

ИНСТИТУТ ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ



**ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ОБОЛЕЛИХ ОД
СХИЗОФРЕНИЈЕ**

Аутор:
мс Катарина Дамњановић

Београд, 2026.

АПСТРАКТ

Схизофренија је озбиљно душевно обољење код ког постоји поремећен доживљај реалитета. Оболели најчешће нема увид да његови проблеми настају због менталне болести која захтева психијатријско лечење. Болест настаје као последица биохемијских поремећаја у мозгу који доводе до поремећаја психичких функција и понашања што утиче на изразито оштећење социјалног, радног и породичног функционисања. Будући да пацијенти који болују од схизофреније често у свету халуцинација, промењена су понашања и мишљење, често су сумњичави, а понекад агресивни, медицинска сестра мора поседовати одређене вештине комуникације у раду с овим болесницима, велико знање, стрпљивост.

Кључне речи: схизофренија, болесник, здравствена нега

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a severe mental illness characterized by a distorted perception of reality. Patients often lack insight into the fact that their problems stem from a mental disorder requiring psychiatric treatment. The illness occurs as a result of biochemical imbalances in the brain, leading to disturbances in psychological functions and behavior, which significantly impair social, occupational, and family functioning. Since patients suffering from schizophrenia often live in a world of hallucinations, with altered thinking and behavior—frequently being suspicious and occasionally aggressive—nurses must possess specific communication skills, extensive knowledge, and patience when working with these patients.

Keywords: schizophrenia, patient, nursing care

Садржај:

| | |
|--|-----------|
| 1. УВОД..... | 1 |
| 2. ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП ТЕМИ..... | 3 |
| 2.1. Психоза..... | 3 |
| 2.2. Схизофренија..... | 4 |
| 2.2.1. <i>Епидемиологија</i> | 5 |
| 2.2.2. <i>Етиологија</i> | 6 |
| 2.2.3. <i>Клинички облици схизофреније</i> | 6 |
| 2.3. Лечење | 12 |
| 2.4. Медикаментозна терапија | 13 |
| 2.4.1. <i>Електроконвулзивна терапија</i> | 13 |
| 2.4.2. <i>Психотерапија</i> | 14 |
| 2.4.3. <i>Социотерапија</i> | 15 |
| 3. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ОБОЛЕЛИХ ОД СХИЗОФРЕНИЈЕ..... | 17 |
| 3.1. Успостављање терапијског односа..... | 20 |
| 3.1.1. <i>Максимизирање нивоа функционисања</i> | 21 |
| 3.2. Дијагнозе неге код болесника са схизофренијом: | 21 |
| 4. ЗАКЉУЧАК..... | 30 |
| БИБЛИОГРАФИЈА..... | 31 |

Мотив одабира теме

Радећи на Институту за ментално здравље, током рада на дечијем одељењу као и на самој Клиници за одрасле имала сам прилику да разговарам са психотичним пацијентима. Посебно сам се заинтересовала за болесника са шизофренијом јер сам проценила да болесник не може да препозна основне потребе и да је код таквог болесника сестринска нега од виталног значаја. Шизофренија утиче не само на оболелу особу и њену свеукупну функционалност, већ и на породице оболелих као и на целокупно друштво. Данас шизофренија дефинише особу, а не описује болест па долази до постојања великог страха од ових пацијената и њихове стигматизације. Мислим да људи не посвећују довољно пажње психијатрским пацијентима, јер присутан је страх и предрасуда у друштву. Свако од нас је склон да чува своје тело више него свој разум, али морамо знати да нелечене душевне болести као и оне које нису откривене на време могу да угрозе наше здравље подједнако као и телесне. Из тог разлога бих желела да у оквиру ове теме причам о шизофренији, јер медицинска сестра учествује у целокупном третману и највише проводи времена са пацијентима. Због тога бих се фокусирала на рано препознавање понашање, симптоме болести као и пружења одговарајуће неге пацијентима.

1.УВОД

Схизофренија је озбиљно душевно обољење код кога постоји поремећен доживљај реалитета. Оболели најчешће нема увид да његови проблеми настају због менталне болести која захтева психијатријско лечење. Болест настаје као последица биохемијских поремећаја у мозгу који доводе до поремећаја психичких функција и понашања што утиче на изразито оштећење социјалног, радног и породичног функционисања (1).

Појам схизофреније се први пут спомиње 1911. године од стране швајцарског психијатра Еугена Блеулера. Назив схизофренија потиче од грчких речи схизо-цепам и френ-душа или разум. Назив ове тешке душевне болести означава суштину и указује на расцеп и несклад (дисоцијација) између психичких функција, пре свега процеса мишљења и афекта, назван идеоафективна дисоцијација. Оваква врста дисоцијације је присутна једино код схизофреније и не среће се код ниједног душевног обољења. Карактерише је дакле, несклад између мишљења, односно садржаја мишљења, афекта и воље. Нормално, све оно што се доживљава и што је тренутно у току процеса мишљења одражава се и афектом: ако се осећа љутња, то је исказано понашањем и мимиком, или ако се доживљава радост то се види и на лицу. Међутим, тога нема код схизофреније. *Идеоафективна дисоцијацију* је једна од основних патолошких карактеристика болести (1).

Схизофренија је најтежа, најпознатија и најчешћа психоза. У стручној литератури се описује као поремећај функције мозга при којој оболела особа има искривљену слику стварности и у већини случајева не може разликовати реалност од нестварних догађаја. Осим што схизофрени болесници погрешно третирају реалитет, они неадекватно располажу мислима, осећајима, вољом и расположењем. Саму болест карактерише више врста симптома: позитивни, негативни, когнитивни и афективни, агресивни и депресивни. Нелечена схизофренија утиче на све аспекте живота (понашање, размишљање, емоције), а може довести до финансијских проблема и проблема са законом. Најтежа компликација болести је суицид (1).

Проблем оболелих је недовољна едукованост и смањена могућност да препознају симптоме своје болести. Будући да сами болесници не прихватају болест као такву и не желе да се лече, њихова болест се још више продубљује и доводи до

тешких последица које су најчешће одузимање радне способности и смештај у установе.

Циљ лечења је контрола симптома болести и побољшање квалитета живота. Лечење траје дуго или доживотно, јер је схизофренија хронична болест. Савремена психофармакологија и различити облици психосоцијалне терапије су побољшали квалитет живота оболелих од схизофреније (1).

У лечењу и збрињавању схизофреног болесника струковна медицинска сестра примењује индивидуалан приступ. Он пре свега подразумева примену основних начела психијатријске неге: прихватање болесника као јединствене људске јединке, прихватање болесника онаквог какав јесте са свим његовим вредностима и специфичностима, пружање помоћи болеснику без стигматизације. Посебно је велика и важна сестринска могућност терапијског деловања. Терапијски процес почиње мотивацијом болесника на промене и на активно учешће у лечењу. Наставља се препознавањем појаве отпора у лечењу и помоћи болеснику да сам себе разуме (2).

Медицинска сестра интензивно учествује у целокупном животном ритму болесника. У најближем је контакту с болесником и може проценити самосталност болесника за активности самозбрињавања као и активности свакодневног живота. Такође сестра као члан тима има незаменљиву улогу у терапијским и дијагностичким поступцима и континуираном праћењу болесника ради препознавања раних знакова погоршања стања. Сестра је такође веза између болесника и породице са циљем изградње односа и унапређења знања о болести.

2. ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП ТЕМИ

2.1. Психоза

Психоза је психички поремећај код кога је као примарни симптом присутно отуђење пацијента од реалности. Психозе су условљене патолошким процесима у мозгу, од којих су само неки анатомски и патофизиолошки доказани. Огледају се у поремећеном контакту или чак прекиду контакта са стварношћу, дубоким поремећајима опажања, емоција, мишљења и понашања. Основне карактеристике психоза препознају се на основу понашања и функционисања болесника (3).

