

НАЧЕЛА И СПЕЦИФИЧНОСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ У ПСИХИЈАТРИЈИ

Психијатрија се по много чему разликује од осталих медицинских специјалности. Индивидуалност и посебност пацијента долази до изражаја знатно више у пракси психијатра него у свакодневном раду интернисте, неуролога или хирурга, на пример. Приступи душевном и телесном болеснику су сасвим различити. Тако, рецимо, позивање на разум и убеђивање евидентно има смисла када објашњавамо срчаном болеснику неопходност инвазивне процедуре – коронарографије, а са друге стране је потпуно депласирано уколико шизофреничару покушамо да предочимо природу његових суманутих идеја.

Значај душевних болести и поремећаја временом све више расте. Према неким подацима, чак четвртина свих пацијената примарне здравствене заштите има неки ментални поремећај, а многи од њих заслужују третман психијатра, психолошког саветника или психотерапеута. Због тога, у модерној медицини клиничка психијатрија није више маргинализована струка већ у развијеним земљама добија и престижни карактер. Са порастом значаја савремене психијатрије, на важности је добила и нега психијатријских пацијената, специфично сестринска струка, која је до пре извесног времена у нашој средини била потпуно занемаривана. Наиме, не тако давно, по психијатријским болницама је радио претежно неадекватно обучени кадар. Лоше поступање са болесницима, тј. прекомерна употреба физичке силе, механичко спутавање – везивање, па чак и сексуална злоупотреба пацијената дешавали су се с времена на време, а о томе се углавном ћутало. Данас је сазрела свест о неопходности поштовања личности душевног болесника и императиву човечног поступања у процесу психијатријске неге. Од здравственог персонала се очекује не само стручно знање и способност, већ и прилично високи морални квалитети и саосећајност. Медицинска сестра или техничар са високим образовањем треба да представља кадар у потпуности спреман

да спроводи негу психијатријских пацијената на свим нивоима здравствене заштите.

Основна начела здравствене неге у психијатрији, према Дивни Кекуш, јесу:

- *Холистички приступ* инсистира на томе да је клијент целовито биће нераздвајно од свог социокултуралног хабитуса. У складу са тим, помоћ пацијенту се пружа у контексту његовог целокупног ужег и ширег друштвеног окружења, наравно уважавајући и његове биолошке посебности;
- *Поштовање јединствености људског бића* односи се на прихватање пацијента онаквог какав јесте, са свим његовим вредностима, различитостима и посебностима, уз стриктно индивидуални приступ, Свака униформност у психијатријској нези је искључена (према сваком болеснику се треба односити правично у истој мери, али им негу не треба пружати на исти, клишетирани начин);
- *Поштовање приватности и достојанства болесника* подразумева уважавање слободе избора, подстицање самопоштовања и чување професионалне тајне;
- *Примена терапијске комуникације* је развијање партнерских односа на бази узајамног поверења. Ово од професионалца захтева солидно познавање и примену комуникационих вештина;
- *Неосуђујући и недискриминаторски став* значи да негу пружамо свакоме коме је она потребна, без обзира на расу, верску припадност, политичка убеђења, привредне и друге прилике у којима субјект обитава;
- *Третирање пацијента као субјекта, а не објекта лечења* подразумева да се над истим не смеју, сем у законом

прописаним случајевима, предузимати било какве дијагностичке или терапијске процедуре без његовог експлицитног пристанка;

- *Помоћ у прилагођавању и усвајању здравијег понашања*, што укључује спречавање повлачења и изолације, социјалну реинтеграцију и рехабилитацију, припрему друштвене заједнице за прихват пацијента и његово укључивање у токове свакодневног живота.

Добар неговатељ – добра неговатељица је особа која, према Штефици и Валенту Внуку, поседује следеће особине:

- *Одлучност и поузданост у раду значи да се све препоруке и наређења лекара и других претпостављених морају спроводити коректно и савесно; болеснику се не сме нашкодити ни речима ни поступцима, већ се мора ојачати његово поверење у сестру – техничара, лекаре и читав здравствени систем;*
- *Обзирност и трпељивост према болеснику, његовим склоностима, поступцима, па чак и евентуалним предрасудама, које се директно не тичу његовог здравља; здравствени радник мора да разуме да су пркос, тврдоглавост, раздражљивост и потиштеност у већини случајева манифестације болести и страха од неизвесне судбине, а не тек пуки хир пацијента;*
- *Ведрина и разумни оптимизам неговатеља су врло важни јер доприносе да болесник лакше поднесе патње због болести, душевну тескобу, дијагностичке поступке и терапијске процедуре, што је све далеко од пријатног;*
- *Досетљивост и способност запажања се односи на рано и адекватно препознавање свих манифестација тока болести и вештину процене здравственог стања пацијента, из чега проистиче и интелигентно поступање,*

које треба да стимулише болесникове психофизичке потенцијале исцељивања;

- *Оспособљеност* подразумева поседовање стручних знања, увежбаност одговарајућих техничких процедура и лакоћу комуникације како према пацијенту, тако и у односу на колеге и претпостављене.

Од студената високе медицинске школе се очекује *адекватно понашање на вежбама из психијатрије и психијатријске неге*. Свим душевним болесницима и неуротичарима треба приступити са емпатијом, а то значи да себе ваља ставити у психолошки оквир другог, са циљем да се схвате осећања, размишљања и активности те особе. Правила понашања на вежбама која се безусловно морају поштовати описана су у даљем тексту.

Изглед студента је важан. Неопходно је вежбама присуствовати у одговарајућој, комплетној униформи. Није добро упадљиво се облачити. Девојке не треба да изгледају накинђурено нити да сувише привлаче на себе пажњу. Упадљива шминка није пожељна, као ни нападно лакирани нокти, пуно накита, прстења, рајфова, шнала, ланаца од метала и слично.

Болесницима се не сме ништа поклањати, чак и ако они то траже. Са неким од дариваних предмета од метала, који су уз то и оштри, дешавало се да пацијенти касније покушају самоубиство или поклоњени предмет злоупотребе на други начин. С друге стране, уколико једном болеснику дате цигарету, сви ће вам то исто тражити, и тешко ћете моћи да се одупрете таквим захтевима надаље.

Према пацијентима студенти мора да се опходе строго професионално. Нипошто не прихватати удварања, нити им давати приватне адресе и бројеве телефона. Не обавезивати се према болесницима у погледу ствари и услуга, које се не тичу неге у установи. Боље је и да будете доживљени као нељубазна особа,

него да себе увучете у непотребне проблеме, који се често изроде из наизглед баналних ситуација. Следећа илустрација шаљиво показује могући резултат губитка професионалне дистанце.



Сваки студент треба да се уздржи лаичких коментара и импресија, као што су: „Како су јадни, жао ми их је... Овај болесник ми изгледа нормално, шта ће он ту уопште...” итд.

Према пацијентима није добро испољавати страх, али ваља бити опрезан. Избегавајте да будете леђима окренути болеснику, нарочито ако се ради о потенцијално агресивној особи. Немојте гласно коментарисати личне утиске са колегама, надајући се да то пацијент неће разумети и да га то неће повредити. У једној психијатријској установи дуго је на зиду стајала парола, коју је написао неки душевни болесник: „Доктори, не заборавите да је и лудак човек, а ни онај најлуђи – није сасвим луд.”

Уколико студент осећа страх, несигурност и нелагодност у психијатријском одељењу, ако сам болује од неке менталне болести или поремећаја, узима психијатријске лекове, иде на психотерапију или има утисак да му боравак међу душевним болесницима погоршава стање, треба о свему да поразговара са својим професором или наставником вештина.

На крају, немачка пословица каже: „Вежба чини мајстора”. Многи професионалци који нису себе никако могли ни да замисле у тиму психијатријског одељења, болнице или клинике, временом су заволели овај, иначе тежак и помало незавалан посао, тако да га, на врхунцу своје каријере, не би мењали ни за који други на свету. Не заборавите, да то управо може бити и ваша животна прича једног дана, ако се карте судбине тако распореде.



ОРГАНИЗАЦИЈА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ СЛУЖБЕ

Модерна психијатријска служба мора да буде свеобухватна, интегрисана и територијално распрострањена.

Свеобухватност психијатријске заштите подразумева комплетну бригу о свим популационим категоријама корисника: деци, адолесцентима, радно продуктивном становништву, старијим особама, сиромашнима и друштвено маргинализованим. У третману корисника учествују примарна здравствена заштита (домови здравља и диспанзери за ментално здравље), специјализоване здравствене установе, васпитне институције, спортска удружења и остале друштвене структуре.

Интегрисаност психијатријске службе подразумева да она обједињава примарну, секундарну и терцијарну превенцију. Спречавање психијатријских поремећаја, њихово благовремено откривање, лечење и рехабилитација са социјалном реинтеграцијом су паралелни и неодвојиви процеси. Из тих разлога се инсистира на тесној повезаности психолошких саветовалишта и диспанзера са разним типовима здравствених стационарних установа, како би се обезбедио континуитет у свим етапама третмана субјекта са менталним проблемима.

Територијална распрострањеност обухвата оптимално присуство стационарних психијатријских установа, јединица за парцијалну (делимичну) хоспитализацију и амбулантно-поликлиничких служби.

Традиционалне стационарне психијатријске установе су:

- *Психијатријска одељења општих болница* збрињавају највећи број тежих и озбиљнијих душевних болесника; њихова најважнија предност јесте што се пацијенти не удаљавају много од својих породица, које могу да се ангажују у њиховом третману, чак и док су у болници;

- *Психијатријске клинике медицинских факултета* су врхунске институције које омогућавају најкомплекснију дијагностику и најсавременију терапију, а представљају и наставну базу за студенте разних профила (медицина, стоматологија, дефектологија, сестринство и друго); резервисане су за дијагностички нејасне и комплексне случајеве, терапијски резистентне пацијенте и друга стања која се не могу адекватно третирати у психијатријским одељењима општих болница;
- *Институт за психијатрију Клиничког центра Србије и Институт за ментално здравље* су кровне психијатријске установе у нашој земљи, које поред послова из ингеренције психијатријских клиника обављају и врхунску научно-истраживачку делатност и прописују доктринарне смернице у клиничкој психијатрији;
- *Специјалне психијатријске болнице* су еволуирале из некадашњих азила; иако су некада служиле искључиво за смештај и чување тешких (често доживотних) душевних болесника, сада су оне трансформисане у модерне дијагностичко-терапијске и рехабилитационе установе, које у све већој мери подсећају на психијатријске клинике, мада се у њима углавном још увек третирају болесници после већег броја релапса, тј. у одмаклој, хроничној фази психотичних поремећаја (код нас се налазе у Падинској Скели, Горњој Топоници код Ниша, Вршцу и Ковину).

Установе за парцијалну хоспитализацију су:

- *Дневне болнице* у којима пацијент борави преко дана (обично од 8 до 15 сати), после чега одлази својој кући; у њима је могуће спровести све видове дијагностике и третмана као и у психијатријским одељењима у једном, знатно флексибилнијем режиму рада и са много мањим финансијским трошковима; нису погодне за суицидне,

агресивне и тешко дезинтегрисане пацијенте; концепт дневне болнице представља добру прелазну форму за многе болеснике по њиховом отпуста са стационарног лечења а пре прихвата у диспанзерски модел рада;

- *Ноћне и викенд болнице* су доступне у већини развијених земаља, и намењене су пацијентима који преко дана морају да раде; у нашој средини нису заживеле.

Амбулантно-поликлиничка служба обухвата саветовалишта и диспанзере. У њима се обавља превенција, дијагностика, лечење и праћење психијатријских пацијената. Поред саветовалишта општег типа, постоје и специјализована, која се баве посебним категоријама корисника или посебном проблематиком: саветовалишта за децу и адолесценте, брак и породицу, студенте, старије особе итд. Поред наведеног, у овај вид организације спада и служба за ургентну психијатрију и теле-апел помоћ, служба кућног лечења и рехабилитације, те клубови лечених болесника (алкохоличара, наркомана и осталих), као и заштитне радионице (у којима пацијенти раде и привређују под бенефицираним условима).



ПОСЕБНОСТИ РАДА У ПСИХИЈАТРИЈСКОЈ СЛУЖБИ

ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА

Све информације које се односе на пацијента: његово име и презиме, идентификациони подаци, симптоми и дијагноза болести, разлог због кога је примљен у болницу, начин на који је доведен, терапијске процедуре, детаљи о његовој породици, послу и слично, представљају професионалну тајну, чије се одавање сматра етичким, дисциплинским и кривично-правним преступом, те као такво може бити и санкционирано.

Да би се избегло, макар и нехотимично, одавање професионалне тајне, треба се строго придржавати следећих правила понашања:

- пред болесницима не говорити о сметњама и природи болести других болесника;
- давање информација о стању пацијената на одељењу препустити надлежном лекару – психијатру;
- ни у ком случају не подлећи искушењу да зарад евентуалне властите материјалне користи одамо тајну;
- клонити се препричавања „интересантних случајева” у друштву нездравствених радника, па чак ни у кругу властите породице или пријатеља;
- суздржати се од испољавања изненађења, или још горе – чуђења, уколико се у психијатријском одељењу препозна значајна или јавна личност, колега – здравствени радник, комшија, познаник и слично.

Закон допушта *ослобађање од чувања професионалне тајне* само по писменом овлашћењу суда или када је откривање тајне у општем друштвеном интересу или у интересу другог лица, а овај је интерес претежнији од заштите информација које се тичу појединца. Пример може бити висока суицидност или

хомицидност пацијента, његова чврста решеност да начини огромну друштвену штету, изврши атентат и томе слично.

РАЗЛОЗИ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКУ ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ

Пацијенти у психијатријску установу могу доћи добровољно, на лични захтев, у претходно заказаном термину. Ово је најповољнија ситуација, која сведочи о делимичном или потпуно очуваном увиду код болесника. Добровољни долазак може бити са или без пратње родбине или пријатеља. Међутим, долазак у одељење може бити и принудни, без сагласности пацијента, најчешће на инсистирање породице или чак уз асистенцију полиције.

