



Марина Лучић

струковна медицинска сестра
специјалиста здравствене неге у психијатрији

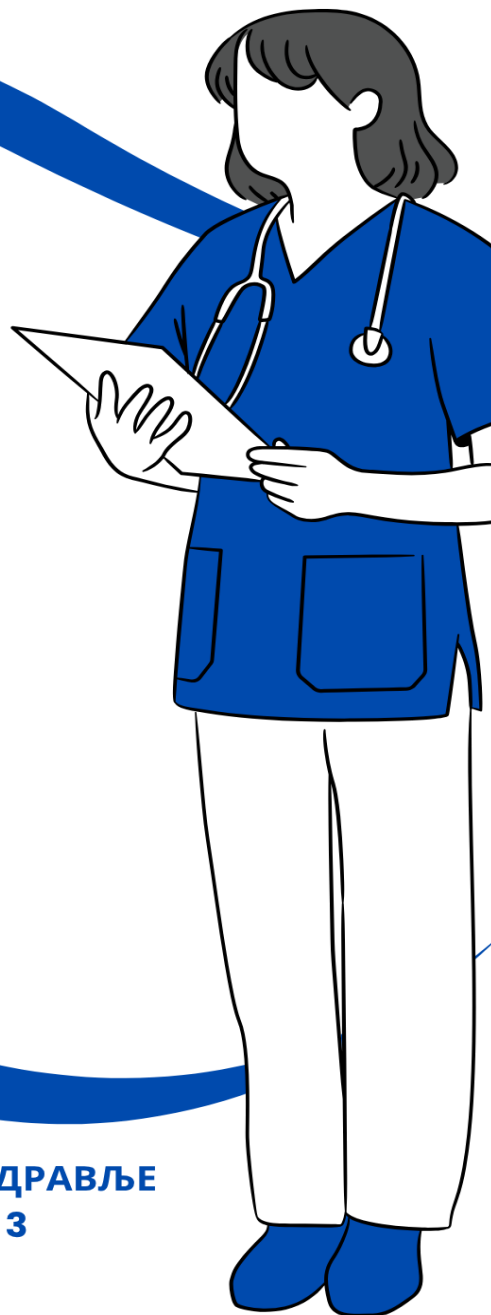
ПРАКТИКУМ

ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ И ТЕХНИЧАРЕ

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА У
ПСИХИЈАТРИЈИ

ИНСТИТУТ ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ
МИЛАНА КАШАНИНА 3
БЕОГРАД

ОКТОБАР 2025



Марина Лучић

Практикум за медицинске сестре и техничаре

Здравствена нега у психијатрији



Посебну захвалност за допринос у изради Практикума упућујем колегама из Службе за научно истраживачку и образовну делатност „Проф. др Предраг Каличанин“.

Рецензија

Публикацију *Практикум здравствене неге у психијатрији* за медицинске сестре и техничаре написала је искусна виша медицинска сестра, Марина Лучић, која се у свом професионалном раду свакодневно сусреће са пацијентима и њиховим породицама. Свако поглавље даје посебан осврт на значај клиничког рада, поткрепљено примерима из праксе који имају практичан значај и важни су у самој илустрацији ситуација и дијагностичких категорија. Ове илустрације су веома корисне за младе будуће професионалце који, осим теоријског оквира, могу кроз примере из праксе да замисле ситуацију и практичан рад.

Посебан акценат дат је на значају интервенција – практичних вештина у збрињавању пацијента, као и улози и важности медицинске сестре и техничара на пољу менталног здравља.

Ауторка је посебан осврт дала комуникацији са психијатријским пацијентом, што је од кључног значаја за побољшање здравља оболелог лица. У нашој литератури овом сегменту се до сада није поклањало довољно пажње, па је самим тим овај практикум још значајнији.

Поглавље *Етика и професионализам* обухвата спознају поштовања другог и сам хуман однос и приступ ономе коме је помоћ потребна, истичући поштовање достојанства пацијента, чување поверљивости података, рад у складу са законским и етичким нормама, одржавање професионалне дистанце.

Све наведено представља суштински концепт улоге професионалца у оквиру менталног здравља, како у пружању помоћи појединцу тако и његовој породици.

Практикум је едукативан, информативан и користан за медицинске сестре и техничаре, али и за средњошколце Средње медицинске школе. На систематичан начин приказује основне концепте и омогућава боље разумевање, препознавање као и значај подршке. Стога *Практикум здравствене неге у психијатрији* срдечно препоручујем.

С поштовањем,
Проф. др Наташа Љубомировић

САДРЖАЈ

Циљ практикума.....	1
Историјат Института за ментално здравље	1
Организација и методи рада медицинских сестара и техничара у Институту за ментално здравље.....	2
Клиника за одрасле	2
Клиника за децу и омладину	2
Клиника за болести зависности	3
Одсек за епилепсије и клиничку неурофизиологију „Проф. др Драгослав Ерцеговац“	3
Теме практикума и вежби	3
Сестринство некад и сад у Институту за ментално здравље.....	5
КЛИНИКА ЗА ОДРАСЛЕ	6
ДАНАС	7
Дневна болница за одрасле.....	7
Клиничка одељења (некада Клиничко психијатријско одељење)	7
БИОХЕМИЈСКА ЛАБОРАТОРИЈА СА АПОТЕКОМ.....	9
ОДСЕК ЗА МЕДИЦИНСКУ ГЕНЕТИКУ.....	10
КЛИНИКА ЗА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ	10
КЛИНИКА ЗА ДЕЦУ И ОМЛАДИНУ.....	11
Активности медицинских сестара у Институту за ментално здравље данас.....	13
<i>Задаци медицинске сестре, техничара данас.....</i>	<i>13</i>
Едукација медицинских сестара и техничара од оснивања Института за ментално здравље до данас	17
.....	26
АДХД – ПОРЕМЕЋАЈ ПАЖЊЕ СА ХИПЕРАКТИВНОШЋУ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	27
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА АДХД (ПОРЕМЕЋАЈ ПАЖЊЕ И ХИПЕРАКТИВНОСТ) ПРИМЕР	31
АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	34
Сестринска анамнеза за пацијента са Алцхајмеровом болешћу- пример	37
ЗЛОУПОТРЕБА АЛКОХОЛА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	40
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА ПРОБЛЕМОМ ЗЛОУПОТРЕБЕ АЛКОХОЛА - ПРИМЕР.....	42
ПОРЕМЕЋАЈИ АНКСИОЗНОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	45
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АНКСИОЗНОШЋУ- ПРИМЕР	48
АНОРЕКСИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	51
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АНОРЕКСИЈОМ-ПРИМЕР	54

АСПЕРГЕРОВ СИНДРОМ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	58
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АСПЕРГЕРОВИМ СИНДРОМОМ-ПРИМЕР	61
БИПОЛАРНИ ПОРЕМЕЋАЈ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	64
Сестринска анамнеза за пацијента са биполарним поремећајем-ПРИМЕР.....	67
КАТАТОНИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	71
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА КАТАТОНИМ СТУПОРОМ-ПРИМЕР	74
ЗАВИСНОСТ О КОЦКАЊУ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	76
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ЗАВИСНОСТИ О КОЦКАЊУ-ПРИМЕР.....	79
ПОРЕМЕЋАЈИ СА ЗЛОУПОТРЕБОМ ОПИЈАТНИХ СРЕДСТАВА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	82
Сестринска анамнеза за пацијента са проблемом злоупотребе опијата	85
ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНИ ПОРЕМЕЋАЈ (ОКП) ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	88
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНИМ ПОРЕМЕЋАЈЕМ-ПРИМЕР	91
ПРАКТИЧНА ОБУКА: ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	94
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ПОНАШАЊА-ПРИМЕР	97
ПСИХОЗЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	100
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ПСИХОЗОМ-ПРИМЕР.....	104
ИНТЕЛЕКТУАЛНЕ ТЕШКОЋЕ- МЕНТАЛНА РЕТАРДАЦИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	106
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА МЕНТАЛНОМ РЕТАРДАЦИЈОМ.....	110
ШИЗОФРЕНИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	113
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ШИЗОФРЕНИЈОМ-ПРИМЕР.....	117
СТРЕС И ЊЕГОВО УПРАВЉАЊЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	120
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА СТРЕСОМ-ПРИМЕР	123
ТУРЕТОВ СИНДРОМ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	127
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ТУРЕТОВИМ СИНДРОМОМ- ПРИМЕР	129
АУТИЗАМ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	132
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АУТИЗМОМ- ПРИМЕР	135
БУЛИМИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	138
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА БУЛИМИЈОМ –ПРИМЕР	141
ДЕЛИРИЈУМ ТРЕМЕНС ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	145
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ДЕЛИРИЈУМ ТРЕМЕНСОМ-ПРИМЕР.....	148
ДЕПРЕСИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	151
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ДЕПРЕСИЈОМ-ПРИМЕР	154
ЕПИЛЕПСИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ.....	157
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ЕПИЛЕПСИЈОМ- ПРИМЕР.....	160

ПОРЕМЕЋАЈИ ЛИЧНОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ	163
СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ЛИЧНОСТИ (ГРАНИЧНИ ПОРЕМЕЋАЈ ЛИЧНОСТИ – BPD)	167
Закључак	171
ТЕСТ 1: КОМУНИКАЦИЈА СА ПСИХИЈАТРИЈСКИМ ПАЦИЈЕНТОМ**	172
ТЕСТ 2: ПРАЋЕЊЕ МЕНТАЛНОГ СТАТУСА (МСЕ)**	175
ТЕСТ 3: СУИЦИДАЛНИ ПАЦИЈЕНТ	178
ТЕСТ 4: ФИЗИЧКО ОБУЗДАВАЊЕ ПАЦИЈЕНАТА	181
ТЕСТ 5: ЕТИКА И ПРОФЕСИОНАЛИЗАМ	184
Литература наведена у ПРАКТИКУМУ	187



ИНСТИТУТ ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

Милана Кашанина 3, Београд

ПРАКТИКУМ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ У ПСИХИЈАТРИЈИ

за медицинске сестре и техничаре

Циљ практикума

Циљ овог практикума је јачање капацитета медицинских сестера техничара за пружање квалитетне, безбедне и етички утемељене здравствене неге пацијентима у психијатрији, кроз унапређивање практичних вештина и стандардизацију поступака у свакодневној клиничкој пракси.

Практикум је осмишљен тако да подстакне међуклиничку сарадњу и размену искустава, уз примену конкретних примера и симулација из свакодневног рада.

У његовој изради и реализацији учествоваће по две медицинске сестре из сваког клиничког одељења или дневне болнице у оквиру Института за ментално здравље, које ће активно допринети креирању садржаја и методологије.

Историјат Института за ментално здравље

Институт за ментално здравље у Београду основан је 1963. године као прва специјализована установа за ментално здравље у тадашњој Југославији и југоисточној Европи. Од самог почетка био је замишљен као модерна, мултидисциплинарна институција која обједињује клинички рад, истраживање и едукацију. Институт је био пионир у увођењу тимске психијатријске праксе, окупљајући психијатре, психологе, социјалне раднике, дефектологе и медицинске сестре у циљу пружања целокупне бриге о пацијентима. Убрзо након оснивања, развијене су бројне специјализоване службе и одсеци – за децу и омладину, за одрасле, за психотерапију, за болести зависности, као и дневне болнице које су омогућиле савременији приступ лечењу.

Институт је одиграо кључну улогу у развоју психијатрије, психотерапије и клиничке психологије у Србији и региону, као и у едукацији генерација стручњака. Поред

клиничког рада, кроз своју историју континуирано је учествовао у националним и међународним пројектима из области менталног здравља, као и у креирању јавно-здравствених политика.

Данас је Институт за ментално здравље једна од водећих установа у области менталног здравља у региону, препозната по иновативним програмима лечења, мултидисциплинарном приступу и посвећености дестигматизацији психичких поремећаја.

Организација и методи рада медицинских сестара и техничара у Институту за ментално здравље

Клиника за одрасле

- Одељење за специјалистичко-консултативне прегледе
- Кабинет за брак и породицу
- Кабинет за перинаталну и репродуктивну психијатрију
- Кабинет за судску психијатрију
- Кабинет за треће доба
- Кабинет за психотерапију
- Кабинет за клиничке студије

Дневна болница за одрасле

Дневна болница за психотичне поремећаје

Дневна болница за неуротичне поремећаје и поремећаје личности

Дневна болница за афективне поремећаје

Клиничко одељење за кризна стресна стања и афективне поремећаје

Клиничко одељење за психотичне поремећаје

Клиника за децу и омладину

Клиничко одељење за децу и омладину

Дневна болница за децу „Проф. др Светомир Бојанин“

Дневна болница за адолесценте

Одељење за специјалистичке консултативне прегледе за децу и адолесценте

Клиника за болести зависности

Клиничко одељење за болести зависности

Дневна болница за болести зависности „Прим. др Зоран Станковић“

Дневна болница за болести зависности „Прим. др Бранко Гачић“

Дневна болница за болести зависности у адолесценцији

Одељење за специјалистичко консултативне прегледе болести зависности

Одсек за епилепсије и клиничку неурофизиологију „Проф. др Драгослав Ерцеговац“

Служба за фармацеутску делатност и лабораторијску дијагностику

Одсек за медицинску генетику „Проф. др Славка Морић – Петровић“

Теме практикума и вежби

Сажетак одређеног обољења, симптоми и задаци медицинске сестре/техничара

1. Комуникација са психијатријским пацијентом

Основне смернице:

Одржавати смирен и јасан тон

Користити једноставне реченице

Бити стрпљив – паузе су дозвољене

Избегавати конфронтацију

Активно слушати (климање главом, рефлектовање садржаја)

Вежба:

Симулација разговора са анксиозним пацијентом који одбија терапију (у пару: један учесник је пацијент, други медицинска сестра).

2. Праћење менталног статуса пацијената

Кључне области:

Изглед и понашање

Говор (брзина, тон, кохерентност)

Расположење и афекат

Ток и садржај мисли (присуство суманутих идеја)

Перцепција (халуцинације)

Оријентација (време, место, особа)

Увид и просуђивање

Вежба: Попуњавање МСЕ обрасца према опису пацијента који инструктор даје.

3. Практичне вештине у збрињавању пацијената

Давање терапије (провера идентитета пацијента, терапијског плана, посматрање нуспојава)

Рад са пацијентом који одбија терапију (разговор, обавештавање тима, бележење)

Поступање у кризним ситуацијама (одржавање дистанце, активирање кризног тима, избегавање самосталног уласка код агресивног пацијента, смирен говор)

4. Суицидални пацијент

Знакови упозорења: безнадежност, повлачење, припрема за „одлазак“, дељење личних ствари.

Поступак: обавештавање лекара, уклањање опасних предмета, стални надзор по протоколу, вођење белешки.

5. Примењене вештине физичког обуздавања пацијената

Користи се само по налогу лекара, у случају непосредне опасности и искључиво у складу са протоколима установе.

6. Психијатријска документација

Бележи се: промене расположења и понашања, пријем, отпуст, терапије, интервенције, разговори са пацијентом или породицом.

Вежба:

Попуњавање примера дневне сестре према реалним ситуацијама

7. Етика и професионализам

Поштовање достојанства пацијента

Чување поверљивости података

Рад у складу са законским и етичким нормама

Одржавање професионалне дистанце

Сестринство некад и сад у Институту за ментално здравље

Институт за ментално здравље у Београду је формиран 1963. године, као савремена психијатријска институција, са снажном социјално-психијатријском оријентацијом у коме се одмах разумела потреба за едукацијом медицинских сестара да би биле у могућности да активно учествују у раду тима, да разумеју пацијентове потребе и испуне их на најбољи могући начин.

“Јединствена улога медицинске сестре је помагати појединцу, болесном или здравом, у обављању оних активности које придоносе здрављу или опоравку (или мирној смрти), а које би појединац обављао самостално када би имао потребну снагу, вољу и знање.” (Вирџинија Хендерсон)

Област рада медицинских сестара у Институту за ментално здравље врло је широк, од учења деце прању руку, адолесцената вештинама одрастања, одраслих очувању и унапређењу менталног здравља, до руковођења високо софистицираном медицинском технологијом којом се ради дијагностика у оквиру ЕЕГ кабинета и лабораторија.

Медицинска сестра мора бити емоционално зрела и стабилна особа како би могла разумети и носити се са људским патњама, хитним стањима, здравственим проблемима и етичким недоумицама.

Мора бити кадра разумети пацијентова осећања и понашања у одређеној ситуацији. Мора бити брижна, спремна прихватити одговорност, радити самостално али и тимски у сарадњи са другим професијама у здравству.

Данас сестре поред свакодневних активности воде и психотерапијске групе, активно учествују у раду клубова лечених пацијената, и важан су део тимова на свим Клиникама Института за ментално здравље, у којима посао медицинске сестре има своје специфичности и захтева од сестара континуирану едукацију и праћење најновијих тенденција у лечењу и нези особа са менталним поремећајем.

КЛИНИКА ЗА ОДРАСЛЕ

Специјалистичко консултативно одељење за одрасле (некада психијатријски диспанзер за одрасле)

Специјалистичко консултативно одељење за одрасле је специјализовани диспанзер за заштиту здравља одраслих чију ефикасност обезбеђују Дневна болница и Клиничко психијатријско одељење. Тиме је остварено функционално јединство болничке и ванболничке заштите, као и основни принцип да психијатријског болесника треба лечити у оним условима који најбоље одговарају фази његове болести или степену његове психичке декомпензације.

Основни задаци Диспанзера су:

- примарна превенција
- рано откривање и дијагностиковање менталних поремећаја код одраслих особа
- лечење и рехабилитација лица са менталним поремећајима

Прва Саветовалишта су се при Диспанзеру за одрасле основала још средином шездестих година, а у раду Саветовалишта су активно учествовале и медицинске сестре.

1968. године у Диспанзеру ради 1 медицинска сестра

1969. године у Диспанзеру раде 3 медицинске сестре

1971. године у Диспанзеру раде 3 медицинске сестре.

Медицинске сестре су имале преко 3000 интервенција у виду давања ињекција или пружања прве помоћи.

Диспанзерски тим је своје одлуке доносио на основу медицинске документације тока лечења, а евиденцију и спровођење у пракси је вршила одељенска сестра Диспанзера за одрасле.

ДНАС

Дневна болница за одрасле

Дневна болница за одрасле представља стационарно одељење које обезбеђује делимичну хоспитализацију психијатријских болесника. Захваљујући томе што нема болесничких кревета и што болесници долазе од својих кућа да би провели читав дан у просторијама Дневне болнице, омогућена је примена метода лечења које се користе како у диспанзерским тако и у хоспиталним условима. Дневна болница има карактер установе прелазног типа.

Методе лечења које су се показале корисним у условима Дневне болнице, а у којима учествују и медицинске сестре:

- индивидуална и групна психотерапија
- радна и социотерапија у оквиру терапијске заједнице
- фармакотерапија,
а раније и
- електрошок у релаксацији
- инсулин у малим дозама.

1968.године у Дневној болници радиле су 4 медицинске сестре и 3 радна терапеута

1971.године посебна пажња се поклања стручном усавршавању медицинских сестара и радних терапеута.

Данас сестре воде психотерапијске групе , и активно учествују у тимском раду сваке секције Дневне болнице.

Клиничка одељења (некада Клиничко психијатријско одељење)

Клиничко психијатријско одељење је примало све психијатријске болеснике који се могу у краћем временском периоду испитати, опоравити или излечити, што је и данас мисија Клиничких одељења Института за ментално здравље.

1966.године Клиничко одељење располаже са 50 постеља распоређених на два одсека: мушки и женски.Одељење је било отвореног типа.

Поред фармакотерапије, биолошке терапије и психотерапије, на Одељењу су примењивани ресоцијализациони и рехабилитациони поступци.

Наставља се рад на стручном усавршавању медицинских сестара и радних терапеута. Још од 1967.године медицинске сестре и радни терапеути свакодневно воде социјално-терапеутске састанке у два већа група од по 25 болесника.

1971.године повећан је капацитет одељења на 74 постеља што је утицало и на организацију рада одељења. Проширењем одељења појавио се већи број болесника са тежом психијатријском симптоматологијом и наметнула се потреба издвајања ових болесника у посебан блок. Из постојећег броја соба одвојене су две са укупно 8 постеља. Тако од 1971.године на клиничком психијатријском одељењу постоје три одсека: мушки, женски и одсек за интензивну негу.

На Клиничком одељењу тада ради 17 медицинских сестара и 2 радна терапеута. Од 1971.године састанак терапијске заједнице води болесник-председник савета терапијске заједнице. Састанку обавезно присуствује одељенска сестра и радни терапеут.

Једанпут седмично се организују одељенски тимови где се опширно приказују новопримљени пацијенти како би се цео тим упознао са њима.

Са сестрама на одељењу се одржавају редовни састанци. Сестре редовно пишу писмена запажања о пацијентима што се показало од велике користи јер су лекари комплетније упознати о стању својих пацијената.

Некада су медицинске сестре Клиничког одељења, поред послова неге асистирале лекару-анестезиологу и психијатру приликом апликовања биолошке- ЕКТ терапије.

Данас медицинске сестре и техничари активно учествују у нези и свим облицима терапије на одељењу (подела фармакотерапије, групна психотерапија, радно-окупациона терапија, социотерапија). Такође су активни чланови Тима одељења где се доносе све важне одлуке у вези пацијента.

У овом тренутку на Клиничком одељењу за психотичне поремећаје ради 21 медицинска сестра и један радни терапеут, а на Клиничком одељењу за кризна стања и афективне поремећаје ради 11 медицинских сестара и техничара и један радни терапеут.

БИОХЕМИЈСКА ЛАБОРАТОРИЈА СА АПОТЕКОМ

Биохемијска лабораторија почиње са радом 1963. године од оснивања Завода за ментално здравље.

У лабораторији су вршени хематолошки и биохемијски прегледи крви, ликовора и урина лежећих пацијената и диспанзерских болесника Завода. Запослена су 2 лаборанта и биохемичар.

1981. године започета је реорганизација Лабораторије са циљем да се биохемијска обрада пацијената повеже са клиничком и да се већа пажња посвети примени и праћењу фармаколошке терапије. Поред биохемичара и 3 лаборанта у Лабораторији тад ради и неуропсихијатар који руководи овом радном јединицом. Одвојен је рутински лабораторијски рад од посебних програма биохемијских испитивања пацијената који су на фармаколошкој терапији.

Поред напред описаног праћења терапије антиепилептицима у сарадњи са Одсеком за епилепсију и енцефалопатије и Одсеком за психофизиологију и неурофизиологију, развијена је и сарадња са Одсеком дневне болнице за депресије.

Служба за лабораторијску дијагностику данас је опремљена савременим биохемијским и хематолошким апаратима и осталим средствима и материјалима неопходним за квалитетну лабораторијску дијагностику. У оквиру Службе за лабораторијску дијагностику ради се преко 20 различитих анализа из области медицинске биохемије (анализе урина, тестови детекције наркотика из урина, хематолошке анализе, концентрација лекова, гликемија, уреа, креатинин, трансaminaзе, холестерол и липидни статус и др.). Годишње се уради око 40000 анализа за око 4000 пацијената Института за ментално здравље.

Број лабораната 3

Апотека, која је организована у саставу ове радне јединице, обезбеђивала је уредно снабдевање психофармацима и другим медикаментима. У апотеци ради један фармацеутски техничар.

ОДСЕК ЗА МЕДИЦИНСКУ ГЕНЕТИКУ

Одсек за медицинску генетику формиран је у оквиру Института за ментално здравље у Београду 1963. године када је и започео са радом. Формирала га је проф.др. Славка Морић Петровић чије име Одсек и данас носи.

У Одсеку су до 2005. године радиле две медицинске сестре, које су обављале вођење медицинске документације, припрему материјала за тимске састанке, кореспонденцију са пацијентима и клиникама као и рад у лабораторији (културе ћелија плодове воде и периферне крви, препарација узорака за цитогенетску анализу итд.).

Од 2005. на Одсеку је запослена једна медицинска сестра, која се такође бави вођењем медицинске документације, припремом материјала за тимске састанке, кореспонденцијом са пацијентима и клиникама као и делимичним радом у лабораторији.

КЛИНИКА ЗА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ

Центар за породичну терапију алкохолизма основан је 1979 год. у Улици Војводе Добрњца, а 1982.године Центар се сели из улице Војводе Добрњца у Паунову 2 , на Бањици. Од оснивања Центра, а касније и преименовања истог у Дневну болницу за болести зависности “Прим.др Бранко Гачић” (2014.год.) радиле су две до три медицинске сестре.

Дневна болница за болести зависности основана 1987.године у улици Милана Кашанина3, а 2014. год. преименована је у Дневну болницу за болести зависности ” Прим. др Зоран Станковић” . Од отварања болнице у њој ради једна медицинска сестра. Клиничко одељење за болести зависности је такође основано 1987.године.

Дневна болница за болести зависности у адолесценцији је најновија организациона јединица Клинике за болести зависности, а основана је 2003.год. у Пауновој бр 2 па премештена у Кнегиње Зорке 15. Од самог почетка у Дневној болници раде две до три сестре.

Улога сестара у тиму за лечење болести зависности је вишеструка: вођење медицинске документације за пацијенте, прихвату, пријему, и мотивацији пацијената за лечење, препознавању отпора и криза у контакту са пацијентом и породицом. Едукација о болестима зависности као и вишегодишње искуство омогућило је сестрама широк

спектар социомедицинских интервенција и рад у оквиру целокупног третмана (едукација пацијената о болестима зависности, помоћ у сагледавању развоја и последица болести кроз писање Великог престављања као и рад на резимеу и плану рехабилитације). Сестра је активан члан тима и учествују у раду са пацијентима кроз самостално вођење Терапијске заједнице. Активно учествују и у организацији и вођењу рехабилитационих група, као и у раду Породичног клуба.

Послови су специфични и односе се на опсервацију и збрињавање пацијената код којих постоје здравствене последице проузроковане дугогодишњом конзумирањем алкохола, коришћењем психоактивних супстанци, апстиненцијални синдром, пределирантно или делирантно стање, или других здравствених последица.

Сестре на Клиници за болести зависности поседују велико знање стечено искуством и едукацијама о болести зависности за медицинске сестре и техничаре, као и кроз друге едукације у оквиру Института за ментално здравље.

На Клиничком одељењу данас ради 14 медицинских сестара и техничара.

КЛИНИКА ЗА ДЕЦУ И ОМЛАДИНУ

Оснивањем Института за ментално здравље формирана је и организациона јединица предвиђена за лечење деце и младих и то:

- Диспансер за децу и омладину
- Одељење за децу и омладину.

Ова два дела функционишу као јединствена целина у стручном, кадровском и методолошком погледу. Одељење за децу и омладину је ретко чисто психијатријско одељење за децу и младе на територији бивше Југославије, што се није ни данас битно изменило. Одељење за децу и диспансер за децу Института за ментално здравље започело је са радом 1963. год. То је био почетак, камен темељац развоја сестринског рада у дечијој психијатрији и успостављања једне нове гране у превенцији и неговању оболелих. Како су се процеси рада мењали и постављали нови захтеви, потреба за проширењем делокруга рада била је све већа, тим се јављају потребе за упошљавањем медицинских сестара. У самом почетку рада било је три медицинске сестре а остали кадар су сачињавале дечије неговатељице. Сестре су радиле као лекарски помоћници, асистирале су лекарима при дијагностици и прегледима, делиле

оралну и парентералну терапију, узимале биолошки материјал, а дечије неговатељице су били задужене за негу болесника. Из сачуваних историја болести види се рад и труд медицинских сестара и њихова савесна улога у нези оболеле деце. Кроз те записе, можемо пратити рад и развој рада медицинске сестре . Дечије одељење од самог почетка рада Института за ментално здравље има двадесет постеља, о којима су тада бринуле 3 медицинске сестре, и 6 дечијих неговатељица. Отварају се нове специјалистичке службе и проширује се рад на терену, а то захтева више рада и стручности, баш у раду медицинске сестре. У периоду од самог почетка рада Института за ментално здравље 1963.год. одговорне и главне сестре су водиле, едуковале и усавршавале рад медицинских сестара на дечијој психијатрији.

Одсек за свеобухватну психијатријску заштиту деце и омладине на територији општине Стари град формиран је 1973 год.

Од 1988. год. основана је и Дневна болница за децу, као најпримеренији облик за психијатријско лечење деце , јер се не прекидају породичне везе. Због просторне ограничености у њој се лече само деца узраста до 14 година.

Психотраума центар за децу и младе формиран је 1996 год, чије су активности усмерене ка пружању помоћи деци и адолесцентима који су доживели разна трауматска искуства која их узнемиравају и ометају у свакодневном функционисању.

Од 1999 год. у оквиру ИМЗ-а при Блоку за развојно доба постоји тим који се бави заштитом деце од злостављања и занемаривања.

Дневна болница за адолесценте отворена је 2007. год. и прима адолесценте од 15-24 године. Састоји се од три организационе јединице:

- 1.Дневне болнице за адолесценте
- 2.Одељења за специјалистичко-консултативне прегледе за адолесценте
- 3.Саветовалиште за родитеље хоспитализованих пацијената

Специфичност рада са децом и адолесцентима захтева посебну едукацију за препознавање симптома менталних поремећаја који често бивају потпуно другачији од симптома истог поремећаја код одраслих. Често се они манифестују кроз соматске симптоме и болести, повлачење, изостајање из школе, поремећаје понашања, злоупотребу психоактивних супстанци, а сестра треба да зна да препозна здраве развојне потенцијале деце и адолесцената и ради на њиховом јачању. Такође је важно да сестре познају и рад са родитељима деце и адолесцената, да би могле да оснаже и подрже родитеље као важну карику у лечењу њиховог детета.

Од самог почетка рада Дечијег одељења, сестрински посао се мењао и усавршавао, а самим тим указала се потреба за већим бројем кадра. У овом тренутку Клиника за децу и омладину броји укупно 26 сестара.

Диспансер за децу и омладину- 4 сестре

Дневна болница за децу- 2 сестре

Дневна болница за адолесценте са Одељењем за специјалистичко консултативне прегледе адолесцената- 8 сестара

Клиничко одељење за децу и адолесценте- 12 сестара

Активности медицинских сестара у Институту за ментално здравље данас

Данашње активности медицинских сестара и техничара захтевају високостручан рад и знање, а које намећу специфичности радних места медицинских сестара и техничара у оквиру Института за ментално здравље. Активности које сестре обављају су широке, уз делимичну сличност рада у Одељењима за специјалистичко консултативне прегледе, Дневним болницама, Клиничким одељењима, Кабинетима и Одсецима ИМЗ-а.

Задаци медицинске сестре, техничара данас

Одељења за специјалистичко консултативне прегледе

- успоставља први контакт са пацијентом у циљу добре комуникације са њим и/или његовим пратиоцем
- одређује редослед уписа и прегледа пацијента по реду доласка и степену хитности
- узима анамнестичке податке (сестрински интервју) од пацијента, члана породице и/или пратиоца
- успоставља добру комуникацију са пацијентом и/или његовим пратиоцем
- контролише исправност медицинске документације
- врши оријентациону тријажу пацијената на основу сестринске процене стања пацијента
- збрињава узнемиреног пацијента
- мотивише пацијента који одбија сарадњу
- уводи пацијента код надлежног лекара
- врши наплату прегледа ако је пацијент дошао без упута
- врши наплату партиципације

- отвара документ: картон и/или историју болести пацијента (по налогу лекара)
- организује и активно учествује у тиму
- сређује медицинску документацију
- оверава одређена документа: извештаје, мишљења лекара, мишљења тимова, комисија и осталу медицинску документацију која се трајно чува
- учествује и спроводи (као члан тима) социо-психијатријско праћење пацијената и др.
- учествује (као члан тима) у социо-терапијским клубовима.

Дневне болнице и Клиничка одељења :

- прихвата пацијента: успоставља први контакт са њим и/или његовим пратиоцем; прегледа ствари, попуњава документацију након пријема; информише пацијента и/или пратиоца о организацији, начину рада и кућном реду установе
- укључује пацијента и активно учествује у раду терапијске заједнице
- брине за сигурност пацијента и сигурност осталих особа из његовог окружења
- редовно даје ординирану терапију (по налогу лекара)
- брине за основне физиолошке потребе пацијента
- организује и припрема пацијента за дијагностичка испитивања (ЕЕГ, ЕКГ, лабораторијска испитивања итд.)
- организује и припрема пацијента за консултативне прегледе у установи и ван ње
- процењује и прати симптоме психичких сметњи пацијента и поремећаја који се манифестују кроз: однос према болести; понашање; расположење; говор; мишљење; соматске болести или тегобе; способност оријентације у односу на време, простор, према себи и другим лицима
- комуникацију са осталим пацијентима и особљем; прилагођавање новој средини и захтевима; мотивацију пацијента за активности (свакодневне и терапијске)
- даје потребне информације: пацијенту, пратиоцу и сарадницима (усмено и телефоном)
- врши требовање: прописаних лекова, одговарајуће дијете, потрошног материјала за рад
- припрема материјал за стерилизацију
- пише рапорт и врши усмену примо-предају дужности
- учествује у припреми пацијента и породице за викенд
- учествује у процедури отпуста пацијента

- организује премештај пацијента на друго одељење или у другу установу (по одлуци лекара)
- негује умирућег пацијента
- збрињава умрло лице (обавља санитарни и административни поступак око преминулог пацијента)
- израђује дневни, месечни и годишњи извештај о раду
- пише дописе, требовања за набавку потребних средстава за рад, за поправке и отклањање кварова у радној средини итд.
- одржава јутарњи састанак са пацијентима
- учествује у раду мале и велике терапијске групе, као и свим активностима милије терапије
- организује и учествује у културно-забавним и рекреативним активностима пацијената, како у Институту, тако и ван њега
- спроводи терапијске активности у неформалним групама пацијената
- учествује у јутарњем састанку здравственог тима
- учествује у тимском приказу при пријему и отпусту пацијената
- даје информације: члановима тима, породици пацијента, спољним сарадницима
- евидентира долазак и одобрена одсуствовања пацијената (шетње, викенди)
- учествује у планирању и реализацији здравствене неге
- учествује у едукативним активностима у наставном процесу установе; у здравствено-васпитном раду са појединцима и члановима породице у циљу ресоцијализације пацијената
- мери и региструје виталне функције пацијента (по захтеву лекара)
- асистира лекару при прегледу и медицинским интервенцијама
- даје пацијенту ординирану терапију
- прати пацијента при спровођењу дијагностичких метода (по потреби), упознаје га укратко са начином извођења истих и врши психичку и физичку припрему пацијента за интервенцију
- попуњава одговарајуће обрасце (сестрински део административних послова) за пријем пацијента на болничко лечење и учествује у одвођењу пацијента на одељење
- припрема радни простор, материјал, прибор и проверава исправност медицинских апарата (пре почетка рада)

- припреми медицинске и сестринске документације за радврши здравствено васпитни рад са пацијентом и члановима породице у циљу побољшања здравственог стања пацијента и умањења постојећих ризика и лоших навика, ради брже и успешније ресоцијализације
- спроводи социо-психијатријско праћење пацијента
- врши примопредају дужности
- успоставља добру комуникацију (користећи различите вербалне и невербалне технике), са посебним освртом на ментално-хигијенски приступ пацијента и његовог пратиоца
- заузима флексибилне и емпатске ставове (у терапијске сврхе) зависно од стања пацијента
- успоставља емоционално одмерене односе са пацијентом
- организује све терапијске активности у складу са појединачним потребама и могућностима пацијента (кроз индивидуални рад, и/или рад у малој групи)
- опсервира психичко и соматско стање пацијента и о томе обавештава лекара
- активно учествује у раду ЦМ тима у склопу индивидуалног третмана одређеног за сваког пацијента понаособ
- брине о исхрани, одевању, обући за време боравка у болници (деца су често несамостална некад због узраста, а некад због психичког стања)
- посматра и помаже при узимању obroка деци млађег узраста
- организује забавно-рекреативне активности у сарадњи са осталим члановима тима (лекар, дефектолог, васпитач, учитељ, наставник), настава у природи, прикупљање материјала за радну и окупациону терапију итд.
- чествује у припреми приредби за пригодне свечаности.
- спроводи храњење природним путем и прати акт гутања код пацијента са неуролептичким синдромом;
- обраћа посебну пажњу на унос хране и течности код пацијената: са депресивним стањем; стањем менталне анорексије и булимије; затим код деце млађег узраста, старих лица са психичким сметњама и др.
- опсервира пацијенте при уносу хране;
- пише специфично требовање и сервира храну (по потреби)

Едукација медицинских сестара и техничара од оснивања Института за ментално здравље до данас

Едукација медицинских сестара и техничара у Институту за ментално здравље је одувек била веома важан сегмент у раду медицинских сестара и техничара. Од самог оснивања едукација се одржавала кроз практичан рад, усавршавање кроз стручне састанке, семинаре, конгресе како у организацији Института за ментално здравље, тако и ван њега. Циљ едукације је обука и стицање вештина у раду са психијатријским пацијентима.

