

Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije

Smoljanec, Andreja

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:479000>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-01-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 560/SS/2015

Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije

Andreja Smoljanec, 3882/601

Varaždin, rujan 2016. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 560/SS/2015

Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije

Student

Andreja Smoljanec, 3882/601

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Andreja Smoljanec	MATIČNI BROJ	3882/601
DATUM	07.07.2015.		
KOLEGI	Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika		
NASLOV RADA	Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije		
MENTOR	Melita Sajko, dipl. med. techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Jurica Veronek, mag. med. techn., predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl. med. techn., mentor		
	3. Ivana Živoder, dipl. med. techn., član		

Zadatak završnog rada

BROJ	560/SS/2015
OPIS	Shizofrenija je psihička bolest koja obojeloj osobi onemogućava razlikovanje realnih od nerealnih doživljaja, narušava njihovo društveno funkcioniranje i ometa logičko razmišljanje. Osoba sa dijagnozom shizofrenije nije se sposobna brinuti sama o sebi, većina njih redovito ne uzima propisanu terapiju. Tekve osobe su smještene u ustanove koje pružaju dugotrajni smještaj psihičkih bolesnika. Za shizofreniju još uvijek nema izlječenja ili odgovarajuće liječenje lijekovima omogućava uspješnu kontrolu bolesti. Prvi dio rada odnosi se na povijesne izvore koji spominju shizofreniju, zatim na epidemiologiju i etiologiju shizofrenije, vrste shizofrenije, te liječenje i zdravstvenu njegu, a drugi dio rada biti će istraživački. Istraživanje će biti usmjereno na pitanja koje se najčešće sestrinske dijagnoze pojavljuju i sa kojim sestrinskim intervencijama se najčešće susrećemo u radu sa bolesnicima obojelim od shizofrenije i smještenim u ustanovu za dugotrajnu skrb. Na području Istre postoje tri socijalne ustanove koje pružaju dugotrajni smještaj psihičkih bolesnika: Dom za psihički bolesne odrasle osobe Motovun, Dom za odrasle osobe "Vila Maria" Pula i Dom za odrasle osobe "Sv. Nedjelja" Nedžina te će u njima biti provedeno istraživanje.

ZADATAK URUČEN

23.07.2015



Melita Sajko

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici dipl. med. tech. Meliti Sajko na razumijevanju, susretljivosti, podršci, znanju i vodstvu pri izradi ovog rada.

Želim se zahvaliti i svim djelatnicima Sveučilišta Sjever u Varaždinu koji su mi svojim radom pomogli u stjecanju novih znanja i vještina na području sestrištva.

Ovaj rad posvećujem svojoj obitelji. Najveće hvala na razumijevanju, toleranciji i bezuvjetnom povjerenju.

Sažetak

Shizofrenija je psihička bolest koja oboljeloj osobi onemogućava razlikovanje realnih od nerealnih doživljaja, pogađa sposobnost razmišljanja, narušava njihovo društveno funkcioniranje i logičko razmišljanje. Oboljelim osobama narušeno je društveno funkcioniranje što uzrokuje promjenu ponašanja te utječe na sposobnost osobe da upravlja svojim emocijama, komunicira i donosi odluke. Takve osobe se smještaju u socijalno-medicinske ustanove koje pružaju dugotrajni smještaj psihičkih bolesnika. Za shizofreniju još uvijek nema potpunog izlječenja, ali uz odgovarajuće liječenje lijekovima omogućava se uspješna kontrola bolesti.

U prvom dijelu rada, spominju se povijesni izvori shizofrenije, epidemiologijai etiologija shizofrenije, vrste shizofrenije te liječenje i zdravstvena njega, dok je drugi dio rada istraživanje.

U ovom radu se proučava smještaj oboljelih osoba u tri socijalne ustanove na području Istre, u Domu za odrasle osobe Motovun u Motovunu, Domu za odrasle osobe „Vila Maria“ u Puli i Domu za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ u Nedešćini.

Cilj rada je usmjeren na pitanja, koje se najčešće sestrinske dijagnoze pojavljuju i sa kojim sestrinskim intervencijama se najčešće susrećemo u radu sa osobama oboljelim od shizofrenije koje su smještene u ustanovu za dugotrajnu skrb.

Ključne riječi: shizofrenija, dugotrajni smještaj, sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije.

Summary

Schizophrenia is a mental disorder. Persons with symptoms of schizophrenia can't differentiate what is real and what is not real, know how to think, and its social behavior and logical thinking are abnormal. Ill persons can't manage their emotions, and their ability to communicate and decision-making is diminished. These persons need to be accommodated in socio-medical facilities that provide long-stay for psychiatric patients. Schizophrenia still can't be completely cured but it can be controlled with appropriate medicines treatment.

In the first part of the dissertation are described history of schizophrenia, epidemiology and etiology of schizophrenia, types of schizophrenia, and healing and health care, while research is second part of dissertation.

Accommodation of people with different mental disorders in three social institutions is described in this dissertation. This social institutions are in the region of Istria and they are: Center for adults Motovunin Motovun, Center for adults „Vila Maria“ in Pula and Center for adults „Sv. Nedelja“ in Nedešćina.

Aim of this dissertation is to find out which nursing diagnosis and which nursing interventions are most commonly encountered in working with persons suffering from schizophrenia which are accommodated into centre for long-term care.

Ključne riječi: schizophrenia, long-term accommodation, nursing diagnosis, nursing interventions.

Popis korištenih kratica

SŽS	Središnji živčani sustav
GAB	Gama-aminomaslačna kiselina
TD	Tardivna diskinezija
MNS	Maligni neuroleptički sindrom
KBT	Kognitivno bihevioralna terapija
SMBS	Smanjena mogućnost brige o sebi

Sadržaj

1	Uvod	1
2	Shizofrenija	4
2.1	Povijest shizofrenije	4
2.2	Epidemiologija shizofrenije.....	5
2.3	Etiologija shizofrenije.....	6
2.4	Vrste shizofrenije.....	8
2.4.1	Paranoidna shizofrenija	8
2.4.2	Hebefrena shizofrenija	9
2.4.3	Katatona shizofrenija.....	9
2.4.4	Nediferencirana shizofrenija	10
2.4.5	Postshizofrena depresija	10
2.4.6	Rezidualna shizofrenija	10
2.4.7	Simpleks shizofrenija	10
2.5	Klinička slika	11
2.6	Faze bolesti	12
2.7	Liječenje shizofrenije	12
2.7.1	Liječenje lijekovima	13
2.7.2	Elektostimulativna/elektrokonvulzivna terapija.....	15
2.7.3	Psihosocijalne metode i rehabilitacija	15
2.7.3.1	Psihoterapija.....	16
2.7.3.2	Kognitivno bihevioralna terapija	16
2.7.3.3	Edukacija o bolesti	17
2.7.3.4	Rad s obitelji	17
2.7.3.5	Trening socijalnih vještina	17
3	Stigma.....	18

4	Zdravstvena njega shizofrenog bolesnika	20
4.1	Sestrinske dijagnoze	22
4.1.1	Smanjena mogućnost brige za sebe - oblačenje/dotjerivanje, osobna higijena..	22
4.1.2	Anksioznost.....	23
4.1.3	Pothranjenost.....	24
4.1.4	Pretilost.....	25
4.1.5	Neupućenost	25
4.1.6	Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa	26
4.1.7	Neučinkovito sučeljavanje	27
4.1.8	Strah	28
4.1.9	Umor.....	29
4.1.10	Nisko samopoštovanje.....	29
4.1.11	Socijalna izolacija	30
4.1.12	Poremećaj spavanja	31
4.1.13	Poremećaj seksualne funkcije	31
4.1.14	Visoki rizik za nasilno ponašanje.....	32
4.1.15	Visoki rizik za samoozljeđivanje	33
4.1.16	Visok rizik za samoubojstvo	33
5	Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije	35
5.1	Dom za odrasle osobe Motovun	36
5.2	Dom za odrasle osobe „Vila Maria“, Pula.....	38
5.3	Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedeščina	39
6	Cilj istraživanja	40
7	Ispitanici i metode rada	41
8	Analiza rezultata.....	42
8.1	Dom za odrasle osobe Motovun	42

8.2	Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ Pula.....	46
8.3	Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedeščina.....	48
8.4	Analiza zbirnih podataka za sve domove	50
9	Rasprava	53
9.1	Dom za odrasle osobe Motovun	53
9.2	Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ Pula.....	54
9.3	Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedeščina.....	54
9.4	Analiza zbirnih podataka za sve domove	55
10	Zaključak.....	58
11	Literatura	60
12	Popis Tablica.....	61

1 Uvod

Shizofrenija je psihička bolest, odnosno duševna kronična bolest s relativno visokom učestalošću, otprilike 1% u općoj populaciji.[1] Obično započinje u ranoj adolescenciji, no može se javiti i u zreloj i starijoj životnoj dobi. To je bolest koju je teško opisati i svaka oboljela osoba krije svoju osobnu priču. Uz tu psihičku bolest vežu se različita kriva vjerovanja, poput nesposobnosti, opasnosti i neizlječivosti te postoje brojne zablude, mitovi, predrasude i pogrešne informacije. Ova bolest oboljele dovodi u niz teških situacija. U društvu su shizofreni bolesnici često stigmatizirani, obilježeni, a o njima vladaju pogrešna mišljenja jer se smatraju opasnim, lijenim, agresivnim i slično. Najraširenija predrasuda u javnosti je da su shizofreni bolesnici nesposobni, agresivni i opasni, da je bolest neizlječiva, a jedino liječenje je izolacija bolesnika iz okoline. Takve predrasude često su potaknute krivim i nepotpunim prikazivanjima bolesti u medijima. Većina oboljelih nije nasilna, već naprotiv, povučeni su iz okoline i žive izolirano, dok manji broj oboljelih može biti agresivnog ponašanja, obično kraće vrijeme, u akutnoj fazi bolesti. To je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti.[2]

Put oporavka je često dosta težak i dugo traje, a liječenje, koje se planira zajedno sa stručnjacima, od velike je pomoći na tom putu. Prilikom liječenja, važno je imati dosta osoba koje mogu pomoći. Najčešće je to obitelj, prijatelji i stručnjaci.

Najučinkovitije liječenje shizofrenije uključuje lijekove, psihološku terapiju te potporu tijekom hospitalizacije i u svakodnevnom životu. Danas više nije opravdano biti samo pasivni promatrač ove bolesti, već se treba uključiti i pomoći oboljelim osobama. Mnogo toga se može učiniti kako bi se poboljšala kvaliteta života kod bolesnika koji boluju od shizofrenije. Kvaliteta života je jako bitna odrednica u životu svake osobe, no kada se radi o osobi koja je bolesna, rasprava o kvaliteti života postaje nezaobilazna tema.

Za takve bolesnike medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s njim pa je važno naglasiti njezinu ulogu. Medicinska sestra promatra bolesnika i na osnovi postojećih podataka utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Da bi se mogao riješiti određeni problem kod takvih bolesnika, medicinska sestra mora napraviti odgovarajući plan zdravstvene njege. Za medicinsku sestru važno je da bude strpljiva, da bolesnika ne razuvjerava niti nepotvrđuje njegove halucinacije i da posjeduje određene komunikacijske vještine u radu s takvim bolesnicima. Medicinska sestra mora uspjeti uspostaviti povjerljiv

odnos sa bolesnikom, jer u njezinom radu su uključene i edukativne mjere, npr. edukacije o bolesti, terapiji itd., što bolesnik može prihvatiti samo od osobe u koju ima povjerenja. Kod rada sa shizofrenim bolesnicima od medicinske sestre se zahtijeva veliko znanje, strpljivost, poznavanje i posjedovanje određenih vještina.[3]

Osobe sa dijagnozom shizofrenije mogu biti smještene u psihijatrijsku ustanovu dobrovoljno, odnosno uz svoju slobodno danu suglasnost, ili bez pristanka. U slučajevima hospitalizacije osoba lišenih poslovne sposobnosti, pristanak potpisuje zakonski zastupnik ili nadležni centar za socijalnu skrb. Kada se osoba smještava u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka ili pristanka zakonskog zastupnika, odnosno centra za socijalnu skrb, govorimo o prisilnom smještaju. Tada se govori o ograničavanju temeljnog ljudskog prava na slobodu i ovi postupci moraju biti propisani zakonom i temeljni na sudskoj odluci.[4]

Psihijatrijske bolnice u Republici Hrvatskoj koje se ističu svojom veličinom i značenjem:

- Neuropsihijatrijska bolnica Ivan Barbot (Popovača),
- Psihijatrijska bolnica Ugljan,
- Psihijatrijska bolnica Lopača,
- Psihijatrijska bolnica Rab i
- Klinika za psihijatriju Vrapče.

Postoji još jedna skupina osoba smještenih u psihijatrijske ustanove, štíćenika centra za socijalnu skrb, za koje, prema mišljenju liječnika, više nema medicinskih razloga zabolničko liječenje, a još uvijek se nalaze u psihijatrijskoj ustanovi jer zbog svog psihofizičkog stanja i uvjeta u kojima žive izvan ustanove, nisu sposobni brinuti o sebi, niti imaju rođake ili druge osobe koje su po zakonu dužne i mogu brinuti o njima. Psihijatrijske bolnice takve pacijente, bez organiziranog prihvata, ne mogu ostaviti bez potrebne skrbi. Ne nalaze se na zatvorenim odjelima bolnica, no ipak se bez zdravstvene potrebe nalaze na liječenju u zdravstvenoj ustanovi, ponekad čak i do 30 god. Pitanje njihovog smještaja nakon otpusta trebalo bi se riješiti u suradnji s nadležnim centrom za socijalnu skrb. Centri za socijalnu skrb trebaju se dodatno angažirati u pronalaženju odgovarajućeg smještaja.

U Republici Hrvatskoj nedostaje smještajnih kapaciteta namijenjenih dugotrajnom smještaju osoba s duševnim smetnjama.[4]U Hrvatskoj postoji nekoliko socijalnih ustanova, a u Istarskoj županiji postoje tri medicinsko-socijalne ustanove koje pružaju dugotrajni smještaj za psihički oboljele odrasle osobe: Dom za psihički odrasle osobe Motovun, Dom za odrasle

osobe „Vila Maria“ Pula i Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedešćina te je u njima provedeno istraživanje koje je bilo usmjereno na pitanja koje se najčešće sestrinske dijagnoze pojavljuju i sa kojim sestrinskim intervencijama se najčešće susrećemo u radu sa oboljelim od shizofrenije.

2 Shizofrenija

U ovom poglavlju biti će opisana povijest shizofrenije, epidemiologija shizofrenije, etiologija shizofrenije, vrste shizofrenije, klinička slika i faze bolesti.

2.1 Povijest shizofrenije

Belgijski psihijatar B. Morel 1860. god. opisao je bolesnika koji je intelektualno počeo propadati u mladosti te je imao sumanute misli i halucinacije. Tu bolest nazvao je demenceprecoce. Godine 1871. E. Hecker, njemački psihijatar, opisao je psihozu i nazvao je hebephrenia. Psihozu katatonog tipa opisao je K.L.Kahlbaum 1874. godine i uvodi pojam katatonija. Kombinaciju katatonije i hebefrenije opisao je E. Fink 1881. godine. Klasifikaciju duševnih poremećaja stvorio je E. Krepelin, njemački psihijatar 1896., a napravio je i podjelu u dvije velike skupine. Prvu skupinu čine manično-depresivne psihoze i psihoze koje naziva dementia praecox. Dok drugu skupinu čine: katatonija, hebefrenija i dementiaparanoia. Godine 1913. Krepelin je shizofrene simptome podijelio na deficitarne i floridne. Skupini shizofrenija E. Bleuler pridodao je još jednu psihozu, shizofreniju simplex. Kod ove shizofrenije nema produktivnih simptoma, osoba je sama sebi dovoljna, povlači se, zakazuje u funkcioniranju te svim emocionalno socijalnim relacijama. Smatrao je kako se bolesti ne pojavljuju samo u mladosti i da ne moraju završiti u demenciji. Kod psihoze nije riječ o intelektualnom propadanju, već o rascjepu misli. Godine 1911. uveo je naziv grupna shizofrenija (grč. schizo-rascjep, phren-razum) za ove psihoze. Postavio je koncept „4a“ simptoma. Četiri simptoma obilježena slovom „a“: poremećaj asocijacija, poremećaj afekta, ambivalencija i autizam. Simptomi „a“ su osnovni (primarni) bez kojih se ne može postaviti dijagnoza shizofrenije. Akcesorni (sekundarni) simptomi su: halucinacije (poremećaji opažanja) i sumanute misli (sadržajni poremećaj mišljenja). Simptome shizofrenije na one prvoga i drugoga reda podijelio je K. Schneider. U I. red simptoma svrstao je slušne halucinacije, cenestetičke halucinacije, fenomen oduzimanja ili nametanja misli i nametanje ili kontroliranje volje. Simptomi II. reda obuhvaćaju druge poremećaje opažanja, smetenost, socijalno povlačenje, anhedoniju, hipobuliju, depresivne i euforične promjene raspoloženja, osjećaj afektivne praznine.[1]

2.2 Epidemiologija shizofrenije

Shizofrenija je ozbiljna i teška psihička bolest pa tako nema civilizacije i društva, naroda i socijalne klase u kojoj se shizofrenija nije pojavila. Shizofrenija je u nekim zemljama učestalija nego u drugim, npr. učestalija je u Švedskoj, Irskoj i u Hrvatskoj. Češće se pojavljuje u Primorju i Istri, nego u drugim dijelovima Hrvatske. Učestalija je u gradovima nego na selu jer je život u gradu praćen brojnim stresovima koji „oštećuju“ pojedinca. Postoji mogućnost i boljeg dijagnosticiranja shizofrenije u gradskim područjima. Od shizofrenije češće oboljevaju osobe nižeg socioekonomskog statusa. Postoji mogućnost da bolest dovodi do slabijeg radnog potencijala, ekonomske nestabilnosti i nezaposlenosti. Shizofrenija je česta među beskućnika. Dvije trećine beskućnika imaju neki psihički poremećaj, najčešće je to shizofrenija.[1]

Rizik za obolijevanje od shizofrenije prosječno iznosi 1%, a incidencija (broj novooboljelih) u jednoj godini iznosi od 10 do 40 osoba na 100 000 osoba. U svijetu se procjenjuje da ima oko 24 milijuna shizofrenih bolesnika, dok u Hrvatskoj ima oko 19 tisuća. Shizofrenija se javlja između 15. i 40. godine života. Kod više od 80% bolesnika, shizofrenija se javlja između 15. i 35. godine, a kod više od 50% bolesnika javlja se između 15. i 25. godine.[1]

Kod žena i muškaraca shizofrenija se pojavljuje podjednako. Kod muškaraca shizofrenija se najčešće pojavljuje u dobi između 15. i 24. godine, a kod žena između 20. i 29. godine života. Oboljele osobe su češće rođene zimi i u rano proljeće, nego u druga doba godine. Češće rađanje u hladnom dobu godine možemo povezujemo sa virusnom teorijom o nastanku shizofrenije.[1]

Rizik obolijevanja od bolesti kod rodbine shizofrenih, povećava se s blazinom srodstva s oboljelim. Djeca shizofrenog roditelja usvojena neposredno po porodu od neshizofrenih roditelja imaju veću šansu za nastanak bolesti nego opća populacija. Danas, sa sigurnošću možemo reći, da se shizofrenija češće javlja u krvnih srodnika. Kod jednojajčanih blizanaca, ako je jedan shizofren, šansa da će i drugi oboljeti je oko 47%. Kod dvojajčanih blizanaca šansa za shizofreniju je prema različitim studijama između 10% i 25%. U prosjeku, 40% djece obolijeva od shizofrenije ako su oba roditelja shizofrena. Veći rizik obolijevanja uvijek znači veću blizinu srodstva sa shizofrenim bolesnikom.[5]

2.3 Etiologija shizofrenije

Još uvijek nije poznato zašto nastaje shizofrenija. Postoje brojne hipoteze koje traže daljnje istraživanje. U novije vrijeme pridaje se značenje biološkim faktorima, iako je sasvim sigurno da i psihosocijalni faktori imaju određenu ulogu. Suvremena znanost nije još ustanju odgovoriti na pitanje je li već prilikom dolaska na svijet djeteta određeno hoće li tokom života oboljeti od shizofrenije.[6] Ni jedan etološki čimbenik se ne smatra uzročnim zbog heterogenih simptomatskih i prognostičkih očitovanja shizofrenije. Stres-dijateza model je najčešće rabljen te prema njemu osoba kod koje se razvija shizofrenija ima biološku osjetljivost ili dijatezu, koju aktivira stres i dovodi do shizofrenih simptoma. [7]

Stresove možemo podijeliti na biološke, genetske i psihosocijalne ili okolinske [7]:

❖ *Biološki stres*

- *Dopaminska hipoteza* - simptomi shizofrenije dijelom su posljedica povećane osjetljivosti dopaminskih receptora ili povećane dopaminske aktivnosti na dopaminske receptore tipa 2 (D2) i uzrokuju smanjenje dopaminske aktivnosti. Mezoekortikalni i mezolimbickidopaminergički traktovi središnjeg živčanog sustava (SŽS) pogođeni su kod shizofrenije. Lijekovi, npr. amfetamin, kokain, povišuju razinu dopamina te pogoršavaju ili započinju psihozu. U simptomatskom očitovanju shizofrenije važan je dopamin, ali se još uvijek u potpunosti ne razumije njegovo značenje.
- *Noradrenalinska hipoteza* - kod shizofrenije povišena aktivnost dovodi do povećane osjetljivosti na senzoričke podražaje.
- *Hipoteza* - snižena aktivnost aminomaslačne kiseline GABA-e dovodi do povećane dopaminergične aktivnosti.
- *Serotoninska hipoteza* - kod nekih kroničnih shizofrenih bolesnika metabolizam serotonina je poremećen, a moguća je hiperserotoninemija i hiposerotoninemija.
- *Halucinogeni-hipoteza* koju nisu potvrdili pouzdani podaci. Predlagano je da do stvaranja nekih endogenih halucinogenadolazi tako da neki endogeni amini djeluju kao supstrati za nenormalnu metilaciju.

❖ *Genetskistres*- predložene su poligenske teorije i teorija o jednom genu (Tablica 2.3.1). Niti jedna od teorija nije definitivno dokazana, ali se pretpostavlja da je poligenska teorija više u suglasnosti s očitovanjem shizofrenije.

- *Srodstvo* - u općoj populaciji manja je incidencija nego u obitelji, i podudaranost je viša u jednojajčanih blizanaca, nego dvojajčanih (Tablica 2.3.1).
- *Ispitivanja usvojenika*-uz biološke roditelje je vezan rizik, ne uz one koji su usvojili dijete.
 - Rizik kod usvojenog djeteta (10-12 %) jednak je kao i za dijete koje su odgojili biološki roditelji.
 - Shizofrena prevalencija veća je kod bioloških roditelja shizofrenih usvojenika nego kod usvojitelja.
 - Blizanci koji su zajedno odgojeni imaju iste stope podudarnosti kao i jednojajčani blizanci.
 - Djeca zdravih roditelja, ali ih odgajaju shizofreni usvojitelji, nemaju povišene stope shizofrenije.

❖ *Psihosocijalni iliokolinski stres*

- *Obiteljski čimbenici* - kod obitelji koje imaju snažnu ekspresiju emocija bolesnici imaju višu stopu relapsa od onih čije obitelji imaju slabu ekspresiju emocija. Ekspresija emocija definira se kao svako pretjerano nametljivo ponašanje, bilo da je ono kontrolirajuće i infantilizirajuće ili neprijateljsko i kritizirajuće. U slučajevima kada se ponašanje obitelji promijeni tako da se snizi ekspresija emocija, stope relapsa su niže. Disfunkcionalna obitelj je posljedica, a ne uzrok shizofrenije vjeruje većina istraživača.
- *Psihodinamička pitanja*– treba razumjeti koji psihosocijalni i okolinski stresovi imaju značenje kod određenog tipa bolesnika koji boluje od shizofrenije.
- *Teorija zaraze* - godišnje doba rođenja i povećana učestalost perinatalnih komplikacija podupiru teoriju zaraze. Dokazi etiološkog sporog virusa uključuju neuropatološke promijene koje govore o ranoj infekciji gliozom, gliozni ožiljci i prisutnost antivirusnih protutijela u serumu i cerebrospinalnoj tekućini nekih bolesnika oboljelih od shizofrenije.

Broj pogođenih gena određuje rizik kod te osobe i simptome u kliničkoj slici. U tablici 2.3.1 su pobrojena obilježja poligenskog nasljeđivanja.

Obilježja poligenetskog nasljeđivanja	
1.	Poremećaj mogu prenijeti i dva zdrava roditelja
2.	Klinička slika poremećaja varira od jako teških do blažih oblika
3.	Teže pogođene osobe imaju veći broj bolesnih rođaka nego što ih imaju blaže pogođene osobe
4.	Rizik se smanjuje kako se smanjuje broj zajedničkih gena
5.	Poremećaj se javlja i na majčinoj i na očevoj strani obitelji

Tablica 2.3.1 Obilježja poligenetskog nasljeđivanja [Izvor: H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada slap, Jastrebarsko, 1998.]

Shizofrenija nije spolno vezani poremećaj, a što se tiče rizika, nije važno koji je roditelj bolestan. Tablica 2.3.2 prikazuje postotak prevalencije u populaciji.

Populacija		Prevalencija
1.	Opća populacija	1 – 1,5 %
2.	Rođaci prvog stupnja	10 – 12 %
3.	Rođaci drugog stupnja	5 – 6 %
4.	Dijete čija su oba roditelja shizofrena	40 %
5.	Dvojajčani blizanci	12 – 15 %
6.	Jednojajčani blizanci	45 – 50 %

Tablica 2.3.2 Prevalencija shizofrenije u određenim populacijama [Izvor: H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada slap, Jastrebarsko, 1998.]

2.4 Vrste shizofrenije

Postoji podjela shizofrenije na tipove, kod oboljele osobe, vezano uz veću prisutnost određenih tipičnih simptoma.

2.4.1 Paranoidna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija (F20.0) je najčešća shizofrenija. Kod oboljelih su više izražene deluzije (bolesne/sumanute ideje) različitih tema, kao što su ideje proganjanja, upravljanja te mogu biti udružene s idejama veličine i slušnim halucinacijama. Negativni i kognitivni simptomi slabo su izraženi ili ih nema kod ovog tipa shizofrenije.[8] Prisutnost sumanutih

ideja bitno je obilježje ovog tipa. Popratni simptomi uključuju anksioznost, suzdržanost, svadljivost i srdžbu. [9]

Često je karakteristična premorbidna ličnost, što znači afektivno hladna osoba, često nezadovoljna, sarkastična, svadljiva i ljuta na druge osobe. Bolesnik često misli kako ga netko promatra, govori o njemu, prati, glasovi koje čuje su neprijateljski i pogrdni. Mogu se javiti sumanutosti poput religijske sumanutosti ili patološke ljubomore. Bolesnici mogu zadržati za sebe svoje sumnje da ih netko muči npr. hipnozom, a mogu se osjećati toliko progonjeni da su nesposobni za izvršavanje obiteljskih i radnih obveza. [9]

2.4.2 Hebefrena shizofrenija

Hebefrena shizofrenija (F20.1) naziva se i dezorganiziranom shizofrenijom. Tip shizofrenije kojeg karakterizira nerazumljiv govor koji je posljedica nelogičnosti u govoru i iskakanje od teme, djetinjasto poremećeno ponašanje, izrazita uzbuđenost koja nema veze s vanjskim poticajima, problemi u ponašanju usmjerenom prema cilju tako da postoje poteškoće u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života poput osobne higijene i brige o prostoru u kojem se živi. Osoba može izgledati jako zapušteno, odijevati se na izrazito čudan način npr. nositi više kaputa u ljetno doba, može biti prisutno neodgovarajuće seksualno ponašanje, manirizmi, nepredvidivo i nepotaknuto vanjskim događajima, uzbuđenje poput vikanja i psovanja, problemi u osjećajima poput osjećajne zaravnjenosti, tuposti ili neadekvatnih osjećaja. Prognoza je loša zbog propadanja ličnosti i brze dezintegracije. [8]

Prvi simptomi mogu biti potištenost i opsjednutost nekim temama, impulzivni teatralni pokušaji samoubojstva te depersonalizacija u vidu osjećaja da pacijent ne postoji kao osoba i da je vanjski svijet nestvaran. Dezintegracija ličnosti nastupa brže nego u drugim oblicima shizofrenije. Djetinje, besmisleno i previše slobodno ponašanje, pretjerana samouvjerenost te bizarni smijeh postaju sve očitiji. Često samouvjerenost prelazi u ideje veličine i bizarne hipohondrijske ideje te vidne i slušne halucinacije. Primjerenim liječenjem postiže se dobra remisija, dok je dugoročna prognoza lošija nego kod ostalih vrsta shizofrenije.[8]

2.4.3 Katatona shizofrenija

Katatonni tip (F20.2) najrjeđi je oblik bolesti. Shizofreniju karakteriziraju simptomi poremećaja pokreta tijela bilo da postoji pretjerana pokretljivost ili odsutnost pokreta.

Simptomi motoričke nepokretljivosti su voštana savitljivost, kad se udovi mogu savijati kao da su od voska i potpuna motorna ukočenost. Kod osoba kad kojih nema pokreta to se naziva stupor. Kada postoji pojačana motorička aktivnost, tada je neobjašnjiva jer nije izazvana vanjskim poticajima. Može postojati negativizam kod oboljelih osoba koji se odnosi na nesvrshodni otpor svim zahtjevima ili održavanje stalnog položaja tijela usprkos pokretanja ili ne govorenje, što još nazivamo mutizam. Mogu postojati neuobičajeni pokreti zauzimanja određenog položajatiijela, eholalija (ponavljanje riječi) i ehopraksija (ponavljanje pokreta drugih osoba).[8]

2.4.4 Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija (F20.3) je tip shizofrenije koji se dijagnosticira kada ne postoji izrazita dominacija pojedinih simptoma kao u drugim tipovima shizofrenije. Kod dijagnosticiranja ne smiju biti zadovoljeni kriteriji za paranoidni, hebrefreni ili katatoni tip shizofrenije.[9]

2.4.5 Postshizofrena depresija

Postshizofrena depresija (F20.4) je shizofrenija na koju se nastavlja različito duga depresivna epizoda. Trajno su prisutni shizofreni simptomi (pozitivni ili negativni), ali ne izrazito. Ako dođe do potpunog gubitka riječ je o depresiji, a ako su dominantisimptomi, postavlja se dijagnoza odgovarajuće shizofrenije. Stanje koje se javlja nakon uzimanja antipsihotika naziva se depresivnim (neuroleptičkim) pomakom.[1]

2.4.6 Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija (F20.5) dijagnosticira se kod oboljele osobe kada je imala jednu ili više epizoda shizofrenije, a zatim su dulje vrijeme prisutni negativni simptomi bolesti, iako mogu biti prisutni i drugi manje izraženi ili blagi simptomi shizofrenije.[10]

2.4.7 Simpleks shizofrenija

Simpleks shizofrenija (F20.6) kod koje se radi o izrazitom padu socijalnog funkcioniranja u odnosu na stanje prije bolesti. U ovom tipu prevladavaju samo negativni simptomi. Tip shizofrenije koji je vrlo teško dijagnosticirati i nije čest.[10]

2.5 Klinička slika

Težina bolesti različita je za oboljele osobe pa se često kaže kako nema dviju jednakih shizofrenija. Shizofrenija najčešće započinje u adolescenciji. Može započeti postupno, polagano, povlačenjem iz okoline, bez jasno vidljivih simptoma ili naglo, brojnim i ozbiljnim simptomima.

Simptome shizofrenije možemo podijeliti na pozitivne, negativne i kognitivne simptome[1]:

- ❖ Pozitivne simptome dijelimo u dvije skupine:
 - psihotični simptomi
 - deluzije,
 - halucinacije,
 - simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti
 - formalni poremećaji mišljenja,
 - dezorganizirano ponašanje.
- ❖ Negativni simptomi su:
 - alogija - siromaštvo govora,
 - poremećaj afektivnosti - očituje se hladnim, udaljenim afektom,
 - paratimija - bolesnik osjeća radost na tužnu vijest,
 - paramimija- bolesnik je tužan, a smije se,
 - anhedonija - potpuni gubitak životnih interesa,
 - avolicija -nemogućnost započinjanja i održavanja cilju usmjerena ponašanja što rezultira gubitkom socijalne aktivnosti.
- ❖ Kognitivni simptomi–dovode do privremene ili trajne ometenosti mentalnih procesa. Najčešće su to:
 - oslabljena koncentracija,
 - rastresenost,
 - nemogućnost zadržavanja pažnje,
 - oštećenje pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja te opće inteligencije.

2.6 Faze bolesti

Simptomi shizofrenije variraju od osobe do osobe. U različitim fazama bolesti kod iste osobe mogu se javiti simptomi različitog intenziteta i težine. Kod nekih bolesnika je nemoguće postići zadovoljavajuću kontrolu simptoma pa tako ovise o tuđoj skrbi i pomoći, dok neki mogu voditi aktivan i zadovoljavajući život. Bolest se najčešće javlja u epizodama, a ponekad može imati kontinuiran tijek. Najčešće se spominju četiri faze: premorbidna, prodromalna, akutna, i kronična. [10]

Premorbidna faza je razdoblje u kojem nema znakova bolesti. Postoje obilježja ličnosti kao što su povlačenje, sramežljivost, nedruštenost, anksioznost, nesigurnost, preosjetljivost. Obilježja ličnosti mogu trajati cijeli život ili se mogu razviti u neki od poremećaja ličnosti ili shizofreniju. [10]

Prodromalna faza prethodi bolesti. Javlja se prije nego se pojave tipični simptomi i znakovi bolesti. Prisutne su promjene u raspoloženju i ponašanju. Osoba se može čudno ponašati, izbjegavati socijalne kontakte, zanemaruje svoj izgled i osobnu higijenu. Vrlo je važno reagirati na ove simptome kako bi se izbjegla sljedeća epizoda bolesti. [10]

Epizoda bolesti sastoji se od *akutne faze* bolesti u kojoj su simptomi najizraženiji. Nastaje pojavom psihotičnih simptoma, a to su najčešće kriva vjerovanja (deluzije, bolesne ideje) te halucinacije, većinom slušne praćene uznemirenošću, nesanicom i drugim simptomima. U *akutnoj fazi* bolesti najčešće je liječenje u bolnici i najsigurnije mjesto na kojem se može dobiti adekvatno liječenje. [1]

Faza stabilizacije nastaje kada se akutni simptomi povuku ili su blaži pa osoba može boraviti izvan bolnice. Faza stabilizacije može trajati više godina, iako je često prekidaju faze povratka u akutnu fazu. [10]

Kronična ili rezidualna faza je stanje nakon završetka akutne faze bolesti. Obilježavaju je poremećaj funkcioniranja, trajne afektivne promjene i kognitivna deterioracija. [1]

2.7 Liječenje shizofrenije

Za shizofrenog bolesnika liječenje je naporan proces, isto kao i za obitelj i medicinsko osoblje. Cilj terapije je kontrola i suzbijanje simptoma te socijalna rehabilitacija. Terapijski

plan koji je dobro osmišljen, a obuhvaća medikamentoznu terapiju, psihoterapiju i socioterapiju može pomoći mnogim bolesnicima u očuvanju svojih psiholoških i socijalnih funkcija. Kod pripreme bolesnika i obitelji bitno je naglasiti da je liječenje shizofrenije dugotrajan proces. U ranom otkrivanju bolesti i boljem socijalnom funkcioniranju pomaže edukacija bolesnika i obitelji, kao i šire zajednice o prodromalnim simptomima, znakovima i tijeku bolesti.

Najučinkovitije liječenje je medikamentozna terapija antipsihoticima, ali u liječenju shizofrenije ne može biti jedina terapija. O trajanju akutne faze i naročito o bolesniku ovisi primjena drugih intervencija. Potpuna integracija psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih zahvata može biti najučinkovitiji dugotrajni ishod liječenja.[10]

2.7.1 Liječenje lijekovima

Lijekovi su promijenili psihijatrijsku praksu. Za liječenje shizofrenije i sličnih poremećaja, lijekovi se nazivaju antipsihotici. Imamo veliki broj antipsihotičnih lijekova, antipsihotici starije generacije (tipični) i antipsihotici novije generacije (atipični) navedeni su u tablici 2.7.1.1.

Antipsihotici starije generacije (tipični)	Antipsihotici novije generacije (atipični)
Flufenazin	Sulpirid
Klorpromazin	Klozapin
Promazin	Olanzapin
Haloperidol	Risperidon
Tioridazin	Kventiapin
	Ziprasidon

Tablica 2.7.1.1 Tipični i atipični antipsihotici [Izvor: S. Štrkelj-Ivezić, L. Bauman: Shizofrenija put oporavka, Zagreb, 2009.]

U liječenju psihotičnih simptoma, svi su antipsihotici efikasni, no razlikuju se po neželjenim afektima koji utječu na život pacijenta. Za liječenje shizofrenije u svim stručnim smjernicama preporuča se prvo dati novije atipične antipsihotike jer imaju manje neugodnih nuspojava. U 90% slučajeva antipsihotici će dovesti do povlačenja akutnih simptoma bolesti. Lijekovi djeluju na razinu neuroprijenosnika u mozgu te time omogućuju mozgu da bolje funkcionira,

da djeluju umirujuće, smanjuju agresivnost, poboljšavaju spavanje, smanjuju tjeskobu i depresiju.[10]

Simptomi bolesti i stanje bolesnika ovisi o tome hoće li se primijeniti jedan ili više lijekova. Također izbor lijeka ovisi o fazi bolesti, a lijekovi u akutnoj fazi će se razlikovati od onih u fazi stabilizacije. Najčešći razlog neprihvatanja bolesti kod bolesnika je neuzimanje lijekova. Neki bolesnici smatraju kako lijekovi kontroliraju mozak te od njih rade zombije, a neki da su poput droge. Većina njih prestaje uzimati lijekove zbog neugodnih nuspojava. Zbog toga je bitno bolesniku objasniti i jasno dati informacije o učinkovitosti liječenja lijekovima kako bi uistinu razumio koristi terapije, a ne da na lijekove gleda kao na sredstva koja ga kontroliraju i uništavaju.

Većina antipsihotika ima korisne učinke, ali se kod nekih pacijenata tokom liječenja javljaju neželjeni učinci i nuspojave. Vrlo neugodne nuspojave doživljavaju neki bolesnici poput ekstrapiramidnih simptoma[10]:

- Akatizija - doživljaj unutarnjeg nemira, nelagode, nemogućnost da sjedi na miru.
- Distonija - nevoljni pokreti tijela.
- Parkinsonizam - ukočenost, drhtanje, smanjenje pokreta, smanjene emocionalne ekspresije.
- Tardivna diskinezija (TD) - neželjeni pokreti nekih mišića (mišića usana i jezika, ponekad mišića ruku, vrata i drugih dijelova tijela) najčešće se pojavljuje kod nekih pacijenata koji se dugo liječe antipsihoticima.
- Maligni neuroleptički sindrom (MNS) - vrlo rijetka, ali vrlo ozbiljna nuspojava. Karakterizira je jako mišićno ukočenje, znojenje, poteškoće gutanja, povišena tjelesna temperatura, gubitak kontrole izlučivanja urina i stolice, drhtanja, ubrzani rad srca, promjene u laboratorijskim nalazima, promjene krvnog tlaka.

Kod primjene antipsihotika mogu se pojaviti neželjeni simptomi poput pospanosti, zamagljeni vid, suha usta, povećanje količine sline, vrtoglavica, porast tjelesne težine, pad krvnog tlaka, ubrzan rad srca, poteškoće sa mokrenjem i stolicom, seksualne nuspojave.

Antipsihotici mogu otežati mentalne i fizičke sposobnosti koje su potrebne za upravljanje strojevima i vožnju automobila te zbog toga treba izbjegavati aktivnosti kad lijekovi djeluju uspavljujuće. Danas postoji veliki broj antipsihotika na tržištu pa kod nuspojava možemo

sniziti dozu ili odabrati drugi lijek. Antipsihotici druge ili novije generacije ne izazivaju ekstrapiramidne nuspojave ili ih izazivaju rjeđe.[10]

2.7.2 Elektostimulativna/elektrokonvulzivna terapija

Elektrostimulativna ili elektrokonvulzivna terapija je poznata i kao “Elektrošok terapija”. Često je negativno obilježena jer se smatra kao neka vrsta mučenja pacijenta. Elektostimulativna terapija je bezbolna i obavlja se u stanju opće anestezije. Terapija je učinkovita na skupinu pacijenata koji ne reagiraju dobro na lijekove. Pacijent ili njegov skrbnik trebaju potpisati informirani pristanak prije samog liječenja ovom metodom i potrebno je mišljenje dva psihijatra. Elektostimulativna terapija proizvodi pozitivne učinke na ljudski mozak.[10]

2.7.3 Psihosocijalne metode i rehabilitacija

Psihosocijalne metode i rehabilitacija su drugi oblici liječenja shizofrenije, a važni su i međusobno se nadopunjuju. Nakon akutne faze bolesti, mnogi bolesnici imaju poteškoće u održavanju i uspostavljanju međuljudskih odnosa tako da su drugi oblici liječenja (rehabilitacija, edukacija, psihoterapija, grupe samopomoći) od velike važnosti u akutnoj fazi, a još više nakon oporavka od akutnih simptoma bolesti. Dok je u fazi stabilizacije važna psihoterapija i rehabilitacija. Rehabilitacija se odnosi na nemedicinske metode s naglaskom na vježbanju radnih i socijalnih vještina. [8]

Pomoć osobi, da poboljša socijalne i radne vještine neophodne za život i rad izvan bolničke sredine, cilj je rehabilitacije. U rehabilitacijski proces bitno je uključiti i obitelj bolesnika te bližu i širu društvenu okolinu.[8] Psihoterapija, kognitivno bihevioralna terapija, trening socijalnih vještina, edukacija o bolesti, rad s obitelji, casemanagement samo su neke od psihosocijalnih metoda koje se koriste u liječenju. Rezultati psihosocijalnih programa i postupaka pokazuju dobre optimistične rezultate kod kvalitete života, kognitivnog funkcioniranja, smanjuje se broj hospitalizacija, broj dana provedenih u bolnici, smanjuje se samoozljeđivanje te dolazi do povećanja zadovoljstva liječenjem. [11]

Za provedbu postupaka u multidisciplinarnom timu stručnjaka trebati će biti okupljeni različiti stručnjaci zbog složenosti potreba koje zahtijevaju osobe oboljele od shizofrenije. Psihosocijalne metode pomažu da se dobije znanje o bolesti, ranim znacima pogoršanja, o

načinima kako prepoznati stres i kako se nositi s njim, o rizičnim i zaštitnim faktorima, poboljšati obiteljsku komunikaciju, te kako poboljšati i steći vještine potrebne za samostalan život i rad. Skladni odnosi u obitelji i bez sukoba također mogu pomoći da faze bez simptoma budu što duže. Od velike važnosti je naučiti prepoznavati okolnosti u životu koje mogu dovesti do pogoršanja bolesti. Također je važno naučiti kako efikasno riješiti stresnu situaciju.[11]

2.7.3.1 Psihoterapija

Psihoterapija se provodi individualno ili u grupi. Pomaže u razumijevanju vlastitog psihološkog funkcioniranja, uključujući i nastanak simptoma bolesti. Cilj psihoterapije je uspostaviti suradnju između bolesnika, obitelji i doktora. Liječenje psihoterapijom danas je zlatni standard u terapijskim protokolima za većinu duševnih bolesti i poremećaja. Psihoterapija pomaže bolesniku da dosegne maksimalno moguće socijalno funkcioniranje u odnosu na njegove realne kapacitete. Suportivna psihijatrija se preporučuje i više je orijentirana na realne probleme u sadašnjosti. Edukacija bolesnika o bolesti također je jako važna. Socijalna prilagodba može uspješno djelovati na smanjenje rizika od ponovne pojave bolesti. Pacijent može naučiti lakše živjeti sa bolešću od koje boluje, poboljšati međuljudske odnose, steći socijalne vještine, poboljšati kvalitetu života i smanjiti socijalnu izolaciju. Bolesnici postupno uče kako razlikovati stvarno od nestvarnog i sve bolje razumiju svoje probleme i sebe u psihijatrijskom procesu. Psihoterapija uspješno nadopunjuje farmakoterapiju koja je temelj liječenja shizofrenije.[11]

2.7.3.2 Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) olakšava oboljelim osobama razmišljanje o tome kako vide svijet oko sebe, druge ljude i sami sebe. KBT se bavi i utjecajem ponašanja na osjećaje i misli. Terapija koja olakšava promjenu ponašanja (bihevioralni aspekt) i način razmišljanja (kognitivni aspekt) i time omogućuje oboljelim osobama da se osjećaju bolje. KBT se razlikuje od drugih psihosocijalnih metoda jer se ona bavi poteškoćama i problemima u sadašnjosti. Na taj način nastoji se poboljšati trenutno stanje svijesti bolesnika.[8]

2.7.3.3 Edukacija o bolesti

Edukacija o bolesti je postupak koji uključuje informacije o samoj bolesti, liječenju, suradnji, otkrivanju ranih simptoma te prepoznavanju rizičnih faktora koji povećavaju rizik od ponovne pojave bolesti. Sama edukacija oboljeloj osobi može pomoći u prepoznavanju simptoma bolesti i u prepoznavanju ranih znakova pogoršanja. Također, oboljela osoba može razumjeti okolnosti u kojima simptomi nastaju, može smanjiti negativne reakcije na bolest, može pomoći da se smanji rizik od ponovne pojave bolesti, povećati samopouzdanje, povećati svoje kapacitete da se bolje nosi s životnim situacijama i bolesti.

Edukacija se najčešće provodi u grupi, ali se može provoditi individualno. Grupa može pomoći u poboljšanju komunikacije, može sagledati ponašanje u stresnoj situaciji, može potaknuti primjenu učinkovitijeg ponašanja, i može pomoći kako se bolje nositi sa stigmom i diskriminacijom.[8]

2.7.3.4 Rad s obitelji

Oboljeli se bolje oporavljaju i rjeđe se hospitaliziraju u obiteljima u kojima imaju više podrške i u kojima nije često kritiziranje oboljele osobe. Za život oboljelih osoba važni su smirujući tonovi u komunikaciji, pomoć i podrška. Rad s obitelji odvija se individualno ili grupno te obuhvaća edukaciju o bolesti, radi se na poboljšanju komunikacije u obitelji, na prepoznavanju simptoma bolesti i emocionalnih faktora povezanih s rizikom od ponovne pojave bolesti i na rješavanju problema.[8]

2.7.3.5 Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina je niz postupaka s ciljem učenja vještina potrebnih za život u zajednici. Uče se svakodnevne vještine za rutinu iz svakodnevnog života poput osobne higijene, kupovine, stanovanja, održavanja, vještine komunikacije, zastupanje svojih interesa i prava i drugo. Naučene vještine pomažu u postizanju sposobnosti za rad u zajednici i za samostalan život.[8]

3 Stigma

Stigma je negativno obilježavanje i izbjegavanje osoba samo zato što imaju dijagnozu psihičke bolesti, a najčešće se odnosi na shizofreniju. U današnje vrijeme stigma ima negativno značenje te predstavlja znak srama i diskriminaciju osoba. Stigmatiziranje kod oboljelih osoba sa dijagnozom shizofrenije temelji se na negativnim stavovima koje nazivamo predrasude. Predrasude su negativni sudovi koji su dani unaprijed, a određeni na temelju nedovoljno informacija o onome što je predmet predrasude. [2]

Stigmatizacija za oboljelu osobu i članove njegove obitelji, psihijatriju kao struku i cijelu zajednicu ima negativne posljedice. Bijes, tugu ili nelagodu izaziva činjenica kako većina gleda negativno na oboljelu osobu, a još veću nevolju izazivaju loši stambeni uvjeti, niski prihodi te gubitak posla. Do izolacije osobe, diskriminacije na poslu, poremećaja komunikacije i ostalog, dolazi zbog saznanja drugih da se osoba liječi od psihičke bolesti. Oboljele od psihičke bolesti okolina doživljava opasnim, nesposobnim za samostalan život, neizlječivim, slabijim koji su sami krivi za svoju bolest.

Obveza liječnika je pomagati ljudima koji se stide svoje bolesti i raditi na programima borbe protiv stigme. Ni jedna bolest nije sramotna pa tako ni psihička bolest, a etička obvezaliječničkogosobljaje raditi na tome da se promijene stavovi prema psihičkim bolestima tj. da stavovi prema psihičkoj bolesti budu pozitivni. Postoji mogućnost da se stigma proširiti i na obitelj, a također su stigmom zahvaćene institucije liječenja.

Programi borbe protiv stigme imaju etičnu dimenziju, da se mijenjanjem stavova postaje humaniji, oslobađa se negativnih stavova koji sputavaju da se radi bolji i pomaže ljudima u liječenju. Programe borbe protiv stigma trebali bi provoditi građani svih dobnih skupina, mediji, sami bolesnici i profesionalci koji sudjeluju u liječenju pacijenata.[2]

U Republici Hrvatskoj postoji udruga za unaprjeđenje duševnog zdravlja "Vrapčići", za aktivan život u zajednici i destigmatizaciju. Predsjednica udruge je Dubravka Ergović Novotny, dr. med. spec. psihijatar. Udruga djeluje već nekoliko godina u Slavonskom Brodu i surađuje sa brojnim medicinsko-socijalnim ustanovama na području Hrvatske. Godine 2015. predstavili su se kazališnom predstavom tj. jednim od projekata udruge "Zavirite u moj film" u Istarskoj županiji, točnije u Pazinu i Poreču. Kazališnu predstavu udruge imali su prilike

vidjeti djelatnici i korisnici Doma za odrasle osobe Motovun, te bili jako zadovoljni njihovom izvedbom.[12]

U vodstvu ravnatelja Borisa Demarka, Dom za odrasle osobe Motovun realizirao je projekt "Domski band-glazbom protiv predrasuda", a članovi benda su korisnici i djelatnici doma. Članovi benda tokom 2015. godine. predstavili su se pred više od 2.500 ljudi u Republici Hrvatskoj i inozemstvu. Aktivnost Domskog benda prate se i preko društvenih mreža. Pjesme se izvode na hrvatskom, talijanskom, engleskom, slovenskom, španjolskom i makedonskom jezikom. Godine 2015. u Domu je organiziran "Brkosong", glazbeno natjecanje čiji pobjednici su nastupili na 14. Domosongu u Bjelovaru, osvojivši drugo mjesto.

4 Zdravstvena njega shizofrenog bolesnika

Shizofrenija se javlja najčešće u dobi od 15-30 godina. Do poremećaja aktiviteta, odnosno nezainteresiranost za okolinu, smanjena komunikacija s okolinom, povlačenje u sebe, loša osobna higijena, dolazi u prvoj fazi bolesti, dok u drugoj fazi bolest zahvaća cijelu ličnost. Dolazi do pojave slušnih i tjelesnih halucinacija, poremećaja mišljenja te depersonalizacije i derealizacije s poremećajima emocionalnog i afektivnog života.[3]

Zdravstvena njega se individualno planira ovisno o intenzitetu poremećaja. Stvarati povjerenje i sigurnost te poticati bolesnika na komunikaciju jako je bitno tokom prvih dana hospitalizacije. Većina bolesnika zapušta svoj izgled, nemaju potrebu za održavanjem osobne higijene i brige o vanjskom izgledu. Samostalno ili uz pomoć sestre potrebno je poticati bolesnika na održavanje osobne higijene. Bolesnici mogu biti nepredvidivog ponašanja, razdražljivi, agresivni i suicidalni zbog sumanutih ideja i strahova. U slučaju potrebe može ih se zaštititi zaštitnom košuljom.

Bolesnik može imati poremećaj misli. U početnoj fazi bolesti bolesnik ih često prikriva, distancira se, dok u akutnoj fazi vjeruje u njih. Poremećaj mišljenja kod shizofrenih bolesnika može biti[3]:

- formalni - oduzimanje misli, „salata od riječi“, disocirano mišljenje, raspad jasnoće pojma,
- sadržajni - sumanute misli (nerealne, bizarne).

Halucinacije (obmane osjetila) se najčešće javljaju [3]:

- slušne halucinacije:
 - elementarne halucinacije - bolesnik čuje šumove, buku, glazbu i artikularne glasove (glasovi se obraćaju bolesniku i razgovaraju sa njim),
 - imperativne halucinacije-glas se direktno obraća bolesniku te izdaje naredbe, bolesnik sluša te izvršava naredbe,
- tjelesne halucinacije - bolesnik doživljava da se pod utjecajem vanjske sile mijenja njegovo tijelo, mijenja se raspored organa,
- vidne halucinacije - većinom su povezane s idejama odnosa, a rjeđe se pojavljuju same.

Bolesnika se mora poticati na stvari i događaje u realnom svijetu, a kad nas bolesnik traži potvrdu dali je nešto istinito ili ne, ne smijemo ga razuvjeravati u postojanje halucinacija i ne priznavati ih. Potrebna je stroga kontrola kod uzimanja oralne terapije jer je bolesnici nerado uzimaju ili odbijaju, najbolje da lijek popiju pred sestrom. Dužnost sestre je prekontrolirati usnu šupljinu. Također je potrebna kontrola prehrane zbog paranoidnih ideja jer može biti prisutan strah od trovanja hranom. Kako bi sestra uvjerala bolesnika da hrana nije otrovana može i sama kušati hranu pred bolesnikom. Zbog posljedica poremećaja psihomotorike, hipokinezije ili akinezije bolesnik može imati cijanotične i endematozne ekstremitete i zbog toga ga je potrebno poticati na aktivne vježbe ekstremiteta.

Manirizmi i stereotipi također mogu biti prisutni. Potrebno je obratiti pažnju na moguće povrede ili decubitus zbog katatonog ukočenosti. Posljedica katatonog ponašanja je katatoni stupor. Zbog straha shizofrenog bolesnika kod dijagnostičkih zahvata dužnost sestre je objasniti bolesniku o kakvoj se dijagnostičkoj pretrazi radi i pokušati umiriti bolesnika. Shizofreni bolesnici često misle kako će im se tijekom pretrage „nešto ugraditi“ u glavu ili neki drugi organ ili „izvaditi iz njega“. [3]

Medicinska sestra treba posebnu pažnju obratiti kod suicidalnosti. Češći su suicidi nego pokušaji suicida kod takvih bolesnika. Kod shizofrenog bolesnika postoje dva razloga za suicidalnost bolesnika [3]:

- Psihotični - često u akutnoj fazi bolesti kao rezultat sumanutih misli ili imperativnih halucinacija i autodestruktivnih impulsa-
- Balansni zbog potpune ili djelomične kritičnosti - većinom kod bolesnika pri otpustu iz bolnice. Bolesnici počine suicid jer postaju svjesni da su teško bolesni.

Kod provođenja zdravstvene njege, bolesnika je potrebno zainteresirati za predmete i zbivanja u stvarnom svijetu i poticati ga na uključivanje u radnu terapiju, terapijsku zajednicu, grupnu terapiju i drugo.

Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s bolesnikom tijekom hospitalizacije. Probleme iz područja zdravstvene njege utvrđuje na temelju dobivenih postojećih podataka tj. simptoma koje je dobila promatranjem bolesnika. Kod rješavanja određenog problema medicinska sestra mora odabrati intervencije, tj. napraviti odgovarajući plan zdravstvene njege. Kod shizofrenih bolesnika važno je da medicinska sestra posjeduje određene vještine u komunikaciji, važno je da bude strpljiva, da ne potvrđuje i ne razuvjerava

bolesnika u halucinacije. Za medicinsku sestru i shizofrenog bolesnika važno je postići povjerljiv odnos koji treba graditi tijekom boravka u bolnici. Takav odnos ima povoljan utjecaj na bolesnika i njegovo liječenje. Rad sa shizofrenim bolesnicima kod medicinske sestre zahtijeva veliko strpljenje, znanje, poznavanje i prepoznavanje određenih vještina.

Kod shizofrenog bolesnika u provođenju zdravstvene njege, ciljevi su [3]:

- promicati i unapređivati interakciju između bolesnika i njegove okoline,
- nastojati povećati i pojačati psihološku stabilnost,
- osigurati zaštitu,
- poticati i ohrabrivati obitelj i druge osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom.

U postizanju ciljeva važno je individualizirati sestrinske intervencije te primijeniti najučinkovitije, ovisno o dijagnozi.

4.1 Sestrinske dijagnoze

U ovom poglavlju biti će spomenute neke od sestrinskih dijagnoza, koji su ciljevi i kakve intervencije postoje te mogući ishodi/evaluacija.

4.1.1 Smanjena mogućnost brige za sebe - odijevanje/dotjerivanje, osobna higijena

Definicija: Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o samom izgledu.

Cilj: Bolesnik će redovito obavljati osobnu higijenu, samostalno ili uz pomoć osoblja.

Intervencije:

- osigurati dovoljno vremena,
- osigurati pribor, prostor i privatnost,
- kontrola pri obavljanju higijene,
- pomoć pri obavljanju higijene,
- pokazati želju i zanimanje za održavanje higijene,
- biti zadovoljan osobnom higijenom, osjećati se dobro,

- pozitivno misliti o sebi,
- pomoći u odabiru prikladne odjeće,
- pomoći u odijevanju odjeće.

Mogući ishodi/evaluacija:

- pacijent iskazuje zadovoljstvo postignutim,
- pacijent razumije zašto mu se pomaže,
- pacijent prihvaća pomoć medicinske sestre kada je to potrebno,
- pacijent ne prihvaća i odbija pomoć,
- pacijent ne želi sudjelovati u provođenju intervencija.[13]

4.1.2 Anksioznost

Dijagnoza: Nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može složiti.

Mogući ciljevi:

- pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti,
- pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

Intervencije:

- pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja - stvoriti profesionalni empatijski odnos,
- biti uz pacijenta kada je potrebno - stvoriti osjećaj sigurnosti,
- pokazati stručnost i stvoriti osjećaj povjerenja,
- opažati neverbalne izraze anksioznosti,
- pacijenta upoznati s okolinom, osobljem, ostalim pacijentima i aktivnostima,
- o planiranim postupcima informirati pacijenta,
- osigurati tihu i mirnu okolinu,
- pacijentu omogućiti da sudjeluje u donošenju odluka,
- kada osjeti anksioznost potaknuti pacijenta da potraži pomoć medicinske sestre ili bližnjih,

- pacijenta potaknuti da izrazi svoje osjećaje,
- nazirati i kontrolirati uzimanje terapije.

Mogući ishodi/evaluacija:

- pacijent prepoznaje znakove anksioznosti i verbalizira ih,
- pacijent se pozitivno suočava s anksioznosti,
- pacijent se negativno suočava s anksioznosti,
- tijekom boravka u bolnici nije došlo do ozljeda,
- tijekom boravka u bolnici došlo je do ozljeda.[13]

4.1.3 Pothranjenost

Definicija: Stanje smanjene tjelesne težine zbog neadekvatnog unosa organizmu potrebnih nutrijenata.

Mogući ciljevi:

- pacijent će postupno dobivati na težini,
- pacijent neće dalje gubiti na težini,
- pacijent će pokazati interes za uzimanjem hrane.

Intervencije:

- pacijenta vagati poslije svakog obroka, kasnije jednom tjedno,
- izraditi plan prehrane u suradnji sa nutricionistom,
- pacijentu osigurati psihološku potporu,
- pacijentu omogućiti da jede u društvu,
- nadzirati unos i iznos tekućina,
- pacijentu osigurati namirnice koje voli,
- pacijenta poticati na provođenje oralne higijene prije i poslije jela.

Mogući ishodi/evaluacija:

- pacijent postupno dobiva na težini,
- pacijent ne gubi na težini,
- pacijent je prihvatio interes za uzimanjem hrane,
- nutritivne potrebe pacijenta su zadovoljene. [14]

4.1.4 Pretilost

Definicija: Stanje povišene tjelesne težine zbog prekomjernog unosa organizmu potrebnih nutrijenata.

Mogući ciljevi:

- pacijent će postupno gubiti na tjelesnoj težini,
- pacijent neće dobivati na tjelesnoj težini,
- pacijent će pokazati interes za kvalitetniji i manji unos hrane,
- u skladu sa svojim mogućnostima pacijent će provoditi propisanu tjelesnu aktivnost.

Intervencije:

- jednom tjedno vagati pacijenta,
- izraditi plan prehrane u suradnji sa nutricionistom,
- pacijentu osigurati psihološku potporu,
- pacijenta poticati na provođenje oralne higijene prije i poslije jela,
- pacijentu omogućiti korištenje malih tanjura,
- provoditi edukaciju pravilne prehrane,
- primijeniti propisanu dijetu,
- izbjegavati slatku i začinjenu hranu, te gazirane sokove,
- osigurati mirnu okolinu tijekom jela,
- uputiti pacijenta da uvijek jede na određenom mjestu.

Mogući ishodi/evaluacija:

- pacijent prepoznaje iritante u okolini i uspješno ih otklanja,
- pacijent ne povraća,
- pacijent ne dobiva na tjelesnoj težini.[14]

4.1.5 Neupućenost

Definicija: Nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Mogući ciljevi:

- obitelj će pružiti podršku pacijentu i aktivno sudjelovati u skrbi,

- specifične vještine će demonstrirati pacijent,
- pacijent će verbalizirati specifična znanja.

Intervencije:

- pacijenta poticati na usvajanje novih vještina i znanja,
- učenje prilagoditi pacijentovim kognitivnim sposobnostima,
- tijekom edukacije osigurati pomagala,
- pacijenta podučiti specifičnom znanju,
- pacijentu pokazati specifičnu vještinu,
- obitelj i pacijenta poticati na postavljanje pitanja,
- pacijenta pohvaliti za usvojenja znanja.

Mogući ishodi/evaluacija:

- specifične vještine demonstrira pacijent,
- u skrbi aktivno sudjeluje obitelj i pruža podršku,
- specifična znanja pacijent nije usvojio.[14]

4.1.6 Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa

Definicija: Ponašanje pojedinca u kojemu on/ona ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao/očuvala zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć. Nezadovoljavajuća promjena dnevne rutine s ciljem ozdravljenja ili postizanja zdravstvenih ciljeva.

Mogući ciljevi:

- željena znanja će iskazati pacijent,
- s razumijevanjem će pacijent govoriti o usvojenim sadržajima,
- dostupne izvore za učenje pacijent će samostalno koristiti.

Intervencije:

- s pacijentom stvoriti odnos povjerenja,
- pri razgovoru i podučavanju osigurati miran prostor bez ometanja,
- pacijentu omogućiti izražavanje vlastitih želja i potreba,
- s pacijentom dogovoriti ciljeve podučavanja,

- pružiti primjer pacijentu vlastitim profesionalnim izgledom i ponašanjem,
- pacijenta educirati o važnosti usvajanja znanja o prestanku/smanjenju pušenja, prestanku/smanjenju konzumiranja alkohola, pravilnoj higijeni, pravilnoj prehrani, redovitoj fizičkoj aktivnosti, redovitim stomatološkim i sistematskim pregledima.

Mogući ishodi/evaluacija:

- naučene vještine pacijent uspješno demonstrira,
- dobivenih uputa pacijent se ne pridržava,
- o usvojenim sadržajima pacijent s razumijevanjem govori,
- pacijent aktivno sudjeluje u procesu učenja.[15]

4.1.7 Neučinkovito sučeljavanje

Definicija: Nemogućnost pridržavanja terapijskog plana zbog postojanja određenih čimbenika.

Mogući ciljevi:

- izvor svog nezadovoljstva pacijent će identificirati,
- u poboljšanju plana pacijent će sugerirati i sudjelovati,
- terapijski plan i plan promicanja zdravlja pacijent će uspješno provoditi.

Intervencije:

- s pacijentom stvoriti odnos povjerenja,
- razgovarati s pacijentom,
- prihvatiti pacijentove izjave o uzrocima nepridržavanja plana,
- zajedno s pacijentom istražiti različite uzroke koji utječu na nepridržavanje plana,
- pacijenta uključiti u planiranje zdravstvene njege,
- kod razgovora sa pacijentom osigurati dovoljno vremena,
- zajedno s pacijentom postaviti ciljeve,
- pacijentu osigurati materijale s uputama,
- obitelj i pacijenta educirati,
- pacijentu osigurati privatnost,
- sve nejasnoće objasniti pacijentu,

- objasniti važnost pridržavanja uputa liječnika i proizvođača lijekova.

Mogući ishodi/evaluacija:

- u poboljšanju plana pacijent sudjeluje,
- kod izvedbe plana pacijent izražava zadovoljstvo,
- dogovoreni plan terapije pacijent uspješno provodi. [15]

4.1.8 Strah

Definicija: Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljanje opasnosti.

Mogući ciljevi:

- činitelji koji dovode do pojave osjećaja straha, pacijent će ih znati prepoznati,
- pacijenta neće biti strah,
- smanjenu razinu straha pacijent će znati opisati.

Intervencije:

- stvoriti profesionalni empatijski odnos,
- identificirati s pacijentom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha,
- stvoriti osjećaj sigurnosti,
- opažati znakove straha,
- primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje,
- redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima,
- govoriti polako i umirujuće,
- osigurati mirnu i tihu okolinu,
- poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje,
- osigurati dovoljno vremena za razgovor,
- usmjeriti pacijenta prema pozitivnom razmišljanju,
- pri podučavanju pacijenta koristiti razumljiv jezik.

Mogući ishodi/evaluacija:

- pacijenta nije strah,
- pacijenta je strah,
- činitelji koji dovode do pojave straha, pacijent će ih znati prepoznati.[14]

4.1.9 Umor

Definicija: Osjećaj iscrpljenosti i smanjene sposobnosti za fizički i metalni rad.

Mogući ciljevi:

- bolesnik će znati postaviti prioritete dnevnih aktivnosti,
- bolesnik će prepoznati uzroke umora.

Intervencije:

- izraditi s bolesnikom dnevni plan aktivnosti,
- osigurati neometani odmor i spavanje,
- osigurati mirnu okolinu, bez buke,
- odrediti prioritete aktivnosti,
- izbjegavati nepotrebne aktivnosti,
- provoditi umjerenu tjelovježbu,
- izbjegavati dugotrajno sjedenje i stajanje,
- smanjiti razinu napetosti i stresa kod pacijenta,
- ukloniti činitelje koji imaju utjecaj na pojavu umora,
- educirati bolesnika o činiteljima nastanka umora i o potrebi promijene životnog stila.

Mogući ishodi/evaluacija:

- bolesnik ne osjeća umor,
- bolesnik je umoran,
- bolesnik zna prepoznati uzroke umora. [14]

4.1.10 Nisko samopoštovanje

Definicija: Stanje u kojem osoba ima negativnu percepciju sebe i / ili vlastitih mogućnosti.

Mogući ciljevi:

- bolesnik o sebi razmišlja pozitivno,
- u socijalnoj interakciji bolesnik će sudjelovati s drugima.

Intervencije:

- provesti određeno vrijeme sa bolesnikom, slušati i prihvaćati bolesnika,
- poticati bolesnika na verbaliziranje svojih osjećaja,
- pružiti pomoć bolesniku da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje,
- ohrabrivati i poticati bolesnika da prepozna pozitivne karakteristike u vezi sa sobom,
- poticati bolesnika da sudjeluje u odgovarajućim aktivnostima,
- poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela,
- ako bolesnik želi korištenje duhovnih resursa,
- bolesnika i obitelj uključiti u grupnu terapiju.[15]

4.1.11 Socijalna izolacija

Definicija: Stanje u kojem pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Mogući ciljevi:

- bolesnik će razviti suradljiv odnos,
- pozitivne odnose s drugima će razviti bolesnik tijekom hospitalizacije,
- tijekom hospitalizacije bolesnik će aktivno provoditi vrijeme sa ostalim bolesnicima.

Intervencije:

- dodatno vrijeme provoditi s bolesnikom,
- uspostaviti suradljiv odnos,
- bolesnika poticati na izražavanje emocija,
- bolesnika poticati na razmjenu iskustva s drugim bolesnicima,
- pohvaliti ga za svaki napredak,
- ohrabrivati ga,
- osigurati mu željeno vrijeme posjeta bliskih osoba,
- zatražiti pomoć ostalih članova zdravstvenog tima,
- bolesnika uključiti u grupnu terapiju,
- bolesnika uključiti u radno okupacijsku terapiju.

Mogući ishodi/evaluacija:

- bolesnik navodi razloge usamljenosti,
- tijekom hospitalizacije bolesnik aktivno provodi vrijeme sa ostalim bolesnicima.[14]

4.1.12 Poremećaj spavanja

Definicija: Nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom.

Mogući ciljevi:

- bolesnik će biti odmoran,
- bolesnik će izvoditi vježbe opuštanja prije spavanja,
- bolesnik će promijeniti prehrambene navike kako bi lakše spavao.

Intervencije:

- bolesnika podučiti tehnikama relaksacije,
- s bolesnikom napraviti plan dnevnih aktivnosti,
- osigurati dovoljan broj jastuka prije spavanja,
- po odredbi liječnika primijeniti lijekove za spavanje,
- ukloniti čimbenike iz okoline koji otežavaju spavanje,
- bolesnika poticati na dnevnu aktivnost.

Mogući ishodi/ciljevi:

- bolesnik izjavljuje da se naspavao,
- bolesnik nije spavao tokom noći,
- bolesnik verbalizira probleme vezane za spavanje.[15]

4.1.13 Poremećaj seksualne funkcije

Definicija: Stanje promijenjenog obrasca seksualnog funkcioniranja.

Mogući ciljevi:

- bolesnik će ponovno vratiti seksualnu aktivnost,
- bolesnik će izražavati interes za seksualnu aktivnost.

Intervencije:

- kod razgovora sa bolesnikom osigurati privatnost,
- učinke lijekova, bolesti i stanja koji mogu utjecati na seksualno funkcioniranje objasniti bolesniku,
- podučiti bolesnika metode kontracepcije,
- poticati bolesnika na fizičku aktivnost ukoliko je dozvoljeno,
- bolesnika i partnera uključiti u grupnu terapiju,
- adolescenta podučiti o spolno prenosivim bolestima,
- pacijenticu podučiti sigurnim načinima seksualnog odnosa tijekom trudnoće.

Mogući ishodi/ciljevi:

- bolesnik je zadovoljan svojim seksualnim funkcioniranjem,
- bolesnik izjavljuje da je seksualno aktivan.[15]

4.1.14 Visoki rizik za nasilno ponašanje

Definicija: Mogućnost fizičkog, psihičkog i/ili seksualnog nasilnog ponašanja prema drugima.

Mogući ciljevi:

- bolesnik će uspostaviti kontrolu ponašanja,
- bolesnik će se ponašati socijalno prihvatljivo.

Intervencije:

- iskazati empatiju,
- pružiti mogućnost izbora,
- omogućiti bolesniku izražavanje osjećaja,
- zadržati kontrolu i smirenost nad situacijom,
- izbjegavati dodirivati bolesnika,
- izbjegavati kontakt očima,
- osigurati umirujuću okolinu,
- koristiti čaše i pribor za jelo kojim se ne može nanijeti ozljeda,
- poticati bolesnika na sudjelovanje u grupnoj terapiji.

Mogući ishodi/evaluacija:

- bolesnik se ponaša socijalno prihvatljivo,
- bolesnik uspostavlja kontrolu ponašanja.[15]

4.1.15 Visoki rizik za samoozljeđivanje

Definicija: Stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti.

Česta ponašanja kod samoozljeđivanja: udaranje glavom, bodenje, rezanje, paljenje kože, grebanje, udaranje, anoreksično/bulimično ponašanje, uzimanje povećanih doza lijekova/droga, udaranje/šamaranje, čupanje kose, namjerno nepridržavanje terapijskog režima, gutanje predmeta.

Cilj: Pacijent se neće ozlijediti.

Intervencije:

- uspostaviti odnos povjerenja sa bolesnikom,
- bolesnika poticati na izražavanje svojih osjećaja,
- omogućiti bolesniku osjećaj sigurnosti,
- bolesniku pokazati razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja,
- svaku intervenciju i postupak objasniti bolesniku,
- bolesnika uključiti u grupe podrške,
- obitelj podučiti o znakovima samoozljeđivanja,
- obitelj podučiti o intervencijama u slučajevima pokušaja samoozljeđivanja.

Mogući ishodi/evaluacija:

- bolesnik negira nagone za samoozljeđivanje,
- bolesnik se nije ozlijedio,
- bolesnik se namjerno ozlijedio.[15]

4.1.16 Visok rizik za samoubojstvo

Definicija: Ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom.

Mogući ciljevi:

- bolesnik će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje,
- bolesnik će sudjelovati u provođenju tretmana,
- bolesnik će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone.

Intervencije:

- bolesniku osigurati sigurnu okolinu - ukloniti opasne predmete,
- često kontrolirati prostor u kojem boravi i ormariće,
- sa obitelji se dogovoriti da ne donose nikakve opasne predmete bolesniku,
- sa bolesnikom uspostaviti odnos povjerenja,
- biti uz bolesnika kad god je to moguće,
- terapiju na odjelu držati zaključanu,
- bolesnika potaknuti da si postavi kratkoročne, ostvarene ciljeve,
- obitelj uključiti u skrb za bolesnika,
- kod pogoršanja bolesnika kontaktirati psihijatra.

Mogući ishodi/evaluacija:

- bolesnik sudjeluje u provođenju tretmana,
- bolesnik traži pomoć kod autodestruktivnih nagona,
- bolesnik verbalizira suicidalne misli i osjećaje,
- bolesnik pokušava izvršiti samoubojstvo.[15]

5 Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije

Prema mišljenju liječnika, kada nema više medicinskih razloga za bolničko liječenje osobe oboljele od shizofrenije uz pomoć nadležnog Centra za socijalnu skrb pokreću postupak za ostvarivanje prava na skrb izvan vlastite obitelji u vidu stalnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu - Dom. Na temelju zahtijeva za smještajem, kojeg upućuje nadležni Centar za socijalnu skrb u ustanovu, komisija za prijem i otpust korisnika odlučuje o zahtjevu na redovnoj komisiji.

Psihički oboljele osobe mogu biti smještene dobrovoljno u Dom, odnosno uz svoju slobodno danu suglasnost ili bez pristanka u slučajevima osoba lišenih poslovne sposobnosti, kada pristanak potpisuje zakonski skrbnik ili nadležni Centar za socijalnu skrb. Osoba oboljela sa dijagnozom shizofrenije nakon hospitalizacije u jednoj od psihijatrijskih bolnica u Republici Hrvatskoj, a zbog svog psihofizičkog stanja i uvjeta u kojima žive izvan ustanove, nisu sposobni brinuti se o sebi, niti imaju obitelj, rođake ili druge osobe koje su dužne po zakonu brinuti se o njima, ne mogu se ostaviti bez potrebne skrbi. Uz pomoć nadležnog Centra za socijalnu skrb traži se adekvatan smještaj za takvu osobu, najčešće u psihičke ustanove sa mogućnošću dugotrajnog smještaja. U domovima koji pružaju takav smještaj liste čekanja su duge pa osobe ostaju i po nekoliko godina u psihijatrijskim bolnicama.[4]

Psihijatrijske bolnice u Republici Hrvatskoj koje se ističu svojom veličinom i značenjem su:

- Neuropsihijatrijska bolnica Ivan Barbot (Popovača),
- Psihijatrijska bolnica Ugljan,
- Psihijatrijska bolnica Lopača,
- Psihijatrijska bolnica Rab i
- Klinika za psihijatriju Vrapče.

Ponekad čak i do 30 godina psihijatrijski bolesnici borave u psihijatrijskim bolnicama. U domovima za psihički bolesne odrasle osobe skrb se pruža kroz stalni smještaj za osobe kojima je tijekom duljeg vremenskog razdoblja potrebno osigurati intenzivnu skrb i zadovoljavanje osnovnih životnih potreba.[4]

Diljem cijele Hrvatske imamo nekoliko socijalnih ustanova, a u Istarskoj županiji postoje tri socijalno-medicinske ustanove koje pružaju dugotrajni smještaj za psihički oboljele odrasle osobe:

- Dom za odrasle osobe Motovun,
- Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ Pula i
- Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedešćina.

Sve tri ustanove su javne ustanove u nadležnosti Ministarstva socijalne politike i mladih, čiji je osnivač republika Hrvatska. Osnovna djelatnost ustanova je pružanje usluga skrbi izvan vlastite obitelji odraslim psihičkim osobama, u slučajevima kad im se skrb ne može pružiti u vlastitoj obitelji ili osigurati na drugi način. U tim ustanovama korisnici mogu ostati bez vremenskog ograničenja.

5.1 Dom za odrasle osobe Motovun

Dom za psihički bolesne odrasle osobe Motovun je ustanova socijalne skrbi otvorenog tipa u kojem jesmješteno 89 korisnika, a većina korisnika je iz Istarske županije. Osnivačka prava nad radom Doma u ime Republike Hrvatske obavlja Ministarstvo socijalne politike i mladih. Dom je pravni sljedbenik Doma umirovljenika Motovun, koji je osnovan 24.12.1953. godine. U veljači 2001. godine izvršena je promjena djelatnosti u Dom za psihički odrasle osobe. Punom kapacitetom dom radi od 2008. godine. Tijekom 2015.godine u studenom, promijenjen je naziv ustanove koji sada glasi Dom za odrasle osobe Motovun.

Dom ima kapaciteta 89 smještajnih mjesta za osobe sa mentalnim oštećenjima, a pruža usluge smještaja i stanovanja, održavanja osobne higijene, njege, brige o zdravlju, prehrane, psihosocijalne rehabilitacije, fizikalne terapije, radno okupacijske terapije, korištenja slobodnog vremena, boravka i pomoći u kući. Od 14. studenog 2014. godine pruža uslugu poludnevnog boravka za 20 korisnika s mentalnim oštećenjima na adresi sjedišta Doma. Pružanje socijalne usluge pomoći u kući provodi se od veljače 2015. godine. Obavljaju se i drugi poslovi u Domu kojima je cilj poticanje i uključivanje korisnika u radno-okupacijske aktivnosti, kao dio rehabilitacijskog programa. Radno-okupacijske aktivnosti se provode u radnom kabinetu i na domskoj ekonomiji, obradi voćnjaka, maslinika, vinograda, povrtnjaka, uređenju okoliša te sadnji i uređenju cvijeća.

Kod prijama korisnika u Dom, obavlja se intervju s korisnicima, njihovom rodbinom i/ili skrbnicima radi prikupljanja anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka važnih za upoznavanje korisnika i izradu individualnih planova rada s korisnicima te radi postizanja brže i kvalitetnije prilagodbe i organizacije života u Domu. Ujedno su upoznati i s

Pravilnikom o kućnom redu Doma te organizacijom života u Domu, što se potvrđuje potpisivanjem zapisnika. Stručni radnici pomažu novoprimiteljnim korisnicima da postupno upoznaju novu sredinu. Redovito se provodi radno okupacijska terapija, fizikalna i farmakoterapija s kojima su korisnici vrlo zadovoljni. Dom dobro surađuje sa Centrima za socijalnu skrb, Općom bolnicom Pula, KBC Rijeka, Istarskim domovima zdravlja, a sve zbog postizanja kvalitetnije skrbi za korisnike Doma. Dom ima i dobru suradnju sa lokalnom sredinom u kojoj se Dom nalazi. Crkva i zajednica također su lijepo prihvatile korisnike Doma.

Briga o zdravlju i njezi obuhvaća brigu o fizičkom i psihičkom stanju te podmirivanju osnovnih životnih potreba korisnika. Briga o zdravlju i njega obuhvaća i postupke prikupljanja podataka koji se odnose na promatranje stanja korisnika (opće stanje, stanje svijesti, pokretljivosti) i ocjenu funkcionalne sposobnosti korisnika (samostalan, djelomično ovisan, ovisan i potpuno ovisan) u svrhu utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja zdravstvene njege, provođenje planiranih intervencija zdravstvene njege i provjere uspješnosti zdravstvene njege. Također briga o zdravlju obuhvaća sudjelovanje u pripremi i izvođenju jednostavnijih medicinsko-tehničkih zahvata, primjenu peroralne i parenteralne terapije prema uputi liječnika, prepoznavanje hitnih stanja i pružanje prve pomoći te edukaciju korisnika.

U sklopu brige o zdravlju osigurava se pratnja pri ostvarivanju usluga primarne zdravstvene zaštite i specijalističke zdravstvene usluge jer zbog dislociranosti i udaljenosti Doma te slabe prometne povezanosti članovi obitelji to nisu mogli osigurati. Zdravstvena zaštita primarne i psihijatrijske skrbi za psihički bolesne odrasle osobe smještene u Dom, kako bi se suzbili ispadi u obliku verbalnih i fizičkih konflikata i napada, osigurana su sredstva za dolazak liječnika primarne zdravstvene zaštite i specijalista psihologa, psihijatra, kardiologa i fizijatara u Dom. Na odjelu pojačane njege provodi se individualna fizikalna terapija zbog sprječavanja posljedica dugotrajnog mirovanja kao što su decubitus, kontrakture, tromboza i respiratorne komplikacije.

U fitness dvorani sportske aktivnosti provode se s ciljem održavanja lokomotornog sustava, kako bi se korisnici brže rehabilitirali i spriječilo pogoršanje, te ozljeđivanje.

U Domu djeluje Terapijska zajednica, grupa za aktivaciju s vanjskim suradnikom psihologom, grupa volonterke psihologinje koja se održava svaku srijedu. Vanjski suradnik psihijatar u

prosjeku jedanput mjesečno održava malu grupu. Kroz organizirane grupe u sklopu socijalnog rada i radne okupacije korisnici razvijaju svoje psihosocijalne vještine i to održavanjem zdravih emocionalnih odnosa s drugim korisnicima, treningom socijalnih vještina s ciljem prevencije socijalne izolacije. Sudjelovanjem u kreativnim radionicama (izrada nakita od fimo mase, izrada mirisnih svijeća, izrada čestitki, izrada lavandinih šeširića i vrećica, ukrašavanje svilenih marama te vezenje stolnjaka) korisnici razvijaju senzomotoričke i kognitivne sposobnosti što je rezultat podizanje samopouzdanja i raspoloženja.

Radno okupacijska terapija provodi se s ciljem poboljšanja zdravlja korisnika i psihofizičkog stanja te pomoć u adaptaciji, socijalizaciji i rehabilitaciji. U radno okupacijskoj terapiji poštuje se načelo individualnog pristupa korisniku Domu. Korisnici doma sudjeluju u grupama i na taj način dobiju dio odgovornosti, a time se podiže njihovo samopouzdanje i razvijaju im se radne navike. Zasad postoji Grupa higijeničara koja svakodnevno vrši pregled čistoće životnih prostora u kojima borave korisnici i Grupa za dežurstvo koja ima ulogu evidentirati ulaske posjetitelja u Dom.

Aktivnosti koje su realizirane tokom 2015. godine: proslava Valentinova, Dana žena, maskenbal, posjeta studenata Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta iz Zagreba, održavanje Brkosonga-natjecanja u pjevanju, obilježavanje međunarodnog Dana socijalnog rada-Dan otvorenih vrata doma, obilježavanje Dana obitelji, 14. Domosong u Bjelovaru, nastup na Festivalu volonterstva u Puli, sudjelovanje na Sajmu dobrote u Trogiru, susret domova u Motovunu - zajednička berba maslina, šetnja, roštiljada, obilježavanje Dana mentalnog zdravlja, posjet potpredsjednice i ministrice socijalne politike i mladih Milanke Opačić, izlet u Zagreb, sudjelovanje na Božićnom sajmu u Pazinu, obilježavanje Dana Doma, nastup domskog benda na Božićnom sajmu u Pazinu, dolazak Djeda Božićnjaka i podjela prigodnih poklona, ispraćaj stare i doček Nove godine u podne i u ponoć.

5.2 Dom za odrasle osobe „Vila Maria“, Pula

Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ u Puli djeluje od 2001. god. Dom je ustanova socijalne skrbi u nadležnosti Ministarstva socijalne politike i mladih. U domu se pružaju usluge skrbi odraslim osobama s mentalnim oštećenjem. Dom pruža usluge smještaja, usluge cjelodnevnog i poludnevnog boravka, usluge organiziranog stanovanja i usluge pomoći u kući. Dom je smješten u adaptiranoj vili i novom modernom objektu u Puli, Istra. Okružen je velikim

parkom. Korisnici imaju na raspolaganju: polivalentni dnevni boravak, dnevne boravke s čajnim kuhinjama, blagovaonice, polivalentnu dvoranu i radnu terapiju, kapelicu, prostor za posjetitelje i frizerski salon. Dom ima smještajni kapacitet od 195 korisnika.

5.3 Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“Nedešćina

Dom Sv. Nedelja nalazi se Istri, Nedešćina. Osnovan je 1973. god. Dom je u nadležnosti Ministarstva socijalne politike i mladih. Bavi se smještajem, prehranom, brigom o zdravlju, radnom okupacijom, psihosocijalnom rehabilitacijom i korištenjem slobodnog vremena psihički bolesnih odraslih osoba. Smještajni kapacitet doma je 49 korisnika.

6 Cilj istraživanja

Istraživanje je provedeno u tri javne ustanove socijalne skrbi na području Istarske županije, a to su: Dom za odrasle osobe Motovun, Dom za odrasle osobe "Vila Maria" Pula i Dom za odrasle osobe "Sv. Nedelja" Nedešćina.

Cilj ovog istraživanja usmjeren je na pitanja:

1. Koje se najčešće sestrinske dijagnoze pojavljuju kod osoba sa dijagnozom shizofrenije?
2. Koje su najčešće sestrinske intervencije koje susrećemo u radu sa oboljelim osoba od shizofrenije?

7 Ispitanici i metode rada

Istraživanje je provedeno u tri socijalne ustanove za dugotrajnu skrb na području Istarske županije tijekom vremenskog razdoblja od 9. svibnja 2016. do 01. lipnja 2016. godine. U istraživanje su uključene osobe oba spola starije od 18 godina. Ukupno 330 osobasa različitim psihičkim dijagnozama, a smještene su u socijalnu ustanovu za dugotrajnu skrb.

U obzir su uzeti pacijenti sa dijagnozom Shizofrenije (F20) u sve tri ustanove.

Ciljani podaci sakupljeni su pomoću strukturiranog upitnika, a sastojali su se od demografskih podataka, podataka o psihičkoj dijagnozi bolesti, sestrinskim dijagnozama i sestrinskim intervencijama.

Identitet ispitanika nije otkriven, a u slučaju da rezultati istraživanja budu publicirani, zaštita podataka će se maksimalno poštovati. Rezultati istraživanja izneseni su skupno i statistički, bez individualnog prikaza slučaja. Svi dobiveni podaci zatraženi su uz dozvole uprave tj. ravnatelja svake od navedenih ustanova za provedbu istraživanja uz zaštitu identiteta korisnika.

8 Analiza rezultata

Svi prikupljeni podaci su u ovom poglavlju prikazani u tablicama da bi se mogli analizirati. Tablice su kreirane za svaki dom posebno te u zadnjem potpoglavlju za sve domove zajedno.

8.1 Dom za odrasle osobe Motovun

Tablica 8.1.1 prikazuje ukupan kapaciteta Doma od 89 smještajnih mjesta, od toga u Odjelu pojačane njege i brige o zdravlju 49 mjesta i u stambenom dijelu 40 smještajnih mjesta.

Smještaj	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Odjel pojačane njege i brige o zdravlju (stacionarni dio doma)	49	55,06
Stambeni dio doma	40	44,94
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.1 Dom Motovun - Broj korisnika prema tipu smještaja

Od 89 korisnika, 51 osoba je ženskog spola, a 38 osoba je muškog spola što je prikazano u tablici 8.1.2.

Spol	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Ženski	51	57,30
Muški	38	42,70
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.2 Dom Motovun - Broj korisnika prema spolu

U Domu su smještene 4 osobe mlađe od 40 godina, 48 osoba u dobi od 40 do 65 godina, a 37 osoba je starije od 65 godina što je prikazano u tablici 8.1.3.

Godine	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Do 40	4	4,50
40 – 65	48	53,93
Više od 65	37	41,57
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.3 Dom Motovun - Broj korisnika prema godinama

U tablici 8.1.4 se može vidjeti da je među korisnicima najveći broj pokretnih osoba 67, teže pokretnih je 13 osoba, a nepokretnih 9 osoba.

Pokretnost korisnika	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Pokretni	67	75,28
Teže pokretni	13	14,61
Nepokretni	9	10,11
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.4 Dom Motovun - Broj korisnika prema pokretnosti

Tablica 8.1.5 prikazuje da je najveći broj smještenih osoba s mentalnim oštećenjem (psihičkom bolesti), jedna osoba je kronično bolesna osoba, a 6 je osoba sa intelektualnim oštećenjem.

Naziv bolesti/oštećenja	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Mentalna (psihička) oštećenja	82	92,14
Intelektualna oštećenja	6	6,74
Kronično bolesni	1	1,12
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.5 Dom Motovun - Broj korisnika prema tipu bolesti/oštećenja

U tablici 8.1.6 je prikazan broj korisnika prema točnim nazivima psihijatrijskih dijagnoza. Od ukupnog broja korisnika 89, oboljelih od Shizofrenije (F20) su 44 osobe, 1 osoba od Poremećaja nagona i naivka (F63,9), 10 osoba od Shizoafektivnog poremećaja (F25), 2 osobe od Organski afektivnog poremećaja-poremećaj raspoloženja (F06,3), 3 osobe od Lake duševne zaostalosti (F70) i 2 osobe od Umjerene duševne zaostalosti (F71), 4 osobe od Afektivnog poremećaja-depresivne epizode (F32), 11 osoba od Perzistirajući sumanutog

poremećaja (F22), 1 osoba od Povratnog depresivnog poremećaja, sada u remisiji (F33,4), 1 osoba od Opsesivno kompulzivnog poremećaja (F42,9), 1 osoba od Organskog poremećaja ličnosti (F07,0), 2 osoba od Povratnog depresivnog poremećaja (F33,3), 1 osoba od Ostali označeni duševni poremećaji vezani uz oštećenje i disfunkciju mozga i fizičku bolest (F06,8), 1 osoba od Neoznačeni organski poremećaj ličnosti i poremećaj ponašanja uzrokovani bolešću, oštećenjem i disfunkcijom mozga (F07,9), 4 osobe od Demencije kod Alzheimerove bolesti s ranim početkom (F00,0) i 1 osoba od epilepsije (G40,3).

Psihijatrijske dijagnoze	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija (F20)	44	49,44
Poremećaj nagona i naivka (F63,9)	1	1,12
Shizoafektivni poremećaj (F25)	10	11,24
Organski afektivni poremećaj (poremećaj raspoloženja) (F06,3)	2	2,25
Laka duševna zaostalost (F70)	3	3,37
Umjereni duševna zaostalost (F71)	2	2,25
Afektivni poremećaj (depresivne epizode) (F42,9)	4	4,50
Perzistirajući sumanut poremećaj (F22)	11	12,36
Povratni depresivni poremećaj (F33,4)	1	1,12
Opsesivno kompulzivni poremećaj (F42,9)	1	1,12
Organski poremećaj ličnosti (F07,0)	1	1,12
Povratnog depresivnog poremećaja (F33,3)	2	2,25
Ostali označeni duševni poremećaji vezani uz oštećenje i disfunkciju mozga i fizičku bolest (F06,8)	1	1,12
Neoznačeni organski poremećaj ličnosti i poremećaj ponašanja uzrokovani bolešću, oštećenjem i disfunkcijom mozga (F07,9)	1	1,12
Demencija kod Alzheimerove bolesti s ranim početkom (F00,0)	4	4,50
Epilepsija (G40,3)	1	1,12
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.6 Dom Motovun - Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama

Prema tome, u tablici 8.1.7 je prikazan zbirni prikaz statističkih podataka za shizofreniju i ostale bolesti.

Bolesti	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija	44	49,44
Ostale bolesti	45	50,56
Ukupno:	89	100,00

Tablica 8.1.7 Dom Motovun - Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti

Najčešće sestrinske dijagnoze kod osoba sa dijagnozom Shizofrenije (F20) su prikazane u tablici 8.1.8.

Sestrinske dijagnoze	Broj korisnika
Smanjena mogućnost brige za sebe (oblačenje/dotjerivanje, osobna higijena)	75
Anksioznost	39
Pothranjenost	9
Pretilost	15
Neupućenost	69
Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa	78
Neučinkovito sučeljavanje	56
Strah	25
Umor	66
Nisko samopoštovanje	53
Socijalna izolacija	18
Poremećaj spavanja	23
Poremećaj seksualne funkcije	5
Visoki rizik za nasilno ponašanje	16
Visoki rizik za samoozljeđivanje	3
Visoki rizik za samoubojstvo	6

Tablica 8.1.8 Dom Motovun - Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama

8.2 Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ Pula

Smještajni kapacitet doma je 195 korisnika, a broj smještenih korisnika 192. Broj smještajnih korisnika na stacionaru je 92, a na stambenom dijelu 100 korisnika, a tablica 8.2.1 prikazuje to.

Smještaj	Broj smještajnih mjesta	Broj smještajnih mjesta (u %)
Odjel pojačane njege (stacionarni dio doma)	92	47,92
Stambeni dio doma	100	52,08
Ukupno:	192	100,00

Tablica 8.2.1 „Vila Maria“ - Broj korisnika prema tipu smještaja

Tablica 8.2.2 prikazuje da je 89 osoba je muškog spola, a 103 osobe su ženskog spola.

Spol	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Ženski	103	53,65
Muški	89	46,35
Ukupno:	192	100,00

Tablica 8.2.2 „Vila Maria“ – Broj korisnika prema spolu

Tablicom 8.2.3 prikazane su psihijatrijske dijagnoze po broju korisnika: 122 korisnika boluje od Shizofrenije (F20), 20 korisnika od Metalne retardacije (F70, F71, F72, F73), 10 korisnika od Sindroma ovisnosti (F10), 8 korisnika od Shizoafektivnih poremećaja (F25), 6 korisnika od Bipolarno afektivnih poremećaja (F31), 6 korisnika od Sumanutog poremećaja (F22), 6 korisnika od Specifičnog poremećaja ličnosti (F60), 5 korisnika od Psihoorganskog sindroma (F05), 4 korisnika od Povratnog depresivnog poremećaja (F33), 3 korisnika od Shizotopnog poremećaja (F21), 1 korisnik od Manične epizode (F30) i jedan korisnik od Opsesivno-kompulzivnog poremećaja (F42).

Psihijatrijske dijagnoze	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija (F20)	122	63,54
Mentalna retardacija (F70, F71, F72, F73)	20	10,42
Sindrom ovisnosti (F10)	10	5,21

Shizoafektivni poremećaj (F25)	8	4,17
Bipolarno afektivni poremećaj (F31)	6	3,13
Sumanuti poremećaj (F22)	6	3,13
Specifičan poremećaj ličnosti (F60)	6	3,13
Psihoorganski sindrom (F05)	5	2,60
Povratni depresivni poremećaj (F33)	4	2,08
Shizotopni poremećaj (F21)	3	1,56
Manična epizoda (F30)	1	0,53
Opesivno-kompulzivni poremećaj (F42)	1	0,53
Ukupno:	192	100,00

Tablica 8.2.3 „Vila Maria“ – Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama

Prema tome, u tablici 8.2.4 je prikazan zbirni prikaz statističkih podataka za shizofreniju i ostale bolesti.

Bolesti	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija	122	63,54
Ostale bolesti	70	36,46
Ukupno:	192	100,00

Tablica 8.2.4 „Vila Maria“ – Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti

Najčešće sestrinske dijagnoze kod korisnika sa shizofrenijom su prikazane tablicom 8.2.5.

Sestrinske dijagnoze	Broj korisnika
Smanjena mogućnost brige za sebe (oblačenje/dotjerivanje, osobna higijena)	108
Anksioznost	76
Pothranjenost	16
Pretilost	54
Neupućenost	138
Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa	155
Neučinkovito sučeljavanje	162
Strah	82
Umor	128
Nisko samopoštovanje	102
Socijalna izolacija	115

Poremećaj spavanja	98
Poremećaj seksualne funkcije	44
Visoki rizik za nasilno ponašanje	37
Visoki rizik za samoozljeđivanje	9
Visoki rizik za samoubojstvo	19

Tablica 8.2.5 „Vila Maria“ – Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama

8.3 Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“Nedeščina

U Domu je smješteno 49 korisnika na dugotrajni smještaj. Na Odjelu pojačane njege (funkcionalno potpuno ovisni korisnici) bilo je smješteno 12 korisnika, a 37 korisnika na stambenom dijelu doma (funkcionalno djelomično ovisni korisnici), što je prikazano u tablici 8.3.1.

Smještaj	Broj smještajnih mjesta	Broj smještajnih mjesta u (%)
Odjel pojačane njege (stacionarni dio doma)	12	24,49
Stambeni dio doma	37	75,51
Ukupno:	49	100,00

Tablica 8.3.1 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema tipu smještaja

Od ukupnog broja 25 osoba je muškog spola, a 24 osobe su ženskog spola, što se vidi iz tablice 8.3.2.

Spol	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Ženski spol	25	51,02
Muški spol	24	48,98
Ukupno:	49	100,00

Tablica 8.3.2 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema spolu

Smještajni korisnici bili su u dobi od 37 do 103 god života. U tablici 8.3.3. su prikazani podaci po psihijatrijskim dijagnozama. 24 korisnika boluju od Shizofrenije (F20), 1 korisnik od Depresivne epizode (F32), od Bipolarno-afektivnog poremećaja (F31) 2 korisnika, 8

korisnika boluje od Duševnog poremećaja i poremećaja uzrokovan alkoholom (F10), te 14 korisnika od više različitih dijagnoza.

Psihijatrijske dijagnoze	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija (F20)	24	48,98
Depresivne epizode (F32)	1	2,04
Bipolarno-afektivni poremećaj (F31)	2	4,08
Duševni poremećaj i poremećaj uzrokovan alkoholom (F10)	8	16,33
Ostalo	14	28,57
Ukupno:	49	100,00

Tablica 8.3.3 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama

Prema tome, u tablici 8.3.4 je prikazan zbirni prikaz statističkih podataka za shizofreniju i ostale bolesti.

Bolesti	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija	24	48,98
Ostale bolesti	25	51,02
Ukupno:	49	100,00

Tablica 8.3.4 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti

Najčešće sestrinske dijagnoze kod korisnika sa Shizofrenijom (F20) su prikazane tablicom 8.3.5.

Sestrinske dijagnoze	Broj korisnika
Smanjena mogućnost brige za sebe (oblačenje/dotjerivanje, osobna higijena)	32
Anksioznost	19
Pothranjenost	3
Pretilost	11
Neupućenost	39
Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa	40
Neučinkovito sučeljavanje	29
Strah	27

Umor	35
Nisko samopoštovanje	29
Socijalna izolacija	33
Poremećaj spavanja	27
Poremećaj seksualne funkcije	5
Visoki rizik za nasilno ponašanje	6
Visoki rizik za samoozljeđivanje	1
Visoki rizik za samoubojstvo	0

Tablica 8.3.5 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama

8.4 Analiza zbirnih podataka za sve domove

U ovom poglavlju biti će zajedno prikazani podaci svih domova. Tablica 8.4.1 prikazuje ukupan broj korisnika prema tipu smještaja. Na Odjelu pojačane njege i brige o zdravlju smještene su 153 osobe, dok je u stambeni dio doma smješteno 177 osoba.

Smještaj	Broj korisnika	Broj smještajnih mjesta (u %)
Odjel pojačane njege i brige o zdravlju (stacionarni dio doma)	153	46,36
Stambeni dio doma	177	53,64
Ukupan kapacitet smještaja doma:	330	100,00

Tablica 8.4.1 Broj korisnika prema tipu smještaja

Ženskog spola je 179 osoba, a 151 osoba je muškog spola što je prikazano u tablici 8.4.2.

Spol	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Ženski	179	54,24
Muški	151	45,76
Ukupno:	330	100,00

Tablica 8.4.2 Broj korisnika prema spolu

U tablici 8.4.3 je prikazan broj korisnika prema točnim nazivima dijagnoza bolesti.

Psihijatrijske dijagnoze	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija (F20)	190	57,60
Shizotopni poremećaj (F21)	3	0,91
Perzistirajući sumanut poremećaj (F22)	17	5,15
Shizoafektivni poremećaj (F25)	18	5,44
Demencija kod Alzheimerove bolesti s ranim početkom (F00,0)	4	1,21
Psihoorganski sindrom (F05)	5	1,52
Organski afektivni poremećaj (poremećaj raspoloženja) (F06,3)	2	0,61
Ostali označeni duševni poremećaji vezani uz oštećenje i disfunkciju mozga i fizičku bolest (F06,8)	1	0,30
Organski poremećaj ličnosti (F07,0)	1	0,30
Neoznačeni organski poremećaj ličnosti i poremećaj ponašanja uzrokovani bolešću, oštećenjem i disfunkcijom mozga (F07,9)	1	0,30
Duševni poremećaj i poremećaj uzrokovan alkoholom (F10)	18	5,44
Manična epizoda (F30)	1	0,30
Bipolarno-afektivni poremećaj (F31)	8	2,42
Depresivne epizode (F32)	1	0,30
Povratni depresivni poremećaj (F33)	7	2,12
Opsesivno-kompulzivni poremećaj (F42)	2	0,61
Afektivni poremećaj (depresivne epizode) (F42,9)	4	1,21
Specifičan poremećaj ličnosti (F60)	6	1,82
Poremećaj nagona i naivka (F63,9)	1	0,30
Mentalna retardacija (F70, F71, F72, F73)	25	7,60
Epilepsija (G40,3)	1	0,30
Ostalo	14	4,24
Ukupno:	330	100,00

Tablica 8.4.3 Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama

Prema detaljnoj tablici 8.4.3, u tablici 8.1.7 je prikazan zbirni prikaz statističkih podataka za shizofreniju i ostale bolesti.

Bolesti	Broj korisnika	Broj korisnika (u %)
Shizofrenija	190	57,60
Ostale bolesti	140	42,40
Ukupno:	330	100,00

Tablica 8.4.4 Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti

Najčešće sestrinske dijagnoze kod osoba sa dijagnozom shizofrenije su prikazane u tablici 8.4.5.

Sestrinske dijagnoze	Broj korisnika
Smanjena mogućnost brige za sebe (oblačenje/dotjerivanje, osobna higijena)	215
Anksioznost	134
Pothranjenost	28
Pretilost	80
Neupućenost	246
Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa	273
Neučinkovito sučeljavanje	247
Strah	134
Umor	229
Nisko samopoštovanje	184
Socijalna izolacija	166
Poremećaj spavanja	148
Poremećaj seksualne funkcije	54
Visoki rizik za nasilno ponašanje	59
Visoki rizik za samoozljeđivanje	13
Visoki rizik za samoubojstvo	25

Tablica 8.4.5 Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama

9 Rasprava

Svi prikupljeni podaci, koji su u prethodnom poglavlju prikazani u tablicama da bi se mogli lakše analizirati, u ovom poglavlju su malo detaljnije analizirani. Analiza je biti napravljena za svaki dom posebno i za sve zajedno.

9.1 Dom za odrasle osobe Motovun

Iz tablice 8.1.1, koja prikazuje broj korisnika prema tipu smještaja, može se vidjeti da je ukupan smještajni kapacitet doma 89 mjesta te da su sva mjesta puna. Za 10,12% više je popunjen Odjel pojačane njege i brige o zdravlju u odnosu na stambeni dio doma. Dom Motovun je maksimalno popunjen tokom godine. Postoji lista čekanja na kojoj se nalaze osobe i do tri godine.

U domu je 14,6% više korisnika ženskog spola, što nam govori da žene malo više obolijevaju od psihičkih bolesti, što je prikazano u tablici 8.1.2 koja prikazuje broj korisnika prema spolu u domu Motovun.

Iz tablice 8.1.3 se može vidjeti da oboljelih od psihičkih bolesti ima najviše osoba u dobi od 40 do 65 godina. Mlađih od 40 godina ima jako malo dok je znatan broj psihički oboljelih osoba starijih od 65 godina. Kod starijih osoba je puno teži oporavak nego kod mlađih, a i često mlađe osobe imaju obitelj koja se može brinuti za njih.

U tablici 8.1.4 se može vidjeti da je među korisnicima najviše pokretnih osoba što znatno olakšava rad medicinskom osoblju. Teže pokretni i nepokretni korisnici zahtijevaju puno veću angažiranost medicinskog osoblja.

Od svih korisnika koji su smješteni u domu, više od 90% ih ima mentalna oštećenja što se može vidjeti iz tablice 8.1.5. Svi korisnici zahtijevaju posebnu skrb, no neki od njih su više aktivni u svakodnevnom životu, dok su drugi puno manje.

U tablici 8.1.6 je prikazan broj korisnika prema točnim nazivima psihijatrijskih dijagnoza. Najviše psihički oboljelih osoba je od Shizofrenije (F20). Dosta osoba boluje i od različitih drugih psiholoških poremećaja što je vidljivo u zbirnoj tablici 8.1.7.

Najčešće sestrinske dijagnoze kod osoba sa dijagnozom shizofrenije su prikazane u tablici 8.1.8. Iz te tablice se može vidjeti da su najveći problemi psihički oboljelih osoba nepridržavanje zdravstvenih uputa te smanjena briga za sebe, dok su rizici samoozljeđivanja, samoubojstva i poremećaj seksualne funkcije rijetki među korisnicima doma Motovun. Te sestrinske dijagnoze su najčešće zato jer najviše korisnika boluje od shizofrenije, a time zahtijevaju i veliku brigu medicinskog osoblja. U domu Motovun, nedostaje medicinskog osoblja, no to ne znači da se korisnici zapostavljaju, no korisnici bi imali još bolju uslugu kad bi bio doboljan broj medicinskog osoblja.

Sestrinske intervencije se izvode za svakog korisnika zasebno. Tim intervencijama se pokušava omogućiti kvalitetniji život svih korisnika u domu.

9.2 Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ Pula

Prema tablici 8.2.1 vidljivo je da smještajni kapacitet doma Vila Maria nije skroz popunjen. Za 4,16% više osoba je smješteno u stambenom dijelu doma. Te osobe su većinom sposobne brinuti o svojim osnovnim životnim funkcijama. U domu ima 7,3% manje osoba muškog spola što je vidljivo iz tablice 8.2.2.

I u domu „Vila Maria“, kao i u domu Motovun, najveći broj osoba boluje od Shizofrenije (F20) dok ostale osobe imaju drugačije psihičke dijagnoze. U tablici 8.2.3 se mogu pogledati detaljno svi podaci o oboljelim osobama od Shizofrenije (F20) i ostalim bolestima, dok je u tablici 8.2.4 prikazan zbirni prikaz statističkih podataka za shizofreniju i ostale bolesti.

Najčešće sestrinske dijagnoze kod korisnika sa Shizofrenijom (F20) su prikazane tablicom 8.2.5. iz čega se može primijetiti se najviše osoba neučinkovito sučeljava sa svojim psihičkim dijagnozama i ne pridržavaju se zdravstvenih uputa.

9.3 Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedešćina

Ukupan broj korisnika prema tipu smještaja u domu „Sv. Nedelja“ prikazan je u tablici 8.3.1. Iz tablice se jasno može zaključiti da manji dio korisnika, 24,49% boluje od težih psihičkih bolesti. Ukupan kapacitet dugotrajnog smještaja u dom je popunjen. Tablica 8.3.2. prikazuje broj korisnika prema spolu, koji je podjednak. Smještajni korisnici su u dobi od 37 do 103 god života.

U tablici 8.3.3. su prikazani podaci po psihijatrijskim dijagnozama iz koje se može vidjeti da najviše oboljelih pati od Shizofrenije (F20) pa je zbog toga u tablici 8.3.4 je prikazan zbirni prikaz statističkih podataka za Shizofreniju (F20) i ostale bolesti.

Najčešće sestrinske dijagnoze kod korisnika sa Shizofrenijom (F20) su prikazane tablicom 8.3.5. Najveći broj korisnika je smješten u dom zbog neučinkovitog nepridržavanja zdravstvenih uputa i neupućenosti u svoje psihičko stanje.

9.4 Analiza zbirnih podataka za sve domove

U ovom potpoglavlju biti će zajedno prikazani podaci svih domova. Tablica 8.4.1 prikazuje ukupan broj korisnika prema tipu smještaja. Vidljivo je da je nešto manje od 7% korisnika smješteno na Odjelu pojačane njege i brige o zdravlju. To su osobe kojima je za normalan život potrebna veća pomoć i nadzor. Oko 8,5% više korisnika je ženskog spola. To nije značajna razlika u odnosu na korisnike muškog spola.

U tablici 8.4.3 je prikazan broj korisnika prema točnim nazivima psihijatrijskih dijagnoza bolesti. Otprilike 60% korisnika boluje od Shizofrenije (F20), dok nešto manje od 40% boluje od ostalih bolesti što se može vidjeti iz tablice 8.4.4.

Od svih spomenutih sestrinskih dijagnoza najveći broj korisnika ima problema s neučinkovitim nepridržavanjem zdravstvenih uputa, neučinkovitim sučeljavanjem, neupućenošću, umorom, SMBS, niskim samopoštovanjem i socijalnom izolacijom. Najviše iz tih razloga su zaprimljeni u medicinsko-socijalne ustanove kako bi se o njima brinulo medicinsko osoblje, najčešće su to medicinske sestre i njegovateljice. Najmanje korisnika je pothranjeno te kod nekolicine njih postoji visoki rizik za samoozljeđivanje i samoubojstvo.

Medicinske sestre najčešće provode određene sestrinske intervencije za svakog korisnika zasebno. Sestrinske intervencije su napisane u radu za svaku sestrinsku dijagnozu zasebno, a dobivene su istraživanjem. Kod oboljelih osoba kojima je dijagnosticirana shizofrenija, a borave u sve tri ustanove najčešće sestrinske intervencije su:

- Stvaranje odnosa povjerenja između korisnika i medicinske sestre što je jako bitno za korisnika, a i za samu medicinsku sestru. Kad korisnik ima povjerenja u medicinsku sestru, lakše mu se upustiti u razgovor.

- Razgovarati sa korisnikom, prihvatiti njegove izjave, omogućiti mu izražavanje vlastitih želja i potreba. Kod razgovora osigurati dovoljno vremena i mirnu okolinu, te privatnost.
- Velika većina korisnika ne uzima redovito propisanu terapiju. Medicinske sestre u sve tri ustanove strogo provode kontrolu nad uzimanjem terapije. Svi korisnici koji su smješteni na stambenom dijelu ustanove dolaze po peroralnu terapiju u ambulantu kod medicinske sestre, dok nepokretnim korisnicima se terapija dostavlja u sobu, a po potrebi lijekovi se usitne.
- Edukacija korisnika također je bitna. Korisnicima su osigurani i pisani materijalni sa uputama, imaju mogućnost korištenja interneta, a medicinske sestre provode nekoliko grupa za edukaciju, npr.: grupa hipertoničara, grupa ovisnih o kavi i cigaretama, grupa dijabetičara, grupa higijeničara i druge. Također u edukaciju je uključena i obitelj ako je to moguće, sa strane obitelji jer većina njih ne dolazi u posjete, novac i higijenske potrepštine šalju poštom.
- Medicinske sestre uključuju korisnike u planiranje zdravstvene njege.
- Medicinske sestre provode kontrolu nad obavljenom higijenom. Pomažu kod obavljanja higijene, kod odijevanja, te kod odabira prikladne odjeće. Korisnici ili nemaju dovoljno odjeće, ili se neznaju prikladno obući. Većina njih zanemaruje higijenu, od neredovitog održavanja oralne higijene, neredovitog kupanja, itd. Npr. jedan korisnik u Domu Motovun pere ruke i lice samo kad se kupava, većinom jednom tjedno, dok drugikorisnikjako često pere ruke pa ima rane po rukama.
- Medicinske sestre brinu se da korisnici imaju osiguran pribor, prostor i privatnost pri obavljanju higijene.
- Od ponedjeljka do petka korisnici imaju jutarnju aktivnost uz vodstvo fizioterapeuta. Imaju na raspolaganju i dvoranu sa spravama za vježbanje. Većina korisnika rade sjedi na terasi, puši, žale se na umor i da ne mogu ništa raditi, no ne žele vježbati. Ostali korisnici redovito šetaju oko doma, dva puta tjedno vježbaju, rade u večeraju (pomažu u peglanju), u Domu Motovun neki rade na domskoj ekonomiji, brinu oko sadnica, voćka, itd.
- Medicinske sestre brinu se oko posjeta korisnicima što je omogućeno cijeli dan.
- Grupnu terapiju provodi psihijatar u koju su uključeni svi korisnici, za koje se smatra da je potrebna terapija, održava se jedanput tjedno. Psiholog ima svoju grupu, koja je također vrlo aktivna i održava se jedanput tjedno. Art terapeut ima grupu svakih

petnaest dana, koja je isto od važnosti za korisnike. Njima je vrlo važno da se druže, da ih netko posjeti i da imaju nekog tko će ih razumjeti za razgovor.

- Kod provođenja vremena sa korisnicima zasebno, vrlo je teško medicinskim sestrama jer u ustanovama radi mali broj medicinskih sestara, a nose veliki dio posla i ne stignu se dovoljno posvetiti svakom korisniku.
- Vrlo su važne pohvale medicinskih sestra upućene korisnicima jer su oni tada zadovoljni sobom.
- Korisnicima je omogućeno korištenje duhovnih resursa. Svaku nedjelju, uz dozvolu, korisnici odlaze na misu u obližnju crkvu, a ponekad se misa održi u Domu. Jednom godišnje se održava blagoslov Doma, na kraju svake tekuće godine i blagoslov kruha, za dane kruha.

10 Zaključak

Iako mislimo da danas znamo puno toga o shizofreniji, još uvijek dosta toga ne znamo. Nepovoljni faktori okoline koji uključuju faktore fizičke prirode, poput droge i alkohola te faktore psihosocijalne prirode, poput stresa svakodnevnog života, napete komunikacije u obitelji, nedostatka vještina, smanjene sposobnosti nošenja sa stresom i mnogi drugi poznati i nepoznati faktori moraju biti prisutni da dođe do pojave bolesti. Težina bolesti različita je za oboljele osobe pa se često kaže kako nema jednakih shizofrenija.

Shizofrenija najčešće započinje u adolescenciji. Može započeti postupno, polagano, povlačenjem iz okoline, bez jasno vidljivih simptoma ili naglo, brojnim i ozbiljnim simptomima. Za bolesnu osobu liječenje je naporan proces, jednako kao i za obitelj i medicinsko osoblje. Kontrola i suzbijanje simptoma te socijalna rehabilitacija cilj su terapije. Liječenje shizofrenije dugotrajan je proces. Važno je dobro pripremiti bolesnika i obitelj. Najučinkovitije je liječenje medikamentoznom terapijom antipsihoticima, no ne može biti jedina terapija. Potpuna integracija psihosocijalnih, obiteljskih i radno okupacijskih zahvata može biti najučinkovitiji ishod liječenja.

Kod oboljelih osoba od shizofrenije danas je često prisutna stigma. Stigmatiziranje kod oboljelih osoba temelji se na negativnim stavovima koje nazivamo predrasude. Stigmatizacija za oboljele osobe, članove obitelji i zajednicu ima negativne posljedice. Osobe sa dijagnozom shizofrenije liječe se u psihičkim bolnicama, u nekima mogu boraviti i više godina. Nakon što liječnik specijalist procijeni kako nema više medicinskih razloga za bolničko liječenje, osobe se smještaju u socijalno-medicinske ustanove – Dom, koje pružaju smještaj za psihičke bolesnike. U takvim domovima skrb se pruža kroz stalni smještaj.

U Istarskoj županiji imamo tri takve ustanove, a to su: Dom za odrasle osobe Motovun, Dom za odrasle osobe „Vila Maria“ Pula i Dom za odrasle osobe „Sv. Nedelja“ Nedešćina. U tim ustanovama provedeno je istraživanje sa ciljem koji je usmjeren na pitanja koje se najčešće sestrinske dijagnoze pojavljuju i sa kojim sestrinskim intervencijama se najčešće susrećemo u radu sa osobama oboljelim od shizofrenije i smještajem u ustanovu dugotrajne skrbi.

Istraživanje je obavljeno u periodu od 9. svibnja do 1. lipnja 2016. godine. Dobiveni rezultati potvrđuju da je najviše osoba oboljelih sa dijagnozom Shizofrenije (F20) te da su oboljele osobe za oko 8,5% više ženskog spola. Najčešće sestrinske dijagnoze su:

Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa, Neučinkovito sučeljavanje, Neupućenost, SMBS, Nisko samopoštovanje i Socijalna izolacija. Sestrinske intervencije koje su dobivene istraživanjem medicinske sestre teško ih provode kvalitetno zbog malog broja medicinskog osoblja u socijalno-medicinskim ustanovama. Liječnik većinom dolazi na nekoliko sati tjedno pa svu odgovornost nose medicinske sestre.

U socijalno-medicinske ustanove, naročite one koje skrbe o psihički bolesnim osobama pomoglo bi zapošljavanje većeg broja medicinskog osoblja. Tako bi medicinske sestre mogle puno više vremena provoditi sa svakim korisnikom, voditi duže razgovore, više vremena posvetiti osobnoj higijeni korisnika, raditi na edukaciji korisnika i obitelji. I sada se sve to radi ali ne dovoljno učinkovito, jer psihički oboljele osobe, posebno sa dijagnozom shizofrenije zahtijevaju jako puno od jedne medicinske sestre. Većinom u osam sati radnog vremena jedna medicinska sestra radi na 90 korisnika, što je teško za jednu medicinsku sestru, a i za same korisnike. Medicinske sestre u takvim ustanovama nemaju mogućnost napredovanja, nemaju edukacije namjenjene o psihički bolesnim osobama ili ih imaju jako malo, nemaju nikakve stimulacije, a nose veliku odgovornost, jer u domovima nema liječnika opće medicine 24 sata dnevno nego tek nekoliko sati tjedno. Kad bi se situacija popravila na bolje u Republici Hrvatskoj za sve medicinske sestre, tada bi i bolesnici i korisnici domova bili puno bolje zbrinuti od strane medicinskih sestara.

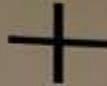
11 Literatura

- [1] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] S. Ivezić: Stigma psihičke bolesti, Medix, br. 64, svibanj, str. 108-110
- [3] www.mlinarska.hr, dostupno 14.06.2016.
- [4] Ljudska prava osoba sa duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama, Zagreb, veljača 2015.
- [5] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Udžbenik za više zdravstvene studije, Rijeka, 2004.
- [6] M. Jakovljević: Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija, A.G.M., Samobor, 1995.
- [7] H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada slap, Jastrebarsko, 1998.
- [8] S. Štrkelj-Ivezić, Š. I. S.: Psihoza-Shizofrenija-Shizoafektivni poremećaj-Bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [9] M. Jakovljević: Shizofrenija u teoriji i praksi, Etiopatogeneza i klinička praksa, ProMente, Zagreb, 2011.
- [10] S. Štrkelj-Ivezić, L. Bauman: Shizofrenija put oporavka, Zagreb, 2009.
- [11] <http://www.shizofrenija24x7.com.hr/Psihoterapija-i-psihosocijalni-postupci>, dostupno 16.06.2016,
- [12] <http://www.udrugavrapcici.hr/>, dostupno 03.09.2016.
- [13] Sestrinske dijagnoze 1, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [14] Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
- [15] Sestrinske dijagnoze 3, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2015.

12 Popis Tablica

Tablica 2.3.1 Obilježja poligenkog nasljeđivanja[Izvor: H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada slap, Jastrebarsko, 1998.]	8
Tablica 2.3.2 Prevalencija shizofrenije u određenim populacijama[Izvor: H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada slap, Jastrebarsko, 1998.]	8
Tablica 2.7.1.1 Tipični i atipični antipsihotici[Izvor: S. Štrkelj-Ivezić, L. Bauman: Shizofrenija put oporavka, Zagreb, 2009.]	13
Tablica 8.1.1 Dom Motovun - Broj korisnika prema tipu smještaja	42
Tablica 8.1.2 Dom Motovun - Broj korisnika prema spolu	42
Tablica 8.1.3 Dom Motovun - Broj korisnika prema godinama	43
Tablica 8.1.4 Dom Motovun - Broj korisnika prema pokretnosti	43
Tablica 8.1.5 Dom Motovun - Broj korisnika prema tipu bolesti/oštećenja	43
Tablica 8.1.6 Dom Motovun - Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama	44
Tablica 8.1.7 Dom Motovun - Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti	45
Tablica 8.1.8 Dom Motovun - Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama	45
Tablica 8.2.1 „Vila Maria“ - Broj korisnika prema tipu smještaja	46
Tablica 8.2.2 „Vila Maria“ – Broj korisnika prema spolu	46
Tablica 8.2.3 „Vila Maria“ – Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama	47
Tablica 8.2.4 „Vila Maria“ – Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti	47
Tablica 8.2.5 „Vila Maria“ – Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama	48
Tablica 8.3.1 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema tipu smještaja	48
Tablica 8.3.2 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema spolu	48
Tablica 8.3.3 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama	49
Tablica 8.3.4 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti	49
Tablica 8.3.5 „Sv. Nedelja“ – Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama	50
Tablica 8.4.1 Broj korisnika prema tipu smještaja	50

Tablica 8.4.2 Broj korisnika prema spolu	50
Tablica 8.4.3 Broj korisnika prema psihijatrijskim dijagnozama	51
Tablica 8.4.4 Broj korisnika u odnosu na shizofreniju i ostale bolesti	52
Tablica 8.4.5 Broj korisnika prema sestrinskim dijagnozama	52

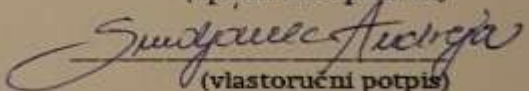


IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Andreja Smoljanec (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

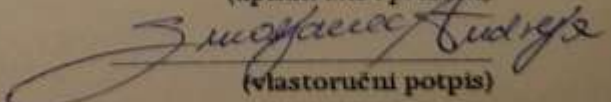
Student/ica:
(upisati ime i prezime)


(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Andreja Smoljanec (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)


(vlastoručni potpis)