Најчешћи разлози психијатријске хоспитализације јесу:

- општи психомоторни немир;
- панично стање;
- јака анксиозност;
- хистерични напад;
- изражено агресивно понашање;
- јака импулсивност;
- суицидност;
- логореја;
- дисоцијација мишљења;
- сумануте идеје – делузије;
- халуцинаторна искуства;
- еуфорија – патолошка веселост и егзалтираност;
- јака депресија;
- аутистички синдром – повлачење и неодазивност;
- ступор;
- делирантна стања;
- епилептички статус (чешће се решава у неуролошким одељењима);
- дереализациони и деперсонализациони феномени.

Ургентна стања у психијатрији увек захтевају неодложни пријем у болницу; овде се убрајају:

- суицидни синдром;
- синдром агитације – израженог психомоторног немира;
- агитирана депресија;
- делирантни синдром;
- сумрачна стања различите етиологије;
- ступор;
- јака паника;
- кататона поама, тзв. раптус;
- онероидна стања, фуге и ментална конфузија;
- малигни неуролептички синдром и пароксизмалне дискинезије.

Одлука о психијатријској хоспитализацији доноси се на основу процене следећих фактора:

- старост пацијента;
- пол болесника;
- особине личности;
- врста и тежина болести;
- степен непријатности симптома;
- врста лечења коју треба предузети;
- болничко окружење;
- удаљеност установе у којој се реализује хоспитализација од места боравка пацијента;
- професионални (кадровски и атеријални) ресурси којима служба располаже.

РЕАКЦИЈЕ БОЛЕСНИКА НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈУ

На пријему у одељење душевни болесник може да манифестује пет видова специфичног понашања.

Компензовано понашање је коректно, мирно, без испољавања отпора према персоналу одељења или властитој породици. Пацијент прихвата пријем у болницу, а понекад га и сам захтева. Има увид у своје стање, зна да му је помоћ потребна, жели да му се помогне и нада се оздрављењу или барем побољшању стања.

Равнодушно понашање огледа се у пасивном односу према околини, пацијент је емотивно празан, незаинтересован и без иницијативе, планова и циља. Свеједно му је хоће ли оздравити и хоће ли му се стање побољшати или не.

Отуђено понашање сведочи о дубокој регресији. Болесник је пасиван, успорен, емотивно хладан, са дефектом емоционалне резонанције, свеједно му је шта се са њим чини у одељењу. Отуђени (аутистични) став болесника одражава још дубљу патологију од равнодушног понашања (тешке психозе, деменције и слично).

Општа психомоторна успореност са брадилалијом и бради-психијом на пријему обично се среће код дубоко депресивних пацијената.

Одбијајуће понашање (ресентиман) је активно противљење хоспитализацији под упливом суманутих идеја и халуцинација, услед недостатка увида у своје стање, или постојања предрасуда према оваквом виду лечења, неповољних искустава из претходних боравака у болници и друго. У неким случајевима ресентиман се може превазићи стрпљивим разговором, пружањем објашњења и уверавања, па и извесним притиском и указивањем на последице одбијања хоспиталног третмана. Међутим, психијатар нема право да против воље задржи душевног болесника у одељењу, сем по изричитом налогу суда и уз асистенцију полиције, што се дешава само уколико постоји значајна претња или се већ десило угрожавање другог или себе.

ПСИХИЈАТРИЈСКА ВИЗИТА

Визита у психијатријској установи или одељењу може бити класична – обилазак болесника у собама или тзв. „седећа визита”.

Визита у болесничким собама (терапевтска) је најстарији вид обиласка болесника, који се примењује у свим болничким одељењима и није својствена само психијатрији. Ову визиту обично води начелник одељења или његов заменик. Присуствују сви одељенски лекари у смени, медицинске сестре – техничари, специјализанти, стажери, студенти и други. Сваки се пацијент пита у погледу субјективног стања, а лекар задужен за одређеног пацијента кратко реферише о току дијагностичког процеса и лечења.

„*Седећа визита*” се обавља у лекарској соби, у проширеном саставу: начелник одељења, одељењски лекари – психијатри, специјализанти, стажери, главна медицинска сестра, психолог, социјални радник, радни и окупациони терапеут, по потреби – и стручњаци других профила. Пре почетка визите, детаљно се припрема целокупна медицинска документација везана за сваког пацијента понаособ. За ово је задужена, по правилу, главна медицинска сестра – техничар одељења. У току „седеће визите” позивају се пацијенти пред тим. Они овде износе детаље о себи и својој болести у одсуству других болесника, што им омогућава већу слободу излагања и мањи степен свесног прикривања неких детаља (које иначе не би никако могли изнети у току класичне визите). У глобалу, овакав вид визите у већој мери чува интегритет пацијентове личности. Дискусија и дијагностичко-терапијска конфронтација чланова тима одвија се тек пошто пацијент напусти лекарску собу; у његовом присуству није допуштено испољавати неслагања јер би то пољуљало болесниково поверење у институцију у којој се лечи.

ТИМСКИ РАД У ПСИХИЈАТРИЈИ

У психијатрији је тимски рад услов без кога се не може. Подела рада у тиму базира се на компетентности равноправних стручњака, а не на формалној хијерархији. *Мултидисциплинаран приступ* подразумева паралелно и независно деловање чланова тима, при чему сваки од њих проблем третира из свог аспекта. *Интердисциплинарни концепт* настоји да повеже и усклади све чланове тима, који интерактивно долазе до заједничких решења. *Трансдисциплинарни третман* се примењује на проблеме који нису у обухвату нити једне посебне дисциплине; овде се ангажује све расположиво знање, да би се савладао задатак који по сложености није могуће решити нити мултидисциплинарно нити интердисциплинарно.

Обавезни чланови психијатријског тима су: психијатар, висока медицинска сестра – техничар, клинички психолог, радни терапеут и социјални радник. Најчешћи *модел тимског рада* је интердисциплинарни приступ. Сем стручних квалитета, за добар тимски рад потребне су и одговарајуће особине личности чланова тима. Наглашена ауторитативност, крутост, сујета, неспособност да се истрпи критика и саслуша туђе мишљење су црте личности које компромитују рад у тиму. Од вође тима се захтева висок степен увежбаности комуникационих вештина, флексибилан приступ, али и одлучност у усмеравању рада групе, како се тимски састанци не би претворили у својеврсну „рекла-казала” без конкретних закључака, што се у пракси, нажалост, још увек често дешава.

Закључке терапијског тима сваки његов члан спроводи у свом домену рада са одређеним болесником. Уколико се донесени закључци не би поштовали, тимски рад би изгубио сваки смисао, а дијагностичко-терапијски индивидуализам би потенцијално могао да погорша стање психијатријских болесника.

Висока медицинска едукација сестара – техничара пружа солидан оквир за равноправно учешће у терапијском тиму психијатријског одељења или клинике.

ОТПУСТ ПСИХИЈАТРИЈСКОГ БОЛЕСНИКА

Модерна психијатријска пракса тежи што краћој хоспитализацији чак и најтежих душевних болесника. Тежиште терапије се пребацује на ванболнички сектор, који укључује диспанзере и саветовалишта за ментално здравље, дневне болнице, клубове лечених пацијената и друге организационе форме тзв. секторске психијатрије. Са правом се сматра да болесник дуго времена не треба да буде одвојен од своје породице и ужег социјалног миљеа коме иначе припада. Код пацијената који дуже време проводе у болници скоро увек се развије хоспитализам, тј. губитак жеље за променом боравишта, незаинтересованост за нормалан живот, апатија у погледу исхода болести и одбијање рехабилитације и социјалне реинтеграције. Болесник реалност изван болнице више не доживљава као нешто чему би се требало вратити, већ психијатријску установу доживљава као свој прави дом, који му гарантује какву-такву сигурност. Захваљујући реформи психијатријске здравствене заштите, свом срећом, хоспитализам није тако чест као некада.

За излазак из болнице пацијент се обично припрема кроз повремене, у почетку краће, а касније и дуже терапијске викенде, током којих време проводи са својим укућанима у свом природном окружењу. С друге стране, врши се припрема породице за прихват оболелог члана, о коме ће дуго времена његови ближњи морати да брину. У том смислу, потребно је разбити низ предрасуда о душевној болести, пружити адекватне информације и подршку, јачати умерени и реални оптимизам. Не заборавимо да живимо у време експлозије погрешних и непотпуних информација путем интернета, телевизије и штампаних медија, које у великој мери отежавају рад професионалаца за ментално здравље. Много сати ваља провести у добронамерним разговорима како са пацијентом тако и са његовом

родбином, а у томе висококвалификована медицинска сестра – техничар и те како може бити од користи.

Да се не би отежао отпуст са психијатријског одељења или из неке друге сличне установе, не треба пацијенте превише везивати за себе, увек је потребно хумано се односити према њима, окупирати их здравим подстицајима, а не бавити се само њиховом болешћу и омогућити им да кроз посете ближњих не забораве на свет који постоји изван зидова болнице.

Након изласка из стационарне установе, пацијент се јавља своме психијатру или лекару опште медицине који га је упутио на лечење. Његова је обавеза да узима прописане лекове у одговарајућим дозама, у чему и укућани мора да преузму део одговорности. Лоша комплијанса (повиновање) по питању узимања медикације најчешћи је узрок погоршања психијатријских поремећаја, нарочито психотичног типа. Потребно је да пацијент обавља и друге контролне прегледе (лабораторијске, консултативне од стране специјалиста других струка и слично), као и да се, у одређеним периодима, евентуално јавља на контролне прегледе у установу вишег ранга у којој је био лечен (специјална болница, клиника или институт).



ПОСЕТЕ, ДНЕВНИ ИЗЛАСЦИ И ТЕРАПИЈСКИ ВИКЕНД

Посета чланова породице и пријатеља хоспитализованом психијатријском болеснику део је терапијског програма. Може повољно деловати како на пацијента, који је субјект лечења, тако и на укућане, који су у многим случајевима и сами један од фактора настанка и одржавања поремећаја. Посете на дневној бази најлакше је реализовати у психијатријским одељењима општих болница, с обзиром на релативну близину дома пацијента. Учесталост посета варира од једаред седмично до свакодневно. У неким случајевима ординирајући психијатар може привремено забранити посете, уколико се процени да ове значајно узнемиравају болесника.

Посете треба искористити да се укућанима пруже релевантне информације о стању болесника. Давање оваквих информација треба препустити одељењском лекару у смени (посете се углавном одвијају у поподневним сатима). Детаљнија обавештења даје лекар-психијатар који води пацијента у склопу терапијских разговора са породицом, обично у преподневним часовима.

Психијатријска сестра – техничар треба да брине о храни и поклонима који се доносе пацијенту. Болесник не сме да добије предмет са којим би могао да повреди себе или другог. Такође, многе психијатријске пацијенте ваља поштедети лоших вести и неумесне литературе или штампе (порнографија, таблоиди и слично). Када је реч о мобилним телефонима, у неким случајевима (наркомани, алкохоличари, акутно-психотичне особе), треба изричито забранити њихово коришћење у току болничког третмана; код лакших пацијената може се дозволити употреба, али на начин да се тиме не ометају други болесници.

Изласци болесника зависе од типа психијатријског одељења, одн. установе. *Затворени тип одељења* подразумева забрану излазака чак и у кругу болнице за одређено време (судско-психијатријска одељења, затворске болнице). *Отворени тип*

стационарне психијатријске службе омогућава слободно, али контролисано кретање пацијената у кругу болнице, али и изван тог круга. Изласци у град се увек планирају, реализују се уз присуство пратиоца, а трају до пар сати. Њих смо у обавези да евидентирамо у посебној књизи.

Терапијски викенд је саставни део лечења и има за циљ проверавање постигнутог побољшања и успостављање примерених односа са породицом или другом средином, којој ће се болесник вратити након отпуста из болнице.

Викенд се не одобрава све док не наступи евидентно побољшање пацијентовог стања. Одлазак на викенд није прекид хоспитализације. Датум и час одласка и повратка тачно се унапред дефинишу (на састанку терапијског тима) и стриктно поштују. Дозвола коју болесник добија у писменој је форми, а пратиоцу (обично неко од укућана) се дају детаљна упутства и спремљени лекови са ознаком времена и начина њиховог давања у току терапијског викенда. По повратку пацијента у одељење, од пратиоца се детаљно узимају подаци о понашању болесника за време боравка код куће и анализирају се његове активности и интеракције са укућанима и свима осталима са којима је долазио у контакт.

Нарочиту пажњу здравственог персонала захтевају **непредвиђене ситуације у току терапијског викенда**. Наиме, понекад се деси: *погоршање основне болести* (услед лоше менталне климе у породици, неузимања или нередовног узимања лекова, својеволјног продужавања боравка код куће и слично), *предозирање лековима* (акцидентално или намерно), *покушај суицида* или *вршење кривичних дела и престопа* за време одсуства са одељења. Сваки такав случај захтева анализу терапијског тима и стриктну забрану даљих терапијских викенда, све док се стање пацијента у тој мери не поправи, да се ризик од поновних инцидената сведе на апсолутни минимум.

МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА У СПРОВОЂЕЊУ НЕГЕ ПСИХИЈАТРИЈСКИХ БОЛЕСНИКА

Одговорност за вођење и чување медицинска документације пада на главну сестру одељења. У психијатријским одељењима и другим установама одговарајућег типа ова документација мора бити закључана и добро заштићена, с обзиром на специфичност пацијената и других посетилаца одељења.

У обавезну документацију психијатријског одељења спадају:

- историје болести;
- температурне листе;
- књига рапорта;
- књига требовања лекова и материјала;
- књига терапије;
- књига наркотика;
- књига записника са састанка терапијске заједнице;
- књига сестринске неге, која треба да садржи сестринску анамнезу за сваког пацијента, индивидуални план неге и лист реализације сестринског рада.

Књига рапорта представља документ о раду у свакој смени, који воде медицинске сестре – техничари. Многи подаци о појединим болесницима из књиге рапорта се преносе у историје болести (декурзусе) које води лекар; они могу имати круцијални значај за даљи третман пацијената. Немојмо заборавити да су сестре и техничари 24 сата у контакту са болесницима у одељењу, те да могу брже и лакше да примете све промене које у току лечења наступају.

