

Uloga prvostupnika sestrinstva kao voditelja grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja u Dnevnoj bolnici - prikaz slučaja

Grgić, Marin

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:925700>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-01**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**ULOGA PRVOSTUPNIKA SESTRINSTVA KAO
VODITELJA GRUPE OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH
POREMEĆAJA U DNEVNOJ BOLNICI - PRIKAZ
SLUČAJA**

Završni rad br. 57/SES/2024

Marin Grgić

Bjelovar, rujan 2024.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Marin Grgić**

JMBAG: 0336006200

Naslov rada (tema): **Uloga prvostupnika sestrinstva kao voditelja grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja u Dnevnoj bolnici - prikaz slučaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, mag. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Goranka Rafaj, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, mag. med. techn., mentor**
3. **Ivan Pokec, mag. med. techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 57/SES/2024

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Opisati etiologiju i epidemiologiju psihotičnih poremećaja.
2. Objasniti principe liječenja psihotičnih poremećaja.
3. Opisati metode rada u Dnevnoj bolnici.
4. Objasniti ulogu prvostupnika sestrinstva u Dnevnoj bolnici.
5. Prikazati ulogu prvostupnika sestrinstva kao voditelja grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja u Dnevnoj bolnici.
6. Kroz prikaz slučaja prikazati liječenje i rehabilitaciju pacijenta oboljelih od psihotičnih poremećaja kroz Dnevnu bolnicu.

Datum: 3. lipnja 2024. godine

Mentor: **Tamara Salaj, mag. med. techn.**



ZAHVALA

Htio bih izraziti zahvalu svim ljudima koji su mi omogućili da danas budem tu gdje jesam, te svima koji su mi pomagali prilikom izrade ovog rada. Svakako bih prvo htio spomenuti mag. med. techn. Tamaru Salaj koja mi je pružila veliku čast mentorstva ovog rada i koja mi je bila velika podrška u svim studentskim izazovima na koje sam nailazio. Hvala Vam na posvećenom vremenu i znanju, a svakako i na odnosu prema ljudima i studentima s kojima surađujete koji će mi uvijek poslužiti kao primjer izvrsnosti u životu. Mogu se samo nadati da Vas neću iznevjeriti. Hvala i prim. Čatipoviću i prof. Novaliću koji su mi pomagali prilikom izrade ovog rada svojim idejama i savjetima. Naravno, hvala i mojoj obitelji koja je uvijek bila uz mene, pri tome mislim na suprugu Andreu, djecu Lotu i Jakšu, brata Mihaela, mamu Mirjanu te tatu Željka. Velika zahvala ide i radnim kolegama u Dnevnoj bolnici odjela Psihijatrije Opće bolnice "Dr. Anđelko Višić" koji su mi svojim iskustvom i dobrom voljom savjetovali i pomagali u izradi ovog rad. Počašćen sam!

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. CILJEVI RADA.....	2
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	3
3.1. Anamnestički Podaci.....	3
3.2. Klinička slika i tijek liječenja.....	3
3.3. Zdravstvena skrb	5
4. RASPRAVA	7
4.1. Etiologija i epidemiologija psihotičnih poremećaja.....	7
4.2. Principi liječenja psihotičnih poremećaja	9
4.3. Metode rada u dnevnoj bolnici odjela za psihijatriju	11
4.4. Uloga prvostupnika sestrinstva u dnevnoj bolnici odjela za psihijatriju.....	14
4.5. Grupna terapija za oboljele od psihotičnih poremećaja	16
4.5.1. Formiranje grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja.....	18
4.5.2. Prvostupnik sestrinstva kao grupni terapeut oboljelih od psihotičnih poremećaja	20
4.5.3. Proces i faze grupne terapije.....	21
4.5.4. Učinkovito vođenje grupe	23
4.5.5. Provedena istraživanja o grupnoj terapiji za osobe oboljele od psihotičnih poremećaja.....	28
5. ZAKLJUČAK.....	30
6. LITERATURA	31
7. SAŽETAK.....	34
8. SUMMARY.....	35

1. UVOD

Medicinske sestre su vrijedni članovi multidisciplinarnog tima u skrbi za pacijente s psihičkim poteškoćama (1). Ovo je osobito važno u dnevnim bolnicama koje primaju pacijente s različitim mentalnim poremećajima, budući da pružanje zdravstvene njege u bolnicama zahtijeva dobro razumijevanje kliničkih vještina, visok stupanj empatije i dobre organizacijske sposobnosti (1).

Kako bi se definirala uloga prvostupnika sestriinstva kao voditelja terapijske grupe oboljelih od psihoza u dnevnoj bolnici, važno je razumjeti prirodu psihijatrijskog problema. Karakteriziraju ih teški poremećaji razumijevanja i perceptivnih procesa (2). Psihoza, kao i shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i drugi mentalni poremećaji, stvaraju izazovne situacije za svakog pacijenta i njegove skrbnike. Simptomi mogu uključivati halucinacije, deluzije, zbunjenost i socijalnu disfunkciju (3). Stoga je osobama s ovim poremećajima često potrebna sveobuhvatna pomoć i inovativne intervencije za samostalnost u svakodnevnom životu (3).

Kako bi se zadovoljila rastuća potražnja za njegom psihijatrijskih pacijenata, dnevne bolnice su se pokazale iznimno važnom komponentom kontinuuma liječenja (4). Za razliku od tradicionalnih bolničkih ustanova, dnevne bolnice nude strukturirane programe i omogućuju pacijentima povratak u zajednicu. Ovaj model promiče integraciju u zajednicu, smanjuje stigmatu povezanu s hospitalizacijom i promiče autonomiju za osobe s mentalnim bolestima (4). Unutar sigurnih granica dnevne bolnice, pacijenti sudjeluju u raznim terapijskim aktivnostima, uključujući grupne terapije koje vode registrirane medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici.

Prikazom slučaja bolesnika s paranoidnom shizofrenijom, u ovom radu, detaljno se analiziraju ključni aspekti poput njegove povijesti bolesti, kliničkih manifestacija i procesa liječenja. Poseban naglasak bit će stavljen na procese zdravstvene skrbi koji se primjenjuju tijekom godina liječenja kako bi se osigurala optimalna njega i podrška pacijentu. Kroz raspravu o navedenim elementima, a na temelju prikaza slučaja, razmotrit će se složenost i izazovi pružanja skrbi za pacijente s paranoidnom shizofrenijom u dnevnoj bolnici za psihijatrijske bolesnike kroz ulogu prvostupnika sestriinstva kao voditelja jedne terapijske grupe. Konačno, zaključak će sažeti glavne nalaze i predložiti buduće smjerove za istraživanje i praksu u psihijatrijskom sestriinstvu.

2. CILJEVI RADA

Ciljevi ovog rada omogućiti će razumijevanje i analizu psihijatrijskih poremećaja i uloge prvostupnika sestrinstva kao voditelja terapijske grupe osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja u dnevnoj bolnici. Ciljevi rada su sljedeći:

1. **Opisati etiologiju i epidemiologiju mentalnih poremećaja:** pregled etiologije i epidemiologije mentalnih poremećaja pružiti će razumijevanje prirode i prevalencije ovih poremećaja.
2. **Objasniti načela liječenja psihičkih poremećaja:** detaljno će se objasniti načela liječenja psihičkih poremećaja, uključujući medikamentozne i druge modalitete liječenja, s naglaskom na multidisciplinarne pristupe liječenju.
3. **Opisati način rada dnevnih bolnica:** analizirat će se specifični rada dnevnih bolnica za psihijatrijske bolesnike.
4. **Uloga prvostupnika sestrinstva u dnevnim bolnicama:** definirat će se uloga prvostupnika sestrinstva u dnevnim bolnicama kako bi se naglasila njihova uloga u pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi i podrške pacijentima.
5. **Uloga prvostupnika sestrinstva kao voditelja grupe osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja:** Istražit će se specifična uloga prvostupnika sestrinstva kao voditelja terapijske skupine za pacijente s mentalnim poremećajima i njegova uloga u poticanju interakcije. između pacijenata i pružanje podrške će se analizirati.
6. **Demonstrirati proces liječenja i oporavka pacijenata kroz dnevne bolnice kroz prikaz slučaja:** prezentirati prikaz slučaja pacijenata s paranoidnom shizofrenijom kroz program kako bi se steklo dublje razumijevanje procesa liječenja i oporavka pacijenata u bolnici toga dana.

Kroz ostvarenje ovih ciljeva, rad će doprinijeti boljem razumijevanju uloge prvostupnika sestrinstva u skrbi za pacijente s psihotičnim poremećajima te pružiti praktične smjernice za unapređenje kvalitete zdravstvene njege u dnevnim bolnicama.

3. PRIKAZ SLUČAJA

U nastavku biti će detaljno opisan prikaz slučaja pacijenta Z.K, njegovi anamnestički podaci, klinička slika, tijek liječenja te proces zdravstvene njege. Z.K. je hospitaliziran zbog simptoma povezanih s paranoidnom shizofrenijom, a prikaz ovog slučaja naglašava složene izazove u liječenju i rehabilitaciji osoba s ovom dijagnozom.

3.1. Anamnestički Podaci

Z.K. je rođen 1.11.1974. godine i odrastao je u obiteljskoj sredini zajedno s majkom i dvojicom braće. Njegov otac je tragično poginuo u prometnoj nesreći kad je Z.K. imao tek jednu godinu. Obiteljska anamneza ne ukazuje na prisutnost psihičkih bolesti. Završio je upravno-birotehničku školu kao prosječan učenik, nakon čega je odslužio vojni rok i sudjelovao u vojno-redarstvenoj operaciji „Bljesak“. Povezanost i komunikacija s majkom bila je uglavnom uredna, premda je majka, prema otpusnom pismu prve hospitalizacije opisana kao hiperprotektivna.

Majka je preuzela ulogu skrbnika do moždanog udara kojeg je pretrpjela unazad godinu dana, nakon čega je smještena u udomiteljstvo. Aktualno, Z.K. živi s jednim od braće u majčinom stanu, neoženjen je i nema djece. Nezaposlen je i značajno okupiran brigom za financijsku sigurnost, obitelj, posebice za majku i brata s lakšim intelektualnim poteškoćama koji se također liječi od paranoidne shizofrenije.

3.2. Klinička slika i tijek liječenja

Prva Hospitalizacija (21.11.1997.):

Z.K. je prvi put hospitaliziran u pratnji majke 21.11.1997. godine. Prije toga nije bio psihijatrijski liječen. Tijekom hospitalizacije, zabilježeno je da su prve promjene psihičkog karaktera uočene od strane majke. Promjene su uključivale nagli interes za religiozne teme i pitanje postojanja ljudi i svijeta. Uz to majka je primjetila kod Z.K. učestale posjete svećenicima. U komunikaciji je bio zamišljen, udaljen, konfuzan i napet. Često je monologizirao te ulazio u verbalne konflikte na poslu, spominjao je paranoidne ideje, točnije ideje da ga netko prati i upravlja njime i njegovim članovima obitelji.

