

JU MEDICINSKA ŠKOLA BANJA LUKA

IME I PREZIME UČENIKA:
RAZRED I ODJELJENJE:

- PRAKTIKUM -

NEUROPSIHIJARIJA

ZA IV RAZRED MEDICINSKE ŠKOLE - MEDICINSKI TEHNIČAR-

- ZA INTERNU UPOTREBU -

ŠKOLSKA 2020/2021 GODINA

ZNAČAJNE INFORMACIJE

PORAST BROJA NEUROLOŠKIH I PSIHIJATRIJSKIH OBOLJENJA KARAKTERISTIKA JE ŽIVOTA I RADA U OVOM I NAREDNOM PERIODU, TE JE NEOPHODNO POZNAVATI PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE NEUROLOŠKIH I PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA.

OVAJ PRAKTIKUM JE SAMO OLAKŠICA ZA RAD, I POMOĆ UČENICIMA UKOLIKO IZOSTANU, U CILJU LAKŠEG SAVLADAVANJA NASTAVNOG SADRŽAJA. NASTAO JE IZ PRAKTIČNIH RAZLOGA, DA UČENICI NE NOSE UDŽBENIK I SVESKU NA KLINIKU. NE SADRŽI SLIKE, TABELE, PROCEDURE, JER SVE PREDVIĐENO I OPISANO NASTAVNIM PLANOM I PROGRAMOM SE VIDI, NAUČI I SAVLADA U TOKU PRAKTIČNE NASTAVE NA KLINICI, AKTIVNIM UČEŠĆEM U RADNOM PROCESU.

PRAKTIČNA NASTAVA IZ NASTAVNOG PREDMETA NEUROPSIHIJARIJA IZVODI SE U ČETVRTOM RAZREDU ZA MEDICINSKE TEHNIČARE.

PRVO POLUGODIŠTE KLINIKA ZA NEUROLOGIJU UKCRS, NOSI SE KOMPLETNA UNIFORMA. *KORISTIMO MALU GAREROBU U SUTERENU ZGRADE KLINIKE GINEKOLOGIJA I AKUŠERSTVO. ZELENI KLJUČ SE NALAZI (UZIMA-potpisuje I VRAĆA-potpisuje) KOD PORTIRA.*

TREMINI PRAKTIČNE NASTAVE:

IV1 _____ IV2 _____
IV3 _____ IV4 _____
IV5 _____

DRUGO POLUGODIŠTE KLINIKA ZA PSIHIJARIJU UKC RS BL. ZBOG USLOVA RADA, KORISTI SE SAMO MANTIL. OBAVEZNO SE TOPLIJE OBUĆI.

IV1 _____ IV2 _____
IV3 _____ IV4 _____
IV5 _____

NA PRAKSU JE NEOPHODNO, ZBOG PROCESA RADA, DOLAZITI NA VRIJEME I POŠTOVATI **KODEKS PONAŠANJA I OBLAČENJA UČENIKA** KAO I UREDNO ODRŽAVANJE GARDEROBE.

OD UČENIKA SE OČEKUJE PRISTOJNO PONAŠANJE ZA VRIJEME BORAVKA NA KLINICI, PRIJEMA, PREGLEDA, RADA, bez suvišnih komentara. Pitanja postavljati na kraju rada.

PROFESIONALNA KOMUNIKACIJA SA OSOBLJEM KLINIKE I PACIJENTIMA.

Obavezno je nositi: IDENTIFIKACIONU KARTICU, SANITARNU KNJIŽICU, PRAKTIKUM I HEMIJSKU OLOVKU.

NADOKNADA IZOSTANAKA NIJE MOGUĆA!

Učenik se ocjenjuje jednom ocjenom u prvom polugodištu i drugom ocjenom u drugom polugodištu. Ocjena se formira kontinuiranim vrednovanjem postignuća učenika i stepena ispunjenosti **radnih zadataka** tokom svakog termina praktične nastave, ažurnosti i urednosti vođenja **dnevnika rada**, usmenog odgovora **nastavnog sadržaja** izvlačenjem kartica sa ispitnim pitanjima.

Sadržaj označen * je predviđen za učenike koji žele da znaju više, nije predviđen nastavnim planom i programom, ne smatra se očekivanim ishodom, te kao takav se ne vrednuje i ne ocjenjuje!

TEORETSKO-PRAKTIČNA NASTAVA

MODUL 1: PRVO POLUGODIŠTE

KLINIKA: KLINIKA ZA NEUROLOGIJU

NASTAVNE JEDINICE:

1. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE, PRIJEM I SESTRINSKA OPSERVACIJA NEUROLOŠKOG BOLESNIKA
2. NEURODIJAGNOSTIČKA ISPITIVANJA-ULOGA SESTRE
3. ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH OD MULTIPLE SKLEROZE, EPILEPSIJE I CEREBROVASKULARNOG INZULTA
4. PREVENCIJA DEKUBITUSA, KONTRAKTURA I BOLNIČKIH INFEKCIJA NA NEUROLOŠKOM ODJELJENJU

MODUL 2: DRUGO POLUGODIŠTE

KLINIKA: KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU

NASTAVNE JEDINICE:

5. PRIJEM BOLESNIKA U PSIHIJATRIJSKOJ BOLNICI, USPOSTAVLJANJE KONTAKTA I ULOGA SESTRE U PSIHIJATRIJSKOM TIMU
6. TERAPIJA U PSIHIJATRIJI - UČEŠĆE UČENIKA
7. NJEGA PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA PO METODAMA PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE
8. BOLESTI ZAVISNOSTI – ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD I NJEGA OBOLJELIH PO METODAMA PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE

DNEVNIK RADA SE ISPUNJAVA ŠTAMPANIM SLOVIMA. POJEDINAČNO SE EVIDENTIRA SVAKI DOLAZAK, I OPISUJU ISPUNJENI RADNI ZADACI.

RADNI ZADACI NA NEUROLOGIJI

1. Radni zadaci na odjelu:

- 1.1. UČESTVOVATI U PRIPREMI ODJELJENJA I PACIJENATA ZA VIZITU
- 1.2. PRISUSTVOVATI JUTARNJOJ VIZITI
- 1.3. HRANITI PACIJENTE I POMAGATI TOKOM DORUČKA, POSEBNO OBRATITI PAŽNJU NA PARENTERALNU ISHRANU I ISHRANU PUTEM NAZOGASTRIČNE SONDE
- 1.4. UKLJUČITI SE U RAD NA PROVOĐENJU UZORKOVANJA KRVI, URINA, LIKVORA I SLANJU U LABORATORIJE
- 1.5. UČESTVOVATI U PRIPREMI I PODJELI ORALNE I PARENTERALNE TERAPIJE
- 1.6. ANALIZIRATI SVESKU TERAPIJE I SVESKU PRIMOPREDAJE
- 1.7. UPOZNATI SE SA SADRŽAJEM ODJELJENSKE APOTEKE
- 1.8. UPOZNATI SE SA NAČINOM RADA MONITORINGA, ASPIRATORA, PERFUZORA
- 1.9. PRATITI PACIJENTE NA ZAKAZANE DIJAGNOSTIČKE PROCEDURE I PRISUSTVOVATI ISTIM
- 1.10. OPSERVACIJA PACIJENATA
- 1.11. OBAVEZNA KOMUNIKACIJA, SA KOMUNIKATIVNIM PACIJENTIMA, U CILJU DOBIJANJA ANAMNESTIČKIH PODATAKA-SESTRINSKE ANAMNEZE.

2. Radni zadaci u prijemnoj ambulanti:

- 2.1. POSMATRATI I OPISATI NEUROLOŠKI PREGLED
- 2.2. ASISTIRATI U PRIPREMI I APLIKACIJI TERAPIJE, MJERENJU KRVNOG PRITISKA
- 2.3. UPOZNATI SE SA MEDICINSKOM DOKUMENTACIJOM U PRIJEMNOJ AMBULANTI
- 2.4. UKLJUČITI SE U OPSERVACIJU PACIJENATA
- 2.5. ANALIZIRATI STARI PROTOKOL I SVESKU TERAPIJE I ZAKLJUČITI NAJČEŠĆE PRIJEMNE DIJAGNOZE I ORDINIRANU TERAPIJU
- 2.6. POSEBNO OBRATITI PAŽNJU NA SARADNJU SA PORODICOM I PRATNJOM PACIJENTA

3. Radni zadaci u dijagnostičkim kabinetima:

- 3.1. UPOZNATI SE SA APARATIMA I NAČINOM RADA ISTIH
- 3.2. POSMATRATI IZVOĐENJE: EEG-A, EMG/EMNG-A, EP-A
- 3.3. OBRATITI PAŽNJU NA POTREBNU UPUTNICU, VOĐENJE PROTOKOLA, ZAKAZIVANJE PACIJENATA, I FORMIRANJE LISTE ČEKANJA.

RADNI ZADACI NA PSIHIJATRIJI

1. Radni zadaci u prijemnoj ambulanti:

- 1.1. OPSERVIRATI PACIJENTE
- 1.2. USPOSTAVITI VERBALNI KONTAKT SA PACIJENTOM I PRATNJOM
- 1.3. ANALIZIRATI PROTOKOL
- 1.4. ANALIZIRATI MEDICINSKU DOKUMENTACIJU, POSEBNO UPUTNICE
- 1.5. INFORMISATI SE O URINSKOM TESTU NA PRISUSTVO NARKOTIKA U ORGANIZMU
- 1.6. ANALIZIRATI SADRŽAJ ORMARIČA ZA RADNI MATERIJAL I LIJEKOVE

2. Radni zadaci na odjelu :

- 2.1. USPOSTAVITI VREBALNI KONTAKT SA PACIJENTIMA – SESTRINSKA ANAMNEZA
- 2.2. SPECIFIČNOST U RADU MEDICINSKOG TEHNIČARA NA ODJELJENJU
- 2.3. ANALIZIRATI SVESKU PRIMOPREDAJE
- 2.4. AKTIVNOSTI U DNEVNOM BORAVKU
- 2.5. SAZNATI KAKO PACIJENTI PROVODE SLOBODNO VRIJEME
- 2.6. PRISUSTVOVATI JUTARNJOJ VIZITI
- 2.7. PRISUSTVOVATI PREGLEDIMA U SOBI
- 2.8. PRISUSTVOVATI DORUČKU, HRANITI PACIJENTE
- 2.9. UČESTVOVATI U PRIPREMI I PODJELI TERAPIJE
- 2.10. AKTIVNO UČESTVOVATI U DORUČKU, IGRI I POSPREMANJU BOLESNIČKE SOBE NA DJEČIJEM ODJELJENJU, PRISUSTVOVATI SASTANCIMA TERAPIJSKE ZAJEDNICE
- 2.11. PRISUSTVOVATI ČITANJU SKIPE O ALKOHOLIZMU U DNEVNOM BORAVKU NA ODJELJENJU ZA LIJEČENJE ALKOHOLIZMA
- 2.12. AKTIVNO UČESTVOVATI U RADNOJ TERAPIJI NAPOLJU, U PROSTORIJI ZA RADNO – OKUPACIONU TERAPIJU POSMATRATI PACIJENTE ZA VRIJEME AKTIVNOSTI.

SVE AKTIVNOSTI EVIDENTIRATI U DNEVNIK RADA !

1.ORGANIZACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE, PRIJEM I SESTRINSKA OPSERVACIJA NEUROLOŠKOG BOLESNIKA

Osnovna djelatnost neurološke klinike jeste prevencija, dijagnostika, liječenje, i pružanje zdravstvenih usluga pacijentima.

PROSTORNA podrazumjeva organizaciju samog prostora na klinici. Odjeljenja klinike smještene su na 6. spratu Centralnog medicinskog bloka UKC RS. Informativni šalter,specijalistička ambulanta, supspecijalistička ambulanta, dijagnostički kabineti (TCCD, EEG, EMG/ EMNG, EP), kao i sala za sastanke se nalazi u Polikliničkom (južnom krilu). Prijemna ambulanta, soba za opservaciju se nalazi u CUM-u (Centar urgentne medicine).

STRUKTURNA podrazumjeva raspored odjeljenja i radnih prostorija na klinici. Kliniku za Neurologiju čini 5 odjeljenja: **JMU**- Jedinica za moždani udar, **CVO**- Cerebrovaskularno odjeljenje, **OO**- Opšte odjeljenje sa neurofiziologijom- **NF**, **CMS**- Centar za Multiplu sklerozu. Radni prostor podrazumjeva: raspored bolesničkih soba toalet i tuš za pacijente, administrativni-sestrinski pult, prostorija za pripremu terapije, prostorija za intervencije, nečisto, prostorija za skladištenje lijekova, kancelarija načelnika klinike, kancelarije odjeljenjskih doktora, kancelarija glavne sestre klinike, prostorija za odmor osoblja, nečisto, toalet za osoblje, administrativni šalter.

Organizacija zdravstvene njege osnova je u radu medicinskog tehničara. Podrazumjeva proces zdravstvene njege u pružanju zdravstvenih usluga pacijentima i odvija se u 4 faze: Procjena, Planiranje, Provođenje, Evaluacija.

Prijem neurološkog bolesnika odvija se u prijemnoj ambulanti i od velikog je značaja saradnja sa porodicom i pratnjom u smislu dobijanja anamnestičkih podataka kao i planiranje dijagnostike i njege. Može biti: redovan, hitan i neodložan.

Redovan prijem- planiran, zakazan, radi obrade, izvođenja dijagnostičkih procedura, praćenja bolesti, dijagnostike, propisivanja, primjene ili promjene terapije, pri kom se akcenat stavlja na vođenje medicinske dokumentacije. Pacijent se u prijemnu ambulantu javlja u dogovoreno vrijeme, sa adekvatnom uputnicom, ovjerenom zdravstvenom knjižicom, potrebnim ličnim stvarima i

pratnjom po potrebi. Pacijent se upisuje u protokol, vrši se neurološki pregled, te se elektronskim putem otvara medicinska dokumentacija u prijemnoj ambulanti: istorija bolesti, temperaturna lista, matični list, saglasnost za bolničko liječenje, saglasnost za obradu ličnih podataka.