Рапорт обавезно мора да садржи следеће податке:

- датум и време трајања смене;
- имена и презимена сестара – техничара у смени међу којима је извршена примопредаја дужности;

- подаци о броју и структури (према полу, старости, нозолошким категоријама) болесника у одељењу;
- да ли је било отпуста у току те смене;
- подаци о новопримљеним пацијентима и детаљан опис њиховог понашања и прихватања терапије;
- подаци о болесницима под појачаним надзором;
- извештај о покушајима агравације, симулације и дисимулације;
- извештај о изменама терапије, упућивању на консултативне прегледе или превођењу на друга одељења;
- мониторинг виталних функција пацијената (ТА, пулс, респирације);
- подаци о исхрани, сну и хигијени болесника;
- опис посета и понашања породице, рођака и пријатеља, као и самих пацијената у току истих;
- детаљан опис других, ванредних догађаја и околности у току смене.

Књигу рапорта води одговорна медицинска сестра или техничар у смени. Сви подаци морају бити унесени читко, кратко и јасно. Чланови психијатријског тима на почетку смене се упознају са садржајем из књиге рапорта. Уз рапорт се обично прилажу и индивидуалне листе неге за сваког болесника понаособ.

Аљкаво и непотпуно вођење књиге рапорта обично је последица нестручности и површности здравственог персонала. Нажалост, често се у пракси заборавља да подаци из књиге рапорта могу имати и судско-медицински значај, тј. могу послужити у циљу утврђивања истине, а у циљу правне заштите болесника, особља или читаве здравствене установе.

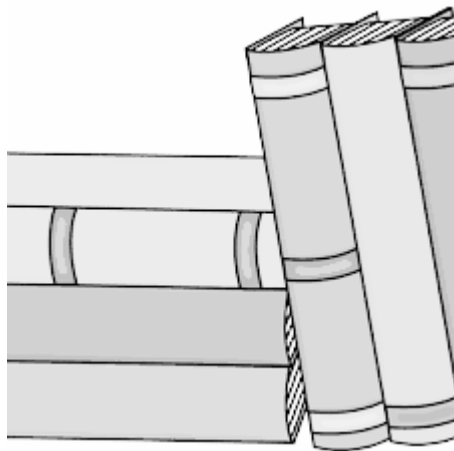
Књига записника са састанака терапијске заједнице је такође обавезна документација у психијатријским одељењима и другим одговарајућим установама. Води се свакодневно у погледу тзв. „кратких састанака”, а „велики састанци” се воде и описују једном седмично. За сваки састанак се уноси дневни

ред, планиране активности, разлози неизвршавања неких од њих, задужења болесника поименице за хигијену, физичку активност, поделу хране, кување кафе, набавку, заливање цвећа, именовање старешине собе и остало.

Ову књигу води одговорна сестра – техничар у смени, или главна медицинска сестра одељења одн. клинике у сарадњи са председником терапијске заједнице који долази из редова пацијената.

Књига наркотика је обавезна за свако психијатријско одељење. У њој се евидентирају сви лекови који спадају у групу наркотика, са прописаним дозама, начином давања и именима и презименима болесника који их примају. Ова књига мора бити посебно обезбеђена и чувана, тј. никако не сме доћи у посед или под увид неовлашћених лица.

О осталој медицинској документацији студенти високих медицинских школа су углавном упознати у оквиру предмета који третирају општу здравствену негу.



СЕСТРИНСКА ДИЈАГНОЗА У ПСИХИЈАТРИЈИ

Процес здравствене неге можемо дефинисати као систем карактеристичних захвата (поступака) у нези, намењених здрављу појединаца, породице и друштвене заједнице (дефиниција СЗО). Здравствена нега психијатријских болесника спроводи се као посебан метод рада који, између осталог, подразумева и утврђивање потреба за здравственом негом, постављање циљева, планирање и реализацију планова неге кроз тимски рад и евалуацију. Када сестра обави сва посматрања, разговоре, прегледе и пошто се утврде и евидентирају приоритети, доноси се закључак, односно *сестринска дијагноза*, што је заправо опис актуелних и потенцијалних проблема здравља које може да реши медицинска сестра, а резултат је сестринског дијагностичког процеса. У складу са напред реченим проистиче и подела сестринске дијагнозе на актуелну и потенцијалну. Сестринска дијагноза може проистацати из лекарске медицинске дијагнозе, али и не мора, те стога треба правити разлику између њих. *Лекарска медицинска дијагноза* је усмерена ка болести и описује процес болести или саму болест, константна је, окренута ка терапеутским модалитетима и има развијен класификациони систем. С друге стране, *сестринска је дијагноза усмерена на човекове реакције на болест*, описује их, мења се како се оне мењају, окренута је ка плану здравствене неге, мерама и поступцима у нези и, за сада, нема развијен универзални класификациони систем.

Дакле, сестринска дијагноза ставља акценат на индивидуалне болесникове потребе и проблеме који се могу разликовати од човека до човека, у зависности од тога да ли су у вези са, рецимо, физичким променама (болест, бол, умор, исхрана, неактивност), осећајном сфером (анксиозност, брига, жалост), социјалним статусом (лоши међуљудски односи у породици, радном месту), посебностима личности (животно искуство, навике, веровања, ритуали), сазнајним статусом (неразумевање,

недовољна информисаност) или еколошким хабитусом (непознато окружење, климатски услови, загађеност ваздуха).

У наставку, описаћемо само неке од сестринских дијагноза.

Емоционалне сметње се често јављају после смрти блиске особе или пак одвајања од ње (одлазак у војску, иностранство, склапање брака), прекида емоционалне везе или развода брака, неговања особе која болује од тешке болести са очекиваним смртним исходом, промена радног места или назадовања у каријери, губитка посла, самооптуживања и омаловажавања због погрешних одлука и слично. Код особе са емоционалним сметњама може се јавити осећање празнине, забринутости, безнадежности, очајања и доживљај губитка смисла живота. Гаси се интересовање и задовољство у обављању свакодневних активности, субјект је безвољан и немотивисан када је реч о радним обавезама, избегава друге људе, одбија да изађе из куће, или пак појачано тражи помоћ, подршку и пажњу других. Осим тога, долази до слабљења или губитка апетита, до тешкоћа у успављивању, сан је краћи или дужи него обично. Напослетку, у тежим случајевима болесник се запушта (изглед му уопште није важан) и не брине довољно о хигијени.

Измењено понашање у смислу самоубилачких тежњи подразумева постојање могућности да болесник себе повреди или одузме себи живот. Код покушаја самоубиства истовремено је присутна тежња, жеља да се умре и позив за помоћ упућен околини. Интересантно је да је у првом случају заправо, на подсвесном нивоу, присутан страх од живота, док је у другом, логично, доминантна жеља да се живи.

Страх и анксиозност су реакције очекивања непријатног и субјективног осећања угрожености и беспомоћности. Могу да буду везане за друге особе, отворен или затворен простор, висину, животиње, антиципацију лоших догађаја, тј. опасних ситуација. Медицинска сестра треба да обрати пажњу на телесне и психичке реакције болесника које указују да код њега постоје симптоми страха и анксиозности. Од *телесних реакција*

најчешће се јављају: убрзани рад срца, осећај гушења, напетост у мишићима, сува уста, учестало мокрење, мучнина, стомачне тегобе, главобоља, дрхтање, трзање. *Психичке реакције* се испољавају у виду немира, уплашености, осећања беспомоћности, ниске фрустрационе толеранције, сталног запиткивања и томе сличног. Неуротски страх се лако може разликовати од психотичног по томе што се потоњи односи на страхове од апсурдних садржаја, а присутни су и психотични симптоми попут халуцинација и суманутих идеја.

Социјална изолација болесника односи се на избегавање других људи, одбијање комуникације, агресивно и непријатељско понашање према члановима породице; пацијент може бити уплашен или може бити мрзовољан, незантересован за збивања у околини, повучен у свој дом и без жеље за кретањем ван куће. У хоспиталним условима, пацијент проводи време углавном сам, избегава друге болеснике и сваку комуникацију са њима; на питања здравствених радника одговара штуро и не жели да учествује у групним психотерапијским активностима.

Агресивност је код пацијента најчешће резултат преморбидне структуре његове личности и провокације из околине. Агресивно реаговање на предмете или особе углавном је по принципу „кратког споја”. Виђа се у екстремној форми код органских болести мозга, психотичних стања, али и код психопата или, понекад – неуротичара. Може се испољити у виду вербалне („убићу”, „поломићу”) или физичке (ударање, ломљење, бацање разних предмета и напад на другу особу) агресије. Често се вербална и физичка агресија испољавају истовремено. Пацијент у овим случајевима очигледно не може контролисати своје импулсивне реакције. Показатељи да је агресивност присутна али пацијент успева да је контролише (*компензована*) су следећи: повишена моторна активност, напетост, ригидан положај тела, претећи израз лица, стиснуте песнице и социјална изолација. *Декомпензовану* (неконтролисану) агресију препознајемо на основу експлицитних вербалних претњи или физичког уништавања предмета и насртаја на особе у околини.

Туга је емоционална реакција на губитак. Извор туге је најчешће стварни губитак и тада је њу оправдано и очекивати. Према Америчком друштву психолога процес жаловања садржи шест фаза: неверица, конфузност и осећај нестварности, пад концентracије, смањена ефикасност по питању свакодневних обавеза, љутња према онима који су допринели губитку, на крају – туга и прихватање растанка. Треба обратити пажњу када се туга појави а губитка уопште није било, или га је било али је туга у несразмери са њим. *Патолошка туга (депресивно расположење)* се може видети код многих психијатријских поремећаја, попут: неуроза, схизофреније, параноје, афективних психоза, болести зависности и др. Испољава се кроз плакање и сталне разговоре о губитку од стране пацијента, или, пак – кроз порицање губитка, апатију, немотивисаност за социјалне активности, повлачење у властити (унутрашњи) свет, промене у ритму спавања, присуство суицидних идеја итд.

Смањена способност старања о себи подразумева да болесник не може сам да се негује услед недостатка знања, снаге или испољавања психопатолошких феномена. Среће се код схизофрених, депресивних, суманутих, анорексичних и психогеријатријских пацијената, али и као последица нежељених ефеката терапије.

Лична неефикасност је сазнање пацијента, који има очувани увид, у губитак менталних или физичких способности, као што су: радна делатност, комуникација у интерперсоналним односима или обављање свакодневних активности. Среће се код особа са фобијама, опсесијама, блажом депресијом, почетном деменцијом, неурофизиолошким поремећајима, у најранијој фази психоза, код климактеричних жена или мушкараца у андропаузи, расејаности, умора и неиспаваности. Најчешће жалбе ових пацијената се односе на тешкоће у концентracији, одржавању пажње, говору (недостатак речи, немогућност завршавања реченице, паузе у вербалном изражавању, коришћење поштапалица); поред свега евидентно је слабљење воље и неспособност самосталног доношења одлука (амбиваленција и амбитенденција).

На основу сестринске дијагнозе утврђује се и планира потреба за негом као и евалуација.

Утврђивање потреба пацијента за негом обухвата примену лекова уз контролу нежељених ефеката, социотерапијске методе (окупациона, радна терапија, терапијска заједница), исхрану, спавање, хигијену, посете, изласке, викенде и остало.

План здравствене неге мора бити кратак, концизан и применљив. Он није исти за све већ је усмерен на индивидуалне потребе пацијента, а укључује циљеве, сестринске интервенције и очекиване исходе. Медицинска сестра треба да, на основу интервјуа, препознавања психопатолошких феномена и формулисане сестринске дијагнозе, дефинише сврху – циљ неге и сачини план интервенција, водећи притом рачуна о прихватљивим стандардима здравствене неге. Постављени циљеви могу бити краткорочни и дугорочни.

Евалуацијом или вредновањем утврђујемо да ли смо негом постигли циљеве које смо поставили. Како би обавили завршну евалуацију неопходно је вршити свакодневне, текуће евалуације. Евалуација се базира на подацима о здравственом стању пацијента на пријему, његовим потребама и проблемима, циљевима здравствене неге, те планираним и обављеним захватима. Позитивна евалуација подразумева да је сачињен одговарајући план неге који је дао резултате, да се пацијентово стање заиста побољшало у току хоспитализације, те да су постигнути терапијски циљеви како објективно, тако и са пацијентовог, субјективног аспекта.



НЕГА ХОСПИТАЛИЗОВАНИХ ПСИХИЈАТРИЈСКИХ БОЛЕСНИКА

Здравствена нега болесника са поремећајима расположења обухвата негу маничних и депресивних пацијената. У основи поремећаја расположења, односно афективних психоза, налази се тзв. *хипертимија* под којом се подразумева појачано афективно реаговање које није у складу са објективним околностима. Она се може испољити у виду патолошки повишеног расположења (хипоманија, манија – еуфорија) или патолошког нерасположења (дисфорија, субдепресија, депресија).

Манично расположење је стање повишене веселости, раздраганости, усхићења и видно појачане психомоторне активности, које настаје без реалног разлога и разумљивог повода. Овакве болеснике препознаћемо по следећим карактеристикама: весео израз лица; раздраганост; хиперактивност; стално започињање нових послова; мимика и гестикација су веома живе; пажња је хипервигилна, те све из околине пацијентима ремети концентрацију; мисаони ток је убрзан са живим асоцијацијама, што доводи до тога да манични скачу са теме на тему и не довршавају ниједну започету причу; повишен је импулс за говором, а понекада говоре театрално или патетично; снижена је потреба за спавањем, не стижу ни да једу итд. Њихово понашање је безобзирно, непримерено околностима, често и неморално. Непромишљено троше новац и упуштају се у непоуздане послове. Воле да се „неслано” шале, да играју и певају. Могу бити и агресивни, ако им се противуречи. Иако се брзо „интимизирају” са другим људима, савет је да им увек треба прилазити тактично јер врло лако постају непријатни према особама које покушавају да утичу на њих или да их контролишу. С обзиром на то да им је повишен сексуални нагон, лако се упуштају у сексуалне односе, а услед повећане раздражености може доћи и до сексуалних насртаја чак и на здравствено особље. Манија може бити удружена са психотичним манифестацијама, попут

суманутости величине, високог порекла, изузетне надарености, богатства, као и (ређе) са халуцинацијама, обично слушним.

