

Proces zdravstvene njege kod pacijenata oboljelih od Posttraumatskog stresnog poremećaja

Kovačević, Biljana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:891497>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 845/SS/2016

**Proces zdravstvene njege kod pacijenata oboljelih od
Posttraumatskog stresnog poremećaja**

Biljana Kovačević, 4786/601

Varaždin, ožujak 2017. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 845/SS/2016

**Proces zdravstvene njege kod pacijenata oboljelih od
Posttraumatskog stresnog poremećaja**

Student

Biljana Kovačević, 4786/601

Mentor

Melita Sajko, dipl. med. techn.

Varaždin, ožujak 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Biljana Kovačević	MATIČNI BROJ	4786/601
DATUM	01.12.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Proces zdravstvene njege kod pacijenata oboljelih od Posttraumatskog stresnog poremećaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The process of health care for patients suffering from Post Traumatic Stress Disorder		

MENTOR	Melita Sajko dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
--------	------------------------------	--------	----------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Damir Poljak, dipl. med. techn., predsjednik
	2. Melita Sajko, dipl. med. techn., mentor
	3. Marija Božićević, mag. med. techn., član
	4. Jurica Veronek, mag. med. techn., zamjenski član
	5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ	845/SS/2016
------	-------------

OPIS

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) spada u grupu anksioznih poremećaja, a u Hrvatskoj se sve više o njemu govori nakon ratnih stradanja u Domovinskom ratu. U vezi sa bolesnicima koji boluju od PTSP postoje mnoge dvojbe, oprečna stajališta, nerazumijevanje, predrasude te su oboljele osobe izložene stigmati. Iako ratna stradanja nisu jedini uzrok PTSP-a ona su dospjela u središte događaja i rasprava, a o svim ostalim uzrocima PTSP-a se vrlo malo ili nimalo govori. Medicinska sestra ima važnu ulogu da kroz proces zdravstvene njege aktivno sudjeluje u liječenju oboljelih, a isto tako da sudjeluje u osvješćivanju javnosti o problemima vezanim uz PTSP te u smanjenju stigme i predrasuda vezanih uz tu bolest.

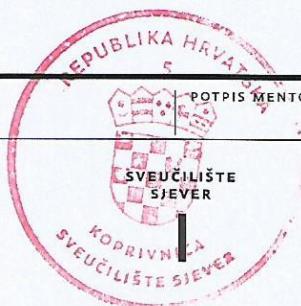
U radu je potrebno:

- * definirati Posttraumatski stresni poremećaj
- * prikazati povijesni tijek dijagnostike PTSP-a
- * navesti epidemiološke podatke vezane uz PTSP
- * opisati etiologiju i uzroke nastanka PTSP-a
- * opisati kliničku sliku i dijagnostiku PTSP-a
- * opisati stigmatizaciju bolesnika sa PTSP-em te razloge za nastanak iste
- * opisati liječenje PTSP-a te značaj medicinske sestre u istom
- * opisati proces zdravstvene njege kod pacijenta sa PTSP-em
- * navesti sestriinske dijagnoze i intervencije kod pacijenata sa PTSP-em

ZADATAK URUČEN

17.02.2017

POTPIS MENTORA



Melita Sajko

Predgovor

Zahvaljujem se Bogu i anđelima koji su me čuvali i vodili u protekle četiri godine tijekom moga studiranja. Zahvaljujem se mom osobnom anđelu čuvaru i svim svetima. Zahvaljujem se radnim kolegicama koje velike napore ulažu u svoje školovanje i pozitivnu promidžbu sestrištva kao profesije koje su mi bile uzor. Zahvaljujem se mojoj obitelji na požrtvornosti i podršci. Zahvaljujem se osobi koja je stavila ploču sa natpisom na stepeništu sveučilišta koji mi je bio misao vodilja: „Čovjek ako nešto želi napraviti naći će način, a ako ne želi naći će tisuću izgovora“. Zahvaljujem se mojoj mentorici Meliti Sajko, dipl. med. techn. na originalnosti, strpljenju, savjetima i dobročinstvu oko završnog rada, kao i tijekom cijelog studiranja.

Sažetak

Ljudsko se tijelo sastoji od milijuna stanica koje oblikuju sve dijelove našeg tijela. Među njima se, dakako, nalaze i živčane stanice koje nam omogućuju kontrolu našega tijela i reagiranja na svijet oko nas. Da bi se razumjela psihička trauma, vrlo je važno poznavati funkcije kore velikog mozga, limbičkog sustava i živčanih stanica. Kada mozak izvrši procjenu opasnosti, u psihi žrtve se javlja još jedan simultani odgovor na izvanredno stanje. Ta mobilizacija mozga uključuje korteks, limbički sustav i transmiere norepinefrin, endorfine i serotonin. Na sličan način nazočnost norepinefrina i endorfina, izgleda je uključena u razvoj nametljivih simptoma – nametljivih sjećanja, iznenadnih prisjećanja i noćnih mora. S pomoću ta dva neurotransmitera traumatsko se iskustvo i način na koji na nj reagiramo urezuju u naše sjećanje. Traumatski događaji mogu biti prirodne katastrofe, ljudima izazvane katastrofe, rat, teške prometne nezgode, psihičko zlostavljanje, tjelesno nasilje i zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, te različita stanja životne ugroženosti, kao i drugi ekstremni životni događaji.

Posttraumatski stresni poremećaj se definira kao patološka anksioznost koja se obično razvija nakon individualnog iskustva proživljavanja ili svjedočenja teške traume, koja uključuje prijetnju tjelesnom integritetu ili životu individue ili druge osobe. U vezi sa bolesnicima koji boluju od PTSP-a postoje mnoge dvojbe, oprečni stavovi, predrasude, nerazumijevanje. Iako ratna stradavanja nisu jedini uzrok PTSP – a ona su dospjela u središte događanja i rasprava, a o svim ostalim uzrocima se vrlo malo govori. U Hrvatskoj se sve više o njemu govori nakon ratnih stradavanja u Domovinskom ratu. Iako u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u svezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1.000.000 ljudi bilo izravno izloženo nefunkcioniranju, ili su uzroci ponašanja dosegili razinu kriterija za postavljanje dijagnoze PTSP-a, ili će ostati čak ispod praga svijesti.

U radu je definiran PTSP, te je prikazan povijesni tijek dijagnostike PTSP – a, te promjene naziva istog od „šok od granate“ pa do današnje terminologije istog. Navedeni su epidemiološki podatci te faktori rizika kao i etiologija i uzroci nastanka PTSP-a. Opisana je klinička slika te dijagnostika i specifični dijagnostički kriteriji u postavljanju dijagnoze istog. U nastavku rada opisana je stigmatizacija i negativni naglasak na bolesnike koji boluju od PTSP -a te osjećaji i problemi sa kojima se stigmatizirani bore.

Opisana su načela zdravstvene njege, uloga medicinske sestre u pristupu i liječenju oboljelih. Opisan je proces zdravstvene njege, moguće i najčešće sestrinske dijagnoze, ciljevi i intervencije.

Ključne riječi: posttraumatski stresni poremećaj, trauma, problemi.

Popis korištenih kratica

sl. - slično

DSM - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

MKB - 10 - Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

ECA istraživanje - Epidemiologic Catchment Area

NCS istraživanje - The National Comorbidity Survey Report

SŽS - središnji živčani sustav

tj. - to jest

ADHD - Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (poremećaj hiperaktivnosti i deficita pažnje ili poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću)

tzv. - takozvano

itd. - i tako dalje

RR - Riva - Rocci

MmHg - milimetri žive

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Posttraumatski stresni poremećaj.....	4
2.1. Povijesni tijek dijagnostike PTSP-a.....	4
2.2. Epidemiološki podaci vezani uz PTSP.....	6
2.3. Etiologija i uzroci nastanka PTSP - a	7
2.4. Klinička slika PTSP-a.....	8
2.5. Dijagnostika PTSP-a.....	11
2.6. Stigmatizacija bolesnika sa PTSP – om i razlozi nastanka	13
3. Liječenje oboljelih od PTSP – a	16
3.1. Psihoterapija	16
3.2. Psihodinamska psihoterapija	16
3.3. Kognitivno bihevioralna terapija	17
3.4. Psihofarmakoterapija	17
3.5. Socioterapija	18
4. Uloga medicinske sestre u liječenju PTSP – a	20
4.1. Proces zdravstvene njege.....	220
4.2. Prikaz procesa sestrinske skrbi kod bolesnika oboljelog od PTSP -a	231
4.2.1. Sestrinska anamneza i status	231
5. Zaključak	28
6. Literatura.....	31

1. Uvod

Ljudsko se tijelo sastoji od milijuna stanica koje oblikuju sve dijelove našeg tijela. Među njima se, dakako, nalaze i živčane stanice koje nam omogućuju kontrolu našega tijela i reagiranja na svijet oko nas. Svakoga trenutka živčani sustav prima iz vlastita tijela i okoline golem broj živčanih impulsa, raščlanjuje ih i integrira te, ovisno o njihovoj važnosti, stvara i prenosi izvršnim organima najsvrsishodnije odgovore. Mali dio osjetnih informacija uporabi se odmah, primjerice za obavljanje refleksnih motoričkih pokreta. Preostale se informacije mogu pohraniti ili uporabiti za nadzor pojedinih motoričkih aktivnosti u budućnosti, te za različite umne funkcije učenje, stjecanje iskustva, pamćenje, način ponašanja i sl. Tako živčani sustav održava cjelokupnost sastavnica organizma u funkcijskoj cjelini svih tjelesnih i duševnih svojstava, te istodobno omogućuje suodnose organizma s okolinom, služi njezinu upoznavanju i osigurava aktivnu prilagodbu toj sredini. [1]

Svaka živčana stanica ima jedan akson, staničnu jezgru i dendrite. Doticajna mjesta među živčanim stanicama ili između aksonskih završetaka i površine izvršnog organa nazvana su sinapse. Na tim mjestima aksonski završeci oslobađaju prijenosnike podražaja, neurotransmitere, koji difuzijom prolaze između dviju stanica, sinapsnu pukotinu. [1]

Ovdje je pet neurotransmitera za koje se pretpostavlja da se bitno mijenjaju u povodu traumatskog događaja:

- *epinefrin*, nusprodukt je nadbubrežne žlijezde mobilizira tijelo kako bi se nosilo sa stresom do kojeg dolazi povodom traume. On regulira i mobilizira otkucaje srca, disanje, mišićnu napetost, glukozu u krvi i ostale funkcije koje žrtvu pripremaju za novonastalu krizu
- *kortizol* također izlučuje nadbubrežna žlijezda. Za vrijeme opasnosti ili nesigurnosti on stvara energiju oslobađajući šećer u krv te reparira oštećeno tkivo u slučaju ozljede
- *norepinefrin*, neurotransmiter je jedan od nusprodukata nadbubrežne žlijezde i putem krvi se prenosi u mozak. Norepinefrin djeluje u mozgu kao generalni facilitator, pojačavajući budnost i učinkovitost pri rješavanju problema
- *serotonin* je transmitter koji se proizvodi u samom mozgu. Kad je nazočan u odgovarajućim količinama, osoba je smirena, opuštena i općenito zadovoljna. Kad razina serotonina značajno opadne, osoba postane razdražljiva, bijesna, nesretna i krajnje potištena

- *endorfini* se proizvode u mozgu. Kad aktivno cirkuliraju, osoba se osjeća opuštenom i sabranom i često se osjeća jako dobro. Njihov značajan pad u cirkulaciji može izazvati razdraženost, bijes i osjećaj nesretnosti [1]

Cijeli je živčani sustav blisko povezan, ali ga radi lakšeg razumijevanja njegovih djelatnosti dijelimo na tri funkcijski združene cjeline:

- središnji živčani sustav koji obuhvaća mozak i kralješničku moždinu
- periferni živčani sustav koji tvore mozgovni i moždinski živci
- autonomni živčani sustav koji uključuje simpatički i parasimpatički dio [1]

Da bi se razumjela psihička trauma, vrlo je važno poznavati funkcije kore velikog mozga, limbičkog sustava i živčanih stanica.

Kora velikog mozga je naša svijest, mjesto gdje se stvara naše mišljenje na najvišoj razini funkcioniranja. Informacije iz naših osjetila dolaze do kore velikog mozga gdje bivaju procesirane. Ovdje se stvara memorija iz sličnih prošlih događaja. Stvaraju se i izvršuju odluke i prosudbe u procesu reakcije mozga na bilo koji problem s kojim se organizam mora suočiti. [1]

Limbički sustav leži u sredini mozga ispod kore i otprilike je veličine jednog običnog naprstka. Ovaj mali dio mozga igra vrlo veliku ulogu u našem doživljavanju svijeta. On našem životnom iskustvu dodaje dimenziju osjećanja svijeta. Sve poruke koje dolaze iz osjetnih receptora na svom putu do mozga, gdje će biti procesirane i gdje će nastati adekvatna reakcija, prolaze limbički sustav. Limbički je sustav zapravo vodič osjećaja i instinkata koji su iznimno značajni za naše preživljavanje koje uključuje hranjenje, borbu, bijeg i seksualno ponašanje. Strah, bijes, spokoj, radost svi su jednim svojim dijelom određeni živčanim stanicama i neurotransmiterima u limbičkom sustavu. I kora velikoga mozga i limbički sustav igraju vrlo važnu ulogu u našem doživljavanju terora traume i njezinih PTSP posljedica. Trauma u nekoliko sekundi mobilizira žrtvu u stanje pojačane budnosti kako bi joj osigurala preživljavanje. Mozak žrtve odmah započinje s dvostupanjskom kognitivnom evaluacijom problema. Mozak munjevito donosi dvije procjene: „Ugrožava li ta situacija život ili ne?“ i „Ako ugrožava, što u toj situaciji mogu učiniti da preživim?“. [2] Ako mozak procjeni da situacija ugrožava život, tijelo strelovito reagira s drugom komponentom „bježi ili reži“. Tjelesni sustav koji reagira na izvanredna stanja se aktivira u trenutku kada se oslobađaju neurotransmiteri epinefrin i kortizol. To dovodi do pojačanja pulsa, boljeg disanja, širenja zjenica zbog boljeg vida, oslobađanja šećera u krv zbog dodatnog zahtjeva za energijom i

smanjenog osjećaja umora, poticanja tjelesne sposobnosti, koaguliranja krvi zbog repariranja eventualnih oštećenja tkiva. Osoba koja doživljuje sve te promjene može osjećati napetost, drhtanje, grčeve ili nesvjesticu kao znak priprave organizma za sučeljavanje s opasnošću. I sve se to događa bez nazočnosti naše volje. Na drugom stupnju tijelo djeluje tako da rješava i odolijeva problemu prije ulaska u treći stupanj, ili proces oporavka gdje se tijelo vraća svojem normalnom stanju i obnavlja svoju energiju za sljedeću krizu. [2]

Kada mozak izvrši procjenu opasnosti, u psihi žrtve se javlja još jedan simultani odgovor na izvanredno stanje. Ta mobilizacija mozga uključuje korteks, limbički sustav i transmiere norepinefrin, endorfine i serotonin. Na sličan način nazočnost norepinefrina i endorfina, izgleda je uključena u razvoj nametljivih simptoma – nametljivih sjećanja, iznenadnih prisjećanja i noćnih mora. S pomoću ta dva neurotransmitera traumatsko se iskustvo i način na koji na nj reagiramo urezuju u naše sjećanje. [2]

2. Posttraumatski stresni poremećaj

Posttraumatski stresni poremećaj se definira kao patološka anksioznost koja se obično razvija nakon individualnog iskustva proživljavanja ili svjedočenja teške traume, koja uključuje prijetnju tjelesnom integritetu ili životu individue ili druge osobe. Inicijalno osoba odgovara s intenzivnim strahom, bespomoćnosti i užasom. Kasnije se razvija odgovor na događaj kojeg obilježava perzistentno ponovno proživljavanje događaja te simptomi emocionalne otupljenosti, izbjegavanja i pojačane pobuđenosti. PTSP (posttraumatski stresni poremećaj) može biti akutan (simptomi traju manje od tri mjeseca), kronični (simptomi traju tri mjeseca i duže), te odloženi simptomi se pojavljuju nakon određenog asimptomatskog razdoblja nakon traumatskog događaja). Akutni stresni poremećaj definira se s istom kliničkom slikom kao kronični PTSP, a trajanje mu je do mjesec dana. [1]

Traumatski događaji mogu biti prirodne katastrofe, ljudima izazvane katastrofe, rat, teške prometne nezgode, psihičko zlostavljanje, tjelesno nasilje i zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, te različita stanja životne ugroženosti, kao i drugi ekstremni životni događaji.

Faktori koji doprinose vulnerabilnosti za razvoj PTSP-a uključuju sljedeće: obilježja izloženosti samoj traumi (težina i trajanje izloženosti traumi), individualna obilježja (prethodna izloženost traumi), nepovoljni događaji u djetinjstvu (separacija od roditelja, zlostavljanje), prethodno egzistiranje anksioznosti ili depresije, spol (žene imaju veći rizik za većinu najčešćih trauma), posttraumatski faktori (dostupnost socijalne podrške pojava, stavovi okoline prema ulozi osobe u traumatskom događaju). Životna prevalencija PTSP - a je 1 do 9,3 %. U pojedinim rizičnim skupinama, stopa životne prevalencije PTSP - a je puno veća. [2] Danas je aktualno područje djelovanja i istraživanja psihijataru, ali i svih ostalih djelatnika u zdravstvu, ponajprije liječnika obiteljske medicine koji su u neposrednom i svakodnevnom kontaktu s oboljelima kao i njihovim obiteljima. [3]

PTSP može biti izoliran ili se javlja u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima. PTSP se najčešće javlja s depresivnim poremećajem, alkoholizmom, ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, i poremećajem ličnosti. [4]

2.1. Povijesni tijek dijagnostike PTSP-a

PTSP je psihički poremećaj koji postoji otkad i civilizacija, ali je definiran tek u XX. stoljeću. Poremećaje u vojnika u I. svjetskom ratu stručnjaci tog doba smatrali su

funkcionalnim pa su ih označavali „šok od granate“, nazivom koji je uveo Charls Samuel Myers (1915), britanski vojni psihijatar. Međutim „šok od granate“ javljao se i u vojnika koji nisu bili izloženi granatiranju te se postupno iskristaliziralo razmišljanje o emocijama kao uzroku simptoma. Myers je igrao važnu ulogu u tumačenju povezanosti „ratne neuroze“ i organskih čimbenika, pri čemu je uzroke simptoma nalazio u molekularnim komocijama mozga. Najistaknutiji pristaša tradicionalističkog nazora bio je britanski psihijatar Lewis Yelland. U svojoj raspravi iz 1918. godine „Histerijski poremećaji u ratu“ zagovarao je strategiju zasnovanu na posramljivanju, prijetnjama i kazni. PTSP je prvo opisan u vojnika koji su sudjelovali u američkom građanskom ratu. Psihičke probleme vojnika koji su sudjelovali u I. svjetskom ratu stručnjaci tog doba smatrali su funkcionalnim pa su ih označavali terminom „šok od granate“. [5]

Freud je psihičku traumu definirao 1920. godine kao „proboj u stimulusnoj sferi“, a osnovni emocionalni odgovor u psihičkoj traumi kao „osjećaj potpune bespomoćnosti“ 1926. godine. Pokušaji direktnih studija djece, primjerice studija Ane Freud (1951) o djeci koja su bila evakuirana za vrijeme bombardiranja Londona, nisu znatnije objasnili mehanizam psihičke traume. Zbog brojnih psihičkih poremećaja veterana II. svjetskog rata u prvom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-1), 1952. godine, PTSP se definirao kao „velika stresna reakcija“. Strahote II. svjetskog rata donijele su nova klinička iskustva. Neuroze u veterana II. svjetskog rata dovele su do definiranja kategorije velike stresne reakcije u prvom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-I) 1952. godine. Problemi proučavanja veterana iz Vijetnama te klinički rad sa žrtvama katastrofa konačno su doveli do definiranja. [3]

PTSP kao samostalan psihijatrijski nozološki entitet definiran je u DSM-III (1987.godine). U DSM-III klasifikaciji PTSP se shvaća kao normalna reakcija na ekstremni stres s trajanjem više od šest mjeseci, a u DSMN-III-R klasifikaciji uvodi se pojam akutnog PTSP-a čije je trajanje dulje od mjesec dana. U najnovijoj DSM-IV-TR klasifikaciji smatra se da akutni PTSP traje više od tri mjeseca i ponovno se ističe značaj premorbidne patologije ličnosti. [4]

Za razliku od DSM klasifikacija, MKB-10 klasifikacija je drugačije organizirana. Obuhvaća nespecifične akutne odgovore na traumu: akutnu stresnu reakciju, poremećaj prilagodbe i PTSP, kao i trajnu promjenu ličnosti nakon katastrofičnog iskustva. Ovo je važno imati na umu kod postavljanja dijagnoze zbog razlika u DSM-IV i DSM-IV-TR klasifikaciji i MKB-10 dijagnostičkoj shemi. Socijalna svjesnost o ljudskim pravima, nasilju i katastrofama

se povećala posljednjih 20-ak godina, čemu su osobito pridonijeli ratovi i prirodne katastrofe, što je i dovelo do razvoja psihotraumatologije.

