

Uloga medicinske sestre u prepoznavanju nuspojava antipsihotika

ČengiĆ, Nikolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:287002>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

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



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREPOZNAVANJU
NUSPOJAVA ANTIPSIHOTIKA**

Završni rad br. 37/SES/2017

Nikolina Čengić

Bjelovar, srpanj 2017.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Čengić Nikolina**

Datum: 12.05.2017.

Matični broj: 001191

JMBAG: 0314011667

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u prepoznavanju nuspojava antipsihotika**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

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

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 37/SES/2017

Studentica će u radu opisati liječenje antipsihoticima, njihovo djelovanje i moguće nuspojave. Potrebno je u radu objasniti ulogu medicinske sestre u pravovremenom prepoznavanju nuspojava antipsihotika i zdravstvenu njegu bolesnika sa nuspojavama navedenih lijekova.

Zadatak uručen: 12.05.2017.

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



Zahvala

Zahvaljujem se prvenstveno svojim roditeljima koji su mi omogućili školovanje, kao i sestrama koje su zajedno sa roditeljima bili moj poticaj i motivacija. Zahvaljujem i svojoj najboljoj prijateljici još iz srednje škole s kojom su ovi fakultetski dani bili lakši i nezaboravni. Također hvala i mom dečku koji je bio ponosan na svaki položen ispit i govorio: „Možeš ti to!“.

Sljedeće hvala ide naravno svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestinstva u Bjelovaru koji su se trudili prenijeti svoje znanje i vještine kako bi nas pripremili na obavljanje ovog poziva.

Zahvaljujem i glavnoj sestri Doma za psihički bolesne osobe Bjelovar, na ukazanoj pomoći, volji, strpljenju i vremenu tijekom prikupljanja dokumentacije potrebne za prikaz slučaja.

Posebno hvala mentorici Tamari Salaj, dipl.med.tech., na svom strpljenju, volji i idejama tijekom izrade ovog završnog rada. Sve ovo napisano ne bi bilo moguće bez njene ljubavi prema psihijatriji koju je prenijela i na mene.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Epidemiologija shizofrenije.....	2
1.2. Etiologija shizofrenije.....	3
1.3. Klinički oblici shizofrenije	4
1.4. Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza	7
1.5. Klinička slika shizofrenije	8
1.6. Liječenje shizofrenije	10
1.6.1. Biološke metode liječenja	10
1.6.1.1. Elektrokonvulzivna stimulacija	16
1.6.2. Psihosocijalne metode liječenja.....	18
2. CILJ RADA.....	22
3. PRIKAZ SLUČAJA	23
3.1. Anamnestički podaci, klinička slika i tijek liječenja	23
3.2. Proces zdravstvene njege.....	26
4. RASPRAVA.....	32
5. ZAKLJUČAK	35
6. LITERATURA.....	36
7. SAŽETAK.....	37
8. SUMMARY	38

1. UVOD

Eugen Bleuler je, u želji da postane psihijatar blizak svojim pacijentima, želio upoznati i proučiti njihove ličnosti tako što je kroz rad i slobodne aktivnosti čitav dan provodio s bolesnicima (1). Među bolesnicima, zapaža neusklađenost misli i osjećaja (1). Poremećaj asocijacija, poremećaj afekta, autizam i ambivalencija su glavni simptomi shizofrenije, koje je Bleuler ujedinio pod nazivom „4 A“ simptomi (2). Bleuler se, da bi istaknuo uočene poremećaje, koristi grčkim riječima *schizis* što znači rascjep i *phrenos* što znači duša uvodeći termin *schizofrenia*, što bi u doslovnom prijevodu značilo rascjep duše (1).

Shizofrenija je „duševna bolest koja je posljedica biokemijskih poremećaja u mozgu i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja, s izrazitim oštećenjima socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja“ (2). Liječenje shizofrenih bolesnika je dugotrajan proces koji se odvija između obitelji i medicinskog osoblja, sa pacijentom u sredini. Terapijski plan uključuje psihoterapijske, socioterapijske te biološke metode liječenja (1). Pod biološke metode liječenja ubrajamo psihofarmakoterapiju, od kojih je najučinkovitije liječenje antipsihoticima, i elektrostimulativnu terapiju (1,2). Sama raznolikost u liječenju uključuje multidisciplinarni tim koji se sastoji od psihijatara, psihologa, medicinskih sestara, socijalnih radnika, defektologa te radnih terapeuta (2).

Medicinska sestra, najbliža je pacijentu i njegovoj obitelji, što joj izravno omogućava povoljnije anamnestičke podatke, a i prepoznavanje promjena u pacijentovom uobičajenom ponašanju (2). Kako bi te promjene prepoznala, važno je da medicinska sestra poznaje nuspojave antipsihotika, kako bi se pravovremeno znalo pristupiti, a osim prepoznavanja nuspojava, ima ključnu ulogu u poticanju motivacije i aktivnog liječenja pacijenta (2).

1.1. Epidemiologija shizofrenije

Shizofrenija je univerzalna bolest, što znači da oboljevaju i djeca i odrasli (1). Podjednako se javlja u svim dijelovima svijeta i u svim kulturama (1). Psihijatrijska epidemiologija ima prvotni zadatak, utvrditi stopu incidencije i prevalencije shizofrenije (1). Mnoga međunarodna istraživanja dokazuju da je incidencija i prevalencija shizofrenije u naraštajima diljem svijeta stabilna, neovisna o teškim ekonomskim i socijalnim krizama, ratovima i ostalim mnogobrojnim nepovoljnim vanjskim faktorima (1,2). Smatra se da je shizofrenija učestalija u gradovima, nego na selima, zbog urbanog načina života, ali to ne možemo postaviti kao činjenicu jer je veći broj oboljelih od shizofrenije u gradu otkriven zahvaljujući boljoj dijagnostici nego što tu mogućnost dijagnosticiranja imaju na selima (3). Sukladno tome, možemo zaključiti da je pojavnost shizofrenije veća u mjestima gušće naseljenosti jer se time povećava mogućnost veće pojave shizofrenije nego što bi to bilo u manjim mjestima (3).

„Stopa prevalencije iznosi od 0,5 do 1%, a prosječni je rizik obolijevanja oko 1% opće populacije“ (2,3). Očekivana životna dob oboljelih je u prosjeku 20 do 30 godina kraća u odnosu na opću populaciju (2). Razlog tome je u relativno velikom broju suicida u shizofrenoj populaciji (10-20% shizofrenih bolesnika počini samoubojstvo), kardioloških nuspojava antipsihotika te obolijevanju od drugih bolesti prelazeći tako u komorbidno stanje (2,4).

Početak bolesti se najčešće javlja u adolescenciji i tijekom mlađe životne dobi, u prosjeku od 15. do 24. godine života (2). Ako se početak bolesti javi prije adolescencije, govorimo o shizofreniji s ranim početkom, a ako se javi nakon 45. godine života, govorimo o shizofreniji s kasnim početkom (2). Klinička slika shizofrenog bolesnika s kasnim početkom po simptomima je slična kliničkoj slici shizofrenije s ranim početkom, osim po većem udjelu oboljelih žena te većem udjelu zaposlenih i oženjenih (5). Sukladno tome, možemo reći da žene najčešće oboljevaju između 25. i 35. godine, dok se kod muškaraca bolest javlja između 18. i 25. godine te je podjednak broj oboljelih između oba spola (2,3).

Stopa incidencije iznosi 10 do 40 na 10 000 stanovnika godišnje (5). Incidencija je viša kod osoba s pozitivnom obiteljskom anamnezom, odnosno postojanjem shizofrenije kod krvnih srodnika, među migracijskim stanovništvom, osoba koje žive u urbanim područjima, konzumentima marihuane, onih sa nižim socioekonomskim statusom, rođenih u zimi i proljeće,

sa stresnim životnim događajima te kod onih sa intrauterinim, porođajnim i postporođajnim komplikacijama (2).

1.2. Etiologija shizofrenije

Sama etiologija nastanka shizofrenije je nepoznata (1,2). Postoje mnogobrojne teorije u nastanku shizofrenije, ali nijedna ne objašnjava njezin uzrok u potpunosti niti se može dokazati u svakog shizofrenog bolesnika (1,2). Shizofrenija nastaje složenom interakcijom između bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika (2). Najveći broj podataka upućuje na genetičke čimbenike prilikom nastanka simptoma shizofrenije, iako se ne može sa sigurnošću potvrditi kao jedini uzrok (4). Studije na blizancima su prikazali da ako jedan blizanac, u jednojajčanih blizanaca, oboli od shizofrenije, drugi ima 50% izgleda da će također razviti kliničku sliku shizofrenije (4). Kod dvojajčanih blizanaca, rizik od pojave shizofrenije je 15% (4). Ako je u osoba u prvom koljenu pozitivne anamneze, vjerojatnost je 3 do 7% da će se bolest pojaviti (4).

Sociodemografski status je najčešće izučavan čimbenik okoline (1). Povećanu incidenciju shizofrenije prati siromaštvo za koje se ne može reći da li je ono posljedica ili uzrok bolesti (3, 4). Siromaštvo kao posljedicu shizofrenije objašnjavamo time da pojava bolesti dovodi do slabljenja radne sposobnosti što posljedično vodi nezaposlenosti, a samim time ekonomskoj nestabilnosti (3). Niz stresnih socioekonomskih situacija može uzrokovati nastanak shizofrenije čemu u prilog ide činjenica da oko dvije trećine beskućnika ima neki psihički poremećaj, najčešće shizofreniju (3,4).

Nalazi kompjutorizirane tomografije (CT) i nuklearne magnetske rezonancije (MR) pokazuju povećanje lateralne moždane komore i povećanje sulkusa u kroničnih shizofrenih bolesnika (3,4). No, takve se promjene ne mogu prepisati samo shizofreniji jer se ove morfološke promjene mozga nalaze i kod bolesnika koji boluju od demencije, alkoholizma i ostalih tjelesnih bolesti (4). Kod bolesnika s negativnim shizofrenim simptomima i kroničnih bolesnika, nalazi prikazuju smanjenu metaboličku aktivnost u prednjim dijelovima mozga, odnosno hipofrontalnost (4).

Studije su pokazale da dijete čija je majka tijekom trudnoće bolovala od neke virusne i/ili autoimunose bolesti, ima povećan rizik za razvoj shizofrenije (1,2). Tu činjenicu potvrđuju nalazi kod kojih je pronađen porast proinflatornih citokinina u krvi i likvoru shizofrenih bolesnika (1,4). Promjene dopamina, serotonina, noradrenalina i glutamata izazivaju

neuroinformatorna stanja niskog stupnja, što pogoduje nastanku shizofrenije (4). Studije su pokazale da kod shizofrenih bolesnika postoji gubitak moždanog volumena i stvaranje mikroglije to upućuje na upalnu reakciju niskog stupnja (4). Ne postoji neko određeno patološko stanje mozga koje bi direktno određivalo shizofreniju (4).

1.3. Klinički oblici shizofrenije

Shizofreni bolesnici imaju zajedničku dijagnozu, ali ih njihovi simptomi i faze bolesti pojedinačno razlikuju (1). Shizofrenija može biti različite etiologije što govori u prilog individualnim simptomima. Otkrivanjem biološke osnove etiologije shizofrenije omogućit će se dijagnostički, terapijski, prognostički i preventivno znanstveni pristup bolesti (1). Kako bi pristupili bolesti, važno je poznavanje podtipova shizofrenije:

- schizophrenia simplex (F 20.6),
- hebefrenija (F 20.1),
- katatona shizofrenija (F 20.2.),
- paranoidna shizofrenija (F 20.0),
- nediferencirana shizofrenija (F 20.3),
- rezidualna shizofrenija (F 20.5),
- postshizofrena depresija (F 20.4) (1).

Schizophrenia simplex (F 20.6)

U ovom obliku poremećaja, dolazi do podmlaklog, ali progresivnog pada u svim aspektima životnog funkcioniranja (1). Ovaj oblik nije moguće prijevremeno otkrit jer nema izrazitih psihotičnih simptoma (1). Bolest se uočava tek kada dođe do promjene ličnosti osobe (1). Bolesnici odustaju od svojih ciljeva, udaljavaju se od dotadašnjeg društva, kontakata općenito (1). Dolazi do povlačenja u osamu, samoga sebe te emocionalne ravnodušnosti (1). Razvija se takozvani antimohormični sindrom bezosjećajnosti, bezvoljnosti i besciljnosti bez stanja depresije (1,3). Kako se povuku u osamu, stvaraju vlastiti svijet mašte, gdje se nerijetko uključuju u razne sekte, prostituciju, delikvenciju ili razvijaju ovisnost o alkoholu i/ili drogama (1). Nakon što su si stvorili „novi svijet“ odustaju od svega onoga što ih podsjeća na život koji su vodili te odustaju od školovanja i slobodnih aktivnosti (1,2). Postaju hladni i nezainteresirani te stoga ne čude razmišljanja o smrti, pokušaji samoubojstva pa i samo samoubojstvo (1,2). Ovaj

oblik je teško terapijski korigirati, a remisije su rijetke, što znači da struktura ličnosti ubrzano i potpuno propada (1).

Hebefrenija (F 20.1)

Hebefrena shizofrenija naziva se i dezorganiziranom shizofrenijom, najranije se pojavljuje, između 15. i 25. godine (3). Antimohormični sindrom prisutan je i u ovom obliku shizofrenije (1). Ono što hebefreniju razlikuje od shizofrenije simplex je samo stanje bolesnika. Bolesnikovo stanje obilježavaju nagle promjene raspoloženja; od nezrelog djetinjastog, smiješnog i neprimjerenog ponašanja situaciji do depresivnog ili hipomaničnog raspoloženja s naglim izmjenama (1). Prisutne su slušne i vidne halucinacije. Osim psihičkih, uočavaju se i fizički simptomi; izrazite su oscilacije tjelesne težine, hipersekrecija lojnih žlijezda te poremećaj ovarijalne i testikularne funkcije (1). Različite okupacije mišljenja u skladu s hipohondrijskim idejama mogu biti toliko bizarne da mogu upućivati na razvoj psihoze (1). Raspoloženje bolesnika je plitko, dezorganiziranog je mišljenja, a u govoru se pojavljuju neologizmi (1). Ono što će ovo ponašanje razlikovati od „odgojne zapuštenosti“ su impulzivni pokušaji samoubojstva gdje se počinju uočavati prvi simptomi psihotičnog procesa (1). Dolazi do ubrzanog razvoja kliničke slike bez remisije što vodi najdubljoj i potpunoj dezintegraciji i propadanju ličnosti (1).

Katatona shizofrenija (F 20.2)

Katatona shizofrenija je najrjeđi oblik bolesti, s izraženim psihomotornim poremećajima, od kojih razlikujemo dva stanja: katatoni stupor i katatono uzbuđenje (1,3). U katatonom stuporu bolesnik satima stoji u uglu sobe ili uz krevet, licem okrenut prema zidu, pognutih ramena i spuštenih ruku, s bradom na prsima ili pak danima leži u krevetu u posebnom položaju te odbija hranu i svaku vrstu komunikacije gledajući samo u jednu točku, ne reagirajući ni na jače bolne podražaje (1). Prilikom pokušaja promjene položaja, bolesnik pruža otpor. U ovom su stanju poznata dva fenomena; fenomen talepsije (kada bolesnik satima drži tijelo ili udove u istom posebnom položaju) i fenomen „psihički jastuk“ (bolesnik drži glavu i gornji dio prsnog koša iznad jastuka ne dodirujući krevet) (1). U takvom stanju, bolesnici odaju dojam poremećene svijesti, dok je svijest zapravo očuvana i sasvim su svjesni zbivanja u svojoj okolini (1). Prisutne su slušne halucinacije imperativnog tipa prilikom kojih bolesnik može ući u psihomotorni nemir gdje sve ispred sebe verbalno i fizički uništava (1). Prilikom ovakvog stanja, nerijetko su moguća i samoubojstva (1). Katatono uzbuđenje karakterizira hiperkineza gdje su bolesnici u stalnom pokretu, viču, uništavaju i bježe od straha prisutnog u njihovim mislima (1). Osim

hiperkineze, prisutne su i bujice riječi gdje se otkrivaju sumanute ideje, mistika i filozofija (1). Isto kao i u katatonom stuporu, prisutne su slušne halucinacije gdje ih deformirani i unakaženi likovi optužuju (1). Prilikom svakog takvog prekida sa stvarnošću, postajemo svjesni da su prisutne halucinacije gdje su prisutne obmane gotovo svih osjetila (1). U ovom obliku su prisutne faze remisije što govori u prilog povoljnijoj prognozi u odnosu na prethodno dva opisana oblika (1).

Paranoidna shizofrenija (F 20.0)

Paranoidna shizofrenija se najčešće pojavljuje između 30. i 40. godine života, a tijek joj je polagan i može potrajati nekoliko dana ili tjedana (1). Najčešće su prisutne slušne halucinacije koje su povezane sa sadržajem sumanutih misli (1). Uvjereni su da im pojedinci ili skupine žele nauditi, da „ulaze u njihovo tijelo“ i tako nameću druge misli (1). Kada od sumanuto proganjanih postanu progonitelji, oni postaju agresivni, suicidalni i homicidalni (1). Sve te misli kojih su oni svjesni, vode ih u shizofrenu paniku što rezultira anksioznošću (1,2). Kod paranoidnih shizofrenih bolesnika ličnost se ne raspada već ostaje očuvana (1).

Nediferencirana shizofrenija (F 20.3)

U nediferenciranu shizofreniju svrstavaju se psihotična stanja koja zadovoljavaju kriterije za shizofreniju, ali ne odgovaraju podtipovima F 20.0 – F 20.2 ili odgovaraju kriterijima više podtipova (1). Osim naziva nediferencirana shizofrenija, u literaturi se spominje i naziv atipična shizofrenija (1).

Rezidualna shizofrenija (F 20.5)

Rezidualnu shizofreniju obilježava kronično stanje gdje postoji pasivnost, gubitak volje, smanjen govor i komunikacija koji vode društvenoj izolaciji te zapuštanju osobne higijene (1). Odsutne su halucinacije i sumanute ideje i misli, a prisutni su simptomi ireverzibilni (3).

Postshizofrena depresija (F 20.4)

Kod postshizofrene depresije simptomi shizofrenije više ne prevladavaju kliničkom slikom (1). Međutim, ako su simptomi naglašeni i dominantni, postavlja se dijagnoza odgovarajuće shizofrenije (F 20.0 - F 20.3), ali ako se oni izgube u potpunosti, tada govorimo o depresiji (3). Opisana je kao depresivna epizoda obilježena povećanim rizikom za samoubojstvo (1).

1.4. Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza

Shizofrenija kao bolest izaziva strah i negativno mišljenje među općom populacijom, stoga prilikom postavljanja dijagnoze, psihijatar treba biti krajnje ozbiljan i odgovoran. Ne postoji niti jedna kliničko-laboratorijska metoda ili test koji bi dokazao postojanje shizofrenije kod bolesnika već se osnova dijagnoze temelji na iscrpnoj anamnezi i heteroanamnestičkim podacima (1). Prati se bolesnikov odnos sa stvarnošću, važno je pravovremeno prepoznavanje poremećaja asocijacije, afekata, autizma i ambivalencije („4 A“) i uočavanje depersonalizacije kod bolesnika (1). Uz psihijatrijski pregled, nužna je i medicinska obrada da bi se otkrili poremećaji i oboljenja koji mogu biti prisutni kod shizofrenih bolesnika (1). Prisutni simptomi i znakovi trebaju biti izraženi kroz najmanje mjesec dana ili tokom većine dana.

Kod neuroza, bipolarno-afektivnog poremećaja, psihoza uvjetovanih konzumiranjem alkohola, droga i/ili epilepsijom te organskih bolesti mozga, mogu se javiti slični simptomi u početku bolesti kao i kod shizofrenije (1). Kod neuroza, prisutne hipohondrijske misli su dramatične, dok ta dramatizacija kod shizofrenih bolesnika nedostaje (1). Zbog prisutnosti afektivnih simptoma i depresije, shizofreniju je u početnom stadiju najteže razlikovati od bipolarno-afektivnog poremećaja te zahtjeva dobru dijagnostičku pozornost (1). Dugotrajno uživanje u alkoholu te posljedično oštećenje vodi alkoholnoj psihozi gdje su prisutne slušne halucinacije, koje se u osnovi smatraju shizofrenim reakcijama (1). Kod zloupotrebe droga, prisutni su umjetno izazvani shizofreni afekti, dok su kod shizofrenije ti afekti posljedica shizofrenog procesa (1). U epilepsiji je prisutan poremećaj svijesti, koji kod shizofrenije izostaje (1). Najveću pozornost treba obratiti na diferencijalnu dijagnozu između shizofrenije i organskih bolesti mozga gdje najveću važnost imaju CT mozga i kliničko-laboratorijske pretrage koje će ukazati na važnu razliku. Razvoj ličnosti treba pratiti i kod adolescenata sa sumnjom na shizofreniju jer se nalaze u razdoblju razvoja ličnosti gdje su promjene raspoloženja i povlačenje u sebe normalna pojava. U odnosu na ova stanja i bolesti, u dokumentaciji trebaju biti navedeni isključujući kriteriji kako bi sa sigurnošću mogli tvrditi da prisutni znakovi i simptomi predstavljaju shizofreniju (1).

1.5. Klinička slika shizofrenije

Kliničku sliku shizofrenije čine promjene pojedinih psihopatoloških oznaka koje se, također, mogu pojaviti i u okviru nekog drugog duševnog ili tjelesnog poremećaja. Ne postoji „tipična“ klinička slika shizofrenog bolesnika prema kojoj bi se bolesniku jasno postavila dijagnoza. Psihijatrima je stoga izuzetno bitno ono što bolesnik kaže, njegov subjektivni doživljaj, negoli objektivne promjene. Simptomi koji se javljaju teško narušavaju psihološko i socijalno funkcioniranje osobe (4).

Kod bolesnika su izraženi formalni poremećaji mišljenja (4). Bolesniku prilikom govora riječi i rečenice nisu sadržajno povezane te obično sadržavaju neke čudne detalje vezane uz irelevantne ideje. Tijekom razgovora se javlja bujica riječi, a većinom su to neologizmi. Kako apstraktno doživljavaju kao konkretno, sadržaj govora im je samim time siromašan (4).

Javljaju se i sadržajni poremećaji mišljenja, sumanutost ili deluzije (4). Bolesnikove sumanute misli se ne mogu korigirati i pritom utječu na sve aspekte bolesnikova funkcioniranja. Te misli su ono čime se oni vode, rekli bismo njihova motivacija. Sumanute su ideje prema sadržaju najčešće paranoidne, religijske ili filozofske (4). Paranoidne sumanute misli kod bolesnika bude strah i utječu na ponašanje jer su prisutne ideje da ih netko slijedi i pritom želi nauditi. Često bolesnici imaju ideje odnosa gdje vjeruju da je ono što čuju na televiziji ili radiju upućeno njima samima kako bi se pokušalo vladati njima. Bolesnici često vjeruju da njihovim ponašanjem i mislima upravlja netko ili nešto drugo. Javljaju se i grandiozne sumanute ideje gdje se bolesnik postavlja kao centralna figura i time smatra da posjeduje nadprosječnu inteligenciju i nadnaravne moći (1,2,4). Kod somatskih sumanutosti se javlja osjećaj „tuđine“ pojedinih dijelova tijela, to jest da neki dio tijela nije njegov ili da je promijenjen (3).

Shizofreni bolesnici perceptivno doživljavaju obmanu osjetila, bez senzornog podražaja izvana (3). Tako su česte slušne halucinacije gdje glasovi mogu biti poznati ili nepoznati, u rasponu od nejasnih zvukova do glasova koji vode razgovor o samom bolesniku (3). Kada je bolesnik opasan za sebe i/ili druge, prisutne su imperativne halucinacije koje bolesniku naređuju što da čini, a bolesnik se tim halucinacijama teško može oduprijeti (3). Prisutne su i vizualne halucinacije kod organskih poremećaja i uporabe halucinogena gdje bolesnik jasno vidi obrise čovječjeg lika. Kod shizofrenije, ali također i kod epilepsije i tumora mozga, moguće su i

halucinacije ostalih osjetila (4). Bolesnici doživljavaju iluzije prilikom koje iz neke pojave ili predmeta vide nešto što ih najčešće plaši.

Kod utjecaja antipsihotika i kronične institucionalizacije nalazimo afektivne promjene u shizofrenih bolesnika (4). Bolesnikov govor tijela ne prati afekt te su bezizražajnog izraza lica. Prilikom govora imaju jednoliku intonaciju i ne izražavaju prikladnu ekspresiju lica sukladno izrečenom (4).

Shizofrenim bolesnicima je narušen osjećaj vlastitog selfa koji se manifestira kao kontuzija u razlikovanju svojih od tuđih stvari (4).

Nemogućnost planiranja budućnosti i postojanje ciljeva predstavljaju poremećaj voljnih funkcija. Poremećaj voljnih funkcija znatno ometa radno i socijalno funkcioniranje te se smatra najtvrdokornijim simptomom (4). Preokupacija bolesnika vlastitim sumanutostima i halucinacijama, vodi odvajanju od realnog svijeta. Okolina ih doživljava kao socijalno neadekvatne radi gubitka socijalnih vještina. Narušene su kognitivne funkcije koje ometaju bolesnikovo funkcioniranje, a najveći utjecaj se odražava u socijalnom i radnom (ne)funkcioniranju zbog narušene pažnje i radne memorije (3,4).

Posljednjih se godina na temelju istraživanja, klinička slika shizofrenije se homogenizirala u dvije kategorije: shizofrenija s pretežno pozitivnim i shizofrenija s pretežno negativnim simptomima (3,4). Pozitivni se simptomi, radi lakšeg prepoznavanja, dijele u dvije podskupine, a to su: pozitivni psihotični simptomi (deluzije i halucinacije) i pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti (formalni poremećaji mišljenja i dezorganizirano ponašanje) (3). Pozitivni simptomi su: sumanute ideje, halucinacije, iluzije, derealizacija, depersonalizacija, dezorganizirani govor, dezorganizirano ponašanje, katatonija i agitacija (2). Oni predstavljaju distorziju normalnog funkcioniranja. Negativni simptomi narušavaju normalno funkcioniranje te ih je teško terapijski ispraviti, a samim time je i prognoza bolesti lošija (2,4). Zaravnjeni afekt, emocionalna povučenost, pasivnost, socijalno povlačenje, poteškoće apstraktnog mišljenja, manjak spontaniteta, avolucija i anhedonija su skup negativnih simptoma (2).

Napredovanjem psihijatrije i psihofarmatika omogućuje se deinstitutionalizacija velikog broja bolesnika. Pozitivni simptomi bolesti, akutni nastanak i moralna potpora obitelji i okoline su dugoročno povoljni dijagnostički pokazatelji. Teško je predvidjeti prognozu shizofrenije jer ni sama etiologija nije jasna. Najpovoljniji ishod je kod bolesnika koji se u potpunosti oporave nakon akutne faze (3). Simptomi nestaju ili se smanjuju u mjeri da osoba može normalno i

nesmetano funkcionirati na svim razinama, uz produljenu farmakoterapiju (3). Međutim, to nužno ne mora biti tako, stoga nakon što se bolesnika upozna s mogućnošću recidiva, oni ponekad sami pridonose vlastitom pogoršanju namjernim prestankom uzimanja terapije. Suicidalne misli se najčešće javljaju u fazi remisije, kada se bolesnik bori sa strahom od novog pogoršanja (3). Srednje povoljan ishod je kod bolesnika s djelomičnim oporavkom, kada bolesnik na jednoj razini uspijeva funkcionirati, a na drugoj ne (3). Primjerice, lakša je suradljivost s užim članovima obitelji, dok se u široj okolini ne snalazi (3). Dakako, ovo nije pravilo, već se i u njihovim kasnijim fazama pogoršanja može proširiti područje slabijeg funkcioniranja (3). Tijek u tom slučaju vodi kroničnom obliku shizofrenije. U kroničnom obliku shizofrenije je prognoza najlošija jer simptomi ometaju bolesnika u svim razinama funkcioniranja (3). Prosječni životni vijek shizofrenog bolesnika je deset godina kraći u odnosu s općom populacijom upravo radi suicidalnih misli koje vode činu suicida (3,4).

1.6. Liječenje shizofrenije

Liječenje shizofrenije uključuje različite metode, a samim time i multidisciplinarni tim koji se sastoji od psihijatra, psihologa, medicinskih sestara, defektologa i radnih terapeuta (2). Multidisciplinarni pristup pruža psihoterapijske, socioterapijske i biološke metode liječenja (1, 2). Prije samog procesa liječenja, nužno je objasniti bolesniku i njegovoj obitelji da je liječenje shizofrenije dugotrajan proces koji zahtjeva njihovu aktivnu ulogu kako bi se liječenje bilo što efikasnije. Najučinkovitije liječenje je primjena antipsihotika, ali tek potpunom integracijom psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih metoda i postupaka možemo postići najučinkovitiji dugotrajni ishod liječenja povoljan za pacijenta, njegovu okolinu i zajednicu.

1.6.1. Biološke metode liječenja

Biološke metode liječenja podrazumijevaju psihofarmakoterapiju i elektrostimulativnu terapiju.

Klinička psihoterapija je svojim razvojem unaprijedila liječenje duševnih poremećaja i osigurala velikom broju psihijatrijskih bolesnika relativno uspješan i normalan život. Psihofarmaci se, zbog povoljnog psihoaktivnog učinka, u terapijskoj dozi koriste za liječenje psihičkih poremećaja (2). Psihofarmaci se dijele u nekoliko skupina, od kojih su najvažniji antipsihotici, anksiolitici, antidepresivi, stabilizatori raspoloženja, opijate (4).

Antipsihotici su lijekovi različite kemijske strukture čiji se učinak manifestira u smanjenju ili uklanjanju sumanutih ideja i halucinacija (2,4). Djeluju na simptome, a ne na bolest, gdje se učinak očituje u ublažavanju simptoma agitacije, agresivnosti, psihomotoričkog uzbuđenja (2). Zbog sposobnosti izazivanja neuroleptičkog sindroma, antipsihotici su prvotno dobili nazivi neuroleptici (4). Izbor antipsihotika ovisi o prirodi shizofrenije i mehanizmu djelovanja samog antipsihotika (4). Antipsihotik u terapijskoj dozi mora kontrolirati psihotične simptome i uzrokovati što manje nuspojava, dok hipodoziranje ne uzrokuje dovoljan terapijski odgovor i remisiju bolesti (5). Shizofreni bolesnici često odbijaju terapiju te ju ne žele uzimati, a posljedica toga su relaps simptoma i recidiv bolesti, stoga je nužna kontrola nad uzimanjem terapije kod shizofrenog bolesnika (5). Do relapsa simptoma i recidiva bolesti također može doći uslijed naglog i prevelikog smanjena doze antipsihotika stoga je općenita preporuka postupno smanjenje doze (5). Antipsihotici se uvode postepeno, od nižih prema višim dozama unutar terapijskog raspona (5).

Postoji više različitih klasifikacija antipsihotika od kojih je najraširenija podjela ona na tipične i atipične antipsihotike. Klorpromazin, levomepromazin, promazin, haloperidol i flufenazin spadaju u skupinu tipičnih antipsihotika koji često uzrokuju ekstrapiramidalne simptome, djeluju na pozitivne simptome, dok na negativne nemaju učinak već ih mogu i izazvati (4). Klozapin, sulpirid, amisulprid, risperidon, olanzapin, kvetiapin, ziprasidon, aripiprazol i asenapin su atipični antipsihotici koji, u odnosu na tipične antipsihotike, rjeđe izazivaju ekstrapiramidalne simptome te imaju terapijski učinak i na pozitivne i na negativne simptome (4).

Antipsihotici su podijeljeni i na I., II. i III. generaciju čiju podjelu te početnu, ciljanu i maksimalnu dozu (mg/d) možemo vidjeti u tablici 1.

Tablica 1. Antipsihotici I., II. i III. generacije i preporučene doze (mg/d) (4)

LIJEK	POČETNA DOZA (mg/d)	CILJANA DOZA (mg/d)	MAKSIMALNA DOZA (mg/d)
<i>prva generacija:</i>			
klorpromazin*	100	300-600	800
promazin	100	300-600	800

levomepromazin	50	150-400	500
flufenazin**	3	5-15	20
haloperidol**	3	5-10	20
<i>druga generacija:</i>			
klopazin	25	200-500	800
sulpirid	100	400-800	1200
zukloptiksol**	20	20-60	80
<i>treća generacija:</i>			
risperidon**	2	4-6	8
olanzapin**	5	10-20	30
kvetiapin	100	400-800	1000
ziprasidon	40	120-160	200
sertindol	4	12-20	22
amisulprid	100	400-800	1000
paliperidon**	3	6-9	12
aripiprazol**	10	15-30	30
asenapin	10	10-20	20

* prvi moderni antipsihotik, nije više registriran u Republici Hrvatskoj

** antipsihotici koji se primjenjuju i u obliku dugodjelujućih (depot) injekcija

Antipsihotike prema načinu unosa dijelimo na peroralne i parenteralne. Peroralni pripravci dolaze kao raspadljivi lijekovi koji se otapaju u usnoj šupljini te oni s produljenim djelovanjem (4). Parenteralni pripravci dolaze u obliku ampula s akutnim djelovanjem i dugotrajnim djelovanjem (depot) (4). Depot antipsihotici su se pokazali važni kod bolesnika koji

nisu skloni uzimanju oralnih pripravaka, u onih koji nisu sigurni u način primjene ili u onih koji zbog smanjenog uvida nastoje izbjegavati terapiju te na taj način poboljšavaju suradljivost bolesnika (4).

Shizofrene psihoze, paranoidne psihoze, manične i depresivne psihoze su najvažnije indikacije za primjenu antipsihotika (4). Antipsihotici se primjenjuju u liječenju organskih psihoza, gdje je liječenje simptomatsko, te u liječenju funkcionalnih psihoza gdje se po liječenjem postiže kompletna remisija (4). Klozapin, olanzapin, kvetiapin imaju antidepresivni učinak te se koriste u liječenju depresije (4). U bolesnika u kojih se razvila ili im prijeti ovisnost o benzodiazepinima, alternativa mogu biti male doze sedativnih antipsihotika (4). U liječenju psihosomatskih bolesti, posebice gastroduodenalnog ulkusa, nerijetko se daje sulpirid (4). Kod poremećaja spavanja daju se promazin, olanzapin ili kvetiapin, može i u kombinaciji s benzodiazepinima) kako bi olakšali uspavlivanje i produljili spavanje (4).

Najvažniji učinak antipsihotika je antipsihotični učinak kojim se otklanjaju sumanute ideje i halucinacije. U agitiranih bolesnika nužni su antipsihotici sedativnog učinka zbog čega se još nazivaju i velikim trankvilizatorima ili sedativnim antipsihoticima (4). Sedativni antipsihotici se u malim dozama zbog svog anksiolitičkog učinka mogu koristiti kao alternativa benzodiazepinima ili u kombinaciji s njima (4). Sulpirid, aripiprazol, klozapin, risperidon, olanzapin, kvetiapin i ziprasidon imaju antidepresivni učinak te se koriste u liječenju depresije. Haloperidol, klozapin, olanzapin imaju antimanični učinak (4). Pojedini antipsihotici III. generacije povoljno djeluju i na stabilizaciju raspoloženja, a ovisno o dozi, pokazuju i antimanični i antidepresivni učinak (4). Klozapin, risperidon i olanzapin imaju specifičan antiagresivni učinak (4). Klozapin ima dokazan antisuicidalni učinak gdje je stopa suicida 3 do 4 puta manja nego u bolesnika liječenih drugim antipsihoticima (4). Najstariji poznat učinak antipsihotika je antiemetski (4). Sulpirid uspješno otklanja ili ublažava vertigo, te samim time ima antivertiginozni učinak (4).

Medicinska sestra svojim znanjem, pristupom i vještinama uvelike pridonosi bolesnikovom razumijevanju i prihvaćanju bolesti te ostvarivanju njegove aktivne uloge u procesu liječenja. Najviše vremena provodi uz shizofrenog bolesnika te uz komunikaciju s njim i članovima njegove obitelji najbolje upoznaje bolesnika. Antipsihotici su najčešći izbor lijeka u liječenju mnogih psihijatrijskih poremećaja, stoga medicinska sestra treba poznavati njihove nuspojave kako bi mogla pravovremeno prepoznati i adekvatno intervenirati unutar svojih kompetencija (6). Osim prepoznavanja i adekvatnog interveniranja, medicinska sestra ima

zadatak educirati bolesnika i njegovu obitelj, kako bi i oni znali prepoznati, ukloniti i/ili smanjiti nuspojave kako bi se na taj način postignula dugotrajna remisija shizofrenije.

Bolesnici često ne uzimaju terapiju što dovodi do relapsa. Broj relapsa bio bi manji kada bi shizofreni bolesnici kontinuirano uzimali svoju terapijsku dozu. U relapsu, shizofrenim bolesnicima se daju veće doze psihofarmaka čime se, ujedno, povećava brojnost nuspojava te se vrijeme do remisije znatno usporava (6). Razlog neuzimanja antipsihotika je neznanje, stoga je potrebno educirati bolesnika o načinu uzimanja lijeka, o osnovama djelovanja lijeka, utjecaju i mogućim nuspojavama lijeka te važnosti uzimanja istog kako bi oni bili suradljivi i samim time se održala faza remisije (6).

Tijekom uzimanja antipsihotika, veliku pažnju je potrebno usmjeriti praćenju bolesnikovih reakcija na lijekove i njegovu suradnju. Uslijed akutnih psihotičnih simptoma, potrebno je strogo nadziranje uzimanja lijekova. Medicinska sestra vodi dokumentaciju o apliciranim lijekovima kako bi se mogao pratiti njihov utjecaj (6). Dobar odnos između medicinskog osoblja i bolesnika, njegovo ravnopravno i aktivno sudjelovanje u liječenju, predstavlja ključ uspjeha dugotrajne remisije (6).

Antipsihotici mogu izazvati nuspojave na gotovo svim organskim sustavima (6).

Tablica 2. Najčešće nuspojave po organskim sustavima (2,4)

Organski sustav	Nuspojava
SREDIŠNJI ŽIVČANI SUSTAV	<p>1. Akutne ekstrapiramidalne nuspojave</p> <ul style="list-style-type: none"> • akatizija (subjektivni osjećaj nemira u mišićima) • akutne distoničke reakcije (nevoljni patološki pokreti mišića, abnormalan položaj očiju, jezika, vrata, lica, tijela i ekstremiteta) • neuroleptički parkinsonizam (tremor, rigor mišića, gubitak manualne spretnosti, hod sitnim koracima, pojačana salivacija,

	<p>seboreja, amimija)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tardivna diskinezija (ponavljajući nevoljni, hiperkinetički pokreti lica, usana i jezika) 3. Neuroleptički maligni sindrom (povećanje tjelesne temperature, rigor, akinezija, promjena stanja svijesti s pojavom stupora i kome, povišenje tlaka i pulsa, znojenje, tahikardija) 4. Epileptogeni učinak (pojava konvulzija uslijed snižavanja konvulzivnog praga) 5. Sedativni učinak 6. Psihičke nuspojave (nesanica, smetnje sna, konfuzno stanje, mjesečarenje), obično se javljaju u slučaju predoziranja lijekovima ili kod prisutnog oštećenja mozga 7. Središnji antikolinergički učinak (uslijed istodobne primjene antipsihotika i antikolinergika kod starijih bolesnika nastaje stanje agitacije s dezorijentacijom, halucinacijama, konvulzijama, povišenom tjelesnom temperaturom, stuporom i komom)
AUTONOMNI ŽIVČANI SUSTAV	suhoća usta, zamagljen vid, opstipacija, retencija urina, midrijaza
KARDIOVASKULARNI SUSTAV	ortostatska hipotenzija, poremećaj srčanog ritma, iznenadna smrt
DERMATOLOŠKI SUSTAV	urtikarija, petehije, edemi i makulo-papulatozne promjene koje se obično pojavljuju na početku

	liječenja i spontanu nestaju
OKULISTIČKE PROMJENE	pigmentozna retinopatija
ENDOKRINOLOŠKE PROMJENE I POREMEĆAJ SEKSUALNIH FUNKCIJA	galaktoreja, ginekomastija, amenoreja, smanjenje libida, anorgazmičnost, poremećaj potencije
HEMATOLOŠKE PROMJENE	leukopenija, granulocitopenija, trombocitopenija, agranulocitoza, hemolitička anemija
SIMPTOMI NAGLOG PRESTANKA UZIMANJA ANTIPSIHOTIKA	mučnina, povraćanje, pojačano znojenje, subjektivan osjećaj hladnoće ili vrućine, nesanica, iritabilnost, glavobolja

1.6.1.1. Elektrokonvulzivna stimulacija

Elektrokonvulzivna terapija je terapijska procedura koju prate brojne kontroverze među laicima, ali i među medicinskim osobljem (2,4). Riječ je o vrlo učinkovitoj i relativno sigurnoj metodi liječenja gdje se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih, kratkotrajnih električnih impulsa pomoću elektroda koje su precizno smještene na određene točke na glavi bolesnika (2,4). Podražaji impulsa uzrokuju dvominutnu kljenutost mozga (2). Za terapijski učinak potrebna je struja napona od 70 do 130 V, jačine od 200 do 1600 mA, u trajanju od 0,1 do 0,5 sekundi (6). Nakon zatvaranja strujnog kruga bolesnik gubi svijest, slijedi faza toničkog grča u trajanju od desetak sekundi, a zatim dolazi faza kloničkih grčeva u trajanju od 30 do 40 sekundi (6). Nakon tih 30 do 40 sekundi, slijedi kratkotrajna apneja nakon koje se bolesnik budi (6).

Terapija se sastoji od šest do dvanaest tretmana, podijeljeno u dva do tri puta tjedno (7, 8). Broj potrebnih tretmana određuje se prema težini simptoma i brzini uspješnog odgovora na terapiju. Bolesnikova okolina i medicinsko osoblje često vidi prve znakove poboljšanja već nakon prvih tri do šest tretmana. Ta poboljšanja podrazumijevaju povećanje aktivnosti, poboljšano spavanje, i blagi porast apetita (8).

Razlikuju se dvije vrste elektrokonvulzivne terapije, unilateralna i bilateralna, a razlika je upravo u načinu apliciranja same terapije (7,8). Kod unilateralne terapije, jedna elektroda se stavlja na tjeme, a druga na ne dominantu hemisferu mozga (ako je bolesnik dešnjak, elektroda se postavlja na desnu sljepoočnicu) (7). Bolesnici koji primaju unilateralni tretman mogu odgovoriti nešto sporije na tretman u odnosu na bilateralni tretman. Unilateralna terapija nosi manje psihičkih nuspojava u smislu amnezije i konfuznim stanjima (7). Pacijenti koji ne odgovaraju na unilateralnu, mogu zatražiti bilateralnu terapiju. Kod bilateralne elektrokonvulzivne terapije, elektrode se stavljaju na obje sljepoočnice, a indicirana je kod teških psihičkih bolesti, uključujući depresiju sa psihozom, maničnu epizodu bipolarnog poremećaja, psihoze povezane sa shizofrenijom i katatoniju (7).

Neposredne komplikacije koje se mogu javiti nakon stimulacije su pojava glavobolja, pospanosti, zbunjenosti, gubitka teka, palpitacije, poremećaj funkcije crijeva, hipotenzija te amnestički poremećaj prisutan dulje ili tijekom cijelog razdoblja liječenja (2,4). Te komplikacije spontano prolaze (4).

Elektrokonvulzivna terapija se primjenjuje tek u slučaju terapijske refraktarnosti na psihofarmakološko liječenje iako postoji iz indikacija u kojima ova terapija može imati povoljan učinak (4). Najbolji učinak se postiže u liječenju akutnih, katatonih shizofrenih bolesnika za koje je prvotno i namijenjen, ali se terapijski učinak jednako dobro postiže i u liječenju depresivnih bolesnika (4). U liječenju manije se prvotno koristi litij, ali se u slučaju kontraindikacija za primjenu litija, antipsihotika i nezadovoljavajućeg psihofarmakološkog učinka prelazi na elektrostimulativnu terapiju (4). Postoje izvješća o povoljnom učinku stimulacije na postporođajnu depresiju, bolesnike s multiplom sklerozom, mišićnom distrofijom, Parkinsonovom bolešću i epilepsijom (2,4). Elektrokonvulzivna terapija je kontraindicirana kod bolesti kardiovaskularnog i središnjeg živčanog sustava, kao što su: infarkt miokarda, srčane aritmije, ugrađen srčani elektrostimulator, tumor mozga, povišen intrakranijalni tlak, cerebralna aneurizma, aneurizma aorte (4).

Priprema bolesnika za elektrokonvulzivnu terapiju uključuje fizičku i psihičku pripremu bolesnika, pripremu pribora, asistiranje pri izvođenju stimulacije te skrb za bolesnika nakon stimulacije (2). Medicinska sestra i psihijatar moraju bolesniku objasniti važnost ove stimulacije za njegovo stanje kako bi se prisutan strah smanjio, odnosno uklonio (2,4). Prije izvođenja postupka, nužno je dobiti pisani pristanak od bolesnika ili njegovog skrbnika (2). Fizička priprema uključuje fizikalni pregled bolesnika i obavljanje dijagnostičkih pretraga kao što su:

EKG, Rtg srca i pluća, EEG, pregled očne pozadine, laboratorijske pretrage krvi i urina, internistički pregled i po potrebi Rtg kralježnice, CT mozga (2). Na dan same terapije bolesnik mora bit natašte šest do osam sati prije izvođenja stimulacije, praznog mokraćnog mjehura te mora izvadit zubalo, kontaktne leće ili slušno pomagalo ukoliko koristi nešto od toga i skinuti nakit (2,7). Od pribora medicinska sestra mora pripremiti:

- Elektrokonvulzator,
- pribor za anesteziju,
- antišok terapiju,
- bocu s kisikom,
- aspirator,
- komprese od gaze,
- gumenu cijev ili špatulu omotanu gazom (2).

Pola sata prije terapije može se dati antikolinergik kako bi se smanjila salivacija i rizik od pojave aritmija (2). Za anesteziju se primjenjuju barbiturati ultrakratkog djelovanja (Ketamin, Metoheksital, Tiopental), od miorelaksansa najčešće se koristi Sukcinnikolin (2). Anesteziolog uvodi pacijenta u anesteziju te se nakon potpune relaksacije u usta pacijenta stavlja gumena cijev ili špatula omotana gazom, a na sljepoočnice vlažna gaza koja služi kao vodič električne struje te istodobno sprječava opekline (2). Na gaze se stavljaju elektrode koje propuštaju struju (2). Postavljaju se obostrano 2,5 do 4 cm iznad lateralnog ocnog kuta i gornjeg dijela tragusa uha, a taj dio mora bit obrijan i čist (2). Vrijeme buđenja je individualno za svakog bolesnika, ali je obveza medicinske sestre ostati uz bolesnika najmanje dva sata dok se on ne probudi (2). Medicinska sestra kod bolesnika promatra eventualne promjene u disanju, boju kože, promjene u ponašanju (smetenost, uznemirenost) i kontrolirati vitalne znakove svakih 15 minuta (2). Bolesnik može konzumirati hranu i tekućinu tek nakon dva sata jer se onda vraća refleks gutanja (2).

1.6.2. Psihosocijalne metode liječenja

Psihosocijalne metode su drugi oblik liječenja shizofrenije, karika koja je potrebna za uspješno liječenje shizofrenije (8). Nakon akutne faze bolesti, nužno je bolesnika integrirati u društvo jer oni često imaju poteškoće u uspostavljanju i održavanju međuljudskih odnosa (8). Uloga psihosocijalnih metoda je najvažnija nakon oporavka od akutne faze bolesti (8).

U psihosocijalne metode bitno je uključiti obitelj bolesnika te sve bolesniku važne osobe. Ove metode pomažu da bolesnik razumije svoje stanje i bolest, rane znakove pogoršanja, kako poboljšati obiteljsku komunikaciju te kako poboljšati i steći vještine potrebne za samostalan život i rad (9). Od bitne važnosti je educirati bolesnika kako da prepozna stresnu situaciju i način na koji će se nositi s tom situacijom da faze remisije budu što duže (8). Rezultati psihosocijalnih programa i postupaka pokazuju dobre optimistične rezultate kod kvalitete života, kognitivnog funkcioniranja, smanjuje se broj hospitalizacije te mogućnost samoozljeđivanja (5,8).

Najstarija metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika je psihoterapija (5). Psihoterapija podrazumijeva verbalno liječenje emocionalnih i mentalnih poremećaja. Individualna psihoterapija podrazumijeva redovite razgovore bolesnika sa psihijatrom, psihologom ili medicinskom sestrom gdje se preispituju trenutne misli i osjećaji te se otvara sjećanje prošlosti (5). Bolesnik dijeli svoja iskustva, misli i osjećaje s kvalificiranom osobom kako bi postupno mogao razumjeti sebe i otkriti načine kontrole svoga stanja. U takvom pristupu se bolesnika oslobađa njegovih smetnji ili olakšavaju njegove tegobe. Osnovni terapijski instrument je riječ (2). Psihoterapija se može započeti već tijekom hospitalizacije i nastaviti ga kroz dnevnu bolnicu i klub (5). Psihoterapija može biti individualna ili grupna, kada je prisutna i obitelj bolesnika (5). U grupnoj psihoterapiji je najvažnije da medicinska sestra odredi granice kako bi se unio osjećaj sigurnosti i odgovornosti. Sadržaj grupne psihoterapije jest učenje komunikacijskih i socijalnih vještina kako bi se reintegrirali u svoju zajednicu i okolinu (4). Program psihoterapije se temelje na vježbanje socijalno prihvatljivog ponašanja kao što su higijena, kuhanje, baratanje novcem, a krajnji cilj je edukacija za promjenu zanimanja te zapošljavanje bolesnika kako bi naučenim vještinama mogli imati samostalan život (4). Kod shizofrenije se psihoterapijom rješavaju psihotične simbolike, radi se na spomenutom povećanju funkcionalnosti bolesnika, nude racionalna objašnjenja za doživljaj simptoma bolesti i njihove interpretacije te se bolesnika educira na koji se način nositi sa simptomima bolesti (5). Pacijenti u istraživanju o prednostima i učincima psihoterapije navode kako se osjećaju vrjednije i bolje nego što su bili prije bolesti (5). Smatraju da im je upravo bolest pomogla postati boljima i da sad bolje razumiju život te ga se trude živjeti „punim plućima“ (5).

Osoba oboljela od shizofrenije sebe ne smatra bolesnom osobom te misli da je okolina ta koja se zapravo promijenila (8). Ukoliko je bolest promijenila odnose u obitelji, najčešće će članovi obitelji potražiti pomoć za oboljelog kao rezultat brige. Tako se bolesna osoba upućuje liječniku na konzultacije gdje će se prema iskazanim idejama i doživljajima bolesnika ponuditi

liječenje ukoliko je potrebno. Ako se tijekom razgovora uvide nerealna razmišljanja i doživljaji okoline, osobu ne smijemo uvjeravati da to nije tako jer je njihova stvarnost jedina stvarnost koji oni poznaju (8). Isto tako, ne smijemo potvrđivati njegovu iskrivljenu percepcije jer na taj način budimo agresiju kod bolesnika (8).

Nakon hospitalizacije, bolesnik se najčešće vraća u svoju obitelj, gdje je važno da su članovi obitelji otpočetak upoznati sa shizofrenijom kako bi razumijeli probleme i poteškoće vezane uz to stanje (8). Pravilnom i uspješnom edukacijom, obitelj može utjecati na dugotrajnost faze remisije (8). Tijekom edukacije, obitelj se uči obrascima ponašanja kako bolesniku pružiti razumijevanje i potporu (8). Obitelj ne treba mijenjati svoje dotadašnje uobičajene aktivnosti niti ih prisilno nametati bolesniku jer su zbog prirode bolesti narušene njihove smislene dnevne aktivnosti (8). U suprotnom se oni osjećaju beskorisno i bezvrijedno, a obitelj je često frustrirana jer smatra da ne čine dovoljno (8). Nužno je slušati bolesnika i njegove želje ukoliko su one realne, kako bi se i dalje osjećao kao ravnopravan član obitelji (8).

Socioterapiju čine postupci koji se bave međusobni utjecajem okoline i interpersonalnih odnosa na pojavu i razvoj bolesti (4). Postupci socioterapije se primjenjuju tijekom rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika te se na taj način djeluje na pojedinca i njegovu okolinu (4). Cilj socioterapije jest aktivno uključivanje bolesnika u proces liječenja (4, 5). Uz aktivno uključivanje bolesnika u proces liječenja, cilj socioterapije jest i porast samopouzdanja, autonomije i poboljšanje komunikacije kako bi se efikasno suočavali sa stresnim situacijama (4, 5). Kroz ples, igru, glazbu, art i radnu terapiju bolesnici se uče kontroli vlastitog ponašanja i osjećaja (4,5). Socioterapija kroz te postupke uči pojedinca primijeniti naučeno ponašanje na stvarne životne situacije. Metode socioterapije treba primijeniti kada postoje dugotrajne poteškoće u socijalnom funkcioniranju bolesnika (5).

Medicinska sestra u svakom obliku socioterapije mora biti uz bolesnika, pratiti njegovu ponašanje, poticati na aktivnosti te stvarati ozračje gdje se bolesnik osjeća sigurnim i korisnim (4, 5). U izradi plana aktivnosti sudjeluje medicinska sestra zajedno sa bolesnicima jer na taj način svaki član zajednice povoljno djeluje na rad zajednice (4).

Terapijska zajednica je najpoznatija socioterapijska metoda (4,7). Ona ima važnu ulogu u uspostavljanju terapijske sredine u bolničkim i izvanbolničkim službama za mentalno zdravlje (4,7). Terapijsku zajednicu čine svi bolesnici i medicinsko osoblje na jednom odjelu gdje se odvija liječenje gdje se najprije mogu uočiti različiti obrasci ponašanja bolesnika u različitim

situacijama i iskoristiti ih u napretku liječenja (4,7). Kroz terapijsku zajednicu se jača ego bolesnika u smislu boljeg suočavanja sa stresnim situacijama u životu (7).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazom slučaja opisati shizofreniju kroz kliničku sliku i liječenje. Opisane su i nuspojave antipsihotika te uloga medicinske sestre u pravovremenom prepoznavanju nuspojava antipsihotika.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Anamnestički podaci, klinička slika i tijek liječenja

K. N. rođen je 20.12.1990. Ima mlađu sestru, majku i oca koji su se razveli u njegovoj petoj godini života. Zakonski su on i sestra pripali majci. Kao dijete je bio osjetljiviji od sestre, navodi da se bojava oca. Otac je sudjelovao u ratu te posljedično obolio od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), a kasnije se javlja i problematika alkoholizma. Često je pod utjecajem alkohola bio nasilan prema članovima obitelji te prijetio nožem ili pištoljem.

Pacijent K. N. je završio osam razreda osnovne škole po redovnom programu. Upisao je srednju školu te se zbog problema u učenju prebacuje u drugu školu za pomoćno osoblje po prilagođenom programu. Nije završio treći razred srednje škole zbog problema u učenju.

Prve znakove bolesti primijetila je majka u 15. godini života. Majka je K. N. na osobnu inicijativu odvela na pregled zbog pacijentovih smetnji u ponašanju i neuspjeha u školi. Tada je iz pet predmeta imao ocjenu nedovoljan te je bilo upitno završavanje prvog razreda srednje škole. Izbjegavao je odlazak u školu, odbijao odgovarati, pisati ispite i učiti. Sve je u njegovoj okolini glupo, stoga cijeli dan provodi gledajući akcijske filmove. Danonoćno gleda filmove i filmski junaci poput Batman-a i Arnolda Schwarzeneggera ga oduševljavaju stoga kopira njihov fizički izgled šišajući se kao oni. Prema onima koji mu brane gledanje tih filmova ili imaju loše mišljenje o njima je agresivan. Opsjednut je higijenom te se kupa nekoliko puta dnevno, a od majke inzistira da svakodnevno mijenja posteljinu. Mami brani pijenje kave jer smatra da je to otrov. Ne želi imati mobitel ni ti dozvoljava korištenje istog od strane obitelji i okoline jer smatra da su to uređaji koji narušavaju njegovu i njihovu privatnost te se na taj način pokušava upravljati njima. Pacijentu svi smetaju, prema majci i sestri zna biti nasilan, a za slučajne prolaznike koje vidi govori da ga vrijeđaju i govore mu da je glup. Ne može se razlučiti da li se radi o halucinacijama ili su ta prigovaranja realna. U sukobu je s vršnjacima i susjedima radi buke koji proizvodi TV tijekom gledanja filmova. Ima malu potrebu za snom. Tijekom pregleda je bio agitiran, napet, neurednog izgleda. Dvaput mu se trebalo postavljati isto pitanje te je vrlo nepovjerljiv prema ispitivaču. Nakon obrade, pacijenta se upućuje na pregled psihijatra. Psihijatar na temelju anamnestičkih podataka, heteroanamneze i kliničke slike odredio dijagnozu shizofrenije i određuje terapiju: Risperidon, Na-valproat i Biperiden.

Tri godine kasnije pacijent dolazi na hitni prijem u pratnji majke navodeći da ima osjećaj ubrzanog rada srca te da povremeno ima osjećaj nedostatka zraka i tresavice. U trenutku pregleda nije imao tegoba. Internist je tresavicu i tahikardiju opisao kao pojavu prepisanih psihijatrijskih lijekova te preporučuje konzultirati psihijatra radi moguće promjene terapije.

Dva dana nakon zadnje obrade dolazi na hitni prijem sam, vidno pogoršanog psihičkog stanja. Govori da nevoljko uzima prepisanu terapiju, da ga muči strah koji ne zna definirati, zavlači se u krevet, zapitkuje majku o stanju u kojem se nalazi te je prekinut odnos sa stvarnošću. Tijekom obrade povremeno postaje uznemiren. Nakon dolaska majke, ona govori da je usprkos njenom inzistiranju smanjio terapiju i zapustio vanjski izgled. Sve je češće uznemiren i verbalno agresivan, negativističan, a i prisutne su obmane osjetila. Spominju se i suicidalne ideje, ali bez namjere izvršenja. Kod prijema je uplašen, postavlja pitanja, monologizira, pita se zašto ga je strah, zašto mu trebaju lijekovi. Navodi da ga lijekovi truju te da nikako ne može funkcionirati zbog njih. Nema uvid u svoje stanje i bolest. Zaprimljen je na psihijatrijski odjel gdje mu je ordinirana terapija atipičnog antipsihotika uz Klozapin, Diazepam i Biperiden te po potrebi Haloperidol. Aplicirana mu je i depo terapija (Flufenazin i Biperiden) koju će dobivati svaka četiri tjedna. Na ordiniranu terapiju tijekom liječenja se smanjuje nivo psihotičnih anksioznosti. Sam navodi da ga više nije strah, surađuje u liječenju i radnoj terapiji. Stanje je dovedeno do nivoa psihičke remisije nakon mjesec dana hospitalizacije.

22. dan nakon posljednje hospitalizacije u pratnji majke opet dolazi na hitni prijem gdje se žali na prekordijalne bolove, stezanja te osjećaj nedostatka zraka. Blijed je i psihomotorno usporen. Upućuje se internisti gdje je nakon obrade utvrđeno da nema znakova akutnog oštećenja miokarda. S obzirom na psihijatrijsku anamnezu i liječenje te nedavnu promjenu terapije, pacijenta se upućuje na pregled psihijatra.

Unazad pet godina smješten je u Dom za psihički bolesne osobe na inicijativu majke. Smješten je u dom jer kod kuće nije funkcionirao, htio je nauditi sebi češće nego drugima. U trenutcima bijesa, udarao bi šakama po trbuhu, razbijao namještaj, prozore. Majka je rekla da je razbio televizor jer je pomislio zašto bi bio bogat i imao televizor. Imao je par incidenata otkad je smješten u domu zbog kojih je bio hospitaliziran na psihijatrijski odjel opće bolnice te upućen na daljnje liječenje u psihijatrijsku bolnicu. Tijekom prvog incidenta je iznenada, bez nekog konkretnog povoda počeo razbijati stvari u Domu za psihički bolesne osobe. Pratnja navodi da je bio izrazito agresivan, negativističan, prijeteći vulgaran u izričaju te da je bila potrebna fizička sila da ga se sputa u agresivnom ponašanju. Na intervenciju je pozvana i policija zbog

nemogućnosti nadvladavanja njegove velike fizičke snage koju je iskazivao. Pri prijemu je fizički sputan, leži na nosilima, na trbuhu, ne odgovara na pitanja, a ostale psihičke funkcije se ne mogu ispitati radi stanja bolesnika. Tijekom boravka na odjelu provedeno je psihoterapijsko, socioterapijsko i farmakološko liječenje. Rezultat provedenih terapijskih postupaka je ublažavanje akutnih psihotičnih manifestacija, no zaostaju rezidue osnovne bolesti, pogotovo na nagonско voljnom planu. Tijekom boravka na odjelu je u jednom trenutku, ničime izazvan, tijekom kupanja polio tušem cijelu kupaonicu i instalacije. Potreban je nastavak liječenja s obzirom na i dalje prisutne perzistentne psihotične simptome te pacijentovu nekritičnost spram uzimanja lijekova te se upućuje u psihijatrijsku bolnicu.

U drugom incidentu je imao konflikt sa štićenikom doma gdje ga je udario. Navodi da je imao glasove koji su mu rekli da to učini. Uvjeren je da mu drugi čitaju i kontroliraju misli. Prilikom konflikta je govorio da mu je tata, dok je bio pijan, vadio nož i govorio da vidi kako on to radi pa da tako treba i on. Liječenjem je dobiven pozitivan odgovor na terapiju pa se otpušta u pratnji djelatnika doma nazad u dom.

Po povratku u dom stanje je i dalje bilo dobro i kontrolirano. No, nedugo nakon povratka, izašao je iz doma bez dopuštenja, hodao po kućama u okolici i vjerojatno od straha koji ne može definirati, lupao šakama po vratima susjeda, bježao od nečega. Teško prati razgovor, vraća se u svoje teme koje su vezane uz nasilje u braku roditelja i njegovo poistovjećivanje s akcijskim pravednicima iz filmova. Nezainteresiran je za događanja oko sebe te afirmira povremeno jednostavne halucinacije. Nema radnih ni odgojnih navika pa postavlja razna pitanja da odgodi radnju koju treba napraviti. Tek na opetovane poticaje osoblja održava osobnu higijenu, sprema krevet. Odbija neke obroke jer mu ne odgovaraju okusom, kao naprimjer juha. Polako jede, prebire po tanjuru, obrok redovno završava zadnji.

Prije smještaja u dom, na preporuku psihijatra je provedena elektrokonvulzivna terapija, nakon koje je po riječima majke bio boljeg stanja, u psihičkom i fizičkom smislu. Prije elektrokonvulzivne terapije imao je epizode okretanja očiju prema gore uz kočenje tijela i impulzivno destruktivno i agresivno ponašanje koje se primjenom elektrokonvulzivne terapije stišalo. Najbolji terapijski odgovor u liječenju shizofrenije jest kombinacija Klozapina i Amisulpridina, no zbog učestalih febrilnih stanja i posljedične leukopenije, kod bolesnika je bilo neophodno isključiti Klozapin. Aplicirani su mu svi dostupni antipsihotici, kao i dozvoljene međusobne kombinacije, ali bez značajnijeg terapijskog odgovora. Stoga dolazimo do zaključka

da je pacijent farmakoterapijski rezistentan. Svjestan je svoje bolesti, zabrinut za zdravlje i život te uplašen.

Tijekom prikupljanja dokumentacije, K. N. je bio hospitaliziran u psihijatrijskoj bolnici radi recidiva bolesti.

3.2. Proces zdravstvene njege

Medicinska sestra prilikom prijema bolesnika na odjel psihijatrije uzima anamnestičke podatke (5). Anamneza psihijatrijskih bolesnika je vrlo specifična jer čini skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima zdravstvenog stanja i ponašanja bolesnika koji utvrđuju potrebu za zdravstvenom njegom (2,5). Uloga medicinske sestre u procesu zdravstvene njege je ključna jer provodi najviše vremena s pacijentom. Na osnovi postojećih spoznaja o pacijentu, ona tijekom daljnjeg promatranja uočava i utvrđuje glavne probleme iz područja zdravstvene njege (5). Sukladno problemu, medicinska sestra postavlja cilj prema kojem će se odrediti intervencije kako bi evaluacija bila pozitivna (2). Da bi se intervencije uspješno provele, nužno je da medicinska sestra posjeduje komunikacijske vještine koje su neophodne u radu sa psihijatrijskim bolesnicima (2). Dobra komunikacija između medicinskog osoblja i pacijenta omogućuje aktivnu ulogu pacijenta u vlastitom procesu liječenja (5). Rad medicinske sestre sa shizofrenim bolesnicima zahtjeva prije svega veliku strpljivost i znanje jer su shizofreni bolesnici promijenjenog ponašanja i mišljenja, a zbog toga što su vrlo često sumnjičavi prema medicinskom osoblju, nužno je posjedovanje određenih vještina kako bi se spriječili mogući incidenti, a pacijentu osigurala pomoć koja mu je potrebna (2).

Plan zdravstvene njege sadržava sestrinske dijagnoze, ciljeve, intervencije te evaluaciju. Iz navedenog primjera slučaja, najučestalije sestrinske dijagnoze koje su formirane prema simptomatologiji su:

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
2. Promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja
3. Narušena verbalna komunikacija
4. Anksioznost i strah
5. Društvena izolacija

6. Smanjena mogućnost brige za sebe
7. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane
8. Neredovito uzimanje lijekova
9. Promijenjeni obiteljski odnosi
10. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugim osobama (2).

Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Ukoliko u odnosu, razgovoru i radu s pacijentom, medicinska sestra primijeti promjene u procesima mišljenja i shvaćanja, probleme sa snom i spavanjem, krivo interpretiranje okoline i nesposobnost donošenja odluke, postavlja se dijagnoza promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja (2).

Intervencije koje medicinska sestra planira i provodi su:

- pravilan pristup i način komunikacije kod bolesnikovih promijenjenih procesa shvaćanja i razmišljanja
- osigurati sigurno okruženje koje omogućuje stvaranje interpersonalnih interakcija
- prije svakog dodirnog kontakta, objasniti što će se raditi i jedino uz dopuštenje
- ukoliko postoji sumnja na moguće agresivno reagiranje pacijenta, odgoditi postupke koji uključuju fizički kontakt bolesnika sa medicinskim osobljem
- biti empatični u odnosu s pacijentom, razumjeti njegovo stanje
- ukoliko se tijekom razgovora uoči da pacijent ima iskrivljenu sliku shvaćanja pojedinih stvari i/ili događaja, ne se slagati sa tim mišljenjem i shvaćanjem te odbiti raspravu i svađu
- aktivno saslušati bolesnikovo mišljenje kako bi i mi, a i oni poboljšali razumijevanje (2,9,10)

Promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja

Pojava halucinacija, iluzija, promjene u uobičajenim reakcijama na neki podražaj i promjene ponašanja govore u prilog sestrinske dijagnoze promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja (2,3).

Sestrinske intervencije u ovoj dijagnozi su:

- uspostaviti povjerljiv interpersonalni odnos
- osigurati sigurno okruženje za bolesnika
- orijentirati na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije
- ukoliko su kod pacijenta prisutne slušne halucinacije, bitno je otkriti što mu ti glasovi govori i što on misli o tim glasovima
- izbjegavati fizički kontakt s bolesnikom prije nego li on to dopusti jer nedozvoljeni dodir može za bolesnika predstavljati prijetnju pa na nju odgovoriti agresivno (2,9,10)

Narušena verbalna komunikacija

Ova se dijagnoza postavlja na temelju postojanja nemogućnosti verbalnog izražavanja, neologizama, bujice riječi te eholalije i ehopraksije (2).

Pripadajuće intervencije su:

- osigurati okolinu koja ne budi strah u bolesnika
- iskoristiti crtanje, pjevanje ili ples kao alternativnu metodu komunikacije
- u komunikaciji s bolesnikom treba biti realan, bez osuđivanja u razgovoru te izbjegavati raspravu ili svađu
- uporaba terapijske komunikacije (parafraziranje)
- uskladiti verbalnu s neverbalnom komunikacijom
- prihvatiti bolesnikovu kulturu (2,9,10).

Anksioznost i strah

Dijagnoza se postavlja na temelju podataka koji govore da se bolesnik povukao u sebe, usmjeren samo na sebe, prisutan strah od gubitka kontrole nad vlastitim ponašanjem te odsutnosti reakcija uopće (2).

Intervencije koje se provode su:

- izgraditi odnos povjerenja
- osigurati dovoljno vremena i strpljenja da bolesnik verbalizira svoje strahove
- pokazati i poticati bolesnika na izvođenje tehnika opuštanja kako bi zaustavio misli i oslobodio se straha (2,9,10).

Društvena izolacija

Teškoće u stvaranju odnosa s drugim ljudima, izbjegavanje bilo kakvog kontakta s drugim ljudima, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvo prema drugim ljudima vode povlačenju iz društva na osnovu koje postavljamo ovu dijagnozu.

Intervencije su:

- uključiti bolesnika u aktivnosti, primjerice radnu terapiju
- provoditi vrijeme s bolesnikom kako bi rekao što ga muči
- organizirati grupne aktivnosti (2,9,10).

Smanjena mogućnost brige za sebe

Ukoliko postoji problem ili nemogućnost u izvršavanju osnovnih ljudskih potreba, postavlja se dijagnoza smanjena mogućnost brige za sebe (2). Ona se može odnositi na provođenje osobne higijene, eliminacije, hranjenje, opstipaciju (2).

Medicinska sestra provodi sljedeće intervencije:

- poticati unos hrane
- osigurati mir tijekom obroka
- poticati unos tekućine

- napraviti plan prehrane te uključiti namirnice koje bolesnik voli
- u slučaju opstipacije primijeniti laksative
- definirati situacije kada bolesnik treba pomoć
- dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju
- dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć po završetku eliminacije
- procijeniti stupanj samostalnosti
- u dogovoru s pacijentom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene
- osigurati privatnost
- biti u blizini ili uz pacijenta tijekom kupanja
- osigurati sav potreban pribor i pomagala na dohvat ruke, te poticati pacijenta na njihovo korištenje
- izraditi plan aktivnosti u suradnji s bolesnikom (2,9,10).

Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane

Halucinacije povezane s unosom hrane, povećan tek kao popratni efekt uzimanja lijekova, gubitak ili dobitak na tjelesnoj težini vodi promjeni u načinu dotadašnje prehrane (2).

Intervencije su:

- praćenje unosa hrane tijekom dana
- pratiti tjelesnu težinu
- osigurati mir tijekom obroka
- regulirati unos kalorija primjerenom tjelovježbom
- davanje manje čestih obroka
- dati mogućnost biranja hrane kada želi i koju bolesnik voli (2,9,10).

Neredovito uzimanje lijekova

Ukoliko se učestalo javljaju recidivi bolesti ili simptomi naglog prestanka uzimanja antipsihotika, može se posumnjati na neredovito uzimanje lijekova (2).

Intervencije su sljedeće:

- biti uz pacijenta dok ne popije lijek

- objasniti mehanizam djelovanja lijeka i njegovu važnost (2,9,10).

Promijenjeni obiteljski odnosi

Poteškoće u odnosu između članova obitelji, nedostatna komunikacija između članova obitelji i bolesnika dokazuju promjenu u funkcioniranju obitelji (2).

Medicinska sestra provodi sljedeće intervencije:

- educirati obitelj
- procjena spremnosti obitelji da reintegrira bolesnika u sustav sposobnosti kao što su sposobnost obitelji da iskoristi pomoć ili da se suoči s krizom na odgovarajući način – adaptacijom ili promjenom
- davanje podataka i informacija vezanih uz terapiju i resursa iz zajednice koji pružaju potporu (2,9,10).

Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugim osobama

U akutnoj fazi bolesti, bolesnik je vrlo često agresivan prema sebi ili drugim ljudima zbog prisutnih slušnih i/ili vidnih halucinacija (2).

Medicinska sestra provodi sljedeće intervencije:

- osigurati mirnu i sigurnu okolinu
- biti oprezan prilikom dodirivanja bolesnika
- poticati bolesnika da govori o svojim osjećajima i strahovima
- postaviti čvrste granice
- biti oprezan i pratiti znakove koji upućuju na agresivno ponašanje (2,9,10).

4. RASPRAVA

Shizofrenija je duševna bolest koja je posljedica biokemijskih poremećaja u mozgu te liječenje započinje antipsihoticima (5). Nakon ublažavanja simptoma akutne faze, liječenje se nastavlja psihosocijalnim metodama. Postoje tri generacije antipsihotika koji imaju različiti utjecaj na pojedine sustave, zbog čega stvaraju posljedične različite nuspojave (4). Kod shizofrenih bolesnika, primjena antipsihotika ublažava, odnosno otklanja halucinacije uslijed čega se osjećaju nesigurnima i uplašenima te time stvaraju odbojnost prema lijeku. Najvažniji zadatak medicinske sestre jest da bolesniku sa svojim pristupom i načinom rada omogući što veću samostalnost i uvid za potrebom uzimanja terapije. Medicinska sestra provodi najviše vremena sa shizofrenim bolesnikom te joj to vrijeme omogućava upoznavanje bolesnika kako bi pravovremeno prepoznala i adekvatno intervenirala kod nastalih nuspojava unutar vlastitih kompetencija (6). Osim rada sa bolesnikom, medicinska sestra radi i sa članovima obitelji kako bi i njih educirala o samoj prirodi bolesti, liječenjem i nuspojavama. Shizofreni bolesnici se najčešće nakon hospitalizacije vraćaju u svoj dom, stoga je važno da obitelj zna pravovremeno prepoznati promjene kako bi se pomoć pružila na vrijeme (6). S podrškom medicinskog osoblja i obitelji, stvaraju se preduvjeti zdrave okoline koja povoljno utječe na bolesnika i njegovu bolest (6).

U prikazanom slučaju, prema zadnjoj dokumentaciji, vidljivo je da je kod bolesnika prisutan strah. Iako je svjestan svoje bolesti, zabrinut je za svoje zdravlje i ne zna što ga čeka. Bolesnik je educiran o svojoj bolesti, ali se u fazi remisije javlja strah i zabrinutost od tijeka liječenja i uzimanja terapije. Unatoč terapiji koju prima, on često ima psihotične epizode kod kojih se ordiniraju značajno veće doze psihofarmaka zbog čega se povećava i brojnost mogućih nuspojava. Kod bolesnika K. N. opisane su nuspojave kao što su tresavica i tahikardija nakon kojih sve rjeđe uzima terapiju. Istraživanje u preglednom članku navodi da bi broj relapsa shizofrenije bio tri puta manji kada bi bolesnici uzimali preporučene lijekove (8). Prilikom ordinirane terapije u svakoj hospitalizaciji, kada je pod nadzorom medicinskog osoblja, pacijentu su ublažene akutne psihotične manifestacije. Jedna od intervencija medicinske sestre jest nadziranje pacijenta nad uzimanjem terapije, što je ovdje uspješno provedeno prema spoznaji da se akutno stanje ublažilo. Medicinska sestra bolesniku treba objasniti mehanizam djelovanja i moguće nuspojave koje se mogu pojaviti. Nuspojave očito nisu objašnjene od strane medicinskog osoblja jer se zbog osjećaja stezanja u prsima i ubrzanog rada srca, bolesnik odlučio

smanjiti terapiju nakon čega se javljaju učestale akutne psihotične manifestacije. Problem kod antipsihotika koje bolesnik prima jest to što oni više nemaju adekvatan terapijski odgovor. Navedeno je da je majka primijetila bolje opće stanje sina nakon elektrokonvulzivne terapije. Elektrokonvulzivna terapija se zbog mnogih kontroverznih priča o svom načinu liječenja među laicima, ali i medicinskim osobljem, ne koristi često (4). Medicinsko osoblje se treba na široj razini educirati o samoj elektrokonvulzivnoj terapiji, kako bi se ona u ovim slučajevima kod farmakoterapijski rezistentnih pacijenata učestalije provodila. U dokumentaciji također postoji podatak koji govori da se bolesnik s majkom nije čuo dugo vremena. Ne znaju se razlozi neposjećivanja i neodržavanja kontakta sa sinom. Ovdje je isto isključen jedan vrlo važan faktor liječenja, poboljšanje odnosa sa obitelji. U tom začaranom krugu, bolesnik nema dulji pozitivan terapijski odgovor od antipsihotika, a ni ti podršku obitelji. Ove dvije karike bi se trebale međusobno nadopunjavati kako bi postigao i što dulje održao fazu remisije.

Medicinska sestra na temelju anamneze i simptoma određuje sestrinske dijagnoze, ciljeve i intervencije (2). Intervencije su individualizirane prema potrebama pacijenta. Primjerice, kod bolesnika je navedeno da ga treba poticati na jelo, spremanje kreveta, uzimanje terapije, stoga će intervencije medicinske sestre biti nadzor nad uzimanjem terapije, poticati na spremanje kreveta, a kao što je slučaj neodgovarajućeg okusa juhe, prilagoditi jelovnik sukladno željama bolesnika zajedno sa nutricionistom.

Medicinska sestra ima veliku i nezamjenjivu ulogu u procesu liječenja shizofrenog bolesnika. Počevši od odjela gdje je bolesnik hospitaliziran, domu ako je tamo smješten, terapijskim zajednicama, dnevnim bolnicama... Medicinska sestra u svom pristupu i interakciji s bolesnikom mora biti empatična jer su shizofreni bolesnici najčešće u strahu, zabrinuti, čak se i iza agresivne osobe krije strah koji ne zna kako drugačije osim agresivnošću izraziti. Zbog toga je važan način pristupa bolesniku, stvoriti odnos povjerenja gdje će osoba moći izraziti svoje strahove, a to će medicinskoj sestri uvelike pomoći u daljnjem planiranju procesa liječenja. Kroz interakciju s pacijentom, medicinska sestra može saznati mnogo o obiteljskom funkcioniranju, zanimanjima i hobijima bolesnika. Na taj način se saznanja mogu iskoristiti bilo kroz obiteljsku edukaciju, bilo kroz aktivnosti na radnoj terapiji. Napreduje tehnologija, medicina, a farmakoindustrija sve više jača. Na tržištu su mnogi novi antipsihotici koji opet imaju svoj napredni mehanizam djelovanja, kao i nuspojave koje sa sobom mogu izazvati. Važno je stoga da se medicinska sestra na psihijatrijom odjelu neprestano obrazuje i informira o novim saznanjima što se tiče psihičkih bolesti. Sve se na kraju svodi na edukaciju. Medicinsko osoblje

treba biti obrazovano kako bi znali kako i čime pomoći, a osim sebe, trebaju educirati bolesnika, kao i njegovu obitelj da bi to znanje medicinskog osoblja imalo značaja u prevenciji i pravovremenom otkrivanju i otklanjanju poteškoća vezanih uz bolest.

5. ZAKLJUČAK

Shizofreniju čini skupina specifičnih simptoma koji se očituju u iskrivljenom doživljavanju stvarnosti, povlačenjem u „novi“ svijet što posljedično vodi dezintegraciji ličnosti. Shizofreni bolesnici imaju oštećenje svih funkcija, kako u obiteljskom, tako i u socijalnom i radnom funkcioniranju. Zbog kompleksnosti simptoma, bolest zahtjeva pristup multidisciplinarnog tima. Shizofrenija ima nekoliko podtipova: shizofrenija simplex, paranoidna shizofrenija, hebefrenija, katatona shizofrenija, nediferencirana shizofrenija, rezidualna shizofrenija i postshizofrena depresija. Iako postoje mnoge poznanice što se tiče same kliničke slike, epidemiologije, etiologije i liječenja, isto tako postoji i mnogo nepoznanica. Simptomi su individualni, kao i sam početak bolesti, stoga se shizofreni bolesnici ne mogu liječiti prema nekom određenom obrascu. Liječenje shizofrenije sadržava biološke i psihosocijalne metode čiju važnu ulogu u provođenju ima upravo medicinska sestra. Ona je najbliža uz njihovu postelju, stvara odnos povjerenja koji se održava tijekom hospitalizacije. Upoznaje bolesnikove navike, uobičajeno ponašanje stoga kroz svakodnevnu interakciju može predvidjeti i prepoznati eventualne nuspojave. Kako bi ih znala prepoznati, osim što mora poznavati pacijenta, mora poznavati i mehanizam djelovanja antipsihotika, kao i njihove nuspojave. U svoj toj aktivnoj brizi za bolesnika, bolesnik razvija osjećaj vrijednosti i aktivno se uključuje u proces liječenja. Kako bi faza remisije bila što duža, nužne su kontrole kod psihijatra. Dugotrajnom remisijom bolesnik je sposoban živjeti u zajednici, donositi vlastite odluke i funkcionirati kao ravnopravan član zajednice. Vrijeme treba posvetiti i članovima obitelji oboljelog, da se osim bolesnika, educira i njih kako bi i sami znali predvidjeti i prepoznati promjene i nuspojave. Jedino se edukacijom smanjuje strah, a samim time, otvorena su mnoga vrata koja vode dugotrajnoj remisiji.

6. LITERATURA

1. Muačević V. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 1995.
2. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Visoka zdravstvena škola Zagreb; 2006.
3. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 2011.
4. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb; 2015.
5. Pap Z. Zdravstvena njega bolesnika s nuspojavama antipsihotika (pregledni članak). Maribor: Klinički centar Maribor; 2016.
6. Haramija M. Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
7. Herceg M. Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije (disertacija). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2010.
8. Smoljanec A. Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
9. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 1. Zagreb: HKMS; 2011.
10. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: HKMS; 2013.

7. SAŽETAK

Eugen Bleuler je uveo termin shizofrenija. Shizofrenija je duševna bolest koja posljedica biokemijskih poremećaja u mozgu i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja, s izrazitim oštećenjima socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja. Shizofrenija je univerzalna bolest, što znači obolijevaju i djeca i odrasli. Podjednako se javlja u svim dijelovima svijeta i u svim kulturama. Smatra se da je shizofrenija učestalija u gradovima, nego na selima, zbog urbanog načina života, ali to ne možemo postaviti kao činjenicu jer je veći broj oboljelih od shizofrenije u gradu otkriven zahvaljujući boljoj dijagnostici nego što tu mogućnost dijagnosticiranja imaju na selima. Stopa prevalencije iznosi od 0,5 do 1%, a prosječni je rizik obolijevanja oko 1% opće populacije. Očekivana životna dob oboljelih je u prosjeku 20 do 30 godina kraća u odnosu na opću populaciju. Razlog tome je u relativno velikom broju suicida u shizofrenoj populaciji, kardioloških nuspojava antipsihotika te obolijevanju od drugih bolesti prelazeći tako u komorbidno stanje. Početak bolesti se najčešće javlja u adolescenciji i tijekom mlađe životne dobi, u prosjeku od 15. do 24. godine života. Ako se početak bolesti javi prije adolescencije, govorimo o shizofreniji s ranim početkom, a ako se javi nakon 45. godine života, govorimo o shizofreniji s kasnim početkom. Stopa incidencije iznosi 10 do 40 na 10 000 stanovnika godišnje. Incidencija je viša kod osoba s pozitivnom obiteljskom anamnezom, među migracijskim stanovništvom, osoba koje žive u urbanim područjima, konzumentima marihuane, onih sa nižim socioekonomskim statusom, rođenih u zimi i proljeće, sa stresnim životnim događajima te kod onih sa intrauterinim, porođajnim i postporođajnim komplikacijama. Sama etiologija nastanka shizofrenije je nepoznata. Postoje mnogobrojne teorije u nastanku shizofrenije, ali nijedna ne objašnjava njezin uzrok u potpunosti niti se može dokazati u svakom shizofrenom bolesniku. Shizofrenija nastaje složenom interakcijom između bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika. Liječenje shizofrenih bolesnika je dugotrajan proces koji se odvija između obitelji i medicinskog osoblja, sa pacijentom u sredini. Terapijski plan uključuje psihoterapijske, socioterapijske te biološke metode liječenja. Medicinska sestra je najbliža pacijentu i njegovoj obitelji te na taj način najprije uočava promjene u ponašanju. Zato se ističe važnost edukacije i poznavanja nuspojava antipsihotika.

Ključne riječi: shizofrenija, prevalencija, incidencija, etiologija, terapijski plan, medicinska sestra, antipsihotici

8. SUMMARY

Eugen Bleuler introduced the term schizophrenia. Schizophrenia is a mental disease which is a result of biochemical disorders in the brain which triggers disorders in vital mental functions and behaviour with pronounced damages of social, work and family functioning. Schizophrenia is a universal disease which means it can affect kids as well as adults. It equally occurs in all parts of the world and all cultures. It's considered that schizophrenia is more common in urban cities than in the country because of the urban lifestyle but that can't be established as a fact because a greater number of diagnosed with schizophrenia is in cities thanks to better diagnostics than the one in the country. The rate of prevalence is from 0,5 to 1% and the average rate of morbidity is about 1% of general population. The expected life span of sick people is on average 20 to 30 years shorter in relation to general population. The reason lies in a relatively larger number of suicides in the schizophrenic population, cardiological side effects of antipsychotics and getting sick of other diseases transferring to comorbid state. The beginning of the disease most commonly occurs in adolescence and the younger part of life, in average from 15th to 24th year. If the beginning of the disease occurs before adolescence we are talking about early schizophrenia and if it occurs after the 45th year of life we are talking about late schizophrenia. The rate of incidence is 10 to 40 on 10 000 residents a year. Incidence is higher at persons with positive family anamnesis, migrational population, people that live in urban territory, marijuana consumers, people with lower socioeconomic status, people born in winter and spring, with stressful life events and ones with intrauterine, birth and postpartum complications. The etiology of the emergence of schizophrenia is unknown. There are numerous theories of the emergence of schizophrenia but neither one of them explains its cause in fullness neither it can be proven in every schizophrenic patient. Schizophrenia generates in a complex interaction between biological, social and psychological factors. Treating of schizophrenic patients is a longterm process which is occurred between the family and the medical staff with the patient in the middle. The therapy plan includes psychotherapeutic, sociotherapeutic and biological methods of treatments. A medical nurse is the closest to the patient and his family so in that way she is the first to recognise changes in the behaviour. That's why it's highlighted the importance of education and knowing the side effects of antipsychotics.

Keywords: schizophrenia, prevalence, incidence, etiology, therapy plan, nurse, antipsychotics

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>17. srpanj 2017.</u>	NIKOLINA ČENGIĆ	Nikolina Čengić

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole 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

NIKOLINA ČENGIĆ

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, 14. srpnja 2017.

Nikolina Čengić
potpis studenta/ice

