

Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije

Barišić, Natalija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:144:038603>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ULOGA MEDICISNKSE SESTRE U REHABILITACIJI
OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE**

Završni rad br. 62/SES/2018

Natalija Barišić

Bjelovar, rujan 2018.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Barišić Natalija** Datum: 06.07.2018. Matični broj: 001378
JMBAG: 0314012851

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 62/SES/2018

Shizofrenija je psihijatrijski poremećaj koji primarno pogađa sposobnost razmišljanja, otežava percepciju stvarnosti i time uzrokuje promjenu ponašanja, neugodne osjećaje te slabi izražavanje emocija. Glavna komponenta liječenja su psihofarmaci i psihosocijalne metode. Današnje metode liječenja uveliko smanjuju ponovne epizode shizofrenije, ublažavaju simptome i povećavaju kvalitetu života.

Studentica će u radu prikazati epidemiologiju, etiologiju i liječenje shizofrenije te kroz prikaz slučaja bolesnika oboljelog od shizofrenije opisati ulogu medicinske sestre u procesu zdravstvene njege i rehabilitacije oboljelih od shizofrenije.

Zadatak uručen: 06.07.2018.

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



SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Shizofrenija	2
1.2. Epidemiologija i etiologija	2
1.3. Simptomi i znakovi	3
1.4. Tipovi shizofrenije	6
1.5. Dijagnoza shizofrenije.....	7
1.6. Tijek bolesti i prognoza.....	9
1.7. Liječenje	11
1.7.1. Bolničko ili izvan bolničko liječenje.....	12
1.7.2. Medikamentozno liječenje	13
1.7.3. Elektrokonvulzivna terapija	14
1.7.4. Psihoterapija	15
1.7.5. Edukacija obitelji.....	15
1.8. Rehabilitacija.....	16
1.8.1. Socioterapija.....	17
1.8.2. Uloga medicinske sestre.....	19
2. CILJ RADA.....	20
3. PRIKAZ SLUČAJA	21
3.1. Anamnestički podaci	21
3.2. Klinička slika i tijek liječenja.....	21
3.3. Proces zdravstvene njege	25
4. RASPRAVA.....	30
5. ZAKLJUČAK	32
6. LITERATURA.....	33
7. SAŽETAK.....	35
8. SUMMARY	36

Zahvala

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva u Bjelovaru na prenesenom znanju, a posebno svojoj mentorici Tamari Salaj dipl. med. techn. na uloženom trudu i vremenu pri izradi ovog rada.

Zahvaljujem se svim djelatnicima Odjela psihijatrije u Općoj bolnici Bjelovar.

Najiskrenije hvala mojim roditeljima koji su mi omogućili studiranje, mojoj sestri, prijateljima i dečku na pruženoj podršci, strpljenju i povjerenju tijekom mog studiranja.

1. UVOD

Izraz psihijatrija kovanica je Johanna Christiana Reila iz 1808.godine, dolazi od grčke riječi „*psyche*“ što označava duša ili misao i „*iatreia*“ u prijevodu ozdravljenje ili liječenje. Psihijatrija se odnosi na područje medicine posebno usredotočeno na dušu, sa svrhom proučavanja, sprječavanja i liječenja mentalnih poremećaja u ljudi (1).

Psihička bolest je stanje koje u oboljelih osoba dovodi do promjene ponašanja, osjećaja, načina doživljavanja i mišljenja, na način koji se može prikazati kao odstupanje od neke norme, a može se jasno prepoznati kao poremećaj ili bolest (2).

Kroz povijest, stav se o psihičkim bolesnicima izrazito mijenjao. Srednji vijek je za psihičke bolesnike bilo „mračno doba“ u kojem ih se povezivalo sa zlim duhovima i raznim bogovima u koje se tada intenzivno vjerovalo. Briga o psihičkim bolesnicima bila je povjerena svećenicima i redovnicama koji su ih zatvarali i kažnjavali na temelju različitih religijskih odredbi. Početkom znanstvene faze počele su velike promjene u odnosima prema psihički oboljelim osobama i prema samoj bolesti. Razvilo se modernije razmišljanje i suvremene metode liječenja poput socijalne psihoterapije ili terapijske zajednice, a isto tako došlo je i do otkrića prvih psihofarmaka. Danas je psihijatrija izrazito napredovala kao posebna grana medicine, a s time i sestinstvo u psihijatriji. Medicinska sestra je jedna od vodećih članova tima u obavljanju brige za bolesnika sa psihičkom bolešću. Također je nezamjenjiv član u psihijatrijskoj njezi jer je u najbližem kontaktu sa bolesnikom i njegovom obitelji što znatno utječe na njihovo stanje i napredak u terapijskom liječenju (1).

Postoji velik broj psihičkih bolesti, a shizofrenija je jedna od težih. Ona otežava sposobnost razmišljanja, mijenja percepciju stvarnosti, stvara različite neugodne osjećaje, a oboljele osobe gube kontakt sa stvarnim svijetom (2).

Put od dijagnoze shizofrenije prema liječenju sve do rehabilitacije naporan je proces koji zahtijeva veliku angažiranost medicinske sestre i ostalih članova zdravstvenog tima. Glavni je cilj postići bolesnikovo povjerenje i suradnju te ga voditi kroz put prema oporavku (2).

1.1. Shizofrenija

Njemački psihijatar Emil Kraepelin 1896. godine primjenjuje naziv dementia precox, taj naziv temelji se na ranom početku i tendenciji razaranja osobnosti. Termin shizofrenija uveo je švicarski psihijatar Eugen Bleuler, a uključuje pojam rascjepa odnosno razdvajanja psihičkih funkcija (1). Termin shizofrenije dolazi iz grčkog jezika u kojem „shizo“ znači cijepam, „fren“ predstavlja razum (1).

Shizofrenija je psihička bolest, poremećaj je koji kod osobe utječe na sposobnost razlikovanja stvarnosti od nestvarnosti, upravljanja vlastitim emocijama, mislima, odlukama i komuniciranjem (2). Kod osoba oboljelih od shizofrenije postoji poremećaj mišljenja, percepcije i često neprikladno emocionalno izražavanje, gdje dolazi do socijalnog povlačenja i površnosti emocija (3).

1.2. Epidemiologija i etiologija

Stopa prevalencije shizofrenije relativno je podjednaka u različitim dijelovima svijeta i iznosi 0,5 do 1% (4). U Hrvatskoj ima oko 19.000 shizofrenih bolesnika, a stopa pojavnosti iznosi 0,4%, dok se nešto češće pojavljuje u Istri i Primorju, točnije oko 0,7% (1). Od ukupnog broja oboljelih u Hrvatskoj broj bolničko liječenih iznosi oko 15.120, a stopa hospitalne incidencije iznosi 0,22/ 1.000 i ona je konstantna (5).

Početak bolesti najčešći je između 15. i 35. godine života, iznimno rijetko javlja se u djetinjstvu prije puberteta i iza 45. godine života (1). Podjednako obolijevaju oba spola, ali nešto ranije javlja se u muškaraca (između 15. i 25.) nego u žena (između 25. i 35.), a žene češće imaju izražene afektivne simptome, paranoju i slušne halucinacije (5).

Najviše oboljenja zabilježeno je u zimi i u rano proljeće što se može povezati s mogućom virusnom etiologijom oboljenja (1). Također su shizofreni bolesnici obično nižeg socioekonomskog statusa, nižeg stupnja edukacije i rjeđe stupaju u partnerske veze, ali se to ne smatra uzrokom već posljedicom shizofrenije (5).

Uzrok shizofrenije još nije poznat, ali smatra se da su u njen nastanak uključeni biološki, psihološki i socijalni čimbenici. Na temelju provedenih istraživanja proizašle su brojne hipoteze pa tako suvremeni istraživači smatraju da je shizofrenija neurorazvojni poremećaj, da je primarna trauma ili patološki proces djelovao na mozak u razvoju i prije kliničke manifestacije bolesti (5).

Uloga genetskih čimbenika nedvojbeno je dokazana, bolest je češća među srođnicima, a rizik raste sa porastom genetske blizine. To potvrđuju studije na blizancima: jednojajčani blizanci dijele 100% gena i ako jedan oboli drugi ima oko 50% izgleda da će se i kod njega razviti shizofrenija. Dok je kod dvojajčanih blizanaca rizik oko 15%, a osobe koje su u prvom koljenu u srodstvu s bolesnikom imaju rizik za nastanak bolesti od 3 do 7% (4).

Čimbenici okoline utječu 20 do 30 % na pojavu shizofrenije, a najčešće izučavan čimbenik jest sociodemografski status. Poznato je da je siromaštvo povezano sa pojavom shizofrenije, ali još uvijek nije jasno dali je to uzrok ili posljedica bolesti. U čimbenike okoline ubrajaju se i mnogi prenatalni i perinatalni čimbenici kao što su Rh inkompatibilnost, neželjena trudnoća, influenza trudnice i komplikacije tijekom porođaja (4).

1.3. Simptomi i znakovi

Najvažniji aspekt shizofrenije je činjenica da zahvaća mnogo različitih područja psihičkog funkcioniranja i da se razlikuje prema intenzitetu od osobe do osobe, a neke se patološke promjene ne mijenjaju niti povlače tijekom vremena. Karakteristični simptomi shizofrenije poznati su kao „4A“, a označavaju poremećaj asocijacije i afekta, autizam i ambivalencija (1). Simptomi se mogu razvijati iznimno polako, tijekom mjeseci pa čak i godina, ali se mogu pojaviti i vrlo naglo (3). Prema suvremenoj koncepciji simptomi shizofrenije dijele se na pozitivne i negativne (6).

Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi dijele se još na psihotičnu dimenziju i dimenziju smetenosti ili dezorganiziranosti. Psihotični simptomi uključuju poremećaj percepcije odnosno halucinacije te

sadržajne poremećaje mišljenja takozvane deluzije. Pozitivni simptomi obično su prisutni u akutnoj fazi bolesti, zahtijevaju liječenje i u većini slučajeva dobro reagiraju na psihofarmake (1).

Deluzije su pogrešna vjerovanja koja su temeljena na nekorektnom poimanju vanjskog svijeta (6). Postoji velik broj deluzija, poput vjerovanja kako netko prati i progoni bolesnika. Mnogi bolesnici vjeruju kako se sadržaj na televiziji ili razgovor ljudi u prolazu odnosi na njih, kako glumci komentiraju njihovo ponašanje i smiju se njihovim postupcima. Mnogi također vjeruju kako su značajne osobe kao npr. poznati pjevači. Osobe sa takvim uvjerenjima mogu živjeti u strahu, ali postoji velika vjerojatnost da se počnu ponašati kao da su ova uvjerenja uistinu točna. Također postoji mogućnost da bolesnik verbalno ili fizički napadne osobu za koju vjeruje kako ju prati ili pak zbog straha neće napuštati kuću (2). Nadalje postoje ideje upravljanja, kontrole kada oboljeli vjeruje kako neka misteriozna snaga iz daljine upravlja njime, pa se on osjeća poput robota, mora izgovarati ili raditi neke pokrete protiv svoje volje (4).