U Hrvatskoj se područje psihotraumatologije počelo intenzivnije razvijati početkom devedesetih godina prošlog stoljeća, odnosno tijekom Domovinskog rata. Agresija na Hrvatsku je nažalost legitimitet destrukciji, nasilnoj separaciji, vladanju marginalaca i što je najopasnije osveti. [6]

2.2. Epidemiološki podatci vezani uz PTSP

Premda postoje velike individualne razlike u načinu na koji ljudi reagiraju na stres, stope psihijatrijskog pobola značajno rastu kod ekstremnih stresora. Premda je PTSP opsežnije proučavan u izabranim skupinama kao što su preživjeli iz ratnih okršaja, koncentracijskih logora i prirodnih katastrofa u ECA istraživanju u općoj populaciji utvrđena je prevalencija PTSP-a 1% i to 0,5% kod muškaraca i 1,3% kod žena. Priroda precipitirajuće traume razlikovala se među spolovima. Borba i nazočnost nečijem ozljeđivanju ili smrti bili su precipitirajuće traume koje su navodili muškarci, dok su gotovo polovinu trauma kod žena činili fizički napadi ili prijetnje. U jednom drugom velikom istraživanju u zajednici uz korištenje metode slučajja, među mlađim odraslim osobama utvrđena je prevalencija PTSP-a tijekom života od 9,2%, što je više od one iz ECA istraživanja. Kao i u ECA istraživanju, prevalencija je bila viša kod žena (11,3%) nego kod muškaraca (6%). U novijem NCS istraživanju, prevalencija PTSP-a tijekom života bila je sličnih vrijednosti (7,8%), što je više nego u ECA istraživanju, i viša je kod žena. Najčešći stresori bili su izloženost borbi kod muškaraca i seksualni napadi kod žena. [3]

Općenito se smatra, da je učestalost PTSP-a u općoj populaciji manja od 1%. U DSM-IV klasifikaciji navodi se da se prevalencija PTSP-a tijekom života u općoj populaciji kreće od 1-14%, ovisno o metodama prikupljanja podataka i uzroku. Jedan od uzroka PTSP-a je i tzv. kućno nasilje. Navodi se da ono postoji u 16% svih brakova godišnje, odnosno u 50-60% svih brakova tijekom cjelokupnog njihovog trajanja. Za određivanje postojanja psihičkih poremećaja potrebne su pouzdane metode mjerenja psihopatologije i prihvaćanje činjenice da je psihopatologija dinamična, budući da je usko povezana s razvojem djece i adolescenata. Mjerenje psihopatologije temelji se na normama ili koji su obično dobiveni u preporučenom broju zemalja i zajednica, a najčešće nije dokazano da te norme vrijede za druge zemlje i zajednice. [4]

U našoj se zemlji, budući da je blizu zapadnim zemljama engleskog govornog područja, primjenjuju dijagnostički sustavi (kao što je DSM – IV), jer je primjena zapadnih normi srednje klase na djecu i adolescente logična i zbog toga što imamo zapadnoeuropsku kulturu i religiju.

Iako u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u svezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1,000.000 ljudi bilo izravno izloženo nefunkcioniranju, ili su uzroci ponašanja dosegнули razinu kriterija za postavljanje dijagnoze PTSP-a, ili će ostati čak ispod praga svijesti. Ovisiti će o postojećim biopsihosocijalnim utjecajima kao što su fizička bolest, samopoštovanje, mehanizmi suočavanja s problemima, roditeljske reakcije, sustavi socijalne potpore, stresni uvjeti u okolini i dostupnosti primjerenog liječenja. [3]

2.3. Etiologija i uzroci nastanka PTSP - a

Bilo koja osoba može oboljeti od PTSP-a u bilo kojem periodu života. Osobe koje su na riziku da obole od PTSP-a uključuju: ratne veterane, osobe koje su preživjele fizički ili seksualni napad, zlostavljanje, nesreće, prirodne katastrofe i mnoge druge teške katastrofe. Osoba ne mora preživjeti opasan događaj da bi oboljela od PTSP-a. Neki ljudi obole od ovog poremećaja nakon što im se prijatelj ili član porodice suoči sa opasnošću ili bude povrijeđen. Također, iznenadna, neočekivana smrt drage osobe može uzrokovati PTSP. Biologijske teorije temelje se na istraživanjima koja su nastojala usporediti funkcije mozga u anksioznih bolesnika s funkcijama mozga normalnih osoba. [3]

Poznato je da stimulacija autonomnog živčanog sustava uzrokuje različite tjelesne simptome koji nisu tipični za anksiozna stanja, a također ne moraju nužno korelirati sa subjektivnim doživljajem anksioznosti. Danas prevladava mišljenje da promjene u središnjem živčanom sustavu (SŽS), karakteristične za anksioznost, prethode različitim perifernim manifestacijama anksioznosti. Većina bolesnika oboljelih od PTSP-a imaju znatno pojačan tonus autonomnog živčanog sustava, slabo podnose napor i proizvode znatno veće količine mliječne kiseline, što katkad može izazvati panične napade. U sklopu biologijskih razmišljanja o etiologiji PTSP-a važnu ulogu zauzima teorija pojedinih neurotransmitora. [5]

Prema sadašnjim spoznajama najvažniju ulogu imaju noradrenergički, serotoninergički i gabaerģički sustav. Stimulacija Locus caeruleus kao glavne središnje jezgre noradrenergičkog sustava izaziva pojavu intenzivnog straha. Glavna nakupina

serotoninergičkog sustava je u rostralnom dijelu moždanog debla, odakle teku veze s moždanom korom, limbičkim sustavom i hipotalamusom. Gabaerški sustav glavni je inhibicijski sustav u središnjem živčanom sustavu. U razmišljanjima o ulozi neurotransmitora u nastajanju PTSP-a ne može se isključiti uloga dopaminergičkog sustava, kao ni opioidnog sustava. Nešto je manje dokaza o ulozi acetilkolina, adenozina ili histamina u nastanku PTSP-a.

Psihoanalitičke teorije PTSP-a pretpostavljaju da je u temelju jedan za ego neprihvatljiv impuls ili nagon koji se bori za svjesnu reprezentaciju i oslobađanje. Anksioznost je pritom u funkciji signala koji upozorava ego da poduzme defenzivnu akciju protiv unutarnjeg pritiska. Ako samo potiskivanje ne bi bilo dovoljno kao mehanizam obrane, pojavljuju se drugi obrambeni mehanizmi kao što su konverzija, premještanje i regresija, što potom može rezultirati razvijanjem simptoma karakterističnih za sliku neurotičkog poremećaja. [3]

Bihevioralne teorije anksioznost smatraju uvjetovanim odgovorom na specifični podražaj iz okoline.

Egzistencionalne teorije pretpostavljaju da je anksioznost izazvana time što je osoba spoznala dubok besmisao života. Anksioznost se rađa kao odgovor osobe na besmislenost njezina života i svega truda koji ona u to ulaže.

Rezultati genetičkih istraživanja upućuju na to da je malo vjerojatno da je genetička osnova psihijatrijskih poremećaja povezana samo s jednim, za poremećaj specifičnim, genskim lokusom. Uloga naslijeđa potvrđena je u većem broju psihijatrijskih poremećaja. [5]

2.4. Klinička slika PTSP-a

Da bi pacijente sa psihičkim teškoćama izazvanim traumama mogao uspješno liječiti, stručnjak prije svega mora dobro poznavati kliničku sliku određenog poremećaja. Kada se radi o PTSP-u, onda nije dovoljno samo globalno poznavanje kliničke slike, nego je potrebno uočiti dominantnu problematiku, odnosno vodeće simptome, ili vodeću skupinu simptoma. [5]

Najznačajnija karakteristika PTSP-a je stalno ponovno doživljavanje traumatskog događaja. Bolesniku se obično nameću, bez poticaja okoline, mučna i neželjena sjećanja na traumatski događaj. Ta intruzivna sjećanja praćena su odgovarajućom moćnom

emocionalnom reakcijom. Ponekad se javljaju teški snovi koji bolesnika tijekom noći po nekoliko puta bude. Bolesnik se može iznenada početi ponašati ili osjećati kao da se traumatski događaj ponovno zbiva, odnosno kao da ga on proživljava. Za to su primjeri iluzije, halucinacije, i disocijativne (flashback) epizode. Događaji koji simboliziraju ili podsjećaju na traumatski događaj mogu izazvati intenzivnu psihološku patnju. Bolesnik nastoji izbjegavati poticaje vezane uz traumu ili se javlja otupjelost opće reaktivnosti. Bolesnik nastoji izbjegavati misli ili osjećaje vezane uz traumu ili aktivnosti i situacije koje pobuđuju sjećanja na traumu.

Može se javiti nemogućnost sjećanja nekog važnog aspekta traume (psihogena amnezija) ili izrazito smanjenje zanimanja za značajne aktivnosti.

Mogu se javiti osjećaji odvojenosti ili otuđenosti od drugih, zatim ograničen spektar afekata (npr. nesposobnost za osjećaj ljubavi) ili osjećaj uskraćene budućnosti (osoba ne očekuje da bi mogla ostvariti karijeru, brak, obitelj, dug život)

Javljaju se i simptomi pojačane pobuđenosti koji nisu postojali prije traumatskog doživljaja. Pojavljuju se smetnje sna, prekomjerna napetost i preosjetljivost, smetnje koncentracije, hipervigilnost, reakcija pretjeranog straha, a može se javiti i fiziološka reaktivnost uslijed izloženosti događajima koji simboliziraju traumatski događaj. Mogu se javiti i agresivne reakcije različitog intenziteta.

Osim opasnih simptoma karakterističnih za PTSP, i mnogi drugi simptomi mogu biti prisutni u osoba s ovim psihičkim poremećajem. Učestali su tako simptomi anksioznosti s tremorom i nemirom. Često se javlja osjećaj krivnje te osjećaj stida.