Давне 1964. Године Завод за ментално здравље је у свом плану поставио за циљ у оквиру научно истраживачке делатности „организовање разних видова стручног усавршавања за здравствене раднике и сараднике, ученике и студенте“. Од 1965. године семинар за здравствене раднике и сараднике Завода одржавао се једном недељно, а од октобра те године семинар се одржавао у заједници са Психијатријском болницом. Од оснивања Института за ментално здравље са медицинским сестрама и радним терапеутима једном недељно одржаван је семинар из области неге и поступка са психијатријским болесницима, уз интензивна настојања да се ради на професионалној рехабилитацији оболелих.

Још од 1970. Завод за ментално здравље служи као наставна јединица за практичну обуку средњег и вишег медицинског кадра, а која се обављала на стационарним одељењима Завода. Те године одржана су и предавања:

Тадић, Н. Ментална хигијена адолесцентног узраста, предавање за патронажне сестре
Станојевић, Н. Ментална хигијена школског детета, предавање за патронажне сестре

Године 1971. започели су семинари за патронажне сестре и социјалне раднике, који су се по утврђеном програму одржавали једанпут месечно од септембра месеца. Овим је постигнута теснија сарадња са патронажним сестрама Домова здравља, чиме је постигнут циљ јачања бриге о менталном здрављу у заједници. Ову едукацију је у просеку посећивало 80 медицинских сестара и социјалних радника, а водили су је уважени лекари Института за ментално здравље (прим. др М. Мехле, прим. др Д. Петровић, асист. др М. Антонијевић, др М. Јојић- Миленковић). Ова едукација се и даље одржава у Институту за ментално здравље.

Осамдесетих година едукацији и стручном усавршавању медицинских сестара и техничара се посветила велика пажња. Организована едукација обављала се преко мањих и краћих семинара, едукативних група и на друге начине.

Семинар „Медицинска сестра у психијатријској служби“ организовала је проф.др Невенка Тадић и Живана Станковић. Наставу су водили стручњаци Института, а едукативне групе са по 15 сеанси проф.др Невенка Тадић, прим. др Татјана Ђукић и клинички психолог Милица Маринков. Семинар је био намењен медицинским сестрама Института, као и сестрама других психијатријских установа. У периоду од 1981-1983. Године семинар је завршило 12 полазника из Института.

Семинар посвећен едукацији патронажних сестара Београда у то време водили су проф др. Душан Петровић уз помоћ других стручњака и медицинске сестре Душанке Крајчиновић. До тада семинар је имао традицију дугу 12 година. Обухватао је групу тема подељених у веће тематске целине(дечја заштита, алкохолизам, хронични душевни болесник, заштита душевног здравља старих и сл.)

ЕЕГ школа одсека за психофизиологију и клиничку неурофизиологију Института је организовао и водио проф.др Драгослав Ерцеговац. Настава се обављала са пуним радним временом и трајала је 6 месеци (теоретска и практична обука уз континуирану клиничку и неурофизиолошку обраду пацијената).

Семинари посвећени породичној терапији, коју је организовао Одсек за породичну терапију алкохолизма који је теоријски и практично обучавао и медицинске сестре за рад са породицама алкохоличара

Иако се идеја о даљем развијању и реорганизацији едукације, која је предвиђала формирање Центра за едукацију, јавила још седамдесетих година прошлог века, Центар за едукацију је формиран тек 2001. године при Центру за научно- истраживачки рад, а чији је координатор била проф. др Душица Лечић Тошевски. У оквиру Центра тада је рађена едукација за медицинске сестре и техничаре кроз:

Едукативне семинаре за патронажне сестре и социјалне раднике,

Едукативне семинаре за сестре које раде са психијатријским пацијентима

Едукативне семинаре за сестре које раде са болестима зависности

Потреба за континуираном едукацијом и увођење лиценци за медицинске сестре и техничаре је отворила је могућност и потребу за координатором едукације за медицинске сестре и техничаре из области здравствене неге у психијатрији, и 2015. године главна сестра Института за ментално здравље Татјана Правиловић, специјалиста здравствене неге- област психијатрија, одлуком Директора Института за ментално здравље проф. др Лечић Тошевски бива постављена за координатора едукације за медицинске сестре и техничаре из области здравствене неге у психијатрији , а за њеног заменика Оливера Милошевић, специјалиста здравствене неге- област психијатрија. Током 2016. године, у два семестра, редовно је одржавана едукација за младе медицинске сестре и техничаре, где су теме биле посвећене свим областима рада психијатријске сестре, као и Процесу здравствене неге, који је своје зачетке у Институту имао још 1994. године, а пре званичног увођења едукације за вођење Процеса здравствене неге на Вишој медицинској школи. Искусне сестре Института за ментално здравље су и предавачи на Високој школи струковних студија у Земуну.

Медицинске сестре и техничари Института за ментално здравље су увек имале запажена излагања на семинарима, конгресима, симпозијумима како у земљи, тако и у иностранству.

Седиште Председништва друштва психијатријских сестара и техничара се дуги низ година налазило у Институту за ментално здравље, а дугогодишњи председник Друштва психијатријских сестара и техничара је био Златко Вујин, специјалиста здравствене неге- област психијатрија. Данас, сестре ИМЗ-а активно учествују у раду скупштине ДПСТ и Тима за едукацију ДПСТС.

Из досадашњег рада и искуства проистекле су и књиге које су написале сестре, а које и данас служе за едукацију сестара за рад у установама за заштиту менталног здравља. Зора Петровић- Приручник за рад медицинске сестре- техничара у дечјој психијатрији Ксенија Ковачевић, Душанка Добрашиновић- Психијатријска здравствена нега Зора Петровић, Душанка Крајчиновић- Процес здравствене неге у психијатријској пракси Институт је одувек финансијски и на друге начине помагао и подстицао школовање и едукацију медицинских сестара.

Главне сестре одељења су чланови Колегијума сестара ИМЗ, а главна сестра Института Марина Лучић је члан ужег Колегијума Института.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА

1. Општи подаци

Име и презиме: _____

Године: _____ Пол: _____

Датум пријема: _____

Сестра анамнестичар: _____

Пратња: _____

2. Главна тегоба / разлог доласка

3. Тренутно стање

Свест: будан поспан флукутирајућа

Оријентација: лична временска просторна дезоријентисан

Пажња: очувана оштећена

Општи изглед: _____

Говор: јасан неповезан

Перцепција: халуцинације параноја

Спавање: уредно несаница ноћна узнемиреност

4. Анамнеза садашње болести

5. Лична анамнеза

Хроничне болести: _____

Лекови: _____

Алергије: _____

Исхрана и хидратација: уредна смањена

Елиминација: уредна уринарна инконтиненција

Сан: уредан поремећен

6. Породична и социјална анамнеза

Брачно стање: _____

Живи: сам са породицом

7. Психолошки статус

анксиозност

страх

агитација

агресија из страха

8. Сестринска процена и проблеми

акутна збуњеност / дезоријентација

ризик од повреда (падови)

перцептивне сметње (халуцинације, параноја)

поремећен сан

ризик од дехидратације / потхрањености

анксиозност и страх

9. План сестринске неге

- Безбедност пацијента (надзор, уклањање опасних предмета, ниска постеља)

- Хидратација и исхрана (пратити унос/излучивање)

- Оријентација (календар, сат, једноставна објашњења)

- Смањење сензорних надражаја (тишина, пригушено светло)

- Подршка породице (присуство познате особе)

- Сарадња са лекаром (анализе, терапија, ревизија лекова)

10. Потпис сестре

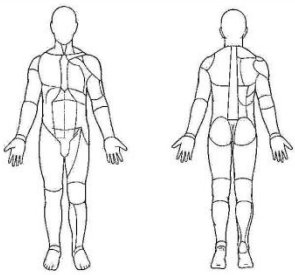


Institut za
mentalno zdravlje

LISTA ZDRAVSTVENE NEGE PSIHIJATRIJSKOG PACIJENTA

Odeljenje:	Datum i sat prijema:	Način prijema Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premeštaj <input type="checkbox"/>	Broj istorije i kartona
Ime i prezime	Datum rođenja:	Način hospitalizacije: Dobrovoljna <input type="checkbox"/> Ravnodušno <input type="checkbox"/> Prisilna <input type="checkbox"/>	Zanimanje
	Pol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. Dijagnoza	Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)		
Izabrani lekar	Sestra koja popunjava listu	Porodica-staratelja (sa kim živi, broj članova porodice...)	
Broj hospitalizacija IMZ-a			
Osatale hospitalizacije:			
Lekovi			
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			
Hereditet i gubici	(Opisno)		
Odnos sa prijateljima i kolegama	(Opisno)		
Sistem podrške	1. Roditelj 2. Partner 3. Deca 4. Ostalo		
Deklarirajući događaji	(Razlog prijema)		
Reakcija bolesnika na hospitalizaciju			
Reakcija na prijemu :	1. korektan / nekorektan 2. miran / uznemiren 3. ne pokazuje agresivnost / agresivan 4. nije u sukobu sa porodicom / u sukobu 5. mirno govori o svojim osećanjima(strah,halucinacije)/ nemiran 6. ima uvid u svoju bolest i želi da ozdravi / nema uvida 7. pasivno se odnosi prema okolini / zainteresovan za okolinu 8. emotivno prazan / emotivno ispunjen 9. nezainteresovan / zainteresovan 10. bez inicijative, planova i cilja / ima inicijativu 11. emotivno hladan / emotivno topao 12. usporenih pokreta / ubrzanih pokreta		

	13. ne pokazuje nikakvu reakciju na hospitalizaciju / prihvata hospitalizaciju		
Procena samostalnosti (legenda na dnu stranice)			
Samozbrinjavanje	Higijena – 0, 1, 2, 3, 4 Hranjenje – 0, 1, 2, 3, 4	Eliminacija – 0, 1, 2, 3, 4 Oblačenje – 0, 1, 2, 3, 4	Ostalo
Fizičke aktivnosti	Hodanje – 0, 1, 2, 3, 4 Premeštanje – 0, 1, 2, 3, 4	Sedenje – 0, 1, 2, 3, 4 Stajanje – 0, 1, 2, 3, 4	Okretanje – 0, 1, 2, 3, 4 Ostalo
Oprema i pomagala	Štake <input type="checkbox"/> Štap <input type="checkbox"/> Hodalica <input type="checkbox"/> Kolica <input type="checkbox"/> Proteza <input type="checkbox"/> Trapez <input type="checkbox"/>	Ostala pomagala	
Prehrana	Dijeta	Oralna prehrana <input type="checkbox"/> Parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Ostalo	
Apetit	Normalan <input type="checkbox"/> Povećan <input type="checkbox"/> Smanjen <input type="checkbox"/> Mučnina <input type="checkbox"/> Povraćanje <input type="checkbox"/> Uzrok	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> Teško <input type="checkbox"/> Uzrok	
Gutanje	Bez teškoća <input type="checkbox"/> Otežano <input type="checkbox"/> Teško <input type="checkbox"/> Ostalo	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Ostalo	
Sluznica	Normalna <input type="checkbox"/> Suva <input type="checkbox"/> Naslage <input type="checkbox"/> Oštećena <input type="checkbox"/>	Ostalo i opis	
Eliminacija Eliminacija stolice	Zadnja defekacija	Inkontinencija <input type="checkbox"/> Proliv <input type="checkbox"/> Opstipacija <input type="checkbox"/> Ileostoma <input type="checkbox"/> Kolostoma <input type="checkbox"/> Rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> Ostalo	
Eliminacija urina	Normalna <input type="checkbox"/> Inkontinencija <input type="checkbox"/> Vrsta inkontinencije	Urin. kateter <input type="checkbox"/> Zadnja promenaurostoma <input type="checkbox"/>	
Znojenje	Normalno <input type="checkbox"/> Smanjeno <input type="checkbox"/> Povećano <input type="checkbox"/>		
Kašalj	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Iskašljavanje	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Bez teškoća <input type="checkbox"/> Otežano <input type="checkbox"/> Sluz <input type="checkbox"/> Gnoj <input type="checkbox"/> Krv <input type="checkbox"/>
Perceptivne sposobnosti	Vid Dobar <input type="checkbox"/> Oštećen <input type="checkbox"/> Slep <input type="checkbox"/>	Naočare <input type="checkbox"/> Sočiva <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	Ostalo
Sluh	Dobar <input type="checkbox"/> Oštećen <input type="checkbox"/> Gluv <input type="checkbox"/> Ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	Ostalo
Bol	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta...)..... NE <input type="checkbox"/>		
Govor	Bez teškoća <input type="checkbox"/> Afazija <input type="checkbox"/>		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> posebnosti oko spavanja		
	Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

Svest	Očuvana <input type="checkbox"/> Somnolencija <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Stupor <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/>		
	Ostalo.....		
Seksualnost	Prva menstruacija.....		Ostalo vezano za seksualnost: Erotizovanost Masturbacija
	Zadnja menstruacija		
Aktivnosti koje utiču na zdravlje	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Droge
	Kom/dan..... /god.....	Količina/dan...../god.....	Kockanje..... Ostalo
Prihvatanje zdravstvenog stanja	Neprihvatanje <input type="checkbox"/> Prilagođavanje <input type="checkbox"/> Prihvatanje <input type="checkbox"/> Ostali oblici ponašanja		
Verska uverenja	Ograničenja.....	Da li je prisutan strah i kakav?	
	Potrebe.....		
FIZIKALNI PREGLED (pregledavanje na prijemu)			
Visina.....	Težina.....	Obim struka.....	Promena telesne težine
Puls/min	Temperatura i način merenja	Krvni pritisak:	
Disanje i način disanja			
Koža – izgled i promene: Bez promena Promena opis:		Glava i vrat: Bez promena Promena opis:	
Toraks : Bez promena Promena opis:		Legenda: D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R= Oštećenja tkiva	
Abdomen: Bez promena Promena opis:		Opis oštećenja i datum nastanka:	
Gornji ekstremiteti: Bez promena Promena opis: Donji ekstremiteti: Bez promena Promena opis:			
Znanje o načinu života Stečeno <input type="checkbox"/> Nije stečeno <input type="checkbox"/> Delimično stečeno <input type="checkbox"/>			

Znanje o: Bolesti	Stečeno <input type="checkbox"/>	Nije stečeno <input type="checkbox"/>	Delimično stečeno <input type="checkbox"/>
Rizik za:	Pad <input type="checkbox"/> Povrede <input type="checkbox"/>	Infekciju <input type="checkbox"/>	Ostalo.....

Znanje o: Terapiji	Stečeno <input type="checkbox"/>	Nije stečeno <input type="checkbox"/>	Delimično stečeno <input type="checkbox"/>
--------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--

Analiza prikupljenih podataka

Izdvajanje prioriteta:

Formulisanje problema: (dijagnoza nege)

Određivanje stepena nege- progresivna nega: 1. Posebna nega (PN)
 2. Spec.intezivna (SIN)
 3. Intezivna nega (INT)
 4. Poluintezivna nega (PIN)
 5. Opšta nega (ON)

Potrebne dijagnostičke procedure

ZOZ	Potrebno <input type="checkbox"/>	Ne treba <input type="checkbox"/>	
LAB	Datum uzimanja	Datum donošenja nalaza	
EEG	Datum predavanja uputa	Datum snimanja	Datum donošenja nalaza
PSIHOLOŠKO	Potreba za testiranjem	Nalaz	
PEDIJATAR	Potrebno <input type="checkbox"/>	Ne treba <input type="checkbox"/>	
INTERNISTA	Potrebno <input type="checkbox"/>	Ne treba <input type="checkbox"/>	
GENETIKA	Potrebno <input type="checkbox"/>	Ne treba <input type="checkbox"/>	

АДХД – ПОРЕМЕЋАЈ ПАЖЊЕ СА ХИПЕРАКТИВНОШЋУ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

АДХД (поремећај пажње са хиперактивношћу) је неуроразвојни поремећај који карактерише перзистентни образац **непажње, хиперактивности и импулсивности** који омета функционисање или развој.

Епидемиологија:

Преваленција: 5–7% деце, 2–5% одраслих

Пол: дечаки 3 пута чешће код деце, код одраслих подједнако

Почетак: симптоми пре 12. године

Коморбидитет:

Поремећаји учења (20–30%)

Анксиозност/депресија (25–40%)

ОПП (50% преклапања)

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Три подтипа (DSM-5):

Подтип	Кључне карактеристике
Непажња	Тешкоће са фокусом, организацијом, честа заборавност
Хиперактивно-импулсивно	Прекомерна активност, тешкоће са мирним седењем, прекидање других
Комбиновано	Оба сета симптома

Симптоми по старосним групама:

Узраст	Манифестације
Деца	Тешкоће у школи, немир у учионици, агресивност у игри
Адолесценти	Проблеми са организацијом, ризично понашање
Одрасли	Хронично кашњење, промена посла, импулсивне одлуке

3. ДИЈАГНОСТИКА

Дијагностички алати:

Инструмент	Сврха
Конерс 3	Процена симптома код деце (родитељи/наставници)
АСРС	Самопроцена за одрасле
КПТ (Континуирани тест перформанси)	Компјутеризована процена пажње

Диференцијална дијагноза:

Анксиозни поремећаји
Биполарни поремећај
Поремећаји спавања
Дисфункција штитне жлезде

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

4.1 Фармакотерапија:

Лек	Примена	Нежељени ефекти
Метилфенидат (Риталин)	5–60 мг/дан (краткорочно)	Губитак апетита, несаница
Лиздексамфетамин (Вивансе)	30–70 мг/дан (дугорочно)	Анксиозност, тахикардија
Атомоксетин (Стратера)	40–100 мг/дан (нестимуланс)	Умор, гастроинтестиналне сметње

4.2 Нефармаколошке интервенције:

Когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ)
Тренинг организационих вештина
Породично образовање
Адаптација школи (додатно време за тестове)

5. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Кључне улоге медицинске сестре:

Едукација родитеља (реална очекивања, стратегије дисциплиновања)

Праћење терапије (нежељени ефекти, ефикасност)

Подршка школи (сарадња са педагогом)

Превенција злоупотребе дрога код адолесцената

Стратегије за свакодневне изазове

Код деце:

Кратка, јасна упутства

Визуелни распореди

Физичке активности за каналисање енергије

Код одраслих:

Аларми/подсетници

Подела задатака на мање кораке

6. КОМПЛИКАЦИЈЕ И КОМОРБИДИ

Уобичајени проблеми:

Академски проблеми (30–50% има специфичне тешкоће у учењу)

Социјалне тешкоће (сукоби са вршњацима)

Ризично понашање (несреће, злоупотреба супстанци)

Дугорочни ризици (нелечени АДХД):

Виша стопа незапослености

Проблеми у односима

Већи ризик од зависности

7. ПРЕВЕНЦИЈА И ОБРАЗОВАЊЕ

За родитеље:

Није недостатак дисциплине – то је неуролошки поремећај

Структура и рутине су кључне

Награђивање позитивног понашања

За наставнике:

Седење близу наставника

Дозволите паузе за кретање

Користите визуелна помагала

8. ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Индикатори успеха:

Побољшани школски/радни учинак

Смањена импулсивност

Бољи међуљудски односи

Редовно праћење:

Деца: сваких 3–6 месеци (раст, нежељени ефекти)

Одрасли: годишње евалуације

ДОДАТАК: ПРОТОКОЛУ ЗА НЕГУ

У клиничком окружењу:

Редовна процена срчане фреквенције и крвног притиска (за стимулансе)

Дневник понашања (за праћење симптома)

Амбулантно праћење:

Сарадња са психолозима и едукаторима

Групе за подршку родитељима

НАПОМЕНА: ADHD је доживотни поремећај, али уз прави приступ пацијенти могу постићи високо функционисање. Рани третман и свеобухватан приступ су кључни.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА АДХД (ПОРЕМЕЋАЈ ПАЖЊЕ И ХИПЕРАКТИВНОСТ) ПРИМЕР

Основни подаци о детету:

Име и презиме детета: Л. Л.

Године: 9

Пол: мушки

Разред: III разред основне школе

Датум пријема: 23.05.2024. (амбулантна посета)

Пратња: мајка и отац

Разлог доласка / главна тегоба:

Изјава родитеља: „Не може да се концентрише на часу, више га занима шта се дешава ван прозора него шта учитељица прича.“ „Увек је у покрету, врцка, лупа оловком, устаје из клупе.“ „Код куће је хаотичан, заборавља упутства, тешко га је натерати да уради домаћи.“

Утврђени разлог (од стране лекара): процена за поремећај пажње и хиперактивност (АДХД).

Тренутно стање током прегледа:

Свест: свесан, оријентисан.

Општи изглед: здравог изгледа.

Понашање: на прегледу немиран, често устаје са столице, дира инструменте на столу, врцка на столици. Има потребу да додирне све предмете у соби.

Говор: брз, прекида родитеље и сестру када причају.

Интеракција са родитељима: мајка га више пута благо прекорева да седне и да се смири. Отац делује подстицајније.

Афект: живхан, расположен, лако се наљути када му се каже „не“ за нешто, али се брзо смири.

Развојна анамнеза (кључно за АДХД):

Трудноћа и порођај: уобичајени, рођен у термину.

Рани развој: проходао са 13 месеци, прве речи са 11 месеци. Био је „веома захтевна“ беба, често је плакао, тешко га је било умирити, лоше спавао.

Темперамент као мали: увек је био „на ногама“, више физички активан од вршњака.

Анамнеза садашњих тегоба

Тегобе су приметне од почетка школовања, интензивирале се у другом разреду.

Учитељица је известила:

Пажња: лако се омете, не завршава задатке, често губи ствари (оловке, бојице), избегава задатке који захтевају дужи ментални напор.

Хиперактивност: врцка рукама и ногама, устаје током часа када није дозвољено, претрчава по разреду.

Импулсивност: уграби играчку од друге деце, одговори пре него што је питање завршено, тешко чека свој ред у игри.

Социјални односи: има пар пријатеља, али често долази до сукоба јер не поштује правила игре или их прекида.

Лична анамнеза детета:

Соматско здравље: генерално здрав, нема хроничних болести, алергија или епилепсије.

Сан: отежано успављивање, врпољи се у кревету, али кад заспи, спава добро. Устаје раније од осталих.

Исхрана: нередовна, грицка током дана, тешко седи за столом до краја оброка.

Слободне активности: воли да трчи, игра фудбал, игрице на телефону (на којима може да буде фокусиран).

Породична анамнеза:

Породична историја: отац је такође као дете имао „сличне проблеме“ у школи, али није дијагностикован. Стричев син има дијагнозу АДХД.

Породична динамика: хармонична, али изморена дететовим понашањем. Нема браће и сестара.

Школска анамнеза:

Школски успех: испод свог потенцијала (просек оцена 3). Интелигентан, али неиспуњен због немогућности концентрације.

Понашање у школи: често добија опомене због ремећења часа и неизвршавања задатака.

Психолошки статус:

Дете делује свесно својих тешкоћа. Каже: „Ја не могу да се контролишем“ и „Знам да сметам, али не знам како да престанем.“ Осећа фрустрацију када не успева да испуни очекивања. Самопоуздање умерено ниско, посебно у вези са школом.

Сестринска процена и проблеми:

Оштећена способност усмеравања пажње која отежава академско учење и праћење упутстава.

Смањена способност контроле импулса што доводи до потешкоћа у социјалним интеракцијама.

Повећана потреба за покретом (хиперактивност) која ремети ученичко и породично окружење.

Ризик од ниског самопоштовања услед академских неуспеха и социјалних тешкоће
Поремећени обрасци спавања (отежано успављивање).

Повишени ниво стреса у породици услед суочавања са дететовим понашањем.

План сестринске неге и подршке

Циљ 1 – Подршка у окружењу: саветовати родитеље о структури и рутини код куће (фиксно време за домаћи, спавање, оброке). Препоручити јасна, кратка и директна упутства.

Циљ 2 – Побољшати концентрацију: едуковати родитеље о техникама рада – кратки временски интервали за домаћи (нпр. 15 минута рада, 5 минута паузе), рад у тихом простору без дистрактора (телевизор, телефон).

Циљ 3 – Управљање понашањем: препоручити позитивно појачавање (хвалити за сваки мали успех и покушај) уместо кажњавања. Наградити успешно седење за столом током оброка.

Циљ 4 – Подршка самопоуздању: подстицати дете да се бави активностима у којима може да успе (спорт, цртање) како би надокнадио негативна искуства из школе.

Циљ 5 – Едукација и подршка породици: објаснити родитељима да је АДХД неуробиолошко стање, а не последица лошег васпитања. Упутити их на родитељске тренинге специфичне за АДХД. Дискутовати о правилној исхрани и важности редовне физичке активности за ослобађање енергије.

Потпис сестре:Т.М.

Суштина код АДХД-а:

Сестринска улога је едукативно–подржна. Циљ није „излечити“ АДХД, већ помоћи детету и породици да развију стратегије за ношење са симптомима и да се превенирају секундарни проблеми као што су неуспех у школи, ниско самопоштовање и проблеми у понашању. Анамнеза се усмерава на функционисање детета у свакодневном животу – код куће, у школи и у друштву.

АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Алцхајмерова болест је прогресивни неуродегенеративни поремећај који карактерише губитак когнитивних функција, промене у понашању и оштећење свакодневног функционисања.

Епидемиологија:

Преваленција: 5–7% популације >65 година (удвостручује се сваких 5 година)

Пол: жене чешће (2:1)

Почетак: најчешће >65 година (рани облик <65 година)

Стадијуми болести:

Фаза	Трајање	Кључне карактеристике
Рана	2–4 године	Губитак краткорочног памћења, дезоријентација
Средње	2–10 година	Тешкоће у говору, губитак самосталности
Касно	1–3 године	Губитак моторичких вештина, потпуна зависност

2. ТАБЕЛА СИМПТОМА

Когнитивни симптоми:

Губитак краткорочног памћења
Тешкоће у планирању и организацији
Дезоријентација у времену и простору

Ментални симптоми:

Апатија, депресија
Агресивност, агитација
Халуцинације (20–30% случајева)

Физички симптоми:

Губитак моторичких вештина
Проблеми са гутањем
Инконтиненција

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

- Очување квалитета живота
- Успоравање прогресије болести
- Управљање неуропсихијатријским симптомима
- Подршка старатеља
- Превенција компликација

4. ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Функција

Опис

Мере безбедности	Спречавање падова, правилна исхрана
Когнитивна стимулација	Терапија памћења, реминисценција
Комуникација	Прилагођен начин комуникације
Едукација породице	Објашњење болести и лечење

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Процена стања

MMSE тест (Мини-Ментал Стате Есејминг)

Скала ADL (Активности свакодневног живота)

5.2 Фармаколошки третман

Инхибитори холинестеразе: Мемантин: 10–20 мг/дан за умерено-тешку фазу

Лекови за БПСД (неуропсихијатријски симптоми): Атипични антипсихотици (Рисперидон 0,5–2 мг/дан)

SSRI (Циталопрам 10–20 мг/дан)

5.3 Нефармаколошке интервенције

Когнитивна стимулација:

Терапија меморије

Активности подсећања

Музико терапија

Мере безбедности:

Ознаке на вратима

Закључавање опасних предмета

GPS наруквице

6. ПОСТУПЦИ У СПЕЦИФИЧНИМ СИТУАЦИЈАМА

Ситуација

Залазак сунца

Агресивност

Потрага

Одбијање хране

Интервенција

Редован распоред, смањење стимуланса увече

Смирујући тон, избегавање сукоба

Безбедносна врата, надзор

Мали чести оброци, мекана храна

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Успоравање прогресије симптома
- Смањење неуропсихијатријских симптома
- Очувана независност што је дуже могуће
- Побољшан квалитет живота неговатеља

ДОДАТАК: СТРАТЕГИЈЕ ЗА РОДИТЕЉЕ

Комуникација:

Кратке, једноставне реченице

Визуелна помагала

Избегавање корекције

Рутине:

Фиксни дневни распоред

Познати ритуали

Постепене промене

Безбедност:

Уклањање тепиха

Ноћно осветљење

Закључавање опасних предмета

Самопомоћ:

Групе за подршку

Привремени смештај

Правилна исхрана и одмор

Знакови упозорења: Промене у понашању, тешкоће са гутањем, честе инфекције

Овај практикум пружа свеобухватан приступ нези пацијената са Алцхајмеровом болешћу, са нагласком на индивидуалну негу и подршку неговатељима.

Сестринска анамнеза за пацијента са Алцхајмеровом болешћу- пример

Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: М. М.

Године: 78

Пол: женски

Датум пријема: 23.05.2024. (планирани преглед са ћерком)

Пратња: ћерка Соња

Разлог доласка / Главна тегоба

Изјава ћерке: „Мама се све више збуњује. Заборавља имена унука, губи ствари по кући и оптужује нас да јој крадемо. Синоћ се изгубила у свом крају.“

Изјава пацијенткиње: „Ма добро сам, само мало заборавна. Они сви претерују.

Дијагноза (од стране лекара): деменција типа Алцхајмер, вероватно умереног степена.

Тренутно стање током прегледа

Свесна, оријентисана (зна своје име), временски дезоријентисана (не зна тачан датум, годину), просторно дезоријентисана (не зна где се тачно налази).

Изглед уредан, али одећу јој је изабрала и обукла ћерка. Кожа уредна, хидрирана.

Понашање: у почетку пријатна, постаје иритирана и повучена када се постављају питања о памћењу. Лако се изгуби у току разговора.

Говор: у почетку течно, али има потешкоћа у проналажењу речи („оно... тај... ствар“).

Афект лабилан, лако прелази од смеха до суза и љутње када не може да се сети.

Анамнеза садашње болести

Према ћерки, први знаци (заборавност, губљење ствари) приметни пре три до четири године. Постепено се погоршавало током последње године.

Когнитивни симптоми: губљење кључева, новчаника, понављање истих питања, заборављање договора и недавних догађаја, тешкоће у планирању (немогућност припреме оброка).

Бихејвиорални симптоми: сумануте идеје (оптужује породицу за крађу), ноћна узнемиреност (буђење, лутање по кући), повремена апатија.

Функционални пад: тешкоће у управљању финансијама, возњи, кувању. Још увек може да обавља личну хигијену уз подстицај.

Лична анамнеза

Соматско здравље: хипертензија, остеопороза.

Терапија: лекови за крвни притисак, суплементи калцијума.

Алергије: нема.

Начин исхране: често заборави да је јела или мисли да је већ јела. Воли слатко. Унос течности уредан.

Елиминација: уредна, повремено заборави где је тоалет или како да отвори браву.

Сан: поремећен, присутна ноћна узнемиреност и збуњеност увече.

Штетне навике: није пушила, повремено пила вино.

Породична анамнеза

Породица: удовица последњих пет година. Живи сама, али ћерка долази два до три пута дневно.

Деца: једна ћерка, Соња (55 година), главни старатељ.

Породична историја: мајка пацијенткиње је такође имала „склерозу у старости“ (вероватно деменција).

Социјално-економски статус и окружење

Живи у сопственом стану у приземљу. Финансијски стабилна (пензија). Ћерка је главни старатељ, али исцрпљена. Подршку пружа и унука. Стан није прилагођен потребама (нема налепница на вратима, нема организације).

Психолошки статус

Збуњена, анксиозна, повремено суманута. Осећај губитка контроле и фрустрације.

Повремено депресивна када постане свесна својих пропуста („Шта ми је ово, Боже?“).

Постоји ризик од социјалне изолације јер избегава дружења због стида.

Сестринска процена и проблеми

Оштећена когнитивних функција (губитак меморије кратког рока, дезоријентација) што угрожава безбедност.

Ризик од повреде (падови, лутање, губљење) услед збуњености и губитка просторне оријентације.

Поремећени обрасци спавања и ноћна узнемиреност, што доводи до исцрпљености родитеља и старатеља.

Потешкоће у обављању активности свакодневног живота

Анксиозност, суманутост и лабилан афект услед органске промене.

Ризик од дехидратације и потхрањености услед заборавности да једе или пије.

Висок ниво стреса и исцрпљености код примарног старатеља (ћерке).

План сестринске неге и подршке

Циљ 1 – обезбедити безбедност: едукација породице (уклањање опасних предмета, постављање налепница на врата – ВЦ, спаваћа соба), скривање кључева од аутомобила, разматрање ГПС наруквице за случај лутања, постављање брава које није лако откључати. Проценити ризик од пада и препоручити адаптацију стана (уклањање тепиха, постављање рукохвата).

Циљ 2 – одржати рутину и оријентацију: саветовати породицу да успостави дневну рутину (оброци, туширање, шетња у исто време), поставити велики календар и сат на видљиво место, користити фотографије са именима чланова породице.

