

Uloga medicinske sestre u radu terapijske zajednice kod bolesnika oboljelih od shizofrenije

Milas, Ružica

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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:176:932362>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ružica Milas

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U RADU
TERAPIJSKE ZAJEDNICE KOD BOLESNIKA
OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE**

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Ružica Milas

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U RADU
TERAPIJSKE ZAJEDNICE KOD BOLESNIKA
OBOLJELIH OD SHIZOFRENJE**

**THE ROLE OF THE NURSE IN THE WORK OF
THERAPEUTIC COMMUNITY WITH PATIENTS
SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor :

doc.dr.sc. Boran Uglešić

Split, 2016.

ZAHVALA :

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

Posebnu zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji, posebno svojim roditeljima koji su me pratili tijekom cijelog školovanja u sretnim i tužnim trenucima i upućivali na pravi put.

Sadržaj :

1. UVOD	1
1.1. Povijest shizofrenije.....	2
1.2. Etiologija.....	3
1.2.1. Biološke teorije	3
1.2.1.1. Genetska teorija.....	3
1.2.1.2. Neurotransmitterska teorija	4
1.2.1.3. Virusna teorija	4
1.2.1.4. Neurorazvojna teorija	5
1.2.1.5. Neurodegenerativna teorija	5
1.2.2. Psihološke teorije	5
1.2.3. Socijalne teorije.....	5
1.2.4. Precipitirajući čimbenici	6
1.2.4.1. Zloupotreba droga	6
1.2.4.2. Obiteljska komunikacija.....	6
1.2.4.3. Stres i psihotrauma	6
1.3. Klinička slika	7
1.3.1. Sindrom 4A.....	7
1.3.2. Pozitivni simptomi.....	8
1.3.3. Negativni simptomi.....	9
1.3.3. Afektivni simptomi shizofrenije	9
1.3.4. Kognitivni simptomi shizofrenije	10
1.4. Klinički oblici shizofrenije.....	10
1.4.1. Paranoidno-halucinatorna forma	10
1.4.2. Hebefrena forma	11

1.4.3. Katatona forma.....	11
1.4.3. Shizoafektivna forma.....	11
1.4.4. Simplex forma	12
1.5. Dijagnoza	12
1.5.1. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji DSM-IV	13
1.5.2. MKB-10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju F-20	14
1.5.3. Dijagnostičke i laboratorijske pretrage.....	15
1.6. Liječenje shizofrenije	16
1.6.1. Antipsihotici.....	16
1.6.1.1. Antipsihotici I. generacije (klasični)	17
1.6.1.2. Antipsihotici II. i III. Generacije (novi , atipični)	18
1.6.1.3. Dugodjelujući antipsihotici	20
2. CILJ RADA	21
3. RASPRAVA	22
3.1. Uloga medicinske sestre u psihijatrijskim ustanovama	23
3.2. Uloga medicinske sestre na odjelu za psihijatriju.....	24
3.2.1. Sestrinske dijagnoze kod osoba oboljelih od shizofrenije.....	25
3.2.1.1. Promijenjeni procesi mišljenja, razumijevanja i shvaćanja	25
3.2.1.2. Promjena senzoričko – perceptualnog funkcioniranja	25
3.2.1.3. Narušena verbalna komunikacija	26
3.2.1.4. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja	26
3.2.1.5. Smanjen stupanj samopoštovanja.....	26
3.2.1.7. Visoki rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugima	27
3.2.1.8. Smanjena mogućnost brige za sebe.....	28
3.3. Uloga medicinske sestre u primjeni farmakoterapije.....	28

4.	ZAKLJUČAK	30
5.	LITERATURA	31
6.	SAŽETAK	32
7.	SUMMARY	33
8.	ŽIVOTOPIS	34

1. UVOD

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. Poremećaji se najčešće javljaju u akutnoj fazi ove bolesti i dovode do izrazitog oštećenja radnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja. Od samih početaka bolest je smatrana najozbiljnijom, najtežom 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 bolesti kod bolesnika trebaju se prepoznati minimalno dva od sljedećih simptoma: sumanutosti, halucinacije, negativni simptomi, smeteno ili katatono ponašanje, smeteni govor i halucinacije (5). Shizofrenija se najčešće javlja krajem adolescencije, podjednako često u muškaraca i u žena. Bolest se javlja kod žena najčešće u dobi od 25 do 34, a kod muškaraca nešto ranije, od 15 do 24 godine. Zbog kasnijeg javljanja 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

Shizofrenija kao bolest ima dugu povijest zbog svoje kompleksnosti i specifičnosti. Emil Kraepelin definirao je 1884. godine simptome koji se najčešće javljaju u adolescenciji, a obilježava ih kroničan tijek i progresivno propadanje psihičkih i intelektualnih funkcija po tipu demencije. Zbog toga razloga te simptome i imenuje „dementia praecox“. Ta skupina simptoma danas je objedinjena pod pojmom shizofrenija. Eugen Bleuler kasnije predlaže promjenu dotadašnjeg naziva u termin „skupina shizofrenija“, pokušavajući objediniti pod tim nazivom više poremećaja koje uzrokuju različiti čimbenici. Riječ schizophrenia dolazi od grčkih riječi schizo- cijepati i fren-duša. Bleuler ističe da se bolest nužno ne mora javljati u adolescenciji, da nije uvijek kronična, niti prognoza nepovoljna. E. Hecker 1871. godine opisuje sindrom intelektualnog propadanja kod mladih pod nazivom „hebephrenia“, a 1874. godine Kahlbaum opisuje katatoniju. Prema suvremenom shvaćanju shizofrenije nemoguće je izdvojiti pojedini simptom ili skupinu simptoma koji se mogu identificirati kao specifični za shizofreniju. Kod bolesnika mogu biti prisutni svi simptomi, ali nijedan simptom nije prisutan u svih bolesnika (4).

1.2. Etiologija

Uzroci nastanka shizofrenije nisu još u potpunosti jasni bez obzira na brojna istraživanja. Prema današnjem shvaćanju većina istraživača smatra shizofreniju neurorazvojnim poremećajem, a patološki proces ili primarna trauma dogodila se mnogo prije početka simptoma bolesti. Na temelju provedenih istraživanja postoji veliki broj hipoteza, a sve se svode na tri skupine. Sve više pozornosti se daje biološkim čimbenicima iako je neminovno da socijalni i psihološki čimbenici igraju veliku ulogu u nastanku bolesti (2).

1.2.1. Biološke teorije

1.2.1.1. Genetska teorija

Dosadašnjim istraživanjima nedvojbeno je dokazana uloga genetskih čimbenika u nastanku shizofrenije. Bolest se češće javlja među srodnim osobama, a životni rizik za shizofreniju raste s bližom rodbinskom blizinom.

