

Zdravstvena njega shizofrenog bolesnika u akutnoj fazi bolesti

Prebeg, Anamarija

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:144:536373>

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

**ZDRAVSTVENA NJEGA SHIZOFRENOG BOLESNIKA
U AKUTNOJ FAZI BOLESTI**

Završni rad br. 93/SES/2020

Anamarija Prebeg

Bjelovar, listopad 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Prebeg Anamarija** Datum: 24.09.2020. Matični broj: 001297
JMBAG: 0314012573

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega shizofrenog bolesnika u akutnoj fazi bolesti**

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

Grana: **Sestrinstvo**

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

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

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

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 93/SES/2020

Shizofrenija je teška duševna bolest koja kod osobe otežava percepciju stvarnosti. Kod oboljelih osoba postoji poremećaj mišljenja, percepcije i neprikladnog emocionalnog izražavanja gdje dolazi do socijalnog povlačenja.

Studentica će u radu objasniti epidemiologiju, etiologiju i liječenje shizofrenije te kroz prikaz slučaja prikazati akutnu fazu bolesti i ulogu medicinske sestre u procesu zdravstvene njege oboljelih od shizofrenije.

Zadatak uručen: 24.09.2020.

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



SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Povijest shizofrenije.....	2
1.2. Epidemiologija i etiologija shizofrenije.....	2
1.3. Simptomi i znakovi shizofrenije.....	3
1.4. Tipovi shizofrenije.....	5
1.5. Postavljanje dijagnoze i dijagnostički kriteriji shizofrenije.....	7
1.6. Faze shizofrenije.....	8
1.7. Liječenje shizofrenije.....	9
1.7.1. Psihoterapija.....	10
1.7.2. Socioterapija.....	11
1.7.3. Rehabilitacija.....	12
2. CILJ RADA.....	13
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	14
3.1. Anamnestički podaci.....	14
3.2. Klinička slika i tijek liječenja bolesnice.....	14
3.3. Proces zdravstvene njege.....	16
4. RASPARAVA.....	22
5. ZAKLJUČAK.....	24
6. LITERATURA.....	25
7. SAŽETAK.....	27
8. SUMMARY.....	28

Zahvala

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

Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji bez koje ovaj studij ne bih mogla pohađati.

Hvala mojim radnim kolegicama Neuropsihijatrijske bolnice Dr. Ivan Barbot, kolegama i kolegicama sa studija i prijateljima na pruženoj podršci, povjerenju i strpljenju tijekom moga školovanja.

1. UVOD

„Shizofrenija je teška duševna bolest koja je posljedica biokemijskih poremećaja u mozgu i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja, s izrazitim oštećenjem socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja“ (1). Eugen Bleuler 1911. godine prvi je upotrijebio naziv shizofrenija za psihički poremećaj koji dovodi do promjena osjećaja, načina doživljavanja i shvaćanja stvarnosti.

Ova bolest oduvijek je smatrana najtežom, najozbiljnijom i nadasve stigmatizirajućom bolešću u svijetu psihijatrije. Iako se danas liječenje provodi u bolnici, najčešće samo u akutnoj fazi bolesti, nekada su bolesnici cijeli svoj život provodili u psihijatrijskim bolnicama. Još uvijek se ne zna točno kako nastaje shizofrenija, ali se smatra da na samu pojavu bolesti utječu biološki, socijalni i psihološki čimbenici. Bolest se jednako javlja u oba spola, ali nešto ranije kod muškaraca. Shizofreniju dijelimo vezano uz prisutnost određenih simptoma na paranoidnu shizofreniju, hebefrenu shizofreniju, katatonu shizofreniju, nediferenciranu shizofreniju, postshizofrenu depresiju, rezidualnu shizofreniju, shizofreniju simplex, druge shizofrenije i nespecificiranu shizofreniju (1). Pristup liječenju oboljelih od shizofrenije baziran je na farmakološkim i psihosocijalnim intervencijama. Kroz psihoterapiju, socioterapiju i rehabilitaciju potiče se pacijentova psihološka i socijalna adaptacija.

Veliku ulogu u skrbi za bolesnike s psihičkom bolešću ima medicinska sestra. Zbog velike količine vremena koje medicinske sestre provode s pacijentima njihova uloga u terapijskom timu postala je vrlo važna. Zadaća medicinske sestre temelji se na zadobivanju povjerenja i suradnji s pacijentom.

Ovaj rad prikazuje slučaj tridesetogodišnje pacijentice oboljele od shizofrenije. Opisuje faze njene bolesti od samog početka pa do zadnje hospitalizacije u našoj bolnici. Slučaj prikazuje anamnezu bolesti, ulogu terapijskog tima i članova obitelji u skrbi za pacijenticu kao i terapijsko rehabilitacijski proces.

1.1. Povijest shizofrenije

Shizofrenija se, otkad je pisanog traga, objašnjava, definira i redefinira te proučava jednako kao i brojni drugi tjelesni sindromi. Jedan od problema s kojim se proučavatelji shizofrenije kao bolesti danas susreću jest pitanje postoji li shizofrenija oduvijek ili se ona pojavila tek nedavno te je „bolest novog doba“. U pisanim tragovima, koji datiraju i do dvije tisuće godina prije Krista, opisuju se stanja i ponašanja koja bi se danas vjerojatno dijagnosticirala kao shizofrenija. Fuller Torrey tvrdi da je shizofrenija do unazad 200 godina bila izrazito rijetka te da se češće počinje javljati u razdoblju industrijske revolucije i nakon nje. S druge strane Thomas Crow kaže da je shizofrenija ono što definira ljudsku vrstu te da postoji otkad postoji ljudska vrsta kao takva. Današnja vjerovanja su da je shizofrenija stara bolest nepoznatog uzroka te da se s vremenom neke njene značajke mijenjaju (2).

Simptome shizofrenije i shizofrene bolesnike, ali bez korištenja imena shizofrenija, nalazimo već u Hipokratovim zapisima iz razdoblja Stare Grčke. On je za stanja koja bi danas nazvali shizofrenijom koristio nazive melankolija, manija i paranoja. U antičkom Rimu kao termin se pojavljuje demencija kao opis osobe koja je od normalne odjednom izgubila razum. U srednjem vijeku, u Francuskoj vladao je kralj Karlo VI. Ludi, u čijoj se biografiji opisuju epizode psihotičnih stanja sličnih današnjoj shizofreniji. Krajem 18. stoljeća pojavljuju se detaljni opisi tzv. “opsjednutosti” osoba, koje bi danas vjerojatno bile dijagnosticirane kao shizofrenija. Početkom 19. stoljeća Phillipe Pinel koristi pojam demencija kao sinonim za ludilo. U 19. i početkom 20. stoljeća psihijatrija se najintenzivnije razvija u Njemačkoj. Emil Kraepelin prihvaća Morelov naziv *dementia preacox*. Uvodi ga 1899. godine po prvi puta u četvrtom izdanju svoga udžbenika psihijatrije. Eugen Bleuler u svom djelu *Dementia preacox oder die Gruppe der Schizophrenien*, mijenja naziv *dementia preacox* u shizofrenija (2).

1.2. Epidemiologija i etiologija shizofrenije

Od kada se vode epidemiološki podaci shizofrenije njena prevalencija podjednaka je u različitim dijelovima svijeta i iznosi oko 1%, a incidencija oko 1,5/10 000. Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije shizofrenija spada u jednu od deset bolesti koje uzrokuju najveću invalidnost (3). Od bolesti podjednako obolijevaju oba spola, ali se nešto ranije javlja kod muškaraca (između 15 i 25 godine života), dok je kod žena to najčešće između 25 i 35 godine. Iznimno rijetko bolest se javlja prije puberteta i iznad 45 godine života. Nešto je češće javljanje kod djece rođene u zimi i proljeće (5% – 8%) (4).