Циљ 3 – подстицати независност и смањити анксиозност: давати једноставне изборе (плава или зелена блуза), користити кратке и јасне реченице, давати једну инструкцију одједном, не расправљати се са суманутим идејама већ преусмерити пажњу.

Циљ 4 – осигурати адекватан унос хране и течности: подстицати редовне оброке уз подршку, остављати течност на уочљивим местима, пратити телесну тежину.

Циљ 5 – подршка старатељу: едукација ћерке о природи болести и очекиваном току, саветовање о правилној комуникацији, упућивање у групу подршке за старатеље особа са деменцијом, наглашавање важности предаха за старатеља како не би дошло до исцрпљивања.

Потпис сестре : И. Ђ,

Суштина код Алцхајмерове болести:

Сестринска улога је подршка, едукација и омогућавање. Фокус се помера са лечења на побољшање квалитета живота, очување достојанства и продужење функционалне независности уз апсолутну безбедност. Најважнији сарадник у нези је породица, односно старатељ, чију улогу сестра мора да препозна, подржи и оснажи.

ЗЛОУПОТРЕБА АЛКОХОЛА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Поремећај злоупотребе алкохола је хронична рецидивантна болест, коју карактерише **немогућност контроле конзумирања алкохола**, појаву здравствених компликација, поремећај породничних односа као и професионалне последице као и шире социјалне последице .

Епидемиологија:

Преваленција: ~5% одрасле популације (ЕУ)

Пол: мушкарци 2–3 пута чешће

Почетак: 20–40 година

Коморбидитети: депресија (30%), анксиозност (25%), цироза јетре (15%)

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Физички симптоми:

Толеранција: потреба за већим количинама алкохола

Синдром апстиненције: тремор, знојење, убрзан рад срца

Органско оштећење: масна јетра, цироза, панкреатитис, неуропатије

Психолошки симптоми:

Губитак контроле (немогућност заустављања)

Преокупација алкохолом (планирање конзумирања)

Порицање проблема

Социјалне последице:

Проблеми на послу и у породици

Правни проблеми (вожња у пијаном стању)

Финансијске потешкоће

3. ДИЈАГНОЗА

Лабораторијски налази:

Повишено: ГГТ, ЦДТ, АСТ/АЛТ (однос >2)

Снижено: тромбоцити, албумин

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Детоксикација (акутна фаза):

Бензодиазепини (превенција делиријум тременса):

Диазепам 10–20 мг на свака 2 сата по потреби

Лоразепам 2–4 мг ИМ/ИВ у тешким случајевима

Витамин Б1 (тиамин) – 100–300 мг/дан

Хидратација + електролити (Mg^{2+} , K^{+})

Психотерапија:

Когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ)

Мотивациони интервју

Групна терапија (АА групе)

5. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Кључне интервенције медицинске сестре:

Праћење симптома апстиненције

Виталне параметре

Тремор руку

Подршка у апстиненцији и смањењу рецидива

Едукација породице

Поступак код делиријум тременса:

Мере безбедности (заштитна мрежа, меки зидови)

Седација (БЗД + халоперидол ако је потребно)

Хидратација + ЕКГ праћење

6. КОМПЛИКАЦИЈЕ

Акутне:

Делиријум тременс (морталитет ~15% без лечења)

Епилептични напади (првих 48 сати)

Аспирациона пнеумонија

Хроничне:

Цироза јетре

Кардиомиопатија

Деменција

7. СПРЕЧАВАЊЕ РЕЦИДИВА

Стратегије:

Идентификовање окидача (стрес, друштво)

Развијање стратегија суочавања

Редовно праћење (психијатар, терапеут)

Улога породице:

Подршка без омаловажавања

Укључивање у терапију

Постављање јасних граница

ПРОТОКОЛИ ЗА НЕГУ

У болничком окружењу:

Дневна евалуација

Контрола уноса течности и електролита

Психолошка подршка током детоксикације

Амбулантно праћење:

Редовне контроле ензима јетре

Праћење менталног здравља (депресија/анксиозност)

Подстицање учешћа у групама

Напомена: Поремећај употребе алкохола је залечив, али захтева **мултидисциплинарни приступ**. Кључ је **подршка, стрпљење и дугорочно праћење**.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА ПРОБЛЕМОМ ЗЛОУПОТРЕБЕ АЛКОХОЛА - ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: Н. Н.

Године: 45

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Хитни пријем)

Пратња: Сам, довезла га хитна помоћ. Супруга дошла касније.

Разлог доласка / Главна тегоба

Изјава пацијента (непоуздано): „Само сам пао, ништа ми није.“ „Тресем се мало, треба ми пиће да ме прође.“

Налаз хитне службе: Пацијент пронађен збуњен и агресиван на улици. Показивао знаке тремора и знојења.

ДИЈАГНОЗА (од стране лекара): Стање повређеног, злоупотреба алкохола код пацијента са симптомима апстиненције. Повреда главе искључена.

Тренутно стање

Свест: Збуњена, дезоријентисан.

Општи изглед: Немиран, тремор руку, презнојен. Кожа топла и влажна. На телу огуљотине на левом рамену и колену.

Говор: Неповезан, тешко прати разговор. Анксиозан.

Дисање: 22 у минути, дах мирише на алкохол.

Крвни притисак: 165/100 mmHg

Пулс: 112 у минути, ритмичан

Температура: 37.8 °C

Сатурација кисеоником: 96%

Анамнеза садашње болести

Према супрузи: Пацијент пије све теже последњих 5–6 година. Последња тура трајала је 10 дана, пио по флашу вотке дневно. Престао да пије пре 24 сата јер је потрошио сав новац. Почео да се тресе, зноји, постао агресиван и параноидан. Синоћ је напустио кућу и није се вратио до јутра.

Лична анамнеза

Историја болести: Панкреатитис пре 2 године (хоспитализација), повишени ензими јетре (AST, ALT).

Тренутна терапија: Нема редовне терапије.

Алергије: Нема познатих алергија.

Исхрана: Лоша. Једе само кад пије и то нездраво.

Елиминација: Уредна.

Сан: Несаница када не пије, спава непокретним сном након опијања.

Штетне навике:

– Алкохол: злоупотреба више од 15 година, свакодневна конзумација, неуспели

покушаји смањења.

– Пушење: једна пакла дневно.

– Дроге: пориче.

Породична анамнеза

Породица: Ожењен, има двоје деце (15 и 12 година). Супруга запретила разводом.

Породична историја: Отац такође био алкохоличар, преминуо од цирозе јетре.

Социјално-економски статус и окружење

Запослен као возач камиона, тренутно на боловању. Финансијски проблеми због трошкова за алкохол. Породични сукоби чести. Губи послове због злоупотребе алкохола. Социјално изолован од неалкохоличарског окружења.

Психолошки статус

Анксиозан, иритабилан, пориче проблем („Могу да престанем кад год пожелим“). Минимизује потрошњу. Осећа кривицу и срамоту када га супруга суочи. Ниско самопоштовање. Ризик од суицидалних мисли повишен у фази апстиненције.

Сестринска процена и проблеми

Ризик од повреде (падови, несреће) услед интоксикације и апстиненцијалне збуњености.

Ризик од напада (епилептичких) услед апстиненцијалног синдрома.

Алтерирана ткивна перфузија (појачан крвни притисак, тахикардија) услед апстиненције.

Анксиозност и страх услед апстиненцијалних симптома.

Недостатак ефикасних механизма за суочавање са стресом, ослањање на алкохол.

Дисфункционални породични односи и социјална изолација.

Поремећена перцепција здравља (порицање болести).

План сестринске неге

Циљ 1 – превенција повреда и напада: континуирано праћење виталних знакова и неуролошког статуса, обезбеђивање безбедне околине (низак кревет, подигнуте ограде, уклањање оштрих предмета), примена бензодиазепина по лекарској ординацији.

Циљ 2 – смањење анксиозности и страха: јасна, смирена и непретећа комуникација, објашњавање пацијенту шта се дешава са његовим телом, обезбеђивање тихе и мирне собе са минималним подражајима.

Циљ 3 – обезбеђивање основних физиолошких потреба: хидратација интравенски или орално ако је могуће, давање тиаминa (витамин B1) ради превенције Вернике-Корсаковог синдрома (је поремећај који се састоји у деменцији (пропадању свих психичких функција) и полинеуропатији (слабост и бол мишића екстремитета) изазваној хроничном и прекомерном злоупотребом алкохола и смањеним уносом хране), подстицање уноса хране богате протеинима и угљеним хидратима.

Циљ 4 – почетак терапијског односа: неосуђујући приступ, изградња поверења, постављање реалних и краткорочних циљева (нпр. проћи кроз апстиненцију без повреда), применити мотивациони интервју.

Циљ 5 – едукација и упућивање: едукација пацијента и породице о природи болести зависности, упућивање на консултацију психијатра или психолога, пружање информација о групама лечених алкохоличара, групној терапији и центрима за рехабилитацију, укључивање породице и упућивање на групе подршке за породицу .

Потпис сестре : М.И.

Суштина код пацијената са злоупотребом алкохола:

Сестринска улога је тројака:

- Акутна медицинска нега – нега пацијента који је животно угрожен због апстиненцијалног синдрома.
- Грађење моста – стварање терапијског односа који може да послужи као полазна тачка за прихватање помоћи. Избегавати осуђивање је најважније.
- Едукација и упућивање – пацијент често није спреман за промену, али сестра може да подстакне свест и пружи информације о ресурсима за каснији тренутак. Подршка породици је важна.

ПОРЕМЕЋАЈИ АНКСИОЗНОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Поремећаји анксиозности представљају групу менталних стања коју карактерише **прекомерни страх, брига и физиолошки симптоми анксиозности** који ометају свакодневно функционисање.

Епидемиологија:

Преваленција: 15–20% популације

Пол: жене 2 пута чешће

Врсте:

Генерализовани анксиозни поремећај (ГАП)

Панични поремећај

Социјални анксиозни поремећај

Специфичне фобије

Агорафобија

Сепарациони анксиозни поремећај

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Психолошки симптоми:

Прекомерна брига

Очекивање најгорег

Тешкоће са концентрацијом

Осећај да је стално угрожен -„на ивици“

Физиолошки симптоми:

Систем

Кардиоваскуларни

Респираторни

Гастроинтестинални

Неуролошки

Манифестације

Убрзан рад срца, палпитације

Убрзано дисање, осећај гушења

Мучнина, дијареја

Вртоглавица, тремор

3. ДИЈАГНОСТИКА

Диференцијална дијагноза:

Хипертиреоза

Хипогликемија

Анксиозни поремећај изазван супстанцама

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Психотерапија:

Когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) – златни стандард

Терапија експозицијом – за фобије и ПТСП

5. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Кључне интервенције медицинске сестре:

- Едукација пацијента о природи анксиозности
- Технике дисања (метода 4-7-8)
- Постепено излагање страховима
- Праћење нежељених ефеката терапије

Поступак код напада панике:

Одвести пацијента у простор без буке

Подсетити на полако, дубоко дисање

Користити технике уземљења (5-4-3-2-1 метод)

Понудити подршку без осуђивања

6. КОМПЛИКАЦИЈЕ

Акутне:

Хипервентилациона тетанија

Деперсонализација / дереализација

Суицидалне идеје

Хроничне:

Секундарна депресија

Злоупотреба супстанци

Социјална изолација

7. СПРЕЧАВАЊЕ РЕЦИДИВА

Стратегије:

Идентификовање окидача

Развијање механизма суочавања

Редовна психотерапија

Улога породице:

Пружање подршке без омаловажавања

Учествовање у терапијским сеансама

Праћење напретка

ПРОТОКОЛИ ЗА НЕГУ

У болничком окружењу:

Стварање безбедног окружења
Редовна процена суицидалног ризика
Едукација о техникама опуштања

Амбулантно праћење:

Вођење дневника анксиозности
Редовне контроле терапије
Групна терапија

Напомена: Анксиозни поремећаји су **излечиви** уз одговарајућу терапију. **Рани третман, мултидисциплинарни приступ и подршка околине** су кључни.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АНКСИОЗНОШЋУ- ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: J. J.

Године: 32

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета)

Пратња: Самостално

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава пацијента: „Осећам се као да ћу да полудим. Стално ми је нешто, срце ми лупа као лудо, не могу да се опустим. Бојим се да не добијем напад панике.“ „Осећам грч у стомаку и непрестано бринем.“

Дијагноза (од стране лекара): Анксиозни поремећај (генерализовани анксиозни поремећај / поремећај панике у диференцијалној дијагнози).

Тренутно стање током прегледа:

Свест: свесна, оријентисана.

Општи изглед: Напета, немирна, седи на ивици столице, премешта се, „ломи“ прсте.

Видљиво је узнемирена. Говор : брз, понекад успаничен.

Кожа и слузокожа: Благо презнојена, бледа. Руке хладне и влажне.

Дисање: Површно и убрзано (20–22 у минути). Пацијенткиња примећује: „Морала сам да изађем на ваздух да бих удахнула.“

Крвни притисак: 135/85 ммХг

Пулс: 98 у минути, ритмичан

Температура: 36,8 °С

Анамнеза садашње болести:

Пацијенткиња описује да се симптоми постепено погоршавају током последњих шест месеци. Има периоде „напада“ где симптоми ескалирају током 10–15 минута (осећај гушења, лупање срца, страх од смрти). Свакодневно осећа „позадинску“ анксиозност – непрестану бригу о послу, финансијама, здрављу породице, и ако објективно нема разлога за то. Симптоми су толико изражени да избегава друштвене ситуације и смањена јој је продуктивност на послу.

Лична анамнеза:

Тренутна медикаментна терапија: Повремено узима лекове за смирење (бензодиазепине) које јој је преписао лекар, али брине о зависности.

Алергије: Нема познатих алергија.

Соматска историја: Често има гастроинтестиналне тегобе (грчеве, надутост) и главобоље напетости.

Начин исхране: Нерегуларан. Губи апетит када је анксиозна. Повећан унос кафе (4–5 шоља дневно „да би пребродила дан“).

Елиминација: Повремено дијареја током периода стреса.

Сан: Отежано успављивање, буђење током ноћи, „неспокојни сан“. Устаје уморна.

Штетне навике: 4–5 шоља кафе дневно. Повремено алкохол (1–2 чаше вина „да се смири“).

Породична анамнеза:

Породица: Удата, без деце. Супруг подржавајући, али и он забринут.

Породична историја: Мајка се такође лечила због „нерава“ и анксиозности.

Социјално-економски статус и окружење :

Запослена као пројектни менаџер, високо стресно радно окружење. Финансијски стабилна. Избегава дружења и изласке због страха од напада панике. Смањена продуктивност на послу што додатно повећава стрес.

Психолошки статус:

Преоптерећена осећајем надолазеће несреће и губитка контроле. Хипервигила (стално

на опрезу, прати телесне сензације). Осећа раздражљивост и напетост. Изражава страх од лудила или инфаркта (погрешно тумачи физичке симптоме). Разуме да је њен страх претеран, али не може да га контролише.

Сестринска процена и проблеми :

Анксиозност која ремети свакодневно функционисање.

Поремећај спавања услед претеране бриге.

Нефункционални механизми суочавања (повећан унос кафе, избегавање).

Смањена способност за бригу о себи (исхрана, одмор).

Социјална изолација.

Незадовољавајуће управљање симптомима и страх од медикаментне терапије.

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 – Смањити акутну анксиозност:

Помоћи пацијенту да препозна ране знаке анксиозности.

Подучити техникама дубоког дисања и техникама за „уземљење“ (5–4–3–2–1 метода).

Креирати смирујућу околину током прегледа.

Циљ 2 – Побољшати сан:

Саветовати правилну хигијену спавања (фиксно време, без екрана пред спавање, топла купка).

Препоручити технике релаксације пред спавање.

Размотрити смањење уноса кофеина у поподневним сатима.

Циљ 3 – Развити здраве механизме суочавања :

Едуковати о утицају кофеина и алкохола на анксиозност.

Подстицати благе редовне физичке активности (шетња, јога).

Водити дневник анксиозности ради препознавања окидача.

Циљ 4 – Смањити социјалну изолацију :

Подстицати постепено излагање ситуацијама које избегава.

Разговарати о важности комуникације са супругом.

Циљ 5 – Едукација и подршка:

Нормализовати искуство – објаснити да је анксиозност честа и лечива.

Едуковати о циљевима и потенцијалним нежељеним ефектима терапије ради смањења страха од лекова.

Упутити на психотерапију, нарочито когнитивно-бихејвиоралну терапију.
Пружити информације о радионицама за управљање стресом.

Потпис сестре М.Ј.

Суштина код анксиозности :

Сестринска улога је едукативна, подржавајућа и психосоцијална. Циљ је оснажити пацијента да разуме своје симптоме и да добије алате за њихово управљање. Сестра помаже пацијенту да прекине зачарани круг: физички симптом – катастрофалне мисли („ Умирем! “) – појачана анксиозност – још јачи физички симптоми. Кључ је у валидирању осећања („Знам да Вам је тешко“) уз пружање практичних савета за смиривање нервног система без ослањања на лекове.

АНОРЕКСИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Анорексија нервоза је поремећај у исхрани који се карактерише:

Намерним губитком телесне тежине

Интензивним страхом од гојења

Искривљеном перцепцијом сопственог тела

Епидемиологија:

Преваленција: 0,3–1% (углавном адолесценти и младе жене)

Пол: жене 10–20 пута чешће

Почетак: 13–18 година

Кључне карактеристике по типу:

Критеријум	Рестриктивни тип	Булимични тип
Понашање	Строги пост, прекомерно вежбање	Епизоде преједања + чишћење
ИТМ	<17,5 (тешко <15)	Често мало више
Метаболичке компликације	Брадикардија, хипотермија, електролитски поремећаји	Хипокалемија, брадикардија

2. ТАБЕЛА СИМПТОМА

Физички симптоми:

Екстремни губитак тежине (ИТМ <17,5)

Аменореја (≥3 месеца)

Сува кожа, маљавост

Брадикардија (<60 откуцаја)

Психички симптоми:

Изобличење слике тела

Опсесија калоријама

Социјална изолација

Депресивни симптоми

Лабораторијски налази:

Леукопенија

Хипокалијемија (код булимичног типа)

Повишени ензими јетре

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ

- Стабилизација виталних функција
- Постепена нормализација телесне тежине
- Психотерапијски третман
- Едукација пацијента и породице
- Превенција рецидива

4. ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Функција	Опис
Праћење исхране	Контрола уноса хране, спречавање пражњења
Праћење виталних знакова	Откуцаји срца, крвни притисак, температура
Психолошка подршка	Мотивационе технике
Едукација	Саветовање о исхрани
Документација	Дневни унос хране, промена телесне тежине

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Процена ризика

Параметри за хитне случајеве:

БМИ <14

Срчана фреквенција <40

Хипокалемија <2,5 ммол/л

Индикације за хоспитализацију:

Губитак >30% телесне тежине у 3 месеца

Суицидалне идеје

5.2 Поступак храњења

Почетни кораци:

1200–1500 ккал/дан

5–6 малих оброка

Праћење 1 сат након јела (спречавање пражњења)

Постепено повећање:

Додатних 200–300 ккал свака 3–4 дана

Циљ: 0,5–1 кг недељно

5.3 Психосоцијалне интервенције

Когнитивно-бихејвиорална терапија: рад на обликовњу слике тела и промена дисфункционалних мисли

Породична терапија: едукација родитеља и побољшање комуникације

6. КОМПЛИКАЦИЈЕ И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Компликација

Синдром поновног
храњења

Хипокалемија

пражњења

Суицидалност

Интервенција

Спорије храњење, праћење фосфата

Интравенска надокнада калијума, спречавање

Надзор, психијатријска процена

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Постизање циљне телесне тежине
- Побољшање виталних функција
- Смањење анксиозности око хране
- Побољшан квалитет живота

ДОДАТАК: ПОРОДИЧНЕ СМЕРНИЦЕ

Шта избегавати:

Коментари о изгледу и тежини

Присилно храњење

Критику

Корисни приступи:

Подршка без осуђивања

Нагласак на здрављу, а не на тежини

Учешће у терапијским сеансама

Упозоравајући знаци рецидива:

Поновно бројање калорија

Избегавање оброка

Прекомерно вежбање

Овај практикум омогућава **свеобухватан приступ нези пацијената са анорексијом нервозом**, са нагласком на мултидисциплинарни третман и превенцију компликација.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АНОРЕКСИЈОМ-ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: С. С.

Године: 17

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024. (упућена од стране педијатра због тешке неухрањености)

Пратња: Мајка, веома анксиозна

Разлог доласка / главна тегоба:

Изјава мајке: „Све је мања и мања, ништа неће да једе. Само салату и воду. Већ је

изгубила 15 килограма, а и даље тврди да је дебела. “ „ Престала је да излази са друштвом.“

Изјава пацијенткиње : „ Све је у реду са мном, само здравије једем.“ (порицање тежине проблема).

Дијагноза (од стране лекара): Анорексија нервоза, рестриктивни тип.

Тренутно стање током прегледа :

Свест: Свесна, оријентисана.

Општи изглед: Изразито мршава (БМИ око 15,5), изражена атрофија мишића. Кожа бледа, сува, хладна на додир. Коса ретка, сува и ломљива. На леђима и рукама уочавају се лануго длачице (фине, паперјасте).

Понашање: Повучена, анксиозна, избегава контакт очима. Хиперактивна – дошла пешице на преглед, тресе ногом, избегава да седне.

Афект: Узнемирена, иритабилна када је тема у вези са храном или тежином.

Витални знаци:

Крвни притисак: 85/50 ммХг (хипотензија)

Пулс: 48 у минуту (брадикардија)

Температура: 35,8 °Ц (хипотермија)

Дисање: 12 у минуту

Анамнеза садашње болести:

Почетак тегоба пре 10 месеци након што јој је неко у школи рекао да је „дебела“.

Почела је са „здравом исхраном“, затим све строжијим дијетама. Интензивно вежба (трчи сат времена дневно, ради склекове у соби). Губитак од 15 килограма са почетне тежине од 58 кг (висина 165 цм). Аменореја (одсуство менструације) последња 3 месеца. Преокупирана храном – кува породици, чита рецепте, али не једе.

Лична анамнеза:

Начин исхране:

Велики унос: воде, чаја, безшећерних жвакаћих гума.

Веома ограничен унос: лист салате, краставац, јабука, јогурт 0%.

Избегава: угљене хидрате, масти, шећер.

Ритуализовано понашање: сече храну на веома мале комадиће, дуго жваће.

Елиминација: повремена опстипација.

Сан: нарушен, буди се рано и одмах устаје да вежба.

Физичка активност: претерана, компулзивна. Не седи ни минут мирно.

Штетне навике: пориче повраћање и узимање лаксатива.

Породична анамнеза :

Живи са оцем и мајком. Старија сестра (22) је „ модел “ и такође је била на дијетама.

Породична динамика: висока очекивања успеха. Чести коментари о изгледу и тежини у породици. Конфликт између родитеља око приступа лечењу.

Социјално-економски статус и окружење:

Средњошколка, добар ђак. Повукла се од друштва, избегава ручкове и рођендане.

Прати друштвене налоге на мрежама. Породица је финансијски стабилна.

Психолошки статус :

Дисторзија слике о телу – доживљава себе као „дебелу“ упркос екстремној мршавости.

Опседнута мислима о храни, калоријама и тежини. Перфекционистичка, анксиозна, са ниским самопоштовањем. Осећа контролу над својом исхраном као једином облашћу у животу у којој има потпуну власт. Порицање озбиљности свог стања.

Сестринска процена и проблеми:

Потхрањеност и тежак дефицит енергије услед недовољног уноса хране.

Ризик од срчаних компликација (брадикардија, хипотензија) услед екстремног губитка тежине.

Нарушена слика о телу и опсесивно размишљање о храни и тежини.

Социјална изолација услед избегавања ситуација које укључују храну.

Прекомерна физичка активност које се не може одречи.

Породични сукоби и анксиозност код старатеља.

Неспособност да препозна озбиљност свог стања (порицање).

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 – стабилизовати физиолошко стање:

Пратити виталне знаке у честим интервалима (пулс, крвни притисак, температура).

Вагати пацијента свакодневно, у исто време, у доњем рубљу, леђима окренутом ваги (да не види број).

Спроводити план исхране под строгим надзором. После оброка обезбедити надзор 1–2 сата како би се спречило враћање оброка.

Контролисати унос и излучивање течности.

Циљ 2 – нормализовати однос са храном:

Успоставити редовне, структуриране оброке.

Постепено повећавати калоријски унос према плану нутриционисте.

Едуковати о улози хране као горива за тело, а не као непријатеља.

Циљ 3 – рад на психолошким аспектима:

Градити терапеутски однос заснован на поверењу, а не на контроли.

Не водити борбе око хране – правила поставља тим, сестра их спроводи.

Помоћи јој да изрази емоције (страх, бес, тугу) које стоје иза поремећаја.

Подстицати је да води дневник осећања (не хране).

Циљ 4 – укључити породицу:

Едуковати породицу о природи болести (није избор, већ болест).

Саветовати породицу да не коментарише изглед, тежину или храну.

Упутити породицу на породичну терапију.

Циљ 5 – смањити компулзивно вежбање:

Ограничити физичку активност на апсолутни минимум.

Понудити алтернативне начине за смањење анксиозности (цртање, писање, опуштајућа музика).

Потпис сестре: J. K.

Суштина код анорексије:

Сестринска улога је баланс између емпатије и чврсте границе.

Сестра мора да буде доследна у спровођењу плана неге (оброци, надзор).

Треба избегавати вербалне борбе и супротстављање.

Фокусирати се на осећања иза понашања, а не само на храну.

Разумети да је анорексија механизам за суочавање са дубоком емоционалном боли, анксиозношћу и потребом за контролом.

Градити мост ка пацијенту кроз разумевање, пружајући сигурност док пацијент полако гради здравији идентитет.

АСПЕРГЕРОВ СИНДРОМ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Аспергеров синдром је поремећај из аутистичног спектра (АСД) који карактеришу:

Тешкоће у социјалној интеракцији

Ограничена интересовања

Понављајућа понашања

Без значајних кашњења у развоју језика и когнитивних способности

Епидемиологија:

Преваленција: 0,3–0,5%

Пол: мушкарци 3–4 пута чешће

Почетак: симптоми видљиви у предшколском узрасту

Кључне карактеристике:

Домен	Типичне манифестације
Социјална интеракција	Тешкоће у разумевању друштвених правила, наивност
Комуникација	Формални говор, дословно разумевање, ограничена гестикулација
Когниција	Одлично памћење чињеница, тешкоће са апстрактним размишљањем
Интересовања	Интензивна, уско фокусирана интересовања

2. СИМПТОМИ И ПРИМЕРИ ПОНАШАЊА

Социјалне тешкоће:

Тешкоће у започињању или одржавању разговора

Ограничено разумевање невербалне комуникације

Тешкоће у дељењу интересовања

Карактеристике комуникације:

Педантан и формалан говор

Чудан тон или ритам говора

Тешкоће у разумевању шала и сарказма

Карактеристике понашања:

Понављајуће радње или рутине

Отпор променама

Специфична, интензивна интересовања

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

- Побољшање социјалних вештина
- Развијање комуникацијских стратегија
- Смањење анксиозности
- Подршка академском и социјалном функционисању
- Едукација породице и окружења

4. ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Функција	Опис
Посматрање понашања	Идентификација стресора и окидача
Подршка социјализацији	Вежбање друштвених ситуација
Сарадња са едукаторима	Преношење стратегија у школско окружење
Психолошка подршка	Рад на самопоштовању и самопоуздању
Едукација породице	Објашњавање специфичности синдрома

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Социјална интеракција

Експлицитно подучавање друштвених правила:

Контакт очима

Вежбе у тумачењу емоција

Социјалне приче

Рад на комуникацији:

Подстицање флексибилнијег говора

Вежбе разумевања метафора и шала

5.2 Анксиозност и стрес

Идентификација стресора:

Промене у рутини

Преоптерећење сензорних модалитета

Интервенције:

Визуелни распореди

Технике дубоког дисања

„Безбедна зона“ за опуштање

5.3 Интензивна интересовања

Употреба у терапији:

Мотивација за учење

Повезивање са образовним садржајем

Постављање граница:

Одређено време за интересовања

Подстицање ширења интересовања

6. ТЕРАПЕУТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Врста терапије	Примена	Улога медицинске сестре
Социјалне вештине	Групне активности	Подстицање учешћа
КБТ	Рад на анксиозности	Праћење напретка
Радна терапија	Сензорна интеграција	Примена стратегија

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Побољшане социјалне интеракције
- Смањена анксиозност у новим ситуацијама
- Побољшане комуникацијске вештине
- Повећана самосталност

ДОДАТАК: СТРАТЕГИЈЕ ЗА СВАКОДНЕВНИ ЖИВОТ

У школском окружењу:

Јасна упутства

Визуелна помагала

Припрема за промене

У друштвеним ситуацијама:

Вежбање сценарија
Спорији темпо интеракције
Објашњење друштвених норми

Смањење сензорног преоптерећења:

Ограничење стимулуса
Обезбеђивање простора за одмор
Објашњење узрока стреса

Развијање самосталности:

Постепене вежбе
Визуелна упутства
Подстицање самосталних одлука

Овај практикум омогућава свеобухватан приступ бризи о особама са Аспергеровим синдромом, са фокусом на разумевање неуродивергентног функционисања и подршку у свакодневном животу.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АСПЕРГЕРОВИМ СИНДРОМОМ- ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: Ф. Ф.

Године: 16

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета)

Пратња: Мајка

Разлог доласка / Главна тегоба

Изјава мајке: „Не слаже се са другарима у школи, кажу да је чудан. Веома је анксиозан пред наступ, има нападе беса када му се промени распоред. Невероватно је усредсређен на свемир и ракете, не прича ни о чему другом.“

Изјава пацијента: „Другари су глупи и не разумеју ме. Волим да знам тачно шта ће се дешавати. А ракете су фасцинантне.“ (Директан, буквалан говор).

Дијагноза (од стране лекара) : Поремећај из спектра аутизма (Аспергеров синдром).

Тренутно стање током прегледа

Свест: Свестан, оријентисан.

Општи изглед: Уплашен, избегава директан контакт очима. Седи мирно, али делује анксиозно (врцка ногом).

Говор: Структурисан, формалан, као „мали професор“. Користи прецизне, техничке термине. Тешко разуме шалу или иронију. Говори монотоним интонацијом.

Интеракција: Тешко започиње и одржава разговор. Фокусиран је на своја специјална интересовања (свемир). Не препознаје нелагодност сестре када жели да промени тему.

Сензорне реакције: Преосетљив на звук – повремено се трза на звук сирене напољу. Не воли када га сестра случајно дотакне током мерења крвног притиска.

Развојна анамнеза:

Рани развој: Проходао и проговорио на време. Као мали, нису примећене игре „на претварање“ (нпр. да је полицајац). Играо се механички, слагао је предмете у редове.

Социјални развој: Увек је имао потешкоће у стицању пријатеља. У вртићу је играо паралелно поред деце, а не са њима. Није разумео правила друштвених игара.

Анамнеза садашњих тегоба

Социјална интеракција: Тешкоће у читању социјалних знакова (не препознаје када је неко досадан, љут или тужан). Тешко одржава „мали разговор“.

Комуникација: Буквално схватање језика (не разуме пословице, метафоре, сарказам).

Специфичан говорни образац.

Понављајућа понашања:

– Специфична, уска интересовања: опседнут ракетама и свемиром. Може о томе да прича сатима, не примећујући да друга особа није заинтересована.

– Отпор променама: анксиозан када се мења распоред у школи или када се откаже планирана активност.

– Сензорне сензитивности: преосетљив на гласне звукове (звона телефона, сирене) и одређене текстуре хране.

Емоционално: Лако се унервози у социјалним ситуацијама.

Лична анамнеза

Школа: Добар ђак (посебно у математици и физици), али има потешкоћа у групном раду и предавачким задацима.

Исхрана: Селективан у исхрани због сензорних проблема (текстуре, мирис). Воли само одабране, „безбедне“ намирнице.

Сан: Уредан.

Слободне активности: Време проводи учећи о својим интересовањима на интернету, гледајући документарце.

Породична анамнеза

Живи са оцем и мајком. Отац има „сличне црте“ (инжењер, резервисан, са уским интересовањима).

Социјално-економски статус и окружење

Средњошколац. Има једног или два пријатеља са сличним интересовањима. Често је мета малтретирања јер је „другачији“. Породица подржавајућа, али забринута за његову будућност.

Психолошки статус

Анксиозан у новим ситуацијама. Фрустриран због немогућности да се уклопи. Свесан да је другачији, што може довести до ниског самопоуздања. Жели да има пријатеље, али не зна како.

Сестринска процена и проблеми

Оштећена способност за социјалну интеракцију што доводи до социјалне изолације и ризика од вређања.

Анксиозност услед непредвидивости друштвених ситуација и промена у рутини.

Сензорна преоптерећеност која изазива стрес и нападе.

Недостатак ефикасних стратегија за суочавање са фрустрацијом и анксиозношћу.

Ризик од развоја депресије услед социјалних тешкоћа и осећаја усамљености.

11. План сестринске неге и подршке

Циљ 1 – олакшати комуникацију и смањити анксиозност:

Комуницирати јасно, директно и конкретно. Избежавати метафоре, сарказам и нејасна упутства. Објаснити шта ће се дешавати током прегледа корак по корак (користити визуелне распореде ако је могуће). Поштовати његов лични простор и минимизирати неочекивани додир.

Циљ 2 – смањити сензорно преоптерећење:

Смањити стимулансе у околини (пригушити светла, свести буку на минимум). Понудити

слушалице за блокирање буке ако је потребно. Питати га шта му помаже да се смири када је преоптерећен.

Циљ 3 – подршка у социјалним вештинама:

Едуковати породицу о природи Аспергеровог синдрома. Упутити на тренинг социјалних вештина у групи са сличним особама. Саветовати да се користе његове јаке стране (логичко размишљање, тачност) за подизање самопоуздања.

Циљ 4 – оснажити пацијента и породицу:

Фокусирати се на снаге, а не само на потешкоће (интелигенција, искреност, преданост). Помоћи му да препозна и именује своје емоције (користећи листе осећања или скале). Упутити на психотерапију (нпр. когнитивно-бихејвиоралну) ради рада на анксиозности. Потпис сестре:М. Ђ.

Суштина код Аспергеровог синдрома:

Сестринска улога је адаптација и посредовање. Сестра не лечи АСД, већ помаже пацијенту да функционише у свету који није прилагођен његовом начину размишљања. Кључ је у:

- предвидивости (објашњавање процедура унапред смањује анксиозност),
- јасноћи (директна, недвосмислена комуникација),
- поштовању сензорних потреба (стварање сигурне и што мање оптерећавајуће околине),
- препознавању талента (људи са Аспергером имају јединствене таленте и перспективе које треба ценити)

БИПОЛАРНИ ПОРЕМЕЋАЈ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Биполарни поремећај је хронични ментални поремећај који карактеришу екстремне промене расположења које укључују маничне/хипоманичне и депресивне епизоде.