Tako, na primjer, ako je bolestan jedan roditelj vjerojatnost za pojavu bolesti je 14 %, a ako su bolesna oba roditelja vjerojatnost raste do 46 %. Jedno od najinteresantnijih istraživanja za genetsku teoriju je istraživanje na jednojajčanim blizancima. Prema otkrićima tih istraživanja jednojajčani blizanci koji su odvojeni nakon rođenja od bolesnih roditelja ili su odgajani odvojeni jedno od drugoga imaju samo za nijansu manju sklonost pojavnosti shizofrenije, a to je vrlo jak dokaz o utjecaju genetskih čimbenika na pojavnost bolesti (1).

Istraživanja na blizancima dokazala su da je oboljenje učestalije kod jednojajčanih blizanaca, gdje je pojavnost bolesti veća 4-5 puta nego kod dvojajčanih blizanaca ili srodnika u prvom koljenu. Činjenica da pojavnost bolesti kod jednojajčanih blizanaca nije stopostotna isključuje se mogućnost da je shizofrenija genetski predodređena. Iskustvo u radu sa shizofrenim bolesnicima pokazuje da je tijekom bolesti kompliciraniji kod bolesnika s pozitivnim hereditetom i da počinje ranije nego kod bolesnika s negativnim hereditetom. Neminovno je da na razvoj shizofrenije ima utjecaj genetika,

no još uvijek nam ostaje zagonetka je li za razvoj shizofrenije potreban čisti, genetski oblik bolesti ili je genetska dijateza potrebna samo za razvoj bolesti (8).

Tablica 1. Životni rizik za shizofreniju u rođaka shizofrenih bolesnika (4)

Srodstvo	% shizofrenije
Roditelji	5,6
Brat ili sestra	10.1
Brat/sestra i jedan oboljeli roditelj	16.7
Djeca jednog oboljelog roditelja	12.8
Djeca dvaju oboljelih roditelja	46.3
Rođaci drugog stupnja	2.8
Unuci	3.7

1.2.1.2. Neurotransmitterska teorija

„Dopaminska teza“ je najprihvaćenija biokemijska teorija. Shizofreniju izaziva povišena aktivnost dopamina što može biti posljedica povišene aktivnosti dopamina ili smanjena aktivnost njihovih antagonista. Najvažniji antagonisti su gamaaminomaslačna kiselina i acetilholin. U prilog toj teoriji ide činjenica da mnogi antipsihotični lijekovi djeluju kao blokatori dopaminergičnih receptora. Osim toga simptomi shizofrenije mogu biti povećani uzimanjem lijekova poput amfetamina koji stimuliraju dopaminergičnu aktivnost. Također postmortalna istraživanja osoba koje su bolovale od shizofrenije pokazuju povišenu koncentraciju dopamina u limbičkom sustavu (1).

1.2.1.3. Virusna teorija

Po ovoj teoriji shizofrenija nastaje aktivacijom virusa, tzv. sporim virusima kojima se bolesnici zaraze intrauterino ili u ranoj dobi. Virus se aktivira u mozgu kada dođe do pada imuniteta ili u stanju stresa i uzrokuje bolest (8).

1.2.1.4. Neurorazvojna teorija

Vjeruje se da shizofrenija ima svoj početak u fetalnom ili ranom djetinjstvu, oblikuje se u adolescenciji, a pojavljuje u mlađoj životnoj dobi. Ranim oštećenjem mozga i propadanjem neurona dolazi do pogrešnih veza između neurona, a i samim time do pogrešnog prenošenja informacija što je upravo i razlog pojave halucinacija i sumanutih ideja (8).

1.2.1.5. Neurodegenerativna teorija

Istraživanjem je uočena veća učestalost neurodegenerativnih procesa kod osoba oboljelih od shizofrenije. Degenerativne promjene koje se dogode u određenim životnim razdobljima se kasnije manifestiraju se kao simptomi shizofrenije. Pretpostavlja se da promjene na sustavu nagrade dovode kasnije pojave anhedonije i gubitka interesa kod oboljele osobe (8).

1.2.2. Psihološke teorije

Shizofrenija se smatra posljedicom poremećenih interpersonalnih odnosa te se očituje pojavom agresije i hostilnošću. Sigmund Freud shizofreniju objašnjava kao regresiju na najraniju fazu psihoseksualnog razvoja, fazu primarnog narcizma. Njegovoj teoriji se suprotstavljaju Sullivan i Fromm-Reichman koji smatraju da je temeljni defekt u shizofreniji poremećaj organizacije ega te se velika pozornost pridaje formiranju ega kroz odnos majke i djeteta (2).

1.2.3. Socijalne teorije

Predisponirajućim čimbenicima u nastanku shizofrenije smatra se socijalna izolacija, fizičko i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu. Socijalne teorije također uzroke bolesti vide i u raznim nepovoljnim socijalnim prilikama i društvenim

faktorima kao što su financijska moć, dostupnost zdravstvenih usluga i u socijalnoj agregaciji (2).

1.2.4. Precipitirajući čimbenici

Različiti kulturološki, interpersonalni i psihološki čimbenici imaju veliki značaj u nastanku i razvoju shizofrenije. Ti čimbenici provociraju nastanak poremećaja, odnosno prethode kliničkim znacima bolesti.

1.2.4.1. Zloupotreba droga

Osobe sa shizofrenom predispozicijom upotrebom droga mogu izazvati pojavu simptoma bolesti. Najčešće droge koje su povezuju sa razvojem shizofrenije su kanabis, kokain, amfetamin, fenciklidin, itd.

1.2.4.2. Obiteljska komunikacija

Provedena su mnoga istraživanja utjecaja loše komunikacije u obitelji na pojavu shizofrenije. Veliku pažnju je privukla tzv. kontradiktorna komunikacija kada se verbalna poruka razlikuje od neverbalne, takav način komunikacije je izrazito čest u obiteljima sa osobom oboljelom od shizofrenije.(2)

Istraživanja također pokazuju da osobe koje su u kontaktu s članovima obitelji koji imaju visok skor na ljestvici iskazivanja emocija više od 35 sati tjedno, znatno češće padaju u relaps i ponovno se hospitaliziraju (9).

1.2.4.3. Stres i psihotrauma

Pretpostavlja se da osobe oboljele od shizofrenije u odnosu na opću populaciju imaju nižu toleranciju na stres i psihotraumu koji dovode do aktiviranja bolesti. Nasuprot tome, vjeruje se kako upravo sklonost shizofreniji potječe od psihotrauma i stresora iz ranog djetinjstva. Uspoređujući bolesnika oboljelog od shizofrenije sa

općom populacijom ili drugim psihijatrijskim bolesnicima utvrđena je veća prisutnost izrazito stresnih situacija ili psihotrauma unutar tri tjedna prije prve hospitalizacije bolesnika ili relapsa bolesti.

