Uloga medicinske sestre/medicinskog tehničara u grupnom tretmanu PTSP-a

Podrug, Josip

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:098169

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

PODRUŽNICA

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Josip Podrug

ULOGA MEDICINSKE SESTRE / MEDICINSKOG TEHNIČARA U GRUPNOM TRETMANU PTSP-A

Završni rad

Split, 2017

SVEUČILIŠTE U SPLITU

PODRUŽNICA

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Josip Podrug

ULOGA MEDICINSKE SESTRE / MEDICINSKOG TEHNIČARA U GRUPNOM TRETMANU PTSP-A

THE ROLE OD NURSE IN A GRUOP THERAPY FOR PTSD

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

doc.dr.sc. Vesna Antičević

Split, 2017.

ZAHVALA

Zahvaljujem se prvenstveno svojoj mentorici doc.dr.sc. Vesni Antičević koja je svojim stručnim znanjem, iskustvom i savjetima uvelike pomogla pri izradi ovog završnog rada.

Zahvaljujem se također medicinskim sestrama s odjela za psihijatriju koje su mi pomogle u pružanju profesionalnih informacija i prikupljanju literature.

SADRŽAJ:

1. UVOD....1
   1.1. Povijest izučavanja PTSP-a....1
   1.2. Općenito o posttraumtskom stresnom poremećaju....2
      1.2.1. Peritraumatska disocijacija....4
   1.3. Simpatologija PTSP-a....4
      1.3.1. Dijagnostički kriterij prema DSM-IV klasifikaciji....6
      1.3.2. Simptomi PTSP-a prema DSM-V klasifikaciji....7
   1.4. Klinička slika PTSP-a....9
   1.5. Neurobiologija PTSP-a....10
   1.6. Prevencija PTSP-a....12
   1.7. Liječenje PTSP-a....14
      1.7.1. Psihoterapija....15
      1.7.2. Farmakoterapija....16
   1.8. Grupna terapija PTSP-a....16
      1.8.1. Homogene grupe....17
      1.8.2. Heterogene grupe....17
2. CILJ RADA....19
3. RASPRAVA....20
   3.1. Definiranje grupne psihoterapije....20
   3.2. Grupni tretman PTSP-a....21
      3.2.1. Ciljevi grupnog BKT tretmana osoba s PTSP-om....21
      3.2.2. Tehnike grupnog tretmana osoba s PTSP-om....22
   3.3. Timski rad u grupnom tretmanu PTSP-a....23
      3.3.1. Uloga medicinske sestre/medicinskog tehničara u grupnom tretmanu PTSP-a....24
4. ZAKLJUČAK....26
5. LITERATURA....27
6. SAŽETAK....29
7. SUMMARY....31
8. ŽIVOTOPIS....33

1. UVOD

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je po medicinskim klasifikacijama poremećaj kod kojeg su se simptomi razvili nakon izloženosti ekstremnom traumatskom događaja, u kojem je osoba izravno ili potencijalno izložena smrću, ranjavanju ili je na neki drugi način ugrožen njen fizički integritet. Reakcija na događaj mora uključivati intezivan strah, osjećaj bespomoćnosti te užasnutosti (1). PTSP se svrstava u skupinu anksioznih poremećaja, ali se od ostalih anksioznih poremećaja razlikuje po tome što sami nastanak ovisi o traumatskom događaju i proživljavanju traumatskog iskustva. Također se definira i kao odgođeni ili produženi odgovor na stresogeni događaj ili nekakvu situaciju jake ugroženosti (2).

PTSP mogu izazvati sljedeće stresne situacije:

- izloženost nasilnim napadima,
- otmice,
- sudjelovanje u borbenim situacijama,
- teroristički napadi,
- izloženost mučenju,
- boravak u koncentracijskim logorima,
- izloženost silovanju,
- sudjelovanje u prometnim nesrećama,
- izloženost životno ugrožavajućim bolestima,
- prirodne ili druge katastrofe i sl.

1.1. Povijest izučavanja PTSP-a

PTSP prvo je opisan u vojnika koji su sudjelovali u američkom građanskom ratu. Psihičke probleme kod vojnika koji su sudjelovali u Prvom Svjetskom ratu, stručnjaci

tog doba su smatrali funkcionalnim, pa su ih označavali terminom pod nazivom "šok od granate". Po završetku Drugog svjetskog rata, primjećene psihičke smetnje kod ratnih sudionika nazivale su se ″neurozama″. Problemi proučavanja veterana iz Vijetnama doveli su do definiranja posstraumatskog stresnog poremećaja u DSM-III, 1980. godine .

Američka psihijatrijska udruženje uvrstila je posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) u službenu medicinsku klasifikaciju DSM-III (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje) 1980. godine, dijelom i pod pritiskom vojnika Vijetnamskog rata. Opisuje ga kao reakciju na ekstremni stres s trajanjem dužim od šest mjeseci. U Međunarodnu klasifikaciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), uvrštena je tek u MKB-10 1992. godine. Prema DSM-u i prema MKB-u 10 PTSP je uvršten u skupinu anksioznih poremećaja i razlikuje se u sljedećim tipovima: akutni, odgođeni i kompleksni. MKB-10 je uz PTSP uvela i dijagnostičku kategoriju trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja, što se u praksi često naziva kronificirani PTSP.

Pojam i značenje psihička trauma i njezine posljedice zadiru puno dalje u prošlost od uvođenja dijagnostičke kategorije u DSM-III. Traumatske događaje potiskuju i žrtve i zajednica, te prvi žele zaboraviti ali nikako ne mogu, a oni drugi koji iz nesvjesnih motiva žele zaboraviti, u tome u konačnici uspijevaju. Pri tome dolazi do izražaja tendencija diskreditiranja žrtve, ali i njihovih terapeuta te ostalih profesionalaca koji se s tim bave.

Nakon Prvog svjetskog rata u kojemu je više od osam i pol milijuna ljudi poginulo, mnogi su se borci ponašali totalno izgubljeno, prezentirali su somatske tegobe iako nisu bili fizički zlostavljani ni ranjeni, izgubili su volju za nastavkom života. Ta pojava je se naziva "šok od granate" ili "borbena neuroza". Pod tim se pojmom podrazumijevao emocionalni stres koji bi nastao kao posljedica prolongiranog izlaganja ratim borbenim situacijama naročito bombardiranjem (3).

1.2. Općenito o posttraumatski stresni poremećaju

Osoba mora biti izložena traumi da bi razvila simptome PTSP-a, ali ne znači da će svi ljudi koji su izloženi traumi u konačnici razviti PTSP. U postojećoj DSM-V se navodi da akutni PTSP traje više od tri mjeseca i ponovno se ističe značaj premorbidne patologije ličnosti. Za razliku od DSM klasifikacije, MKB-10 klasifikacije je drugačije organizirana i formirana. Obuhvaća nespecifične akutne odgovore na traumu kao što su akutna stresna reakcija, poremećaj prilagodbe i PTSP, kao i trajnu promjenu ličnosti nakon traumatskog iskustva.

Zbog velikog inteziteta traume u kojoj dolazi do patnje, razlikujemo traumatski događaj od stresnog. Kod traumatskog događaja, intezitet traumatskog iskustva moderira vjerojatnost razvoja PTSP-a u većoj mjeri nego premorbidna ličnost osobe i njezini načini suočavanja sa stresovima. Kada intenzitet tih reakcija prijeđe određenu mjeru, govorimo o vrlo vjerojatnom nastanku PTSP-a. PTSP je najčešće u komorbiditetu s depresivnim poremećajima, anksioznim poremećajima, paničnim poremećajima, alkoholizmom, ovisnostima o psihoaktivnim tvarima i poremećajima ličnostima osobe.

Uz intezitet traumatskog događaja, na vjerojatnost nastanka PTSP-a utječu i drugi čimbenici. To su:

- Pretraumatski čimbenici- Odnose se na različita obilježja koja postoje prije nastanka samog traumatskog događaja i koja ga čine skolonijim za nastanak PTSP-a. Među ta obilježja spadaju postojanje ranijih psihijatrijskih poremećaja, spol (dominantniji kod žena, osim borbenog PTSP-a koji je češći u muškaraca), niži socioekonomski status i obrazovanje, pripadnost nacionalnim manjinama, obiteljska anamneza psihijatrijskih bolesti i ranija trauma te struktura ličnosti.