У раду са овим пацијентима, од медицинске сестре се очекује да поред знања и професионалног односа поседује и максимално стрпљење. Сестра мора да заузме професионалан, ауторитативан став према маничном болеснику, и да на адекватан начин реагује на све његове провокације и поступке. Треба да примени технику „активног слушања”, и да препозна његову симулацију или дисимулацију. Манична особа се непрекидно (24 сата дневно) опсервира. Помаже јој се да изрази своје мисли и осећања, када за тиме има потребу. Стално се прати њено кретање, и правовремено се реагује на све непредвидиве поступке (бежање са одељења, малтретирање „слабијих болесника”, лежање у туђем кревету, присвајање туђих ствари и томе слично). Ради контроле, потребно је укључити и активирати и друге пацијенте који деле собу са маничним.

Поред наведеног, здравствена нега ових болесника обухвата и низ других мера, као што су: редовно узимање лекова уз контролу акта гутања; уочавање нежељених ефеката терапије; укључивање болесника у социо-терапију и радно-окупациону терапију, како би се смањила његова анксиозност и хипер-активност; планирање и ограничавање активности на дневној основи; пружање помоћи у конструктивним активностима пацијента; редовно узимање хране (сестра мора да седи поред болесника док обедује); редовну контролу телесне тежине, због могућег губитка исте; праћење халапљивих маничних болесника и кориговање лоших навика приликом обедовања, да се не би угушили храном (болус смрт); контролисање спавања у току дана и ноћи (с обзиром да спавају кратко и често се буде, а дешава се и да узнемиравају друге пацијенте, улазе у њихове постеље и не дозвољавају им да се одморе); процену лекара и чланова здравственог тима о изласцима, посетама и викендима; хигијену, односно контролу прања руку, коришћења тоалета, купања, прања косе и слично; превенцију интрахоспиталних болести и контролу хране добијене од посете (често не поједу

храну на време, поделе је другима, те тако, преко алиментарних интоксикација долази до ширења заразе).

Пацијенти се морају, преко здравствено васпитних активности, редовно информисати и едуковати у погледу тога како лекови делују и која су њихова нежељена дејства, треба их упутити у вођење здравог стила и начина живота, где све није еуфорично, научити их да контролишу своју хиперактивност, те да воде бригу за основне људске потребе.

Манични болесници се сматрају веома захтевним, због чега је третману и здравственој нези истих потребно приступити тимски.

За разлику од туге *депресија* нема ограничено време трајања, а њени симптоми захтевају пружање професионалне помоћи. Код депресије витални динамизми су снижени (хипохормичност), присутна је безразложна туга и жалост (хипертимичност негативно поларизована), а моторика је ослабљена и успорена (хипоактивност). Може се испољити као депресивна неуроза или депресивна психоза. Ове болеснике карактеришу: жалостан, тужан израз лица; набори на челу у виду знака омеге; губитак осећаја радости и заинтересованости; негативан поглед на свет и будућност; безвољност и пасивност; изразито тужно расположење; тих и успорен говор; редуковани, спори покрети; појачан тенацитет и ослабљена вигилност пажње (усредсређеност на „црне” мисли и депресивну тематику); смањена способност мишљења и концентracије; поремећај сна у виду несанице или, ређе, хиперсомније; губитак или, понекад – повећање телесне тежине; опште слабљење имунитета (честе инфекције, погоршање психосоматских болести и друго). Код великог броја пацијената честа су размишљања о смрти, јављају се самоубилачке идеје и покушаји, а може да дође и до њихове реализације. Депресивна особа размишља о безвредности живота, о томе да је само терет својој околини, разматра могуће начине извршења самоубиства и прави планове. Почетак и крај депресивне епизоде носе са собом највећи ризик од

самоубиства. У јеку депресије болесник као да нема снаге ни да се убије.

Медицинска сестра мора да зна који су болесници под ризиком од суицида. Треба да појача надзор и прати понашање истих. Битно је да контролише узимање лекова и њихово чување на одељењу, као и ствари које доносе посетиоци. У акутној фази не сме се дозволити болесницима излазак (тада су обично на интензивној нези). Требало би уклонити и стално проверавати све предмете који би пацијенту могли да послуже у реализацији суицидних намера. Важно је да се јача његова мотивација и подстиче настојање да што пре изађе из доживљаја животног безнађа. Сувишно је рећи да изласке и викенде пацијента под ризиком од суицида треба забранити, а иначе их контролисати и пажљиво уговарати уз детаљно информисање породице. У процесу неге депресивног болесника медицинској сестри могу помагати и други пацијенти у одељењу, па је пожељно да се и они ангажују. Најважније од свега је да психијатријска сестра – техничар примети изненадне промене расположења типа наглашене веселости, наглог смиривања или вербализације суицида.

Став сестре према депресивном пацијенту и приступ нези односи се још и на следеће ставке: показивање стрпљења, посвећивање довољно времена; подизање самопоштовања; не осуђивање и уздржавање од јаловог моралисања; присуство чак и онда када пацијент одбија да говори; помоћ у обављању свакодневних активности; пружање подршке за сваку одлуку коју је сам донео, уколико она није деструктивна; непопуштање пред ирационалним захтевима и жељама болесника; преусмеравање његових негативних мисли у позитивне, колико је то могуће; спречавање изолације и отуђења; супортација истовремено и пацијента и његове породице; уочавање проблема са спавањем и помоћ у њиховом превазилажењу; подстицање постављања кратких и остваривих циљева; едуковање о болести и начинима лечења. Поред стрпљења, сестра треба да поседује знање и емпатију. Све што ради мора да буде одмерено и умерено, како не би дошло до револта, одбијања и негативизма болесника. Атмосфера на одељењу мора да буде

угодна, да пружа осећај сигурности, безбедности, бриге и заштите. Да би се то постигло, од виталне важности је: стално процењивати пацијентово стање, односно опсервирати га 24 сата; посебно појачати надзор над онима који су под ризиком од суицида и ставити им то до знања; строго контролисати уношење лекова како психијатријских тако и других, редовност узимања, и сам акт гутања истих; благовремено уочавање нежељених ефеката медикације; применити супортивне психотерапијске технике, разне видове социотерапије, попут – ангажовања у терапијској заједници, радно-окупациони третман, у који болесника треба укључивати поступно; планирати активности на дневној основи; водити рачуна о исхрани и подстицати пацијента да редовно узима своје оброке, мерити му телесну тежину, ако је потребно чак седети поред њега док обедује; пратити дужину сна и активирати болесника у току дана, како не би већи део времена проводио у кревету, а посебно обратити пажњу на ране јутарне сате; инсистирати на уредности и одржавању хигијенских навика; донети одлуку о изласцима, посетама и викендима од стране лекара и чланова здравственог тима.

Психотични поремећаји су производ интеракције биолошких, менталних и социјалних чинилаца. Код психотичних пацијената сметње се могу уочити у сфери мишљења и перцепције, афективном функционисању, вољним динамизмима, мотивацији и социјалном функционисању. Најчешће се виђају симптоми и знаци попут суманутих идеја, акустичких халуцинација, доживљаја одузимања или наметања мисли или осећања, пасивности, контролисаности од стране других, кататоних феномена итд.

Болесници са суманутим идејама (делузијама) су веома чести у психијатријским одељењима, и захтевају прилично комплексан третман у нези и лечењу. Поједини болесници немају увид у своју болест, па тако верују да су здрави, да је скована нека завера против њих, те да су у болници зато што су здравствени радници у дослуху са њиховим прогонитељима. Други су углавном емоционално индиферентни на своју ситуацију услед идео-афективе дисоцираности. Нису ретки ни они који реагују

агресивно, укључују у своје „системе” и особље са одељења и постају потенцијално опасни по околину. Ови последњи често беже са одељења, па је за њих потребно појачати надзор.

Медицинска сестра психотичне болеснике мора да опсервира даноноћно и да стално процењује њихово стање. Потребо је да контролише да ли редовно узимају лекове, по прописаној шеми, јер су склони да то избегавају. Заправо, увек треба присуствовати узимању медикације и проверити да ли је болесник прогутао лек. Уколико психотична особа одбија да једе, јер верује да је трују, сестра треба да проба храну пред њом. Битно је, такође, и да на време уочи нежељене ефекте неуролептичке терапије. Увек мора имати времена да саслуша пацијента, а да му се не супротставља, да у комуникацији користи кратке и конкретне реченице и појмове, те да се не изражава двосмислено или недоречено. Важно је да га подстиче и храбри да сам донесе одлуке у погледу свакодневних активности, као што су: облачење, исхрана, хигијена, сан, рекреација и слично. Ови болесници су нарочито склони дисимулацији (прикривању манифестација болести), те се то мора имати у виду. Пожељно је реаговати професионално на жалбе психотичног. То, у пракси, на пример, значи да код појаве халуцинација, сестра неће противуречити пацијенту, већ ће му објаснити да је то део његове болести. Даље, неће негирати, али ни одобравати, сумануте идеје које пацијент пред њом испољи. Инсистираће на узимању активног учешћа у раду терапијске заједнице, тражиће да се укључи у радно-окупациону терапију, као и да учествује у свим другим активностима у одељењу, које развијају његове социјалне вештине. У обавези је да, колико је то у њеној моћи, превенира повређивање, самоповређивање и појаву интрахоспиталних инфекција. Истовремено ће радити и са породицом оболелог, укључиће их у лечење и едуковати их о значају терапије. Посебно ће обратити пажњу на изласке, викенде и припреме за отпуст, имплементирајући закључке терапијског тима. Када дође време за отпуст потребно је обавестити патроножну сестру која ће пацијента, након отпуста, редовно посећивати у породичном окружењу, те, по потреби, сарађивати са социјалном службом.

За разлику од психоза, неуротични пацијенти се ређе виђају у психијатријским одељењима, али су чести клијенти тзв. „дневних психијатријских болница” и, наравно – диспанзера за ментално здравље и разноразних психолошких саветовалишта (за децу, адолесценте, брачно-породичну проблематику и слично). Ови пацијенти имају увид у своју болест. Иако не разумеју довољно значење сопствених симптома, свесни су њихове ирационалности, те стога и траже професионалну помоћ. Неуроза захвата само део личности, док је њен фундамент углавном непромењен. Пацијент је у стању да разликује сопствена искуства од објективне реалности; другим речима – он не конструише стварност која би се базирала на његовим поремећеним представама и концептима. Неуротичар је у стању да схвати и прихвати систем вредности и забрана социокултуралне средине у којој живи. Његови повремени излети у ирационално само су епизодичног карактера, а он сам према њима има отклон, тј. дистанцу. Иако је у основи теже адаптибилан од психички здравих људи, неуротичар није у глобалу изгубио моћ социјалног прилагођавања. Вербална комуникација је очувана, а несвесни процеси се зауздавају свесном контролом, нажалост, на начин који захтева велики утрошак емоционалне енергије. Захваљујући психичком увиду у своје стање, на основу кога се развија психотерапијски наратив о властитој болести, многе неуротичне особе имају реалну шансу да се трајно ослободе својих сметњи, или да их бар сведу на занемарљив ниво.

Са психозама је, видели смо, сасвим друга прича. Пацијент, по правилу или нема уопште увид у своју болест или је овај парцијалног карактера. Пуно пута нема потребу за стручном помоћи, јер уопште и није свестан ирационалности својих преокупација. Фундамент личности је радикално измењен, некада до нивоа потпуне дезорганизације. Збрисане су границе између унутрашњег, менталног простора и објективне реалности. На терену тако измењеног психизма ничу сумануте идеје, халуцинације и други продуктивни психопатолошки феномени којима болесник настоји себи да „објасни” распад личности пред којим се нашао. Није у стању да се на адекватан

начин социјано прилагоди и функционише, посебно у шубовима (налетима) психозе. Вербална комуникација је значајно компромитована и под снажним је упливом несвесних процеса, које нарушене или чак и уништене интегративне функције личности не могу више да обуздају. Психотична особа не може да постигне излечење психотерапијским приступом, али је могуће, у многим случајевима, спрегом фармакотерапије и психолошког лечења зауставити даље пропадање личности и делимично опоравити оно што је психотични процес оштетио.

На послетку ове расправе, можда понешто о разлици између неуроза и психоза сазнамо и из једне старе психијатријске шале: „Неуротик је човек који у својој глави зида куле ни на небу ни на земљи и повремено их посећује, психотик се у њих сасвим преселио, а психијатар од обојице наплаћује кирију.”



МЕРЕ ЗА СПРЕЧАВАЊЕ САМОПОВРЕЂИВАЊА, ПОВРЕЂИВАЊА И СУИЦИДНОСТИ БОЛЕСНИКА

Медицински пресонал у психијатријском одељењу мора да се укључи у спровођење, између осталих, активности које се односе на: спречавање самоповређивања и самоубиства пацијента, пружање помоћи ради побољшања његових интерперсоналних односа и остваривања бољег контакта са члановима породице, повратка свакодневним активностима и обавезама, те подстицање болесника да прави планове за будућност.

Самоповређивање се односи на повреде које пацијент сам себи наноси, а типично је за психопате и теже психотичне пацијенте.

Под *повређивањем* се подразумева наношење повреда особљу или другим болесницима. Најчешће је код психотичних, пре свега код оних са знацима кататоног раптуса, епилептичног сумрачног стања, маније, патолошког афекта (психопате) и суманутости.