Hitan prijem- prilikom koga se akcenat stavlja na procjenu stanja svijesti i kontrolu vitalnih funkcija. Najčešće se radi o pacijentima bez svijesti ili sa teškim poremećajima svijesti kao posljedica moždanog udara ili epi statusa. Zbrinjavanje pacijenta, izvodi se prema uputstvima iz Sestrinske procedure, i zavisi od toga da li je dovezen vozilom nadležnog saniteta pa je dio radnji izveden u transportu, ili je dovezen privatnim vozilom te je neophodno provesti sve intervencije. Neophodna je brza intervencija postavljanja u bočni položaj, obezbjeđenje disajnog puta, otvaranje venskog puta, kao i postavljanje pelene pacijentu radi nemogućnosti kontrole izlučivanja. Dijagnoza se postavlja na osnovu grubog neurološkog pregleda, informacija dobijenih od pratnje porodice ili medicinskog tima. Kod pacijenata bez svijesti saglasnost za intervencije potpisuje punoljetan član porodice. Administrativna obrada se provodi naknadno, nakon adekvatnog zbrinjavanja pacijenta.

Neodložan prijem- podrazumjeva opservaciju i zbrinjavanje pacijenata koji nemaju bitna odstupanja u neurološkom pregledu ali stanje u kom se nalaze može da izazove opasnost po njihovo zdravlje i život. Npr. Hipertenzivna kriza, kolaps, glavobolja, radi prevencije moždanog udara. Opservacija se, po nalogu ordinirajućeg doktora, izvodi u sobi za opservaciju i prate se sledeće funkcije: nivo svijesti, vitalni znaci, stanje zjenica, motorne funkcije, senzorne funkcije, kontrola funkcije sfinktera, sposobnost komunikacije, promjene ponašanja. Medicinski tehničar nakon praćenja, u trajanju koje određuje doktor, obavještava doktora o stanju pacijenta i zapaženim promjenama u toku opservacije. Od tog izvještaja zavisi dalji tok rada i sama hospitalizacija. Znanje i odgovornost u radu je najvažniji uslov dobre opservacije.

Nivo svijesti- je najvažniji pokazatelj moždane funkcije. **Potpuna svjesnost:** podrazumjeva orijentisanost osobe u vremenu i prostoru u odnosu na druge osobe. **Somnolencija:** osoba je pospana reaguje na nadražaje, moguća komunikacija. **Sopor:** osoba je u patološkom snu, može da se probudi, ostaje budna dok traje dejstvo draži. **Koma:** izostaje odgovor na bilo koju draž,

osoba ne dolazi svijesti.

Vitalni znaci- se procjenjuju sledećim rasporedom: disanje prisustvo bradikardije, puls pojava bradikardije, krvni pritisak oscilacije u vidu hipertenzije do teške hipotenzije u zavisnosti od stanja pacijenta, temperatura najčešće dolazi do oscilacija poseban značaj ima lokalna hipotermija u smislu pojave hladnog ekstremiteta ili strane tjela, dok je hipertermija znak pogoršanja odnosno pojave komplikacija. Kod pacijenata koji su u težem stanju prati se preko monitoring sistema.

Stanje zjenica- posmatranje zjenica podrazumjeva procjenu veliĉine, oblika, reakcije na svjetlost (mioza, midrijaza) kao i posmatranje bulbomotorike spontane ili stimulativne (praćenje predmeta lijevo-desno, gore-dole, primicanje-odmicanje).

Motorne funkcije- se odnose na provjeravanje položaja mogućnosti i vrste hoda, refleksa, mišićne jaĉine (stisak ruke), mišićnog tonusa, motoriĉki ispadi (plaĉ bez suza, smjeh bez tona, spazam, tremor,).

Senzorne funkcije- praćenje funkcije vidna sposobnost (pojava duplih slika, gubitak vida, zamagljenje jednostrano obostrano, halucinacije), slušna sposobnost (da li ĉuje, na koje uho slabije, pojava zvukova: šum, zujanje, zviždanje), dodir (površinske stimulacije oštirim predmetom, duboke promjena pozicije zgloba, pareza, paraliza, plegija), osjećaj ukusa (gubitak određenog ukusa ili izražen ukus do pojave određenog ukusa bez draži), osjećaj mirisa (umanjen izražen ili pojava određenog mirisa bez draži), sposobnost razumjevanja (odgovori na zahtjeve i jasnoća odgovaranja).

Kontrola funkcije sfinktera- podrazumjeva praćenje funkcije 3 važna mišića kod neuroloških bolesnika. Mokraćna bešika, rektum i kardija ukoliko su u spazmu ili atoniji otežavaju ishranu i njegu pacijenta u smislu nemogućnosti, otežanog ili potpunog gubitka kontrole gutanja akta defekacije i mokrenja..

Sposobnost komunikacije- se procjenjuje verbalnom i neverbalnom komunikacijom sa pacijentom. Promjene se ispoljavaju u vidu: otežanog govora, nemogućnosti govora, gubitka memorije, gubitka tona glasa, poremećaja ĉitanja i pisanja.

Promjene ponašanja- su ĉeste kod neuroloških bolesnika, uoĉavaju se razliĉiti oblici ponašanja: nepredvidljive emocionalne reakcije, depresija, plaĉ bez razloga, dezorganizovano ponašanje, konflikt sa okolinom.

2. NEURODIJAGNOSTIČKA ISPITIVANJA-ULOGA SESTRE

Dijagnostika u neurologiji je opšta i specifična. **Opšta** podrazumjeva analizu krvi i urina, EKG, RTG. Najčešće pretrage urina su : U-sed U-prot, urinokultura, biuret (diureza). Pretrage krvi: KKS, SE, BHM, HgbA1C, ŠUK, serološke analize (antitijela), mikrobiologija (MB), faktori koagulacije, jonogram, astrup.

Specifične dijagnostičke metode su brojne i značajne (MR, CT, EEG, ANGIOGRAFIJA, EM/N/G, TCCD, EP- VEP, SEP, AEP; LP), jer su neophodne za utvrđivanje prisustva faktora rizika za neurološka oboljenja, presudne za postavljanje dijagnoze, praćenje toka bolesti i pojave komplikacija, kontrolu uspješnosti terapijskih procedura.

Osnov tačne dijagnoze je kvalitetno uzeta *anamneza*, kvalitetan i sistematičan *neurološki pregled*, koji je opisan u okviru opservacije neurološkog pacijenta.

Uloga sestre je višestruka, podrazumjeva saradnju sa pacijentom i porodicom, kao i objašnjenje same dijagnostičke procedure i adekvatne pripreme pacijenta za izvođenje iste.

Pored psihičke i fizičke pripreme pacijenta neophodno je zakazati pregled, popuniti odgovarajuću elektronsku uputnicu, obezbjediti pratnju, i sa pratnjom pacijenta poslati odgovarajuću medicinsku dokumentaciju. Takođe pratiti elektronske i pisane nalaze te na vrijeme obavjestiti nadležnog doktora o dobijenim nalazima.

Za sve dijagnostičke procedure potreban je nalaz neurologa, koji zahtijeva pregled, uputnica od porodičnog doktora- Specijalistička uputnica ne starija od mjesec dana, i termin. Zakazivanje se vrši lično u kabinetu, ili telefonski.

Neurodijagnostička ispitivanja su:

MR (magnetna rezonanca) / NMR (nuklearna magnetna rezonanca) priprema pacijenta se ogleda u tome da se pacijentu objasni da je procedura bezbolna i da snimanje traje najmanje 30 minuta pri čemu nije izložen štetnom zračenju. Za vrijeme snimanja bolesniku je pri ruci taster na koji pritikom može signalizirati ukoliko se pojavi bol neprijatnost ili strah. Zatim

se sa pacijentom ili porodicom popuni pristanak za snimanje. Sestra u desnu ruku plasira rozu braonilu i provjeri da li je pacijent u potpunosti spreman za snimanje, te ga vodi u salu. Najvažnije je da pacijent nema na sebi ni u sebi metalne predmete i implatate što je apsolutna kontraindikacija za snimanje te se pacijent upućuje na CT.

CT (kompjuterizovana tomografija) priprema pacijenta podrazumjeva psihičku pripremu pri čemu je pacijentu neophodno objasniti proceduru snimanja. Snimanje traje 15-45 minuta, odvija se na pokretnom ležećem stolu u aparatu koji ima izgled tunela. Unutra je bučno tokom snimanja i moguće su promjene položaja. Takođe je važno naglasiti da se putem slušalice instalirane u unutrašnjosti aparata može po potrebi komunicirati sa osobljem koje obavlja proceduru snimanja. Takođe se savjetuje da pravo i mirno leži tokom snimanja. Nakon što se objasni procedura pacijent potpisuje obrazac za pristanak za snimanje. Pacijent sam ili uz pomoć sestre skine sve metalne predmete. Potom se pacijentu postavi roza braonila, obavezno u desnu ruku (zbog prilaza u kabinetu za snimanje). Ukoliko kod pacijenta postoji klaustrofobija ili drugi vid uznemirenosti doktor ordinira sedative. Kada se snimanje radi sa kontrastom potrebno je izvršiti probu kontrastnog sredstva. Po završenom snimanju pacijent se vrati u sobu prate mu se vitalne funkcije i izlučivanje kontrasta kao i pojava reakcije na kontrast (kožne reakcije, mučnina, osjećaj toplote, glavobolja). Kod ponavljanih snimanja radi se samo fizička priprema pacijenta.

EEG (elektroencefalografija) je neurofiziološka metoda kojom se ispituje bioelektrična aktivnost mozga. Pomoću elektroencefalografa (EEG aparata) moguće je snimiti električne potencijale neurona u mozgu i registrovati njihovu aktivnost na elektroencefalogram snimak koji očitava doktor. Priprema se u pisanom obliku daje pacijentu a podrazumjeva da kosa mora biti oprana i čista (bez kozmetičkih preparata i šnala) te da pacijent ne smije piti Diazepam niti bilo koji sedativ prije snimanja. Takođe se naglasii važnost laganog obroka i izbjegavanja upotrebe: cigareta, kafe, koka-kole, čaja, jer mozak za vrijeme gladovanja i pod dejstvom stimulansa daje patološke impulse. **Izvođe se 3 vrste snimanja:** nakon neprespavane noći pacijent dolazi i snimanje se obavlja **u snu; snimanje u budnom stanju u bilo koje doba dana; sa provokacijom stimulacija foto lampom.** Pacijentu se u

kabinetu postavlja kapa sa elektrodama koje se raspoređuju na određena mjesta na glavi grudnom košu i ekstremitetima. Prije snimanja potrebno je postaviti elektrode na standardne lokacije na glavi. Zatim se rupice na kapi brizgalicom ispunjavaju kontaktnim gelom radi bolje provodljivosti. Zatim se pacijent smiri razgovorom legne na sto za snimanje i kada je oslobođen uzbuđenja vrši se snimanje. U toku snimanja pacijent treba da bude opušten i da saraduje sa tehničarem. Pokretnim aparatom snimanje se može izvesti i bolesnicima u komi.

***EEG HOLTER** (24-36-48h snimanje) je metoda koja se koristi za dugo praćenje električne aktivnosti mozga. Kod nekih pacijenata postoje abnormalnosti u toku spavanja koje se mogu registrovati ovom metodom. Takođe je značajan u dijagnostici poremećaja spavanja. Za ovu metodu pored oprane kose pacijent se obavjesti o testu koji traje 24h. Kada se postavi mobilni aparat i stavi kasetna posebno za to snimanje pravi se probni snimak. Ukoliko je sve tehnički ispravno pacijentu dajemo uputstva. Potrebno je da u pismenoj formi vodi evidenciju i vrijeme dnevnih aktivnosti (odmor, obrok, šetnja, rad) i kako se osjeća (glavobolja, malaksalost, trnjenje, muka). Ukoliko pacijent nije u stanju da to čini sam zaduži se pratnja da vodi evidenciju ili to obavlja sestra ukoliko je bolničko liječenje u toku. Značajno je bilježiti vrijeme napada jer se poređenje vrši sa kasetnim snimkom i evidencijom.

ANGIOGRAFIJA predstavlja radiografski prikaz krvnih sudova glave i vrata kao i kičmene moždine koji se dobija ubrizgavanjem kontrastnog sredstva koje se ubrizgava pomoću posebnog katetera plasiranog vrhom u krvni sud perkutanom punkcijom. Edukacija bolesnika podrazumjeva obavještenje bolesnika o detaljima dijagnostičkog postupka. Ukoliko je pacijent dobro informisan potpisuće pristanak na intervenciju, zatim se adekvatno priprema za intervenciju. Neophodna je priprema ingvinalne regije po principu pripreme operativnog polja i nalaz kreatinina ne stariji od 7 dana. Najčešće se kateter plasira u femoralnu arteriju. Pacijent se u sali za angiografiju postavi na sto za intervencije u ležeći položaj. Zatim se vrši proba kontrastnog sredstva preko na odjelu plasirane braunile u desnoj ruci pacijenta. Zatim se plasira kateter i vrši ubrizgavanje kontrasta pri čemu pacijent osjeća intenzivnu toplotu u vratu licu i glavi, taj osjećaj prolazi u roku jednog minuta. Postupak traje 60-120 minuta. Bolesnik se na odjeljenje vraća u

horizontalnom položaju te je neophodna **njega bolesnika poslije angiografije**. Kesa sa ledom ili pjeskom se postavlja na mjestu aplikacije katetera u svrhu kompresije te se prati pojava krvarenja, edema, hematoma. Neophodna je kontrola vitalnih funkcija i provjera pulsa svakih 15 minuta. Takođe se posmatra pojava reakcije na kontrast u smislu promjene boje kože, svraba i dispneje. Bolesnik se podstiče na pojačan unos tečnosti kako bi se aktivirala bubrežna funkcija i ubrzao proces eliminacije kontrasta pri čemu dolazi do **promjene boje urina**. Pacijent ne jede 8-12 sati nakon intervencije, savjetuje se mirovanje u horizontalnom položaju sa podignutim uzglavljem zatim nastavak normalnih aktivnosti. Najčešće komplikacije su: hemoragija, infekcija, sekundarna embolija i sekundarni vazospazam.

