., predsjednik		
	2. Melita Sajko dipl.med.techn., mentor		
	3. doc.dr.sc. Hrvoje Hečimović, član		
	4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	775/SS/2016
OPIS	<p>Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem duševnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba koje su u psihičkim poteškoćama. U psihijatriji hitna su sva ona stanja koja sadrže promjene misaonog i emocionalnog sadržaja te interakciju s okolinom. Sama srž psihijatrijskih poremećaja je stalna nepredvidivost, agresivnost i opasnost za samog bolesnika i njegovu okolinu te takvo stanje zahtijeva hitnu intervenciju medicinskog osoblja. Ljudno hitnost označava pravodobnost pružanja pomoći kako bi se spriječio prelazak u teže psihičko poremećeno stanje. Medicinske sestre, kao dio medicinskog osoblja za zbrinjavanje pacijenata, imaju vrlo važnu ulogu u procesu zdravstvene skrbi jer upravo temeljem njihovog odnosa s pacijentom i svojevrsnom empatijom te sudjelovanju u informiranju o problemima i mogućnostima pacijent doživljava neku sigurnost od svoje okoline.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- navesti učestalost hitnih stanja u psihijatriji u RH- opisati temeljne značajke hitnih stanja u psihijatriji- opisati pojedina hitna stanja u psihijatriji- opisati zadatke medicinske sestre kod pojedinih hitnih stanja u psihijatriji- opisati zdravstvenu njegu psihijatrijskih bolesnika u hitnim stanjima

ZADATAK DODAN 15.09.2016



Predgovor

Završni rad pod nazivom "Hitna stanja u psihijatriji" izrađen je pod mentorstvom prof. Melite Sajko, dipl.med.techn.

Motiv za pisanje ovoga rada je dvadeset godišnja posvećenost pozivu medicinske sestre moje, sada već pokojne, majke koja je svoj radni staž provela u NPB Dr. Ivan Barbot, Popovača.

U radu sam pokušala raščlaniti uvjete u kojima se psihijatrijski pacijent u različitim kriznim stanjima hospitalizira i uz medicinske intervencije utječe na njegov mentalni oporavak te povratak u obitelj i svakodnevno funkcioniranje.

Zahvaljujem mojim najmilijima, prvenstveno ocu Josipu, na svom njihovom strpljenju i podršci. Zatim ne manje važna, slijedi zahvala mojoj dragoj mentorici na susretljivosti i pomaganju sa toliko potrebnim informacijama kako bi ovaj rad bio što bolji. Zahvaljujem članovima komisije i trudu koji su uložili da pregledaju ovaj rad te sugestijama utjecali da bude čim kvalitetniji.

Sažetak

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba s takvim poteškoćama. Mentalno zdravlje osobe je dio općeg zdravlja te predstavlja vrlo važan resurs za pojedinca i naciju. U psihijatriji hitna su sva ona stanja koja sadržavaju promjenu misaonog i emocionalnog sadržaja te interakciju s okolinom. Sama srž mentalnog poremećaja je stalna nepredvidivost, ispadi u ponašanju i opasnost za samog bolesnika i njegovu okolinu te takvo stanje zahtijeva hitnu intervenciju medicinskog osoblja da bi se smanjile patnje za bolesnika i mogućnost ugrožavanja okoline koja ga okružuje. Ujedno hitnost označava i pravodobnost pružanja pomoći kako bi se spriječio prelazak u teže psihičko poremećeno stanje. Medicinske sestre, kao dio medicinskog osoblja za zbrinjavanje pacijenata sa nekim od hitnih psihijatrijskih stanja imaju vrlo važnu ulogu u procesu zdravstvene skrbi, jer upravo temeljem njihovog odnosa sa pacijentom i svojevrsnom empatijom te sudjelovanju u informiranju o problemima i mogućnostima, pacijent doživljava neku sigurnost od svoje okoline. Sestrinstvo je profesija usko vezana uz rad s ljudima, kao bolesnicima ili suradnicima. Svjesnost o postojanju empatije u ovom zanimanju je važna. Medicinska sestra bi trebala imati sposobnost razumjeti bolesnika, svoje suradnike, a i samu sebe. Sa takvim ponašanjem osoba se ne rađa te bi se trebalo kroz život učiti kako se tako ponašati. Empatija je sposobnost uživanja u emocionalna stanja druge osobe i razumijevanje njenog položaja (npr. patnje, ugroženosti) na osnovi percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi. Iako postoji suptilna razlika između suosjećanja i empatije, velika većina ove termine poistovjećuje. Suosjećanje pretpostavlja sažaljenje zbog gubitka nekog ili nečeg, dok empatija pretpostavlja osjećati s drugim, razumjeti i uvažavati tuđe osjećaje i misli. Ona je odlučujući faktor u međuljudskim odnosima, empatija se ne može glumiti. Svi se rađamo s određenim predispozicijama za empatičko razumijevanje, no o samom razvitku takvog ponašanja uvelike ovisi o poticajima iz okoline, učenju razumijevanja drugih, gledanje iz tuđe perspektive, zauzimanje različitih uloga. Mnogi posjeduju sposobnost empatije, ali imaju poteškoća u iskazivanju te djeluju hladno, dok neki pretjeruju sa njome te djeluju preblisko.

Ključne riječi: psihijatrija, hitna stanja, poremećaji, medicinska intervencija, zdravstvena njega

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

JIL – jedinica intenzivnog liječenja

OKP – opsesivno kompulzivni poremećaj

PTSP – posttraumatski stresni sindrom

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj	3
3. Temeljne značajke hitnih stanja u psihijatriji	4
3.1. Pojmovno određenje hitnog stanja u psihijatriji	4
3.2. Klasifikacija hitnih stanja u psihijatriji	5
3.3. Analiza pojedinih hitnih stanja u psihijatriji	11
3.3.1. Stanje akutne konfuzije i agitacije.....	11
3.3.2. Anksiozno stanje, panični napadaj i fobija	12
3.3.3. Psihotična stanja	14
3.3.4. Pokušaj samoubojstva.....	16
3.3.5. Akutna opijenost alkoholom	16
3.3.6. Delirij	17
3.3.7. Depresija.....	18
3.3.8. Demencija.....	19
4. Psihijatrijske ustanove	20
5. Medicinska sestra i hitna stanja u psihijatriji	22
5.1. Zadaci medicinske sestre u pojedinim hitnim stanjima u psihijatriji	23
5.1.1. Suicidalan bolesnik	24
5.1.2. Apstinencijska kriza	25
5.1.3. Sindrom akutne anksioznosti	25
5.1.5. Akutna alkoholna intoksikacija.....	27
5.2. Sestrinska skrb na psihijatrijskom odjelu	27
6. Timski rad u psihijatriji	29
7. Zaključak	30
8. Popis literature	31

1. Uvod

Psihijatrija (grč. psihe=duša, iatreo=liječim) je grana medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba s psihičkim teškoćama. [1]

Mentalno zdravlje dio je općeg zdravlja. Ono predstavlja važan resurs za pojedinca, obitelji i nacije. [1]

Mentalni poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života kako oboljelog tako i njegove obitelji i društvene okoline, te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema kako u svijetu tako i u Hrvatskoj.[1]

Mentalni poremećaji okarakterizirani su psihološkom i biološkom disfunkcijom odnosno disfunkcijom u ponašanju pojedinca. Uključuju čitav niz smetnji od poremećaja afekta, raspoloženja, opažanja, mišljenja, inteligencije, pažnje, nagona, spavanja i volje do poremećaja svijesti. Kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupovi simptoma relativno teški, dugotrajni i popraćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti ili invaliditetom. [1]

Mentalni su bolesnici od samog početka civilizacije imali poseban društveni status. Odnos prema mentalnom bolesniku još i danas se sporo mijenja. Duševna bolest često pobuđuje strah u ljudi, javnost zazire od takvog bolesnika i još uvijek postoje negativni stavovi prema psihijatriji.