Postoji više različitih hipoteza koje pokušavaju objasniti samu etiologiju shizofrenije. Jedna od najprihvaćenijih je neurorazvojna teorija koja nastanak bolesti objašnjava kombinacijom prenatalnih, perinatalnih, postnatalnih i izvjesnih vanjskih čimbenika. Taj model podrazumijeva da postoje genetski čimbenici koji u interakciji s čimbenicima okoline uzrokuju shizofreniju (3). Epidemiološke studije pokazuju da shizofrenija ima značajnu genetsku komponentu, što se može vidjeti iz primjera gdje za dvojajčanog blizanca shizofrenog bolesnika vjerojatnost pojave bolesti je od 9% do 26%, za jednojajčanog od 35% do 58%, za dijete s jednim shizofrenim roditeljem 14%, a za ono s oba shizofrena roditelja 46%. Studije pokazuju da je kod jednojajčanih blizanaca koji su odvojeni od drugog učestalost shizofrenije samo za nijansu manja nego da su odrasli zajedno, što je vrlo jak dokaz za genetski učinak u pojavi bolesti (5). Iako mnoga istraživanja upućuju na genetsku nasljednost, sam gen za nastanak shizofrenije nije pronađen (3).

U ostale čimbenike rizika spadaju neurokemijske abnormalnosti, infekcije, upalni procesi, malnutricija, odnosno pothranjenost majke tijekom trudnoće, životna dob oca (više od 50 godina), roditeljsko zanemarivanje, pothranjenost i infekcija djece tijekom prvih 6 godina života. Mnogo puta u anamnezi pacijenta navodi se stres. Pod time se podrazumijeva neko rano traumatsko iskustvo, poput fizičkog i seksualnog zlostavljanja te zanemarivanja. Vanjski čimbenik koji se spominje kao utjecaj na nastanak bolesti je i život u velikim gradovima, iako nije potpuno jasno i dokazano što dovodi do toga. Migranti su također pod povećanim rizikom za razvoj psihotičnog poremećaja, ponajviše osobe koje pri dolasku u novu sredinu su mlađe od 3 godine. Uz sve navedeno, najčešći negenski čimbenik koji se povezuje s pojavom shizofrenije je upotreba kanabisa u adolescenciji. Rizik za osobe koje imaju predispoziciju za nastanak bolesti i uživaju kanabis tri puta je veća od osoba koje isto ne konzumiraju (3).

1. 3. Simptomi i znakovi shizofrenije

S obzirom na kompleksnost shizofrenije mnogi kliničari i znanstvenici imaju svoju podjelu simptoma ove bolesti. Najpoznatija je podjela na primarne odnosno simptome prvog reda i sekundarne koje nazivamo još i simptomima drugog reda po Schneideru. Bleulerova podjela poznata je pod nazivom 4A i uključuju: asocijalnu slabost, afektivnu neadekvatnost, ambivalenciju i autizam. To su fundamentalni ili osnovni i sporedni ili akcesorni simptomi. U suvremenoj koncepciji koju je postavio Hughing Jackson simptome shizofrenije dijelimo na dvije velike skupine, pozitivne i negativne simptome (6).

Pozitivni simptomi, ili kako ih se još naziva psihotični, odnose se na halucinacije, deluzije (bolesne ideje) i nelogičan govor, a nisu prisutni kod osoba koje nemaju poremećaj mentalnog

zdravlja, te ih karakterizira uvjerenost u nešto što nema osnove u stvarnosti. Oboljeli često vjeruju da se ono što osjećaju, čuju i doživljavaju uistinu i događa, isto kao što je stvarno osobi koja to ne doživljava da ona ne postoje. Osoba može čuti glasove koji joj se obraćaju, na primjer da je ogovaraju, prijete te savjetuju. Zbog istog ona se može čudno ponašati za druge ljude, a to ponašanje naziva se psihotičnim (1).

Deluzije su uvjerenja za koja bolesnici vjeruju kako su istinita, slična su tumačenju praznovjernih ljudi, ali je velika razlika u tome što se osobna uvjerenja oboljelih ne dijele s drugim ljudima. Postoji veliki broj deluzija, poput mišljenja da ih netko proganja, upravlja njima, da se razgovor ljudi u prolazu odnosi na njih, ponekad se smatraju značajnim osobama, poistovjećuju se sa poznati pjevačima ili osobama značajnim u religiji, npr. Isus. Možda je zdravoj osobi to lakše približiti primjerom sa snom. U snu se događaju nemoguće stvari, ali kad se osoba probudi jasno joj je da je to bio san, dok osoba koja ima deluziju sanja u budnom stanju. Deluzije mogu biti bizarne, odnosno to su deluzije koje su posve nemoguće, apsurdne. Na primjer kako ima stotinu djece, da prima radijske frekvencije, da upravlja svemirom i drugo (1).

Mišljenje i govor oboljele osobe može biti poremećeno, kod nekih osoba, naročito u akutnoj fazi bolesti, zbog poremećaja u mišljenju može doći do toliko nerazumljivog govora da ga je teško pratiti, često tome pridonosi i nelogičnost u govoru, korištenje neologizama (iskrivljene riječi, odnosno riječi koje je izmislio sam pacijent ili im je dao neko novo značenje) i preskakanje s teme na temu (1).

Pojava halucinacija najčešća je u akutnoj fazi bolesti. Kod osoba mogu biti izražene povremeno ili kontinuirano. Oboljela osoba vidi, čuje, osjeti dodir i miris te doživljava okus onoga što u stvarnosti nema. Zbog toga ih dijelimo na vidne, slušne, taktilne, njušne i okusne. Kod shizofrenih bolesnika često se javljaju slušne halucinacije, druge se mogu javiti, ali nešto rjeđe. Većina halucinacija je neugodnog sadržaja. Osobe čuju glas ili više njih kako govore protiv nje ili ju nagovaraju na negativne stvari. Rjeđe se mogu javiti i ugodne halucinacije pri čemu osoba čuje neke lijepe riječi hvale i potpore. Oboljeli često ne žele priznati da imaju halucinacije, jer su one za njih stvarnost (1).

Kriva percepcija realnog podražaja naziva se iluzija, javlja se i kod zdravih osoba jer kod iluzije postoji stvarni objekt koji izaziva podražaj. Na primjer osoba koja je u velikom strahu može od stabla vidjeti neku osobu ili životinju koja ju napada, ali kada se prilagodi okruženju shvati da je pogriješila (1).

Katatonični simptomi su simptomi koji se odnose na nemir i ekstremno uzbuđenje, zauzimanje neprirodnih položaja tijela, negativizma koji se odnosi na odbijanje svih zahtjeva, kompletne šutnje odnosno mutizma, te potpunog ukočenja i nekomuniciranja što se naziva stupor (1).

Negativni simptomi odnose se na slabu motivaciju, nedostatak inicijative, pasivizaciju, bezvoljnost, siromašni i nespontani govor što dovodi do poteškoća u aktivnostima za svakodnevni život. Nedostatak zainteresiranosti, socijalnih kontakata i motivacije dovodi do nesposobnosti funkcioniranja, kako u vlastitom okruženju tako i na radnom mjestu ili školovanju. Mnogi oboljeli imaju poteškoća u izražavanju emocija pa ostavljaju dojam hladne i nezainteresirane osobe što ih još više udaljava od okoline. Negativni simptomi često nisu prepoznati kao bolest nego se zamjenjuju lijenošću što često dovodi do velikog nesporazuma sa bližnjima. Negativni simptomi često predstavljaju veći problem od pozitivnih jer je odgovor na liječenje lijekovima vrlo slab. Psihosocijalne metode u vidu poticaja na aktivnost i povećanja samopouzdanja mogu pomoći da se ove poteškoće prebrode ili smanje kako bi oboljeli stekli izgubljene vještine, vratili samopouzdanje i bolje organizirali svoj svakodnevni život (1).

1. 4. Tipovi shizofrenije

Svjetska zdravstvena organizacija shizofreniju dijeli na paranoidnu shizofreniju (F 20.0), hebefrenu shizofreniju (F 20.1), katatonu shizofreniju (F 20.2), nediferenciranu shizofreniju (F 20.3), postshizofrenu depresiju (F 20.4), rezidualnu shizofreniju (F 20.5), shozofreniju simplex (F 20.6), druge shizofrenije (F 20.8) i nespecificiranu shizofreniju (F 20.9). Podjela se temelji na prisutnosti tipičnih simptoma kod oboljelih (1).

Paranoidna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija je najčešća i javlja se u kasnim dvadesetim i ranim tridesetim godinama. Kod oboljelih dominiraju paranoidni simptomi, izražene deluzije različitih tema, ideje upravljanja osobom, najčešće su to ideje proganjanja, odnosa i nepovjerenja. Izražene su halucinacije koje mogu biti izražene na svim osjetilima, halucinacije glasova koje često komentiraju pacijentovo ponašanje. Kod paranoidnog tipa ponekad je potrebno dosta vremena kako bi se paranoidni simptomi prepoznali i potvrdili samu dijagnozu bolesti (2). Kod tog tipa bolesti psihofarmaci vrlo dobro utječu na simptome bolesti, remisije se vrlo brzo postižu i traju (6).