Психотичној особи често недостаје увид у сопствену болест или је увид парцијалан. Није свестан ирационалности симптома - често сам не тражи помоћ. Основна личност је поремећена или радикално измењена- дезорганизована. Постоје дубоке промене у доживљавању себе и света око себе. Контакт са реалношћу је изгубљен или се реалност негира, може да конструише реалност која је изван његовог субјективног искуства. Њој приписује снагу и својства реалности (ирационална уверења-сумануте идеје). Другачије перципира реалност и свој став одређује према том другачијем свету. Структура личности је често разграђена. Неспособан је да оствари прихватљиво социјално прилагођавање и функционисање. Језик је поремећен. Несвесни садржаји могу да се испоље директно вербалном експресијом (4). Неке психозе није лако одмах препознати, поготово у почетним фазама, нити оне морају да захвате целокупно понашање и све области психичког живота. Остају острва нормалних реакција у којима се ништа неуобичајено не примећује, или бар нема ничег упадљивог (3). Главни узроци психоза су: херeditарни фактори, интраутерина оштећења плода, различите инфекције, органска оштећења мозга, хормонске дисфункције (нарочито женске генеративне фазе: гравидитет, пуерперијум и климакс), директно деловање отрова (посебно опојних средстава), поремећај исхране, авитаминоза, губитак крви, општа исцрпљеност, постоперативна стања, итд (5).

Психозе се најчешће деле у две групе - пропратне, односно органске и ендogene, односно функционалне.

Пропратне психозе настају као израз неког органског обољења или поремећаја, на пример код трбушног тифуса, прогресивне парализе изазване сифилисом, маларије,

поремећаја неких шлезда, алкохолизма итд. Како су ове психозе секундарног карактера, оне нестају ако се уклони основна болест или поремећај, под условом да је основно обољење излечиво. Те психозе се зато и називају органске, јер имају органску основу (3). Другу групу чине *функционалне психозе*. Сматра се да у њиховом настајању важнију улогу имају урођени и наследни фактори, али исто тако и целокупан систем социјализације и чиниоци средине (5).

Једна од функционалних психоза је схизофренија. Ова реч је кованица и значи „расцеп душе“, распадање личности. У питању је више обољења, са неким сличним и заједничким поремећајима. За ову психозу је карактеристично повлачење болесника у себе, ремећење и прекид контакта са стварношћу, губљење животног полета, поремећај емоција и мишљења (мишљење постаје збркано и нејасно) и постепено опадање способности мишљења све до поремећаја нагона, када болесник одбија храну или узима и предмете који нису за исхрану. Мења се и говор болесника, може доћи до сажимања и спајања речи, па за околину тај говор постаје неразумљив. Може доћи до халуцинација, као и до суманутих идеја, када је на пример, болесник убеђен да га прогоне и трују. Може да има и огроман страх, па се дешава да изврши самоубиство или убиство (5).

2.2. Схизофренија

Према МКБ-10 схизофренија се дефинише као тежак душевни поремећај који се карактерише поремећајем мишљења и пажње (перцепције), а афекат је неадекватан (нескладан) и отупљен. Свест схизофреног пацијента је бистра, јасна, тако да је свестан свега онога што се дешава са њим и око њега. Интелектуалне функције су такође, очуване, али након низа година болести може доћи до њиховог пропадања (6).

Болест има хронични ток са погоршањима и ремисијама, али никад не долази до коначног излечења, што има велики социјално-медицински значај, јер представља оптерећење како за породицу пацијента, тако и за друштвену заједницу. Припада групи психоза (6).

Схизофренија је психичка болест која се састоји од скупа карактеристичних симптома:

- симптоми поремећаја у социјалном и професионалном функционисању,
- позитивни психотичним симптомима (суманутост, халуцинација, кататонија, сметње у говору и понашању),
- негативни симптоми (осећајна тупост, ограничен говор, недостатак интереса и мотивације), когнитивни симптоми (пажња, памћење и извршне функције)

- симптомима поремећаја расположења.

Схизофренија је душевна болест са значајним краткотрајним и дуготрајним последицама за појединце, њихове породице, систем здравствених услуга и друштво у целини. Поремећај се најчешће јавља у раним двадесетим годинама.

Овај поремећај изазива значајну индивидуалну патњу као и често дуготрајну неспособност, што негативно утиче на запосленост, а посредно и на социјални статус, односе са другима и животну задовољство уопште (7,8).

Од свих душевних поремећаја, схизофренија је повезана са највећом стигматизацијом и дискриминацијом. Ове појаве проналазимо на индивидуалном плану, у породици, заједници, али и на нивоу доношења политике (здравствене и ментално политике). Чињеница да стигматизацију и дискриминацију налазимо и унутар система здравствених услуга може указати да оболели од схизофреније могу добити ниже стандарде психијатријске неге, као резултат професионалних предрасуда. Назив схизофренија 1911. године увео је швајцарски психијатар Е. Блеулер (8).

2.2.1. Епидемиологија

Схизофренија је релативно чест поремећај. Епидемиолошка истраживања показују да је преваленција схизофреније приближно иста у свим деловима света. Јавља се у 1% опште популације и убраја се у водеће узроке инвалидности. Ретко се јавља пре 10. и после 50. године. Рани почетак је карактеристичан више за мушкарце него за жене. Највећи број мушкараца између 15. и 25. године, а жене између 25. и 35. године старости. Годишња инциденца схизофреније креће се од 0,16 до 0,28 на хиљаду становника. Преваленца, морбидитет и тежина клиничке слике већи су у нижим социо-економским слојевима, али је инциденца подједнака у свим социо-економским класама. Међутим, учесталост болести је већа међу самцима, што може бити последица саме болести или прекурсора болести на социјално функционисање. Сматра се да је због хроничног тока овог обољења скоро половина болесника у душевним болницама из категорије схизофреније. До пре тридесетак година, приближно 50% укупног постелног фонда у психијатриским установама Републике Србије припадало је особама оболелим од схизофреније. Данас је тај број упола нижи, али и даље прилично висок (9,10).

2.2.2. Етиологија

Етиологија шизофреније није утврђена ни дан данас у потпуности извесна, постоје познати фактори који утичу на настанак ове болести. Постоје докази да генетика игра велику улогу у настанку шизофреније, али да исто тако и животни догађаји могу бити окидачи за настанак болести, као и сама друштвена средина.

Наслеђе утиче на предиспозицију за развој болести. Већа вероватноћа оболевања ако постоје неповољне животне околности или уколико је у ближој или даљој фамилији постојало душевно обољење. Такође, на настанак болести утичу и микромолекуларни биохемијски поремећаји – поремећај баланса неурохемијских супстанци у мозгу (11).

2.2.3. Клинички облици шизофреније

Шизофренија не чини јединствену клиничку слику. Најчешћи подтипови су хебефрени, кататони, параноидни, недиференцирани и шизофренија симплекс (12).

Хебефрени тип шизофреније (F20.1)

Хебефренија почиње доста рано и то чешће код дечака и представља један од најтежих облика шизофреније. Поремећај емоција је изражен веома и често су појаве епизода беса, страха или безразложног осмеха. Расположење је најчешће непримерено. Врло често појава је расуло мисли. Такође су присутне и сумануте идеје и халуцинације. Јављају се и соматски знаци као што су: гојазност, хиперсекреција, цијаноза екстремитета и ендокрини поремећаји (13,14).