EMG (elektromiografija) je elektrofiziološka metoda kojom se mjere i zapisuju električni tokovi struje koju proizvode **skeletni mišići nakon stimulacije** odnosno kojom se zapisuju potencijali mišićne aktivnosti. Koristi se za dijagnostiku miopatija, mišićnih distrofija. Da bi se dobila mišićna aktivnost male iglene elektrode se ubadaju u mišić, te se povećava jačina stimulacije a rezultati prikazuju na ekranu zvučno i grafički. Pacijentu treba objasniti postupak, da skine sve metalne predmete, naglasi ako ima metalne implantate u ekstremitetima, da se istušira, ne maže kožu losionom, ne oblači štrample, i da obuče komotnu pamučnu odjeću kako bi ekstremiteti bili lako dostupni. Važno je da pacijent nije pothlađen kao ni pregrijan. Bitno je provjeriti da li ima implantate u regiji koja se ispituje, jer oni značajno utiču na rezultat ispitivanja. Zatim se naglasi važnost saradnje sa osobom koja izvodi intervenciju radi dobijanja relevantnih rezultata.

EMNG (elektromioneurografija) je metoda kojom se mjere i zapisuju potencijali mišićne aktivnosti dobijene **stimulacijom nerava koji inervišu ispitivanu grupu mišića**. Ova metoda se često koristi sa EMG-om u dijagnostici bolesti perifernih nerava, neuropatija i polineuropatija. Noviji aparati imaju sistem za ispitivanje senzoričke i praga bola, koji se koristi u dijagnostici oboljenja tankih nervnih vlakana koja prenose osjećaj bola, toplog i hladnog, koja klasičan EMNG aparat nije u mogućnosti da detektuje. Sestra osim pripreme pacijenta, koja je kao prethodna, ima značajnu ulogu u održavanju aparata, materijala, sterilnosti instrumenata i nastavaka- iglenih

elektroda ukoliko nisu za jednokratnu upotrebu. Takođe vodi protokol i liste čekanja, kao i zakazivanje i pripremu za pregled.

TCCD (transkraniokolor Doppler) transkranijalni kolor Doppler je ultrazvučna metoda snimanja krvinih sudova glave i vrata sa akcentom na **karotide**.

Mjeri se protok kroz prednju, srednju i zadnju moždanu arteriju kao i kroz arterije vratno potiljačnog sliva. Krvni sudovi se ispituju kroz slepoočni, očni i potiljačni prozor. Snimanjem se ispituje protok i prohodnost krvinih sudova, odnosno postojanje aterosklerotskog plaka. Značajne su i kompresije kod deformiteta vratne kičme. Pacijentu je potrebno reći da je metoda bezbolna i da nema posebne pripreme. U kabinetu se pacijentu skinu: ogrlica, minđuše, i naočare te se postavi u ležeći položaj i na vrat mu se stavi ultrazvučni gel. Zatim se postavi ultrazvučna sonda i vrši snimanje. Zatim se sonda postavi na čelo i posmatra se **Vilsov trougao/prsten**. Protok se prikazuje zvučno i u boji (crvena, plava). Debljina plaka se prikazuje u milimetrima, stenoza izražava u % . U zavisnosti od nalaza terapija je Aspirin ili operativna na vaskularnoj hirurgiji (invazivna, neinvazivna). Prednost ove metode je što sonda može da se spoji na pokretni aparat, veličine laptopa, te se može za kratko vrijeme izvršiti pregled više ljudi u radnim kolektivima ili skupovima.

***Tilt test** je metoda kojom se se može ispitati **autonomni** nervni sistem koji je vrlo bitan dio organizma jer reguliše rad srca, pluća i mozga. Testiranje reaktivnosti pacijenata na nagibnom stolu koji se primjenjuje kod pacijenata kojima nisu razjašnjeni uzroci nastanka gubitka svijesti i vrtoglavica. Tilt test je visokosofisticirana metoda koja se primjenjuje uz pomoć specijalnih elektroda koje se postavljaju na određene dijelove organizma i spajaju se sa softverom aparata koji na ekranu pokazuje rad vitalnih organa. Praćenjem rada srca, pluća i mozga dolazimo do precizne dijagnoze ovaj aparat se ranije koristio samo za ispitivanje zdravstvenog stanja astronauta.

EP (evocirani potencijali) su metoda kojom se ispituje električna reakcija struktura CNS-a na neki spoljni stimulans. Registracija evociranih potencijala je znatno proširila dijagnostičke mogućnosti u neurologiji. U pojedinim slučajevima moguće je otkriti postojanje oštećenja nervnih puteva u veoma ranim fazama prije pojave simptoma bolesti, najznačajnije u postojanju

oštećenja optičkog živca i moždanog stabla. Ovom metodom ispitujemo vrijeme potrebno za prenos impulsa od CNS-a preko nerva do organa.

AEP (auditivni-slušni) ispitujemo integritet auditivnih puteva moždanog stabla. Stimulacija se vrši kratkotrajnim zvučnim impulsima koji se registruju preko slušalice. Potrebno je 3-5 dana prije pregleda pacijentu kapati 3x2 parafinske kapi u uho. Pacijentu se objasni procedura, da će kada čuje zvuk pritisnuti taster, i odvede u kabinet u dogovorenom terminu.

VEP (vizuelni-vidni) izvode se u cilju dokazivanja oštećenja n.opticusa i kada se oftalmološkim pregledom ne može konstatovati sniženje oštine vida ili postojanje promjena na očnom dnu. 5 dana prije pregleda ne smiju biti širene zjenice, odnosno pregled očnog dna zato što umanjuje rezultate ispitivanja. Pacijent sjedi na udobnoj stolici na određenoj udaljenosti od ekrana na kom je potrebno da registruje pomjeranje crvene signalizacijske tačke i da pritisne taster pri kom se na ekranu registruje rezultat.

SEP (somatosenzorni-osjećajni) kojim se ispituje poremećaj senzibiliteta ili funkcionalni integritet nekih struktura moždanog stabla. Stimulacija se vrši kratkotrajnim impulsima električne struje koji se emituju pomoću elektroda postavljenih na površinu kože u neposrednoj blizini perifernih nerava čije se centralne veze žele ispitati. Najčešće se ispituju n.medianus, n.tibialis, n.ulnaris, n.trigeminus.

LUMBALNA PUNKCIJA (LP) - PREGLED LIKVORA- je česta dijagnostička procedura te je neophodno poznavanje pripreme materijala, postavljanje bolesnika u odgovarajući položaj i saradnja sa za vrijeme lumbalne punkcije, kao i njega bolesnika poslije intervencije. Dobijeni likvor se sa odgovarajućom uputnicom šalje u laboratoriju u što kraćem vremenskom periodu. Pregled likvora je: fizički-makroskopski, citološki, biohemijski, mikrobiološki, pregled na Boreliu, serološki, izoelektrično fokusiranje (znati objasniti značaj svakog pregleda pojedinačno, pripremu materijala, bolesnika, i zdravstvenu njegu bolesnika nakon punkcije, ranije učeno više puta). Evakuaciono likvor se drenira kod povišenog intrakranijalnog pritiska. Ukoliko se pojavi krvav likvor znak je intrakranijalnog krvarenja. Takođe se često aplikuje terapija nakon punkcije ili se vrši nadoknada volumena.

***Izoelektrično fokusiranje likvora (IEF)** je visokosofisticirana metoda analize likvora koja se izvodi u Neuroimunološkoj laboratoriji Klinike za neurologiju, koja je pridružena Centru za multiplu sklerozu, UKCRS.

Prednost ove metode je u tome što se uzorkuje manje likvora. Senzitivnost za zapaljenska (inflamatorna) oboljenja je 96,6%.

IEF je elektroforetska tehnika, sa najvećom moći rezolucije, u kojoj se odvajanje proteina provodi na osnovu razlike u njihovim izoelektričnim tačkama koje definiše raspored aminokiselina u njima. U fazi fokusiranja ispitivani proteini putuju prema anodi ili katodi u zavisnosti od njihovog naelektrisanja. Imunofiksacija utvrđuje kojoj klasi pripadaju proteini unutar oligoklonskih zona. Nalaz oligoklonalnih IgG u likvoru dokazuje njihovo intertekalno stvaranje odnosno sigurno prisustvo zapaljenskog procesa-lokalne imunološke reakcije u CNS-u.

Da bi se dobila optimalna informacija ovom metodom neophodno je da se ispune sljedeći uslovi: serum pacijenta se ispituje paralelno sa likvorom, kompletnu analizu likvora izvode jedan ili dva iskusna tehničara ili laboranta, a interpretaciju rezultata (očitanje nalaza) jedan ili dva iskusna neurologa.

Prisustvo dvije ili više traka IgG u likvoru kojih nema u serumu ili kao prisustvo većeg broja traka različitog rasporeda i intenziteta u likvoru u odnosu na serum smatra se patološkim nalazom.

Ukoliko trake nisu prisutne ni u serumu ni u likvoru, ili su prisutne u jednakom broju, rasporedu i intenzitetu, nalaz se smatra urednim.

Likvor i serum su stabilni 7 dana na sobnoj temperaturi, 14 dana u frižideru, 3,5 mjeseca zamrznuti na -20°C .

*** Urodinamsko ispitivanje** je zlatni standard za utvrđivanje funkcije donjeg urinarnog trakta. Pravilna evaluacija pacijenata i indikacije za ispitivanja i liječenje zasnovane na dokazima su razumna očekivanja koja medicinski radnici treba da ispune. Urodinamsko ispitivanje je postalo ustaljen dio ispitivanja poremećaja donjeg urinarnog trakta, a ispitivanja funkcije mokraćne bešike i uretre su stekla široku primjenu u urologiji, ginekologiji, **neurologiji**, pedijatriji i gerijatriji.

Stanja koja se procjenjuju urodinamskim ispitivanjem su:

- **neurogeno oštećenje mokraćne bešike**
- stres inkontinencija
- urgentna inkontinencija
- subvezikalne opstrukcije kod muškaraca
- prostatektomičke komplikacije
- različiti oblici retencije
- disfunkcionalno mokrenje kod djece.

Ispitivanje je više neprijatno nego bolno. Podrazumijeva uvođenje tankog katetera u mokraćnu bešiku i debelo crijevo sa ciljem mjerenja pritiska u istim. Bešika se lagano puni tečnošću, pri čemu se registruju senzacije koje pacijent ima. Po dostignutom kapacitetu bešike od pacijenta se traži da mokri te se mjeri protok urina. Na kraju se mjeri eventualno zaostala količina tečnosti u bešici.

Kao kod svakog pregleda, tako i urodinamsko ispitivanje počinje razgovorom sa pacijentom i detaljnim upoznavanjem pacijenta o cilju dijagnostičkog ispitivanja i načinu pregleda.

Prije svakog urodinamskog ispitivanja neophodna je priprema pacijenta koja podrazumijeva:

- nalaz urina koji ne smije biti patološki,
- veče uoči pretrage neophodno je isprazniti debelo crijevo (Dulcolax čepići, Portalak sirup),
- doći na ispitivanje sa nagonom na mokrenje tj. da prethodno ne mokri 2-3 sata.

Prosječno vrijeme trajanja pretrage iznosi 2 sata.

U okviru Kabineta provodi se i urogenitalna rehabilitacija (Kegelove vježbe, ES mokraćne bešike, magnetostimulacija i biofeedback), psihosocijalna podrška. Tretman se provodi isključivo nakon urodinamskog ispitivanja.

3. ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH OD MULTIPLE SKLEROZE, EPILEPSIJE I CEREBROVASKULARNOG INZULTA

Stepen složenosti zdravstvene njege kod neuroloških bolesnika zavisi od mjesta i obimnosti promjene u CNS-u kao i vremena početka liječenja i pojave komplikacija.

Multipla skleroza (MS)

Klinička slika- iznenadni nagli gubitak vida jednostrano ili obostrano, zamagljenje u vidnom polju, duple slike, (uz uredan nalaz oftalmologa) slabost ekstremiteta, nespretne ruke, noge, osjećaj trnjenja i žarenja duže od 24 sata, svrab po koži.

Dijagnostika- klinička slika, anamneza, MR, LP, EP.

Terapija-

Gilenya tableta 1x1 dnevno

Betaferon/ Avonex 1x1 dnevno sc na 2 dana

0,9% NaCl + Lemod Solu 1g ili 2g iv PULSNA TERAPIJA kod relapsa

0,9% NaCl + Tisabry ampula iv 1x1 mjesečno

0,9% NaCl + Ocrevus ampula iv 1. infuzija – 3 mj. 2. infuzija – 6 mj. 3. infuzija - preko pumpe uz kontrolu monitoringa.

Zdravstvena njega pacijenta- sprovođenje terapijskih i dijagnostičkih procedura, pomoć pacijentu prema njegovim zdravstvenim potrebama odnosno oštećenjima, pomoć prilikom održavanja lične higijene, ishrane, izlučivanja upotreba katetera evakuacione klizme, upotrebe ortopedskih pomagala, obezbjediti optimalnu zagrijanost prostorije izbjegavati pregrijavanje, izvoditi aktivnosti na prevenciji infekcija i kontraktura, ishrana visokovlaknastim namirnicama, psihosocijalna podrška i razumjevanje emocionalnog stanja u kom se pacijent nalazi. Posebna njega se izvodi kod primjene terapijskih procedura, u smislu intenzivnog i monitoring nadzora vitalnih funkcija, analiza krvi i asistiranja u izvođenju konsultativnih pregleda.

Edukacija oboljelih- redovna i pravilna upotreba terapije, obuka za samoaplikaciju Betaferona, zdrav način života, redovni kontrolni pregledi, upotreba pomagala, prilagoditi radni i životni prostor, informisanost o udruženju oboljelih od MS.

Zdravstveno vaspitni rad- informisanost zajednice o postojanju oboljenja, važnosti zdravog stila života u prevenciji oboljenja, faktorima rizika, značaj ranog otkrivanja oboljenja, prihvatanje oboljelih u zajednici i pružanje podrške, saradnja sa porodicom, uključenje u zajednicu bez diskriminacije, zaposlenje na adekvatna radna mjesta, ravnopravno školovanje, osnivanje porodice.

Epilepsija

Klinička slika

EPI NAPAD specifičan pojava toničko-kloničkih grčeva muskulature (parcijalni, generalizovan), nespecifičan (pacijent se zagleda, zastane u izvršavanju započete radnje, ponavlja pokret)

EPI SERIJA pojava dva i više napada u toku dana bez obzira na vremenski interval između napada

EPI STATUS stanje pri kom pacijent ne dolazi svijesti u smislu više kraćih ili jednog produženog napada.

Dijagnostika-klinička slika, anamneza, CT, MR, EEG.