Hebefrena shizofrenija

Hebefrena shizofrenija najčešće se javlja između 15 i 25 godine života. Često je vrlo nepovoljna, polaganog toka, prevladavaju negativni simptomi bolesti. Karakteriziraju je nerazumljiv govor do kojeg dolazi zbog nelogičnosti u govoru i skakanjem od teme. Zbog dezorganiziranog ponašanja i izrazite uzbuđenosti nepovezane sa vanjskim poticajima, osoba teško obavlja osobnu higijenu što može dovesti do izrazito prljavog izgleda. Javljaju se problemi poput zaravnjenosti ili neadekvatnih osjećaja. Ima nepovoljnu prognozu i počinje naglo (1, 7).

Katatonična shizofrenija

Kod katatonične shizofrenije prevladavaju simptomi prekomjerne aktivacije ili pretjerane zakočenosti. Simptomi motoričke nepokretljivosti su voštana savitljivost, odnosno udovi osobe mogu se savijati kao da su od voska i potpuna motorička ukočenost što je stanje kada osoba nema nikakvih pokreta, a naziva se stupor. Kod tog tipa shizofrenije može se pojaviti ponavljanje pokreta drugih osoba koja se naziva ehopraksija i eholalija, odnosno ponavljanje riječi. U današnje vrijeme vrlo je rijetka, dok je u vrijeme kada nije bilo psihofarmaka i elektrokonvulzivne terapije često završavala smrću zbog iscrpljenosti organizma osobe. Za nju je specifično da se jednako pojavljuje kod oba spola (1, 7).

Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija naziva se još i atipičnom. Oboljeli od ovog tipa bolesti imaju simptome koji ne zadovoljavaju kriterije ostalih tipova ili imaju obilježja više tipova shizofrenije (7, 8).

Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija predstavlja kronični oblik same bolesti. Kod tih bolesnika prisutan je dug tijek trajanja bolesti gdje negativni simptomi prevladavaju i izraženi su duže vrijeme. Osobe su često bezvoljne, snižene verbalne i neverbalne komunikacije, zaravnjenog efekta, psihotično usporene (7, 8).

Shizofrenija simplex

Razvija se gotovo neprimjetno. Osoba se postupno povlači u svoj svijet, zakazuje u svom svakodnevnom funkcioniranju, mijenja svoje običaje, ponašanje i prijašnji način življenja. Tijek

bolesti obično je progredirajući. Često izostaju izmjene recidiva i remisije, dok psihofarmakoterapija uglavnom daje slabe rezultate (7, 6).

1. 5. Postavljanje dijagnoze i dijagnostički kriteriji shizofrenije

Shizofrenija je bolest za koju trenutno ne postoje radiološki, laboratorijski ili neki drugi testovi koji bi potvrdili dijagnozu, stoga se dijagnoza temelji na anamnezi, kliničkoj slici, psihijatrijskom razgovoru (intervjuu) i dijagnostičkim kriterijima (9).

U svijetu se primjenjuje Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD-10 ili MKB-10), kao službena svjetska klasifikacija i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM-V u SAD-u (3).

Dijagnostički kriteriji za shizofreniju prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB-10:

- jeka vlastitih misli, oduzimanje ili umetanje misli, osoba vjeruje kako drugi mogu znati što ona misli
- ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti koje se odnose na tijelo i kretanje udova, sumanute percepcije i specifične misli
- halucinatorni glasovi koji se odnose na glasove koje drugi ne čuju, komentiraju bolesnika i njegovo ponašanje
- sumanute ideje o nadljudskim moćima i sposobnostima, ideje koje su neprimjerene i sasvim nemoguće
- halucinacije bilo kojeg tipa praćene prolaznim sumanutostima bez jasnog sadržaja ili sumanute ideje poput ideja praćenja, zavjere, veličine i slično i njihova prisutnost tjednima ili mjesecima
- govor koji djeluje zbrkano i ne razumljivo, nelogično mišljenje, prekid misli ili ubacivanje u tijek misli
- katatonično ponašanje, npr. negativizam, mutizam, zauzimanje neprirodnog položaja, voštana savitljivost, stupor
- negativni simptomi, slaba motivacija, bezvoljnost, nesklad emocija što uzrokuje socijalno povlačenje, mora se razlikovati od posljedica depresije ili nuspojave lijekova
- promjene ponašanja, trajni gubitak interesa, zaokupljenost sobom, socijalno povlačenje, besciljnost, pasivnost (1)

Razlike između DSM-V i MKB-10 dijagnostičkih kriterija jesu: MKB-10 zahtjeva trajanje simptoma prvog reda kroz jedan mjesec, a DSM-V kriteriji uključuju i prodromalnu fazu bolesti i trajanje simptoma najmanje 6 mjeseci. Službena klasifikacija u Republici Hrvatskoj je MKB-10 (3).

Rodno vezana dijagnostička pitanja

Dob početka bolesti nešto je kasnija kod žena, simptomi imaju veći afektivni naboj, postoji više psihotičnih simptoma te veća mogućnost psihotičnih simptoma u kasnijoj dobi. Socijalno funkcioniranje kod žena bolje je očuvano, a negativni simptomi i dezorganizacija su manje učestale (9).

Suicidalni rizik

Tijekom života osobe oboljele od shizofrenije imaju visoki rizik od samoubojstva i to podjednako muškarci i žene, a osobito visok može biti kod mlađih muškaraca s komorbidnim uzimanjem psihoaktivnih tvari. Približno 20% osoba sa shizofrenijom pokuša samoubojstvo jednom ili više puta, mnogo njih ima ozbiljne suicidalne ideje dok približno 5 – 6% okonča život samoubojstvom. Rizik je nešto povišen nakon psihotične epizode ili otpusta iz bolnice. Suicid je ponekad reakcija na halucinacije da osoba ozlijedi sebe ili druge (9).

1. 6. Faze shizofrenije

Postoji faza koja prethodi bolesti, akutna ili aktivna faza, faza stabilizacije i rezidualna faza.

Prodromalna faza javlja se prije nego što se pojave tipični simptomi bolesti. Osoba se povlači u sebe, počinje se čudno ponašati, osjećati beznadno i umorno te zanemaruje svoj izgled i higijenu. Ovi simptomi pojavljuju se kao rani znakovi, odnosno znakovi upozorenja kod osoba koje već boluju od shizofrenije i upozoravaju na moguću akutnu fazu bolesti, stoga je bitno što prije uočiti te znakove i na vrijeme reagirati. Mnogi ljudi koji boluju od shizofrenije nauče prepoznati te rane simptome kao znakove upozorenja te na vrijeme potraže pomoć (1).

Akutna faza bolesti nastaje pojavom psihotičnih simptoma koji su najčešće deluzije, bolesne ideje i halucinacije praćene uznemirenošću, nesanicom i osjećajem ugroženosti. Mnogi su tada nekritični prema vlastitoj bolesti, zbog toga je u toj fazi bolnica najčešće najsigurnije mjesto za adekvatno liječenje (1).

Faza stabilizacije nastaje kada se povuku simptomi akutne faze ili su toliko ublaženi da osoba može boraviti izvan bolnice. Ova faza može trajati više godina, ali često je prekidaju faze

povratka akutne faze. Uz adekvatno liječenje, koje uključuje lijekove i psihosocijalne metode, povratak akutne faze može se svesti na minimum (1).

Remisija bolesti je stanje kada nakon akutne faze nema više pozitivnih niti negativnih simptoma shizofrenije i osoba se vraća na razinu funkcioniranja kao i prije bolesti ili uz blaga odstupanja. Ako se nakon akutne faze ne povuku svi simptomi shizofrenije, već ostaju prisutni ali manje izraženi nego u odnosu na akutnu fazu, govorimo o rezidualnoj fazi (1).

1. 7. Liječenje shizofrenije

Suvremeni koncept liječenja shizofrenije stavlja naglasak na ishod same bolesti pri čemu se fokus interesa pomaknuo sa simptomatske remisije prema što boljoj funkcionalnoj remisiji, boljem oporavku bolesnika te postizanju zadovoljavajuće kvalitete života (3).

