

Zdravstvena njega bolesnika sa shizofrenijom

Olujic, Antun

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:301622>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-02**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Antun Olujić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA
SHIZOFRENIJOM**

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Antun Olujić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA
SHIZOFRENIJOM**

**HEALTH CARE OF PATIENT WITH
SCHIZOPHRENIA**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor :

doc.dr.sc. Boran Uglešić

Split, 2017.

ZAHVALA :

Zahvaljujem mentoru doc.dr.sc. Boranu Uglešiću i članovima povjerenstva na savjetima i podršci u pisanju završnog rada.

Posebnu zahvalnost iskazujem roditeljima za moralnu i materijalnu podršku tijekom školovanja i studiranja .

Sadržaj :

1. UVOD.....	1
1.1.Povijest shizofrenije.....	2
1.2.Etiologija	3
1.2.1.Predisponirajući čimbenici	3
1.2.2. Precipitirajući čimbenici.....	5
1.3. Klinička slika.....	6
1.3.1. Sindrom 4A	6
1.3.2.Pozitivni simptomi.....	7
1.3.3. Negativni simptomi	8
1.3.4.Afektivni simptomi shizofrenije.....	8
1.3.5.Kognitivni simptomi shizofrenije.....	8
1.4.Klinički oblici shizofrenije	9
1.4.1.Simplex forma	9
1.4.2. Hebeferna forma.....	9
1.4.3. Shizoafektivna forma.....	10
1.4.4. Paranoidna forma.....	10
1.5.Dijagnoza.....	11
1.5.1.Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji MKB-10.....	11
1.5.2. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji DSM-IV	12
1.5.3. Liječenje shizofrenije	13
1.6.Antipsihotici	14
1.6.1. Antipsihotici I. generacije (klasični)	14
1.6.2.Antipsihotici II. i III. Generacije (novi , atipični)	16
1.6.3. Dugodjelujući antipsihotici	18

2.CILJ RADA.....	18
3.RASPRAVA.....	18
3.1.Pristup psihijatrijskom bolesniku oboljelom od shizofrenije	18
3.2. Odnos sestra- bolesnik.....	19
3.3.Zadaća zdravstvene njege duševnih bolesnika	23
3.3.1.Održavanje osobne higijene	24
3.3.2.Briga za udobnost bolesnika, namještanje i presvlačenje kreveta.....	25
3.3.3. Briga o prehrani bolesnika, kontrola tjelesne težine	25
3.3.4. Podjela terapije	27
3.4.Pohranjivanje i čuvanje lijekova na psihijatrijskom odjelu.....	28
3.5. Kontrola fizioloških funkcija.....	28
3.6.Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja shizofrenog bolesnika	29
3.7.Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage	32
4.ZAKLJUČAK.....	33
5.LITERATURA.....	34
6.SAŽETAK.....	36
7.SUMMARY	37
8.ŽIVOTOPIS	38

1. UVOD

Shizofrenija je jedna od najtežih duševnih bolesti koja dovodi do gubitka dodira sa stvarnošću i zahvaća cijelu ličnost. Bolest se javlja kao posljedica biokemijskih promjena u mozgu koje dovode do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja. Poremećaji se najčešće javljaju u akutnoj fazi bolesti, praćeni oštećenjem obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja. Od samih početaka smatrana je najtežom, najozbiljnijom, i posebno stigmatizirajućom bolesti u psihijatri. U nedavnoj prošlosti bolesnici su provodili cijeli život u ustanovama za liječenje, a danas za razliku od prije, liječenje uglavnom traje za vrijeme akutne faze bolesti. Bolest često poprimi kronični tijek te bolesnici žive uz rezidualne simptome i oštećeno socijalno funkcioniranje. S obzirom na kompleksnost shizofrenije i njenu dugu povijest postoji više definicija i tumačenja ove bolesti (1).

Bolest se definira kao poremećaj koji traje najmanje šest mjeseci i koji uključuje simptome aktivnog stadija koji minimalno traju jedan mjesec. Za dijagnozu kod bolesnika trebaju se prepoznati minimalno dva od sljedećih simptoma : halucinacije, smanutosti, negativni simptomi, katatono ili smeteno ponašanje, smeteni govor i halucinacije (5). Shizofrenija se najčešće javlja krajem adolescencije, podjednako često u muškaraca i u žena. Javlja kod žena najčešće u dobi od 25 do 34, a kod muškaraca nešto ranije, od 15 do 24 godine. Zbog kasnije pojave bolesti žene imaju nešto bolju prognozu bolesti. Prema podacima SZO u svijetu godišnje obole 2-4 osobe na 10 000 stanovnika, a trenutno od shizofrenije boluje 45 milijuna ljudi u svijetu, odnosno 18 000 ljudi u Hrvatskoj. Učestalost bolesti veća je u razvijenim industrijskim zemljama među osobama nižeg socijalnog statusa, a ti bolesnici pretežno žive u središnjim četvrtima velikih gradova. Postoje tri hipoteze koje objašnjavaju te zaključke. Drift teza prema kojoj shizofreni bolesnici zbog bolesti padaju na socijalno-ekonomskoj ljestvici, hipoteza o socijalnoj segregaciji prema kojoj stanovanje u tim četvrtima bolesnicima omogućuje anonimnost i uzročna hipoteza prema kojoj socijalna dezorganizacija pridonosi pojavi bolesti (2).

Bolesnici oboljeli od shizofrenije najčešće se hospitaliziraju i to zbog određivanja točne dijagnoze, ali također i zbog vlastite sigurnosti i sigurnosti njihove okoline.

Boravkom u bolnici liječnici imaju bolji uvid u bolesnikovo stanje te mogu bolje odrediti vrstu i tok liječenja. Hospitalizacija omogućuje bolesniku stabilizaciju i sigurnu okolinu za vrijeme akutne faze bolesti kada je bolesnik sklon ozljeđivanju drugih a i samoga sebe (7).

Shizofrenija je još uvijek neizlječiva bolest, ali farmakoterapija ima veliku ulogu u cjelovitom i uspješnom izlječenju. Redovno uzimanje terapije omogućuje potiskivanje simptoma i postizanje kritičkog uvida bolesnika u njegovu bolest i njegovo aktivno sudjelovanje u zaustavljanju bolesnog procesa i njegovih posljedica. Osobe oboljele od shizofrenije zarobljene su u svom vlastitom svijetu halucinacija i iluzija bez kontakta sa stvarnošću. Okolina je od velike važnosti u liječenju bolesnika oboljelog od shizofrenije, a posebno veliku ulogu imaju medicinske sestre. Medicinska sestra provodi najviše vremena s bolesnikom te treba imati određene vještine da bi prepoznala problem, odredila intervenciju te reagirala na vrijeme.

1.1.Povijest shizofrenije

Naziv shizofrenija (grč. shizo- cijepati, fren – duša) potječe od Eugena Bleulera, koji je prvi upotrijebio ovaj termin 1911. godine za bolest koja je do tada bila poznata pod nazivom *dementia praecox*. Međutim, Emilu Kraepelinu pripisuje se zasluga za nozološko određenje ove bolesti 1896. godine jer je prvi uočio što je zajedničko u nizu raznovrsnih psihopatoloških ispoljavanja i kliničkih slika katatone, hebefrene i paranoidne *dementiae praecox*. Sam termin *dementiae praecox* datira od 1851. godine kada je Morel u svojim Kliničkim studijima njime označio poremećaj koji započinje vrlo rano, još u adolescenciji, a dovodi do intelektualnog propadanja. E. Hecker je 1871. godine pod nazivom *hebephrenia* opisao sindrom intelektualnog propadanja u mladih osoba s fazama promjenjivog raspoloženja, a 1874. godine Kahlbaum je opisao katatoniju (13).

1.2.Etiologija

Etiologija nije još u potpunosti poznata unatoč ogromnom broju raznovrsnih istraživanja. Najvjerojatnije shizofrenija nije jedinstvena bolest, već skupina različitih poremećaja pa je i njezina etiopatogeneza vrlo složena i odražava interakcije između specifične dijadeze i različitih stresnih zbivanja. Stresna komponenta može po svojoj prirodi biti biolojska (fizička trauma, tjelesna bolest) ili psiholojska (psihotrauma, zlostavljanje, gubitak bliske osobe, gubitak sigurnosti, itd.). Danas se zna da cijeli niz raznorodnih čimbenika igra ulogu kako u razvoju predispozicije (sklonosti) za bolest tako i u samoj pojavnosti i trajanju bolesti. Čini se kako su biološki čimbenici važniji u stvaranju predispozicije za shizofreni poremećaj, dok su psihosocijalni čimbenici važni precipitirajući agensi, ali i agensi koji održavaju bolest (8).

1.2.1.Predisponirajući čimbenici

Čimbenici koji određuju sklonost razvoju shizofrenog poremećaja mogu biti genetski, virusni, prenatalna i porođajna oštećenja mozga, itd (13).