Problem istraživanja hitnih stanja u psihijatriji obuhvaća stanja s potrebom hitne intervencije. Definicija razlikuje više stanja prema uzroku. Iz problema proizlazi predmet istraživanja koji istražuje najčešća hitna stanja u psihijatriji i kako intervenirati u slučaju istih. Postoje dva objekta istraživanja, a to su hitna stanja i zdravstvena njega pacijenata s hitnim stanjima u psihijatriji.

U svim medicinskim disciplinama pa i u psihijatriji, urgentno stanje pacijenta definira se prema stupnju neodgodive potrebe za tretmanom, odnosno terapijskom intervencijom. [2]

U hitna psihijatrijska stanja u užem smislu ubrajaju se sva stanja u kojima je ugrožen život psihijatrijskog bolesnika ili pak sam bolesnik ugrožava svoju okolinu tako da je nužna promptna terapijska intervencija. U širem smislu hitna psihijatrijska stanja uključuju sva stanja u kojima bi izostanak ili dulje odgađanje terapijske intervencije mogli dovesti do ozbiljne opasnosti za bolesnika i/ili njegovu okolinu. [3]

Pitanje agresivnosti i trend porasta nasilja kao i procjena opasnosti odnosno rizika za pojavu nasilja, u školama, kod ovisnika o drogama, depresivnih i suicidalnih osoba, bračnih partnera, u obiteljskom okružju, toliko je aktualno da se zbog njega provode posebni programi i projekti u svim zemljama i posvećuju mu se tematski psihijatrijski, psihologijski, sociološki i pedagoški kongresi.[4]

2. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj

Mentalni poremećaji relativno su visoke prevalencije, često počinju u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg su kroničnog tijeka, smanjuju kvalitetu života i znatno sudjeluju u korištenju zdravstvenih resursa. U Hrvatskoj, kao i globalno, mentalni poremećaji predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih izazova. [5]

Prema procjenama SZO za ukupno opterećenje bolestima za Hrvatsku, mentalni i neurološki poremećaji na 2. su mjestu među vodećim skupinama bolesti; kod muškaraca s udjelom 20,7%, a kod žena s udjelom od 25,6%. Također, među 10 vodećih pojedinačnih uzroka opterećenja bolestima, tri su iz skupine mentalnih poremećaja: unipolarni depresivni poremećaji s udjelom 7,5 na 3. mjestu, slijede mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom 4,7% te Alzheimerova i druge demencije s udjelom 2,6% na 7. mjestu. [5]

Skupina mentalnih poremećaja prema broju hospitalizacija sudjeluje s oko 7% u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija u dobi je 20-59 godina što ovu dijagnostičku skupinu svrstava, uz novotvorine, u vodeće uzroke bolničkog pobola radno sposobnog stanovništva. Mentalni poremećaji su i vodeća skupina po korištenju dana bolničkog liječenja s udjelom od 20-25%. [5]

U 2013. godini registrirane su 40.422 hospitalizacije zbog mentalnih poremećaja od kojih je 70,6% bilo u dobi 20-59 godina. Ukupno je 1.359.112 dana bolničkog liječenja korišteno za skupinu mentalnih poremećaja. [5]

3. Temeljne značajke hitnih stanja u psihijatriji

3.1. Pojmovno određenje hitnog stanja u psihijatriji

U svim medicinskim disciplinama pa i u psihijatriji, urgentno stanje pacijenta definira se prema stupnju neodgodive potrebe za tretmanom, odnosno terapijskom intervencijom. [2]

U hitna psihijatrijska stanja u užem smislu ubrajaju se sva stanja u kojima je ugrožen život psihijatrijskog bolesnika ili pak sam bolesnik ugrožava svoju okolinu tako da je nužna terapijska intervencija. U širem smislu hitna psihijatrijska stanja uključuju sva stanja u kojima bi izostanak ili dulje odgađanje terapijske intervencije mogli dovesti do ozbiljne opasnosti za bolesnika i/ili njegovu okolinu. [3]

U trijaži treba razlikovati istinska hitna psihijatrijska stanja od onih koja su doživljena od bolesnika ili njegove obitelji kao hitna, ali mogu pričekati procjenu i intervenciju.

Hitnost i vrsta intervencije mogu bitno ovisiti o mjestu gdje se nalazi pacijent. Vrlo je važno s bolesnikom uspostaviti kontakt i potaknuti ga na suradnju s liječnikom. Nerijetko je nužno primijeniti medikamentoznu terapiju i prije same uspostave dijagnoze.

U hitnim psihijatrijskim situacijama primjenjuju se slijedeće medikamentozne metode:

1. Uspavljivanje bolesnika uz pomoć anesteziologa ili bez njega
2. Brza trankvilizacija i anksioliza (peroralno, intramuskularno, infuzijom)
3. Neuroleptizacijahaloperidolom [3]

Nerijetko je nužno i fizičko sputavanje, agitiranih i agresivnih pacijenata. [3]

3.2. Klasifikacija hitnih stanja u psihijatriji

Prema nekim literaturnim navodima tri su kategorije hitnosti.

Nulta kategorija hitnosti uključuje sva stanja koja zahtijevaju neodgodivu psihijatrijsku intervenciju, gotovo u pravilu nužna je neodgodiva ili hitna hospitalizacija, a uključuje: [3]

- **aktualno ili prijeteće nasilno ponašanje** - nasilnost je stvarno, namjeravano ili prijeteće nanošenje fizičke ili duševne boli nekoj osobi ili osobama. Prijetnje nanošenja ozljeda moraju biti jasne i nedvosmislene (npr. "Ubit ću te!"), prije nego neodređene izjave neprijateljstva. Nasilnost je ponašanje koje će vjerojatno povrijediti drugu osobu ili osobe. Ponašanje koje izaziva strah kod prosječne osobe može se smatrati nasilnim (npr. prikradanje i slijeđenje). Posljedice koje osjeti žrtva nisu nastale zbog određenog oblika nasilnog čina. Prije je to zbog samog čina (npr. osoba koja puca iz vatrenog oružja u masu ljudi i ne ozlijedi nikoga, počinila je nasilni čin).
- **prijetnju suicidom ili pokušaj suicida**-pokušaj suicida definira se kao čin u kojem je postojala svjesna namjera uništenja vlastitog života, ali koji nije završen i u kojem nije nastupila smrt. Suicid koji se pokuša naziva se parasuicid. Broj pokušaja je oko dva puta veći od broja počinjenih suicida.
- **prijeteći ili razvijeni delirij** – sindrom koji karakterizira poremećaj svijesti uz smanjenu sposobnost fokusiranja, održavanja i premještanja pažnje. Smatra se najčešćim mentalnim oblikom distresa u JIL-u. Uzroci su često multifaktorijalni. Za olakšanje simptoma potrebne su brojne mjere. Liječnici i ostalo medicinsko osoblje moraju osvijestiti važnost i posljedice bihevioralnih i emocionalnih poremećaja u kritičnih bolesnika.
- **toksičnost lijekova ili akutno nastale ozbiljne nuspojave** - neželjena djelovanja lijekova koja se javljaju kod njihove primjene. Nuspojave lijekova mogu varirati od neznatnih pa do po život opasnih što katkada ovisi o samom bolesniku.