Епидемиологија:

- Преваленција:1-2% популације
- Почетак: 15-25 година (обично пре 30. године)
- Подтипови:

- Тип I (манија + депресија)
- Тип II (хипоманија + депресија)
- Циклотомија (блаже флукуације)

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Манична епизода (DSM-5 критеријуми ≥ 1 недеља):

Карактеристике - Манифестације

- Повишено расположење
- Еуфорија или раздражљивост
- Повећана активност
- Смањена потреба за сном
- Грандиозност
- Прецењене идеје/способности
- Импулсивност
- Штетне финансијске/сексуалне одлуке

Депресивна епизода (≥ 2 недеље):

- Продужена туга
- Губитак интересовања
- Умор и недостатак енергије
- Суицидалне мисли

3. ДИЈАГНОСТИКА

Дијагностички алати:

- Инструмент и сврха
- YMRS (Јангова скала за процену маније)
- Процена тежине маније
- HDRS (Хамилтонова скала депресије)
- Процена депресије
- Упитник за поремећаје расположења
- Скрининг

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Фармакотерапија:

Лек	Употреба	Нежељени ефекти
Литијум	Стабилизатор расположења	Тремор, полиурија
Валпроат	Манија/Одржавање	Повећана тежина
Ламотригин	Превенција депресије	Осип на кожи

Арипипразол Антипсихотик за манију Акатизија

Психотерапија:

- Психоедукација (препознавање симптома)
- КБТ (рад на искривљеним мислима)
- Породична терапија (побољшање комуникације)

5. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Кључне интервенције:

- Праћење расположења (дневник симптома)
- Праћење придржавања терапији
- Процена суицидалности (посебно у мешовитим епизодама)
- Едукација породице о раним знацима рецидива

Управљање маничним епизодама:

1. Обезбедити безбедно окружење (уклонити опасне предмете)
2. Смањити стимулусе (светлост, бука)
3. Дати лекове по налогу лекара (лоразепам, халоперидол)

6. КОМПЛИКАЦИЈЕ

Акутне:

- Психотични симптоми(код тешке маније)
- Суицидално понашање (код мешовитих епизода)
- Финансијски/правни проблеми (импулсивне одлуке)

Хроничне:

- Когнитивни дефицити (код дуготрајног крвног притиска)
- Кардиоваскуларне болести (повезане са метаболичким синдромом)
- Зависност од супстанци (40-50% пацијената)

7. ПРЕВЕНЦИЈА РЕЦИДИВА

Стратегије:

- Редовно узимање стабилизатора расположења
- Препознавање продромалних знакова (смањен сан, повећана енергија)
- Избегавање окидача (стрес, недостатак сна, супстанце)

ДОДАТАК: ПРОТОКОЛИ ЗА НЕГУ

У болничком окружењу:

- Структурисане активности (смањење стимуланса)
- Породичне сесије (едукација о болести)

Амбулантно праћење:

- Месечне контроле (нивои литијума, TSH)
- Групна подршка (вршњачке групе)
- Кризни план (шта радити у случају погоршања)

НАПОМЕНА: Биполарни поремећај је доживотан, али уз правилно лечење пацијенти могу постићи стабилан квалитет живота. Кључ је рано лечење и дугорочна подршка.

Сестринска анамнеза за пацијента са биполарним поремећајем-ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: А. А.

Године: 35

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Хитни пријем, довео га брат)

Пратња: Брат

Дијагноза (F31.x): Биполарни поремећај, тренутна епизода маније. (Шифра се поставља према тежини и психотичним симптомима)

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава брата: „Није спавао три дана, потрошио је сав новац на глупости на интернету, непрестано прича и прави планове за које нема новца. Данас је постао агресиван када сам га суочио с тим.”

Изјава пацијента: „Осећам се фантастично! Напокон разумем све. Имам планове који ће променити свет. Ви сте сви спори и глупи!” (Повећана самопроцена, грандиозност).

Дијагноза (од стране лекара): Акутна манична епизода.

Тренутно стање током прегледа (у манији):

Свест: Свесан, али оптерећен грандиозним идејама.

Општи изглед: Немиран, не може да седи, шета по соби, гестикулира. Одећа упадљива, неуредна (шарена, неусклађена). Склон претераном шминкању или екстремном стилу.

Говор: Убрзан (тахилалија), пријемчив притиску (тешко га је прекинути). Лако скаче са теме на тему (леталитет идеја). Гласан.

Афект: Експанзиван, еуфоричан, иритабилан када му се супротставе. Лабилан (брзо прелази од смеха у бес).

Психомоторни статус: Повећане активности, агитован.

Витални знаци: Повишен крвни притисак (150/92 mmHg), убрзана срчана фреквенција (108 откуцаја/мин).

Анамнеза болести (циклични ток):

Прва епизода: Прва депресивна епизода са 25 год. Прва манична епизода препозната пре 5 година.

Учесталост епизода: Има око 2 епизоде годишње (обично маничне/хипоманичне у пролеће, депресивне у јесен).

Трајање епизода: Маничне епизоде трају 2–3 недеље, депресивне 4–8 недеља.

Између епизода: Периоди еутимије (стабилног расположења) током којих добро функционише на послу и у породици.

Анамнеза садашње болести (тренутна манична епизода):

Симптоми су почели пре око 7 дана смањењем потребе за сном (сада спава 2–3 сата ноћу). Постепено је постајао све енергичнији, раздражљивији и грандиознији. Пре 3 дана је потрошио уштеђевину (10.000 €) на бесмислене онлајн куповине и започео 3 нова посла истовремено. Данас је вербално агресиван према породици.

Лична анамнеза:

Тренутна медикаментна терапија: Литијум (прекинуо терапију пре 3 недеље јер се „осећао добро и није му више требало“).

Алергије: Нема.

Соматска историја: Нема хроничних болести.

Начин исхране: У манији – прескаче оброке јер „нема времена за јело“.

Елиминација: Уредна.

Сан: Драматично смањена потреба за сном (2–3 сата ноћу), а осећа се одморено.

Штетне навике: У манији – импулсивно може да експериментише са алкохолом и дрогама. У еутимији – не конзумира.

Породична анамнеза:

Породица: Разведен, живи сам. Бивша супруга и ћерка (8 год.) га избегавају током епизода.

Породична историја: Отац имао „проблеме са расположењем“ (вероватно нелечени биполарни поремећај).

Социјално-економски статус и окружење:

Запослен као продавац. Финансијски проблеми услед импулсивне потрошње током маније. Губи послове због непредвидивог понашања. Социјално изолован током депресивних фаза.

Психолошки статус (у манији):

Грандиозан – верује да има посебне моћи. Лоше процењује ризике. Импулсиван. Иритабилан и параноидан према онима који оспоравају његове планове. Неспособан да препозна да је болестан (смањена увиђавност).

Сестринска процена и проблеми (у манији):

Ризик од ауто/хетероагресивног понашања услед импулсивности, раздражљивости и параноидности.

Смањена потреба за сном која доприноси ескалацији маније.

Оштећена способност доношења одлука и лоша процена што доводи до финансијских губитака и ризичног понашања.

Прекид медикаментне терапије услед смањене увиђавности.

Поремећени обрасци исхране и ризик од исцрпљености.

Дисфункционални породични односи и социјална изолација.

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 (Обезбедити безбедност пацијента и околине):

Континуирано мотрење на одељењу.

Обезбедити смирену околину (изолована соба) како би се смањила агитација.

Рутинско претраживање личних ствари по пријему (отровне супстанце, оштрице, кредитне картице).

Циљ 2 (Смањити агитацију и успоставити сан):

Администрирати антипсихотике и стабилизаторе расположења по лекарској ординацији.

Подстицати на учешће у структурираним, умирујућим активностима (шетња, цртање).

Пратити сан и обезбедити тиху околину током ноћи.

Циљ 3 (Одржати физичко здравље):

Подстицати унос хране и течности, лако сварљиве хране и течности у чашама са

сламчицом (лакше за конзумирање у покрету).

Пратити виталне знаке и телесну тежину.

Циљ 4 (Пружити емоционалну подршку и градити савез):

Комуницирати смирено, јасно, непретеће. Избежавати сукобе и расправе о грандиозним идејама.

Валидирати емоцију, а не делузију („Видим да си узбуђен”, уместо „То што причаш није истина”).

Понудити излаз за енергију (нпр. „Хајде да прошетамо мало”).

Циљ 5 (Едукација и припрема за еутимију):

Када се пацијент стабилизује, едуковати га о природи биполарног поремећаја и важности редовног узимања терапије.

Радити на препознавању раних знакова рецидива (смањена потреба за сном, повећана енергија).

Укључити породицу у едукацију како би знали да препознају знаке и реагују на време.

Упутити на психотерапију (нпр. когнитивно-бихејвиоралну или терапију усмерену на ритмове) и групе подршке.

Потпис сестре : П. Ј.

Суштина код биполарног поремећаја:

Сестринска улога је динамичка и мења се зависно од фазе.

У манији: Фокус је на безбедности, смиривању агитације, успостављању граница и заштити од последица импулсивног понашања.

У депресији: Фокус је на спречавању самоповређивања, подстицању активности, неговању основних потреба и пружању наде.

У еутимији: Фокус је на едукацији, подршци у прихватању хроничне болести, развоју стратегија за превенцију рецидива и подршци у реинтеграцији у породицу и посао.

Сестра је кључни члан тима у пружању холистичке неге кроз све циклусе болести

КАТАТОНИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Кататонија је психомоторни синдром који карактеришу поремећаји покрета, понашања и воље, а који се могу јавити у оквиру различитих психијатријских, неуролошких и соматских стања.

Епидемиологија:

Преваленција: 7-15% акутних психијатријских хоспитализација

Узроци:

Шизофренија (35%)

Афективни поремећаји (25%)

Органски поремећаји (15%)

Интоксикација/апстинативни синдром (10%)

КЛИНИЧКА СЛИКА

Класични симптоми:

Симптом	Манифестација
Ступор	Потпуна непокретност, мутизам
Каталепсија	Очување неприродних положаја (воштана флексибилност)
Негативизам	Отпор покрету или контраакцији
Ригидност	Укочен мишићни тонус

Атипичне презентације:

Екситаторна кататонија (хиперактивност без сврхе)

Синдром малигне кататоније (верзија опасна по живот)

ДИЈАГНОЗА

Дијагностички критеријуми (BFCRS скала):

Непокретност/ступор ($\geq 24h$)

Мутизам

Негативизам

Позиционирање (воштана флексибилност)

Ригидност

Дијагноза кататоније се поставља када су присутна најмање 3 симптома.

Диференцијална дијагноза:

Неуролептички малигни синдром
Малигна хипертермија
Енцефалитис

ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Хитне мере:

Бензодиазепини (прва линија):

Лоразепам 1-2 мг ИВ/ИМ (може се поновити после 30 минута)

Диазепам 5-10 мг ИВ за акутну агитацију

ЕКТ (у рефракторним случајевима):

6-12 третмана

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Кључне интервенције:

Праћење виталних функција: крвни притисак, пулс, температура свака 4 сата; статус хидратације.

Превенција компликација: редовна промена положаја (свака 2 сата), пасивне вежбе ради превенције контрактура, контрола уноса и излучивања.

Комуникација: говорити јасно и полако, користити једноставна питања, прихватити да пацијент може чути и разумети.

СПЕЦИФИЧНЕ СИТУАЦИЈЕ

Малигни кататонски синдром:

Симптоми: висока температура (>39°C), аутономна нестабилност, повишена креатинин киназа (>1000 IU/L).

Поступак: хитна хоспитализација на интензивној нези, прекид свих допаминергичких лекова, агресивна хидратација.

КОМПЛИКАЦИЈЕ

Акутне компликације: аспирациона пнеумонија, тромбоемболија, рабдомиолиза.

Дугорочне компликације: контрактуре зглобова, неуропатије услед компресије, кахексија.

ПОРОДИЧНО ОБРАЗОВАЊЕ

Кључне информације:

То није свестан избор пацијента

Потребно је стрпљење у опоравку
Ризик од рецидива је 20-30%
Упозорења:
Избегавати форсирање интеракције
Не тумачити негативизам као лични напад
Потражити хитну помоћ у случају хипертермије

ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Индикатори побољшања:
Смањење BFCRS резултата за најмање 50%
Повратак вербалне комуникације
Нормализација виталних функција
Побољшана орална исхрана

ПРОТОКОЛИ НЕГЕ

У болничком окружењу:
Дневна процена: виталних функција
Физикална терапија: пасивне вежбе два пута дневно
Орална хигијена: три пута дневно уз помоћ
Амбулантно праћење:
Редовни психијатријски прегледи
Едукација о раним знацима рецидива
Подршка породице

НАПОМЕНА: Кататонија је хитно стање које захтева брзу интервенцију. Уз правилан третман, већина пацијената има потпуни опоравак моторичке функције.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА КАТАТОНИМ СТУПОРОМ- ПРИМЕР

1. Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: С. С.

Године: 34

Пол: мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (хитни пријем, доведен колима хитне помоћи)

Пратња: мајка

Дијагноза: F20.2 – кататона шизофренија (дијагноза постављена након искључења органских узрока)

2. Разлог доласка / главна тегоба

Према изјави мајке: „Седео је у фотељи три дана и није се померио. Ништа није јео, није пио, није говорио. Као да је од камена.“

Понашање пацијента: мутизам, негативизам, заузимање чудног и укоченог положаја – кататони ступор.

Утврђени разлог: кататона епизода.

3. Тренутно стање током прегледа

Свест: тешко проценљива; делује свестан околине (прати околину покретима очију), али не реагује.

Општи изглед: потпуно непокретан, у седећем положају. Кожа бледа и масна. Коса и одећа запуштени.

Покрети: укоченост – при подизању екстремитета остаје у положају. Повремено изводи стереотипне покрете прстима.

Очи: отворене, прати околину без покрета главе.

Витални знаци: крвни притисак 110/70 mmHg, пулс 105/min, температура 37.1 °C, дисање површно.

4. Анамнеза садашње болести

Према наводима мајке, претходних недеља пацијент је био анксиозан, повучен и суманут. Пре три дана је престао да говори и да се креће, одбија храну и течност и запоставља личну хигијену. Повремено се јављају гримасе и понављајући покрети (маниризми).

5. Лична анамнеза

Психијатријска историја: дијагностикована шизофренија пре пет година. Имао кататону епизоду пре две године.

Терапија: прекинуо узимање атипичног антипсихотика пре два месеца.

Алергије: не постоје.

Исхрана: без уноса хране и течности последња три дана.

Елиминација: задржавање урина и столице; могућа уринарна инконтиненција.

Сан: одсуство нормалног сна, очи отворене и током ноћи.

Штетне навике: није навео.

6. Породична анамнеза

Неожењен, живи са мајком. Ујак са мајчине стране имао психичке сметње.

7. Социјално-економски статус и окружење

Незапослен, прима инвалидску пензију. Живи са мајком која је исцрпљена и без подршке. Социјално изолован.

8. Психолошки статус

Вербална процена немогућа. Израз лица непокретан и маскаран. Претпоставља се јака унутрашња анксиозност и психотична дезинтеграција личности.

9. Сестринска процена и проблеми

Немогућност задовољавања основних физиолошких потреба (исхрана, хидратација, елиминација, лична хигијена).

Ризик од дехидратације, електролитног дисбаланса и оштећења бубрежне функције.

Ризик од потхрањености.

Ризик од настанка декубитуса и контрактура зглобова.

Ризик од аспирације и пнеумоније.

Ризик од дубоке венске тромбозе услед непокретности.

Исцрпљеност и беспомоћност члана породице који га негује.

10. План сестринске неге и подршке

Циљ 1 – хитна медицинска стабилизација: спровести хитни лекарски преглед ради искључења органских узрока; започети интравенску рехидратацију и исхрану назогастричном сондом по лекарском налогу; контролисати електролите и бубрежну

функцију.

Циљ 2 – превенција компликација непокретности: пасивно окретање пацијента на две до три сата; употреба противдекубиталног душека; редовна процена коже; пасивне физикалне вежбе ради превенције контрактура; примена компресивних чарапа.

Циљ 3 – одржавање респираторне функције: редовно усисавање секрета; посматрање знакова аспирације.

Циљ 4 – нега и комуникација: свакодневна нега, купање у кревету, промена постељине уз максимално поштовање пацијента; свака процедура се претходно објашњава; пратити покрете очију као могућ канал комуникације.

Циљ 5 – медикаментни третман и подршка породици: припрема пацијента за примену бензодиазепина (нпр. лоразепам) који су прва линија лечења кататоније; едукација мајке о природи стања; упућивање у групе подршке.

Потпис сестре :П. Ј.

Суштина код кататоније

Сестринска улога је пре свега усмерена на очување соматског здравља и превенцију компликација. Кататонија је хитно стање које може угрозити живот. Неопходно је поступати пажљиво и са поштовањем, превентивно деловати против декубитуса, аспирације и тромбозе, комуницирати са пацијентом као са свесним бићем, и блиско сарађивати са лекаром у примени медикаментне терапије.

ЗАВИСНОСТ О КОЦКАЊУ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Зависност о коцкању је понављајуће проблематично понашање у коцкању које доводи до клиничког значајног поремећаја или патње.

Епидемиологија:

Преваленција: 0,2-0,8% опште популације

Пол: Мушкарци 2 пута чешће

Почетак: Адолесценција/рана одрасла доб

Коморбидитети: Депресија (60%), анксиозност (40%), злоупотреба супстанци (30%)

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Потреба за повећањем улога
Немир/раздражљивост при покушају смањења
Поновљени неуспешни покушаји престанка
Преокупација коцкањем
Коцкање када је под стресом
Лаж о обиму проблема
Губи посао/везе због коцкања
Ослања се на друге за новац
Крађа да би финансирао коцкање
Фазе развоја:
Победничка фаза
Губитничка фаза
Фаза очаја
Фаза безнађе

3. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Психотерапија:
Когнитивно-бихејвиорална терапија (препознавање изобличења)
Мотивациони интервјуи (повећање спремности за промену)
Групна терапија

4. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Кључне интервенције:
Финансијски саветник (управљање дуговима)
Породична терапија (обнова односа)
Превенција рецидива (идентификовање окидача)
Управљање кризама:
Потврђивање осећања („Разумем вашу фрустрацију“)
Понуда алтернативних активности
Спречавање приступа новцу (привремено)
Финансијска заштита породице (едукација)

5. КОМПЛИКАЦИЈЕ

Психолошке:

Депресија/суицидалне идеје (15-20% покушаји)

Анксиозни поремећаји

Социјални:

Губитак посла/породице

Правни проблеми

Бескућништво (у 5-10% тешких случајева)

6. СПРЕЧАВАЊЕ РЕЦИДИВА

Стратегије:

Блокирање приступа коцкарницама (самозабрана)

Финансијска контрола (заједнички рачуни)

Дневник расположења/окидача

Улога породице:

Избегавање „спасавача“ (отплата дугова)

Постављање јасних граница

Потраживање стручне помоћи

ПРОТОКОЛ ЗА НЕГУ

У болничком окружењу:

Процена суицидалног ризика (у случају губитка великог износа)

Психијатријске консултације (за коморбидитете)

Социјална подршка (за екстремне случајеви)

Амбулантно праћење:

Недељне терапијске сесије (прва 3 месеца)

Месечне финансијске процене

Едукација породице (једном месечно)

НАПОМЕНА: Опоравак је дугорочан процес са просеком од 3-5 рецидива пре трајног прекида. Кључ успеха је систематска подршка и дугорочно праћење.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ЗАВИСНОСТИ О КОЦКАЊУ- ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: М. М.

Године: 42

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета, упућен од супруге)

Пратња: Сам (супруга га је наговорила да дође)

Разлог доласка / Главна тегоба

Изјава пацијента (иницијално поричући): „Имам проблема са новцем, али то је привремено. Супруга претерује.“ Касније: „Не могу да се суздржим, морам да се кладим да бих надокнадио губитке.“

Изјава супруге (претходним телефоном): „Пропуштао је рачуне, продао ауто, подигао кредит на моје име. Лаже стално. Бојим се да ћемо остати на улици.“

Дијагноза (од стране лекара): Поремећај коцкања (F63.0).

Тренутно стање током прегледа

Свесност: свестан, оријентисан.

Општи изглед: Анксиозан, напет, избегава контакт очима, делује изнурено и неиспавано.

Говор: Дефанзиван, минимизује проблем, лако постаје раздражљив када се тема односи на финансије или лажи.

Афект: Анксиозан, депресиван, исцрпљен.

Анамнеза болести (специфично за коцкање)

Почетак: Почео да се коцка друштвено са 25 година. Проблеми постају изражени последњих пет година.

Ток: Прогресиван. Учесталост и улози су се повећавали. Пацијент губи контролу над временом и новцем који проводи на коцкању.

Толеранција: Потребни све већи улози ради постизања жељеног узбуђења.

Симптоми апстиненције: Нервоза, раздражљивост, несаница.

Опсесивно наставља да се коцка како би надокнадио изгубљени новац, што доводи до још већих губитака.

Лична анамнеза

Финансијски статус: Велики дугови (кредити, позајмице од пријатеља, обавезе према „зеленашима“). Продаје личну имовину. Занемарује финансијске обавезе (рачуне, кирија).

Посао: У ризику је да изгуби посао због изостанка и злоупотребе новца на радном месту.

Породични живот: Честе свађе, нарушено поверење због лажи и финансијских проблема. Супруга најављује развод.

Кривична дела: Признаје да је узимао новац са супругине картице без дозволе и лагао о томе.

Коморбидитет: Анксиозни поремећај, депресија, повремена злоупотреба алкохола („да се смири“) и седатива неретко и психоактивних супстанци..

Штетне навике: Пушење.

Породична анамнеза

Породица: Ожењен, двоје деце (10 и 8 година). Однос са децом нарушен, често им обећава ствари које не може да испуни.

Породична историја: Отац је био коцкар.

Социјално-економски статус и окружење

Пре коцкања живео у стабилнијим условима. Тренутно у тешким финансијским проблемима. Губи пријатеље због дугова. Социјално изолован, осим у кругу особа са којима се коцка.

Психолошки статус

Пацијент себе доживљава као неуспешног и као срамоту за породицу. Карактеристична су искривљена уверења – веровање у срећу и „систем“ за победу. Стално је преокупиран коцкањем, размишља о прошлим добицима и планира следеће игре. Лаже и манипулише како би сакрио обим проблема. Ниско самопоштовање, осећај безнадежности.

Сестринска процена и проблеми

Губитак контроле над понашањем упркос озбиљним негативним последицама.

Тешки финансијски проблеми и дугови који угрожавају егзистенцију породице.

Нарушени породични односи, губитак поверења и ризик од развода.

Ризик од губитка посла и могућих кривичних активности ради финансирања коцкања.

Анксиозност, депресија и ризик од суицида услед финансијског притиска и осећаја

безнадежности.

Склоност лагању и манипулацијама ради прикривања зависности.

План сестринске неге и подршке

Циљ 1 – Процена ризика и кризних ситуација: Проценити ризик од суицида. Разговарати о могућим правним последицама незаконитих радњи.

Циљ 2 – Постављање граница и преузимање одговорности: Помоћи пацијенту да препозна и прихвати последице својих поступака. Саветовати предају контроле над финансијама супрузи. Блокирати приступ онлајн коцкарницама. Поднети захтев за забрану уласка у коцкарнице.

Циљ 3 – Прекидање циклуса коцкања: Едуковати пацијента о природи зависности. Радити на идентификацији окидача и развијати алтернативне активности.

Циљ 4 – Подршка породици: Едуковати супругу о постављању чврстих граница. Упутити је на групе подршке за чланове породица. Препоручити породичну терапију ради обнове поверења.

Циљ 5 – Упућивање на специјализовану помоћ: Упућивање на когнитивно-бихејвиоралну терапију специфичну за коцкање. Саветовање учешћа у групама подршке . Размотрити фармакотерапију у циљу лечења анксиозности и депресије.

Потпис сестре: Ј.П.

Суштина код поремећаја коцкања

Сестринска улога је истовремено конфронтирајућа, подржавајућа и едукативна. Основни елементи су:

- Суочавање са порицањем: благо, али чврсто указивање на последице.
- Фокус на последице: истраживање утицаја на финансије, породицу, посао и психичко здравље.
- Подршка породици: породица је често жртва, а њено укључивање је кључно за опоравак.
- Усмеравање на самопомоћ: групе често дају најбоље резултате.
- Разумевање зависности: коцкање активира исте центре награде у мозгу као психоактивне супстанце и није само „лоша навика“.

ПОРЕМЕЋАЈИ СА ЗЛОУПОТРЕБОМ ОПИЈАТНИХ СРЕДСТАВА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Овисност о опијатима је тешка психичка и физичка болест коју карактерише компулзивна потреба за тражењем и конзумирањем истих упркос јасним негативним последицама по физичко и ментално здравље, социјалне односе и законске обавезе.

Епидемиологија:

Преваленција: 0,3-0,5% одрасле популације

Пол: мушкарци 2 пута чешће

Почетак: најчешће 18-25 година

Коморбидитети: депресија (30-50%), анксиозни поремећаји (25-40%), поремећаји личности (50-70%), алкохолизам (60-80%)

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Акутна интоксикација:

Еуфорија, хиперактивност, сужење крвних судова, повишен крвни притисак, тахикардија, смањен апетит, продужена будност, параноја, психотични симптоми (хуморални и тактилни халуцинације - "буве под кожом")

Синдром одвикавања :

Фаза 1 (9-24 сата): анксиозност, иритабилност, јак осећај умора, појачан апетит

Фаза 2 (2-4 дана): продорна потреба за дрогом, апатија, анергија, аномија

Фаза 3 (1-10 недеља): анхедонија, субдепресивно расположење, поремећај спавања

3. ДИЈАГНОСТИКА И ПРОЦЕНА

Дијагностички алати:

СКРИНИНГ ТЕСТОВИ: урина и крви

КЛИНИЧКА ОЦЕНА ОДВИКАВАЊА ОД ОПИЈАТА:

Процена жеље за дрогом (0-4)

Процена расположења (0-4)

Процена умора (0-4)

Процена апетита (0-4)

Процена поремећаја спавања (0-4)

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Детоксикација:

Симптоматска терапија: бензодиазепини за анксиозност и агитацију, антипсихотици за психозу, хипнотици за несаницу

Електролитска равнотежа и хидратација

Дугорочно лечење:

Психотерапија: Когнитивно-бихејвиорална терапија, Контингентно управљање понашањем, Мотивациони интервју, Групна терапија

5. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Кључне интервенције медицинске сестре:

Праћење физичког стања: крвни притисак, срчана фреквенција, телесна температура, кардиоваскуларни статус

Праћење психичког стања: симптоми психозе, суицидалне идеје, афективно стање

Подршка у одвикавању: технике суочавања са жудњом, управљање стресом, релаксационе технике

Едукација о последицама: кардиоваскуларни ризици, неуролошке компликације, психијатријски поремећаји

6. СПЕЦИФИЧНЕ СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Обезбедити безбедну и мирну околину

Мониторинг виталних функција

Припремити се за могућу агресију или психозу

Применити седацију по лекарској ординацији

У случају психозе:

Не суочавати се са халуцинацијама или делиријима

Обезбедити физичку безбедност пацијента и особља

Применити антипсихотике по налогу

У случају кардиоваскуларних компликација:

Хитна интервенција и пренос на одговарајуће одељење

7. КОМПЛИКАЦИЈЕ

Кардиоваскуларне: инфаркт миокарда, аритмије, дисекција аорте, кардиомиопатија

Цереброваскуларне: мождани удар, субарахноидно крварење

Неуролошке: конвулзије, главобоље, ишемија мозданих ћелија

Психијатријске: хронична психоза, поремећаји расположења, анксиозни поремећаји

Друге: назална септум перфорација, гастроинтестинална ишемија,

8. ПРЕВЕНЦИЈА РЕЦИДИВА

Стратегије за медицинске сестре:

Идентификација индивидуалних окидача за коришћење

Развој плана за хитне ситуације

Подстицање на укључивање у групе подршке

Рад на породичним односима и социјалној подршци

Праћење током дужег периода

9. ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Индикатори успеха:

Смањење жеље за опијатима

Побољшање психичког и физичког здравља

Побољшање социјалног функционисања

Смањење учесталости рецидива

Повећање квалитета живота

ЗАКЉУЧАК:

Рад са пацијентима са зависношћу о опијатима захтева свеобухватан приступ, стрпљење, неосуђујући став и континуирано образовање. Кључни фактори успеха су рана интервенција, индивидуализовани приступ и дугорочна подршка. Медицинска сестра има кључну улогу у едукацији, подршци и праћењу пацијената кроз цео процес опоравка.

Сестринска анамнеза за пацијента са проблемом злоупотребе опијата

1. Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: С.С.

Године: 29

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024.

Пратња: Сам, довео га пријатељ. Касније дошла мајка.

2. Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава пријатеља: „Није му добро, тресе се, повраћа, има грчеве у стомаку. Ништа није узео дан-два.“

Изјава пацијента: „Прехладио сам се, имао сам грозницу.“ (порицање). Касније признаје: „Јутрос сам последњу таблету узео амфетамина.“

Дијагноза (од стране лекара): Апстиненцијални синдром изазван престанком злоупотребе опијата .

3. Тренутно стање:

Свест: Јасна, али пацијент је анксиозан, иритабилан и преокупиран сопственим симптомима.

Општи изглед: Немиран, не може да мирно седи или лежи. Видљиви тремори у рукама и ногама. Презнојен, са израженим проливеним знојењем . Често кија и има ринореју.

Кожа: Бледа, влажна.

Очи: Миоза.

Дисање: 18 у минути, аускултаторно уредно.

Крвни притисак: 150/95 mmHg

Пулс: 105 у минути, ритмичан

Температура: 37,9 °C

Гастроинтестинални статус: Жали се на грчеве у абдомену и мучнину. Повраћао је једном.

4. Анамнеза садашње болести:

Пацијент касније признаје да је почео да „експериментише“ са опијатима, пре пет година, а да је пре две године прешао на кокаин. Тренутно користи 2–3 дозе дневно.

Последњи пут је узео пре 24 сата. Симптоми апстиненције (анксиозност, несаница) почели су пре око 12 сати, а у последњих 6 сати се појачали (додали се тремор, знојење, грчеви).

5. Лична анамнеза:

Тренутна медикаментна терапија: Нема редовне терапије.

Алергије: Нема познатих алергија.

Исхрана: Лоша, нередовна, губи на тежини.

Елиминација: Током апстиненције честа дијареја.

Сан: Тешка несаница током апстиненције.

Штетне навике:

– Опијати: Свакодневна употреба кокаина (2–3 пута дневно).

– Пушење: Једна пакла дневно.

- Алкохол: Повремено.

– Дроге: Понекад канабис ради ублажавања апстиненције.

6. Породична анамнеза:

Неожењен, живи са мајком. Отац одсутан. Брат (33) такође има историју злоупотребе супстанци.

7. Социјално-економски статус и окружење:

Незапослен. Финансира навику криминалним активностима (крађа). Социјално изолован, дружи се само са особама из „дрогерске“ средине. Породични односи су лоши, мајка је исцрпљена и анксиозна.

8. Психолошки статус:

Анксиозан, иритабилан, усредсређен искључиво на ублажавање апстиненцијалних симптома. Осећа безнадежност и стид. Мотивација за лечење је ниска и амбивалентна – жели да прекине апстиненцију, али не и употребу опијата. Постоји висок ризик од суицидалних мисли.

9. Сестринска процена и проблеми:

Неугодне физичке сензације (бол, мучнина, грчеви, тремор) услед апстиненцијалног синдрома.

Анксиозност и иритабилност услед апстиненције и психичке зависности.

Ризик од дехидратације и електролитног дисбаланса услед повраћања, дијареје и знојења.

Недостатак ефикасних механизма за суочавање са стресом и емоционалним болом, ослањање на супстанце.

Социјална изолација и дисфункционално породично окружење.

Поремећена перцепција здравља и ниска мотивација за лечењем.

10. План сестринске неге:

Циљ 1: Ублажити апстиненцијалне симптоме

- Континуирано праћење уз коришћење протокола.
- Администрација супституционе терапије у лекарској ординацији.
- Симптоматска терапија: лекови против болова, мучнине и дијареје.

Циљ 2: Спречити компликације

- Хидратација интравенским путем ради надокнаде течности.
- Праћење електролита.

Циљ 3: Обезбедити безбедност и смирити анксиозност

- Комуникација смирена, директна, без осуђивања.
- Објаснити пацијенту да су симптоми нормална физиолошка реакција и да ће проћи.
- Обезбедити сигурну, непровоцирајућу околину.

Циљ 4: Покренути дијалог и мотивацију

- Применити мотивациони интервју („Шта ти је донела дрога? Шта ти је одузела?“).
- Поставити реалне, краткорочне циљеве („пребродити апстиненцију“, „разговарати са психологом“).
- Не обећавати апстиненцију, већ тежити смањењу штете.

Циљ 5: Едукација и упућивање

- Едукација о ризицима предозирања након периода апстиненције (губитак толеранције).
- Укључивање породице и упућивање на групе подршке.

Кључне специфичности за опијате:

Апстиненцијални синдром: Интензиван, изузетно непријатан, али ретко животну угрожавајући (за разлику од алкохола или бензодиазепина). Симптоми укључују: знојење, кијање, ринореју, дијареју, грчеве, немир, анксиозност.

Понашање усмерено на тражење лекова: Пацијент може бити веома манипулативан, лагати о боловима како би добио опијате. Сестра мора бити свесна ове могућности, али и даље саосећајна.

Смањење штете: Кључни концепт у лечењу. Циљ није нужно потпуна апстиненција одмах, већ смањење ризика од предозирања и криминала .

Висок ризик од рецидива: Након апстиненције, толеранција је нижа, па је ризик од предозирања при поновној употреби изузетно висок. Едукација о овоме је од виталног значаја.

ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНИ ПОРЕМЕЋАЈ (ОКП) ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Опсесивно-компулзивни поремећај (ОКП) је психијатријски поремећај који карактеришу опсесије (узнемирујуће мисли) и компулзије (понављајућа понашања) које изазивају значајан стрес и ометају функционисање.