1.2.1.1. Genetska predispozicija

U prilog utjecaja genetskih čimbenika u nastanku bolesti nedvojbeno govori povećana učestalost shizofrenije u nekim obiteljima. Rizik obolijevanja od shizofrenije značajno je veći za osobe čiji bliski srodnici već boluju ili su bolovali od shizofrenije. Općeprihvaćen je stav kako je shizofrenija rezultat interakcije genetske predispozicije i provokativnih, psihosocijalnih i/ili okolinskih čimbenika. Međutim, koji su geni u igri i na koji način, i dalje ostaje velika nepoznanica. Trenutno su u centru pažnje genetičara kromosomi 6, 22 i 8(13).

1.2.1.2. Stečena predispozicija

Vanjski, prenatalni, perinatalni i postnatalni čimbenici također mogu utjecati na stvaranje predispozicije za shizofreniju.

Dugo vremena je aktualna virusna hipoteza shizofrenije. Prema nekim mišljenjima ova je bolest posljedica infekcije tzv. sporim virusima intrauterino ili u ranoj dobi. Ti virusi mogu godinama biti u stanju mirovanja, a onda se kada dođe do pada otpornosti organizma mogu aktivirati i uzrokovati pojavu shizofrenije. Zima i proljeće su godišnja doba kada se shizofreni bolesnici češće rađaju, što se također povezuje s većom učestalošću virusnih infekcija. Smatra se da i držanje mačaka kao kućnih ljubimaca povećava rizik obolijevanja od shizofrenije zbog moguće infekcije toksoplazmozom (8).

Nepravilna prehrana majke u trudnoći također može dovesti do stvaranja predispozicije za kasniju pojavu shizofrenog poremećaja zbog abnormalnosti razvoja središnjeg živčanog sustava ploda. Po nekim mišljenjima shizofrenija može biti i posljedica hipersenzitivnosti na neke tvari u hrani kao što je npr. gluten (13).

Istraživanja pokazuju značajno veću učestalost pre-, peri- i postnatalnih komplikacija u shizofrenih osoba u usporedbi s općom populacijom. Porođajne komplikacije čine se više povezane s ranijim početkom shizofrenog poremećaja i muškim spolom. Opisane su različite porođajne komplikacije kao rizični čimbenik za kasniji razvoj shizofrenije: prerani porod, produljeni porod, hipoksija mozga i fetalni distress, itd. Prema nekim izvješćima veličina glave pri porodu manja je u budućih shizofrenih bolesnika (8).

Osim gore spomenutih, predisponirajući čimbenici mogu biti i endokrini disruptori u hrani i piću, separacija od roditelja ili gubitak jednog ili oba roditelja, zlostavljanje u djetinjstvu, socijalna izolacija te patogeno obiteljsko ozračje (8).

1.2.2. Precipitirajući čimbenici

Različiti psihološki, interpersonalni, socijalni i kulturološki čimbenici također značajno utječu kako na pojavu tako i na tijek i ishod shizofrenih poremećaja (13).

1.2.2.1. Stres i psihotrauma

„Vjeruje se da su shizofreni bolesnici osobe koje su zbog jake genetske ali i razvojne predispozicije izuzetno osjetljive na stres i psihotraumu što često uzrokuju aktivaciju shizofrenog poremećaja i dovode do pojave prvih simptoma. S druge strane postoje mišljenja kako razvojna predispozicija za shizofreniju može biti posljedica rano doživljenih psihotrauma. Istraživanja pokazuju kako su shizofreni bolesnici značajno više izloženi stesnim situacijama i tzv. životnim događajima unutar tri tjedna prije hospitalizacije ili relapsa bolesti nego osobe u općoj populaciji, dok ta razlika nije utvrđena kad se shizofreni bolesnici usporede s drugim psihijatrijskim bolesnicima“ (13).

1.2.2.2. Nezdrave obiteljske komunikacije

„Nezdrave obiteljske komunikacije ne utječu samo na relaps shizofrenije nego vjerojatno predstavljaju rizični čimbenik i u nastanku bolesti. Istraživanja pokazuju da shizofreni bolesnici koji su po izlasku iz bolnice u kontaktu više od 35 sati tjedno s članovima obitelji koje imaju visok skor na skali ispoljavanja emocija, značajno češće zapadaju u relaps bolesti i vraćaju se ponovno u bolnicu“ (13).

1.2.2.3. Zloupotreba droga

Važno je spomenuti i da zloupotreba različitih droga kao što su kanabis, fenciklidin, amfetamin, LSD 25, itd. može precipitirati pojavu simptoma shizofrenije, posebice ako se radi o osobama sa shizofrenom predispozicijom(8).

1.3. Klinička slika

Shizofrenija predstavlja skupinu bolesti koje mogu imati vrlo raznovrsna lica i naličja, često djeluju vrlo zbunjujuće i nije ih lako razumjeti. U većini slučajeva tijek shizofrenije je spor i šaljajući. Brojni su, osebujni i raznovrsni simptomi koji se viđaju u shizofrenih bolesnika, kao što zorno ilustrira iskaz jednog shizofrenog bolesnika: „Shizofren vidi drvo, osjeća kako je to njegova umrla majka, smije se, a pri tom kaže da je ljutit“ (13).

Simptomi shizofrenije najčešće se dijele na pozitivne (produktivne) i negativne (deficitarne) simptome, a potom i na psihotične i nepsihotične, primarne i sekundarne, specifične i nespecifične, fundamentalne i sporedne, te simptome I. i II. reda. Popularna je i podjela simptoma prema Liddleu (1990) na simptome sumanute distorzije realiteta, simptome mentalne dezorganizacije i simptome mentalnog propadanja i osiromašenja(13).

U svakodnevnoj kliničkoj praksi obično razlikujemo simptome akutne faze bolesti ili psihotične epizode od simptoma izvan akutne faze koji su obično dugotrajni. U akutnoj fazi dominiraju pozitivni (produktivni) simptomi, odnosno simptomi sumanute distorzije realiteta i simptomi mentalne dezorganizacije, dok izvan psihotičnih epizoda prevladavaju tzv. negativni (deficitarni) simptomi (1).

1.3.1. Sindrom 4A

Prema Bleuleru kardinalni, fundamentalni ili temeljni simptomi shizofrenije su: asocijativna slabost (mišljenje gubi asocijativni slijed, postaje bizarno i neprikladno), afektivna neprikladnost (afektivitet bolesnika neprimjeren ambijentnoj situaciji i misaonom sadržaju), ambivalencija (istovremena prisutnost oprečnih osjećaja, oprečnih težnji te kontradiktorne ideje) i autizam (prekid komunikacije sa stvarnošću i povlačenje u sebe i svoj svijet fantazija) (8).

1.3.2.Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi su dominantni u akutnim fazama shizofrenije i obično dobro reagiraju na primjenu antipsihotika. U pozitivne simptome spadaju halucinacije, sumanute ideje, smeteni govor i katatono ponašanje.

Halucinacije su kvalitativni poremećaj percepcije u kojima osoba doživljava kao stvarno ono što uopće ne postoji. Javljaju se u različitim osjetilnim oblicima, pa tako razlikujemo slušne, vidne, mirisne, okusne i opipne. Slušne halucinacije su karakteristične za shizofreniju. Postoje različiti oblici slušnih halucinacija. Najčešće se zapažaju dva ili više glasova zapovjednog tona koje osobu grde, prijete joj i naređuju. Za dijagnozu bolesti halucinacije se moraju javljati u trenucima čistog sensorija, a ne tijekom uspavljivanja ili buđenja jer se to smatra dijelom normalnog iskustva (5).

Sumanutosti se odnose na pogrešna uvjerenja, odnosno zablude koje obično uključuju pogrešna tumačenja opažaja ili iskustva. Ponekad je teško razlikovati zablude od ideja do kojih osoba stvarno drži te se one ne mogu povezati sa bolesnikovim stupnjem obrazovanja i kulturom. Najučestalije su deluzije proganjanja u kojima osobe umišljaju da ih druge osobe prate, muče, ismijavaju i varaju. Ponekad osobe čitajući knjige ili gledajući televizor sadržaj shvaćaju kao direktno obraćanje njihovoj ličnosti. Osim toga česte su i sumanutosti kontrole gdje osobe misle da nemaju kontrolu nad samim sobom, odnosno smatraju da njima upravlja netko drugi (4). Razlikujemo bizarne i nebizarne sumanutosti, pa tako u bizarne sumanutosti spada primjer u kojem osoba umišlja da joj je neka strana osoba izvadila organe i zamijenila ih drugima a da sami ožiljak uopće ne postoji (5).

Formalni poremećaj mišljenja, gubitak asocijacija neki psihijatri smatraju jednim od najznačajnijih obilježja shizofrenije. Tijekom mišljenja i izražavanje je poremećeno na različite načine. Bolesnik se često prebacuje s jedne teme na drugu bez ikakve povezanosti među samim temama, odgovori koje daje nemaju nikakve veze sa postavljenim pitanjem ili mogu biti neizravno vezani. Rijetko se događa da je govor toliko poremećen da nema nikakve povezanosti između misli i da je osoba potpuno nerazumljiva (salata od riječi, inkoherencija) (4).

Katatono motoričko ponašanje karakterizira smanjenje reaktivnosti na okolinu

koje nekada dovodi do potpune nesvjesnosti osobe na okolinu, zadržavanje nepomičnog pokreta i opiranje pokretanju. Osoba se može zadržati u nekom bizarnom, neodgovarajućem položaju nekoliko sati bez pomicanja ili može dugo imati neku besciljnu i nepotaknutu motoričku aktivnost. Trebalo bi imati na umu da katatona obilježja nisu nužno specifična kod shizofrenije već se javljaju i u drugim duševnim poremećajima, ali i kod općih zdravstvenih stanja.