U prvu kategoriju hitnosti pripadaju stanja:

- **izraženo bizarno ponašanje ili suicidalno-homicidalni rizik**
- **akutne agitacije**
- **razne intoksikacije**

Ta stanja zahtijevaju brzu skrb, ali hospitalizacija nije neodgodiva ili nužna. [3] Postoje upitnici, odnosno vodiči za procjenu, i kontrolne liste faktora rizika za procjenu opasnosti. One nisu psihološki testovi. Nije im svrha izraziti apsolutne ili relativne stupnjeve rizika, stupnjeve podudarnosti različitih mišljenja raznih procjenitelja (pouzdanost), ili točnost predviđanja procijenjenih osoba. Ovi vodiči predstavljaju sustavni, standardizirani, klinički koristan okvir za prikupljanje podataka i stručnu procjenu opasnosti npr. koje faktore treba razmotriti, koji tip informacija prikupiti i kako dobiti te informacije.[3]

Druga kategorija hitnosti uključuje:

- **situacijske krize i reaktivna stanja**
- **umjereno izražena anksiozna stanja**
- **sva druga potencijalno opasna stanja koja mogu uzrokovati razne komplikacije**

Nije nužna neodgodiva intervencija niti hospitalizacija.[3] Koncept rizika je kompleksan i usko povezan sa pojmom opasnosti i vjerojatnosti. Općenito, rizik je nedovoljno razumljivo izlaganje opasnosti i stoga se njegova pojava ne može predvidjeti sa sigurnošću. Koncept je višestran i odnosi se na prirodu opasnosti, vjerojatnost da će do opasnosti doći, učestalost pojave opasnosti, ozbiljnosti posljedica opasnosti i neminovnost opasnosti. Pokušaj razumijevanja i izbjegavanja rizika – proces koji se ponekad naziva procjena rizika – postao je centralni ili organizatorski koncept u mnogim područjima, uključujući zakon, biznis, medicinu i tehniku. Najčešće, procjena rizika proces je identificiranja i proučavanja opasnosti kako bi se smanjila mogućnost njene pojave. [3]

Hitna psihijatrijska stanja mogu nastati kao posljedica različitih poremećaja, bolesti, događaja i situacija. Mogu nastati i u prethodno mentalno zdravih osoba i u sklopu bilo kojeg društvenog poremećaja u određenim okolnostima.

Prema uzroku nastanka razlikuju se: [3]

1. Endogena stanja (tzv. funkcionalni i procesni mentalni poremećaji) :

- **katatona shizofrenija**– oblik u kojem dominiraju fizički simptomi kao što je nepokretnost, pretjerana motorička aktivnost ili zauzimanje čudnih položaja.
- **paranoidna shizofrenija**– oblik u kojem su prisutne sumanute ideje udružene s halucinacijama
- **manija s vrlo rizičnim ponašanjem**–znakovitost je u prekomjernoj fizičkoj aktivnosti i osjećaju izvanredno veselog raspoloženja
- **stupor** - stanje utrnulosti gotovo svih funkcija ličnosti. Razlikuju se katatoni, depresivni, histerični i organski stupor.
- **unipolarna i bipolarna depresija** s agitacijom i/ili suicidalnošću - poremećaji raspoloženja mogu se podijeliti u dvije osnovne skupine na temelju javljanja jedne ili više maničnih ili hipomaničnih epizoda, pa se tako svi poremećaji u kojima se javi manično (povišeno) raspoloženje nazivaju bipolarnim poremećajima, a oni u kojih se javlja samo depresija se nazivaju depresivnim unipolarnim poremećajima
- **duševni poremećaji s izraženom anoreksijom** - Anorexia nervosa je poremećaj jedenja u središtu kojeg se nalazi preplavljujući strah od debljanja. Oboljela osoba postaje opsjednuta slikom svog tijela i često doživljava sebe debelom iako je istina suprotna.
- **disocijativni poremećaj s opasnim ponašanjem** - disocijativni poremećaj identiteta, koji se prije nazivao poremećajem višestruke ličnosti je obilježen s 2 ili više identiteta ili osobnosti koje se izmjenjuju i nemogućnošću sjećanja o važnim osobnim podacima povezanim s nekim od tih identiteta.
- **teški panični poremećaj** - Napad panike je nagli nastup neupadljivog, kratkog razdoblja izrazite nelagodnosti ili straha, praćen somatskim ili spoznajnim simptomima. Panični poremećaj predstavlja pojavu ponavljanih napada panike.

- **granični poremećaj ličnosti s visokim suicidalnim rizikom** -usmjeravanje osjećaja ljutnje na druge prema samome sebi
 - **impulzivni poremećaj** - OKP je obilježen opsjednutostima, prisilama ili s oboje. Opsjednutosti i prisile izazivaju jaki stres i ometaju obrazovno i društveno djelovanje
 - **antisocijalni poremećaj ličnosti s visokim rizikom za agresivne reakcije** - je vrsta kronične mentalne bolesti kod koje su način razmišljanja, doživljavanje situacije i odnosi s drugima abnormalni i destruktivni. Osobe s antisocijalnim poremećajem ličnosti obično nemaju osjećaj za dobro i loše. Često mogu kršiti zakon i prava drugih, upadati u probleme ili sukobe. Mogu lagati, ponašati se nasilno i imati problema s drogama i alkoholom.
 - **Muenchausenov sindrom** - teški oblik umišljenog poremećaja se sastoji od ponavljanja lažnih tjelesnih simptoma bez vanjskog podražaja. Motivacija za ovakvo ponašanje je zauzimanje uloge bolesnika.
2. **Psihogena stanja** (povezana s konfliktnim situacijama i psihotraumatskim stresom gdje pripadaju reaktivni mentalni poremećaji i poremećaji prilagodbe):
- **akutna reakcija na stres** (žrtve zlostavljanja, silovanja, razbojstva i otmica, prirodnih i ratnih katastrofa) – nastaje nakon što je osoba bila suočena s događajima koji zadovoljavaju kriterije navedene i kod PTSP-a te je pritom reagirala intenzivnim strahom, osjećajem bespomoćnosti i užasa, a potom ima simptome npr.tuposti, ravnodušnosti, depersonalizacije, derealizacije i sl.
 - **situacijske krize** (reakcije na pojavu teške somatske bolesti) - već prva saznanja o postojanju mogućnosti da netko boluje od teške bolesti razvijaju napetost i nesigurnost. Ljudi različito reagiraju kada saznaju da boluju od maligne bolesti i da ih očekuje zahtjevno liječenje praćeno neizvjesnošću i brojnim medicinskim procedurama. Za nekoga je maligna bolest stres, za nekoga je životna kriza, a netko dijagnozu, liječenje i sve medicinske intervencije doživljava kao traumatska iskustva. Potvrda dijagnoze često je praćena raznolikim depresivnim krizama te strahom od smrti i neizvjesne budućnosti.
 - **razvojne krize** (kriza identiteta) - je vrijeme intenzivne analize i istraživanje različitih načina na koji sami sebe promatramo.

- **stanja paničnog straha** – dijeli se na spontani panični napad koji dolazi bez ikakvog upozorenja, specifični panični napad koji se događa kada se osoba nađe u specifičnoj situaciji ili mjestu koje izaziva paniku te situacijski panični napad koji se događa samo u određenim situacijama, ali one nisu uzrok napada
 - **stanja transa i opsjednutosti** - spontano prezentiraju nesistematizirane bizarne sadržaje religiozno isprovocirane, da bi iznenada zapali u nemir, transformirali glas, izvijaju se na stolici, stenju, dodiruju po tijelu, postaju koprofalični, lascivni, uz stereotipno ponavljanje riječi i pojmove, direktnih asocijacija pakla i sotonizma
 - **reaktivne psihoze** - psihoze izazvane u velikoj mjeri ili gotovo u potpunosti skorašnjim djelovanjem nekog izrazito nepovoljnog vanjskog čimbenika
 - **epidemijske emocionalne reakcije** - radi se o privatnoj logici subjekta koji osjeća ili čak nekog dijela ličnosti koji se nalazi u nesvjesnom. Logika može biti točna ili pogrešna, a emocija racionalna ili iracionalna, adekvatna ili neadekvatna. Važno je naglasiti da su emocije uvijek usmjerene ka adaptaciji
 - **reakcije odbijanja liječenja u vitalnim indikacijama** - bolesnici imaju svoje razloge zbog kojih ne pristaju na liječenje (loša iskustva drugih, obiteljski razlozi, besperspektivnost liječenja itd.)
- 3. Somatogena stanja** (povezana s raznim tjelesnim i neurološkim bolestima tako da se radi o organskim i simptomatskim duševnim poremećajima):
- **katatona organska stanja** – označavaju psihomotornu napetost i uzbuđenost, a javljaju se u dva osnovna oblika kao katatoni stupor i katatono uzbuđenje
 - **sumračna stanja** -u medicini je oblik kvalitativne poremećaji svijesti. To je stanje koje je karakterizirano suženjem polja svijesti. Nastaje naglo i traje nekoliko minuta do nekoliko dana i prestaje naglo, kako je i nastalo
 - **razni oblici demencija s noćnom agitacijom i psihozom** - demencija je kronični, globalni, obično ireverzibilni gubitak kognicije. One se mogu podijeliti na nekoliko načina: Alzheimerova ili ne-Alzheimerova, kortikalna ili subkortikalna, ireverzibilna ili potencijalno reverzibilna, ili česta odnosno rijetka
 - **delirantna stanja** (delirij, akutna konfuzna stanja, akutni organski psihosindrom) - stanja kvalitativno promijenjene svijesti: zamućenost,

poremećenost svijesti različita stupnja, uz poremećaje pažnje te nejasno, besciljno, rastrgano mišljenje i povećana sugestibilnost