Terapija- Monoterapija **Diazepam** **svako jutro!!!**

Kombinovana terapija Phenobarbiton, Kepra, Lamiktal.

Zdravstvena njega pacijenta- podrazumjeva nadzor, provođenje terapijskih i dijagnostičkih intervencija, kao i obuku pacijenta o samopomoći u slučaju napada. Savjetovati pacijenta da prepozna faktore koji dovode do napada i načine kako da ih izbjegava ili ublaži. Kod povrede jezika obavezna svakodnevna toaleta usne duplje. Često je neophodno zbrinjavanje povreda i rana nastalih u toku napada padom na oštri predmet. Prepoznati pojavu aure i pokušati spriječiti napad ili bar povređivanje. Aplikacija terapije prema nalogu ljekara i uputstvima iz Sestrinske procedure.

Intervencije za vrijeme konvulzivnog napada na terenu :

Skloniti potencijalno opasne predmete koji se nađu u blizini zbog zaštite od povređivanja

Obezbjediti pacijentu disajni put, mir, i ne ostavljati ga bez nadzora

Postaviti pacijenta u bočni položaj radi sprečavanja aspiracije pljuvačke

Ne sprečavati pokrete i ne podizati pacijenta za vrijeme napada

Ne stavljati ništa između zuba jer može doći do lomljenja zuba i povređivanja, ako pacijent ima auru sam postavi gumeni zaštitnik između zuba
Po potrebi pozvati službu hitne medicinske pomoći

Poslije napada pacijentu ne treba dozvoliti kretanje, jer će tada često biti dezorjentisan i neodgovoran za svoje ponašanje. Može da odluta u nepoznatom pravcu, ili da dođe do povređivanja i samopovređivanja. Kada smo sigurni da je pacijent svjestan, orjentisan, i da nema simptome i znake koji ukazuju na potencijalni novi napad, odnosno epi seriju, pozovemo člana porodice ili osobu koju pacijent želi da obavjesti. Pacijenta ne ostavljamo bez nadzora dok neko ne dođe po njega.

Intervencije za vrijeme konvulzivnog napada u bolničkim uslovima :
Otvoriti disajni put-mehanička ventilacija- endotrahealna intubacija-
oksigenoterapija

Otvoriti dvije venske linije
Aplikovati ordiniranu terapiju po nalogu doktora – po terapijskoj šemi
Ukoliko pacijent ne dolazi svijesti uvodi se u barbituratnu komu ili opštu anestezijsku

Posmatrati pacijenta prije za vrijeme i poslije napada te evidentirati zapažene promjene, uz obavezan opis napada.
Vršiti konstantan nadzor u cilju adekvatnog prepoznavanja potencijalnog napada kao epi serije ili statusa.

Edukacija oboljelih- ne skrivati bolest, svakodnevna upotreba terapije, redovne kontrole, zdrav način života, dovoljno dubokog sna, odmor, redovna i zdrava ishrana, ograničiti unos alkohola, kafe, koka kole, vještačkih boja, obuka za samopomoć kod napada, prilagoditi način života-umjerene aktivnosti, izbjegavati noćne smjene, važnost prevencije napada izbjegavanjem rizičnih faktora, ohrabriti i podržavati primjenu identifikacione kartice, restrikcija upravljanja motornim vozilom, zabrana ekstremnih sportova i penjanja na visinu. Ograničiti boravak u prostoru sa laserskim osvjetljenjem i reflektorima, 3D, 4D bioskope, video igrice.

Zdravstveno vaspitni rad- prihvatanje oboljelog bez stigme i diskriminacije, obuka za pružanje pomoći prilikom napada, ravnopravnost prilikom zapošljavanja na adekvatna radna mjesta, bolest je nezarazna i nije nasljedna, zasnivanje porodice. **Poseban akcenat na oboljelu djecu-** ravnopravan upis u

vrtiće i škole, postižu očekivani uspjeh u učenju i radu, objašnjenje zdravstvenog problema drugarima radi prihvatanja i eliminacije straha. Prilagoditi način izvođenja i dnevne aktivnosti stepenu i vrsti bolesti.

Prvi epi napad u odraslom dobu najčešće je znak postojanja tumora mozga, rijetko posljedica preopterećenja.

Cerebrovaskularni inzult (CVI) – Moždani udar

Klinička slika- gubitak svijesti, pareze(trnjenje), paralize(slabost), plegije(oduzetost), poremećaj ravnoteže, oštećenje govornog aparata, otežano gutanje, smetnje u vidnom polju, glavobolja.

Dijagnostika- klinička slika, CT, MR, veliki koagulacioni status, pozitivna porodična (baba, djed, otac-stric, majka- ujak, tetka, brat, sestra,) anamneza.

Terapija- ishemija- antikoagulansi trombolitička terapija- Alteplaza
Streptokinaza, Clexan, Clivarin **hemoragija- koagulansi** K-vitamin, Dicynon.

Edukacija oboljelih- prihvatanje novonastale situacije, značaj upotrebe terapije, redovni kontrolni pregledi, psihosocijalna podrška, prevencija depresije kod invalidnosti, fizikalni tretman, obuka za upotrebu pomagala. Saradnja sa porodicom u smislu obezbjeđivanja neophodnih uslova za lakše pružanje kućne njege , kao i uputstava i obuke za izvođenje iste. Podrška u nastavku rehabilitacije i priprema potrebne dokumentacije.

Zdravstveno vaspitni rad- ravnopravno prihvatanje oboljelih, kontrola faktora rizika, rano otkrivanje faktora rizika, rana rehabilitacija, socijalna rehabilitacija, podrška porodicama oboljelih. Faktori rizika na koje možemo uticati su: hipertenzija, srčana oboljenja, pušenje, nivo holesterola i šećera u krvi, gojaznost, nedostatak fizičke aktivnosti, izbjegavanje stresnih situacija.

Zdravstvena njega pacijenta- se izvodi u Jedinici za moždani udar, podrazumjeva obučenosť tehničara za rad sa: monitoring sistemom (praćenje vitalnih znaka, parametara, postavka senzora, i očitavanje vrijednosti), perfuzorom (pumpa za precizno doziranje lijeka), oksigenoterapijom (aplikacija kiseonika preko maske), parenteralnom ishranom (Kabiven), aspiratorom (aspiracija sekreta kod niskog SpO2- saturacije) i MFI (mehaničko-fizičkom imobilizacijom). Zatim se, kod pacijenata koji su imali

obimniji moždani udar, i veći stepen invaliditeta, nastavlja na odjeljenjima za rehabilitaciju neuroloških bolesnika, u kući pacijenta, ili domovima za stara i iznemogla lica.

Ishrana bolesnika zahtijeva veliko strpljenje zbog nemogućnosti ili otežanog žvakanja i gutanja hrane. Pacijenti sa otežanim gutanjem jedu isključivo kašastu hranu. Potrebno je razbuditi pacijenta (sopor, somnolencija) i podići uzglavlje. Posebno važno je opservirati promjene ponašanja (kada pacijent govori da ne može jesti ili neće, a prilikom stavljanja kašike, i zalogaja u usta žvaće, guta i pojede obrok). Na kraju se pacijentu daje svježa voda da popije (iz brizgalice, čaše ili flašice u zavisnosti od stepena oštećenja ruku i gutanja). Na kraju se spusti uzglavlje.

Takođe se izvodi ishrana pacijenata preko nazogastrične sonde. Prilikom hranjenja pacijentu se podigne uzglavlje. Prvo se navuče hrana iz čaše ili zdjelice u veliku brizgalicu, koja se nalazi na ormariću. Zatim se ampula, koja se nalazi na otvoru sonde, izvadi i ostavi na ormariću a brizgalica se plasira u otvor na sondi gdje je bila ampula. Sadržaj iz brizgalice se postepeno, ne mnogo sporo, ubrizgava u sondu, odnosno želudac. Kada se brizgalica isprazni navuče se preostala hrana i ubrizga. Zatim se navuče svježa voda u brizgalicu i ubrizga se u sondu kako bi se pacijent hidrirao i sonda isprala. Zatim se brizgalica izvadi iz sonde, a vrh ampule vrati u otvor sonde. Na ovaj način se mogu plasirati i lijekovi. Takođe se može dati i hrana koja se kupuje u apoteci, u tečnom obliku, obogaćena hranljivim materijama (Nurixa).

Ordiniranje oralne terapije uglavnom internističke preko brizgalice se izvodi kod pacijenata sa otežanim gutanjem, kao i kod pacijenata sa NG sondom, na način da se tablete izmrve. Iz brizgalice se izvadi klip, kljun pridrži prstom i naspe prah, vrati klip, navuče voda i protrese kako bi se prah rastopio. Ukoliko su među tabletama kapsule, nikako se ne otvaraju, nego se obavjesti doktor da pacijent ima NG sondu i traži se da na T listi napiše lijek koji se aplikuje im ili iv (najčešće se radi o antibioticima).

Parenteralna ishrana (Kabiven) podrazumjeva intravensku aplikaciju hranjivih materija, u tečnom obliku. Neophodna je priprema otopine i procjena kvaliteta krvnog suda u koji se plasira braonila. Tečnost u pvc pakovanju koje se sastoji iz 3 pregrade, dvije su bezbojne, i treća je bijele

boje. Prije upotrebe se pritiskom na pakovanje spoje sve tri komponente, sva tečnost se oboji u bijelu boju, i postavi se infuzioni sistem, po principu pripreme infuzionih otopina. Neophodno je vršiti nadzor, i često obilaziti pacijenta, radi prevencije paravenske aplikacije, i stvaranja otoka, koji bi doveo do pritiska na krvne sudove i nerve, dodatno otežao i produžio vrijeme i kvalitet oporavka ekstremiteta. Pravilo je da se, kada je god moguće, venepunkcija (vađenje krvi), postavljanje braonila radi na zdravoj strani, kako bi se fizioterapeutima omogućio nesmetan rad na suprotnom ekstremitetu.

Česta je i njega traheostome. Izvodi se tako što se prebriše antiseptikom i prekrije sterilnom gazom koja se zalijepi hanzaplastom, kako bi se spriječila mogućnost infekcije.

Pacijenti su u zavisnosti od vrste i obimnosti oštećenja pokretni, djelimično nepokretni ili potpuno nepokretni od čega zavisi složenost njege. Održavanje lične i higijene postelnog rublja obavlja tehničar, kao i prevenciju dekubitusa. Posteljno i lično rublje se mijenja ujutro u toku pripreme za vizitu, a po potrebi i češće, više puta u toku dana.

Posebna pažnja se obraća na to da je **pelena** uvijek čista i suha. Zbog upotrebe urinarnih katetera kod nepokretnih pacijenata pelena se mijenja poslije defekacije. Pritom je jako važno urinarni kateter, u dijelu koji prolazi kroz pelenu, ukoliko je kontaminiran dobro očistiti i dezinfikovati, kako mikroorganizmi iz stolice nebi došli u mokraćnu bešiku i izazvali infekciju, kao i iritaciju kože i sluznice urogenitalnog trakta. Kod pacijenata koji nemaju urinarni kateter, a nepokretni su, pelena se mijenja i nakon uriniranja ukoliko ne koriste posude za uriniranje. Kod pacijenata koji su slabije pokretni, preporučuje se upotreba pelene u toku noći, radi sprečavanja padova i povreda. Kod dementnih pacijenata preporučuje se preventivna upotreba pelena zbog mogućeg nevoljnog mokrenja. Poželjno je da pacijenti, bilo da koriste pelenu ili urinarni kateter, piju povremeno čaj od uve, koprive ili kantariona, radi ispiranja urinarnog sistema, i sprečavanja infekcije.

Posebnu pažnju kod pacijenata koji koriste pelene treba obratiti poslije infuzionih otopina, i aplikacije lijekova: Lasix, Edemid, Diazepam, Lexillum, Baktrim; kao i snimanja sa kontrastom, određenih prehrambenih namirnica, kada se očekuju obimnija izlučivanja, kao i kod oboljelih od DM.

Pravilan izbor pelena za odrasle (S, M, L, XL) od velikog je značaja. Greška je birati veću veličinu pelene misleći da je bolja i dugotrajnija. Veličina se određuje u odnosu na obim kukova i tjelesnu težinu. Pelena se mijenja u zavisnosti od dinamike i diureze pacijenta. Najvažnije je pravilno postaviti pelenu i zategnuti, kako bi imala adekvatnu funkciju. Kako pacijenti leže na leđima najčešće prilikom uriniranja kod muškaraca se kvasi prednji dio pelene, a kod žena zadnji, zato je važno pregledati pelene redovno tako što se pelena odlijepi i pogleda zadnja strana da li je vlažna. Greška je pritiskom na prednji dio pregledati pelenu, jer on uglavnom bude suv, a zadnji dio se natopi i ovlaži plahtu, pa se mora mijenjati i posteljina i pidžama ili trenerka. Preventivno kožu, koja dolazi u kontakt sa pelenom, mazati neutralnim mastima, a ukoliko dođe do intenzivnog osipa potražiti stručnu pomoć.

Važno je informisati porodicu o načinu održavanja higijene i prevencije komplikacija (padova, dekubitusa, urinarnih, kožnih i respiratornih infekcija) u kućnim uslovima, ukoliko se pacijent ne smješta u neku od ustanova za te namjene. Takođe obučiti pacijenta i porodicu za upotrebu ortopedskih pomagala.

Veoma često se izvodi palijativna njega po svim principima profesionalnosti i etičnosti u radu. Kada je moguće dozvoli se boravak člana porodice. Zbrinjavanje umrlog je česta intervencija koja se izvodi u jedinici za moždani udar.

Zdravstvena njega pacijenta poslije moždanog udara, koji za posljedicu najčešće ima invaliditet, jako je složena i zahtjevna, kako za zdravstvene radnike tako i za porodicu, i samog pacijenta. Ima značajan psihički, fizički i finansijski uticaj na pacijenta, porodicu, i društvo u cjelini. Nadam se da ste, ukoliko se niste imali priliku prije ove prakse sresti sa provođenjem ovog zahtjevnog procesa, nakon boravka u JMU, čitanja i učenja postupaka shvatili koliki je značaj prevencije moždanog udara.

Nadam se da ćete aktivno raditi na prevenciji ovog oboljenja, i za početak, svoje najbliže informisati, naručiti, i pratiti na preventivne preglede. A ukoliko do njega ipak dođe pružiti ruku podrške onima kojima je potrebna. To nam je zadatak i obaveza kao zdravstvenih radnika.