1.3.3. Negativni simptomi

Negativni simptomi shizofrenije su oskudan govor (alogija), apatija, socijalno povlačenje, emocionalna tupost, poremećaji aktiviteta (smanjena mimika, osiromašen govor tijela i kontakt očima), poremećaj afekta (paratimija, paramimija), avolicija (gubitak volje) i anhedonija (gubitak životnog interesa) (3).

1.3.4. Afektivni simptomi shizofrenije

Osjećajni dio osobnosti je bitno promijenjen kod osoba koje boluju od shizofrenije. Njihova osobnost se bitno promijeni, a samim time i njihove psihičke funkcije: mišljenje, percepcija, volja, motorika, itd. Na početku bolesti bolesnici djeluju emocionalno hladnije u odnosu na prije te i oni sami primjećuju tu promjenu na sebi. Često se žale na promjene i u međuljudskim odnosima, odnose sa obitelji i osobama drugog spola te se osjećaju izolirano od svih drugih osoba, kao potpuni stranci u vlastitom svijetu (10).

1.3.5. Kognitivni simptomi shizofrenije

Razvojem bolesti može doći do pojave kognitivnih simptoma, gubitka logičkog i apstraktnog razmišljanja i pada koncentracije. Upravo ovi simptomi se i smatraju

glavnim krivcem za disfunkcionalnost oboljele osobe u svakodnevnom životu. Shizofreni bolesnici nisu u stanju razlikovati bitno od nebitnog niti u stanju planirati neke od najjednostavnijih uobičajenih poslova. Svojim kognitivnim propadanjem gube sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu (10).

1.4.Klinički oblici shizofrenije

Shizofreniju dijelimo na temelju MKB-10 i DSM-IV dijagnostičkih kriterija. Prema oba sustava trebaju biti zadovoljeni slični uvjeti za dijagnozu shizofreniju. U te kriterije za dijagnozu bolesti spada trajanje akutne faze minimalno jedan mjesec, prisutnost negativnih simptoma te prisutnost halucinacija i sumanutosti. Prema MKB-10 klasifikaciji razlikujemo simplex,hebefernu ,shizoafektivnu i paranoidnu formu shizofrenije (2).

1.4.1.Simplex forma

Ovaj oblik predstavlja neproduktivnu formu shizofrenije koju karakterizira postupan početak i kroničan tijek bolesti bez izmjene recidiva i remisija. Bolesnik se povlači iz realnog svijeta, nezainteresiran je za socijalne kontakte i bilo kakvu aktivnost. Javlja se autizam, afektivna tupost i atimija te dolazi do potpunog opustošenja ličnosti (15).

1.4.2. Hebeferna forma

Hebefreni oblik je najteži oblik shizofrenije. Počinje rano u pubertetu ili mlađoj adolescenciji. Pored osnovnih simptoma shizofrenije, javljaju se perceptivni poremećaji i raznovrsne sumanute ideje. Hebefreniju karakterizira djetinjasto, neodgovorno, nepredvidivo, bizarno ponašanje i manirizam, sklonost neumjesnim šalama i filozofiranju. Emocionalne reakcije su neadekvatne i promjenjive, često

praćene smijanjem i hihotanjem bez vidljivog razloga te bizarnim grimasama. Mišljenje je dezorganizirano, a govor nekoherentan. Javlja se težnja ka socijalnoj izolaciji. Prognoza je obično loša zbog brzog razvoja negativnih simptoma, naročito zaravnjelog afekta i gubitka volje, što brzo dovodi do najdublje dezintegracije ličnosti (15).

1.4.3. Shizoafektivna forma

Ovaj oblik je danas vrlo rijedak. Pored osnovnih simptoma, kliničkom slikom dominiraju poremećaji psihomotorike (katatoni stupor i uzbuđenje, ostali tzv. katatoni fenomeni). Bolest se obično razvija između 20. i 30. godine života, uglavnom ima dobar tijek. Prognoza je povoljnija nego kod ostalih oblika. Smrtonosna katatonija je rijetkost i može se na nju djelovati antipsihoticima. Očituje se jakom psihomotoričkom uzbuđenosti ili jakom ukočenosti te je karakteristična hipertermija zbog oštećenja termoregulacijskog centra u mozgu što može rezultirati smrtnim ishodom (15).

1.4.4. Paranoidna forma

Ovo je najčešći oblik shizofrenije. Počinje najčešće poslije 30. godine života, a kliničkom slikom, uz osnovne simptome, dominiraju sumanute ideje paranoidnog tipa. Najčešće je riječ o osjećaju veličine i ljubomori te idejama proganjanja. Halucinacije relativno često prate ovu sumanutost i povezane su sa sadržajem sumanutih ideja. Bolesnici su nepovjerljivi, sumnjičavi, razdražljivi, a mogu postati i agresivni. U svoje sumanute sadržaje lako uvlače osobe sa strane i na najmanji povod. Tijek bolesti je uglavnom povoljan, bolesnici dobro reagiraju na lijekove te se remisija brzo postiže uz dobru prognozu (15).

1.5.Dijagnoza

Dijagnoza shizofrenije postavlja se na temelju dogovorenih dijagnostičkih kriterija koji jasno definiraju simptome koje pacijent mora, smije ili može imati, kao i simptome i znakove koji ne smiju biti prisutni da bi se mogla postaviti dijagnoza nekog oblika shizofrenije.

Danas postoje dva najvažnija dijagnostička sustava: Međunarodna klasifikacija bolesti – 10.revizija (MKB-10) i američka DSM-IV klasifikacija. MKB-10 kod nas liječnici koriste u svakodnevnoj praksi, dok se DSM-IV više primjenjuje u kliničkim istraživanjima (13).

1.5.1.Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji MKB-10

- A) nametanje ili oduzimanje misli, jeka ili prenošenje misli,
- B) sumanute ideje kontrole, utjecaja ili pasivnosti koja se jasno odnosi na kretanje tijela ili ekstremiteta, specifične misli, akcije ili senzacije, sumanute percepcije,
- C) halucinatorni glasovi koji komentiraju pacijentovo ponašanje, razgovaraju međusobno o pacijentu, ili drugi tipovi halucinatornih glasova koji dolaze iz nekog dijela tijela,
- D) trajne bizarne sumanutosti koje su nemoguće ili nesukladne pacijentovoj kulturi i intelektu: nemoguć politički, znanstveni ili religiozni identitet, nadljudske sposobnosti i moći, npr. kontrola vremena, komunikacija s vanzemalcima i sl.,
- E) perzistentne halucinacije bilo kojeg modaliteta kada su praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog sadržaja, ili perzistentne precijenjene ideje, ili kada su halucinacije trajno prisutne tjednima ili mjesecima,
- F) disocirano mišljenje, irelevantan i dezorganizirani govor, nelogizmi (sklapanje novih riječi bez značenja),

- G) katatono ponašanje – izrazita zakočenost tijela i održavanje neprirodnog položaja ili izrazita uzbuđenost,
- H) negativni simptomi u vidu apatije, siromaštva govora, zaravnjenog afekta ili neadekvatnog emocionalnog odgovora koji obično dovode do socijalnog udaljavanja i pada socijalnog funkcioniranja,
- I) značajna i trajna promjena ponašanja u smislu gubitka interesa, besciljnosti, zaokupljenosti sobom i socijalnog udaljavanja.

Za dijagnozu bolesti potrebna je prisutnost najmanje jednog od sindroma, simptoma ili znakova od A do D, ili najmanje dva od simptoma ili znakova od E do J, a u trajanju od najmanje mjesec dana (3).

1.5.2. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji DSM-IV

A) Karakteristični simptomi:

- sumanutost,
- halucinacije,
- smeten govor,
- katatono ponašanje,
- negativni simptomi.

Za postavljanje dijagnoze dovoljna je prisutnost samo jednog simptoma.

B) Socijalne smetnje

-pojava poteškoća pri funkcioniranju na jednom ili više područja kao što su svakodnevni život, rad, međuljudski odnosi, pa i briga za samoga sebe.

C) Trajanje

Trajni znakovi poremećaja prisutni su barem šest mjeseci. Ovo šestomjesečno razdoblje mora uključivati najmanje mjesec dana simptome koji predstavljaju kriterije A (kraće ako su uspješno liječeni) i može uključivati razdoblja prodromalnih ili rezidualnih simptoma. Tijekom ovih prodromalnih ili rezidualnih razdoblja znakovi poremećaja mogu se očitovati samo negativnim simptomima ili s dva ili više simptoma iz kriterija A koji se očituju u blažoj formi.

D) Isključivanje poremećaja ponašanja i shizoaktivnog poremećaja

Oni se isključuju jer se depresivna, manična ili miješana epizoda ne pojavljuje zajedno sa simptomima aktivnoga stadija ili ako se jave simptomi poremećaja raspoloženja za vrijeme pojave simptoma aktivnog stadija, onda oni kratko traju.

E) Isključivanje psihoaktivnih tvari i općeg zdravstvenog stanja

Poremećaj nije povezan s izravnim patofiziološkim učincima droga ili lijekova niti je posljedica općeg medicinskog stanja.

F) Veza s pervazivnim razvojnim poremećajem

Ako postoji veza s autizmom ili s drugim pervazivnim poremećajem, dodatna dijagnoza shizofrenije daje se jedino ako postoje sumanute ideje ili halucinacije kroz mjesec dana (10).

1.5.3. Liječenje shizofrenije

Oboljeli od shizofrenije liječe se biologijskom terapijom (lijekovima, elektrostimulativnom terapijom, neuromodulatornom terapijom, neuroregenerativnom terapijom), socioterapijski i psihoterapijski. Izbor psihofarmakološke terapije, psihoterapije i psihosocijalnih intervencija vrši se na temelju procjene kliničkog stanja bolesnika i raspoloživih mogućnosti liječenja. Psihofarmakološko liječenje antipsihoticima pokazalo se najznačajnijim i najvrijednijim u liječenju shizofrenije te predstavlja „*conditio sine quanon*“ u liječenju ove bolesti.

U akutnoj fazi bolesti, kada su jasno izraženi psihotični simptomi, bolesnika je vrlo često potrebno liječiti u bolnici. Svrha liječenja shizofrenije je ublažiti i smanjiti simptome bolesti tijekom akutne faze, te spriječiti ponovnu pojavu bolesti tijekom razdoblja nestanka simptoma (remisije bolesti) (6).

Vrste i djelovanje antipsihotika detaljno će biti pojašnjeni u narednim poglavljima.

1.6. Antipsihotici

Revolucionarne promjene u liječenju shizofrenije događaju se sredinom 20. – og stoljeća kada Delay i Deniker uvode klorpromazin u terapiju shizofrenije i akutne manije. Prije upotrebe antipsihotika većina bolesnika je provodila cijeli život u psihijatrijskim ustanovama, odvojeni od vanjskog svijeta. Najvažnija indikacija za primjenu lijekova je liječenje psihotičnih poremećaja iako oni zapravo ne liječe nego djeluju na simptome bolesti. Svakome bolesniku treba pristupiti individualno na osnovu anamneze, kliničke slike i zdravstvenog statusa jer ako lijek djeluje na jednom bolesniku ne znači da je najbolji izbor za drugog bolesnika. U novootkrivenim slučajevima shizofrenije preporuča se upotreba novih psihotika jer oni osim što djeluju na pozitivne simptome djeluju i na afektivne, negativne i kognitivne smetnje (4).

Antipsihotici omogućuju oboljelome povratak u stvarni svijet, te je upravo zbog toga važna njihova pravilna i redovna upotreba. Nažalost, mnogi bolesnici ne uzimaju redovno terapiju iz različitih razloga. Najčešće prestanu uzimati nakon što se simptomi ublaže ili nestanu. Upravo kod tog segmenta, uzimanja terapije, obitelj ima glavnu ulogu te treba shvatiti da je to način kontrole shizofrenije te da prestankom uzimanja samo povećavaju vjerojatnost remisije bolesti.

Antipsihotici djeluju na receptore kemijskih prijenosnika u mozgu, najviše na dopaminske i serotoninске. Za ta dva prijenosnika se smatra da imaju najveću ulogu u nastanku simptoma shizofrenije. Razlikujemo dvije skupine, klasične i nove antipsihotike (10).

1.6.1. Antipsihotici I. generacije (klasični)

Otkrićem klorpromazina sredinom prošlog stoljeća započinje nova etapa u liječenju oboljelih od shizofrenije. Uvidjevši da klorpromazin uspješno djeluje u liječenju psihotičnih poremećaja počinje sinteza i novih antipsihotika. 1958. godine sintetiziran je haloperidol, a nakon njega i ostali lijekovi, promazin, flufenazin i perazin.

Antipsihotični učinak antipsihotika prve generacije temelji se na njihovom djelovanju na dopaminske receptore D2, dok redukcija aktivnosti u strijatumu izaziva tzv. EPS (ekstrapiramidne simptome) sa tardivnom diskinezijom. Prva generacija ima jako djelovanje na pozitivne simptome, posebice na halucinacije i sumanutost. Iz toga razloga, djelovanja samo na pozitivne simptome bolesnici često prestaju uzimati lijekove jer ne djeluju na emocionalno povlačenje i depresivni sindrom. Osim toga ovi lijekovi imaju česte nuspojave što je također razlog prestanka uzimanja terapije. U nuspojave spadaju:

- a) Sedacija,
- b) Ekstrapiramidne nuspojave (60- 70 % bolesnika),
- c) Hipotenzija,
- d) Gastrointestinalne,
- e) Endokrini poremećaji,
- f) Poremećena seksualna funkcija.

Od navedenih funkcija bolesnici se najčešće žale na ekstrapiramidne nuspojave i zbog njih prestaju uzimati lijekove. Te nuspojave pojavljuju se kao stalni spazam ili grč mišića u vratu ili glavi, ali također i kao nemogućnost konstantnog stajanja na jednom mjestu te se moraju stalno premještati s jedne noge na drugu.

Ponekad kod bolesnika možemo i više simptoma koji zajedno podsjećaju na parkinsonizam kao što su usporene kretnje i tremor ruku te se ti simptomi mogu ublažiti lijekovima koji se daju zajedno sa antipsihoticima, a nazivaju se antikolinergici.(9)

Tablica 2. Antipsihotici I. generacije i neka njihova obilježja (9).

Generičko ime	Tvoričko ime
Haloperidol	Haldol
Sulpirid	Sulpirid
Tioridazin	Thiorill
Flufenazin	Moditen
Klorpromazin	Prazine

1.6.2. Antipsihotici II. i III. Generacije (novi , atipični)

Antipsihotici prve generacije su uzrokovali pojavu velikog broja nuspojava te su bili dodatno opterećenje za bolesnike i njihovu obitelj. Oni također ne pomažu kod svih simptoma i oštećenja funkcija koje shizofrenija uzrokuje i bolesnici često imaju invaliditete kao posljedicu bolesti i česte recidive. To dovodi do većeg broja hospitalizacija te stvara neugodu bolesnicima, a i značajno ekonomski opterećuje sustave mentalnog zdravlja (12).

Sintezom klozapina 60.-ih godina prošlog stoljeća psihijatri shvaćaju da djeluje antipsihotično bez izazivanja ekstrapirimidnih promjena. Kako se razlikova od prijašnjih antipsihotika klozapin dobiva naziv „ atipični „ i postaje prototipom novih antipsihotika. Kasnije se otkriva da korištenje klozapina povećava mogućnost pojave agranulocitoze i sada predstavlja drugu liniju antipsihotika kod rezistentnih kliničkih slika (12) .

Tijekom 90.-ih godina prošlog stoljeća sintetizirani su novi atipični antipsihotici, a to su : olanzapin, risperidon, kvetiapin, početkom ovog stoljeća sintetizirani su ziprasidon i aripiprazol. Najnoviji atipični antipsihotik paliperidon je odobren u SAD-u tijekom 2006. godine (12).

Kao skupina lijekova atipični antipsihotici se izdižu iznad klasičnih antipsihotika. Oni su rezultat određenog traženja za što boljim antipsihotikom sa manjim brojem nuspojava uz povećanje sigurnosti i podnošljivosti terapije.

Osim manjeg broja nuspojava, tu su bitne razlike u djelovanju samog lijeka.

a) Većina atipičnih antipsihotika blokira i dopaminske i serotoninske receptore, samo što je izraženije blokiranje serotoninskih receptora,

b) Novi antipsihotici imaju selektivno djelovanje te izraženije djeluju na dopaminske neurone u regiji A10 koji su u sastavu mezokortikolimbickog sustava za koji se vjeruje da je ima važnu ulogu u

nastanku shizofrenije, a manje je izraženo blokiranje neurona A9 u strijatumu koji su odgovorni za nastajanje ekstrapirimidnih simptoma,

c) Učinkovitiji su kod djelovanja na negativne i kognitivne simptome što ima važnu ulogu za što uspješniju terapiju (12).

Tablica 3. Najpoznatiji antipsihotici II. generacije

Generičko ime	Tvorničko ime
Klozapin	Leponex
Kvetiapin	Kventiax
Olanzapin	Olandix
Risperidon	Prospera
Sertindol	Serdolect
Ziprasidon	Zeldox
Aripiprazol	Aripiprazol
Amisulprid	Aktiprol

Najnovija istraživanja donose nam snažne dokaze o djelotvornosti novh antipsihotika u liječenju shizofrenije i potvrđuju kako imaju manji rizik za nastajanje ekstrapirimidnih simptoma. Atipični antipsihotici daju dobre rezultate u liječenju bolesnika s prvim psihotičnim epizodama, u liječenju kronične shizofrenije i u stanjima pogoršanja bolesti.

Ipak atipični antipsihotici uzrokuju nuspojave, ali mogući dobitak je iznad mogućnosti pojave nuspojave. Najučestalije nuspojave su agranulocitoza kod korištenja klozapina, porast tjelesne težine, povećan rizik za dijabetes, poremećaj seksualne funkcije, nesanica, glavobolja, itd. (11)

1.6.3. Dugodjelujući antipsihotici

Antipsihotici s produženim djelovanjem ili depo antipsihotici primjenjuju se u obliku injekcija, a primjenjuju se svaka dva do četiri tjedna. Primjenom dugodjelujućih antipsihotika smanjuje se nesuradljivost bolesnika i relaps bolesti. Dugodjelujući antipsihotici bi se trebali koristiti kod svih bolesnika koji zaboravljaju uzimati terapiju ili su nesuradljivi. Ovakav način primjene terapije olakšava samo liječenje bolesnika. Postižu se dulja remisija, poboljšano funkcioniranje i snižen rizik za prestanak uzimanja terapije kod bolesnika.

Dugodjelujući novi antipsihotici u Hrvatskoj su Xaplion (paliperidon), Zypadhera (olanzapin) i Rispolept Consta (risperidon). Mana dugodjelujućih antipsihotika je neprecizno doziranje za razliku od lijekova koje bolesnici uzimaju svaki dan (12).

2.CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati stručan i profesionalan pristup medicinske sestre shizofrenom bolesniku, kroz potrebno opće znanje o shizofreniji i konkretnim primjerima u praksi. Njezina uloga bit će prikazana kroz proces zdravstvene njege, odnosno sestrinske dijagnoze.

3.RASPRAVA

3.1.Pristup psihijatrijskom bolesniku oboljelom od shizofrenije

U suvremenoj zdravstvenoj njezi naglašavaju se određena načela koja su temeljno polazište za sve sestrinske intervencije.

Osnovna načela sestrinske njege za shizofrene bolesnike su:

- a) poimanje bolesnika kao cjelovitog bića u kontekstu njegova socijalnog i kulturnog okruženja. Medicinska sestra brine o osnovnim potrebama bolesnika, a ne o njegovoj bolesti. Bolesnika prihvaćamo prema jednadžbi: BOLESNIK = OSOBA + BOLEST. U središtu zdravstvene njege su dakle bolesnikove osnovne ljudske potrebe. One mogu biti biološke, psihološke, socijalne i kulturalne, a odvijaju se tijekom bolesti;
- b) poštivanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice. Prihvaćanje bolesnika onakvim kakav jest, sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima;
- c) uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja, čuvanje tajne i sl. Odnosi se također na poštivanje bolesnika bez obzira na njegovo mentalnu bolest. Ovo načelo može biti narušeno u situacijama akutnog stanja bolesti kada je zbog zaštite bolesnika i njegove okoline potrebno primijeniti postupke sprječavanja i fizičke imobilizacije bolesnika.
- d) pomoć pri usvajanju novih oblika ponašanja. Poticanje prihvatljivog ponašanja bolesnika u odnosu na liječenje, odnos prema obitelji i okolini, te cjelokupnom stavu i vrijednosnom sustavu;
- e) terapijska komunikacija (16).

3.2. Odnos sestra- bolesnik

Hospitalizacija za shizofrenog bolesnika predstavlja niz psiholoških doživljaja (najčešće strah, nepovjerenje, napetost, bezvoljnost). Bolesnik često zbog različitih psihopatoloških doživljavanja i oštećenja ličnosti nije kadar adekvatno testirati realitet i participirati (biti sudionik) u socijalnoj sredini. O kvaliteti interakcija s medicinskom sestrom i njenom odnosu prema bolesniku, uvelike ovisi kako će bolesnik prihvatiti bolničku sredinu. Prihvaćanjem bolničke sredine ,prihvaća liječenje koje mu je potrebno i time se njegov odnos prema bolesti i samom sebi mijenja u pozitivnom smjeru. Na odjelu sestra i bolesnik uspostavljaju odnos koji može biti:

- terapijski - ako ima povoljan utjecaj na bolesnika i njegovo liječenje,
- antiterapijski - ukoliko se negativno odražava na bolesnika i njegovo liječenje,
- neutralan - ako nema ni povoljan ni negativan učinak.

Odnos koji sestra uspostavlja sa shizofrenim bolesnikom trebao bi biti svakako terapijski odnos. Takav se odnos gradi tijekom boravka bolesnika u bolnici i nije neminovno unaprijed određen. Pri uspostavi odnosa sestra-bolesnik, bolesnik prema sestri može biti indiferentan, ne primjećuje ju, negira ju, može biti konfliktan, agresivan ili pak pretjerano susretljiv i intiman. Veoma je bitno da medicinska sestra koja radi na psihijatrijskom odjelu ima pozitivan stav prema shizofrenom bolesniku, bez predrasuda i straha od njega. Strpljivost, tolerantnost, humanost i odgovornost u radu najvažnije su odlike sestre koja se bavi duševnim bolesnicima, pri čemu ne smije zaboravljati etički kodeks i poštivanje ljudskih prava shizofrenog bolesnika (pravo na dostojanstvo, pravo na informaciju, povjerljivost medicinske dokumentacije i drugo). Ukoliko sestra pridaje značaj bolesniku i pokazuje poštovanje prema njemu, kod bolesnika će se razvijati osjećaj samopoštovanja i samopouzdanja što je od velike koristi za uspjeh liječenja velikog broja duševnih poremećaja. Bolesnik sa shizofrenim psihičkim tegobama daleko je nepovjerljiviji od somatskih (tjelesnih) bolesnika, često nekritičan spram svoje bolesti. Stoga je veoma važno da sestra potiče stvaranje povjerenja kod bolesnika. Psihijatrijski bolesnik mora vjerovati da mu sestra želi pomoći u prevladavanju njegove bolesti, biti siguran u njezine dobre namjere, treba steći osjećaj pripadnosti odjelu i sredini u koju je došao. Terapijski je vrlo značajno da se bolesnik na odjelu osjeća ugodno, u prijateljskoj sredini i razumijevanju. Medicinska sestra treba stvarati ozračje u kojem vlada ugodna i topla atmosfera, tolerancija i međusobno poštivanje svih članova terapijskog tima i bolesnika, te mogućnost emocionalnog i socijalnog sazrijevanja. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Kulturno se odnositi spram svakog bolesnika poštujući njegova prava i njegovu ličnost, bez obzira na psihopatološko stanje u kojem se nalazi. Sve aktivnosti moraju biti usmjerene za dobrobit bolesnika. Nužno je kontrolirati svoje emocionalne reakcije (kontrtransfer), racionalno se ponašati kad bolesnik pokazuje ljutnju, mržnju, kritiku ili pak divljenje i ljubav.

U prvom kontaktu s bolesnikom, medicinska sestra se treba predstaviti. Može mu objasniti svoju ulogu, svoja očekivanja od bolesnika i zajedno dogovoriti „pravila ponašanja“. Sve odrasle bolesnike treba oslovljavati s Vi, bez obzira na godine, osim ako bolesnik želi drugačije. Dobro je bolesnika otvoreno pitati kako želi da ga zovemo (imenom, prezimenom, nadimkom, baka, djeda sl.).Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim specifičnim potrebama i poštujući osnovna načela sestrinske njege. Medicinska sestra prihvaća bolesnika onakvog kakav on jest . Sa svim svojim vrijednostima, različitostima i osobitostima, bez obzira na rasu, vjersku pripadnost, politička uvjerenja, gospodarske i društvene prilike u kojima bolesnik živi. Sestra komunicira s bolesnikom kad god je s njim, njeguje ga, dijeli terapiju, razgovara, čak i kad ne razgovara (neverbalna komunikacija), pri čemu ona djeluje u smislu ohrabrenja bolesnika ili zadovoljavanja bolesnikovih potreba za podrškom, slušanjem, savjetom, razgovorom ili samo socijalnim kontaktom, a ne u smislu psihoterapije i tumačenja njegova ponašanja. Međutim, komunikacija sestra-bolesnik može biti i veoma moćno terapijsko sredstvo.

O terapijskoj komunikaciji govorimo kada pridonosi:

- a) usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina od strane bolesnika,
- b) povećanju uvida bolesnika u problem i porastu samosvijesti,
- c) porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja bolesnika u sebe i druge,
- d) autonomiji ličnosti bolesnika i njegovoj neovisnosti i samostalnosti,
- e) smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja,
- f) otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja bolesnika,
- g) željenoj promjeni u ponašanju bolesnika,
- h) boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama.

Drugim riječima, kroz terapijsku komunikaciju djelujemo na osjećaje, misli i ponašanje bolesnika mijenjajući ih u pozitivnom smjeru. Treba naglasiti važnost i značaj neverbalne komunikacije medicinska sestra - psihijatrijski bolesnik, u oba smjera.

Neverbalnu komunikaciju čine:

- a) ponašanje tijela,
- b) mimika,
- c) očni kontakt,
- d) govorno ponašanje,
- e) gestikulacije,
- f) dodirivanje,
- g) odijevanje,
- h) prostorno ponašanje,
- j) vremensko ponašanje

Bolesnik vrlo dobro zapaža i prilično je osjetljiv na neverbalne poruke medicinske sestre i drugih članova terapijskog tima. Prati našu mimiku i prema njoj zaključuje kakvo je naše stvarno mišljenje o onome o čemu govorimo. Hvata pogled i najčešće voli da ga se gleda u oči. Smeta mu podignut kažiprst i bezrazložno gestikuliranje („lamatanje“) rukama. Osjetljiv je na dodir. Reagira na previše i na premalo dodira. Nekima dodira treba više, nekima manje, nekim bolesnicima u određenoj fazi bolesti to može jako smetati. Nije mu svejedno kako je medicinska sestra odjevena, koliko profesionalno nosi svoju uniformu. Psihijatrijski bolesnik može imati svoje prostorne i vremenske „zone“ u koje ne smijemo dirati. Nismo uvijek dobrodošli kada im se približavamo. S njim treba razgovarati u pravo vrijeme i u njegovom „dvorištu“ ako nam dopusti. Svaki sadržaj razgovora traži poseban kontekst i okolinu. Sve su to segmenti neverbalna komuniciranja koji bitno utječu na ono o čemu razgovaramo i na one s kojima razgovaramo.(18)

3.3.Zadaća zdravstvene njege duševnih bolesnika

Definicija zdravstvene njege prema V. Henderson:

„Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije“.(11)

Učinkovitim provođenjem zdravstvene njege, sestra ima mogućnost saslušati bolesnika, procijeniti njegove potrebe, reagirati i graditi osobit odnos koji je izuzetno važan u uspostavljanju zdravlja. Zdravstvena njega ima korijene u osnovnim ljudskim potrebama. Prema V. Henderson, sestra pomaže pojedincu da:

1. normalno diše,
2. uzima hranu i tekućinu,
3. eliminira otpadne tvari,
4. kreće se i zauzima odgovarajući položaj tijela (tijekom hodanja, sjedenja, ležanja i promjene položaja),
5. odmara se i spava,
6. odgovarajuće se odijeva,
7. održava normalnu temperaturu tijela,
8. održava osobnu higijenu i njegu tijela,
9. izbjegava opasnosti koje prijete iz okoline,
10. komunicira s drugima radi izražavanja potreba i osjećaja,
11. prakticira svoju religiju,
12. obavlja svrsishodan rad,
13. učestvuje u raznim rekreativnim aktivnostima,
14. uči, istražuje i zadovoljava znatiželju što pridonosi „normalnom“ razvoju.(11)

Na odabir intervencija iz zdravstvene njege duševnog bolesnika utječu: psihopatološko stanje, osobine ličnosti, dob, društveni i kulturni status bolesnika, njegove tjelesne i intelektualne sposobnosti. Zdravstvena njega duševnog bolesnika obuhvaća sve elemente osnovne zdravstvene njege i specifične zdravstvene njege.

Ovdje će biti opisani oni elementi koji traže objašnjenje i dodatne postupke u zdravstvenoj njezi koji su karakteristični za duševne bolesnike:

1. Održavanje osobne higijene,
2. Briga za udobnost bolesnika, namještanje i presvlačenje kreveta,
3. Briga o prehrani bolesnika, kontrola tjelesne težine,
4. Podjela terapije,
5. Kontrola fizioloških funkcija,
6. Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja duševnog bolesnika,
7. Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage(17).

3.3.1.Održavanje osobne higijene

Karakteristično je za većinu shizofrenih bolesnika da zapuštaju vanjski izgled i zanemaruju osobnu higijenu. Razlozi za to mogu biti različiti: otuđenost od realiteta, smanjenje bolje i bezvoljnost, nemoć ili neznanje. Dužnost je medicinske sestre poticati bolesnika na svakodnevno obavljanje osnovnih higijenskih potreba (tuširanje, kupanje, umivanje, češljanje, pranje zubi, presvlačenje). Strpljivo, taktično, obzirno, postepeno, ne forsirajući, pokušati angažirati bolesnika da to učini sam ili uz pomoć sestre. Ne uspijemo li odmah, pričekati i nakon nekog vremena pokušati ponovo, navečer ili drugi dan.

Kod nekih bolesnika bit će potrebno da sestra provede osobnu higijenu nepokretnog bolesnika u krevetu (bolesnici u stuporu, bolesnici s psihoorganskim sindromom i sl.).(19)

3.3.2. Briga za udobnost bolesnika, namještanje i presvlačenje kreveta

Sve pokretne bolesnike treba poticati da namještaju krevete sami uz kontrolu ili prisutnost sestre. Korisno je na sastancima terapijske zajednice dogovoriti se da bolesnici sami zaduže jednog bolesnika koji će vršiti pregledavanje kreveta svih bolesnika na odjelu i ocjenjivati urednost. Takva aktivnost ima višestruku korist. Bolesniku koji je zadužen za ocjenjivanje urednosti kreveta daje osjećaj važnosti, odgovornosti i obveze, ostale bolesnike potiče na urednost, radnu naviku i osjećaj obveze, a jednima i drugima ispunjava dio slobodnog vremena. Za nepokretne bolesnike brigu o udobnosti preuzima medicinska sestra. Udobnost bolesnika na bolničkom odjelu podrazumijeva osim bolesničkog kreveta i bolesničke sobe i ugodan ambijent u kojem bolesnik boravi tijekom liječenja. Fizičko okruženje koje uključuje veličinu i opremljenost prostora, raspored namještaja, osvjetljenost, boju zidova djeluje na raspoloženje bolesnika i osjećaj ugodnosti odnosno neugodnosti, pripadnosti ili ne takvom odjelu. Velik je izazov za medicinsku sestru osigurati takve elemente okruženja koji će kod bolesnika izazvati pozitivne emocije i pozitivan stav prema sredini u koju je došao, te će također imati određen terapijski učinak (terapijsko okruženje).(19)

3.3.3. Briga o prehrani bolesnika, kontrola tjelesne težine

Kod mnogih shizofrenih bolesnika postoje kvalitativni i kvantitativni poremećaji prehrane. Neki bolesnici odbijaju uzimanje hrane uopće, te ih je potrebno hraniti umjetnim putem (nazogastričnom sondom i infuzijama). Hrana mora biti ukusna i lijepo servirana. Važna je prisutnost sestre za vrijeme uzimanja obroka jer tako možemo imati kontrolu koliko je bolesnik pojeo i kakvo je njegovo ponašanje za vrijeme jela i neposredno nakon uzimanja obroka.

Razlozi odbijanja hrane mogu biti:

- a) oslabljena ili izgubljena potreba za jelom,
- b) sumanute ideje o mogućnosti trovanja hranom,
- c) psihomotorna usporenost,
- d) aktivni negativizam,
- e) pretjerana aktivnost kod maničnih bolesnika (nemaju vremena za jelo),
- f) nihilističke sumanute ideje (nema usta, želudac, ne može jesti).

Potrebno je obratiti pažnju kod bolesnika s kvantitativnim poremećajem prehrane ,na ponašanje neposredno nakon uzimanja obroka (izazivanje povraćanja, pojačana fizička aktivnost nakon jela, uzimanje purgativa i sl.). Mogući su i kvalitativni poremećaji u prehrani, kada bolesnik odbija samo određenu vrstu hrane (zbog različitih razloga: boje, okusa, mirisa ili „hrane koja deblja“ i sl.). Bolesnik može biti paranoidan na osobu koja dijeli hranu, na medicinsku sestru, te i to može biti razlog odbijanja hrane. Ako bolesnik odbija hranu, potrebno je uložiti mnogo truda u pokušaju da ipak nešto pojede, možda i uz pomoć sestre. U slučaju kada nije nikako moguće uvjeriti bolesnika u važnost uzimanja hrane, potrebno je uvesti nazogastričnu sondu ili prehranjivati bolesnika putem infuzije.

Nazogastrična sonda uvodi se za svaki obrok i to iz dva razloga:

1. kod sljedećeg obroka, bolesnik možda ipak pristane na hranjenje prirodnim putem,
2. postoji opasnost od izvlačenja sonde i aspiracije želučanog sadržaja (sondu može bolesnik izvaditi sam ili mu to može učiniti neki drugi bolesnik).

Ako hranimo bolesnika putem infuzije, potreban je stalni nadzor sestre za cijelo vrijeme primanja infuzije. Svaki tjedan, a po potrebi i češće vrši se kontrola tjelesne težine vaganjem bolesnika. Tjelesna težina upisuje se na temperaturnu listu. Kod bolesnika s poremećajima hranjenja, tjelesna težina mjeri se strogo precizno svaki dan, bez odjeće i obuće, prije obroka. Kod takvih bolesnika treba obratiti pažnju na eventualno pojačano uzimanje tekućine (pijenje vode) prije kontrole tjelesne težine.(19)

3.3.4. Podjela terapije

Medicinska sestra dijeli terapiju shizofrenim bolesnicima strogo kontrolirano. Neki bolesnici rado uzimaju lijekove u velikim količinama i vrlo često, drugi ih nerado uzimaju ili potpuno odbijaju terapiju. Bolesnici mogu skupljati lijekove i iskoristiti ih u svrhu pokušaja suicida. Nekoliko je osnovnih razloga zbog kojih bolesnik ne želi uzimati terapiju:

- a) bolesnik se subjektivno osjeća dobro, ne osjeća se bolesnim i misli da mu lijek nije potreban,
- b) poricanje bolesti - uzimanje lijeka za bolesnika znači da je bolestan (lud), što on ne može prihvatiti te želi dokazati kako je zdrav i može bez lijekova,
- c) neugodne nuspojave ili loša prethodna iskustva s liječenjem,
- d) strah od lijekova,
- e) bolesnik ne razumije razloge liječenja i način na koji lijek treba uzeti.