Pristup liječenju oboljelih od shizofrenije u našoj je zemlji baziran na farmakološkim i psihosocijalnim intervencijama (3). Na temelju međunarodnog psihijatrijskog konsenzusa, danas u lijekove prvog izbora ubrajamo antipsihotike druge i treće generacije. Antipsihotici druge generacije su klopazin, olanzapin, kventiapin, asenapin, risperidon, paliperidon, ziprasidon, sertindol, a otkrićem aripiprazola možemo govoriti o trećoj generaciji antipsihotika u koju spada i cariprazin (10). Prednost se daje navedenim antipsihoticima zbog znatno šireg spektra djelovanja na pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome, imaju manju pojavu nuspojava pa zbog toga mogu utjecati na veću suradljivost bolesnika u liječenju, a s time i na povoljniji ishod liječenja (10). U akutnoj fazi bolesti, zbog negativizma i lošije suradnje vrlo često je potrebna parenteralna terapija. U prvoj psihotičnoj epizodi ukoliko pacijent dobro reagira na lijek potrebno je postepeno smanjivati dozu što ponekad traje i do godine dana, kroz taj period pacijent neće biti stalno hospitaliziran, ali je potrebno da dolazi na redovite liječničke kontrole. Kod osoba kod kojih je čest recidiv bolesti i potrebno je dugotrajno liječenje vrlo su korisni depo preparati (Xeplion, Haldol depo, Moditen depo, Abilify Maintena) koji se daju svaka dva, tri ili četiri tjedna i na taj način poboljšavaju suradnju. Ponekad je teško od shizofrenih pacijenata očekivati da uredno i dugotrajno uzimaju terapiju ukoliko nemaju uvid u svoju bolest i adekvatnu podršku obitelji (5).

Kada pacijent ne reagira na intenzivnu terapiju psihofarmacima i svi drugi terapijski postupci su iskorišteni može se liječiti elektrokonvulzivnom terapijom. Elektrokonvulzivna stimulacija predstavlja terapijsku proceduru kojom se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kratkotrajnih električnih impulsa (5).

Osobama koje imaju psihičke smetnje potrebna je rehabilitacija. Sam cilj psihijatrijske rehabilitacije je individualna asistencija u razvijanju intelektualnih, emocionalnih i socijalnih vještina koje su potrebne za normalan život u zajednici, uz što manju intervenciju terapeuta. Kratkoročni ciljevi su individualni i odnose se na osnaživanje i oporavak osobe, dok kao dugoročne ciljeve podrazumijevamo poboljšanje same kvalitete bolesnikovog života, dužu remisiju te uspostavljanje funkcioniranja u svakodnevnicu (11).

Kroz psihoterapiju i socioterapiju potiče se pacijentovu psihološku i socijalnu adaptaciju pomažući mu da rekonstruira i poveća svoje sposobnosti te da poveća samopouzdanje naglašavanjem svojih sposobnosti i postignuća (11).

Psihoterapija, socioterapija i rehabilitacija imaju ciljeve okrenute poboljšanju zdravlja i kvalitete života s bolesti. Iako postoji dosta preklapanja, sami postupci do postizanja ciljeva su različiti (12).

1. 7. 1. Psihoterapija

Psihoterapija se koristi interpersonalnim odnosom kako bi pomogla osobama da bolje razumiju sebe, pomaže u otkrivanju povezanosti ponašanja u prošlosti s ponašanjem u sadašnjosti. Definirana je kao tehnika orijentirana na razumijevanje unutarnjeg psihološkog svijeta i odnosa s drugim ljudima. Kada je psihoterapija okrenuta jačanju ega putem učvršćivanja mehanizama obrane i poticanja razvoja vještina nazivamo ju suportivnom, a kada je okrenuta analizi prošlih događaja i njihovih utjecaja na sadašnje ponašanje govorimo o analitičkoj psihoterapiji (12).

Kroz psihoterapiju uspostavlja se odnos povjerenja ključan za liječenje, pacijenti se ne mogu podučavati kako da kontroliraju svoju bolest dok se ne uspostavi povjerljiva relacija terapeut – pacijent. Kod interpersonalnog odnosa s pacijentom terapeut treba prenositi poštovanje i autentičnu brigu, a u tome mu može pomoći empatijsko sagledavanje situacije bolesnika i njegova gledanja na vlastitu situaciju, sadašnji život i osobne ciljeve za bližu i dalju budućnost (12).

U rehabilitaciji potrebno je ne koristiti paternalistički stav koji pacijenta stavlja u ulogu poslušnosti. Taj stav proizlazi od ideje da je terapeut ekspert koji sve najbolje zna, dok pacijent mora slijediti njegove upute, a ako to ne čini to je pacijentova pogreška. U terapijskom odnosu od velike je važnosti da pacijent doživi terapeuta koji s njim radi kao osobu od povjerenja, koja pruža podršku i suosjeća s njim. Odnos terapeut – pacijent je odnos koji treba temeljiti na

slušanju pacijentovih potreba, stoga ovdje imamo rezultate istraživanja koji nam govore što pacijent želi od svojih terapeuta (12):

- Ohrabrite me da mislim neovisno
- Liječite me na način koji mi pomaže da se oporavim
- Ponudite pomoć u atmosferi nade i optimizma
- Tretirajte me ravnopravnim u planiranju mog liječenja
- Ojačajte odnos suradnje
- Dajte mi slobodu da imam pravo na svoje pogreške
- Ponašajte se samnom na način da vjerujete da mogu planirati svoju budućnost
- Pacijenti imaju pravo da budu potpuno informirani o bolesti i liječenju i da donose odluke zajedno s osobama koje ih liječe
- Slušajte me i vjerujte mi ono što kažem
- Procijenite moje radne sposobnosti i potencijale
- Budite dostupni razgovarati samnom kada ja imam potrebu razgovarati
- Podučite me o lijekovima koje uzimam
- Želje u liječenju korisnika usluga moraju biti središte
- Dostupnost sveobuhvatnog koordinatora liječenja (12)

1.7.2. Socioterapija

Socioterapija koristi teoriju učenja s ciljem obogaćivanja i poboljšavanja socijalnih i životnih uvjeta, okrenuta je izgradnji vještina ovdje i sada. U socioterapiji način dnevnog života postaje instrument za liječenje, a socioterapeut radi na primjeni bolje prilagođenog ponašanja koje je vezano za izgradnju socijalnih vještina potrebnih za svakodnevni život. Najpoznatija socioterapijska metoda je terapijska zajednica. Terapijska zajednica je metoda socioterapije koja koristi psihoterapijsku i socioterapijsku tehniku liječenja oboljelih na bolničkim odjelima, u dnevnim bolnicama te svugdje gdje su osoblje i pacijenti u formalnoj i neformalnoj interakciji (12).

Postoje četiri načela koja su važna za terapijsku zajednicu: demokracija (odluke o aktivnostima zajednice donose svi članovi), permisivnost (svi članovi trebaju uzajamno tolerirati različite oblike ponašanja), zajedništvo (osjećaj povezanosti i otvorenosti) i sučeljavanje s realitetom (kontinuirano suočavanje sa posljedicama ponašanja) (12).

1.7.3. Rehabilitacija

Glavni cilj rehabilitacije je pomoći pojedincu u postizanju maksimalne neovisnosti u svakodnevnom životu, kroz niz koordiniranih psihosocijalnih postupaka. Rehabilitacija potiče oporavak, osnaživanje, integraciju u zajednicu i poboljšanje kvalitete života osobama sa psihičkim poremećajem. Postoje brojne metode rehabilitacije koje su učinkovite; trening socijalnih vještina, rad s obitelji, grupe podrške bolesniku, potpomognuto zapošljavanje, casemanagment (koordinirano liječenje) i dr. Rehabilitacija podupire punu integraciju u zajednicu koja uključuje prava i odgovornost (12).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada prikaz je shizofrenije kao bolesti, zdravstvene njege te uloge medicinske sestre u liječenju shizofrene bolesnice u akutnoj fazi bolesti.