4. PREVENCIJA DEKUBITUSA, KONTRAKTURA I BOLNIČKIH INFEKCIJA NA NEUROLOŠKOM ODJELJENJU

Kontrakture korektivni položaji

Kontraktura predstavlja **ograničenu pokretljivost zglobova** i ona može nastati skraćivanjem mekih djelova ili zbog promjena u području samog zgloba. Primarni uzroci kontraktura se nalaze u CNS-u i oni dovode do spastične i mlitave oduzetosti. Stvaranju kontraktura kod neuroloških bolesnika doprinosi nesvjesno stanje i bol koji ograničava pokrete. Funkcionalni položaji su oni pri kojima gornji i donji ekstremiteti zauzimaju najpovoljnije položaje za obavljanje funkcija.

Prevenciju kontraktura i rehabilitaciju provodi fizioterapeut u okviru aktivnosti rane rehabilitacije, sestra po potrebi. Medicinski tehničar u radu mora da zna koji položaji doprinose prevenciji kontraktura, i da ih provodi u svakodnevnom radu, a to su :

za kuk- laka fleksija i abdukcija

za koljeno- laka fleksija

za stopalo- laka dorzalna fleksija

za rame- abdukcija sa srednjom antefleksijom

za lakat- fleksija pod pravim uglom sa srednjom pronacijom i supinacijom

za šaku- srednja dorzalna fleksija

za prste- laka fleksija

Dekubitus - preventivne intervencije

Dekubitus na odjeljenju nastaje kao posljedica nepokretnosti, bolesti i dominacije endogenih faktora (lezija nerava, krvnih sudova, hipoksija, acidoza). Egzogeni faktori kao što su: položaj pacijenta, higijena ličnog i postelnog rublja, lična higijena, ishrana, su djelokrug u radu tehničara na odjeljenju. Može nastati na svim predilekcionim mjestima, ali najčešće na trtičnoj kosti i petama.

Antidekubitalne mjere su :

Svakodnevno se vrši pregled predilekcionih mjesta kod nepokretnih pacijenata. Promjena položaja svaka dva sata i provjera da li su ružičasta mjesta i dalje prisutna ili su se povukla nakon promjene položaja pacijenta

Rana rehabilitacija, vježbe u krevetu i rano ustajanje, posebno prvo ustajanje. Svi kreveti imaju duške sa gumiranim nepropusnim površinama i mogućnostima promjene položaja, po potrebi se koriste i antidekubitalni. Svi nepokretni pacijenti su bez garderobe samo u pelenama što omogućava lakši pregled predilekcionih mjesta i rad osoblju, i veću udobnost pacijentu. U toku pripreme za jutarnju vizitu se vrši održavanje lične higijene pacijenata-toaleta (umivanje, pranje zuba-zubnih proteza, higijena nosne duplje, češljanje, vezivanje kose). Kosa se pere prilikom kupanja, kada se vrši podsjećanje noktiju sa njegovom stopala posebna pažnja kod oboljelih od DM. Primjenjuje se visokokalorična i vitaminska ishrana enteralna i parenteralna. Više puta dnevno se vrši pranje analno-genitalne regije i upotreba medicinskih masti (ne parfimisane kreme) uz promjenu pelene tako da je pacijent uvijek suv i zaštićen od agresivnih uticaja izlučevina koje umnogome doprinose nastanku dekubitalne rane. Vlažne maramice treba da budu neutralne, ne parfimisane, kako ne bi dovele do dodatne iritacije kože i sluzokože.

Obuka porodice, pri otpustu- Preventivne intervencije su iste kao i u bolničkim uslovima. Ukoliko porodica nema antidekubitalni (vazdušni) dušek, preporučuje se upotreba dječijeg šlaufa za plivanje ispod gluteusa, ili isjecanje debele spužve u obliku đevreka prečnik zavisi od obima kukova, za pete se savjetuju đevreci, a sve u cilju smanjenja pritiska na predilekciona mjesta.

Kako *dekubitalna rana* najčešće nastaje na trtičnoj kosti značajno je da se dodatno ne kontaminira sadržajem iz pelene, urinom i fecesom i ne dovede do sekundarne infekcije i sepse.

Jako je bitno da se ispoštuje pravilo *suha rana suhi prevoj, vlažna rana vlažni prevoj*. Suha rana se prekrije sterilnom suhom ili gazom natopitom u rivanol (žuti rastvor) i učvrsti vodootpornim hanzaplastom.

Vlažna rana se ispira fiziološkom otopinom, zatim se tretira hidrogenom u trajanju od nekoliko minuta, potom se ispira fiziološkom otopinom uz mehaničko čišćenje sterilnim tupferom što duže, dok se ne odstrani svo nekrotično tkivo i dođe do granulacionog tkiva (tkivo roze boje bogato krvnim sudovima koje ima moć regeneracije), i na kraju se prekrije gazom natopitom u jod (zbog antibakterijskog i regeneracionog dejstva). Gaza se dobro učvrsti vodootpornim hanzaplastom. Posebno je potrebno obratiti pažnju ukoliko se

kod pacijenta pojavi preosjetljivost na hanzaplast (hemijski sastav ljepila) da se zamjeni drugom vrstom ili proizvođačem. Kod obimnijih dekubitalnih rana vrši se incizija, obrada rane od strane hirurga.

U bolničkim uslovima rana se nakon obrade izlaže dejstvu UV zraka koje emituje *Bioptron lampa*. Lampa se uključi u utičnicu, zatim se podese jačina zračenja i vrijeme izlaganja. Žuta svijetlost, koju lampa emituje, se usmjeri u centar rane. Kada istekne vrijeme lampa daje zvučno upozorenje, i isključi se. Jačinu, vrijeme izlaganja i učestalost određuje doktor. Svakodnevno izlaganje značajno ubrzava epitelizaciju.

Bolničke infekcije - preventivne mjere

Higijena ruku. Pravilno i često pranje ruku, kao i dezinfekcija ruku od neprocjenjivog je značaja u radu. Rad sa dvoje rukavica. Prve se ne skidaju jer štite nas, a druge se mjenjaju poslije svakog pacijenta, po potrebi češće prilikom kontaminacije. Poštovati prihvatljiv izgled ruku zdravstvenih radnika- bez dugih, lakiranih, umjetnih noktiju, nakita. Racionalna upotreba urinarnih katetera i održavanja higijene istih. Poštovanje principa asepse i antiseptike u radu: prilikom uzorkovanja dijagnostičkog materijala, terapijskih i dijagnostičkih procedura, ishrane, kod pacijenata na terapiji kiseonikom, bolesnika sa traheostomom, prilikom primjene nazogastrične sonde, održavanja lične i higijene postelnog rublja. Obavljanje dezinfekcije pomoću pravilno pripremljenih rastvora odabranih prema namjeni i periodična zamjena dezinfekcionih sredstava. Ograničenje i nadzor posjete u smislu lako kvarljivih namirnica koje donose. Pravilno razvrstavanje i odlaganje medicinskog otpada značajna je mjera u prevenciji intrahospitalnih infekcija kako bolesnika tako i osoblja. Pravilno skladištenje i razdvajanje čistog i nečistog bolničkog rublja i posteljine, posebno kontaminirane izlučevinama koja se posebno odvaja. Saradnja sa radnicima na održavanju higijene, redovno pranje i dezinfekcija rukohvata, noćnih ormarića, noćnih posuda, kreveta, ormara, stola i stolica u sobi, medicinskih pomagala i kolica, prozora, toaleta, radnih prostora. Redovni epidemiološki nadzor osoblja obaveznošću posjedovanja sanitarne knjižice i uzimanjem briseva radnih površina opreme i materijala i mjere DD. **Edukacija osoblja radi savjesnog i odgovornog provođenja preventivnih mjera i kontinuirani nadzor je neophodan!**

SUSRET SA SVAKIM, A POSEBNO BOLESNIM, ČOVJEKOM JE NOVA PRILIKA DA SE PRISTUPI SRCEM I DUŠOM DA BI OČI BOLJE VIDJELE I RUKE LAKŠE RADILE!

DOSTOJANSTVO LICA SA MENTALNIM POTEŠKOĆAMA MORA SE ŠTITITI I POŠTOVATI U SVIM OKOLNOSTIMA!

ZAŠTITA IDENTITETA I LIČNIH PODATAKA LICA SA MENTALNIM POTEŠKOĆAMA JE ZAGARANTOVANO ZAKONOM O ZAŠTITI LICA SA MENTALNIM POTEŠKOĆAMA, TE SVAKI VID ZLOUPOTREBE PODLIJEŽE SANKCIJAMA I NOVČANIM KAZNAMA!

Čuvajte se svojih misli, jer one postaju riječi, riječi postaju djela, djela postaju navike, navike karakter, a karakter sudbina.

Plašite se samo svoga neznanja, i učite, da bi živjeli bez straha i osjećali se slobodno.

* Klinika za psihijatriju je visoko diferencirana i referentna ustanova u Republici Srpskoj, u kojoj se obavljaju dijagnostičke i terapijske procedure za djecu i odrasle sa različitim mentalnim poremećajima i bolestima. U Klinici se obavlja standardna bolnička obrada, specijalistički i subspecijalistički pregledi, evaluacija terapijskih mjera, psihofarmakoterapija, psihoterapijske procedure (individualna i grupno-analička terapija, sistemska porodična terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, porodična psihoterapija), timska obrada i psioedukacija roditelja, psihoterapija bračnog para, psihoterapija roditelja, terapija igrom, edukacija i reedukacija djeteta, grupna socioterapija, razne socioterapijske aktivnosti (okupaciona, rekreativna...) u cilju resocijalizacije osobe sa mentalnim poremećajem, psihijatrijska analiza sa davanjem mišljenja, timska obrada, te aplikacija elektrokonvulzivne terapije. U sklopu psiholoških dijagnostičkih procedura se vrši intervju, procjena intelektualnih sposobnosti djece i odraslih, observacija djeteta, intervju sa pratiocem, procjena psihomotornog razvoja djeteta, kvantitativna i kvalitativna procjena stepena deterioracije sa diferencijalno dijagnostičkom analizom, eksploracija ličnosti, davanje psihološke analize. U Klinici sa obavljaju socio-anamnetički intervjui, socioterapijske seanse, porodično savjetovanje i davanje socijalne ekspertize. Klinika pruža konsultativne i konzilijarni pregledi za ostale organizacione jedinice UKC RS.

Klinika se sastoji od pet odjeljenja:

1. Odjeljenje za dječiju i adolescentnu psihijatriju sa opštom psihijatrijom
2. Odjeljenje za afektivne poremećaje i krizna stanja sa opštom psihijatrijom
3. Odjeljenje za psihotične poremećaje sa opštom psihijatrijom
4. Odjeljenje za urgentnu psihijatriju sa opštom psihijatrijom
5. Odjeljenje za bolesti zavisnosti sa opštom psihijatrijom

*Specijalistički i subspecijalistički pregledi se obavljaju Poliklinici prema sljedećem rasporedu: Specijalistička ambulanta za opštu psihijatriju radi utorkom i srijedom od 08:00 do 14:00 časova, a ostalim radnim danima od 08:00 do 20:00 časova. Subspecijalistička ambulanta za djecu i adolescentne radi utorkom od 08:00 do 14:00 časova i srijedom od 14:00 do 20:00 časova. Subspecijalistička ambulanta za bolesti zavisnosti radi utorkom od 14:00 do 20:00 časova i petkom od 08:00 do 14:00 časova. Subspecijalistička ambulanta za porodičnu terapiju radi ponedjeljkom i srijedom od 08:00 do 14:00 časova.

5. PRIJEM PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA (LICA SA MENTALNIM POTEŠKOĆAMA)

Obavlja se u prijemnoj ambulanti koja se nalazi pored Urgentnog odjeljenja. U prijemnoj ambulanti u okviru 24h rada u dnevnoj smjeni rade medicinske sestre dok dežurstvo rade medicinski tehničari obučeni za rad. Psihijatrijsa oboljenja su prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti obilježene latiničnim slovom **F** i ne plaćaju participaciju **OB**. Najčešće prijemne dijagnoze su: Depresija, Šizofrenija, Alkoholizam, Narkomanija, Psihотиčna stanja, Mentalne retardacije, Poremećaji ponašanja, Manija, Paranoja. Sestra svakodnevno prilikom primopredaje smjene vodi evidenciju o broju i vrsti pruženih usluga, kao i o broju dijagnoza koje su definisane u procesu rada. Na taj način se podnose dnevni, sedmični, mjesečni, polugodišnji i godišnji izvještaji.

***Specijalistički pregledi** se zakazuju, po principu redovnih kontrola, prema rasporedu rada doktora koji liječe pacijenta, najčešće se odnose na procjenu stanja pacijenta i korekciju terapije. Obavljaju se u ambulanti u UKCRS koja se nalazi u južnom krilu.

Prijem bolesnika na klinici za psihijatriju se obavlja dobrovoljno i prinudno u zavisnosti od stanja u kom se pacijent nalazi.

Dobrovoljan prijem- podrazumjeva prijem pacijenta koji saraduje i svjestan je ozbiljnosti stanja u kom se nalazi kao i mogućih komplikacija koje mogu nastati kao posljedica pogoršanja bolesti. Pacijent dolazi sam ili u pratnji člana porodice, socijalnog radnika, staratelja i prihvata bolničko liječenje.

Prinudna hospitalizacija- se primjenjuje kada pacijent odbija bolničko liječenje. Kada je bolest u pogoršanju, pacijent nije svjestan ozbiljnosti stanja u kom se nalazi, često nakon incidenta u porodici ili zajednici dolazi u pratnji porodice ili policije. Neophodno je verbalno, medikamentozno ili MFI smiriti pacijenta. Takođe smiriti pratnju i obrazložiti razlog i način rada. Zatim popuniti obrazac o prinudnoj hospitalizaciji i ostale prijemne obrasce. Nalog koji donosi policija ili sanitet prilikom pratnje pacijenta sestra je dužna da ovjeri pečatom ustanove i svojeručnim potpisom. Zatim se obavjesti nadležna ustanova Osnovni sud o pokretanju postupka i izvođenju neophodnih radnji. Pacijent se najčešće u pratnji tehničara smješta na Urgentno odjeljenje, a po

stabilizaciji stanja premješta se na odjeljenje kom pripada po osnovu dijagnoze. Liječenje traje 30 dana.

