

Primaljska skrb kod trudnice sa shizofrenijom

Bečko, Roza

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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:176:496826>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Roza Bečko

**PRIMALJSKA SKRB KOD TRUDNICA SA
SHIZOFRENIJOM**

Završni rad

Split, 2020. godina

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Roza Bečko

**PRIMALJSKA SKRB KOD TRUDNICA SA
SHIZOFRENIJOM**

**MIDWIFE CARE OF A PREGNANT WOMAN
DIAGNOSED WITH SHIZOPHRENIA**

Završni rad/ Bachelor's Thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Boran Uglešić

Split, 2020. godina.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Povijest shizofrenije	2
1.2. Epidemiologija bolesti.....	3
1.3. Etiologija shizofrenije	3
1.3.1. Predisponirajući čimbenici.....	4
1.3.1.1. Genetske predispozicije.....	4
1.3.1.2. Stečena predispozicija	4
1.3.2. Precipitirajući čimbenici.....	5
1.3.2.1. Stres.....	5
1.3.2.2. Patogeni obiteljski odnosi	5
1.3.2.3. Zloupotreba droga	6
1.4. Klinička slika	6
1.4.1. Pozitivni simptomi	6
1.4.2. Negativni simptomi	8
1.4.3. Afektivni simptomi	8
1.4.4. Kognitivni simptomi	8
1.5. Klinički oblici shizofrenije.....	9
1.5.1. Paranoidna shizofrenija.....	9
1.5.2. Hebefrena shizofrenija	9
1.5.3. Katatona shizofrenija.....	10
1.5.4. Nediferencijalna shizofrenija	10
1.5.5. Rezidualna shizofrenija.....	10
1.5.6. Shizofrenija simplex.....	10
1.6. Dijagnoza	11
1.6.1. Karakteristični simptomi shizofrenije prema MKB-10.....	11

1.6.2. Karakteristični simptomi shizofrenije prema DSM-V	12
1.6.3. Dijagnostičke metode	13
1.7. Liječenje shizofrenije	13
1.7.1. Antipsihotici	14
1.7.2. Antidepresivi	15
1.7.3. Psihosocijalna, radna i okupacijska terapija.....	15
1.8. Odnos sestre i pacijenta.....	16
1.8.1. Sestrinske dijagnoze.....	17
1.8.1.1. Socijalna izolacija	18
1.8.1.2. Nepridržavanje zdravstvenih uputa	19
1.8.1.3. Anksioznost.....	20
1.8.1.4. Visok rizik za nasilje	21
1.9. Zdravstvena njega duševnih bolesnika.....	22
1.9.1. Održavanje osobne higijene	23
1.9.2. Smještaj bolesnika.....	23
1.9.3. Kontrola prehrane i težine bolesnika.....	23
1.9.4. Podjela terapije	24
1.9.5. Kontrola fizioloških funkcija.....	25
1.9.6. Praćenje stanja bolesnika	25
1.9.7. Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage	26
2. CILJ RADA	27
3. RASPRAVA	27
3.1. Primaljska skrb kod trudnice sa shizofrenijom	28
3.1.1. Seksualnost.....	28
3.1.1.1. Uloga primalje u edukaciji pacijentice o kontracepciji	30
3.1.2. Trudnoća.....	30
3.1.2.1. Zdravstvena njega trudnice sa shizofrenijom	32
3.1.3. Rizici	32

3.1.3.1. Briga o zdravom načinu života pacijentice	33
3.1.4. Kontraindikacije u terapiji.....	34
3.1.4.1. Primjena terapije	37
3.1.5. Razdoblje babinja.....	37
3.1.5.1. Njega majke i djeteta.....	38
3.1.6. Roditeljstvo	39
3.1.7. Planiranje obitelji	40
4. ZAKLJUČAK	42
5. SAŽETAK.....	43
6. SUMMARY	44
7. LITERATURA.....	45
8. ŽIVOTOPIS	48

1. UVOD

Psihički poremećaj je stanje koje se očituje promjenom ponašanja, osjećaja, načina doživljavanja i razmišljanja odstupajući jasno od neke norme. Prepoznaje se lako kao poremećaj ako isključimo mogućnost trenutnog odgovora na neki posebni događaj (1, 2). Shizofrenija je jedan od najtežih psihičkih poremećaja budući da ona zahvaća cijelu osobnost. Shizofrenija napada sposobnost razlučivanja i otežava percepciju stvarnosti što uzrokuje neugodnu promjenu ponašanja. Gubi se dodir sa stvarnošću, te su pogođeni svi mentalni procesi: osjećaji, govor, opažanje. Poremećaj nastaje nakon određenih biokemijskih promjena u mozgu. Najčešće se javlja u akutnom obliku, praćen oštećenjem obiteljskog, radnog i društvenog funkcioniranja. Liječenje se obavlja u akutnoj fazi. Bolest često postaje kronična te bolesnici funkcioniraju uz rezidualne simptome i otežano društveno ophođenje (3). Težina poremećaja je individualna, a put oporavka težak i dugotrajan. Definira se kao poremećaj koji traje barem šest mjeseci od kojih najmanje mjesec dana uključuje simptome aktivnog stadija. Za dijagnozu je važno prepoznati barem dva simptoma od sljedećih: halucinacije, sumanutosti ponašanja i govora ili halucinacije (4). Shizofrenija se najučestalije pojavljuje koncem adolescencije, istom učestalošću u muškaraca i žena. Međutim, zbog kasnije pojavnosti, žene imaju malo bolju prognozu. Pojavnost bolesti češća je u razvijenim zemljama među pripadnicima nižeg socijalnog statusa. Poznate su tri hipoteze koje to objašnjavaju. *Drift tea* je hipoteza koja smatra bolest uzrokom pada na socioekonomskoj ljestvici. Hipoteza o socijalnoj segregaciji traži obrazloženje u anonimnosti središnjih četvrti u kakvima bolesnici najčešće žive. Uzročna hipoteza, pak, kaže kako socijalna dezorganizacija pridonosi incidenciji bolesti (5). Bolesnici se hospitaliziraju zbog određivanja dijagnoze i zbog njihove sigurnosti i sigurnosti njihove okoline. Hospitalizacija također omogućuje bolesniku stabilizaciju za vrijeme akutne bolesti kada je pacijent sklon samoozlijeđivanju (6). Shizofrenija je još uvijek neizlječiva bolest, no farmakoterapija ima ogromnu ulogu u uspješnom liječenju. Redovito uzimanje terapije potiskuje simptome i omogućava stvaranje kritičkog uvida bolesnika u njegovu bolest te sudjelovanje u usporavanju njegovog procesa. Medicinska sestra prati bolesnika te je od posebne važnosti budući da ona prva može uočiti promjene i iznositi ih stručnom timu. Medicinska sestra koja radi s duševnim bolesnicima treba imati posebne kompetencije poput motivacije bolesnika na promjene, prepoznavanje otpora i aktivnog sudjelovanja u liječenju (1). Bitno je omogućiti nadzor od 24 sata zbog nepredvidivosti

bolesnika koji ima vidne i slušne halucinacije, koji je visokorizičan za suicid, anksiozan i dezorijentiran u vremenu i prostoru. Kod trudnice sa shizofrenijom ulogu medicinske sestre preuzima primalja. Primalja mora pratiti stanje i majke i djeteta. Majka sa shizofrenijom mora biti hospitalizirana tijekom trudnoće kako bi se omogućio nadzor nad trudnoćom te redoviti pregledi. Primalja na odjelu na kojem je trudnica hospitalizirana prije poroda mora omogućiti sigurnu okolinu za pacijenticu i sve ostale na odjelu. Također, primalja u rađaoni mora imati određene kompetencije, poput autonomnog djelovanja, kritičkog razmišljanja, evaluacije svojih sestrinskih znanja i komunikacije unutar tima kako bi uspješno vodila porod. Naposljetku, primalje na Neonatologiji i Babinjačama su dužne omogućiti što bolju i kvalitetniju skrb majke i djeteta te su stanja pacijenata dužna prenositi psihijatrima i socijalnoj službi po izlasku iz rodilišta.

1.1.Povijest shizofrenije

Od grčkog *shizo*, što znači cijepati i *fren* što znači duša, po doslovnom prijevodu dalo bi se zaključiti da je shizofrenija "cijepanje duše". Shizofrenija je jedna od najstarijih bolesti koja prati čovječanstvo od njegovih početaka. Čak su i stari Egipćani opisivali ludila i halucinacije za koje se smatralo da su posljedica ulaska zlih demona u ljudsko tijelo. Preteča pojmu shizofrenija je bila *dementia praecox* koju je 1851. godine D. B. Morel opisao kao poremećaj koji rano počinje i dovodi do intelektualnog propadanja (7). E. Kraepelin je 1896. godine osmislio klasifikaciju duševnih poremećaja gdje je opisao manično-depresivne psihoze i psihoze koje izaziva *dementia praecox*. Taj sustav je ujedno i temelj današnjoj klasifikaciji shizofrenije. Bleuler je naglasio razilaženje kongitivnog od afektivnog kao najbitniju karakteristiku bolesti (8). Prvi je predstavio pojam shizofrenije predstavljajući "4A" sustav simptoma koji se mogu prepoznati kod pacijenta sa shizofrenijom. To su poremećaji asocijacija, neprimjeren afektivitet, ambivalencija i autizam. Naposljetku, dodaje još dva "A" simptoma: poremećaj pažnje i anormiju. Anormija je odsutnost vitalnih i nagonskih dinamizama. Dodatni simptomi su poremećaji opažanja (halucinacije) i sadržajni poremećaji mišljenja (sumanute misli) (8, 9). Kurt Schneider radi podjelu simptoma na simptome I. i II. reda. Simptomi prvog reda su dobili na značaju u klasifikaciji toliko da je samo prisutnost jednog simptoma dovoljna za postavljanje dijagnoze (10). Neki simptomi podrazumijevaju: slušne halucinacije, oduzimanje ili nametanje misli ili osjećaja i nekontrola volje. Simptomi

drugog reda podrazumijevaju neke druge poremećaje poput socijalnog povlačenja, smetenosti, depresije i euforije itd. (8)

1.2. Epidemiologija bolesti

Ako promatramo podatke Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu trenutno postoji 45 milijuna slučajeva ljudi sa shizofrenijom. U Hrvatskoj govorimo o oko 18 tisuća ljudi, a incidencija na jugoistoku Europe iznosi 527 na 100 000 ljudi. Prevalencija je 0,4 - 1,4 % (5, 11). Godišnja incidencija iznosi 0,5- 5% na 10 000 stanovnika. U Hrvatskoj se češće pojavljuje u Istri i Primorju (8, 12). Znanstvenici su primjetili da je bolest učestalija u gradovima naspram sela. Također, uočili su da su obolijevanja češća u ljudi koji su rođeni zimi zbog intrauterinih oštećenja nastalih zbog niskih temperatura i hipovitaminoze. Također, prema SZO, shizofrenija je češća u etničkim skupinama, odnosno više kod imigranata iz nerazvijenih zemalja (5, 8, 11). Kod muškaraca je rizik obolijevanja veći 15. - 24. godine, a kod žena 25. - 34. godine. Registru za psihoze (1962. - 2009.) Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo navodi kako je najveća incidencija shizofrenij bila od 25. do 29. godine života. Omjer hospitalizacije muškaraca naspram hospitalizacije žena iznosi 1,4:1 (13). Očekivana životna dob je 20 - 30 godina kraća zbog visokog suicidalnog rizika (10 - 25%). Kod učestalosti bolesnika koji su počinili samoubojstvo nema razlike u spolu (13, 14).

1.3. Etiologija shizofrenije

Unatoč brojnim istraživanjima, etiologija još nije poznata u potpunosti. Budući da je ipak shizofrenija skupina različitih poremećaja, njezina je etiopatogeneza jako složena. Ona je multifaktorski determiniran složen međuodnos bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Rizik obolijevanja je veći za one koji u obiteljskoj anamnezi imaju shizofreniju, no nažalost gen za shizofreniju još nije određen. Shizofreni bolesnici su izloženi većim količinama stresa. Stresni faktor koji prethodi razvoju shizofrenije može biti biološki (fizička trauma, bol) ili psihološki (zlostavljanje, gubitak bliske osobe itd.). Postoji cijeli niz čimbenika koji utječu u nastanku predispozicije i incidenciji i trajanju poremećaja. Biološki čimbenici su bitniji za stvaranje predispozicije, dok su psihosocijalni agensi ti koji održavaju bolest (15) Rizični

čimbenik koji je jako važan je nezdrava obiteljska komunikacija. Neka istraživanja pokazuju da je rano oštećenje mozga i odumiranje pojedinih neurona prethodilo uspostavljanju krivih veza između neurona prenoseći tako pogrešne informacije, što rezultira halucinacijama i sumanutim idejama. Utvrđeno je i da demijelinizacija pogoduje pojavi anhedonije, gubitku motivacije i emocionalnom hlađenju (5,9). Složena disfunkcija neurotransmitornih sustava (dopaminskog, serotoniniskog, noradreneričkog itd.) u mozgu uzrokuje shizofrene poremećaje. Kod pojačane aktivnosti dopaminskog sustava u mezolimbičkom dijelu mozga, dolazi do stvaranja pozitivnih simptoma (sumanutih ideja i haluncinacija). Smanjena aktivnost dopaminskog sustava u prefrontalnom i frontalnom korteksu uzrokuje pojavu negativnih simptoma. Stvaranju poremećaja dodatno pogoduje što jedan sustav ovisi o drugom te prati njegove promjene (1, 5).

1.3.1. Predisponirajući čimbenici

Neki od dosad poznatih predisponirajućih čimbenika za razvoj shizofrenije su genetski, virusni, prenatalni i antenatalni (oštećenja mozga nastala tijekom trudnoće ili poroda) itd. (16).