Кататони тип шизофреније (F20.2)

Овај облик шизофреније постаје све ређи. У клиничкој слици форме шизофреније водећи симптоми су: кататони ступор или појама, ригидност, маниризам, негативизам, агитација или бесмислено позирање, мутизам, стереотипије, виштана савитљивост. Постоји велики ризик од слома организма јер се неориродни положаји и понашања могу задржати и пар дана, али ток ове форме је углавном повољан (1). Јавља

се јаким психомоторичким узбуђењем или јаким закоченошћу. Карактеристична је хипертермија због оштећења терморегулацијских центара у мозгу, а болест се често завршава смрћу (15).

Параноидни тип шизофреније (F20.0)

Параноидни тип шизофреније почиње у тридесетим годинама и клиничком сликом доминирају сумануте идеје које су потпуно нелогичне, као што су: идеје прогањања, величине или идеје односа, слушне халуцинације (1). Болесник сматра да га прогоне различити непријатељи, организације, различите силе, странци, агенције (15). Болесници су веома непријатељски настројени, бесни, неповерљиви, агресивни. Оболели од овог облика добро могу контролисати своје емоције и добро се уклапају у социјалну средину. Њихова интелигенција може бити очувана. Прогноза болести је релативно добра (16).

Недиференцирани тип шизофреније

У овој форми болести постоји више карактеристика, али не постоји доминација карактеристика које би могле сврстати у одређени тип шизофреније (17). Овде може доћи до суманутости, халуцинација, дезорганизованог понашања, али и незадовољства, али не задовољава критеријуме за параноидне, хебефрене или катотони тип (8).

Схизофренија симплекс

Схизофренија симплекс почиње постепено и лагано, чак и неприметно. У продромалној фази јавља се повлачење из социјалне сфере, карактеристично за овај тип (16). Афективну фазу овог типа карактеришу позитивни симптоми шизофреније као што су: поремећај мишљења и говора, перцепције и афекта. Обавезна је хоспитализација пацијената. Хроничну фазу карактерише појава негативних симптома као што је пад функционалних способности. Прогнозу овог типа болести је врло тешка и непредвидива. Психофармакологија углавном даје слабе резултате (15,18).

Пример болесника у стањима погоршавања болести: (текст који је написао болесник)

"Аванс прохтев"

“Јесењег прохладног дана, баш кад сам се враћао из конзерве, заувек сам је бацио, кроз практичан призор травњака. Није толико важно колико је битно да је та иста конзерва напуњена одозго темпером и замагљеном фасциклом. Гледајући запањујућим погледом нисам имао могућности и прилике да одузmem себи одговорност и поверење. Након тога, потпуно сам изгорео заједно са апартманом. Сва је пожутела, све до Мраморног мора. Глума је пропала, није важно, значајно је то да су професионалне лажи окупане у смоли од кравуљица, па нико није био задовољан садашњим третманом терминологије које голицава сваког у пупак. Стој! Падам у несвест, сва врата су била закључана, те их нико није поново закључавао, међутим пао је мрак. Јао, ухватлио ме је кокошије слепило у корпи за веш. Већина спавача захркало је испод буба руса, које су милеле по лобањама и спаваћицама.

Селјаци мирисали су на буђаво млеко и труо кајмак. Устајте лудаци, време је закуцавању ексера, са шајбнама по сред тумора. Није важно, главно је то да смо пролазећи крај трафике осетили мирис квасца и што пре смо побегли да не бисмо надошли. Бежали смо из све снаге и петних жила. Патио сам од табана. Јо, киша је падала на лево и нагоре. Није било времена да се попије бикарбона сода. Гориле упропастиле су флашице од брабоњака. Најзад, пропао сам кроз шафољ, увек је то најбоље решење, на главу мије пала сфећвица са бубуљичавим гензлицама.” (19).

Схизофренија је хронични психотични душевни поремећај који представља клинички синдром састављен од психичких и понашајних симптома. Симптоми схизофреније се појављују у различитим облицима који су на први поглед међусобно врло различити. *За схизофренију је карактеристичан поремећај мишљења и перцепција, афект који је отупљен или нескладан.*

Иако су на самом почетку очувана јасна свест и интелектуална компонента, временом се могу појавити когнитивни дефицити. Оболела особа је равнодушна у

односу на дешавања у околини, повлачи се у себе, у свој властити свет. Психопатолошки поремећаји односе се на наметање и одузимање мисли, суманута опажања и суманутост контроле, слушне халуцинације код којих гласови међусобно коментаришу или расправљају о болеснику у трећем лицу, уз негативне симптоме. У класификацији симптома шизофреније примењује се "*нетодимензионални модел*" који симптоме групише на: *позитивне, негативне, когнитивне, афективне и агресивне* (20).

Позитивни симптоми одржавају измењене психичке функције (мишљење, опажање) и доминантни су у акутним фазама болести.

Позитивни симптоми шизофреније су: суманутости, халуцинације, дисторзије говора и комуникације, дезорганизован говор, дезорганизовано понашање, кататонија и агитација. Говор је тешко погођен. У неким облицима шизофреније, оболеле особе се радо служе чудним, настраним, апстрактним и симболичним говором, састављеним од нових речи (неологизми), са тајанственим значењем. Њихов говор личи на непознат страни језик, потпуно неразумљив. Јављају се *сумануте идеје*:

- прогањања, (праћења, прислушкивања, посматрања)
- односа и утицаја (све што се дешава у околини – има везе са болесником (на телевизији, говоре о њему, упућују му разне поруке, симболе),
- управљања и наређивања (болесник мора да изврши неку радњу или изговори неку мисао).

Сумануте идеје се не могу коригирати уверавањем или предочавањем. Наиме, развојем психотичности болесник све чвршће верује и почиње да се понаша у складу са њима. Јављају се различите врсте суманутости, а најчешће су параноидне, еротске, религиозне, хипохондријске, мистичне и суманутости величине. Оболела особа чврсто верује у сумануте мисли. Такође се јављају и халуцинације: олфакторне, густативне, телесне. Халуцинација, као ненормална перцепција је узрокована чулним и репрезентативним психичким факторима. Ради се о перцепцији без објекта која продире у психички живот индивидуе. Халуцинације могу бити повезане и са одређеним системом веровања и тумачења (21).

Негативни симптоми су последица смањења или губитка нормалних психичких функција или активности (алогична, абулија, анхедонија..) и карактеристични су за хроничну шизофренију.

Негативни симптоми шизофреније су: заравњен афект, емоционална удаљеност и хладноћа, ослабљен емоционални одговор, пасивност, асоцијалност (социјално

повлачење), мањак спонтанитета, тешкоће апстрактног мишљења, стереотипно мишљење, алогија (смањена продуктивност говора), аволиција (ослабљена жеља, мотивација и истрајност у започињању циљу усмереног понашања и постизања жељених циљева), анхедонија (смањена могућност постизања осећања задовољства) и оштећење пажње (21).

Афективни симптоми код схизофреније могу бити у склопу душевног поремећаја или због дејства класичних антипсихотика и хроничне институционализације.

Афективни симптоми односе се на редукацију емоционалне експресије, афект нема дубину, болесник није у афективној интеракцији с околином. Заравњени афект је екстремни облик афекта код кога нема говора тела. Неадекватан афект настаје под дејством измењеног мишљења и осећања (болесник с осмехом описује неки трауматични догађај). Афективна инверзија се опсервира као паратимија (оно што би требало доводити до радости болесника, доводи до жалости и обрнуто) и парамимија (болесник афективно доживљава нешто што мимиком сасвим друкчије показује).