Суицидност је тежња ка самоубиству без обзира на то да ли је пацијент покушао активно извршење суицида или га је само вербално најављивао као могућност (изјаве типа: „мој живот је безвредан, бесмислен, ништаван..., морам да окончају ову патњу”). Овде видимо да је субјектово расположење и размишљање самоубилачко, а озбиљност такве ситуације потврђује чињеница да многи аутори вербалну суицидност сматрају првом фазом у реализацији суицида. Узроци се најчешће виде у следећем:

- депресија (сви облици);
- халуцинације (наредбодавне, оне које обезвређују пацијента својим садржајем);
- стања у којима је појачано неповољно мишљење о себи;
- било који облик кризе или стреса;

- тежња ка самооптуживању која је логички заснована или је ирационална;
- потреба за самокажњавањем;
- покушај освете другима које пацијент сматра кривцима за своје стање;
- делирантна стања са јаким страховима, чулним обманма, искривљеним доживљајем реалности и немогућношћу контроле поступака;
- тешке телесне болести и др.

Поред наведеног, *на могућност суицида могу да укажу* и социјална изолација болесника, прекид контакта са околином, повлачење у себе, усамљивање, губитак апетита, несаница (посебно рано јутарње буђење). Код оних који су склони да пишу опроштајна писма, сакупљају нпр. таблете, оштре предмете, канапе, који им могу послужити за реализацију суицида, верује се да су ушли у другу фазу када постоји тзв. *суицидна намера*. Пацијент са суицидним расположењем, размишљањем и намером увек је песимистичан и никада не говори о будућности нити износи планове о даљем животу.

Ради ефикасног *спречавања суицидности болничких пацијентата* потребно је предузети низ одговарајућих мера. На првом месту су ту грађевинска решења за психијатријско одељење на коме се лече пацијенти склони самоубиству (ниска спратност, обезбеђени прозори, видео надзор итд). Потом је неопходно опсервирати овакве болеснике даноноћно, а посебно онда када очекују да ће пажња особља бити слабија (нпр. у раним јутарњим сатима, приликом промена смене и слично). Надзор над њима се спроводи непосредно и посредно и не треба га прикривати (болесник и треба да уочи да се на њега обраћа посебна пажња). Када се љуте због режима појачаног надзора, треба га још више појачати. Императивно је спречити сваку могућност да пацијент дође у посед предмета који су погодни за реализацију самоубилачких намера. Врши се ригорозна контрола узимања лекова, не само због остваривања терапијског ефекта, већ и због спречавања прављења резерви, што касније

може да послужи за покушај и евентуалну реализацију самоубиства. Поред наведеног, постоје и друге мере које спроводе остали чланови тима (психијатар и социјални радник, који успостављају контакте са породицом и радном организацијом и притом спроводе посебне активности које имају за циљ превенцију суицидности болесника по отпусту из болнице).



СПРЕЧАВАЊЕ И СУЗБИЈАЊЕ ИНТРАХОСПИТАЛНИХ ИНФЕКЦИЈА У ПСИХИЈАТРИЈСКОМ ОДЕЉЕЊУ

Свака медицинска сестра, па тако и она на психијатријском одељењу, мора бити упозната са тим шта су интрахоспиталне инфекције, на који се начин оне шире и како их спречити, односно које су методе њиховог превенирања. Од ње се, као и од осталог особља у болничком одељењу, захтева стручност, савесност, дисциплина и одговорност, што је све нужно за успешно спровођење мера у борби против интрахоспиталних инфекција.

Болничка (интрахоспитална, нозокомијална или кућна) инфекција је зараза чији су извор пацијенти или болничко особље. За њу се зна од када постоји хоспитално лечење. Када говоримо о овим инфекцијама, мислимо на локална или системска обољења (стања) која су резултат непожељне реакције организма на присуство инфективног агенса, а која нису била присутна на пријему у болницу, нити је тада пацијент био у инкубацији. Интрахоспитална инфекција је присутна онда када се јави 48 сати после пријема болесника у болницу, или ако се испољи после његовог отпуста, а епидемиолошки подаци недвосмислено покажу да је настала у болници.

Према *пореклу* интрахоспиталне инфекције можемо поделити на егзогене и ендogene.

Код *егзогених* су извор инфекције најчешће други пацијенти са клинички манифестном или субклиничком инфекцијом или, пак, клицоноше. Ређе, инфекција потиче од болничког особља (клицоноше, субклицоноше, понекад клинички испољене инфекције), ђака, студената, особља са других одељења, али и посетиоца који обилазе болеснике. *Путеви преношења* могу бити: *капљични* или аерогени (многе вирусне инфекције попут грипа или бактеријске као што су стрептококне и стафилококне), *фекално-орални* (јављају се у болничкој средини са

незадовољавајућим санитарно-хигијенским условима, где је изразито лоша лична хигијена болесника: одељења где се лече деца, стара лица и душевни болесници), те, на послетку, *контактни* (шуга, вашљивост и друго).

Ендогене интрахоспиталне инфекције изазивају условно патогене бактерије, сапрофити са коже и слузница болесника. Јављају се услед општег пада одбрамбених снага пацијента или због оштећења природне заштитне баријере услед агресивних дијагностичких и терапијских поступака. Зато, све медицинске интервенције треба спроводити под асептичним условима.

У психијатријском одељењу постоји *много узрока интрахоспиталних инфекција*. При пријему на одељење, болесници су често помућене свести, делирантни, конфузни, или пак агресивни, тако да је медицинско особље пре свега оријентисано на пружање ургентне психијатријске помоћи. У таквој једној ситуацији хитности не открију се одмах разне инфекције коже, које се касније, у току психијатријског лечења, могу још више развити и постати извор заразе и за друге болеснике. Поред тога, немогуће је увек обезбедити исту постељу за сваког пацијента. Због природе психијатријских болести они често нису у стању да запамте која је њихова па лежу у постеље других пацијената, скидају болесничко одело, иду боси и прљају се (ово нарочито важи за болеснике са помућеном свешћу, конфузне и оне са халуцинацијама). Због свега реченог, посебно у психијатријским одељењима треба подстицати пацијенте на темељно одржавање личне хигијене, а здравствени персонал на спровођење хигијенских мера (свакодневно чишћење, брисање и дезинфекција) у собама и просторијама у којима болесници проводе највише времена. О свим овим питањима разговара се на јутарњим састанцима терапијске заједнице.

У циљу спречавања и сузбијања интрахоспиталних инфекција спроводе се следеће мере:

- изолација болесника у случају појаве заразе;

- заштита особља (нпр. редуковати непотребне изласке из одељења, увек користити прикладу униформу и обућу, употребљавати заштитне рукавице и маске у извесним приликама и томе слично);
- борба против резистентних болничких сојева микроорганизама (редовна контрола стерилизације и повремена промена средстава за дезинфекцију);
- борба против контаминације болничке средине (упорне и сталне стерилизације и дезинфекције);
- редовно спровођење дезинфекције од пријема до отпуста психијатријског пацијента (дезинфекција – почетна, у току лечења и завршна, на отпусту);
- забрана изласка из одељења болесницима или особљу у обући и одећи која је предвиђена за хоспиталне услове;
- строго спровођење како личне тако и хигијене просторија у којима бораве болесници (собе, дневни боравак, трпезарија, купатило, тоалет);
- особље мора бити стално контролисано на клицноштво, тј. подвргнуто санитарној и епидемиолошкој контроли према законским прописима;
- контролисање посета (које се забрањују у случају појаве епидемија);
- хигијеничарке, персонал који ради на дистрибуцији и сервирању хране и административно особље које долази у контакт са болесницима треба едуковати, како би стекло или обновило потребна знања, а све у циљу успешног спровођења хигијенског стандарда;

- едукација и ангажовање самих здравствених радника ради успешne реализације здравствено-васпитних активности у циљу унапређења хигијенских стандарда рада у установи.



ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ПСИХИЈАТРИЈСКИХ БОЛЕСНИКА СА ПОРЕМЕЋАЈИМА ИСХРАНЕ

Исхрана пацијената у психијатријском одељењу не разликује се много од свакодневне исхране иначе. У принципу, није дозвољено да душевни болесник обедује у кревету; то је могуће само онима који су на интензивној нези и чије опште стање онемогућава исхрану у трпезарији. Сви остали пацијенти се хране уобичајено, за трпезаријским столом. Просторија за обедовање мора да буде чиста и уредна, а у одржавању њене хигијене учествују сви пацијенти. Један од њих, који је изабран на састанку терапијске заједнице, добија задужење да у сарадњи са главном сестром одељења регулише пропусте и проблеме који могу настати за време узимања obroka.

Медицинска сестра мора да прати понашање болесника као и његов однос према узимању хране, било да се његов апетит смањило или повећао. Ако се приметите значајна одступања у том погледу, треба пронаћи одговарајући узрок настале промене. Одељењска сестра је у обавези да врши контролу телесне тежине сваког пацијента, на пријему, у току хоспитализације и приком отпуста, али је могућ и чешћи ритам контроле (једном седмично или чак свакодневно), уколико то конкретни случај захтева. Иако се то у пракси ретко чини, потребно је обратити пажњу на састав и количину хране коју родбина доноси пацијенту, из разлога што се његови укућани по том питању често понашају сасвим нерационално. Такође, благовремено треба уочити индикације за примену вештачке исхране путем назогастричне сонде или парентералним путем.

Поремећај исхране се може испољити у виду *смањеног уношења* оних количина хране које одговарају телесним потребама болесника. Ово се пре свега среће код оних код којих је доминантан страх од узимања хране и промене физичког изгледа (ментална анорексија, суманутости везане за храну код неких схизофреничара или параноика). Код таквих поремећаја

пацијенти обично негирају потребу за храном и тврде да нису гладни. Губе на тежини, прикривају смањен апетит, бацају донету храну када нису под контролом, а уколико особље или чланови породице инсистирају да пред њима узму оброк, они то послушно ураде, касније изазивајући повраћање. У оваквим случајевима сестринска интервенција се односи на то да она болеснику да лепо и укусно припремљен и сервиран оброк, учини обедовање пријатним и обезбеди да му нико не смета, понуди мање а чешће оброке, контролише телесну тежину, спречи примену посебних физичких вежби које доприносе утрошку вишка енергије, даје храну без експлицитне присиле и казне већ по принципу договора и награда (наравно само ако болесник није витално угрожен), те на послетку, контролише пражњење црева јер су честе опстипације код особа које се слабо и нередовно хране.

Онда када болесник, због озбиљности своје болести (нпр. тешка депресија), категорички одбија храну и ниједан поступак није дао резултата, прибегава се примени вештачке исхране преко назогастричне сонде. Важно је задовољити његове калоријске потребе (око 2000 калорија минимум), као и обезбедити адекватан унос хранљивих (протеини, масти и угљени хидрати – у одговарајућем односу) и заштитних материја (минерала и витамина).

Понекад срећемо и поремећај исхране у смислу *уношења веће количине хране* од оних које изискују потребе организма. Тада је апетит болесника повећан и он постаје гојазан. Медицинска сестра овај проблем решава тако што настоји да пацијенту смањи унос намирница, повећа физичку активност кроз увођење обавезних физкултурних вежби и шетње, редовно прати његову масу поредећи је са оном на пријему, дефинише идеалну телесну тежину за тог пацијента и одреди му (у сарадњи са дијететичарем) дијету, храбри га и подстиче у настојању да смрша и контролише посете како би открила како он, евентуално, долази до хране мимо редовно одређених obroка.

БИОЛОШКА ТЕРАПИЈА У ПСИХИЈАТРИЈИ

Окосницу данашњег савременог психијатријског лечења представљају биолошка, психолошка и социотерапија.

Биолошке терапијске процедуре доводе до биохемијских и/или структурних промена у мозгу. У биолошку психијатријску терапију спадају: психофармакотерапија, електроконвулзивна терапија и психохирургија. У нашој се земљи користи само прва побројана, односно лечење психијатријским лековима. Терапија електрошоковима се користила, али је углавном напуштена, док за психохирургију можемо рећи да никада и није била присутна на нашим просторима.

Електроконвулзивна терапија се још увек примењује у свету, а резервисана је за терапијски резистентне болеснике који пате од тешких форми схизофреније (посебно кататоне), као и за особе са дубоком депресијом праћеном огромним суицидним ризиком, која не реагује на антидепресиве. Чак 70 процената психотично-депресивних повољно одреагује на апликовање електрошокова, а неки од њих се и трајно излече.

Од саме појаве ове методе, стручна и лаичка јавност биле су подељене у погледу њене примене. Изгледа, наиме, да се ова метода злоупотребљавала и бесмислено користила код психопата, неуротичара, али и за „преваспитавање” политичких неистомишљеника и непослушне деце. О тој великој бруци психијатрије написан је роман, а по њему и снимљен истоимени филм – „Лет изнад кукавичијег гнезда”.

Данас се електроконвулзивна терапија у неким земљама строго селективно употребљава, напуштено је давање електрошокова без претходне анестезије и апликације лекова који блокирају периферну нервно-мишићну активност, тако да тај поступак не изгледа више толико нехумано као некад. Нема више грчења пацијената, снажних контракција мишића, прелома костију, а болесник се ничега не сећа по окончању процедуре. Како још

увек постоје сумње да електрошокови можда ипак трајно оштећују когнитивне функције и евентуално доприносе раној појави деменције код оних који су лечени на тај начин, већина психијатара радије примењује фармакотерапију, чак и онда када би ови можда и могли да имају бољи терапијски ефекат.

У Практикуму психијатрије са негом, ауторке Дивне Кекуш, описано је како се процедура апликовања електрошокова изводи, и који је задатак медицинске сестре у асистенцији. Имајући у виду да је овај терапијски приступ практично напуштен код нас, сматрамо сувишним да износимо техничке детаље у вези са тим.

Психохирургија је још већа дубиоза у историји психијатрије од електроконвулзивне терапије. Готлиб Бурхарт је 1892. први пут извео лоботомију, а од шест његових пацијената двоје је умрло, а остали су постали смиренији изгубивши своју личност. Од краја 30-их до почетка 50-их година прошлога века хиљаде болесника је подвргавано операцији, чији је циљ био одвајање предњих делова чеоних режњева од остатка мозга. Индикације су биле не само психозе (схизофрена и биполарна), већ и опсесивно-компулсивни поремећај и патолошко насиље. Егас Мониз је, штавише, 1949. године добио и Нобелову награду за унапређење психохирургије. Конструисан је мали уређај, тзв. леукотом, којим се улазило у мозак болесника кроз очне дупље, што је процедуру чинило технички лако изводљивом. Међутим, психохирургија је у већини случајева трајно нарушавала личност пацијента, уводећи га у синдром безвољности, губитка сваке иницијативе и често, нажалост, пуког вегетирања. Данас се софистицирана психохирургија још увек понегде примењује у виду тзв. *цингулотомије*, тј. уништавања мале анатомске структуре у лимбичком систему путем радио-фреквентне струје, која се у мозак убацује финим жичаним електродама. Свом срећом, врло је мали број пацијената са тешком депресијом или присилном неурозом који се подвргавају том захвату.