Mišljenje i govor osim što mogu biti poremećeni prema sadržaju mogu biti i teško razumljivi i nelogični. Javlja se prekid misli ili isprepleten tijek misli što rezultira nepovezanim govorom i neologizmima. Neologizmi su iskrivljene riječi, riječi koje je pacijent izmislio ili im je dao novo značenje (2).

Halucinacije su osjetne percepcije koje se javljaju bez prisutnosti vanjskih stimulansa (1). Multinacionalna studija koju je provela SZO dala je podatak da 70% bolesnika koji ispunjavaju kriterije za shizofreniju imaju halucinacije (7). Halucinacije zahvaćaju svih 5 osjetila, ali najčešće se javljaju slušne halucinacije. Mogu se javiti jednostavne slušne halucinacije ili u obliku mumljanja, zvižduka, zvukova strojeva, ali i složene halucinacije kao govor jedne ili više osobe (1). Slušne halucinacije vrlo su tipične, a sadržaj onoga što bolesnik čuje može biti razumljiv i nerazumljiv. Često postoji više glasova koji razgovaraju o bolesniku u trećem licu, komentiraju njegovo ponašanje, opominju, savjetuju, prijete te govore da radi nešto određeno. Bolesnik može doživljavati da glasovi dolaze iz druge sobe, drugog dijela tijela, zidova, a nekada doživljavaju da dolazi iz glave osobe.

Većina halucinacija je neugodna iako postoje i ugodne koje obično govore lijepe stvari o bolesniku ili ga tješe. Bolesnici većinom negiraju kako čuju glasove jer u njihovom svijetu to nisu halucinacije nego stvarnost (2).

Iluzija je kriva percepcija realnog podražaja na osjetila. Kod iluzija postoji stvarni objekt koji izaziva podražaj, ali je opažanje pogrešno. Tako osoba u strahu npr. u mraku ili na nekom neugodnom mjestu od stabla može vidjeti napadača kao što je životinja, čovjek ili nešto slično, a kada se prilagodi na tamu uvidi da je pogriješila. Iluzije se mogu pojaviti i u zdravih ljudi, najčešće u stanju unutarnjeg straha (2).

Katatonični simptomi uključuju ekstremno uzbuđenje i nemir, zauzimanje neprirodnog položaja tijela u kojima bolesnici mogu stajati satima te voštana savitljivost kada se dijelovi tijela mogu savijati kao da su od voska. Također se javlja i negativizam kojeg karakterizira odbijanje svih zahtjeva, mutizam kao kompletna šutnja i potpuno ukočenje bolesnika i ne komuniciranje sa svijetom koji se naziva stupor (4).

Negativni simptomi

Negativni simptomi uključuju nedostatak spontanosti, zaravnjen afekt, nedostatak motivacije i socijalnih kontakata i nesposobnost funkcioniranja na radnom mjestu ili školovanju. Skupina negativnih simptoma važna je u radu s bolesnicima i obitelji jer određuje moguće ciljeve i očekivanja u procesu liječenja, a također su bitni prediktori psihosocijalnog funkcioniranja u shizofrenih bolesnika (1). Socijalni odnosi mogu biti vrlo narušeni, osoba se izolira, povlači iz društva, nema interesa za kontakte, može se čak i posve zapustiti i ne brinuti se o osobnoj higijeni. Ovi simptomi za razliku od pozitivnih mogu se javiti i u zdravih osoba, ali kod njih ove oscilacije nisu velike i ne remete život osobe (2). Negativni simptomi shizofrenije vrlo često su veći terapijski problem od pozitivnih koji uspješno reagiraju na lijekove kod velikog broja bolesnika, a kod negativnih simptoma često će trebati rehabilitacija koja uključuje niz psihosocijalnih metoda koje će osobu poticati na obnavljanje aktivnosti svakodnevnog života. Psihosocijalne metode liječenja koje se primjenjuju u rehabilitaciji pomoći će bolesnicima da vrate samopouzdanje, steknu izgubljene vještine i bolje organiziraju svoj svakodnevni život (2).

Smanjenje motivacije (avolicija) može utjecati na niz životno važnih aktivnosti, kao što su posao, školovanje, druženje odnosno aktivnosti povezane s dnevnom rutinom, poput brige o osobnoj higijeni i čistoći kućanstva (2).

Alogija je pojam koji označava siromaštvo govora, a očituje se sporim mišljenjem, smanjenom produkcijom govora, a odgovori na pitanja često su samo da ili ne (6).

Zaravnjen afekt podrazumijeva smanjenu jakost osjećajnog izražavanja, a praćen je smanjenom mimikom lica, smanjenim govorom tijela i kratkim kontaktom očima (1). Zaravnjeni afekt uključuje i paratimiju i paramimiju. Paratimija označava neprimjereno izražavanje na vanjski stimulans, npr. na pogrebu se smije, a paramimija neprimjereno izražavanje vlastitog raspoloženja npr. bolesnik je veseo, a plače (6).

Anhedonija je vrlo često prisutna, a označava potpuni gubitak životnog interesa i zadovoljstva što može uzrokovati potpuni gubitak socijalnih aktivnosti (1).

Depresija se javlja u otprilike trećinu ljudi sa shizofrenijom, a može se javiti u bilo kojoj fazi bolesti. Simptomi uključuju depresivno raspoloženje, gubitak interesa i uživanja u stvarima koje su osobi prije bile zanimljive, slabljenje vitalne energije i umor. Depresija može biti praćena razmišljanjima o smrti i samoubojstvu. Suicidalna razmišljanja vrlo su neugodna, mogu dovesti do suicida, stoga je iznimno važno zatražiti pomoć liječnika u što kraćem roku i napraviti plan zaštite za bolesnika (2). Određene studije bilježe stopu od čak 50% pokušaja suicida barem jednom tijekom bolesti, a udio počinjenih suicida kod shizofrenih bolesnika doseže 10% (1).

Agresivnost se očituje nasilnim ponašanjem i prijetnjama koje moraju biti ozbiljno shvaćene. Agresija se kod shizofrenih bolesnika najčešće doživi tijekom akutne faze bolesti ili prisilnog bolničkog liječenja. Agresivno ponašanje uslijedi kada je bolesnik pod intenzivnim utjecajem glasova koji mu naređuju kako da se ponaša (1).

1.4. Tipovi shizofrenije

Shizofrenija se dijeli na više tipova, a tip se određuje prema prisutnosti određenih tipičnih simptoma kod bolesnika. Svjetska zdravstvena organizacija razlikuje slijedeće tipove shizofrenije: paranoidna shizofrenija (F20.0), hebefrena shizofrenija (F20.1), katatona shizofrenija (F20.2), nediferencirana shizofrenija (F20.3), postshizofrena depresija (F20.4), rezidualna shizofrenija (F20.5), shizofrenija simplex (F20.6) i druge shizofrenije (F20.8).

Paranoidni tip shizofrenije je najčešći, a pojavljuje se kasnije, između 30. i 40. godine života (1,5). Ovaj tip obilježen je paranoidnim simptomima kao što su sumanutost i halucinacije, dok negativni simptomi nisu prisutni ili su blaže izraženi (5).

Hebefreni tip pojavljuje se obično ranije od ostalih tipova, najčešće između 16. i 30. godine života (5). Obično se razvija sporo, a prognoza bolesti je nepovoljna. Kliničkom slikom prevladavaju negativni simptomi. Sumanute ideje i halucinacije su prolazne, a ponašanje je neodgovorno i nepredvidivo (1). Osoba može izgledati vrlo neuredno, odijevati se na vrlo čudan način npr. nositi više kaputa u ljetno vrijeme, a raspoloženje je površno i neprimjereno (2). Na posljepku uglavnom dolazi do socijalne izolacije (1).

Katatonni tip shizofrenije u novije vrijeme iznimno je rijedak (2). Kliničkom slikom dominiraju psihomotorični simptomi koji se očituju prekomjernom aktivacijom ili prekomjernom zakočenošću. Bolesnik može zauzimati različite prisilne i bizarne položaje tijela koje može održavati satima pa čak i danima. Tako bolesnik može ležati na krevetu s uzdignutom glavom kao da ima jastuk ispod glave, što se naziva fenomen „psihickog“ jastuka te takav prisilan položaj može držati iznimno dugo (5). Kada postoji pojačana motorička aktivnost ona je besmislena jer nije izazvana vanjskim poticajima (2). Nekada se još pojavljuju i mutizam, grimasiranje, eholalija (ponavljanje riječi) i ehopraksija (ponavljanje pokreta drugih osoba) (1).

Nediferencirani tip se koristi kada kliničko slikom ne dominira niti jedan karakterističan simptom ili je istovremeno prisutno više karakterističnih simptoma za različite oblike shizofrenije (5).

Rezidualni tip dijagnosticira se kada je bolesnik imao jednu ili više epizodu shizofrenije gdje prevladavaju negativni simptomi karakterizirani zaravnjenim afektom, gubitkom volje, smanjenom komunikacijom i zanemarivanjem brige o samom sebi (2,5).

Shizofrenija simplex je oblik shizofrenije koji se razvija polako, gotovo neprimjetno s postupnim zakazivanjem u svakodnevnom funkcioniranju. Osoba se postupno socijalno udaljava, povlači se u svoj psihotični svijet te zaboravlja na vlastitu higijenu (5).

1.5. Dijagnoza shizofrenije

Shizofreniju će dijagnosticirati liječnik psihijatar kada pregledom utvrdi da postoje tipični simptomi shizofrenije koji traju najmanje mjesec dana te kada isključi druge poremećaje.

U Hrvatskoj se liječnici za postavljanje dijagnoze služe internacionalnim MKB10 (Međunarodna klasifikacija bolesti) klasifikacijom bolesti koja ima smjernice za postavljanje dijagnoze shizofrenije. Postoje i američki kriteriji za dijagnosticiranje shizofrenije, prepoznatljivi kraticom DSM5, koji se razlikuju od internacionalnih. Ne postoje laboratorijske pretrage uključujući i metode pretrage mozga koje bi mogle potvrditi dijagnozu shizofrenije. Pretrage poput kompjutorizirane tomografije mozga ili elektromagnetske rezonancije mozga služe kod dijagnosticiranja, ali za isključivanje drugih bolesti. Za postavljanje dijagnoze shizofrenije psihijatar provodi višestruke razgovore s oboljelijom osobom i članovima njene obitelji te procjenjuje postojanje tipičnih simptoma (2,3).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze

Kriteriji za postavljanje dijagnoze shizofrenije prema desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti obuhvaćaju:

- Emitiranje misli ili jake misli, oduzimanje ili nametanje misli
- Sumanuta opažanja, utjecaja ili pasivnosti koja se odnosi na tijelo ili pokrete tijela, sumanute percepcije i specifične misli
- Halucinatorni glasovi koji međusobno razgovaraju o bolesniku, komentiraju bolesnikovo ponašanje i drugi oblici halucinatornih glasova
- Bizarne sumanutosti koje su nemoguće, kao što su nadljudske sposobnosti moći i komunikacija s vanzemalcima
- Ustrajne halucinacije bilo kojeg tipa modaliteta praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog sadržaja ili perzistentne precijenjene ideje i njihova trajna prisutnost tjednima ili mjesecima
- Disocirano mišljenje, rascjepi ili umetanje nesukladnih riječi što dovodi do nerazumljivog govora i stvaranja neologizama
- Katatono ponašanje- iznimna uzbuđenost ili izrazita zakočenost tijela i održavanje neprirodnog položaja, stupor i negativizam
- Negativni simptomi: alogija, apatija, osjećajna zaravnjenost i socijalna izolacija
- Trajne promjene ponašanja kao što su besciljnost, gubitak interesa, pasivnost, zaokupiranost sobom i socijalno povlačenje (2,4,5).