Афективни симптоми укључују: депресивно расположење, анксиозност, осећај кривице, напетост, иритабилност, забринутост. Иако су често присутни код схизофреније, наведени симптоми могу указивати и на постојање »паралелних« афективних и анксиозних поремећаја (22).

Когнитивни симптоми су врло слични негативним, с тим да се у првом реду налази поремећај контроле импулса. Према томе, оболела особа са систематизованим поремећајем психомоторике испољава симптоме на начин да врши импулсивне акте без размишљања о последицама поремећај контроле импулса.

Когнитивни симптоми укључују: поремећај мишљења, некохерentan говор, губитак асоцијација, неологизме („новостворене речи“), оштећење пажње и оштећење процесуирања информација.

Агресивни симптоми могу настати због мањка вољне контроле што може да доведе и до појаве агресивности према другима, али и самом себи (анксиозно суицидални раптус). Агресивни симптоми обухватају: хостилност, вербалну и физичку агресивност, аутодеструктивно понашање, укључујући и суицидално, склоност оштећивању имовине, импулсивност, сексуално непредвидиво реаговање, и често се могу преклапати с позитивним симптомима. Процена суицидалног ризика болесника, али и хетеродеструктивних потенцијала, мора бити неопходна свакодневна клиничка

пракса. Важан симптом шизофреније је *недостатак критичности*, што је заправо и *најважнија карактеристика шизофреније*.

Сама спознаја о постојаности проблема односно обољења, и потребе за применом терапије са циљем побољшања менталног здравља, може да доведе до потпуног одбијања болесника да сарађује у том процесу. Као резултат тог негирања, болесници одбијају да се лече, поричу да проблем уопште постоји, а у крајњем случају одбијају хоспитализацију.

Основни знаци шизофреније односе се на поремећаје: емоција, мишљења, воље, опажања, виталних динамизама и дезинтеграцију целокупног функционисања личности (23).

Међу симптомима у почетку се виђају:

депресивни симптоми (снижење расположења), отупљење осећања, повишена стрепња, упорне дисморфобиије, хипохондричност, пролазне деперсонализације, мрзовоља, губитак воље и радости у односима са другим особама, повлачење, друштвена неприлагођеност, губитак предузимљивости и занимања, необична понашања и мисли као и прецењене мисли и поремећаји покрета (гримасе). Сви ови симптоми могу бити протумачени и схваћени и као младалачка криза, и као предпсихоза, или ако су испољени у блажем облику и као пролазне сметње прилагођавања.

У даљем току болести неки од ових симптома се могу повући или задржати и мешати са новим који постају уочљивији, као што су поремећаји мишљења: по форми који се најчешће испољавају у губитку асоцијација, блоку мисли, распаду појмова, оскудности говора, поремећај мишљења по садржају који се односи на начин формирања мисаоног тока, могу се јавити ехо мисли или доживљај да су мисли оболелог емитоване из његове главе у спољни свет и да други могу да их чују. Може се јавити осећај да су му мисли убачене из споља из околине, па веровање да су се мисли изгубиле из његове главе, да су под утицајем спољне силе итд. поремећај говора, затим сметње опажања (халуцинације које се јављају код половине до две трећине шизофрених болесника, чешће слушне и кинестетичке него видне, које се не могу довести у везу са афективним садржајима) кататони симптоми (моторни покрети болесника губе јединственост и осећајност, губи се хармонија и грацилност држања. психомоторно изражавање као последица воље може се јавити у виду мишићне укочености, воштане савитљивости и кататоног ступора), самоповређивање, опадање интелектуалних делатности, слабост пажње, празнина у глави, равнодушност, извртност осећања, аутоеротске и хомосексуалне тежње и обично присилне појаве. слабљење социјалних нагона, нагона за исхраном један је од карактеристичних знакова шизофреног обољења. врста и број симптома могу бити различити што зависи од врсте шизофреније (23,24).

2.3. Лечење

Лечење схизофреније је дуготрајно. Економски гледано, лечење схизофреније у већини здравствених система заузима прво место по укупној цени. Цену лечења не чини само цена лека, здравствених услуга, болничког лечења, институционалног смештаја, него и цена изгубљене продуктивности појединца и чланова његове породице коју овај поремећај узрокује. Лечење сизофрених болесника је напоран и дуготрајан посао и за пацијента и лекара као и за породицу. У терапијској доктрини најпре треба одлучити да ли треба хоспитализовати болесника или се одредити за амбулантни третман. Индикација за хоспитализацију су: суицидални ризик, агресивно понашање, екстремна узнемиреност, дезорганизовано понашање, неспособност да се успостави јасна дијагноза, стабилизација психофармакотерапије. Понекад је потребно хоспитализовати болесника и када је неспособан да брине сам о себи. Сматра се да психотерапија сизофреније поставља посебне захтеве пред личност терапеута, па се посебно указује на проблеме контратрансвера. Став терапеута, нарочито у првој фази, када су регресивне потребе пацијента велике, може да буде "матерински", тј. успостављање климе активне, пажљиве и сталне нежности, која карактерише материнско осећање. Други став, где се према болеснику односимо као према одраслом кога треба још водити и подржавати, као према "великом" детету, назива се "очинска подршка". То је став добродушног и либералног ауторитета, који класично карактерише доброг оца. Постоји и групна психотерапија сизофрених болесника. Она разрешава унутрашње конфликти личности, побољшава социјализацију кроз интерперсоналне контакте и стварање групног идентитета, који охрабрује самоизражавање болесника. Овде се саветује непрестана активност терапеута, давање једноставних интерпретација, задовољење оралних потреба болесника. Посебна врата групног рада је рад са члановима породице, што захтева интензиван рад са родитељима, посебно са мајком. У симболичкој вези пацијента са мајком проблем је да мајка прихвати аутономију свог детета, што се често постиже усмеравањем њених конфликтогенних потреба на други објекат или на спољну активност. Психосоцијалне интервенције подразумевају систематску и континуирану проверу стања пацијента укључујући медицинске знаке болести, социјалне потребе и организацију живота за дужим временски период.

Терапијски циљ је контрола и сузбијање симптома и социјална рехабилитација. Добро осмишљен терапијски план који обухвата медикаментну терапију, психотерапију и социотерапијске методе лечења. У биолошку терапију спада медикаментозна терапија и електроконвулзивна терапија (4,23).

2.4. Медикаментозна терапија

Темељ лечења психотичних поремећаја јесте примена антипсихотика (неуролептици или велики транквилизери). Зависно од индикација дужине примене ових лекова је различита. Постоје антихипнотици старије генерације такозвани типични и антихипнотици и антипсихотици новије генерације такозвани атипични. Ови лекови делују на допаминске рецепторе, али и на мускуларне и хистаминичне рецепторе.

- АНТИПСИХОТИЦИ- користе се у лечењу психоза за оне болести које у испољавању психопатолошких феномена имају заступљене халуцинације, сумануте идеје, поремећаје мишљења и понашања (4).

Медицинска сестра мора да познаје и прати нежељене ефекте неуролептика, а то су: поспаност и ошамућеност, хипотензија, продужен сан, тахикардија, вертиго, конфузно делирантно понашање и неуролептични синдром, малигни неуролептични синдром, пароксизмална дискинезија (4).

Осим праћења нежељених дејства терапије медицинска сестра код примене неуролептика мора да има одговарајуће знање и одговорност која подразумева поштовање правила 10 при примени лекова које чини: *прави болесник, прави лек, права доза, право време, прави пут или начин уноса, права документација, права едукација пацијента, право одбијања, права процена и права евалуација* (4).