1.3. Klinička slika

Kliničku sliku shizofrenije karakterizira mnoštvo različitih znakova i simptoma koji su prisutni tijekom jednomjesečnog razdoblja s nekim znakovima koji traju barem šest mjeseci (5). Za dijagnozu shizofrenije ne postoji samo jedan glavni, odnosno karakteristični simptom, već se bolest dijagnosticira na osnovu prepoznavanja skupa znakova i simptoma uz oštećenje socijalnog i radnog djelovanja.

Početak shizofrenije može biti nagao ili šaljajući, a podložnost bolesti može se vidjeti u prethodnom ponašanju bolesnika: povlačenju, ekscentričnom ili izolaciji. Jedan od prvih znakova bolesti je zanemarivanje vlastitih obaveza, odnosno bolesnik se povlači u svoj vlastiti svijet i postupno gubi dodir sa stvarnošću (5).

Prema Hughlingsu Jacksonu koji nam donosi današnju, modernu koncepciju shizofrenije, simptome dijelimo na dvije velike skupine: pozitivne i negativne simptome. Pozitivni simptomi predstavljaju suvišak ili iskrivljenost normalnih funkcija dok negativni predstavljaju sniženje ili gubitak normalnih funkcija (5).

1.3.1. Sindrom 4A

Bleuler uvodi koncept primarnih i sekundarnih simptoma. Primarni simptomi su izraz same bolesti. On razlikuje četiri primarna simptoma (simptomi 4A): poremećene asocijacije (formalni poremećaj mišljenja), autistično ponašanje, abnormalni afektivitet i ambivalencija. Osim navedena četiri simptoma on uvodi još dva: anhorniju i oštećenje pozornosti (eng.attention).

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, ali ipak slušne halucinacije su najčešće i karakteristične za shizofreniju. Postoje različiti oblici slušnih halucinacija, ali najčešće se zapažaju dva ili više glasova zapovjednog tona koje osobu grde, prijete joj i naređivaju. Za dijagnozu bolesti halucinacije se moraju javljati u trenucima čistog senzorijskog iskustva, a ne tijekom uspavlivanja ili buđenja jer se to smatra dijelom normalnog iskustva (5).

Sumanutosti se odnose na pogrešna uvjerenja, odnosno zablude koje obično uključuju pogrešna tumačenja opažanja 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

U negativne simptome shizofrenije ubrajaju se osjećajna zaravnjenost, apatija i oskudan govor. Osjećajna zaravnjenost je osobito česta te je obilježena bezizražajnim licem oboljele osobe sa slabim kontaktom očima i smanjenim govorom tijela. Bolesnik se može ponekad oduševiti ili pokazati emociju, no ipak većinu vremena ima smanjenu osjećajnu izražajnost. Osim toga bolesnik pokazuje gubitak zanimanja za svakodnevne aktivnosti i uz gubitak životne radosti i zadovoljstva (10).

1.3.3. 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).

1.3.4. Kognitivni simptomi shizofrenije

Razvojem bolesti može doći do pojave kognitivnih simptoma, gubitka logičkog i apstraktivnog 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 paranoidni, hebefrenu, katatonu, shizoafektivnu i simpleks formu shizofrenije (2).

1.4.1. Paranoidno-halucinatorna forma

Paranoidna shizofrenija razvija se kasnije od ostalih tipova shizofrenije i češće se pojavljuje kod žena nego kod muškaraca. Vodeći simptom u ovom obliku su sumanute paranoidne ideje i halucinacije koje ih podupiru. Sumanute ideje su najčešće ideje proganjanja, ideje veličine ili čak oboje, ali također se javljaju i ideje druge tematike. Uz sumanute ideje i halucinacije oboljeli često imaju i popratna obilježja anksioznosti, srdžbe, suzdržanosti i svadljivosti. Ideja proganjanja može učiniti osobu sklону samoubilačkom ponašanju, a ideja proganjanja i veličine zajedno mogu osobu učiniti nasilnom.

Osobe oboljele od ovog tipa shizofrenije obično pokazuju malo ili uopće nemaju oštećenja na neuropsihološkim i spoznajnim ispitivanjima. Simptomi najčešće dobro reagiraju na terapiju te je tijekom bolesti dosta često s pozitivnim ishodom (2).

1.4.2. Hebefrena forma

Glavna karakteristika hebefrene forme je formalno oštećenje mišljenja. Obično nastupa u pubertetu ili ranoj adolescenciji, a naziv dolazi od grčkih riječi hebeos-dječak, fhrenos-duša. Bolest nastupa naglo, a karakteriziraju je burni simptomi. Kod bolesnika primjećujemo afektivne promjene koje karakterizira djetinjasto ponašanje, sumanute ideje, neodgovorno i neadekvatno ponašanje. Raspoloženje kod bolesnika je neprimjereno i površno, mišljenje dezorganizirano, a govor nekoherentan. Mogu se primijetiti razdoblja burnog raspoloženja koja se izmjenjuju sa razdobljima depresije i plašljivosti. Razvijenu sliku bolesti obilježava gubitak interesa za događanje u vanjskom svijetu te povlačenje u izolirani svijet sa psihičkom i fizičkom imobilnošću.

Prognoza je obično loša zbog brzog razvoja negativnih simptoma, ranog propadanja ličnosti, gubitka volje i naročito zaravnjenog afekta (2).

1.4.3. Katatona forma

U ovom obliku shizofrenije dominantni su simptomi poremećaja psihomotorike. Dolazi do potpunog gubitka ili smanjenog kontakta s okolinom. Simptomi variraju od katatone uzbuđenosti pa do katatonog stupora ili rigidnosti. Češće se javlja kao ukočenost, od blagog stupnja do negativizma pa i mutizma. Bolest obično započinje između 20. i 30. godine života, većinom ima dobar tijek sa dobrim remisijama i recidivima. Smrtna ili maligna katatonija nije toliko česta i najčešće se ne može spriječiti antipsihoticima. Tijekom bolesti dolazi do oštećenja termoregulacijskih centara u mozgu pa bolesnici često imaju hipotermiju, koja može dovesti do smrti (2).