Simptomi depresije ili anksioznosti ponekad mogu biti tako izraženi da je potrebno postaviti dijagnozu depresivnog ili anksioznog sindroma. Progresija depresivnih osjećaja može dovesti do suicida, a anksioznost može predstavljati osnovu za nastajanje ovisnosti o alkoholu ili drogama. [4]

Opisane su eksplozije nasilnog ponašanja u ratnih veterana. Maligni oblik PTSP-a kod ratnih veterana karakteriziran je nasilnim, eksplozivnim ponašanjem, socijalnom izopćenošću i izolacijom, gnušanjem prema samom sebi i perzistentnim ponovnim doživljavanjem ratne traume.

U takvih bolesnika mogu se javiti i simptomi organskog psihosindroma kao što su teškoće pamćenja, koncentracije, emocionalne labilnosti, glavobolje i vrtoglavice. Somatske

tegobe su čest simptom koji prati PTSP, a najčešće se opisuje glavobolja, bol u prsima, impotencija. Katkad su ti simptomi toliko izraženi da se može postaviti dijagnoza psihosomatskog poremećaja. Nisu rijetki slučajevi pojave paničnih napada. [3]

Djeca mogu pokazivati smanjen interes za značajnije aktivnosti. U djece se ubrzo nakon traume mogu javiti uznemirujući snovi koji mogu prijeći u strašne more. Mala djeca nemaju osjećaj da ponovno proživljavaju prošlost. Ponovno proživljavanje traume događa se u akciji, kroz dramu koja se ponavlja. Simptom PTSP-a u djece može biti izrazita promjene stava prema budućnosti – imaju osjećaj uskraćene budućnost. U neke djece javlja se „formiranje zlih slutnji“, tj. uvjerenje u sposobnost proricanja nepovoljnih događaja. Djeca mogu imati glavobolje, boli u želudcu ili nekih drugih tjelesnih simptoma koji prate specifične simptome PTSP-a. [4]

PTSP u djece često koegzistira s drugim poremećajima kao što je poremećaj pažnje, poremećaj ponašanja, ADHD i drugi poremećaji. [5]

Dojenčad i djeca ne mogu pamtit i traumatski događaj, ali će on zasigurno poljuljati njihovo „bazično povjerenje“. Kako se hipokampus razvija oko treće godine života, dijete će pamtit i cijeli traumatski događaj, a on će narušit i regulaciju njegovih interakcija i „dijalog“ s okolinom, dok u školskoj dobi može utjecati na sliku tijela. [6] Djeca i adolescenti mogu imati drastične reakcije na traumatične događaje, njihovi simptomi znaju se razlikovati od simptoma kod odraslih osoba. Kod veoma male djece ovi simptomi uključuju:

- mokrenje u krevet, nakon što su prethodno savladali korištenje toaleta
- zaboravljanje kako da hodaju ili nemogućnost hodanja
- zamišljanje strašnih događaja tokom igre sa drugom djecom
- neuobičajena potreba da stalno budu uz roditelja ili drugu odraslu osobu
- kod starije djece i adolescenata simptomi su najčešće isti kao i kod odraslih osoba.

Djeca i adolescenti se, također, mogu početi ponašati neposlušno, destruktivno i bez iskazivanja poštovanja. Često stariju djecu i adolescente opterećuje osjećaj krivnje zato što nisu spriječili povrjeđivanje ili smrt. Oni, također, mogu razmišljati o osveti.

FIZIČKI SIMPTOMI	<ul style="list-style-type: none"> - Pojačana budnost - Pretjerana plašljivost - Poremećaji spavanja - Teškoće s koncentracijom i pamćenjem - Razdražljivost posebice srdžba i depresija
NAMETLJIVI SIMPTOMI	<ul style="list-style-type: none"> - Vraćanje na događaj (misli, sjećanja, snovi, noćne more, bljeskovi, sjećanja). - Fizička i psihička uznemirenost na događaj koji simbolizira traumu - Tugovanje i osjećaj krivice preživjelog
SIMPTOMI IZBJEGAVANJA	<ul style="list-style-type: none"> - Izbjegavanje specifičnih misli, osjećaja, aktivnosti ili situacija - Gubitak interesaza značajne aktivnosti - Sužen raspon osjećaja (tupost).

Tablica 2.4.1. Simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja,

Izvor: P. Filaković i suradnici, Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2015.

2.5. Dijagnostika PTSP-a

Svaka znanost, u skladu sa svojom definicijom, nastoji biti egzaktna tj. mjerljiva. Zbog komplicirane diferencijalne dijagnoze PTSP-a i činjenice da se bazira većinom na simptomima opisanim od bolesnika, dijagnozu PTSP-a nije lako ustvrditi i nije ju teško simulirati.

1. ISTRAŽITI TRAUMATSKE DOGAĐAJE I ISKUSTVA

Otkriti situacije koje se doživljavaju kao traumatske, istražiti kako je bolesnik doživio situaciju, kako se postavio prema njoj, te koji ishod očekuje. Odgovor pojedinca na traumu ovisi o vrsti stresora, ali i o individualnoj mogućnosti pokazivanja emocija. Vrlo je važno i istražiti je li bolesnik imao neku prijašnju traumu, osobito rano traumatsko iskustvo, njegovu psihijatrijsku anamnezu, hereditet duševnih bolesti, simptome akutnog stresa te narav biološkog odgovora.

PONOVNO PROŽIVLJAVANJE	POJAČANA POBUDLJIVOST
Uznemirujuće misli ili emocije	Poteškoće spavanja
Uznemirujući snovi	Iritabilnost (razdražljivost)
Osjećaj kao da se događaj ponovno zbiva	Teškoće koncentriranja
Uznemirenost na podsjetnike	Veća svjesnost o opasnosti
Simptomi fizičke tjeskobe	Lako trzanje

Tablica 2.5.2. Trauma skrining upitnik-10 pitanja,

Izvor: R. Gregurek, E. Klain, Posttraumatski stresni poremećaj, Medicinska naklada Zagreb, 2000.

2. FORMALNA DIJAGNOSTIČKA PROCJENA: ovaj proces uključuje:

a) STRUKTURIRANI INTERVJU

Kojima će se obuhvatiti detaljne informacije u vezi demografskih podataka, medicinske povijesti, statusa distabiliteta, radnog statusa i radne povijesti, socijalne anamneze i obrazovanja. Intervju ne procijenjuje jakost simptoma.

b) DETALJNI PSIHIJATRIJSKI PREGLED

Koji uključuje procjenu psihijatrijskog statusa; a uz to je potrebno ispitati neurološki i tjelesni status.

c) PSIHOMETRIJSKE I PSIHODIJAGNOSTIČKE POSTUPKE

U koje pripada upotreba CAPS-a (Klinička skala za procjenu PTSP-a),

Mississippi skala za PTSP

LASC (Los Angeles lista)

IES (Skala utjecaja događaja)

PSS-I (Intervju skala za PTSP simptome)

MMPI/MMPI-2 (Minesota multifazični inventar ličnosti)

U praksi se najčešće upotrebljava CAPS skala, kojom se može procijeniti intenzitet simptoma.

d) MULTIDIMENZIONALNA PROCJENA

Uključuje procjenu ponašanja i kognitivne mjere.

U kognitivne mjere se ubraja:

RNG (Test slučajnih brojeva) kojim se mjere izvršne funkcije i procesiranje informacija.

COWAT (Kontrolirani test verbalnih asocijacija) kojim se mjeri verbalno učenje i pamćenje

AVLT (Ray test slušnog verbalnog učenja) kojim se mjeri aktivnost frontalnog režnja.

3. PSIHOFIZIČKE MJERE u koje pripada objektivno mjerenje simptoma podražljivosti koje se ne može simulirati.
4. FUNKCIONALNA PROCJENA OSOBE - uključuje posttraumatsku povijest, neposredni pretraumatski psihosocijalni kontekst, sam događaj, neposredne strategije sučeljavanja te posttraumatski psihosocijalni kontekst, obiteljsku i društvenu potporu.
5. FORENZIČKA EVALUACIJA - procjenjuje vjerodostojnost simptoma, povezanost simptoma i stresnog događaja, dugoročne posljedice navedene traume, emocionalne promjene uzrokovane traumom. Za procjenu simuliranja koriste se: [2]

SIMS test – Strukturirani upitnik za simuliranje

MENT – Morelov test emocionalnog izbjegavanja

2.6. Stigmatizacija bolesnika sa PTSP – om i razlozi nastanka

Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zato što imaju psihičku bolest. Riječ stigma je grčka imenica koja dolazi od korijena čije je značenje „naglasiti, istaknuti, označiti“. Ranije taj termin nije imao negativno značenje koje mu se danas pridaje. Koristio se i za označavanje rana zadobivenih u vojnoj službi, više kao oznaka počasti. U Novom zavjetu i ranom kršćanstvu termin je postao povezan s Kristovim ranama. Mnogo negativnije značenje javlja se u latinskom, gdje je grčka riječ preuzeta metaforički i predstavlja oznaku srama ili degradacije, znak kojim su se označavali kriminalci ili robovi kako bi ih se moglo identificirati u slučaju bijega. [7]

Danas stigma ima negativno značenje i predstavlja znak srama i diskreditaciju osobe. Stigmatizacija ima negativne posljedice za oboljelog i članove njegove obitelji. Obitelj izbjegavaju, čak može postati opterećena osjećajem krivnje da je nešto loše u genima. Stigmom su zahvaćene i institucije liječenja, koje se doživljavaju represivnima. Najčešća je predodžba da se tamo nalaze „svezani, opasni bolesnici“ i da su svi koji su se liječili u bolnici opasni. Stigmatiziranje oslabljuje svoje žrtve, pojačava osjećaj otuđenja, čime nepovoljno utječe na tijek bolesti. Psihijatri se doživljavaju kao neučinkoviti jer se bolest doživljava neizlječivom, vjeruje se da lijekovi služe za drogiranje ljudi, a ne za liječenje. Stigma prema psihijatriji kao struci očituje se u lošim smještajnim kapacitetima, financiranju i omalovažavanju rezultata liječnika. Stigma povezana s duševnom bolešću može dovesti do toga da osoba odgađa traženje pomoći ili pokušava prikriti bolest kako bi izbjegla sram, izolaciju, diskriminaciju kod zaposlenja, omalovažavanje, podcjenjivanje. Stigmatiziranje psihički bolesnih osoba negativno djeluje na njihove sposobnosti sudjelovanja u liječenju. [8]

Uzroci nastanka stigmatizacije oboljelih od psihičkih poremećaja temelji se na negativnim stavovima koje nazivamo predrasude. Predrasude su unaprijed donijeti sudovi, prije nego što imamo dovoljno informacija o predmetu našeg stava. Određeni su na temelju nedovoljno znanja. Unaprijed imamo stavove koji se ne temelje na našem iskustvu s osobama prema kojima imamo predrasude nego naprosto na naučenim stavovima. Potrebno je znati da je predrasuda stav vjerovanja koji stavlja neku osobu u nepovoljan položaj. Predrasuda sadrži uvijek negativan, pa i neprijateljski stav prema objektu na koji se odnosi. Vrlo su otporne na promjenu jer naprosto ljudi ne razmišljaju o tome da čine nepravdu nekome svojim stavovima i ponašanjem koje je povezano s tim. Nedostatak znanja i razumijevanja psihičke bolesti pridonosi stigmatizaciji. Međutim, ljudi koji nemaju iskustva s osobama koje boluju od psihičke bolesti često imaju više izraženu stigmatizaciju od osoba koje su imale kontakt.