Психофармакотерапија је данас доминантни модалитет лечења у психијатрији уопште. У неколико минулих деценија напустио је огроман напредак у овој области, тако да сада модерни психијатар располаже са небројено више лекова него што је то раније био случај. Готово сви психофармаци се могу груписати у четири основне групе – *антипсихотици* (неуролептици, велики транкилизери), *анксиолитици* (седативи, мали транкилизери), *антидепресиви*, *остали психофармаци* (стабилизатори расположења и ноотропни лекови).

Антипсихотици се приоритетно користе за лечење психоза, мада неки од њих, у мањим дозама, могу да се дају и код неуроza, поремећаја личности, психосоматских или неуролошких болести. Са појединим лековима из ове групе упознали смо се у првом делу овог уџбеника, када је било говора о лечењу шизофреније и других психотичних поремећаја. Због веома непријатних нежељених ефеката, многи пацијенти нерадно узимају поједине од ових лекова. Због тога *атипични неуролептици* (који имају мање нузефеката и делују претежно преко серотонинских рецептора) све више потискују *класичне* (који снажно блокирају допаминске рецепторе изазивајући тако многа непријатна испољавања). Такође, скоро је правило да чим наступи побољшање, болесници самоиницијативно прекидају терапију, што онда, у великој већини случајева, доводи до поновног јављања (релапса) психотичних манифестација (сумануте идеје, халуцинације, даљи пад вољно-нагонских динамизама и слично). Из тог разлога се некада ови лекови дају у депо-форми, тј. као инјекције на две до четири недеља.

Анксиолитици су медикаменти који сузбијају страх, напетост и тесkobу, не реметећи значајно когнитивне и перцептивне функције. *Барбитурати*, који су се раније много користили, због своје мале терапијске ширине и високе токсичности, потпуно су напуштени у савременој психијатрији. Слично ствари стоје и са тзв. *дериватима пропанедиола*. *Небензодиазепински анксиолитици*, попут буспирона, више се не користе код нас, мада их психијатри у неким земљама још увек употребљавају,

углавном за третирање генерализоване анксиозности. Дакле, у рутинској пракси су се једино задржали *бензодиазепини*, чија је ефикасност потврђена вишедеценијским искуством. Индикације за примену ових лекова су сви анксиозни и стресом изазвани поремећаји (неуросе), психофизиолошке сметње, али се, поред тога, могу давати и у третману депресије и психотичних стања разне етиологије, као помоћна медикација, поред антидепресива и неуролептика. Делују преко бензодиазепинских рецептора потенцирајући дејство ГАБА-е и других инхибиторних неуротрансмитера у кори великог мозга и изазивају зависност, па их стога треба контролисано давати. Често се анксиолитици злоупотребљавају од стране самих пацијената, који су у нашој средини склони да се сами „лече” овим лековима без консултације са лекаром. Иначе, једна енглеска пословица каже: „Ако одлучиш да самог себе лечиш, треба да знаш да је у том случају терапеут обична будала, а пацијент је идиот”.

Антидепресиви поправљају расположење, редукују напетост, уклањају делузије настале на депресивној основи и смањују моторичку инхибицију. У ову групу спадају *класични лекови* (бицикличне, трицикличне и тетрацикличне структуре), *инхибитори моноаминооксидазе* и *медикаменти друге генерације* који коче поновно преузимање серотонина (популарно звани „есесарајзери”). Новији лекови имају неупоредиво мање нежељених ефеката у односу на класичне, али се трициклични антидепресиви и даље користе код психотичних форми депресије јер имају снажнији ефекат. Неселективни инхибитори моноаминооксидазе су потпуно избачени (давали су многобројне интеракције са другим лековима, храном и вином, што је доводило до тешких хипертензивних криза), а селективни више нису доступни на нашем тржишту. У великој већини случајева суверено место у лечењу депресије заузимају инхибитори поновног преузимања серотонина, који свој ефекат постижу постепено, па се њихово право дејство може уочити тек после 3-4 седмице од почетка примене. Ови лекови не изазивају зависност, па се могу узимати, уколико је потребно,

месецима и годинама. Ипак, и са њима ваља бити опрезан, јер и они имају своја нежељена дејства и контраиндикације.

Остали психофармаци су стабилизатори расположења и лекови који побољшавају метаболизам можданих ћелија. Некада је главни стабилизатор расположења био литијум-карбонат, који је изазивао сијасет нежељених ефеката (жеђ, пролив, тремор, отоке, пораст телесне тежине и друго), а токсично је деловао на бубреге и функцију штитне жлезде. Модерни психостабилизатори су подношљивији за пацијента, те се сада често дају не само код биполарног поремећаја, већ и код других психоза, поремећаја личности и епилепсије. Ноотропни лекови су корисни код болесника који имају органска оштећења мозга и код деце са неким специфичним проблемима у развоју.

У свакодневној психијатријској пракси честа је појава да неки болесници тешко прихватају узимање лекова због могућих нузефеката и страха од навикавања. Стога је потребно пружити адекватна објашњења која, с једне стране, не прећуткују истину у погледу могућих нежељених дејстава медикамента, а са друге, не преувеличавају потенцијалне опасности његовог коришћења. Такође је добро потенцирати реална очекивања од лека и не заборавити да фармакотерапија све не решава у медицини генерално, па тако и у психијатрији.

Најчешћа *нежељена дејства анксиолитика* су: умор, малаксалост, спаност, вртоглавица, несигуран ход, сметње говора, ошамућеност, ретко конфузија, парадоксалне реакције – немир и агресивно понашање, сувоћа устију, гастроинтестиналне сметње, повећање очног притиска, гашење сексуалне жеље, апстиненцијална криза после наглог обустављања итд.

Нузефекти антидепресива укључују следеће: конфузна и делирантна стања, вртоглавицу, мишићну хипотонију, задржавање урина, затвор, хипотензију, тахикардију, пораст очног притиска, погоршање фебрилних и инфективних болести, повећање

конвулзивне спремности код епилептичара, кардиотоксично дејство, оштећење јетре и бубрега и друго.

Ипак су *нежељени ефекти антипсихотика* најмногбројнији и потенцијално најопаснији. У лакше нузефекте ових лекова спадају: поспаност, ошамућеност, претерано спавање, пад крвног притиска (може да доведе до колапсних криза), промене у крвној слици, појачање апетита, добијање на тежини, губитак полне жеље, еректилна дисфункција, галактореја, изостанак менструације, хормонална дисфункција, вртоглавица, убрзани рад срца и друго. Много теже последице узимања ових лекова су следеће:

- *пароксизмалне дискинезије* – манифестују се наглим, непредвидљивим и невољним трзајима читавих мишићних група, а јављају се у прве две недеље неуролептичке терапије; могу бити изазване и неким другим лековима који се користе изван психијатрије (клометол, нпр);
- *неуролептички синдром (медикаментозни паркинсонизам)* се препознаје по општој мишићној укочености, специфичном ходу, дрхтању руку и смањеном мимичком експресијом, а јавља се обично између друге и четврте недеље лечења; чешће га изазивају класични високопотентни неуролептици од атипичних;
- *малигни неуролептички синдром* је потенцијално смртносно стање, код кога се јавља укоченост болесника, висока температура, презнојавање, хиперсаливација, губитак контроле сфинктера са последичним умокравањем и незадржавањем столице, тахикардија и варијабилност крвног притиска.

У свим овим случајевима треба хитно обавестити психијатра, који ће прописати даље поступање у сваком појединачном случају. Код неких пацијената биће довољно смањење дозе, некимма ће бити замењен и лек, а код извесних стања (попут

малигног неуролептичког синдрома) лекар ће моментално обуставити психијатријску терапију и предузети мере одржавања виталних функција и санирања по живот потенцијално опасних последица, у сарадњи са интернистом или реаниматологом.

За узимање сваког лека важи тзв. **правило 5П**: „*Правом болеснику дајемо прави лек, у правој дози, правовремено и на прави начин!*”

Три обавезне провере, које сестра у психијатријском одељењу мора да изврши (**правило 3П**) јесу:

- провера назива и дозе лека при узимању из ормарића;
- провера назива и дозе лека при припреми за давање;
- провера назива и дозе лека при враћању у ормарић.

Поред наведеног, сестра приликом давања лека увек мора да поштује и следећа правила:

- медикација се увек даје само по налогу лекара, на основу књиге терапије;
- увек треба проверити да ли је болесник попио лек; зато се узимање пероралне терапије обавља у присуству сестре која контролише акт гутања, а некада од болесника тражи и да отвори уста након тога, да би се уверила да таблету или капсулу није сакрио испод језика;
- терапија се, по правилу, дистрибуира после јела, сем ако није другачије назначено од стране лекара;
- водити рачуна о размаку између јутарње, подневне и вечерње дозе лека;
- перманентно опсервирати болесника у циљу благовременог уочавања нежељених ефеката терапије;

- инјекције и инфузије се дају у болесничкој или соби за интервенцију, искључиво у лежећем положају, да би се избегла колапсна стања и друге могуће компликације;
- сваки дати лек се евидентира на одговарајући начин;
- за све нејасноће питати лекара; боље је бити досадан и спорокапирајући, него брз и самоуверен на штету болесника.



ПСИХОСОЦИЈАЛНА ТЕРАПИЈА У ПСИХИЈАТРИЈИ

Психотерапија се састоји из специфичних техника и процедура, које су засноване на различитим теоријским основама, и којима се терапеут служи како би психолошким путем утицао на пацијента. Циљ овог терапијског модалитета јесте вишеструк. На првом месту, тежи се ублажавању или елиминацији симптома, потом се делује на поремећено понашање, даље се уклања сам узрок психичког поремећаја (када је то могуће), а на послетку јачају се здрави душевни потенцијали пацијента и подстиче позитиван развој личности. Психотерапија обухвата мноштво теоријских праваца, школа и доктрина. У пракси се највише користе динамска, бихејвиорална, когнитивна и хуманистичка психотерапија. С друге стране, психотерапеутске технике могу бити супортивне, реедукативне или реконструктивне. У основи сваке психотерапије налазе се следећи фактори: нада, поуздање, слобода наратива, одговорност, поверење и емоционални ефекат терапеутског сусрета (корективно емоционално искуство). Психолошким лечењем се баве пре свега психијатри и клинички психолози са посебном обуком на нивоу субспецијализације или посебне едукације. Има и психотерапеута који долазе из других струка, попут: дефектолога, социјалних радника, педагога и теолога. У будућности ће вероватно и медицинске сестре – техничари са високим академским образовањем и адекватном обуком моћи да се баве психотерапијом равноправно са лекарима, психолозима и другим стручњацима из хуманистичких дисциплина. Међутим, поред стручности и општег образовања, веома је важна адекватна психичка структура психотерапеута, јер је њихов рад јако напоран и одговоран. Свако нестручно вођење психотерапије може значајно да погорша стање пацијента.

Морис Левин је *технике супортивне психотерапије*, која се у нашим условима најчешће користи у психијатријским условима, поделио у три нивоа.

Базични ниво садржи следеће терапијске технике: физикални преглед као психотерапија, физикални третман као психотерапија, психотерапијско прописивање лекова, убеђивање – перзуазија, хидротерапија у психотерапијском контексту, радна терапија, разонода и забава, утврђивање свакодневних активности, фаворизовање забава и пасија, ауторитативна чврстина, сугестија, кура одмора у хоспиталним или кућним условима, пружање обавештења – разјашњавање, манипулисање окружењем у циљу отклањања спољашње конфликтне ситуације, модификација става околине, управљање саветовањем, подстицање социјалног живота, обезбеђивање социјално прихватљивих одушака за агресивност, обезбеђивање прихватљивих компензација за страх и осећање мање вредности, конструктивни однос неосуђивања, игнорисање извесних симптома и ставова, задовољавање фрустрираних основних потреба, задовољавање неуротичних потреба, управљање здравим идентификацијама и библиотерапија.

У интермедијарни ниво се убрајају: исповедање и вентилација, претресање прошлости, десензибилизација, убеђивање и превапитавање, као и коришћење психоаналитичких техника посредовања (конфронтација, кларификација, интерпретација и прорада) у миљеу супортивног саветовања.

Напредне технике, које изискују највишу стручност од психотерапеута, јесу: психотерапија удружена са специфичном фармакотерапијом и другим модалитетима биолошког лечења, хипнотерапија, психоанализа, модификоване психоаналитичке методе (попут фокалне психотерапије), психоаналитичке прескрипције, анализа деце, групна подржавајућа терапија, индивидуална терапија игром, групна терапија игром и дистрибутивна анализа.

На крају, рецимо и то да сваки контакт са пацијентом у психијатријском одељењу или амбуланти треба да садржи обележја психотерапијског приступа, чак и онда када не примењујемо неки специфични вид структурисане психотерапије.

Социотерапија је део социјале психијатрије који се бави очувањем адекватних односа између појединца и његове уже (породица, радно окружење) и шире социјалне средине (чине је особе са којима долазимо у контакте које не морамо да одржавамо). Циљ социотерапије је *ресоцијализација пацијента*. Да бисмо схватили термин ресоцијализације, морамо прво објаснити шта је то социјализација. Овај појам подразумева стицање вештина, знања, мотива и ставова који су потребни за извршавање садашњих и будућих улога појединца у друштву. Тако јединка учи да се понаша на начин на који ће је остали чланови групе којој припада лакше прихватити. Сходно реченом, социотерапија управо настоји да уклони или ублажи поремећене интеракције између појединца и његове околине.