1.3.1.1. Genetske predispozicije

Učestalost pojavnosti shizofrenije u nekim obiteljima ne može se smatrati zanemarivom. Osobe koje imaju u obiteljskoj anamnezi nekoga tko boluje ili je bolovao od shizofrenije, imaju znatno veći rizik obolijevanja. Shizofrenija se smatra rezultatom interakcije između genetskih i okolišnih čimbenika. Genetičari pokušavaju pronaći gen odgovoran za naslijeđivanje shizofrenije. Kromosomi koji se ispitivaju u nadi pronalaženja tog gena su 6., 22. i 8. (7).

1.3.1.2. Stečena predispozicija

Virusna hipoteza shizofrenije je aktualna već dugo vremena. Smatra se da je poremećaj izazvan infekcijama nastalim intrauterino djelovanjem tzv. sporih virusa. Teorija nalaže kako se virus godinama skriva u stanju mirovanja, dokle god ne dođe do pada imunskog sustava

kada se shizofrenija pojavljuje. Zanimljivi su i epidemiološki podaci koji pokazuju veću pojavnost bolesti u razdoblju zime i proljeća kada su virusne infekcije najčešće. Neke od teorija kažu kako mačke kućni ljubimci mogu također uzrokovati shizofreniju budući da je veći rizik od infekcije toksoplazmom gondi (15). Shizofrenija se, čak, smatra posljedicom osjetljivosti organizma na neke tvari u hrani poput glutena (7). Predisponirajućim čimbenicima se također pribrojavaju i odvajanje odnosno gubitak jednog ili obaju roditelja, loše obiteljsko okruženje, socijalna izolacija ili pak zlostavljanje u djetinstvu (15).

1.3.2. Precipitirajući čimbenici

Socijalni, psihološki i kulturološki čimbenici su važni za pojavnost, tijek i ishod bolesti (7).

1.3.2.1. Stres

Shizofreni bolesnici se smatraju osobama preosjetljivim na stres. Uzrok tomu su jake genetske i razvojne predispozicije što omogućuje pojavljanje prvih simptoma bolesti. Rano doživljene psihotraume također mogu biti uzrokom razvojnih predispozicija za razvitak shizofrenije. Istraživanja pokazuju da su shizofreni pacijenti više izloženi stresnim životnim događanjima dvadeset dana prije hospitalizacije ili relapsa bolesti (7).

1.3.2.2. Patogeni obiteljski odnosi

Nezdravi oblici obiteljske komunikacije ne utječu samo na recidiv bolesti već i rizičan čimbenik u razvoju bolesti. Istraživanja su pokazala da bolesnici koji izađu iz bolnice te provode više od 35 sati tjedno s obitelji, znatno češće upadaju u relaps bolesti (7).

1.3.2.3. Zlouporaba droga

Kanabis, amfetamin, LSD itd. mogu precipitirati pojavu simptoma posebno kod osoba sa shizofrenom predispozicijom (15).

1.4. Klinička slika

Budući da shizofrenija predstavlja skupinu bolesti raznovrsnih lica, nije ju lako razumjeti. To je mentalni poremećaj koj utječe na pacijentove misli, emocije i ponašanje. Gubi se dodir s realnošću, a tijek bolesti je spor i nepredvidiv (7). Simptomi se dijele na negativne i pozitivne. Neke podjele prave razliku i između psihotičnih i nepsihotičnih, primarnih i sekundarnih, specifičnih i nespecifičnih, fundamentalnih i sporednih te simptome I. i II. reda. Liddl 1990. dijeli simptome na sumanute distorzije realiteta, simptome mentalne deorganizacije i simptome mentalnog propadanja i osiromašenja (7). Razlikuju se simptomi akutne faze bolesti i psihotične epizode u odnosu na dugotrajne simptome. U akutnoj su fazi najčešći pozitivni (produktivni) simptomi, odnosno po Liddlu, simptomi sumanutih distorzija realiteta i mentalne dezorganizacije. Negativni (deficitarni) simptomi prevladavaju van psihotičnih epizoda (16).

1.4.1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi se sastoje od svih psihotičnih stanja koja se ne vide u zdravih ljudi (halucinacije, sumanute ideje, smeteni govor i katatono ponašanje). Dominantni su u akutnoj fazi te uobičajeno dobro reagiraju na primjenu antipsihotika.

Halucinacije se manifestiraju kao kvalitativni poremećaji percepcije zbog kojih bolesnik ne razaznaje razliku između onog što je stvarno i što nije. Napadaju sva čula, tako da prepoznamo slušne, vidne, mirisne, okusne i opipne halucinacije. Slušne halucinacije su najučestalije. Najviše se pojavljuju halucinacije više glasova zapovjednog tona koji naređuju i kontroliraju bolesnika. Za dijagnozu bolesti je bitno da su se halucinacije događale u trenutcima čistog sensorija budući da su tijekom uspavlivanja i buđenja normalne (17). Slušne halucinacije, kao najčešće, manifestiraju se tako što bolesnik čuje glasove, a nikoga

nema u prostoriji (16, 18). Vidne halucinacije se, pak, pojavljuju rijetko, a često su povezane s osjećajem radosti (18). Olfaktorne halucinacije često se pojavljuju zajedno s okusima. Bolesnici opažaju nove mirise i okuse u hrani zbog čega misle da ih se truje (18). Cenestičke halucinacije su povezane s unutarnjim organima bolesnika. Bolesnik halucinira da mu netko vadi utrobu, spermu, elektrizira mozak i drugo. Često su to osjećaji seksualne prirode (16, 18).

Sumanute misli su zablude temeljene na pogriješnim tumačenjima opažanja i iskustava. Deluzije proganjanja, ismijavanja i mučenja najčešći su oblici sumanutih misli. Postoje i somatski oblici sumanosti gdje bolesnik misli da je neizlječivo bolestan i sumanutosti veličine gdje bolesnik misli da je najbogatiji čovjek svijeta predodređen za vladara ili nešto više, precjenjujući tako svoje sposobnosti (18). Čitanje knjige ili gledanje televizije, bolesnicima omogućuje shvaćanje monologa kao direktnog obraćanja njemu. Čak i ako priložimo bolesniku sve dokaze da se ne radi o stvarnosti, on neće vjerovati. Sumanute ideje nisu povezane s opažanjem te su neutemeljene. Sumanuto raspoloženje svemu daje neko posebno značenje, najčešće ugrožavajuće (18). Sumanutosti kontrole, gdje osoba misli da njome upravlja netko drugi, su također učestale (4). Postoje bizarne i nebizarne sumanosti. Neke od bizarnih su kada bolesnik sumnja da mu je netko izvadio organe bez obzira što nema ožiljka na tijelu (17). Psihijatri smatraju gubitak asocijacija jednim od najznačajnijih obilježja shizofrenije. Tijek razmišljanja i izražavanja je poremećeno na različitim nivoima. Često je mijenjanje teme bez poveznice među njima. Dolazi do nastanka parajezika kod bolesnika koji nema povezanost između misli i govora (salata od riječi) (4). Kada bolesnik stvara nove riječi, pričamo o neologizmima, dok se besmisleno ponavljanje naziva verbigeracija (16).

Katatono motoričko ponašanje podrazumijeva smanjenje reaktivnosti na okolinu u granici nesvjesnosti, te čak i inertno opiranje pokretanju. U takvim situacijama psiha nadjačava tjelesnu motoriku. Katatoni negativizam aktivni je otpor pokušaju kretanja, a katatonu uzbuđenost definira besmisleno ponavljanje iste akcije. Besmislena ponavljanja radnji i riječi nazivaju se stereotipije, a bizarne mimike i geste manirizmom. Katatona ponašanja, pak, nisu karakteristična samo za shizofreniju već i za druge duševne poremećaje (16, 18).

1.4.2. Negativni simptomi

Negativni simptomi su alogija, apatija, osjećaj zaravnjenosti, socijalno povlačenje, poremećaji afekta (paratimija, parmimija) i avolicija.

Alogija predstavlja siromaštvo govora nastalo zbog usporenog mišljenja. Govor postaje lakonski oskudan (16,18).

Anhedonija je gubitak životne radosti. Podrazumijeva i odsutnost uživanja u životu. Bolesnik uopće ne doživljava nikakve pozitivne emocije.

Avolicija je gubitak motivacije i interesa za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, uključujući higijenu (18).

Osjećaj zaravnjenosti karakterizira nepokretnost lica i izbjegavanje kontakta očima, a uporište mu je u tome što bolesnik loše razlikuje osjećaje i njihov intezitet (16).

1.4.3. Afektivni simptomi

Pojavom bolesti pacijenti se doimaju emocionalno hladnije te i oni sami to primjećuju. Žale se na promjene u međuljudskim odnosima, te se osjećaju izolirano i kao stranci u vlastitom svijetu (6).

1.4.4. Kognitivni simptomi

Razvoj bolesti može dovesti do gubitka logičkog razmišljanja, pada koncentracije, nesposobnosti učenja i pamćenja. Ovi simptomi se smatraju glavnim razlogom disfunkcionalnosti oboljelog u svakodnevnom životu. Shizofreni bolesnici ne razlikuju bitno od nebitnog te nisu u stanju planirati ni najjednostavnije svakodnevne poslove. Uzrok leži u unutarnjim podražajima (npr. halucinacije) koji dominiraju bolesnikovim mislima. Kognitivnim propadanjem gube sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu. Ako ne postoje unutarnji patološki podražaji, njegove sposobnosti su normalne (6,18).

1.5. Klinički oblici shizofrenije

Shizofrenija se dijeli na temelju MKB-10 i DSM-V dijagnostičkih kriterija. Oba sustava iziskuju slične uvjete za dijagnozu. Prema MKB-10 klasifikaciji razlikujemo paranoidnu, hebefrenu, katatonu, nediferencijalnu, rezidualnu i shizofreniju simplex (5).

1.5.1. Paranoidna shizofrenija

Paranoidna forma predstavlja najčešći oblik shizofrenije. Započinje poslije tridesete godine života. Sumanute ideje paranodinog tipa dominiraju kliničkom slikom. Karakteristični su osjećaji veličine i ideje proganjanja. Halucinacije i sumanute se često javljaju u ovom obliku shizofrenije. Bolesnici su nepovjerljivi, razdražljivi, nekad i agresivni. Bolesnik je uvjeren da su se svi urotili protiv njega te da su sva zbivanja u okolini povezana upravo s njime. Laku uvuku osobe sa strane u svoje sumanute ideje. Tijek bolesti je povoljan, bolesnici dobro podnose lijekove te se postiže povoljna prognoza (16, 19).

1.5.2. Hebefrena shizofrenija

Hebeferna forma je najteži oblik shizofrenije. Javlja se u ranom pubertetu ili mladoj adolescenciji, od petnaeste do dvadesete godine života. Pojava simptoma je šaljajućeg tijeka. Perceptivni poremećaji, osjećaj zaravnjenosti i sumanute ideje su naglašene kod ovog tipa poremećaja. Karakteristično je djetinjasto, nepredvidivo i bizarno ponašanje. Prakticiranje neumjesnih šalama i filozofiranje su upečatljive karakteristike ovakvih bolesnika. Emocionalne reakcije su neprimjerene, popraćene hihotanjem bez razloga te grimasama. Govor je nekoherentan, a razmišljanje dezorganizirano. Lošu prognozu potprepljuje brz razvoj negativnih simptoma, posebice avolicije. Dolazi do socijalne izolacije i najdublje dezintegracije ličnosti (16,19).

1.5.3. Katatona shizofrenija

Psihomotoričke smetnje su najizraženije u kliničkoj slici katatone shizofrenije. Poseban je fenomen "psihičkog jastuka". Fenomen se očituje kada bolesnik leži u krevetu s glavom uzdignutom kao da ima jastuk ispod. Uloga sestre na odjelu psihijatrije je modeliranje tijela bolesnika tako da se izbjegne ankiloza zglobova. Srećom, ovakva klinička slika je rijetka (16).

1.5.4. Nediferencijalna shizofrenija

Kada u kliničkoj slici ne prevladava nijedan od simptoma karakterističnih za neku vrstu shizofrenije, govorimo o nediferencijalnoj shizofreniji. Nijedan simptom ne dominira dovoljno da se formira dijagnoza određenog tipa (16).

1.5.5. Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija dugo traje. Negativni simptomi poput osjećaja zaravnjenosti, alogije, anhedonije i avolucije prevladavaju u kliničkoj slici. Smanjeno iskazivanje osjećaja, psihomotorička usporenost, smanjena komunikacija i kontakt očima upućuju na rezidualnu shizofreniju. Bolesnik zanemaruje sve što ga je veselilo i sve obaveze uključujući i higijenu (16).

1.5.6. Shizofrenija simplex

Simplex forma se polako formira, s ponekim zakazivanjem u svakidašnjici. Neproduktivna je forma shizofrenije koju karakterizira postupan početak i kroničan tijek bez izmjene remisija. Negativni simptomi dominiraju kliničkom slikom te se pozitivni mogu javiti tek nakon dužeg vremenskog perioda. Bolesnik zanemaruje sve svakodnevne aktivnosti primjenjene njegovoj životnoj dobi, kao i osobnu higijenu. Osoba koja pati od ovog oblika bježi u svoj svijet. Dolazi do autizama, afektivne tuposti i atimije. Dovodi do opustošenja ličnosti (16, 19).

1.6. Dijagnoza

Dijagnoza se temelji na anamnezi, kliničkoj slici, psihijatrijskom intervjuu i dijagnostičkim kriterijima. U svijetu se koristi Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-V) Hrvatski liječnici koriste MKB-10 u svakodnevnoj praksi, dok se DSM-V više primjenjuje u kliničkim istraživanjima (7,16).