Сигурна примена лека искључује одређена правила и провере. Неопходно су три провере које обухватају: проверу назива и дозе лека при узимању лека из ормарића, проверу назива и дозе лека при примени лека, упоређивање назива лека са прописаним, при враћању лека у ормарић. Непридржавање режима узимања лекова може да има велике последице, како по здравље пацијента и исход болести, тако и по дужину хоспитализације и трошкове лечења (4).

2.4.1. Електроконвулзивна терапија

Представља терапијску процедуру којом се мозак пацијента стимулира спровођем серија контролираним, краткотрајним електричним импулсима. ЕКТ може бити нативни (изазивају се конвулзије) и електрошок у релаксацији (23).

Индикације за ЕКТ су:

- Депресивни поремећај који не реагује на фармакотерапију
- Кататона схизофренија
- Депресивни ступор
- Неки облици схизофрених психоза (11).

Тим за извођење ЕКТ-а чине лекар, медицинска сестра, анестезиолог и анестетичар.

Задатак медицинске сестре при извођењу ЕКТ-а је:

- Припрема болесника у којој спада психичка припрема која подразумева давање емоционалне подршке болеснику и физичке припреме која подразумева да је болесник чист и окупан, да има урађен ЕКГ и лабораторијске анализе, да није доручковао, да је обавио физиолошке потребе, да се ослободи свих металних предмета и да му се окопча појас, као и да се измере витални параметри;
- Припрема материјала: вату, етер или алкохол, гел, електроконвулзатор, извор кисеоника, маску са амбу балоном за вештачко дисање, ларингоскоп, ендотрахејалне или оротрахејалне тубусе;
- Припрема просторије: чиста, проветрена просторија, добро осветљена, кревет чист, постељина пресвучена. Да буде доступан кревет са свим страна и нико осим болесника и особља да не буде у просторији;
- Асистенција лекару при извођењу интервенције;
- Нега болесника након извођења ЕКТ-а која подразумева да болесника оставимо да лежи два сата након интервенције уз стални надзор, јер се могу јавити знаци узнемирености или збуњености (4).

2.4.2. Психотерапија

Психотерапија подразумева једну од најстаријих метода лечења психијатрисјских болесника. Представља психолошку методу лечења психичких поремећаја, спроводи се плански и с јасно дефинисаним циљем (15). Основни терапијски инструмент представља реч између лекара и оболелог. Лекар током разговора са пацијентом не прикупља само податке већ и проучава значење свега што му болесник каже и утицај свих чинилаца на болесника. Врло је важно да лекар покаже стрпљење и разумевање и да је његова невербална комуникација у складу са вербалном. Треба нагласити да психотерапија код лечења схизофрених болесника има врло

ограничену улогу, захтева велики труд (25). Медицинска сестра са високим образовањем могу учествовати у психотерапији примењујући супоративне технике које подразумевају: исповедање, вентилацију, поверење и наду. Сваки контакт са болесником медицинска сестра би требало да користи за подршку психотерапију која је могућа током читавог дана (26).

2.4.3. Социотерапија

Представља терапијски третман који подразумева очување односа између појединца и његове уже и шире социјалне средине (4). Болесник мора научити како ће издржати притисак из социјалне средине, а притом да примерено одреагује на њега (23).

У оквиру социотерапије разликујемо:

- **ГРУПНУ ТЕРАПИЈУ**- заснована је на предпоставци да је човек социјално биће и њоме се потенцира осећање припадности групе. Циљ јесте: испољавање потиснутих осећања, осећање припадности, одсуство реалности, прихватање себе и боље како социјално тако и емоционално сазревање личности (23).
- **РАДНА И ОКУПАЦИОНА ТЕРАПИЈА**- даје пацијенту велику слободу у избору активности за разлику од свакодневних радних активности, поштујући пацијентове склоности (23). Радна терапија може бити: организована, планска, циљана и еластична и њу спроводе радни терапеути (4). Окупациону терапију спроводе медицинске сестре у слободно време током читавог дана и индивидуално је одређује према сваком болеснику. Овде се убрајају активности као што су привремено кување кафа или разна дежурства (4).
- **ТЕРАПИЈСКА ЗАЈЕДНИЦА** заузима посебно место у социотерапији. Носиоци терапијског поступка су сви чланови терапијске заједнице и морају се поштовати постављена правила (23). Модел функционисања терапијске заједнице зависи од: структуре болесника, материјалних средстава болнице, кадрова и социо- културних чинилаца друштва (4).

Терапијска заједница функционише кроз три форме рада:

- Свакодневни јутарњи састанак – спроводи се кроз програм окупационе терапије и има задатак да ангажује болесника током читавог дана. Пожељно је да дневни план рада буде истакнут на видном месту како би се вратила способност

психијатријског пацијента да краткорочно или дугорочно планира, јер је код већине оболелих она изгубљена. На јутарњим састанцима се никада не прича о болести или терапији, него се врши дигресија о неком актуелном питању. Састанак траје пола сата (4).

- Савет болесника- чини четири до седам чланова медицинска сестра и радни терапеут. Савет болесника сачињава план активности на одељењу и забавних активности (4).
- Велики недељни састанак- као што и сам назив каже одржава се једном недељно и морају му присуствовати сви болесници и чланови тима. Анализира се рад у радној и окупационој терапији и одређује се различита задужења на одељењу као што су: домаћин одељења, кафе кувар, референт за набавку..(4).

3.ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ОБОЛЕЛИХ ОД СХИЗОФРЕНИЈЕ

Медицинска сестра у свом раду примењује индивидуални приступ према сваком пацијенту, оно што медицинској сестри омогућава лакше препознавање проблема, утврђивање адекватних потреба пацијента као и задовољавање тих потреба и планирање потребне интервенције јесте процес здравствене неге.

Процес здравствене неге састоји се од 4 фазе:

- Утврђивање потреба болесника и формулисање дијагноза неге - подразумева сагледавање потреба корисника за негом и формулисање одговарајућих дијагноза неге (4).
- Планирање здравствене неге- подразумева издвајање приоритета, постављање циљева неге, разматрање могућих приступа у решавању проблема, преузимање лекарских налога за међузависне интервенције и формулисање одређених сестринских налога (4).
- Реализација плана здравствене неге - подразумева непосредно пружење физичке неге болеснику уколико је то потребно, извођење одређених дијагностичко терапијских интервенција, подучавање пацијента за самонегу или обуку породице, здравствено васпитање болесника и чланова породице и континуирано праћење знакова и симптома болести како би се на време открили и превенирали потенцијални проблеми (4).
- Евалуација је последња фаза процеса здравствене неге и њен задатак је да утврди напредак у постизању циљева неге, да утврди факторе који су утицали на успешност неге и саму ефикасност сестринског рада, да утврди успешност свих етапа процеса, да утврди допринос здравствене неге целокупном опоравку пацијента и да допринесе стварању нових знања која ће довести унапређењу сестринске праксе и сестринства као науке (4).

Као што је већ описано, основни знаци шизофреније односе се на поремећаје: емоција, мишљења, воље, опажања, виталних динамизама и дезинтеграције целокупног функционисања личности. Зато болесник често није у стању да задовољи основне потребе јер нема способности за активности самозбрињавања ни активности свакодневног живота.

Схизофренија је озбиљна ментална болест коју карактеришу психотични симптоми као што су заблуде, халуцинације и дезорганизација мишљења и понашања. Негативни симптоми као што су социјална изолација, недостатак иницијативе или недостатак воље и задовољства у активностима које су раније уживали, такође су чести. Ова симптоматологија има утицај на *ефикасност социјалног и професионалног функционисању* (27).