Епидемиологија:

Преваленција: 1-3% популације

Почетак: адолесценција - рана одрасла доб (10-25 година)

Коморбидитети: депресија (60%), анксиозни поремећаји (75%), тикови (30%)

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Опсесије (наметљиве мисли):

Контаминација (страх од прљавштине или болести)

Заблуде (страх од повреде)

Симетрија и перфекционизам

Табу мисли (сексуалне или религиозне)

Компулзије (понављајућа понашања):

Прекомерно прање или чишћење

Проверавање (шпорети, браве)

Бројање, понављање речи

Ментални ритуали (молитве, бројање)

3. ПРОЦЕНА СТАЊА

Дијагностички алати:

Инструмент	Сврха	Тумачење
Y-BOCS	Тежина симптома	0-40 поена (≥16 клинички значајно)
OCI-R	Самопроцена	6 подскала (0-72)
NIMH-GOCS	Глобална процена	1-15 (≥7 за терапију)

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Психотерапија:

Превенција изложености и реакције (ПРР) - златни стандард

Когнитивна терапија - рад на дисфункционалним уверењима

Терапија прихватања и посвећености (ТПЗ)

5. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Кључне стратегије:

Едукација пацијента:

Објашњење ОКП циклуса (опсесија → анксиозност → компулзија → олакшање)

Нормализација наметљивих мисли

Подршка у ПРР:

Постепено излагање окидачима

Подршка у спречавању ритуала

Праћење напретка

Управљање рецидивом:

Рано препознавање знакова

Брза интервенција

6. СПЕЦИФИЧНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Поступак за компулзије:

Идентификовати хијерархију страхова

Поставити реалне циљеве (нпр. смањење прања руку са 20 на 10 пута)

Користити технике одвлачења пажње

Наградити напредак

Кризне ситуације:

Ситуација

Тешка анксиозност
Одбијање терапије
Депресивна епизода

Интервенција

Дубоко дисање, технике уземљења
Мотивациони интервју
Процена суицидалног ризика

7. КОМОРБИДИТЕТИ И КОМПЛИКАЦИЈЕ

Дерматолошки проблеми од прекомерног прања
Финансијске тешкоће при куповини или гомилању
Породични проблеми услед укључивања у ритуале

8. ПОРОДИЧНО ОБРАЗОВАЊЕ

Кључне стратегије:

Не учествовати у ритуалима
Пружити подршку без омаловажавања
Учествовати у терапијским сеансама
Будите стрпљиви јер је опоравак процес

9. ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Мере успеха:

Побољшано функционисање
Смањење времена посвећеног ритуалима
Повећан квалитет живота

ПРАКТИЧНЕ СТРАТЕГИЈЕ:

У болничком окружењу:

Структуриран дневни распоред
Постепено излагање окидачима из окружења

Групне терапијске активности

У кућном окружењу:

Временска ограничења за ритуале
Подсетници за терапијске вежбе
Подршка у избегавању „помоћи“ код компулзија

Напомена: ОКП је поремећај који се може лечити уз одговарајућу терапију. Кључни фактори успеха су доследност, изложеност и спремност на промену. Процес опоравка може бити спор, али сваки корак напред је важан.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА ОПСЕССИВНО-КОМПУЛЗИВНИМ ПОРЕМЕЋАЈЕМ-ПРИМЕР

1. Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: А. А.

Године: 29

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024. (амбулантна посета)

Пратња: самостално

2. Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава пацијенткиње: „Не могу да престанем да перем руке. Кожа ми је испуцала од воде. Бојим се да ћу неког заразити ако их не очистим савршено. Проводим по сат времена у купатилу.“ (компулзија прања услед опсесије контаминацијом).

Утврђени разлог од стране лекара: опсесивно-компулзивни поремећај (F42).

3. Тренутно стање током прегледа:

Свест: свесна, оријентисана.

Општи изглед: анксиозна, напета. Руке црвене, испуцале и суве од претераног прања.

Понашање: избегава додир врата и столица. Држи руке одвојено од тела. Тражи дезинфекцију или сапун чим је ушла.

Говор: преокупирана темама чистоће и микроба. Рационално изражава своје мисли, али препознаје да су страхови претерани („Знам да није логично, али не могу да се суздржим“).

Афект: анксиозан, очајан, исцрпљена временом проведеним у ритуалима.

4. Анамнеза болести:

Почетак: први симптоми у детињству (прављење кревета, додиривање плочица тачан број пута). Погоршање током стреса на послу пре две године.

Опсесије (наметљиве мисли које изазивају анксиозност):

- Страх од контаминације (прљавштина, бактерија, вируса, отрови)
- Страх од наношења штете себи или другима (да ли су врата закључана, шпорет искључен, да ли је некога повредила)
- Потреба за симетријом, тачношћу и редом.

Компулзије (понављајућа понашања или ментални чинови ради смањења анксиозности):

- Прање и чишћење: руке, туширање, кућа, по строго утврђеним ритуалима и тачно одређен број пута
- Проверавање: врата, шпорети, светла, по двадесет до тридесет пута
- Менталне компулзије: бројање, понављање речи, молитве

Избегавање: избегава јавне тоалете, руковање, додир новца.

5. Лична анамнеза:

Терапија: ССРИ (Есциталопрам), узимање недоследно.

Алергије: нема.

Посао: продуктивност смањена, честа кашњења због ритуала.

Исхрана: ритуализована, храна мора бити распоређена на одређен начин. Избегава храну коју сматра „прљавом“.

Елиминација: дуги ритуали у купатилу.

Сан: уредан, али одлаже одлазак на спавање ради ритуала.

Штетне навике: нема.

6. Породична анамнеза:

Породица: удата, супруг подржавајући, али исцрпљен и збуњен њеним понашањем.

Породична историја: мајка имала сличне навике (нелечени ОКП).

7. Социјално-економски статус и окружење:

Запослена. Троши велике суме новца на средства за чишћење и сапуне. Социјално повучена. Избегава дружења и госте у кући због страха од контаминације. Породични живот значајно нарушен ритуалима.

8. Психолошки статус:

Пацијенткиња је свесна да су поступци нерационални, што појачава осећај срама и безнађа. Изражена анксиозност и депресивност због губитка контроле над сопственим

мислима и временом. Изражен осећај „робовања“ сопственим мислима и ритуалима. Ризик од суицида умерен до висок у периодима највећег незнања.

9. Сестринска процена и проблеми:

Анксиозност изазвана опсесијама.

Компулзивно понашање које одузима 1–3 сата дневно и ремети свакодневно функционисање.

Физичке последице компулзија (дерматитис услед прања, болови у мишићима).

Социјална изолација и избегавање.

Осећај срама, кривице и ниског самопоштовања.

Нередовно узимање терапије.

10. План сестринске неге и подршке:

Циљ 1: Смањење анксиозности и едукација

- Едукација о ОКП као неуробиолошком стању, а не личној мани
- Нормализација искуства, указивање да многи људи имају сличне тегобе

Циљ 2: Смањење компулзија – експозиција и спречавање реакције

- Сарадња са психотерапеутом
- Подстицање разговора о садржају опсесија
- Израда хијерархије страхова
- Постепено излагање ситуацијама и спречавање ритуала

Циљ 3: Ублажавање физичких последица

- Упућивање дерматологу
- Саветовање о коришћењу хидратантних крема

Циљ 4: Побољшање функционисања

- Постављање временских ограничења за ритуале
- Одлагање ритуала уместо потпуног избегавања
- Укључивање супруга у терапијски процес

Циљ 5: Оснаживање и подршка

- Охрабривање и наглашавање малих успеха
- Усмеравање на храброст и снагу у суочавању са анксиозношћу
- Упућивање у групе подршке
- Подсећање на значај редовног узимања лекова

Потпис сестре: М. Ј.

ПРАКТИЧНА ОБУКА: ПОРЕМЕЋАЈИ ПОНАШАЊА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Поремећаји понашања су група менталних поремећаја које карактерише перзистентни образац антисоцијалног, агресивног или пркосног понашања које крши друштвене норме и права других.

Епидемиологија:

Преваленција: 2-10% деце и адолесцената

Пол: мушкарци 3-4 пута чешћи

Врсте:

Опозиционо-пркосни поремећај (ОДП)

Поремећај понашања (ПД)

Поремећај дисруптивног расположења (ПДР)

КЛИНИЧКА СЛИКА

Карактеристике по дијагнози:

Дијагноза	Кључне карактеристике	Почетак
ОДП	Бес, пркос, намерна провокација	Пре 8. године
CD	Агресија, уништавање имовине, крађа	Детињство/адолесценција
DMDD	Тешки и чести изливи беса	6-10 година

Чести симптоми: физичка агресија, лагање и крађе, кршење правила, недостатак кајања

ПРОЦЕНА СТАЊА

Процена ризика:

Аспект	Методe процене
Агресивност	Модификована скала отворене агресије
Подични фактори	Породични интервју
Школски проблеми	Процене наставника
Коморбидитети	K-SADS, CDI

ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Мултимодални приступ:

Психотерапија:

Когнитивно-бихејвиорална терапија

Тренинг родитељских вештина

Породична терапија

Фармакотерапија:

Стимуланси (у случају коморбидитета АДХД-а)

Антипсихотици (за агресију)

Стабилизатори расположења

Интервенције у заједници:

Школски програми превенције

Менторски програми

Вештине решавања конфликта

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Стратегије за медицинске сестре:

Деескалација кризе:

Смирен глас

Јасне границе

Понуда избора

Подстицање позитивног понашања:

Систем награђивања

Моделирање исправног понашања

Мере безбедности:

Спречавање самоповређивања

Супервизија у групним активностима

СПЕЦИФИЧНЕ ПРОЦЕДУРЕ

У случају агресивног понашања:

Идентификовати окидаче

Понудити алтернативне начине изражавања беса

Користити стратегије тајм-аута

Документовати инциденте
У случају лагања или крађе:

Јасне последице

Рад на моралном развоју

Вежбе емпатије

КОМОРБИДИТЕТИ

Чести коморбидитети:

АДХД (50% случајева)

Депресија и анксиозност

Поремећаји у учењу

Злоупотреба супстанци код адолесцената

ПРЕВЕНЦИЈА И ОБРАЗОВАЊЕ

Образовање родитеља:

Доследна дисциплина

Позитивно појачање

Здрав стил комуникације

Школске интервенције:

Индивидуални образовни планови

Социјалне вештине

Програми против малтретирања

ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Мере успеха:

Смањење броја инцидената

Побољшање школског успеха

Боље породичне интеракције

Повећање социјалних вештина

ПРОТОКОЛИ НЕГЕ:

У болничком окружењу:

Јасна правила понашања

Дневни распоред активности

У кућном окружењу:

Доследне рутине
Визуелна правила понашања
Редовне позитивне повратне информације

Напомена: Кључ успеха је рана интервенција, доследност и мултидисциплинарни приступ. Свако дете има јединствене потребе које захтевају индивидуализовани план лечења.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ПОНАШАЊА- ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: Л. Л.

Године: 14

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета, упућен од стране школе)

Пратња: Мајка и отац

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава родитеља: "Не слуша нас, лаже, излази ноћу и не каже где је. У школи се туче, изостаје са часова. Директор нам је рекао да га морамо негде понети."

Изјава пацијента: "Сви ме нервирају. Школа је глупа, а они (родитељи) ми не дају да живим свој живот." (Непожељност, одсуство савести)

Дијагноза (од стране лекара): Поремећај понашања (F91.x)

Тренутно стање током прегледа:

Свест: свестан, оријентисан

Општи изглед: "Кул" одећа, изглед старији од својих година. Избегава контакт очима са родитељима, пркосног држања

Говор: Непоштовање према ауторитетима (сестри, родитељима), саркастичан.

Минимизује своје поступке ("Није била нека туча")

Интеракција са родитељима: Иритабиалан, расправља се са оцем, прекида мајку

Афект: Раздражљив, непредвидив

Анамнеза садашњих тегоба (према родитељима и школском извештају):

Агресија према људима и животињама: Честе туче у школи, злостављао млађег брата, мучио мачку у комшилуку

Уништавање туђе имовине: Разбио прозор у школи, исцртао зидове

Превара и крађа: Лагао о томе где је био, украо новац из мајчине торбе, крао у продавници

Кршење правила: Излазио ноћу без дозволе, бежао од куће, изостајао из школе

Лична анамнеза:

Рани развој: Тежак темперамент као дете, учестали напади беса, одувек био "тежак за васпитање"

Школа: Лош школски успех упркос нормалној интелигенцији. Проблеми са пажњом (али не испуњава све критеријуме за ADHD). Сукоби са наставницима

Социјални односи: Има "пријатеље" који су исто проблематични. Нема блиских, искрених пријатељстава

Употреба супстанци: Експериментише са дуваном и алкохолом (по признању)

Ризично понашање: Непрецизна вожња бицикла/мотора, ризични сексуални контакти

Породична анамнеза:

Породична динамика: Недоследна дисциплина (отац строг, мајка попустљива). Чести породични сукоби. Историја насиља у породици (отац је био насилан према мајци, сада се контролише)

Породична историја: Отац има историју "проблема са понашањем" у младости

Социјално-економски статус и окружење:

Живи у градској четврти са високим нивоом криминала. Финансијске потешкоће.

Изложен насиљу и деликвентном понашању у окружењу. Слаба социјална подршка

Психолошки статус:

Ниска толеранција на фрустрацију. Одсуство кривице или кајања. Лоша самоконтрола.

Ниско самопоштовање које крије иза лажног самопоуздања. Анксиозан и депресиван испод површине. Ризик од суицида је повишен

Сестринска процена и проблеми:

Агресивно и антисоцијално понашање које угрожава друге и њега самог

Кршење друштвених норми и правила, што води ка школском неуспеху и проблемима са законом

Недостатак емпатије и одсуство савести

Ниска толеранција на фрустрацију и лоше решавање проблема

Ризик од злоупотребе супстанци и траума услед ризичног понашања

Дисфункционално породично окружење са недоследним границама

Изложеност насиљу у комшилуку и негативном вршњачком утицају

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 (Осигурати безбедност):

Проценити ризик од насиља, бекства и суицида

Разговарати са пацијентом о последицама његовог понашања (правно, школско, здравствено)

Циљ 2 (Поставити јасне границе и очекивања):

Комуницирати директно, доследно и непретеће

Не улазити у вербалне сукобе. Изразити јасна очекивања о понашању током прегледа

Циљ 3 (Радити на вештинама):

Подстицати развој вештина решавања проблема и контролисања беса (препознати знаке, користити технике за смиривање)

Радити на развоју емпатије – "Како би се осећао да ти неко то уради?"

Циљ 4 (Укључити породицу):

Едукација родитеља о доследној дисциплини и постављању граница

Препоручити породичну терапију за побољшање комуникације и смањење сукоба

Упутити родитеље на тренинг родитељских вештина специфичан за изазовно понашање

Циљ 5 (Сарадња са школом и заједницом):

Препоручити индивидуалну психотерапију

Упутити на мултидисциплинарни тим (психолог, педијатар, социјални радник)

Потражити менторске програме или спортске активности које могу да понуде позитивне узоре и испуне слободно време

Размотрити промену средине (промена школе, летњи камп) ако је окружење веома токсично

Потпис сестре: Т.М.

Суштина код поремећаја понашања:

Сестринска улога је едукативна, гранична и подржавајућа. Циљ је:

Заштитити пацијента и друштво од последица његовог понашања

Пружити структуру и јасне границе које су му потребне, а које му недостају

Радити са породицом као системом, јер је промена породичне динамике кључна за побољшање

Повезати породицу са ресурсима у заједници (социјалне службе, менторски програми) који могу да пруже дугорочну подршку

Видети пацијента иза понашања – често је то уплашено, повређено дете које не зна другачије да се носи са емоцијама. Сестра мора да балансира између неосуђујућег приступа и постављања чврстих граница

ПСИХОЗЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Психоза представља скуп стања карактерисаних губитком контакта са стварношћу, што се манифестује кроз халуцинације, заблуде и дезорганизовано понашање.

Епидемиологија:

Инциденца: 15-30 нових случајева на 100.000 становника годишње

Почетак: најчешће адолесценција и рана одрасла доб (15-30 година)

Врсте: шизофренија, шизоафективни поремећај, краткотрајна психотична епизода

КЛИНИЧКА СЛИКА

Позитивни симптоми:

Халуцинације (слушне 70%, визуелне 30%)

Делузије (прогоњење, грандиозност)

Дезорганизована комуникација

Негативни симптоми:

Апатија

Смањена вербална продукција

Повлачење

Когнитивни симптоми:

Дефицит пажње

Смањена радна меморија

Тешкоће у доношењу одлука

ПРОЦЕНА СТАЊА

Скале за процену:

Инструмент	Сврха	Интерпретација
PANSS	Процена симптома	Позитивно (7-49), негативно (7-49)
BPRS	Општа психопатологија	Скор >31 значајан
CGI	Глобална процена	1-7 поена

ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Фармакотерапија:

Група	Примери	Дозе	Кључни нежељени ефекти
Типични антипсихотици	Халоперидол	2-10 мг/дан	Екстрапирамидални симптоми, тардивна дискинезија
Атипични антипсихотици	Рисперидон	2-6 мг/дан	Метаболички ефекти
Бензодиазепини	Лоразепам	1-4 мг/дан	Седација, зависност

Психосоцијалне интервенције:

Когнитивно-бихејвиорална терапија за психозу

Тренинг социјалних вештина

Породична психоедукација

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Акутна фаза:

Обезбеђивање безбедности пацијента и околине

Редовно праћење виталних знакова

Праћење терапијског придржавања

Фаза стабилизације:

Развијање стратегија суочавања

Повећање социјалних интеракција

Праћење нежељених ефеката терапије

Фаза опоравка:

Подршка у реинтеграцији

Превенција рецидива

Помоћ у проналажењу смисла

ПОСТУПЦИ У КРИТИЧНИМ СИТУАЦИЈАМА

Агресивно понашање:

Одржавајте безбедну дистанцу (2 метра)

Користите смирен, јасан глас

Понудите избор („Да ли желите да седнете?“)

Примените ПРН терапију према протоколу

Суицидалност:

Директна питања о намерама

Уклањање потенцијално опасних предмета

Континуирани надзор (1:1 по потреби)

КОМУНИКАЦИЈА СА ПАЦИЈЕНТОМ

Ефикасне стратегије:

Потврђивање емоција („Видим да сте узнемирени“)

Избегавање разговора о заблудама

Кратке, јасне реченице

Смањење спољашњих стимулуса

ДОКУМЕНТАЦИЈА

Кључни елементи:

Ментално стање (МСП)

Одговор на терапију

Промене у понашању

Инциденти и интервенције

ПРЕВЕНЦИЈА РЕЦИДИВА

Рани знаци:

Поремећај сна

Повећана сумњичавост

Социјално повлачење

Погоршање личне хигијене

ПРОТОКОЛИ ЗА НЕГУ

Дневна рутина:

Структуриране активности

Редован распоред

Равнотежа између активности и одмора

Праћење терапије:

Провера оралне примене

Праћење нежељених ефеката

Редовне лабораторијске контроле

Напомена: Индивидуални приступ и филозофија усмерена ка опоравку су кључни. Сваки пацијент има јединствен пут до опоравка који захтева стрпљење и подршку.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ПСИХОЗОМ-ПРИМЕР

1. Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: Н.Н.

Године: 19

Пол: Мушки

Пратња: Отац

2. Разлог доласка / главна тегоба

Изјава оца: „Цео дан је затворен у соби, разговара сам са собом. Виче да га прогоне и да му неко ставља мисли у главу. Бојим се да ће да науди себи .“

Изјава пацијента: „Сви сте ви део система! Чипови су свуда, пратите ме! Чујем како ме прозивају .“ (делузије прогона, аудитивне халуцинације)

Дијагноза (од стране лекара): Акутна психотична епизода (у диференцијалној дијагнози: шизофренија, индуковани параноидни поремећај, психоза изазвана супстанцама).

3. Тренутно стање током прегледа

Свест: свесан, али оптерећен психотичним садржајем.

Општи изглед: Узнемирен, анксиозан, раздражљив. Избегава контакт очима, гледа сумњичаво око себе.

Говор: Убрзан, под притиском, неповезан – тешко прати разговор. Зауставља се као да нешто слуша (аудитивне халуцинације).

Афект: Анксиозан, иритабилан, непредвидив. Лако може да постане агресиван ако се осети угрожено.

Мишљење:

– Делузије: параноидне (прогањање), референтне (верује да му телевизија шаље шифроване поруке).

– Поремећај формалне мисли: брзо скакање с теме на тему, заустављање тока мисли.

- Перцепција: Аудитивне халуцинације (гласови који коментаришу, прозивају или наређују).

4. Анамнеза садашње болести

Симптоми су се нагло појавили пре око две недеље. Пацијент је постао све повученији и сумњичавији. Прекинуо је студије и контакт са пријатељима и породицом, верујући да су „против њега“. Изоловао се у соби. Спавао је врло мало. Отац пориче употребу дрога, али није сигуран.

5. Лична анамнеза (узета од оца)

Психијатријска историја: Нема ранијих дијагноза нити третмана. Претходно био стидљив и повучен.

Употреба супстанци: Порицање, али постоји сумња на експериментисање са канабисом.

Алергије: Нема.

Исхрана: Смањен апетит последњих дана.

Елиминација: Уредна.

Сан: Значајно нарушен, несаница.

Штетне навике: Пушење (пола паклице дневно).

6. Породична анамнеза

Живи са оцем. Родитељи разведени. Ујак (брат мајке) лечен због схизофреније.

7. Социјално-економски статус и окружење

Студент прве године. Изолован од друштва. Финансијски зависан од оца.

8. Психолошки статус

Пацијент је преплављен страхом и паранојом. Неповерљив је према медицинском особљу, верује да га желе повредити. Постоји ризик од суицидалних или хомицидалних мисли под утицајем халуцинација. Неспособан је да препозна да је болестан (смањена увидност).

9. Сестринска процена и проблеми

Губитак контакта са реалношћу (халуцинације, делузије) који изазива страх и неефикасно доношење одлука.

Ризик од аутоагресивног и хетероагресивног понашања услед параноидних идеја и императивних халуцинација.

Анксиозност и агитација услед перцептивних сметњи.

Немогућност задовољавања основних физиолошких потреба (исхрана, хидратација, сан) због психотичне преокупације.

Социјална изолација.

Неспособност да препозна потребу за лечењем.

10. План сестринске неге и подршке

Циљ 1: Осигурати безбедност пацијента и околине.

- Континуирано мотрење на одељењу, пожељно у близини сестринске интервенције.
- Процена ризика од насиља и суицида у сваком разговору.
- Обезбеђивање смирене околине (изолована соба).
- Рутинска претрага личних ствари по пријему (одузимање опасних предмета).

Циљ 2: Смањити психотичне симптоме и анксиозност.

- Администрација антипсихотика и анксиолитика по лекарској ординацији.
- Комуникација кратка, јасна и смирена. Не улазити у расправу о делузијама.
- Валидација емоција, а не заблуда: „Видим да си веома уплашен“ уместо „Нико те не прогони“.
- Нудити реалност благо: „Ја не чујем те гласове, али верујем да их ти чујеш и да су застрашујући.“

Циљ 3: Одржати физиолошке функције.

- Подстицати унос хране и течности, нудити високоенергетску, лако сварљиву храну.
- Пратити унос и излучивање течности.
- Пратити сан и обезбедити мирно окружење ноћу.

Циљ 4: Успоставити терапеутски однос.

- Градити поверење доследношћу, искреношћу и поштовањем.
- Бити транспарентан – објашњавати поступке и разлоге.
- Пружати подршку и умањити осећај усамљености.

Циљ 5: Едукација и припрема за даљи третман.

- По смиривању акутне фазе едуковати пацијента и породицу о природи психотичног искуства.
- Нагласити важност редовног узимања лекова ради превенције рецидива.
- Упутити на психотерапију (нпр. когнитивно-бихејвиорална терапија за психозу) и групе подршке.
- Укључити породицу у план лечења и пружити им подршку.

Потпис сестре: А. Ј.

ИНТЕЛЕКТУАЛНЕ ТЕШКОЋЕ- МЕНТАЛНА РЕТАРДАЦИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Интелектуални инвалидитет (раније ментална ретардација) је развојни поремећај који карактерише:

Знатна ограничења у интелектуалном функционисању

Ограничења у адаптивном понашању

Појава пре 18. године живота

Епидемиологија:

Преваленција: 1-3% популације

Нивои тежине:

Благи (IQ 50-70) – 85% случајева

Умерени (IQ 35-49) – 10%

Тешки (IQ 20-34) – 3-4%

Дубоки (IQ <20) – 1-2%

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Интелектуалне карактеристике:

Смањена способност учења

Тешкоће у апстрактном размишљању

Проблеми у решавању проблема

Адаптивне тешкоће:

Домен	Примери
--------------	----------------

Концептуално	Читање, писање, рачунарски и новчани задаци
--------------	---

Социјално	Међуљудске вештине, прилагођавање друштвеним нормама
-----------	--

Практично	Лична нега, превоз, свакодневне активности
-----------	--

3. ПРОЦЕНА СТАЊА

Дијагностички алати:

Инструмент	Сврха
-------------------	--------------

WISC-V	Процена интелигенције
--------	-----------------------

Vineland-II	Процена адаптивних вештина
-------------	----------------------------

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Мултидисциплинарни тим:

Педијатар

Психијатар

Психолог

Специјални едукатор

Лекар

Логопед

Интервенције:

Рана стимулација (0-3 године)
Индивидуални образовни планови (ИОП)
Обука за самосталност
Развој социјалних вештина

5. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Према тежини:

Степен	Карактеристике	Потребе за негом
Благо	Самосталност уз подршку	Повремена помоћ
Умерено	Ограничена самосталност	Дневна подршка
Тешко	Минимална самосталност	Континуирана нега
Дубоко	Потпуна зависност	24-часовна нега

6. СПЕЦИФИЧНЕ ПРОЦЕДУРЕ

Комуникација:

Јасна, једноставна упутства
Визуелна подршка (слике, симболи)
Додатно време за одговор

Лична хигијена:

Упутства корак по корак
Визуелни распореди
Подстицање самосталности

Исхрана:

Праћење уноса хране
Прилагођена конзистенција (ако постоје потешкоће са гутањем)
Праћење телесне тежине

7. КОМОРБИДИТЕТИ И КОМПЛИКАЦИЈЕ

Честе коморбидитете:

Епилепсија (30% случајева)

Поремећаји пажње

Поремећаји из аутистичног спектра

Проблеми у понашању

Превенција компликација:

Редовни неуролошки прегледи

Праћење моторичког развоја

Превентивни прегледи вида и слуха

8. ПОДРШКА ПОРОДИЦИ

Образовање родитеља:

Реална очекивања

Стратегије за свакодневне изазове

Информације о правима и бенефицијама

Привремена нега:

Дневни центри

Привремени смештај

Мобилни тимови

9. ПРАВНИ ОКВИР

Заштита права:

Закон о социјалној заштити

Закон о образовању

Конвенција о правима особа са инвалидитетом

СТРАТЕГИЈЕ НЕГЕ

У институцијама:

Индивидуализовани планови неге

Структуриране активности

Подстицање социјализације

У дому:

Безбедносне адаптације простора

Визуелни распореди

Подстицање независности у оквиру могућности

НАПОМЕНА:

Поштовање достојанства, индивидуални приступ и подстицање максималне независности су кључни. Свака особа има јединствене способности које треба препознати и развијати.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА МЕНТАЛНОМ РЕТАРДАЦИЈОМ

1. Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: А. А.

Године: 15

Пол: женски

Датум пријема: 23.05.2024. (контролни преглед / посета због несанице)

Пратња: мајка (главни старатељ)

Дијагноза (F70): Блага интелектуална ометеност (F70–F79 према ICD-10, у зависности од тежине).

2. Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава мајке: „Она се у последње време буди ноћу, виче и не може да се умири. Тешко јој је да нам објасни шта је проблем.“

Понашање пацијенткиње: анксиозна, незаинтересована за околинду. Повремено се љуља напред-назад. Тешко успоставља контакт очима.

Утврђени разлог: поремећај спавања, вероватно услед анксиозности.

3. Тренутно стање током прегледа:

Свесност: свесна.

Општи изглед: физички развијена за своје године. Одећа уредна, али неадекватна за годишње доба (мајка је облачи).

Комуникација: невербална. Користи основне речи („мама“, „не“, „вода“). Показивањем прстом или вођењем мајке за руку исказује шта жели. Разуме једноставне наредбе („Седи“, „Дај руку“).

Интеракција: повучена. Више се обраћа мајци него медицинском особљу. Игра се са дугметом на мајчиној блузи.

Витални знаци: уредни.

4. Развојна анамнеза (кључно за интелектуалну ометеност):

Узрок: перинатална хипоксија (тешкоће на порођају).

Развој: значајна кашњења у свим областима. Седела са 12 месеци, проходила са 24 месеца. Прве речи са 3 године. Успоставила физиолошке потребе са 6 година.

Образовање: похађа специјалну школу. Учи вештине самосталног живота (облачење, исхрана).

5. Лична анамнеза (подаци добијени од мајке):

Соматско здравље: епилепсија – добро контролисана лековима (последњи напад пре 2 године). Честе упале средњег уха у детињству.

Тренутна терапија: антиепилептик (валпроат), редовно узима.

Алергије: нема.

Исхрана: једе самостално виљушком и кашиком. Селективна у исхрани (више воли мекану и слатку храну).

Елиминација: потпуно самостална у коришћењу тоалета.

Сан: уобичајено уредан, али тренутно поремећен (ноћна буђења и узнемиреност).

Вештине самосталног живота: облачење – може да се обуче уз блажу помоћ (погрешно закопча дугме или обрне мајицу). Хигијена – може да опере руке и зубе уз подстицај.

6. Породична анамнеза:

Породица: живи са мајком и оцем. Има старијег брата који је здрав.

Породична динамика: мајка је примарни старатељ. Породица је подржавајућа и ангажована.

7. Социјално-економски статус и окружење:

Породица средњег економског статуса. Кућа је прилагођена (без ризика). Похађа центар за дневне активности где ради са едукатором. Има мало пријатеља изван центра.

8. Психолошки статус:

Анксиозна у новим ситуацијама. Фрустрирана када не може да искаже своје потребе.

Углавном весела и пријатна, воли музику. Повремено има нападе беса када јој се промени рутина.

9. Сестринска процена и проблеми:

Оштетена способност вербалне комуникације која отежава препознавање и исказивање потреба (глад, бол, нелагодност).

Поремећај спавања чији узрок је тешко утврдити (бол, анксиозност, ноћна епилепсија).
Анксиозност услед промене рутине и непознате средине (болница).

Ризик од повреде услед смањене способности процене опасности (нпр. врућа вода, саобраћај).

Потреба за подршком у обављању сложенијих животних активности.

Исцрпљеност породице, нарочито мајке, услед константне неге.

10. План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 – олакшати комуникацију: комуницирати на њеном нивоу (кратке и једноставне реченице, конкретни појмови), користити визуелне потпоре (сликовнице), укључити мајку као преводиоца, посматрати невербалне знаке нелагоде.

Циљ 2 – решити проблем спавања: испитати мајку о променама у рутини и могућим боловима, саветовати рутину за спавање, искључити физиолошке узроке (упале, зубобоља).

Циљ 3 – смањити анксиозност и осигурати безбедност: објаснити процедуре унапред једноставним језиком и показивањем, понудити омиљену играчку, обезбедити надзор у болници, едуковати породицу о доследним границама и надзору код куће.

Циљ 4 – подршка у вештинама самосталног живота: охрабривати пацијенткињу да што више ради сама, похвалити сваки успех.

Циљ 5 – подршка породици: едуковати о приступачној здравственој нези, разговарати о потреби предаха за старатеље, упутити их на удружења и групе за подршку.

Потпис сестре:М.Ј.

Суштина код интелектуалне ометености:

Сестринска улога је адаптација, посредовање и подршка. Сестра не лечи интелектуалну ометеност, већ:

- прилагођава комуникацију и процедуре нивоу разумевања пацијента,
- слуша и уважава старатеља као најважнијег сарадника и извора информација,
- фокусира се на функционалне способности и подстиче независност где год је то могуће,
- води рачуна о целој породици, пружајући подршку и ресурсе старатељима или родитељима,
- чува достојанство пацијента и пружа негу са поштовањем и стрпљењем.

ШИЗОФРЕНИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Шизофренија је тежак ментални поремећај који карактеришу поремећаји у размишљању, перцепцији и понашању. Друге психозе укључују кратке психотичне поремећаје, шизоафективни поремећај и друге.

Епидемиологија:

- Преваленција: 0,3-0,7% популације
- Почетак: 15-35 година

Карактеристике Шизофренија Друге психозе

Трајање симптома >6 месеци <1 месец (акутно)

Афективни симптоми:

Ретки Чести

Прогноза:

Хронични ток

Повољнији

2. ДИЈАГРАМ СИМПТОМА

Позитивни симптоми:

- Халуцинације (слушне: 70% случајева)
- Делузије (прогањање, грандиозност)

Негативни симптоми:

- Апатија
- Алогија (смањен говор)

Когнитивни симптоми:

- Поремећај дефицита пажње
- Смањена радна меморија

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Стабилизација симптома: Редовна употреба терапије

Безбедно окружење: Уклањање опасних предмета

Терапеутска сарадња: Мотивација за лечење

Породично образовање: Објашњење болести

Превенција рецидива: Праћење раних знакова

4. ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТРА

Опис функције

Процена симптома :	Испитивање менталног статуса,
Праћење терапије симптоми)	Контрола нежељених ефеката (екстрапирамидални
Психосоцијална подршка	Социјалне вештине, групне активности
Едукација пацијента	Објашњавање лекова и њихових ефеката
Координација са тимом	Редовни састанци са психијатром, психологом
Интервенције у кризним ситуацијама	Деескалација агресије, протокол самоубиства

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Пријем пацијента

1. Провера документације и плана лечења
2. Извршавање почетне процене ризика
3. Обезбеђивање безбедног простора

5.2 Процена стања

1. Посматрање пацијента
2. Праћење виталних знакова
3. Процена суицидалног ризика

5.3 Терапеутске технике

1. Когнитивно-бихејвиоралне терапија
2. Социјалне вежбе (контакт очима, разговор)
3. Технике релаксације

5.4 Праћење терапије

1. Праћење редовног уноса лекова
2. Праћење нежељених ефеката
3. Евиденција промена у понашању

5.5 Документација

1. Дневна евиденција промена
2. Извештаји о инцидентима
3. Терапијски листови

6. КРИЗА СИТУАЦИЈЕ

Агресивно понашање:

1. Одржавање дистанце
2. Смирен глас
3. Позивање кризног тима

Суицидалне мисли:

1. Директно питање
2. Уклањање опасних предмета
3. Континуирано праћење

Психотична епизода

1. Смиривање околине
2. Примена терапије
3. Консултација са лекаром

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Смањење позитивних симптома (халуцинације, заблуде)

Побољшање социјалног функционисања

Едуковање породице о болести

Превенција погоршања болести

1. КОМУНИКАЦИЈА

- Активно слушање (климање главом, парафразирање)
- Неутралан тон гласа (избегавање емоционалних реакција)
- Рефлексија емоција („Видим да вас ово мучи“)
- Избегавање разговора о заблудама (не потврђује, али не пориче)
- Јасна, једноставна упутства (користите кратке реченице)

2. ПРОЦЕНА

- Ментално стање (МС):
- Оријентација (време/место/особа)
- Присуство халуцинација/заблуда
- Афект и расположење
- Суицидални/агресивни ризик (директна питања)
- Нежељени ефекти терапије (екстрапирамидални симптоми)

3. ТЕРАПЕУТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

- Редовна примена лекова (верификација идентитета, орална/импулсна терапија)

- Праћење нежељених ефеката:
- Тремор, ригидност (антипсихотици)
- Повећање телесне тежине, хипергликемија
- Психоедукација пацијента:
- Објашњење сврхе лекова
- Упозорење о алкохолу/дрогама
- Подршка у активностима свакодневног живота (храњење, хигијена)

4. УПРАВЉАЊЕ КРИЗАМА

- Поступак за агресију:
 1. Одржавање безбедне удаљености (2 метра)
 2. Смирен глас („Желим да те слушам“)
 3. Позивање кризног тима ако је потребно
- Поступак за суицидалност:
 1. Уклањање опасних предмета
 2. Континуирано праћење (сваких 15 минута)
 3. Документовање сваког покрета
- Поступак за психотичну епизоду:
 1. Смањење стимулуса (пригушивање светла, смањење буке)
 2. Примена ПРН (халоперидол, лоразепам) према протоколу

5. ДОКУМЕНТАЦИЈА

- Дневни записи:
- Промене у понашању
- Реакција на терапију
- Извештаји о инцидентима (агресија, одбијање терапије)
- Терапијски листови (време, доза, нежељени ефекти)

6. САРАДЊА СА ТИМОМ

- Редовни састанци са психијатром/психологом
- Презентација случаја (кратак резиме стања)
- Координација са породицом (едукација, подршка)

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ШИЗОФРЕНИЈОМ-ПРИМЕР

1. Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: М.М.