1.6.1. Karakteristični simptomi shizofrenije prema MKB-10

Za dijagnozu shizofrenije prema kriterijima MKB-10 nužna je prisutnost:

1) Najmanje jednog od sljedećih simptoma:

- Nametanje ili oduzimanje misli, jeka ili emitirane misli
- Sumanutost kontrole, utjecaja ili pasivnosti koja se jasno odnosi na tijelo ili pokrete tijela, specifične misli, akcije ili senzacije te sumanute percepcije
- Slušne halucinacije koje komentiraju bolesnikovo ponašanje, međusobno razgovaraju o bolesniku ili slušne halucinacije koje dolaze iz drugog dijela tijela
- Trajne bizarne sumanutosti koje su nemoguće ili nesukladne bolesnikovoj kulturi i intelektu. Bolesnik komunicira s izvanzemaljcima ili slično, ima nadljudske sposobnosti te nemogući politički, znanstveni ili religiozni identitet.

2) Barem dva od ovih simptoma:

- Perzistentne halucinacije bilo kojeg modaliteta koje su praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog sadržaja ili ustrajne precijenjene ideje koje se pojavljuju svaki dan tijekom nekoliko tjedana, najmanje mjesec dana
- Disocirano mišljenje, inkoherentan i dezorganiziran govor, neologizmi
- Katatono ponašanje kao što je zakočenost tijela, bizarni i neprirodni položaj tijela, uzbuđenost...
- Negativni simptomi kao što su apatija, alogija, osjećaj zaravnjenosti, socijalna izolacija

- Značajne i trajne promjene u ponašanju: gubitak interesa, besciljnost, zaokupljenost sobom, socijalno udaljavanje

Za dijagnozu bolesti potrebna je prisutnost najmanje jednog od prve skupine simptoma ili najmanje dva simptoma druge skupine u trajanju od najmanje mjesec dana (16, 20).

1.6.2. Karakteristični simptomi shizofrenije prema DSM-V

Klasifikacija DSM-V podrazumijeva minimalno dva od sljedećih simptoma, s naglaskom da se svaki pojavljuje velik dio vremena tijekom jednomjesečnog razdoblja ili manje ako je uspješno liječen (16):

- sumanutost
- halucinacije
- disocirani govor
- jako dezorganizirano ili katatono ponašanje
- negativni simptomi.

Duljina trajanja simptoma od jednog dana do najviše mjesec dana označava kratke psihotične poremećaje. Simptomi koji traju od jednog do šest mjeseci označavaju shizofrene psihotične poremećaje, dok sve iznad šest mjeseci učestalosti označava shizofreniju. Bitno je naglasiti kako je od pojave simptoma smanjena razina funkcioniranja u radnom okruženju te socijalnom i privatnom planu. Važno je da navedeni problemi nisu uzrokovani drugim poremećajima ili da nisu nastale uslijed zluoupotrebe lijekova. Shizofrenija je heterogeni klinički sindrom koj uključuje kognitivne, emocionalne i bihevioralne disfunkcije. Nijedan simptom nije samostalno dostatan za dijagnozu shizofrenije. Dijagnoza nastaje uslijed skupa znakova i simptoma koji negativno utječu na radno i socijalno ophođenje (21).

1.6.3. Dijagnostičke metode

Kao i kod svih duševnih bolesti, ne postoje standardizirane laboratorijske pretrage kao za primjerice, hipotireozu. U praksi se uobičajeno rade sljedeće pretrage: KKS, analiza mokraće, testovi funkcije štitne žlijezde, jetrene transaminaze, EKG, CT, EEG, MR te neuropsihologijsko testiranje. Navedene pretrage pomažu u razabiranju simptoma neke bolesti koji nalikuju simptomima shizofrenije, npr. tumor CNS- a (16).

1.7. Liječenje shizofrenije

Budući da je etiologija bolesti nesigurna, liječenje shizofrenije obavlja se simptomatski. U klasifikacijama bolesti, nijedan simptom ili skupina nisu isključivo tipični za shizofreniju. Zbog toga se kaže da je shizofrenija bolest gdje pojedini bolesnici mogu imati sve simptome, ali nijedan simptom nije prisutan u svih bolesnika (18). Neki od izbora liječenja su biologijski (lijekovi, elektrostimulativna terapija, neuromodulatorna terapija i neuroregenerativna terapija), socioterapijski i psihoterapijski. Prava ravnoteža između ova tri pristupa donosi najuspješnije rezultate. Izbor terapije određuje se pomoću procjene kliničkog stanja bolesnika i dostupnih načina liječenja. Odgađanje liječenja i neredovito uzimanje terapije smanjuju šanse za uspješno liječenje, te se zbog toga treba što ranije početi s njim. Dobra suradnja liječnika i pacijenta je temelj za otkrivanje najbolje kombinacije terapije (22). Kada su 1952. Delay i Daniker otkrili antipsihotike, pojavile su se nove mogućnosti liječenja shizofrenije. Najveći odraz toga je bilo smanjenje hospitaliziranih bolesnika. Ubrzo su antipsihotici postali " *conditio sine qua non*" (16). Nažalost, u akutnoj fazi bolesti, neophodno je liječenje u ustanovama. Prvotni cilj u liječenju je ublažiti simptome akutne faze i spriječiti remisiju. Naravno, važno je naglasiti da su, osim lijekova, nužni resocijalizacija i ponovno obavljanje svakodnevnih aktivnosti za koje je bolesnik izgubio interes. Zbog toga se uvode i psihosocijalna, radna i okupacijska terapija.

1.7.1. Antipsihotici

Otkriće klorpromazina kao efektivnog lijeka u terapiji shizofrenije i akutne manije bila je svojevrsna revolucija dvadesetog stoljeća. Prije Delayovog i Denikerovog otkrića, shizofreni pacijenti su bili primorani živjeti u psihijatrijskim ustanovama cijeli život. Antipsihotici ili neuroleptici ne liječe bolest samu po sebi, već njene simptome. Konzumacija je obično svakodnevna u obliku tableta, dok su neki tekući te se apliciraju intramuskularno, 1-2 puta mjesečno (depo terapija). Depo terapija (paliperidon, olanzapin, risperidon) je zahvalna kod nesuradljivih bolesnika i relapsa bolesti. Mana je neprecizno doziranje (18, 24). Zbog specifičnosti simptoma, svaki bolesnik ima individualan pristup liječenju. Budući da ne postoje dva ista slučaja bolesti, uzimajući u obzir anamnezu, kliničku sliku i zdravstveni status, liječnik izabire pravu terapiju za svakog pacijenta. Kako novi antipsihotici djeluju ne samo na pozitivne, već i na afektivne, negativne i kognitivne smetnje, preporučuju se za novootkrivene slučajeve (4). Povratak u stvarni svijet je omogućen uz redovito uzimanje antipsihotika. Međutim, mnogi su bolesnici neredoviti u uzimanju terapije. Ublažavanje simptoma može zavarati bolesnika da je izliječen te to biva čestim razlogom samovoljnog prekida terapije. Obitelj i okolina bolesnika moraju pravilno reagirati u takvim situacijama da ne bi došlo do remisije. Antipsihotici su lijekovi koji djeluju na dopaminske i serotoninske receptore kemijskih prijenosnika u mozgu za koje se vjeruje da imaju najveću ulogu u nastanku shizofrenije. Razlikujemo klasične i nove antipsihotike (9). Klasični antipsihotici (I. generacija lijekova) su nastali sintezom klorpromazina (haloperidola, promazin, flufenazin, perazin). Oni djeluju na dopaminske receptore D2 te imaju snažno djelovanje na pozitivne simptome te njihova odsutnost omogućava bolesnicima lažnu sliku o "izliječenosti", što u kombinaciji s nuspojavama, utječe na neredovito uzimanje terapije bolesnika. Gastrointestinalni, ekstrapiramidni, endokrini i seksualni poremećaji samo su jedni u nizu od brojnih nuspojava. Ekstrapiramidni poremećaji, koji se javljaju u 60 - 70% se manifestiraju kao grčevi mišića vrata ili kao nemogućnosti mirnog stajanja u mjestu podsjećajući tako na parkinsonizam. U ovakvim slučajevima nerijetko pomažu antikolinergici (23).

Novi antipsihotici (II. i III. generacija), za razliku od antipsihotika I. generacije, smanjuju mogućnost recidiva kao i pojave invaliditeta uslijed nastanka nuspojava. To smanjuje broj hospitalizacija, što je važan faktor u unaprjeđenju liječenja. Ekstrapiramidne nuspojave znanstvenici su izbjegli 80-ih godina sintezom klozapina. Kasnije se otkriva, veća mogućnost pojave agranulocitoze, što nove psihotike čini drugom linijom antipsihotika kod

rezistentnih kliničkih slika. Desetljeće nakon, sintetizirano je šest novih antipsihotika: olanzapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon, aripiprazol i paliperidon (2006.). Osim blokiranja dopaminskih receptora, novi antipsihotici blokiraju i serotoninske receptore te imaju selektivnu ulogu na dopaminske neurone blokirajući tako A10 regiju mezokortikolimbickog sustava, za koju se vjeruje da ima važnu ulogu u razvitku shizofrenije. Blokiranje A9 regije, zbog koje nastaju ekstrapirimidni simptomi, manje je izraženo (24). Ipak nuspojave antipsihotika II. i III. generacije, su zanemarive u odnosu na one I. generacije i očituju se glavoboljom, nesanicom itd (25).

Visokopotentni antipsihotici omogućavaju ciljni učinak primjenom niskih doza (disocirano mišljenje), a niskopotentni i srednje potentni kod visokih doza (nemir, poremećaj spavanja). Ovakvi se lijekovi najčešće kombiniraju (18).

1.7.2. Antidepresivi

Avolicija i anhedonija neki su od simptoma depresije gdje antidepresivi imaju najveći učinak. Nestaje osjećaj straha, podižu raspoloženje i motivaciju poslije nekoliko tjedana od početka terapije. Umor, pospanost, zatvor samo su neke od niza nuspojava. Neki od antidepresiva su paroksetin, mirtazapin i moklobemid (9).

1.7.3. Psihosocijalna, radna i okupacijska terapija

Psihosocijalna terapija educira bolesnika o vještinama savladanja svakodnevnih izazova. Psihosocijalna terapija, u kombinaciji sa farmakoterapijom vodi k uspješnoj kontroli bolesti. Cilj je osposobljavanje bolesnika za svakodnevan život s ciljem smanjenja socijalne izolacije. Cilj je postignut ukoliko oboljeli nastavi s važnim životnim ciljevima poput školovanja i karijere (16).

Radna terapija je spoj motivacije i pripreme za rad. Najčešće se obavlja prije otpuštanja. Bolesnici pomažu jedni drugima te pružaju potporu budući da oni nemaju predrasuda kakvih ima vanjski svijet (18).

Okupacijska terapija omogućava bolesniku skretanje misli sa simptomima i životnim problemima, osvještavajući njegovu kreativnost. Terapija se provodi slikanjem, tkanjem, modeliranjem itd. (18).

1.8. Odnos sestre i pacijenta

Temeljne norme zdravstvene njege za bolesnike sa shizofrenijom su:

a) BOLESNIK= OSOBA + BOLEST

Medicinska sestra prihvaća bolesnika kao cjelovito biće, brinući se tako o njegovim osnovnim potrebama, a ne o njegovoj bolesti. Svaka biološka, psihološka, socijalna i kulturna potreba bolesnika biva u centru pozornosti.

b) Prihvatanje bolesnika onakvim kakav jest, kao jedinstvene ljudske jedinice, sa svim vrijednostima, manama i osobitostima.

c) Uvažavanje slobode izbora, jačanje samopoštovanja, čuvanje tajne. Pacijent zahtijeva poštovanje, bez obzira na njegovu bolest. U akutnim stanjima, pak, zbog zaštite bolesnika i okoline, potrebno je fizički imobilizirati bolesnika što predstavlja davanje slobode bolesniku samo ukoliko je pacijentovo ponašanje sigurno za njega i njegovu okolinu.

d) Pomoć pri učenju boljih načina ponašanja. Medicinska sestra mora poticati prihvatljivo ponašanje bolesnika prema liječenju, obitelji, okolini i sustavu.