1.4.3. Shizoafektivna forma

Shizoafektivna forma predstavlja shizofreniju u kojoj postoje simptomi shizofrenije i afektivne psihoze. Poremećaj nije lako definirati zato što predstavlja kombinaciju više skupina simptoma čiji se tijek razlikuje od osobe do osobe. Razlikuju

se manični i depresivni tip ove forme. Te dvije skupine simptoma mogu se pojaviti istovremeno ili naizmjenično. Bolesnici s maničnim tipom imaju neke od shizofrenih simptoma i simptome koji su karakteristični za maniju. Poremećaj depresivnog tipa sadrži kliničku sliku depresije uz barem jedan osnovni shizofreni simptom (2).

1.4.4. Simplex forma

Simplex forma shizofrenije obično se razvija postupno i uz postojanje negativnih simptoma lagano mijenja i dezorganizira svakodnevni život oboljele osobe. Bolesnik se povlači u sebe i u svoj vlastiti svijet, gubi nagonске poticaje i dolazi do potpune društvene izolacije i zapuštanja samoga sebe. Razvoj bolesti je obično pogoršavajući bez izmjene recidiva i remisija te bolest uglavnom prelazi u kronični oblik. Psihofarmakoterapija nije dovela do nekih velikih rezultata u liječenju (2).

1.5. Dijagnoza

Dijagnoza shizofrenije temelji se na strukturiranom i ciljanom razgovoru psihijatrija s bolesnikom i članovima obitelji. Psihijatar anamnezom, kliničkom slikom i dijagnostičkim kriterijima dolazi do dijagnoze. Zbog nepostojanja nikakvih specifičnih dijagnostičkih pretraga koje bi pomogle u dijagnosticiranju bolesti psihijatriji moraju biti izrazito sposobni za vođenje intervjua. Kroz intervju, psihijatar treba ne dobiti samo podatke nužne za dijagnozu, nego i uspostaviti kontakt s bolesnikom da bi se ostvarila međusobna interakcija i autonomija. Razgovor s bolesnicima nije jednostavan zbog kompleksnosti njihove dijagnoze, pa ih treba razumijeti i suosjećati se s njima jer su oni emocionalno zatvoreni, osjetljivi na stres, lako gube tok misli, a uz postojanje svega toga imaju halucinacije i sumanute ideje. Razuvjeravanjem bolesnika da njegove misli i razmišljanja nisu realna dolazi se do suprotnog učinka te se to ne bi smjelo nikada raditi. Intervju treba biti individualan uvijek, ali posebno s psihijatrijskim bolesnicima (11).

Danas postoje dva kriterija za dijagnosticiranje shizofrenije, a to su Međunarodne klasifikacije bolesti – 10. revizija (MKB-X) i Dijagnostički i statistički priručnik Američkog psihijatrijskog udruženja – 4. revizija (DSM-IV).

1.5.1. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji DSM-IV

Dijagnoza shizofrenije temelji se na kriterijima određenim priručnikom za za mentalne poremećaje Američke udruge psihijatara.

A) Karakteristični simptomi :

- Sumanutosti
- Halucinacije
- Katatono ponašanje
- Negativni simptomi, odnosno osjećajna zaravnjenost
- Smušeni govor

Za postavljanje dijagnoze potrebna su nam minimalno dva simptoma, odnosno postojanje samo jednog simptoma ako su oni bizarni i ako bolesnik ima glasove koji stalno daju primjedbe (4).

B) Socijalne radnje, smetnje :

Važna područja djelovanja kao što su rad, međuljudski odnosi ili briga za samoga sebe su ispod razine na kojoj su bili prije početka bolesti. S početkom bolesti u djetinjstvu ili adolescenciji bolesnik ne može postići očekivanu razinu međuljudskih odnosa, školskih, poslovnih ili nekih drugih postignuća (4).

C) Trajanje :

Za dijagnozu bolesti simptomi moraju postojati najmanje šest mjeseci, a tijekom tih šest mjeseci minimalno mjesec dana (ili kraće ako su uspješno liječeni) moraju postojati simptomi akutnog stanja . Također u tom razdoblju bolest može uključivati razdoblja prodromalnih ili rezidualnih simptoma (4).

D) Isključivanje poremećaja ponašanja i shizoafektivnog ponašanja :

Shizoafektivni poremećaj i poremećaj raspoloženja isključuju se jer depresivna, manična ili miješana epizoda se ne pojavljuju zajedno sa simptomima aktivnog stadija (4) .

E) Isključivanje psihoaktivnih tvari općeg zdravstvenog stanja :

Treba se potvrditi da poremećaj nije uzrokovan, učinkom neke druge psihoaktivne tvari ili općeg stanja bolesnika (4).

F) Veza s pervazivnim razvojnim poremećajem :

Ako je bolesnik prije bolovao od autizma ili je imao neki drugi pervazivni poremećaj shizofrenija se dijagnosticira jedino ako su prisutne halucinacije ili sumanutosti barem mjesec dana (4).

1.5.2. MKB-10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju F-20

Dijagnoza bolesti donosi se na temelju kriterija koji jasno definiraju simptome koje bolesnik mora imati, ali također simptome i znakove koje bolesnik ne smije imati da bi se dijagnosticirala shizofrenija.

A) „Minimalno jedan simptom (1.) – (4.) ili najmanje dva od simptoma (5.)- (9.) moraju biti prisutni kod bolesnika najmanje jedan mjesec ili više,, (4)

- 1) Nametanje ili oduzimanje misli, jeka ili emitiranje misli
- 2) Sumanuta opažanja ili misli koje se direktno odnose na tijelo, misli ili ponašanje
- 3) Postojanje jednog ili više glasova, odnosno slušnih halucinacija koji raspravljaju o bolesniku u trećem licu jednine te mu naređuju
- 4) Trajne sumanutosti koje su kontradiktorne prijašnjem ponašanju bolesnika, njegovu razmišljanju i kulturi

- 5) Halucinacije različite vrste koje su praćene raznim sumanutim uvjerenjima bez emocionalnog sadržaja ili precijenjene ideje koje se pojavljuju svaki dan tijekom nekoliko tjedana, najmanje jedan mjesec
- 6) Dezorganizirani govor, nelogizmi i disocirano mišljenje
- 7) Katatono ponašanje - neprirodna ukočenost tijela, izražena katatona uzbuđenost, negativizam
- 8) Postojanje negativnih simptoma, kao što su osjećajna zaravnjenost, apatija, siromaštvo govora koji dovode do socijalnog povlačenja i lošeg funkcioniranja
- 9) Značajna promjena u ponašanju koja se očituje gubljenjem zanimanja za aktivnosti koje je osoba prije učestalo radila te gubljenje motivacije (4).