Код психотичног пацијента однос према околини измењен је под утицајем психопатолошких феномена. Тада, социотерапијски поступак почиње још у болничким условима, када се ради на томе да болесник прихвати и да се навикне на овај облик терапије, а по отпусту из болнице наставља се тамо где за то има услова. С друге стране, поремећен однос непсихотичног пацијента са околином испољава се кроз изоловане сукобе у оквиру уже социјалне средине (пре свега породични или конфликти на радном месту).

Посебни видови социотерапије јесу окупациона и радна терапија, које се спроводе у оквиру лечења, рехабилитације и ресоцијализације психијатријских пацијената. Ови модалитети третмана не настоје само да уклоне оно што је болесно, већ и да очувају психофизичке, социјалне, професионалне и друге функције личности. Окупациона и радна терапија помажу да се код пацијента развије и одржи осећај реалности путем успостављања свесне контроле, ангажовањем пажње, интелекта, меморије, вољних динамизама, као и свих других когнитивних и емоционалих потенцијала. Уз помоћ рада и ангажовања постиже се не само *општи психохармонизирајући ефекат* (одвраћање пажње пацијента од болести, промена стереотипне болничке атмосфере, стварање радних и осталих животнокорисних навика, лакша комуникација са околином), већ и

специфичан ефекат на психопатологију кроз функционалну терапију (смањење напетости, пражњење агресивности, повећање толеранције на свакодневне фрустрације и слично).

Радну терапију – ерготерапију обавља тим стручњака, чији је координатор виши радни терапеут. Она мора бити организована, планска, циљана и флексибилна (прилагођена пацијенту). Најчешће се спроводи у радионицама занатског типа, које личе на мала предузећа и у којима се производе предмети за продају.

Окупациону терапију спроводи медицинска сестра целодневно и перманентно, са циљем да окупира пацијента, како би овај на што креативнији начин проводио време у болници. Приликом њене примене води се рачуна о индивидуалним склоностима сваког болесника. Ова терапија може да обухвата практиковање ликовне и примењене уметности, али и неке делатности из свакодневног заједничког живота на одељењу, као што су: кување кафе, организовање разних дежурстава, заливање цвећа или рад у врту. У *рекреативну терапију* спадају спортске и културно-забавне активности, приликом којих пацијенти активно или пасивно учествују, у сврху одмора и разоноде.

Метода терапијске заједнице је веома битна социотерапеутска техника. Процват је доживела у раду са психотичним пацијентима тек у другој половини прошлог века (1962), захваљујући увођењу психофармакотерапије. Може се рећи да је ово револуционарни чин, јер тек после увођења терапијске заједнице, пацијент престаје да буде објекат (чуван и лечен од стране особља) и постаје субјекат третмана, који учествује како у свом тако и у лечењу осталих чланова терапијске заједнице. Сви постојећи модели ове методе су само модификације оне првобитне која се везује за име Максвела Џонса. Модел је детерминисан чиниоцима који варирају од болнице до болнице. У зависности је од: структуре болесника према дијагностичким групама; материјалних и просторних могућности; броја и едукованости кадрова, као и њихове мотивације; на послетку – социо-културних карактеристика друштва у целини.

Терапијска заједница је терапија средином, која подразумева низ унапред испланираних и стручно вођених активности и процеса који омогућавају и олакшавају ресоцијализацију болесника. Структуру терапијске заједнице, по правилу, чине сви болесници, али се ангажују и здрави чланови заједнице. Тако, у њеном раду учествују и здравствено особље на одељењу, студенти медицинског факултета и високе медицинске школе у току вежби и други. Основни покретачи активности су главна медицинска сестра, радни терапеут, али и остали здравствени персонал у одељењу. Управо од њиховог ангажовања у многоме зависи рехабилитација психијатријских пацијената. *Председник терапијске заједнице* је увек пацијент. Степен учешћа болесника у одлучивању и раду терапијске заједнице зависи од тога да ли су болнице или одељења отвореног, полуотвореног или затвореног типа. Терапијска заједница функционише кроз три форме рада: свакодневни јутарњи састанак, Савет терапијске заједнице и велики недељни састанак.

*Свакодневним јутарњим састанак*ом са радним терапеутом и медицинском сестром на одељењу спроводи се програм интензивне терапијске заједнице кроз окупациону терапију, која ангажује болесника свакодневно и перманентно. Дневни план рада терапијске заједнице треба да буде истакнут на видно место у дневном боравку, а сатницу треба поштовати, зато што то има едукативни и реедукативни значај (већина психијатријских пацијената никада није имала, или је изгубила способност за краткорочно и дугорочно планирање). Јутарњи састанак терапијске заједнице траје око пола сата. Групни разговори треба да су динамични и никада се, у принципу, не расправља о болести и терапији. Састанак тече следећим током: председник терапијске заједнице подноси извештај о протеклом дану; информише се о садржају и закључцима са састанка од претходног дана; расправља се о неком актуелном питању; даје се оцена активности пацијената на радној терапији; похваљују се активни чланови и именују неактивни који треба да дају своја образложења (нпр. поједини пацијенти под дејством психофармака испољавају неефикасност, те психијатријски тим узима у обзир овај извештај при одређивању доза

психофармака); износи се активност чланова у поподневним часовима претходног дана (нпр. коришћење библиотеке, предавања болесника, квиз, приредбе, гледање ТВ емисија); председник представља новопримљеног пацијента и упознаје га са дневним активностима и кућним редом. Колика је важност јутарњег састанка види се по томе што његов ефекат значајно утиче на атмосферу преко целог дана у одељењу.

Савет терапијске заједнице је оперативно тело које чини четири до седам чланова. Њих бирају болесници уз сагласност психијатријског тима. Чланови су обавезно главна медицинска сестра и радни терапеут. Дужности Савета болесника је прављење распореда активности на одељењу и осмишљавање рекреативних и забавних активности.

Велики недељни састанак терапијске заједнице се одржава једном недељно уз обавезно присуство свих чланова – како болесника тако и целокупног медицинског тима. На њему се анализира рад у окупационо-радној терапији, прихватају активности које је предложио савет терапијске заједнице и одређују се конкретна задужења на одељењу (домаћин одељења, организатори разних секција, кафе кувар, референт за набавку итд.).



ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНИ РАД СА БОЛЕСНИКОМ И ЧЛАНОВИМА ЊЕГОВЕ ПОРОДИЦЕ

Здравствени радник треба да усвоји знања и овлада вештинама које ће га оспособити за учествовање у спровођењу здравствено-васпитног процеса, као мере здравствене заштите, и здравственим васпитањем као интегралним делом здравствене неге. *Циљ здравственог васпитања* јесте постизање свеопштег развоја, хармоније и равнотежа душе, духа и тела. Оно је усмерено на прилагођавање ставова и понашања животу и здрављу. Здравствено-васпитна интервенција може мењати понашање и стил живота у позитивном смеру и смањити проблеме које болест са собом доноси.

Сваки *здравствено-васпитни програм* мора бити базиран на становишту да на здравље треба гледати као на позитивно стање, које се може степенувати до потпуног благостања, а не сматрати га само одсуством болести или оронулости. У складу са тим, модерна медицина себи у задатак не ставља више искључиво борбу против болести, већ и опште унапређење психофизичког здравља, како појединца тако и колективитета. *Утврђивање потребе и значаја васпитно-здравственог рада* и спровођење свих активности које оно обухвата зависи од: претходног стања пацијента, његових понашања и навика, обичаја и предрасуда, способности разумевања сврхе васпитавања и промене у здрављу и болести, те мотивисаности да се оствари „добро здравље”. Из овога проистиче да свесно организован и усмераван здравствено-васпитни рад треба управо да доприне-се: стицању неопходних сазнања, позитивној мотивацији, развијању повољних емоција, здравствених навика и ставова.

Васпитном деловању *подвергава се цела породица*, а не само болесник, кад год је то у пракси изводљиво. Из разговора је потребно сазнати колики значај пацијент даје својој породици, да ли су узајамне породичне везе чврсте и какви су проблеми проистекли и проистичу из лоших породичних односа. На

основу тих података планира се и степен обухвата рада са породицом, што је задатак психијатријског тима. Посебни васпитно-саветодавни поступци који су усмерени на породично окружење јесу: решавање конфликтних ситуација; успостављање нових емоционалних односа у породици; боље међусобно разумевање; развијање и неговање свега оног што везује укућане и доприноси кохезији породичне функционалности. Породицу треба информисати о природи поремећаја оболелог члана. Даље, ваља припремити укућане за посете, изласке и терапијске викенде пацијента, као и за његов дефинитивни излазак из болнице (отпуст). Али више од свега, потребно је радити на континуираној едукацији пацијентових ближњих, како би ови трајно променили дисфункционална понашања, и тиме олакшали процес социјалне реинтеграције оболелог члана након изласка из болнице, што почиње од породичног миљеа.

У савременој психијатрији можда би термин здравствено васпитање (у смислу едукације) било боље заменити термином *васпитање за здравље*.

Принципи васпитања за здравље обухватају следеће:

- научну заснованост;
- васпитни принцип;
- принцип интереса и потреба;
- принцип доживљавања искуства;
- принцип адекватности и очигледности;
- принцип примерености;
- принцип поступности;
- принцип свесности и добровољности.

Од *метода здравствено-васпитног рада* на психијатријском одељењу користе се комуникационе и едукативне методе кроз индивидуални и рад у малој групи. Здравствено-васпитне методе уз одговарајућа здравствено-васпитна средства морају бити примерена и прилагођена психијатријским пацијентима. На пример, у терапијској заједници могу се применити све

методе здравствено-васпитних активности. Њихов је носилац главна медицинска сестра, која заједно са осталим члановима савета терапијске заједнице прави *план и програм здравствено васпитних активности*. Успех зависи у великој мери од односа сестра – болесник, али и осталих чланова психијатријског тима и пацијената, јер сам тај однос може бити снажно терапијско средство.



ЗДРАВСТВЕНА НЕГА У GERONТОПСИХИЈАТРИЈИ И ПЕДОПСИХИЈАТРИЈИ

Специфичност рада у геронтопсихијатријским одељењима и установама јесте посебан приступ особама са деменцијом и делирантним стањима. Слободно можемо рећи да, ако је здравствена нега деце испит нечије флексибилности и стрпљења, онда је брига о особи са деменцијом завршни испит. Деменција је велики проблем савременог света. То видимо из чињенице да се стопа оболелих од Алцхајмерове болести код особа старијих од 65 година удвостручава на сваких пет година, а да после 90. године свака друга особа је практично дементна. Осим Алцхајмерове болести веома су честе и мулти-инфарктне деменције, као и душевно пропадање у склопу неких других неуролошких болести, попут Паркинсонизма. Једна група деменција узрокованих лековима, поремећајима рада ендокриних жлезда и другим унутрашњим болестима, недостатком неких витамина, инфекцијама или депресијом, може се лечити, али су, нажалост, знатно ређи случајеви у пракси.

Све особе са деменцијом, пре или касније, испољавају следеће симптоме:

- *губитак памћења* – заборављају информације, датуме, догађаје и разговоре нарочито оне из блиске прошлости;
- *конфузија* – свакодневни и једноставни послови представљају им проблем, тј. делују збуњено чак и пред најпростијим задацима;
- *потешкоће са језиком* – заборављају речи или их погрешно користе, често не могу да изразе своје мисли;
- *дезоријентисаност* – дешава им се да се изгубе у простору, да одлутају и да не могу да се врате;
- *занемаривање изгледа* – запуштају се у погледу хигијене, носе прљаву одећу и не облаче се у складу са социјалним ситуацијама или временским приликама;

- *лоше расуђивање* – доносе неразумне или бизарне одлуке;
- *промене расположења* – лако могу да се узнемире, узрујају или наљуте, а каткада имају периоде безразложне еуфорије;
- *промене личности* – постају често агресивни или депресивни, повучени и анксиозни; негативне црте карактера из прошлости знатно долазе до изражаја;
- *потешкоће са рачунањем* – бројање и коришћење новца за њих је тежак и сложени задатак;
- *понављање* – безброј пута говоре или раде исту ствар.

Нега дементних особа много више се обавља у кућним условима или у старачким домовима него у психијатријским одељењима. Међутим, пацијент ипак може да буде психијатријски хоспитализован, уколико се деменција компликује неком другом болешћу, попут депресије, панике, психотичних манифестација или делиријума. У таквим случајевима депресија дементних се третира антидепресивима, анксиозност и паника – анксиолитицима, антидепресивима и стабилизаторима расположења, а психотичне манифестације и агресивност лече се ниским дозама антипсихотика. Медицинска сестра мора крајње опрезно и строго по упутству лекара да даје лекове дементним особама, пажљиво опсервирајући њихово понашање, из разлога што нежељени ефекти лекова могу да буду много учесталији и израженији у овој групи пацијената.

Одељења у којима се лече дементни и делирантни болесници треба да буду адекватно обезбеђена, без сувишног намештаја и предмета који би пацијенте могли повредити. Дементне и делирантне особе нипошто не смеју да спавају у мрачним собама, јер то код њих изазива јаку узнемиреност до нивоа панике. Узимање оброка обавља се уз помоћ медицинске сестре, служи се храна која је тако припремљена да може да се једе и прстима, користе се неломљиви тањира и чаше, оброци могу флексибилније да се дају (без присиљавања болесника да једе када то не жели), а за време обода избегавају се гласни разговори и

активности које пацијенту одвлаче пажњу. Како код дементних често постоји инверзија сна, овој категорији људи забрањено је давање кофеина и све што делује стимулативно. У вечерњим сатима предузимају се активности које пацијента смирују и инсистира се на коришћењу тоалета пре спавања. Одлазак у кревет мора да буде у тачно одређени сат, а пацијент мора да буде физички обезбеђен у кревету уколико је немиран. На послетку, ваља се постарати да температура собе буде адекватна, а просторија, као што смо већ напоменули, делимично осветљена.