1.6. Tijek bolesti i prognoza

Tijek shizofrenije ovisi o različitim utjecajima koje su vezane za značajke osobnosti, vrstu stresova i zaštitne čimbenike u zajednici (1). Klinički tijek shizofrenije možemo podijeliti na premorbidni period, prodromalnu fazu, akutnu i kroničnu fazu (5). Rano započeto liječenje jedan je od osnovnih uvjeta bolje prognoze, stoga je iznimno važno rano uočavanje bolesti odnosno početne faze bolesti (8). Broj pojave epizoda bolesti razlikuje se od osobe do osobe, ali liječenje može značajno pridonijeti u sprječavanju pojave bolesti i njenih recidiva. Nestanak simptoma moguć je nakon prve epizode bolesti u razdoblju od tri do dvanaest mjeseci kod većine oboljelih, ali isto tako postoji velika vjerojatnost da se nakon prve epizode pojavi druga (2). Prema statističkoj vjerojatnosti potpuni oporavak nakon prve epizode bolesti može se očekivati u 10-30% oboljelih. Rizik za pojavu druge epizode bolesti tijekom godine dana kod bolesnika koji se nisu liječili iznosi 70-80%, a oko 10-15% bolesnika dolazi u stanje kada je neophodno dugotrajno liječenje ili hospitalizacija (8). Sama prognoza bolesti kod shizofrenije povezana je sa nizom faktora kao što su duljina trajanja bolesti, težina bolesti, početak liječenja, socijalno funkcioniranje bolesnika, kognitivne sposobnosti, stres, obrazovanje, rad s obitelji, psihofarmakoterapija, primjena psihosocijalnih postupaka i drugih postupaka (2). Dobru prognozu imaju bolesnici s kasnim početkom bolesti, akutnim nastankom, dobrim socijalnim i radnim funkcioniranjem, oženjeni, dobrom obiteljskom podrškom i višim kvocijentom inteligencije. A lošu prognozu imaju bolesnici s ranim početkom bolesti, sa gotovo neprimjetnim nastankom bolesti, neoženjeni, s pozitivnom obiteljskom anamnezom, dominacijom negativnih simptoma u trajanju više od tri godine, prisutnošću agresivnosti i niskim kvocijentom inteligencije (1).

Premorbidna faza

Premorbidna faza je asimptomatska, kod osobe je održana funkcionalnost. A znakova bolesti nema. Od premorbidnih čimbenika za razvoj shizofrenije glavni su: genetsko opterećenje, organski čimbenici kao što su hipoksija ili infekcija, instrapsihički čimbenici te obiteljski i psihosocijalni utjecaj.

Visoko rizični čimbenik je naslijeđe, tako je rizik za pojavu shizofrenije u djece jednog shizofrenog roditelja 9-18%, a kod djece kojima oba roditelja boluju od shizofrenije rizik iznosi 40-68%. Od organskih utjecaja, rizični faktor je prenatalna, perinatalna ili postnatalna hipoksija na koju je iznimno osjetljiv limbički sustav.

Oko 50% djece i adolescenata u kojih će se razviti shizofrenija pokazuju određene premorbidne crte ličnosti: izbjegavanje kontakta s vršnjacima, sramežljivost, preosjetljivost, anksioznost, pasivnost i izoliranost. Što se tiče obiteljskih čimbenika za nastanak shizofrenije utječu rana separacija, odbacivanje od roditelja, pretjerana vezanost za majku, smrt roditelja ili razvod braka (5).

Prodromalna faza

Vrlo je teško odrediti vrijeme početka ove faze jer se neki aspekti shizofrenije pojavljuju i mnogo godina prije početnih znakova i simptoma. Prodromalni znakovi su neprimjereno izražavanje osjećaja, nedostatak misli i govora ili govor koji se teško slijedi, ideje veličine, čest osjećaj nerealnosti i promjena u interpretiranju zvukova ili mirisa (5). Prodromalna faza je razdoblje kada se pojavljuju nespecifični znakovi i simptomi koje osoba prije nije pokazivala, a oštećuje svakodnevno funkcioniranje osobe. Pojavljivanje simptoma može trajati godinama, ali u prosijeku se pojavljuju u periodu od dvije do četiri godine. Kasni prodromalni simptomi mogu biti različitog intenziteta, a oni uključuju iritabilnost, depresivno raspoloženje, sumnjičavost, poremećaj spavanja i znakovi zaravnjenog afekta.

Na poslijetku prodromalne faze obično se primjećuje povlačenje iz socijalne i radne sredine, smetenost, napetost, depresivnost i zanemarivanje osobne higijene. Važno je znakove prodromalne faze prepoznati što ranije, a rizične skupine trebalo bi obuhvatiti organiziranom skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite (1).

Akutna faza

Prva akutna epizoda najčešće se pojavljuje u ranim dvadesetim godinama. U akutnoj fazi oštećeni su psihički procesi: percepcija, afekt, misli i govor. Ranu akutnu fazu obilježava nagla pojava psihotičnih znakova i simptoma shizofrenije.

Pojavljuju se pozitivni simptomi (deluzije, halucinacije) koji su vrlo intenzivni, pa tako ovo stanje uglavnom zahtijeva intenzivno liječenje i hospitalizaciju (1).

Tijek bolesti obično je pogoršavajući s akutnim egzacerbacijama, ali nema točne granice kada završava akutna faza i počinje kronična.

Odgovor na liječenje u prvoj epizodi obično je dobar jer više od 70% bolesnika postigne potpunu remisiju, a oporavak je obilježen izostankom shizofrenih simptoma ili pojavom samo nekih negativnih simptoma.

Utvrđeno je da 75 do 80% shizofrenih bolesnika tijekom pet godina dožive ponovnu epizodu bolesti. Kako bi smanjili rizik ponovnog pojavljivanja važno je redovito uzimanje lijekova, no mnogi bolesnici ne žele uzimati lijekove zbog pojave nuspojava. Stopa relapsa bolesti tijekom dvije godine iznosi 40% u liječenih shizofrenih bolesnika, a 80% u neliječenih (1).

Kronična faza

Kronično razdoblje pojavljuje se u bolesnika koji pokazuju značajno odstupanje u funkcionalnim sposobnostima u usporedbi sa prijašnjim fazama. Vrijeme pojave kronične faze vrlo je različito od osobe do osobe i kreće se između pet i deset godina od početka bolesti. Bržem prelasku u kroničnu fazu pridonose negativni simptomi u akutnoj fazi i njihova prisutnost tijekom remisije. Nakon dvadeset godina bolesti ne dolazi do daljnje progresije bolesti (1).

1.7. Liječenje

Liječenje shizofrenih bolesnika dugotrajan je proces za samog bolesnika, ali i za bolesnikovu obitelj i medicinsko osoblje (1). U liječenju oboljelih osim psihijatra i medicinskih sestara, sudjeluju mnogi stručnjaci: socijalni radnici, psiholozi i radni terapeuti. Često je potrebna i suradnja s liječnicima obiteljske medicine, te s institucijama poput socijalne skrbi (2).

Vrijeme od početka psihotičnih simptoma i početka liječenja korelira s brzinom i kvalitetom početnog odgovora na liječenje i izraženošću negativnih simptoma. Što ranije se krene sa liječenjem to bolesnici odgovaraju brže i potpunije (9).

Terapijski cilj je kontrola i suzbijanje simptoma te socijalna rehabilitacija. Dobar terapijski plan koji uključuje medikamentoznu terapiju, psihoterapiju i socijoterapijske metode liječenja može pomoći bolesnicima da očuvaju značajan dio svojih psiholoških i socijalnih funkcija (1).

A plan liječenja mora biti identificiran kao osobni cilj bolesnika, zbog toga je bolesnikova suradnja nužna. Ciljevi liječenja također se određuju u dogovoru s pacijentom (2).

Bolesnika i obitelj potrebno je pripremiti na to da je liječenje shizofrenije dugotrajan proces i educirati ih o prodromalnim simptomima, znakovima i tijeku bolesti, što pomaže u ranom otkrivanju te boljem socijalnom funkcioniranju (1).

Osnovno i najučinkovitije je liječenje psihofarmacima, ali ono ne može biti jedina metoda liječenja (10). Primjena drugih intervencija ovisi o trajanju akutne faze bolesti. Tek potpunom integracijom psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih zahvata može se postići najučinkovitiji ishod liječenja (1).

1.7.1. Bolničko ili izvan bolničko liječenje

Bolničko liječenje obično je potrebno u akutnoj fazi bolesti kada su prisutni simptomi prema kojima osoba nema uvida, kada postoji veliko uznemirenje i nemogućnost kućnog liječenja (2). Stoga je psihijatrijski odjel za većinu bolesnika prvi kontakt u liječenju shizofrenije (11). Liječenje može biti dobrovoljno uz bolesnikov pristanak, a u nekim slučajevima može biti i prisilno bez pristanka osobe. Takvo liječenje regulirano je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim poteškoćama i postoji određena procedura kako se ono obavlja. Osoba se prima na prisilnu hospitalizaciju ukoliko ugrožava zdravlje, sigurnost ili život sebi ili okolini, a istodobno odbija dobrovoljno liječenje. Maloljetne osobe te osobe lišene poslovne sposobnosti mogu se prisilno hospitalizirati i bez suglasnosti njihovih zakonskih skrbnika. U roku od 12 sati od početka prisilne hospitalizacije mora se obavijestiti nadležni županijski sud te dostaviti potpuna medicinska dokumentacija. Nadležni sudac pokreće sudski postupak te je dužan u roku od 72 sata razgovarati sa hospitaliziranom osobom i imenovati psihijatra vještaka koji nije zaposlenik te ustanove. Vještak u roku od 8 dana donosi rješenje o otpuštanju ili daljnjem postupanju s hospitaliziranom osobom. Prisilno zadržanoj osobi se tada može produžiti prisilni smještaj na 30 dana. Ukoliko potreba za prisilnim smještajem bude postojala i nakon tog vremena, hospitalizacija se može produžiti maksimalno za još tri mjeseca. Svaki sljedeći nastavak potrebe za prisilnim smještajem može trajati do šest mjeseci.

Zdravstveni djelatnici koji sudjeluju u liječenju bolesnika koji je prisilno smješten moraju ga informirati o njegovim pravima (2).