B) „Shizofrenija ne nastaje zbog bolesti mozga ili za vrijeme korištenja nekih drugih psihoaktivnih tvari. Osim toga ako bolesnik zadovoljava kriterije za maničnu ili depresivnu epizodu, simptomi shizofrenije (1.) – (8.) moraju biti zadovoljeni prije pojave istih“. (4)

1.5.3. Dijagnostičke i laboratorijske pretrage

Zbog nepostojanja karakterističnih testova za shizofreniju, dijagnoza shizofrenije temelji se na anamnezi, kliničkoj slici i intervjuu i dijagnostičkim kriterijima. Za dijagnozu shizofrenije od vrlo važne pomoći su informacije od prijatelja, obitelji i okoline.

Laboratorijske pretrage su važne da bi se isključio endokrinološki ili neurološki poremećaji koji imaju simptome slične psihozi. Uobičajene pretrage su KKS, EKG, EEG, CT i MR, osobito onda kad se bolest pojavljuje prvi put i u dobi koja nije karakteristična za pojavu shizofrenije.

Kompjutoriziranom tomografijom (CT) kod bolesnika oboljelih od shizofrenije može se vidjeti kortikalna atrofija kod 10 – 35 % slučajeva te atrofija cerebralnog vermisa i smanjena gustoća parenhima mozga.

Elektroencefalogram (EEG) – kod najvećeg broja bolesnika rezultat EEG-a je uredan, ali kod nekih je primijećena povećana theta i delta aktivnost (9).

1.6. Liječenje shizofrenije

Shizofrenija je kronična bolest, te do sada još nema izlječenja od bolesti, ali uz odgovarajuću terapiju moguća je kontrola bolesti. Za vrijeme hospitalizacije bolesnici se hospitaliziraju zbog ublažavanja simptoma te da bi se spriječila remisija bolesti, ali i također zbog sigurne okoline za bolesnika. Farmakoterapija ima jako važnu ulogu u liječenju, a antipsihotici prve linije kao što su klorpromazine i haloperidol uspješno djeluju u akutnoj fazi u 90 % slučajeva. Zbog uspješnog djelovanja lijekova dosta bolesnika oboljelih od shizofrenije redovnim uzimanjem propisanih lijekova uspijevaju ostvariti ispunjen i produktivan život. Osim liječenja antipsihoticima, važnu ulogu ima psihoterapija i savjetovanja koja su dio procesa rehabilitacije.

Medicinska sestra je osoba koja provodi najviše vremena sa bolesnikom te je neizmjereno važna njena uloga. Detaljniji opis rada medicinske sestre biti će opisan u sljedećem poglavlju (9).

1.6.1. 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).

1.6.1.1. 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) s 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, depresivni sindrom. Osim toga ovi lijekovi imaju česte nuspojave te je to 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 primijetiti 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

1.6.1.2. 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 klopazina 60.-ih godina prošlog stoljeća psihijatri shvaćaju da djeluje antipsihotično bez izazivanja ekstrapiramidnih promjena. Kako se razlikuje od prijašnjih antipsihotika klopazin dobiva naziv „atipični“, i postaje prototipom novih antipsihotika. Kasnije se otkriva da korištenje klopazina 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 ekstrapiramidnih 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 novih antipsihotika u liječenju shizofrenije i potvrđuju kako imaju manji rizik za nastajanje ekstrapiramidnih 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, nesаница, glavobolja, itd. (11)

1.6.1.3. 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, ali i smanjuje se i relaps bolesti. Dugodjelujući antipsihotici bi se trebali koristiti kod svih bolesnika koji zaboravljaju uzimati terapiju ili su nesuradljivi. Ovaj način primjene terapije olakšava samo liječenje bolesnika, bolesnici postižu dulju remisiju i imaju poboljšano funkcioniranje, a naravno i snižen rizik za prestanak uzimanja terapije.

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 ovoga rada je prikazati ulogu medicinske sestre u radu i terapijskoj zajednici bolesnika oboljelih od shizofrenije, kako prepoznati promjene raspoloženja i kako pomoći u njihovom liječenju. Njezina uloga biti će prikazana kroz sestrinske dijagnoze bolesnika oboljelih od shizofrenije.

3. RASPRAVA

Od samih početaka civilizacije duševni bolesnici su bili stigmatizirani i imali loš društveni status i bili su na nižoj ljestvici u društvu. Bez odgovarajuće terapije bolesnici su bili prepušteni sami sebi sa vlastitim imaginarnim svijetom. Postupanje sa duševnim bolesnicima sporo se mijenjalo te i danas u suvremenom svijetu postoje predrasude o njima. Pojava duševne bolesti u ljudi izaziva ogroman strah te zaziru od same pomisli na nju. Uzrok tih predrasuda je neznanje i mišljenje da bolest uzrokuju nadnaravne sile (14).

Psihijatrijski azili su otvoreni u srednjem vijeku i u tom vremenu bolesnici su bili nasilno zatvarani u azile da bi se društvo zaštitilo od njih. Iz tog vremena i potječu nazivi ludnica, umobolnica, itd. Njega kao njega kakvu danas poznajemo nije postojala već se skrb sastojala u izolaciji bolesnika od obitelji i okoline i ograničavanju njegovog kretanja. Psihijatrijska skrb doživljava veliku promjenu kada francuski psihijatar Philippe Pinel 1798. pušta duševne bolesnike iz lanaca i započinje novu stranicu u liječenju sa humanijim odnosima i većem interesu za duševnu bolest. U samim počecima educirana medicinska sestra nije postojala nego su brigu za higijenu i prehranu bolesnih s vremenom preuzimale njegovateljice (12).

„Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika prelazi okvire jednostavnih praktičnih vještina. Medicinska sestra je uključena u opći program unapređenja duševnog zdravlja: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju duševnih poremećaja:

1. pomaže pojedincu u razvijanju zdravih stilova življenja, suprotstavljanju stresu i frustracijama, razvijanju samopoštovanja i samopouzdanja, zdravstveno-odgojno djeluje u cilju prevencije duševnih poremećaja,
2. aktivno sudjeluje u procesu cjelovitog i učinkovitog liječenja (koje se ne može zamisliti bez adekvatne zdravstvene njege), te
3. pomaže u otklanjanju posljedica duševnih bolesti i što potpunijeg oporavka (12).

Uloga medicinske sestre je nepobitna te ćemo opisati njenu ulogu od početka do kraja zdravstvene zaštite shizofrenog bolesnika.

3.1. Uloga medicinske sestre u psihijatrijskim ustanovama

Zdravstvena njega počinje u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, a najveći broj bolesnika svoje daljnje liječenje nastavlja u poliklinikama gdje dobivaju specijalističko – konzilijarnu zaštitu, a dio bolesnika odlazi u specijalne psihijatrijske bolnice ili psihijatrijske odjele. Medicinska sestra se nalazi uz bolesnika od samoga početka njegovog liječenja. Opisat ćemo njenu ulogu u svim psihijatrijskim ustanovama.