Uloga sestre u prijemnoj ambulanti:

1. Trijaža
2. Vođenje medicinske dokumentacije
3. Uspostavljanje verbalnog kontakta i uzimanje sestrinske anamneze
4. Opservacija pacijenta
5. Ordiniranje medikamentozne terapije
6. Provođenje MFI- mehaničko-fizičke imobilizacije

Trijaža podrazumjeva određivanje reda hitnosti za pregled kao i prijem na bolničko liječenje. Prednost se daje pacijentima u pogoršanju, koji dolaze u prisustvu pratnje.

Medicinska dokumentacija u prijemnoj ambulanti: 1. Protokol bolnički i specijalistički 2. Istorija bolesti 3. Temperaturna lista 4. Pristanak na bolničko liječenje 5. **Obrazac za prinudnu hospitalizaciju.**

Uspostavljanje verbalnog kontakta i uzimanje sestrinske anamneze sa psihijatrijskim bolesnikom, kao najstroženiji posao u toku rada, je **osnov dobre saradnje sa pacijentom** u toku daljih aktivnosti. Sestra treba da zna da sasluša, da pita, da odgovara, i postavlja ciljana pitanja. Neophodno je da govori jasno, dovoljno glasno i jednostavno, bez dvosmislenih poruka i osude. Najčešće se pacijentu kaže da ispriča šta se to dogodilo kako bi se dobila stvarna slika situacije u kojoj se nalazi. Pokušavamo ostvariti kontakt očima kada god je moguće. Ukoliko i pored uloženog napora ne uspostavi komunikaciju **porodica i pratnja pacijenta** se koristi kao izvor neophodnih podataka i obavezno se upisuje kontakt broj telefona, a verbalni kontakt sa pacijentom se uspostavlja po prijemu na odjeljenje.

Opservacija pacijenta podrazumjeva posmatranje izgleda pacijenta, psiholoških reakcija, kao i odnosa prema pratnji i porodici. Izgled se posmatra u cilju procjene higijenskih navika (kosa i frizura, zubi, nokti, nakit, tetovaže, odjeća, obuća). Odjeća se posmatra kako bi se primjetila prikladnost trenutnoj situaciji, starosnom i vremenskom dobu, kao i polu. Emocionalna procjena je bitna kako bi se adekvatno odgovorilo na prisutnu agresivnost ili depresivnost

(verbalni (govor, sadržaj, ton, boja glasa) i neverbalni (pogled, pokreti, držanje i položaj tjela) pokazatelji) Svako odstupanje od **društveno prihvatljivih normi** smatra se znakom psihopatologije.

Ordiniranje medikamentozne terapije se odnosi na aplikaciju lijekova po nalogu doktora. Najčešće se ordiniraju: otopine, vitamini, simptomatska terapija, **psihofarmaci** (Haldol, Moditen, Akineton, Tegretol, Bensedin, Lexilium, Lexaurin, Apaurin).

PLACEBO podrazumjeva davanje destilovane vode ili fiziološkog rastvora pri čemu pacijent misli da je dobio lijek i ubrzo mijenja raspoloženje na bolje, što olakšava dalju saradnju jer znamo da simulira da nije u pogoršanju.

TESTIRANJE se izvodi kod pacijenata kod kojih se smatra da su pod dejstvom narkotika, pomoću indikatora koji se uranjaju u urin pacijenta koji daje pod nadzorom tehničara zbog moguće zloupotrebe. Na osnovu promjene na indikatoru očita se da li je i na koliko PAS pozitivan.

Provođenje MFI mehaničko-fizičke imobilizacije u cilju ograničenog kretanja se izvodi, po uputstvima iz Sestrinske procedure, upotrebom **magnetnih vezalica(ručne i nožne)** kod pacijenata koji ugrožavaju SVOJ život i ŽIVOT i zdravlje drugog lica ili nasilno uništava i oštećuje svoju i tuđu imovinu. Sestra objašnjava pacijentu da je MFI način da se pacijent spriječi da povrijedi sebe ili ljude oko sebe što bi mu kasnije bilo žao. Neophodno je vođenje protokola MFI u kom se evidentiraju zapažanja i promjene kod pacijenta, te se porodica obavještava o novonastalom stanju. Kada dođe do poboljšanja stanja vrši se skidanje MFI.

PSIHIJATRIJSKI TIM se sastoji od članova koji se međusobno poštuju kao stručnjaci i kao ličnosti. Savremeni pristup u mentalnom zdravlju nije moguć bez timskog rada.

Psihijatar vrši medicinsku procjenu, definiše dijagnozu, propisuje i koriguje terapiju, obavlja razgovor, kontrole, potpisuje saglasnost za jednodnevni i vikend izlazak sa odjeljenja kada procjeni da je pacijent u poboljšanju, saraduje sa porodicom.

Medicinska sestra je veoma važna karika u timu. Ona je spona između pacijenta i tima jer ima mnogo podataka o pacijentu koje drugi članovi tima

nemaju. Izveštava svakodnevno tim o odnosu pacijenta prema drugim pacijentima i sestrama, stanju pacijenta kao i napretku u liječenju. Sveukupno stanje pacijenta je sestri najpoznatije zbog cjelodnevnog boravka sa pacijentom. Koordiniše između članova tima, porodice i pacijenta.

Psiholog najviše doprinosi timskom radu putem razgovora sa pacijentom i izvođenja dijagnostičkih testova koje koristi u individualnom i grupnom radu. Psihološka testiranja su neophodna u radu. Izvodi se jednom godišnje po potrebi i češće. Psiholog tim upoznaje sa psihološkim stanjem pacijenta kao i adekvatnom načinu pristupa u toku rada sa njim.

Socijalni radnik je član tima koji prikuplja podatke o pacijentu i njegovoj porodici (uslovi stanovanja i života, navike, zanimanje, radni odnos, društveni život). On je zadužen za rješavanje psiho-socijalnih problema. Treba da upozna pacijente sa pravima iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti lica sa mentalnim poteškoćama. Saraduje sa porodicom i Centrom za socijalni rad lokalne zajednice u kojoj pacijent živi. Poseban je vid saradnje sa Domovima za djecu i stara lica, odnosno starateljima pacijenata. Takođe i sa službenicima Kazneno popravnog zavoda.

Radni/okupacioni terapeut kao član tima učestvuje u fazi rehabilitacije i oporavka. On razvija radne navike i provodi profesionalnu rehabilitaciju. Planiranim aktivnostima provodi terapiju, vodi evidenciju i saopštava timu informacije o svakom pacijentu pojedinačno. Za vrijeme radne terapije procjenjuje stanje pacijenta, poboljšanje kao i pogoršanje stanja na sastanku izvještava timu, i značajno doprinosi procesu liječenja odnosno korekciji terapije.

Zdrava atmosfera u timu doprinosi kvalitetu rada tima a ona podrazumjeva: pozitivan odnos i povjerenje u druge članove tima, lična i profesionalna aktivnost unutar tima, međusobna tolerancija i prilagođavanje, otvoreni i iskreni odnosi, redovni sastanci i edukacije članova. Redovna i adekvatna saradnja članova tima, kao i jedinstven stav pacijentu je od velikog značaja. On time ima povjerenje u njih, i sigurno se osjeća jer zna da udruženo rade na njegovom liječenju i poboljšanju društveno socijalnog položaja.

*Izlaznica se potpisuje pacijentima koji saraduju i nalaze se u stanju poboljšanja, te mogu otići nekoliko sati do grada i obaviti željene aktivnosti.

6. TERAPIJA U PSIHIJATRIJI

U procesu liječenja psihijatrijskih bolesnika, koje je najčešće višegodišnje, koriste se brojne terapijske metode medikamentozna terapija, radna terapija, okupaciona terapija, psihoterapija, socioterapija, porodična terapija, terapijska zajednica-komuna, klubovi-liječenih alkoholičara. Poseban vid terapije je elektrokonvulzivna terapija (EKT) .

Radna terapija podrazumjeva angažovanje pacijenata radom u granicama individualnih mogućnosti (ručni rad, pletenje, dekupaž, slikanje, pisanje, sadnja cvijeća, izrada panoa) sa ciljem da kod pacijenta stvori radne navike i da se osjeća korisnim članom društva. Analizira se prethodni dan, razgovara o radovima pojedinačno, subjektivnim doživljajima i međusobnim poteškoćama. Individualan pristup na osnovu ličnih sklonosti i mogućnosti.

Okupaciona terapija se izvodi sa ciljem da korisnim angažovanjem okupira vrijeme i misli pacijenta (**bojenje mapa ličnosti**, gledanje televizije, slušanje muzike, briga o kućnom ljubimcu, čitanje novina, ispunjavanje osmosmjerki, čitanje knjiga, slaganje puzli, igranje društvenih igara). Poboljšava organizaciju slobodnog vremena, povoljno utiče na psihofizičke i mentalne funkcije pacijenta.

Medikamentozna-psihofarmakoterapija se provodi svakodnevno. Lijekovi koji se koriste u svakodnevnom radu su: neuroleptici, aneksiolitici, antidepressivi, antipsihotici, antiepileptici, psihostimulansi.

U slučaju kada se stanje pacijenta ne poboljšava upotrebom medikamentozne terapije govorimo o rezistenciji pacijenta na psihofarmakoterapiju. U tom slučaju se primjenjuje **EKT (elektrokonvulzivna terapija)** a na osnovu uputstava iz Sestrinske procedure. Cilj ove intervencije je da se stimulacijom centara u mozgu, električnom strujom, izazove kratkotrajno konvulzivno stanje slično epileptičnom napadu, koje aktivira ili blokira određene centre u mozgu, koji su u disbalansu.

Uloga sestre u primjeni medikamentozne terapije:

Oralna metoda aplikacije lijeka se najčešće primjenjuje. Tablete se najčešće koriste. Kod pacijenata koji odbijaju saradnju lijek se daje tako što se tablete otapaju i piju iz brizgalice, čaše za vodu, ili dodaju u hranu.

POZNAJE LIJEK- tačan naziv lijeka (hemijski), doza, razmak između dvije doze lijeka pp, način davanja, vrijeme davanja (D,R,V), brzinu djelovanja, očekivano dejstvo lijeka, moguća neželjena dejstva.

POZNAJE PACIJENTA- ime i prezime, nivo saradnje- odbijanje i prihvatanje terapije, najprihvatljiviji način davanja, reakcija na lijek. Povjerenje obostrano olakšava saradnju.

VRŠI NADZOR sestra vrši kod pacijenata koji sami piju lijekove kako bi se izbjeglo manipulisanje od strane pacijenata ili stvaranje zalihe kojom bi u pogoršanju mogli da se predoziraju u namjeri pokušaja suicida.

IM se aplikuju sedativi (Bensedin, Apaurin). Simptomatska terapija (OHB12, Diklofenak, Dexason, Lasix)

Depo preparati- uljani rastvori sa produženim dejstvom (Haldol depo, Moditen depo). Pacijenti jednom mjesečno u Ambulanti porodične medicine primaju ove injekcije, koje oni nazivaju zaštitna injekcija.

IV aplikacije lijeka (otopine, vitamini, Akineton) se izvodi preko igle. Izbjegava se višednevna upotreba braonile zbog mogućeg samopovređivanja. Često se koriste bebi sistemi zbog perifernog vazospazma, koji nastaje kao neželjeno dejstvo terapije.

Najčešća neželjena dejstva psihofarmaka su: sedacija, uznemirenost, poremećaj motorike, poremećaj senzibiliteta, zavisnost, zaboravnost, dekoncentracija, suha usta, hipersalivacija, opstipacija, diareja, gojaznost, pospanost, nesanica, tremor.

***Terapijski vikend**- je priprema terapije za pacijenta koji boravi kući u dane vikenda. Ukoliko saraduje samo se usmeno saopšti doza vrijeme i naziv lijeka, a ukoliko je saradnja otežana tablete sestra ulaže u dozer, obilježi i objasni pacijentu ili pratnji način i značaj redovne i pravilne upotrebe.

***Dnevna bolnica**- se preporučuje kod stabilnijih pacijenata koji žive u BL. Pacijent prisustvuje viziti, dijagnostičkim procedurama, jutarnjoj terapiji. Sestra mu usmeno saopštava ili ulaže u dozer tablete koje sam pije kući.

7. NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA PO METODAMA

PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces zdravstvene njege je unaprijed određen niz aktivnosti usmjerenih ka ispunjavanju svrhe zdravstvene njege- održavanju zdravlja pojedinca, ili ako je ono narušeno, osiguravanju pacijentu individualno one količine i kvaliteta zdravstvene njege koju njegovo stanje zahtijeva da bi ozdravio. Ako se zdravlje ne može vratiti , primjena procesa mora doprinijeti postizanju najvišeg mogućeg kvaliteta života što je duže moguće.

Proces zdravstvene njege podrazumjeva **4 metode:**

Procjena- se vrši, popunjavanjem **Sestrinske liste**, na osnovu stanja u kom se pacijent nalazi i najvažniji je dio procesa. Ukoliko se kvalitetno opservira pacijent prikupe i analiziraju potrebni podaci umnogome će doprinjeti dobrom definisanju problema i uspješnosti rada. Sestrinska dijagnoza se postavlja na osnovu opservacije, komunikacije sa pacijentom i porodicom, pacijenata iz sobe, izvještaja sa tima i medicinske dokumentacije.

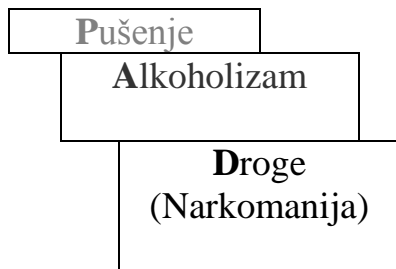
Planiranje- podrazumjeva utvrđivanje prioritete, definisanje ciljeva, planiranje intervencija i izradu **Plana zdravstvene njege**. Obuhvata zadovoljenje potreba pacijenta: psihološke, socijalne tjelesne i društvene. Plan se donosi iskustveno i utemeljeno na znanju. Obavezno je individualan i prilagođen pacijentu. Najčešće se planiraju aktivnosti za jedan dan.