Ovaj rad prikazuje slučaj tridesetogodišnje pacijentice oboljele od shizofrenije. Opisuje njene faze bolesti od samog početka pa do zadnje hospitalizacije u našoj bolnici. Slučaj prikazuje anamnezu bolesti, ulogu terapijskog tima i članova obitelji u skrbi za pacijenticu kao i terapijsko rehabilitacijski proces.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podaci

Bolesnica N.N. u dobi od 30 godina, neudana, nema djece, po zanimanju komercijalist, živi sa ocem. Rođena je u potpunoj obitelji. Odrasla je uz mlađeg brata koji sada živi u Zagrebu. Roditelji su se razveli kada je imala dvije godine, međutim nekoliko puta su se razvodili i opet mirili. Zbog navedene situacije naizmjenično je živjela kod majke i oca dok je brat živio sa majkom. Završila je srednju komercijalnu školu, radila je oko 9 mjeseci u trgovini. Imala je emocionalnu vezu oko tri godine, ali je veza okončana jer kako navodi sama pacijentica bila je previše ljubomorna. U svojoj dvadesettrećoj godini odlazi u samostan u Lasinje u zajednicu Kćeri srca Isusova. Tamo je bila novakinja oko dvije godine. U trećoj godini boravka u samostanu pojavili su se glasovi kojima je prethodio veliki strah i bizarno ponašanje, nakon čega je napustila samostan i krenula se psihijatrijski liječiti.

3.2. Klinička slika i tijek liječenja bolesnice

17.7.2018.-6.12.2018. Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafael“ Strmac

Četvrto liječenje u ustanovi Sv Rafael. Na prijem dolazi u pratnji majke. Zadnji puta liječena početkom godine pod dijagnozom paranoidne shizofrenije. Nakon otpusta redovito je dolazila na kontrole te je djelomično modificirana farmakoterapija. U dogovoru sa majkom uspjela se dva mjeseca zaposliti u sezonskom ugostiteljskom radu. Navodi kako je dva mjeseca uspješno funkcionirala. Na početku je radila kao konobar koji skuplja posuđe, da bi bila premještena na posao razvođenja čistog posuđa. Iz početka je mogla odgovoriti tom zadatku, međutim nakon tri tjedna uspješnog rada počela je čuti „izdajničke glasove“ koji su bili ozvučenje misli kako joj u poslu pomaže osoba iz radne sredine. Tada ju je obuzeo strah i konačno se potpuno destabilizira kada je čula glasove kako joj govore da je sveta i da će ići u pakao. Tada je bila okupirana deluzionim idejama i glasovima koji su je zaglušavali i više nije mogla biti sa drugim ljudima, razbila je čašu, pokušala rezati vene, popila veće količine lijekova za spavanje. Iznosi kako je glas upravljao njom. Navodi kako nije željela smrt, ali strah od pakla ju je natjerao da to sve napravi, nadajući se da će se tako riješiti neugodnog glasa. Glasovi i dalje egzistiraju, psuju i govore ružne stvari zbog kojih se je rasplakala.

Iz psihičkog statusa: svjesna, orijentirana, afektivitetom labilna, emocionalno inkontinentna u vidu plača, intrapsihički je napeta, tjeskobna. U sadržaju dominiraju deluzione ideje odnosa i nametanja misli. Ima uvid u vlastito stanje.

12.3.2019.-21.3.2019. Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ Zagreb

Pacijentici je ovo prvo liječenje u našoj ustanovi, dolazi u pratnji majke zbog revizije terapije. Psihički status: prisvjesna, svestrano uredno orijentirana, psihomotorno mirna. Doima se sniženog raspoloženja, bljeđeg afekta. Negira obmane osjetila, negira suicidalne misli i namjere. Sniženi voljno-nagonskih dinamizama. Kognitivnomnistički u skladu sa dobi i naobrazbom. Kritična. Aktualno dolazi radi revizije terapije, ali navodi kako se još boji ljudi i da ne izlazi iz kuće. Povremeno ima foneme, imperativnog karaktera, navodi bezvoljnost i manjak motivacije. Liječenje je započeto na akutnom ženskom odjelu a nastavlja se na odjelu za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje te ranu intervenciju kod psihotičnih poremećaja. U kombinaciju psihofarmaka uključena je u rad male i srednje psihodinamski orijentirane psihoterapijske grupe, pružen joj je individualni suport, uključena je u rad terapijske zajednice te kognitivno bihevionalne i radno kreativne radionice. Zbog potrebe stabilizacije psihičkog stanja indiciran je nastavak hospitalnog liječenja.

22.3.2019.-7.6.2019. Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ Zagreb

Druga hospitalizacija u ustanovi realizirana je praktički u kontinuitetu s prethodnom, a radi potrebe daljnje korekcije i titracije psihofarmakološke terapije i uključanja u intenzivni psihoterapijski i socioterapijski program jer nije postignuta adekvatna remisija. I dalje se žali na slušne halucinacije, anksiozna, depresivna, uznemirena, rasplnutog duktusa te dezorganiziranog ponašanja. Kod prijema uredne svijesti i orijentacije u svim smjerovima, suradljiva, motorički mirna, napeta, tjeskobna, nešto sniženog raspoloženja, u sadržaju se žali na nametajuće misli, povremeno čuje glasove. Kognitivne funkcije narušene aktualnim psihičkim stanjem. Afirmira strah od mogućih suicidalnih promišljanja, no jasno se distancira od namjera. Nije heteroagresivna. Uglavnom kritična prema svom stanju. Liječenje je provedeno na odjelu za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje te rana intervencija kod psihičkih poremećaja gdje je pacijentica uz nastavak psihofarmakoterapije uključena u rad terapijske zajednice, male i srednje psihoterapijske grupe, antistigma i antistres radionice, psihoedukacija, radno-okupaciona terapija i rekreacija uz individualni suport. U terapijskom programu pasivna, u grupnoj psihoterapiji oskudnijih verbalizacija, uključuje se na poticaj te je pretežito fiksirana na obilnu psihopatologiju. Uz navedene terapijske postupke psihičko stanje se postepeno poboljšava u smislu stišavanja slušnih obmana, smanjena intenziteta paraidnog doživljaja realiteta, središnjeg misaonog tijeka i realnih očekivanja od budućnosti.

27.6.2019.-28.6.2019. Opća bolnica Nova Gradiška

Bolesnica N. N. premještena je na psihijatrijski odjel iz jedinice intenzivnog liječenja, gdje je zaprimljena dan ranije (27.6.2019.) oko 16:15h zbog pokušaja suicida intoksikacijom medikamentima. Pri prijemu u JIL, nakon provedene lavaže na sondu dobiva se veća količina lijekova, nalaz u urinu pozitivan na benzodiazepine. Proveden je intenzivan nadzor te se premješta na psihijatrijski odjel. Tijekom razgovora iznosi da je popila cijelu „šaku“ Risperidona, cijelu kutiju Clozapinuma i oko 10 tableta Zolpidemuma za spavanje. To joj je naredio glas koji je prisutan dulje vrijeme, kaže da joj je rekao da je on njen Bog, a ne Isus. Verbalizira osjećaj straha. Unatoč kombinaciji antipsihotika, anksiolitika, antidepresiva i hipnotika, kod bolesnice se i dalje bilježe slušne obmane osjetila imperativnog karaktera te se premješta u NPB „Dr. Ivan Barbot“ na daljnje liječenje.

28.6.2019. NPB Dr. Ivan Barbot Popovača

Bolesnica N. N. dovezena je sanitetskim prijevozom iz OB Nova Gradiška gdje je provela dva dana nakon pokušaja suicida ingestijom velike količine psihofarmaka, a koja je uslijedila zbog dekompenzacije osnovne bolesti (paranoidna shizofrenija). Bolesnica potvrđuje da se htjela ubiti i da još ima imperativne halucinacije koje joj naređuju da ubije sebe, majku, brata. U našoj ustanovi liječi se prvi put. Bolesnica navodi da je živjela sa majkom koja ju je fizički maltretirala i zbog toga je otišla živjeti sa ocem koji se također liječi od shizofrenije. Pri pregledu sniženog raspoloženja, psihomotorno mirna. Sadržajno slušne halucinacije imperativnog i religioznog karaktera uz nametnute misli. Aktualno se distancira od suicidalnih namjera i promišljanja, iako potvrđuje da ih je bilo zadnjih sati. Nije heteroagresivna.

Bolesnica se nakon pregleda u prijemnoj ambulanti bolnice zaprima na Odjel za biološku psihijatriju-hitni ženski.