e) Terapijska komunikacija

Hospitalizacija za svakoga, pa i za shizofrenog bolesnika, predstavlja niz negativnih psiholoških doživljaja poput straha, nepovjerenja, napetosti i bezvoljnosti. Te emocije, u kombinaciji s bolešću, prepreka su bolesniku za sudjelovanje u socijalnoj sredini. Kvaliteta komunikacije sestre i pacijenta ovisi o pacijentovom prihvatanju novog okruženja. Ako pacijent prihvati bolničku sredinu, on ujedno prihvaća i potrebno liječenje te time dolazi do mijenjanja njegovog odnosa prema sebi i svojoj bolesti nabolje. Medicinska sestra može uspostaviti terapijski, antiterapijski i neutralan pristup bolesniku. Terapijski učinak postiže zahvaljujući povoljnom utjecaju na bolesnika i njegovo liječenje, dok antiterapijski nepovoljno utječe na bolesnika. Neutralan pristup ne ostavlja ni povoljan ni negativan učinak na bolesnika. Da se naslutiti kako je odnos koji želimo postići između medicinske sestre i bolesnika, upravo terapijski. Takav odnos se gradi i skoro nikad se ne događa sam od sebe. Na

početku je najčešće bolesnik indiferentan ili čak konfliktan. Medicinska sestra mora imati pozitivan stav, bez predrasuda i straha kako bi olakšala i sebi i pacijentu njegov boravak u bolnici. Humanost, strpljivost i razumijevanje su najvažnije odlike medicinske sestre. Ne smije zaboravljati na etički kodeks i ljudska prava bolesnika (pravo na dostojanstvo, pravo na informaciju, povjerljivost medicinske dokumentacije i dr.) Kada sestra poštuva bolesnika, i on sam počinje osjećati jačanje samopoštovanja što omogućuje uspješno liječenje. Shizofreni i ostali duševni bolesnici više su nekritični prema svojoj bolesti od somatskih bolesnika. Ključno je da pacijent povjeruje da mu sestra želi pomoći te da ima dobre namjere. Važno je da je pacijent okružen prijateljskom i ugodnom atmosferom, punom tolerancije i poštivanja u cilju pacijentovog socijalnog sazrijevanja. Medicinska sestra mora biti stručna i profesionalna, te se kulturno odnositi prema bolesniku, poštujući njegova prava. Sve djelatnosti moraju biti usmjerene ka boljitku bolesnika, onemogućavajući tako sebi eventuelni negativni kontratransfer te maksimalno nastupati racionalno u trenucima kada je najteže, kada pacijent ispoljava negativne emocije. Prvi korak u pristupanju medicinske sestre ka bolesniku je predstavljanje, objašnjavanje svoje uloge i utvrđivanje pravila ponašanja. Nužno je persiranje bolesniku. Poseban je naglasak i na neverbalnog komunikaciji koja također ne smije oštetiti bolesnika u nijednom smislu. Naglasak je na ohrabivanju bolesnika i stvaranju atmosfere pune razumijevanja. Takvim nesvjesnim djelovanjem na bolesnika se postiže terapijski učinak. Terapijski učinak se postiže kada pacijent usvaja nova znanja i vještine, postaje samosvjestan, raste mu samopoštovanje i samopouzdanje, autonoman je, popravljaju mu se raspoloženje i otklanja se agresivno ponašanje. Vidljiva je želja u promjeni ponašanja i boljoj orijentaciji u vremenu i prostoru. Terapijska komunikacija omogućava djelovanje na misli, osjećaje i ponašanje isključivo u pozitivnom smislu. Budući da je pacijent osjetljiv na neverbalnu komunikaciju, nužno je uzeti u obzir kako naša mimika i gestikulacija odaju naše mišljenje o njemu. Sukladno tomu, izbjegavanje kontakta očima i nametanje autoriteta je nepovoljno. Kao da tražimo dopuštenje od bolesnika, moramo birati mjesto i vrijeme razgovora samo onda kada se osjećamo dobrodošli u njegovom prisutstvu (5, 14, 24).

1.8.1. Sestrinske dijagnoze

Prije intervencija medicinske sestre, potrebno je postaviti sestrinske dijagnoze. Najuobičajnije sestrinske dijagnoze su: anksioznost, zanemarivanje higijene, poremećena

senzorna percepcija, poremećaj spavanja i misaonog procesa, strah, nemir, nepravilna prehrana, socijalna izolacija, smanjena društvena interakcija, loša verbalna komunikacija, visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili drugima i nepridržavanje zdravstvenih uputa (5, 14, 24).

1.8.1.1. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija očituje se kada se pacijent osjeća usamljeno i izražava potrebu za većom socijalnom interakcijom, ali nije sposoban uspostaviti kontakt (5).

Kritični čimbenici su: psihički poremećaj, dugotrajna izloženost stresu, bolničko liječenje, odsutnost obitelji ili druge podrške i nepovoljna ekonomske situacija.

Vodeća obilježja su: izražavanje osjećaja usamljenosti, nesigurnost u socijalnim situacijama, izražavanje nedostataka kvalitetnih međuljudskih odnosa, formuliranje potrebe za druženjem, osjećaj tuge i dosade, neprimjereni ili nezreli interesi i aktivnosti za dob, izbjegavanje kontakta očima, povlačenje u sebe, verbalizacija nelagode u socijalnim situacijama, neprihvatljivo društveno ponašanje i izražavanje osjećaja različitosti (26).

Ciljevi:

- Pacijent će definirati razloge osjećaja usamljenosti.
- Pacijent će razviti suradljivi odnos.
- Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima.
- Pacijent će provoditi vrijeme s drugim pacijentima.

Intervencije:

- Posvetiti pacijentu dodatno vrijeme.
- Uspostava suradljivog odnosa.
- Poticanje pacijenta na izražavanje emocija.
- Poticanje pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa.

- Poučavanje pacijenta asertivnom ponašanju.
- Ohrabrivati pacijenta.
- Pohvaliti napredak.
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba.
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju (24).

1.8.1.2. Nepridržavanje zdravstvenih uputa

Po definiciji, neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa ponašanje je bolesnika gdje on ne prepoznaje rizike i ne traži pomoć da očuva zdravlje ili ne održava dobivenu podršku. To je nezadovoljavajuća promjena dnevne rutine u svrhu postizanja zdravstvenih ciljeva (26).

Kritični čimbenici su: narušeno zdravlje, loše zdravstvene navike, kongitivne ili perceptivne smetnje, neupućenost, loša socijalna situacija i otežana komunikacija

Vodeća obilježja su: nedostatak znanja, verbaliziranje pogrešnih podataka, negiranje potrebe za učenjem, izostanak reakcije na simptome i znakove i nemogućnost provođenja dobivenih uputa.

Ciljevi:

- Pacijent će izraziti želju i motivaciju da poradi na ponašanju.
- Pacijent će izraziti željena znanja.
- Pacijent s razumijevanjem govori o naučenim sadržajima.
- Pacijent će demonstrirati usvojene vještine.

Intervencije:

- Educirati pacijenta o važnosti promjene ponašanja i usvajanje znanja o pravilnoj prehrani, zdravom načinu života, higijeni i redovitim pregledima.
- Stvoriti odnos povjerenja i suradnje.

- Osigurati mirni prostor tijekom razgovora.
- Omogućiti pacijentu objašnjavanje njegovih potreba i želja.
- Vlastitim profesionalnim izgledom i ponašanjem biti primjer pacijentu.
- Pri poučavanju uvažiti pacijentove mogućnosti i sposobnost koja posjeduje.
- Poučavati pacijenta po principu " od poznatog prema nepoznatom".
- Poticati pacijenta na postavljanje pitanja.
- Pohvala napretka (24).

1.8.1.3. Anksioznost

Anksioznost je nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotoričkom napetošću, panikom i tjeskobom najčešće uzrokovan prijetećom opasnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojima se pojedinac ne može suočiti (5).

Kritični čimbenici su: promjena okoline i rutine, izoliranost, smanjena mogućnost kontrole, strah, interpersonalni konflikt i nepoznati čimbenici.

Vodeća obilježja su: razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežana komunikacija i suočavanje s problemom, smanjena komunikativnost, glavobolja, otežan san, pojačano znojenje i sklonost ozlijeđivanju.

Ciljevi:

- Pacijent će prepoznati i verbalizirati znakove i čimbenike rizika.
- Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznošću.
- Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalni empatijski odnos.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti.
- Opaziti neverbalne dokaze anksioznosti i evidentirati ih(smanjena komunikativnost, razdražljivost, agresija).
- Pacijentu predstaviti okolinu, aktivnosti, osoblje i ostale pacijente..

- Podučiti pacijenta o postupcima koje će se raditi.
- Upotrebljavati jednostavan jezik tijekom učenja pacijenta.
- Održati red u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
- Osigurati mirnu i tihu okolinu.
- Omogućiti pacijentu da sudjeluje u odlukama.
- Potaknuti pacijenta da prepozna anksiozne situacije.
- Potaknuti pacijenta na iskazivanje osjećaja.
- Izbjegavati površnu potoru.
- Pomoći i poučiti pacijenta o postupcima smanjivanja anksioznosti(vođena vizualizacija ugodnih trenutaka, vježbe dubokog disanja, okupacijska terapija, humor, terapijska masaža i dodir).
- Poučiti pacijenta o pravilnom uzimanju terapije.
- Nadzirati uzimanje terapije (24).

1.8.1.4. Visok rizik za nasilje

Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i drugima karakterizira rizično ponašanje u kojem se očituje da pojedinac može biti psihički, fizički, emocionalno i seksualno štetan za sebe i druge (5).

Kritični čimbenici su: deluzije, sumanutost, halucinacije i iluzije, poremećaj svijesti, dezorijentacija, zbunjenost, impulzivna reakcija, netočne percepcije okoline, anamnestički podatak agresivnog ponašanja, kriminalna radnja.

Vodeća obilježja su: čvrst stav, stiskanje šaka i čeljusti, hiperaktivnost, nedostatak zraka, prijeteći stavovi, manjak povjerenja, panika, razdražljivost, nervozan hod, agresivno ponašanje.

Ciljevi:

- Pacijent će kontrolirati ponašanje.
- Pacijent će verbalizirati svoje frustracije.
- Pacijent će demonstrirati pravilne načine suočavanja sa stresom.
- Pacijent će se ophoditi socijalno prihvatljivo.

Intervencije:

- Omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja.
- Iskazati empatiju.
- Podučiti pacijenta načinima kontrole ponašanja.
- Pružati mogućnost izbora.
- Zadržati smirenost .
- Kontrolirati situaciju.
- Osigurati dovoljno osobnog prostora.
- Izbjegavati dodirivanje pacijenta i dugotrajan kontakt očima.
- Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja.
- U slučaju napada postupiti prema protokolu ustanove.
- Osigurati umirujuću okolinu (privatnost, snižena razina buke, kontrola broja osoba prisutnih u prostoriji).
- Izraziti pozitivne povratne informacije.
- Ukloniti predmete iz okoline koje bi pacijentu mogle poslužiti za nanošenje ozljeda sebi ili drugima.
- Koristiti sigurne čaše i pribor za jelo.
- Pomoći pacijentu pri aktivnostima samozbrinjavanja.
- Ohrabrivati pacijenta u sudjelovanju u rekreacijskim aktivnostima.
- Poticati pacijenta na sudjelovanje u grupnoj terapiji (24).

1.9. Zdravstvena njega duševnih bolesnika

Uloga medicinske sestre je pomoći 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 (25). Zdravstvena njega ima korijene u osnovnim ljudskim potrebama. Sestra pomaže pojedincu da: normalno diše, konzumira hranu i tekućinu, eliminira otpadne tvari, kreće se i zauzima odgovarajući položaj tijela, odmara se, spava, odijeva, održava termoregulaciju, održava higijenu, izbjegava opasnosti, komunicira s okolinom, obavlja svrsishodan rad, sudjeluje u rekreativnim aktivnostima, uči i zadovoljava znatiželju što pridonosi normalnom razvoju. Na izbor intervencija sestrinske njege djeluju: psihopatološko stanje, osobine ličnosti, dob, društveni i kulturni status bolesnika, njegove

tjelesne i intelektualne sposobnosti. Zdravstvena njega duševnih bolesnika sastoji se od svih čimbenika zdravstvene njege i specifične zdravstvene njege (5).

1.9.1. Održavanje osobne higijene

Zanemarivanje vanjskog izgleda i higijene nije strano bolesnicima koji pate od shizofrenije. Razlozi leže u otuđenosti od realiteta, avoliciji, nemoći ili neznanju. Medicinska sestra mora poticati bolesnika na svakodnevnu brigu o svom izgledu i higijeni. Ključ je u strpljenju, obzirnom i polaganom pristupu, te eventualnoj pomoći. Ako uspjeh nije odmah moguć, treba ustrajati dok to ne postane. Ovdje se izuzimaju ležeći bolesnici koju zahtijevaju veći angažman sestre (5).

1.9.2. Smještaj bolesnika

Pokretni bi pacijenti trebali sami namještati krevete ili uz pomoć, odnosno kontrolu sestre. Uobičajan je i dogovor unutar terapijske zajednice gdje se zadužuje jednog od bolesnika da pregledava krevete na odjelu i ocjenjuje urednost. Bolesnik koji obnaša tu dužnost osjeća se korisnim i odgovornim, a ostali su bolesnici potaknuti na urednost i stjecanje radne navike. Omogućava im se ispunjenje slobodnog vremena i osjećaj urednosti. Medicinska se sestra dužna pobrinuti, osim za čistoću kreveta i sobe, i za ugodan ambijent. Fizička opremljenost sobe i osvjetljenost utječu na raspoloženje pacijenta i osjećaj pripadnosti. Velik je izazov omogućiti takvo okruženje koje osigurava pozitivan stav prema novoj sredini te je to također dio terapijskog učinka (5).

1.9.3. Kontrola prehrane i težine bolesnika

Kvalitativni i kvantitativni poremećaji prehrane učestali su kod shizofrenih bolesnika. Neki bolesnici odbijaju konzumiranje hrane te su osuđeni na nazogastrične sonde i infuzije. Iz tog razloga, poželjno je da sestra bude prisutna za vrijeme hranjenja jer time kontrolira pacijentov unos hrane i ponašanje tijekom i nakon uzimanja obroka. Smanjen apetit,

sumanute ideje mogućnosti trovanja hranom, psihomotorna usporenost i nihilističke sumanute ideje (nema usta ili želudac) samo su neki od mnogo razloga odbijanja hrane. Bolesnika koji ima kvantitativni poremećaj prehrane treba paziti i nadzirati posebno nakon jela u cilju uočavanja eventualnog izazivanja povraćanja, uzimanje purgativa i sl. Također, i odbijanje prisutstva osobe koja dijeli hranu može biti razlog slabe prehrane. Velike muke je potrebno uložiti u hranjenje bolesnika, a nazogastrična sonda i infuzija trebaju biti zadnja opcija (5).