Mediji pisanjem i prikazivanjem na TV filmovima najčešće podržavaju stigmatu opasnosti. Najčešće se radi o senzacionalističkim naslovima koji prodaju novine, jedna incidentna situacija generalizira se na sve oboljele. [9]

Stigma narušava ljudska prava oboljelih na poštovanje, ravnopravnost i liječenje. Medicina i psihijatrija kao struka moraju razvijati uspješne metode borbe protiv stigme kako bi velikoj skupini ljudi osigurale osnovna ljudska prava. Dobra je vijest da u svijetu raste sve veći broj organiziranih programa borbe protiv stigme psihičke bolesti, u sklopu kojih dolazi do reakcije na stigmatizirajuće i diskriminirajuće ponašanje. Borbu protiv stigme trebaju provoditi svi građani svih dobnih skupina, naročito mlađi ljudi, mediji, profesionalci koji

sudjeluju u liječenju pacijenata, sami bolesnici. Metode borbe protiv stigme koje su se pokazale učinkovitima sastoje se od kombinacije edukacije, kontakta s predstavnicima stigmatizirane grupe i protesta. Točne informacije valja suprotstaviti krivim vjerovanjima ili mitovima na temelju kojih se gradi predrasuda i ponašanje proizašlo iz nje. [10]

3. Liječenje oboljelih od PTSP – a

Iako će razvoj PTSP – a ovisiti o različitim čimbenicima, nakon proživljene traume važnu preventivnu ulogu igra upravo pravilna i pravodobna psihoedukacija. Time se podiže razina znanja psihotraumatizirane osobe o poremećaju, njegovim simptomima i vlastitom ponašanju. Liječnici obiteljske medicine trebali bi prilikom psihoedukacije poticati bolesnika na razgovor s obitelji i prijateljima o proživljenom traumatskom iskustvu, te posebno naglasiti koliko je važno podijeliti vlastite emocije s osobama kojima vjeruje.

Liječenje PTSP – a obuhvaća kombinaciju farmakološke terapije i psihoterapije. Aktualne terapijske smjernice za PTSP uključuju psihofarmakološke, psihoterapijske i psihosocijalne smjernice. U liječenju PTSP-a kada god je moguće treba preferirati psihoterapiju nad psihofarmakološkim liječenjem, osobito kada su simptomi blagi i kada se radi o tzv. nekomplikiranom PTSP-u bez komorbidnih poremećaja. U slučajevima srednje teškog i teškog PTSP-a s komorbidnim poremećajima i razvojem posttraumatskih promjena ličnosti, najčešće treba kombinirati psihoterapiju, psihosocijalne metode i farmakoterapiju. [5]

3.1. Psihoterapija

Predstavlja metodu izbora u liječenju PTSP -a. Ovisno o težini kliničke slike može se provoditi samostalni ili u kombinaciji sa psihofarmakološkom terapijom. Do danas nema univerzalnog preporučljivog modela ili psihoterapijske tehnike liječenja PTSP-a. Kod nas se najčešće koriste psihodinamska i integrativna psihoterapija, a manje kognitivno bihevioralna. U praksi se nalaze elementi jednih i drugih. Liječenje treba planirati u odnosu na potrebe svakog bolesnika, već prema tome radi li se o akutnom, kroničnom ili trajnom poremećaju. Opći principi psihoterapije, bez obzira na tehniku i traumatsko iskustvo (civilna ili ratna trauma), počivaju na fazama liječenja od početne izgradnje odnosa preko na traumatu fokusirane faze do faze uspostavljanja i održavanja zadovoljavajućih interpersonalnih odnosa u širem socijalnom kontekstu. Glavni je cilj terapije pomoći bolesniku da uspostavi osjećaj sigurnosti i kontrole kako bi se mogao suočiti s traumom, dekondicionira strah i anksioznost povezan te s traumatskim sjećanjima te ponovno uspostavi osjećaj osobnog integriteta i kontrole kako bi kao žrtva traume našao smisao u životu. [11]

3.2. Psihodinamska psihoterapija

Svoj cilj usmjerava jačanju ega (suportivna psihoterapija) ili prema uvidu kroz analizu nesusjesnih sadržaja (ekspresivna psihoterapija). Oba tipa psihodinamske terapije mogu se provoditi kao individualna, grupna, bračna i obiteljska. Grupna psihoterapija se provodi u homogenim grupama u kojima se prorađuje traumatsko iskustvo, a u heterogenim grupama cilj je promjene ponašanja proizašlog iz traume. Cilj suportivne terapije je jačanje već postojećih sposobnosti osobe za rješavanje svakodnevnih životnih teškoća, pri čemu je pažnja fokusirana na optimiziranje obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja. Ovdje nije potrebno oživljavati prošla iskustva. Za razliku od nje, ekspresivna psihoterapija se temelji na traženju veze između sadašnjih problema i prošlih traumatskih i obiteljskih iskustava kako bi se pojedinac suočio s uznemirujućim iskustvom i njime ovladao. [3]

3.3. Kognitivno bihevioralna terapija

Uključuje terapiju izlaganjem, kognitivnu terapiju i metodu ovladavanja anksioznosti. Smjernice svjetskih stručnjaka ističu te tehnike kao najučinkovitije u liječenju PTSP-a. Terapija izlaganjem pomaže osobi u suočavanju sa specifičnim situacijama, osobama, objektima, sjećanjima ili osjećajima koji su povezani sa stresorom, i koji bude nerealistično intenzivan strah. Provodi se imaginativnim izlaganjem (ponavljanim emotivnim prebrojavanjem traumatskih sjećanja dok ne prestanu izazivati visok stupanj uznemirenosti), ili in vivo izlaganjem ponavljanim izlaganjem osoba situacijama koje su sada sigurne, no još uvijek izazivaju strah jer su povezane s traumom. Cilj kognitivne terapije je naučiti bolesnika kako identificirati vlastite disfunkcionalne misli, kako procijeniti dokaze za i protiv te kako usvojiti realističnije misli koje će proizvesti uravnotežene osjećaje. Ovladavanje anksioznošću služi učenju bolesnika vještinama poput relaksacije, vježbi disanja, pozitivnog mišljenja koje će mu pomoći pri svladavanju stresa. [2]

3.4. Psihofarmakoterapija

Imajući u vidu različite biološke modele PTSP - a, smatra se da je to poremećaj neurotransmiterskih sustava (noradrenergičkog, dopaminergičkog, serotonergičkog, GABA - e, endogeno - opioidnog), pa se za liječenje PTSP – a koriste različite skupine lijekova. Vrlo često jedna skupina lijekova nije dovoljna u liječenju svih simptoma PTSP - a, i to je gotovo praksa kad se radi o PTSP - u s komorbidnim poremećajima. [4]

Bez obzira na različite mehanizme djelovanja lijekova koji se primjenjuju kod PTSP - a, cilj je uvijek isti: smanjiti simptome distresa, pojačati psihološki obrambeni sustav i obnoviti funkcioniranje pojedinca. [7]

Provedena klinička istraživanja vode zaključku da su serotoninergički lijekovi u liječenju PTSP - a djelotvorniji od dopaminergičkih, iako je kod bolesti prisutna zahvaćenost obaju neurotransmiterskih sustava. Prema današnjim saznanjima selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina – SSRI antidepresivi – predstavljaju na našem tržištu prvi terapijski izbor za liječenje PTSP – a. [7]

Liječenje preporučenim izabranim antidepresivom prvog izbora se preporučuje provoditi tijekom 6 do 8 tjedana u dovoljno visokoj terapijskoj dozi. Doze za liječenje PTSP - a u prosijeku nešto više nego za liječenje depresije. Nakon 6 do 8 tjedana procijenjuje se odgovor na izabrani antidepresiv. U slučaju nepovoljnog odgovora preporučuje se izbor drugog antidepresiva iz skupine prvog izbora. Kod odabira dodatne medikacije treba voditi računa o preporukama koje vrijede u načelu za svaki lijek. U slučaju neuspjeha terapije sa SSRI preporučuje se konzultacija psihijatra ili se može pokušati lijekovima drugog izbora – tricikličkim antidepresivima (TCA), moklobemidom, venlafaksinom, itd. [7]

U slučaju anksioznosti može se kraće vrijeme dodati anksiolitik, a kod nesanice dati anksiolitik ili zolpidem. [7]

U slučaju povoljnog terapijskog odgovora preporučuje se terapija održavanja 12 mjeseci. [5]

3.5. Socioterapija

Socioterapija se definira kao skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocializacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Socioterapijskim metodama djeluje se na pojedinca i njegovu okolinu s ciljem da ga se uključi u vlastito liječenje. Bolesnik mora naučiti kako će izdržati socijalni pritisak socijalne sredine, a da pritom primjereno reagira na taj pritisak. Isto tako je važno kako naučiti bolesnika kako da prihvati ulogu koju mora preuzeti ovisno o situaciji u kojoj se nalazi. [9]

Najčešće socioterapijske metode liječenja su:

- *TERAPIJSKA ZAJEDNICA* - zahtijeva timski pristup psihijatrijskom bolesniku (psihijatar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, okupacijski terapeut, glazboterapeut, itd.) te formiranje odbora bolesnika koji aktivno sudjeluju u terapijskom postupku. Terapijskom zajednicom nastoji se bolesnika priviknuti na radne navike, na uspostavljanje što bolje veze s obitelji i održavanje veze s radnom sredinom. Na taj se način omogućuje bolesniku da što samostalnije rješava nastale životne probleme te se utječe na članove obitelji kako bi oboljelog člana nakon izlaska iz bolnice što bolje prihvatili, razumjeli i primjereno reagirali na njegovo ponašanje. Nužno je da budu demokratski odnosi između osoblja, između bolesnika, i ono najvažnije između osoblja i bolesnika. [8]
- *REKREACIJA* - omogućuje kontroliranu regresiju bolesnika. Tijekom bolesti psihijatrijski bolesnik napušta zadane društvene i socijalne okvire i njegovo ponašanje je vrlo često nekontrolirano i društvu neprihvatljivo. Pomoću rekreativne terapije zadovoljavaju se osnovni nagoni i želje, jača ličnost bolesnika te se povratak na ranije razvojne faze događa kontrolirano. [7]
- *IGRA* - omogućuje svojom aktivnošću bez sporazumijevanja riječima pristup nekomunikativnom psihijatrijskom bolesniku. Osobito se preporučuju grupne igre kao npr. rukomet, odbojka, nogomet i sl.
- *KAZALIŠNE PREDSTAVE* i televizija - imaju važnu terapijsku vrijednost, pri čemu treba izbjegavati sadržaje koji bi mogli izazvati osjećaj straha ili pojavu agresije.
- *PLES* - važna socioterapijska metoda u ostvarivanju društvenih kontakata. U situacijama kada bolesnici odbijaju verbalnu komunikaciju, kontakte mogu uspostaviti kroz ples.
- *GLAZBOTERAPIJA* - kroz buđenje zajedničkog impulsa melodije i ritma stvara zajednički grupni osjećaj. Preporučuje se slušanje melodija naučenih u ranom djetinjstvu što asocira na bezbrižnu prošlost. Uz slušanje bolesnika valja poticati na aktivno sudjelovanje u glazbi. Glazboterapija kao socioterapijska metoda osobito se preporučuje u liječenju autističnih bolesnika.
- *OKUPACIJSKA I RADNA TERAPIJA* - oblik terapije koji čini sponu između raznih oblika rekreacije i rada u stvarnom životu. Okupacijska terapija razlikuje se od rada u stvarnom životu utoliko što dozvoljava veću slobodu u izboru rada, dozvoljava i uništavanje materijala s kojim se radi sa svrhom kanaliziranja agresije. Radna terapija

je bliža stvarnom radu i omogućuje bolesniku da se polako privikava na povratak u radnu sredinu.

Uz socioterapijske postupke nužno je stalno evaluirati interpersonalne i socijalne potrebe bolesnika, nastojati poboljšati kvalitetu međuljudskih odnosa između bolesnika i njegove okoline te ga motivirati da se brine o sebi i na odgovarajući način raspolaže novcem. Budući da izvanbolnički postupak sa psihijatrijskim bolesnicima i članovima obitelji zauzima važno mjesto u cjelovitom zbrinjavanju, u liječenje svakako treba uključiti socijalnu službu i patronažne sestre. [11]

4. Uloga medicinske sestre u liječenju PTSP – a

Načela su opća pravila ili zakonitosti i temeljno su polazište za sve sestrinske intervencije.

Ona su svojevrsna pravila ponašanja koja moraju prožimati cjelokupnu sestrinsku praksu. Nijedna sestrinska intervencija u koju nisu uključena načela ne može se smatrati stručnom intervencijom. U osnovi sestrinske psihijatrijske prakse također se nalaze određena načela – holistički pristup, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, uključivanje bolesnika, pomoć pri učinkovitoj prilagodbi, bezuvjetno prihvaćanje. [12]

Kod psihijatrijskih bolesnika naglašava se da provodeći zdravstvenu njegu obrazovana sestra ima mogućnost slušati pacijenta, identificirati se s njim i njegovom obitelji, procijeniti njegove potrebe i graditi osobit odnos koji je izuzetno važan za učinkovit proces zdravstvene njege. Sposobnost osjećaja bliskosti s oboljelim od PTSP – a obilježje je najboljih sestara jer znaju slušati, osjetljive su na neverbalnu komunikaciju i ohrabruju pacijente da kažu svoje osjećaje na razne načine. Ona mora trajno analizirati značenje njegovih riječi, tišine, grimase, pokrete. Umijeće Kod psihijatrijskih bolesnika naglašava se da provodeći zdravstvenu njegu obrazovana sestra ima mogućnost slušati pacijenta, identificirati se s njim i njegovom obitelji, procijeniti njegove potrebe i graditi osobit odnos koji je izuzetno važan za učinkovit proces zdravstvene njege. Sposobnost osjećaja bliskosti s oboljelim od PTSP – a obilježje je najboljih sestara jer znaju slušati, osjetljive su na neverbalnu komunikaciju i ohrabruju pacijente da kažu svoje osjećaje na razne načine. je to činiti nenametljivo. „Konstruktivni odnos“ je jako važan da su se mnogi psihijatri i psihijatrijske sestre podvrgli psihoanalizi kako bi bolje upoznali sebe i kako bi naučili kako pomoći drugima da izraze svoje nade, frustracije, strah, ljutnju, ljubav i druge osjećaje. [9]

Psihijatrijska sestra mora uspostaviti terapijski odnos i terapijsku komunikaciju s klijentom, pri čemu mora stalno procjenjivati kako ona svojom ličnošću i ponašanjem utječe na njega. Uspješnost sestre ponajprije ovisi o stavovima prema psihijatrijskom bolesniku i o tome koliko je svjesna svojih stavova. Sestra u radu s psihijatrijskim bolesnicima mora stalno razmišljati o svojem ponašanju i utjecaju svojeg ponašanja na druge ljude. [10]

Medicinske sestre koje se u svom svakodnevnom poslu susreću s populacijom oboljelih od PTSP - a znaju da se većina oboljelih povlači od ljudi, da njihov interes za

sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima opada, da se osamljuju, postaju netolerantni u komunikaciji s drugim ljudima, da su skloni agresivnom načinu reagiranja. [13]

4.1. Proces zdravstvene njege

Psihijatrijska medicinska sestra najčešće je prva koja kontaktira s bolesnikom i njegovom obitelji. Zato je prvi susret medicinske sestre s bolesnikom veoma važan jer o njemu ovisi hoće li se razviti povjerenje, empatija a sve to omogućuje da se bolesnik osjeća prihvaćen, siguran i poštovan. Medicinska sestra mora znati pridobiti bolesnika na suradnju i liječenje. Medicinska sestra prva uočava promijene i članovima stručnog tima iznosi svoja zapažanja, koja su bitna za daljnji postupak u terapiji, stoga je ona važan i nezamjenjiv član tima u psihijatrijskoj njezi. Psihijatrijska sestrinska skrb temelji se na poznavanju psihičkog života i psihopatoloških zbivanja. Medicinska sestra mora znati razumjeti bolesnika i njegovo ponašanje, odnosno poruke koje simptomima bolesnik upućuje okolini. [9]

Sestrinske dijagnoze koje su moguće kod bolesnika oboljelih od PTSP -a: [13]

- promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
- promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja
- narušena verbalna komunikacija
- individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja
- smanjen stupanj samopoštovanja
- anksioznost i strah
- socijalna izolacija
- visok rizik za oštećenje pokretnosti u/s psihomotoričke aktivnosti i agitacije
- visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama
- smanjena mogućnost brige za sebe
- visok rizik za dehidraciju u/s dezintegriranim misaonim oblikom i dezintegriranim oblicima ponašanja, promjenama u ritmu hranjenja/ uzimanja tekućine, ekscesivnog gubitka u funkciji bubrega (kao popratna pojava uzimanja nekih psihotropnih lijekova)
- promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane
- promijenjeni obiteljski odnosi
- deficit u kognitivnom obrascu
- seksualna disfunkcija

4.2. Prikaz procesa sestrinske skrbi kod bolesnika oboljelog od PTSP -a

Podatci su prikupljeni promatranjem, intervjuom i analizom medicinske dokumentacije. Za prikupljanje podataka upotrijebljen je obrazac zdravstvenog funkcioniranja prema Marjory Gordon.

4.3. Sestrinska anamneza i status

Bolesnik L. Š. Rođen je 1969. godine. Neoženjen, bez djece, po zanimanju građevinski tehničar. Živi sam, umirovljen. Bolesnik je primljen u bolnicu u redovnom prijemu, radi pogoršanja psihičkog stanja pod uputnom dijagnozom PTSP, Depressio. Trajne promjene ličnosti. Dolazi u pratnji prijatelja. Po prijemu bolesnik je subfebrilan, RR 140/90 mmHg, puls 80 otkucaja u minuti, koža je normalne boje, topline i turgora. Bolesnik je pri svijesti. Orijentiran u vremenu i prostoru. Prije hospitalizacije od terapije je uzimao tbl. a Normabel 10 mg 3x1, Coaxil a 12,5 mg 3x1, Sanval tbl a10 mg jednu uvečer.

Ovo mu je druga psihijatrijska hospitalizacija. Iz priložene medicinske dokumentacije vidljivo je da je ostvarena adekvatna terapijska suradnja, ali višekratne re-traumatizacije događajima vezanim uz branitelje posljednjih nekoliko mjeseci dovode do pogoršanja. Prema preporuci svog psihijatra prihvaća hospitalizaciju. Prve psihičke smetnje su se javile 1997. god., dok je radio u vojnoj policiji. Manifestirale su se nespavanjem, uznemirujućim snovima, nervozom, napetošću, nije podnosio ljude koji su radili s njim. Dao je veći doprinos, ali to nije mogao reći. Sve se vrtjelo oko nepravde. Radio je dvanaest sati na dan, to nije mogao više izdržati, pa odlazi na bolovanje 2002. godine, i nakon toga postupno u mirovinu 2006. godine.

Bolesnik ne jede redovito, nije izbirljiv u prehrani, jede sve, ako skuha ili ga prijatelj pozove na ručak. Često uzima gotovu hranu, iako mu to smeta zbog njegovih gastrointestinalnih smetnji. U posljednje vrijeme izgubio je apetit. Negira alergije i pušenje, a alkohol pije povremeno (obično pivo).

Ne žali se na smetnje mokrenja i defekacije (stolicu ima redovito svaka dva dana). Nema patoloških primjesa u urinu i stolici.