Болесник са шизофренијом има тешкоћа у разумевању симптома и опажању онога што се дешава у свету око себе, пошто живи у нестварном свету, паралелним са стварним светом. Људи из окружења који нису свесни болести и тешко могу разумети болесника, па често имају тенденцију да их стигматизују. Неповерење других може имати утицај да се болесник изолије (не занемарујући негативну симптологију која има важан утицај) што одлаже почетак лечења и још више погоршава клиничку слику. Често се први контакт са здравственим службама дешава понекад након појаве првих симптома. Неретко хоспитализација буде принудна (27).

Здравствена нега оболелих од шизофреније укључује :

- Примену терапије и надзор
- Рано препознавање симптома (процена позитивних и негативних симптома) узимање анамнестичких података
- Успостављање терапијског односа
- Процену система подршке (од стране породице и околине)
- Максимизирање нивоа функционисања болесника

Први корак у опоравку пацијента, при чему медицинска сестра има главну улогу, јесте *надзор и примена терапије* у циљу смањења симптома. Ово је сложен задатак имајући у виду да већина пацијената има тенденцију да не узима лекове не само због тешкоћа у разумевању сопствених потреба, већ и због нуспојава. Зато је од суштинске важности да се пацијенту објасни колико је важно поштовање терапијског режима. Да би сестра утврдила потребе за негом, неопходно је да *прикупи податке* за

сестринску анамнезу. У већини случајева прикупљање података је сложен процес, који захтева више извора, јер у акутној фази болести болесник ретко може дати поуздане информације. Неопходно је укључити породицу и значајне људе, а и користити медицинску документацију ако постоји. У почетку би требало проценити психичке функције, идентификујући присутну симптоматологију, као што су заблуде, халуцинације, дезорганизација и негативна симптоматологија (27,28).

Рано препознавање симптома односи се на сестринску процену о постојању позитивних и негативних симптома. Посебно обратити пажњу да ли болесник има, наредбодавне халуцинације, сумануте идеје, да ли даје смислене одговоре, да ли је добро организован и систематизован, да ли има систем веровања које није у складу са реалитетом. Халуцинације и сумануте идеје су застрашујуће за њих. Добра комуникација је веома важна. Такође, треба обратити пажњу на сваки окидач у околини који се може уклонити (бука, галама, јака светлост...). Разумевање и стрпљење су најважније карактеристике бриге о болеснику са шизофренијом. Слушне халуцинације су најчешће, па медицинска сестра треба да примети одређене знакове, попут заузимања става за слушање, немотивисаног смеха, разговора са собом и блокирања у размишљању, недостатка и одвлачења пажње. У присуству ових знакова, медицинска сестра треба да избегава додиривање болесника без упозорења, јер додир може бити схваћен као претња. Медицинска сестра треба да искаже став прихватања како би помогла болеснику да дели садржај халуцинације. Ово дељење је важно да се избегну нежељене реакције према себи или другима, ако постоје наредбодавне халуцинације. Важно је и да пацијент схвати да медицинска сестра не дели перцепцију говорећи: „Знам да су гласови за вас стварни, али их ја не чујем“. Важно је да пацијент схвати да су гласови нестварни и да су део болести. Сестра треба болесника да усмерава ка стварности. Слушање музике или гледање телевизије могу бити добра техника да се пацијенту одврати пажња од слушних халуцинација (27).

Ове интервенције имају за циљ успостављање односа емпатије и поверења са пацијентом, што утиче да пацијент почне да буде критичан према болести како би се могле применити нове стратегије интервенције. Такође треба проценити да ли има сумануте идеје, да ли је болесник сумњичав према другима и њиховим поступцима (на пример: не спава, стално је будан, криви друге за последице сопственог понашања, прети...). Утврдити да ли има негативне симптоме: оскудан говор, аутизам (повлаћење из спољног света), прекид комуникације, губитак интересовања, престанак обављања

већине па чак и свих активности, запуштање личног изгледа и хигијене, као и хигијене простора у коме особа живи, отупелост емоционалног израза (28).

У присуству суманутих идеја, медицинска сестра би требало да покаже болеснику да прихвата да он има ово уверење, иако не дели уверење. Важно је не негирати веровање да би сачували однос поверења. У таквој ситуацији би било добро да сестра каже на пример, *„разумем да ви верујете да је то истина, али ја не мислим исто.“* Такође би требало разговарати о стварима и људима који су стварни. Медицинска сестра такође треба да буде пажљива током храњења и узимања лекова, јер може постојати сумња и веровање да га храна или лекови трују. Зато је важан надзор при узимању лекова и хране. Сестра треба да препозна узнемиреност или анксиозност код болесника. Ако болесник постане узнемирен, сестра прво треба да предузме мере да се заштити. Ако је потребно треба да позове помоћ. Када комуницира са болесником, треба да се позиционира да се врата не налазе између ње и болесника.

Комуникација са пацијентом може бити тешка јер могу да говоре неразговорно или развију сопствени језик. Болесник мисли да их други разумеју. Важно је пацијента оријентисати на стварност користећи њихово име и потврдити било који део разговора који се разуме. Треба разјаснити оно што болесник покушава да каже - рећи *„нисам сигуран шта мислите или нисам сигуран шта ми покушавате рећи. Можете ли поново да ми објасните?“* Сестринска одговорност је разумевање болесника. У комуникацији избегавати употребу апстрактних фраза јер пацијент то може погрешно протумачити. Говорите полако и смирено. У раду са овим болесницима је врло важна невербална комуникација. Невербална комуникација укључује оно што се не каже. Подразумева тон гласа, став, контакт очима, изразе лица и покрете. Приликом интеракције са болесником треба одржавати контакт очима, не стајати преблизу и поставити се на ниво болесника (ако болесник стоји и сестра треба да стоји). Израз лица сестре треба да показује интересовање или забринутост (27).

3.1. Успостављање терапијског односа

Терапијски однос је дефинисан као интеракција између две особе, (у овом случају медицинске сестре и болесника), у којој сарадња доприноси клими погодној за лечење. Брига о овим болесницима захтева да медицинска сестра има велики капацитет за разумевање и емпатију и нестигматизацију менталних болести, тако да се може успоставити ефикасан терапијски однос. Сестра мора бити у стању да види да

изван симптома постоји особа у страшној менталној патњи, очају, безнађу и неразумевању, а може чак и да има самоубилачке мисли. Медицинска сестра мора бити у стању да схвати да болесник живи у застрашујућем нестварном свету и да тешко разликује стварност од заблуда и халуцинација, јер им се све чини стварним. Из свих ових разлога потребно је пуно напорног рада да медицинска сестра разуме особу са шизофренијом и да је од суштинског значаја научи да живе са симптомима и да се придржава терапије за спречавање рецидива (27).

Да би сестра успоставила терапијски однос неопходно је да је сестра оспособљена за пружање неге у партнерству са пацијентом, а не „*радећи за пацијента*“. Пеплау наводи да интерперсонални процес постаје терапијски тек када медицинска сестра буде свесна своје комуникације и преузме одговорност за њу. Активно слушање и емпатија су посебно важни и требало би се усредсредити на пацијентова искуства. Важно је помоћи болеснику да пронађе своје личне ресурсе и идентификује достижне циљеве и средства за њихово постизање.

Система подршке (од стране породице и околине и друштва), је неопходан у збрињавању оболелог од шизофреније. Када се успостави терапијски однос, поред контроле лекова, важно је спровести едукацију за пацијента и породицу у вези са схизофренијом. Упознати их са симптоматологијом и важности придржавања третмана, утицати на повећања увида, помоћи им у опоравку и смањењу само-стигматизације. Главна сврха едукације је да се смањи стрес у породици, а такође и стопа релапса. Да би сестринска нега постигла ефикасне резултате у процесу опоравка ових пацијената, потребно је успоставити чврст и континуиран терапијски однос уз стално праћење не само пацијента, већ и околног окружења које укључује породицу и заједницу у том процесу (27).