1.9.4. Podjela terapije

Podjela terapije mora biti strogo kontrolirana. Neki pacijenti pretjeruju s konzumiranjem terapije, neki je neredovito uzimaju ili skroz odbijaju. Nije ni stran slučaj sakupljanja terapije, čuvanja i pokušaja suicida s lijekovima. Kada se bolesnik subjektivno osjeća dobro, ili kada poriče svoju bolest, on često odbija uzimanje terapije. Dodatni razlozi koji tome pogoduju su nuspojave i loša iskustva, strah od lijekova ili nerazumijevanje razloga i načina liječenja. U podjelu terapije uvijek idu dvije sestre i ne smiju napustiti sobu dok pacijent pred njima ne uzme lijek. U nekim slučajevima sestra pregledava usnu šupljinu kako bi pregledala nije li pacijent možda "sakrio" lijek ispod jezika ili drugdje u usnoj šupljini. Lijekovi i boce za infuziju ne smiju biti ostavljeni na noćnom ormariću, a lijekovi se moraju čuvati na odjelu daleko od bolesnika u ormariću pod ključem. Opravdanja kojima se najviše koristi bolesnik kako bi izbjegao terapiju su nedostatak čaše, traženje dodatne terapije ili pak, izbjivanje s odjela za vrijeme podjele. Kolica s terapijom moraju biti pod strogom kontrolom. Ukoliko pacijent čvrsto odbija terapiju, treba uvesti parenteralnu primjenu (i.m., i.v.). Depo preparati su pogodni u ovakvim slučajevima. Liječenje shizofrenih bolesnika je dugotrajno ili trajno. Često se događa, u slučajevima kada pacijent nema simptoma i osjeća se bolje, da na svoju ruku prekida terapiju što, naravno, dovodi do recidiva. Medicinska sestra je dužna upozoriti bolesnika na to, kao i na nuspojave pojedinih psihofarmaka (suhoća usne šupljine, pojačana salivacija, smetnje mokrenja, hipotenzija, umor, pospanost, tremor, itd.) (5).

1.9.5. Kontrola fizioloških funkcija

Kontrola fizioloških funkcija odnosi se na kontrolu eliminacije i na san i spavanje. Za bolesnike sa psihoorganskim sindromom, bilo bi dobro uvesti dijetalnu prehranu, laksative ili klizmu. Učestale su retencija i inkontinencija urina, kao i poteškoće mokrenja nastale uslijedom uzimanja psihofarmakoterapije su učestale. Poremećaji sna odnose se na nesanicu, buđenje noću ili buđenje rano ujutro bez mogućnosti ponovnog usnivanja. Najčešći uzrok je depresija. Nesanica se dijeli na teškoću usnivanja, teškoću prosnivanja i prerano buđenje. Terapija hipnoticima i njeno pravovremeno konzumiranje mogu imati negativan učinak na spavanje. Manični bolesnici spavaju malo, obično 2-3 sata, a na to loše utječu i noćne more te strah od usnivanja. Medicinska sestra je dužna pratiti spavanje bolesnika te o tome obavijestiti terapijski tim (5).

1.9.6. Praćenje stanja bolesnika

Praćenje stanja bolesnika podrazumijeva promatranje vanjskog izgleda, ponašanja, analizu verbalne i neverbale komunikacije (fluentnost, mimike, gestikulacije, prisutnost bizarnih sadržaja...). Bitno je uočiti i kognitivne funkcije bolesnika. Raspoznavamo kvalitativni poremećaj svijesti (delirij, fuge, sumračna stanja) i kvantitativni poremećaj (somonolencija, sopor, koma). Nužno je prepoznati i formalne poremećaje mišljenja (oduzimanje misli, disocirano mišljenje itd.) i sadržajne poremećaje mišljenja (sumanute misli, nerealne misli), kao i obmane osjetila. Medicinska sestra mora procijeniti i raspoloženje bolesnika i afektivno-voljne funkcije (bijes, strah, anksioznost, paratimija itd.), kao i psihomotriku (hipokinezija, katatoni nemir, stereotipije...). Shizofreni su bolesnici skloni simulaciji, agravaciji i disimulaciji. Simulacija je prikazivanje simptoma bolesti koji ne postoje, a disimulacija umanjivanje simptoma. Agravacija je prikazivanje simptoma težima nego što jesu. Ovim ponašanjima bolesnik želi postići izlazak iz bolnice ili pak ostajanje. Treba razlikovati simulaciju od hipohondrijskih ideja. Nadalje, važna zadaća medicinske sestre je i uočavanje nuspojava farmakoterapije i praćenje vitalnih funkcija i somatskih bolesti. Sve navedeno pomaže medicinskoj sestri u planiranju zdravstvene njege i intervencija. Odnos bolesnika prema liječenju, drugim pacijentima i kućnom redu također je pokazatelj njegovog psihičkog stanja. Medicinska sestra već pri prijemu treba uvidjeti

reakciju bolesnika na hospitalizaciju, stupanj anksioznosti ili suradljivosti. Dok pacijent spava, medicinska sestra promatra disanje, učinak noćne medikacije i probleme spavanja. Po ustajanju se promatra je li pacijent naspavan ili je solmolentan, te kakva mu je jutarnja higijena. Tijekom dijeljenja terapije vidljiv je stav bolesnika prema uzimanju lijekova, a tijekom obroka, apetit i ponašanje tijekom hranjenja. U vrijeme posjeta, medicinska sestra prati reakciju bolesnika na posjete, te njegovo stanje prije i nakon njih. Uočava i zainteresiranost, odnosno nezainteresiranost u radnim i okupacijskim terapijama, te u kojoj je mjeri bolesnik suradljiv u procesu liječenja (5).

1.9.7. Priprema bolesnika za dijagnostičke pretrage

Najbitnija stavka kod odlaženja pacijenta na dijagnostičke pretrage je ta da pacijent nikako, ni u kojem trenutku, ne smije biti sam. Medicinska sestra bi trebala stalno biti uz pacijenta, obavijestiti ga o potrebi pretrage, te načinu na koji se obavlja pretraga te tijekom nje biti uz njega i pružati mu podršku. Sumanute ideje najveća su prepreka podvrgavanju pacijenta dijagnostičkim pretragama. Pacijent se boji da će mu liječnik izvaditi organe ili ugraditi nešto u tijelo. Zbog toga je važno pojačati terapiju prije pretrage. Ako je pacijent, pak, previše uplašen i uzrujan, treba odgoditi pretragu ako nije neophodna. Isto tako, kod svih intervencija medicinske sestre koje uključuju mjerenje vitalnih funkcija, vađenje krvi, kateterizaciju i slično, potrebno je pripremiti pacijenta. Svaki je bolesnik uplašen prije i tijekom bilo kakvog zahvata, a kamoli duševni bolesnik. Svaki pacijent zahtijeva individualan pristup i dovoljno vremena. Naglasak u pristupu medicinske sestre je na razumijevanju pacijentovih emocija, a ne na njihovom omalovažavanju (5).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati pristup primalje pacijentici koja boluje od shizofrenije. Budući da je posao primalje delikatan samim time što primalja uvijek skrbi za najmanje dva pacijenta (majku i dijete), bitno je prikazati njenu ulogu i kod specifičnih dijagnoza majke. Rad primalje tijekom trudnoće i poroda, te u puerperiju je ključan i važno je osvijestiti i educirati mlade primalje o ovakvim slučajevima.

3. RASPRAVA

3.1. Primaljska skrb kod trudnice sa shizofrenijom

3.1.1. Seksualnost

Počevši od 1980., provedena su sustavnija ispitivanja seksualnih stavova među ženama sa shizofrenijom. Pacijenti su institucionalizaciju navodili kao prepreku spolnosti (27). U jednom su istraživanju sudjelovale 23 kronično institucionalizirane pacijentice koje su živjele na odjelu psihijatrije i bile starosti 20- 58 godina. Cilj istraživanja bilo je pružanje početnih sustavnih podataka o stavovima kroničnih slučajeva shizofrenije u žena prema spolu, trudnoći, kontroli rađanja i odgoju djece. Istraživanje je provedeno nad pacijenticama sa Instituta za mentalno zdravlje Middle Tennessee. Sve su ispitanice primale neuroleptike najmanje 3 mjeseca prije nego što su bile intervjuirane. Sve su imale neke povlastice izvana, što im je omogućavalo nenadzirani kontakt s muškim pacijentima. Ispitanice su bile neprekidno hospitalizirane najmanje 3 mjeseca. Sa svakom je pacijenticom razgovarala medicinska sestra s odjela koja se dobro upoznala s pacijenticama tijekom mnogih mjeseci, pa čak i godina njege. Razgovori s pacijenticama ukazali su na to da je većina bila zaintrigirana seksom te se bavila seksualnim aktivnostima. Trinaest je pacijentica izjavilo da bi željele imati aktivan seksualan život. Dvije su žene bile udate. Četrnaest je žena željelo zatrudnjeti, a dvanaest je već imalo djecu. Broj djece kretao se do 9. U vrijeme intervjua, 2 žene nisu koristile kontraceptive, 9 ih je koristilo hormonsku terapiju, jedna je imala spiralu, a dvije ligaciju jajovoda. Jedna je žena bila histerektomirana, a osam ih je već prošlo menopauzu. Nakon opisivanja vrste muškaraca koja im je privlačna, 16 žena je izjavilo da se ne bi ustručavale imati spolni odnos s takvim muškarcem ako bi im se ukazala prilika. Petnaest članica je izjavilo kako je imalo spolni odnos tijekom protekla tri mjeseca. Učestalost odnosa kretala se od jednom tijekom čitava tri mjeseca do jednom dnevno tijekom tog razdoblja. Sestrinsko osoblje koje je radilo s tim ženama je procjenilo da ih je 14 vjerojatno bilo seksualno aktivno 3 mjeseca prije razgovora. Šest žena je izjavilo kako trenutno žele ostati trudne, a osam kako bi to željele u budućnosti. Devet je iskazalo kako ne žele zatrudnjeti. Sve su tri žene koje su kirurški sterilizirane rekly kako žele zatrudnjeti i imati više djece. Unatoč preciznom opisu kontrole rađanja, kada su žene ispitivane o njenim prednostima, samo ih je deset shvatilo kako će im to pomoći u izbjegavanju trudnoće. Činilo se da malo tko

prepoznaje svoj ograničeni potencijal da budu adekvatni roditelji. Ispitanici su često davali bizarne ili netočne odgovore na pitanja iz razgovora, ukazujući na to da je psihopatologija utjecala na njihove ideje o kontracepciji, trudnoći i odgoju djece (28). Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća, došlo je do promjena u društvenom kontekstu, poboljšanja zdravstvene zaštite i farmakoterapije što je omogućilo duboke promjene u spolnom i reproduktivnom životu žene sa shizofrenijom. Prije 1950-ih, seksualnost je bila ograničena za žene sa shizofrenijom. Jedan od najvažnijih razloga bio je nedostatak pristupa braku. U kulturni kontekst koji je stigmatizirao izvanbračni seks. Brak je u to doba za mnoge ljude bio jedini prihvatljiv kontekst za spolni odnos. Ljudi koji pate od shizofrenije su imali manje šanse da se ožene nego ljudi bez mentalnih bolesti, pa su prema tome, bili su manje seksualno aktivni. Institucionalizacija oboljelih od shizofrenije pojačala je seksualnu neaktivnost obeshrabrujući ili zabranjujući spolne veze. Povremeno bi se vanbračna trudnoća dogodila u psihijatrijskim ustanova. Uz dostupnost oralnih kontraceptiva, mnoge psihijatrijske ustanove promjenile su stav kako bi dopustile više spolno miješane društvene aktivnosti i kućne propusnice. Nakon toga, dolazi do ubrzanja deinstytucionalizacije. Devedesetih godina, broj kreveta se u javnim psihijatrijskim bolnicama smanjio za 80% u odnosu na njihov broj iz 1955. Život u zajednici je znatno povećao mogućnost za seksualne susrete. Zbog rodni i reproduktivnih razlika, ove su promjene utjecale na žene drugačije nego na muškarce. Ženske pacijentice imaju kraći boravak u bolnici i manje rehospitalizacija, te bolje funkcioniraju u društvu od muškaraca. Relativna plodnost žene s teškim mentalnim bolestima povećava se paralelno s deinstrucionalizacijom. Istraživači koji proučavaju više slučajeva u populaciji otkrili su visoke stope seksualnog iskorištavanja, kao i rizično ponašanje među ženama sa shizofrenijom. Česti su slučajevi pružanja seksualnih usluga u zamjenu za novac ili materijalna dobra. Poznat je podatak da je oko 45 posto ispitanica koristilo droge ili alkohol tijekom seksa, dok je oko 20 % imalo homoseksualne susrete. Zbog ovakvih rezultata, visok je rizik od HIV infekcija. Primjećeno je i da su bolesnici sa shizofrenijom imali mnogo nedoumica o spolnoj anatomiji i fiziologiji te se činilo kao da im nedostaje osnovnog rječnika za raspravu o seksu. Pokušaji seksualnog obrazovanja bili su kratkoročno učinkoviti, ali bez ponavljanja, stečena znanja i vještine vremenom propadaju. Učinci antipsihotika na seksualnost i srodne funkcije su također značajni u životu jedne žene. Pacijenti navode psihotropne lijekove kao faktor koji otežava njihov spolni odnos, interes ili sposobnost postizanja orgazma. Potencijalne nuspojave uporabe antipsihotika u žena su natečene dojke, galaktoreja i menstrualne nepravilnosti, kao i orgazmička disfunkcija i smanjen libido. Razlog leži u tome što je dopamin inhibitor prolaktina, te tako može poremetiti menstrualni ciklus i potiče galaktoreju

oko 30-70 % vremena. Velika povišenja, amenoreja u trajanju od šest mjeseci ili gubitak vidnog polja zahtijevaju pretrage za isključivanje adenoma hipofize. Glavni problem je zapravo kvaliteta seksualnih aktivnosti. U trenutnom društvenom kontekstu, mnoge žene sa shizofrenijom imaju kaotičan i nezadovoljavajući seksualni život. Loša prosudba, ograničena kontrola impulsa, poteškoće u stvaranju međuljudskih odnosa i visoke stope komorbidnih lijekova i ovisnost o alkoholu važni su faktori koji pridonose ovakvom stanju. Dodatan problem je što i one pacijentice koje ne žele zatrudnjeti, ne koriste kontracepciju (27).