- **svi drugi organski i simptomatski mentalni poremećaji** - ova podgrupa obuhvaća niz duševnih poremećaja grupiranih na osnovu zajedničke etiologije bolesti, povrede ili drugog oštećenja mozga, koje dovode do disfunkcije mozga.
- 4. Farmakogena stanja** (posljedica neželjenog djelovanja i interakcija psihofarmaka i/ili drugih lijekova)
- **maligni neuroleptički sindrom** - je rijetka, ali po život opasna reakcija na neuroleptičku terapiju. Sindrom je okarakteriziran groznicom, ukočenošću mišića, promjenom mentalnog stanja i autonomnom disfunkcijom
 - **toksični serotoninski sindrom** - simptomi serotoninskog sindroma se obično pojavljuju nekoliko sati nakon uzimanja novog lijeka ili povećanja doze lijeka
 - **aktazija** - akutna distonija unutar neuroleptičkog malignog sindroma
 - **ekstrapiramidne nuspojave** – dijele se na rane i kasne. Rane ekstrapiramidne nuspojave uključuju distoničke reakcije, akatiziju i Parkinsonov sindrom, dok je tardivna diskinezija, kasna ekstrapiramidna nuspojava
 - **medikamentozni delirij** - uzrok delirantnog stanja je povećanje koncentracije psihotropnih medikamenata
 - **izraženi sindromisustezanja** - ustezanje od barbiturata uzimanih u velikim dozama dovodi do naglog apstinencijskog sindroma u obliku teške, zastrašujuće i potencijalno smrtonosne bolesti. Ustezanje od benzodiazepina izaziva sličan apstinencijski sindrom, premda je on rijetko tako težak ili opasan po život
 - **sindrom naglog prekidanja terapije** – SZO daje kliničku sliku ističući njezino dijagnostičko značenje jer od psihičkih teškoća prevladava poremećaj sna, strepnja, strah, opći nemir, nemogućnost koncentracije, razdražljivost i sl., a moguće su i halucinacije

3.3. Analiza pojedinih hitnih stanja u psihijatriji

3.3.1. Stanje akutne konfuzije i agitacije

Neki autori pojmove akutno stanje konfuzije i delirij koriste kao sinonime, dok drugi delirij označavaju kao posebni oblik stanja akutne konfuzije s izraženom agitiranošću, tremorom, halucinacijama, te povećanom aktivnošću simpatičkog živčanog sustava što je po život opasno zbivanje. [6]

Prilikom uzimanja anamneza treba imati na umu da većina konfuznih pacijenata ne može sudjelovati u razgovoru, s toga se u pravilu treba osloniti na heteroanamnezu bližnjih.

Glavna karakteristika je iznenadna promjena bolesnikova mentalnoga odnosno psihičkoga stanja. Riječ je o prolaznome poremećaju koji može trajati nekoliko dana ili tjedana te može postupno prijeći u demenciju ili druge oblike psihoorganskoga sindroma. Ukratko, za dijagnozu moraju postojati barem dva od šest znakova: [6]

1. Sužena svijest (svijest može biti poremećena sužavanjem obima (polja) svijesti, kada je njena širina sužena, ili nejasnoćom sadržaja svijesti)
2. Poremećaji percepcije (aktivan proces organiziranja, integriranja i interpretiranja osjetnih informacija, koji nam omogućuje upoznavanje i prepoznavanje značenja predmeta, pojava i događaja u našoj okolini)
3. Smanjena ili povećana psihomotorna aktivnost (poremećaj vezan uz poteškoće da spriječe nepotrebne pokrete, pokazuju slabu koordinaciju i promjenjiv tonus mišića, a mogu se javiti neke motorne aktivnosti kao što je trljanje nosa, njihanje glavom ili tijelom)
4. Poremećaj spavanja (nesanica, prekomjerno spavanje, poremećaj ritma spavanja - budnost, mjesečarenje, noćni strahovi, noćne more)
5. Poremećaja orijentacija u vremenu prostoru i prepoznavanju osoba
6. Poremećaji pamćenja (amnezija, konfabulacije, alomnezije, lažna prepoznavanja, patološka lažljivost)
7. Poremećaji osjećajnosti (afektivni poremećaji poremećaji osjećajnog života; mogu se javiti u različitim životnim okolnostima. Promjena intenziteta može se

razviti prema kočenju ili otkočenju afekata. Kočeni afekti, hipotimni, u prvom su redu depresivni. Nasuprot tome su hipertimni afekti koji se očituju u bezrazložnom veselju odnosno euforija, a prisutni su u maničnim stanjima.

3.3.2. Anksiozno stanje, panični napadaj i fobija

Glavna značajka generaliziranog anksioznog stanja trajna je, pretjerana i nesavladiva zabrinutost o posve svakidašnjim situacijama. Bolesnik se tuži na simptome kao što su nemir, umor, razdražljivost, teškoće s koncentracijom, bolovi u mišićima, tenzijska glavobolja i nesanica. Dijagnozu se postavlja ako bolesnik ove simptome spominje barem 6 mjeseci.

Kod bolesnika s paničnim poremećajem riječ je o napadajima straha i prisutnosti somatskih simptoma kao što su:

1. Palpitacije
2. Znojenje
3. Drhtanje
4. Trnci
5. Osjećaj gušenja i teško disanje
6. Suha usta
7. Bol u prsnome košu
8. Mučnina i tegobe u truhu
9. Vrtoglavica
10. Depersonalizacijai derealizacija
11. Groznica/valovi vrućine
12. Parestezije
13. Strah od smrti
14. Strah od gubitka kontrole/razuma [6]

Fobija je vrlo neugodno emocionalno stanje napetosti nalik strahu, samo što nema realne osnove. Najčešće je prekomjerman ili neopravdan, a pojavljuje se u vezi

očekivanja specifičnog objekta ili situacije, ali taj strah osobe ne ometa u svakidašnjem životu. Fobije se dijele na jednostavne/specifične i socijalne.

Specifična fobija, nekad zvana jednostavna fobija je trajni, bezrazložni strah uzrokovan prisutnošću ili zamišljanjem specifičnog objekta ili situacije koja ne predstavlja realnu opasnost. Izloženost objektu ili situaciji dovodi do trenutne reakcije u smislu visokog stupanja anksioznosti ili pak do pokušaja izbjegavanja objekta ili situacije. Simptomi povezani s fobijom ili model izbjegavajućeg ponašanja vezano za određene objekte ili situacije može u značajnijoj mjeri utjecati na sposobnosti svakodnevnog funkcioniranja. Odrasli sa specifičnom fobijom prepoznaju da je strah pretjeran i bezrazložan, ali usprkos tome ne mogu mu se oduprijeti.[7]

A to su: Fobije od životinja, Fobije od prirodnih pojava - potresi, poplave, grmljavine, tuča, Fobije od krvi i ozljeda, Situacijske fobije - uključuju strah od specifične situacije, npr. strah od letenja avionom, vožnje automobilom, strah od liftova, strah od zatvorenog prostora, Ostale fobije - strah od padanja, glasnih zvukova, strah od zamaskiranih osoba.