Provođenje- podrazumjeva aktivnosti na izvođenju plana zdravstvene njege, a na osnovu uputstava iz **Sestrinskih procedura**. Izvođenje planiranih intervencija zahtjeva adekvatne uslove za rad: stručno i odgovorno osoblje, vrijeme, prostor, opremu, pomagala. Posebna pažnja se posvećuje intervencijama koje se obavljaju na lokaciji Paprikovac zbog zakazivanja termina i organizovanja pratnje i prevoza.

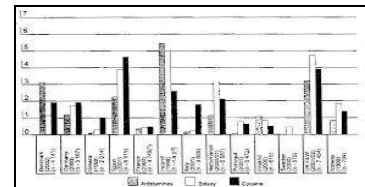
Evaluacija- ocjena uspješnosti rada i kvaliteta pruženih usluga. Procjena stanja pacijenta i poređenje sa početnim. **Zaključak** je obavezan jer se na osnovu njega odlučuje da li se plan produžuje, odnosno nastavljaju aktivnosti ili je neophodna izmjena plana u određenim segmentima. Vrednovanje se vrši prilikom primopredaje smjene te se pristupa potrebnim izmjenama u cilju prilagođavanja aktivnosti potrebama i stanju pacijenta.

8. BOLESTI ZAVISNOSTI- ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD I NJEGA OBOLJELIH PO METODAMA PROCESA ZDRAVSTVENE NJEGE

Bolesti zavisnosti su oboljenja nastala upotrebom psihoaktivnih supstanci (PAS) ili navika koje uzrokuju zavisnost. Nakon upotrebe organizam razvija toleranciju te pacijent mora svaki naredni put uzeti veću dozu kako bi postigao efekat prethodne doze. Ukoliko prestane sa upotrebom PAS dolazi do pojave **apstinencijalnog sindroma** koji karakteriše: izražen psihomotorni nemir, poremećaj pažnje, koncentracije, napetost, impulsivnost, tremor, nesanica. **Bolesti zavisnosti su :**



NEMOJ BITI DIO STATISTIKE !!!



Alkoholizam - zdravstveno vaspitni rad i edukacija

Populacija: nikada ne konzumirati alkohol pred djecom čak ni za vrijeme proslava. Izbjegavati izjave da je vino zdravo za krv, pivo dobro za bubrege, rakija piće za dobar apetit! U vrtićima održavati predavanja sa panoima o štetnosti alkohola, u školama pričati o problemu, jačati znanja o štetnosti alkohola. Interesovati se o aktivnostima i društvu sa kojim provodi slobodno vrijeme. Zahtjevati opravdanje potrošenog novca, promjene izgleda, društva. Ne piti alkohol kao način opuštanja i prihvatanja od strane drugara. Izbjeći prvo opijanje. Izbjegavati vikend opijanje. Ispitati prisustvo alkoholizma u porodici. Ispitati postojanje faktora rizika za razvoj alkoholizma (česta opijanja, druženje sa alkoholičarima, zanemarivanje obaveza), prisustvo rizične profesije (vozači, konobari, ugostitelji, građevinski radnici, zanatlije). Znati šta je društveno opravdana upotreba alkohola, znati reakcije svog organizma na alkohol i prag tolerancije.

Oboljeli: prihvatanje bolesti, prihvatanje stručne pomoći, važnost uzimanja terapije, udruženja u KLA, motivacija, sprečavanje recidiva, u kući ne držati alkohol, izbjegavanje rizičnih situacija i društva, adekvatno rješavanje

problematičnih situacija, u slučaju krize ili recidiva potražiti stručnu pomoć, planiranje slobodnog vremena.

Porodica : ne skrivati postojanje alkoholizma, prijava člana porodice koji se često opija, kriza i nasilja u porodici uzrokovanih alkoholom, izbjeći osuđivanje, prihvatanje bolesnika, podrška u liječenju, prisustvo porodičnoj terapiji, ograničiti budžet, ne držati alkohol u kući, uključiti oboljelog u donošenje odluka, porodične obaveze i aktivnosti. Prevencija alkoholizma kod drugih članova porodice.

Narkomanija – zdravstveno vaspitni rad i edukacija

Populacija: otvoreno pričati o problemu, rano vaspitanje u vrtićima i porodici, panoi o štetnosti droga, predavanja u školama, izbjeći rizično društvo i mjesta, ne pušiti, ne piti alkohol, prepoznavanje rizičnog ponašanja, u slučaju krize potražiti pomoć stručnog lica za prevazilaženje problema. Interesovati se o aktivnostima i društvu sa kojim provodi slobodno vrijeme. Zahtjevati opravdanje potrošenog novca, promjene izgleda, društva. Poseban rad sa djecom i porodicom zavisnika.

Oboljeli: prihvatanje bolesti, prihvatanje stručne pomoći, što raniji početak liječenja, adekvatna upotreba terapije, redovno testiranje, izbjegavanje rizičnih mjesta, društva, događaja, usvajanje društveno prihvatljivih obrazaca ponašanja, formiranje moralnih načela u životu, uključenje u program komune.

Porodica: ne skrivati problem, prihvatanje oboljelog, rano prepoznavanje, što raniji početak liječenja, prisustvo porodičnoj terapiji, podrška boravka u komuni, obezbjeđenje uslova za sprečavanje recidiva. Podrška školovanja, zasnivanja radnog odnosa, braka i porodice. Prevencija narkomanije kod drugih članova porodice.

***5 faza liječenja zavisnika:**

Motivacija-lična želja za izlječenjem

Liječenje apstinencijalnog sindroma-medikamentozno

Rehabilitacija-psihološka pomoć u rješavanju problema ličnosti

Resocijalizacija-podrška povratka u životnu i radnu sredinu

Sprečavanje recidiva-pomoć u kriznim situacijama, podrška porodice i zajednice.

Tretman alkoholizma - Disulfiram (**Tetidis** i Esperal- tablete) je lijek koji zaustavlja razgradnju alkohola. Pacijentu je potrebno reći da će ukoliko bude koristio alkohol doći do ozbiljnih toksičnih oštećenja. Daje se 6-12 mjeseci kod pacijenata koji sarađuju. Emetin je lijek koji u kombinaciji sa vrlo malom količinom alkohola izaziva : crvenilo, dispneju, gađenje, mučninu i povraćanje, tahikardiju, tremor. Lijek se ne smije davati bez pacijentovog pristanka zbog mogućeg smrtnog ishoda. Litijum održava apstinenciju. Naltrexon je blokator opijatskih receptora onemogućava vezivanje alkoholnih jedinjenja za receptore u mozgu. Takođe se daju tablete simptomatski: analgetici, antidepresivi, antipsihotici i internistička terapija. Infuzioni rastvori se daju često kao i vitamini B koji je kod alkoholičara u deficitu. Posteru u dnevnom boravku se koriste kao podsjetnici pacijentima o štetnosti alkohola i važnosti resocijalizacije. Svakodnevno čitanje Skripte o alkoholizmu. Obavezno je prisustvo terapijskoj zajednici i porodičnoj terapiji.

KLA (klub liječenih alkoholičara) je udruženje građana oboljelih od alkoholizma koji prolaze dugogodišnji rehabilitacijski i resocijalizacijski proces, tokom kojeg je potrebno promjeniti ponašanje i usvojiti nov način života bez alkohola. Cilj liječenja je postići trajnu apstinenciju od alkohola i promjeniti način života, održavati trajnu apstinenciju i prihvatiti nov način života. Da bi pacijent uključio u rad kluba potrebno je da prođe sve procedure liječenja u kojima se priprema za ulazak u KLA u kom je obavezan da ostane najmanje dvije godine, mada je poželjno što duže prisustvo sastancima kluba kao prevencija recidiva.

Tretman narkomanije- Detoks centar- bolnički - se bavi hospitalizacijom, dijagnostikom, pružanjem zdravstvene njege i propisivanjem i korekcijom terapije, medikamentoznim liječenjem opijatske zavisnosti- poslije uzimanja narkotika. Metadon u obliku tablete otopine i ampularno pakovan za parenteralnu upotrebu je sintetski opijat koji okupira receptore u mozgu i na taj način blokira dejstvo opijata. Najčešće se daje otopit u soku. Dnevna potrošnja se evidentira u knjigu opijata. **Suboxon** je lijek koji se daje u obliku tableta sublingvalno koristi se za detoksikaciju i održavanje. Prilikom uključanja u aktivnosti sa pacijentom se potpisuje ugovor i porodica se uključuje u program liječenja. U slučaju recidiva gubi se pravo na liječenje.

Metadonski centar- specijalistički- se, u okviru rada specijalističke ambulante, bavi izdavanjem recepta za lijek **Metadon**. Pacijent, ili kontakt osoba u opravdanom odsustvu, se javlja u ambulantu 7-14-21 dan. Nakon preuzetog nalaza se javlja porodičnom doktoru koji mu izdaje recept, zatim kupuje lijek u apoteci i samostalno ga upotrebljava. Ukoliko pacijent prekrši neku odredbu iz Ugovora o liječenju, bude pozitivan na testiranju, pravi se pauza u liječenju od šest mjeseci, te se sa novim ugovorom nastavlja liječenje.

TERAPIJSKA ZAJEDNICA (KOMUNA) se primjenjuje kod dugogodišnjih zavisnika sa psihološkim, socijalnim i moralnim oštećenjem ličnosti. Predstavlja specijalan socijalni sistem gdje oboljeli od bolesti zavisnosti kroz jedinstven sistem organizacije života u socijalnoj izolaciji, kroz specifične uloge, odgovornost, komunikaciju i interakcije, **usvajaju pozitivne promjene u svojoj ličnosti** i prihvataju realnost uopšte. Osnovni princip je koncept samopomoći. Bolesnik se smatra kao nezrela ličnost te se socijalizacija provodi na društveno prihvatljiv način. Članovi porodice se uključuju u rad kako bi se edukovali upoznali oboljenje, daju podršku pacijentu i uče načine kako da u kućnim uslovima pomognu oboljelom. Komuna Aleksandrovac kod BL, Plehan kod Doboja, se bavi rehabilitacijom i resocijalizacijom u višegodišnjem programu nakon završenog medikamentoznog liječenja na klinici.

Terapijska zajednica na klinici podrazumjeva sastanak pacijenata sa doktorom, socijalnim radnikom i nadzornom sestrom.

Sastanak se sastoji iz 3 tačke:

- Predstavljanje novih pacijenata,
- Pozdravljanje odlazećih i
- Razno.

Pacijenti rado odlaze na sastanke terapijske zajednice i otvoreno razgovaraju o svojoj bolesti i trenutnim poteškoćama. Oni na taj način motivišu jedni druge, odlazeći pacijenti dolazeće, na prihvatanje procesa liječenja i saradnje sa članovima tima i zajednički rad na postizanju izlječenja. Ovim se postiže najvažniji uslov za postizanje maksimalnog kvaliteta života za lica sa mentalnim poteškoćama, a to je prihvatanje bolesti i otvoreno razgovaranje o poteškoćama koje im ona uzrokuje u aktivnostima svakodnevnog života.

***Savremene bolesti zavisnosti**

21. vijek je u znaku mobilnih telefona, interneta i društvenih mreža, modernih tehnologija. Svakako, oni su nam u velikoj mjeri olakšali život. Samo jednim klikom možemo da pronađemo potrebne informacije. Međutim, savremene tehnologije pokazale su i svoju lošu stranu **zavisnost od interneta**. Negativni uticaj se odrazio na socijalni aspekt, mada nije redak slučaj da i mentalno zdravlje trpi posledice, koje mogu da odvedu u zavisnosti. Da novi oblik zavisnosti ne treba zanemariti govori i statistika. Procenjuje se da svaki osmi korisnik interneta ima neke od karakterističnih znakova. Najugroženije su mlađe generacije, svaki četvrti tinejdžer ima problem. Poražavajući podaci ističu da **20%** ljudi poklanja više pažnje internetu nego porodici. Osobe koje pate od zavisnosti cjelokupno slobodno vrijeme provode na internetu, čak i do 8 sati dnevno. Pri tome zanemaruju svakodnevne aktivnosti, kao što su kućni poslovi, druženje, poslovne i školske obaveze.

Zavisnost od video-igrice sve je prisutniji problem na globalnom nivou. Procenjuje se da video-igrice širom svijeta igra dve milijarde ljudi, a čak 4 procenta njih spada u zavisnike. Svjetska zdravstvena organizacija je 2018. godine zavisnost od video-igrice svrstala u bolesti zavisnosti. Prema istraživanjima, među pacijentima je najviše onih koji imaju oko 25 godina. Statistike se mjenjaju iz godine u godinu, jer deca sve ranije dolaze u dodir sa video-igricama. Približno isti broj muškaraca i žena igra video-igrice, ali muškarci su češće zavisnici. Zavisnik je, po definiciji, osoba koja je okupirana video-igricama do te mere da ne može normalno da obavlja svakodnevne aktivnosti. Ugroženi su i zapostavljeni svi segmenti života, jer se prvenstvo daje igranju igrice, bez obzira na negativne posledice koje to donosi. Mnoge negativne posljedice odražavaju se i na psihu zavisnika. Oni su često desocijalizovani, izolovani iz ostatka društva, bez sposobnosti empatije i samokontrole. Ukoliko lečenje ne počne na vrijeme, javljaju se misli o samoubistvu, a nerjetko bolesnici pokušaju da naude drugima. Posebno negativan uticaj ima na formiranje ličnosti. Sve češće se u praksi sreću djeca sa agresivnim ponašanjem i poremećajima ličnosti, što uzrokuje gledanje crtanih filmova i igranje video-igrice sa neprimjerenim sadržajem. Zabrinjavajući podatak je da je registrovano nekoliko smrtnih slučajeva ljudi koji su video-igrice neprekidno igrali više od 20 sati.