Године: 32

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (планирани преглед / упућен од стране социјалног радника)

Пратња: Самостално (живи у заштићеном смештају)

2. Разлог доласка / главна тегоба

Изјава пацијента: „Гласови ми не дају мира. Говоре ми да сам безвредан и да треба да се повредим.“ (аудитивне вербалне халуцинације).

Изјава социјалног радника: „Повукао се из свих активности, не брине о себи, не излази из собе.“

Дијагноза (од стране лекара): Шизофренија, параноидни тип.

3. Тренутно стање током прегледа

Свесност: свесан, орјентисан.

Општи изглед: Занемареног изгледа. Одећа неуредна и прљава. Коса масна, нокти дуги.

Видљив смањен нагон за личном хигијеном.

Говор: Логички организован, али садржај је поремећен. Пацијент говори о прогањању од стране „агената“ (параноидне делузије).

Понашање: Повучен, смањених покрета. Избегава контакт очима. Понекад разговара сам са собом (одговара гласовима).

Афект: Отупљен, сиромашан, неусклађен са садржајем разговора (насмејан када прича о прогањању).

Перцепција: Присутне аудитивне халуцинације коментаришућег и прозивајућег типа.

4. Анамнеза болести

Почетак: Прва психоза у 25. години (повлачење, сумануте идеје).

Ток: Хроничан, са егзацербацијама и ремисијама. Више хоспитализација у анамнези.

Симптоми:

Позитивни: Делузије прогањања, аудитивне халуцинације.

Негативни: Апатија, алогија (сиромашан говор), анхедонија (неспособност да осећа задовољство), аволиција (губитак воље и енергије).

Претходно лечење: Одговарао на атипичне антипсихотике, али често прекида терапију.

5. Лична анамнеза

Тренутна медикаментна терапија: Прекинуо терапију (оланзапин) пре 6 недеља.

Алергије: Нема.

Исхрана: Нередовна, губитак телесне масе, често заборавља да једе.

Елиминација: Уредна.

Сан: Преокренут ритам (будан ноћу, спава дању).

Штетне навике: Пуши 1–2 пакле дневно. Повремено конзумира алкохол „да утиша гласове“.

6. Породична анамнеза

Породица: Неожењен. Породица се дистанцирала услед његовог понашања. Живи у заштићеном смештају.

Породична историја: Стриц по оцу имао „психичке проблеме“, дијагноза непозната.

7. Социјално-економски статус и окружење

Незапослен, прима инвалиднину. Екстремно социјално изолован, без пријатеља.

Животне активности знатно ометене – неспособан за кување, прање, управљање финансијама. Пре смештаја постојао ризик од бескућништва.

8. Психолошки статус

Пацијент је преоптерећен халуцинацијама које га вређају и терају на самоповређивање.

Параноидан и неповерљив према особљу. Осећај безнађа и апатије. Нема мотивацију за активности. Постоји повећан ризик од суицида.

9. Сестринска процена и проблеми

Перцептивне сметње (халуцинације) и поремећај мишљења (делузије) који изазивају страх и ризично понашање.

Ризик од самоповређивања и суицида под утицајем халуцинација (императивне халуцинације).

Негативни симптоми који доводе до немогућности самонеге (нехигијена, потхрањеност).

Социјална изолација и тешкоће у међуљудским односима.

Нередовно узимање прописане терапије.

Нефункционално породично окружење и смањена социјална подршка.

План сестринске неге и подршке

Циљ 1:

Смањити позитивне симптоме и осигурати безбедност.

Континуирано праћење због ризика од аутоагресије.

Администрација антипсихотика по лекарској ординацији.

Комуникација јасна, мирна и непретећа. Не расправљати о делузијама, већ се усмерити на емоције које их прате.

Циљ 2:

Побољшати физиолошко стање и негу.

Подстицати и помагати у личној хигијени.

Обезбедити редовне оброке и подстицати унос хране.

Пратити телесну тежину.

Циљ 3:

Подстицати социјалне вештине и активности.

Укључивати у структуриране активности на одељењу (радионице, шетње).

Постављати мале, оствариве циљеве.

Избегавати преоптерећење.

Циљ 4:

Радити на придржавању терапије.

Едуковати пацијента о болести и важности редовног узимања лекова.

Разговарати о нуспојавама и начинима суочавања.

Размотрити дугоделујуће (депо) форме антипсихотика.

Циљ 5:

Обезбедити дугорочну подршку и рехабилитацију.

Сарадња са социјалним радником ради стабилног смештаја и финансијске подршке.

Упутити на психосоцијалну рехабилитацију (тренинг свакодневних и социјалних вештина).

Укључити породицу у едукацију, ако је могуће.

Упутити на клубове и дневне центре за особе са менталним потешкоћама ради смањења изолације.

Потпис сестре: Ј.П.

Напомена: Улога сестре код шизофреније је дугорочна, подржавајућа и рехабилитациона. Циљ није излечење, већ омогућавање пацијенту да управља симптомима, остане безбедан, развија независност и живи достојанствен живот упркос ограничењима болести. Сестра је кључни члан мултидисциплинарног тима.

СТРЕС И ЊЕГОВО УПРАВЉАЊЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Стрес је физиолошки и психолошки одговор тела на изазове или претње (стресоре).

Може бити:

Акутан (краткорочни, адаптивни)

Хроничан (дугорочни, штетни)

Епидемиологија:

Преваленција: 75% људи доживљава значајан стрес месечно

Ризичне групе: здравствени радници (43% висок стрес), самохрани родитељи, студенти

Последице: 60-80% лекарских посета је повезано са стресом

ФИЗИОЛОГИЈА СТРЕСА

ХПА оса (Хипоталамус-Хипофиза-Адренална жлезда):

Хипоталамус ослобађа ЦРХ

Хипофиза ослобађа АЦТХ

Надбубрежне жлезде ослобађају кортизол

Симпатички одговор:

Адреналин и норадреналин → убрзан рад срца, знојење, мидријаза

Ефекти: повећана будност, смањен апетит, напетост мишића

КЛИНИЧКА СЛИКА

Физички симптоми:

Систем	Манифестације
Кардиоваскуларни	Тахикардија, хипертензија
ГИ	Гастритис, ИБС
Имунолошки	Повећане инфекције
Неуролошки	Главобоље, несаница

Психолошки симптоми:

Анксиозност, раздражљивост

Тешкоће са концентрацијом

Осећај преоптерећености

ПРОЦЕНА СТРЕСА

Скале за процену:

Инструмент	Примена	Тумачење
PSS (Скала перципираног стреса)	10 питања	0-13 низак, 14-26 умерен, 27-40 висок
МВІ (Маслахов инвентар сагоревања)	Професионални стрес	Емоционална исцрпљеност ≥ 27

ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Фармакотерапија (за тешке случајеве):

Лек	Индикација	Нежељена дејства
ССРИ (сертралин)	Анксиозност/депресија	ГИ поремећаји
Бензодиазепини (краткорочно)	Акутна анксиозност	Седација
Бета блокатори (пропранолол)	Физички симптоми	Хипотензија

Нефармаколошке интервенције:

Когнитивно-бихејвиоралне технике

Технике тела (дијафрагмално дисање, прогресивна релаксација)

СТРАТЕГИЈЕ ЗА МЕДИЦИНСКО ОСОБЉЕ

Превенција прегоревања:

Ограничења радног времена (макс. 40 сати недељно)

Супервизија (емоционална подршка)

Ритуали бриге о себи (медитација, физичка активност)

Технике хитних случајева за стрес на послу:

Метода 5-5-5: 5 секунди дубок удах, 5 секунди задржавање даха, 5 секунди издах

Техника уземљења: 5 ствари које видите, 4 које осећате, 3 које чујете

Мини-паузе: 2 минута сваког сата

КОМПЛИКАЦИЈЕ НЕЛЕЧЕНОГ СТРЕСА

Медицинске последице:

Кардиоваскуларне болести (30% већи ризик)

Аутоимуне болести (погоршање)

Депресија/анксиозни поремећаји

Организационе последице:

Смањена продуктивност (до 40%)

Већа флукуација запослених

Повећан број грешака на раду

ЕДУКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

10 златних правила:

- Идентификујте изворе стреса
- Примените „не“ када је потребно
- Редовна физичка активност (30 минута дневно)
- Уравнотежена исхрана (богата омега-3)
- 7-8 сати сна дневно
- Социјална подршка
- Управљање временом
- Ограничите кофеин и алкохол
- Вежбајте захвалност
- Потражите стручну помоћ када је потребно

ДОДАТАК: ПРОТОКОЛУ

У болничком окружењу:

Едукација о стресу за пацијенте пре отпуста

„Тихи кутак“ за опуштање особља

Редовне анонимне анкете о стресу особља

Амбулантно:

Радионице за управљање стресом

Онлајн алати (апликације за медитацију, КБТ платформе)

Напомена: Стрес је неизбежан, али није непоправљив. Кључ је препознавање раних знакова и предузимање акције. Здравствени радници морају прво да се брину о себи како би бринули о другима.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА СТРЕСОМ-ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: Н. Н.

Године: 38

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета)

Пратња: Самостално

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава пацијента: „Осећам се као да ћу да пукнем. Не могу да се опустим, стално сам под напоном. Спавам лоше, немам енергије и све ме нервира.“

Дијагноза (од стране лекара): Реакција на тешки стрес (F43.2) / Проблеми везани за животни стил (Z73.3).

Тренутно стање током прегледа:

Свест: свестан, оријентисан.

Општи изглед: Уморан, напет израз лица. Седи немирно, врцка ногом или се премешта на столицу.

Говор: Убрзан, притиснут. Често уздише.

Афект: Анксиозан, раздражљив, под стресом.

Витални знаци:

– Крвни притисак: 145/90 mmHg (повишен)

– Пулс: 98 откуцаја у минуту (убрзан)

– Дисање: Површно, убрзано (20 у минуту)

– Температура: 36,8 °C

Анамнеза садашње болести:

Пацијент наводи да се напетост постепено гомила последњих 4–5 месеци.

Главни стресори су:

Посао: Повећан обим посла, рокови, одговорност, сукоби са колегама.

Породица: Брига о старијим родитељима, свађе са супругом због недостатка

времена.

Лично: Нема времена за себе, осећај да не испуњава очекивања.

Лична анамнеза:

Соматско здравље: Честе главобоље напетости, болови у врату и леђима, повремене гастроинтестиналне тегобе (надимање, грчеви) током стреса.

Тренутна медикаментна терапија: Повремено узима нестероидне антиинфламаторне лекове (нпр. ибупрофен) за главобољу.

Алергије: Нема.

Начин исхране: Нередован. Често грицкалице током дана. Повећан унос кафе (4–5 шољица дневно) и брзе хране.

Елиминација: Уредна.

Сан: Отежано успављивање, буђење ноћу, неспокојан сан. Устаје уморан.

Физичка активност: Минимална („Немам времена за теретану“).

Штетне навике: Пушење (појачано у стресним периодима), повремено алкохол („да се опустим“).

Породична анамнеза:

Породица: Ожењен, има двоје деце (8 и 5 година). Супруга такође запослена.

Породична историја: Отац има хипертензију.

Социјално-економски статус и окружење:

Запослен на руководећој позицији. Финансијски стабилан, али под великим притиском. Има осећај да обавезе према послу и породици не остављају време за личне активности. Слаба социјална подршка (нема блиских пријатеља којима се може поверити).

Психолошки статус:

Осећа се преплављен обавезама. Има осећај губитка контроле. Иритабилан и нетрпељив према породици и колегама, након чега осећа кривицу. Изражен осећај безнадежности („Не видим излаз“). Смањена концентрација и памћење („Заборављам ствари“). Анхедонија (смањено уживање у активностима које су некада биле пријатне).

Сестринска процена и проблеми:

Неефикасно суочавање са стресом које доводи до психичке и физичке напетости.

Поремећај спавања који доприноси умору и раздражљивости.

Неповољан животни стил (неправилна исхрана, недостатак физичке активности, повећан унос кофеина) који погоршава симптоме стреса.

Ризик од развоја анксиозног поремећаја, депресије или соматских обољења (есенцијална хипертензија, гастроинтестинални поремећаји) услед хроничног стреса.

Нарушени породични и радни односи услед раздражљивости и повлачења. Осећај изолације и одсуство подршке.

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 – Идентификација и валидација стреса:

Помоћи пацијенту да препозна и именује изворе стреса (посао, породица, финансије).

Валидација његових осећања („Звучи као да сте под великим притиском“).

Циљ 2 – Увођење техника за управљање стресом:

Подучити пацијента техникама дубоког дисања за смањење анксиозности.

Препоручити технике опуштања (прогресивна релаксација мишића, вођене медитације).

Саветовати вођење дневника стреса ради праћења окидача и реакција.

Циљ 3 – Побољшање сна и животних навика:

Едукација о хигијени спавања: редовно време за одлазак на спавање, избегавање екрана пред спавање, опуштајућа рутина.

Саветовати смањење уноса кофеина (посебно поподне) и алкохола.

Подстицати благе, редовне физичке активности (нпр. шетња 30 минута дневно).

Саветовати уравнотежену исхрану са редовним оброцима.

Циљ 4 – Промоција граница и самонеге:

Подстицати постављање јасних граница на послу и у породици.

Нагласити важност времена за себе (хоби, дружење) и укључити га у дневни распоред.

Размотрити упућивање психологу или саветнику ради развоја вештина суочавања.

Циљ 5 – Подршка и праћење:

Заказати контролни разговор за две недеље ради праћења напретка.

Пружити едукативне материјале о управљању стресом.

Упутити на радионице за управљање стресом, уколико су доступне.

Потпис сестре: Ј. П.

Суштина код стреса:

Сестринска улога је едукативна, превентивна и подржавајућа. Циљ је:

– Нормализовати искуство стреса, али га не минимизовати.

– Ојачати пацијента да преузме активну улогу у управљању својим стресом кроз промене животног стила и вештине суочавања.

– Спречити да акутни стрес прерасте у хронично стање или клинички поремећај (анксиозност, депресија).

– Пружити практичне, применљиве алате (дисање, физичка активност) уместо општих савета.

Медицинска сестра је често прва линија одбране у препознавању и раном збрињавању стреса, спречавајући развој тежих здравствених проблема.

ТУРЕТОВ СИНДРОМ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Туретов синдром је неуропсихијатријски поремећај који се карактерише присуством више моторичких и најмање једног вокалног тика који трају дуже од годину дана.

Епидемиологија:

Преваленција: 0,3–1% деце школског узраста

Пол: дечаци 3–4 пута чешћи

Почетак: 5–7 година

Кључне карактеристике тикова:

Карактеристика	Моторички тикови	Вокални тикови
Једноставно	Трзање ока, мрштење	Кашаљ, гргољање
Комплексно	Скакање, додиривање предмета	Ехолалија, копролалија
Трајање	Краткотрајно (секунде)	Може се продужити

2. ДИЈАГРАМ СИМПТОМА

Типични тикови:

Моторни: трзање носа, трзање главе

Вокални: чишћење грла, понављање речи

Комплексни: копролалија (3–15% случајева)

Коморбидитети:

АДХД (50–60%)

ОКП (30–50%)

Анксиозни поремећаји

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Смањење утицаја тикова на свакодневни живот

Едукација пацијента и околине

Управљање коморбидитетима

Побољшање квалитета живота

Спречавање социјалне изолације

4. ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Функција	Опис
Праћење тикова	Бележење учесталости и врста
Психосоцијална подршка	Саветовање о социјалним ситуацијама
Едукација	Објашњавање природе тикова родитељима
Координација терапија	Сарадња са психијатром, психологом
Кризне интервенције	Поступак код „напада“ тикова

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Процена тикова

Дневник тикова: тип, учесталост (број на сат), интензитет (благи/умерени/тешки)
скала тежине тикова: бодовање 0–5 за сваку категорију, праћење промена током терапије

5.2 Нефармаколошке интервенције

СВИТ терапија: свесно препознавање тикова, компетитивни одговори, модификација навика

Прилагођавања окружењу: смањење стреса, редовне паузе, физичка активност

5.3 Фармаколошки третман

Прва линија: Клонидин (0,1–0,3 мг/дан), Гванфацин (1–3 мг/дан)

Друга линија: Арипипразол (2–10 мг/дан), Рисперидон (0,5–4 мг/дан)

Праћење нежељених ефеката: седација, повећање телесне тежине

6. КРИЗНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Ситуација	Поступак
Напад тикова	Смиривање околине, дубоко дисање
Социјална анксиозност	Вежбе опуштања, социјалне вештине
Самопоштовање	Рад на самопоуздању, групна терапија

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Смањење учесталости тикова

Побољшано функционисање у школи/друштву

Боље управљање коморбидитетима

Повећан квалитет живота

ОБРАЗОВАЊЕ ЗА РОДИТЕЉЕ

Тикови нису намерни

Стрес погоршава тикове

Већина деце се побољшава у адолесценцији

Како помоћи:

Игноришите благе тикове

Пружите подршку уместо критике

Обезбедите редован сан

Када потражити помоћ:

Тикови изазивају бол

Ометају учење/друштвени живот

Присуство коморбидитета

Стратегије за наставнике:

Дозволите паузе

Обезбедите алтернативне начине изражавања

Избегавајте коментаре о тиковима

Овај практикум наглашава мултидисциплинарни приступ и индивидуализовану негу, са циљем побољшања квалитета живота пацијената са Туретовим синдромом.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ТУРЕТОВИМ СИНДРОМОМ- ПРИМЕР

1. Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: Л. Л.

Године: 14

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (контролни преглед)

Пратња: Мајка

2. Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава мајке: „Тикови су му се погоршали, посебно у школи. Производи све више звукова, а дечаки у разреду га исмевају.“

Изјава пацијента: „Не могу да их контролишем. Као да се накупља притисак и морам да га ‘испустим’. Смета ми што привлачим пажњу.“ (предосећајни нагон).

Утврђени разлог од стране лекара: Туретов синдром (F95.2).

3. Тренутно стање током прегледа

Свест: свестан, оријентисан.

Општи изглед: немиран, напет. Током разговора присутни бројни моторички и вокални тикови.

Тикови током прегледа:

- Моторички: често трепће очима, трза вратом (као да одбацује косу), слеже раменима.
- Вокални: гркће, испушта фрикативне звукове („а-хм“), понавља последњу реч коју је чуо (палилалија).

Понашање: покушава да потисне тикове током прегледа, што повећава његову напетост. Након што их испусти делује привремено опуштеније.

4. Анамнеза болести:

Почетак: први тикови (трептање очима) јавили су се са 7 година.

Дијагноза: постављена према критеријумима – вишеструки моторички тикови и бар један вокални тик; присутни дуже од годину дана; почетак пре 18. године.

Ток: таласаст – тикови се појачавају и повлаче, мењају се током времена. Погоршавају се под стресом, анксиозношћу и узбуђењем.

Предосећајни нагон: пацијент га јасно описује као непријатан осећај напетости у мишићу или делу тела који нестаје након изведеног тика.

5. Лична анамнеза:

Коморбидитет (врло чест код Туретовог синдрома):

- Опсесивно-компулзивни поремећај: ритуали дотицања предмета, потреба за симетријом.
- Поремећај пажње са хиперактивношћу (АДХД): тешкоће са концентрацијом, импулсивност.
- Анксиозни поремећај, епизоде беса.

Терапија: тренутно није на терапији, разматра се увођење лекова због погоршања.

Школа: академски успешан, али га тикови ометају на часу. Повремено изостаје због страха од исмевања.

Социјални живот: повучен, избегава дружења због срама. Има једног до два блиска пријатеља који га прихватају.

6. Породична анамнеза:

Живи са оцем и мајком. Породица је подржавајућа, али забринута.

Породична историја: стриц са очеве стране имао је благе тикове (трептање и мрштење).

7. Социјално-економски статус и окружење:

Редован ученик средње школе. Присутан проблем вршњачког малтретирања. Ниско самопоуздање. Породица активно тражи подршку школе.

8. Психолошки статус:

Свестан је свог стања и фрустриран њиме. Анксиозан у друштвеним ситуацијама. Осећа се различито и изоловано. Развија симптоме депресије услед социјалних тешкоћа.

9. Сестринска процена и проблеми:

Непримерена продукција покрета и звукова (тикови) који привлаче негативну пажњу и ремете свакодневне активности.

Социјална стигматизација, искљученост и вршњачко малтретирање.

Анксиозност и смањено самопоштовање због свести о тиковима и страха од исмевања.

Придружена стања (ОКП, АДХД) која додатно отежавају функционисање.

Поремећај слике о себи и социјална изолација.

Породични стрес и забринутост за будућност детета.

10. План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 – Едукација и нормализација:

– Едукација пацијента и породице о неуробиолошкој природи Туретовог синдрома.

– Објаснити концепт предосећајног нагона.

– Упутити на поуздане изворе информација и удружења.

Циљ 2 – Подршка у школи и спречавање малтретирања:

– Развијање индивидуалног образовног плана у школи.

– Едукација наставника и вршњака о Туретовом синдрому.

– Обезбеђивање сигурног места у школи за испуштање тикова.

– Рад на вештинама суочавања са вршњачким малтретирањем.

Циљ 3 – Развијање стратегија за управљање тиковима:

- Упућивање на СВІТ (свеобухватна бихевиорална интервенција за тикове).
- Подстицање редовне физичке активности.

Циљ 4 – Третирање коморбидитета:

- Процена и лечење ОКП и АДХД.
- Психотерапија ради смањења анксиозности и јачања самопоуздања.

Циљ 5 – Подршка породици и пацијенту:

- Упућивање породице на групе подршке.
- Охрабривање пацијента за контакт са особама које имају Туретов синдром.
- Фокусирање на снаге и таленте пацијента.

Потпис сестре:Т.М.

АУТИЗАМ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Аутизам (поремећај из аутистичног спектра – ПАС) је неуроразвојни поремећај који карактерише:

Тешкоће у социјалној интеракцији

Потешкоће у комуникацији

Ограничени и понављајући обрасци понашања

Епидемиологија:

Преваленција: 1 од 54 деце (CDC, 2023)

Пол: дечаки 4 пута чешће

Почетак: симптоми приметни до 3. године

Кључне карактеристике:

Домен	Рани симптоми (1-3 године)	Каснији симптоми
Социјална интеракција	Не реагује на име, избегава контакт очима	Тешкоће у разумевању друштвених правила
Комуникација	Кашњење говора, ехолалија	Дословно разумевање језика
Понашање	Понављајући покрети, инсистирање на рутини	Специфична интересовања

2. СИМПТОМИ

Социјалне тешкоће:

Тешкоће у читању друштвених знакова

Ограничено дељење интересовања

Ограничена игра претварања

Комуникација:

Кашњење говора или ехолалија

Чудан тон или ритам говора

Тешкоће у започињању/одржавању разговора

Рестриктивно/репетитивно понашање:

Понављајући покрети (махање рукама, љуљање)

Инсистирање на рутинским активностима

Интензивна или уска интересовања

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

- Побољшање комуникацијских вештина
- Развијање друштвених интеракција
- Смањење проблематичног понашања
- Подршка породице и образовање
- Индивидуализован приступ према потребама

4. НЕГА И ЗАДАЦИ

Функција

Посматрање понашања

Подршка у свакодневним активностима

Сарадња са мултидисциплинарним тимом

Едукација родитеља

Документација

Опис

Идентификација сензорних осетљивости и окидача

Помоћ око рутина, подстицање социјализације

Координација са логопедима, психолозима, терапеутима

Преношење стратегија кућне неге

Бележење напретка, изазова и интервенција

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Стратегије комуникације

Јасна и кратка упутства

Визуелна помагала (слике, распоред)

Додатно време за обраду информација

Подстицање алтернативне комуникације (знаковни језик)

5.2 Сензорне интервенције

Идентификација непријатних стимулуса (светло, звук, текстура)

Стварање безбедног и предвидљивог простора

Активности сензорне интеграције

5.3 Поступак у кризним ситуацијама

Превенција: визуелна упозорења, предвидљивост, доследност

Током кризе: смањити сензорне стимулусе, обезбедити безбедан простор, ограничити вербалну комуникацију

Након кризе: понудити умирујуће активности, избегавати казне

6. ТЕРАПЕУТСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Врста терапије	Примена	Улога медицинске сестре
АВА терапија	Рад на понашању	Праћење напретка, подстицање учешћа
Логопедска терапија	Развијање комуникације	Подршка вежбама и стратегијама
Ерготерапија	Сензорна интеграција	Примена у свакодневном животу

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Побољшана комуникација
- Смањење анксиозности и фрустрације
- Боље социјалне интеракције
- Повећана независност у свакодневним активностима

ДОДАТАК: СТРАТЕГИЈЕ ЗА РОДИТЕЉЕ

Дневна рутина:

Визуелни распоред и доследност

Упозорење пре промена

Комуникација:

Користити конкретне термине

Избегавати метафоре

Подршка визуелним материјалом

Сензорне потребе:

Идентификовати пријатне и непријатне стимулусе

Обезбедити „сигуран кутак“

Када потражити помоћ:

Регресија у вештинама

Агресивно или аутоагресивно понашање

Тешка сензорна преосетљивост

Овај практикум омогућава **свеобухватан приступ бризи о деци са аутизмом**, са нагласком на индивидуализовану негу и мултидисциплинарни рад.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА АУТИЗМОМ- ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: Л. П.

Године: 8

Пол: Мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета или хитни пријем због повреде)

Пратња: Мајка и отац

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава родитеља: „Ударио главом о зид јер се упалила сијалица коју не воли.“ „Има грозну кризу, не можемо да га смиримо.“ „Има температуру, а не дозвољава нам да му ставимо термометар.“

Понашање пацијента: Невербално. Замахује рукама, њише се напред-назад, гласно цвили. Избегава контакт очима. Показује екстремну узнемиреност услед промене околине.

Тренутно стање током прегледа:

Свест: Тешко је проценити због недостатка вербалне комуникације. Делује преплављено и у великом стресу.

Општи изглед: Неангажован, не одговара на позив по имену. Анксиозан, напет.

Комуникација: Невербална. Комуницира криком, дувајањем у руке и водећи родитеља за руку до онога што жели.

Интеракција: Избегава контакт очима. Не показује иницијативу за интеракцијом са медицинским особљем.

Сензорне реакције: Хиперактиван – преплављен светлошћу флуоресцентних сијалица, шумом апаратуре, мирисом болнице. Покрива уши и затвара очи.

Витални знаци: Тешко измерити без ескалације понашања. Повишена температура на додир.

Развојна анамнеза (кључно за аутизам):

Рани развој: Кашњење у постизању седења, ходања мада могу бити на време или касне. Одсуство показивања прстом да би поделио интересовање.

Говор: Кашњење у говору. У узрасту од 8 година користи неколико појединачних речи (мама, сок, не), али не и фразе. Ехолалија (понавља речи или фразе које чује).

Игра: Нема симболичке игре (претварања). Игра се механички – ротира точкове аутомобила, слаже предмете у редове. Истрајна интересовања за одређене предмете (цевчице, четкице).

Анамнеза садашњих тегоба:

Комуникација: Тешкоће у изражавању потреба (глад, жеђ, бол), што доводи до фрустрације и кризе понашања .

Понашање: Честе кризе услед сензорног преоптерећења, промене рутине или немогућности да комуницира шта жели. Самоповређујуће понашање – ударање главом, грижење руку.

Сензорне интеграције: Преосетљив на одређене звукове (усисивач, сушара, сирена).

Тражи јаки притисак (завија се у ћебад, воли тесно грљење).

Рутина: Изразито везан за рутину. Најмања промена (друга рута до школе, нова храна) може изазвати анксиозност.

Лична анамнеза:

Исхрана: Изразито селективан/рестриктиван. Једе само 5–6 безбедних намирница одабраних боја, текстура и брендова. Повишен ризик од потхрањености.

Сан: Чести поремећаји спавања (отежано успављивање, ноћна буђења).

Елиминација: Ноћно мокрење је често. Тренинг дефекације каснио и био изазован.

Породична анамнеза:

Породица: Оба родитеља су анксиозна и исцрпљена константним надзором. Има млађу сестру.

Породична историја: Ужа породица без сличних дијагноза.

Социјално-економски статус и окружење:

Породица се бори да пронађе адекватне едукативне и терапијске ресурсе. Мајка је дала отказ како би се бринула о детету. Социјално изоловани због изазовног понашања детета у јавности. Финансијски оптерећени трошковима терапија.

Сестринска процена и проблеми:

Непријатне сензорне сензације и преоптерећење услед болничке средине, што изазива анксиозност и кризу понашања.

Немогућност да вербализује потребе и комуницира бол, што отежава процену и негу.

Ризик од повреде (самоповређивање, падови) услед кризе понашања.

Потешкоће у обављању основних медицинских процедура (мерење температуре, аускултација) услед отпора и сензорних преосетљивости.

Ризик од дехидратације и потхрањености услед рестриктивне исхране и могућег одбијања хране у стресу.

Исцрпљеност и висок ниво стреса код родитеља/старатеља.

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 (Смањити сензорно преоптерећење и анксиозност):

- Смањити подражаје: Смештај у тиху, изоловану собу ако је могуће. Пригушити светла. Искључити непотребну бучну апаратуру.

- Користити визуелну подршку: Распоред сликама који објашњава шта ће се дешавати током прегледа.

- Понудити сензорне алатке: Слушалице за буку, тег за раме за дубоки притисак, fidget играчку.

Циљ 2 (Олакшати комуникацију):

- Комуницирати кратко, јасно, уз помоћ слика.

- Уочавати невербалне знакове бола или nelaгоде (повлачење, гримасе, цвиљење).

- Ангажовати родитеље као „тумаче“ – они најбоље знају да препознају знаке и да га смире.

Циљ 3 (Обавити процедуре на адаптиран начин):

- Дозволити родитељима да буду присутни и активно учествују у држању детета.

- Користити дистракцију (омиљена играчка, видео на телефону).

- „Најпре покажи, па уради“ – прво показати инструмент на мајци.

- Бити брз, ефикасан и предвидив.

Циљ 4 (Обезбедити адекватан унос хране и течности):

- Поштовати рестриктивну исхрану – понудити само познату, „безбедну“ храну коју доносе родитељи.
- Пратити знаке дехидратације (сузне линије, урин).

Циљ 5 (Подршка родитељима):

- Валидирати њихов напор и исцрпљеност („Видим колико се трудите“).
- Поштовати њихово експертно знање о свом детету.
- Пружити им паузу током боравка у болници.
- Упутити их на групе подршке за родитеље деце са аутизмом.

Потпис сестре: А. М., педијатријски сестра

Суштина код тежег облика аутизма:

Сестринска улога се помера са директне неге на дете, на креирање сигурне средине и оснаживање родитеља. Сестра је посредник који адаптира болничку средину да би је дете могло поднети, и сарадник родитељима који су примарни старатељи и највећи стручњаци за своје дете. Кључни принципи су смањење сензорног оптерећења, визуелна подршка, предвидивост и рад у партнерству са породицом. Циљ није „поправити“ дете, већ пружити ефикасну медицинску негу уз очување достојанства и минимизирање трауме и за дете и за породицу.

БУЛИМИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Булимија је поремећај у исхрани који карактеришу епизоде преједања праћене понашањем (повраћање, употреба лаксатива, прекомерно вежбање) како би се спречило повећање телесне тежине.