Na odjelu bolesnica djeluje uplašeno, napeto i nepredvidivo, ali surađuje. Djelomično je svjesna svog stanja i da joj je pomoć neophodna. Nakon upoznavanja obavljen je intervju sa pacijenticom kako bi se moglo početi sa planiranjem zdravstvene njege.

3.3. Proces zdravstvene njege

Po prijemu pacijentice u bolnicu procjenjuje se njen izgled, držanja i ponašanje. Treba utvrditi da li je ponašanje povezano sa promijenjenom ili normalnom sviješću, dezorganizirano ili svrsishodno, predvidivo i impulzivno, poticano od drugih ili je vođeno vlastitom motivacijom, je li hiperaktivno ili hipoaktivno.

- Analizira se verbalna komunikacija, odnosno brzina, intonacija, ritam, jakost glasa, neobični obrasci i bizarni sadržaji. Postoji li afazija, igre riječi, mutizam, rimovanje, perseveracija i dr.
- Analizira se neverbalna komunikacija, geste, mimike lica, pogled, da li osoba izbjegava kontakt očima ili gleda u sugovornika, kretnje glavom. Procjenjuje se stanje svijesti, pažnje, mišljena, pamćenja. Daje li adekvatne podatke o sebi i drugima, je li orijentirana u vremenu i prostoru, prema sebi i drugima. Pita ju se o postojanju odmana osjetila i prati se spontano ponašanje pacijentice
- Fizički status
- Socijalni status

Nakon intervjua medicinska sestra jasnije shvaća problem bolesnice i može početi sa planom zdravstvene njege. Sestrinska dijagnoza uvijek je iskustvena, radna dijagnoza i u svezi je sa daljnjim postupcima sestre. Nakon postavljanja dijagnoze, planiraju se intervencije. Sestrinski problem uvijek je opis onoga pacijentovog stanja koje zahtjeva sestrinske intervencije. Na odabir intervencija iz zdravstvene njege duševnog bolesnika utječu: osobine ličnosti, psihopatološko stanje, dob, kulturni i društveni status bolesnika, njegove intelektualne i fizičke sposobnosti (13).

VISOK RIZIK ZA SUICID

Ponašanje u kojem bolesnica pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom, što se očituje verbaliziranjem razmišljanja o smrti i planovima za samoozljeđivanje.

- Cilj liječenja je osigurati da se bolesnica tijekom procesa liječenja neće ozlijediti.
- Intervencije u ovom procesu su:
 - bolesnici osigurati sigurnu okolinu
 - često kontrolirati prostor u kojem boravi
 - terapiju na odjelu držati zaključanu
 - kod pogoršanja bolesnice kontaktirati psihijatra
 - bolesnicu potaknuti da si postavi kratkoročne, ostvarive ciljeve
 - opažati pacijentičino ponašanje i procijeniti učestalost promatranja i obilaženja (posebno noću, rano ujutro, promjena smjene, vrijeme kada je najviše posla na odjelu)
 - opažanja suicidalnih verbalnih i neverbalnih znakova

- provoditi što više vremena s bolesnicom
- orijentirati bolesnicu na stvarnost te primjenjivati propisane lijekove
- Evaluacija dijagnoze ukazuje na to da se bolesnica tijekom hospitalizacije nije ozlijedila (14,15).

SOCIJALNA IZOLACIJA

Očituje se u manjku povjerenja, regresiji ponašanja, potisnutim strahovima, prijašnjim lošim iskustvima u interakciji, neprihvatljivom društvenom ponašanju, što se očituje odsutnošću pogleda, tugom, neprikladni ili nezreli interes za aktivnosti, preokupiranost mislima, beznačajnim radnjama, izražavanjem osjećaja odbijanja od drugih.

- Postavljeni cilj jest da će bolesnica samostalno provoditi vrijeme s osobljem i pacijentima.
- Intervencije kod ove dijagnoze su:
 - pružati sigurnost i empatiju
 - poštivati bolesnicu
 - biti iskren s njom i poštivati dogovore
 - pružati potporu u aktivnostima te ju poticati na samostalnost
 - raspraviti s bolesnicom o važnosti da verbalizira probleme
 - pronaći prikladne metode relaksacije
 - paziti s dodirivanjem bolesnice da ne bi protumačila dodir kao prijatnu
 - primjenjivati propisanu terapiju
 - uključivanje u edukativnu grupu
 - uključivanje u popodnevnu grupu sa medicinskom sestrom
 - uključiti obitelj i sve ostale članove tima u rad s bolesnicom te dokumentirati postupke u predviđene obrasce
- Evaluacija dijagnoze: bolesnica je tijekom hospitalizacije samostalno provodila vrijeme sa osobljem i pacijentima (14, 15,16).

NEMOGUĆNOST SUOČAVANJA

Očituje se u manjku povjerenja, smanjenom samopoštovanju, manjaku suporta, potisnutom strahu, disfunkcionalnoj obitelji, što se očituje promjenama u socijalnom funkcioniranju, nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih potreba, neprimjereno korištenje obrambenih mehanizama.

- Cilj dijagnoze jest da će bolesnica demonstrirati korištenje prikladnih vještina i steći povjerenje u osoblje.
- Intervencije koje treba provesti su:
 - poticati bolesnicu na interakciju s osobljem
 - izbjegavati fizički kontakt sa bolesnicom
 - izbjegavati smijanje i šaptanje pred bolesnicom da ne bi razvijali daljnju sumnju kod bolesnice
 - biti iskren i održavati obećanja
 - promatrati koji naši postupci izazivaju sumnju
 - uključiti bolesnicu u aktivnosti koje nisu natjecateljskog karaktera
 - ohrabrivati bolesnicu da verbalizira svoje osjećaje
 - asertivno komunicirati (govoriti pristojno, kratko, direktno, neugrožavajuće, nemanipulativno, u pravo vrijeme, najprije istaknuti pozitivno, pokazati razumijevanje za drugu osobu, usmjeravati se na samo jednu “stvar”)
 - davanje komplimenata (biti određen, ne pretjerivati, dati ga u pravo vrijeme, bez podcjenjivanja sebe, bez podcjenjivanja drugih) te primanje komplimenata (bez opravdavanja, izraziti zahvalnost, dati do znanja ako nam je drago – biti iskren)
- Evaluacija dijagnoze pokazala je kako je bolesnica tijekom hospitalizacije demonstrirala korištenje prikladnih vještina u interakciji s drugima i djelomično stekla povjerenje u osoblje (13, 14, 17).

POREMEĆAJ SENZORNE PERCEPCIJE (VIDNE, ZVUČNE)

Očituje se u povlačenju u sebe, stresu, halucinacijama, što se očituje kroz iznenadne promjene raspoloženja, anksioznost, promijenjen intenzitet mišljenja, neadekvatan odgovor na akciju, slabu koncentraciju, iskrivljenu sensoriku, verbaliziranje halucinacija.

- Cilj u liječenju ove dijagnoze jest postizanje da bolesnica raspravlja sa sestrom ili liječnikom o sadržaju halucinacija te da može shvatiti da su halucinacije dio bolesti te savladati tehnike kontrole ponašanja.
- Intervencije kod ove dijagnoze su:
 - promatrati verbalne i neverbalne znakove halucinacija i odrediti intenzitet
 - pružiti osjećaj empatije i sigurnosti
 - razgovarati s bolesnicom o sadržaju glasova
 - otkriti povezanost anksioznosti i halucinacija

- probati odvratiti pažnju bolesnici od halucinacija
- ponuditi gledanje televizije ili slušanje radija kako bi joj to odvratilo pažnju od glasova
- ponuditi bolesnici druge oblike okupacijske terapije koja bi joj bila zanimljive, a ne bi bilo kontraindicirano u smisli da potiče halucinacije
- Evaluacija dijagnoze ukazala je da je bolesnica tijekom hospitalizacije raspravila sa sestrom i liječnikom o sadržaju halucinacija te shvatila da su halucinacije dio bolesti i svladala tehnike kontrole ponašanja (13, 17, 18).

PROMJENJENI MISAONI PROCESI

Očituju se u nemogućnosti vjerovanja, potisnutom strahu, stresu, što se očituje kroz sumanuto mišljenje, nemogućnost koncentracije, pojačanu pažnju, smetenost, netočnu percepciju okoline, nemogućnost donošenja odluka, rješavanja problema.