1.7.2. Medikamentozno liječenje

Otkriće lijekova za liječenje shizofrenije i sličnih poremećaja spada u značajan napredak medicine (2). Shizofrenija se liječi antipsihoticima koji ublažavaju simptome bolesti ili ih potpuno uklanjaju. Otkako su prvi puta upotrijebljeni, antipsihotici su pomogli velikom broju shizofrenih bolesnika, omogućili im gotovo normalno društveno i radno funkcioniranje.

Prije otkrića antipsihotika većina je shizofrenih bolesnika život provodila u psihijatrijskim ustanovama i azilima, gotovo cijeli život odvojena od vlastite obitelji, prijatelja i vanjskog svijeta (12). Antipsihotici ne liječe psihozu, već djeluju na simptome bolesti, znatno umanjuju ili uklanjaju halucinacije i sumanute ideje te tako omogućuju bolesniku povratak u stvarni svijet (5).

Lijekovi smanjuju rizik za ponovno pojavljivanje bolesti, ali je lijekove potrebno uzimati redovito prema preporuci psihijatra, a ako se unatoč uzimanju lijekova psihotični simptomi ponovno pojave, najčešće su slabije izraženi (12). Nažalost mnogi shizofreni bolesnici ne uzimaju redovito lijekove ili ih prestanu uzimati nakon što im se simptomi ublaže jer misle da su ozdravili (2). Tada se nakon relativno kratkog vremena u većine bolesnika bolest ponovno pojavi. Izrazito je važno da bolesnici i članovi njihovih obitelji shvate važnost uzimanja lijekova i prihvate ga kao sredstvo kontrole shizofrenije (2).

Antipsihotici djeluju na receptore kemijskih prijenosnika u mozgu, poglavito na receptore za dopamin i serotonin, za koje se smatra da imaju najveću ulogu u nastanku simptoma shizofrenije (12). Postoje dvije skupine antipsihotika: antipsihotici starije generacije-klasični (Flufenazin, Klorpromazin, Promazin, Haloperidol, Tioridazin) i antipsihotici nove generacije (Sulpirid, Klozapin, Olanzapin, Risperidon, Kventiapin, Ziprasidon) (13). Klasični antipsihotici ublažavaju pozitivne simptome shizofrenije (halucinacije i sumanute ideje). Vrlo su djelotvorni jer pomažu većini bolesnika, ali često ih bolesnici prestaju uzimati, a zato postoje dva razloga. Prvi razlog je njihovo nepoželjno djelovanje ili nuspojave. Klasični antipsihotici mogu uzrokovati osjećaj suhoće u ustima, opstipaciju, zamagljen vid, vrtoglavicu i pospanost, a najčešće nestaju nakon nekoliko prvih tjedana liječenja. Neugodnije nuspojave koje bolesnicima stvaraju veće probleme i koji su najčešći razlog za prestanak uzimanja lijekova su poremećaj pokreta ili motorike. To su ekstrapiramidalne nuspojave koje se pojavljuju u 60 do 70% bolesnika, a mogu biti izražene kao trajni spazam, grč mišića u vratu i glavi ili nemogućnost stajanja na jednom mjestu. Drugi razlog

za prestanak uzimanja lijekova je to što klasični antipsihotici nisu dovoljno učinkoviti na negativne simptome shizofrenije kao što su depresivni simptomi i emocionalno povlačenje (12).

Nova generacija antipsihotika ima manju pojavu nuspojava, a bolju učinkovitost u smanjenju negativnih simptoma, depresivnih simptoma i kognitivnog zatajivanja. Ta činjenica pridonosi poboljšanju kvalitete života, bolju suradljivost i bolje socijalno funkcioniranje osobe (1).

Medicinska sestra je stručnjak koji najčešće ima prvi kontakt s bolesnikom. Tijekom bolesnikove hospitalizacije medicinska sestra je u najbližem kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji te prva uočava promjene u zdravstvenom stanju bolesnika koji su vrlo važni za daljnje provođenje metoda liječenja. Glavni je zadatak medicinske sestre na području farmakoterapije da bolesniku svojim pristupom omogući što veću samostalnost i uvid za potrebe uzimanja terapije. Medicinska sestra također mora dobro poznavati djelovanje psihofarmaka i njihove nuspojave, koje su najčešći uzrok nesuradljivosti bolesnika u liječenju (14).

1.7.3. Elektrokonvulzivna terapija

Danas se elektrokonvulzivna terapija shizofrenih bolesnika provodi izuzetno rijetko, samo u terapijski rezistentnih bolesnika, odnosno kada su sva sredstva liječenja nedjelotvorna (10,15). Ona predstavlja terapijski postupak kojim se mozak bolesnika stimulira provođenjem serije kontroliranih, kratkotrajnih električnih impulsa. Impulsi se provode elektrodama koje su precizno smještene na određenim točkama bolesnikove glave. Podražaji izazivaju moždanu kljenutost koja traje otprilike dvije minute. Elektrokonvulzivna terapija je kontraindicirana u bolesnika sa srčanim smetnjama i tumorima mozga. Ova terapijska metoda često je negativno opisivana, kao jedna vrsta mučenja bolesnika zbog njene primjene u prošlosti. Tijekom prošlosti elektrokonvulzivna terapija izvodila se bez anestezije na način da su se bolesniku stavljale elektrode prekrivene vlažnim spužvastim jastučićima preko kojih se aplicirala struja, a nakon aplikacije struje bolesnik je ulazio u fazu toničkih i kloničkih grčeva. Od komplikacija često se pojavljivala anksioznost, amnestički poremećaj te mehaničke ozljede poput frakture. Danas je elektrokonvulzivna terapija bezbolna i obavlja se u anesteziji (2,15).

1.7.4. Psihoterapija

Psihoterapija je jedan od najstarijih metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika pa se stoga koristi i u liječenju shizofrenih bolesnika. Uključuje istraživanje psihičkog života bolesnika, oslobađanje njegovih smetnji te olakšavanje bolesnikovih tegoba. Osnovni terapijski instrument je riječ, odnosno neverbalna komunikacija između terapeuta i bolesnika (15). Psihoterapija se provodi planski s jasno definiranim ciljem. Bolesnik treba prihvatiti bolest, poboljšati socijalne i obiteljske odnose (16). Važan preduvjet za ostvarivanje cilja je davanje informacija, jer stručne informacije pomažu bolesniku da bolje upozna svoju bolest. Na osnovi znanja o bolesti bolesnik lakše prihvaća činjenicu da bolest može dugo vremena djelovati na njegov život te da je nužno dugotrajno liječenje. Psihoedukaciju je moguće provoditi pojedinačno ili u grupi, a bez nje danas nije moguće zamisliti liječenje shizofrenog bolesnika (17). Terapeut može biti liječnik ili medicinska sestra koji su završili odgovarajuću izobrazbu.

Medicinska sestra započinje rad sa shizofrenim bolesnikom tijekom bolničkog liječenja i nastavlja ga tijekom liječenja u dnevnoj bolnici. Važno je da medicinska sestra u grupnoj terapiji za bolesnika odredi granice što smije, a što ne jer na taj način štiti sebe i bolesnika.

Određivanje granica i njihovo poštivanje unosi osjećaj sigurnosti u terapiju i nameće osjećaj odgovornosti. U grupnoj terapiji medicinska sestra je u mogućnosti iskoristiti svoje potencijale, kreativnost, entuzijazam, stvarati osobnost i primjenjivati je, a to od medicinske sestre zahtijeva rad na sebi (15).

Individualna psihoterapija podrazumijeva redovite razgovore oboljele osobe sa stručno osposobljenim članom tima bilo da je to psiholog, psihijatar, socijalni radnik ili medicinska sestra. Takva se terapija usredotočuje na pitanja kao što su trenutni i prošli problemi, doživljaji, misli, osjećaji ili odnosi (17).

Važno je naglasiti da psihoterapija kod liječenja shizofrenije ima vrlo važnu, ali ograničenu ulogu, zahtijeva velik trud, godine liječenja uz izrazito skromne rezultate (16).

1.7.5. Edukacija obitelji

Bolesnici se često otpuštaju iz bolnice na skrb u obitelj, stoga je važno da obitelj bude dovoljno educirana o shizofreniji kako bi razumjeli poteškoće vezane uz bolest. Članovima bolesnikove

obitelji može koristiti da nauče kako umanjiti pojave recidiva u bolesnika. Obiteljska intervencija cijeloj obitelji može olakšati razvoj obrazaca ponašanja pomoću kojih se oboljelom članu pruža razumijevanje i potpora. U obitelji se trebaju izbjegavati konflikti s bolesnikom te ga se ni u kojem slučaju ne smije uvjeravati u netočnost, nelogičnost i nemogućnost njegovih sumanutih ideja ili halucinacija jer je to za bolesnika stvarnost i realnost. Ispravno je strpljivo slušati bolesnika koji iznosi svoje ideje i doživljavanja, kako bi bolesnik imao osjećaj podržavanja i razumijevanja, te mu pažljivo sugerirati liječničku pomoć sve dok ju ne prihvati.

Radna učinkovitost i sposobnost također je bitno smanjena u tijeku shizofrenije, stoga bolesnika ne treba tjerati na rad već ga poticati da se aktivira svojom voljom prema vlastitim mogućnostima. Pošto je smislen dnevni raspored aktivnosti kod bolesnika narušen zbog same prirode bolesti, obitelj ne smije nametati svoj raspored jer se tako postiže suprotan učinak, guši se motivacija bolesnika, pojačava osjećaj nesposobnosti i bezvrijednosti (18).

1.8. Rehabilitacija

Rehabilitacija je proces koji dovodi do povratka bolesnika u prijašnje stanje aktivnosti. Za razliku od liječenja, koji u prvom redu naglašava primjenu lijekova, rehabilitacija znači duži i složeniji postupak u savladavanju duševne bolesti, a osnovni je preduvjet da bolesnik aktivno sudjeluje u vlastitoj rehabilitaciji. Tijekom prošlosti razvili su se razni modeli rehabilitacije (socioterapija, grupe samopomoći, organizirano stanovanje, dnevne bolnice) koji za cilj imaju pripremiti bolesnika za ono što ga očekuje kod povratka u zajednicu (19).

U ranim fazama deinstitucionalizacije većina otpuštenih bolesnika imala je relativno visoku razinu funkcioniranja te se većina vratila kući u svoje primarne obitelji. Integracija liječenja i rehabilitacije podrazumijeva interdisciplinarni pristup, a bolesnik se procjenjuje individualno i timski. U planiranju rehabilitacije potrebno je napraviti dobru procjenu stanja bolesnika, njegovih vještina i potreba te izraditi dobar plan rehabilitacije sa čestom evaluacijom. Izrada plana rehabilitacije za cilj ima smanjiti potrebu za hospitalizacijom, a bolesniku pomoći u oporavku i osnaživanju nakon dugotrajne bolesti (19).

Rehabilitacija stavlja naglasak na izvanbolničko liječenje, najčešće se provodi u dnevnim centrima unutar bolničke sredine, na odjelima koji služe kao tranzicija između završnog

bolničkog liječenja, osnaživanja prema otpustu oboljelog u zajednicu gdje bi trebao biti uključen u vanbolničke programe zajednice. Da bi se bolesnik kvalitetno rehabilitirao, nakon provedenog liječenja treba potaknuti izgradnju i usvajanje vještina koje će mu pomoći u svakodnevnom životu. Edukatori koji sudjeluju u izvođenju plana rehabilitacije moraju posjedovati znanja iz psihoterapije, socioterapije i treninga socijalnih vještina kako bi mogli izvoditi edukaciju o bolesti, rad s obitelji, koordinirano liječenje u zajednici, trening socijalnih vještina, postupke suočavanja sa stresom i zapošljavanje (19).

Na rehabilitaciju se upućuju bolesnici sa kroničnim i dugotrajnim tijekom bolesti koji su do tada učestalo više puta hospitalizirani i koji nemaju mogućnost samostalnog života jer imaju oštećenje socijalnog i radnog funkcioniranja (19).

Rehabilitacija kod shizofrenih bolesnika usmjerena je na korekciju socijalnih vještina s obzirom da simptomi bolesti mogu dovesti do potpunog socijalnog isključenja iz obiteljskog, društvenog i radnog života. Prisilne misli i radnje, ideje proganjanja, sumanutosti i halucinacije često su odgovorene za povlačenje bolesnika iz društvenog života.

Zbog čestog javljanja smetnja u mišljenju i govoru što samo po sebi otežava komunikaciju uz dezorganizirano ponašanje mogu oboljelog gurnuti prema većoj socijalnoj izoliranosti najčešće zbog ne razumijevanja okoline. Bolesnici smanjenjem ili nestankom simptoma funkcioniraju na svim razinama življenja uključujući obiteljsko, društveno i radno funkcioniranje. U nekim slučajevima opravak je djelomičan jer i dalje mogu biti prisutni simptomi bolesti koji mogu ometati normalno funkcioniranje bolesnika, a tijekom vremena bolest može krenuti prema kroničnim oblicima shizofrenije. Pojavom kroničnog oblika bolesti većina bolesnika ima trajne socijalne i psihološke posljedice bolesti te narušeno funkcioniranje u zajednici (19).

1.8.1. Socioterapija

Socioterapija definira se kao skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacije odnosno rehabilitacije shizofrenih bolesnika. Socioterapijski proces pruža mogućnost dostizanja optimalne razine neovisnog funkcioniranja u zajednici putem poboljšanja individualne kompetencije, učenja ili obnavljanja praktičnih vještina te ohrabivanje bolesnika kojim će bolesnik naučiti primjereno reagirati na socijalni pritisak sredine u koju se vraća.

Najčešće socioterapijske metode su: terapijska zajednica, igra, rekreacija, ples i glazba, okupacijska i radna terapija, trening socijalnih vještina i mnoge druge (15).

Terapijska zajednica zahtjeva timski pristup shizofrenom bolesniku uključujući: psihijatra, medicinsku sestru, psihologa, socijalnog radnika, okupacijskog terapeuta te bolesnika koji aktivno sudjeluje u terapijskom postupku. Kroz terapijsku zajednicu se nastoji bolesnika priviknuti na radne navike, na uspostavljenje što boljih veza s obitelji i radnom sredinom što kod bolesnika omogućuje što samostalnije samostalno rješavanje problema. Također utječe na članove obitelji, da oboljelog člana nakon izlaska iz bolnice što bolje prihvate, razumiju i primjereno reagiraju na njegovo ponašanje. Terapijska je zajednica oblik zajednice osoblja i bolesnika organiziran na način da što vjeruje prikazuje odnose i djelovanja kakvi su u vanjskom životu iz kojeg je bolesnik došao i u koji će se vratiti kao koristan član (15).

Igra kod shizofrenih bolesnika omogućuje svojom aktivnošću bez sporazumijevanja riječima pristup nekomunikativnom bolesniku, a preporučuju se grupe igre kao što su rukomet, nogomet ili odbojka (15).

Terapija umjetnošću pruža bolesniku mogućnost da izraze svoje misli i osjećaje na papiru, a pritom je potpuno nevažno zna li bolesnik slikati, samo je važno svoje doživljaje prevesti u jezik slika (17).

Okupacijska i radna terapija čine sponu između raznih oblika rekreacije i rada u stvarnom životu. Razlikuje se od rada u stvarnom životu jer ima veću slobodu izbora u radu i dozvoljeno je uništavanje materijala s kojim se radi u svrhu kanaliziranja agresije. Radna terapija ponajprije služi pripremi bolesnika za rad prije otpuštanja s bolničkog liječenja, stoga su bolesnici kod radne terapije izloženi postupnom povećanju zahtijeva što ih treba uvesti u svijet rada (15,17). Također uključuje vještine svakodnevnog života, poput održavanja osobne higijene, stanovanja, kupovine do vještina komunikacije te zastupanja svojih prava i interesa. A svi navedeni postupci pomažu u postizanju sposobnosti za samostalan život i rad u zajednici (2).

Profesionalna rehabilitacija važna je jer je stopa nezaposlenosti shizofrenih i drugih duševnih bolesnika vrlo visoka. A poznato je da rad povoljno djeluje na oporavak od bolesti, osobito kod oboljelih koji su motivirani za posao. Rad shizofrenim bolesnicima omogućuje financijsku neovisnost, društveni status i kontakt s drugim ljudima, kao i priliku za osobni uspjeh i doprinos u društvenoj zajednici. Dodatni značaj ovoj rehabilitacijskoj metodi daje i činjenica da se

shizofrenija javlja u početku radne karijere pa je onda profesionalna rehabilitacija od velike važnosti za cijeli ostatak radnog života (2,20).

1.8.2. Uloga medicinske sestre

Uloga medicinske sestre u liječenju i rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije je velika, a sastoji se od brige za bolesnikovo duševno i tjelesno zdravlje. Medicinska sestra ima prvi kontakt sa bolesnikom i s njime provodi najviše vremena, uočava promjene te iznosi svoja zapažanja. Uloga medicinske sestre temelji se na osnovnim načelima zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika. Medicinska sestra svakom bolesniku pristupa individualno i bavi se pitanjima vezanim za funkcioniranje oboljele osobe te pruža socijalnu podršku. Terapijska komunikacija podrazumijeva razvijanje povjerenja i partnerskog odnosa, a od medicinske sestre se očekuju dobro razvijene komunikacijske vještine koje će bolesniku osigurati osjećaj prihvaćenosti i podršku. Zato se komunikacijske vještine mogu smatrati jednim od najvažnijih vještina u radu sa shizofrenim bolesnikom. Kvalitetna komunikacija pridonosi pozitivnom ozračju u kojoj se shizofreni bolesnici osjećaju ugodno i aktivno sudjeluju u vlastitoj rehabilitaciji. Medicinska sestra ima važnu ulogu u prikupljanju podataka o bolesniku koji se odnose na obiteljski, socijalni, školski status ili na radnu situaciju. Uz to pomaže i provodi kontinuirani rad s obitelji u cilju psihoedukacije i destigmatizacije kako bolesnika tako i osoba koje skrbe o bolesniku. Tijekom hospitalizacije medicinska sestra provodi socijotepijske aktivnosti kako bi motivirala i uključila bolesnika u vlastito liječenje. Medicinska sestra isto tako procjenjuje učinkovitost terapije, pa posjeduje znanje o antipsihoticima, njihovim učincima i interakcijama, ali i sestrijskim intervencijama kod prevencije komplikacija terapije. A kako bi mogla planirati vlastite intervencije i pružiti shizofrenim bolesnicima kvalitetnu zdravstvenu njegu, treba posjedovati znanja o etiologiji, kliničkoj slici, dijagnostici te ishodu i tijeku bolesti. Kada medicinska sestra pristupa bolesniku vrlo je važno pretvaranje složene medicinske informacije u jednostavan jezik koji bolesnik razumije, a intervencije prilagoditi mogućnostima bolesnika. Nakon otpusta iz bolnice medicinska sestra također pomaže u prihvaćanju bolesnika te pružanju podrške u daljnjem nastavku liječenja najčešće kroz rehabilitacijski program dnevne bolnice. Medicinska sestra tako pomaže bolesniku da prihvati vlastite kapacitete i specifičnosti okoline.

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati kliničku sliku, dijagnostiku, liječenje i ostale pojedinosti shizofrenije te ulogu medicinske sestre u rehabilitaciji bolesnika oboljelog od shizofrenije pomoću prikaza slučaja bolesnika i na temelju stručne literature.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podaci

Bolesnik X.Y. rođen je 1974. godine u Bjelovaru. Nije oženjen, nema djece, djevojku nikada nije imao. Živi sa majkom, starijim bratom i polubratom u stanu. Stariji brat također boluje od shizofrenije, a za njega je bolesnik izuzetno vezan. Otac je poginuo u prometnoj nesreći, još u njegovom ranom djetinjstvu. Majka je imala još jednu vezu nakon oca, gdje je rođen bolesnikov mlađi polubrat, ali je i taj čovjek poginuo kada je bolesnik imao šest godina. Majka mu je skrbnica koja živi od mirovine. Komunikacija u obitelji je zadovoljavajuća, majka je vrlo protektivna. Bolesnik je u osnovnoj školi bio slabiji đak, najprije je upisao srednju drvenu školu, ali se prepisao u birotehničku školu gdje je dobro učio. U mladosti se bavio atletikom i povremeno išao na natjecanja. Odslužio je vojsku 1994-te i 1995-te godine, bio je u akcijama Bljesak i Oluja. Nije pokazivao promjene u ponašanju nakon povratka iz akcije, niti je majka to primijetila. Radio je u tvornici cipela kao fizički radnik na traci tri godine i šest mjeseci, ali su ga otjerali sa posla jer je htio dokazati neke nemoguće stvari i u jednom navratu pljunuo je na radnog kolegu koji je rekao da to što govori nije moguće. Nije ostvario dovoljno radnog staža za mirovinu, tako da prima doplatak za pomoć i njegu. Uporabu narkotika negira. Negativna anamneza na traume glave, gubitak svijesti i infektivne bolesti središnjeg živčanog sustava. Bolesnik je izuzetno religiozan, intenzivno čita religioznu literaturu, odlazi u crkvu i razgovara sa svećenikom. U obitelji oca i majke negiraju se psihijatrijske bolesti.

3.2. Klinička slika i tijek liječenja

Bolesnik X.Y. prvi puta je na psihijatrijsko liječenje zaprimljen 8. listopada 1997. godine. Dolazi u pratnji majke u stanju psihotične dekompenzacije u čemu su dominirali elementi shizofrenije. Majka navodi da je unazad nekoliko mjeseci primijetila da je postao šutljiv, zamišljen, da vrlo malo vremena provodi kod kuće te da noću slabije spava. Također je primijetila da povremeno vodi monologe sa čudnim sadržajem gdje postaje uznemiren, ali negira agresivnost prema okolini ili najavu suicidalnosti. Simptomatologija se sastojala od psihomotornog nemira, iluzija, disociranog duktusa koji je sadržajno vezan za religiozna zbivanja, posao te vanzemaljska događanja. Bile su prisutne i halucinacije auditivnog tipa i poremećaj percepcije.

Pacijentova priča tijekom prijema glasila je: „Moram raditi sve kako oni očekuju, kako oni žele, oni kontroliraju svaki moj korak i kretanje, čupaju me van iz kuće i šetaju po gradu, kao da sam neka lampa. Oni sve namjeste, mog brata, moju majku i onda ja odem iz kuće. Strah me je smrti, nešto tugujem, ali ne znam od čega. Htio sam crno-bijelo spojiti kao neki raj, da jedni drugima opraštamo grijeh. To je nevidljivi duh koji se rasprostro, ima stijenu savijenu na najmanju moguću mjeru, kodirao me kroz vrijeme, kroz broj 1:1. Tako nastaje svijet uzmem jedinicu, plus jedinicu, zbroj je dva plus jedan, sve do lančane reakcije, trajni radius istine.“. Može se uočiti nepovezanost u sadržaju bolesnikove priče te prisutnost iluzija i halucinacija. Bolesnik također navodi stalni osjećaj da ga netko prati, navodi da mu je zmija u ustima i da na radiju zna čuti kako otkrivaju njegove tajne, a da na njega djeluju razne sile. Uz to navodi niz ostalih religioznih sadržaja, disociranim duktusom, sa povremenim paranoidnim interpretacijama, uz znakove depresionalizacije i slabijeg testiranja realiteta. Bolesnik se nije opirao prijemu jer i sam navodi da se nešto čudno događa s njim, ali i dalje navodi slične psihotične sadržaje. Kod prijema se ordinirala (bazična) neuroleptička terapija, a kasnije antipsihotična terapija, na što je bolesnik tijekom nekoliko dana odreagirao ekstrapiramidalnim smetnjama. Zbog navedenih nuspojava sredinom liječenja većim djelom zamijenjena je terapija. Tijekom hospitalizacije bolesnik je i dalje psihotičan, ali ne pokazuje agresiju. Vrlo je slabog testiranja realiteta i slabog uvida u vlastito stanje i ponašanje. Tijekom hospitalizacije bolesnika obavljen je i psihologijski pregled, na koji bolesnik dolazi u pratnji medicinskog tehničara vidno uplašen. Također je bio ekstrapiramidalno zakočen, usporen, shizodepesivnog i blijedog afekta. Govor bez afektivne modulacije i primjene dikcije, a sadržaj komunikacije vezan je za želju za otpustom gdje bolesnik govori: „Liječit ću se doma, ovdje se osjećam kao u zatvoru.“. Nadalje negira bolest, ali u kontekstu implicira svijest o bolesti: „Ovdje ću još više poludjeti.“. Bolesnik evidentno disociran i sadržajno smeten mislima. Dijelom je u realitetu, dijelom u psihotičnom miljeu, ali orijentiran. Ideje odnosa naznačene, navodi da auti koji prolaze imaju vezu s njim i svaki svoje značenje te da zbog toga pamti brojeve registracijskih oznaka (koje može). U crkvu više ne odlazi kaže, jer tamo su izradili pečat uz pomoć njega od kojeg jako strahuje. Bolesnik kod preslagivanja riječi upada u psihotični kontekst, a svako slovo tumači kroz religijsko značenje sa etičkim kontekstom. Analiza ukazuje na smetnje mišljenja psihotičnog tipa.

Gotovo svakodnevno majka posjećuje bolesnika i sa njime izlazi na kraće šetnje jer bolesnik ne može izdržati tenziju i milje odjela. U više navrata bolesnik je proveo terapijski vikend kod kuće. No tijekom boravka zapažaju se elementi kronifikacije bolesti u shizofrene psihoze.

Bolesnik krajem studenog odlazi kući u stanju relativne remisije sa zaostalom psihopatologijom, ali bez manifestnih sumanutosti i paranoidnosti, te negira suicidalne koje su se ranije tijekom hospitalizacije javile. Tijekom boravka se bolesniku terapija više puta korigirala zbog sporosti oporavka. Majci je savjetovano da kontrolira uzimanje terapije do sljedeće kontrole, a u slučaju pogoršanja da se ranije javi na pregled. Bolesnik je redovito dolazio na kontrole, a stanje je bilo bez značajnih pogoršanja.

U kolovozu 1998.godine bolesnik dolazi na kontrolni pregled u pratnji majke koja navodi da su se opet pojavile razne psihotične interpretacije uz strah i halucinacije, ali bolesnik ih kod pregleda negira. Terapiju uzima redovito i povremeno je produktivan. Terapija koja je propisana radi ponovne pojave psihotičnih interpretacija bila je: Klozapin 25 mg, Flufenazin, Biperiden tableta i Nitrazepam.

U listopadu 1999.godine bolesnik dolazi sam na kontrolni pregled, nažalost i dalje nije postignuta zadovoljavajuća remisija. Bolesnik je oslabljenog testiranja realiteta zaokupljen je religioznim sadržajem uz iracionalne teme. No kod pregleda ne manifestira psihotične sadržaje, ali navodi da se ne osjeća sposobnim niti za jednostavne poslove, osobito ne za sadašnji jer mu jako smeta ljepilo.

Do 2005.godine bolesnik nije bio hospitaliziran. Tada je zaprimljen u dežurstvu, a kod prijema bolesnik je bio uznemiren, distaktnog ponašanja, afirmira intenzivan strah koji se intenzivira zadnjih nekoliko mjeseci, osobito zadnjih nekoliko dana kada su se javile obmane osjetila uz dosta paranoidnih sumanutosti. Navodi da sabije spava u posljednje vrijeme te da često vidi mrtve glave zbog čega je prestao konzumirati meso i vidno smršavio. Sa ukućanima slabije komunicira jer je često mislim odsutan. Po prijemu se ordinira bazalna terapija radi smanjivanja psihomotornog nemira, a kasnije se u terapiju uvodi antipsihotik novije generacije. Na ordiniranu terapiju bolesnik odgovara smirivanjem te više ne afirmira intenzivan strah. Tijekom hospitalizacije bolesnik je bio suradljiv i boljeg testiranja realiteta, a obmane osjetila negirao. Prilikom otpusta savjetovano je redovito uzimanje terapije.

U razdoblju od 2006. do 2013. godine bolesnik je redovito dolazio na kontrole, stanje je bilo bez velikih promjena uz relativno dobru remisiju bolesti. Bolesnik je redovito uzimao terapiju. Sumanutosti i psihotičnih elemenata nije bilo, samo povremene tenzije i nemir koje je bolesnik redovito dobro kompenzirao. Tijekom pregleda bolesnik je bio u dobrom kontaktu, relativno urednog afekta.

Tijekom 2009. godine bolesnik je povremeno bio u stanju smanjenog realiteta, ali bez sumanutosti. Ponekad opterećen religioznim razmišljanjima. Bolesnik bez manifestiranih znakova egzacerbacije, ali izuzetno nezadovoljan jer ne radi i nema primanja. Do sljedećeg pogoršanja dolazi 2011. godine kada bolesnik na pregled dolazi u pratnji brata uznemiren riječima susjeda, na što reagira pojačanim nemirom te uplašenošću od istih ljudi. Unazad nekoliko dana je u tenziji i slabije spava, ali sumanutosti, i obmane osjetila ne producira. Sam opisuje pogoršanje u obliku straha. Strah je toliko intenzivan da je preko dana počeo slabije izlaziti iz kuće jer se boji ići sam ulicom, samo uz bratovu pratnju izlazi. Kod pregleda je pri svijesti, uredno orijentiran, uzbuđen, ali dijelom paranoidno reagira na protekli verbalni konflikt sa susjedom. Vidno ustrašen. Uz standardnu terapiju propisan je još Normabel koji se uzima kada se nemir pojavi. Zaključeno je da stanje u kojem se bolesnik nalazi nije za hospitalizaciju. Bolesnik upućen na program dnevne bolnice. Bolesnik je od 2013. godine po preporuci nadležnog psihijatra primljen u program Dnevne bolnice zbog potrebe liječenja u okviru rehabilitacijsko programa. Tijekom boravka pacijent je sudjelovao u radu i programu dnevne bolnice te je bio uključen u program liječenja sa kombiniranim psihoterapijskim i socijoterapijskim metodama liječenja uz ordiniranu psihofarmakološku terapiju. Bolesnik se osjećao stabilnije, motiviran za terapijske postupke, suradljiv. Bile su prisutne smetnje u okviru anksioznosti ali bez manifestnih psihotičnih elemenata ili suicidalnih pulzija. Za vrijeme boravka u dnevnoj bolnici bolesnik je u jednom navratu hospitaliziran u trajanju od deset dana zbog pogoršanja psihičkog stanja. Provedenim liječenjem postignuto je djelomično poboljšanje psihičkog stanja, a bolesnik je postao aktivniji u obavljanju svakodnevnih zadataka te aktivniji u komunikaciji i održavanju socijalnih kontakata. Otpušten je s preporukom nastavka liječenja u dnevnoj bolnici uz redovito uzimanje terapije.

Tijekom 2014. godine bolesnik je bio dva puta hospitaliziran i dva puta je polazio program rehabilitacije kroz dnevnu bolnicu. Bolesnik je na odjelu bio psihotičan, pa je korigirana terapija. Bio je pasivan i adipozan uz minimalne aktivnosti te ograničene suradljivosti. Tijekom boravka na odjelu provedeno je psihoterapijsko, socioterapijsko i farmakološko liječenje. Plan liječenja je usmjeren ka potrebama bolesnika za boljom socijalizacijom i ostvarivanjem odnosa. Tijekom boravka u dnevnoj bolnici bolesnik je bio aktivan, sudjelovao je u radu i programu. Za vrijeme rehabilitacije postignuto je poboljšanje stanja. Bolesnik je bio redovit u dolascima, poštovao zadano vrijeme. Uspostavljao verbalni kontakt spontano i na grupama aktivno sudjelovao. Poštuje segmente održavanja higijene, oblačenja, prehrane, orijentacije, kontrolira nagone instrumentalnim socijalnim vještinama i socijalizacijom.

Bolesnik prihvaća bolest i razvoj bolesti, verbalizira znakove poboljšanja i načine suočavanja sa strahovima. Opisuje blaže poboljšanje samopouzdanja i negira prisutnost obmane osjetila. Kratkoročni cilj rehabilitacije je okupacija i socioterapija dok je dugoročni cilj kod bolesnika postići samostalno obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti i poboljšati provedbu aktivnosti u zajednici. A intervencije vezane uz cilj obuhvaćaju: kreativne tehnike, vježbe relaksacije, vježbe koncentracije i pamćenja, provedba aktivnosti u zajednici, informacijska i terapijska komunikacija te edukativne teme i tehnike samopomoći. Odabrana aktivnost je rad u grupi i aktivnosti samozbrinjavanja, slobodnog vremena i produktivnosti.

Tijekom sljedeće dvije godine bolesnik je bio hospitaliziran samo jedanput, a rehabilitacijski program u grupama polazio je u četiri ciklusa. Glavni ciljevi kroz grupe bili su da se kroz trening socijalnih vještina podigne razina samopouzdanja bolesnika i da se naučene vještine primjene u aktivnostima svakodnevnog života.

Posljednji datirani podatci o bolesniku su iz 2017. godine. Bolesnik je i dalje motiviran za rehabilitacijski program dnevne bolnice. Tijekom tretmana redovit je u dolascima, poštuje zadano vrijeme početka grupe. Na grupama aktivno sudjeluje u radu, uključuje se u rasprave, potiče ostale članove na komunikaciju i rad. Bolesnik se otpušta iz dnevne bolnice nakon ciklusa od devet mjeseci. Bolesnik se otpušta sa značajnim napretkom u socijalizaciji i samostalnosti. Više ne dolazi u pratnji brata ili majke, već dolazi sam na grupe te obavlja poslove kod kuće (odlazak u trgovinu, odlazak liječniku) što ranije nije uspijevaio zbog intenzivnog straha. Kognitivno usporen, ali izuzetno očuvan.

3.3. Proces zdravstvene njege

Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s bolesnikom važno je naglasiti njenu ulogu. Ona promatra bolesnika i na osnovi postojećih simptoma i podataka utvrđuje potrebu za zdravstvenom njegom. Shizofreni bolesnici često su u svijetu svojih halucinacija, promijenjenog ponašanja, često sumnjičavi, a ponekad i agresivni, stoga medicinska sestra mora posjedovati određene vještine komunikacije. Važno je da bude strpljiva, da ne razuvjerava bolesnika te da uspostavi odnos povjerenja. Rad medicinske sestre sa shizofrenim bolesnikom zahtijeva veliko znanje, strpljivost, poznavanje i posjedovanje određenih vještina.

Ciljevi u zdravstvenoj njezi shizofrenih bolesnika su: promicati i unapređivati interakciju između bolesnika i bolesnikove okoline, nastojati povećati psihološku stabilnost bolesnika, osigurati zaštitu, poticati i ohrabrivati obitelj da se uključe u aktivnosti koje potiču bolesnikovu neovisnost. Da bi se ciljevi postigli nužno je individualizirati sestrinske intervencije.

Sestrinske dijagnoze koje prate shizofreniju su:

- **PROMIJENJEN PROCES MIŠLJENJA, SHVAĆANJA I RAZUMIJEVANJA**

Kod bolesnika dolazi do krive prosudbe, poremećaja sna i spavanja, konfuzija u odnosu na okolni svijet, do netočnog i krivog interpretiranja okoline i događaja iz okoline.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije proces mišljenja, shvaćanja i razumijevanja vratiti u realitet.

Intervencije:

- Medicinska sestra će provoditi terapijsku komunikaciju i imati pravilan pristup ka bolesniku
- Medicinska sestra će osigurati sigurno ozračje u emocionalnom smislu za bolesnika
- Pokazivati će želju da shvati i razumije bolesnikovo shvaćanje i razmišljanje, fokusirajući se na osjećaje više nego na sadržaj te pažljivo slušati bolesnika i regulirati slijed i tok misli ako je potrebno
- Medicinska sestra će odbijati rasprave, diskusije i svađu, te na agresiju neće odgovarati agresijom (15).

Evalvacija: Bolesnik se tijekom hospitalizacije većim dijelom vratio u realnost mišljenja, shvaćanja i razumijevanja.

- **ANKSIOZNOST**

Ova dijagnoza može se prepoznati iz bolesnikovih neprikladnih reakcija, siromaštva i oskudnog vidnog kontakta, straha od gubitka kontrole i smanjenog verbalnog kontakta.

Cilj: Tijekom hospitalizacije bolesnik će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti.

Intervencije:

- Medicinska sestra će uspostaviti povjerenje kod bolesnika pažljivim odnosom ispunjenim pružanjem potpore, a kod bolesnika će razviti osjećaj sigurnosti

- Poticati će i ohrabrivati bolesnika da verbalizira vlastite strahove
- Medicinska sestra će pružiti bolesniku pomoć da identificira izvore anksioznosti i područja za koje osjeća zabrinutost
- Poticati će bolesnika na uporabu učinkovitih strategija za suočavanje s anksioznošću kao što su tehnike opuštanja i zaustavljanja misli, meditacija te tjelovježba (15).

Evaluacija: Bolesnik opisuje smanjenu razinu anksioznosti.

- **SOCIJALNA IZOLACIJA**
Očituje se bolesnikovim povlačenjem iz društva, izbjegavanjem kontakta i teškoće u stvaranju kontakata te povlačenjem u vlastiti psihotični svijet.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije razviti pozitivne odnose s drugima.

Intervencije:

- Medicinska sestra će provoditi dodatno vrijeme sa bolesnikom, uspostaviti suradnički odnos i poticati bolesnika da izražava svoje emocije
- Poticati bolesnika na uspostavljanje međuljudskih kontakata i razmjenu iskustava sa drugim bolesnicima
- Medicinska sestra će bolesnika podučiti asertivnom ponašanju, a ohrabriti ga i pohvaliti za svaki napredak
- Potrebno je osigurati željeno vrijeme posjeta za obitelj i prijatelje, a bolesnika uključiti u grupnu terapiju te grupe podrške (15).

Evaluacija: Bolesnik je tijekom hospitalizacije razvio pozitivne odnose s drugima.

- **SMANJEN STUPANJ SAMOPOŠTOVANJA**
Bolesnik verbalizira bezvrijednost, negativne osjećaje o samome sebi, javlja se beznadnost, autizam i krive prosudbe.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije povećati stupanj samopoštovanja.

Intervencije:

- Medicinska sestra će poticati i ohrabrivati pacijenta da verbalizira razmišljanja o samome sebi ili svoje osjećaje
- Pružiti će bolesniku pomoć da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje

- Ohrabrivati ga da prepozna pozitivne karakteristike na samom sebi
- Medicinska sestra će s bolesnikom raspravljati o pozitivnim aspektima njegovog osobnog života kao što su socijalne odnosno društvene vještine, radne sposobnosti, edukacija i obrazovanje, talenti i izgled što kod bolesnika može izazvati osjećaj da je korisna vrijedna i kompetentna ličnost
- Poticati će bolesnika da se koristi duhovnim resursima kao što je molitva ili smisao vjere što može povećati bolji razvoj bolesnikovih resurasa i prihvaćanje njegove koristi (15).

Evaluacija: Bolesnik je tijekom hospitalizacije povećao stupanj samopoštovanja.

- **POREMEĆAJ SPAVANJA**

Bolesnik često ima nesanicu, loš san ometan pojavom halucinacija, nemir tijekom noći što rezultira smanjenom učinkovitošću bolesnika zbog umora.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije imati zadovoljavajući san.

Intervencije:

- Medicinska sestra će podučiti bolesnika tehnikama relaksacije te ga poticati da ih provodi
- Sa bolesnikom će napraviti plan dnevnih aktivnosti
- Po želji bolesnika osigurati će dovoljan broj jastuka
- Prema odredbi liječnika primijenit će lijekove za spavanje te će iz okoline ukloniti čimbenike koje otežavaju spavanje
- Medicinska sestra će bolesniku osigurati njegove uobičajene rituale prije spavanja kao što su topli napitak, molitva, higijena zuba ili tuširanje (15).

Evaluacija: Bolesnik je tijekom hospitalizacije uspostavio zadovoljavajući režim spavanja.

- **NEUPUĆENOST**

Bolesnik ima nedostatak znanja o svojoj bolesti, njenom nastanku i liječenju.

Cilj: Bolesnik će znati opisati svoju bolest i načine liječenja, te važnost uzimanja terapije.

Intervencije:

- Medicinska sestra će poticati bolesnika na usvajanje novih znanja i vještina te učenje prilagoditi bolesnikovim kognitivnim sposobnostima

- Podučiti će bolesnika specifičnom znanju i pokazati specifične vještine, a tijekom edukacije osigurati će pomagala
- Važno je poticati obitelj i bolesnika da postavljaju pitanja i osigurati verbalizaciju naučenog
- Medicinska sestra će pohvaliti bolesnika za usvojena znanja (15).

Evaluacija: Bolesnik opisuje svoju bolest, načine liječenja i stavlja važnost na uzimanje terapije.

- **NARUŠENA VERBALNA KOMUNIKACIJA**
Postoji nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje neologizma, lutajuće izgubljeno verbalno izražavanje te stereotipno ponašanje.

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije komunicirati sa osobljem i drugim bolesnicima.

Intervencije:

- Medicinska sestra će osigurati normalno okruženje koje ne izaziva strah i koje je sigurno za bolesnikovu komunikaciju
- Izbjegavati će rasprave, sukobljavanja ili svađu
- Upotrebljavat će terapijske vještine u komunikaciji kao što su parafraziranje i reflektiranje
- Kada postigne povjerenje bolesnika poticat će ga na komunikaciju sa ostalim bolesnicima na odjelu
- Pohvaliti će bolesnika za uspjeh (15).

Evaluacija: Bolesnik je tijekom hospitalizacije uspostavljao spontanu komunikaciju sa zdravstvenim osobljem i ostalim bolesnicima.

4. RASPRAVA

Uspoređujući podatke iz stručne literature sa podacima iz prikaza slučaja bolesnika X.Y. može se zaključiti kako se podatci podudaraju.

Početak shizofrene bolesti najčešći je između petnaeste i trideset i pete godine života, što se potvrdilo kod bolesnika X.Y. koji je obolio u dvadeset i trećoj godini života. Iz navedenih podataka u ovom radu poznato je da je bolesnik imao starijeg brata koji je također bolovao od shizofrenije, a uloga genetskih čimbenika nedvojbeno je dokazna jer se bolest češće javlja među srodnicima, a rizik raste s porastom genetske blizine.

Tako je poznato i da je shizofrenija psihička bolest koja kod osobe utječe na sposobnost razlikovanja stvarnosti od nestvarnosti, na upravljanje emocijama, misli, odluka i komunikacijom. Postoji poremećaj mišljenja, percepcije i neprikladnog izražavanja gdje dolazi do socijalnog povlačenja i površnosti emocija.

Neprikladno ponašanje vidljivo je iz slučaja kada se neprikladno ponio prema radnom kolegi i pljunuo na njega. Zbog čega je nakon određenog vremena izbačen sa posla što se također slaže sa podacima iz literature gdje se navodi da shizofreni bolesnici često imaju problema u profesionalnom životu što često dovodi do izdvajanja iz društva te konačno do sestrinske dijagnoze socijalne izolacije. Sa ovom sestrinskom dijagnozom nadalje možemo povezati dijagnozu smanjen stupanj samopoštovanja jer bolesnik navodi da se ne osjeća sposobnim niti za jednostavne poslove, osobito ne za sadašnji jer mu jako smeta ljepilo, a samim time osjeća se beskorisnim.

Sestrinska dijagnoza poremećaj spavanja može se povezati sa izjavom bolesnikove majke da bolesnik u zadnje vrijeme izrazito malo spava i da je konstantno napet.

Pozitivni simptomi shizofrenije su deluzije, poremećaj mišljenja i govora, halucinacije i iluzije. Bolesnik X.Y. imao je poremećaj mišljenja, percepcije i neprikladno izražavanje, a postavljena je sestrinska dijagnoza promijenjen proces mišljenja, shvaćanja i razumijevanja. Bolesnik je navodio da njegove tajne iznose na radiju, da ga netko konstantno uhodi, da mu određeni glasovi govore što mora raditi i da razne sile djeluju na njega.

Bolesnik je zbog svega iznimno strahovao i postavljena je dijagnoza anksioznosti. Zbog straha bolesnik je smanjeno izlazio iz kuće samo uz pratnju majke ili brata, ali u jednom trenutku svoje

bolesti bolesnik je počeo smanjeno komunicirati sa svojom obitelji što možemo povezati sa sestrinskom dijagnozom narušena verbalna komunikacija.

Bolesnik je nakon dvadeset godina liječenja postigao relativno dobru remisiju. Više puta je bio hospitaliziran te je polazio rehabilitacijski program dnevne bolnice u ciklusima. Redovito je uzimao lijekove i dolazio u dnevnu bolnicu prema predviđenom vremenu te aktivno sudjelovao. Bolesnik se sa zadnjeg ciklusa od 9 mjeseci otpušta sa značajnim napretkom u socijalizaciji i samostalnosti. Počeo je samostalno izlaziti iz kuće i obavljati poslove u kući i izvan nje, bez prisutstva straha i halucinacija.

Iz navedenog može se zaključiti kako se shizofreni bolesnici mogu gotovo u potpunosti oporaviti uz pravilno uzimanje ordinirane terapije i redovitih dolazaka na rehabilitacijski program.

5. ZAKLJUČAK

Iako se o shizofreniji i njenom liječenju zna puno, još je uvijek dio nepoznat. Shizofrenija je ozbiljna bolest od koje ne pati samo bolesnik već i bolesnikova obitelj. Zato je iznimno važno biti upućen u sve aspekte bolesti, no prije svega važno ju je prihvatiti. Shizofrenija je možda najteža psihička bolest sa kojima se osoba može susresti jer je u njoj izmijenjena realnost. Medicinska sestra kao važan član psihijatrijskog tima najbliža je podrška bolesnicima oboljelima od shizofrenije. Ona uvijek osigurava dovoljno vremena za samog bolesnika i aktivno se zanima za njegove potrebe. Medicinska sestra bolesnicima postavlja pravila, pruža podršku, pomaže im pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti i nadzire uzimanje lijekova te im pomaže pri adekvatnom suočavanju sa stresom.

Shizofrenija je teška i iznimno dugotrajna bolest, stoga je važno raditi na njenoj prevenciji, pravovremenom prepoznavanju, liječenju i rehabilitaciji. Uz redovito i pravilno liječenje oboljeli mogu voditi produktivan i ispunjen život. Redovite liječničke kontrole, terapija i suradnja s medicinskim osobljem izrazito smanjuju rizik od samoubojstva i agresije usmjerene prema drugima. Kako bi se smanjila stigmatizacija oboljelih od shizofrenije važno je educirati obitelj i javnost o ovoj duševnoj bolesti kako bi rehabilitacija i resocijalizacija oboljelih osoba bila što kvalitetnija. Pristup ka svakoj mentalno oboljeloj osobi treba biti profesionalan ali i individualan, u skladu sa njegovim mogućnostima. Uspješnost sestrinske skrbi zahtijeva razumijevanje različitog ljudskog ponašanja, poznavanje sestrinskih principa i sposobnost prilagodbe na različite funkcije. Medicinska sestra se mora trajno usavršavati i educirati u području psihijatrijske zdravstvene njege u svrhu svoje i bolesnikove dobrobiti.

6. LITERATURA

1. Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
2. Štrkljak- Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče: Medicinska naklada; 2011.
3. Orlović I. Shizofrenija. Nove staze. 2018; 35: 46-47.
4. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
6. Rubeša G. Shizofreni poremećaji [Online]. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/25/razum.htm>. (02.08.2018.)
7. Degmečić D. Halucinacije. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
8. Thaller V. i sur. Psihijatrija: suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb: Naklada CSCAA; 1999.
9. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Shizofrenija [Online]. 2000. Dostupno na : <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija> (13.08.2018.)
10. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4: Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. 4 izd. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
11. Restak-Petrović B, Filipčić I. i sur. Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
12. Edukacijski centar. Razumjeti shizofreniju [Online]. Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/edu/sch.htm> (16.08.2018.)
13. Štrkljek-Ivezić S, Bauman L. Shizofrenija put oporavka. Zagreb: Svitanje; 2009.
14. Pap Z. Zdravstvena njega bolesnika s nuspojavama antipsihotika. Sestrinski glasnik- službeni časopis hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS). 2017; 22: 27-28.

15. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.
16. Arbanas G. Psihijatrija. Zagreb: Naklada slap; 2008.
17. Luderer H-J. Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću. Zagreb: Naklada slap; 2006.
18. Jakovljević M. Suvremena farmako terapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb; Medicinska naklada; 2001.
19. Kajba Filko M, Pušić I. Rehabilitacija u psihijatriji. 21.Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestra/ tehničara HUMS-a: istraživanje u psihijatrijskom sestinstvu, multidisciplinarni pristup u psihijatriji. Opatija; 2015.
20. Kučukalić A, Kulenović A, Mehmedbašić A. Vodič za liječenje shizofrenije [Online]. 2006. Dostupno na: <https://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/MZ-vodic-za-lijecenje-shizofrenije.pdf> (24.08.2018.)

7. SAŽETAK

Shizofrenija je psihička bolest koja kod osobe utječe na sposobnost razlikovanja stvarnosti od nestvarnosti. Kod oboljelih osoba postoji poremećaj mišljenja, percepcije i neprikladnog emocionalnog izražavanja gdje dolazi do socijalnog povlačenja. Stopa pojavnosti shizofrenije iznosi 0,5 do 1%, a u Hrvatskoj ima oko 19000 shizofrenih bolesnika. Simptomi shizofrenije dijele se na pozitivne i negativne. Najčešći simptomi u shizofrenog bolesnika su deluzije, poremećaj mišljenja i govora, halucinacije i iluzije. Shizofrenija se dijeli na više tipova, a tip se određuje na temelju prisutnosti tipičnih simptoma. Dijagnoza shizofrenije postavlja se prema desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti, a tijek može napredovati od premorbidne faze sve do kronične faze. Liječenje shizofrenije dugotrajan je proces, a uključuje medikamentozno liječenje, psihoterapiju i socioterapiju. Za bolesnikov oporavak najznačajnija je rehabilitacija koja dovodi do povratka bolesnika u stanje u kakvom je bio prije pojave bolesti. Glavna sastavnica rehabilitacije je socioterapija koja se najčešće provodi u sklopu dnevne bolnice. Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji shizofrenih bolesnika je velika, a sastoji se od brige za bolesnikovo duševno i tjelesno zdravlje. Medicinska sestra je prva u kontaktu sa bolesnikom i s njime provodi najviše vremena, uočava promjene te iznosi svoja zapažanja. Od medicinske sestre se očekuju dobro razvijene komunikacijske vještine koje će bolesniku osigurati osjećaj prihvaćenosti i podršku. Medicinska sestra procjenjuje stanje bolesnika, planira i provodi zadane intervencije te evaluira. Najčešće sestrinske dijagnoze koje prate shizofreniju su: promijenjen proces mišljenja, anksioznost, socijalna izolacija, smanjen stupanj samopoštovanja, poremećaj spavanja i narušena verbalna komunikacija.

U radu je prikazan slučaj bolesnika oboljelog od shizofrenije koji se relativno dobro opravio nakon rehabilitacijskog programa. Podatci za prikaz slučaja prikupljeni su pomoću medicinske dokumentacije na odjelu psihijatrije u Općoj bolnici Bjelovar.

Ključne riječi: shizofrenija, rehabilitacija, medicinska sestra

8. SUMMARY

Schizophrenia is a psychiatric illness that affects a person's ability to differentiate between reality and non-existence. There is a disturbance of thinking, perception, and inappropriate emotional expression in socially disadvantaged people. The rate of schizophrenia is 0.5 to 1%, and in Croatia there are about 19,000 schizophrenic patients. The symptoms of schizophrenia are divided into positive and negative. The most common symptoms in schizophrenic patients are delusions, disturbances of thought and speech, hallucinations and illusions. Schizophrenia is divided into several types, and type is determined based on the presence of typical symptoms. Diagnosis of schizophrenia is based on the tenth edition of the International Classification of Diseases, and the course can progress from the premorbid phase to the chronic phase. Schizophrenia treatment is a long lasting process, involving medication, psychotherapy and sociotherapy. For the patient's rehabilitation, the most significant is the rehabilitation that leads to the return of the patient to the state of the disease before the illness. The main component of rehabilitation is sociotherapy that is most commonly performed within the daily hospital. The role of nurses in the rehabilitation of schizophrenic patients is great, and consists of care for the patient's mental and physical health. The nurse is first one in touch with the patient and she is spending most of her time with him, noticing changes, and raising her observations. From the nurse are expected to have well-developed communication skills that will provide the patient with a sense of acceptance and support. The nurse evaluates the patient's condition, plans and carries out the default intervention and evaluates it. The most common nursing diagnoses that accompany schizophrenia are: changed thinking process, anxiety, social isolation, reduced self-esteem, sleep disturbance, and distorted verbal communication.

This paper presents a case of patients with schizophrenia who was relatively well restored after the rehabilitation program. Case report data were collected through medical documentation at the psychiatric department at Bjelovar General Hospital.

Keywords: schizophrenia, rehabilitation, nurse

OPĆA BOLNICA BJELOVAR
ETIČKO POVJERENSTVO



1070574	REPUBLIKA HRVATSKA	
Opća bolnica Bjelovar		
Primljeno:	14.06.2018	
Klasifikacijska oznaka	Org. jed.	
021-01/18-05/02	2103-72-12;	
Uredžbeni broj	Prilozi	Vrijednosti
2103-72-12-18-02	0	-

NATALIJA BARIŠIĆ
VODOSTAJ 59 D
47000 KARLOVAC

Predmet: **„Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije“**

- suglasnost na provođenje istraživanja

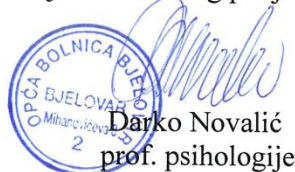
Na temelju Vaše zamolbe Etičko je povjerenstvo OB Bjelovar razmotrilo plan i način ispitivanje odnosno dostavljenu dokumentaciju o istraživanju pod nazivom „Uloga medicinske sestre u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije“.

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 uz uvjet dostavljanja Izjave o povjerljivosti sukladno Uredbi 2016/679 EU o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i slobodnom kretanju takvih podataka, obzirom da će se studentici dati na uvid osobni podaci o pacijentima. Izjavu je potrebno dostaviti ovom povjerenstvu.

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, <u>27.09.2018.</u>	NATALIJA BARIŠIĆ	Natalija Barišić

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

NATALIJA BARIŠIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 27.09.2018.

Katalija Barišić

potpis studenta/ice