Епидемиологија:

Преваленција: 1-2% адолесцената и младих жена

Пол: Жене 10 пута чешће (мушкарци 10% случајева)

Почетак: 15-25 година

Морталност: 3-5% (поремећаји електролита, самоубиство)

КЛИНИЧКА СЛИКА

Кључне карактеристике:

Критеријуми – Манифестације

Преједање – Конзумирање >2000 kcal за 2 сата, осећај губитка контроле

Компензација – Самоиндуковано повраћање (80%), злоупотреба лаксатива/диуретика

Преокупација – Прекомерна брига о телесној тежини и изгледу

Учесталост – ≥ 1 епизода недељно током 3 месеца

Физички симптоми:

Отечене паротидне жлезде

Ерозија зуба (перимолиза)

Жуљеви на рукама (Раселов знак)

Поремећаји електролита (хипокалемија)

ПРОЦЕНА

Дијагностички алати:

Самопроцена симптома

Брзи скрининг (≥ 2 „да“ = позитивно)

ЛАБОРАТОРИЈА – Електролити (K⁺, Cl⁻), рН желуца

ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Мултидисциплинарни тим:

Психијатар (фармакотерапија)

Психолог (КБТ, ДБТ)

Нутрициониста (нормализација исхране)

Стоматолог (оралне компликације)

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Акутна интервенција:

Стабилизација електролита:

Хипокалемија <3,0 ммол/л → ИВ замена

ЕКГ праћење (U талас, продужење QT интервала)

Нормализација исхране:

3 главна + 3 додатна оброка

Праћење 1 сат након јела (спречавање пражњење)

Психосоцијалне интервенције:

Дневник исхране (храна, емоције, епизоде)

Когнитивно реструктурирање (о слици тела)

Вежбе толеранције на стрес (уместо преједања)

СПЕЦИФИЧНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Управљање повраћањем:

Орална хигијена (неутрализација киселине)

Надоканда течности/електролита

Алтернативне активности након оброка

Превенција рецидива:

Идентификација окидача (стрес, изглед у огледалу)

Развој стратегија суочавања

Редовно праћење (тежина, лабораторијски налази)

УСКЛАЂЕНОСТ И КОМОРБИДИТЕТИ

Медицинске компликације:

Гастроинтестинални: Рефлукс, Малори-Вајсови руптури

Ендокрини: Аменореја, остеопороза

Срчани: Аритмије, пролапс митралне валвуле

Психијатријске коморбидитете:

Депресија (50-70%)

Анксиозни поремећаји (60%)

Злоупотреба супстанци (30%)

ПАЦИЈЕНТ И ПОРОДИЦА, ОБРАЗОВАЊЕ

Кључне поруке:

Није твоја кривица - то је болест

Опоравак је процес са успонима и падовима

Тежина није најважнији показатељ здравља

Савети за породицу:

Избегавајте коментаре о изгледу/храни

Будите подршка без осуђивања

Учествујте у породичној терапији

ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА

Индикатори успеха:

Смањење епизода преједања
Нормализација лабораторијских вредности
Побољшано емоционално функционисање
Повећан квалитет живота

ПРОТОКОЛУ ЗА НЕГУ

У болничком окружењу:

Контролни преглед после оброка (купатило закључано 1 сат)
Редовно мерење тежине (2 пута недељно, окренутим леђима)
Групна терапија (оброци + вежбе)

Амбулантно праћење:

Недељни састанци (дијета + психотерапија)
Месечни лабораторијски тестови
Праћење дугорочних компликација

Напомена: Булимија се може лечити свеобухватним лечењем. Стрпљење, подршка и професионални приступ су кључни. Сваки корак ка опоравку је важан.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА БУЛИМИЈОМ –ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: М. М.

Године: 22

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета, упућена од стране гастроентеролога)

Пратња: Самостално

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава пацијенткиње (иницијално опрезна): „Имам проблема са варењем... Повраћам.“

Касније, кроз разговор: „Не могу да се контролишем око хране. Појем све што видим, а

онда морам да се 'решим тога'."

Дијагноза (од стране лекара): Булимија, тип са изазивањем повраћања.

Тренутно стање током прегледа:

Свест: свесна, оријентисана.

Општи изглед: Тежина је уредна или благо повећана (BMI око 23). Лице је „пуније“ (отеклине жлезда паротида услед честог повраћања). Очи: инјектиране конјунктиве (црвене очи од напора при повраћању). Руче: ожиљци или огуљотине на зглобовима (Russell знак – од повређивања зубима при изазивању повраћања).

Понашање: Анксиозна, повучена, осећа срамоту. Тешко успоставља контакт очима.

Зуби: Ерозија зубне глеђи (посебно на унутрашњој страни), каријес.

Анамнеза садашње болести:

Пацијенткиња описује циклусе који трају већ 3 године:

Фаза преједања: Епизоде неконтролисаног уноса велике количине хране (често висококалоричне) у кратком временском периоду (нпр. 1–2 сата). Осећај губитка контроле током епизоде.

Фаза „прочишћавања“: Након преједања, снажан страх од добијања на тежини води компензаторним понашањима: самоизазвано повраћање (најчешће), злоупотреба лаксатива и/или диуретика, прекомерна вежба, строге дијете или гладује између циклуса.

Учесталост: До 5–7 циклуса недељно.

Лична анамнеза:

Соматско здравље: електролитни дисбаланс (низак ниво калијума – хипокалемија, што може довести до срчаних аритмија), ГЕРБ (рефлукс), чир на желуцу, неправилан менструални циклус.

Тренутна медикаментна терапија: PPI (лекови за смањење киселости желуца), суплементи калијума.

Алергије: Нема.

Начин исхране: Хаотичан. Периоди глади или строге дијете се смењују са епизодама преједања.

Елиминација: Учестала употреба лаксатива доводи до опстипације када се престане узимати.

Сан: Уредан.

Штетне навике: Повраћање, злоупотреба лаксатива.

Породична анамнеза:

Породица: Живи са цимерком. У вези је, али крије свој проблем од партнера.

Породична историја: Мајка је била на „дијетама“ целог живота, има дисторзиран однос са храном.

Социјално-економски статус и окружење:

Студенткиња. Финансијски трошак на храну за преједање је висок. Избегава друштвене ситуације које укључују храну (ручкови, рођендани) из страха од губитка контроле.

Тајновитост – циклусе обавља само у приватности.

Психолошки статус:

Преокупирана тежином и обликом тела – то је главна мера њеног самопоштовања.

Искривљена слика о телу (види се „дебелом“ иако је тежина нормална). Осећа екстремну срамоту, кривицу и одвратност према себи након епизоде. Анксиозна и депресивна. Ниско самопоштовање.

Сестринска процена и проблеми:

Неуредни обрасци исхране (преједање/повраћање) који угрожавају физичко здравље. Ризик од електролитног дисбаланса (посебно хипокалемија) и срчаних аритмија услед честог повраћања и злоупотребе лаксатива.

Оштећење гастроинтестиналног тракта (једњак, желудац, зуби).

Дисторзија слике о телу и прекомерна преокупираност тежином.

Ниско самопоштовање, анксиозност и осећај срама.

Социјална изолација и тајновитост.

Недостатак ефикасних механизма за суочавање са емоцијама (храна као механизам).

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 (Стабилизовати физиолошко стање):

- Редовно контролисати електролите (посебно калијум).
- Пратити ЕКГ због ризика од аритмија услед хипокалемије.
- Саветовати редовне стоматолошке прегледе.

Циљ 2 (Нормализовати обрасце исхране):

- Сарађивати са нутриционистом на изради структурираног плана оброка (3 главна

оброка + 2 ужине) да би се спречио осећај глади који може довести до преједања.
- Водити дневник исхране и расположења како би се идентификовали окидачи за преједање (нпр. досада, стрес, туга).

Циљ 3 (Рад на психолошким аспектима):

- Пружити психоедукацију о штетним ефектима повраћања и лаксатива.
- Радити на изградњи самопоштовања које није везано за изглед.
- Помоћи јој да препозна и изрази емоције (бес, тугу, анксиозност) уместо да их „гуши“ храном.
- Подстицати је да тражи психотерапију (Когнитивно-бихејвиорална терапија – КБТ је „златни стандард“ за булимију).

Циљ 4 (Смањити изолацију и срам):

- Нормализовати искуство – „Ово је болест, а не манир.“
- Охрабрити је да се повери неком од поверења (терапеуту, подржавајућем члану породице).
- Упутити је на групе подршке за поремећаје исхране.

Циљ 5 (Развити здраве механизме за суочавање):

- Идентификовати алтернативе преједању за суочавање са стресом (шетња, позив пријатељу, писање дневника, дисање).
- Одузети фокус са хране кроз развој других интереса и активности.

Потпис сестре : С. Н.

Суштина код булимије:

Сестринска улога је у подршци, едукација и усмеравање ка специјализованој помоћи. За разлику од анорексије, пацијенти са булимијом често осећају изузетну срамоту и кривицу и желе промену, али се осећају заробљени циклусом. Сестра мора да: Гради поверење и пружи безбедан простор за разговор о симптомима без осуђивања. Буде свесна хитних медицинских компликација (електролитни дисбаланс). Фокусира се на емоционалну бол која стоји иза понашања, а не само на храну. Охрабри специјализовани третман (КБТ), који је веома ефикасан за булимију.

ДЕЛИРИЈУМ ТРЕМЕНС ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Делиријум тременс (ДТ) је компликација која угрожава живот услед апстиненције од алкохола, а манифестује се израженом конфузијом, хиперактивношћу и флукутирајућим виталним знацима.

Кључне карактеристике:

Временски оквир: 48-96 сати након престанка/смањења конзумирања алкохола

Морталитет: 5-15% (нелечени случајеви)

Фактори ризика: дуга историја алкохолизма (>10 година), претходне епизоде ДТ, коморбидне инфекције/трауме

КЛИНИЧКА СЛИКА

Тријада симптома:

Глобална конфузија (дезоријентација, флукутирајућа свест)

Аутономна хиперактивност (ХР >120, Т >39°C, знојење)

Визуелне халуцинације (често животиње/инсекти)

Фазуми развоја:

Продромални – 6-24 сата: анксиозност, тремор, тахикардија

Рани – 24-48 сати: поремећај спавања, благе халуцинације

Потпуни ДТ – 48-72 сата: губитак контакта са стварношћу, хиперпирексија

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

Алкохолна халуциноза – без конфузије, аутономна нестабилност

Енцефалитис – позитиван ЛП, неуролошки дефицити

Неуролептички малигни синдром – екстрапирамидални симптоми, недавно примљени антипсихотици

ПРОТОКОЛ ХИТНЕ ТЕРАПИЈЕ

Стабилизација виталних функција:

Кисеоник: 2-4 Л/мин (SpO₂ >95%)

Хидратација: 0,9% NaCl 500-1000 мл/х (ЦВП монитор)

Електролити: $K^+ >4,0$ ммол/Л, $Mg^{2+} >0,8$ ммол/Л

Бензодиазепини (БЗД):

Диазепам – 10-20 мг ИВ на сваких 5-10 мин (акумулира се у ткивима)

Лоразепам – 2-4 мг ИВ/ИМ на сваких 20-30 мин (боље код хепатичне инсуфицијенције)

Мидазолам – инфузија 5-15 мг/х (за интензивну негу)

Циљ: седација без респираторне депресије (RASS -1 до -2)

Додатна терапија:

Тиамин 200-500 мг ИВ 3 пута дневно (профилактика Верникеове енцефалопатије)

Халоперидол 2-5 мг ИМ (само за тешку агитацију уз БЗД)

Пропофол (у рефракторним случајевима на интензивној нези)

ИНТЕНЗИВНА НЕГА

Параметри праћења:

Температура – сваких 30 мин, аларм $>39,5^{\circ}C$

Крвни притисак – континуирано, СКП <90 или >180

Сатурација – континуирано, $<92\%$

КК – сваких 12 сати, аларм >1000 ИУ/Л

Компликације:

Аспирациона пнеумонија (НГ сонде код дисфагије)

Епилептични напади (лоразепам 4 мг ИВ припремљен)

ПОСТАКУТНА НЕГА

Постепено смањење БЗД (20% дневно)

Орална суплементација (Mg^{2+} , мултивитамини)

Почетак рехабилитације од алкохолизма (дан 3-5)

Едукација пацијента:

Делиријум тременс је знак тешке зависности – поновљено, ненадзирано одвикавање може бити фатално

Апсолутна забрана „самодетоксикације“

Хитна помоћ због тремора или анксиозности

ПРЕВЕНЦИЈА

Пацијенти са високим ризиком:

БЗД профилактика (дiazepam 20 мг сваких 6 сати током првих 72 сата)

CIWA-Ag скала >15 захтева хоспитализацију
Контрола ензима јетре (однос АСТ/АЛТ >2)

ДОКУМЕНТАЦИЈА

Кључни елементи:

Временска линија (када је прекинуто пијење, појава симптома)

Одговор на БЗД (укупна доза за седацију)

Лабораторијски трендови (КК, електролити, АБГ)

ПРОТОКОЛ НЕГЕ:

Параметри бодовања (0-7 по ставки):

Мучнина/повраћање

Тремор

Пароксизмално знојење

Анксиозност

Агитација

Тактилне/визуелне халуцинације

Главобоља

≥15 поена = висок ризик за ДТ

НАПОМЕНА: Делиријум тременс је медицинска хитност која захтева агресивну интервенцију. Уз благовремено лечење, морталитет се смањује на испод 1%. Рано препознавање и адекватна седација су кључни.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ДЕЛИРИЈУМ ТРЕМЕНСОМ- ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: Д.Ј.

Године: 82

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024. (Хитни пријем, због пада и дезоријентације)

Пратња: Син

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава сина: "Мама је синоћ почела да се понаша чудно. Збуњена је, види ствари које не постоје и виче ноћу. До пре 2 дана је била потпуно јасна."

Изјава пацијенткиње (током луцидних интервала): "Где сам ја? Шта се дешава?"
(Узнемирана и преплашена).

Изјава пацијенткиње (током епизоде делиријума): "Видим пауке на зиду! Скините их!"
(Визуелне халуцинације). "Молим вас, спасите ме од тих људи!" (Параноја).

Дијагноза (од стране лекара): Делиријум, вероватно узрокован инфекцијом уринарног тракта (ИУТ) и дехидратацијом.

Тренутно стање током прегледа:

Свест: Флукутирајућа. Периоди релативне јасноће смењују се са периодима дубоке збуњености.

Оријентација: Дезоријентисана лично, просторно и временски. Не зна где је, који је дан.

Пажња: Драматично оштећена. Не може да прати разговор, лако се омета, тешко усредсређује пажњу.

Општи изглед: Немирна, агитована, покушава да устане из кревета. Преплашена. Израз лица је збуњен.

Говор: Неповезан, неорганизован ("салата од речи"). Брзо прелази са једне теме на другу.

Перцепција: Визуелне халуцинације (види инсекте, животиње, људе у соби).

Параноичне идеје (верује да медицинско особље жели да је повреди).

Ноћу погоршање симптома, несаница, узнемиреност.

Анамнеза садашње болести:

Према сину, стање се нагло погоршало пре око 36 сати. Пре тога, пацијенткиња је била потпуно оријентисана и функционална. Приметили су да је мало пила и да је

температура била благо повишена. Уочили су и да је неко време мирис урина био јак. Пад се догодио услед збуњености и немира.

Лична анамнеза (узета од сина):

Основни узрок (преципитирајући фактор): Инфекција уринарног тракта (ИУТ), дехидратација.

Предиспонирајући фактори:

Узраст (више од 65 година).

Блага когнитивна оштећења (претходно недијагностикована).

Сензорни дефицит (слабији вид, наглувост).

Хроничне болести: блага деменција, хипертензија.

Тренутна медикаментна терапија: Лекови за крвни притисак. Недавно је почела да узима нови лек за спавање (бензодиазепин).

Алергије: Пеницилин.

Начин исхране и хидратације: Смањен унос течности последњих дана.

Елиминација: Уринарна инконтиненција која је нова или погоршана.

Сан: Поремећен, несаница, ноћна узнемиреност.

Породична анамнеза:

Породица: Удовица. Живи сама, али син је у свакодневном контакту.

Деца: Један син (главни старатељ).

Социјално-економски статус и окружење:

Живи у свом стану. Промена окружења (хоспитализација) је додатни фактор стреса који погоршава делиријум.

Психолошки статус:

Преоплаћена страхом, збуњеношћу и анксиозношћу. Не разуме шта јој се дешава, што појачава терор. Може бити агресивна из страха (борба или бекство).

Сестринска процена и проблеми:

Акутна збуњеност и дезоријентација услед основног соматског обољења (ИУТ, дехидратација).

Ризик од повреде (падови) услед агитације, немира и покушаја бекства из постеље.

Перцептивне сметње (халуцинације) и параноја које изазивају страх и узнемиреност.

Поремећени обрасци спавања и ноћна узнемиреност.

Ризик од дехидратације и потхрањености услед немогућности да се самостално храни и пије.

Анксиозност и страх услед промене околине и губитка контроле.

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 (Идентификовати и третирати узрок):

- Прикупити урин за анализу и културу (због ИУТ).
- Започети интравенске антибиотике и рехидратацију по лекарској ординацији.
- Прегледати листу лекова са лекаром (посебно нови бензодиазепин).

Циљ 2 (Обезбедити безбедност):

- Континуирано мотрење (могуће је потребно један-на-један).
- Поставити кревет у најнижи положај, подићи ограде.
- Користити најмање рестриктивне мере – пратити пацијента, поседети са њом, а не везивати је. Везивање погоршава делиријум.
- Уклонити опасне предмете из околине.

Циљ 3 Смањити збуњеност и анксиозност :

- Оријентисати је често и стрпљиво: "Добар дан, госпођо Јанковић. Ја сам Марко, ваша сестра. Ви сте у болници, у Београду. Данас је понедељак."
- Поставити велики календар и сат на уочљивом месту.
- Објашњавати све процедуре једноставним језиком, пре него што их започнете.
- Смањити сензорно оптерећење: Смањити буку, искључити ТВ, пригушити светла ноћу.
- Охрабрити присуство породице – познато лице је умирујуће.

Циљ 4 Подржати физиолошке функције:

- Подстицати унос течности малим гутљајима често.
- Пружити једноставну, лако сварљиву храну уз помоћ.
- Пратити унос и излучивање течности.

Циљ 5 Регулисати сан:

- Обезбедити мирно, тихо окружење ноћу.
- Избегавати дуго дремање током дана.
- Користити благе технике релаксације (тиха музика, умирујући додир).

Потпис сестре: М.И. техничар

Суштина код делиријума:

Сестринска улога је кључна у превенцији, раном препознавању и збрињавању. Сестра је често прва која уочава промене у когнитивном статусу пацијента. Главни принципи су: Прво узрок, па симптоми: Главни фокус је на откривању и лечењу основног соматског обољења које је изазвало делиријум.

Безбедност изнад свега: Спречити да збуњени и преплашени пацијент науди себи.

Оријентација и умирење: Стално, стрпљиво објашњавање где је пацијент и шта се дешава смањује страх.

Смањење сензорног оптерећења: Бучна, хаотична околина погоршава делиријум.

Мирна и предвидива околина га ублажава.

Укључивање породице: Породица пружа познату, умирујућу везу са стварношћу.

ДЕПРЕСИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Депресија је широко распрострањен ментални поремећај који карактеришу стални осећаји туге, губитак интересовања и смањена енергија.

Епидемиологија:

- Преваленција: 5-10% популације
- Почетак: Може почети у било ком узрасту, најчешће између 20-40 година
- Разлике по полу: Жене су погођене 2 пута чешће

Кључне карактеристике:

Карактеристике Велика депресивна епизода Дистимија (Хронична депресија)

Трајање >2 недеље >2 године

Интензитет Тешки симптоми, благи, али дуготрајни

Оштећено функционисање, делимично оштећено

2. ДИЈАГРАМ СИМПТОМА

Емоционални симптоми:

- Продужена туга
- Осећај безнађа
- Губитак интересовања за активности

Физички симптоми:

- Умор
- Промене апетита (губитак/добитак)
- Несаница или прекомерно спавање

Когнитивни симптоми:

- Тешкоће са концентрацијом
- Осећај безвредности
- Суицидалне мисли

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

- Смањење ризика од самоубиства – Континуирано праћење
- Побољшање функционисања – Подршка у свакодневним активностима
- Едукација пацијента и породице – Разумевање болести
- Правилна примена терапије – Редовно узимање лекова
- Превенција рецидива – Праћење раних знакова погоршања

4. ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Опис функције

Процена ризика МСЕ (Испитивање менталног статуса), процена суицидалности

Праћење терапије Контрола нежељених ефеката (седација, гастроинтестинални поремећаји)

Психолошка подршка, активно слушање, мотивационе технике

Едукација пацијента. Објашњење антидепресива и њихових ефеката

Координација са тимом. Сарадња са психијатром, психологом, социјалним радником

Кризне интервенције, поступак за суицидалне мисли, агресију

5. ДЕТАЉНЕ ПРОЦЕДУРЕ

5.1 Пријем пацијента

1. Процена ризика – Суицидалне мисли, претходни покушаји
2. Физички преглед – Искључивање соматских узрока (хипотиреоза, недостатак витамина)
3. Обезбеђивање безбедног окружења – Уклањање потенцијално опасних предмета

5.2 Процена стања

1. Ментално стање (МСЕ):

2. Афект (туга, апатија)
3. Когнитивне функције (концентрација, памћење)

Суицидални ризик:

1. „Да ли сте размишљали о повређивању себе?“
- 2- „Имате ли конкретан план?“

5.3 Терапеутске технике

1. Когнитивно-бихејвиоралне стратегије – Промена негативних мисли
2. Структуриране активности – Дневни план (шетња, читање)
3. Технике релаксације – Дијафрагмално дисање

5.4 Праћење терапије

1. Редовна употреба антидепресива (SSRI, SNRI)
2. Нежељени ефекти:
 - Мучнина (пролази после 1-2 недеље)
 - Седација (прилагођавање времена узимања)
3. Бележење промена – Побољшање расположења, апетита

5.5 Документација

1. Дневни записи – Промене у понашању
2. Извештаји о суицидалности – Предузете акције у кризним ситуацијама

6. КРИЗНЕ СИТУАЦИЈЕ

Поступак сценарија

Суицидалне мисли

1. Директна питања
2. Уклањање опасних предмета
3. Континуирано праћење

Одбијање терапије

1. Разговор о страховима
2. Едукација о лековима
3. Алтернативни облици подршке

Агресивно понашање

1. Безбедна дистанца
2. Смирен глас
3. Позив кризног тима

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

- Смањење суицидалности ризик
- Побољшано расположење и мотивација
- Боља терапијска сарадња
- Смањена стопа рецидива

ДОДАТАК: УГОВОР О НЕСАМОПОВРЕЂИВАЊУ (ЗА ДЕПРЕСИЈУ)

Пример:

„Ја, _____, обавезујем се да нећу себи наудити у наредних 24 сата. Ако доживим суицидалне мисли, позваћу _____ на _____ или отићи у _____ (безбедно место).“

Потпис пацијента: _____

Потпис медицинске сестре: _____

Датум: _____

Овај практикум пружа свеобухватан приступ лечењу пацијената са депресијом, са нагласком на превенцију суицидалности, одговарајућу терапију и психосоцијалну подршку.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ДЕПРЕСИЈОМ-ПРИМЕР

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: А. А.

Године: 42

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024.

Дијагноза (Fxx.x): Депресивна епизода, тешког степена (тачна шифра се ставља према ICD-10)

Разлог доласка / главна тегоба:

Изјава пацијента: „Више немам снаге низашта. Све је црно, плачем цео дан и не видим смисао ни у чему. Породица ме наговорила да дођем.“

Дијагноза (од стране лекара): Депресивна епизода са анхедонијом, психомоторном ретардацијом и суицидалним мислима

Тренутно стање:

Свест: свесна , оријентисана, просторно и временски.

Пажња: Сметена, тешко се концентрише на питања.

Општи изглед: Занемареног изгледа, спори покрети. Одећа неуредна, коса неочешљана.

Очи: Гледа у под, избегавава контакт.

Мимика: Оскудна, „маскирано лице“.

Говор: Тих, монотон, спор.

Психомоторни статус: Успорен, седи погрбљено, руке мирне.

Афект: Депресиван, немоћан, безнадежан.

Витални знаци:

Крвни притисак: 115/75 mmHg

Пулс: 58 у минути

Дисање: 14 у минути

Температура: 36,7 °C

Анамнеза садашње болести:

Прве тегобе јавиле се пре око 6 месеци након губитка посла. Стање се постепено погоршавало. Пре 2 месеца престала да излази из стана и да се дружи. Последње 2 недеље изражене су суицидалне мисли типа „боље би било да ме нема“, али пориче конкретан план. Породица приметила повлачење и губитак апетита.

Лична анамнеза:

Терапија: Није била на терапији. (Након прегледа лекара: „Започет третман ССРИ-ом“).

Алергије: Нема познатих алергија.

Психијатријска анамнеза: Прва епизода.

Соматска анамнеза: Без хроничних болести.

Исхрана: Последња 2–3 месеца изразито слаб апетит. Изгубила 7–8 кг.

Елиминација: Повремена опстипација.

Сан: Ремети се, буди се у 4–5 часова, не може поново да заспи. Умор током дана.

Штетне навике: Не пуши, не пије алкохол.

Породична анамнеза:

Супруг: Разведена 3 године.

Деца: Једна ћерка (15 година, живи са пацијенткињом).

Родитељи: Отац имао проблеме са алкохолом, преминуо. Мајка жива, лечена због анксиозности.

Социјално-економски статус и окружење:

Живи са ћерком у двособном стану. Финансијски несигурна, живи од уштеђевине и помоћи родитеља. Подршку пружа сестра пацијенткиње.

Психолошки статус:

Депресивна, анксиозна, безнадежна. Осећа кривицу што „не може бити добра мајка“. Изражава осећај несигурности и терета.

Суицидалне мисли: Присутне (пасивне), без конкретног плана.

Процењен ризик од суицида: Умерен.

Сестринска процена и проблеми:

Ризик од самоповређивања услед безнадежности и суицидалних мисли.

Оштећена способност за бригу о себи услед губитка енергије.

Поремећен образац спавања.

Потхрањеност услед губитка апетита.

Социјална изолација и дисфункционални породични односи.

Недостатак наде и очајање.

План сестринске неге:

Циљ 1 – Спречавање самоповређивања: континуирана процена ризика, безбедна околина, поверење и емоционална подршка, подстицање на изражавање осећања.

Циљ 2 – Побољшање личне хигијене: помоћ и подстицање у свакодневним активностима, похвала за напредак.

Циљ 3 – Регулација сна: успостављање дневне рутине, избегавање дремки, примена техника релаксације.

Циљ 4 – Побољшање исхране: чести мањи оброци, праћење телесне тежине, подстицање уноса течности.

Циљ 5 – Смањење социјалне изолације: укључивање у групне активности, одржавање контакта са породицом.

Потпис сестре анамностичара: Ј. П.

ЕПИЛЕПСИЈА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Епилепсија је неуролошки поремећај који карактеришу понављајући, ничим изазвани епилептични напади који настају услед абнормалне електричне активности у мозгу.

Епидемиологија:

Преваленција: 0,5-1% популације

Почетак: Може почети у било ком узрасту (најчешћи у детињству и старијој доби)

Врсте напада: Фокални, генерализовани, некласификовани

Кључне карактеристике:

Карактеристике	Фокални напади	Генерализовани напади
Почетак	Локализовани у једном делу мозга	Захватају цео мозак
Свест	Може бити очувана (симплекс) или ослабљена (комплекс)	Увек ослабљена
Трајање	Обично <2 минута	1-3 минута

2. ДИЈАГРАМ СИМПТОМА

Фокални симптоми:

Моторни (трзаји једног дела тела)

Сензорни (чудни осећаји)

Аутономни (знојење, убрзан рад срца)

Психички (дежа ви, страх)

Генерализовани симптоми:

Тонично-клонични (гранд мал):

Губитак свести

Укоченост, а затим конвулзије

Проширење зеница

Абсенс (петит мал):

Краткотрајан губитак свести

„Гледање у празно“

Постиктална фаза:

Конфузија

Умор

Главобоља

3. ЦИЉЕВИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Превенција повреда током напада
Правилна употреба антиепилептичке терапије
Праћење и документовање напада
Едукација пацијента и породице
Препознавање статуса епилептикуса

4. ЗАДАЦИ НЕГЕ

Опис функције
Надзор и заштита
Обезбеђивање безбедног окружења током напада
Праћење терапије
Контрола нежељених ефеката АЕД-а (антиепилептичких лекова)
Документација
Детаљно бележење карактеристика напада
Едукација
Објашњење окидача и превенција
Хитна интервенција
Поступак за статус епилептикуса

5. ДЕТАЉНИ ПОСТУПЦИ

5.1 Поступак током напада

Заштита од повреда:

- Положите пацијента на безбедну површину
- Ставите меку површину испод главе
- Уклоните опасне предмете у близини

Шта НЕ треба радити:

- Не држите на силу
- Не стављајте ништа у уста
- Не давати течност током напада

Праћење времена:

Забележите почетак и крај напада
Ако траје >5 мин - хитна интервенција

5.2 Поступак након напада

Постиктална нега:

Поставити у бочни положај

Обезбедити пролазност дисајних путева

Обезбедити одмор

Документација:

Врста напада

Трајање

Понашање пре и после

5.3 Праћење терапије

Антиепилептици:

алпроат, карбамазепин, леветирацетам

Редовна употреба (не прескакати дозе)

Нежељена дејства:

Поспаност, вртоглавица

Осип на кожи (карбамазепин)

Тремор (валпроат)

Лабораторијски параметри:

Нивои лекова у крви

Ензими јетре

6. КРИЗНЕ СИТУАЦИЈЕ (STATUS EPILEPTICUS)

Детаљи поступка

1. Хитна интервенција - Диазепам ректално 10-20 мг

- Лоразепам интравенозно 4 мг

2. Обезбеђивање дисајних путева - Припрема за интубација

- Терапија кисеоником

3. Контрола напада - Фенитоин ИВ 15-20 мг/кг

- Валпроат ИВ 25-45 мг/кг

4. Праћење виталних функција - ЕКГ мониторинг

- Контрола гасова у крви

7. ОЧЕКИВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Смањење учесталости напада

Правилна примена терапије

Смањење ризика од повреда

Едукована породица о лечењу

ДОДАТАК: ЕДУКАЦИЈА ПАЦИЈЕНТА

Шта избегавати (окидачи):

Недостатак сна

Стрес

Алкохол

Трепћуће светло (фотосензитивно)

Када потражити хитну помоћ:

Напад траје >5 мин

Поновљени напади без повратка свести

Повреда током напада

Дневник напада:

Датум и време

Опис симптома

Могући узроци

Трајање

Овај практикум пружа свеобухватан приступ лечењу пацијената са епилепсијом, са нагласком на безбедност напада, правилну терапију и едукацију пацијената.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА КОД ПАЦИЈЕНТА СА ЕПИЛЕПСИЈОМ- ПРИМЕР

1. Основни подаци о пацијенту

Име и презиме: Н.Н.

Године: 28

Пол: мушки

Датум пријема: 23.05.2024. (контролни преглед / пријем након напада)

Пратња: супруга

2. Разлог доласка / главна тегоба

Изјава супруге: „Имао је један велики напад јуче, са грчевима и губитком свести. То је први пут након две године.“

Изјава пацијента: „Не сећам се ничега из напада. Сећам се само да сам осетио онај чудни мирис гореле гуме пре него што сам пао.“ (аура – олфакторна халуцинација).

Дијагноза (од стране лекара): епилепсија, фармакорезистентна, са фокалним нападима и секундарном генерализацијом.

3. Тренутно стање током прегледа

Свест: свесна, оријентисана. Постиктална конфузија је прошла.

Општи изглед: умор, ожиљак на језику (услед грчења), огуљотина на рамену (услед пада).

Когнитивне функције: очуване, реакције успорене (уобичајено након напада).

Витални знаци: уредни.

4. Анамнеза болести (специфично за епилепсију)

Тип напада: фокални напад који започиње у темпоралном режњу (аура: мирис гореле гуме), затим секундарна генерализација (тоничко-клонички грчеви, губитак свести).

Учесталост: један до два напада годишње. Ово је први након две године ремисије.

Трајање: сам напад траје један до два минута, постиктална фаза 15–20 минута.

Окидачи: нередован сан, изостављање дозе антиепилептика (заборавио лек два дана), стрес, повремена употреба алкохола.

Прва помоћ: супруга га положила на под, окренула на страну, подметнула јастук под главу. Није покушавала да отвори уста или држи пацијента.

5. Лична анамнеза

Терапија: карбамазепин 400 мг, два пута дневно (недавно пропуштене дозе).

Алергије: нема.

Историја болести: епилепсија дијагностикована са 16 година. Других хроничних болести нема.

Повреде везане за нападе: у претходним епизодама сломљен зуб, истегнуће рамена.

Начин живота: не вози аутомобил, купа се искључиво туширањем, пази на сан.

6. Породична анамнеза

Ожењен, без деце. Супруга добро упозната са пружањем прве помоћи.

Ујак са очеве стране боловао од епилепсије.

7. Социјално-економски статус и окружење

Запослен у канцеларији. Забринут за безбедност на послу (рад са машинама, висина). Страх од стигме – дијагнозу крије од послодавца и колега. Ограничена возачка дозвола.

8. Психолошки статус

Анксиозан због непредвидивости напада. Фрустриран ограничењима у свакодневном животу. Осећа кривицу према супрузи. Забринут за запослење и могуће повреде. Ниско самопоуздање.

9. Сестринска процена и проблеми

- Ризик од повреда услед губитка свести и падова.
- Анксиозност и страх од поновних напада.
- Нередовно узимање терапије.
- Ограничења у кретању и раду, смањен квалитет живота.
- Социјална стигма и осећај изолације.
- Умор и когнитивне сметње након напада или као нуспојава терапије.

10. План сестринске неге и подршке

Циљ 1 – превенција повреда:

Едукација пацијента и породице о безбедности (туширање уместо купања, опрез при кувању, избегавати пламен и врућу воду). Саветовање о ношењу медицинске наруквице.

Циљ 2 – унапређење редовног узимања терапије:

Едукација о значају редовне терапије. Организација помоћу кутија за лекове и подсетника. Разговор о нуспојавама.

Циљ 3 – идентификација и избегавање окидача:

Вођење дневника напада (датум, трајање, окидачи, аура). Нагласити важност сна и управљања стресом. Потпуно избегавање алкохола.

Циљ 4 – емоционална подршка и едукација:

Нормализација осећања анксиозности. Едукација породице о првој помоћи:

- Остати смирен.
- Положити пацијента на под, у безбедан положај.
- Окренути га на бок (стабилни бочни положај).

- Подметнути мекан предмет под главу.
 - Не стављати ништа у уста.
 - Не покушавати задржавање грчева.
 - Пратити трајање напада.
 - Остати уз пацијента у постикталној фази.
- Упућивање у саветовалиште или групе подршке.

Циљ 5 – промоција здравог начина живота:

Редован сан, уравнотежена исхрана, умерена физичка активност (шетња, лагано трчање, уз сагласност неуролога). Саветовање о планирању породице.

Потпис сестре : А Ј

Закључак:

Сестринска улога код епилепсије је едукативно-подршка. Циљ није само контрола напада лековима, већ и оспособљавање пацијента и породице за безбедан и што квалитетнији живот. Најважнији су прецизан опис напада, правилна прва помоћ, редовно узимање терапије, препознавање окидача и психосоцијална подршка.

ПОРЕМЕЋАЈИ ЛИЧНОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

1. УВОД И ДЕФИНИЦИЈА

Поремећаји личности су дубоко укорењени и трајни обрасци понашања, мишљења и емоционалног реаговања који значајно одступају од очекивања културе особе, доводе до дистреса или оштећења функционисања и нису последица другог менталног стања, физиолошких ефеката супстанци или здравственог стања.

Епидемиологија:

Преваленција: 6-13% опште популације

Пол: варира у зависности од типа (нпр. гранични чешће код жена, антисоцијални чешће код мушкараца)

Почетак: адолесценција или рана одрасла доб.

Врсте (кластери): Кластер А (Чудни, ексцентрични): Параноидни, Шизоидни, Шизотипални Кластер Б (Драматични, емоционални, непредвидиви): Антисоцијални, Гранични, Хистрионски, Нарцисоидни Кластер Ц (Анксиозни, уплашени): Избегавајући, Зависни, Опсесивно-компулзивни.