3.1.1. Максимизирање нивоа функционисања

Избегавати промовисање зависности. За болесника треба урадити само оно што он не може учинити сам. Треба наградите позитивно понашање и радити са њим да би се повећао његов лични осећај одговорности за побољшање функционисања (27,28).

3.2. Дијагнозе неге код болесника са шизофренијом:

Дијагнозе неге које сестра формулише код болесника са шизофренијом су:

- 1. Неуравнотежена исхрана: повећан унос хране
- 2. Смањена способност старања о себи (обављање личне хигијене)
- 3. Страх и анксиозност
- 4. Емоционалне сметње
- 5. Неефикасно одржавање здравља
- 6. Измењени породични односи
- 7. Смањена социјална интеракција
- 8. Сексуална дисфункција
- 9. Низак ниво самопоштовања
- 10. Измењена вербална комуникација

ДН- Неуравнотежена исхрана: повећан унос хране

Медицинска сестра проверава могућност промене исхране која је настала током илузија или халуцинација повезаних уз унос хране, повећан апетит може бити ефекат узимања психоактивних лекова. Унос хранљивих састојака који прелази метаболичке потребе организма, као и велика потреба за сталним уносом хране су „у вези са“ нежељеним реакцијама психоактивних лекова, употреба хране као механизма за суочавања, тражења утехе у самој храни, храна као одговор на социјалну ситуацију, као и одговор на унутрашње знакове попут анксиозности. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови који се употребљавају за формулисање трећег дела дијагнозе „**манифестује се**“: повећаном телесном масом, краткоћа даха, запостављеним изгледом, повишеним крвним притиском, лошим варењем, немогућности пражњења више дана као и осећаја надутости. Када сестра утврди ову дијагнозу поставља циљеве сестринских интервенција. **Циљеви** су усмерени на повећање способности болесника да одржава здраве прехранбене навике, пружењу адекватне информације које пацијент треба да зна о одржавању здравих навика које се односе на свакодневну исхрану, као и могућности пацијента да испољи своје емоције, страхове и бригу кроз причу, а не уносом хране.

Сестринске интервенције:

Дијететичар треба да одреди дијету тј. програм оброка који ће се састојати од дневног уноса здраве нискокалоричне хране и одговарајуће количине воде како би се спречило преједање у честим интервалима (питати пацијенткињу коју храну воли, а коју не воли). Смањити унос намирница, осигурати пак оброке богате влакнима и протеинима за доручак у болници, а мајки објаснити какве оброке је потребно да припрема код куће. Медицинска сестра треба да објасни пацијенту као и родитељима

важност узимања хране на одређеној сатници као и јело које ће бити искључиво за трепезаријским столом. Објаснити пацијенту о важности физичке активности за почетак блага шетња. Водити документацију о уносу, излучивању и броју калорија, осигурати да пацијенткиња има мање, али чешће оброке и утврдити начин како болесник долази до хране мимо редовних obroка. Опсервирати пацијента током obroка у болници, и подстицати болесника код смањења и губитка на телесној тежини (похвала) (27).

ДН- Смањена способност старања о себи (обављање лична хигијена)

Код пацијенткиње је присутна смањена способност за обављања личне хигијене услед испољавања психопатолошких феномена који су карактеристични за схизофренију. Пацијенткиња нема снаге, енергије и жеље да се брине о личној хигијени што је „у вези са“ смањеном или недостатком мотивације, слабости, умора, анксиозности или еколошке баријере. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови који се употребљавају за формулисање трећег дела дијагнозе „**манифестује се**“: запуштеним физичким изгледом (прљавом косом, изгрицканим ноктима, поцепаном и прљавом одећом), као и присутности неадекватне оралне хигијене па се код пацијента јавља недостатак зуба. **Циљеви** су усмерени на подстицање (мотивисање) пацијента од стране медицинске сестре и родитеља за обављањем личне хигијене постепено.

Сестринске интервенције:

Медицинска сестра треба да укаже пацијенту на важности свакодневне личне хигијене, спроводи стални надзор и утицај на постепено враћање уобичајених хигијенских навика – јутарња тоалета, прање зуба, купање, прање косе, одржавање ноктију, адекватно облачење када је пацијент у болници, родитеље треба задужити на надзор када је пацијент код куће. Уколико пацијент има страх да ће пасти у кади или туш кабинџи објаснити родитељима да треба обезбедити гумену подлогу како би се спречило проклизавање и пад. Указати на важност редовног прања ствари и облачења чисте одевне гардеробе (27).

ДН- Страх и анксиозност

Присутност страха и саме анксиозности која се дефинише као слободна лебдећа напетост или ти нелагодан осећај могу се осетити у разговору са пацијентом који је „у вези са,, забринотошћу за родитеље, страх од самоће и могућности да остане без њих. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови који се употребљавају за формулисање трећег дела дијагнозе „**манифестује се**“: узнемиреношћу, несигурношћу, социјалном дистанцом, не излажењем из куће, потенцирањем на постојање проблема (свађа са сестром). **Циљ** је усмерен на добровољно прихватање пацијента да проводи време са другим пацијентима, медицинском сестром или терапеутом у групним активностима и по завршетку терапије.

Сестринске интервенције:

Медицинска сестра мора да зна када страх постане упоран и продоран да утиче на способност појединца да обавља своје свакодневне активности. Опсервирати пацијента и бити му на располагању када је потребно. Показати смиреност и пружити уверење о безбедности. Проценити интензитет, учесталост и трајање анксиозности, размотрити пацијентове методе суочавања и ношења са сличним ситуацијама у прошлости, разговарати са пацијенткињом о знацима повећане анксиозности и начина контроле. Подстицати болесника да вербализује своје емоције. Избегавати површну потпору, тешење и жаљење (27).

ДН - Емоционалне сметње

Код пацијенткиње се углавном уочава безнадежност, депресивно расположење, туга, незадовољство себе које је „у вези са“ лошим односом са рођеном сестром, незаинтересованошћу за спољну средину па и за себе, недостатком зуба, неуредности. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови који се употребљавају за формулисање трећег дела дијагнозе „**манифестује се**“ : боравком у затвореном простору са спуштеним ролетнама, губитак жеље за излажењем из куће, анксиозношћу, забринотошћу, поремећајем апетита, губитком мотивације. **Циљеви** су усмерени на охрабривање пацијента за испољавање осећања. Медицинска сестра треба да изгради однос пун поверења, како би пацијент могао да искаже шта осећа.

Сестринске интервенције:

Медицинска сестра континуирано треба да опсервира пацијента, треба проценити потребу непосредног присуства ње или друге особе у време кризе. Постепено добијати наклоност и поверење пацијента, говорити благим, пријатним гласом, споро, треба да покаже стрпљење и да има довољно времена за болесника. Подиже самопоштовање болеснику, преусмери негативне мисли у позитивне, спречи изолацију пацијента и ради перманентно са породицом (27,28).

СД- Неефикасно одржавање здравља

Иако је под контролом родитеља дешавало се да привремено избегне узимање прописане терапије када родитељи нису код куће. Неефикасно одржавање здравља је „у вези са“ недовољне свесности у не придржавању терапије, недовољног знања и свесности личног стања или ти саме болести. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови за сестринску процену и формулисање дијагнозе „**манифестује се**“ : погоршањем здравственог стања, појавом поремећаја перцепције и присутности халуцинација и илузија. **Циљ** сестринске интервенције своди се на указивању редовног узимања терапије и нуспојева лекова.