Kod kuće je sve aktivnosti samozbrinjavanja obavljao samostalno (kupanje, pranje kose, odlazak do toaleta). Ne kuha redovito. Kućanske poslove je obavljao samostalno, ali zbog bezvoljnosti mu je bilo potrebno dosta vremena da sve obavi. Nema nikakav hobi, te se ne bavi nikakvom tjelesnom aktivnošću. Većinu vremena provodi sam, zatvoren u kući.

Iznosi probleme s nesanicom, tuži se na košmarne snove u kojima ponovo proživljava traumatska ratna iskustva kao i učestala neželjena sjećanja na doživljene ratne strahote. Zbog anticipirajućeg straha kako će loše spavati još više se uznemiri. Unatoč redovitom uzimanju terapije za spavanje, rano se budi, a malo spava. Ne sjeća se kad je cijelu noć prospavao, pa se ujutro osjeća umorno i iscrpljeno. Spava u zatvorenoj prostoriji sa ugašenim svjetlima.

Nema problema s vidom, malo slabije čuje na lijevo uho, to je posljedica detonacija, ali mu ne predstavlja problem te nije išao liječniku na pregled. Povremeno se žali na bolove u leđima i nogama, te nekad popije Voltaren tabletu. Sve odluke u životu donosi sam, ali ga ništa ne motivira za život.

Većinu vremena o sebi misli loše i svjestan je da gubi kontrolu nad životom. Promjena u vanjskom izgledu nema. Pretežno je depresivnog raspoloženja i e želi više pričati o svome životu.

Odrastao je u mnogobrojnoj obitelji, ima petero braće i tri sestre. Svi su visoko obrazovani, jedino on ima srednju školu. Nije bio uspješan u školi, ali bez poremećaja u prilagodbi i ponašanju. Vojsku odslužio u cijelosti. Otac mu je otišao u Njemačku kada je njemu bilo 11 godina. Nije osjećao nikakvu ljubav prema ocu, a on nikad nije pokazivao očinsku ljubav. Imao je sukob s jednim bratom i danas nisu u dobrim odnosima, a s ostalima se slaže. Novčano mu pomažu, volio bi da su mu bliže.

Nema partnericu, imao je vezu prije rata, ali ona ga je napustila. Sad nema volje za izlaske i druženja, to mu predstavlja teret.

Stalno je u kući, ima jednog dobrog prijatelja, suborca, zajedno su prošli sva ratišta. On ga razumije. Živi u susjedstvu pa često svrati do njega, te ga on ga dovodi na prijem.

Otežanog kontakta, sputan, zatvoren, podozriv i nepovjerljiv. Psihomotorno je usporen i napet. Govor mu je tih i uspore. Izbjegava gužvu, veća obiteljska okupljanja, to mu jako smeta, najviše voli kada je sam. Depresivnog je raspoloženja, emocionalno nestabilan, gubi volju za životom, ne nalazi zadovoljstvo u stvarima kojima se prije veselio. Prisutna su depresivna razmišljanja, ideje bez perspektivnosti i besmisli a osobito su izražene suicidalne ideje. Strah ga je da ne izgubi kontrolu nad sobom. Negira obmane osjetila.

Katolik je po vjeroispovijesti, ne ide često u crkvu iako ga vjera održava na životu i daje mu snagu. [14]

Nakon prikupljenih podataka promatranjem, intervjuom, fizikalnim pregledom i analizom postojeće dokumentacije kod bolesnika su utvrđeni problemi iz područja zdravstvene njege:

1. Anksioznost
2. Socijalna izolacija
3. Visok rizik za samoubojstvo

ANKSIOZNOST

Definicija - Nejasan osjećaj neugode ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Vodeća obilježja [16]

- Hipertenzija, tahikardija ili tahipnea
- Razdražljivost
- Otežano suočavanje s problemom
- Mučnina i/ili proljev
- Učestalo mokrenje

Mogući ciljevi

- Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti
- Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti
- Pacijent će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti
- Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe

Intervencije

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos – pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije)
- Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima
- Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
- Izbjegavati površnu potporu tješnje i žaljenje

- Poučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika

Mogući ishodi / Evaluacija [17]

- Pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih
- Pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti – opisati
- Pacijent opisuje smanjenu razinu anksioznosti
- Tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda

SOCIJALNA IZOLACIJA

Definicija – Stanje u kojem pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Vodeća obilježja

- Izražavanje osjećaja usamljenosti
- Nesigurnost u socijalnim situacijama
- Osjećaj tuge i dosade
- Nekomunikativnost
- Zaokupljenost svojim mislima
- Izražavanje osjećaja različitosti od drugih
- Nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih
- Izražavanje vrijednosti neprihvatljivih za okolinu

Mogući ciljevi

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

[16]

Intervencije

- Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom.
- Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa.

- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba.
- Upoznati ga sa suportivnim grupama.
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju.
- Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju.

Mogući ishodi / Evaluacija [18]

- Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti.
- Pacijent je razvio suradljiv odnos
- Pacijent se povlači u sebe
- Pacijent tijekom hospitalizacije aktivno provodi vrijeme sa ostalim pacijentima. [17]

VISOK RIZIK ZA SAMOUBOJSTVO

Definicija – Ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnošću samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom.

Kritični čimbenici:

- Suicidalni nagoni
- Manija
- Depresija
- Psihoza
- Psihoorganski sindrom
- Panika
- Napadi srdžbe i ljutnje
- Zlostavljanje

Mogući ciljevi

- Pacijent će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje
- Pacijent svojevolumno potpisuje ugovor kako bi uklonio suicidalna ponašanja
- Pacijent će sudjelovati u provođenju tretmana
- Pacijent će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone

Intervencije

- Osigurati sigurnu okolinu pacijentu – ukloniti potencijalno opasne predmete (oštre predmete i uređaje, elektroničke uređaje, staklene predmete, užad i remenje, lijekove itd.)
- Učestalo kontrolirati ormariće i prostor u kojem bolesnik boravi
- Osigurati nadzor pacijenta sukladno riziku za počinjenje samoubojstva
- Prepoznati stanje disimulacije bolesti
- Potaknuti pacijenta da otkrije vlastitu snagu i sposobnosti
- Spriječiti izolaciju pacijenta.
- Odjelnu terapiju držati zaključanu

Mogući ishodi / Evaluacija [19]

- Pacijent verbalizira suicidalne misli i osjećaje
- Pacijent potpisuje terapijski ugovor
- Pacijent traži pomoć pri autodestruktivnim nagonima
- Pacijent se komunikacijski izolira i otuđuje.

5. Zaključak

Medicinska sestra pomaže psihijatrijskom bolesniku u razvijanju zdravih stilova življenja, suprotstavljanju stresu i frustracijama, razvijanju samopoštovanja i samopouzdanja, zdravstveno odgojno djeluje u cilju prevencije duševnih poremećaja, te pomaže u otklanjanju posljedica duševnih bolesti i što potpunijeg oporavka.

Komunikacija sa psihijatrijskim pacijentom iznimno je zahtijevan posao medicinskih sestara koji zahtijeva specifična znanja u prepoznavanju poremećaja i prilagođavanju komunikacije istim. Mislim da je potrebno i puno dobre volje te vještina kako komunikacijskih tako i osobina ličnosti za kvalitetno obavljanje istog.

Moj osobni stav prema istim mijenjao se s godinama radnog staža i iskustvom. Kao mlađa medicinska sestra i ja sam odmahivala rukom i govorila: „ma luđaci“, danas mislim da je najlakše nekog obezvrijedit verbalno vezano za stav, imovinski status pa tako i za dijagnozu, a da za sve drugo treba imati znanje, razum, srce i dušu.

Mislim da je stručna literatura teoretska podloga na koju treba nadograđivati radno profesionalno iskustvo te da se teorija i praksa uvelike razlikuju, jer velika je razlika pročitati teoriju u toploj sobi i doživjeti pomračenje svijesti na bolničkom odjelu nakon kirurške operacije. Također smatram da svijest u našem društvu nije budna po pitanju psihijatrijskih bolesnika prisutan je manjak znanja i pozitivnog stava, da su još uvijek prisutna mnoga oprečna mišljenja i primitivni stavovi.

Ljudsko se tijelo sastoji od milijuna stanica koje oblikuju sve dijelove našeg tijela. Među njima se, dakako, nalaze i živčane stanice koje nam omogućuju kontrolu našega tijela i reagiranja na svijet oko nas. Svakoga trenutka živčani sustav prima iz vlastita tijela i okolice golem broj živčanih impulsa, raščlanjuju ih i integrira te, ovisno o njihovoj važnosti, stvara i prenosi izvršnim organima najsvrsishodnije odgovore. Ovdje je pet neurotransmitera za koje se pretpostavlja da se bitno mijenjaju u povodu traumatskog događaja: epinefrin, kortizol, norepinefrin, serotonin, endorfini. I kora velikoga mozga i limbički sustav igraju vrlo važnu ulogu u našem doživljavanju terora traume i njezinih PTSP posljedica. Trauma u nekoliko sekundi mobilizira žrtvu u stanje pojačane budnosti kako bi joj osigurala preživljavanje.

PTSP se definira kao patološka anksioznost koja se obično razvija nakon individualnog iskustva proživljavanja ili svjedočenja teške traume, koja uključuje prijetnju

tjelesnom integritetu ili životu individue ili druge osobe. Inicijalno osoba odgovara s intenzivnim strahom, bespomoćnosti i užasom.

Traumatski događaji mogu biti prirodne katastrofe, ljudima izazvane katastrofe, rat, teške prometne nezgode, psihičko zlostavljanje, tjelesno nasilje i zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, te različita stanja životne ugroženosti, kao i drugi ekstremni životni događaji.

PTSP je psihički poremećaj koji postoji otkad i civilizacija, ali je definiran tek u XX. stoljeću. poremećaje u vojnika u I. svjetskom ratu stručnjaci tog doba smatrali su funkcionalnim pa su ih označavali „šok od granate“. Zbog brojnih psihičkih poremećaja veterana II. svjetskog rata u prvom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-1), 1952. godine PTSP se definirao kao „velika stresna reakcija. Problemi proučavanja veterana iz Vijetnama te klinički rad sa žrtvama katastrofa konačno su doveli do definiranja PTSP – a, kao samostalan psihijatrijski nozološki entitet definiran je u DSM-III (1987.godine). Premda je PTSP opsežnije proučavan u izabranim skupinama kao što su preživjeli iz ratnih okršaja, koncentracijskih logora i prirodnih katastrofa -u ECA istraživanju u općoj populaciji utvrđena je prevalencija PTSP-a 1% i to 0,5% kod muškaraca i 1,3% kod žena.