3.1.1.1. Uloga primalje u edukaciji pacijentice o kontracepciji

Budući da je poznat podatak da je 50% trudnoća kod žena sa shizofrenijom neželjeno odnosno neplanirano, i da su skoro polovina žena sa shizofrenijom majke, važno je educirati takve pacijentice o odgovornom zdravstvenom ponašanju. Također je velik postotak neželjenog odnosa, te dosta žena sa shizofrenijom navodi kako većinu vremena ne uživa tijekom spolnog odnosa. Uloga primalje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te uloga primalje u rodilištu je educirati pacijenticu o kontracepciji, pogotovo ako nakon poroda dolazi do gubitka skrbništva. Važno je da primalja objasni pacijentici rizike neželjene trudnoće te neodgovornog spolnog ponašanja. Štoviše, primalja je dužna i objasniti pacijentici sve vrste kontracepcije te razgovarati s pacijenticom o onoj koja bi bila najpogodnija za nju. Bitno je stvoriti ozračje puno povjerenja i empatije kako bi se mogao voditi takav razgovor. Primalja treba pristupiti vedrim i dobronamjernim stavom. Tijekom razgovora mora pokazati razumijevanje pacijentičinih misli i stavova. Nakon razgovora, primalja mora evaluirati znanje koje je pacijentica prikupila (29).

3.1.2. Trudnoća

Glavno doba pojavnosti shizofrenije u žena je u dobi između 25 do 30 godina. To je ujedno značajno reproduktivno razdoblje. Čak 50-60% žena te dobi koje imaju shizofreniju će zatrudnjeti, a 50% takvih trudnoća će biti neplanirano ili neželjeno (30). Uočljiv je i porast stope plodnosti među ženama sa shizofrenijom. Učinci trudnoće, rizici propisivanja nasuprot nezadržavanju psihotropnih lijekova tijekom trudnoće i čimbenici rizika za potomstvo postaju pitanja koja sve više zabrinjavaju. Neke su studije istraživale učinke trudnoće na mentalno

zdravlje i dobrobit žena sa shizofrenijom. Promjene u mentalnom zdravlju tijekom trudnoće su uočljive. Čak je 59% žena izjavilo kako im se mentalno zdravlje pogoršalo, dok je 29% reklo kako im se mentalno zdravlje poboljšalo. Pogoršanje je uočljivije kod mlađih žena i među ženama čija je trudnoća neželjena. Što se tiče istraživanja potomstva, oko 10-15 % djece čiji su roditelji mentalno oboljele osobe sa shizofrenijom, razvit će shizofreniju, dok će 50% djece razviti neku vrstu psihičkog poremećaja. Čimbenici koji utječu na ovo su nedostatak prenatalne njege, prenatalna izloženost teratogenim ili toksičnim lijekovima i komplikacije u opstetici. Zbog toga je važno znati stope ovih potencijalno reverzibilnih čimbenika rizika. Također, utjecaji droge i alkohola u trudnoći ostavljaju traga na potomstvo. Doživotna prevalencija konzumiranja alkohola ili nedopuštenih droga kod bolesnika sa shizofrenijom iznosi oko 47%. Stope ovisnosti o nikotinu među bolesnicima sa shizofrenijom kreću se u rasponu 74 - 92 %, u usporedbi s 35 - 45% psihijatrijskih bolesnika općenito i 30-35% opće populacije. Oko 78% žena nastavlja sa zluporabom supstanci tijekom trudnoće. Žene sa shizofrenijom stoga rjeđe primaju prenatalnu skrb. Među ženama koje primaju prenatalnu njegu, psihički su simptomi možda podcijenjeni dijelom zbog straha od gubitka skrbništva. Tako dolazi do manje mogućnosti za intervenciju u slučaju komplikacija. Postotak neželjenih trudnoća kod žena sa shizofrenijom je znatno veći nego kod ostatka populacije. Isto tako, 33% žena oboljelih od shizofrenije izvještava o doživljenom seksualnom nasilju, što je znatno veća stopa nego kod žena koje nisu mentalno oboljele. Podskupina žena s posebnim rizikom, ona je u koju spadaju žene koje varljivo negiraju trudnoću. Psihoteično poricanje ima tendenciju da bude isprekidano i može se povezati s odbijanjem prenatalne njege, nepriznavanjem trudova, prebrzom porođaju i , u rijetkim slučajevima, neonaticidima. Ovakvo ponašanje je učestalije kod trudnica koje predviđaju nadolazeći gubitak skrbništva. Trudnoća može imati značajne učinke na dostupnost socijalne i profesionalne podrške. Mnoge psihijatrijske ustanove odbijaju prijem trudnica zbog zabrinutosti oko mogućih komplikacija, preranog poroda ili drugih rizika. Za žene psihijatrijski hospitalizirane tijekom trudnoće, procjena roditeljstva i planiranje skrbništva rijetko je dio njihove skrbi (27).

3.1.2.1. Zdravstvena njega trudnice sa shizofrenijom

Primalja koja radi na odjelu patologije trudnoće mora stvoriti ugodno ozračje za trudnicu sa shizofrenijom. U nekim slučajevima, potrebno je pacijentici omogućiti samostalan boravak u sobi kako ne bi uznemiravala druge pacijentice i kako bi se i ona sama osjećala povlaštenije i sigurnije. Primalja je dužna pomagati pacijentici u održavanju osobne higijene, hranjenju i eliminaciji. Važno je objasniti joj važnost svih pretraga i biti uz nju tijekom njihovih obavljanja. Također, primalja mora nadzirati ovakvu pacijenticu zbog visokog rizika za nasilje kako ne bi naudila sebi ili djetetu. Važno je pratiti navike spavanja i hranjenja. Bitno je da pacijentica vjeruje primalji i da zna da u bilo kojem trenutku može računati na nju (31).

3.1.3. Rizici

Psihoza može pridonijeti odgođenom prepoznavanju trudnoće, pogriješnom tumačenju somatskih promjena, pokušaju preuranjenog poroda itd. Visoke stope gubitka skrbništva povećavaju morbiditet za žene i njihovo potomstvo. Gori su ishodi trudnoće ako majka ima shizofreniju nego ako ju ima otac djeteta (27). Niska porođajna težina i prijeveremeni porod važni su prediktori smrtnosti i morbiditeta novorođenčadi, a mogu povećati rizik od shizofrenije. Stoga bi se ti nepovoljni ishodi trudnoće mogli povezati s povećanim rizikom u djece genetski predisponirane za shizofreniju. Pušenje, zlouporaba droga i nizak socioekonomski status povezani su s usporenim rastom fetusa, prijevremenim rođenjem i perinatalnom smrću, a također i sa shizofrenijom. Stoga se kod shizofreničnih majki treba očekivati povećana učestalost nepovoljnog ishoda trudnoće. Dostupni dokazi sugeriraju da su majke sa shizofrenijom u povećanom riziku od rađanja novorođenčadi male porođajne težine, međutim postojeće studije imaju slabu statističku snagu. Važan fokus u budućnosti istraživanja ove bolesti, trebao bi biti utvrđivanje rizika od nepovoljnog ishoda trudnoće i proučavanje povezanosti između sumnjivih čimbenika rizika i ishoda trudnoće kod žena sa shizofrenijom. U kliničkom radu s trudnicama koje imaju shizofreniju, treba nastojati spriječiti izloženost sumnjivim čimbenicima rizika poput pušenja, zlouporabe lijekova i socijalno- ekonomskih problema. To bi moglo smanjiti smrtnost i morbiditet, uključujući rizik od shizofrenije u potomstvu, i razjasniti važnost okolišnih i genetskih čimbenika u etiologiji

shizofrenije (32). Istraživanje provedeno u Kanadi, u razdoblju 2006. - 2011. godine, pratilo je učestalost prijevremenog poroda kao i nekih drugih komplikacija poput Apgar rezultata koji je manji od 8 ili pak pojavnosti slabo uhranjenog novorođenčeta (SGA) kod roditelja koje su imaju shizofreniju. Relativni rizik za ovakve komplikacije bio je 15 puta veći nego kod žena koje nemaju duševnih bolesti. Rizik za nedonoščad je iznosio 11,4 % kod žena sa shizofrenijom, a 6,9% kod ostalih, dok je rizik za Apgar ispod 8 je iznosio 19% kod roditelja sa shizofrenijom, a 12,8% kod ostalih. Pušenje, koje je četverostruko češće među ženama sa shizofrenijom, bila je važna varijabla u brojkama. Neovlaštena uporaba supstanci, određene varijable reproduktivne povijesti i komplikacije u trudnoći također su pridonijele povišenom riziku za prijevremeni porod (33). Češća je pojava fetalnog distresa, hipoksije mozga, abrupcije posteljice te sindroma iznenadne smrti novorođenčeta. Hipertenzija u majki je učestalija te iznosi 45,4% naspram 22,2% u majki bez mentalnih bolesti. Pokazalo se i da shizofrene majke rađaju ranjiviju djecu. Procjenjuje se da se 11% svih novorođenih smrtnih slučajeva može pripisati posljedicama prekomjerne tjelesne težine majke i gojaznosti. Djeca rođena od majki s pretilošću sklona su razvoju metaboličkih promjena u odrasloj dobi i glavnim urođenim malformacijama. Loša majčina prehrana u velikoj mjeri pridonosi visokoj učestalosti niske porođajne težine (34). Hipersenzitivnost prema određenim tvarima, poput glutena, može prouzročiti abnormalnosti cerebralnog razvoja ploda. Nepravilna prehrana majke tijekom graviditeta može utjecati na formiranje predispozicije za kasniju pojavu shizofrenog poremećaja, budući da nepravilna prehrana utječe na središnji živčani sustav ploda (13). Komplikacije u porodu su učestalije kod ranijeg početka shizofrenog poremećaja i muškog spola. Veličina glave nakon poroda zna biti manja u budućih shizofrenih bolesnika (8).

3.1.3.1. Briga o zdravom načinu života pacijentice

Primalja mora educirati pacijenticu o štetnosti konzumiranja duhana i alkohola tijekom trudnoće te zlouporabi droga. Budući da trudnice sa shizofrenijom, najčešće imaju višak kilograma uslijed uzimanja terapije, važno je educirati pacijenticu o zdravoj prehrani kako bi se spriječio razvitak gestacijskog dijabetesa koji donosi komplikacije u porodu i babinju i kod majke i kod djeteta. Bitno da je primalja pristupi polako i prijateljski objasni važnost zdravog načina života kako pacijentica ne bi to shvatila kao napad (30).

3.1.4. Kontraindikacije u terapiji

Trudnoća mnogim ženama smanjuje pristup psihotropnim lijekovima. Zbog zabrinutosti od potencijalnih loših učinaka pacijentičnih lijekova na fetus od pacijentice, obitelji ili njezinog doktora, žena koja se možda inače pridržava farmakoterapije, najčešće je prekine tijekom trudnoće. Procijenjeno je da će 65 % žena doživjeti recidive bolesti tijekom trudnoće. Akutna psihoza tijekom trudnoće utječe negativno na prehranu, higijenu, prenatalnu skrb i razinu stresa, te može dovesti do nasilja, samoubojstva ili ubrzavanja poroda.

Fenotiazini, kao lijekovi čije se djelovanje u trudnoći najviše ispitalo, koristili su se kao sredstva protiv mučnina i kao lijekovi za smirenje žena kojima prijete ponovljeni spontani porođaji ili za smirenje tijekom poroda. Stopa urođenih anomalija u potomstvu izloženom fenotiazinu iznosi 2,4%, dok su ovakve vrijednosti u općoj populaciji skoro jednake i iznose 2%, što čini fenotiazin gotovo sigurnim lijekom budući da veći rizik leži u nekonзумiranju lijeka.

Olanzapin ne povećava rizik od tetragenog učinka, dok učinak kvetiapina, risperidona, aripiprazola i ziprasidona još nije istražen (34).

Haloperidol nije pokazao utjecaj na pojavnost urođenih anomalija, međutim koristio se za hiperemezu u koncentracijama mnogo manjim nego što se koriste za antipsihotično liječenje. Kontraindiciran je kod dojilja.

Klozapin se može akumulirati u fetalnom serumu. Međutim, budući da on ne utječe na lučenje prolaktina, vidljivo je poboljšanje socijalnog funkcioniranja pacijenta, samim time i učestalosti trudnoća.

Dopamin in utero utječe na kasniji rast eventualnim djelovanjem na hormon rasta. Neka novorođenčad čije su majke uzimale antipsihotike tijekom trudnoće pokazuju povišeni tonus, motoričku aktivnost i drhtavicu. U većini slučajeva ti znakovi nisu klinički problematični. U rijetkim slučajevima se pojavljuju ozbiljnije konstelacije simptoma, uljučujući kreštav plač, nepravilno disanje, grubo podrhtavanje, neobično držanje ruku, povećani tonus mišića, snažne reflekse, izvijanje leđa, potiskivanje jezika, grimasiranje, hiperaktivnost, razdražljivost, poteškoće u hranjenju i nestalni obrasci spavanja. Takvi simptomi nisu pristupni odmah po rođenju (osim ako žena nije iznenada prekinula terapiju prije poroda), ali se može pojaviti u

roku od nekoliko sati do nekoliko dana kasnije. Simptomi se postupno smanjuju u intezitetu tijekom nekoliko mjeseci, na kraju nestajući

Benzotropin se povezuje sa slučajevima crijevne opstrukcije u novorođenčadi.

Visoke koncentracije klorpromazina pred kraj trudnoće utječu na pojavnost sedacije i hipotonije u novorođenčadi i rizik od žutice u nedonoščadi.

Amantadin također povećava stopu urođenih anomalija, uključujući srčane anomalije i nespecifične komplikacije u trudnoći.

Novorođenčad koja je u trudnoći bila izložena difenhidraminu, može imati privremene nuspojave po rođenju, poput sedacije, tremora ili proljeva.