A) Psihijatrijska poliklinika

- 1) Psihijatrijska ambulanta – medicinska sestra prikuplja podatke, primjenjuje terapiju, surađuje sa medicinskom sestrom iz primarne zdravstvene zaštite i radi administrativne poslove
- 2) Savjetovalište za duševno zdravlje – Educirana i iskusna medicinska sestra pridonosi uspješnom radu savjetovališta u radu s duševno oboljelim osobama
- 3) Dispanzer za duševno zdravlje – omogućuje nam trajnu izvanbolničku zaštitu, medicinska sestra aktivira bolesnika i obitelj u liječenju, sudjeluje u edukaciji i terenskim aktivnostima, surađuje s patronažnom službom, društvenim ustanovama te vodi zdravstvenu administraciju (2).

B) Ustanove za djelomičnu hospitalizaciju

- 1) Dnevna bolnica – Medicinska sestra prima bolesnika u dnevnu bolnicu i mora biti srdačna i steći bolesnikovo povjerenje, kako bi se on osjećao prihvaćen. Ona upoznaje bolesnika s odjelom dnevne bolnice i sa programom same ustanove. Provodi cijelo vrijeme s bolesnikom, uzima obiteljsku i socijalnu anamnezu, prati bolesnikovo ponašanje, poznaje metode rada s grupom, principe terapijske zajednice i obiteljske terapije.
- 2) Noćna bolnica - Medicinska sestra provodi metode grupnog rada, surađuje s bolesnikovom obitelji i s radnim organizacijama u kojima njeni štićenici rade.

Osim dnevnih i noćnih bolnica postoje još razni oblici djelomične hospitalizacije, a tu spadaju: Centar za krizna stanja, Centar za suzaštitu i samopomoć, Rehabilitacijske kuće, Zaštitne radionice, Obiteljska njega i Klubovi liječenih bolesnika (2).

3.2. Uloga medicinske sestre na odjelu za psihijatriju

Medicinska sestra provodi najviše vremena sa bolesnikom oboljelim od shizofrenije, ona je s njime od njegovog primanja u bolnicu, tijekom boravka sve do odlaska iz bolnice. Promatrajući bolesnika iz njegovog ponašanja utvrđuje probleme iz zdravstvene njege. Da bi medicinska sestra riješila taj problem ona mora biti educirana, iskusna i dobro poznavati proces zdravstvene njege jer jedino na taj način može napraviti odgovarajući plan i izabrati najprikladnije intervencije. Osim poznavanja procesa zdravstvene njege, medicinska sestra mora biti izrazito strpljiva i posjedovati određene komunikacijske vještine zbog same prirode bolesti bolesnika oboljelog od shizofrenije. Nažalost nije rijedak slučaj da bolesnici oboljeli od shizofrenije izvrše samoubojstvo te zbog toga medicinska sestra mora uvijek pomno promatrati bolesnika i na vrijeme prepoznati te znakove. Glavni ciljevi u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od shizofrenije su :

- Promicanje i unaprjeđivanje interakcije između bolesnika i njegove okoline
- Osiguravanje zaštite
- Povećavanje i pojačavanje psihološke stabilnosti
- Uključivanje obitelji i bolesnikovih bitnih osoba u aktivnosti koje potiču oporavak

Da bi se ciljevi ostvarili medicinska sestra mora individualizirati intervencije i ovisno o dijagnozi primijeniti najučinkovitije. Uloga medicinske sestre kod bolesnika oboljelih od shizofrenije detaljnije će biti opisana kroz sestrinske dijagnoze.

3.2.1. Sestrinske dijagnoze kod osoba oboljelih od shizofrenije

3.2.1.1. Promijenjeni procesi mišljenja, razumijevanja i shvaćanja

Ako bolesnik ima poremećaje kao što su ambivalencija, poremećaj spavanja i sna, psihološki konflikti, krivo interpretiranje okoline, poremećena sposobnost donošenja odluke, može se reći da je riječ o sestrinskoj dijagnozi. Medicinska sestra provodi različite intervencije za rješavanje sestrinske dijagnoze.

Medicinska sestra prvo mora stvoriti odnos povjerenja kod bolesnika da bi se mogla razviti terapijska komunikacija. Odnosom povjerenja kod bolesnika se stvara i sigurno ozračje u kojem će se bolesnik lakše opustiti i neće se osjećati otuđen i izoliran. Ona mora aktivno slušati bolesnika i izražavati želju za shvaćanjem bolesnikovih osjećaja i misli i pokušati mu objasniti ono što smatra nejasnim. Najvažnije od svega je da bude strpljiva i da ne pokušava bolesnika razuvjeriti od njegovih misli i ne smije ulaziti u nikakve diskusije i rasprave jer bi to moglo dovesti do neželjenog učinka (2).

3.2.1.2. Promjena senzoričko – perceptualnog funkcioniranja

Kod bolesnika koji imaju ovu sestrinsku dijagnozu primjećujemo panične razine anksioznosti, poremećaj u afektivnom planu, iluzije, halucinacije, promjene psihomotoričkog ponašanja i promijenjen odnos prema okolini.

Medicinska sestra kod bolesnika koji imaju tu sestrinsku dijagnozu nastoji provesti što više vremena s njima, pozorno ih sluša i pruža im podršku. Koristeći svoje komunikacijske vještine bolesnika orijentira na stvarnost. Kada medicinska sestra osjeti strah ili se ne osjeća sigurno u bolesnikovoj sredini treba mu to verbalizirati i osigurati pomoćne stvari koje bi bolesniku trebale smanjiti napetost i odvući pažnju (2).

3.2.1.3. Narušena verbalna komunikacija

Bolesnici pokazuju nemogućnost racionalnog verbaliziranja, izražavaju se nelogizmima, asocijalnim izražavanjem, primjećuje se i eholalija, stereotipno ponašanje.

Kod bolesnika s ovom sestrinskom dijagnozom, kao i kod svih prethodnih dijagnoza potrebno je stvoriti osjećaj povjerenja te i sigurnu okolinu. Ovim bolesnicima je potrebno osigurati alternativne metode komunikacije kao što su crtanje, šaranje, ples, itd. Zbog njihovog problema s komunikacijom medicinska sestra treba koristiti terapijske vještine kao što su reflektiranje, parafraziranje, itd.(2).

3.2.1.4. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja

Kod bolesnika se primjećuje smanjena sposobnost donošenja odluka, umanjivanje problema, skromno samopoštovanje, kronična anksioznost i depresija, promijenjene uloge u društvu.