Socijalna fobija dijeli se na opću i specifičnu. Ako osoba pati od opće socijalne fobije, tada strahuje u svakoj situaciji u kojoj bi mogla biti u središtu pozornosti drugih ljudi. Zabrinuta je jer misli da svi gledaju u nju i prate što ona radi. Strah se može osjećati pri rukovanju i upoznavanju s novim ljudima, ili pri jedenju i pijenju pred drugima. To mnogima može otežati odlazak u kupnju ili u restorane. Može se osjećati vrlo nelagodno ako je razodjevena pred drugima, pa izbjegava odlaske na plažu. Možda osjeća strah od toga da ne ispadne smiješna, neznalica ili od obraćanja autoritetima, pa se nikada ne suprotstavlja svojim kolegama ili šefu, čak ni onda kada bi to doista trebala učiniti.[7]

Specifična socijalna fobija se obično pojavljuje u ljudi koji su u središtu pozornosti zbog svog zanimanja, npr. trgovci, glumci, glazbenici, učitelji. Specifična socijalna fobija se može pojaviti i u bilo koje osobe koja prigodice mora nastupati ili govoriti u javnosti. Ako pati od te vrste fobije, vjerojatno u uobičajenim svakidašnjim društvenim doticajima s drugim ljudima nema nikakvih problema. Ali nađe li se u situaciji da mora

javno nastupiti ili govoriti pred drugima ili nešto slično tome, postajete vrlo uplašena.
[7]

Od spomenutih stanja, najvažnije je prepoznati panični poremećaj, jer je nerijetko opasan po život.

Klinička slika je vrlo raznolika i često dramatična. Bolesnik se žali na brzi razvoj vrlo slabog osjećanja i nekih tjelesnih znakova vrlo jak strah, te na prethodno spomenute simptome.

Tokom pregleda jako preplašenog bolesnika utvrđuje se:

1. Tahikardija
2. Blijeda, vlažna i hladna koža
3. Dispneja/tahipneja
4. Teškoće s artikulacijom
5. Poremećaj ravnoteže [6]

3.3.3. Psihotična stanja

Psihotično stanje medicinski je hitno i ne predstavlja opasnost samo za bolesnika već i za njegovu okolinu. To je klinička dijagnoza za koju su karakteristični nesposobnost jasnog razmišljanja i razumijevanja stvarnosti, neodgovarajuća kontrola osjećaja, neučinkovito sporazumijevanje i neuobičajeno ponašanje. Psihotično stanje se može javiti u sklopu mnogih psihijatrijskih bolesti ili je uzrok za njega organski. U najčešće psihijatrijske bolesti, koje se mogu očitovati slikom psihoze ubrajaju se:

1. Shizofrenija ili stanja njoj nalik
2. Shizoafektivni poremećaj
3. Bipolarni poremećaj
4. Psihoza u sklopu depresije [6]

U organske uzroke za pojavu psihoze ubrajaju se:

1. Upotreba amfetamina ili drugih stimulansa, halucinogena ili kanabisa, upotreba alkohola
2. Epilepsija temporalnoga režnja
3. Infekcija središnjeg živčanog sustava
4. Hungtintonova bolest
5. Ozljeda mozga
6. Cerebrovaskularna bolest
7. Tumori mozga [6]

Psihotični bolesnik je u pravilu uzrujan i vrlo sumnjičav, može biti čak i neprijateljski raspoložen. Često je barem privremeno konfuzan i dezorijentiran, ipak spomenuta slika ne zadovoljava kriterije za delirij. Najčešće je bez doticaja sa stvarnošću i bez uvida u vlastito stanje, većinom odbija liječenje.

Glavni simptomi psihoze su:

1. Pozitivni: iluzije i halucinacije, formalni poremećaji mišljenja
2. Negativni: plitka osjećajnost, osiromašeno mišljenje, pomanjkanje motivacije, socijalna izolacija
3. Kognitivni: pozornost koja se može srnuti, poremećaji kratkoročnog pamćenja, mala radna sposobnost
4. Neprimjerena osjećajnost
5. Ostali: strah, panika, zbunjenost, agresija, neprijateljstvo, samoubilačko ponašanje [6]

Navedeni simptomi javljaju se postupno. Za samo zbrinjavanje bolesnika potreban je trud, jer ga prije svega treba uvjeriti da je liječenje nužno. Važno je uspostaviti odnos ispunjen povjerenjem. Za trenutačno smirivanje psihotičnog bolesnika najčešće se koriste benzodijazepami, a konačno liječenje antipsihotičnim lijekovima kao što su: risperidon, olanzapin, kvetiapin, anisulprid, aripriprazol. [6]

3.3.4. Pokušaj samoubojstva

Pokušaj samoubojstva je oblik autoagresivnog ponašanja. Tu spada i neuspjelo samoubojstvo, gdje samo slučajne okolnosti odlučuju da se čin ne okonča smrću. Pokušaj samoubojstva često, barem do neke mjere, istodobno znači i poziv pomoć. Pokušaj samoubojstva je u literaturi definiran kao: ne sudbonosno djelovanje, pri kojemu si čovjek prouzroči ozljedu ili popije tvar u količini koja premašuje općenito dopuštenu ili propisanu količinu. [6]

Osobe koje su pokušale samoubojstvo treba hospitalizirati i zbrinuti kombinacijom psiho i medikamentozne terapije. Prije svega je potrebno pružiti pomoć ovisno o načinu samoozljeđivanja, a kada se to učini bitno je da bolesnik ne ostane sam.

3.3.5. Akutna opijenost alkoholom

Alkohol je osnovni sastojak alkoholnih pića, koristi se i kao otapalo, antiseptik i u kozmetičkoj industriji. Akutna otrovanja s etanolom su najčešći uzrok među svim akutnim slučajnim otrovanjima u odraslih osoba. Etanol se iz probavnoga sustava vrlo brzo i potpuno apsorbira. Najviše koncentracije u krvi su 30 do 60 minuta nakon uživanja. U središtu kliničke slike pri akutnoj opijenosti alkoholom je sindrom depresije središnjeg živčanog sustava. Utjecaj etanola na središnji živčani sustav je često individualan i ovisi o više čimbenika:

1. Količina i koncentracija popijenog alkohola
2. Brzina konzumacije
3. Istodobno uzimanje lijekova
4. Ozljeda glave
5. Stanje ishranjenosti
6. Komplikacije kroničnog alkoholizma
7. Nasljeđe [6]

Kad bolesnik ima poremećaj svijesti, koordinacije i neuobičajeno se ponaša, te ima blage poremećaje pažnje, riječ je o pijanoj osobi. Kada se tome pridoda povraćanje, diplopija, letargija i druge tjelesne tegobe bolesnik je otrovan alkoholom. Pri još težem otrovanju bolesnik postaje komatozan, a može doći i do aspiracije, depresije dišnog centra, hipoventilacije, hipotermije, aritmije, zastoja disanja i smrti.

Pri zbrinjavanju bolesnika u akutnoj alkoholno opijenosti potrebne su izvanredna temeljitost i česte ponovne ocijene stanja. Hitno je potrebno osigurati zadovoljavajuće disanje, normalan krvni tlak, i hidrataciju. Ukoliko je prošlo kratko vrijeme od konzumacije alkohola, ispire se želudac. Alkoholiziranu osobu treba pratiti do otrežnjenja.

3.3.6. Delirij

Delirij je etiološki nespecifičan, akutni duševni poremećaj s kvalitativnim poremećajima svijesti, poremećajima orijentacije, pamćenja, mišljenja, emocija, sna i ponašanja. Ima karakterističan promjenjiv tok s iznenadnim početkom. [6]

Pri uzimanju anamneze treba biti svjestan kako većina delirantnih bolesnika ne može sudjelovati u razgovoru, pa se oslanja na heteroanamnezu bližnjih. Glavna karakteristika je iznenadna promjena bolesnikova mentalnog stanja. Riječ je o prolaznome poremećaju koji može trajati nekoliko dana ili tjedan.

Za dijagnozu moraju biti prisutna barem dva od 6 znakova:

1. Sužena svijest
2. Poremećaji percepcije
3. Smanjena ili povećana psihomotorna aktivnost
4. Poremećaj spavanja
5. Poremećaja orijentacija u vremenu prostoru i prepoznavanju osoba
6. Poremećaji pamćenja [6]

Indikacije za sedaciju su slijedeće:

1. Zbog važnih pretraga
2. U jako agitiranog i uznemirenog bolesnika, kako bi se spriječilo samoozljeđivanje ili ozljede prisutnih.