- Cilj ove dijagnoze jest da će bolesnica moći razlikovati stvarno od nestvarnog.
- Potrebne intervencije su:
 - ne svađati se sa bolesnicom i ne poricati njena vjerovanja
 - pokazati da se slažete s njenim nerealnim vjerovanjima, ali da ih ne možete prihvatiti kao takva
 - objasniti i demonstrirati tehnike relaksacije (vježbe dubokog disanja, vježbe relaksacije, blokiranje misli)
 - podržavati i bazirati razgovor na stvarno vrijeme i ljude
 - podržavati bolesnicu u verbaliziranju svojih osjećaja, strahova i nesigurnosti
- Evaluacija dijagnoze pokazala je kako je bolesnica tijekom hospitalizacije počela razlikovati stvarno od nestvarnog (17, 18).

MANJAK SAMOPOŠTOVANJA

Očituje se u manjku potpore, osjećaju napuštanja od drugih značajnih osoba, neuspjehu, nerazvijenom egu, što se očituje kroz povlačenje iz okoline, teškoće prihvaćanja potpore, pretjerana samokritičnost i osuđivanje, verbaliziranje bezvrijednosti, strah od neuspjeha, nemogućnost prepoznavanja vlastitog uspjeha, nezadovoljavajući interpersonalni odnosi, pesimizam, osjetljivost na kritike.

- Pri liječenju ove dijagnoze postavljen je cilj da će bolesnica verbalizirati strah od neuspjeha i svoje pozitivne osobine.

- Potrebne intervencije za rješavanje dijagnoze su:
 - zajedno s bolesnicom planirati realne ciljeve
 - poštivati bolesnicu i njene potrebe
 - provoditi dovoljno vremena s bolesnicom
 - zajedno s bolesnicom naći i osvijestiti njezine pozitivne osobine
 - pružiti potporu bolesnici pri suočavanju sa strahom i zajedno s njom sudjelovati u aktivnostima
 - skretati pažnju na pozitivne stvari bez osvrtnja na prijašnje neuspjehe
 - poticati samostalnost i odgovornost
 - podizanje samosvijesti o vlastitim osjećajima, ponašanju i stavovima
- Evaluacije je pokazala kako je bolesnica tijekom hospitalizacije stekla povjerenje u osoblje te samostalno poticala komunikaciju (13, 14, 17).

SPREMNOST ZA UNAPREĐENJE KOMUNIKACIJE

Što se očituje boljom komunikacijom sa osobljem i obitelji, ali nedovoljnim izražavanjem svojih osjećaja i misli.

- Cilj ove dijagnoze jest osposobiti bolesnicu za samostalno izražavanje misli i osjećaja.
- Potrebne intervencije su:
 - usporiti i poslušati priču bolesnice
 - ponavljati upute
 - ograničiti broj uputa koje dajemo
 - biti brižni i osjećajni prema bolesnici
 - poštivati bolesnicu i stvoriti empatijski odnos
 - uključiti bolesnicu u grupe sa psihologom
 - uključiti bolesnicu u popodnevnu grupu i edukativnu grupu
- Evaluacija dijagnoze pokazala je kako bolesnica djelomično izražava svoje misli i osjećaje (17, 18).

4. RASPARAVA

Uspoređujući podatke iz stručne literature korištene u ovom radu i podatke bolesnice N. N. možemo zaključiti da se velikim dijelom podatci podudaraju. Epidemiološke studije pokazuju da shizofrenija ima značajnu genetsku komponentu za dijete s jednim shizofrenim roditeljem 14% (5), a poznato je da otac bolesnice također boluje od shizofrenije. Bolest se kod pacijentice pojavila u 23. godini života što je nešto manje od prosjeka, ali možda su baš stresori potaknuli pojavu bolesti. Stresan život bolesnice, nefunkcionalna obitelj sa čestim selidbama, uvijek bez jednog roditelja poznati su faktori za nastanak bolesti (3). Kod bolesnice je došlo do socijalnog povlačenja i površnosti emocija što možemo vidjeti pri njenom pokušaju da se uklopi u radnu sredinu, ali bezuspješno, panični strah i glasovi koji ju plaše paklom dezorganizirali su je i doveli do stanja da je izgubila povjerenje u druge. Strah od socijalnog kontakta samo je još više rastao. Pokušaj suicida, glasovi, socijalna izolacija, sve je to dovelo pacijenticu do gubitka samopoštovanja i jednostavno nije mogla naći izlaz iz toga. Pokušaj suicida dva puta, stalna promišljanja i planovi suicida također se podudaraju sa literaturom gdje se navodi da osobe oboljele od shizofrenije imaju visoki rizik od samoubojstva (9). Približno 20% osoba sa shizofrenijom pokuša samoubojstvo jednom ili više puta (9). Kod bolesnice je pokušaj samoubojstva u oba puta bio reakcija na halucinacije što se također spominje u literaturi (9).

Zbog glasova koji bolesnici govore da nudi sebi i drugima, verbaliziranja razmišljanja o smrti i planovima za samoozljeđivanja, napetosti i nepredvidivog ponašanja postavljena je dg. Visok rizik za suicid nadajući se da će bolesnica sama verbalizirati svoje strahove, razgovarati o sadržaju halucinacija i savladavati tehnike kontrole ponašanja kako nebi vidjela izlaz samo u suicidu (14, 15).

Kroz vidljivu prisutnost potisnutih strahova, prijašnju lošu interakciju i neprihvatljivo društveno ponašanja postavlja se dg. Socijalne izolacije, gdje se kroz intervencije pokušava približiti pacijentici i stvoriti povjerljiv i empatijski odnos (14, 15, 16).

Kroz daljnje liječenje uočeno je smanjeno samopoštovanje, disfunkcionalna obitelj i manjak povjerenja. Kako bi bolesnica stekla povjerenje u osoblje, obitelj, prijatelje i korištenje prikladnih vještina u interakciji s drugima postavlja se dg. nemogućnosti suočavanja i dg. manjak samopoštovanja (13, 14, 17). Tijekom liječenja bolesnica je postepeno stekla povjerenje u osoblje, počela se družiti s ostalim bolesnicama i ostvarila topliji odnos sa obitelji, ali još uvijek nije uspjela izražavati svoje misli i osjećaje stoga je postavljena dg. spremnost na unapređenje komunikacije (17, 18). Nakon dva tjedna njen odnos sa osobljem postao je sve iskreniji, počela

je izražavati svoje misli i osjećaje dok je prema obitelji još ostala nešto distanciranija. Povremeno verbalizira strahove, ali ih je počela kontrolirati. Kada je potrebno sama zatraži pomoć što je dokaz o izgrađenom povjerenju. Uključena je u grupe na odjelu na kojima aktivno sudjeluje. Upoznata je sa daljnjom suportivnom terapijom nakon odlaska iz bolnice. Zbog zadovoljavajućeg stanja i urednog ponašanja premještena je na Odjel za biologijsku psihijatriju – ženski. Nakon odlaska iz bolnice u remisiji je godinu dana.

Kroz sve sestrinske intervencije najvažnije je da oboljele osobe steknu iskren i povjerljiv odnos prema osoblju te povećaju svoje samopoštovanje koje će im pomoći u borbi sa vlastitom bolesti.

5. ZAKLJUČAK

Liječenje shizofrenog bolesnika vrlo je složen proces. Uz liječnika medicinska sestra je važna karika u procesu liječenja i rehabilitaciji. Ona prati bolesnika, prepoznaje simptome bolesti i nuspojave lijekova te se uključuje u liječenje bolesti, kako u akutnoj fazi bolesti tako i u svim drugim fazama. Pomaže pacijentu tako što ga potiče na održavanje i očuvanje zdravlja, potiče ga na sudjelovanje u aktivnostima, pomaže kod komunikacije, podrška mu je u suočavanju sa stresom i sa samim sobom, stvarajući samim time dobar terapijski odnos. Aktivno se zauzima za njegove potrebe, probleme te osigurava dovoljno vremena za samog bolesnika. Medicinska sestra mora upoznati pacijenta i njegovu obitelj sa mogućim posljedicama bolesti, objasniti remisiju i prepoznavanje ponovnog povratka bolesti, kako bi bolesnik na vrijeme mogao potražiti adekvatnu pomoć.

Kao važan član psihijatrijskog tima medicinska sestra je za osobe oboljele od shizofrenije najbliža podrška. Psihijatrijski pacijenti još uvijek su uvelike diskriminirani i stigmatizirani skupina ljudi zbog neupućenosti i neznanja okoline. Potrebno je organizirati različite promocije i programe kojima bi se pomoću medija, letaka i brošura vršila edukacija populacije. Pristup prema svakoj oboljeloj osobi treba biti individualan, a nadasve profesionalan. Bolesnik se u fazi remisije mora uključiti u grupni rad te sudjelovati u aktivnostima gdje se provodi socioterapija i psihoterapija, kako bi i sama njegova remisija što duže potrajala i kako bi u tome stekao što veću sigurnost i motivaciju za daljnji napredak svog liječenja. Dugoročni cilj liječenja psihijatrijskog bolesnika je resocijalizacija izvan bolnice. Budući da su shizofreni pacijenti često u svijetu svojih halucinacija, promjenjivog ponašanja, sumnjičavi, a ponekad i verbalno ili fizički agresivni, medicinska sestra treba posjedovati određene vještine komunikacije u radu s takvim pacijentima stoga se treba kontinuirano educirati i usavršavati u području svog rada a u svrhu dobrobiti pacijenta za njegovo zdravlje. Kompetencije medicinske sestre u radu sa duševno bolesnim osobama usmjerene su na pružanje kvalitetne medicinske skrbi, komunikaciji unutar cjelokupnog tima i pružanje sigurnosti. Medicinska sestra je ta koja najviše vremena provodi sa pacijentom stoga mora biti mirna i strpljiva te izbjegavati konflikte i nesporazume kako bi se izgradio topao i povjerljiv odnos sa ciljem što bržeg oporavka pacijenta. Ukoliko ona pridaje značaj i poštovanje prema pacijentu kod njega će se razviti osjećaj samopouzdanja i samopoštovanja što je veliki korak za osamostaljenje i brži povratak u normalni život.

6. LITERATURA

1. Štrkalj-Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektini poremećaj, bipolarni poremećaj. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče: Medicinska naklada; 2011.
2. Karlović D, Silić A. Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaji iz spektra shizofrenija [Online]. 2020. Dostupno na:
<http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Shizofrenije%201.pdf>: (04.03.2020).
3. Jukić V. i sur. Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
4. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
5. Thaller V. i sur. Psihijatrija: suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb: Naklada CSCAA; 1999.
6. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.
7. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
8. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
9. Jukić V, Arbanas G. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaj. Peto izdanje DSM-5. Zagreb: Naklada Slap; 2014.
10. MDS Priručnik dijagnostike i terapije. Shizofrenija [Online]. 2014. Dostupno na:
<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>: (28.07.2020.)
11. Božičević M, Bradaš Z. Brendiranje i znanstveno istraživanje u sestrinstvu. 20. Dani psihijatrijskog društva. Zagreb: HKMS; 2014.
12. Štrkalj- Ivezić S. i sur. Rehabilitacija u psihijatriji Psihosocijalni pristup. Zagreb: Svitanje; 2010.
13. L. Videbeck S, Ph.D.RN. Psychiatric- Mental Health Nursing. 5RD edition. Iowa: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

15. Marilyn E Doenges, Mary Frances Moorhouse, Alice C Murr. Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2009.
16. Elder R, Evans K, Nizette D. Psychiatric and Mental Health Nursing. 3RD edition. Chatswood: Elsevier Australia; 2013.
17. Mary C Townsend. Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Plans and Psychotropic Medications. 8RD edition. Philadelphia: F. A. Davis; 2010.
18. Sparks Ralph S.M. Taylor C. Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis Pocket Guide. Iowa: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

7. SAŽETAK

Ovaj rad proučava i opisuje zdravstvenu njegu shizofrenog bolesnika u akutnoj fazi bolesti te ulogu medicinske sestre pri liječenju pacijenata s takvom dijagnozom. Shizofrenija je bolest koja je dugo prisutna u svijetu i društvu, ali se o njoj još uvijek ne zna sve kako bi se mogla tumačiti. Ljudi koji žive s dijagnozom shizofrenije često su stigmatizirani i odbačeni od društva upravo zbog neznanja i neupućenosti u bolest i što je ona te kakva je. Danas znamo da postoje različite vrste shizofrenija, a svaku od njih određuju specifični simptomi, kojih ima mnogo. S obzirom na širok spektar simptoma i oblika bolesti postoje i različiti načini liječenja te bolesti.

Kao glavni cilj ovoga rada postavljen je prikaz zdravstvene njege te uloge medicinske sestre u procesu liječenja, a kroz prikaz slučaja pacijentice s dijagnozom shizofrenije. Središnji dio ovoga rada jest, kako je već navedeno, prikaz slučaja pacijentice N. N. kojoj je dijagnosticirana paranoidna shizofrenija. Bolesnica je liječena u nekoliko ustanova, a tijekom procesa liječenja suočavala se s nizom simptoma i posljedica bolesti.

Na samome kraju rada donijet je zaključak kako je medicinska sestra neophodna, a njena uloga je vrlo važna za sam proces dijagnosticiranja i liječenja psihičkih bolesti.

KLJUČNE RIJEČI: shizofrenija, medicinska sestra, zdravstvena njega

8. SUMMARY

This paper studies and describes the health care of a schizophrenic patient in the acute phase of the disease and the role of the nurse in treating patients with such a diagnosis. Schizophrenia is a disease that has long been present in the world and society, but not everything is known about it so that it can be interpreted. People living with a diagnosis of schizophrenia are often stigmatized and rejected by society precisely because of ignorance and ignorance of the disease and what it is and what it is like. Today, we know that there are different types of schizophrenia, and each of them is determined by specific symptoms, of which there are many. Given the wide range of symptoms and forms of the disease, there are also different ways to treat this disease.

The main goal of this paper is to present health care and the role of the nurse in the treatment process, and through the case of a patient with a diagnosis of schizophrenia. The central part of this paper is, as already mentioned, the case report of a patient N. N. who was diagnosed with paranoid schizophrenia. The patient was treated in several institutions and during the treatment process she faced a number of symptoms and consequences of the disease.

At the very end of the paper, a conclusion was made that a nurse is necessary, and her role is very important for the very process of diagnosing and treating mental illness.

KEY WORDS: schizophrenia, nurse, nursing



NEUROPSIHIJATRIJSKA BOLNICA DR. IVAN BARBOT POPOVAČA

Jelengradska 1, 44317 Popovača

Tel.: +385 44 569 200, Ravnateljica: +385 44 569 202, Fax: +385 44 679 005

IBAN: HR8324840081104545324, OIB: 76024026802

Ravnateljica: prim. Marina Kovač, dr. med., E-mail: pisarnica@bolnicapopovaca.hr, Web: www.nppb.hr

ETIČKO POVJERENSTVO

URBROJ: ZH/MS 2176-128-02-3291-2/19.

Popovača, 02.08. 2019.

Anamarija Prebeg

Odjel za za biologijsku psihijatriju-hitni ženski(VI)

Predmet: Provođenje istraživanja - zamolba
- odgovor, dostavlja se,

U svezi Vaše zamolbe od 22.07.2019. godine, a vezano za provođenje istraživanja poslovno sposobne pacijentice koja je dala pristanak, radi izrade diplomskog rada pod nazivom "Zdravstvena njega shizofrenog bolesnika u akutnoj fazi bolesti" pod mentorstvom prof. Tamare Salaj, obavještavamo Vas da je ista razmotrena na 68. sjednici Etičkog povjerenstva održanoj dana 02.08.2019. godine, u sastavu: Zrinko Hatvalić, dr. med., predsjednik E.P., Mirela Amižić dr. med., član, Mira Soldo, dr. med., zamj. člana, Suzana Junaci, dr. med., zamj. člana i Dragica Topolko, mag. act. soc., zamj. člana te je **Etičko povjerenstvo NEUROPSIHIJATRIJSKE BOLNICE DR. IVAN BARBOT POPOVAČA** jednoglasno donijelo **z a k l j u č a k** da se može provesti istraživanje jer postoji informirani pristanak pacijentice, a provođenje istraživanja se ne kosi s etičkim načelima.

S poštovanjem!

Predsjednik Etičkog povjerenstva:
Zrinko Hatvalić, dr. med.



Ravnateljica:
prim. Marina Kovač, dr. med.

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>07.10.2021.</u>	ANAMARIJA PREBEG	Anamarija Prebeg

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

ANAMARIJA PREBEG

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, 07.10.2021.

Anamarija Prebeg
potpis studenta/ice