Flufenazin se ne rabi u trudnoći jer njegova sigurnost nije provjerena. Dolazi do majčinog mlijeka, a kod dojenčadi može uzrokovati slabost, kožni egzantem(osip), a osobito kolestatsku žuticu. Majke koje su u posljednjem tromjesječju koristile ovaj lijek mogu roditi djecu s trešnjom, napetošću ili slabošću u mišićima, pospanošću, nemirom, problemima s disanjem i teškoćama u hranjenju.

Kod novorođenih beba čije su majke u zadnjem tromjesječju uzimale tioridazin, može doći do pojave sljedećih simptoma: drhtanje, ukočenost mišića, slabost, pospanost, razdražljivost, problemi s disanjem i poremećaj hranjenja. Ako se dojlja mora lječiti tioridazinom, dojenje treba prekinuti (35).

Dostupni podatci ne mogu isključiti neželjene ozbiljne učinke povezane s primjenom svih atipičnih antipsihotika na majku i dojenčad. Nadalje, više od nekoliko studija sugerira povećani hiperglikemijski rizik (gestacijski dijabetes) za trudnice povezan s atipičnom antipsihotičnom terapijom tijekom trudnoće. Konačno, objavljeni dokazi o učincima izloženosti drogama na posteljicu i majčino mlijeko na dugoročni neurorazvoj novorođenčdi predstavljeni su samo sporadičnim izvještajima. S druge strane, atipični antipsihotici u trudnoći i dojenju ne pokazuju evidentne prednosti u sigurnosti u usporedbi s tipičnim neuroleptičkim agensima (34). Sljedeći čimbenik u procjeni teratogenosti je potencijal za interakciju s drugim agensima. U slučaju antipsihotičnih lijekova, važna interakcija se javlja kod tvari prisutnih u cigaretama. Kombinacija pušenja i antipsihotičnih lijekova se pokazala 3,7% rizičnijom za razvijanjem fetalnim malformacija, u odnosu na trudnice koje su samo pušile. Ako neuroleptici nisu sami teratogeni, mogu pojačati teratogene u dimu cigare.

Budući da antipsihotička sredstva mogu utjecati na razvoj neurotransmitterskih sustava u fetalnom mozgu, važno pitanje je proizvode li oni bihevioralnu teratogenost, odnosno trajne promjene u ponašanju kao rezultat promjena drugih receptora. Nagli prekid liječenja majki sa shizofrenijom doveo je do porasta recidiva tijekom trudnoće. Morbiditet majki može biti povezan s najgorim neonatalnim ishodima (mrtvorodenost, intelektualni invaliditet). Neliječeni slučajevi shizofrenije se mogu smatrati neovisnim čimbenicima rizika za kongenitalne malformacije. Dokazi o potencijalnim učincima uporabe antipsihotika na dječji neurorazvoj i dalje su ohrabrujući. Ostale nuspojave kod novorođenčadi mogu biti povezane s antihistaminskim svojstvima neuroleptika, a mogu biti ovisni o dozi drugih antihistamika koji se daju majci. Među lijekovima koji su sustavno proučavani, trifluperazin i haloperidol pokazuju najmanji rizik kako od teratogenosti, tako i od neželjenih malformacija novorođenčadi. Daljnja dilema postavlja se kada trudnica razvija neuroleptičke nuspojave. Pokazalo se da trudnice izložene korištenju antihistamika u prvom tromjesječju trudnoće imaju veću vjerojatnost roditi dijete koje ima usnu pukotinu. Profilatička uporaba sredstava za liječenje ekstrapirimidnih simptoma nije zajamčena, iako često može biti korisna. Trudnoća je vrijeme velike potrebe za kalcijem, a relativno niska razina kalcija može predisponirati žene za razvoj ekstrapirimidnih simptoma. Posebna prehrana i prenatalni dodatci vitamina mogu smanjiti najmanju moguću mjeru razvoja ovakvih simptoma. Akatizija se sigurno i učinkovito može riješiti beta blokatorima kao što su propranolol ili atenolol. Neuroleptički maligni sindrom može se riješiti potpornim mjerama. Snažni naponi za smanjenje ostalih čimbenika rizika, kao što su pušenje, također mogu smanjiti potencijalne rizike nuspojave antipsihotičnih lijekova. Mnoge žene sa shizofrenijom imaju komorbidne psihijatrijske poremećaje poput depresije, manije, opsesivno- kompulzivnog poremećaja ili poremećaja ovisnosti. Ovakva stanja mogu nastati kao odgovor na farmakoterapiju ili elektrokonvulzivnu terapiju. Kako postaju dostupnija nova sredstva, postupci propisivanja brzo se mijenjaju. Kada se propisuju takva sredstva za žene reproduktivne dobi, važno je uzeti u obzir potencijalnu trudnoću prilikom vaganja. Primjerice, porasla je uporaba valproata kao sredstva za stabiliziranje raspoloženja bolesnika sa shizoafektivni poremećajima s 0% na 25% u razdoblju 1989. - 1994. Iako nije apsolutno kontraindiciran tijekom trudnoće, valproat je poznati teratogen i u rijetkim je slučajevima povezan sa zatajenjem jetre novorođenčadi. Sumnja se da antipsihotični agensi imaju različite razine teratogene odgovornosti: strukturni (povećni rizik od glavnih malformacija ploda), gestacijski (povećani rizik od kompliciranih ishoda trudnoće), perinatalni (povećani rizik od perinatalnih komplikacija) i neurorazvojni (poremećeni neurokognitivni razvoj) (33). Kada se sumnja da su takvi problemi reproduktivne

sigurnosti povezani s metaboličkim komplikacijama izazvanim antipsihotičkim liječenjem, ovo specifično sigurnosno pitanje označeno je kao "neizravna teratogeneza". Psihofarmaci dolaze u obzir u što poznijoj trudnoći, što kraće i u najmanjoj mogućoj dozi. Treba preferirati monoterapiju zbog neistraženosti interakcije lijekova. Liječnik mora utvrditi sposobnost pacijenta da razumije odnos rizika i koristi i smislenog sudjelovanja u odluci o farmakoterapiji. Za pacijente koji nisu u mogućnosti dati informirani pristanak, skrbnik može biti ovlašten za postupanje u ime pacijenta (33). Izbor terapije mora biti individualan, s obzirom na kliničku sliku i prijašnje iskustvo pacijentice, te sukladno klasifikaciji psihofarmaka FDA (preferirati A i B skupine). Treba osigurati maksimalnu suradljivost s pacijenticom i članovima obitelji. Trudnice i dojilje pošteđene su kliničkih ispitivanja zbog etičkih razloga tako da su informacije o sigurnosti psihofarmaka u trudnoći i laktaciji nedostatne. Ovo se posebno odnosi na novije psihofarmake. Zbog toga je bitno prijaviti svako kliničko iskustvo iz prakse (34).

3.1.4.1. Primjena terapije

Primalja daje pacijentici terapiju te je važno da se pridržava uputa liječnika. Bitno je da educira pacijenticu o mogućim nuspojavama, i u slučaju da ih primjeti, obavijesti liječnika. Budući da nije strano da pacijenti ne žele uzimati terapiju, primalja se mora uvjeriti da ju je pacijentica progutala te provjeravati usnu šupljinu nakon konzumacije. Također je važno sakriti lijek izvan dohvata pacijentice kako ga ne bi zlouporabila (33).

3.1.5. Razdoblje babinja

Puerperij je vrijeme kada su žene posebno osjetljive na pogoršanja shizofrenije. Takve majke najčešće imaju problema sa čitanjem dječjih znakova i često imaju slabu socijalnu podršku. Iako je većina psihotičnih epizoda koja počinje nakon poroda, posljedica poremećaja raspoloženja, postpartalno razdoblje također može biti vrijeme visokog rizika za pogoršanje shizofrenije. Poznat je podatak da je 24% roditelja oboljelih od shizofrenije postalo akutno psihotično u roku od 6 mjeseci nakon poroda. Težina njihove bolesti bila je povezana s vjerojatnošću pogoršanja poroda; 44% žena sa shizofrenijom čija je povijest uključivala više

od 3 mjeseca hospitalizacije, doživjelo je pogoršanje bolesti nakon poroda. Napad psihoze se događao kasnije ženama sa shizofrenijom nego kod žena s poremećajima raspoloženja. Samim time duljina njihovog babinja na odjelu je bila produljena. Pogoršanje nakon porođaja važna su, ne samo zbog povećane vjerovatnosti ili trajanja pojave, nego i zbog njihovih posljedica na odnos majke i djeteta. Akutni simptomi nakon poroda mogu uključivati zablude da se rođenje nije dogodilo, zablude da je beba mrtva ili oštećena, ili pak halucinacije koje majci zapovijedaju da naštetiti djetetu. U rijetkim slučajevima takvi simptomi mogu rezultirati čedomorstvom. Korigiranje terapije u babinju je također neophodno. Sedirajući antipsihotici koji se uzimaju prije spavanja mogu prouzročiti da majka ne čuje djetetov plač. Ovo može biti poboljšano doziranjem tijekom dana ili korištenjem nekog drugog lijeka. Neke su žene najviše zabrinute oko nemogućnosti gubitka kilograma nakon poroda, te zbog toga izbjegavaju uzimanje terapije zbog koje se debljaju. Rodilje koje doje također mogu izbjegavati uzimanje sedirajućih antipsihotika budući da male količine dospiju u mlijeko. Mnogo majki odbija ili odgađa potrebnu hospitalizaciju jer, osim u nekoliko područja u kojima su dostupne zajedničke jedinice za majku i bebu, stacionarna skrb znači razdvajanje majke i djeteta. Drugi, pak, izbjegavaju njegu zbog straha od gubitka skrbništva. U nekim slučajevima, žene su psihotičnije nego obično zbog uskraćivanja lijekova tijekom trudnoće, te imaju izgubljen uvid za njegu. Preplavljenje logistikom zbog dolaska u ambulantu, dok je dijete na pedijatriji, obavljanje postnatalnog pregleda, odlazak u klinike za planiranje obitelji i kontrolu rađanja te dobivanje finacijskih i drugih resursa za bebu - sve je to vrijeme doživljavanja stresa i nedostatka sna (27).

3.1.5.1. Njega majke i djeteta

Primalja prati stanje majke i djeteta nakon poroda te je dužna nadzirati majku kad god joj je dijete blizu kako mu ne bi naudila. Bitna je edukacija majke o hranjenju i njezi djeteta. Dužna je prenijeti liječniku kako izgleda majčin odnos s bebom, kako je hrani, kako je presvlači. Važno je prepoznati moguće oblike depresije ili pogoršanja bolesti nakon poroda. Primalja će prenijeti liječniku ako uvidi da je majka opasna za dijete (30).

3.1.6. Roditeljstvo

Shizofrenija predstavlja zastrašujuće izazove roditeljstvu zbog same bolesti i povezanih socioekonomskih problema. Shizofrenija često smanjuje sposobnost prepoznavanja neverbalnih znakova, afekta na licu, i razgovora u društvenim situacijama. Ova oštećenja mogu rezultirati poteškoćama u roditeljstvu. Iako majke sa shizofrenijom provode jednako vremena s njihovom dojenčadi kao i majke koje nisu mentalno bolesne, i pružaju istu razinu osnovne tjelesne njege, one su manje sposobne poticati međusobne socijalne interakcije s bebama i sklonije su pogrešnom tumačenju bebinih znakova. U usporedbi s majkama koje nisu mentalno bolesne, manje dodiruju i igraju se s bebama, ponekad se pretjerano distanciraju ili pokazuju neprimjereno, ponekad agresivno ponašanje. Pružaju manje stabilnosti, njege i stimulacije za njihove bebe. Psihotropni lijekovi mogu dodatno narušiti spontanost i afektivnu izražajnost prema djeci. Uz razlike u ponašanju i interakciji, vidljive su i razlike u stavovima između mentalno bolesnih i mentalno zdravih roditelja. Majke koje pate od shizofrenije, u pravilu, manje vjeruju u važnost uzajmnosti majke i djeteta i ne razlikuju vlastite potrebe od potrebe svoje djece. Ovi potencijalni problemi u roditeljstvu često se javljaju u kontekstu ograničene socijalne potpore. Majke sa shizofrenijom imaju manju vjerojatnost da će biti u braku ili izvanbračnoj zajednici u vrijeme poroda djeteta ili da im netko pomogne odgajati dijete. Njihovi supružnici često imaju isto neki oblik psihijatrijskih poremećaja što im ograničava mogućnost pružanja podrške. Rezultirajući nedostaci u roditeljskim sposobnostima mogu imati dubok utjecaj na majke i njihovo potomstvo. Jedan od najtežih mogućih gubitaka je skrbništva koji se događa većini. Međutim, stopa usvajanja je vrlo niska. Većina majki sa shizofrenijom provodi znatno vrijeme u udomiteljskom sustavu njege, bez obzira na to što priznaju nemogućnost ispunjavanja potreba njihove djece. Razdoblja gubitka skrbništva i posjeta izmjenjuju se povratom skrbništva ili isprekidanom skrbi rodbine. Kad gubitak postane trajan, rezultirajuća tuga može biti poražavajuća za mnoge žene, iako neke žene to dožive kao oslobađanje od ogromnog tereta. Za djecu majkih sa shizofrenijom neki od njih koji su genetski ranjivi i bili izloženi ostalim činbenicima rizika, kvaliteta i predvidljivost roditeljstva mogu biti presudni. To potkrepljuje tezu da su djeca majkih shizofreničarki teža za odgojiti. Ove ustavne poteškoće, u kombinaciji s nedosljednim ili neadekvatnim roditeljstvom, mogu predstavljati rizik za dječji razvoj. Ovakva su djeca niže na motoričkoj ljestvici i pate od nestalnijeg fizičkog rasta. Rizici za djecu leže u odrastanju sa psihotičnim roditeljem, ali i u odvojenosti od njega. Stupanj