Važno je koristiti samo jedan lijek u najnižoj mogućoj dozi, koju se povisuje do željenog učinka svakih 30 minuta. Ponekad je dostatna sedacija s midazolamom ili diazepamom. Haloperidol uzrokuje manje sedacije. Bolesnika u deliriju treba prevoziti tako da se zbog agitiranosti, agresivnosti ili autodestruktivnost što manje ozlijedi, da ne ozlijedi zdravstvene radnike i ne prouzroči štetu na medicinskoj opremi ili vozilu. [6]

3.3.7. Depresija

Depresija je mentalni poremećaj za koji su karakteristični osjećaji nezadovoljstva, depresivno raspoloženje ili potištenost, gubitak interesa i radosti, nemogućnost emocionalnog odgovora na ugodne podražaje i osjećaj pomanjkanja energije. Često je zamaskirana netipičnim simptomima, bolesnici je nisu svjesni. Postoje razne teorije o nastanku bolesti. Najvažniji je dugotrajna izloženost stresu, koja smanjuje razinu otpuštanja neurotransmitera u središnjem živčanom sustavu. Ulogu pri nastanku imaju još i genetika i čimbenici okoline, kao međuljudski odnosi. [6]

Kliničku sliku čine:

1. Depresivno raspoloženje odnosno potištenost
2. Anhedonija: nemogućnost osjećanja zadovoljstva, gubitak interesa za do tada ugodne poslove
3. Psihomotorička aktivnost: dolazi do značajnog usporavanja misaonog procesa i fizičke aktivnost
4. Kognitivna disfunkcija
5. Psihoza [6]

3.3.8. Demencija

Demencija je kronična progresivna bolest mozga koja se očituje opadanjem viših funkcija mozga. Nije samostalna bolest već je definirana kao sindrom koji uzrokuje propadanje stanica u mozgu. Može se javiti u bilo kojoj dobi.

U početku bolesti najčešće je prisutno nepovjerenje osobe u vlastite sposobnosti i teško nošenje s poslom i svakodnevnom rutinom. Kasnije bolesnik izgubi uvid u bolest i pridruže se promjene u ponašanju, a u završnoj fazi bolesti potreban je stalni nadzor i njega, jer bolesnik nema dodir s okolinom.

Sindrom demencija može sa dobom donijeti različite komplikacije koje zahtijevaju hitnu psihijatrijsku obradu, a to su:

1. Depresija
2. Delirij
3. Psihотиčno stanje
4. Kronični nemir [6]

Najčešći hitni simptomi su:

1. Opasnost od samoubojstva
2. Poremećaji svijesti, poremećaji hranjenja i druge tjelesne tegobe
3. Uznemirenost
4. Lutanje i motorički nemir
5. Psihottični simptomi
6. Agresivnosti [6]

4. Psihijatrijske ustanove

Sve psihijatrijske ustanove uključene su u opći plan zaštite mentalnog zdravlja s ciljem: prevencija poremećaja, borba za unapređenje zdravlja, liječenje bolesti i rehabilitacija osoba s mentalnim smetnjama. [8]

4.1 Psihijatrijske bolnice

Psihijatrijske bolnice suvremenog tipa razvile su se tek u novije vrijeme, iako su ustanove u koje su smješteni mentalni bolesnici zbog čuvanja, poznate još iz davnih vremena. Formirale su se iz nekadašnjih psihijatrijskih azila. [8]

Danas, po preporuci SZO, ne bi smjele imati više od 300-400 kreveta. Uz akutne bolesnike, karakterizira ih veći ili manji broj kroničnih bolesnika koji se nalaze na dužem ili trajnom boravku. Znatno postotak u takvim bolnicama čine gerijatrijski bolesnici, odnosno mentalno poremećene starije osobe. [8]

Unutar psihijatrijske bolnice stvaraju se neposredniji međuljudski odnosi i bolja terapijska atmosfera. [8]

4.2 Psihijatrijski odjeli

Organizirani su za kraći boravak bolesnika radi dijagnosticiranja i liječenja akutnih bolesnika. Objedinjeni su s drugim granama medicine i mogu se nadopunjavati (neurološki odjel, interni itd.). Dobro je organizirana suradnja s raznim oblicima parcijalne hospitalizacije i patronažnom službom. [8]

4.3 Specijalne psihijatrijske ustanove

Različite ustanove za nedovoljno razvijenu djecu i mladež, ustanove za teško odgojivu djecu, specijalne ustanove za sociopate i sl. [8]

4.4 Dnevne psihijatrijske bolnice

To je oblik parcijalne hospitalizacije. Ustanova u kojoj bolesnik ostaje tijekom dana a navečer odlazi kući u svoju obiteljsku sredinu. U takvim ustanovama pažljivo je organiziran program liječenja: grupni rad, suradnja s obitelji, patronažnom službom i centrima za socijalni rad. [8]

Osim dnevnih bolnica, postoje i drugi oblici parcijalne hospitalizacije duševnih bolesnika, kao što su noćne i vikend bolnice. [8]

4.5 Sestrinske bolnice

Tip bolničke ustanove koja kod nas još nije organizirana. Naglasak je na zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika, gdje je liječnik samo konzilijarni član tima. Organizirane su najčešće za kronične bolesnike i starije osobe s mentalnim poremećajima. [8]

4.6 Izvanbolničke psihijatrijske ustanove

Uključuju: ambulante, savjetovališta, poliklinike, klubove liječenih bolesnika (npr. alkoholičari), telefonska služba, centri za krizna stanja, kazneno-popravni domovi i sl. [8]

5. Medicinska sestra i hitna stanja u psihijatriji

Psihijatrijska medicinska sestra je svaka medicinska sestra srednje ili više stručne spreme, zaposlena u psihijatrijskoj bolnici, na psihijatrijskom odjelu ili drugoj ustanovi, koja je stekla posebnu edukaciju i iskustvo u vođenju psihijatrijskih bolesnika. Svaka psihijatrijska medicinska sestra/tehničar trebaju poznavati osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika, kao što su:

- **holistički pristup** - poimanje pacijenta kao cjelovitog bića u kontekstu njegova socijalna i kulturna okruženja
- **poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića** - poimanje pacijenta kao jedinstvene ljudske jedinice, prihvaćanje pacijenta onakvoga kakav jest sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima, primjenjivanje individualiziranog pristupa
- **privatnost i dostojanstvo** - uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja, čuvanje tajne
- **terapijska komunikacija** - razvijanje partnerskog odnosa i odnosa povjerenja, a zahtijeva dobro razvijene komunikacijske vještine sestre koje će osigurati bolesniku prihvaćenost, podršku, savjet, uvjete za promjenu stavova i ponašanja, itd.
- **bezuvjetno prihvaćanje** - pružanje pomoći bez osude[9]

Za medicinsko osoblje koje se u svom svakodnevnom radu ne bavi psihijatrijskim bolesnicima, oni mogu biti izuzetno teški. Psihijatrijski pacijenti u hitnim stanjima su često razdražljivi, vrlo zahtjevni, higijenski zapušteni i u svakom pogledu neprijatni za osoblje.[9]

Psihijatrijski bolesnici u ovakvo zatečenom stanju mogu izazvati negativne osjećaje kod medicinskog osoblja. Stoga je od velikog značaja da osoblje unaprijed preispita svoje stavove prema ovakvim bolesnicima u cilju izbjegavanja ove zamke i pravilnog shvaćanja situacije, posebno u urgentnim stanjima.[9]

5.1. Zadaci medicinske sestre u pojedinim hitnim stanjima u psihijatriji

Proces zdravstvene njega pristup je u otkrivanju i rješavanju problema bolesnika iz područja zdravstvene njega. Medicinska sestra procjenjuje bolesnikovo stanje da bi prepoznala potrebe za zdravstvenom njegom, slijedi planiranje i provođenje intervencija namijenjenih zadovoljavanju potreba i na kraju se provjerava da li je zdravstvena skrb bila uspješna. [12]

Odnos medicinska sestra – pacijent vrlo je važan u svim fazama sestrinskog rada. Razlikuje se profesionalan i terapijski odnos, koji ovisi o socijalnim odnosima i usmjerena je ka postizanju pacijentovih potreba. Može biti ograničen vremenom i odvijati se u specifičnom prostoru. Ljudi obično imaju predodžbu kako bi taj odnos trebao izgledati i kakve su sestre te kako se oni trebaju ponašati u komunikaciji sa sestrama. Profesionalan bi odnos trebao podrazumijevati percipiranje medicinske sestre kao osobe koja primjenjuje svoje znanje i vještine u cilju postizanje pacijentove dobrobiti. [15]

Medicinska sestra treba poštovati pacijentovu jedinstvenost i individualnost, te njegova prava da sudjeluje u zbrinjavanju. Pacijent traži od medicinske sestre stručnu pomoć i pritom ima neka očekivanja vezana uz sestrinsku skrb.