Kroz razgovor s bolesnikom medicinska sestra treba pomoći bolesniku da diskutira o mišljenjima, percepcijama, shvaćanjima i osjećajima. Bolesnika treba ohrabrivati za verbalizaciju onoga što ga interesira i pomoći mu u definiranju realističnih ciljeva kako bi ih lakše ostvario.

3.2.1.5. Smanjen stupanj samopoštovanja

Bolesnici sa smanjenim stupnjem samopoštovanja imaju negativne osjećaje o samome sebi. Razgovaraju malo i izoliraju se od okoline i teško uspostavljaju komunikaciju s drugom osobom. Kod njih se primjećuje ambivalencija, autizam, beznadnost te krive prosudbe o samome sebi.

Kao i kod svake sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od shizofrenije tako i kod ove medicinska sestra treba uspostaviti odnos povjerenja i sigurnosti. Medicinska sestra treba pronaći način kako bi pomogla bolesniku da vrati svoje samopoštovanje. To se može napraviti razgovorom s bolesnikom, ohrabivanjem te naglašavajući njegove pozitivne osobine. Također, postoje mnoge tehnike koje

pomažu vraćanju samopouzdanja, bolesnik treba držati do svog vanjskog izgleda kako bi se ljepše osjećao. Osim toga bolesniku treba preporučiti korištenje duhovnih resursa (ako on to želi), omogućiti mu razgovor sa svećenikom i vrijeme za molitvu, ako bolesnik to ne želi postoje i razne okupacijske terapije i dnevne radionice (2).

3.2.1.6. Anksioznost i strah

Bolesnici pokazuju slabe ili nemaju uopće nikakve reakcije. Strahuju da bi mogli učiniti nešto samome sebi ili drugim ljudima oko sebe. Njegov psihomotorični poremećaj može varirati od pobuđene motorike pa do same imobilnosti. Pokazuju osiromašen vidni kontakt i ne pokazuju zanimanje za komunikaciju.

Specifične intervencije medicinske sestre kod ove dijagnoze su demonstriranje tehnika opuštanja bolesniku i provjera je li bolesnik to naučio. Bolesnika bi trebalo ohrabrivati da verbalizira svoje osjećaje i iznese svoje probleme. Kao i kod prethodne dijagnoze, tako i kod ove bolesnika treba savjetovati da krene s tjelovježbom, meditacijom ili nekim drugim stvarima koje bi ga mogle opustiti (2).

3.2.1.7. Visoki rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugima

Medicinska sestra treba obratiti veliku pažnju na bolesnike kod kojih imaju sumnju da bi mogli učiniti suicid ili ozlijediti nekoga drugoga. Postoje dva najčešća razloga suicidalnosti kod bolesnika oboljelih od shizofrenije. Prvi razlog je akutna faza bolesti kada bolesnici imaju autodestruktivne impulse, sumanute misli i imperativne halucinacije. Drugi je bilansni razlog koji se javlja najčešće pri otpustu bolesnika kada oni zapravo shvate da su teško duševno bolesni.

Prva i osnovna intervencija je osiguravanje sigurne i mirne okoline, ukloniti sve predmete koje bi bolesnik mogao iskoristiti. Zatim medicinska sestra treba jasno i čvrsto odrediti granice s bolesnikom, objasniti mu što je prihvatljivo, a što nije. Razgovarajući s bolesnikom medicinska sestra treba pomoći da uvidi koje situacije dovode do agresivnog ponašanja te ga poticati na izbjegavanje istih. Fizička aktivnost, meditacija, čitanje knjiga, razgovor sa dragim ljudima su mehanizmi za

opuštanje bolesnika i smanjivanje agresivnosti. U radu sa bolesnicima koji pokazuju znakove agresije medicinska sestra mora biti osobito pažljiva te dovoljno vješta da prepozna znakove nasilnog ponašanja, porast psihomotorne aktivnosti, zastrašujuće halucinacije i verbaliziranje deluzionalnog mišljenja jer jedino na taj način može poduzeti mjere predostrožnosti.

3.2.1.8. Smanjena mogućnost brige za sebe

Sestrinska dijagnoza (SMBS) donosi se na temelju nesposobnosti ili kod postojanja poteškoća u području hranjenja, higijene, oblačenje, eliminacija.

Medicinska sestra treba poticati bolesnika na primjereniju brigu o sebi, da se bolesnik više dotjeruje i pazi na izgled te davati mu pozitivne komentare na osnovu toga, odnosno pohvale. Najbolji način za postizanje toga je napraviti plan održavanja higijene i brige za sebe sa samim bolesnikom. Bolesnik će se tada osjećati važnije i znati će da ima neke obaveze i samim time osjećati će se bolje kada ih ispuni. Uključivanje bolesnika oboljelih od shizofrenije u dnevne aktivnosti, radionice i grupni rad pomaže kod svake sestrinske dijagnoze, pa tako i kod ove jer bolesnici imaju obaveze i ne osjećaju se zapostavljeno i bezvrijedno (2).

3.3. Uloga medicinske sestre u primjeni farmakoterapije

Medicinska sestra u sklopu terapijskog tima ima iznimno važno mjesto u liječenju bolesnika oboljelog od shizofrenije, a naročito kada se radi o primjeni antipsihotika. Kod svih lijekova, a naročito kod antipsihotika postoje pravila pri primjeni istih te nuspojave koje medicinska sestra mora jako dobro poznavati. Jedna od najbitnijih stvari u primjeni terapije je suradljivost bolesnika, odnosno medicinska sestra treba postići odnos povjerenja s bolesnikom te ga motivirati za uzimanje terapije. Bez suradljivosti bolesnika nema ni redovnog uzimanja lijeka, odlaska na kontrole ni primjenjivanja savjeta i uputa. Nažalost često puta kod bolesnika oboljelih od shizofrenije nemamo suradljivost samih bolesnika i teško se dolazi do poslušnosti. Cilj redovne terapije nije samo otklanjanje simptoma već je to put prema

kvalitetnijem životu, smanjenje rehospitalizacija i smanjena mogućnost pogoršanja bolesti. Neposredno prije početka uzimanja antipsihotika bolesnik bi trebao dobiti od liječnika pisanu uputu o tome zašto treba koristiti sami lijek, način na koji lijek djeluje, trajanje uzimanja lijeka i pojavnosti nuspojava. Medicinska sestra treba voditi dnevnik primjene terapije kako bi se vodio nadzor nad samim bolesnikom i tijekom bolesti. To je osobito važno kod primjene dugodjelujućih antipsihotika kada bolesnik mora dolaziti svaka četiri tjedna zbog uzimanja nove doze lijeka. Na taj način medicinska sestra ima uvid u dolazak bolesnika te vrlo lako može provjeriti razlog nedolaska bolesnika.