2. КЛИНИЧКА СЛИКА

Карактеристике по кластерима:

Кластер | Тип | Кључне карактеристике |

А (Чудни) | Параноидни | Неповерење, сумњичавост, осетљивост на одбацавање |
| Шизоидни | Одвојеност од социјалних односа, ограничен распон емоција |

| Шизотипални | Нелагодност у блиским односима, чудна уверења/понашања |

Б (Драматични) | Антисоцијални | Занемаривање права других, безсавесност, агресивност |

| Гранични | Нестабилност односа, емоција, импулсивност, страх од напуштања |

| Хистрионски | Претерана емотивност, тражење пажње, провокативно понашање |

| Нарцисоидни | Грандиозност, потреба за дивљењем, недостатак емпатије |

| Ц (Анксиозни) | Избегавајући | Социјална инхибиција, осећај неадекватности, преосетљивост на критику |

| Зависни | Потреба за претераном бригом, потчињавање, страх од напуштања |

| Опсесивно-компулзивни | Преокупација редом, савршенством, контролом |

3. ПРОЦЕНА СТАЊА

Дијагностички алати:

Структурисани клинички интервју (SCID-II)

Клиничка процена менталног статуса (фокус на одбрамбене механизме, квалитет међуљудских односа)

Кључни аспекти процене:

- Дуговремен образац функционисања (посао, односи)
- Механизми одбране
- Квалитет интерперсоналних односа
- Способност за саморефлексију (увид)

4. ТЕРАПЕУТСКИ ПРИСТУП

Психотерапија (примарни третман):

-Дијалектичко-бихејвиорална терапија (ДБТ): Златни стандард за гранични поремећај личности.

-Когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ): Рад на дисфункционалним шемама и уверењима.

- Развијање способности разумевања сопствених и туђих менталних стања.
- Психодинамичка психотерапија: Рад на несвесним конфликтима и одбрамбеним механизмима.

Фармакотерапија (симптоматска):

Антидепресиви (ССРИ):*За симптоме депресије, импулсивност, афективну нестабилност.

Стабилизатори расположења: За афективну нестабилност и импулсивност (нпр. валпроат, ламотригин).

Атипични антипсихотици: За когнитивне пертурбације, параноиду, агресију (нпр. оланзапин, рисперидон).

5. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА И УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Кључне интервенције медицинске сестре:

1. Успостављање терапеутског односа и граница:
 - Јасно дефинисање улога и правила сарадње.
 - Доследност, поузданост и професионална дистанца.
2. Управљање кризама и афективном нестабилношћу:
 - Препознавање и валидовање емоција пацијента.
 - Подучавање вештина суочавања (опуштање, преусмеравање пажње).
 - Деескалација напетости и самоповређивајућих импулса.
3. Рад на односима и интерперсоналним потешкоћама:
 - Помагање пацијенту да разуме како његово понашање утиче на друге.
 - Вежбање социјалих вештина и комуникације.
4. Превенција и управљање самоповређивањем и суицидалношћу:
 - Редовна процена ризика.
 - Разрада безбедносног плана.
 - Јасан протокол за хитне интервенције.
5. Едукација пацијента и породице:
 - Објашњење природе поремећаја.
 - Пружање информација о терапији и ресурсима за подршку.

6. СПЕЦИФИЧНЕ ПРОЦЕДУРЕ И ИЗАЗОВИ

У раду са различитим кластерима:

Кластер А (нпр. Параноидни): Избегавати конфронтацију, бити транспарентан, не инсистирати на блискости.

Кластер Б (нпр. Гранични): Фокусирати се на стабилизацију емоција, ићи "кратким корацима", управљати "сплитовањем" (идеализација/обезвређивање).

Кластер Ц (нпр. Избегавајући): Подстицати постепено излагање, пружати подршку и охрабрење, нормализовати страх.

Управљање контра-преносом:

* Сестра мора бити свесна сопствених емоционалних реакција (нпр. фрустрација, бес, претерана заштитничка жеља) и тражити супервизију.

7. КОМОРБИДИТЕТ И КОМПЛИКАЦИЈЕ

Чести коморбидитети:

- Афективни поремећаји (депресија, биполарни)
- Анксиозни поремећаји
- Поремећаји употребе супстанци
- Поремећаји у исхрани

Дугорочне компликације:

- Социјална изолација
- Незапосленост и финансијски проблеми
- Правни проблеми (посебно код антисоцијалног ПЛ)
- Физичке последице самоповређивања

8. ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈЕ

Мере успеха:

- Смањење учесталости и интензитета криза.
- Побољшање интерперсоналних односа.
- Повећање способности коришћења адаптивних вештина суочавања.
- Смањење самоповређивајућег и суицидалног понашања.
- Побољшање задовољства квалитетом живота.

Протоколи неге:

У болничком окружењу:

- Јасно успостављен дневни распоред и структура.
- Редовни тимски састанци за размену информација и стратегија.
- Фокус на безбедност и превенцију самоповређивања.
- Доследно постављање и одржавање граница.

У амбулантном окружењу:

- Редовне седмичне сесије психотерапије.
- Подучавање и вежбање вештина из ДБТ или других модела.
- Укључивање чланова породице у едукацију и подршку.
- Дугорочно праћење због хроничне природе поремећаја.

НАПОМЕНА: Рад са поремећајима личности је дуготрајан и изазован. Кључ успеха лежи у стрпљењу, доследности, тимском раду и сталном професионалном развоју. Изградња поверења и терапеутског савеза је од фундаменталне важности за било какве позитивне промене.

СЕСТРИНСКА АНАМНЕЗА ЗА ПАЦИЈЕНТА СА ПОРЕМЕЋАЈЕМ ЛИЧНОСТИ (ГРАНИЧНИ ПОРЕМЕЋАЈ ЛИЧНОСТИ – ВРД)

Основни подаци о пацијенту:

Име и презиме: Ј.Ј.

Године: 26

Пол: Женски

Датум пријема: 23.05.2024. (Амбулантна посета / Хитни пријем након суицидалне кризе)

Пратња: Понекад сама, понекад са другарицом (односи су нестални)

Разлог доласка / Главна тегоба:

Изјава пацијенткиње: "Осећам се празно и очајно. Мом момку је доста мене, напустиће ме. Боље да се убијем него да останем сама." (Страх од напуштања, емотивна нестабилност, суицидалне мисли)

Дијагноза (од стране лекара): Гранични поремећај личности (F60.3), егзацербација симптома

Тренутно стање током прегледа:

Свест: свесна, оријентисана

Општи изглед: Може варирати – од уредне до запуштене зависно од расположења.

Повремено има ожиљке од самоповређивања (засеци на предњим странама подлактица)

Говор: Интензиван, драматичан, црно-бели ("Он је савршен" / "Он је најгори човек на свету")

Афект: Лабилан – може брзо да пређе од очаја и беса до идеализације ("Ви сте једина

која ме разуме")

Интеракција: Може бити веома зависан и повезан или неповерљив и оптерећујућ, често тестира границе медицинског особља

Анамнеза болести (дугорочни образац):

Пацијенткиња описује дугогодишњи образац који почиње у адолесценцији:

Интензивни, нестабилни међуљудски односи: Циклуси идеализације и обесхваћивања у везама

Осећај празнине: Хронични осећај досаде и празнине

Идентитет: Нестабилна слика о себи – не зна ко је, шта жели, често мења послове, пријатеље, изглед

Импулзивност: Новчана потрошња, ризични сексуални односи, злоупотреба супстанци, промене прехранбених навика

Афективна нестабилност: Интензивне епизоде анксиозности, раздражљивости или дисфорије које трају неколико сати

Напади беса: Неодговарајући, интензиван бес; проблем са контролом беса

Параноидне идеје или тешки дисоцијативни симптоми под стресом (осећај отуђености од себе)

Лична анамнеза:

Историја самоповређивања: Повремено се сече ("да осети бол уместо празнине", "да се казни")

Суицидалне гесте: Више хоспитализација због суицидалних претњи или покушаја (често након сукоба у вези)

Коморбидитет: Анксиозни поремећај, депресивни поремећај, поремећај исхране

Начин исхране: Импулзиван – периоди преједања

Сан: Уређен осим у периодима кризе

Штетне навике: Повремено прекомерна потрошња алкохола да "ублажи бол"

Породична анамнеза:

Породица: Разведени родитељи. Конфликтан однос са мајком, трауматично детињство (емотивно занемаривање, могуће и злостављање)

Породична историја: Мајка има "проблеме са расположењем"

Социјално-економски статус и окружење:

Нестабилно запослење (често мења послове)

Финансијски проблеми услед импулзивне потрошње

Веома нестабилни љубавни односи

Губи пријатеље због интензитета

Психолошки статус:

Преплављена емоцијама

Очајна и безнадежна

Сматра се "лошом" и "не вредном" љубави

Има страх од напуштања који је неподношљив

Ризик од суицида је висок током криза

Сестринска процена и проблеми:

Ризик од самоповређивања или суицида услед интензивног емоционалног бола и страха од напуштања

Емоционална дисрегулација – немогућност да се носи са интензивним емоцијама на адаптиван начин

Импулзивно понашање које угрожава њену безбедност и стабилност

Нестабилни међуљудски односи који доводе до социјалне изолације

Хроничан осећај празнине и несигурност у идентитет

Ризик од дисоцијације под стресом

План сестринске неге и подршке:

Циљ 1 (Управљање кризом и безбедношћу):

- Континуирано процењивати ризик од суицида (нпр. користећи SAD PERSONS скалу)
- Развити безбедносни план са пацијенткињом: који су њени "окидачи"? ко су људи које може да позове? шта може да уради уместо самоповређивања?
- Поставити јасне, доследне границе у вези прихватљивог понашања

Циљ 2 (Подучавање вештина регулације емоција):

- Увести концепт "оправданих емоција, али неоправданих акција"
- Подучити вештинама из DBT (Дијалектичко-бихејвиорална терапија):
- Подношење невоље: како да преживи кризу без погоршања ситуације
- Осмирење: технике за смањење анксиозности (дубоко дисање, grounding)
- Ефикасна интерперсонална комуникација

Циљ 3 (Рад на стабилизацији и идентитету):

- Помагати јој да идентификује стабилне елементе у свом животу (хоби, посао, један пријатељ)
- Охрабривати вођење дневника ради препознавања образаца у расположењу и односима

- Валидирати њена осећања без подстицања драматичног понашања

Циљ 4 (Подршка и едукација):

- Едуковати је да је BPD стање које се може лечити уз специјализовану терапију (DBT као златни стандард), а не лична мана

- Упутити на DBT програм или психотерапију специјализовану за поремећаје личности

- Упутити на групе подршке

- Радити на прихватању одговорности за сопствене поступке, уместо окривљавања других

Потпис сестре : С. Н.сестра

Суштина код поремећаја личности (нарочито BPD):

Сестринска улога је граница, валидирајућа и веома изазовна. Циљ је:

- Одржати безбедност током емоционалних криза

- Помоћи пацијенту да научи да регулише своје емоције уместо да реагује импулсивно

- Пружити доследност и предвидивост која супротставља њиховој унутрашњој хаотичности

- Избећи замку идеализације и обезвређивања – остати професионалан, саосећајан

- Усмерити ка дугорочној, специјализованој психотерапији која је кључ за опоравак

- Чувати себе од емоционалног сагоревања због исцрпљујућих односа са овим пацијентим.

Закључак

Практикум здравствене неге у психијатрији, организован од стране Института за ментално здравље у Београду, представља свеобухватну и иновативну платформу за континуирано усавршавање медицинских сестара и техничара. Кроз своју вишедеценијску традицију, Институт је израстао у водећу регионалну установу која интегрише клинички рад, истраживање и едукацију, са посебним нагласком на мултидисциплинарни приступ и дестигматизацију менталних поремећаја. Овај практикум не само да стандардизује процедуре и унапређује практичне вештине – од комуникације са пацијентима и праћења менталног статуса до рада у кризним ситуацијама – већ и подстиче међуклиничку сарадњу и размену искустава. Кроз примену конкретних симулација, анализе реалних случајева и фокус на етичке принципе, практикум обезбеђује да здравствени радници буду спремни да пруже квалитетну, безбедну и хуману негу пацијентима свих узраста. Посебан допринос чини интеграција историјског искуства Института, од пионирских корака у тимској психијатријској пракси 1960-их година до савремених терапијских модела, што чини овај практикум мостом између традиције и иновација. Његова реализација, уз активно учешће стручњака из свих клиничких одељења, потврђује посвећеност Института изградњи компетентног и емпатичног кадра, кључног за унапређење менталног здравља у Србији и региону.

Практикум је осмишљен како би оспособио медицинске сестре и техничаре за рад са пацијентима у психијатрији кроз примену савремених стандарда неге, етичких начела и мултидисциплинарног приступа. Учешћем у овом програму, полазници стичу неопходне вештине за самостално и тимско доношење одлука, унапређујући квалитет неге и подршке пацијентима.

ТЕСТ 1: КОМУНИКАЦИЈА СА ПСИХИЈАТРИЈСКИМ ПАЦИЈЕНТОМ**

Време: 15 минута

Укупно питања: 10

Пролаз: 7/10

Питања:

1. Која је ОСНОВНА техника комуникације са анксиозним пацијентом?
 - а) Давање савета
 - б) Активно слушање
 - ц) Прекидање пацијента
 - д) Коришћење медицинског жаргона
2. Шта ТРЕБА избећи у комуникацији са пацијентом?
 - а) Једноставне реченице
 - б) Конфронтацију
 - ц) Паузу у разговору
 - д) Контакт очима
3. Која је карактеристика говора код пацијената у психози?
 - а) Успорен темпо
 - б) Претерано експресиван
 - ц) Леталност идеја
 - д) Све наведено
4. Како најбоље смањити анксиозност пацијента током прегледа?
 - а) Брзим говором
 - б) Пружањем сигурног простора
 - ц) Постављањем питања о прошлости
 - д) Игноришем његове симптоме
5. Шта је "рефлектовање садржаја"?
 - а) Понављање реченица пацијента
 - б) Давање властитог мишљења
 - ц) Превођење теме

- д) Коришћење метафора
6. Која је најчешћа грешка у комуникацији са психијатријским пацијентима?
- а) Превише говориш
 - б) Превише слушаш
 - ц) Користиш визуелна помагала
 - д) Дајеш превише времена
7. Како поступити ако пацијент одбија терапију?
- а) Приморити га да узме лек
 - б) Обавестити тим и документовати
 - ц) Претварати се да није важно
 - д) Прекинути терапију
8. Шта је кључно у комуникацији са параноидним пацијентом?
- а) Расправљати о његовим делузијама
 - б) Бити искрен о својим сумњама
 - ц) Избегавати расправу о делузијама
 - д) Користити хумор
9. Како најбоље постићи поверење пацијента?
- а) Лажи му да ће бити боље
 - б) Доследно испоштовати обећања
 - ц) Пружити подршку без осуђивања
 - д) Увек се слагати са њим
10. Која је најефикаснија техника за смиривање агитираног пацијента?
- а) Повишени глас
 - б) Спор, миран тон
 - ц) Физичко ограничавање
 - д) Игнорисање понашања

****Одговори:****

1. б) Активно слушање
2. б) Конфронтацију
3. д) Све наведено
4. б) Пружањем сигурног простора
5. а) Понављање реченица пацијента
6. а) Превише говориш

7. б) Обавестити тим и документовати
8. ц) Избежавати расправу о делузијама
9. ц) Пружити подршку без осуђивања
10. б) Спор, миран тон

****Образложење кључних одговора:****

- ****Активно слушање**** је основа јер пацијентима често треба да се осећају чувени.
- ****Конфронтација**** погоршава анксиозност и отпор.
- ****Леталност идеја**** је карактеристична за психозу, а ****успорен говор**** за манију.
- ****Сигуран простор**** смањује анксиозност више од било ког лекова.
- ****Рефлектовање**** показује да сте чули пацијента.
- ****Превише говора**** спречава пацијента да искаже своје проблеме.
- ****Обавештавање тима**** је стандардни поступак када пацијент одбија негу.
- ****Избегавање расправе о делузијама**** спречава ескалацију параноје.
- ****Подршка без осуђивања**** гради поверење.
- ****Спор, миран тон**** деескалира напетост.

ТЕСТ 2: ПРАЋЕЊЕ МЕНТАЛНОГ СТАТУСА (МСЕ)**

Време: 20 минута

Укупно питања: 10

Пролаз: 7/10

Питања:

1. Која област НЕ припада кључним параметрима МСЕ?
 - а) Свест
 - б) Памћење
 - ц) Породична историја
 - д) Афект

2. Шта мери "оријентација" у МСЕ?
 - а) Способност решавања проблема
 - б) Свест о времену, месту и лицу
 - ц) Емоционално стање
 - д) Ниво анксиозности

3. Како се оцењује "афект"?
 - а) Брзином говора
 - б) Емоционалним изражавањем и одговарајућим расположењу
 - ц) Количином спавања
 - д) Способношћу концентрације

4. Шта је "халуцинација"?
 - а) Погрешно уверење
 - б) Доживљај перцепције без реалног стимулуса
 - ц) Страх од људи
 - д) Појачана сумњичавост

5. Који симптом указује на "поремећај мисли"?
 - а) Леталност идеја
 - б) Успорен говор

- ц) Депресивно расположење
- д) Агитација

6. Која скала се користи за формално мерење МСЕ?

- а) Бецкова скала депресије
- б) Мини-Ментал Стате Ехаминатион (ММСЕ)
- ц) Хамилтонова скала анксиозности
- д) ЦАГЕ упитник

7. Шта је најважније проценити код делиријума?

- а) Дугорочно памћење
- б) Ниво оријентације
- ц) Породичне односе
- д) Хоби пацијента

8. Како се оцењује "суд"?

- а) Способност разумевања последица поступака
- б) Емоционална стабилност
- ц) Ниво интелигенције
- д) Количина спавања

9. Која карактеристика говора указује на психозу?

- а) Спор, монотон
- б) Брз, под притиском
- ц) Леталан
- д) Све наведено

10. Зашто је МСЕ важан код старијих пацијената?

- а) Да би се проценила интелигенција
- б) Да би се рано детековала деменција
- ц) Да би се мерила физичка снага
- д) Да би се проценила породична историја

****Одговори:****

1. ц) Породична историја
2. б) Свест о времену, месту и лицу
3. б) Емоционално изражавање и одговарајућем расположењу
4. б) Доживљај перцепције без реалног стимулуса
5. а) Леталност идеја
6. б) Мини-Ментал Стате Ехаминатион (ММСЕ)
7. б) Ниво оријентације
8. а) Способност разумевања последица поступака
9. д) Све наведено
10. б) Да би се рано детековала деменција

****Образложење кључних одговора:****

- ****Породична историја**** није део МСЕ, већ анамнезе.
- ****Оријентација**** је кључни параметар за процену свести.
- ****Афект**** се оцењује кроз емотивно изражавање.
- ****Халуцинација**** је доживљај без реалног подражаја.
- ****Леталност идеја**** је класичан знак поремећаја мисли.

- ****ММСЕ**** је стандардизовани алат за МСЕ.
- ****Оријентација**** је прво што се ремети код делиријума.
- ****Суд**** се односи на способност процене последица.
- ****Говор**** код психозе може бити брз, леталан или под притиском.
- ****Рана детекција деменције**** је главни разлог за МСЕ код старијих.

****ТЕСТ 3: СУИЦИДАЛНИ ПАЦИЈЕНТ****

****Време:**** 15 минута

****Укупно питања:**** 10

****Пролаз:**** 8/10

****Питања:****

1. Која је НАЈВАЖНИЈА карактеристика суицидалног ризика?
 - а) Повећан апетит
 - б) Осећај безнађа
 - ц) Редовно спавање
 - д) Друштвеност

2. Шта је ПРВИ корак у процени суицидалног пацијента?
 - а) Дати му лекове за смирење
 - б) Директно питати о суицидалним мислима
 - ц) Позвати породицу
 - д) Оставити га самог

3. Која од наведених НЕ спада у знакове упозорења?
 - а) Давање личних ствари
 - б) Говор о "безизлазности"
 - ц) Планирање будућности
 - д) Повлачење у себе

4. Како поступити ако пацијент ИМА конкретан план?
 - а) Држати га у тајности
 - б) Непрестано га пратити (1:1 надзор)
 - ц) Рећи му да то није озбиљно
 - д) Послати кући

5. Шта је кључно у комуникацији са суицидалним пацијентом?
 - а) Користити реченице типа "немој тако"

- б) Искрено исказивати забринутост
 - ц) Претварати се да је све у реду
 - д) Давати савете о животу
6. Која мера се ПРИМЕНЈУЈЕ да се спречи самоповређивање?
- а) Уклањање опасних предмета
 - б) Давање седатива
 - ц) Разговор о породици
 - д) Терапија групом
7. Који фактор повећава ризик код адолесцената?
- а) Добри успеси у школи
 - б) Стабилна породица
 - ц) Импулзивност и злоупотреба супстанци
 - д) Редовне активности
8. Шта је "суицидални уговор"?
- а) Неформални договор са лекаром
 - б) Писмена изјава пацијента да неће извршити самоубиство
 - ц) План за лечење
 - д) Породична терапија
9. Како документовати суицидални ризик?
- а) Само усмено пријавити лекару
 - б) Детаљно описати знакове, речи и поступке
 - ц) Спомињати само ако је пацијент у опасности
 - д) Користити сопствене скраћенице
10. Која је дужност медицинске сестре након смањења ризика?
- а) Престати да прати пацијента
 - б) Организовати даљу негу
 - ц) Спремити се за отпуст
 - д) Спроводити редовне контроле

****Одговори:****

1. б) Осећај незнања
2. б) Директно питати о суицидалним мислима
3. ц) Планирање будућности
4. б) Непрестано га пратити (1:1 надзор)
5. б) Искрено исказивати забринутост
6. а) Уклањање опасних предмета
7. ц) Импулзивност и злоупотреба супстанци
8. б) Писмена изјава пацијента да неће извршити самоубиство
9. б) Детаљно описати знакове, речи и поступке
10. д) Спроводити редовне контроле

****Образложење кључних одговора:****

- ****Безнања**** је јачи покретач суицидалности него депресија.
- ****Директно питање**** о суицидалним мислима смањује стигму.
- ****Планирање будућности**** указује на наду, док суицидални пацијенти је немају.
- ****Непрестани надзор**** је обавеза када постоји конкретан план.
- ****Искрена забринутост**** гради поверење без осуђивања.
- ****Уклањање опасних предмета**** је прва физичка мера заштите.
- ****Импулзивност и супстанце**** су главни ризични фактори код адолесцената.
- ****Суицидални уговор**** је формални договор о безбедности.
- ****Детаљна документација**** је кључна за континуитет неге.
- ****Редовне контроле**** су неопходне након акутне кризе.

****ТЕСТ 4: ФИЗИЧКО ОБУЗДАВАЊЕ ПАЦИЈЕНАТА****

****Време:**** 15 минута

****Укупно питања:**** 10

****Пролаз:**** 7/10

****Питања:****

1. Када је физичко обуздавање ИНДИКОВАНО?
 - а) Када пацијент одбија да прича
 - б) Када постоји непосредна опасност по живот
 - ц) Када пацијент плаче
 - д) Када је агитиран

2. Која је ПРВА мера пре обуздавања?
 - а) Позвати појачање
 - б) Покушати вербално смирити пацијента
 - ц) Документовати процену ризика
 - д) Искључити из собе

3. Која метода се КОРИСТИ за обуздавање?
 - а) Вежбе дисања
 - б) Физичко ограничавање покрета
 - ц) Давање воде
 - д) Све наведено

4. Која је најчешћа грешка током обуздавања?
 - а) Прекасно отпуштање пацијента
 - б) Сувише људи у соби
 - ц) Недовољно ограничавање
 - д) Коришћење превише снаге

5. Шта је ВАЖНО после обуздавања?
 - а) Оставити пацијента самог
 - б) Редовно проверавати виталне знаке

- ц) Послати кући одмах
- д) Престати са терапијом

6. Који део тела се ПРВО ограничава?

- а) Руке
- б) Ноге
- ц) Глава
- д) Труп

7. Која документација се ОБАВЕЗНО води?

- а) Само време почетка
- б) Разлог обуздавања
- ц) Коришћене методе
- д) Све наведено

8. Када се обуздавање сматра неетичким?

- а) Када се користи као казна
- б) Када је заштитна мера
- ц) Када је на налог лекара
- д) Када пацијент пристане

9. Која је најбоља техника за спречавање повреда?

- а) Меки зидови у соби
- б) Ниски кревет
- ц) Уклањање стаклених предмета
- д) Све наведено

10. Шта треба урадити НАКОН обуздавања?

- а) Одмах отпустити пацијента
- б) Проценити стање и спровести негу
- ц) Казнити пацијента
- д) Заборавити на инцидент

****Одговори:****

1. б) Када постоји непосредна опасност по живот
2. ц) Документовати процену ризика
3. д) Све наведено
4. ц) Недовољно ограничавање
5. б) Редовно проверавати виталне знаке
6. б) Ноге
7. д) Све наведено
8. а) Када се користи као казна
9. д) Све наведено
10. б) Проценити стање и спровести негу

****Образложење кључних одговора:****

- ****Непосредна опасност**** је једини индикатор за обуздавање.
- ****Документација**** пре поступка је законска обавеза.
- ****Комбинација метода**** (дисање, ограничавање, лекови) је најефикаснија.
- ****Недовољно ограничавање**** може изазвати повреде.
- ****Провера виталних знакова**** је неопходна због ризика од компликација.
- ****Ноге**** се прво ограничавају како би се спречило падање.
- ****Комплетна документација**** укључује све аспекте интервенције.
- ****Коришћење као казна**** је кршење етике и људских права.
- ****Комбинација мера**** (меки зидови, ниски кревет, уклањање стакла) максимизира безбедност.
- ****Процена након обуздавања**** је кључна за даљу негу.

****ТЕСТ 5: ЕТИКА И ПРОФЕСИОНАЛИЗАМ****

****Време:**** 15 минута

****Укупно питања:**** 10

****Пролаз:**** 8/10

****Питања:****

1. Које је ОСНОВНО етичко начело у раду са пацијентима?

- а) Ефикасност
- б) Поштовање аутономије
- ц) Брига о изгледу
- д) Послушност лекара

2. Шта претставља кршење тајности?

- а) Дељење информација о пацијенту без сагласности
- б) Писање извештаја
- ц) Разговор са породицом
- д) Коришћење шаблона

3. Када је допуштено ограничити аутономију пацијента?

- а) Увек
- б) Када постоји ризик по њега или друге
- ц) Када пацијент то затражи
- д) Никада

4. Која је највећа одговорност медицинске сестре?

- а) Према лекару
- б) Према пацијенту
- ц) Према установи
- д) Према породици

5. Шта је "информед цонсент"?

- а) Сагласност пацијента након информисања

- б) Потпис лекар
 - ц) Сагласност породице
 - д) Орални договор
6. Како поступити са пацијентом који одбија терапију?
- а) Приморати га
 - б) Поштовати његову одлуку
 - ц) Заборавити на терапију
 - д) Казнити га
7. Која ситуација захтева хитно кршење тајности?
- а) Сумња на злостављање детета
 - б) Пацијент жели да промени терапеута
 - ц) Пацијент критикује негу
 - д) Породица тражи информације
8. Шта је кључно у професионалном односу?
- а) Емоционална удаљеност
 - б) Одржавање граница
 - ц) Пријатељство са пацијентом
 - д) Дељење личних проблема
9. Како поступити са грешком колеге?
- а) Пријавити га надлежном
 - б) Рећи му то у лице
 - ц) Заташкивати је
 - д) Делити одговорност
10. Шта представља конфликт интереса?
- а) Када је сестра у вези са пацијентом
 - б) Када се финансиска корист ставља испред здравља
 - ц) Када пацијената има више
 - д) Када лекар даје погрешну терапију

****Одговори:****

1. б) Поштовање аутономије
2. а) Дељење информација о пацијенту без сагласности
3. б) Када постоји ризик по њега или друге
4. б) Према пацијенту

5. а) Сагласност пацијента након информисања
6. б) Поштовати његову одлуку
7. а) Сумња на злостављање детета
8. б) Одржавање граница
9. д) Делити одговорност
10. б) Када се финансијска корист ставља испред здравља

****Образложење кључних одговора:****

- ****Поштовање аутономије**** је темељни биоетички принцип.
- ****Дељење информација без сагласности**** је кршење тајности.
- ****Ризик по живот**** је једини разлог за ограничавање аутономије.
- ****Одговорност према пацијенту**** је апсолутни приоритет.
- ****Информед цонсент**** захтева информисање и сагласност.
- ****Поштовање одлуке**** пацијента је основа аутономије.
- ****Заштита детета**** оправдава кршење тајности.
- ****Границе**** спречавају сагоревање и професионално сагоревање.
- ****Дељење одговорности**** је професионалан приступ грешкама.
- ****Финансијска корист испред здравља**** је класичан конфликт интереса.

Литература наведена у ПРАКТИКУМУ

Књиге и приручници

1. **Петовић, З.** – *Приручник за рад медицинске сестре-техничара у дечјој психијатрији*
2. **Ковачевић, К., Добршиновић, Д.** – *Психијатријска здравствена нега*
3. **Петовић, З., Крајчиновић, Д.** – *Процес здравствене неге у психијатријској пракси*
4. **Баркли, Р.** – *Преузимање контроле над ADHD-ом* (2020)
5. **Алцхајмерова болест – приручник за негу* (Геријатрија, 2023)

Клиничке смернице и стандарди

6. **DSM-5-TR** – *Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје* (критеријуми за ADHD и неурокогнитивне поремећаје)
7. **NICE смернице** (2023) – *Лечење деменције: процена, третман и подршка*
8. **NICE смернице** (2023) – *Лечење ADHD-а код деце и одраслих*

Научни радови и публикације Института

9. **Тадих, Н.** – *Ментална хигијена адолесцентног узраста* (предавање за патронажне сестре)
10. **Станојевић, Н.** – *Ментална хигијена школског детета* (предавање за патронажне сестре)
11. **Мехле, М., Петровић, Д., Антонијевић, М., Јојић-Миленковић, М.** – *Семинари за патронажне сестре и социјалне раднике* (1971)
12. **Ерцеговац, Д.** – *ЕЕГ школа Одсека за психофизиологију и клиничку неурофизиологију* (теоријско-практични курсеви)
13. **Лечић-Тошевски, Д.** – *Едукациони програми Центра за едукацију* (2001–2015)

Међународни извори

14. **Хендерсон, В.** – *Дефиниција улоге медицинске сестре* (цитирана у контексту историјата Института)
15. **World Health Organization (WHO)** – *Смернице за негу у психијатрији* (имплицитно кроз стандарде Института)

****Интерни документи Института****

16. ****Правилници о раду клиничких одељења**** (Дневне болнице, Одељења за специјалистичке прегледе)
17. ****Протоколи за физичко обуздавање пацијената***
18. ****Обрасци за сестринску анамнезу**** (стандардизовани модели за ADHD, Алцхајмерову болест и општу процену)
19. ****Годишњи извештаји о раду**** (Служба за лабораторијску дијагностику, Апотека, Одсек за медицинску генетику)

****Едукациони материјали****

20. ****Семинари Друштва психијатријских сестара и техничара (ДПСТ)**** – *Теме из психијатријске неге*
21. ****Програми континуиране едукације**** – *Координатор за едукацију: Тања Правиловић* (2015–данас)

Овај попис обухвата све експлицитно наведене референце у документу, као и кључне интерне стандарде и публикације Института које чине теоријску и практичну основу практикума.

****Књиге и приручници****

1. ****Петовић, З.**** – *Приручник за рад медицинске сестре – техничара у дечијој психијатрији*
2. ****Ковачевић, К., Добршиновић, Д.**** – *Психијатријска здравствена нега*
3. ****Петовић, З., Крајчиновић, Д.**** – *Процес здравствене неге у психијатријској пракси*

4. ****Barkley, R.**** – *Преузимање контроле над АДХД -ом* (2020)

5. ****Алцхајмерова болест – приручник за негу**** (Геријатрија, 2023)

****Клиничке смернице и стандарди****

6. ****DSM-5-TR**** – *Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје* (критеријуми за ADHD и неурокогнитивне поремећаје)
7. ****NICE смернице**** (2023) – *лечење деменције: процена, третман и подршка*
8. ****NICE смернице**** (2023) – *лечење ADHD-а код деце и одраслих*

****Научни радови и публикација института****

9. ****Тадић, Н.**** – *Ментална хигијена адолесцентнох узраста* (предавање за патронажне сестре)
10. ****Станојевић, Н.**** – *Ментална хигијена школског детета* (предавање за патронажне сестре)
11. ****Мехле, М., Петровић, Д., Антонијевић, М., Јојић-Миленковић, М.**** – *Семинари за патронажне сестре и социјалне раднике* (1971)
12. ****Ерцеговац, Д.**** – *ЕЕГ школа Одсека за психофизиологију и клиничку неурофизиологију* (теоријско-практични курсеви)
13. ****Лечић - Тошевски, Д.**** – *Едукативни програми Центра за едукацију* (2001–2015)

****Међународни извори****

14. ****Henderson, V.**** – *Дефиниција улоге медицинске сестре* (цитирана у контексту историјата института)
15. ****World Health Organization (WHO)**** – *Смернице за негу у психијатрији* (имплицитно кроз стандарде института)

****Интерни документи института****

16. ****Правилници о раду клиничких одељења**** (Дневне болнице, Одељења за специјалистичке прегледе)
17. ****Протоколи за физичко обуздавање пацијената****
18. ****Обрасци за сестринску анамнезу**** (стандардизовани модели за ADHD, Алцхајмерову болест и општу процену)
19. ****Годишњи извештаји о раду**** (Служба за лабораторијску дијагностику, Апотеку, Одсек за медицинску генетику)

****Едукативни материјали****

20. ****Семинари Друштва психијатријских сестара и техничара (DPST)**** – *Теме из психијатријске неге*
21. ****Програми континуиране едукације****

БИОГРАФИЈА АУТОРА ПРАКТИКУМА

Име и презиме: Марина Лучић

Звање: Висока струковна медицинска сестра

Специјализација: Специјалиста здравствене неге у психијатрији

Радно место: Главна сестра Института за ментално здравље

Институција: Институт за ментално здравље, Београд

Године искуства: 33 година у психијатријској нези

Образовање

2014 - Специјализација из психијатријске неге

1993 - Диплома високе здравствене школе

Висока медицинска школа, Земун

Дипломски рад: "Улога сестре у терапијској заједници

1989 - Средња медицинска школа - општи смер у Дубровнику

Радно искуство :

1993 запослена у Институт за ментално здравље, Београд

1998 одговорна сестра Одељења за децу и омладину

2005 Главна сестра Блока развојно доба

2007 Главна сестра Клинике за децу и омладину

2019 Главна сестра Института за ментално здравље и даље