

Zdravstvena njega bolesnika sa shizofrenijom

Kaurić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:243:923450>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-02**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Marija Kaurić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
SA SHIZOFRENIJOM**

Završni rad

Osijek, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Marija Kaurić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
SA SHIZOFRENIJOM**

Završni rad

Osijek, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku te na Zavodu za integrativnu psihijatriju, Klinike za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Osijek

Mentor rada: Mirjana Kralj mag. med. techn.

Rad sadrži 22 lista.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definicija bolesti.....	1
1. 2. Etiologija bolesti.....	1
1. 3. Klinička slika.....	2
1.4. Dijagnostičke metode pretraga	3
1.5. Liječenje	5
1.6. Epidemiologija.....	5
2. CILJ RADA.....	7
3. PRIKAZ SLUČAJA	8
3.1. Sestrinska anamneza i status.....	8
3.2. Dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika sa shizofrenijom.....	10
3.2.1. Strah u/s promijenjenom slušnom i vidnom percepcijom, što se očituje ubrzanim disanjem, podrhtavanjem glasa te izjavom bolesnika: „Bojim se...“	11
3.2.2. Visok rizik za nasilno ponašanje u/s psihotičnim epizodama	11
3.2.3. Socijalna izolacija u/s gubitkom volje, što se očituje izjavom pacijenta: „nemam volje...“	12
3.2.4. Poremećaj spavanja u/s psihotičnim epizodama. što se očituje izjavom bolesnika: „nakon tih mojih epizoda, teško mi je zaspati, umoran sam preko dana“	12
3.2.5. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena u/s manjkom motivacije što se očituje izgledom bolesnika	13
4. RASPRAVA.....	14
5. ZAKLJUČAK	17
6. SAŽETAK.....	18
7. SUMMARY	19
8. LITERATURA	20
9. ŽIVOTOPIS	22

1. UVOD

Shizofrenija je tipično katastrofična bolest koja počinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Iako su psihotični poremećaji opisani znatno ranije, tek su prije stotinjak godina kategorizirani i podijeljeni na strukture kao što su manično-depresivne psihoze i shizofrenija (1). Naziv shizofrenija uveo je švicarski psihijatar Bleuler početkom 20. stoljeća. Kraepelin je pretpostavljao da sami početak bolesti nastupa u adolescenciji i da isključivo rezultira totalnim duševnim propadanjem. Zbog čega joj je i dao ime demencija prekoks. Kako je kasnije ustanovljeno, ova bolest ne mora isključivo započeti za vrijeme adolescencije, te ne mora naposljetku rezultirati totalnim duševnim propadanjem. Ovim saznanjem, može se zaključiti da Kraepelinov naziv nije baš prikladan za ovu bolest. Bleuler zbog toga uvodi pojam shizofrenija koji potječe od grčke riječi *shizein* kojoj je značenje rascijepiti i riječi *fren*, što znači duša. Bleuler je tvrdio da je rascjep osobnosti glavna značajka te teške bolesti i posebnu je pažnju usmjerio na pojavu odvajanja mišljenja, osjećaja i volje od subjektivnih osjećaja osobnosti (2).

1.1. Definicija bolesti

U knjizi Psihijatrija, autora dr. Pave Filakovića shizofrenija se definira kao „ duševna bolest koja oboljeloj osobi onemogućava razlikovanje stvarnih (realnih) od nestvarnih (nerealnih) doživljaja ili iskustava, ometa logičko razmišljanje, normalne osjećajne doživljaje prema drugim osobama i narušava njezino društveno funkcioniranje (6).“

1. 2. Etiologija bolesti

Etiologija shizofrenije nije još potvrđena, međutim provode se istraživanja nad biološkim, psihološkim, socijalnim te etiološkim čimbenicima (1). Također postoje brojne hipoteze koje pokušavaju objasniti nastanak shizofrenije, međutim niti jedna ne objašnjava uzrok. Shizofrenija je posljedica različitih kombinacija urođenih i stečenih, tj. predisponirajućih i precipitirajućih čimbenika (6). Jedna skupina autora vjeruje da su uzroci shizofrenije organski, nasljedne naravi, pa ih traže u različitim anatomskim, biokemijskim, endokrinim i sličnim promjenama. Do danas nisu pronađene svojstvene promjene na mozgu ili nekom drugom

organu koje bi bile specifične za shizofreniju. Doduše, epidemiološka proučavanja pokazuju da se gotovo u polovici broja shizofrenih bolesnika može naići na duševnu bolest (ne samo shizofreniju) u obitelji. To još više učvršćuje uvjerenja tih autora da je shizofrenija organski uvjetovana bolest s nepoznatim uzrokom i za sada neobjašnjivim patološkim procesom koji stvara nasljednu dispoziciju za razvoj bolesti. Budući da se osoba, bila ona nasljedno opterećena ili ne, u životu sukobi i s konkretnim problemima, pa se ti svi čimbenici međusobno kombiniraju, mogu se pojaviti reakcije sa simptomima koji su svojstveni za shizofrenu bolest. Na temelju takva gledanja posebnu važnost dobivaju socijalni utjecaji i uopće utjecaj iz okoline. Vjerojatno i jedni i drugi činitelji imaju određenu ulogu u etiologiji shizofrenije. K tome treba pridodati i veoma važne vanjske utjecaje.

U većini bolesnika može se primijetiti da je riječ o osobama koje su prije pojave prave bolesti bile nedruštvene, mirne, rezervirane, bojažljive, sramežljive, lako uvredljive, osjetljive, bez osobitog interesa i smisla za humor – uglavnom povučene i zabavljene samima sobom. Te su značajke obilježja tzv. shizoidne ličnosti, tj. osoba koje, doduše, nisu oboljele od shizofrenije, ali pokazuju spomenuta obilježja. Na temelju navedenog nije teško zamisliti da pod utjecajem vanjskih izazovnih činitelja, psiholoških i socijalnih, osoba s obilježjima shizoidne ličnosti lakše reagira na tipični shizofreni način nego osoba koja takvih obilježja ličnosti nema (2).

1. 3. Klinička slika

Shizofreniju odlikuje prisutnost znakova i simptoma koji dovode do niza problema u bolesnikovom funkcioniranju. Prema modernoj ideji, simptomatologija shizofrenije koja se pojavljuje kod oboljelih može se podijeliti na dvije vrste simptoma: pozitivne i negativne.

Neki od najčešćih pozitivnih simptoma shizofrenije jesu: deluzije, tj. pogrešna vjerovanja; vjerovanja da bolesnika netko slijedi ili uhodi; da mu netko nanosi štetu; zatim da ima neke posebne moći ili talente; da se na TV-u, preko radija ili na ulici govori o njemu; da se nešto događa u njegovu tijelu. Halucinacije, tj. senzorne percepcije koje se pojavljuju bez vanjskih podražaja mogu biti slušne, vidne, olfaktorne, gustatorne, taktilne, kinestetske, cenestetske te imperativne. Od simptoma potrebno je spomenuti sumanute ideje, tj. ideje proganjanja, urote, religiozne ideje, moć telepatije, čitanje misli druge osobe, osjećaj kontrole misli, osjećaja i pokreta, nametanje misli, ideje veličine, moć komuniciranja s drugim svijetom te primanje posebnih poruka s televizije. U simptome također ubrajamo i poremećaje mišljenja – odnosno

kada misli teku nesuvislo. Zbog toga je ponekad nemoguće shvatiti što nam bolesnik želi poručiti jer njegova razmišljanja često mogu biti u potpunosti nelogična, nabacana i nepovezana što rezultira naglim promjenama teme razgovora (1, 6).

U negativni simptome shizofrenije ubrajamo: emocionalna udaljenost i hladnoća, oslabljen emocionalni odgovor, zaravnjen afekt, asocijalnost, smanjen spontanitet i pasivnost. Tu također ubrajamo i teškoće u apstraktnom mišljenju, stereotipna razmišljanja, alogiju, odnosno smanjenu govornu fluentnost, te smanjenu sposobnost k cilju usmjerenih ponašanja tj. avoliciju. Još jedan od negativnih simptoma shizofrenije je i ahedonija što znači smanjena mogućnost postizanja osjećaja zadovoljstva i osjećanje pažnje.

Također postoje i kognitivni simptomi shizofrenije, neki od njih su: poremećaji u mišljenju, neusklađen govor, nedostatak asocijacija, neologizmi („novostvorene“ riječi), oštećena pažnja i procesuiranje informacija.

Afektivni simptomi shizofrenije manifestiraju se kao anksioznost, napetosti, osjećaj krivnje, depresivno raspoloženje, zabrinutost te razdražljivost.

Agresivni simptomi shizofrenije jesu: hostilnost, autodestruktivno ponašanje, što uključuje i suicidalnost, verbalnu i fizičku agresivnost, impulzivnost, sklonost oštećenju imovine, kao i nepredvidivo seksualno ponašanje. Između ostalog agresivni se simptomi često preklapaju s pozitivnim simptomima (4).

U bolesnika koji boluje od shizofrenije nedostatak kritičnosti i uvida u vlastito stanje može varirati od blažeg prema težemu, ovisno o fazi bolesti.

1.4. Dijagnostičke metode pretraga

Budući da se shizofrenija ne može dokazati putem laboratorijskih dijagnostičkih testova, konačna dijagnoza shizofrenije postavlja se uz pomoć anamneze, heteroanamneze, kliničke slike te dijagnostičkim kriterijima bolesti. U svijetu se upotrebljava međunarodna univerzalna klasifikacija bolesti, 10. revizija (ICD – 10 ili MKB – 10).

Kako bi se dijagnoza postavila treba biti zastupljen minimalno jedan simptom klasifikacija od a) do d) ili dva na popisu od e) do i) u vremenskom razdoblju od jednog mjeseca i dulje:

- a) Odzvanjanje misli, nametnute ili oduzete misli, raspršene misli, sumanuta percepcija i sumanutost kontrole, utjecaja ili pasivnosti
- b) Sumanuto percipiranje i sumanutost kontrole, utjecaja ili pasivnosti, koji izravno utječu na tijelo i ekstremitete kao i kompleksne misli, razna ponašanja i postupke te osjećaje
- c) Halucinacije govora – glasovi koji mogu potjecati iz pojedinog dijela tijela, često daju komentare ili raspravljaju o bolesnikovom ponašanju i njemu samom u trećem licu
- d) Dugotrajne sumanute ideje – u potpunosti nemoguće i neprimjerene kulturi i razumu bolesnika (religiozne ili političke naravi, često o prisutnosti nadljudskih moći kod bolesnika)
- e) Trajne lucidne misli u različitim oblicima - prate ih prolazne sumanute ideje koje nisu popraćene odgovarajućim osjećajima ili uporne ideje koje se učestalo pojavljuju svakog dana u razdoblju od par tjedana ili mjesec dana
- f) Prestanak misli ili ubacivanje neprimjerenih verbalnih komentara u misaonom tijeku, to može dovesti do otežanog i teško razumljivog govora i stvarana neologizma
- g) Katatonično ponašanje - neka od njih su uzbuđenje, motorička zakočenost, mišićna ukočenost, te negativizam i mutizam
- h) Neki od „negativnih“ simptoma su apatija, štur govor, otupljenost odnosno neodgovarajuće izražavanje osjećaja, što većinom izaziva društveno povlačenje
- i) Važna ili stalna promjena neke od kvaliteta osobnosti odražava se u promjenama ponašanja kao što su manjak interesa i motivacije, povlačenje iz društva i zaokupljenost samim sobom

U dijagnosticiranju shizofrenije ne postoji standardni test kao za npr. hipertenziju. Rutinski testovi koji se rade jesu: kompletna krvna slika, jetrene transaminaze, pretrage mokraće, testovi za procjenu funkcija štitnjače, elektrokardiografija, elektroencefalografija, kompjutorizirana tomografija i magnetna rezonanca. Ishodi tih pretraga pružit će i olakšat razlikovanje drugih patoloških stanja koja se mogu manifestirati simptomima shizofrenije (1).

1.5. Liječenje

Shizofrenija se liječi psihofarmacima, socioterapijom, psihoterapijom i elektrostimulativnom terapijom. Otkriće antipsihotika i njihova primjena rezultirala je ogromnim promjenama u liječenju shizofrenije, te tako smanjila količinu hospitalizacija za bolesnike koji su gotovo svoje cijele živote provodili u psihijatrijskim ustanovama. Iako antipsihotični lijekovi ne liječe psihozu, nego samo utječu na simptome bolesti, najčešće se koriste u liječenju psihotičnih poremećaja. Poslije postavljene dijagnoze bitno je što ranije započeti s liječenjem. U praktičnom radu vrlo je bitno ukazati na specifično ciljane simptome, kao što su halucinacije i sumnjičavost, čiji će izostanak indicirati i dokazati terapijski odgovor. Kod izbora antipsihotika bitno je znati obilježja bolesnika, npr. anamnezu i raniji terapijski odgovor, kao i farmakološke značajke antipsihotika. Funkcija i mjesto primjene lijekova za shizofreniju su neupitni. Mješavina lijekova kao i psihosocijalnih tehnika prilikom liječenja pruža kod bolesnika povoljnije rezultate u usporedbi s tim tehnikama pojedinačno (1). Također neophodnost u liječenju same bolesti imaju i kvalitetna njega bolesnika kao i skrb nad bolesnikom te uspostavljanje pozitivnih odnosa između bolesnika i osoblja psihijatrijskih ustanova. Bolesnika se treba poticati na što veće sudjelovanje u vlastitoj njezi i liječenju. U liječenje treba aktivno uključiti i članove bolesnikove obitelji (2, 3).

1.6. Epidemiologija

Ova bolest je nazočna u raznim kulturnim i rasnim područjima, pa tako i u različitim etničkim društvima diljem cijelog svijeta. To je bolest s visokom incidencijom. Tipičan rizični čimbenik za razvoj shizofrenije u općoj populaciji iznosi oko 1 %, odnosno shizofrenija će se pojaviti kod 1 od 100 osoba tijekom njegova životnog vijeka. Broj pojedinih slučajeva u Republici Hrvatskoj iznosi 3,94 na 1000 stanovnika, od tog broja njih 15 120 bolnički je liječeno, a njih 5000 nalazi se u invalidskoj mirovini (6). Kod većeg broja oboljelih, bolest se javlja u razdoblju od 20. do 39. godine, a ponekad se dogodi da osobe starije od 60 dođu u stanje psihoze i znanstvenicima nije jasno treba li se to klasificirati kao shizofrenija (5). U muškaraca, shizofrenija se manifestira ranijim fazama života nego kod žena, također se i stopa prevalencije i incidencije mijenjaju ovisno o spolu i godinama života ispitanog pučanstva. Većina oboljelih od shizofrenije nižeg je socioekonomskog statusa, no to nije uzrok shizofrenije, već posljedica.

Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu od shizofrenije u ovom trenutku boluje više od 45 milijuna ljudi (6).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati proces zdravstvene njege bolesnika oboljelog od shizofrenije, utvrđene dijagnoze u procesu zdravstvene njege, planirane i provedene intervencije vezane uz zbrinjavanje bolesnika.

3. PRIKAZ SLUČAJA

3.1. Sestrinska anamneza i status

Bolesnik L. M. rođen je 24. 5. 1976. godine, živi u Osijeku u obiteljskoj kući. Rastavljen, trenutno nezaposlen. Primljen je 7. 12. 2021. godine na Zavod za akutnu i biologijsku psihijatriju i intenzivno liječenje zbog pogoršanja stanja pod med. dg. *Schizophrenia*.

Bolesnik je 7. 12. 2021. godine hitnim prijemom zaprimljen na Zavod za akutnu i biologijsku psihijatriju i intenzivno liječenje zbog zabijanja autom u rubnjak i teturanja po cesti. Pri prijemu vidno uplašen i uznemiren. U obiteljskoj anamnezi nema prisutnih psihičkih bolesti, bolesnik boluje od dijabetesa te je 2021. godine operirao kolelitijazu. Redovito odlazi na kontrole i uzima propisanu terapiju. Alkohol ne konzumira no puši 15 godina. Negira alergije na hranu i lijekove. U bolnici redovito uzima propisanu terapiju.

Kod kuće je bolesnik imao tri obroka, većinom kuhana ili pečena jela koja je pripremila njegova majka. Navodi da nije izbirljiv. Nema poteškoća sa žvakanjem i gutanjem. Popije oko 1 L tekućine. U bolnici ima doručak, ručak i večeru. Navodi da mu se sviđa bolnička hrana. Popije oko 1 L tekućine.

Bolesnik kod kuće ima stolicu svakodnevno, većinom u jutarnjim satima. Nije primijetio promjene. Mokri 5 do 6 puta dnevno. Urin je žute boje. Ne budi se noću da bi mokrio. U bolnici stolicu ima svaki dan ili svaki drugi dan. Mokri do 6 puta dnevno. Nema poteškoća pri mokrenju i defekaciji.

Bolesnik je sve aktivnosti samozbrinjavanja provodio samostalno. U slobodno vrijeme volio je popravljati stare stvari i šetati ulicom. U bolnici sam provodi aktivnosti samozbrinjavanja. Treba ga se poticati da vrši osobnu higijenu, djeluje zapušteno, nepočešljane kose te hoda raskopčane pidžame i gazi po donjem dijelu pidžame dok hoda, za što navodi da mu „ne smeta“.

Bolesnik ukupno spava oko 8 sati, spava pomalo cijeli dan. Navečer ima psihotične epizode pa zaspi tek pred jutro. Izjavljuje: „Nakon tih mojih epizoda, teško mi je zaspati, umoran sam preko dana.“

Bolesnik dobro vidi i ne nosi naočale. Dobro čuje na oba uha. Nema problema s osjetom i hvatom. Nema problema s pamćenjem, osim kada ima intenzivnije psihotične epizode, ponekad se ne sjeća svega što je radio. Negira postojanje bola.

Bolesnik tijekom i nakon psihotičnih epizoda djeluje uplašeno, ubrzano diše, glas mu podrhtava dok priča, navodi: „Bojim se kada se oni pojave... i ti glasovi... prijete mi, kažu da će me ubiti...“

Bolesnik navodi da nema prijatelja, a s majkom se dobro slaže. Ne druži se s ostalim bolesnicima u sobi. Navodi: „Nemam volje komunicirati s njima, osjećam se dobro sam.“ Komunicira sa zdravstvenim osobljem, odgovara na postavljena pitanja.

Bolesnik ne želi razgovarati o spolnosti.

Stresno razdoblje u životu bila mu je rastava braka. Kada se osjeća dobro bolesnik se ponaša mirno, ispadi i ponašanje drugih bolesnika ne smetaju mu. Tijekom psihotične epizode postaje nervozan, uplašen, viče, lupa i uništava stvari.

Bolesnik nije član nikakve vjerske zajednice niti je religiozan. Navodi: „Vjera nema nikakvu ulogu u mojem životu.“

Bolesnik je visok 172 centimetra i ima 97 kg. ITM iznosi 32,8. Temperatura mjerena aksilarno iznosi 36,6 °C. Frekvencija pulsa iznosi 84 otkucaja u minuti, ritam je pravilan, a punjenost dobra. Tlak iznosi 140/75 mmHg, a mjeren je na desnoj ruci u sjedećem položaju. Frekvencija disanja iznosi 19 udisaja u minuti, dubina je normalna. Dispneja nije prisutna. Boja kože je normalna, toplina kože afebrilna, turgor normalan. Edemi i oštećenja kože nisu vidljiva. Koštana izbočenja nisu prisutna. U usnoj šupljini prisutne naslage na jeziku i zubima. Nekoliko zubi nedostaje i prisutan je karijes. Svijest je smetena.

Braden skala: $4 + 4 + 3 + 4 + 4 + 3 = 22$

Morseova skala: $0 + 15 + 0 + 0 + 0 + 0 = 15$

Th: Abilify Maintena 400 mg i. m. 1 x mjesečno, Lunata tbl. A 10 mg 0,0,1 pred spavanje prema potrebi.

Dijagnoza: *Schizophrenia*

Tijek i ishod bolesti:

U proteklih deset godina nalazi se u ambulantnom psihijatrijskom tretmanu radi psihotičnog procesa, tj. shizofrenije. U ranim dvadesetima pojavili su se prvi simptomi, navodi: „Počeli su mi nekakvi glasovi šaptati... svuda negdje oko mene, ne znam... morao sam nešto da radim stalno, nisam imao mira ovako, inače bi stalno pričali... stalno nešto, ne znam ni ja...“ S godinama su mu se glasovi javljali češće, postali su agresivniji te bi mu „davali naredbe“. Nakon nekoliko godina počele su mu se prikazivati „utvare“ u kutovima vidnog polja koje su ga „promatrale i kontrolirale iz sjene“. Navodi: „Šuljaju se polako do mene, znam da su tamo... hoće da radim ono što oni hoće... inače mi prijete...“ Nakon što više nije mogao zadržati nikakav posao javio se svom liječniku koji ga je uputio psihijatru. Od tada je redovito uzimao propisanu terapiju te išao na kontrolne preglede. Od 1. do 15. 11. 2019. godine bio je na bolničkom liječenju zbog psihotične epizode, inzistirao je na ostanku u bolnici zbog straha od „onog što bi ga glasovi mogli natjerati da učini“. Posljednji kontrolni pregled bio je 25. 10. 2021., te je terapiju propisano uzimao. Prijatelji su se s godinama udaljili od njega, navodi: „Ne žele me blizu, kažu da sam luđak.“ Majka se brine o njemu i nada se da će se on „izliječiti i stvoriti obitelj da ne ostane sam kada ona umre“. Bolesnik je zaprimljen hitnim prijemom na odjel 7. 12. 2021. godine nakon što je vozio automobilom po pruži, prešao u drugu traku te se zabio u rubnjak. Teturao je po cesti besciljno te je pozvan HMP koji ga je zatim prevezao na psihijatriju. Pri dolasku na odjel bio je blijed, prestrašen, ponašao se dezorganizirano, bio je nepredvidiv; palio je i gasio svoju ručnu svjetiljku te svjetla u ambulanti, lupao je po prozorima odjela, nemirno šetao i ogledavao se oko sebe. U više je navrata izjavio da se boji, da ga „oni zbunjuju, ne daju mu mira, prijete da će ga ubiti“ te da se danas „sve pobrkalo oko njega“. Izjavljuje: „Ne osjećam se... nisam dobro, ne znam...“ i „Ne znam šta mi je, ne mogu da mislim... stalno su tu...“ Naveo je kako bi „samo želio spavati i ništa drugo“ te ustraje da ga se ostavi na liječenju na odjelu.

3.2. Dijagnoze u procesu zdravstvene njege bolesnika sa shizofrenijom

U ovom poglavlju opisani su sestrinski problemi i intervencije vezane za liječenje i zbrinjavanje shizofrenije, a to su: strah, visok rizik za nasilno ponašanje, socijalna izolacija, poremećaj spavanja i smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena.

3.2.1. Strah u/s promijenjenom slušnom i vidnom percepcijom, što se očituje ubrzanim disanjem, podrhtavanjem glasa te izjavom bolesnika: „Bojim se...“

„Negativan osjećaj koji nastaje usljed stvarne ili zamišljene opasnosti (9).“

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije uz podršku medicinske sestre verbalizirati manju razinu straha.

Intervencije:

1. Procijeniti intenzitet i učestalost pojave straha.
2. Ostvariti profesionalan empatijski odnos s bolesnikom.
3. Poticati bolesnika na verbalizaciju straha.
4. Omogućiti bolesniku dovoljno vremena za razgovor.
5. Objasniti bolesniku svaki postupak koji radimo.
6. Prilaziti bolesniku od naprijed da nas vidi kada dolazimo i odlazimo.
7. Primijeniti propisanu terapiju.
8. Dati bolesniku vremena da se smiri.
9. Pružiti podršku bolesniku.

3.2.2. Visok rizik za nasilno ponašanje u/s psihotičnim epizodama

„Mogućnost fizičkog, psihičkog i/ili seksualno nasilnog ponašanja prema drugima (10).“

Cilj: Bolesnik tijekom hospitalizacije neće fizički napasti ili ozlijediti druge bolesnike.

Intervencije:

1. Poticati bolesnika da verbalizira prisutne osjećaje.
2. Pokazati empatiju prema bolesniku.
3. Omogućiti bolesniku dovoljno osobnog prostora.

4. Izbjegavati pretjeran fizički kontakt s bolesnikom te postavljanje provokativnih pitanja.
5. Zadržati kontrolu nad smjerom razgovora.
6. Biti na sigurnoj udaljenosti od bolesnika.
7. Odstraniti sve štetne i nepoželjne objekte iz bolesnikove okoline.
8. Primijeniti propisanu terapiju.
9. Vršiti kontinuirani nadzor nad bolesnikom.
10. Postupiti prema protokolu ustanove ako dođe do napada.

3.2.3. Socijalna izolacija u/s gubitkom volje, što se očituje izjavom pacijenta: „nemam volje...“

„Stanje u kojem pojedinac ima subjektivan osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt (9).“

Cilj: Bolesnik će tijekom hospitalizacije poboljšavati i razvijati značajne odnose s drugima.

Intervencije:

1. Stvoriti odnos povjerenja s bolesnikom.
2. Potaknuti bolesnika na izražavanje emocija i razvijanje međuljudskih odnosa.
3. Potaknuti bolesnika na dijeljenje dojmova.
4. Educirati bolesnika asertivnom ponašanju.
5. Motivirati ga i pohvaliti za svaki uspjeh.
6. Omogućiti vrijeme za posjete obitelji i prijatelja.
7. Upoznati ga s grupama podrške.
8. Uključiti bolesnika u grupnu terapiju.

3.2.4. Poremećaj spavanja u/s psihotičnim epizodama, što se očituje izjavom bolesnika: „nakon tih mojih epizoda, teško mi je zaspati, umoran sam preko dana“

„Nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom (10).“

Cilj: Bolesnik će biti odmoran.

Intervencije:

1. Smisliti plan dnevnih aktivnosti s bolesnikom.
2. Odstraniti distrkacije iz sobe koje otežavaju usnivanje.
3. Podučiti bolesnika tehnikama opuštanja.
4. Osigurati vrijeme da bolesnik izrazi brige zbog kojih ne može zaspati.
5. Primijeniti terapiju za spavanje koju je liječnik odredio.

3.2.5. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena u/s manjkom motivacije što se očituje izgledom bolesnika

„ Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene (11).“

Cilj: Bolesnik će samostalno uz motivaciju medicinske sestre svakodnevno provoditi osobnu higijenu.

Intervencije:

1. U dogovoru s bolesnikom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene.
2. Osigurati privatnost bolesniku.
3. Biti uz bolesnika tijekom tuširanja.
4. Motivirati bolesnika na pravilno obavljanje osobne higijene.
5. Nadzirati provođenje osobne higijene.
6. Ohrabriti ga i pohvaliti za svaki napredak.

4. RASPRAVA

Prijem na psihijatriji, kao i svugdje, može biti redoviti ili hitni. Redoviti prijem psihijatrijskog bolesnika ne znači hitno stanje u liječenju bolesnika. Bolesnik se upućuje na bolničko liječenje kada njegovo stanje zahtjeva intenzivne dijagnostičke i terapijske postupke. Prijem može biti i hitan. Bolesnik obično dolazi uz pratnju članova obitelji, prijatelja, a nerijetko i u pratnji djelatnika policije ili hitne medicinske pomoći. Kada bolesnik napokon odluči potražiti pomoć, svaki zdravstveni radnik treba mu pružiti podršku i pomoć kako bi uspješno savladao bolest. Upravo zbog toga važno je da s bolesnikom razvijemo osjećaj sigurnosti i povjerenja. Medicinska sestra pri prijemu ima mnoge zadaće, a to su: smjestiti bolesnika u bolesničku sobu, popisati i preuzeti civilnu odjeću, spremati bolesnikove oštre i opasne predmete, uzeti lijekove koje je bolesnik ponio sa sobom, popisati i zbrinuti novac ili vrijedne predmete, upoznati bolesnika s odjelom, upoznati ga s programom i kućnim redom, mjeriti vitalne znakove, promatrati bolesnikovo psihičko i fizičko stanje (7, 12).

Definicija zdravstvene njege prema V. Henderson kaže: „uloga medicinske sestre je pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi on kao pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.“ To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je prije moguće (13). Bolesnik prikazan u ovom radu hospitaliziran je hitnim prijemom i sa smanjenom kvalitetom života. Vidno uplašen i nemiran. U strahu „što bi ga glasovi mogli natjerati da učini“ sam je pozvao hitnu. Stoga je uvid izrazito bitan čimbenik u izlječenju od shizofrenije. Usko je povezan s voljom bolesnika na uspostavu komunikacije s liječnicima koji sudjeluju u liječenju. Uvid se opisuje kao svijesnost bolesnika o bolesti, točnije kao bolesnikovo shvaćanje prirode i činitelja njegovih problema. Istraživanje provedeno o koliko uvida imaju bolesnici oboljeli od shizofrenije prikazuje da oboljeli od poremećaja sa psihozom nerijetko nemaju uvid u to da njihova specifična iskustva i ponašanja odskaču od normalnih ili da im je potrebno liječenje. Mnogi bolesnici jednostavno ne prihvaćaju svoju dijagnozu. Statistika nam govori da 50 do 80 % bolesnika nema prikladan uvid u svoje psihičko stanje (14). Iako mu statistika ne ide u prilog, bolesnik u ovom radu svjestan je svojih problema, te je skupio hrabrosti i zatražio vrlo bitnu pomoć. Samim time što je zatražio pomoć, napravio je prvi korak u postizanju bolje kvalitete života. Važno je napomenuti i da je psihički oboljelim osobama teže pronaći posao, kao i zadržati ga u slučaju da ga dobiju.

Vrlo malo se zna u kolikoj mjeri stabilnost koju rad i posao doprinose u oporavku od shizofrenije. Provedeno istraživanje (13) govori da postoje goleme varijacije u stopama prijavljenih radnika koji boluju od shizofrenije. To istraživanje navodi da najnovije europske studije pokazuju stope između 10 % i 20 %, dok je stopa u Sjedinjenim Američkim Državama manje jasna. Stopa zaposlenih koji boluju od shizofrenije pala je posljednjih 50 godina. Poteškoće koje oboljeli u zapošljavanju najčešće osjete uključuju strah, stigmu, diskriminaciju, kao i strah od gubitka beneficija i nedostatak odgovarajuće stručne pomoći. Nadalje niska stopa zaposlenih nisu obilježja shizofrenije, već društva u kojem živimo. Socijalni i ekonomski pritisak s kojim se suočavaju bolesnici, kao i tržišta rada te psihološke i društvene prepreke za rad. Bolesnik u ovom radu i sam navodi da mu je teško pronaći posao, a još teže zadržati ga.

Shizofrenija kao bolest ima ogroman spektar stanja. Postoje teži slučajevi koji zahtijevaju intenzivno liječenje, dok postoje i slučajevi u kojima nakon jedne psihotične epizode slijedi remisija. Otprilike 50 % oboljelih oporavilo se ili im se stanje drastično popravilo tijekom dugog razdoblja, što upućuje na to da je funkcionalna remisija moguća. Demografska, kliničke obilježja i obilježja liječenja, kao i socioekonomske varijable, utječu na razvoj shizofrenije (16).

Postoje razne teorije i modeli koji pokušavaju otkriti nastanak shizofrenije. Jedan je od njih model neuralne dijateze – stresa. Taj model predlaže da psihosocijalni stres djeluje na postojeću ranjivost i tako pokreće simptome shizofrenije. Trauma iz djetinjstva povezana je s oštećenjem radnog pamćenja, izvršnih funkcija, kao i verbalnog učenja te pažnje kod pacijenata sa shizofrenijom, uključujući one s vrlo visokim rizikom od razvoja psihoze. Upravo kod tih bolesnika veće razine trauma iz djetinjstva predstavljale su međusoban suodnos s oslabljenim pozitivnim simptomima, općim simptomima i simptomima depresije te niže razine globalnog funkcioniranja i lošijeg kognitivnog nastupa u vizualnom epizodnom pamćenju i izvršnim funkcijama (17). Doduše sve su to teorije i potrebno je još mnogo dokaza i istraživanja kako bismo otkrili prave uzroke. Shizofrenija je kompleksna bolest, pa i njezino liječenje može biti kompleksno. Također postoji istraživanje dugo 20 godina koje ukazuje na povezanost između smanjenje razine vitamina D i shizofrenije. Hipoteza te studije izvorno prati u kojem je godišnjem dobu osoba rođena, ali sada 20 godina poslije poduprta je analitičkom epidemiološkom studijom koja pokazuje da novorođenčad s nedostatkom vitamina D ima povećan rizik od razvoja shizofrenije kasnije u životu.

Metode liječenja nefarmakološke su i farmakološke. Ciljevi liječenja shizofrenije uključuju: ciljanje simptoma, sprječavanje ponovnog vraćanja shizofrenije i povećanje adaptivnog funkcioniranja tako da se pacijent može ponovno uklopiti u zajednicu. Budući da se bolesnici

rijetko vraćaju na svoju prvobitnu razinu funkcioniranja, moraju se koristiti i nefarmakološki i farmakološki tretmani kako bi se ostvarili dugoročni ishodi. Farmakoterapija je temelj u liječenju shizofrenije, ali zaostali simptomi mogu postojati. Zato su važni i nefarmakološki tretmani, poput psihoterapije. Psihoterapijski pristupi mogu se podijeliti u tri kategorije: individualni, grupni i kognitivno bihevioralni pristup. Ne samo da nefarmakološke metode kao terapije popunjavaju praznine u farmakološkim tretmanima; one mogu pomoći osigurati da pacijenti pravilno uzimaju lijekove. Bolesnici koji prestanu uzimati svoje lijekove imaju povećan rizik od recidiva bolesti (19). Kako i kod svake bolesti, smrt je prisutna i u shizofreniji. Nedavna izvješća sugeriraju da se razlika u smrtnosti između osoba sa shizofrenijom i opće populacije sve više povećava. Istraživanje pokazuje da je prosječna dob u trenutku smrti osobe oboljele od shizofrenije 1984. godine bila je 57,6 godina, dok je 2014. godine prosječna dob bila 70,1 godinu. Također velika je razlika uočena u smrtnosti od samoubojstva koja je pala za 40 % (20). Iako studija kaže da se životni vijek osoba sa shizofrenijom znatno povećao te da su stope samoubojstava pale, još uvijek postoji velika razlika u mortalitetu, ali i kvaliteti života. Zdravstvene radnike, kao i opću populaciju treba educirati te pozvati na prihvaćanje svih osoba.

5. ZAKLJUČAK

U ovom radu prikazan je slučaj bolesnika sa shizofrenijom, zdravstvena njega bolesnika sa shizofrenijom i opisani su problemi iz područja zdravstvene njege i provedene intervencije. Shizofrenije je teška kronična psihička bolest koja dovodi do smetnji na raznim područjima. Još uvijek se ne zna točan nastanak te bolesti, ali znanstvenici misle da je prisutno više od jednog čimbenika koji utječu na nastanak.

Budući da je upravo medicinska sestra ta koja provodi dragocjeno vrijeme s bolesnikom, bitno je naglasiti njezinu ulogu i specifičnosti rada kod bolesnika oboljelog od shizofrenije. Ona je ta koja mu pruža potporu i suosjećá s njim. Medicinska sestra nastoji pomoći mu u komunikaciji s drugima, osigurati mu zaštitu, poboljšati mu psihičku stabilnost, kao i ohrabriti ga.

Općenito govoreći, kod svih psihičkih bolesnika u društvu prisutna je stigma, pa je tako prisutna i kod oboljelih od shizofrenije. Štetni učinci stigme pogađaju ne samo oboljelu osobu nego i njegovu obitelj te i psihijatriju kao područje medicine. Vodeći se time, bitno je educirati ne samo opću populaciju nego i zdravstvene radnike. Svaki pacijent zaslužuje kvalitetnu skrb i holistički pristup.

6. SAŽETAK

Cilj rada: Cilj rada je prikazati proces zdravstvene njege bolesnika oboljelog od shizofrenije, utvrđene dijagnoze u procesu zdravstvene njege, planirane i provedene intervencije vezane uz zbrinjavanje bolesnika.

Opis slučaja: Bolesnik rođen 1976. godine, nezaposlen, primljen hitnim prijemom 7. 12. 2021. na Zavod za akutnu i biologijsku psihijatriju i intenzivno liječenje zbog pogoršanja stanja pod med. dg.: *Schizophrenia*. Utvrđeni problemi iz zdravstvene njege kod bolesnika jesu: strah, visok rizik za nasilno ponašanje, socijalna izolacija, smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena i poremećaj spavanja.

Zaključak: Shizofrenije je teška kronična psihička bolest koja dovodi do smetnji na raznim područjima. Štetni učinci stigme pogađaju ne samo oboljelu osobu nego i njegovu obitelj te i psihijatriju kao područje medicine. Budući da je upravo medicinska sestra ta koja provodi dragocjeno vrijeme s bolesnikom, bitno je naglasiti njezinu ulogu i specifičnosti rada kod bolesnika oboljelog od shizofrenije. Ona je ta koja mu pruža potporu i suosjeća s njim. Medicinska sestra nastoji pomoći pacijentu u komunikaciji s drugima, osigurati mu zaštitu, poboljšati psihičku stabilnost kao i ohrabriti ga. Vodeći se time bitno je educirati ne samo opću populaciju nego i zdravstvene radnike. Svaki pacijent zaslužuje kvalitetnu skrb i holistički pristup.

Ključne riječi: bolest; dijagnoze u procesu zdravstvene njege; edukacija; medicinska sestra; shizofrenija

7. SUMMARY

Nursing care of patient with schizophrenia

Objective: The aim is to present the process of healthcare for a patient with schizophrenia, established diagnoses in the process of healthcare, planned and implemented interventions related to patient care.

Case description: Patient, born in 1976, unemployed, admitted to the Department of Acute and Biological Psychiatry and Intensive Care on December 7, 2021, due to deteriorating condition under the medical diagnosis: schizophrenia. The patient's identified care problems are: anxiety, high risk for violent behavior, social isolation, deficit in self-care - personal hygiene and sleep disturbances.

Conclusion: Schizophrenia is a severe chronic mental illness that leads to disorders in various areas. The harmful effects of stigmatization affect not only the sick person but also his family and psychiatry as a specialty of medicine. Since it is the nurse who spends most of her time with the patient, it is important to emphasize her role and the specifics of her work with patients suffering from schizophrenia. She is the one who supports him and sympathizes with him. The nurse tries to help him communicate with others, ensure his protection, improve his mental stability and encourage him. In this sense, it is important to educate not only the population, but also the health professionals. Every patient deserves quality care and a holistic approach.

Keywords: diagnoses in the process of nursing care; disease; education; nurse; schizophrenia

8. LITERATURA

1. Hotujac Lj, i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada. Zagreb; 2006.
2. Hudolin V. Psihijatrija i neurologija. Školska knjiga. Zagreb; 1983.
3. Varda R, Srkalović Imširagić A. Atipični antipsihotici u kliničkoj praksi. Medicus. 2008;17:107-112.
4. Correll C, Schooler N. Negative symptoms in Schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 16, 2020; 519-534.
5. Häfner H, Heiden W. Epidemiology of Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry. 1997;42(2):139-151.
6. Filaković P, i sur. Psihijatrija. Medicinski fakultet Osijek. Osijek; 2014.
7. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Školska knjiga. Zagreb; 2014.
8. Barbato A. Schizophrenia and public health. World Health Organization. Geneva; 1998.
9. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb; Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
10. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
11. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
12. Moro Lj, Frančišković T, i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada. Zagreb; 2011.
13. Prlić N. Opća načela zdravlja i njege. Školska knjiga, Zagreb; 2014.
14. Štrkalj-Ivezić S, Horvat K. Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije. Liječnički vjesnik. 2017; 139(7-8).
15. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 39.5 2004; 337-349.

16. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: Is it possible?. Wolters Kluwer. 2018; Volume 31, Number 3 pp. 246-255(10).
17. Popovic D, Schmitt A, Kaurani L, Senner F, Papiol S, Malchow B, et al. Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Perspectives. *Frontiers in Neuroscience*. 2019; 1662-453X
18. Cui X., McGrath J.J., Burne T.H.J. Vitamin D and schizophrenia: 20 years on. *Mol Psychiatry* 26, 2021;2708–2720.
19. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. 2014; 39(9):638-45.
20. Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.2021; 138(6): 492-499.