- Peritraumatski čimbenici – odnose se na karakteristiku traumatskog stresora kao što su intezitet i vrsta događaja, frekvencija događaja, psihološka reakcija osobe tijekom traumatskog događaja i stupanj životne ugroženosti.
- Posttraumatski čimbenici – uključuju obilježja socijalne okoline te na koji se način osoba nosi s problemima u svakodnevnom životu. Pogoršanja se događaju u uvjetima kao što su izloženost novom traumatskom događaju, slaba socijalna potpora, negativno radno okruženje, zlouporaba opijata, izbjegavajuće ponašanje.

U općoj populaciji PTSP je prisutan kod 7,8 % osoba koje su bile izložene stresnom događaju izuzetno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode. U Hrvatskoj tijekom Domovinskog rata prevalencija kod veterana kreće se od 25-30 % (4).

1.2.1. Peritraumatska disocijacija

Peritraumatska disocijacija se smatra najznačajnijim rizičnim čimbenikom za nastanak PTSP-a. Osobe često tijekom traumatskog događaja ili neposredno iza njega mogu imati izmijenjen doživljaj vremena, prostora i samog sebe. Mogu doživljavati stvarne događaje i situacije, ali je doživljaj osobe izmijenjen. Osoba doživljava kao da je sve oko nje nestvarno, smatra da se ne nalazi se u svom tijelu, te promatra događaje s distance izvan svog tijela, ali je svjesna svega. Dakle, riječ je o promijenjenom stanju svijesti tijekom kojega se osoba "isključi" iz stvarne okoline.

Disocijativni doživljaj nastaje zbog preplavljenosti neizdrživim negativnim emocijama kao što su:

- bespomoćnost,
- intezivan strah,
- užasnutost.

Disocijacija se također može smatrati strategijom suočavanja s traumom, jer pomoću "razdvajanja" racionalnih i emocionalnih dijelova traumatskog iskustva, sebe štiti od emocionalnog preplavljivanja. Osobe koje tijekom traumatske situacije dožive disocijativna iskustva imaju zatno veći rizik da će u sljedećem razdoblju razviti PTSP (1).

1.3. Simptomatologija PTSP-a

Kod PTSP-a simptome svrstavamo u dvije kategorije kao što su akutni i kronični PTSP. Akutna stresna reakcija predstavlja kratkotrajan i neposredan odgovor na stresogenu reakciju, a manifestira se pojačanom anksioznošću ili depresivnošću, simptomi anksioznosti i depresivnosti se mogu pojavljivati istovremeno jer stresogeni događaj često podrazumijeva udruženu percepciju gubitka i opasnosti. Kod akutnog PTSP-a simptomi se javljaju unutar prva 3 mjeseca od traumatskog događaja, a kronični PTSP se javlja nakon 3 mjeseca ili više.

Ponovna doživljavanja traumatskog događaja u obliku uznemirujućih sjećanja nazivaju se flashback epizode. Kod takvih epizoda sadržaj je vezan isključivo za traumu, javlja se spontano i može biti potaknut nekim vanjskim čimbenikom. U nekim slučajevima se osobi čini da ponovno proživljava taj događaj, zbog tog razloga se gubi i ne razlikuje događanja u sadašnjosti i onih u koji su se dogodili u prošlosti. Bolesnici imaju osjećaj otuđenosti i odvojenosti od drugih ljudi, posebice svojih najbližnjih što dovodi do mišljenja da su nesposobni voljeti druge osobe, ne mogu doživjeti i izraziti osjećaje te se smatraju beskorisnim.

PTSP se zajedno s agrofobijom, specifičnom i socijalnom fobijom, opsesivno-kompulzivnim poremećajem, paničnim poremećajem i anksioznim poremećajima ubraja u skupinu aksioznih poremećaja (6).

Kako se tijekom zadnjih tridesetak godina mijenjalo tumačenje PTSP-a, mijenjao se i njegov opis u DSM klasifikacijama. U prvoj DSM klasifikacija (DSM-I), PTSP se naziva velikom stresnom reakcijom koja nastaje interakcijom traumatskog događaja i premorbidne ličnosti. U DSM-II također je istaknuta uloga premorbidne ličnosti, a sam poremećaj obilježen je kao prolazni situacijski poremećaj ili anksiozna neuroza. U

DSM-III PTSP opisuje se kao normalna reakcija na ekstremni stresni događaj s trajanjem više od 6 mjeseci. DSM-III uvodi se pojam akutni PTSP čije je trajanje više od mjesec dana. Premorbidna patologija ličnosti i isticanje na njezine važnosti se spominje u DSM-IV i DSM-V klasifikacijama. Razlika je u tome što je u DSM-IV opisano da akutni PTSP traje mjesec dana, dok prema DSM-V akutni PTSP traje više od tri mjeseca. Važna razlika između klasifikacija opisanih u DSM i MKB-10 sustavima je u tome što klasifikacija opisana u MKB-10 obuhvaća nespecifične akutne odgovore na traumu: akutnu stresnu reakciju, PTSP, poremećaj prilagodbe kao i trajnu promjenu ličnosti nakon stresnog događaja te prvenstveno služi za klasifikaciju bolesti i uzroka smrti, dok je u DSM-V klasifikaciji PTSP svrstan u zasebnu kategoriju Poremećaja vezanih za stres (3).

1.3.1. Dijagnostički kriterij prema DSM-IV klasifikacija:

Prema DSM-IV klasifikaciji simptomi PTSP-a su podijeljeni u tri skupine:

I. Ponovno proživljavanje traumatskog iskustva (najmanje jedan simptom):

- aktualna i intruzivna uznemirujuća prisjećanja,

- ponašanje ili osjećaji kao da se događaji ponovno zbivaju ,

- akutni uznemirujući snovi,

- intezivni psihološki distres,

- fiziološka reaktivnost.

Intruzivna sjećanja se pojavljuju u obliku živih osjećaja praćenih jako bolnim osjećajima i obuzimaju pozornost osobe. Traume se jako često ponovno proživljavaju u snu gdje osoba sanja noćne more, te se iz njih budi vrišteći u užasu, oznojena s pojačanim otkucajima srca i ubrzanom frekvencijom disanjem.

II. Izbjegavanje i povlačenje (najmanje tri simptoma):

- izbjegavanje misli, osjećaja i razgovora,
- izbjegavanje podsjetnika na traumu,
- jako reducirani interes za aktivnost,
- strani i otuđujući osjećaji,
- ograničeni afekt,
- osjećaj uskraćene budućnosti.

Osoba izbjegava stalno poticaje vezane za traumu (osoba koja je rat proveo u određenim dijelovima Republike Hrvatske, izbjegava otići na mjesta na kojima je ratovala) te nastoji izbjeći razgovore vezane za traumu. Osobe imaju znatno smanjen interes za sudjelovanje u aktivnostima koje predstavljaju veću odgovornost. Također, može doći do osjećaja besperspektivnosti, te osoba navodi da nema ništa više očekivati u budućnosti svog života.

III. Pojačana pobudljivost (najmanje dva simptoma):

- poteškoće spavanja,
- iritabilnost ili iskazi ljutnje,
- otežano koncentriranje,
- hipervigilitet.

Osobe s PTSP-om često postaju naglo razdražljive i eksplozivne s ispadima ljutnje i mržnje. Teško se koncentriraju i mogu imati smetnje pamćenja te pojačanu zaboravljivost.

1.3.2. Simptomi PTSP-a prema DSM-V klasifikaciji:

Prema DSM-V klasifikaciji simptomi PTSP-a su podijeljeni u pet skupina:

I. Stresori: potrebno 1 od 4:

- izravna izloženost stresoru,
- indirektno djelovanje,
- svjedočenje,
- ponavljanje traume

II. Prisutnost simptoma: potrebno 1 od 5:

- prisjećanje traumatskog događaja,
- noćne more,
- flashbackovi,
- intezivni distres nakon izlaganja traumatskom događaju,
- psihološka reakcija nakon izlaganja traumatskom događaju.

III. Uporno izbjegavanja sjećanja vezanih ta traumatski događaj:potrebno 1 od 2:

- osjećaji povezani s traumom,
- traumatski događaj povezan s indirektnim (vanjskim) prisjećanjima.

IV. Negativno raspoloženje: potrebno 2 od 7:

- neprihvaćanje djelovanja traumatskog događaja na život,
- smanjeno samopoštovanje,
- iskrivljeno mišljenje o sebi i drugima,
- prisjećanje negativnih sjećanja vezanih za traumatski događaj,
- smanjen interes,
- prisutan osjećaj otuđenosti,
- smanjen učinak djelovanja.

V. Promjene ponašanja: potrebno 2 od 6:

- agresivno ponašanje,
- bezobzirno ponašanje prema sebi,
- pojačan osjećaj budnosti,
- pretjerane reakcije,
- smanjena koncetracija,
- poremećaj spavanja.

1.4. Klinička slika PTSP-a

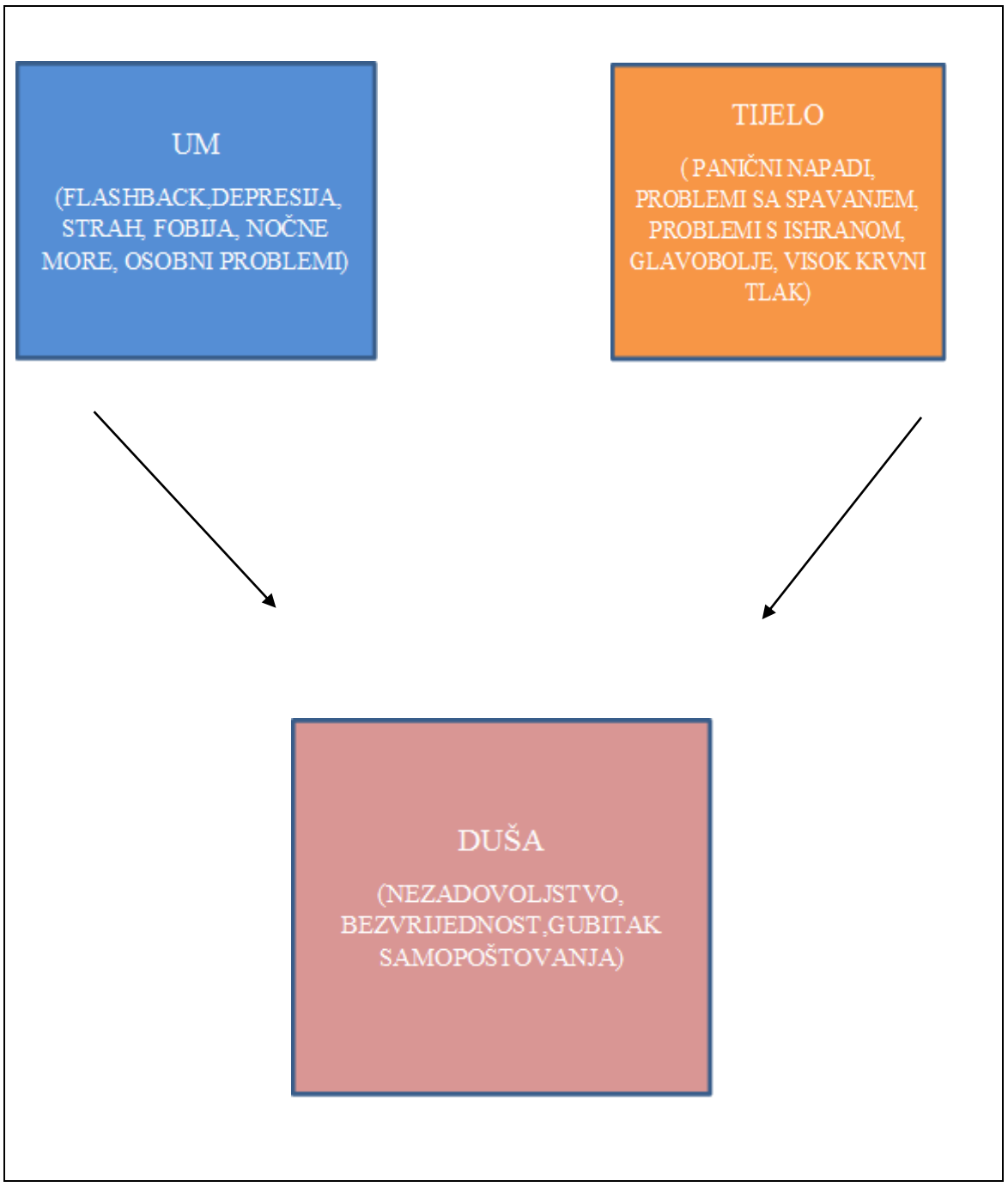
PTSP kao i mnogi psihijatrijski poremećaji utječe ne samo na bolesnika, nego i na njegovu čitavu društvenu zajednicu, a ponajviše na njegovu obitelj. Tijekom vremena simptomi se mogu kronificirati i poprimiti kroničan oblik te ometati bolesnikovu funkcionalnost u svakodnevnom životu.

Istraživanja pokazuju statistički značajnu razliku u kapacitetima radnog pamćenja između oboljelih od PTSP-a i zdravih kontrola, u dobi od 25-40 godina , dok kod starijih od 40 godina statistički značajna razlika nije dobivena. Iz rezultata se zaključuje kako kod mlađih ispitanika je pristutan značajan deficit u radnom pamćenju između osoba oboljelih od PTSP-a i zdrave populacije, što dokazuje kako stresna i traumatska iskustva ostavljaju trajne posljedice na kongitivno funkcioniranje osobe (5).

Na socijalno funkcioniranje uvelike utječe premorbidna ličnost, tjelesno stanje i socijalna okolina. Manji postotak traumatiziranih osoba ne reagira na primijenjenu terapiju, te su simptomi konstantno prisutni. Učestali su neurovegetativni poremećaji i poremećaji raspoloženja, te relativno učestali komorbiditet s drugim poremećajima. Kvaliteta življenja i funkcioniranja ne moraju biti povezani s intezitetom simptoma. Najznačajnije karakteristike PTSP-a su ponovno doživljavanje traumatskog događaja. Sjećanja su praćena s mučnom emocionalnom reakcijom.

Događaji koji simboliziraju ili prisjećaju na traumatski događaj mogu izazvati intezivnu psihološku patnju čime, u rijetkim slučajevima, može doći čak do simptoma kao što su halucinacije i depresije.

Progresija depresivnih osjećaja može dovesti i do najgorih mogućnosti kao što je suicid, a izražena anksioznost može predstavljati osnovu za nastajanje alkoholizma i ovisnosti o drogama različitih vrsta. PTSP je složen poremećaj kojim se osim simptoma navedenih u dijagnostičkim klasifikacijama, odražava i na tjelesno zdravlje osobe, životni stil i komorbiditetne psihijatrijske poremećaje (slika.1).



Slika 1. Kognitivni, tjelesni i emocionalni simptomi PTSP-a (3).

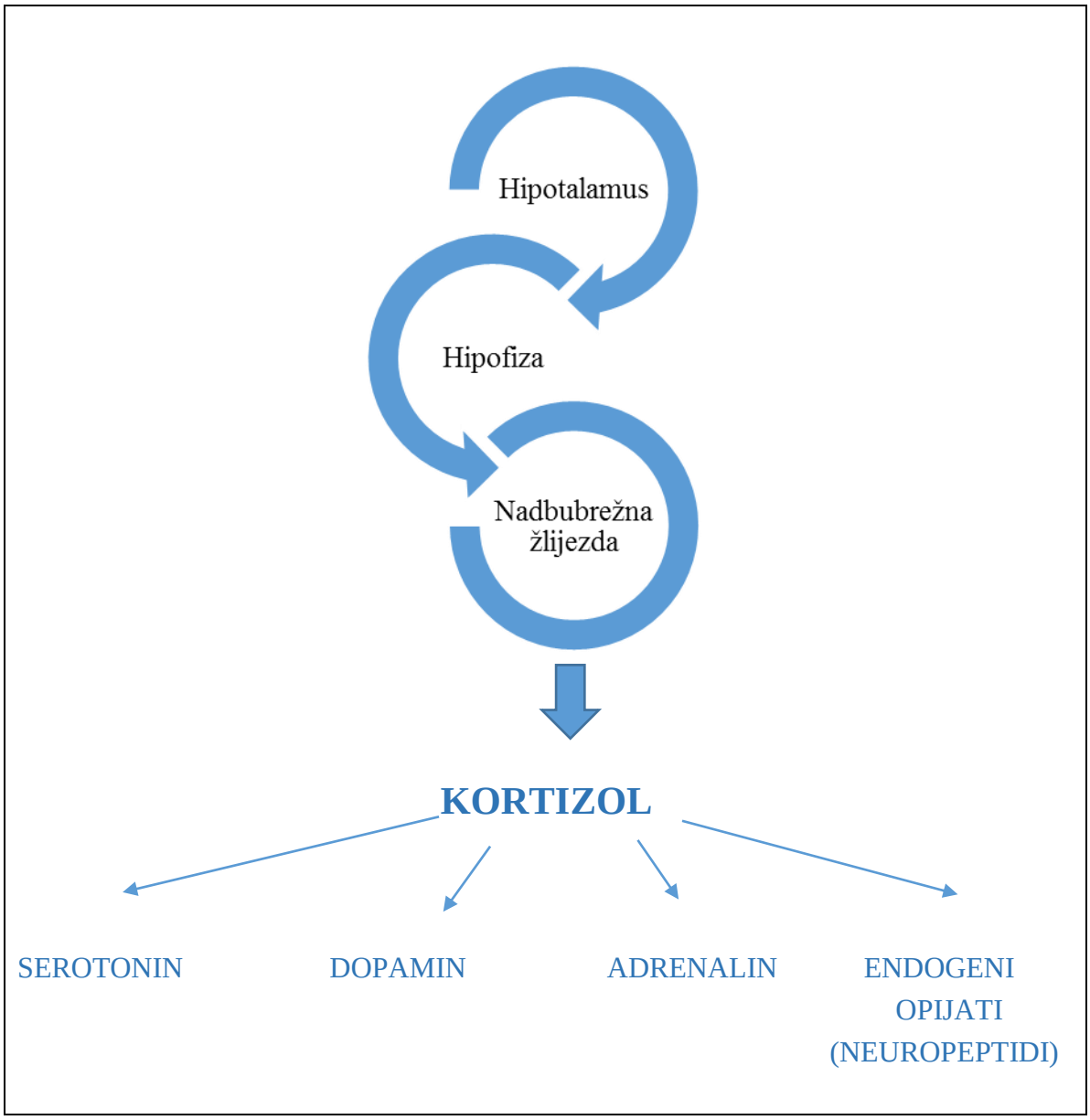
1.5. Neurobiologija PTSP-a

Većina osoba je u stanju sučeljavanja sa samim stresorom i na taj se način uspostavlja ponovna ravnoteža ili homeostaza. Suprotno tome, manji broj osoba se ne može adekvatno suočiti sa stresom i pokazuje produžene i abnormalne fiziološke odgovore na traumatsko iskustvo koji se tada mogu manifestirati kao simptomi PTSP-a. Vjeruje se da simptomi PTSP-a odražavaju promjene koje su uvjetovane poremećajima neurobioloških sustava izazvanim stresom ili mogu biti posljedica neadekvatne adaptacije neurobioloških sustava na izlaganje teškim stresorima. Današnja istraživanja na bolesnicima s PTSP-om usmjerena su na proučavanje takvih promjena u neurobiološkim sustavima. Pretpostavlja se da neurobiološka podloga PTSP-a uključuje mnogobrojne promjene u funkcioniranju neuroendokrinih i neurotransmitorskih sustava.

Najčešće istraživani neuroendokrini sustav u PTSP-u je os hipotalamushipofiza-nadbubrežna žlijezda (HHN). Smatra se da PTSP se temelji primarno na poremećaju nadzora osi HHN te na poremećenom funkcioniranju neurotransmitorskih sustava: serotonergičnog, noradrenergičnog, dopamminergičnog, GABA-ergičnog (gamaaminomaslačna kiselina), glutaminergičnog te i opioidnog sustava. Uz poremećaje neurotransmitorskih i neuroendokrinih sustava, pretpostavlja se da su za nastanak PTSP-a odgovorni određeni geni, odnosno polimorfizmi genai koji kontroliraju aktivnost proteina uključenih u sintezu, djelovanje ili razgradnju serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA-e, glutamata i drugih. Za patofiziologiju PTSP-a važni su neurobiološki sustavi i različiti neuropeptidi koji utječu na mrežu moždanih regija koje reguliraju strah i odgovorni su na stres, uključujući prefrontalni korteks i jezgre moždanog debla. Istraživanja PTSP-a su usmjerena prema traženju neurobioloških promjena koje su specifične za PTSP, osobito za promijenjene mehanizme učenja i slabljenja osjetljivosti na stres, te fiziološke pobudljivosti. Važno je razumijeti jesu li neke neurobiološke promjene u PTSP-u samo odraz pojačane osjetljivosti za taj poremećaj ili su posljedica izlaganja traumatskom iskustvu, također može biti riječ i o simptomima PTSP-a. Genetska različitost, spol i izloženost stresu tijekom razvoja utječe na neurobiološke sustave i posreduju u odgovorima na stresogeni događaj.

Kliničko značenje tih istraživanja je u činjenici da će se na temelju otkrivenih specifičnih neurobioloških čimbenika identificirati osobe koje su osjetljive za razvoj

PTSP-a nakon izlaganja traumatskom iskustvu, te postoji mogućnost da će s tim istraživanjima identificirati specifične neurokemijske čimbenike, a pomoću farmakoloških strategija i unaprijediti otpornost tih osoba i na taj način pomoći u prevenciji i liječenju PTSP-a (9) (slika 2.).



Slika 2. Biološka podloga nastanka PTSP-a (10).

1.6. Prevencija PTSP-a

Iako razvoj PTSP-a ovisi o mnogim čimbenicima nakon proživljenog traumatskog iskustva, važno je poraditi na prevenciji PTSP-a. U preventivne postupke ulazi pravodobna i odgovarajuća psihoedukcija tj. metode koje su poznate pod imenom psihološkog debrifinga. Psihoedukacijom se podiže razina znanja psihotraumatizrane osobe o poremećaju, njegovim simptomima, vlastitom ponašanju prema sebi i okolini. Liječnici obiteljske medicine bi trebali imati važnu ulogu u psihoedukaciji i trebali bi poticati bolesnika na razgovor s obitelji i prijateljima o proživjelom traumatskom događaju. Posebno bi trebali isticati važnost izricanja vlastite emocije s osobama u koje bolesnik ima povjerenje te osjeća sigurnost. Jedna od psihoterapijskih metoda koja se primjenjuje neposredno nakon traume jest debrifing. Debrifing je vrsta psihoedukacije te je važna komponenta kognitivno-bihevioralnih metoda liječenja, posebice ima svoju ulogu u prevenciji dobivanja PTSP-a. Postavlja se pitanje do koje je mjere primjerena edukacija osoba koje su proživjele traumatski događaj. Naime, može se dogoditi da davanje psihološke mape i psihoedukacije traumatiziranim osobama pojača njihov distres te im nije od koristi u samoregulacijskim procesima. Klinička iskustva pokazuju da se individualni psihološki debrifing ne bi trebao primjenjivati kod osoba koje su proživjele traumatske događaje. Također nedostaje dovoljno primjerenih dokaza o učincima grupnog psihološkog debrifinga.

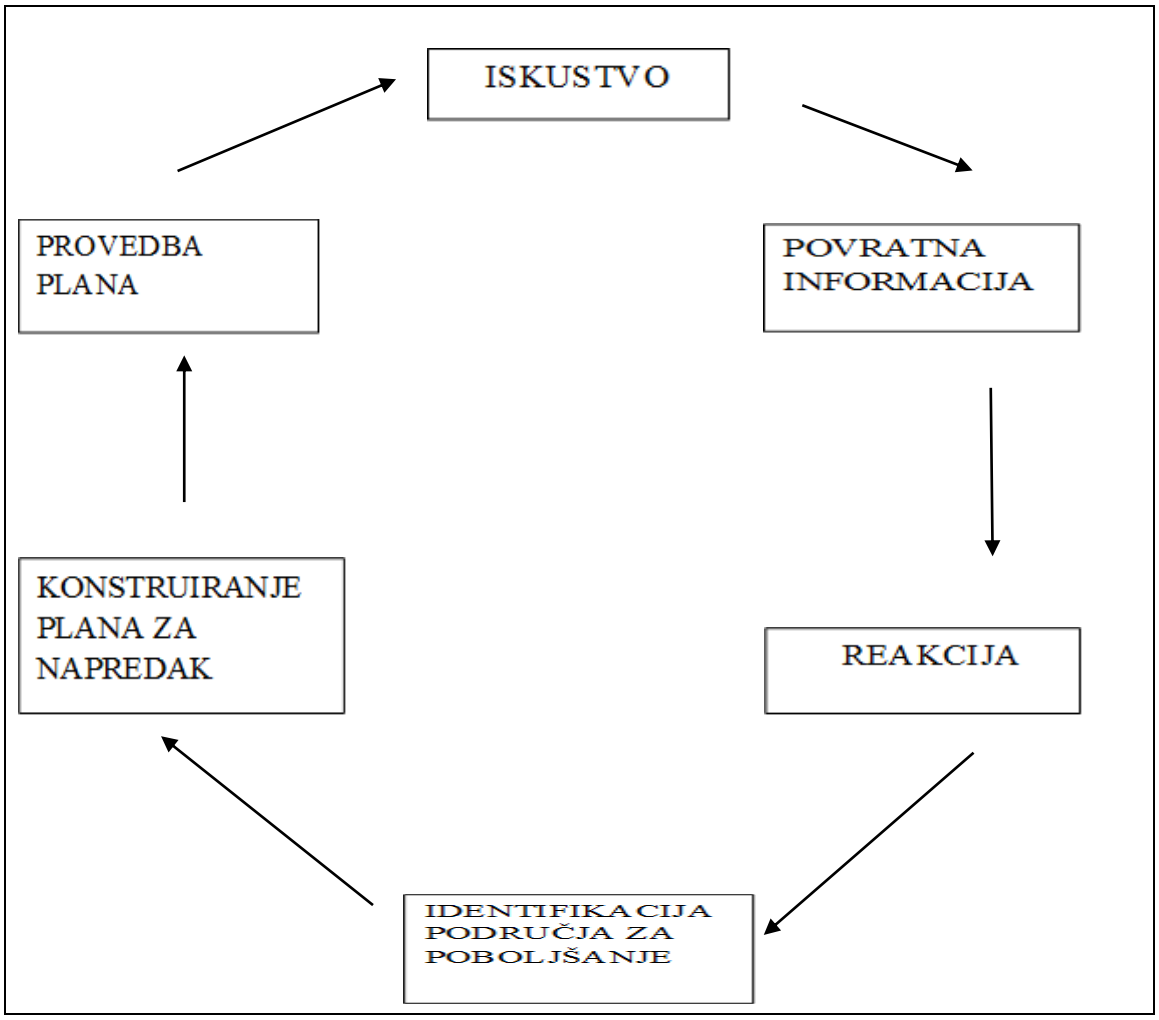
Prema postojećim znanstveno zasnovanim dokazima poznato je da uobičajena reakcija nakon traumatskog događaja normalna, te da ona dovodi do ozdravljenja. Neposredno nakon izlaganja traumatskom događaju, važno je da osobe koje su bile izložene traumatskom događaju dobiju praktičnu i pragmatičnu psihološku podršku. Takvim osobama bi trebale biti dostupne informacije o mogućim reakcijama koje mogu uslijediti: što mogu učiniti sebi pri sučeljavanju s traumatskim doživljajem, pružanje podrške od osoba u njihovoj blizini (njihove obitelji i zajednice), gdje i kada potražiti daljnju pomoć ako postoji potreba za tim. Vrlo je važno pružiti odgovarajuću ranu podršku i biti susretljivi s osobama koje su proživjele traumatski događaj. Međutim, takva podrška trebala bi biti bazirana na točnoj i trenutnoj procjeni prije pružanja bilo kakvih intervencije. Ljudi se različito nose sa stresom i osjećajima. Pružanje podrške trebalo bi prije svega biti dobrovoljno i na pravi način, osim u slučajevima gdje je

oštećenje nastalo kao posljedica traume takvo da ugrožava sigurnost pojedinca ili sigurnost drugih. Treba nastojati da intervencije budu kulturološki prihvatljive, te da odgovaraju razvoju pojedinca, da su povezane s domaćim oblikovanjem problema i samim načinom rješavanja problema. Nedostatak opasnosti ili ubrzani oporavak ne moraju isključivo biti željeni ishod. Etnički, politički, kulturalni i socio-ekonomski čimbenici mogu pridonijeti različitosti ciljeva za funkcioniranje i identitet, tako da osobe koje pružaju pomoć moraju imati razumijevanja na različitu motivaciju kod svake osobe koja je proživjela traumatski događaj. Zbog nedostatka dokaza kod ranih intervencija, treba nastojati procijeniti je li rana intervencija učinkovita u poboljšanju specifičnih ishoda i je li potrebno, a samim time i učinkovito da nove intervencije budu usmjerene poboljšanju tih ciljeva. Psihološki debrifing je najnovija metoda koja se koristi u preventivne svrhe. Neki dijelovi psihološkog debrifinga kao što je edukacija mogu biti korisni u liječenju PTSP-a (10).

1.7. Liječenje PTSP-a

Pružanje fizičke i psihološke pomoći traumatiziranoj osobi zahtjeva određena medicinska i psihološka znanja o primjerenim i patološkim reakcijama. U liječenje treba primjeniti kombinaciju psihofarmakoterapijskih, psihoterapijskih i socioterapijskih intervencija prema bolesniku.

U liječenju ponajviše pomaže psihoedukacija, vježbe relaksacije te jačanje samopouzdanja. Za religiozne bolesnike, vjera i duhovnost mogu biti poticajni, motivirajući i zaštićujući za osobe oboljele od PTSP-a (7) (slika 3.).



Slika 3. Tretman PTSP-a (2).

1.7.1. Psihoterapija

Psihoterapija je primarna terapija u liječenju PTSP-a u kojoj se razgovor s oboljelima može odvijati individualno ili u grupama. Pogođene osobe se moraju suočiti s traumatskim iskustvom i prihvatiti da je ono dio njih samih. Odabir psihijatrijskih tehnika i pravaca ovisi o potrebama pacijenta. Neki tipovi psihoterapije se baziraju na smanjenje simptoma dok druge svoj primarni fokus na resocijalizaciju i popravljanje obiteljskih odnosa. Traumatska iskustva su bolna i nesvjesno se koriste svi načini kako bi se izbjeglo sjećanje na to, stoga je liječenje dugotrajno (8).

1.7.2. Farmakoterapija

Liječenje farmakoterapijom ovisi o intezitetu simptoma, trajanju poremećaja, strukturi ličnosti, predominantnom skupinom simptoma i komorbiditetu. Najčešće se PTSP liječi kombinacijom antidepresiva i anksiolitika, a ponekad se mogu uključiti i antipsihotici. Kod relativno teškog PTSP-a najčešće treba kombinirati psihoterapiju, psiho-socijalne metode i farmakoterapiju. Zbog učinkovitosti za odabir najboljih kombinacija liječnički tim koristi određene algoritme. U slučaju rezistencije na ponuđene algoritamske lijekove i određene kombinacije, eksperimentima se mogu predodrediti nove kombinacije i drugačije doze (3).

1.8. Grupna terapija PTSP-a

Grupna terapija je metoda liječenja koja uz primjenjuje članova grupe kako bi pojedincu dali informaciju o njegovom trenutnom psiho-fizičkom stanju. Grupa ostvaruje ugodno okruženje u kojem je moguće vježbanje različitih uloga koje se ostvaruju kroz razmjenu sličnih iskustava, međusobnog povezivanja te iznošenja vlastitog doživljaja prema traumatskoj situaciji. Okruženje bi trebalo omogućavati pojedincima koji su donekle slični da se razumiju i doživljavaju s drugim članovima grupe, ali istovremeno da su dovoljno različiti pri pomaganju drugim članovima grupe, drugačiji vidici i perspektiva. Kod pacijenata se javlja otpor u smislu povjerenja u grupi, to se može protumačiti činjenicom da je ego preplavljen velikim strahom te se osoba osjeća previše izloženo i nesigurno u takvim situacijama.

U grupnu terapiju bi trebali biti uključeni pacijenti koji ne traže samo pomoć u obliku farmakoterapije, nego traže podršku i brižni ljudski odnos. Kako bi pacijent mogao funkcionirati u grupnoj terapiji treba zadovoljiti sljedeće kriterije:

- sposobnost emocionalnog reagiranja,
- kapacitet za slušanje tuđih emocija,
- sposobnost opservacije vlastitih problema,
- kapacitet za uvid (2).

Suprotivna tehnika se usjerava na sadašnje životne probleme, odnosno pojedinac kroz grupu postupno jača već postojeće sposobnosti rješavanja svakodnevnih životnih poteškoća pri čemu je njihov fokus primarno usmjeren na obiteljsko, radno i socijalno funkcioniranje. Cilj terapije je osiguravanje sigurnost i kontrola kako bi se osoba na pravi način suočila s traumom koju proživljava. U osnovi postoje dvije kategorije grupa, homogena i heterogena.

1.8.1. Homogene grupe

Homogene grupe su prikladne za početnu fazu traume. Članovi grupe su slični po nekim čimbenicima kao što su spol, dob, razina ego razvoja i trauma. Članovi grupe međusobno se pomažu u ponovnom proživljavanju osjećaja, omogućuje se da kao u zrcalu sagledaju svoja traumatska sjećanja čime dolazi do osjećaja pripadnosti i uvažavanja. Spontana ekspresija osjećaja se vrlo teško može javiti u individualnoj terapiji. Ovakvim grupnim pristupom članu se predaj osjećaj prihvaćenosti i poštovanje, no s druge strane može doći i do "ruba" odnosno otpora. Ponašanje koje vodi osjećaju pripadnosti u grupi onemogućuje izražavanju agresije i bijesa.

Vremensko ograničenje je značajno u homogenim grupama, dokazano je da dugotrajnije grupe postaju manje uspješne, a mogu čak i naštetiti. Te posljedice se pripisuju stvaranju regresivne fuzije i formiranja grupe žrtava suprostavljene vanjskom "opasnom" svijetu (3).

1.8.2. Heterogene grupe

Nekim članovima grupe je trauma u toj mjeri obilježila život da je postala dio njihove ličnosti. Oni obično pokušavaju zadržati i ponavljati model ponašanja koji predstavlja agresiju, ljutnju, mržnju i izolaciju. Uključivanju u heterogenu grupnu terapiju prethodi pravovaljanom individualnom terapijom to jest priprema za grupni rad

u kojoj će čovijek moći prepoznati svoje reakcije i nositi se s njima. Fokusiranjem i usmjeravanjem na proživljenja iskustva drugih članova grupe dobivamo u grupi radnu i opušteniju atmosferu čiji je ishod razumijevanje i prihvaćanje problema ostalih članova cijele grupe. Traumatizirane osobe često uzdižu voditelja grupe kao da je on njihov "svemogući spasitelj" ili "njihov heroj" čime dolazi do osbnog osjećaja bespomoćnosti. Kada članovi grupe počnu razlikovati stvarni od zamišljenog doživljaja voditelja, stvara se sposobnost osobne moći i time sveukupne vrijednosti člana grupe. Usko povezano s tim je spremnost članova grupe da uzmu na sebe rizik oživljavanja traumatskih iskustava i postanu sposobni kontrolirati i transforimirati agresiju u brigu za druge članove bez straha od ahilacije. Tada dolazi do jačanja samopoštovanja (3).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je prikaz profesionalnog, stručnog te holističkog pristupa medicinske sestre/medicinskog tehničara u grupnom tretmanu osobama oboljelih od PTSP-a. Budući da je u liječenju bitan timski rad, u zdravstveni se tim uključuju medicinske sestre/ medicinski tehničari, liječnici-psihijatri radni terapeuti i drugi profili stručnjaka. U ovom radu će biti prikazan grupni pristup terapije za osobe s PTSP-om te načini na koje svi članovi tima mogu doprinijeti poboljšanju načina života oboljele osobe.

3. RASPRAVA

U raspravi će se jezgrovito definirati djelovanje stručnog tima u grupnom terapiji oboljelih od PTSP-a. Fokusiranje će biti na radu i sudjelovanju medicinske sestre/ medicinskog tehničara u pristupu grupne terapije te njezinog funkcioniranja.

3.1. Definiranje grupne psihoterapije

Grupna psihoterapija je terapijska metoda koja koristi članove grupe da bi pojedincu dali korisnu informaciju o njegovom ponašanju i njegovom trenutnom emocionalnom stanju (1). Prednost i specifičnog ovakvog oblika terapije ogleda se najviše u tome što pojedinac ima priliku verbalizirati svoje osjećaje i iskustva bez straha od osuđivanja, predrasuda i neprihvaćanja. Time dolazi do poboljšanja emocionalnog stanja bolesnika te se stvara mogućnost da svi članovi grupe uče o vlastitom obrascu ponašanja te uvide posljedice svojih reakcija koje su pozitivne ili negativne.

Specifični ciljevi grupne terapije:

- smanjenje impulzivnog ponašanja,
- povećanje razine tolerancije,
- popravljanje međuljudskih odnosa,
- poboljšanje interpersonalne komunikacije,
- prepozavanje osjećaja i njihovo jasno imenovanje,
- preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje,
- promjena stavova o sebi, drugima i svijetu,
- učenje boljeg podnošenja stresa.

Stvaranje grupe kao cjeline jest stvaranje kvalitetnog i dugotrajnog odnosa među članovima grupe. Grupa se sastoji od 8-12 članova i obično se održava jednom do dva puta tjedno. Osim psihoterapije možemo planirati i druge aktivnosti u grupi kao što su:

- terapija glazbom,
- likovna terapija,
- radna terapija,
- filmska terapija,
- izlet i sl.

Prema istraživačkim podacima gdje se ocijenjivalo zadovoljstvo grupne terapije ispitanici smatraju da im je grupna terapija bolje odgovarala od individualne terapije u 70% slučajeva, što je 3,5 puta više od broja ispitanika (n-12) koji se ne slažu ili uopće ne slažu s navedenim. Od ukupnog broja ispitanika kojih je 61,7% smatra da im grupni rad bolje odgovara od farmakoterapije što je za 3,4 puta više od broja ispitanika (n-11) koji se ne slažu ili se uopće ne slažu s navedenim. Također kod ocjenjivanja okruženja u grupi, ispitanici s najvećim postotkom (86,6%) se slažu s tvrdnjom „na grupi se osjećam prihvaćenim", dok 83,4% se slaže s tvrdnjom „na grupi se osjećam manje usamljeno jer se mogu poistovijetiti s ostalim članovima grupe" (11).

3.2. Grupni tretman PTSP-a

Primjena grupnog rada osobito je korisna i bitna u tretmanu PTSP-a. Postoje različiti grupni terapijski pristupi, danas se kognitivno biohevioralna terapija (KBT) smatra metodom izbora u tretmanu PTSP-a. Kognitivno-bihevioralna terapija je usmjerena na promjeni emocija i ponašanja bolesnika putem identificiranja i restrukturiranja pogrešnih misli i vjerovanja o sebi, drugim osobama i svijetu koji ga okružuje. Ova terapija primjenjiva je u dva oblika, a to su individiualni i grupni rad.

U nastavku će biti ukazana tehnika grupnog rada po principima BKT-a.

3.2.1.Ciljevi grupnog BKT tretmana osoba sa PTSP-om

Najčešći specifični ciljevi liječenja na čijem ostvarenju se radi i ukazuje na grupi su:

- izgradnja osjećaja kontrole nad sobom i svojim postupcima,
- preuzimanje odgovornosti za vlastito ponašanje i iznalaženje adekvatnih načina rješavanja problema,
- obnavljanje samopouzdanja i samopoštovanja,
- promjena stavova prema traumatskim događajima,
- promjena stavova o sebi, drugima i svijetu,
- učenje boljeg podnošenja stresa te mehanizma suočavanja,
- razvijanje tolerancije,
- poticanje ostvarenja novootkrivenih ili već postojećih potencijala članova grupe.

Grupa se događa "ovdje" i "sada", a fokus je na poboljšanju opće životne funkcionalnosti. Utvrđena je glavna kognitivna distorzija oboljelih od PTSP poremećaja da "svijet nije sigurno mjesto za život" putem grupnog tretmana se promovira pružanje sigurnosti. Stvaranje atmosfere povjerenja i pouzdanosti važan je terapijski cilj, kao i prevencija relapsa, uvid i priznavanje vlastitih postupaka, te ponašanja koja su dovela bolesnika do njegova sadašnjeg položaja.

3.2.2. Tehnike grupnog tretmana osoba sa PTSP-om

Iz ciljeva proizlaze specifične metode koje se tijekom grupne psihoterapije provode:

- učenje po kognitivnom tipu (povezanost misli, osjećaja i ponašanja),
- funkcionalna analiza ponašanja (što se njime dobiva, što ga potiče, identifikacija problematičnog ponašanja, utvrđivanje okolinskih faktora),
- problem solving i učenje vještine suočavanja,
- učenje socijalnih vještina i kontrola ljutnje,
- učenje tehnike opuštanja mišićne napetosti, a koristi se i tretman "traženja sigurnosti", posebno kod osoba s PTSP poremećajem koje u komorbiditetu imaju ovisnost o alkoholu ili drogama.

Izazov u radu grupe često predstavlja tendencija nekih bolesnika u grupi da idealiziraju autoritet koji u ovom slučaju može biti terapeut, ali i drugi bolesnik što može biti smetnja u radu grupe. Ova tendencija uvelike je izražena u bolesnika sa niskim samopoštovanjem, kojima je potrebna "jaka osoba" ili "vođa" da bi se osjećali sigurni.

Također se paralelno na grupi radi i psihoedukacija o bolesti, jer bolesnici postavljaju pitanja o samom poremećaju i žele doznati što više odgovora. Grupa se osim s osnovnim simptomima poremećaja u obliku ponovnog proživljavanja traumatskih događaja (potaknutim nekim aktualnim događajem ili izbjegavanjem poticaja vezanih uz traumatsko iskustvo, otupjelosti osjećaja i gotovo trajne pobuđenosti), učestalo bavi i osjećajima: krivnje, odbačenosti i pretrpljenog poniženja, nepovjerenja, agresivnosti, sklonosti nasilničkom ponašanju, slabe samokontrole, nedostatka apetita, nemogućnosti uspostavljanja bliskih odnosa s drugim osobama, depresivnog raspoloženja nekih članova, gubitka osjećaja radosti, paničnih napada i ostalih simptomima iz kruga anksioznih poremećaja, oštećenja pamćenja i pažnje (12).

Kad član grupe iznese određeni problem i želi na njemu raditi uz pomoć ostalih članova grupe, radi se vježba rješavanja problema. Kod vježbe problem solvinga (rješavanja problema) određuje se problem, definira se problem, pronalaze se moguća rješenja, određuju prednosti i nedostatci za svako moguće rješenje, procjenjuje se mogući nepovoljni ishodi, odabiru najbolja rješenja, evaluiraju provedena rješenja, plan provođenja i posljedice. Grupni KBT tretman traje par tjedana i najčešće se odvija jednom tjedno.

3.3. Timski rad u grupnom tretmanu PTSP-a

Grupni rad se odvija u timu tj. provode ga zdravstveni stručnjaci različitih profila koji zajedno doprinose ostvarenju grupnih ciljeva, svatko s aspekta vlastitih profesionalnih kompetencija. Često se u grupnom radu koristi kombinirani pristup kao što su KBT tehnike ili tehnike nekog drugog terapijskog pravca, paralelno održavaju socioterapijske i radno-okupacione grupe.

Za provođenje psihoedukativnih grupa te primjenu specifičnih terapijskih tehnika kompetentni su psihijatri i psiholozi sa specifičnim psihoterapijskim naobrazbama. Socijalni radnici, radni terapeuti i medicinske sestre/medicinski tehničari svoj doprinos pružaju u socioterapijskim i radno-okupacionim dijelovima grupnog tretmana.

3.3.1. Uloga medicinske sestre / medicinskog tehničara u grupnom tretmanu PTSP-a

U grupu se bolesnici obično priključuju nakon provedenog stacionarnog liječenja, a rijeđe kod ambulantnih i izvanbolničkih bolesnika. Takvom praksom medicinskoj sestri/medicinskom tehničaru se olakšava priključivanje bolesnika u grupu jer su im bolesnici već od prije poznati iz hospitalnog okruženja, dok bolesnici na lakši način prihvaćaju već od prije poznatog terapeuta (13).

Uloga medicinske sestre u tretmanu osoba koji pate od PTSP-a vrlo je širokog spektra djelovanja. Počevši prije svega od komunikacijskih vještina pa sve do složenijih procesa sestrinske skrbi za takvog bolesnika, za takav rada potrebno je iznimno mnogo empatije, znanja i strpljivosti. Medicinske sestre ostvaruje prvi kontakt s bolesnikom te konstantno provode uz njega 24 sata dnevno. Medicinska sestra uzima podatke za sestrinsku anamnezu kroz razgovor s članovima obitelji te samim bolesnikom. Medicinska sestra je član terapijskog tima, te mora poznavati psihičke poremećaje, kao i prepoznati bolesnikove potrebe koje ona s aspektom zdravstvene njege može ostvariti.

U zdravstvenoj njezi za psihijatrijske bolesnike, medicinska sestra se vodi načelima jedinstvenosti ljudskog bića, privatnosti, dostojanstvenost, cijelovitog zbrinjavanja osobe i održavanje terapijske komunikacije. Jedan od najvažnijih zadataka je uključivanje bolesnika, što uključuje:

- isticanje njegovih potencijala,
- otkrivanje jakih strana i oslanjanje na njih,
- ukazati bolesniku njegovu važnost postojanja.

Nadopunjavanje između medicinske sestre i bolesnika funkcionira na način da skupa sudjeluju u medicinskoj skrbi te jedno drugo nadovezuju. Ona mora poticati i podupirati bolesnika na aktivnu ulogu te oprezno primjenjivati količinu pomoći i ospobljavati ga za neovisan život.

Bolesnici promatraju svaku gestu medicinskih djelatnika, verbalni, a ponajviše neverbalnu komunikaciju na sebi svojstven način. Stoga veliko značenje ima to da medicinska sestra/ medicinski tehničar stalno usavršavaju svoje teorijsko i praktično znanje iz komunikologije da bi se izbjegla i najmanja moguća pogreška u komunikaciji. Tijekom psihoterapije se prati sveukupni dojam emocionalnog stanja pacijenta. Pacijent govori o poboljšanju ili pogoršanju stanja nakon čega se evaluira i korigira terapijski tijek. Medicinski djelatnici moraju posebnu pozornost posvetiti na tako zvanu "signalizaciju" od strane pacijenta u kojoj se ti signali mogu odnositi na nesuglasice u radnoj sredini, trenutnom emocionalnom stanju pacijenta, problema u pacijentovoj obitelji. Često dolazi do otvaranja dubljih tema i sadržaja na grupama s medicinskom sestrom⁄ medicinskim tehničarom, nego s psihijatrom. Od pacijenata možemo čuti kako ne mogu voditi razgovor sa svakom osobom stoga im je važno da medicinska sestra/medicinski tehničar stvori ugodnu atmosferu za razgovor i ukaže spremnost bolesniku da ga sasluša. Medicinska sestra ⁄ medicinski tehničar moraju uvijek biti informirani, dakle treba znati slušati, biti objektivan, educirati se i imati pravilan pristup pacijentu te stvoriti terapijski ugođaj, a daleko najbitnije od svega biti im osoba koja im uvelike znači kao što im znači prijatelj ili nek član obitelji (14).

U socioterapijskim i radno-okupacionim aktivnostima u grupnom radu, medicinska sestra ima motivacijsku ulogu, prati raspoloženje i suradljivost pacijenta, te aktivno sluša njihove teškoće u životu. Upoznaje se sa glavnim teškoćama koje muče članove grupe te ih savjetuje gdje i kako mogu utjecati na takva događanja. Putem terapijskih komunikacija s članovima grupe pridonosi emocionalnom „ventiliranju“ nakupljenih frustracija i teškoća svih članova grupe. Pravilnom komunikacijom koja je lišena diskriminacije i stavova osuđivanja, te ravnopravnim odnosom i razumijevanjem prema svim članovima doprinosi stvaranju ugodne atmosfere i ozračja povjerenja između članova što je jedan od temeljnih ciljeva svake grupe. Poticanjem grupnih aktivnosti povećava aktivaciju članova grupe na bihevioralnoj razini što utječe uvelike na njihovu opću funkcionalnost.

Medicinska sestra/medicinski tehničar u ravnopravnim sudjelovanjem u supervizijskim susretima članova tima, izvješćuje o svojim zamjedbama, iznosi mišljenja i sugerira rješenja.

4. ZAKLJUČAK

Grupna terapija je psihoterapijska metoda pomoću koje članovi grupe mijenjaju svoje ponašanje, te se podučavaju o svom vlastititom emocionalom doživljavanju i poboljšavanju svog cijelokupnog života. Značenje ovakvog pristupa prema pacijentima, te ovakvog načina liječenja uvelike se pokazalo korisnim, posebice pri povećanju oboljelih nakon završetka Domovinskog rata. Medicinska sestra / medicinska tehničar najviše provode vremena s oboljelima, te je iznimno važan njihov profesionalni i ljudski pristup u ovakvom tipu psihoterapijskog liječenja.

5. LITERATURA

1. Cigarovski A., Marinić R., Domoguš N.A. PTSP i grupna psihoterapija-iskustva medicinskih sestrara u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot", Popovača. Socijalna psihijatrija., Vol 42 (2014) Br. 2, str. 123.127

2. Kozarić-Kovačić D., Kovačić Z., Rukavina L. Anksiozni poremećaji: Posttraumatski stresni poremećaj. Medix. [Online] . 2007. Vol. 13 No.71

Dostupno na : http://hrcak.srce.hr/file/34464 [17.5.2017.]

3. Gregur R., Klain E., Posttraumatski stresni poremećaj-hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada.2000.

4. Folnegović-Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj-jučer, danas, sutra. Medix [Online]. 2010.Vol. 16 No. 89⁄90.

Dostupno na : http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2010/12/134-137.pdf [15.5.2017.]

5. Havelka A., Kozarić-Kovačić D., Božičević I. Radno pamćenje kod oboljelih od PTSP-a. Terapija poremećaja uzrokovanih stresom.,3. Hrvatski simpozij o poremećajima uzrokovanim stresom s međunarodim sudjelovanjem., Rabac, 5.do 7. lipnja 2008.godine

6. Shepard B., Liječenje i posljedice posttraumatskog stresnog poremećaja s povijesnog gledišta., Psihičke traume., Zagreb: Medicinska naklada 2007.

7. Karapetić-Bolfan Lj. Posttraumatski stresni poremećaj. Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života i duševnog bolesnika i njegove obitelji "Sretna obitelj": Popovača 2007.

Dostupno na: http://sretnaobitelj.odlican.net/files/knjiga07.pdf [15.5.2017.]

8. National institute of mental health. Posttraumatic stress disorder.

Dostupno na: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/ [12.5.2017.]

9. Heim C, Nemeroff C.B., Neurobiology of posttraumatuc stress disorder.,CNS Spectr. 2009;14 (Suppl 1),:str.13-23.

10. Watson PJ. Early intervention for trauma-related problems following mass trauma., U: R.J Ursano, C.S Fullerton, L Weisaeth, B Raphael (ur). Textbook of disaster .psychiatry. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2007: str.121-39.

11. Oršolić S. Zadovoljstvo sudjelovanjem u grupnom tretmanu (završni rad) Split: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2016.

12. Gruber E, Rendulić K, Sušić E. Grupna terapija bolesnika/zatvorenika oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja i/ili trajnih promjena ličnosti na odjelu forenzičke psihijatrisjke zatvorske bolnice Zagreb. Kriminologija i socijalna integracija 2013; 21: 1-165.

13. Foa B. E., Keane M.T., Friedman J.F., Effective Treatments for PTSD- Practice Guidelines from the International Society for Traumatic stress Studies. New York: The Guilford press. 2004.

14. Gelemanović V., Jurić P. Uloga medicinske sestre u radu s oboljelima od PTSP-a. Sestra u grupnoj terapiji.,Zbornik radova 9. dan psihijatrijske sekcije., Kutina, 13. I 14. lipanj 2003.

6. SAŽETAK

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) je psihijatrijski poremećaj koji može nastati kod osoba koje su bile izložene životno ugrožavajućem iskustvu odnosno traumatskom događaju. Vrste takvih trauma ili stresora su u konačnici jako različite. Kreću se od događaja kao što su prirodne katastrofe, nasilje nad civilima, ratne traume, psihičko, fizičkog te seksualnog zlostavljanja pojedinca. PTSP prvo je opisan kod vojnika koji su sudjelovali u američkom građanskom ratu. Psihičke probleme u vojnika koji su sudjelovali u Prvom Svjetskom ratu, stručnjaci tog doba su smatrali funkcionalnim pa su ih označavali terminom pod nazivom "šok od granate". Po završetku Drugog svjetskog rata, primjećene psihičke smetnje kod ratnih sudionika nazivale su se ″neurozama″. Akutni PTSP-a se javljaju unutar 3 mjeseca od traumatskog događaja,a kronični PTSP se javlja nakon 3 ili više mjeseci. Liječenje PTSP-a uključuje biološku, socijalni i psihološku komponentu. Izdvaja se psihoterapija koja dominira u području liječenja ovakvog tipa psihijatrijskog poremećaja. Ona se može se odvijati kao indvidualni razgovor sa psihijatrom ili na način grupne terapije koja pokazuje veliki napredak i široki spektar djelovanja osobe u svakodnevnom životu. Što se tiče dijagnosticiranja ovakvog psihijatrijskog poremećaja Međunarodna klasifikacija MKB-10 prvenstveno služi za klasifikaciju bolesti i uzroka smrti, dok se DSM-V (posebna skupina vezana za stres) koristi za dijagnosticiranje mentalnih poremećaja te se koristi na svjetskoj razini. Prednost i specifičnog grupne terapije prvenstveno je najviše u tome što pojedinac ima priliku verbalizirati svoje osjećaje bez straha od osuđivanja, predrasuda i neprihvaćanja. Takvim djelovanjem dolazi poboljšanje emocionalnog stanja bolesnika te se stvaraju mogućnosti da članovi grupe uče o vlastitom obrascu ponašanja te vide posljedice svojih reakcija koje su pozitivne ili negativne. Grupna psihoterapija je terapijska metoda u koja koristi članove grupe kako bi pojedincu dali informaciju o njegovom ponašanju i njegovom emocionalnom stanju. Prednost i specifičnost ovakvog oblika terapije se vidi najviše u tome što pojedinac ima priliku verbalizirati svoje osjećaje bez straha od osuđivanja, predrasuda i neprihvaćanja. Uloga medicinske sestre kod osoba koji pate od posstraumatskog stresnog poremećaja vrlo je širokog aspekta djelovanja. Prije svega od komunikacijskih vještina pa sve do složenijih pocesa sestrinske skrbi za takvog bolesnika, za takav rada potrebno je iznimno mnogo empatije, volje, znanja i strpljivosti. Medicinske sestre naprave prvi kontakt s

bolesnikom te provode uz njega 24 sata dnevno. Medicinske sestre uzimaju podatke i informacije za sestrinsku anamnezu kroz razgovor s članovima obitelji te samim bolesnikom. Medicinska sestra je član terapijskog tima, te mora poznavati psihičke poremećaje i prepoznati bolesnikove potrebe koje ona s aspektom zdravstvene njege može ostvariti i omogućiti.

7. SUMMARY

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a psychiatric disorder that can be developed after a person was exposed to life treating experience or experience that is continuing to happen. There are different kinds of trauma or stresses. There are some that are cause by natural disaster, some by warfare trauma, violence on civilians, sexual assault, physical assault, psychological assault and others. PTSD was first described on soldiers who participated in the American civil war. Mental problems in soldiers which took part in the First World War, experts of that era considered functional and labeled the term "grenade shock". Upon completion of the Second World War, the observed psychological disturbances of war participants were termed "uncommon" acute PTSDs occur within 3 months of the traumatic event, and chronic PTSD occurs after 3 or more months and in the postponed PTSD the symptoms occur 6 months after the traumatic event. Treatment of PTSD involves biological, social and psychological therapy. One that stands the most in these types of psychological disorder is psychological one. There are different approaches for it, it can be run as an individual conversation with a psychiatrist or in a way of group therapies that indicates larger progress in behavior of people in everyday life. There are different kinds of diagnosis analysis that can be done for this type of disorders. International classification MKB-10 is primarily used for classification of sickens and cause of deaths, while DSM-V is used for diagnosis of mental disorder behavior, and it is used on global scale. Advantage of specific group therapy primarily depends on the fact that individual has a chance to verbalize feelings without the fear of being judge, without the fear of non-acceptance. With that kind of activity, the progress of the emotional state of the person in hand, comes progress. With an individual progress there is a possibility that all members of the group learn about there own patterns of that behavior, and that they can see there reactions which are going to be positive or negative. Group psychotherapy is a method that uses group members to give feedback to the individual about his behavior and his emotional state. The advantage and specificity of this type of therapy is most in the sense that an individual has the opportunity to verbalize his feelings without fear of condemnation, prejudice and disapproval. The role of a nurse on people who are suffering from post-traumatic stress disorder is very broad in scope. Starting from communication skills to more complex beginnings of sister care for such patients. There is a great deal of

empathy, knowledge and patience for such work. The nurses have first contact with the patient and are carrying it 24 hours a day. The nurse takes data for the sister's history by talking to family members and the patient himself. A nurse is a member of a therapeutic team and has to know the psychic disorder and recognize the patient's needs that the health care aspect can accomplish.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Josip Podrug

Adresa: Doverska 35, Split

E-mail: podrug.josip94@gmail.com

Datum i mjesto rođenja: 03.03.1994., Split

Obrazovanje:

2001-2009	Osnovna škola Mertojak, Split
2009-2013	Zdravstvena škola, Split, fizioterapeutski tehničar
2013-2017	Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Preddiplomski studij sestrinstva

Dodatne informacije:

Član Upravnog vijeća Sveučilišne knjižnice u Splitu od listopada 2015 / lipnja 2017

Član predsjedništva Studentskog zbora Sveučilišta u Splitu 2014-2015

Član Studenstskog zbora Sveučilišta u Splitu 2013-2017