U podjelu terapije na psihijatrijskom odjelu u pravilu idu dvije sestre. Bolesnik lijek uzima pred sestrom. Ako je potrebno sestra treba prekontrolirati usnu šupljinu i otvoreno reći bolesniku da se želi uvjeriti da li je lijek stvarno progutao ili ga drži u ustima, ispod jezika. Bolesnik može lijek sakriti ili ga ispljunuti, baciti ili spremiti. Lijekovi i boce za infuziju ne smiju biti ostavljeni na noćnom ormariću. Sestra treba pratiti ponašanje bolesnika za vrijeme podjele terapije (izbivanje bolesnika s odjela, traženje dodatne terapije, opravdanje bolesnika da nemaju čašu ili sl.), i svoja zapažanja prenosi terapijskom timu. Također treba obratiti naročitu pažnju na kolica s terapijom, držati ih pod kontrolom oka (bolesnik može uzeti cijelu bočicu s lijekovima i odmah progutati njen sadržaj ili je pospremiti). Kod bolesnika koji ih bilo kojeg razloga odbijaju terapiju (nekritičnost prema svojoj bolesti, sumanute ideje i sl.), terapije se uvodi parenteralnim putem (i.m., i.v.). Mogu se uvesti depo preparati koji se daju u duljim vremenskim razmacima parenteralno. Liječenje shizofrenog bolesnika dugotrajno je ili trajno. No kada se osjećaju bolje i nemaju simptoma

bolesti, bolesnici često na svoju ruku prekidaju uzimanje terapije što može dovesti do recidiva bolesti. Sestra je dužna bolesnika na to upozoriti. To se odnosi na one koji su na kućnoj njezi. Većina psihofarmaka izaziva nuspojave koje mogu za bolesnika biti više ili manje neugodne. Medicinska sestra mora poznavati nuspojave koje izazivaju pojedini psihofarmaci. Nuspojave mogu biti: suhoća usta, pojačana salivacija, smetnje mokrenja, hipotenzija, umor, pospanost, nemir, tremor, zakočenost miškulature (ekstrapirimidni simptomi), mljackanje, nemogućnost stajanja na jednom mjestu i dr. (19).

3.4. Pohranjivanje i čuvanje lijekova na psihijatrijskom odjelu

Svi lijekovi pohranjuju se u za to predviđenom prostoru na odjelu koji nije dostupan bolesnicima. Prostorija i ormar s lijekovima zaključavaju se. Kolica s lijekovima ne ostavljaju se nikad bez nadzora medicinske sestre. Ovim mjerama sprječavaju se moguće neželjene posljedice nekontroliranog uzimanja lijekova od strane onih bolesnika koji su skloni trošenju većih količina pojedinih lijekova ili bolesnicima sa suicidalnim namjerama (19).

3.5. Kontrola fizioloških funkcija

Odnosi se na:

- kontrolu eliminacije (stolica i mokrenje). Posebno pažnju treba obratiti na bolesnike s psihoorganskim sindromom. Ako je potrebno, mogu se bolesniku dati dijetalna hrana, laksativi ili klizma. Mokrenje može biti poremećeno na način da bolesnik nekontrolirano mokri noću u krevet, može imati retenciju urina ili poteškoće s mokrenjem vezane uz uzimanje psihofarmakoterapije ili može biti inkontinentan.
- san i spavanje - često je poremećeno kod shizofrenih bolesnika. Bolesnici mogu patiti od nesanice, buditi se češće noću ili se buditi vrlo rano ujutro i ne mogu više zaspati (depresija).

Prema tipu, nesanicu dijelimo na:

a) teškoća usnivanja

b) teškoća prosnivanja

c) prerano buđenje

O tipu nesanice ovisi i eventualna terapija hipnoticima, kao i vrijeme u koje je potrebno dati terapiju kako bismo postigli optimalni učinak.. Manični bolesnici obično spavaju vrlo malo (mogu spavati i samo 2-3 sata noću). Neki bolesnici mogu imati vrlo neugodne noćne more, te se boje zaspati. Sestra treba pratiti spavanje bolesnika i o tome obavijestiti terapijski tim.(19)

3.6. Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja shizofrenog bolesnika

- vanjski izgled, držanje, ponašanje
- analiza verbalne i neverbalne komunikacije (brzina govora, fluentnost/tečnost, prisutnost bizarnih sadržaja, intonacija, ritam, pogled, mimika, gestikulacije, stereotipije).
- promatranje bolesnika s obzirom na njegove kognitivne funkcije (stanje svijesti). Razlikujemo kvalitativni poremećaj svijesti (delirij, sumračna stanja, fuge, somnambulizam) i kvantitativni poremećaj svijesti (somnialencija, sopor, koma).
- praćenje i uočavanje prominentnih psihijatrijskih simptoma: poremećaj mišljenja - formalni poremećaj mišljenja (oduzimanje misli, disocirano mišljenje, raspad jasnoće pojmova) i sadržajni poremećaj mišljenja (sumanute misli, nerealne misli); obmane osjetila - uočavanje halucinacija kod bolesnika (vidne, slušne, tjelesne, njušne)
- procjene raspoloženja i afektivno-voljnih funkcija (hipobulija, abulija, ambivalencija, afektivna krutost, mržnja, bijes, strah, anksioznost, paratimija i paramimija)
- promatranje bolesnika s obzirom na psihomotoriku (hipokinezija, akinezija, hiperkinezija, katatoni nemir, stereotipije, manirizmi)
- uočavanje simulacije, agravacije, disimulacije. Simulacija je prikazivanje simptoma bolesti koji stvarno ne postoje (npr. bolesnik tvrdi da ima povišenu temperaturu). Simulacijom bolesnik obično nastoji postići neki cilj, npr. izbjeći otpust iz bolnice. Važno je razlikovati simulaciju od hipohondrijskih ideja - zbog kojih bolesnik doista vjeruje da je teško bolestan. Agravacija je prikazivanje simptoma težim nego što stvarno

jesu. Disimulacija je prikazivanje svog stanja znatno blažim ili boljim nego što ono stvarno jest. Karakteristično je za suicidalne bolesnike da disimuliraju kako bi bili otpušteni iz bolnice i učinili suicid, ovisnici također. Paranoidni bolesnici imaju osjećaj da ih netko progoni (to može biti i medicinska sestra ili liječnik), disimuliraju kako bi „pobjegli od nekoga“, bili otpušteni iz bolnice.

- uočavanje nuspojava psihofarmakoterapije,
- praćenje bolesnikova uključivanja u oblike socioterapije,
- promatranje bolesnika s obzirom na njegove vitalne funkcije i eventualne somatske bolesti.

Praćenje stanja bolesnika i njegova ponašanja korisno je i za planiranje zdravstvene njege i sestrinske intervencija. Sestra treba pratiti sve što se događa na odjelu ali posebnu pozornost treba obratiti praćenju fizičkog i psihičkog stanja bolesnika, njegova ponašanja i specifičnih reakcija, interakcija s drugim bolesnicima i posjetima, aktivnosti, odnosa prema liječenju i kućnom redu:

- pri prijemu treba uočiti reakciju bolesnika na hospitalizaciju, stupanj anksioznosti, otpora, ravnodušnosti, suradljivosti,
- dok pacijent spava, uočiti kakvo je disanje, je li nemiran u snu, budi li se i kada tijekom noći (neposredno nakon uspavljivanja ili u ranim jutarnjim satima), kakav je učinak noćne medikacije,
- pri ustajanju: je li bolesnik naspavan, budi li se s lakoćom i započinje novi dan osvježen ili se teško razbuđuje, somnolentan je, te kakva je jutarnja osobna higijena bolesnika,
- u vrijeme podjele terapije: kakav je odnos bolesnika prema uzimanju lijekova, uzima li redovito lijekove, tražiti znakove mogućih nuspojava lijekova,
- u vrijeme obroka: kakav je apetit bolesnika, koliko pojede, odbija li neku vrstu hrane ili hranu uopće, koju hranu odbija, kakvo je ponašanje za vrijeme jela (mirno sjedi i pojede obrok ili šeće odjelom i jede, maniri tijekom uzimanja hrane i sl.),
- u vrijeme posjeta: obratiti pažnju na reakciju bolesnika na posjete, kakvo je njegovo ponašanje bilo prije, za vrijeme i nakon posjete. Tko posjećuje bolesnika?
- aktivnosti: koliko vremena bolesnik provodi u aktivnostima na odjelu, na radnoj i okupacijskoj terapiji na sastancima terapijske zajednice. Potrebno je obratiti pažnju na njegove interese, napredak, interakcije, točnost,

- praćenje suradljivosti bolesnika u procesu liječenja: je li se bolesnik drži terapijskih uputa, pridržava li se propisanog režim liječenja i kućnog reda.

Izvještaj o praćenju ponašanja i stanja bolesnika tijekom 24 sata sestra prenosi ostalim članovima terapijskog tima usmeno a pismeno sve unosi u dnevnik praćenja bolesnika.

Kako bismo bolje razumjeli što podrazumijevamo pod pojmom ponašanje, potrebno je istaknuti :“Ponašanje je način kojim se uspostavlja međusobni odnos pojedinca i okoline i na koji pojedinac reagira na različite uvjetne strukture društva i prirode. Razlikujemo 4 osnovne komponente od kojih se sastoji ljudsko ponašanje (15):

a) djelovanje (ili aktivno ponašanje) je voljno pokretanje svih ili nekih dijelova tijela u nekom smjeru u kojem ga želimo pokretati

b) mišljenje - voljno izazivanje ili nevoljno izazivanje misli,

c) osjećanje - izazivanje raznolikih osjećaja ugone i neugode dok mislimo ili radimo,

d) fiziološke pojave - složena fiziologija pruža tijelu ono što mu je potrebno za djelatnost, mišljenje ili osjećanje. Na primjer, dok gledamo uzbudljiv film strave naše srce kuca brže nego obično u mirovanju. Praćenje ponašanja shizofrenog bolesnika vrlo je složena i odgovorna dužnost medicinske sestre, jer aktivnosti organizma koje podrazumijevaju ponašanje uključuju sve ove četiri komponente. U „normalnim“ situacijama djelovanje je najpodložnije volji. To je onaj dio ponašanja koji možemo kontrolirati. Nekomolirano djelovanje odnosno ponašanje duševnih bolesnika zbog svoje psihopatologije također uključuje ostale tri komponente ponašanja. Primjerice, agresivno ponašanje koje bolesnik nije u stanju kontrolirati također uključuje mišljenje (zbog čega to radi), osjećanje (najčešće srdžbe, ljutnje ili straha), te fiziološke pojave koje prate agresivno djelovanje (ubrzani puls, ubrzano disanje, proširene zjenice, smanjena osjetljivost na bol i sl.).(19)

3.7.Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage

Za vrijeme boravka na psihijatrijskom odjelu, bolesniku se obavlja niz pretraga. Dužnost je medicinske sestre:

- a)bolesnika obavijestiti o potrebi pretrage
- b)upoznati bolesnika s vrstom pretrage i načinom na koji se obavlja
- c)tijekom pretrage biti uz bolesnika, pomoći mu i ohrabrivati ga ako je potrebno

Bolesnici se često boje dijagnostičkih pretraga iz različitih razloga (npr. zbog sumanutih ideja da će mu liječnik „nešto ugraditi“ u dio tijela), tako da je potrebno prije pretrage pojačati terapiju. Ako pretraga nije neophodno potrebna a bolesnik je izrazito uplašen ili napet, ako je ikako moguće pretragu treba odgoditi. Prije svakog medicinsko-tehničkog zahvata kojeg izvodi sestra (mjerjenje vitalnih funkcije, parenteralna primjena terapije, vađenje krvi, kateterizacija mokraćnog mjehura, davanje klizme, uvođenje nazogastrične sonde i drugo), potrebno je bolesnika psihički pripremiti. Treba imati na umu da je svaki bolesnik (tjelesni ili duševni) manje ili više uplašen zbog zahvata koji slijedi. U slučaju shizofrenog bolesnika moramo imati na umu njegovo psihičko stanje i razlog njegove hospitalizacije, te vrstu pretrage ili zahvata. Svakom bolesniku treba pristupati individualno i posvetiti mu onoliko vremena koliko je dotičnom bolesniku potrebno. Sestra mu treba ukratko objasniti postupak i razlog zbog kojeg se zahvat obavlja, ohrabriti ga i umiriti te pokazati razumijevanje za njegov strah ,a ne omalovažavati njegove emocije. Npr. bolesnik pokazuje strah od zahvata, a sestra ne bi smjela reći: „Čega se bojite, pa nije to ništa...“ a da pritom drži u rukama instrumente koje bolesnik nikada nije vidio. A možemo reći primjerice ovako: „Znam da se bojite, ali ja ću učiniti sve da Vam zahvat bude što manje neugodan, osjetit ćete samo mali ubod igle.“(19)

4. ZAKLJUČAK

Shizofrenija je teška duševna bolest zbog koje pati bolesnik, obitelj i okolina oboljelog. Na žalost, bolest je još i danas praćena brojnim predrasudama i stigmatizacijom bolesnika. Bolesniku oboljelom od shizofrenije potrebna je trajna i intenzivna potpora obitelji i društva.

Medicinska sestra je osoba koja provodi najviše vremena sa oboljelim te je jako važan njen stručan i profesionalan pristup u okvirima njenih kompetencija, potrebnog općeg znanja i znanja iz zdravstvene njege duševnih bolesnika. Ona pristupa bolesniku prema procesu zdravstvene njege, imajući na umu osnovne ljudske potrebe i specifičnost duševnog stanja u kojem se bolesnik nalazi

5.LITERATURA

1. Thaller V. Psihijatrija . Suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo; 1999.
2. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb : Zdravstveno veleučilište; 2007.
3. Hotujac LJ. Pliva zdravlje: Živjeti sa shizofrenijom: Simptomi shizofrenije [internet].Zagreb:KBC Rebro ;2009 veljača [pristup 10.04.2017.]. Dostupno na:<http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16144/simptomi-shizofrenije.html>
4. Campbell JR. Američka psihijatrijska udruga : Dijagnostički kriteriji iz DSM-IV. 2. izdanje. Zagreb: Naklada slap; 2002.
5. Hotujac LJ. Pliva zdravlje: Shizofrenija: Duševne bolesti i stanja, bolesti ovisnosti [internet]. Zagreb:KBC Rebro; 2010 siječanj 2[pristup 10.04.2017.] Dostupno na: [\http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/402/Shizofrenija.html
6. Letica T. Edukacijski centar: Razumjeti shizofreniju [internet]. Zagreb: KBC Rebro: Klinika za psihijatriju;2011 siječanj[pristup 10.04.2017.] Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/edu/sch.php>
7. Jakovljević M. Shizofrenija u teoriji i praksi: Etiopatogeneza i klinička slika,. Zagreb: Pro Mente; 2011.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
9. Herceg M. Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije [Internet]. Zagreb: PhD thesis, Sveučilište u Zagrebu [ažurirano 03.12.2012.; pristup 10.04.2017.]. Dostupno na: <http://medlib.mef.hr/825/>
10. Jakovljević M. Suvremena farmakoterapija shizofrenije: Od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb: Medicinska naklada, Pro mente; 2001.

11. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrišku edukaciju: Hrvatsko udruženje medicinskih sestara; 1994.
12. Fučkar G. Uvod u sestriške dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrišku edukaciju: Hrvatsko udruženje medicinskih sestara; 1996.
13. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Školska knjiga; 1994.
14. Sedić B, Fučkar G, Jakovljević M. Sestriška skrb za psihijatrijske bolesnike. Stubičke Toplice: Naklada slap; 1996.
15. Glasser W., Glasow A.H. DeBasio N.: Mental Health Nursing .USA: Mosby CO; 1989.

6.SAŽETAK

Shizofrenija je jedna od najtežih duševnih bolesti današnjice, bolest koja zahvaća cijelu ličnost i dovodi do gubitka dodira sa stvarnošću . Bolest se javlja kao posljedica biokemijskih promjena u mozgu i te promjene dovode do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja. Shizofrenija je kronična bolest, te do sada još nema izlječenja od bolesti, ali uz odgovarajuću terapiju moguća je kontrola bolesti. Medicinska sestra je osoba koja provodi najviše vremena sa bolesnikom te je neizmjereno važna njena uloga u cijelom procesu liječenja bolesnika i profesionalan pristup bolesniku.. Najvažnije je da se liječenje shizofrenije započne što ranije i to primjenom antipsihotika. Osim primjene antipsihotika u liječenju shizofrenije veliku ulogu imaju psihoterapijske i socioterapijske tehnike te edukacija bolesnika i njegove obitelji. Pristup u zdravstvenoj njezi shizofrenog bolesnika mora biti stručan i profesionalan. Medicinska sestra pristupa bolesniku prema procesu zdravstvene njege, imajući na umu osnovne ljudske potrebe i specifičnost duševnog stanja u kojem se bolesnik nalazi.

7.SUMMARY

Schizophrenia is one of the most difficult mental diseases nowadays, disease which affects the whole personality and leads to the loss of contact with reality. The disease appears as a consequence of biochemical changes in the brain and these changes cause disorder of important psychological functions and behaviour. Schizophrenia is a chronic disease, and so far there is no cure for the disease, but with the appropriate therapy the control of the disease is possible. Nurse is a person who spends most of the time with a patient and her role in the entire process of patient's treatment is immensely important. Medical approach in patients suffering from schizophrenia has to be handled technically and professionally. Nurse approaches the patient in accordance to health care process, keeping in mind basic human needs and specific mental state of patient.

8.ŽIVOTOPIS

Osobni podaci :

Ime i prezime : Antun Olujić

Datum i mjesto rođenja : 13.lipnja 1993., Split

Adresa: Šibenska 17, 21000 Split

E-mail: olujic.antun@gmail.com

Mobitel: 0958478334

Obrazovanje:

2000.-2008. Osnovna škola Kman -Kocunar

2008.-2012. Zdravstvena škola, Split

2013. - Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sestrinstvo, Split

Strani jezici:

Engleski jezik- aktivno znanje