Pacijentova očekivanja od medicinske sestre :

1. Znanje iz područja sestrinstva
2. Kompetentnost da izvodi vještine sestrinske prakse
3. Obvezno osiguravanje skrbi za bolesnike
4. Dostupnost kad god je bolesnik treba
5. Osiguravanje privatnosti
6. Umješnost, prihvaćanje razlike među pojedincima
7. Osiguravanje pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka

8. Razumljivo objašnjavanje postupaka pacijentu
9. Slušanje i povjerenje u pacijenta
10. Podučavanje pacijenta tehnikama i metodama kojima će on unaprijediti svoje znanje. [14]

Zadaće medicinske sestre na odjelu za psihijatriju su: .

1. Sudjelovati u terapijskim dijagnostičkim i rehabilitacijskim postupcima
2. Brinuti da odjel bude uredan i čist
3. Stvarati pozitivno ozračje
4. Promatrati bolesnika
5. Upoznati bolesnikove navike
6. Primiti bolesnika na odjel
7. Provoditi principe rada terapijske zajednice
8. Motivirati bolesnika na sudjelovanje u procesu liječenja
9. Primjenjivati postupke i terapiju kod hitnih stanja
10. Rješavati konfliktne situacije
11. Primjenjivati terapiju
12. Pripremati bolesnika za pretrage [15]

5.1.1.Suicidalan bolesnik

Samoubojstvo je kompleksan, multidimenzionalan događaj s nizom čimbenika. To je također i jedan od slučajeva koji pružaju osnovu za hitnu intervenciju i zaprimanje na odjel psihijatrije.

Samoubojstvo se karakterizira kao konačni zajednički put spleta okolnosti, a ne kao izolirani uzrok. Općenito, tri su domene vezane za suicidalne ideje, a to su: predisponirajući faktori, faktori rizika i zaštitnih čimbenika. Predisponirajući faktori su dugoročni faktori koji su nepromjenjivi, a faktori rizika su više akutni simptomi, stresa, ili stanja. Zaštitni faktori mogu povećati ili smanjiti razinu rizika osobe. Na primjer, ako osoba nema jaku socijalnu mrežu podrške rizik za samoubojstvo je veći.

Svaki pokušaj samoubojstva i prijetnju treba shvatiti ozbiljno. Zadaće medicinske sestre u radu sa suicidalnim bolesnikom su:

1. Obratiti pojačanu pozornost na takvoga bolesnika
2. Pratiti kretanje, osobito noću i u ranim jutarnjim satima
3. Ukloniti iz bolesnikove okoline sve opasne i oštre predmeta
4. Držati odjelnu terapiju pod ključem
5. Kontrolirati noćne ormariće
6. Prepoznati u bolesniku destimulaciju bolesti
7. Razviti odnos povjerenja i empatije prema bolesniku. [15]

5.1.2. Apstinencijska kriza

Apstinencijsku krizu karakterizira skup psihičkih i tjelesnih znakova koji se pojavljuju nakon što ovisnik o alkoholu prestane piti alkoholna pića. Smetnje se pojavljuju u blažem obliku 6 do 7 sati nakon uzimanja alkohola, a kompletna klinička slika obično se razvija 24 do 72 sata nakon uzimanja alkohola. [16]

Zadaće sestre su:

1. Primijeniti terapiju
2. Stalno nadzirati bolesnika
3. Pružiti psihološku pomoć
4. Provoditi edukaciju o štetnosti ovisnosti i mogućnostima liječenja
5. Pružiti pomoću resocijalizaciji. [15]

5.1.3. Sindrom akutne anksioznosti

Termin anksioznost se u kliničkoj praksi koristi kada je prisutan strah ili zabrinutost koji prelaze uobičajen strah i zabrinutost koji proizlaze iz životnih situacija.

Bitno su obilježje povratni napadaji teške anksioznosti (panike), koji nisu ograničeni ni na koju određenu priliku ili skup okolnosti i stoga su nepredvidivi. Dominirajući simptomi uključuju iznenadni početak lupanja srca, bol u prsima, gušenje, vrtoglavicu ili osjećaj nestvarnosti (depersonalizacija i derealizacija). Često kod anksioznih pacijenata postoji sekundarni strah od umiranja, gubitka kontrole ili strah da će poludjeti. [9]

Najčešća anksiozna stanja su u sklopu paničnog poremećaja sa ili bez agorafobije, reakcija na stres i poremećaj prilagođavanja, disocijativnih/konverzivnih poremećaja. Stanja koja se ispoljavaju intenzivnom anksioznošću, strahom, panikom i različitim somatskim simptomima spadaju u hitna stanja u psihijatriji. Intenzivna anksioznost se pojavljuje i u sklopu drugih psihijatrijskih poremećaja, a izražena anksioznost prati i razna tjelesna oboljenja.[9]

U hitnim slučajevima, liječnik mora uzeti povijest brže i na više strukturiran način nego u ne-hitnim psihijatrijskim ili medicinskim intervjuima, kako zbog intenziteta bolesnog stanja pacijenta tako i zbog moguće opasnosti za pacijenta ili druge. Liječnik mora promatrati ponašanje pacijenta pažljivo dok ga ispituje, obraćajući pažnju na spontane pokrete te ima li bilo kakvih znakova psihomotorne uznemirenosti, napetosti, ili impulzivnosti.

Zadaće sestre su:

1. Pokušati smiriti bolesnika razgovorom, upućujući na ne opasnost tog stanja i zahtijevati da kraće vrijeme prestane disati
2. Biti smirena i spretna u davanju terapije
3. Pratiti bolesnikovo fizičko i psihičko stanje [15]

Pristup prema anksioznom pacijentu treba biti smiren, blagonaklon, pun razumijevanja i suosjećanja za pacijentovo stanje. [9]

5.1.5. Akutna alkoholna intoksikacija

Akutna alkoholna intoksikacija predstavlja ozbiljno stanje koje može rezultirati ozbiljnim posljedicama za zdravlje pojedinca. Alkohol nije prirodni sastojak ljudskog organizma niti je potreban za normalan rast i razvoj, pa svako uživanje alkohola možemo smatrati intoksikacijom. Ipak, akutnom intoksikacijom možemo smatrati stanje izazvano pijenjem većih količina alkohola, koje izazivaju značajne promjene ponašanja ili psihološkog funkcioniranja.[17]

Prilikom započinjanja sestrinskih intervencija najbitnija je uspostava povjerenja. Povjerenje medicinska sestra stiče aktivnim slušanjem što podrazumijeva slušanje s empatijom, otvorenost, svjesno slušanje. Medicinska sestra treba biti sposobna podijeliti i razumjeti tuđe emocije uz osjećaj pozitivne naklonjenosti toj osobi.

Medicinska sestra treba:

- biti postojana
- održavati obećanja
- prihvaćati, a ne osuđivati
- ne donositi sud
- ne miješati se (biti promatrač)
- usredotočiti se na odgovore pratnje

5.2. Sestrinska skrb na psihijatrijskom odjelu

Zadatak medicinske sestre da u prvom kontaktu s bolesnikom i njegovom pratnjom pokuša steći njihovo povjerenje, ublaži neugodu dolaska u bolnicu i pokuša pripremiti bolesnika za susret s liječnikom. Prvi susret s bolesnikom je od velikog značaja za kasniji tijek liječenja. Medicinska sestra treba ljubazno pozdraviti i predstaviti se, te zamoliti pacijenta da se sam predstavi. Razgovor voditi s ciljem boljeg međusobnog upoznavanja, stvaranja ozračja opuštenosti, povjerenja, iskrenosti i empatije tako da pacijent doživi da ga razumijemo i da mu samo želimo pomoći.