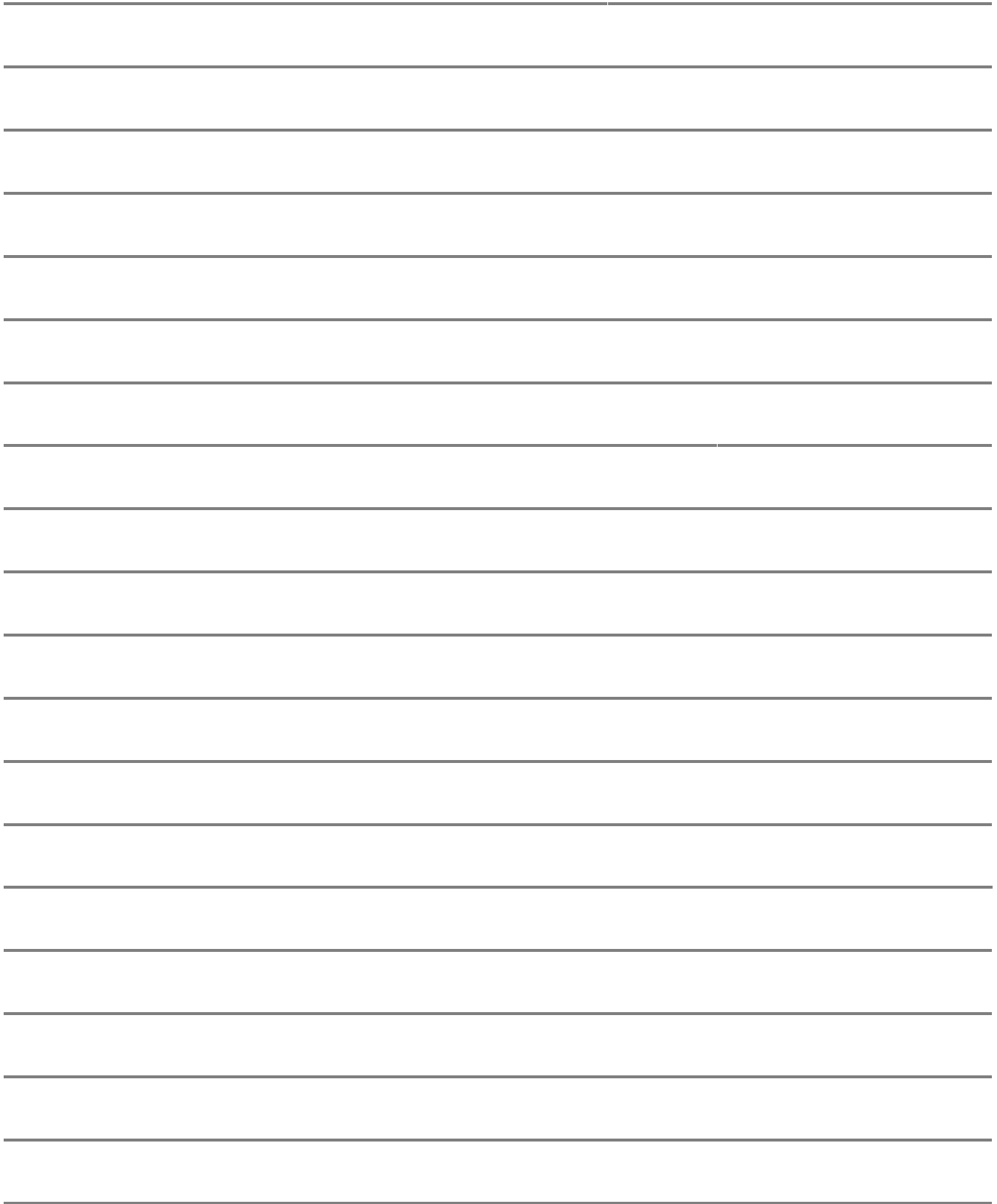
Istraživanje sprovedeno o **zavisnost od društvenih mreža** pokazalo je da oni koji pretjerano koriste platforme kao što su Facebook i Twitter o svom životu odlučuju slično kao da su pod uticajem alkohola ili opijata, a naučnici su istakli da socijalne platforme koristi jedna trećina čovječanstva, što problem čini poprilično ozbiljnim. Učesnici su popunjavali anketu čiji je cilj bio da utvrdi u kojem su stepenu zavisni od društvenih mreža, te koliko ove utiču na način na koji obavljaju posao, te školske aktivnosti. *“Nisam ja zavisnik od društvenih mreža, samo iz dosade proveravam šta se tamo dešava... Tridesetak puta dnevno....”*

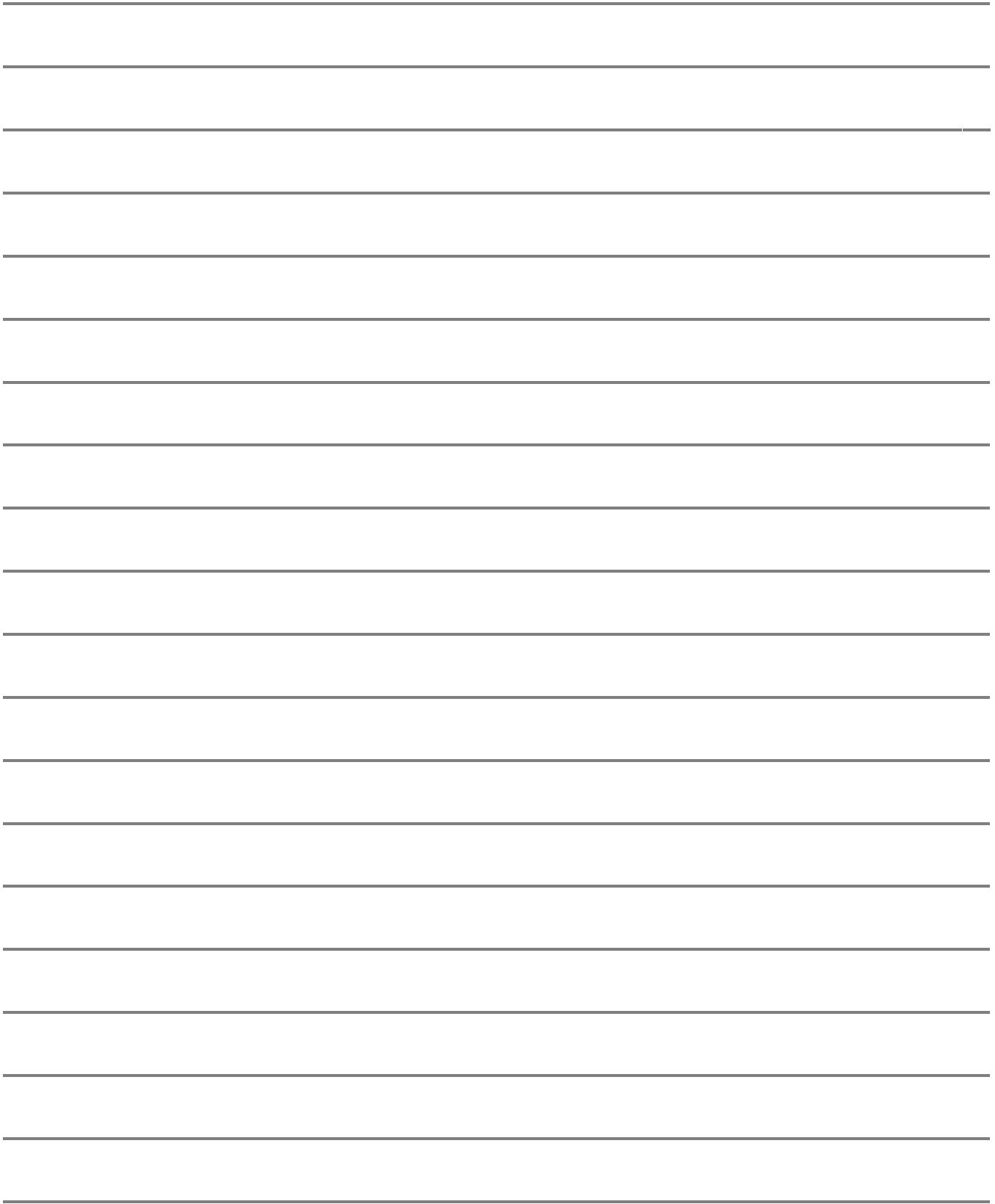
Mobilni telefon je uređaj bez koga većina ljudi danas ne mogu zamisliti dan. Nomofobija ili ‘no mobile phobia’ je **zavisnost od korišćenja mobilnih telefona**. Istraživanja tvrde da 53% korisnika pate od nomofobije. Nomofobija se izražava u vidu od panike gubljenja telefona ili strah da nomofobičari dan provedu bez mobilnog telefona. Istraživanje je pokazalo da je **66 %** ukupnog broja ispitanika, veoma uznemireno na pomisao da izgubi svoj telefon. Taj procenat je kod mladih između 18 i 24 godine čak i veći i iznosi 76 posto. Od njih je čak 40% reklo da ima dva telefona iz raznih razloga – neki zbog posla, drugi zbog straha da ne ostanu bez kredita ili baterije. zavisnosti dovodi se u vezu sa drugim problemima, tvrde autori studije, kao što su stres, depresivno raspoloženje, nedostatak sna i smanjena postignuća u školi. Otkrili su da su oni koji su klasifikovani kao zavisnici od pametnih telefona imali fizički promenjenu strukturu mozga slično onome što ljekari vide kod zavisnika od narkotika.

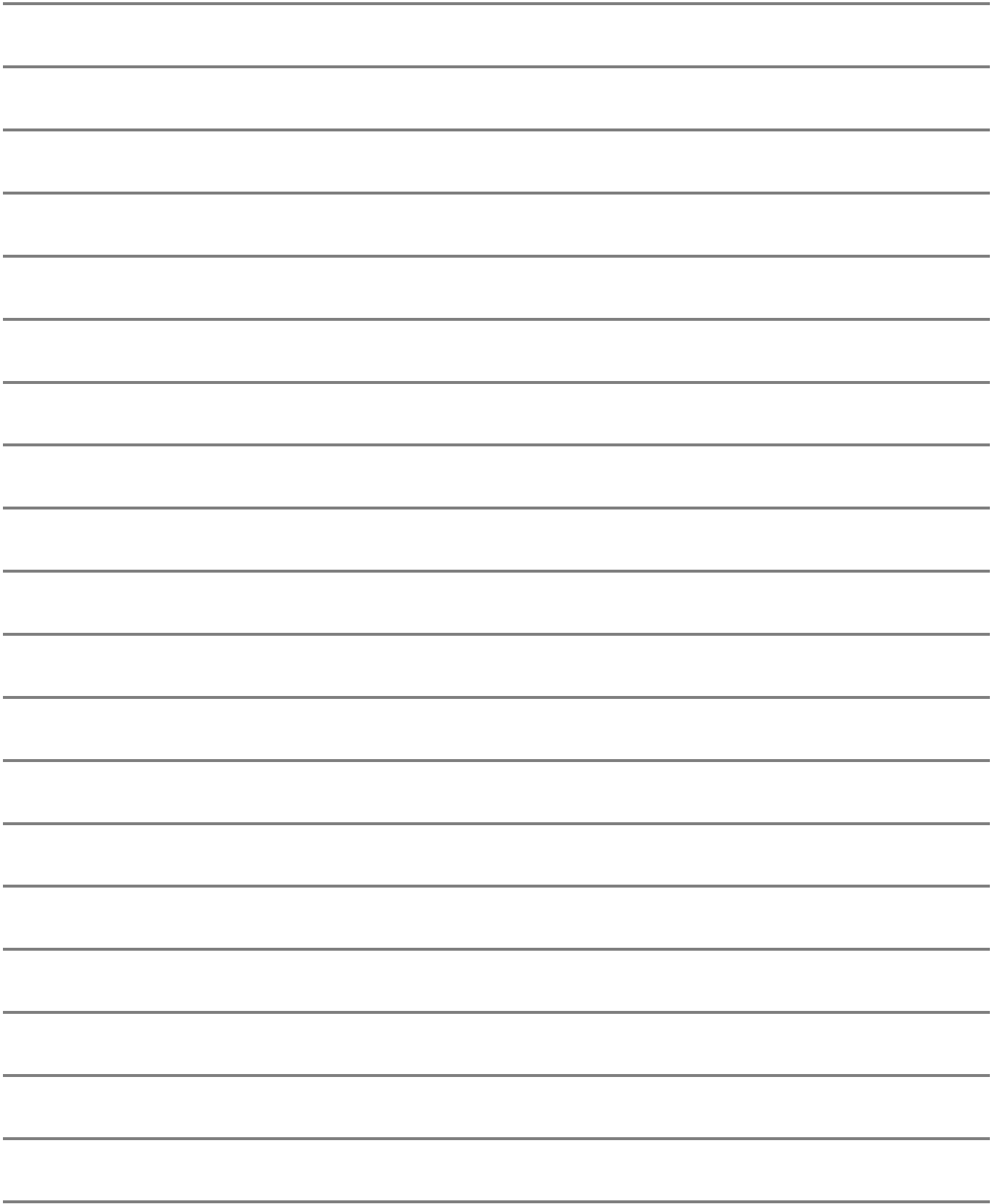
***Kako prepoznati bolesti zavisnosti?**

1. Nagle promjene ponašanja i svakodnevnih aktivnosti
2. Česti izostanci iz škole, sa posla
3. Slabiji uspjeh u školi, poslu
4. Neuobičajene promjene u ponašanju
5. Napad bjesa, napetosti, razdražljivosti
6. Veća neodgovornost prema obavezama
7. Krupne promjene stavova i sistema vrijednosti
8. Zapušten, društveno neprihvatljiv, izgled
9. Miris nikotina, alkohola, narkotika
10. Izbjegavanje komunikacije sa roditeljima
11. Nošenje naočara za sunce u neodgovarajuće vrijeme široke ili uske zjenice, česta upotreba kapi za oči, spreja za nos
12. Nošenje odjeće dugih rukava čak i po toplom vremenu
13. Česte žalbe na bolest- stanje slično prehladi
14. Napuštanje starih drugova
15. Nagla popularnost kod drugova koji su stariji i nepoznati porodici
16. Česte pozajmice novca
17. Nestajanje novca i stvari iz kuće
18. Nedovoljan iznos dnevnih i mjesečnih primanja
19. Skrivanje razloga kratkotrajnih izlazaka
20. Promjene obrasca ishrane, spavanja, tjelesne težine
21. Usporen govor i hod
22. Nekordinisani pokreti ekstremiteta pri govoru, hodu
23. Druženje sa osobama koje uzimaju drogu
24. Zaboravnost
25. Gubitak koncentracije
26. Strah, psihoza, konfuznost, depresija
27. Pronalazak kesica, šprica, tableta, kesica i narkotika u džepovima, autu, sobi, ličnim stvarima i prostoru.

DNEVNIK RADA







Datum : _____

Odjel : _____