izloženosti djeteta roditelju sa shizofrenijom korelira s njegovim stupnjem neprilagođenosti kasnije u životu. Međutim, učestalost psihijatrijskih simptoma u djeteta za vrijeme adolescencije nekad je uzrokovana razdvojenošću od roditelja. Budući da oboma i kontakt i razdvajanje predstavljaju rizik, razvijanje standarda za skrbništvo nad djetetom je presudno. Ako ne postoji zlostavljanje ili grubo zanemarivanje, djecu je bolje ostaviti s roditeljima. Sustav za pružanje skrbi za mentalno zdravlje i sustavi skrbi o djeci moraju usko surađivati u roditeljstvu; roditeljstvo mora biti briga sustava mentalnog zdravlja. Trenutni sustav je daleko od idealnog. Većina država nema uspostavljene sustave za procjenu roditeljskih vještina, pružanja roditeljstva, rehabilitacije, omogućavanja djeci posjeta psihijatrijski hospitaliziranim roditeljima ili osiguranih smještaja mentalno oboljelim ženama i njihovoj djeci. Iako vlada generalizacija o roditeljskim deficitima povezanim sa shizofrenijom, postoji širok spektar individualnih razlika u roditeljskim mogućnostima. Trenutne metode procjene roditeljskih sposobnosti imaju puno nedostataka. Psihijatrijska procjena, pregled anamneza, intervjuu, razvojna procjena djece, izravno promatranje interakcije roditelja i djeteta, procjena stavova i znanja roditelja i kućanskog okoliša su samo neke od načina uvida u stanje. Psihosocijalna i profesionalna rehabilitacija su ključni elementi u liječenju shizofrenije. Međutim, još uvijek postoje slučajevi gdje ljudi sa shizofrenijom smatraju roditeljstvo svojim glavnim pozivom. Rehabilitacija roditeljstva je rijetko uključena u sustave redovne rehabilitacije (27). Nepristupanje antenatalnoj njezi, loše pridržavanje dodataka folata, nezdrav način života i neprikladne zdravstvene odluke mogu pridonijeti lošim ishodima. Mnoge žene sa shizofrenijom nastavljaju kontakt sa službama za mentalno zdravlje i socijalnim službama dok su trudne. Tri su ključna elementa u osnovi: rano otkrivanje i praćenje trudnoće, pružanje reproduktivnih izbora i primjena pristupa "malog poznatog tima" u upravljanju trudnom pacijenticom. Posebni moduli usmjereni su na uspostavljanje mreže profesionalne podrške, procjenu rizika od trudnoće, rano otkrivanje trudnoće, praćenje tijekom trudnoće, pripremu za porod i planiranje postnatalnog razdoblja. Provedba ovakvog okvira može značajno poboljšati porođničke i neonatalne ishode za ovu visokorizičnu skupinu (36).

3.1.7. Planiranje obitelji

Visoke stope neplanirane i neželjene trudnoće među ženama sa shizofrenijom naglašavaju važnost razumijevanja njihovih stavova. Česti su slučajevi da seksualno aktivne

žene koje pate od shizofrenije i dalje ne koriste nikakve metode kontracepcije i kontrole rađanja, iako ne žele imati djecu. Većina oboljelih je izjavila kako bi htjela imati mogućnost savjetovanja za planiranje obitelji u sklopu rehabilitacije. Većina pacijenata koja se sudjelovala u takvim programima nastavila je koristiti kontracepciju po izlasku iz bolnice. Neki od rizika kontracepcije su da žene sa shizofrenijom, koje su npr. korisnice spirala, mogu imati iskrivljenu sliku o boli te nekad nisu u stanju prepoznati upalne procese unutar zdjelice. Oralna kontracepcija može pogoršavati promjene raspoloženja pogotovo u slučajevima kada pacijentica ne razumije njihov raspored u konzumiranju. Hormonska kontracepcija u obliku injekcija traje 3 mjeseca i nema klinički značajne interakcije s antipsihotičkim lijekovima, što je čini najoptimalnijim izborom. Korisna je i kombinacija s depo lijekovima. U svrhu poboljšanja primarne prevencije neželjenih trudnoća preporučuju se: uključivanje spolnog odgoja i treninga asertivnosti u programe psihosocijalne rehabilitacije, edukacija i screening o HIV-u, sustavi za rano otkrivanje trudnoće u kronično mentalno oboljelih žena, koraci za smanjenje recidiva tijekom vunerabilnog razdoblja babinja, poboljšane metode za procjenu roditeljskih sposobnosti, obrazovanje za roditelje i uključivanja programa planiranja obitelji u sustave pružanja skrbi za mentalno zdravlje (27). Nažalost, države bježe od ulaganja budući da se sveukupni ekonomski teret shizofrenije kreće između 0,02%-1.65% BDP-a. Izravni medicinski troškovi uključuju troškove povezane s hospitalizacijom, ljekarnama, ambulantnom njegom i njegom u kući i zajednici, socijalnu skrb i troškove povezane sa samoubojstvom. Neizravni troškovi čine 50-85% ukupnih troškova povezanih sa shizofrenijom. Uključuju gubitak produktivnosti, povezan s odsutnošću, preranom smrtnošću i nezaspeljenošću. Stoga ne čudi da su mala ulaganja u razvitak rehabilitacije bolesnika (34).

4. ZAKLJUČAK

Budući da se shizofrenija javlja u reproduktivnom razdoblju života kod žena, za očekivati je i veliku stopu trudnoća. Čak su polovina žena sa shizofrenijom majke. Ovakve trudnoće spadaju pod rizične, te su važne intervencije primalje. Neželjena trudnoća, primarna bolest, zloupotreba droga, pušenje i pretilost samo su neki od čimbenika rizika kod trudnoća majki shizofrenčarki. Naglasak je i na nerazumijevanju, budući da su pacijentice i dalje stigmatizirane. Nužna je potpora obitelji i društva. Primalja, kao osoba koja skrbi o djetetu i majci, mora educirati pacijenticu o kontracepciji, kontroli rađanja i planiranju obitelji kao i rizicima recidiva tijekom trudnoće. Njena uloga je da razvija s pacijenticom odnos pun povjerenja te joj osigura sigurnu okolinu kako bi majka stvorila adekvatan odnos sa svojim djetetom.

5. SAŽETAK

Shizofrenija je jedna od najtežih i najučestalijih bolesti današnjice. Zahvaća cijelu ličnost, te onemogućava bolesniku realno poimanje stvarnosti. Uz antipsihotike, moguća je kontrola bolesti, ali ne i definitivno izliječenje. Usprkos tomu, velika je učestalost trudnoća te se majke sa shizofrenijom suočavaju s komplikacijama bolesti, poroda i babinja. Primalje u ovakvom okruženju preuzimaju bitnu ulogu. Zamijenjuju sestru sa psihijatrijskog odjela, te skrbe o pacijentici na najprofesionalniji način što mogu. Rana dijagnoza trudnoće i rano praćenje nužni su kako bi pacijentice dobile najveću moguću razinu njege. Primalja mora pristupiti pacijentici osiguravajući joj potporu i pomoć tijekom trudnoće, poroda i u babinju. Ona djeluje prema procesu zdravstvene njege te se suočava sa specifičnosti bolesti. Nadzire i pomaže u zaštiti majke i djeteta i regulaciji bolesti. Također educira majku o njezi djeteta te promatra njihov odnos. Edukacija pacijentica o roditeljstvu i planiranju obitelji trebala bi biti standard za sve oboljele, a primalja, kao netko tko im je najbliži, mora dati sve potrebne informacije o tome.

Ključne riječi: trudnoća, primalja, shizofrenija

6. SUMMARY

Schizophrenia is one of the hardest and most common mental disorder nowadays. Since it affects whole personality, it enables patients understanding of reality. With antipsychotics, disease is controllable, but definite curement is almost impossible. On the other hand, high rates of pregnancy in women with schizophrenia is common, so mothers experience complications during pregnancy, delivery and postpartum period. Midwives have a lot of impact in these situations. They replace psychiatric nurse and care about the patient on the most professional level. Early diagnosis and pregnancy monitoring are necessary for a patient to receive the best care. Midwife must approach a patient assuring her support and help during pregnancy, delivery and postpartum period. She should act according to the process and confront this specific disease. She supervises and helps in protection of mother and a child along with regulating the disease. Also, she educates mother about baby care and observes their relationship. Education of patients about parenting and family planning should be a standard for everyone, and a role of a midwife, as someone who is closest to the patient, is to give the patient all the information needed.

Key words: pregnancy, midwife, schizophrenia

7. LITERATURA:

1. Moro Lj, Frančišković T i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada; 2011.
2. Štrkalj- Ivezic S: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Zagreb, Medicinska naklada; 2011
3. Thaller V: Psihijatrija. Suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb, Hrvatsko psihijatrijsko društvo; 1999.
4. Campbell JR: Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički kriteriji iz DSM- IV,2. izdanje. Zagreb, Naklada Slap; 2002.
5. Sedić B: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb, Zdravstveno veleučilište; 2007.
6. Jakovljević M: Shizofrenija u teoriji i praksi: Etiopatogeneza i klinička slika. Zagreb, Pro Mente; 2011.
7. Havelka M: Zdravstvena psihologija. Zagreb, Školska knjiga; 1994.
8. Begić D: Psihopatologija, Zagreb, Medicinska naklada; 2011.
9. Jakovljević M: Suvremena farmakoterapija shizofrenije: Od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb, Medicinska naklada, Pro mente; 2001.
10. Nordgaard J, Handest P, Parnas J: The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms, Schizophrenia Bulletin, Volume 34, Issue 1, 2008, Pages 137–154, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm044>
11. Barbato A: Schizophrenia and public health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva, World Health Organization, 1998.
12. Ostojić D: Prva epizoda shizofrenije- važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.
13. Silobričić Radić M, Jelavić M: Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, Zagreb. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.
14. Mojsović Z: Sestrinstvo u zajednici- priručnik za studij sestrinstva-drugi dio: Korisnici u zajednici, Zagreb. Zdravstveno veleučilište; 2007.
15. Kaplan HI, Sadock BJ: Priručnik kliničke psihijatrije, Jasterbarsko, Naklada Slap; 1998.
16. Hotujac Lj i suradnici: Psihijatrija. Zagreb, Medicinska naklada; 2006.

17. Hotujac Lj: Shizofrenija: Duševne bolesti i stanja, bolesti ovisnosti. Zagreb, Pliva zdravlje; 2010. Dostupno na: <http://www.plivazdravlje.hr/bolestclanak/bolest/402/Shizofrenija.html>
18. Luderer HS : Shizofrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Jastrebarsko, Naklada Slap; 2006.
19. Glasser W, Glasow AH, DeBasio N: Mental Health Nursing. USA, Mosby CO; 1989.
20. Hotujac Lj: Živjeti sa shizofrenijom: Simptomi shizofrenije. Zagreb, Pliva zdravlje; 2009.
21. Begić D, Jukić V, Medved V: Psihijatrija. Zagreb, Medicinska naklada; 2015.
22. Letica T: Edukacijski centar: Razumijeti shizofreniju. Zagreb. KBC Rebro, 2011.
23. Herceg M : Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije. Zagreb. Sveučilište u Zagrebu; 2012.
24. Fučkar G: Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb, Hrvatsko udruženje medicinskih sestara; 1996.
25. Henderson V: Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb. Hrvatsko udruženje medicinskih sestara; 1994.
26. Babić D, Kadović M i drugi: Sestrinske dijagnoze III. Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
27. Miller L: Sexuality, Reproduction, and Family Planning in Women With Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, Volume 23, Issue 4, 1997, Pages 623–635
28. McEvoy JP, Hatcher A, Appelbaum PS, Abernethy V: Chronic schizophrenic women's attitudes toward sex, pregnancy, birth control, and childrearing. Hosp Community Psychiatry. 1983;34(6):536-539. doi:10.1176/ps.34.6.536
29. Likis FE, Petersen R, Clark KA, Payne PA: Gynecologic and contraceptive services provided by certified nurse- midwives in North Carolina. J Midwifery Womens Health. 2006; 51(6): 410- 414. doi:10.1016/j.jmwh.2006.08.007
30. Robinson, Erlick. G: "Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum." Journal of population therapeutics and clinical pharmacology = Journal de la therapeutique des populations et de la pharmacologie clinique vol. 19,3 (2012): e380-6.
31. Ming Wai Wan, Moulton S, Abel Kathryn M: The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. General hospital psychiatry 30 (2), 177-184, 2008.
32. Bennedsen BE: Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. Schizophr Res. 1998;33(1-2):1-26. doi:10.1016/s0920-9964(98)00065-6

33. Vigod SN, Fung K, Amartey A, et al.: Maternal schizophrenia and adverse birth outcomes: what mediates the risk?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(5):561-570. doi:10.1007/s00127-019-01814-7
34. Gentile S, Fusco ML: Schizophrenia and motherhood. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;73(7):376-385. doi:10.1111/pcn.12856
35. Tosato, Sarah et al.: “A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects.” *The Journal of clinical psychiatry* vol. 78,5 (2017): e477-e489. doi:10.4088/JCP.15r10483
36. Hauck, Yvonne et al.: “Healthy babies for mothers with serious mental illness: a case management framework for mental health clinicians.” *International journal of mental health nursing* vol. 17,6 (2008): 383-91. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00573.x

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime i prezime: Roza Bečko

Adresa: Pod gredom 6, 21210 Solin

E- mail: roza.becko@gmail.com

Datum rođenja: 1. 11. 1998.

Obrazovanje:

2005. - 2013. OŠ Don Lovre Katića Solin

2013. - 2017. Prva gimnazija Split; jezični smjer

2017. - 2020. Preddiplomski studij primaljstva pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu

Dodatne informacije:

Poznavanje rada na računalu u MS office-u te poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu.