

# Uloga medicinske sestre u procesu zdravstvene njege bolesnika oboljelog od paranoidne shizofrenije

---

**Antolović, Mateja**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2019**

*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:144:132800>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-22**



*Repository / Repozitorij:*

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PROCESU  
ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA OBOLJELOG OD  
PARANOIDNE SHIZOFRENIJE**

Završni rad br. 56/SES/2019

Mateja Antolović

Bjelovar, lipanj 2019.



**Veleučilište u Bjelovaru**  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Antolović Mateja** Datum: 08.07.2019. Matični broj: 001589  
JMBAG: 0314015400

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u procesu zdravstvene njege bolesnika oboljelog od paranoidne 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: 56/SES/2019

Studentica će u radu prikazati proces zdravstvene njege bolesnika oboljelog od paranoidne shizofrenije sa posebnim osvrtom na sestrijske dijagnoze vezane uz navedenu temu. U radu je potrebno objasniti etiologiju, epidemiologiju, kliničku sliku i liječenje paranoidne shizofrenije. Potrebno je opisati ulogu medicinske sestre u procesu liječenja navedene bolesti na sve tri razine zdravstvene zaštite – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj.

Zadatak uručen: 08.07.2019.

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



### *Zahvala*

Zahvaljujem svojim roditeljima što su mi omogućili ovo studiranje i na neizmornoj podršci tijekom studiranja, svom bratu, zaručniku Krešimiru koji me je podupirao, čekao i imao strpljenja kroz sve tri godine moga školovanja i svojim prijateljima.

Zahvaljujem mentorici, profesorici Tamari Salaj dipl. med. techn. na pomoći i uloženom trudu oko izrade ovog rada i svim profesorima i predavačima Veleučilišta Bjelovar Stručnog studija sestrinstva.

# Sadržaj

|   |    |
|---|----|
| 1. UVOD .....   | 1  |
| 2. CILJ RADA.....   | 2  |
| 3. METODE .....   | 3  |
| 4. SHIZOFRENIJA .....   | 4  |
| 4.1. Epidemiologija i etiologija .....                                    | 4  |
| 4.2. Simptomi i znakovi .....   | 5  |
| 4.3. Tipovi shizofrenije .....  | 8  |
| 4.3.1. Paranoidni tip shizofrenije.....                                   | 9  |
| 4.3.2. Hebefreni tip shizofrenije.....                                    | 9  |
| 4.3.3. Katatona forma .....   | 9  |
| 4.3.4. Shizoafektivni poremećaj .....                                     | 10 |
| 4.3.5. Nediferencirana shizofrenija .....                                 | 10 |
| 4.3.6. Rezidualni tip shizofrenije.....                                   | 10 |
| 4.3.7. Simplex forma .....  | 10 |
| 4.3.8. Postshizofrena depresija .....                                     | 11 |
| 4.4. Dijagnoza bolesti.....   | 11 |
| 4.5. Tijek bolesti.....   | 12 |
| 4.6. Liječenje .....  | 13 |
| 4.6.1. Liječenje lijekovima .....   | 14 |
| 4.6.2. Elektrokonvulzivna terapija (EKT) .....                            | 15 |
| 4.6.3. Psihoterapija i socioterapija.....                                 | 17 |
| 4.7. Edukacija obitelji shizofrenog bolesnika.....                        | 19 |
| 4.8. Prehrana shizofrenih bolesnika .....                                 | 19 |
| 4.9. Uloga medicinske sestre .....  | 21 |
| 4.10. Proces zdravstvene njege bolesnika s paranoidnom shizofrenijom..... | 22 |
| 4.10.1. Sestrinske dijagnoze .....  | 22 |

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 5. ZAKLJUČAK .....       | 34 |
| 6. LITERATURA.....       | 36 |
| 7. OZNAKE I KRATICE..... | 38 |
| 8. SAŽETAK.....          | 39 |
| 9. SUMMARY .....         | 40 |

# 1. UVOD

Kroz povijest mišljenja i stavovi o psihički oboljelim osobama su se izrazito mijenjali. Nekada su takve osobe bile izolirane od strane obitelji i društva, smatralo ih se demonima i zlim silama. Pojam psihijatrija uveo je Johann Christian Reil a datira još iz 1808. godine. Riječ psihijatrija dolazi od grčkog *psyhe* – duša i *iatrea* – liječenje, a označava granu medicine koja proučava, sprječava i liječi psihičke poremećaje. Psihički poremećaji, odnosno psihičke bolesti su stanja koja vode do određenih promjena u čovjekovom ponašanju, mišljenjima, osjećajima, doživljavanju vlastite osobnosti i okoline (1).

Postoji puno psihičkih poremećaja a shizofrenija je jedna od bolesti u psihijatriji. Shizofrenija (grč. *Schizophrenia*) je duševna bolest za koju se često kaže da je rascijep duše. To je poremećaj u psihijatriji koji označava kroničnu mentalnu bolest kod koje se smanjuje sposobnost razmišljanja uz otežanu percepciju stvarnosti, uzrokuje promjene u ponašanju, slabo izražavanje osjećaja i emocija, dovodi do poremećaja životnog funkcioniranja kako obiteljskog, tako i socijalnog i radnog. Bolest se najčešće manifestira kroz paranoju, iluzije i zvučne halucinacije, neorganiziran govor i neorganizirane misli, poremećaj doživljavanja vlastite osobnosti, povlačenje iz stvarnog života. Osobe koje boluju od shizofrenije mogu oboljeti od bilo koje organske bolesti, a najčešće su to metaboličke bolesti, bolesti kardiovaskularnog sustava, maligne i upalne bolesti. Pokraj organskih oštećenja postoje i psihička koja idu u komorbiditetu sa shizofrenijom, od kojih su najčešća depresija, poremećaji ličnosti i ovisnosti. Shizofrenija se dijeli na paranoidnu, hebefrenu, katatonu, nediferenciranu, rezidualnu, nespecificiranu, shizofreniju simplex (2).

Medicinska sestra aktivno sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika u svim aspektima sestrinske skrbi, najbliža je bolesniku i njegovoj obitelji i prva uočava promjene kod bolesnika. U psihijatrijskoj njezi medicinska sestra je nužan član tima i njena skrb za psihijatrijskog bolesnika ima svoje osobitosti. Rad s bolesnicima oboljelim od shizofrenije je dugotrajan proces i zahtjeva strpljivost i iskustvo medicinske sestre te njenu motiviranost za skrb uz terapijsku komunikaciju s bolesnikom i suradnju s njegovom obitelji.

Tema ovog završnog rada vezana je za paranoidnu shizofreniju koja je i jedna od najčešćih tipova te ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika koji boluje od iste. Koncept rada podijeljen je u dio gdje se opisuje klinički dio, klinička slika bolesti, dijagnoza i liječenje bolesti dok se drugio dio odnosi na proces zdravstvene njege kod bolesnika koji boluju od paranoidne shizofrenije.

## **2. CILJ RADA**

Cilj rada je prikazati kliničku sliku, dijagnostiku, liječenje, proces zdravstvene njege i ulogu medicinske sestre kod bolesnika oboljelog od paranoidne shizofrenije kroz proučavanje stručne literature.



### **3. METODE**

Pri obradi teme korištena je stručna literatura, stručne knjige, stručni članci, knjige za medicinske studije, udžbenici za medicinske škole i internetski izvori.

## 4. SHIZOFREN IJA

Shizofrenija je psihička bolest a posljedica je biokemijskih posljedica u mozgu. To je poremećaj koji dovodi do promjena u ponašanju, poremećaja važnih životnih funkcija i ponašanja, dovodi do oštećenja radnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja. Naziv shizofrenija dolazi od grčkih riječi *shizo* što znači cijepam i *fren* što znači duša ili razum. Sam izraz shizofrenija upotrijebio je Eugen Bleuer 1911. godine a do tada bolest se nazivala *Dementia precoex* - mladenačko ludilo. Uzrok ove ozbiljne bolesti i dan danas je nepoznat, smatra se da su uzrok biološki, psihološki i socijalni čimbenici koji predstavljaju važnu ulogu u nastanku bolesti. Biološki čimbenici koji daju predispoziciju shizofreniji mogu biti virusni, genetski, porođajna i prenatalna oštećenja mozga, poremećaji u prehrani, stres i psihotrauma, nezdrava obiteljska komunikacija itd. (3). Bolest se najčešće javlja kod žena između 25. i 34. godine života dok kod muškaraca nešto ranije, između 15. i 24. godine života. Iako se većinom javlja u mlađoj životnoj dobi može se dogoditi da se pojavi i u srednjoj pa tako i u starijoj dobi. Ukoliko se bolest javi tijekom adolescencije, prve simptome je teško razlikovati od uobičajenog ponašanja djevojaka ili mladića u tijeku odrastanja a prepoznavanje prvih znakova je od izrazite važnosti kako bi se na vrijeme moglo započeti liječenje. Oboljele osobe mogu imati i epizode koje su izvan bolesti a koje mogu potrajati godinama, u kojima nemaju simptome bolesti ili oni mogu biti vrlo blagi. Kod nekolicine oboljelih simptomi su stalno prisutni i otežavaju život i funkcioniranje u svim aspektima života. Ukoliko se na vrijeme krene s liječenjem bolesti to može pomoći da se epizode rjeđe javljaju i s manje izraženim simptomima uz bolju kvalitetu života (4).

### 4.1. Epidemiologija i etiologija

Zabilježeno je da od shizofrenije češće obolijeva populacija sa seoskog područja nego ona s gradskog i populacija nižeg socioekonomskog statusa. Jednako obolijevaju osobe oba spola ali se kod muškaraca javlja nešto ranije, u dobi između 15. i 24. godine života, dok kod žena u dobi između 25. i 34. godine. Postoje i teorije da su češća oboljenja kod osoba koje su rođene zimi a uzrok tome su učestala oštećenja intrauterinih i perinatalnih oštećenja mozga virusnim infekcijama. Prema zabilježjima SZO-a, u svijetu od shizofrenije trenutno boluje oko 45 milijuna ljudi. U Hrvatskoj taj broj je 18 000, dok je u SAD-u 2,5 milijuna oboljelih. Od

shizofrenije zapravo boluje 1% populacije, a godišnje se zabilježi 2-4 osobe na 10 000 stanovnika (3). Osobe oboljele od shizofrenije žive otprilike 20-30 godina kraće u odnosu na opću populaciju. Iako žive kraće, danas se uspješno provode dugotrajne i trajne remisije bolesti. Razlog kraćeg životnog vijeka je i visoka stopa suicida shizofrenih bolesnika, 10 – 25%, jednaka je u muškog i u ženskog spola. Ukoliko se pokaže lošiji ishod bolesti uzrok tome mogu bit: rani početak bolesti, ograničeni resursi, odloženo ili zakašnjelo liječenje, neprimjereno liječenje te kognitivna oštećenja (5).

Uzrok shizofrenije i dan danas je nepoznat ali kao i u nekim drugim psihičkim ili organskim bolestima, postoje faktori koji mogu utjecati na nastanak bolesti. Postoje različiti čimbenici koji mogu utjecati na nastanak bolesti a možemo ih podijeliti na biološke i psihosocijalne. Biološki čimbenici odnose se na promjene vezane u mozgu i genetsku predispoziciju a psihosocijalni na činitelje iz okoline koji uzrokuju stres. Genetska predispozicija shizofrenije u obitelji može biti rizični faktor dok faktori iz okoline kao što su gubitak voljene osobe, nemogućnost svladavanja stresa i slično, moraju biti prisutni da bi se bolest pojavila. To saznanje je od izrazite važnosti jer može utjecati na liječenje bolesnika (4). Osim genetske predispozicije, kod bolesnika je utvrđena veća učestalost porođajnih komplikacija u odnosu na opću populaciju.

## **4.2. Simptomi i znakovi**

U shizofreniji postoji nekoliko klasifikacija simptoma. Postoje simptomi prvog i drugog reda po Kurt Schneideru s tim da su za shizofreniju bitni oni prvog reda, a druga klasifikacija je po Eugenu Bleureru po kojima on dijeli simptome na osnovne ili fundamentalne i sporedne ili akcesorne a za shizofreniju tu su bitniji fundamentalni, tzv. „4 a“ simptomi.

Simptomi prvog reda po K. Schneideru su:

- halucinatorna ozvučenost vlastitih misli
- slušne halucinacije u obliku dijaloga
- slušne halucinacije u kojima se komentiraju postupci pacijenta
- cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelo

- osjećaj oduzimanja ili nametanja misli
- osjećaj da drugi znaju što bolesnik misli
- sumanuto opažanje
- nametnuti ili kontrolirani porivi, osjećaji i volja.

Fundamentalni simptomi po Bleureru, tzv. „4 a“ označavaju:

- poremećaj asocijacije
- ambivalenciju
- autizam
- afektivnu disocijaciju ili disocijaciju mišljenja.

Danas se najčešće ističe podjela simptoma na pozitivne i negativne. Prema tome pozitivne/psihotične simptome označava iskrivljavanje ili suvišak psihičkih funkcija a to su sumanute ideje i halucinacije, i prisutni su u akutnoj fazi bolesti. Negativni simptomi karakterizirani su gubitkom ili smanjenjem normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti poput alogije, abulije, anhedonije, a pojavljuju se u kroničnoj fazi bolesti (3).

Postoje i specifični simptomi shizofrenije koji su u vezi sa psihopatološkim procesima, to su:

### **1. Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti**

*Sumanute ideje* odraz su bolesnog doživljavanja stvarnosti u bolesnika, on u njih vjeruje i ponaša se u skladu s njima, nisu realne i nisu logične.

*Iluzije i halucinacije* predstavljaju teške poremećaje i vrlo su česte. Bolesnik ima percepciju nečega što ne postoji. Načestće su te halucinacije slušne (određeni zvukovi, šumovi, pucketanja, dijalози, komentari, razgovori, jasni glasovi i sl.) i obično dolaze izvana a ponekad i iz bolesnikova tijela ili njegovih organa. Slušne halucinacije mogu biti vrlo neugodne za bolesnika jer su optužujuće ili zapovjedničke a rijetko kada prijateljske i ugodne. Pokraj slušnih halucinacija prisutni su i fenomeni ozvučenja vlastitih misli, halucinatornog dijaloga ili glasa koji komentira bolesnikove postupke, halucinacije u vidu organskih osjeta tzv. cinestetičke,

taktilne ili haptičke, halucinacije vezane za dodir, mirise (olfaktorne) i okuse (gustatorne) te vidne halucinacije ili optičke.

*Poremećaj doživljavanja vlastitog ja* očituje se kroz gubitak osjećaja osobnih želja, emocionalnog stanja i postupaka, gubitak granica vlastitog ja, depersonalizaciju, dezintegraciju ličnosti, fenomen transformacije ličnosti, fenomen derealizacije ili metamorfopsije okoline (bolesnik uviđa čudnu promjenu okoline) i nedostatak kritičnosti i uvida u svoju bolest jer bolesnici koji boluju od shizofrenije često poriču da su bolesni i odbijaju liječenje (3).

## **2. Povlačenje iz stvarnosti**

*Autizam* je povlačenje iz stvarnosti u svoj vlastiti svijet koje može biti jače ili slabije izraženo. *Katatonni stupor* označava stanje u kojem bolesnik ima potpunu motoričku blokadu dok mu je senzorička sposobnost očuvana, zapravo on sve čuje, prati i registrira što se događa oko njega ali ne može reagirati (3).

## **3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti**

*Disocijacija ili rascijep misli* označava poremećaj u kojem oboljeli svoje misli oblikuje na osnovu slučajnih asocijacija. *Raspad pojmova* je situacija u kojoj bolesnik gubi značenje za određene pojmove ili daje pojmovima drugo, svoje značenje. *Mehanizam kondenzacije* je povezivanje ideja, imaju nešto zajedničko ali nemaju nikakve logike. *Proces zamjene i istiskivanja ispravnog pojma* je stanje gdje asociirana ideja zamjenjuje ispravnu. *Simbolizam* označava krivu uporabu simbola u konkretnom značenju. *Idoafektivna disocijacija* predstavlja nesklad u emocijama i mišljenju

*Afektivna dezorganizacija* koju čine afektivna inverzija, paramimija i afektivna ambivalencija.

*Dezorganizirano ponašanje* koje se očituje kao *katatono motoričko ponašanje* koje može biti smanjeno ili hiperaktivno. Smanjena reaktivnost označava semi – stupor ili stupor a pojačana reaktivnost je kada bolesnik viče, ruši, psuje i razbija sve oko sebe. *Manirizam* kroz kojeg bolesnik ima neprirodne i bizarne kretnje, *stereotipije* koje se očituju kao ponavljanje istih nesvršishodnih pokreta, radnji ili govora, *ehopraksija* ili automatsko imitiranje osoba koje bolesnik ugleda, *automatska pokornost* gdje bolesnik pokorno izvršava naredbe od bilo koga, *impulsivne reakcije* u kojima bolesnik iznenada potrči i nekoga udari, *psihomotorička hiperkinezija* koja se očituje kao nesvršishodna hiperaktivnost pa sve do katatone pomame,

*katatona pomama* koja je stanje prevelike uzbuđenosti bolesnika, bijesa ili agresivnosti te *heboidno ponašanje* što katarakterizira luckasto i budalasto ponašanje u bolesnika (3).

#### **4. Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti**

*Emocionalno ponašanje* koje označava da bolesnik prema okolini pokazuje emocionalnu hladnoću koja se može očitovati kao emocionalno povlačenje, afektivna krutost, anhedonija, atimija, atimohormija, slabljanje volje.

*Osiromašenje psihomotorike* označava negativizam, psihomotorička hipokinezija, katalepsija i voštana savitljivost.

*Kognitivno osiromašenje* očituje se kroz alogiju, stereotipno ponašanje, slabljenje apstraktnog mišljenja, slabost pažnje, slabljenje životne motivacije i vitalnih dinamizama.

*Poremećaji ponašanja socijalnog funkcioniranja* u kojima razlikujemo paranoidno ponašanje koje je potaknuto sumanutim idejama, autodestruktivno ponašanje gdje se bolesnik samoozljeđuje i agresivno ponašanje koje je najčešće u katatonoj shizofreniji.

Kako shizofreniju prate specifični simptomi tako ju prate i nespecifični simptomi pod kojima se najviše spominju anksioznost, depresija i seksualna disfunkcija (3).

### **4.3. Tipovi shizofrenije**

Postoji više vrsta shizofrenije a one ovise o simptomima koje se pojavljuju tijekom oboljenja. Prema MKB – 10 razlikujemo slijedeće tipove shizofrenije: paranoidnu (F20.0), hebefrenu (F20.1), katatonu (F20.2), nediferenciranu (F20.3), postshizofrenu depresiju (F20.4), rezidualnu (F20.5), jednostavnu ili simplex shizofreniju (F20.6). Dok prema DSM – IV postoji: dezorganizirani tip shizofrenije (295.10), paranoidni tip (295.30), katatoni tip (295.20), nediferencirani (295.90), rezidualni (295.60), shizofreniformni tip shizofrenije (295.49) i shizoafektivni (295.79) poremećaj (6).

#### **4.3.1. Paranoidni tip shizofrenije**

Ovaj tip shizofrenije je najčešći i pogađa populaciju između 30. i 40. godine života. Bolest u ovom tipu većinom počinje naglo, čak kroz nekoliko dana ili tjedana se može razviti niz paranoidnih misli. Tijek paranoidnog tipa je različit. U nekim slučajevima javljaju se remisije s egzacerbacijama dok u nekim slučajevima bolest postepeno prelazi u kronični oblik (7). Za paranoidnu shizofreniju tipična je prisutnost sumanutih misli i halucinacija koje određuju ponašanje bolesnika u akutnoj fazi bolesti. Prisutne su deluzije progona, veličine i ljubomore, a uz te deluzije povezane su i halucinacije. Kod bolesnika se javljaju dominacije sumanutih misli i halucinacija, no bolest može početi i s drugim simptomima poput poremećaja afekta i mišljenja ili obmane osjetila i sumanutosti. Tijek bolesti kod većine bolesnika je povoljan i uspješno se liječi psihofarmacima na koje simptomi dobro reagiraju a remisije se brzo postižu (3). Kod nekih bolesnika pojavljuju se problemi rodnog identiteta što se očituje strahom da će drugi pomisliti da je homoseksualac. Stres može pogoršati bolesnikove simptome te je od iznimne važnosti pacijenta otkloniti stresa. Zanimljiva je činjenica da osobe koje su imale kasniji početak bolesti i dobro životno funkcioniranje prije oboljenja su ujedno i najrizičnije za počinjenje samoubojstva (8).

#### **4.3.2. Hebefreni tip shizofrenije**

Ovaj tip karakteriziran je izraženim formalnim poremećajem mišljenja, bizarnim, luckastim i blesastim ponašanjem, nepovezanim govorom i osjećajem tuposti. Bolest se obično pojavljuje u pubertetu, odnosno u ranoj adolescenciji. Prognoza ovog tipa poprilično je loša jer se brzo razvija i bolesniku polako propada ličnost i dolazi do izrazite socijalne izolacije (3).

#### **4.3.3. Katatona forma**

Katatoni tip u današnje vrijeme iznimno je rijedak. Kroz kliničku sliku uviđaju se simptomi poput katatonog stupora ili rigidnosti, smanjeni su ili potpuno izgubljeni kontakti s okolinom a može doći i do izrazite katatone uzbuđenosti. Izražena je stereotipija u motorici, govoru i mišljenju. Od simptoma se još javljaju negativizmi, automatizmi i mutizmi. Tijek katatone forme shizofrenije uglavnom je dobar i ima dobre remisije i recidive, osim kada dođe do smrtne katatonije. Smrtna ili maligna katatonija jako je rijetka i ne može se prekinuti s

klasičnim antipsihoticima, a očituje se kroz jaka psihomotorička uzbuđenja ili jakom ukočenosti (3).

#### **4.3.4. Shizoafektivni poremećaj**

Ovaj oblik shizofrenije karakteriziran je simptomima shizofrenije i afektivne psihoze a razlikujemo depresivni i manični tip. U maničnom tipu bolesnici imaju simptome koji su karakteristični za maniju i neke od shizofrenih simptoma, dok se u depresivnom tipu očituje slika depresije uz barem jedan od osnovnih simptoma shizofrenije (3).

#### **4.3.5. Nediferencirana shizofrenija**

U ovom tipu shizofrenije ne dominira niti jedna grupa simptoma da bi se mogla svrstati u neki drugi oblik shizofrenije (9).

#### **4.3.6. Rezidualni tip shizofrenije**

Kod rezidualnog tipa shizofrenije pozitivni simptomi uglavnom su odsutni (sumanutosti, halucinacije, smeteno ponašanje i govor) no postoje trajna oštećenja od negativnih simptoma, bizarna uvjerenja ili neuobičajena percepcija (9). Tijek rezidualnih simptoma je promjenjiv i vremenski ograničen pa može doći do faza gdje se simptomi potpuno povuku ili do potpunog razvijanja simptoma (6).

#### **4.3.7. Simplex forma**

Karakterizirana je negativnim simptomima i početak bolesti uglavnom kreće postupno. Bolesnik osjeća da se mijenja i samim time se povlači u svoj svijet a nakon toga i okolina primjećuje bolesnikove promjene i ponašanje. Mišljenje bolesnika se poremeti, dolazi do afektivnog osiromašenja a kasnije i do pustoši. Bolest gotovo uvijek prelazi u kronični oblik a tijekom bolesti je progredirajući i pogoršavajući. Psihofarmaci nisu od prevelike pomoći (3).



#### **4.3.8. Postshizofrena depresija**

Radi se o depresivnoj epizodi koja se javlja kada su shizofreni simptomi već oslabljeni, odnosno ne dominiraju kliničkom slikom. Depresivna epizoda može biti produljena i predstavlja produžetak bolesti. Kod osoba s postpsihotičnom depresijom visok je rizik za samoubojstvo (6).

### **4.4. Dijagnoza bolesti**

Dijagnoza shizofrenije u nekim slučajevim može biti otežana i teško je odlučiti se u koju formu bolesti pripadaju određeni simptomi jer simptomi koji postoje mogu pripadati raznim oblicima shizofrenije. U ranom stadiju bolesti pacijenti mogu imati puno smetnji kao što su manično – depresivne psihoze ili druge psihoze, neurotičnost, promjene ličnosti i sl. (7).

Ne postoji pretraga kojom bi se odmah mogla postaviti dijagnoza bolesti. Za postavljanje dijagnoze potreban je određen skup pretraga. Prije svega, potrebno je rutinski odraditi pretrage kao što su: kompletna krvna slika (KKS), analiza urina, jetrene transaminaze, funkcije štitnjače, EKG, EEG, CT, MR, neuropsihologijsko testiranje. Dijagnoza se na poslijetku postavlja na cijelokupnoj i opširnoj obiteljskoj anamnezi i ranom prepoznavanju simptoma. Važno je uključiti kako bolesnika, tako i njegovu obitelj u postavljanje dijagnoze ali isto tako i uži krug prijatelja, tj. ljudi koji su u bliskom odnosu s oboljelim. U Hrvatskoj za postavljanje dijagnoze liječnici se služe klasifikacijskim kriterijima MKB – 10 i američkom klasifikacijom DSM – IV (1).

Kriteriji za postavljanje dijagoze kod shizofrenog poremećaja prema SZO, a sukladno 10. izdanju Međunarodnoj klasifikaciji bolesti obuhvaćaju:

- ozvučenje, nametanje ili oduzimanje misli
- sumanute ideje o utjecaju, upravljanju ili pasivnosti a koje se jasno odnose na tijelo ili pokrete ekstremiteta ili na specifične misli, postupke ili osjećaje i sumanuto opažanje
- halucinatorni glasovi koji komentiraju ponašanje bolesnika , raspravljaju se ili neke druge slušne halucinacije
- postojanje drugih vrsta sumanutih ideja, npr. nadljudska ponašanja

- postojanje obmane osjetila bilo kojeg modaliteta kada su praćena prolaznim ili nedovoljno uobličenim sumanutim idejama bez jasnog sadržaja, precijenjenim idejama, ili kada se javljaju mjesecima ili tjednima
- blokada mišljenja ili umetanja u tijek mišljenja s posljedicom nepovezanog govora
- katatono ponašanje, katatona uzbuđenost, voštana savitljivost, negativizam, stupor i mutizam
- negativne simptome: oskudni govor, otupjeli osjećaji, izrazita apatija, društveno povlačenje, a posljedica su farmakoterapije ili depresije
- promjena svih osobina bolesnika i promjena ponašanja koja se očituje kao gubitak zanimanja, besciljnost, preokupiranost samim sobom, povlačenje od društva (10).

#### **4.5. Tijek bolesti**

Tijek ove bolesti je pod različitim utjecajima okoline, oni mogu biti vezani za stres ili za neke druge čimbenike u okolini. Tijek ima: prodromalnu, akutnu i kroničnu fazu. Osoba koja boluje od paranoidne shizofrenije može pokazivati psihotične simptome već od 2 do 12 mjeseci prije nego se obrate liječniku za pomoć. Tijekom premorbidne faze simptomi bolesti ne moraju biti uočljivi. Bolesnici mogu pokazivati poremećeno društveno umijeće, blagu dezorganizaciju, poremećaj percepcije, smanjenu sposobnost doživljavanja vlastitog zadovoljstva ili neke druge opće sposobnosti. U prodromalnoj fazi mogu se pojaviti subklinički simptomi, a oni uključuju: povlačenje ili izolaciju, razdražljivost, neobične misli, poremećaj percepcije, sumnjičavost i dezorganizaciju, zanemarivanje osobne higijene i čudno ponašanje. Početak jasne shizofrenije gdje se pojavljuju jasne halucinacije i iluzije može biti iznenađujuće te se može javljati tijekom nekoliko dana ili tjedana, a može biti i podmukao i polagan i kao takav može trajati nekoliko godina. U srednjoj fazi bolesti simptomi mogu biti povremeni, mogu se javljati s jasnim egzacerbacijama i remisijama a mogu biti i trajni kada dolazi do pogoršavanja funkcionalnih ispada. U kasnijoj fazi simptomi se mogu umanjiti a isto tako i sposobnosti bolesnika (11).

Akutna faza bolesti obično je potaknuta s emocionalnim traumama i u njoj su oštećeni psihički procesi kao npr. percepcija, govor, misli itd. Osjetljivost shizofrenog bolesnika na stres

aktivna je tijekom cijelog života. Kod liječenih bolesnika stopa relapsa iznosi 40% tijekom 2 godine liječenja, dok u neliječenih bolesnika taj broj je 80%. Shizofrenije ne mora nužno biti kronična bolest i čak 30% oboljelih se u potpunosti oporavi. Dobru prognozu bolesti većinom imaju bolesnici s kasnijim početkom, akutnim nastupom bolesti, bolesnici koji su imali dobru radnu i socijalnu aktivnost prije oboljenja, oženjeni/udani, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za poremećaje raspoloženja, dominacijom pozitivnih simptoma, višim kvocijentom inteligencije. Lošiju prognozu imaju oboljeli s ranim nastupom bolesti, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za shizofreni poremećaj, neoženjeni/neudani, bez percipitirajućih faktora, s lošim radnim i socijalnim funkcioniranjem prije oboljenja, dominacijom negativnih simptoma shizofrenije, bez remisije kroz 3 godine, s brojnim relapsima, osobe koje su sklone agresivnom ponašanju, s niskim kvocijentom inteligencije i lošim suportivnim sustavom (12).

#### **4.6. Liječenje**

Liječenje shizofrenije najčešće započinje hospitalizacijom gdje je ključno odrediti medikamentozno liječenje. Hospitalizacija se provodi u svrhu redovnog uzimanja terapije, zaštite tjelesnog integriteta bolesnika, zaštite okoline, obitelji i radnog okruženja. Tijekom liječenja akutne faze bolesti koriste se antipsihotici (12). Bolesnici koji se rano liječe, imaju brži i potpuniji oporavak. Ako nema trajne primjene antipsihotika 70-80% bolesnika ima kasniji napada unutar 12 mjeseci. Trajnom primjenom antipsihotika može se smanjiti pojava recidiva tijekom 1. godine na 30% (11). Nužno je započeti što ranije liječenje shizofrenog poremećaja ali to je na žalost ponekad doista teško i nemoguće jer se oboljeli obrate liječniku već kada je bolest prisutna duže vrijeme. Danas se liječenje shizofrenije bazira na psihofarmacima, razičitim oblicima radne terapije, okupacijske terapije, psihoterapije i socioterapije. U liječenje osobe koja je oboljela od poremećaja treba uključiti i njegovu obitelj. To se najčešće provodi kroz psihoedukaciju obitelji koja je od izrazite važnosti za liječenje oboljelog. Liječenje shizofrenog poremećaja je doista dugotrajno a ponekad i doživotno (3).

Veliku važnost u liječenju paranoidne shizofrenije čini ispravna zdravstvena njega i čuvanje bolesnika, te stvaranje pozitivnih međuljudskih odnosa. Potrebno je bolesnika što više potaknuti na liječenje i uključiti ga u isto kako bi bio što aktivniji a metode poput prisile ili sputavanje treba potpuno isključiti. Shozofreni bolesnici ponekad mogu biti isključivo opasni

kako za sebe tako i za okolinu i na to treba obratiti posebnu pozornost i spriječiti daljnje ugrožavanje bolesnika i okoline (13).

#### **4.6.1. Liječenje lijekovima**

U psihijatriji lijekovi su neizostavan dio rada i čine osnovu za liječenje. Za liječenje paranoidne shizofrenije koriste se lijekovi koje nose naziv antipsihotici. Broj antipsihotika je velik i postoje tipični i atipični. Tipični lijekovi su oni starije generacije a to su: Flufenazin, Klorpromazin, Promazin, Haloperidol, Tioridazin a atipični, odnosno antipsihotici novije generacije su: Sulpirid, Olanzapin, Risperidon, Klozapin, Kventiapin, Ziprasidon. Svi antipsihotici imaju efikasnost u liječenju psihotičnih simptoma ali se svaki razlikuje po neželjenim afektima koji imaju utjecaj na pacijentov život. U stručnim smjernicama stoji da se za liječenje shizofrenije prvo preporuča davanje antipsihotika novije generacije iz razloga što oni imaju manje neželjenih nuspojava. U 90% slučajeva shizofrenije antipsihotici dovode do povlačenja akutnih simptoma bolesti. Antipsihotici omogućavaju bolje funkcioniranje mozga jer djeluju na razinu neuroprijenosnika u mozgu, djeluju umirujuće, poboljšavaju spavanje, samnjaju agresivnost, tjeskobu i depresiju (14).

Primarna indikacija antipsihotika je liječenje psihotičnih poremećaja kod kojih je svrha uklanjanje halucinacija i sumanutih ideja. Oni djeluju na simptome a ne na bolest. Postoje nuspojave antipsihotika koje se očituju na svim organskim sustavima. Nije lako predvidjeti kada će se neka nuspojava pojaviti a i klinički odgovor bolesnika je individualan. Iz tog razloga važno je promatrati pacijenta i njegovo ponašanje, pratiti ga i na vrijeme prepoznati i izvijestiti o nekoj pojavi nuspojave (3).

#### **Najčešće nuspojave koje se javljaju kod primjene antipsihotika su:**

##### *1. Akutne ekstrapiramidalne nuspojave:*

- akatizija (subjektivan osjećaj nemira u mišićima)
- akutne distoničke reakcije (nevoljni pokreti mišića, nenormalan položaj očiju, jezika, lica, vrata, tijela i ekstremiteta)

- neuroleptički parkinsonizam (tremor, rigor mišića, gubitak manualne spretnosti, hodanje sitnim koracima, seboreja, pojačana salivacija, amimija)
2. *Tardivna diskinezija*: ponavljajući nevoljni, hiperkinetički pokreti lica, usana i jezika (pućenje i mljackanje, plaženje, uvlačenje i uvijanje jezika, grimasiranje i pokreti žvakanja)
  3. *Neuroleptički maligni sindrom* – povećanje tjelesne temperature, teški ekstrapiramidalni simptom (rigor, retrokolis, akinezija i dr.), promjena stanja svijesti s pojavom stupora i kome, povišenje krvnog tlaka i pulsa, znojenje, tahikardija, srčane aritmije
  4. *Epileptogeni učinak* – pojava konvulzija
  5. *Sedativni učinak*
  6. *Psihičke nuspojave* – košmarni snovi, nesanica, konfuzno stanje, mjesečarenje
  7. *Središnji antikolinergički učinak* – stanje agitacije s dezorijentacijom, halucinacijama, konvulzijama, povišenom temperaturom, stuporom i komom (u slučaju istovremene primjene antipsihotika i antikolinergika).

Pokraj ovih težih nuspojava javljaju se i blaže, ali isto tako neugodne za bolesnika a to su: suhoća usta, zamagljen vid, opstipacija, retencija urina, midrijaza, ortostatska hipotenzija, poremećaji srčanog ritma, urtikarije, petehije, edemi, makulo-papilatozne promjene, pigmentozna retinopatija, galaktoreja, ginekomastija, amenoreja, smanjenje libida, anorgazmičnost, poremećaj potencije, leukopenija, granulocitopenija, trombocitopenija, agranulocitoza, hemolitička anemija, mučnina, povraćanje, pojačano znojenje, subjektivan osjećaj hladnoće ili vrućine, iritabilnost, glavobolja (3).

#### **4.6.2 Elektrokonvulzivna terapija (EKT)**

Elektrokonvulzivna terapija ili elektrostimulacija je oblik terapije kojom se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih kratkotrajnih električnih impulsa. Za tu proceduru potrebne su elektrode koje se postavljaju na točno određene točke na bolesnikovoj glavi. Kljenutost koju naprave ti podražaji traje oko 2 minute. Jedan od indikacija za EKT je

shizofrenija. Elektrokonvulzivnom terapijom će se liječiti tek onda kada su druga sredstva nedjelotvorna, pod tim sredstvima se misli na farmakoterapiju. Ukoliko osoba pati od srčanih smetnji ili ima tumor mozga, EKT je kontraindicirana te se u tom slučaju nikako neće izvoditi (3). Prije no što se započne s EKT-om obavezna je medicinska priprema koja podrazumijeva dodatne medicinske preglede: pregled očne pozadine, EEG s nalazom neurologa, RTG srca i pluća, EKG s nalazom kardiologa i uobičajene laboratorijske nalaze (kompletna krvna slika, nalaz urina), RTG kralježnice ukoliko je potrebno i CT mozga (15). Na dan primjene elektrokonvulzivne terapije bolesnik ne smije ništa jesti ni piti, mora izvaditi zubalo ako ga ima, biti praznog mokraćnog mjehura i skinuti sav nakit i ukosnice. Prije izvođenja terapije bolesnici često osjećaju strah a pri njegovom otklanjanju, pokraj liječnika, sestra ima veliku ulogu jer će ona umanjiti pacijentov strah razgovorom, objašnjavanjem postupka koji će se izvoditi, odgovarati će na postavljena pitanja te će na taj način umiriti pacijenta kako bi se terapije mogla provesti bez problema (3).

Pribor koji je potreban za izvođenje EKT priprema medicinska sestra i to (3):

- elektrokonvulzator
- pribor za anesteziju
- antišok terapiju
- bocu s kisikom i maskom za umjetnu ventilaciju
- pribor za davanje i.v. injekcija (igle, štrcaljke, loptice od vate, poveska)
- aspirator
- komprese od gaze
- gumenu cijev ili špatulu omotanu gazom.

Za vrijeme primjene EKT, pacijent je u općoj anesteziji, ne osjeća ništa, niti nelagodu niti bol. Za anesteziju se primjenjuju barbiturati ultrakratkog djelovanja (Tiopental, Metohexital, Ketamin), miorelaksansi (najčešće Sukcinitkolin), a nakon terapije u slučaju bolova u mišićima daje se Kurare. Prije samog izvođenja terapije daje se antikolinergik (Atropin) kako bi se smanjila salivacija i radi sprječavanja aritmija. Postupak je takav da se nakon potpune relaksacije pacijenta stavlja gumena cijev u usta ili špatula koja je omotana gazom, vlažna gaza se stavlja na

sljepoočnice i ona služi kao vodič električne struje a i sprječava moguće opekline. Elektrode se stvaljaju s obje strane iznad lateralnog očnog kuta i gornjeg dijela tragusa uha i to područje mora biti obrijano i suho. Za vrijeme elektrostimulacije primjenjuju se dvije vrste električnih valova: sinusni valovi i kratkopulsni valovi (3). Vrijeme buđenja pacijenta je individualno, ali to obično bude nakon 5-20 minuta nakon izvođenja terapije (15). Pacijentovo buđenje se obavezno prati od strane medicinskog osoblja, odnosno iz prvog reda od medicinske sestre koja je dužna ostati uz bolesnika namjanje 2 sata nakon primjene EKT-a. Medicinska sestra u tom vremenskom razdoblju prati promjene u disanju, boju kože, promjene u ponašanju (smetenost, uznemirenost) i kontrolira vitalne znakove pacijenta. Nakon što prođu 2 sata i pacijentu se vrati akt gutanja, može jesti i piti (3).

#### **4.6.3. Psihoterapija i socioterapija**

Psihoterapija predstavlja jednu od najstarijih metoda u liječenju psihijatrijskih bolesnika. To je psihološka metoda liječenja psihičkih poremećaja i provodi se planski i s jasno definiranim ciljem. Da bi se postigao terapijski cilj potrebno je koristiti određene tehnike i metode. Osnovna terapijska metoda u psihoterapiji je verbalna komunikacija između terapeuta i bolesnika. Kroz psihoterapiju istražuje se psihički život bolesnika, olakšava se bolesnika njegovih smetnji i tegoba. Ovom metodom terapije danas se uspješno liječe djeca od najranije dobi, adolescenti i osobe zrele dobi, ali i osobe u starijoj dobi (3). Psihoterapija može biti odličan način alternativne terapije za shizofreniju i preporuča se prije svega za osobe koje ne žele uzimati antipsihotike. Prema mišljenjima stručnjaka psihoterapija može ublažiti simptome shizofrenije i poboljšati životno i društveno funkcioniranje oboljelog (16).

Socioterapija je metoda koja označava skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacije bolesnika. Ovom metodom se može djelovati na pojedinca i na njegovu okolinu a s ciljem da se bolesnika uključi u njegovu vlastito liječenje. Kroz socioterapiju bolesnik uči kako prebroditi socijalni pritisak socijalne sredine i na taj pritisak primjereno reagira.

Najčešće metode socioterapije su:

- Terapijska zajednica – u njoj aktivno sudjeluju psihijatar, medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog, okupacijski terapeut, glazboterapeut itd. Ovom vrstom socioterapije

nastoji se bolesnika priviknuti na radne navike, što bolju komunikaciju s obitelji i održavanje veze s radnom sredinom. Terapijska zajednica koja je temeljena na društvenom odnosu služiti će za resocijalizaciju.

- Rekreacija – pomoću rekreativne terapije zadovoljavaju se osobne želje i nagoni, jača se bolesnikova ličnost i povratak na ranije razvoje faze odvija se kontrolirano
- Igra – omogućava bez korištenja verbalne komunikacije pristup nekomunikativnom pacijentu, to se radi kroz sport najčešće (rukomet, odbojka, nogomet i sl.)
- Kazališne predstave, kinopredstave i televizija – ima važnu terapijsku vrijednost ali treba paziti na neprimjerene sadržaje koji bi mogli potaknuti stres, agresiju ili izazvati osjećaj straha u bolesnika
- Ples – je važna socioterapijska metoda i pomoću nje se lakše ostvaruju društveni kontakti kod pacijenata koji odbijaju verbalnu komunikaciju
- Glazboterapija – stvara zajednički grupni osjećaj i preporučuje se slušanje melodija iz ranog djetinjstva
- Okupacijska i radna terapija – oblik terapije koju čini spoj između raznih oblika rekreacije i rada u stvarnom životu. Okupacijska terapija daje veću slobodu u izboru rada, dozvoljava uništavanje materijala s kojim se radi, a radna terapija je bliža stvarnom radu i priprema bolesnika da se privikava na povratak u radnu sredinu (3).

Medicinska sestra sudjeluje u svim oblicima socioterapije, prisutna je uz bolesnika, prati njegovo ponašanje, potiče ga na aktivno sudjelovanje, razgovara s njim, pokazuje poštovanje i razumijevanje. U socioterapijskoj zajednici medicinska sestra skupa s pacijentom organizira provođenje raznih aktivnosti i na taj način potiče zdravi dio osobnosti pacijenta na kontroliranje onog bolesnog dijela. Ovakav način organizacije života djeluje na svakog člana zajednice, ali isto tako ostavlja prostora da svaki član zajednice djeluje na zajednicu (1).



## **4.7. Edukacija obitelji shizofrenog bolesnika**

Nakon otpusta bolesnika iz bolnice daljnju skrb preuzima obitelj oboljelog. Zbog toga je važno obitelj i skrbnike educirati o shizofreniji i skrbi shizofrenog bolesnika, a to je važno jer će na taj način obitelj imati više razumijevanja, strpljenja uz bolesnikovo stanje. Obitelj bi trebala izbjegavati konflikte s oboljelim i ne uvjeravati ga u nelogičnost, bizarnost, netočnost njegovih halucinacija ili sumanutih ideja. Za bolesnika njegove halucinacije i sumanute misli nisu nelogične i bizarne već stvaran svijet u kojem živi. Osobe koje su oboljele od shizofrenije smatraju da nisu bolesne i da se okolina promjenila a ne oni. Članovima obitelji treba omogućiti konzultacije s liječnikom i savjetovanje sa stručnim osobama radi bolje skrbi i eventualnog liječenja. Obitelji treba objasniti da moraju strpljivo slušati bolesnika u iznošenju svojih misli i osjećaja, ne uvjeravati ga u suprotno i imati fokus na onome što je realno kako bi bolesnik imao osjećaj podrške i razumijevanja. Ako je bolesnik opasan za sebe i svoju okolinu nužna je hitna intervencija i prisilna hospitalizacija koja je propisana Zakonom. O prepoznavanju hitnih stanja također treba educirati obitelj. Obitelj ne smije umjesto bolesnika vršiti zadatke i obaveze, ne smije ga ucjenjivati niti mu lagati. U shizofreniji radna sposobnost je smanjena i zbog toga bolesnika ne treba tjerati na rad već ga treba poticati na što aktivniji život u skladu s njegovim mogućnostima. Plan dnevnih aktivnosti kod shizofrenog bolesnika je narušen ali se zbog istog ne bi trebao nametati svoj raspored jer bi to moglo dovesti do kontra efekta, narušavanja motivacije bolesnika, povećanja osjećaja nesposobnosti i bezvrijednosti. Kada god je moguće treba uzeti u obzir bolesnikove želje i potrebe kada su one realne, a ukoliko se potreba ili želja ne može ispuniti bolesniku treba ponuditi alternativu s kojom će biti zadovoljan (6).

## **4.8. Prehrana shizofrenih bolesnika**

Prema istraživanjima, osobe koje boluju od shizofrenije jedu puno masne hrane a malo dijetalnih vlakana i zbog toga su skloniji pretilosti, riziku od dijabetesa, visokom krvnom tlaku, srčanim problemima te problemima disanja. Uz navedeno, sve dodatno otežavaju antipsihotici koji otvaraju apetit i oboljeli se teško mogu kontrolirati u konzumiranju nezdrave hrane. Istraživanja ukazuju na potrebe povećanog dodavanja dodataka cinka, vitamina B6 i B3,

vitamina C s omega-6 masnim kiselinama u prehranu kod shizofrenih bolesnika jer to dovodi do značajnog poboljšanja simptoma u shizofreniji (17).

Britansko udruženje za shizofreniju dalo je odgovarajuće smjernice s dijetetskim mjerama koje pridonose poboljšanju stanja osobe oboljele od shizofrenije, a to su slijedeće (3):

1. Uzimanje hrane sa što manje glutena, mlijeka i šećera najmanje godinu dana, umjesto žitarica koje sadrže gluten uzimati hranu od soje i heljde
2. Smanjiti zastupljenost krumpira, paprike i plavog patlidana u prehrani
3. Jesti što više voća i povrća, piletine i ribe
4. Uzimati vitamin B, folnu kiselinu i vitamin C
5. Korisno je uzimati i preparate omega-3 u većim dozama
6. Preporuka uzimanja magnezija kod anksioznih i agitiranih bolesnika
7. Izbjegavati alkohol, drogu i cigarete.

## 4.9. Uloga medicinske sestre

Medicinska sestra je osoba koja provodi najviše vremena uz pacijenta i zbog toga njena uloga u liječenju bolesnika je velika. Ona je važan član psihijatrijskog tima i najbliža je podrška za pacijenta oboljelog od paranoidne shizofrenije. Medicinska sestra mora promatrati pacijenta za vrijeme cijelog boravka tijekom hospitalizacije, prikupljati podatke o pojavi simptoma pacijenta i na osnovu toga utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Za svaki pacijentov problem odabire prikladne i realne intervencije i izrađuje plan zdravstvene njege. U radu sa shizofrenim bolesnicima medicinska sestra mora posjedovati određene komunikacijske vještine jer takvi pacijenti imaju svoj svijet pun halucinacija i iluzija te je njihovo ponašanje i mišljenje promijenjeno, često su sumnjičavi a ponekad i agresivni. Važno je u odnosu s takvim pacijentom biti strpljiv, razumljiv, ne uvjeravati pacijenta suprotno od njegovih halucinacija ali ih ne smije niti potvrđivati. Treba uspostaviti odnos povjerenja između sebe i pacijenta. Također, bitna je i edukacija pacijenta i njegove obitelji o bolesti ili terapiji koju bolesnik uzima. Kod velikog broja shizofrenih bolesnika uočen je veliki broj pokušaja izvršavanja samoubojstva i jako je bitno da medicinska sestra kao takva promatra bolesnika i na vrijeme uoči sumnjive promjene u ponašanju koje ukazuju na taj čin. Nije lako raditi sa psihijatrijskim bolesnicima, a medicinska sestra je ta koja mora imati veliko znanje iz tog područja, mora biti strpljiva i posjedovati određene vještine koje se, naravno stječu praksom (3).

Ciljevi zdravstvene njege bolesnika s paranoidnom shizofrenijom:

1. Promicati i unapređivati interakcije između bolesnika i okoline
2. Povećati i pojačati psihološku stabilnost
3. Osigurati zaštitu
4. Poticati i ohrabrivati obitelj i druge osobe bitne oboljelom da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom (3).

## **4.10. Proces zdravstvene njege bolesnika s paranoidnom shizofrenijom**

Uloga medicinske sestre u procesu zdravstvene njege bolesnika oboljelog od paranoidne shizofrenije je nezamijenjiva. Zanima se za bolesnikove potrebe i probleme i sukladno tome osigurava dovoljno vremena za provođenje njege samog bolesnika. Shizofreni bolesnici su često ovisni o medicinskoj sestri, a ona ih aktivno potiče na sudjelovanje u svim aktivnostima, planira i provodi zdravstvenu njegu kroz sestrinske dijagnoze i intervencije.

### **4.10.1. Sestrinske dijagnoze**

Da bi medicinska sestra mogla planirati i provoditi sestrinske dijagnoze potrebne su joj određene kompetencije. Kompetencije sestre označavaju posjedovanje određenih vještina stavova, znanja, vrijednosti, sposobnost i prosudbe koje omogućavaju pravilno izvođenje zdravstvene njege (18).

Kompetencije medicinske sestre uključuju:

1. znanje, razumijevanje i prosudbu
2. vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske
3. osobne karakteristike, stavove i razvijenost međuljudskih odnosa (18).

Sestrinske dijagnoze definiraju se kao klinička prosudba onoga što su pojedinac, obitelj ili zajednica pružili kao odgovor na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme. Sestrinske dijagnoze čine intervencije koje su bitne za provođenje kako bi se na kraju došlo do postignuća cilja koji smo si zadali. One su srž za budućnost, za uspješnu profesionalno vođenu zdravstvenu njegu koja ima za cilj što učinkovitije zadovoljiti potrebe svakog bolesnika (19). Opći planovi zdravstvene njege izrađeni su tako da svaka sestra koja je prvostupnica može odabrati dijagnozu zdravstvene njege. Uz svaku dijagnozu dodani su najčešći mogući kritični čimbenici, moguća vodeća obilježja, najčešći ciljevi, intervencije i moguća evaluacija (20).

Neke sestrinske dijagnoze koje se primijenuju kod bolesnika s paranoidnom shizofrenijom (3):

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
2. Promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja
3. Narušena verbalna komunikacija
4. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja

5. Smanjen stupanj samopoštovanja
6. Anksioznost i strah
7. Društvena izolacija
8. Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije
9. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama
10. Smanjena mogućnost brige za sebe
11. Visok rizik za dehidraciju u/s dezintegriranim misaonim oblikom i dezintegriranim oblicima ponašanja, promjenama u ritmu hranjenja/uzimanja tekućine, ekscesivnog gubitka u funkciji bubrega
12. Smanjen ili povećan unos hrane
13. Promijenjeni obiteljski odnosi
14. Promjena u održavanju zdravlja
15. Deficit u kognitivnom obrascu
16. Seksualna disfunkcija
17. Neupućenost
18. Visok rizik za samoubojstvo.

### ***1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja***

Ova dijagnoza se postavlja kada je prisutna dezintegracija procesa mišljenja i shvaćanja, psihološke konflikte kod bolesnika, krivu prosudbu, poremećaje sna i spavanja, konfuzije vezane za okolni svijet, ambivalenciju, prateću ovisnost, netočno ili krivo intepretiranje okoline i poremećenu sposobnost donošenja odluka (3).

Intervencije koje se primjenjuju za ovu dijagnozu (3):

- stvaranje terapijskog odnosa s pacijentom
- terapijska komunikacija
- pravilan pristup bolesniku sa promijenjenim procesima mišljenja i shvaćanja
- osiguravanje sigurnog ozračja u emocionalnom smislu
- izražavanje želje da se shvati i razumije bolesnikovo shvaćanje i razmišljanje, fokusirajući se na osjećaje više nego na sadržaj

- odbijati raspravu i svađu, i slaganje s dezintegriranim mišljenjima i shvaćanjima
- aktivno slušanje bolesnika.

## **2. Promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja**

Za ovu dijagnozu moraju biti prisutne panične razine anksioznosti, poremećaj u afektivnom planu, odnos prema okolini, iluzije, halucinacije, promjene u običajenim reakcijama na neke podražaje i promjene psihomotoričkog ponašanja (3).

Intervencije mogu biti (3):

- provoditi aktivno vrijeme s bolesnikom, slušati ga i dati mu podršku
- osigurati sigurnu okolinu
- orijentirati se na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije
- postaviti granice bolesniku za impulsivne reakcije na promijenjenu percepciju
- primijeniti distraktore poput televizije, slušanje glazbe, igre
- ukazati bolesniku na strah okoline na njegovo ponašanje.

## **3. Narušena verbalna komunikacija**

Postojanje ove sestrinske dijagnoze primjetit ćemo kada su u bolesnika prisutni ovi znakovi: nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje novim riječima, asocijalno, lutajuće izgubljeno verbalno izražavanje, paralogički jezik, eholalija, neverbalno izražavanje u smislu ehopraksije, bizarno gestikuliranje, izrazi lica (3).

Intervencije vezane za ovu dijagnozu (3):

- osiguravanje okruženja koje ne izaziva strah u bolesnika i služi za normalno verbaliziranje
- uporaba alternativnih metoda komunikacije poput crtanja, šaranja, pjevanja, plesa

- izbjegavati rasprave, svađe, diskusije, sukobljavanje ili usuglašavanje s netočnim tvrdnjama
- uporaba terapijskih vještina u komunikaciji (reflektiranje, parafraziranje)
- biti otvoren i iskren u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji s pacijentom.

#### **4. Individualna učinkovitost i nemogućnost suočavanja**

Ovu dijagnozu možemo uvidjeti ukoliko kod bolesnika dolazi do opadanja sposobnosti donošenja odluka, umanjivanje problema, skromno poštovanje, kronične anksioznosti i depresije, nesposobnost izvršavanja očekivane uloge, promjena u sudjelovanju u društvenom životu (3).

Intervencije za ovu dijagnozu (3):

- pomoći bolesniku u diskutiranju o mišljenjima, shvaćanjima, osjećajima i percepcijama
- ohrabrivati bolesnika da sudjeluje u područjima koja ga zanimaju i koja su mu bitna
- podržavati i podupirati stvaranje realnih ciljeva i odgovarajućih tehnika rješavanja problema
- ohrabrivati bolesnika da identificira pretpostavke koje dovode do neučinkovitog suočavanja kada god je moguće.

#### **5. Smanjen stupanj samopoštovanja**

Podaci koje gledamo za navedenu dijagnozu su: verbalizacija negativnih osjećaja o samome sebi, izražavanje bezvrijednosti, neadekvatan razvoj samopoštovanja, beznadnost, ambivalencija, autizam, poremećen smisao o samome sebi (3).

Intervencije koje prate ovu dijagnozu (3):

- provesti određeno vrijeme sa bolesnikom, slušati što govori i prihvatiti ga kakav je
- poticati i ohrabrivati bolesnika da izražava svoja razmišljanja i osjećaje
- pojasniti bolesniku i pružiti mu pomoć u prepoznavanju pozitivnih strana u vezi sa sobom

- pružiti pomoć da shvati kako negativno mišljenje o sebi smanjuje samopoštovanje
- poticati bolesnika da sudjeluje u prikladnim aktivnostima
- ohrabrivati njegovo postojanje i sposobnosti
- razgovarati s bolesnikom o njegovim pozitivnim aspektima života, socijalnih i društvenih vještina, radne sposobnosti, edukacije i obrazovanja, talentu i izgledu
- poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela za podizanje samopoštovanja
- koristiti okupacijske terapijske programe, djelomične hospitalizacijske programe i sl.
- koristiti duhovne resurse ukoliko bolesnik to želi i dozvoljava, npr. molitva, smisao vjere, pripadnost određenoj vjerskoj skupini.

## **6. Anksioznost i strah**

Ovu dijagnozu primijeniti ćemo ukoliko se kod bolesnika jave neprikladne regresivne reakcije ili odsutnost tih reakcija općenito, oskudni i siromašni vidni kontakti, usmjerenost na samog sebe, povećanje zapažanja, opadanje sposobnosti rješavanja problema, strah od gubitka kontrole, strah od ozljeđivanja ljudi oko sebe ili samog sebe (3).

Intervencije (20):

- stvoriti profesionalni empatijski odnos s pacijentom
- stvoriti osjećaj sigurnosti i biti uz njega
- opažati neverbalne znakove anksioznosti (smanjena komunikativnost, razdražljivost, agresija)
- omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka
- poticati bolesnika na izražavanje strahova
- potaknuti pacijenta da prepozna činitelje anksioznosti



- podučiti i poticati pacijenta u provođenju postupaka koji smanjuju anksioznost: vizualizacija ugodnih trenutaka, vježbe disanja, okupacijska terapija, humor, terapijska masaža i sl.

### **7. Društvena izolacija**

Pokazatelji ove dijagnoze su: teškoće u stvaranju odnosa s ljudima, izražavanje osjećaja odbacivanja, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljsko raspoloženje, nasilje, socijalna izolacija, povlačenje iz društva (3).

Sestrinske intervencije koje se mogu primijeniti za rješavanje ove dijagnoze (19):

- provođenje dodatnog vremena s bolesnikom
- uspostaviti odnos povjerenja
- poticati pacijenta na izražavanje emocija
- poticati na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- podučiti ga asertivnom ponašanju
- ohrabriti ga i pohvaliti za svaki napredak
- osigurati željeno vrijeme posjeta njemu bliskih osoba
- upoznati ga sa suportivnom grupom
- uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- uključiti ga u radnu okupacijsku terapiju.

### **8. Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije**

Sestrinske intervencije su slijedeće (3):

- ohrabriti i poticati bolesnika na identificiranje potrebe za aktivnosti i tjelovježbom
- određivanje postojeće aktivnosti koja je u skladu s njegovim mogućnostima i procjena sposobnosti da se toleriraju druge osobe u okolini i procjena trajnosti pozornosti

- izrađivanje dnevnog plana aktivnosti i strukturiranje vremena koje je prikladno za vježbu i aktivnosti poput gledanja televizije, posjete obitelji i bližnjih.

### ***9. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama***

Intervencije za rješavanje ove sestrinske dijagnoze (3):

- osigurati sigurno i mirno okruženje, potrebno je izgovoriti „Sigurni ste“
- biti pažljiv u doticaju s bolesnikom ukoliko ga želimo dotaknuti po ramenu, zagrliti ga
- poticati ga da verbalizira svoje osjećaje i poticati prihvatljivo verbalno izražavanje kao npr. vikanje u prostoriji
- pomoći bolesniku da prepozna situacije koje kod njega izazivaju anksioznost
- poticati ga na uključivanje u fizičke aktivnosti ili na samostalnu fizičku aktivnost umjesto grupne kako bi definirao alternativu s obzirom na agresivno ponašanje
- postaviti granice na jasan, specifičan i čvrst način, točno odrediti što je prihvatljivo a što nije
- biti oprezan s bolesnikom i znati prepoznati znakove koji ukazuju na nasilničko i agresivno ponašanje, porast psihomotoričke aktivnosti, intenzitet afekta, izražavanje deluzija, posebice zastrašenost i zastrašujuće halucinacije
- zagrliti bolesnika ako je potrebno, reći da prestane s određenim ponašanjem.

### ***10. Smanjena mogućnost brige za sebe***

Ukoliko pacijent ima nesposobnost ili poteškoće s hranjenjem, održavanjem higijene tijela, oblačenjem, eliminacijom urina ili stolice, samnjenjem intenziteta rada crijeva s opstipacijom ili fekalnom impakcijom znamo da se radi o gore navedenoj dijagnozi (3).

Intervencije koje se provode za ovu sestrinsku dijagnozu su slijedeće (3):

- raspraviti o osobnom izgledu, poticati na dotjerivanje, oblačenje odjeće svjetlijih boja, davati pozitivni feedback
- omogućiti bolesniku da razvije odgovarajući plan za svoje higijenske potrebe i potrebe samozbrinjavanja
- skupa s bolesnikom planirati učinkovite i svrsishodne upotrebe resursa koji su u samom društvu kao npr. programi prehrane, grupni rad, uključivanje u radionice, kućnu njegu i sl.
- uključivanje regularnih intervala za obavljanje toalete
- uspostavljanje povećanja dnevnih aktivnosti
- omogućiti upotrebu laksativa za omekšanje stolice ako je nužno
- poticati unos tekućine ukoliko postoji potreba.

***11. Visok rizik za dehidraciju u/s dezintegriranim misaonim oblikom i dezintegriranim oblicima ponašanja, promjenama u ritmu hranjenja/uzimanja tekućine, ekscesivnog gubitka u funkciji bubrega***

Intervencije sukladne ovoj dijagnozi su (3):

- praćenje unosa i iznosa tekućine, praćenje mentalnog statusa, vitalnih znakova, tjelesne težine i stanje kože
- praćenje i zapisivanje djelovanja lijekova i nuspojava
- praćenje uriniranja, promjene boje urina, bistroće i sl.
- poticanje na unosa tekućine u određeno vrijeme
- poticanje na svakodnevnu brigu o higijeni usne šupljine i zubnog mesa (žvakanje žvakaće gume ili tvrdih bombona bez šećera), pijenje limunade, izbjegavanje žvakaćih guma kod starijih osoba zbog rizika od gušenja.

## ***12. Smanjen ili povećan unos hrane***

Očituje se uslijed deluzija ili halucinacija povezane uz unos hrane, kao povećan apetit uslijed uzimanja određene terapije, gubitak na težini, debljanje, upale ili infekcije bukalne šupljine, prisutnost poremećenog ritma prehrane (3).

Intervencije (3):

- praćenje dnevnog unosa hrane kroz 24 sata i zabilježavanje ritma hranjenja i razine aktivnosti
- poticati bolesnika da regulira unos kalorija programom tjelesnih aktivnosti
- strukturiranje vremena za hranjenje i ograničavanje unosa hrane u većim količinama
- davati manje i česte obroke
- poticati bolesnika da sam izabere hranu koju voli jesti
- primijeniti postupke za sprječavanje upale bukalne sluznice: ispiranje vodom, žvakanje žvakaćih guma bez šećera, pijenje limunade, održavanje higijene usne šupljine prije i poslije jela.

## ***13. Promijenjeni obiteljski odnosi***

Ova sestrinska dijagnoza uočit će se ukoliko postoje poteškoće između članova obitelji, neučinkoviti procesi donošenja odluka unutar obitelji, neslaganje (3).

Sestrinske intervencije su slijedeće (3):

- određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranje prije bolesti, praćenje uzročnika kao što su nesposobnost i vještina rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, procjena uloga u obitelji, pravila, komunikacije
- procjena spremnosti obitelji da se uključe bolesnika u sustav sposobnosti obitelji da iskoristi pomoć ili da se na odgovarajući način adaptira na promjene
- davanje podataka i informacija vezanih za terapiju i resursa iz zajednice koji pružaju potporu oboljelom npr. obrazovno savjetovalište, zaštitne radionice, noćne bolnice i sl.

#### ***14. Promjena u održavanju zdravlja***

Sestrinske intervencije za rješavanje dijagnoze su (3):

- procjena postojećeg zdravstvenog stanja pri boravku kod kuće i iste razine prije nastanka bolesti, razmatranje deficita u komunikaciji, spoznaji, donošenju odluka, razvojnim zadacima, sustavu potpore, prepoznavanje spremnosti bolesnika da ne narušava sigurnost u okruženju koje potiče razvoj pojedinca
- pomoć obitelji da prepoznaju odgovarajuće zdravstvene potrebe za zdravstvenom njegom, npr. redovne higijenske navike, društvene kontakte
- uključivanje bolesnika u razvoj dugoročnog planiranja za uredno održavanje zdravstvenog stanja tijekom boravka kod kuće
- poticanje i ohrabrivanje na korištenje resursa.

#### ***15. Deficit u kognitivnom obrascu***

Intervencije (3):

- određivanje postojeće razine spoznaje o poremećaju i suočavanje s poremećajem
- procjena prisutnih čimbenika koji utječu na bolesnikov kognitivni okvir za donošenje odluka vezanih za poremećaj
- zabilježba nemogućnosti prisjećanja, ignoriranja resursa i upotrebe istih
- davanje uputa bolesniku i obitelji koje su vezane za poremećaj i simptome koji se mogu javiti
- identificiranje određenih čimbenika medikamenata koje bolesnik uzima, npr. sedacija, fotoosjetljivost, agranulocitoza, posturalna hipotenzija i ekstrapiramidalni simptomi
- naglašavanja važnosti hitne medicinske pomoći pri pojavi visoke temperature i određenih oblika mišićnih promjena i prekid uzimanja lijekova sve dok se ne posavjetuje s liječnikom
- poticati bolesnika na verbaliziranje spoznaja do kojih je došao i ono što je naučio
- pomoći mu da razvije strategije za nastavak tretmana.

## ***16. Seksualna disfunkcija***

Ukoliko pacijent ima neobično seksualno ponašanje, pretjerano je opsjednut seksom, ima nesposobnost da upozna spolnog partnera, uključenost u višestruke spolne veze, endokrinološke promjene koje su povezane s uzimanjem antipsihotika, npr. odsutnost ejakulacije, impotencija kod muških bolesnika, amenoreja kod žena, tada znamo da se radi o seksualnoj disfunkciji (3).

Sestrinske intervencije koje se provode kod ove dijagnoze (3):

- procjena prisutnosti čimbenika koji dovode do promjena u spolnom ponašanju i funkcioniranju
- davanje informacija o medikamentima, njihovom učinku i regulaciji
- savjetovanje u svezi s rješavanjem problema
- ohrabrivanje bolesnika i poticanje da iskaže svoje probleme i izvjesti o promjenama u spolnom funkcioniranju.

## ***17. Neupućenost***

Neupućenost se definira kao nedostatak znanja i vještina o vodećem problemu (19).

Intervencije koje prate ovu dijagnozu su (19):

- poticanje pacijenta na usvajanje novih znanja i spoznaja
- prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima
- podučiti ga specifičnom znanju
- pokazati pacijentu specifičnu vještinu
- osigurati pomagala tijekom edukacije
- poticati pacijenta i njegovu obitelj da postavljaju pitanja o bolesti
- poticati pacijentovo verbaliziranje o osjećajima
- osigurati vrijeme za demonstriranje naučenog
- pohvaliti bolesnika za naučeno.

## ***18. Visok rizik za samoubojstvo***

Visok rizik za samoubojstvo očituje se u ponašanju u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa smrtnim ishodom (21).

Intervencije kod ove dijagnoze mogu biti (21):

- osigurati sigurnu okolinu za bolesnika, ukloniti oštre i opasne predmete
- kontrolirati bolesnika i prostor u kojem boravi i to često, provjeravati ormariće
- dogovoriti s obitelji da ne donose nikakve opasne i oštre predmete koje bi mogle ugroziti život bolesnika
- uspostaviti odnos povjerenja, biti uz bolesnika kad god je moguće
- terapiju koja je na odjelu držati zaključanu
- potaknuti bolesnika da si postavi kratkoročne, ostvarive ciljeve, uključiti obitelj u skrb bolesnika
- kod pogoršanja stanja bolesnika kontaktirati liječnika psihijatra.

U procesu zdravstvene njege osobe oboljele od parnoidne shizofrenije medicinska sestra samo određenim znanjem i vještinama, strpljenjem i razumijevanjem može pružiti adekvatnu pomoć bolesniku. Svaki plan zdravstvene njege je individualan i treba mu se posebno posvetiti. U procjeni bolesnikova zdravstvenog stanja treba uzeti u obzir sve probleme koje ima ne samo vodeći problem. Zbog toga, medicinska sestra se stalno mora educirati i usavršavati u području zdravstvene njege kako bi mogla pružiti bolesniku pomoć koja mu je zaista potrebna.

## 5. ZAKLJUČAK

Shizofrenija je jedna teška duševna bolest. Zbog teške i neugodne prirode bolesti, oboljelima je često narušen život i životno funkcioniranje. Ova bolest oštećuje bolesnikove kognitivne sposobnosti, utječe na njegove osjećaje i emocije, na raspoloženje, ponašanje, motivaciju i razmišljanje. Od velike je važnosti na vrijeme uočiti prve simptome bolesti kako bi se što prije moglo započeti pravodobno liječenje. Broj oboljelih od shizofrenije u današnje vrijeme se stalno povećava i zbog toga treba imati na umu da ukoliko se bolest ranije otkrije veća je mogućnost za boljim ishodom bolesti. Uzrok bolesti danas je donekle poznat, ali ipak postoji još dosta nepoznanica vezanih uz nastanak bolesti. Shizofrenija je bolest koja brzo uništava mozak na način da neuroni u mozgu brzo propadaju i poremećena je sama funkcija mozga, a zbog toga kod oboljelih dolazi do pojave halucinacija, deluzija, iskrivljene slike stvarnosti, sumanutih ideja i nemogućnosti razlikovanja stvarnog od nestvarnog. Prema današnjim činjenicama utvrđeno je da i loši faktori okoline mogu utjecati na tijek ishoda bolesti kao npr. pušenje, konzumacija alkohola i droga, a ne samo genetska predispozicija, psihosocijalni i kulturološki čimbenici.

Kod duševno oboljelih osoba, pod time se misli i na shizofrene bolesnike najbitnije je realno suočavanje pacijenta i njegove obitelji sa samom prirodom bolesti. Bitno je da pacijent razumije svoje stanje, suoči se s bolesti i simptomima koje ona donosi i naposljetku prihvati liječenje. Medicinska sestra ima veliku ulogu u liječenju shizofrenog bolesnika i ona je ta koja je stalano uz pacijenta, pruža mu podršku, razumijevanje, stvara empatijski odnos pun povjerenja. Njena uloga u psihijatriji je nezamjenjiva. Bolesnici su u većini slučajeva ovisni o skrbi medicinske sestre i očekuju da ona za njih sve učini, no upravo suprotno, ona ih potiče na samostalno obavljanje aktivnosti i samozbrinjavanje koliko god je to u skladu s njihovim mogućnostima. U procesu zdravstvene njege sestra postavlja jasna pravila, ciljeve, intervencije, pruža podršku bolesniku, pomaže u obavljanju onih aktivnosti koje ne mogu sami, primjenjuje terapiju ili nadzire uzimanje iste, pomaže pri suočavanju sa stresom i potiče izražavanje vlastitih emocija i još mnogo toga.

Ukoliko se oboljeli redovito liječe mogu imati kvalitetan i produktivan život. Važna je redovna kontrola kod psihijatra i uzimanje propisane terapije. Bitno je bolesnika uključiti i poticati na psihoterapiju kao i na socioterapiju, a u svim tim terapijskim metodama medicinska sestra ima aktivnu ulogu. Važnu ulogu u liječenju također ima i obitelj oboljelog. Edukacija obitelji je bitna jer se time stvara povoljniji obiteljski sklad, povećava razumijevanje i



prihvatanje bolesti, omogućuje se pružanje podrške oboljelom, stvara se opušteniji odnos između članova obitelji. Za svakog duševnog bolesnika treba postojati profesionalan i individualan pristup jer se samo na takav način može pravovaljano liječiti bolest. Ukoliko su omogućeni pravilna terapija i prikladni oblici liječenja, osoba oboljela od paranoidne shizofrenije biti će osposobljena za normalan i ispunjen život koji se uvelike ne razlikuje od osobe koja nema duševni poremećaj.

## 6. LITERATURA

1. Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
2. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
3. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.
4. Štrkalj – Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i bipolarni poremećaj. Zagreb: Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2011.
5. Mojsović Z. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
6. Jakovljević M. Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb; 2001.
7. Lopašić R, Betlheim S, Dogan S. Psihijatrija. Beograd – Zagreb: Medicinska naklada; 1961.
8. Nurses Labs [Online]. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/schizophrenia/#Paranoid> (24.06.2019.)
9. Kučukalić A, Džubur – Kulenović A, Bravo – Mehmedbašić A. Vodič za liječenje shizofrenije [Online]. 2006. Dostupno na: <http://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/MZ-vodic-za-lijecenje-shizofrenije.pdf> (24.06.2019.)
10. Folnegović – Šmalc V. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja deseta revizija – klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
11. MSD Priručnik dijagnostike i terapije [Online]. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija> (26.06.2019.)
12. Narodni zdravstveni list. Shizofreni poremećaji. Cijepanje razuma [Online]. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/25/razum.htm> (26.06.2019.)
13. Blažević D, Hudolin V. Mentalna higijena i psihijatrija s neurologijom. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga; 1967.
14. Štrkalj – Ivezić S, Bauman L. Shizofrenija put oporavka. Svitanje. Hrvatski liječnički zbor. 2009.
15. Klinika za psihijatriju. Primjena elektrokonvulzivne terapije [Online]. Dostupno na: <https://www.kc-bl.com/De/docs/Uputstvo%20za%20EKT.pdf> (26.06.2019.)
16. Cybermed. Psihoterapija učinkovita alternativna terapija za shizofreniju [Online]. Dostupno na:

[https://www.cybermed.hr/vijesti/psihoterapija\\_ucinkovita\\_alternativna\\_terapija\\_za\\_shizofreniju](https://www.cybermed.hr/vijesti/psihoterapija_ucinkovita_alternativna_terapija_za_shizofreniju)  
(26.06.2019.)

17. Food for the brain. Championing optimum nutrition for mind [Online]. Dostupno na:  
[https://www.foodforthebrain.org/nutrition-solutions/schizophrenia-and-psychosis/about-](https://www.foodforthebrain.org/nutrition-solutions/schizophrenia-and-psychosis/about-schizophrenia-and-psychosis.aspx)

[schizophrenia-and-psychosis.aspx](https://www.foodforthebrain.org/nutrition-solutions/schizophrenia-and-psychosis/about-schizophrenia-and-psychosis.aspx) (26.06.2019.)

18. Šepec S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.

19. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.

20. Šepec S, Munko T, Abou Aldan D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.

21. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, Vico M. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.

## 7. OZNAKE I KRATICE

CT – Kompjutorizirana tomografija

DSM-IV – Dijagnostički i statistički priručnik mentalih poremećaja (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition*)

EEG – Elektroencefalografija

EKS – Elektrokardiogram

EKT – Elektrokonzulzivna terapija

KKS – Kompletna krvna slika

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (engl. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10*)

MR – Magnetska rezonanca

RTG – radiografija/rendgensko snimanje

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

## 8. SAŽETAK

U ovom radu predstavljena je bolest paranoidna shizofrenija, njena epidemiologija, simptomi, liječenje i proces zdravstvene njege osobe oboljele od paranoidne shizofrenije. Paranoidna shizofrenija je jedna od najčešćih psihičkih poremećaja i njeno liječenje je vrlo zahtjevno. Ovaj poremećaj karakteriziran je s halucinacijama, deluzijama, sumanutim mislima, poremećajem percepcije i ponašanja a pojavljuje se većinom između 30. i 40. godine života s jednakom pojavom u oba spola. Prvi simptomi pojavljuju se već u doba adolescencije ili ranoj odrasloj dobi. Simptomi shizofrenije mogu varirati, ovisno o tipu shizofrenije a mogu se još podijeliti na pozitivne i negativne simptome. Kriteriji za određivanje dijagnoze shizofrenije određuje se po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB – 10. Neovisno o tipu shizofrenije, ona zahtjeva dugotrajno liječenje koje ponekad može biti i doživotno. Liječenje se iz prvog reda provodi antipsihoticima a uz njih može se provesti i putem psihoterapije ili socioterapije. Ukoliko farmakoterapija ne pomaže, tada se može provesti i elektrokovulzivna terapija (EKT). Važno je na vrijeme uočiti simptome bolesti i započeti što ranije liječenje kako bi ishod bolesti bio što bolji. U procesu liječenja pokraj psihijatra, psihologa, radnog terapeuta, socijalnog radnika, okupacijskog terapeuta veliku ulogu ima medicinska sestra. Ona sa svojom stručnom procjenom stanja oboljele osobe i kontinuiranim prikupljanjem podataka izrađuje plan zdravstvene njege koji je individualan i prilagođen pacijentovim mogućnostima. U procesu zdravstvene njege kod paranoidnih bolesnika medicinska sestra samo određenim znanjem i vještinama, strpljenjem i razumijevanjem može pružiti adekvatnu pomoć bolesniku. U procjeni bolesnikova zdravstvenog stanja treba uzeti u obzir sve probleme koje ima a ne samo vodeći problem. Zbog toga, medicinska sestra se stalno mora educirati i usavršavati u području zdravstvene njege kako bi mogla pružiti bolesniku pomoć koja mu je zaista potrebna.

Ključne riječi: psihijatrija, shizofrenija, zdravstvena njega, pacijent, medicinska sestra.

## 9. SUMMARY

This paper presents the disease of schizophrenia, its epidemiology, symptoms, treatment and the health care process of a person with paranoid schizophrenia. Paranoid schizophrenia is one of the most common psychological disorders and its treatment is very demanding. This disorder is characterized by hallucinations, delusions, numbness of thoughts, perception and behavior disorders, and occurs mostly between the ages of 30 and 40 with the same appearance in both sexes. The first symptoms appear already in adolescence or early adulthood. Symptoms of schizophrenia may vary, depending on the type of schizophrenia and can still be divided into positive and negative symptoms. Criteria for determining the diagnosis of schizophrenia are determined by the International Classification of Diseases ICD-10. Regardless of the type of schizophrenia, it requires long-term treatment that may sometimes be life-long. The treatment is done in the first order by antipsychotics and can be performed with psychotherapy or sociotherapy. If pharmacotherapy does not help, then electro-circulation therapy (ECT) can also be performed. It is important to detect the symptoms of the disease early and initiate treatment as early as possible so that the outcome of the disease is as good as possible. In the process of treatment beside a psychiatrist, a psychologist, a work therapist, a social worker, an occupational therapist, a nurse has a big role to play. With her expert assessment of the condition of the afflicted person and with continuous data collection she drafts a health care plan that is individual and adapted to the patient's capabilities. In the process of nursing care for paranoid patients, the nurse can provide adequate assistance to the patient only with a certain amount of knowledge and skills, patience and understanding. In assessing a patient's medical condition, one should take into account all the problems that he or she has, not just the leading one. Because of this, the nurse needs to be constantly educated and advanced in the field of health care in order to provide the patient with the help they really need.

Keywords: psychiatry, schizophrenia, health care, patient, nurse.

## 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>04. rujna 2019.</u> | MATEJA<br>ANTOLOVIĆ        | Mateja<br>Antolović |

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

MATEJA ANTOLOVIĆ

*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, 04. rujna 2019.

Mateja Antolović  
*potpis studenta/ice*