Uz to, Z.K. je tvrdio da se na radiju govori o njemu, te da ima osjećaj kao da mu je „zmija ušla u usta“. Nije doživio neurološke traume niti traume glave, gubitke svijesti niti upalne bolesti. Terapija tijekom prve hospitalizacije uključivala je antipsihotike, uz korekciju zbog ekstrapiramidalnih smetnji koje su se pojavile nakon nekoliko dana od hospitalizacije. U dokumentaciji stoji da je pokazivao slab uvid u svoje stanje, međutim, nije bio autoagresivan niti agresivan, a zbog dugog oporavka terapija je više puta korigirana.

Zadnja hospitalizacija (20.5.2014. - 2.6.2014.):

Z.K. je ponovno hospitaliziran od 20.5.2014. do 2.6.2014. godine. U tom periodu izrazio je strahove o kazni i grijehu, navodio da se boji smrti i božje kazne, no nije imao auditivne obmane osjetila u smislu da je čuo „božji glas“ što je do prije bio slučaj. Prema nalazu zadnje hospitalizacije, terapijski plan uključivao je Xeplion 150 mg svaka četiri tjedna, Kvetiapin 400 mg uvečer, Normabel 10 mg tri puta dnevno te Sanval 10 mg uvečer po potrebi. Terapija je ponovno korigirana zbog psihotičnih simptoma, te je dodan Sulprid uz kontinuiranu terapiju.

Liječenje u Dnevnoj bolnici 2013.:

2013. godine Z.K. se priključio programima Dnevne bolnice Odjela za psihijatriju gdje je, prema prvom otpusnom pismu iz Dnevne bolnice, postigao djelomično poboljšanje. Sudjelovao je u radnoterapijskim aktivnostima te u terapijskoj grupi osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja vođenoj od strane prvostupnika sestinstva. Iz nalaza se saznaje da je bio motiviran, posvećen terapijskim postupcima, te je pokazao suradljivost. I dalje su bile prisutne smetnje u okviru anksioznosti.

Prema zadnjem otpusnom pismu (14.9.2023.):

Prema posljednjem otpusnom pismu 14.9.2023., Z.K. živi u Bjelovaru s bratom. Majka je smještena u udomiteljstvo zbog moždanog udara. Ukupno je hospitaliziran tri puta, posljednji put 2014. godine pod dijagnozom *Schizophrenia paranoides*. Tijekom liječenja u Dnevnoj bolnici odjela za psihijatriju postigao je stabilizaciju stanja, uz prisustvo negativnih simptoma bolesti. Pacijent sam navodi osjećaj poboljšanja zdravstvenog stanja. Pri tome ističe zadovoljstvo programom Dnevne bolnice, istaknuo je da je uz radnoterapijske aktivnosti

naučio kuhati, češće se uključuje u komunikaciju s drugim sudionicima grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja. Rado sudjeluje u manualnim aktivnostima u sklopu radne terapije, glazboterapiji, grupama podrške i rekreacijskim aktivnostima Dnevne bolnice.

3.3. Zdravstvena skrb

Psihoedukacija i farmakološka terapija:

Liječenje je uključivalo ordiniranje psihofarmakološke terapije kao što su Xeplion svaka 4 tjedna, Kvetiapin, Normabel i Sulprid. Osim farmakoterapije, Z.K. je bio uključen u psihoedukativne, socioterapijske i radnoterapijske metode. Redovno je kontroliran od strane psihijatra, a terapija je često bila korigirana zbog pogoršanja simptoma.

Socioterapija i radna terapija:

Z.K. je bio aktivno uključen u različite aktivnosti Dnevne bolnice, uključujući filmoterapiju, muzikoterapiju i edukativne radionice. Često je tražio savjete oko pripreme hrane te je bio zainteresiran za učenje novih recepata od radnog terapeuta i članova terapijske grupe. Uz to, uključio se i u dramsku sekciju Dnevne bolnice gdje je imao par samostalnih nastupa pred manjom publikom.

Plan zdravstvene njege i ciljevi liječenja u Dnevnoj bolnici:

Na osnovu prikupljenih i analiziranih podataka, istaknuti su izazovi i formulirane su dijagnoze zdravstvene njege za pacijenta s dijagnozom paranoidne shizofrenije. Također, aktualno je prisutna značajna anksioznost povezana sa brigom za majku i financijsku dobrobit. Socijalna interakcija pacijenta je narušena, što može dovesti do socijalne izolacije usprkos sudjelovanju u programu Dnevne bolnice. Uz to, pacijent ima narušene obrasce spavanja i ovisan je o lijekovima za regulaciju dnevno-noćnog ritma. Uz to, postoji rizik od povratka simptoma psihoze u slučaju nepridržavanja terapije.

Planiranje zdravstvene njege za Z.K uključivalo je postavljanje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva. Kratkoročni ciljevi uključivali su stabilizaciju simptoma psihoze kroz prilagodbu terapije, smanjenje anksioznosti i paranodinih ideja korištenjem individualne i

grupne terapije, te poboljšanje socijalne interakcije kroz aktivno sudjelovanje u terapijskim aktivnostima. Dugoročni ciljevi bili su usmjereni na održavanje stabilnog psihičkog stanja uz redovnu primjenu terapije, povećanje socijalne integracije i funkcionalnosti u svakodnevnom životu, kao i povećanje autonomije i samopouzdanja kroz radnu terapiju i psihoedukaciju. Također, dugoročni ciljevi uključivali su i održavanje urednog ritma spavanja uz minimalnu potrebu za farmakološkom terapijom.

Terapeutske intervencije bile su fokusirane na individualne terapije usmjerene na smanjenje anksioznosti i paranoidnih misli. Grupna terapija koristila se s ciljem poboljšavanja socijalnih vještina i interakcije, a psihoedukativni programi i socioterapijske aktivnosti koristili su se s ciljem poboljšanja općeg mentalnog zdravlja pacijenta.

Psihoedukacija obhvatila je edukaciju o bolesti, terapiji i strategijama suočavanja s anksioznošću i paranoidnim mislima. Pacijent je bio informiran o važnosti pridržavanja terapije i mogućim posljedicama nepridržavanja iste. Također, psihoedukacija i radna terapija bile su fokusirane na teme budžetiranja, planiranja troškova i raspolaganje novcem te su m pružile podršku vezana uz brigu o majci i njezinoj bolesti.

Podrška okoline bila je bazirana na uključivanje obitelji u terapijske procese gdje je to moguće i potrebno. Bila je osigurana podrška za brigu o majci kako bi se smanjilo opterećenje na pacijenta. Pružila se i podrška za integraciju pacijenta u širu zajednicu i moguće zapošljavanje, čime se nastojala povećati njegova funkcionalnost i kvaliteta života.

Ovaj plan zdravstvene njege je osmišljen kako bi pružio sveobuhvatnu podršku pacijentu, omogućavajući mu stabilizaciju simptoma, poboljšanje socijalne interakcije i povećanje autonomije, dok je ujedno usmjeren i na njegove emocionalnim i praktične potrebe.

4. RASPRAVA

U nastavku rada biti će opisana etiologija i epidemiologija psihotičnih poremećaja, opisati će se principi liječenja psihotičnih poremećaja, metode rada u Dnevnoj bolnici Odjela za psihijatriju, uloga prvostupnika sestrištva u Dnevnoj bolnici općenito i uloga prvostupnika sestrištva kao voditelja grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja.

4.1. Etiologija i epidemiologija psihotičnih poremećaja

Dijagnostički i statistički priručnik, peto izdanje (DSM-V), vodeća literatura za psihijatrijsku dijagnostiku, ne daje strogu definiciju „psihoze“. Umjesto toga, mentalni poremećaji, bilo primarni ili medicinski povezani, mogu se karakterizirati abnormalnostima u jednom od pet područja opisanih u nastavku (5):

- a. **Deluzije:** fiksna, lažna uvjerenja kojih se osoba drži bez uvida, čak i kada postoje dokazi koji govore suprotno. Paranoja uključuje uvjerenje da je netko na meti, dok referentne zablude tumače vanjske događaje kao usmjerene protiv sebe. Megalomanija uključuje nerealno samoveličanje, erotomanija uključuje uvjerenje da je netko drugi zaljubljen u sebe, nihilističke zablude predviđaju katastrofalne događaje, a somatske zablude uključuju pogrešna uvjerenja o tjelesnim funkcijama.
- b. **Halucinacije:** osjetilni doživljaji opaženi bez vanjske stimulacije. Ova nevoljna iskustva mogu uključivati bilo koji senzorni modalitet (npr. vid, sluh, miris), a slušne halucinacije su najčešće kod shizofrenije.
- c. **Neorganizirano razmišljanje:** evidentno kroz jezik i komunikacijske obrasce u studijama mentalnog stanja. Za razliku od ljudi bez psihoze, čije su misli logične i orijentirane na cilj, osobe s psihozom digresivno razmišljanje, salatu od riječi (nepovezane riječi), neologizme (izmišljene riječi) i uvjeravanje.
- d. **Neorganizirano ponašanje:** razne nepravilne aktivnosti usmjerene ka cilju koje dovode do pogoršanja svakodnevnog funkcioniranja. Pacijenti mogu pokazivati nepredvidive, neprikladne emocionalne reakcije, nedostatak inhibicije, kontrole impulsa i društveno neprikladno ponašanje. Katatonično ponašanje uključuje izrazito smanjenje sposobnosti reagiranja na okolinu, u rasponu od nepokretnosti i ukočenosti do pretjerane i besmislene motoričke aktivnosti.

- e. **Negativni simptomi:** smanjenje ili gubitak normalnog funkcioniranja, često se miješa s depresijom. Uključuje apatiju (otupljivanje emocija), afaziju (nedostatak govora), psihomotornu retardaciju, nedostatak energije, interesa, koncentracije i anhedoniju (gubitak zadovoljstva u aktivnostima).
- f. **Katatonija** je moguća manifestacija psihoze i može biti popraćena ekstremnom negativnošću ili katatoničnom uznemirenošću, dodatno komplicirajući kliničku sliku.

Psihoza uključuje niz psiholoških simptoma koji dovode do gubitka kontakta sa stvarnošću. Iako približno 1,5% do 3,5% populacije ispunjava dijagnostičke kriterije za mentalni poremećaj, puno će više ljudi iskusiti barem jedan psihotični simptom tijekom života (6). Psihoza se obično povezuje s raznim psihijatrijskim, neuropsihijatrijskim, neurološkim, neurorazvojnim i medicinskim poremećajima. Psihoza je obilježje shizofrenije i drugih mentalnih poremećaja, a može se pojaviti i kod određenih poremećaja raspoloženja i ovisnosti o drogama, kao i kod raznih neuroloških i medicinskih stanja (6). Takve psihoze mogu uzrokovati veliki izazov pacijentima i njihovim obiteljima.

Psihoze uključuju kronične duševne bolesti koje karakteriziraju konfuzija u mišljenju, percepciji, emocijama, jeziku, samosvijesti i ponašanju. Shizofrenija je najpoznatiji od ovih poremećaja, ali kategorije mentalnih poremećaja također uključuju shizoafektivni poremećaj, kratkotrajni psihotični poremećaj i sumanuti poremećaj (6).

Etiologija mentalnih poremećaja je višestruka i uključuje interakciju genetskih, neurobioloških, okolišnih i psiholoških čimbenika. Genetika igra važnu ulogu u razvoju mentalnih poremećaja. Istraživanja pokazuju da ljudi koji imaju obitelj u prvom koljenu sa shizofrenijom imaju deset puta veću vjerojatnost da će razviti bolest (6). Nadalje, genomska istraživanja istaknula su nekoliko rizika povezanih sa shizofrenijom, što ukazuje na poligenetsku prirodu ovih poremećaja.

Osim toga, abnormalnosti u strukturi i funkciji mozga često se opažaju kod pacijenata s mentalnim poremećajima. Istraživanja *neuroimaginga*¹ otkrila su smanjen volumen sive tvari

¹ Neuroimaging - korištenje kvantitativnih tehnika za proučavanje strukture i funkcije središnjeg živčanog sustava

u područjima kao što su prefrontalni korteks i temporalni režnjevi (6). Nadalje, disregulacija neurotransmitera (osobito dopamina, glutamata i GABA) je uključena u patofiziologiju ovih bolesti.

Utjecaji okoline, posebno oni koji se javljaju tijekom važnih razdoblja razvoja mozga, mogu značajno utjecati na rizik od razvoja psihoze. Prenatalna izloženost infekcijama, pothranjenost i stres povezani su s povećanim rizikom (6). Nepovoljna iskustva iz djetinjstva, kao što su traume i zlostavljanje i zlouporaba supstanci, također su važni čimbenici rizika.

Psihosocijalni stresori i širi društveni kontekst također igraju ulogu u nastanku i tijeku psihičkih poremećaja. Urbani rast, imigracija i socijalna izolacija povezani su s višim stopama (6); dodatno, socioekonomski nedostatak i status manjine mogu pogoršati rizik zbog kroničnog stresa i ograničenog pristupa zdravstvenim resursima (6).

Globalna prevalencija shizofrenije je otprilike 0,5% do 1% (7). Učestalost shizofrenije kreće se od 10 do 20 na 100 000 ljudi godišnje (7). Drugi psihijatrijski poremećaji, kao što su shizoafektivni poremećaj i sumanutni poremećaj, rjeđi su, ali slijede slične demografske obrasce (7). Psihijatrijski se poremećaji obično javljaju u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, pri čemu muškarci imaju simptome nešto ranije od žena. Muškarci imaju tendenciju teže bolesti (7).

Iako su mentalni poremećaji česti diljem svijeta, u nekim regijama zabilježene su veće stope. Na primjer, istraživanja pokazuju da su stope shizofrenije veće u područjima s višom razinom socioekonomskog stresa i imigracije. Suprotno tome, zaštitni čimbenici kao što su jaka socijalna kohezija i niske stope upotrebe supstanci povezani su s nižom učestalošću u nekim područjima (7).

4.2. Principi liječenja psihotičnih poremećaja

Liječenje osoba s psihozom uvelike varira ovisno o temeljnom uzroku psihoze. Psihijatrijska procjena je važna za svakog pacijenta koji doživljava psihotičnu epizodu. Antipsihotici su zlatni standard za liječenje psihotičnih epizoda i bolesti (8). Odabir lijeka, doziranje i primjena trebaju biti prilagođeni specifičnoj situaciji. Antipsihotici se obično koriste za liječenje poremećaja iz spektra shizofrenije. Liječenje obično započinje niskom dozom i postupno se povećava prema potrebi (8). Ovi lijekovi su također učinkoviti u liječenju psihotičnih simptoma povezanih s psihozom izazvanom lijekovima, manijom, delirijem,

depresijom s psihotičnim značajkama, demencijom i drugim neurološkim poremećajima. Uz liječenje akutne psihoze, liječenje temeljnog uzroka ostaje važan aspekt skrbi.

Učinkoviti tretmani ključni su za kontrolu simptoma, poboljšanje kvalitete života i poboljšanje funkcionalnih ishoda u pacijenata s mentalnim poremećajima. Načela liječenja uključuju sveobuhvatan i multidisciplinarni pristup, uključujući farmakološke, psihološke i socijalne intervencije (8).

Početni lijekovi za liječenje psihičkih poremećaja su antipsihotici. Ovi lijekovi se dijele u dvije široke kategorije: tipični (prva generacija) i atipični (druga generacija) antipsihotici. Tipični antipsihotici uključuju lijekove kao što su haloperidol i klorpromazin. Prvenstveno utječu na dopaminske receptore i učinkoviti su u smanjenju simptoma kao što su halucinacije i deluzije (9). Međutim, oni su povezani s većim rizikom od ekstrapiramidalnih nuspojava, uključujući diskineziju i akatiziju. Primjeri atipičnih antipsihotika uključuju risperidon, olanzapin i klozapin. Ovi lijekovi utječu na širi raspon neurotransmiterskih receptora, uključujući serotonin i dopamin, i često su lijekovi izbora jer nose manji rizik od razvoja ekstrapiramidalnih poremećaja i bolji su u liječenju simptoma i kognitivnog oštećenja (9).

U nekim slučajevima, drugi lijekovi kao što su stabilizatori raspoloženja (npr. litij, valproat) ili antidepresivi mogu se koristiti za rješavanje komorbidnih simptoma raspoloženja ili refraktornih stanja (9). Ovi lijekovi prilagođeni su potrebama i profilu simptoma pojedinog pacijenta.

S psihološkog aspekta liječenja, kognitivno-bihevioralna terapija ističe se kao pristup utemeljen na dokazima koji pomaže pacijentima identificirati i ispraviti iskrivljene obrasce mišljenja i neprilagodljiva ponašanja (8). Postoji posebna vrsta kognitivne bihevioralne terapije za psihozu koja može utjecati na iskrivljeno razmišljanje i halucinacije (8).

Obiteljska terapija jedan je od učinkovitih oblika socijalne terapije. Uključuje edukaciju članova obitelji o bolesti, poboljšanje komunikacije i razvoj vještina rješavanja problema. Ovaj pristup može pomoći u smanjenju stresa u obitelji, poboljšati sustave podrške i smanjiti vjerojatnost povratka (8). Edukacija pacijenata i njihovih obitelji o prirodi bolesti, mogućnostima liječenja i strategijama upravljanja simptomima je ključna. Psihoedukacija može poboljšati suradljivost s liječenjem, osnažiti pacijente i promicati informirano donošenje

odluka (8). Članovi obitelji trebali bi pomoći u stvaranju sigurnog terapijskog okruženja i trebali bi komunicirati s pacijentom na miran, suosjećajan način.

Hospitalizacija i specijalizirana medicinska skrb nužni su za pacijente koji su razdražljivi, potencijalno agresivni, akutno psihotični i u opasnosti od ozljeđivanja sebe ili drugih. U tim je slučajevima najučinkovitija kombinacija antipsihotika dugog djelovanja i benzodiazepina (9). Tjelesna ograničenja treba izbjegavati jer povećavaju smrtnost.

Osim toga, trening socijalnih vještina također je važan za rehabilitaciju pacijenata s mentalnim poremećajima (10). Trening društvenih vještina osmišljen je za poboljšanje međuljudskih vještina, komunikacijskih vještina i svakodnevnog funkcioniranja. Uključuje intervencije kao što su igranje uloga, socijalno osnaživanje i povratne informacije kako bi se pomoglo pacijentima da razviju bolje društvene interakcije i izgrade odnose podrške (10). Intervencije koje se temelje na tehnikama smanjenja stresa, kao što su kognitivna terapija i mogu pomoći pacijentima u upravljanju stresom i smanjenju simptoma. Ove prakse mogu pospješiti opuštanje, poboljšati regulaciju raspoloženja i poboljšati opću dobrobit (10). Nadalje, važno je naglasiti da način života, uključujući prehranu, tjelovježbu i higijenu spavanja, može značajno utjecati na cjelokupno zdravlje bolesnika s psihičkim poremećajima (10). Programi savjetovanja o prehrani i tjelesnoj aktivnosti integrirani su u planove liječenja kako bi se podržalo fizičko zdravlje i smanjile komorbiditete (10).

4.3. Metode rada u dnevnoj bolnici odjela za psihijatriju

Dnevne bolnice odjela za psihijatriju postale su vrlo važne u liječenju psihotičnih poremećaja. One su zamišljene kao spona između stacionarne hospitalizacije i izvanbolničkih usluga.

Koncept dnevnih bolnica odjela za psihijatriju nastao je u Europi sredinom 20. stoljeća, prvenstveno kao odgovor na prenapučenost i institucionalizaciju koja je do onda prevladavala u psihijatrijskim bolnicama (11). Jedna od najranijih dnevnih bolnica osnovana je 1946. u bolnici Maudsley u Londonu. Ovu je inicijativu predvodio dr. David Clark, čiji je cilj bio stvoriti terapijsku zajednicu koja nudi intenzivnu psihijatrijsku skrb bez potrebe za potpunom hospitalizacijom (11). Nakon uspjeha u bolnici Maudsley, model se brzo proširio Europom. Zemlje poput Francuske, Italije i Njemačke prihvatile su dnevne bolnice kao dio svojih sustava zaštite mentalnog zdravlja (11). Te su ustanove pružile alternativu dugotrajnoj hospitalizaciji, fokusirajući se na rehabilitaciju i reintegraciju u zajednicu.

Koncept dnevnih bolnica odjela za psihijatriju je uveden u Americi tijekom 1950-ih i 1960-ih, u razdoblju obilježenom značajnim reformama u zaštiti mentalnog zdravlja (11). Pokret za deinstitutionalizaciju i sve većim naglaskom na skrb u zajednici, doveo je do osnivanja dnevnih bolnica diljem zemlje. Ovi su objekti imali za cilj osigurati strukturirano okruženje u kojem bi pacijenti mogli dobiti intenzivan tretman tijekom dana dok bi se navečer vraćali svojim domovima (11).

Posljednjih desetljeća dnevne bolnice odjela za psihijatriju nastavile su se razvijati, uključujući napredak u psihijatrijskom liječenju i rehabilitaciji (12). Fokus se pomaknuo prema pacijentu usmjerenoj skrbi i integraciji praksi utemeljenih na dokazima. Moderne dnevne bolnice sada nude širok raspon terapijskih aktivnosti, od kognitivne bihevioralne terapije i psihoedukacije do strukovnog osposobljavanja i razvoja društvenih vještina.

Ključna značajka dnevnih bolnica je pristup multidisciplinarnog tima koji osigurava da pacijenti dobiju sveobuhvatnu i holističku skrb. Tim obično uključuje: psihijatra, psihologa, socijalnog radnika, radnog terapeuta, medicinske sestre i u nekim slučajevima peer podršku (12).

Psihijatri vode klinički tim, nadziru dijagnozu, upravljanje lijekovima i cjelokupno planiranje liječenja (11,12). Blisko surađuju s drugim članovima tima kako bi pratili napredak i prema potrebi prilagodili strategije liječenja. Klinički psiholozi pružaju psihoterapiju, provode psihološke procjene i razvijaju individualizirane planove liječenja (12). Oni koriste različite terapijske modalitete, uključujući kognitivno-bihevioralnu terapiju i druge pristupe utemeljene na dokazima za rješavanje psihotičnih simptoma. Uloga medicinske sestre prepoznatljiva je u davanju lijekova, praćenju fizičkog zdravlja i pružanju psihoedukacije.

Medicinske sestre i tehničari djeluju kao most između pacijenata i ostalih članova tima, osiguravajući kontinuitet skrbi (11,12). Socijalni radnici pomažu pacijentima u socijalnim i praktičnim pitanjima, kao što su stanovanje, zapošljavanje i pristup resursima zajednice (11,12). Oni pružaju podršku i zagovaranje, pomažući pacijentima da se snađu u društvenim sustavima i razviju strategije suočavanja sa svakodnevnim izazovima. Radni terapeuti usredotočeni su na poboljšanje funkcionalnih sposobnosti i neovisnosti pacijenata (11,12). Osmišljavaju aktivnosti i intervencije koje promiču vještine potrebne za svakodnevni život, rad i slobodno vrijeme, prilagođene potrebama i ciljevima svakog pacijenta. Peer podrška

podrazumijeva osobe koje su se uspješno liječile od mentalnih bolesti (11). Oni pružaju nadu i ohrabrenje, pomažući pacijentima da izgrade otpornost i razviju perspektive usmjerene na oporavak. Uspjeh dnevnih bolnica ovisi o učinkovitoj suradnji unutar multidisciplinarnog tima.

Multidisciplinarni tim može učinkovito funkcionirati kroz zajedničko planiranje, komunikaciju i zajedničko planiranje skrbi za pacijenta (13). Kako bi to bilo moguće, multidisciplinarni tim održava redovite sastanke kako bi razgovarali o napretku pacijenata, razmijenili opažanja i koordinirali planove skrbi. Ovi sastanci osiguravaju da su svi članovi tima informirani i usklađeni u svom pristupu liječenju. Planovi liječenja razvijaju se u suradnji, integrirajući unose iz različitih disciplina kako bi se odgovorilo na višestruke potrebe svakog pacijenta (13). Ovaj holistički pristup osigurava da se u obzir uzmu i psihološki i praktični aspekti skrbi (13). Jasna komunikacija i dokumentiranje terapijskih postupaka ključni su za učinkovit timski rad. Članovi multidisciplinarnog tima u dnevnim bolnicama moraju voditi detaljnu evidenciju interakcija s pacijentima, prilagodbi liječenja i ishoda, olakšavaju kontinuitet i dosljednost u skrbi (13). Također, valja naglasiti da je uključivanje pacijenata i njihovih obitelji u proces liječenja temeljno je načelo multidisciplinarnе skrbi. Na način da se pacijenti potiču na sudjelovanje u donošenju odluka, postavljanju ciljeva i davanju povratnih informacija. Također se promiče uključenost obitelji kako bi se unaprijedili sustavi podrške i poboljšali rezultati liječenja (13).

Programi Dnevne bolnice psihijatrijskih Odjela imaju brojne prednosti, osobito za pacijente s kroničnim stanjima kao što je paranoidna shizofrenija. Prema istraživanju Sánchez-Guarnido iz 2023. godine (14), dnevne bolnice pružaju strukturirano okruženje koje može značajno poboljšati rezultate pacijenata. Ove prednosti uključuju:

- a. **Poboljšani pristup skrbi:** pacijenti dobivaju kontinuiranu medicinsku i terapijsku podršku, što je bitno za upravljanje kroničnim psihičkim bolestima. Dnevne bolnice osiguravaju redovito praćenje pacijenata i prilagođavanje njihovih planova liječenja prema potrebi (14).
- b. **Poboljšane socijalne interakcije:** boravak u svakodnevnom bolničkom okruženju omogućuje pacijentima da se uključe u društvene interakcije s drugim osobama, odnosno, pacijentima koji proživljavaju slična stanja i iskustva, što

može ublažiti osjećaj izoliranosti i poboljšati socijalne vještine. To je osobito korisno za pacijente koji imaju poteškoća s društvenom integracijom (14).

- c. **Sveobuhvatne programe liječenja:** dnevne bolnice nude niz terapijskih aktivnosti, uključujući individualnu i grupnu terapiju, psihoedukaciju i radnu terapiju. Ovi sveobuhvatni programi bave se različitim aspektima pacijentove dobrobiti, od upravljanja simptomima do razvoja životnih vještina (14).
- d. **Podršku za pridržavanje farmakološke terapije:** redoviti nadzor i podrška u svakodnevnom bolničkom okruženju osiguravaju da se pacijenti pridržavaju rasporeda uzimanja lijekova, smanjujući rizik od recidiva i hospitalizacije (14).
- e. **Isplativost:** u usporedbi s bolničkom hospitalizacijom, dnevne bolnice općenito su isplativije jer pružaju kontinuirano liječenje i podršku, dok istovremeno pacijenti imaju slobodu i vraćaju se u svoje domove nakon nekoliko sati terapija. Ovaj model smanjuje financijski teret za zdravstvene sustave i pacijente (14).

4.4. Uloga prvostupnika sestrinstva u dnevnoj bolnici odjela za psihijatriju

Prvostupnik sestrinstva ima važnu ulogu u funkcioniranju dnevne bolnice. Medicinske sestre i tehničari kao stručnjaci donose jedinstven pristup radu s pacijentima kroz kliničku stručnost, empatiju i holistički pristup (15). U dnevnoj bolnici, gdje pacijenti primaju jedinstven i sveobuhvatan tretman dok istovremeno žive u svojoj zajednici, uloga medicinskih sestara postaje još prepoznatljivija. Prvostupnici sestrinstva kroz školovanje su obučeni za provođenje sveobuhvatnih procjena psihijatrijskih pacijenata (15). Vješti su u procjeni mentalnog statusa, prepoznavanju simptoma i praćenju promjena stanja pacijenata. To uključuje promatranje promjena u ponašanju, procjenu učinaka lijekova i bilježenje svih neželjenih reakcija ili nuspojava. Redovito praćenje pomaže u ranom otkrivanju potencijalnih kriza i osigurava pravovremenu intervenciju (15).

Jedna od ključnih odgovornosti medicinskih sestara u dnevnoj bolnici je davanje, od strane psihijatra, propisanu farmakološku terapiju (15). Osiguravaju da se pacijenti pridržavaju propisanog režima uzimanja lijekova, educiraju ih o važnosti pridržavanja i prate sve nuspojave. Njihova se uloga proteže na koordinaciju s psihijatrima radi prilagodbe lijekova na

temelju odgovora pacijenata (15). Nadalje, medicinske sestre pružaju izravnu njegu koja uključuje zbrinjavanje rana, davanje depot terapije i pomoć u svakodnevnim aktivnostima kada je to potrebno.

Prvostupnici sestrištva, uz dodatnu edukaciju, često vode individualne i grupne terapije. Ove terapijske intervencije osmišljene su kako bi pomogle pacijentima da razviju vještine suočavanja, poboljšaju društvene interakcije i riješe specifične psihološke probleme (15). Grupne terapije koje vode medicinske sestre mogu pružiti poticajno okruženje u kojem pacijenti razmjenjuju iskustva i uče jedni od drugih uz stručan nadzor voditelja grupe, odnosno, medicinske sestre ili tehničara.

Ključna je i prepoznatljiva uloga medicinske sestre u edukaciji pacijenata i njihovih obitelji o psihijatrijskim poremećajima, mogućnostima liječenja i strategijama za upravljanje simptomima. Psihoedukacija osnažuje pacijente znanjem, pomaže im da razumiju svoje stanje i preuzmu aktivnu ulogu u svom oporavku (16). Ova se edukacija također proteže na modifikacije načina života, tehnike upravljanja stresom i prevenciju recidiva.

U uvjetima dnevne bolnice pacijenti mogu doživjeti različite akutne psihijatrijske krize. Medicinske sestre obučene su za učinkovit odgovor na takve situacije, pružanje trenutne podrške i intervencije (16). Njihove vještine u deeskalaciji, procjeni rizika i kriznom upravljanju ključne su za osiguranje sigurnosti i stabilnosti pacijenata (16).

Učinkovitost psihijatrijskog odjela dnevne bolnice uvelike se oslanja na zajedničke napore multidisciplinarnog tima. Prvostupnici sestrištva sastavni su članovi ovog tima, uz psihijatre, psihologe, socijalne radnike, radne terapeute i druge zdravstvene djelatnike (15,16). Oni doprinose vrijednim uvidima iz svoje interakcije s pacijentima, pomažući u formuliranju sveobuhvatnih i individualiziranih planova liječenja. Nadalje, prvostupnici sestrištva često djeluju kao koordinatori skrbi, osiguravajući besprijekornu komunikaciju između različitih članova multidisciplinarnog tima (16). Vode detaljnu evidenciju o napredovanju pacijenata, dijele relevantne informacije tijekom timskih sastanaka i prate dogovorene intervencije. Ova koordinacija je neophodna za pružanje sveobuhvatne i kontinuirane skrbi za pacijente.

Medicinske sestre često kontaktiraju s obitelji pacijenata te ih povezuju sa zajednicom i resursima u zajednici kao što su grupe za podršku, programi strukovnog osposobljavanja i

socijalne usluge, olakšavajući njihovu ponovnu integraciju u društvo (16). Osim edukacije, pružaju podršku obiteljima, na način da pobliže razumiju stanje pacijenta i plan liječenja.

Područje psihijatrije neprestano se razvija, a prvostupnici sestrištva predani su cjeloživotnom učenju. Sudjeluju u kontinuiranoj edukaciji kako bi bili u toku s najnovijim dostignućima u psihijatrijskoj skrbi, terapijskim tehnikama i lijekovima. Ova predanost profesionalnom razvoju osigurava da pružaju najvišu moguću kvalitetu skrbi. Medicinske sestre zagovaraju prava i potrebe svojih pacijenata. Rade na smanjenju stigme povezane s mentalnim bolestima, promiču svijest o mentalnom zdravlju te teže poboljšanju psihijatrijske skrbi iz dana u dan (16).

4.5. Grupna terapija za oboljele od psihotičnih poremećaja

Sigmund Freud nije vjerovao da bi psihoanalitička praksa bila učinkovita za psihotične pacijente jer nisu mogli uspostaviti prijenos potreban za liječenje (17). Unatoč nekim pokušajima u tom smislu, praksa je opadala s pojavom psihotropnih lijekova, a dodatno su je obeshrabrile dvije utjecajne studije iz 1960-ih koje su dale pesimističan pogled na takve tretmane (17). Unatoč ovom početnom negativnom izgledu za grupnu terapiju za osobe oboljele od psihotičnih poremećaja, kasnije psihološke teorije predložile su moguće etiološke puteve za psihotične simptome (17). Počevši od 1980-ih, pojavilo se sve više dokaza da psihološki, društveni i okolišni čimbenici igraju važnu ulogu u psihozama. Umjesto da ih promatramo isključivo kao rezultat nepoznatih bioloških promjena, fokus se pomaknuo na to kako pojedinci tumače događaje i čimbenike kognitivnog funkcioniranja koji utječu na njihovo subjektivno iskustvo (17).

Grupna terapija se obično koristi u dnevnim bolnicama odjela za psihijatriju za čitav niz psihijatrijskih bolesnika. Osim što zahtijevaju manje resursa, grupne terapije nude značajne prednosti kao što su poboljšana socijalna interakcija, grupna kohezija, dijeljenje iskustava i informacija, a voditelji takvih grupa mogu biti i prvostupnici sestrištva (17). Meta-analiza koju su proveli Orfanos, Banks i Priebe (18) ispitala je 34 klinička ispitivanja grupne terapije za shizofreniju i otkrila da je grupna terapija učinkovitija od uobičajene skrbi u smanjenju negativnih simptoma, s malim do srednjim učinkom. Analiza sugerira da opći „grupni učinak“ može doprinijeti smanjenju ovih simptoma bez obzira na korišteno specifično liječenje. Osim

toga, otkriveno je da grupna terapija pomaže u ublažavanju socijalne disfunkcije u usporedbi s drugim oblicima liječenja psihoza.

Za razliku od drugih psihičkih poteškoća kao što su depresija i generalizirani anksiozni poremećaj, brojne kliničke smjernice općenito ne preporučuju grupnu terapiju za osobe s psihozom zbog nedostatka visokokvalitetnih dokaza (18). Prije nego što se mogu provesti odgovarajuća i utemeljena istraživanja za dobivanje visokokvalitetnih dokaza, bitno je utvrditi izvedivost intervencije. Prethodna istraživanja ispitivala su druge mjere izvedivosti; jedna meta-analiza nije pronašla razliku u stopama odustajanja između grupne i pojedinačne terapije za pacijente sa shizofrenijom (19). Sudjelovanje u grupnoj terapiji kao mjera razlikuje se od stope odustajanja po tome što pokazuje u kojoj mjeri pacijenti održavaju dosljedno sudjelovanje u terapiji tijekom vremena. Ovo je osobito važno u grupnim intervencijama, jer brojne grupe koriste modularni pristup, pri čemu svaki susret pokriva temu i nadograđuje se na tu temu u sljedećim susretima.

Slabo prisustvo na grupnim terapijama može uzrokovati da pacijenti propuste važan sadržaj tretmana, ograničavajući njihovu sposobnost da dobiju značajnu korist od budućeg tretmana (19). Nasuprot tome, propušteni termini u individualnoj terapiji mogu se fleksibilnije odgoditi. Osim toga, redovito sudjelovanje pacijenta u grupnoj terapiji pomaže u izgradnji grupne kohezije, što se smatra ključnim elementom pristupa grupnoj terapiji (19). Nedosljedna predanost nekih članova može negativno utjecati na koheziju. Lecomte, Leclerc i Wykes (20) proučavali su skupinu kognitivne bihevioralne terapije za psihozu i otkrili da je grupna kohezija važan čimbenik u djelovanju na simptome i samopoštovanje.

Opsežno su proučavani izazovi za redovito sudjelovanje na grupnim terapijama za pacijente s psihozom. Psihijatrijsko osoblje često percipira pacijente kao osobe koje se ne žele ili ne mogu uključiti u psihološke intervencije (19). Klinička slika pacijenata s psihozom također može spriječiti pridržavanje liječenja; kognitivni nedostaci povećavaju rizik od propuštanja sastanaka zbog loše organizacije ili zaboravljivosti. Zapravo, zaboravljanje termina vodeći je uzrok izostanka s posla među pacijentima u psihijatrijskim ustanovama (19). Nadalje, simptomi poput paranoje mogu pacijente učiniti anksioznima za sudjelovanje na grupnim terapijama, dok negativni simptomi mogu smanjiti motivaciju i sposobnost značajnog doprinosa (19).

4.5.1. Formiranje grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja

Grupna terapija može se suočiti s jedinstvenim izazovima u smislu angažmana pacijenta. Grupne situacije su same po sebi manje individualizirane, što otežava stvaranje individualiziranih programa. Kao rezultat toga, pacijentima grupna terapija može biti manje zanimljiva, osobito onima sa složenim psihološkim problemima kao što je psihoza, gdje problematična uvjerenja mogu biti vrlo specifična (21). To je u suprotnosti s poremećajima kao što je depresija, gdje se zajedničke teme pojavljuju češće. Također, klinička slika psihotičnih pacijenata može biti vrlo raznolika, što otežava provođenje grupne terapije na razini koja je prikladna za svakog pojedinca (21). Nadalje, grupni pristupi zahtijevaju društveni angažman i interakciju između članova grupe. Pojedinci s dijagnosticiranim psihotičnim poremećajima mogu imati slabe socijalne vještine (21), a sudjelovanje u grupi može uzrokovati anksioznost kod tih pojedinaca. Na pitanje bi li bili voljni sudjelovati u grupnoj terapiji, analiza odgovora psihotičnih pacijenata pokazala je da se približno jedna trećina ispitanika boji sudjelovanja u grupi (npr. „Ne volim razgovarati u grupi“) (22). Naposljetku, pacijenti mogu biti zabrinuti zbog povjerljivosti i radije drže svoje poteškoće u tajnosti, osobito kada iskustvo psihoze može dovesti do stigme ili diskriminacije. To je osobito vidljivo kod psihoza, gdje su sumnja i nepovjerenje uobičajeni problemi.

Veličina grupe je obično od 5 do 12 članova, sa 6-8 sudionika koji postižu optimalne rezultate (22). Susreti se u idealnim slučajevima održavaju jednom do dva puta tjedno i traju 60 do 90 minuta. Grupe mogu biti otvorene i zatvorene; u zatvorenim grupama ciljevi se postavljaju na prvom sastanku, dok se u otvorenim grupama ciljevi revidiraju prilikom upoznavanja novih članova. Odabir pacijenata uključuje iscrpnu anamnezu i detaljan pregled psihološkog statusa (22).

Odabir odgovarajućih tema za razgovor ovisi o ciljevima liječenja. U idealnom slučaju, grupa počinje tako da pacijent iznosi relevantne teme, a svi sudionici se potiču da te teme povežu sa svojim iskustvima i razmijene strategije suočavanja. Terapeutski principi grupne terapije uključuju (22):

1. **Orientaciju prema stvarnosti:** Poboljšanje pacijentove percepcije stvarnosti kroz interakciju.
2. **Empatiju:** postizanje dobre dinamike između članova grupe i s terapeutom.
3. **Identifikaciju:** modeliranje zdravijeg ponašanja u grupnom okruženju.

4. **Univerzalnost:** prepoznavanje zajedničkih iskustava i smanjenje osjećaja izoliranosti.
5. **Uzajamnu podršku:** konstruktivno utjecanje na promjenu neprilagodljivih ponašanja.
6. **Dosljednost:** Poticanje prihvatanja i suradnje na zajedničkim ciljevima.
7. **Razvoj interpersonalnih vještina:** Pобољšanje međuljudskih interakcija.
8. **Tumačenje:** Uvidi koje pružaju terapeut i članovi grupe.
9. **Emocionalno oslobađanje i katarzu:** Omogućavanje sigurnog izražavanja emocija.

U kliničkom okruženju bolničke grupne terapije, nekoliko jedinstvenih čimbenika i razmatranja određuju njezinu upotrebu i učinkovitost (23):

Prilagodba potrebama bolesnika: planovi grupnog liječenja razvijaju se uzimajući u obzir kognitivno funkcioniranje i socijalnu receptivnost psihotičnih pacijenata, osobito dok prolaze kroz različite faze bolesti (23).

Stadij učinkovitosti liječenja: tijekom akutne faze bolesti, lijekovima se u početku daje prednost u odnosu na terapijske modalitete. U kasnijim fazama grupna terapija postaje ključna za rješavanje kognitivnih i socijalnih nedostataka (23).

Kategorije pacijenata koji utječu na dizajn programa:

a) Bolesnici koji dobro reaguju na početno liječenje i imaju zadovoljavajuće kognitivno i socijalno funkcioniranje.

b) Bolesnici s rezidualnim simptomima iz premorbiditeta i slabom prilagodbom društvenim normama (23).

Grupa se može formirati na dva različita načina: pristup na razini prema kojemu su pacijenti grupirani prema razini funkcioniranja:

- a. **Visoko funkcioniranje:** pacijenti koji pate od psihoze, ali su djelomično funkcionalni i imaju dobro socijalno i kognitivno funkcioniranje. Grupne terapije traju do 75 minuta i usmjerene su na stabilnost i usmjerenost na izazove u svakodnevnom samostalnom funkcioniranju.

- b. **Niska razina funkcioniranja:** pacijenti koji pate od psihoze, ali su degradirani, nesamostalni i vrlo slabo funkcionalni. Terapije traju do 45 minuta i usmjerene su na podršku i vodstvo.

Ovaj pristup osigurava da je grupa prilagođena potrebama sudionika i da je osmišljena za postizanje specifičnih grupnih ciljeva. Međutim, napetosti mogu nastati kada se pacijenti dijele na funkcionalne i nefunkcionalne skupine.

Uz pristup prema razini funkcioniranja prepoznamo i timski pristup: svi novi ambulantni pacijenti redovito se uvode i dijele u 2-3 grupe po 45-60 minuta. Te su skupine heterogene i uključuju bolesnike s različitim razinama i dijagnozama suočavanja s uobičajenim stresnim događajima (23).

Grupe su strukturirane tako da olakšavaju interakciju i omogućuju pacijentima da otvoreno izraze svoje osjećaje i razgovaraju o izazovima. Dobivaju potvrdu i podršku od osoba koje su prošle slične ili iste situacije, stječu uvid u svoje probleme i pronalaze zajednička rješenja. Učenje upravljanja strahovima u grupnom okruženju može poboljšati društvene i profesionalne odnose (23). U specijaliziranim grupama usmjerenim na socijalno obrazovanje, terapeuti podučavaju osnovne socijalne vještine kroz scenarije igranja uloga (23). Pacijenti uče učinkovito komunicirati, identificirati neprikladne misli i ponašanja, razumjeti posljedice ponašanja i istražiti alternativna rješenja. Ovaj proces omogućuje pacijentima promjenu disfunkcionalnog ponašanja u poticajnom grupnom okruženju. Sve u svemu, terapeutsko okruženje grupne terapije potiče osjećaj sigurnosti i pripadnosti, slično obiteljskom ozračju. Potiče članove na druženje izvan službenih sastanaka, promičući stalnu podršku i prijateljstvo među sudionicima (22).

4.5.2. Prvostupnik sestrinstva kao grupni terapeut oboljelih od psihotičnih poremećaja

U grupnoj terapiji, ulogu terapeuta primarno preuzimaju prvostupnici sestrinstva, iako psihijatri, psiholozi, socijalni radnici i radni terapeuti također mogu biti uključeni u različitim stupnjevima (23). S obzirom na kratko trajanje grupnih terapija, uspješni terapeuti posjeduju niz važnih karakteristika: moraju biti energični, imati brz um, vješto facilitirati razgovore, podržavati napredak pacijenta, održavati strukturu i jasno komunicirati (23). Primarni cilj terapeuta je aktivno voditi i organizirati grupne rasprave i osigurati da ostanu usredotočeni na relevantnu temu tijekom cijele terapije. Kako se članovi grupe prirodno bave relevantnom

temom, terapeut preuzima pasivniju ulogu, dopuštajući pacijentu da iskusi osjećaj kontrole i osnaženja u interakciji.

Važna uloga terapeuta je osigurati inkluzivnost unutar grupe (24). Terapeut ohrabruje svakog člana da otvoreno izrazi svoje misli i osjećaje, dok one koji su tiši potiče na sudjelovanje. Razumijevanje i empatija ključni su za istraživanje razloga za šutnju ili nedostatak sudjelovanja. Upravljanje sukobima još je jedna važna vještina. Kada dođe do sporova između članova grupe, terapeut ostaje nepristran (24). Umjesto da stane na stranu, on ili ona olakšavaju rasprave, pomažu grupi da razumiju temeljne uzroke sukoba i rade prema zajedničkom rješenju. Općenito, cilj terapeuta je poticanje kohezivne i podržavajuće grupne dinamike koja olakšava napredak u liječenju. To uključuje stvaranje okruženja koje poštuje povjerljivost i atmosferu bez osuđivanja u kojoj se svaki član osjeća sigurno i ima podršku u procesu liječenja (24).

4.5.3. Proces i faze grupne terapije

Proces grupne terapije sastoji se od nekoliko strukturiranih faza kako bi se osigurali učinkoviti rezultati liječenja. Prvo, pacijenta priprema terapeut, naglašavajući važnu ulogu i ciljeve grupne terapije (25). Ova priprema namijenjena je promicanju promjena u ponašanju, povećanju svijesti o bolesti i njezinoj prognozi, promicanju međusobne razmjene ideja i promicanju aktivne međusobne podrške među članovima grupe. Pacijent se također informira o jednostavnim pravilima grupne interakcije, kao što je, na primjer, pridržavanje rasporeda sastanaka i pokazivanje prihvatanja i poštovanja prema drugim članovima grupe (25). Nakon pripreme, faza formiranja grupe usmjerena je na izgradnju kohezije i osjećaja identiteta unutar grupe. Grupe se sastoje od pojedinaca sa sličnim psihopatološkim dijagnozama, koji su odabrani da postignu funkcionalnu i sociokulturnu ravnotežu (25). Čimbenici koji se uzimaju u obzir uključuju društveno, kulturno, etničko i rasno podrijetlo, kao i spol i dob kako bi se stvorilo poticajno i uključivo okruženje (25).

Vodstvo grupnih terapija u nekim slučajevima dijele dva terapeuta: glavni voditelj i pomoćni ko-terapeut. Ko-terapeuti igraju ključnu ulogu u održavanju orijentacije prema stvarnosti, liječenju pacijenata s nestabilnim tendencijama i osiguravanju dosljednosti u cjelokupnom funkcioniranju grupe. Oni također pomažu u modeliranju uloga, rješavanju sukoba i pružaju vježbe podučavanja za poboljšanje ishoda liječenja (26).

Grupni terapeuti trebaju biti svjesni različitih faza grupnog razvoja, jer prolazak kroz svaku fazu predstavlja rast i promjenu grupne dinamike. Završetak svih faza je ključan za pacijente kako bi imali najviše koristi od grupne terapije (26).

Tijekom faze formiranja, pacijenti često doživljavaju strah, nepovjerenje i nesigurnost u vezi s grupom (26). Postoji izražena ovisnost o terapeutu, a stvarna interakcija između članova grupe je minimalna. Ova početna faza pruža priliku pružatelju usluga da upozna grupu s terapijskim procesom i izgradi koheziju raspravljajući o zajedničkim ciljevima i očekivanjima.

Tijekom faze *Storminga*, pacijentima je lakše dijeliti osobne podatke jedni s drugima. Podskupine se mogu formirati kako pojedinci određuju svoje uloge unutar grupne hijerarhije (26). Tijekom ove faze često dolazi do unutarnjih sukoba. Voditelji grupa su ovdje ključni u rješavanju destruktivnih sukoba i njegovanju jakih međuljudskih odnosa među članovima grupe. Jačanje grupnih ciljeva i svrhe pomaže pacijentima da se ujedine.

Nakon što je sukob razriješen, grupa prelazi u fazu normiranja, gdje se jača predanost grupnim ciljevima i povećava kohezija (26). Pacijenti preuzimaju više odgovornosti za vodstvo koje su prije imali grupni terapeuti. Grupni terapeuti bi trebali moderirati rasprave, nuditi uvide i usmjeravati grupu prema potrebi. Svako ponovno oživljavanje sukoba signalizira nazadovanje i zahtijeva intervenciju pružatelja usluga kako bi se nastavio napredak.

Tijekom izvedbene faze grupa pokazuje izraženu zrelost u usporedbi s prethodnim fazama (26). Uključenost grupnog terapeuta smanjuje se kako grupa funkcionira neovisno. Članovi međusobno prepoznaju jake i slabe strane te tako međusobno podržavaju rast i razvoj.

Posljednja faza označava kraj grupne terapije i izaziva miješane emocije poput tuge i tjeskobe dok se pacijenti pripremaju završiti svoje susrete (26). Grupni terapeuti bi trebali pomoći pacijentima da izraze svoje osjećaje, olakšati rasprave o zatvaranju i pomoći im da planiraju život nakon grupne terapije. Ispravno upravljanje procesom oprostaja ključno je za održavanje napretka pacijenta i osiguravanje pozitivnih ishoda liječenja (26).

Neki izazovi koji se mogu pojaviti tijekom grupne terapije moraju se pažljivo riješiti: Ponekad pacijenti mogu produžiti svoje vrijeme u kojem nešto žele podijeliti tijekom terapije.

Važno je da se terapeuti pozabave ovim ponašanjem i istraže namjere iza pacijentove dominacije grupom. Ako pacijentu nije jasno zašto dominira u razgovoru, terapeuti mogu iskoristiti ovu priliku da pomognu pacijentu da razvije bolje komunikacijske vještine kako bi učinkovito izrazio svoje misli i osjećaje (26). Nadalje, terapeuti moraju osigurati da svi članovi grupe ostanu angažirani i usredotočeni tijekom susreta. Važno je da terapeuti odmah interveniraju ako se čini da su neki članovi nezainteresirani.

Uključivanje interaktivnih aktivnosti može potaknuti interes i potaknuti veće sudjelovanje u grupnoj raspravi (25,26). Iako je korisno poticati pacijente na aktivno sudjelovanje u tretmanima, terapeuti također moraju prepoznati i poštivati osobne granice. Ako pacijenti pokažu otpor prema sudjelovanju unatoč početnom ohrabivanju, ključno je da terapeuti priznaju i poštuju njihovu odluku. Strpljenje, razumijevanje i empatija ključni su jer terapeuti nastavljaju podržavati i motivirati pacijente bez poduzimanja radnji protiv njihovih želja (25).

Ponekad pacijenti koji koriste usluge grupne terapije također mogu imati koristi od uključivanja lijekova u svoj plan liječenja (27). Kada je osoba koja propisuje lijekove različita od grupnog terapeuta, učinkovita komunikacija između ovih stručnjaka ključna je za ukupni uspjeh pacijenta (27). Obje strane uključene u njegu pacijenta moraju razmijeniti detaljna izvješća o pacijentovom odgovoru na lijekove i dobrobitima lijekova. Održavanje uzajamnog poštovanja i davanje prioriteta dobrobiti pacijenta ključno je za izbjegavanje nuspojava i osiguravanje najviše kvalitete medicinske skrbi (27). Uravnotežena integracija i upravljanje obaju modaliteta liječenja ključni su kako bi se izbjeglo potkopavanje bilo kojeg pristupa liječenju, čime bi se optimizirali rezultati pacijenata (27). Provedba interprofesionalnog timskog pristupa u postavci grupne terapije omogućuje zajedničko dijeljenje informacija između različitih disciplina, što u konačnici poboljšava ishode pacijenata. Od ključne je važnosti održavati stroge protokole privatnosti kako bi se zaštitila povjerljivost pacijenata i osigurala učinkovita koordinacija svih stručnih mišljenja.

4.5.4. Učinkovito vođenje grupe

Klinička obuka i nadzor ključni su za uspjeh grupne terapije. Supervizija uključuje terapijski par koji se sastoji od neiskusnog terapeuta i iskusnog terapeuta kako bi se osigurao

sveobuhvatan nadzor i vodstvo. Osim toga, specijalist psihijatar, preuzet će nadzor kako bi intervenirao u slučajevima stagnacije liječenja, nezadovoljstva rezultatima ili sukoba unutar terapijskog tima. Različiti alati za praćenje kao što su kamere i ogledala koriste se za poboljšanje učinkovitosti liječenja i rješavanje međuljudskih sukoba, pomažući u stvaranju okruženja koje podržava liječenje bez osuđivanja (26).

Kako bi se izbjegla pretjerana stimulacija, posebno za pacijente u akutnoj fazi bolesti ili fazi poremećaja funkcije, interaktivne grupe pažljivo se vode kako bi se izbjegle egzacerbacije (26). Umjesto toga, tehnike prilagodbe korak po korak pomažu ovim pacijentima da izgrade otpornost na tjeskobu i učinkovito upravljaju simptomima.

Edukacija i orijentacija prema stvarnosti sastavne su komponente, gdje članovi dobivaju sveobuhvatne informacije o svojoj bolesti, prognozi, čimbenicima koji dovode do egzacerbacija i strategijama prevencije recidiva (26). Grupna interakcija pruža platformu za članove da dijele svoja iskustva s bolešću, strategije suočavanja i napredak.

Rasprave unutar grupe usmjerene su na teme koje su izravno relevantne za svakodnevni život, kao što su obiteljska dinamika, izazovi vezani uz posao, odnosi s kolegama pacijentima i međuljudske interakcije (25,26). Naglašavanje pozitivnih aspekata rasprave ima za cilj naglasiti konstruktivne aspekte zajedničkih iskustava i promicati uzajamnu podršku, ohrabrenje i zajedničko rješavanje problema unutar grupe. Ovaj pristup pomaže da grupni ciljevi budu ostvariviji i realističniji.

S obzirom na kognitivne izazove povezane sa shizofrenijom, grupna terapija se ne preporučuje tijekom akutne faze bolesti. Izloženost društvenim situacijama unutar grupe tijekom ove faze može pogoršati kliničke i psihijatrijske simptome zbog oslabljene kognitivne funkcije, što dovodi do povećane anksioznosti i zbunjenosti kod bolesnika (25,26). Tijekom remisije simptoma pogodna je grupna terapija pod nadzorom višeg terapeuta koji može odmah riješiti svaki ponovni pojav simptoma i održavati poticajno okruženje prilagođeno specifičnim problemima pacijenta, a taj terapeut je idealno prvostupnik sestrinstva (26,27). Pacijenti s manje izraženim psihotičnim simptomima i većim funkcionalnim sposobnostima često pozitivnije reagiraju na grupnu terapiju i posebno imaju koristi od interaktivne dinamike grupnog okruženja (27). Ovi pacijenti kapitaliziraju svoje postojeće funkcionalne sposobnosti, brzo poboljšanje simptoma i očuvanu kognitivnu funkciju u grupnom okruženju. Takav način

rada osigurava bolje razumijevanje interpersonalne dinamike i podržava lakšu socijalnu i profesionalnu reintegraciju. Stoga se upotreba tehnika strukturirane grupne terapije za smanjenje stresa iz okoline i podrška socijalnoj reintegraciji pokazala posebno korisnom za visoko funkcionalne pacijente koji se još uvijek bore s anksioznošću i socijalnom stimulacijom (25).

Stručno usavršavanje medicinskih sestara kao voditelja grupne terapije za psihijatrijske pacijente ključno je iz više razloga (26). Prvo, pruža medicinskom osoblju vještine i znanja potrebna za učinkovito upravljanje grupnom dinamikom, liječenje složenih psihijatrijskih simptoma i promicanje skrbi usmjerene na oporavak. Psihijatrijski poremećaji predstavljaju jedinstvene izazove, uključujući liječenje halucinacija, deluzija i kognitivnih oštećenja, koji zahtijevaju specijaliziranu obuku za rješavanje u okruženju grupne terapije. Kontinuirani profesionalni razvoj osigurava da medicinske sestre budu u tijeku s praksama utemeljenim na dokazima i novim trendovima u psihijatrijskoj skrbi. To uključuje praćenje najnovijih modaliteta liječenja, intervencija i napretka u psihofarmakologiji, koji su ključni za sveobuhvatnu skrb o pacijentima u grupnom okruženju. Kontinuirano učenje također povećava samopouzdanje medicinskih sestara i sposobnost pružanja visokokvalitetne skrbi, što u konačnici poboljšava ishode i zadovoljstvo pacijenata (28).

Učinkovito vođenje grupne terapije za pacijente s mentalnim bolestima zahtijeva posebne kompetencije izvan osnovnih vještina njegovatelja. Medicinske sestre moraju pokazati sljedeće vještine (28):

- a. **Terapeutska komunikacija:** Sposobnost izgradnje povjerenja, aktivnog slušanja i olakšavanja značajnih interakcija među članovima grupe.
- b. **Klinička procjena:** vještina provođenja sveobuhvatne procjene mentalnog zdravlja, uključujući procjenu ozbiljnosti simptoma, kognitivnog funkcioniranja i čimbenika rizika.
- c. **Facilitacija grupe:** stručnost u organiziranju sastanaka, postavljanju ciljeva liječenja, učinkovitim upravljanju vremenom i stvaranju sigurnog okruženja koje podržava sve sudionike.
- d. **Upravljanje krizama:** spremnost za upravljanje krizama ili eskalacijama unutar grupe, uključujući tehnike deeskalacije i znanje kada uključiti druge zdravstvene djelatnike.

- e. **Psihoedukacija:** vještine edukacije pacijenata o njihovom stanju, mogućnostima liječenja, upravljanju lijekovima i strategijama za upravljanje simptomima i prevenciju recidiva.
- f. **Razumijevanje različitih kultura:** osjetljivost na kulturnu raznolikost i razumijevanje načina na koji kulturna uvjerenja i običaji utječu na percepciju bolesti i pridržavanje liječenja.

Vođenje grupne terapije za pacijente s mentalnim bolestima može biti izazovno zbog nepredvidivosti simptoma, različitih razina uvida među pacijentima i mogućnosti da grupna dinamika poveća stres ili sukob. Obitelji oboljelih od psihotičnih poremećaja mogu naići na otpor, nedostatak predanosti ili poteškoće u održavanju povjerljivosti unutar grupe. Kako bi se odgovorilo na te izazove, programi obuke trebali bi uključivati (28):

- a. **Simulaciju i igranje uloga:** ovo pomaže medicinskim sestrama da vježbaju rješavanje izazovnih situacija u kontroliranom okruženju, čime se povećava njihovo samopouzdanje i spremnost.
- b. **Superviziju i mentorstvo:** redovita supervizija iskusnih grupnih terapeuta pruža prilike za razmišljanje, mentorstvo i poboljšanje vještina.
- c. **Međuprofesionalnu suradnju:** suradnja s psihijatrima, psiholozima, socijalnim radnicima i radnim terapeutima promiče holistički pristup njezi pacijenata koji se oslanja na različita stručnost i perspektive.
- d. **Kontinuirano obrazovanje:** sudjelovanje na seminarima, konferencijama i naprednim programima certificiranja u grupnoj terapiji i psihijatrijskoj skrbi osigurava da medicinske sestre budu u tijeku s najboljim praksama i inovativnim intervencijama.

Grupne terapije pokrivaju niz tema važnih za upravljanje simptomima, poboljšanje svakodnevnog funkcioniranja i promicanje cjelokupne dobrobiti pacijenata. Svaka je tema pomno odabrana kako bi podržala ciljeve liječenja i pomogla pojedincima na putu do psihološke stabilnosti i osobnog rasta (28). U početku se rasprave često vrte oko razumijevanja psihotičnih simptoma. Pacijenti se educiraju o prirodi halucinacija i deluzija te se ispituje njihov utjecaj na svakodnevni život i odnose. Kroz otvoreni dijalog, članovi grupe dijele svoja iskustva i identificiraju uobičajene okidače i stresore koji pogoršavaju simptome. Ova razmjena pruža uvid u mehanizme suočavanja i strategije za izgradnju otpornosti.

Druga važna tema je upravljanje lijekovima. Grupne terapije pružaju platformu na kojoj pacijenti mogu raspravljati o svojim brigama i problemima u vezi s antipsihoticima (2929). Zajednička iskustva s pridržavanjem lijekova, nuspojavama i učinkovitošću stvaraju poticajno okruženje u kojem pacijenti mogu učiti iz međusobnih uspjeha i padova. Također se često dijele praktični savjeti o upravljanju rutinama uzimanja lijekova i kretanju zdravstvenim sustavom, osnažujući pacijente da preuzmu aktivnu ulogu u svom liječenju.

Istražuju se društvene vještine i odnosi kako bi se izgradile smislene veze i smanjila društvena izolacija. Igre uloga simuliraju scenarije iz stvarnog života, omogućujući pacijentima da vježbaju učinkovitu komunikaciju i vještine rješavanja sukoba u okruženju koje ga podržava. Rasprave o društvenoj stigmi i diskriminaciji povezanim s mentalnim bolestima pružaju članovima grupe prilike za dijeljenje osobnih iskustava i zagovaranje društvenih promjena.

Edukacija o svakodnevnim životnim vještinama također je sastavni dio grupne terapije. Rasprave se mogu usredotočiti na područja kao što su organiziranje svakodnevnog života, obavljanje kućanskih poslova i samozbrinjavanje (29). Istražuju se strategije za postavljanje i postizanje profesionalnih ili akademskih ciljeva kako bi se pacijentima pružili alati za upravljanje profesionalnim i osobnim težnjama u kontekstu problema mentalnog zdravlja.

Psihosocijalna podrška čini okosnicu grupne terapije, promičući osjećaj zajedništva i međusobnog razumijevanja među sudionicima (29). Mehanizmi vršnjačke podrške potiču empatiju i zajedničko učenje. Članovi grupe imaju priliku razgovarati o svom putu do prihvaćanja, samopoštovanja i osobnog rasta dok istovremeno zajedno s ostalim članovima grupe slave postignuća i važne životne prekretnice.

Prevenција recidiva i planiranje krize važan su dio rasprava na grupnoj terapiji, jer pružaju pacijentima strategije za rano prepoznavanje znakova upozorenja i učinkovito upravljanje krizama (29). Ukratko, izrađuje se individualizirani plan koji uključuje osobne snage i mehanizme suočavanja kako bi se povećala otpornost i smanjila vjerojatnost neuspjeha.

Koncepti oporavka i nade prožimaju grupne rasprave i naglašavaju da je moguće živjeti ispunjen život čak i nakon dijagnoze mentalne bolesti (29). Osobne priče o otpornosti i ustrajnosti potiču optimizam i motivaciju, dajući nadu svakom sudioniku. Grupna terapija je

katalizator za osobni rast i samoodređenje, potičući ljude da ponovno steknu autonomiju i zamisle budućnost punu mogućnosti.

Psihoedukacija je središnja tema u grupnoj terapiji, jer pruža pacijentima opsežne informacije o mentalnim bolestima, mogućnostima liječenja i strategijama (29). Teme uključuju tehnike samokontrole, promjene načina života i ulogu podržavajućih odnosa u održavanju psihološke stabilnosti.

Grupne terapije za osobe s mentalnim bolestima pokrivaju različite teme osmišljene za promicanje razumijevanja i oporavka. Poticanjem poticajnog i suradničkog okruženja, ove terapije omogućuju pojedinim pacijentima da povećaju otpornost, poboljšaju vještine suočavanja i izgrade smislene veze s osobama koje su proživjele slično iskustvo (29). Svaka tema za raspravu je temelj za postizanje dobrobiti kod pacijenta, naglašavajući važnost osobne njege, uzajamne podrške i stalnog razvoja za psihološku stabilnost.

4.5.5. Provedena istraživanja o grupnoj terapiji za osobe oboljele od psihotičnih poremećaja

Nekoliko istraživanja (30,31,32) ispitalo je učinkovitost grupne terapije za pacijente s dijagnozom shizofrenije. Ta su istraživanja uključivala različite populacije pacijenata, uključujući bolničke i izvanbolničke bolesnike, bolesnike u akutnoj fazi psihoze i bolesnike u remisiji. Fokus ovih grupnih tretmana varirao je, od socijalnog obrazovanja do podrške i empatije. Rezultati ovih studija pokazali su različite rezultate: Grupna terapija usmjerena na empatiju pokazala je nedosljedne rezultate kod bolesnika u akutnoj fazi shizofrenije i općenito se smatra neučinkovitom za stacionirane bolesnike (33).

Grupna terapija orijentirana na interakciju, osobito ako se provodi tijekom duljeg vremenskog razdoblja (60-80 susreta), pokazuje potencijal pacijentima da poboljšaju svoje socijalno i interpersonalno ponašanje (22). Grupne terapije osmišljene za podučavanje socijalnih vještina i rješavanje problema pokazale su se prilično učinkovitim za pacijente u dnevnim bolnicama te su dale značajan doprinos razvoju kognitivnog funkcioniranja i adaptivnog ponašanja (30). Kod dugotrajnih izvanbolničkih pacijenata, posebno u institucionalnim okruženjima, grupne terapije usmjerene na interakciju bile su učinkovite u poboljšanju socijalnog ponašanja i komunikacijskih vještina, čime se smanjuje društvena

izolacija. Međutim, učinkovitost je smanjena kod dugotrajnih ambulantnih bolesnika i dobro funkcionalnih pacijenata s blagim simptomima (31). Socijalno-edukativna grupna terapija pokazala se učinkovitom za pacijente u izvanbolničkim okruženjima, osobito kada je dopunjena domaćim zadaćama ili informacijama o svakodnevnim izazovima. Ove intervencije poboljšavaju praktične vještine i vještine rješavanja problema relevantne za svakodnevni život pacijenata (32). Pregled literature koji su proveli Nosé, Barbui i Tansella (34) usredotočio se na upotrebu psihotropnih lijekova i pridržavanje rutinskih pregleda i otkrio da se otprilike jedna četvrtina pacijenata s psihozom ne pridržava svog režima liječenja. Nepridržavanje je bilo povezano s nedostatkom uvida, pozitivnim simptomima, mlađom dobi, muškim spolom, poviješću zlouporabe tvari, nezaposlenošću i niskim društvenim funkcioniranjem. Naknadni pregled pridržavanja termina (isključujući pridržavanje lijekova) otkrio je da je teška psihopatologija povezana s nepridržavanjem termina (34). Međutim, pridržavanje termina grupne terapije nije posebno ispitano.

5. ZAKLJUČAK

Medicinske sestre imaju središnju ulogu u vođenju grupnih tretmana za pacijente s mentalnim bolestima, koristeći multidisciplinarni pristup koji integrira psihofarmakološke i psihoterapijske intervencije. Razvoj psihoterapijskih pristupa pokazao je veliki potencijal u liječenju raznih mentalnih poremećaja karakteriziranih simptomima kao što su deluzije, halucinacije, poremećaji mišljenja i negativni simptomi.

Medicinske sestre su u jedinstvenoj poziciji za učinkovito vođenje ovih grupa za liječenje zbog svoje opsežne obuke i usmjerenosti na pacijenta. Oni mogu poboljšati pozitivne učinke lijekova prilagođavanjem intervencija individualnim potrebama svojih pacijenata. Korištenjem novih pristupa kao što su metakognitivni uvidi, reflektivna terapija i suportivna psihoterapija, medicinske sestre mogu dodatno personalizirati njegu ciljanjem na specifična područja simptoma i promicanjem cjelokupne dobrobiti svojih pacijenata.

Što se tiče prikaza slučaja Z.K. jasno je vidljiva priroda bolesti, tijek liječenja te dugotrajan proces rehabilitacije i vraćanje u zajednicu. Jasno se da primijetiti kako je kroz godine pacijent napredovao kroz usluge Dnevne bolnice Odjela za psihijatriju, što i sam ističe. Njegove su promjene posebno vidljive u brizi o sebi i o drugima (bratu). Za razliku od prve hospitalizacije, Z.K. je naučio brojne korisne vještine u okviru programa Dnevne bolnice što ga sad čini samostalnim i funkcionalnim članom zajednice.

Prvostupnici sestrinstva kao voditelji jedne terapijske grupe odgovorni su za provođenje psihoterapijskih intervencija i koordinaciju skrbi unutar multidisciplinarnog tima. Ovaj tim obično uključuje psihijatre, psihologe, socijalne radnike i radne terapeute, koji svi zajedno rade na razvoju i provedbi sveobuhvatnog plana liječenja. Takvi su planovi osmišljeni za poboljšanje ishoda pacijenata kombiniranjem prednosti različitih modaliteta liječenja, promičući holistički pristup psihijatrijskoj skrbi.

Uloga prvostupnika sestrinstva ključna za uspjeh multidisciplinarnih programa liječenja u psihijatrijskim Dnevnim bolnicama i pomaže u poboljšanju ishoda pacijenata i ukupne učinkovitosti psihoterapijskih intervencija u liječenju mentalnih bolesti.

6. LITERATURA

1. Phoenix BJ. The Current Psychiatric Mental Health Registered Nurse Workforce. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2019;25(1):38-48.
2. Siregar I, Rahmadiyah F, Siregar AFQ. Therapeutic communication strategies in nursing process of angry, anxious, and fearful schizophrenic patients. *Br J Nurs Stud*. 2021;1(1):13-19.
3. Best MW, Law H, Pyle M, Morrison AP. Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr Res*. 2020 Sep;223:112-118.
4. Heekeren K, Antoniadis S, Habermeyer B, Obermann C, Kirschner M, Seifritz E, Rössler W, Kawohl W. Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment. *Front Psychiatry*. 2020 May 25;11:471
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Jonas KG, Cannon TD, Docherty AR, et al. Psychosis superspectrum I: Nosology, etiology, and lifespan development. *Mol Psychiatry*. 2024;29:1005-1019.
7. Aarsland D. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. *J Clin Psychiatry*. Published September 15, 2020. Available from: <https://cme.psychiatrist.com> (Pristupljeno: 1.5.2024)
8. Avasthi A, Sahoo S, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Disorders. *Indian J Psychiatry*. 2020 Jan;62(Suppl 2)
9. Correll CU, Martin A, Patel C, et al. Systematic literature review of schizophrenia clinical practice guidelines on acute and maintenance management with antipsychotics. *Schizophr*. 2022;8:5.
10. Addington J, Liu L, Santesteban-Echarri O, Brummitt K, Braun A, Cadenhead KS, Cornblatt BA, Holden JL, Granholm E. Cognitive behavioural social skills training: Methods of a randomized controlled trial for youth at risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2021 Jan 4.
11. Curren R, Lopes R, Silveira C, Norton A, Domingues I, Lopes F, Ramos E, Roma-Torres A. Forty years of a psychiatric day hospital. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014;36:52-58.

12. Duarte D, Ramos L, Trindade AC, Gonçalves E. Psychiatric day hospital and its impact on patients clinical stability: the reality of Faro (Portugal) unit. *Open J Psychiatry*. 2019;9:15-22.
13. Johns C, Bell S. A multidisciplinary team approach to day hospital patient care. *Health Manpow Manage*. 1995;21(4):28-31.
14. Sánchez-Guarnido AJ, Ruiz-Granados MI, Herruzo-Cabrera J, Herruzo-Pino C. The Effectiveness of Day Hospitals in the Personal Recovery of Mental Disorder Patients during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(3):413. Published 2023 Jan 31.
15. Adams D, Victor B. Psychiatric nursing in a day hospital: Challenges and strategies. *Nurs Times*. 2016;112(21):18-21.
16. Happell B, Platania-Phung C. Multidisciplinary teamwork in mental health care: A review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(4):487-495.
17. Modesti MN, Arena JF, Palermo N, Del Casale A. A Systematic Review on Add-On Psychotherapy in Schizophrenia Spectrum Disorders. *J Clin Med*. 2023;12(3):1021. Published 2023 Jan 28.
18. Orfanos S, Banks C, Priebe S. Are Group Psychotherapeutic Treatments Effective for Patients with Schizophrenia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom*. 2015;84(4):241-249.
19. Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*. 2016 Feb;15(1):13-20.
20. Lecomte T, Leclerc C, Wykes T. Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychol Psychother*. 2018;91(1):15-26.
21. Marmarosh CL, Sandage S, Wade N, Captari LE, Crabtree S. New horizons in group psychotherapy research and practice from third wave positive psychology: a practice-friendly review. *Res Psychother*. 2022;25(3):643. Published 2022 Nov 4.
22. Ezhumalai S, Muralidhar D, Dhanasekarapandian R, Nikketha BS. Group interventions. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(Suppl 4):S514-S521.
23. Koukourikos K, Pasmatzis E. Group therapy in psychotic inpatients. *Health Sci J*. 2014;8(3):400.
24. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry*. 2015 Jun;206(6):447-55.

25. MacNair-Semands R. Group Psychotherapy: An Integration of Research and Practice. In: L'Abate L, ed. Paradigms in Theory Construction. New York, NY: Springer; 2010.
26. Malhotra A, Baker J. Group Therapy. [Updated 2022 Dec 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549812/> (Pristupljeno: 22.6.2024)
27. Haram A, Fosse R, Jonsbu E, Hole T. Impact of Psychotherapy in Psychosis: A Retrospective Case Control Study. *Front Psychiatry*. 2019;10:204. Published 2019 Apr 11.
28. Schlapobersky JR. From the Couch to the Circle: Group-Analytic Psychotherapy in Practice. London, England: Routledge; 2016.
29. Corey MS, Corey G, Corey C. Groups: Process and Practice. 10th ed. Belmont, CA: Cengage Learning; 2018.
30. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: An overview. *World Psychiatry*. 2017;16(3):251-265.
31. Addington J, Epstein I, Liu L, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2011;125(1):54-61.
32. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: A randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341
33. Penn DL, Meyer PS, Evans E, Wirth RJ, Cai K, Burchinal M. A randomized controlled trial of group therapy aimed at enhancing social functioning and quality of life in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2009;107(2-3):186-193.
34. Nose M, Barbui C, Gray R, et al. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. 2003. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK70138/> (Pristupljeno: 26.6.2024)

7. SAŽETAK

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u grupnom liječenju bolesnika s psihičkim bolestima, koristeći multidisciplinarni pristup koji uključuje psihofarmakološke i psihoterapijske intervencije. Razvoj psihoterapijskih pristupa, posebice u liječenju simptoma kao što su deluzije, halucinacije i poremećaji mišljenja, pokazao je veliki potencijal. S obzirom na opsežnu obuku medicinskih sestara i usredotočenost na pacijente, one su u jedinstvenoj poziciji da učinkovito vode te timove za liječenje. Oni mogu optimizirati učinkovitost lijekova prilagođavanjem terapijskih intervencija individualnim potrebama pacijenata. Korištenjem modernih pristupa kao što su metakognitivni uvidi, reflektivna terapija i suportivna psihoterapija, medicinske sestre mogu dodatno personalizirati skrb, ciljati na specifična područja simptoma i promicati opću dobrobit pacijenta. Uzevši za primjer pacijenta Z.K. ilustriran je dug proces oporavka i povratka u zajednicu. Tijekom godina, uz potporu psihijatrijske dnevne bolnice, pacijent je značajno napredovao, posebice u brizi za sebe i druge, stječući korisne vještine koje su mu omogućile da postane samostalan član zajednice.

Ključne riječi: Dnevna bolnica, prvostupnik sestrinstva, grupna terapija osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja

8. SUMMARY

Nurses play a key role in the group treatment of patients with mental illnesses, using a multidisciplinary approach that includes psychopharmacological and psychotherapeutic interventions. The development of psychotherapeutic approaches, especially in the treatment of symptoms such as delusions, hallucinations and thought disorders, has shown great potential. Given nurses' extensive training and patient focus, they are uniquely positioned to effectively lead these treatment teams. They can optimize the effectiveness of drugs by tailoring therapeutic interventions to the individual needs of patients. By using modern approaches such as metacognitive insights, reflective therapy, and supportive psychotherapy, nurses can further personalize care, target specific symptom areas, and promote the patient's overall well-being. Taking the example of patient Z.K. the long process of recovery and return to the community is illustrated. Over the years, with the support of the psychiatric day hospital, the patient made significant progress, especially in caring for himself and others, acquiring useful skills that enabled him to become an independent member of the community.

Key words: Day hospital, bachelor of nursing, group therapy for people suffering from psychotic disorders

OPĆA BOLNICA BJELOVAR
ETIČKO POVJERENSTVO
U Bielovaru 6. svibnja 2024. god.

1151-88 REPUBLIKA HRVATSKA		
Opća bolnica "Dr. Anđelko Višić" Bjelovar		
Prihvaćeno:	09.05.2024	
Klasifikacijska oznaka	Og. jec.	
021-01/24-01/227	2103-72-18	
Udružbeni broj	Dilom	Vrijednosti
2103-72-18-24-02	0	-

MARIN GRGIĆ med.techn.
Odjel za psihijatriju
OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar

Predmet: „Uloga prvostupnika sestrinstva kao voditelja grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja u Dnevnoj bolnici – prikaz slučaja“

- suglasnost na provođenje istraživanja, daje se

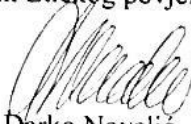
Na temelju Vaše zamolbe Etičko je povjerenstvo OB Bjelovar razmotrilo plan i način ispitivanja odnosno dostavljenu dokumentaciju o istraživanju pod naslovom „Uloga prvostupnika sestrinstva kao voditelja grupe oboljelih od psihotičnih poremećaja u Dnevnoj bolnici – prikaz slučaja“.

Predmetno istraživanje zadovoljava uvjete i u skladu je s Etičkim kodeksom i Bochumskim postupnikom.

Stoga je Etičko povjerenstvo suglasno s provođenjem predmetnog istraživanja u našoj ustanovi.


S poštovanjem,

Predsjednik Etičkog povjerenstva


Darko Novalić
prof. psihologije

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, 11.09.2024.	MARIN GOGIĆ	

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

MARIN GAGIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 11.09.2024

Marin Gagić

potpis studenta/ice