Постоје утврђена *правила за пружање физичке помоћи* (померање, купање, облачење и слично) дементним болесницима, која свака медицинска сестра мора да зна:

- Пацијенту се прилази спреда, да се не би уплашио, а све време треба га гледати у очи;
- Покрети мора да буду спори и без журбе;
- Говори се полагано и увек се болеснику унапред наговести шта ће бити урађено;
- Пацијент се уверава да је добро и да је све у реду;
- Упутства су кратка, јасна, и излажу се једно по једно;
- Приликом придржавања пацијента исти се хвата за веће мишиће и кости (уместо за руку, држимо га за раме, а приликом окретања не вучемо га за руку и ногу него за бок и бутину);
- Ако се пацијент подиже, сестра треба да савије колена и да га гура навише користећи своје ножне мишиће а не леђне (да би избегла напрезање властите кичме);
- У случају да сестра не може да подигне болесника, не треба на томе да истрајава, већ да потражи помоћ снажнијег болничара;
- Могу се користити и специјални појасеви за подизање непокретних особа и друга одговарајућа помагала.

С обзиром да дементни болесник није у стању да саопшти када је болестан или када трпи болове, медицинска сестра је дужна

да прати његово понашање, те да запази евентуалне знаке телесне болести. Неуобичајена исцрпљеност, наглашена збуњеност или узнемиреност, недостатак апетита, или мрштење за време јела – могу бити знаци телесних здравствених проблема, па је потребно о свему томе обавестити одељењског лекара.

Никада немојмо сметнути са ума да некада грубо, агресивно или недолучно понашање болесника није резултат његове слободне воље већ његове болести. Стога, ни под којим условима медицинска сестра или техничар не сме на пацијентову грубост да одговори грубошћу, на његово наизглед некултурно понашање својим недолучним поступцима. Напротив, према пацијенту треба бити увек нежан, пристојан и стрпљив. Морају се подносити његови испади, некада на стоички начин. С друге стране, здравствени професионалац се труди да подстиче дементну особу на корисне активности и пријатну комуникацију, у тренуцима када је она за то способна.

Делирантни болесници се обично лече у условима интензивне неге. Треба их осигурати од самоповређивања или евентуално од тога да они, под упливом застрашујућих халуцинација, не повредe друге. Некада, у том циљу, морамо прибећи и механичкој фиксацији, али на начин који не понижава људско достојанство оболеле особе.

Здравствена нега у дечијој психијатрији ослања се на опште принципе неге педијатријских болесника. Сасвим мала деца са психичким сметњама своје проблеме, по правилу, не препознају, и стога никакву стручну помоћ и не траже. Њих дечијем психијатру доводе одрасли. Када је реч о адолесцентима, они могу бити свесни својих психичких проблема, који им сметају и узнемиравају их, па у неким случајевима и сами дају пристанак за психијатријско лечење. *У педопсихијатрији скоро никада се не ради само са дететом већ са читавом породицом.* Иницијални интервју на пријему у болницу је често пресудан. Наиме, уколико породица пацијента при првом доласку буде примљена лоше, без довољно разумевања и стрпљења, може се

десити и да не дају пристанак за хоспитализацију детета. И касније, током лечења, перманентно се разговара са члановима породице. Дају им се појашњења у погледу дијагнозе, начина лечења, прогнозе болести и става који треба да заузму према детету, не само док је у болници већ и по отпусту у кућном окружењу.

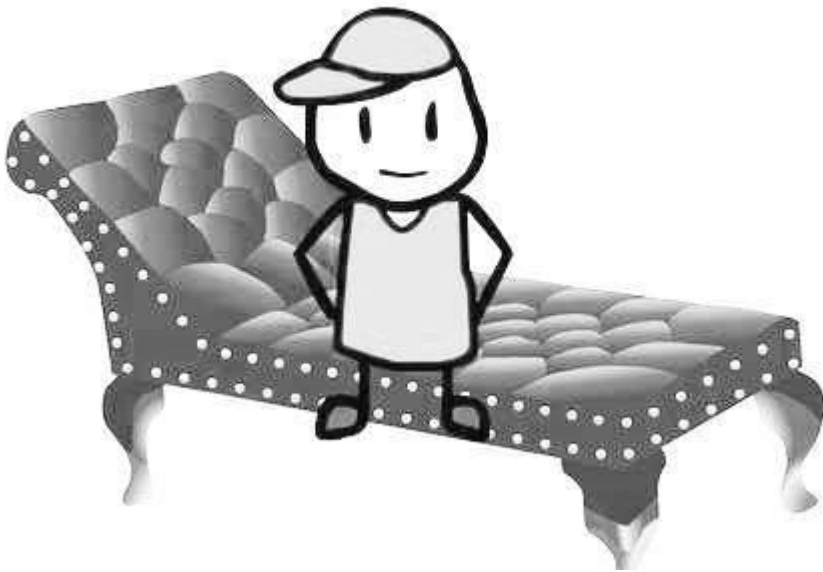
Третман психички оболеле деце је комплексан и вишедимензионалан. Он подразумева следеће модалитете: индивидуалну психотерапију детета, терапију или саветовање родитеља, породични третман, групну терапију деце или родитеља, бихејвиоралну терапију, давање лекова – фармакотерапију, дефектолошко лечење, специјално-педагошки приступ, социјалнопсихијатријске интервенције, боравак у дневној болници и класичну хоспитализацију. У свему овоме медицинска сестра – техничар активно учествује. Тако, на пример, поставља сестринску дијагнозу, перманентно прати дејство лекова и води рачуна о нузефектима (погоршање иритабилности и агресивности, неочекивана промена расположења и нивоа активности).

Често сестра може да учествује и у неким вежбама реедукације психомоторике, која је заправо превежбавање дисхармонично организоване психомоторике детета и доживљаја телесне целовитости, простора и времена код субјеката са измењеним током психомоторног развоја (по проф. Бојанину). Наравно, конкретна упутства за спровођење ових вежби, које се могу радити индивидуално или групно, у трајању од 20 до 30 минута, даје дефектолог.

Медицинска сестра мора да примењује опште принципе супортивне психотерапије, а по инструкцији психијатра или психотерапеута, и неке специфичне једноставније технике. Са децом, у сваком случају, треба бити стрпљив, флексибилан, благонаклон, али у извесним случајевима ваља заузети и став ауторитативне чврстине. У склопу окупационе терапије, на сестри лежи одговоран задатак да осмисли конструктивне активности

прилагођене узрасту, психопатологији и могућностима сваког појединачног пацијента, који се лечи у одељењу дечије психијатрије или у дневној педопсихијатријској болници.

Са изузетно тешким и комплексним пацијентима треба посебно обазриво поступати и стриктно следити инструкције дечијег психијатра. То је првенствено случај када постоји веома изражена симптоматологија, уколико је дете суицидно, онда када је неопходна интензивна опсервација понашања код дијагностички неразјашњених стања, ако се појаве опасни, витално угрожавајући ефекти фармакотерапије и томе слично. Све у свему, јасно је да за рад у оваквим одељењима и институцијама, поред општег медицинског образовања, сестра мора да поседује посебну обуку и искуство.



ЈАТРОГЕНИЗАЦИЈА

Од првог сусрета са пацијентом здравствено особље мора пажљиво бирати методе дијагностике, начине лечења, али и опхођења, водећи се циљем да пре свега не нашкоде, како поступцима тако и речима (принцип: *primum non nocere*). Уколико здравствени радник ово не испоштује, често долази до јатрогенизације, која може бити *соматска* (односи се на дијагностику, медикацију, оперативне захвате) и/или *психолошка* (страхови изазвани коментаром или поступцима здравственог особља).

Дакле, свакако треба водити рачуна шта се ради, али и шта се каже болеснику. Важно је прилагодити поступке, речи и начин изражавања, и индивидуализовати приступ у раду са пацијентима, пре свега зато што они помно посматрају и анализирају све оно што здравствени персонал чини (или не чини), и то доводе у везу са својим стањем. Сваки корисник здравствене неге има право на своје страхове, али их професионалац у здравству не сме поспешивати. А то се управо чини онда када болесника упућујемо на непотребна лабораторијска испитивања, сувишне специјалистичке консултације и учестале контроле. Пацијента можемо јатрогенизовати и дугим боловањима, непотребним уступцима, испољавањем претеране забринутости итд. Свим тим поступцима, ако не експлицитно, онда барем имплицитно, сугеришемо болесном човеку да болује од неке посебно тешке и опасне болести.

Нажалост, наша свакодневна пракса препуна је коментара типа: „Шта сте до сада чекали и зашто се јављате у последњем тренутку?“. Или, још горе: „Лекови које сте узимали ништа не ваљају, потпуно сте погрешно лечени и то нико више не може да исправи“. Морамо узети у обзир и чињеницу да до пацијената лако долазе разне, непроверене, из контекста истргнуте, чак и потпуно погрешне медицинске информације које су јаки јатрогенизатори, а могу да потичу чак и од професионалаца. Тако, примера ради, спектакуларне информације о новим и

чудотворним лековима или терапијским процедурама дају наду пацијентима и њиховим породицама, али уколико се покажу нетачнима, бацају их у очајање и резигнацију. Још гора ситуација, са етичког становишта, настаје уколико се такве информације пласирају намерно и тенденциозно, у сврху материјалне користи, односно личног богаћења лекара или било ког другог здравственог радника или сарадника.

Јатрогенизација се најбоље превенира тако што се избегава аутоматизовани и шаблонски приступ према свим болесницима, већ се сваки корисник здравствене заштите прихвата као посебна и комплексна личност, као људско биће у свему равноправно нама, професионалцима у здравству. Потребно је бити стрпљив и љубазан према пацијентима и задобити њихово поверење. Разумевање и саосећај за људску патњу и бригу су манифестације љубави према човеку, а љубав је чаробна реч која отвара не само сва врата, већ и сва људска срца, или барем већину њих.



УМЕСТО ПОГОВОРА

Жислен Сан Пјер Ланктут је Канађанка која је радикално критиковала постојећи здравствени систем у водећим земљама развијеног Запада. Њена књига *Медицинска мафија* постала је бестселер у читавом свету, али је наишла на енергичну осуду медицинског естаблишмента. Иако се не бисмо могли сложити са свим ставовима ауторке, признајем да је читање ове књиге инспиративно деловало на нас. У том смислу, следећи ставови госпође Ланктут могли би да послуже као база једне нове, племенитије етике свих здравствених радника:

- Немојмо се понашати као богови или гуруи, већ као људска бића слична свима осталима; ми смо само психијатри, психолози, психотерапеути, медицинске сестре или техничари; човек се стара, а природа исцељује;
- Издвојимо довољно времена да саслушамо, прегледамо и посматрамо своје клијенте, добра дијагноза се не поставља на пречац, а без ње нема ни ефикасне терапије;
- Радимо квалитетно онолико колико можемо; боље је да мање, а боље радимо, него више и лошије, новац није све у животу;
- Понашајмо се професионално, етички одговорно, бранимо своје ставове који су у складу са нашом савешћу и прекинемо праксу дефанзивне медицине (ограђивање од пацијената, скривање иза папира и прописа);
- Онима који немају довољно новца, понудимо флексибилније услове плаћања;
- Бавимо се медицином здравља, а не болести;

- Одбацимо све дијагностичке процедуре за које унапред знамо да су сувишне и које би служиле да нам само донесу зараду, а не за добробит клијената;
- Поштујмо свакога клијента; односимо се према њему онако како бисмо ми желели да се други према нама односе;
- Нека нам у властитом професионалном раду здрав разум и саосећај буду главне смернице;
- Ставимо медицину испред бирократије, бавимо се више људским бићима а мање папирима;
- Поштујмо увек одлуку клијента, чак и ако ова није у сагласности са оним што бисмо очекивали;
- Добробит пацијената је изнад наших себичних интереса;
- Не прописујмо и не препоручујмо олако лекове који су нови, недовољно испитани или опасни; старо, добро клиничко правило говори да не будемо први који ће неку процедуру или лек прихватити, нити последњи који ће застарелу праксу напустити;
- Потрудимо се да остваримо однос пуног поверења са клијентима, али и да им предочимо да је њихово здравље њихова одговорност;
- Стичимо знања о алтернативним методама лечења, немојмо бити ускогруди и ментално крути, сарађујмо уколико је то у интересу пацијента и са фитотерапеутима, хомеопатама, акупунктуролозима и другим одговорним практичарима природне медицине;
- Учимо и из књига које нису писали лекари; о људској природи се некада више може сазнати из књижевних

дела него из савремених психијатријско-психолошких уџбеника и приручника; пожељно је читати и литературу из области алтернативне медицине, филозофије, религије, антропологије и слично;

- Немојмо слепо веровати агентима фармацеутских кућа; они су само трговачки путници којима је у интересу да продају свој производ, који нужно не мора да буде и добар;
- Одбацимо повиновање по сваку цену лажном ауторитету политичара, локалних моћника или појединаца са звучним титулама; властита савест је наш најпоузданији судија;
- Укључујмо се у друштвене активности из нашег непосредног окружења и будимо активни чланови наше заједнице;
- Боримо се против свих предрасуда према клијентима, које се тичу њихове нације, вероисповести, класне припадности или локалног менталитета;
- Примајмо пацијенте у пристојним, али не и луксузним ординацијама; знање увек више вреди од раскоши и богатства;
- Немојмо зазирати од кућних посета када је то неопходно; у дому клијента наћи ћемо често одговоре на питања која смо себи постављали док смо их виђали само у ординацији;
- Клонимо се власти и доминације; не заборавимо да поседовање власти над неким значи и спремност да се туђа власт прихвати;

- Прихватимо пацијенте као партнере и савезнике, никако од њих не правимо противнике и послушнике;
- Радимо понекад и волонтерски, без надокнаде; помажимо често и онима који не могу да плате;
- Водимо документацију читко и разумљиво, да клијенти, али и наше колеге, могу лако да читају и схвате шта смо написали у извештајима;
- Информишимо пацијенте о свакоме леку или процедури које им прописујемо на адекватан начин;
- Поштујмо друге здравствене раднике и клонимо се оговарања; немојмо пред пацијентима критиковати јавни или приватни здравствени сектор, већ се постарајмо да се сами пацијенти увере у квалитет наших услуга.