Bilo koja osoba može oboljeti od PTSP-a u bilo kojem periodu života. . Danas prevladava mišljenje da promjene u središnjem živčanom sustavu (SŽS), karakteristične za anksioznost, prethode različitim perifernim manifestacijama anksioznosti. Većina bolesnika oboljelih od PTSP-a imaju znatno pojačan tonus autonomnog živčanog sustava, slabo podnose napor i proizvode znatno veće količine mliječne kiseline, što katkad može izazvati panične napade. Najznačajnija karakteristika PTSP-a je stalno ponovno doživljavanje traumatskog događaja. Bolesniku se obično nameću, bez poticaja okoline, mučna i neželjene sjećanja na traumatski događaj. Ta intruzivna sjećanja praćena su odgovarajućom moćnom emocionalnom reakcijom. Ponekad se javljaju teški snovi koji bolesnika tijekom noći po nekoliko puta bude. Bolesnik se može iznenada početi ponašati ili osjećati kao da se traumatski događaj ponovno zbiva, odnosno kao da ga on proživljava. Za to su primjeri iluzije, halucinacije, i disocijativne (flashback) epizode. Događaji koji simboliziraju ili podsjećaju na traumatski događaj mogu izazvati intenzivnu psihološku patnju. Svaka znanost, u skladu sa svojom definicijom, nastoji biti egzaktna tj. mjerljiva. Zbog komplicirane diferencijalne dijagnoze PTSP-a i činjenice da se bazira većinom na simptomima opisanim od bolesnika, dijagnozu PTSP-a nije lako ustvrditi i nije ju teško simulirati.

Odgovor pojedinca na traumu ovisi o vrsti stresova, ali i o individualnoj mogućnosti pokazivanja emocija. Vrlo je važno i istražiti je li bolesnik imao neku prijašnju traumu, osobito rano traumatsko iskustvo, njegovu psihijatrijsku anamnezu, hereditet duševnih bolesti, simptome akutnog stresa te narav biološkog odgovora.

Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba upravo zato što imaju psihičku bolest. Danas stigma ima negativno značenje i predstavlja znak srama i diskreditaciju osobe. Stigmatizacija ima negativne posljedice za oboljelog i članove njegove obitelji.

Liječenje PTSP – a obuhvaća kombinaciju farmakološke terapije i psihoterapije. Aktualne terapijske smjernice za PTSP uključuju psihofarmakološke, psihoterapijske i psihosocijalne smjernice. U liječenju PTSP-a kada god je moguće treba preferirati psihoterapiju nad psihofarmakološkim liječenjem, osobito kada su simptomi blagi i kada se radi o tzv. nekomplikiranom PTSP-u bez komorbidnih poremećaja. U slučajevima srednje teškog i teškog PTSP-a s komorbidnim poremećajima i razvojem posttraumatskih promjena ličnosti, najčešće treba kombinirati psihoterapiju, psihosocijalne metode i farmakoterapiju.

Načela su opća pravila ili zakonitosti i temeljno su polazište za sve sestrinske intervencije. Ona su svojevrsna pravila ponašanja koja moraju prožimati cjelokupnu sestrinsku praksu. Nijedna sestrinska intervencija u koju nisu uključena načela ne može se smatrati stručnom intervencijom. U osnovi sestrinske psihijatrijske prakse također se nalaze određena načela – holistički pristup, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje.

Proces zdravstvene njege zasniva se na prikupljanju podataka intervjuom, promatranjem i povijesti medicinske dokumentacije. Na temelju toga utvrđuju se potrebe bolesnika, formiraju se sestrinske dijagnoze, postavljaju se ciljevi koji moraju biti realni te se odabiru sestrinske dijagnoze.

Suvremena psihijatrija se danas temelji na integrativnom i holističkom pristupu. Za razumijevanje oboljelih od PTSP-a bitno je moći se poistovjetiti sa pacijentom, znači postaviti jedan dio sebe na mjesto psihijatrijskog bolesnika, ući u njegov svijet misli i osjećaja, dopustiti da ono što se događa u pacijentu odzvoni u nama. Danas je opće prihvaćen stav kako je PTSP poremećaj koji je rezultat složene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika.

6. Literatura

- [1] P. Keros, B. Matković: Anatomija i Fiziologija, Naklada Ljevak, Zagreb, 2006.
- [2] R. B. Flannery, JR: Posttraumatski stresni poremećaj, Nakladni zavod Evanđeoske Crkve, Osijek, 1998.
- [3] P. Filaković i suradnici, Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2015.
- [4] LJ. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada Zagreb, 2006.
- [5] R. Gregurek, E. Klain, Posttraumatski stresni poremećaj, Medicinska naklada Zagreb, 2000.
- [6] S. Nikolić, M. Margangunić i suradnici, Dječja i adolescentna Psihijatrija, Školska knjiga Zagreb, 2004.
- [7] <https://www.google.hr/=stigma+psihijatrijskih+bolesnika> 12. 01. 2017.
- [8] M. Jakovljević, Psihijatrija, A. G. Matoš, Samobor, 1995.
- [9] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2007
- [10] BG. Link, JC. Phelan, M. Bresnahan, A. Stuve, BA. Pescosolidu, Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. AM J PUBLIC HEALTH, 1999. 27.01.2017.
- [11] G. Fučkar, Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.
- [12] A. Barath, D. Matul, LJ. Sabljak, Korak po korak do oporavka, Tipex, Zagreb, 1996.
- [13] V. Henderson, Basic principles of nursing care, Internatioal Council of Nursing, New Heven, 1969.
- [14] V. Hudorović, Sestrinski glasnik/Nursing Journal, br.16, prosinac 2011, 48 – 51 str.
- [15] J. L. Capernito, Nursing diagnosis, J. B. Company, Philadelphia, 1989 – 1990.
- [16] D. Šimunec, Sestrinske dijagnoze, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [17] L. J. Capernito, Handbook of Nursing Diagnosis, Lppincott, Philadelphia, 2012.
- [18] D. Šimunec, Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
- [19] D. Šimunec, Sestrinske dijagnoze 3, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb 2015.

Popis tablica

- Tablica 1. Simptomi Posttraumatskog stresnog poremećaja, P. Filaković i suradnici, Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2015.12
- Tablica 2. Trauma skrining upitnik 10 – pitanja, R. Gregurek, E. Klain, Posttraumatski stresni poremećaj, Medicinska naklada Zagreb, 2000.13

Prilog 1: Obrasci zdravstvenog funkcioniranja

percepcija održavanja vlastita zdravstvenog osiguranja	opće zdravstveno stanje, izostanci s posla/iz škole zbog prehlade, bolesti, što činite radi očuvanja zdravlja, jeli to uspješno nesreće i ozljede, te rizici na poslu/kod kuće, pridržavanje uputa i savjeta dobivenih od medicinske sestre, liječnika, što mislite, što je uzrokovalo sadašnju bolest, što ste učinili kada su se pojavili simptomi sadašnje bolesti, s kojim ishodom, što je važno tijekom hospitalizacije, kako možemo biti najkorisniji,
prehrana – metabolizam	uobičajeni način prehrane, dodaci i zamjene, uobičajeno uzimanje tekućine (vrsta, količina, raspored), promjene tjelesne težine, tek, poteškoće pri uzimanju hrane (pri gutanju, boli), specijalna dijeta, problemi sa zubima
eliminacija	stolica i defekacija: učestalost, osobine stolice, nelagoda, laksativi, urin i mokrenje: učestalost, osobine urina, nelagoda, diuretici, odnos unesene i izlučene tekućine, znojenje
aktivnosti	dovoljno snage za izvođenje željenih/zahtijevanih aktivnosti, vježbe: vrsta, redovitost, slobodno vrijeme – za djecu igra, stupanj samostalnosti od 0. do 4. stupnja: hranjenje, kupanje, vršenje nužde, promjena položaja u postelji...
spavanje – odmor	osjećaj odmorenosti i spremnosti za dnevne aktivnosti nakon spavanja, raspored spavanja te dnevni odmora i odmora tijekom aktivnosti, problemi u vezi sa spavanjem: nesanica, rano buđenje, noćne more, lijekovi,
kognitivno perceptivne funkcije	poteškoće pri slušanju, slušni aparat, poteškoće s vidom, naočale, posljednja kontrola, promjene u sjećanju – zaboravljivost, problemi i poteškoće pri donošenju odluka, preferirani način učenja, poteškoće u učenju, bol, primjenjivani postupci pri ublaživanju boli i učinkovitost,
percepcija samoga sebe	kako bi sebe opisao, misli li većinu vremena o sebi pozitivno ili negativno, dali gubi nadu, imali li osjećaj da može utjecati na tijek događaja, što pomaže, promjene u izgledu, kako ih osoba doživljava, što osjeća, pretežno raspoloženje, što ga ljuti, tjeskoba, potištenost, što pomaže
uloga i odnosi	s kim živi, odnosi u obitelji,

s drugima	problemi u užoj i široj obitelji, kako obitelj reagira na bolest i hospitalizaciju, usamljenost, pripadnost raznim skupinama, prijatelji, problemi na poslu/u školi,
sexualna aktivnost i reprodukcija	žene: podaci o menstruaciji, problemi, trudnoće, zadovoljstvo spolnim odnosom, promjene, poteškoće, uporaba sredstava za sprječavanje začeća,
sučeljavanje i tolerancija na stres	važni događaji i krize u posljednje dvije godine, tko pomaže u teškim trenucima, sada li je dostupan osjećaj napetosti, što pomaže, lijekovi, uobičajeno ponašanje kada su prisutni veliki problemi, kakav je ishod
vrijednosti i stavovi	vjerovanja (religija), važnost religije, pomaže li u krizi, nesklad hospitalizacije i liječenja s vjerovanjem,
ostalo	dati pacijentu mogućnost da doda ili pita što želi

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, BILJANA KOVAČEVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PROCES ZDRAVSTVENE NEGE KOD PACIJENATA OPORAVILIH OD RASTTETIVULITSKOG STRESNOG PROMJENJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Biljana Kovačević
(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, BILJANA KOVAČEVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PROCES ZDR. NEGE KOD PACIJENATA OPORAVILIH OD PTSP-a (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Biljana Kovačević
(vlastoručni potpis)