Potom slijedi intervju kako bi se mogla postaviti tzv. sestrinska dijagnoza, odnosno odrediti psihički status bolesnika.[18] U intervjuu:

- Procjenjuje se izgled, držanje i ponašanje pacijenta. Treba utvrditi da li je ponašanje povezano s normalnom ili promijenjenom sviješću npr. da li je ponašanje vođeno vlastitom motivacijom ili poticano od strane drugih, je li to ponašanje impulzivno ili predvidivo i sl.
- Analizira se verbalna komunikacija, tj. brzina govora, intonacija, ritam, rječitost, jakost glasa, neobični obrasci i bizarni sadržaji te da li postoje igre riječi, rimovanja, ponavljanje istih pojedinih riječi ili afazija, tj. gubitak govora
- Analiza neverbalne komunikacije, geste, mimika lica uobičajena ili oskudna, pogled, da li izbjegava ili gleda u sugovornika i njegove kretnje glave
- Procjena stanja svijesti, pažnje, mišljenja, pamćenja. Kako se kontakt uspostavlja, daje li adekvatne podatke o sebi i drugima, je li orijentiran u prostoru, vremenu, prema sebi i drugima, pitati ga o postojanju obmana osjetila, pratiti spontano ponašanje pacijenta
- Procjena raspoloženja i voljnih funkcija
- Fizički status
- Socijalni status

Sestrinska dijagnoza je iskustvena, radna dijagnoza i u svezi je s daljim postupcima sestre. Nakon postavljanja dijagnoze, planira se intervencija.

Potrebno je stalno provjeravati rezultate postignutog kako bi se promijenili ciljevi ili načini intervencije, tj. strategija ili taktika liječenja.[18]

6. Timski rad u psihijatriji

Timski rad u medicini predstavlja nezaobilazni segment kvalitetnog profesionalnog djelovanja.

U psihijatriji se timski rad definira kao suradnja više različitih stručnjaka u prevenciji, liječenju, rehabilitaciji i resocijalizaciji psihijatrijskih pacijenata. To je interdisciplinarna grupa stručnjaka različitih profila i zanimanja (psihijatri, psiholozi, defektolozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi, prvostupnici sestrinstva, medicinska sestra/tehničar, radni terapeuti i dr.) koji svojim znanjem i djelovanjem doprinose ostvarenju grupnog cilja. U psihijatrijskom se timu znanje više stručnjaka integrira u cilju što potpunijeg razumijevanja pacijentovih potreba i problema. U timu se nalaze profesionalci različitih struka, ali su svi ravnopravni u djelovanju kao i u podjeli odgovornosti. Od svakog se člana tima očekuje maksimalni angažman u okviru njegovih kompetencija. Psihijatrijski tim se treba sastojati od članova koji se uzajamno poštuju i kao stručnjaci i kao osobe. Samo na ovaj način je moguća puna komunikacija među članovima tima, tj. samo se na ovaj način mogu izmjenjivati i modelirati ideje.

Timski rad ne smije biti fragmentaran i nepovezan već dobro koordiniran od voditelja tima. Dobro organiziran i učinkovit tim podiže kvalitetu profesionalnog djelovanja što dovodi do većeg zadovoljstva bolesnika i njihovih obitelji, a istovremeno i snižava razinu stresa u zdravstvenih djelatnika.

Poželjne osobine svih članova psihijatrijskog tima su: visok stupanj tolerancije prema agresiji, sposobnost svladavanja straha, strpljivost, suosjećajnost, uvažavanje tuđeg mišljenja te tolerancija tuđih etičkih načela.

7.Zaključak

Svrha i cilj ovog rada je prikazati temeljne značajke hitnih stanja u psihijatriji kroz pojmovno određenje takvih stanja. Njima se pridružuju klasifikacija i analiza pojedinih stanja te zadaci medicinske sestre i tima u cijelosti u tretmanu pojedinih hitnih stanja. Mentalni poremećaji su jedan od važnijih izazova u medicini obzirom na učestalost i dob oboljenja. Uz novotvorine predstavljaju vodeće uzroke bolničkog liječenja radno sposobnog stanovništva. Hitna psihijatrijska stanja obuhvaćaju sva stanja u kojima je ugrožen bolesnik ili njegova okolina. Hitnost ,vrsta intervencije i kategorija hitnosti ovisi gdje se pacijent nalazi. Kao terapijske intervencije primjenjuju se medikamentozna terapija te ako je neophodno i fizičko sputavanje pacijenta ukoliko je agresivan. Takav pacijent smješta se u psihijatrijsku ustanovu s ciljem liječenja duševne bolesti i unapređenja duševnog zdravlja. Medicinska sestra ima ulogu procijeniti bolesnikovo stanje u svrhu pružanja adekvatne zdravstvene njege korištenjem različitih intervencija. Liječnik kao dio tima unutar tretmana hitnih stanja u psihijatriji uzima anamnezu brže i strukturirano drugačije nego u drugoj vrsti medicinskog intervjua. Uloga sestre je smiren i empatičan pristup Njezine su zadaće uz brigu o pacijentu i briga o odjelu te stvaranje pozitivnog ozračja za bolesnika. Od izuzetne je važnosti da u timu vlada demokratska klima gdje se također očekuje maksimalan angažman svakog člana tima u okviru njegovih kompetencija. Takav tim je integriran radi lakšeg i kvalitetnijeg razumijevanja i otklanjanja bolesnikovih poteškoća.

8. Popis literature

- [1] http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf, posjećeno 19.07.2016.
- [2] D. Kecmanović. et al., Urgentna stanja u psihijatriji, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1985.
- [3] V. Gašparović, et al., Hitna medicina, medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [4] <http://www.psihijatrija.com/bibliografija/radovi/Koic%20E%20Prikaz%20prirucnika%20za%20procjenu%20rizika%20opasnosti.pdf>, posjećeno 29.08.2016.
- [5] <http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-epidemiologiju/odjel-za-nadzor-i-istrazivanje-ne-zaraznih-bolesti/odsjek-za-mentalne-poremecaje-s-registrom-za-psihoze-i-registrom-izvršenih-samoubojstava/?print=print> , posjećeno 20.07.2016.
- [6] B. Bergman Marković., Hitna stanja – pravodobno i pravilno, Alfa, Zagreb, 2011.
- [7] <http://www.psihijatrija.hr/edu/spf.htm>, posjećeno 06.09.2016.
- [8] http://www.mlinarska.hr/sites/default/files/obavijesti_files/PsihijatrijskaNjega.doc, posjećeno 07.09.2016.
- [9] D. Malekinušić, Hitna stanja u psihijatriji, Završni rad – prediplomski, ZVU, Zagreb, 2012.
- [10] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078550/>, posjećeno 07.09.2016.
- [11] N. Hubak, Sestrinska skrb za osobe s akutnom alkoholnom intoksikacijom, Završni rad, ZVU, Zagreb, 2013.
- [12] S. Franković. et al, Zdravstvena njega odraslih – priručnik za studij sestinstva, medicinska naklada, Zagreb, 2010
- [13] <https://es.scribd.com/presentation/266258862/Zdravstvena-Njega>, posjećeno 29.08.2016.

[14] S. Čukljek, Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.

[15] N. Prlić, et al., Zdravstvena njega 4, Školska knjiga, Zagreb, 2008.

[16] <http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/04%20DIJAGNOZA%20ALKOHOLIZMA%20I%20KOMPLIKACIJE/0402%20APSTINENCIJSKI%20SINDROM%20I%20DELIRIJUM.htm> , posjećeno 29.08.2016.

[17] V. Thaller, et al., Alkoholologija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.

[18] <http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/10/sestrinska-skrb-na-psihijatrijskom.html>, posjećeno 07.09.2016.



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 stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, INES JAKOVJEVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom HITNA STAJA 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)

Jakovjević, Ines
(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, INES JAKOVJEVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom HITNA STAJA U PSIHIJATRIJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Jakovjević, Ines
(vlastoručni potpis)