U dnevniku primjene terapije nalaze se osobni podaci o bolesniku, podaci o kontaktu samog bolesnika, njegove obitelji, izabranom liječniku obiteljske medicine, patronažnoj sestri i centru za socijalnu skrb. Da bi radila sa bolesnicima oboljelim od shizofrenije, medicinska sestra mora biti osoba sa izrazito dobrim komunikacijskim vještinama, osoba bez predrasuda i naravno empatična. Kod pristupa bolesniku medicinska sestra mora biti individualna u skladu s bolesnikovim potrebama i osobnošću.

Kod primjene antipsihotika osim liječničke postoji i sestrinska edukacija. Medicinska sestra treba educirati bolesnika, obitelj i njegovatelje koji sudjeluju u njezi bolesnika. Ona ih treba educirati o :

1. Smanjenoj mogućnosti upravljanja vozilima zbog pospanosti i vrtoglavice
2. Bolesnik ne smije naglo prekinuti uzimanje terapije zbog povećanog rizika za simptome sustezanja kao što su mučnina, povraćanje, smetenost, gastritis, tahikardija, nesаница
3. Zbog ortostatske hipotenzije bolesnika treba educirati o polaganom ustajanju iz ležećeg položaja i preporučiti uzimanje što veće količine tekućine
4. Bolesnik treba izbjegavati nagle promjene temperature jer antipsihotici dovode do poremećaja održavanja stabilne tjelesne temperature
5. Educirati bolesnike o zabrani uzimanja alkohola zbog potencijacije djelovanja lijekova
6. Educirati o nuspojavama uzimanja antipsihotika za vrijeme trudnoće i laktacije (12).

4. ZAKLJUČAK

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

Medicinska sestra je osoba koja provodi najviše vremena sa oboljelim te je njena uloga u procesu liječenja bolesnika oboljelog od shizofrenije izrazito važna i neizostavna. Ona aktivno sudjeluje u procesu zbrinjavanja bolesnika od samog primanja bolesnika u bolnicu do izlaska, ali i nakon izlaska bolesnika iz bolnice kada o njemu brinu patronažne sestre. Osim zdravstvene njege u bolnici gdje ona vodi brigu o bolesnikovoj higijeni, prehrani, terapiji osobito važna je njena komunikacija s bolesnikom, vještine prepoznavanja različitih simptoma kod bolesnika. Medicinska sestra koja radi sa bolesnikom oboljelim od shizofrenije mora biti izrazito vješta, empatična, strpljiva i naravno bez predrasuda.

5. LITERATURA

1. Thaller V, Psihijatrija : Suvremene osnove za studetne i praktičare, Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo ; 1999.
2. Sedić B, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb : Zdravstveno veleučilište ; 2007.
3. Hotujac B, Psihijatrija, Zagreb : Medicinska naklada ; 2006.
4. Američka psihijatrijska udruga : Dijagnostički kriteriji iz DSM- IV ; 1999.
5. Pliva zdravlje : Shizofrenija – <http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/402/Shizofrenija.html> (pristup 1.9.2016.)
6. Pliva zdravlje : Razumjeti shizofreniju - <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/8986/Razumjeti-shizofreniju.html> (pristup 1.9.2016.)
7. Pliva zdravlje : Shizofrenija - (pristup 1.9.2016.)
8. Centar zdravlja : Shizofrenija : <http://www.centarzdravlja.hr/zdravlje-az/mentalno-zdravlje/shizofrenija/> (pristup 1.9.2016.)
9. Jakovljević M, Shizofrenija u teoriji i praksi : Etiopatogeneza i klinička slika, Zagreb, Pro Mente ; 2011.
10. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
11. Hrvatsko psihijatrijsko društvo : Razumjeti shizofreniju- <http://www.psihijatrija.hr/edu/sch.php> (Pristup 1.9.2016.)
12. Herceg M. Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije.
13. Sveučilište u Zagrebu : Medicinski fakultet, 2010. http://medlib.mef.hr/825/1/Disertacija_Herceg_Miroslav.pdf
14. Moj doktor: shizofrenija I dio. 2014. <http://www.mojdoktor.hr/article.php?id=4047&naziv=shizofrenija--idio> (Pristup 1.9.2016.)
15. Milojević R., Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika, Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb

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. 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. Sami proces zdravstvene skrbi je složen i dugotrajan i uloga medicinske sestre je neizmjereno važna. Medicinska sestra mora posjedovati komunikacijske vještine za rad sa osobama oboljelim od shizofrenije jer su oni često u svome zatvorenom svijetu, svijetu halucinacija te jedino izrazito vješta osoba može uspostaviti odnos povjerenja s njima. Najvažniji cilj zdravstvene njege je podizanje kvalitete života samoga bolesnika i ponovno uklapanje u socijalnu zajednicu i vraćanje uobičajenim životnim aktivnostima. Medicinska sestra treba prilagoditi intervencije bolesniku za uspješno rješavanje sestrinskih dijagnoza, a to jedino može ostvariti pomoću dobrog plana zdravstvene njege. U radu s bolesnicima oboljelim od shizofrenije medicinska sestra mora biti izvrsno educirana, strpljiva i posjedovati komunikacijske i edukacijske vještine.

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. The most important is that treatment of schizophrenia starts as early as possible including the use of antipsychotics. Except of use of antipsychotics in the treatment of schizophrenia, psychotherapeutic and sociotherapeutic techniques, as well as the education of the patient and of his family, have major role. The process of medical care itself is complicated and long and the role of the nurse is extremely important. Nurse has to possess communication skills to work with people suffering from schizophrenia because they are very often in their closed world, the world of hallucinations and only highly skilled person is able to establish a trusting relationship with them. The most important goal of medical care is to raise the quality of life of the patient himself and reintegration in the social community and to return to ordinary life activities. Nurse has to adjust interventions to the patient in order to resolve successfully nursing diagnoses, which can only be achieved thanks to a good medical care plan. When working with patients suffering from schizophrenia nurse has to be perfectly educated, patient and possess communication and educational skills.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci :

Ime i prezime : Ružica Milas

Datum i mjesto rođenja : 23. siječnja 1995., Split

Adresa: Petra Svačića 15, 21266 Zmijavci, Hrvatska

E-mail: Ruzica.milas95@gmail.com

Mobitel: 099/8713389

Obrazovanje:

2001.-2009. Osnovna škola Zmijavci

2009.-2013. Gimnazija dr. Mate Ujevića, Imotski

2013. - Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sestrinstvo, Split

Strani jezici:

Engleski jezik - aktivno znanje