Сестринске интервенције:

Медицинска сестра треба да процени пацијентов ниво знања о значају редовног узимања терапије, проценити пацијентов ниво спемности да учи и слуша савете. Сачинити план здравственог васпитања пацијента о значају редовног узимања терапије, упозорити пацијента шта може да се деси уколико не узима редовно терапију, родитеље саветовати да никако не препуштају пацијенту узимање терапије, већ да у време узимања терапије обавезно буду код куће отац или мајка да сваку дозу испрате и исконтролишу гутање. У болници тражити од пацијента да терапију попије пред сестром и контролисати акт гутања (27).

ДН - Измењени породични односи

Код пацијенткиње је присутна одбаченост од стране рођене сестре, конфликт који је дуго присутан и који утиче на расположење пацијенткиње. Ова дијагноза се односи на измењену улогу чланова породице, измењен емоционални и /или функционисање породице. Измењени породични односи „повезани су са“ физичким или менталним поремећај члана породице, развојном кризом или транзицијом, измењеним

породичних улогама. Измењени породични односи „манифестују се“: променама у обрасцима комуникације, у међусобној подршци, и учешћу у одлучивању, решавању проблема у недостатаку знања у вези са болешћу и оним што се дешава са болесним чланом породице, у немогућности да се задовоље потребе породице и значајних других (физичке, емоционалне, духовне). Циљеви сестринских интервенција усмерени су учење породице о препознавању знакова и симптома релапса и интервенције које треба предузети, о нежељеним дејствима лекова, упућивање на коришћење ресурса заједнице пре отпуста из болнице. Важно је да разумеју потребу лечења.

Сестринске интервенције:

Породица може имати заблуду и дезинформације о болести и лечењу или да уопште нема сазнања. Сестра треба да процени тренутни ниво знања чланова породице о болести и лековима који се користе. Информисати породицу болесника на јасан, једноставан начин о психофармаколошкој терапији: дози, трајању, индикацији, нуспојавама и токсичним ефектима. Писмене информације треба дати и болеснику и члановима породице. Разумевање болести и лечења подстичу већу подршку породице и приврженост болеснику. Такође, треба да се процени способност породице да се носи са ситуацијом (претходна искуства, губици), како би се омогућила подршка. Информисати породицу о ресурсима за болесника и породицу након отпуста (дневне болнице, групе подршке, психоедукативни програми) (27).

ДН - Смањена социјална интеракција

Код пацијенткиње присутно смањено интересовање за друштвене контакте, не жели да повећава круг пријатеља. Више времена проводи сама у соби, присутна је туга због сестре. Повезани фактора за смањену социјалну интеракцију који могу бити „повезани са“: тешкоћама са комуникацијом, са концентрацијом, као одговор на подстицајне подражаје, осећајем угрожености у социјалним ситуацијама, измењеним мисаоним процесима (заблуде или халуцинације) или са поремећајем селф концепта (вербализација негативних осећања о себи). Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови за сесринску процену и формулисање дијагнозе „манифестује се“: болесник изгледа узнемирено, или анксиозно када се други превише зближе у контакту или покушају да га укључе у неку активност, дисфункционална интеракција са другима, неодговарајући емотивни одговор у конкретној ситуацији, проводи време сам, константни контакт очима није могуће успоставити, вербализовани или опажени немир у социјалним ситуацијама. Циљеви сестринских интервенција усмерени су на побољшање социјалне интеракције са породицом,

пријатељима и комшијама, стицање социјалних вештина, вештина за покретање и одржавање интеракције са другима.

Сестринске интервенције:

У интеракцији са болесником не треба га додиривати јер додир може погрешно протумачити као сексуални или претећи гест. Избегава притисак на болесника да нешто уради. Уколико није урадио што се од њега захтевало, сестра не сме да вербализује то као неуспех. Вербализација неуспеха може довести до прекида интеракције између сестре и болесника. При планирању дневних активности сестра треба да процени могућност болесника. Треба да даје мале и задатке који кратко трају како би избегла ситуацију да болесник доживи неуспех. Обављање одређених задатака усмерава бар на кратко болесникову пажњу на активност што може помоћи у смањењу узнемирујућих параноидних мисли или гласова. Важно је укључити друге болеснике или значајне особе у друштвене интеракције и активности са болесником (на пример игре са картама) (28).

ДН - Сексуална дисфункција

Код пацијенткиње постоји неадекватно задовољавање сексуалног нагона „у вези са“ недостатком мотивације, утицајем афективних симптома у које спадају снижен сексуални нагон и воља, жеља за емотивним партнером или пак утицај психоактивних лекова, осећаја несигурности, ниског самопоштовања, социјална узрочност која је повезана са стварањем нових контаката, верности или лошег искуства у претходним везама. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови за сестринску процену и формулисање дијагнозе „**манифестује се**“ су: недостатком жеље или ти негирањем потребе за емотивним партнером. **Циљ** ове дијагнозе се угледа у утврђивању тачног разлога сексуалне дисфункције.

Сестринске интервенције:

Медицинска сестра треба да процени факторе који доводе до промена у полном функционисању, давању информација о деловању лекова на полну функцију. Саветује пацијента о решавању самог проблема и упућивање и разговор са психијатром или ти гинекологом. Охрабрује болесника да обавести о свакој промени у полном функционисању (27).

ДН - Низак ниво самопоштовања

Код пацијенткиње се препознаје изражен осећај кривице, оклевања да испроба нешто ново, да се нађе у новој ситуацији (држање самог тела погнуто ка напред, не одржавање контакт очима током целог разговора). Ниско самопоштовање дефинисано је као развој негативне перцепције сопствене вредност који је „у вези са“ страхом, несигурношћу, беспомоћношћу над одређеним ситуацијама. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови за сесринску процену и формулисање дијагнозе „**манифестује се**“: повлачењем у себе, осећајем кривице, депресивним расположењем, социјалном дистанцом. **Циљ** ове дијагнозе се односи на вербализацију позитивних аспеката пацијента и одклањања осећаја кривице и страха.

Сестринске интервенције:

Медицинска сестра треба да зове пацијента по имену и да му персира. Помоћи пацијенту да смањи ниво присутне кривице, потврдити интерпретацију онога што пацијент говори или кроз шта пролази, поштовати лични простор пацијента, охрабрити особу док покушава да обави задатак. Помоћи пацијенту приликом изражавања мисли и осећања, не дозволити пацијенту да се изолије, охрабрити пацијента на активности као што су: шетња, возња бицикла, уколико је неходно, упутити особу на лично саветовање (27,28).

ДН- Измењена вербална комуникација

Код пацијенткиње је присутан поремећај мишљења по форми (преоширно одговарање, убран мисаони ток, мисаони блок као и не задржавање на теми разговора), одговара гласно, осредњег речника. Сестра процењује садржај и обрасце болесниковог говора. Оваква комуникација је „у вези са“ нежељеним ефектима лекова или услед психолошке баријере. Најчешће коришћени субјективни и објективни подаци или знакови који се употребљавају за формулисање трећег дела дијагнозе „**манифестује се**“ су: тешкоће у вербалној комуникацији, тешкоће у препознавању и одржавању уобичајеног обрасца комуникације, поремећаји у когнитивним асоцијацијама (сиромаштво говора, блокирање мисли), неодговарајућа вербализација у одређеној ситуацији. Када сестра утврди ову дијагнозу поставља циљеве сестринских интервенција. Циљеви су усмерени на повећање способности болесника да изрази

мисли и осећања на кохерентан, логичан и циљно усмерен начин, да демонстрира мисаоне процесе засноване на стварности у вербалној комуникацији и да комуницира на начин који други могу разумети уз помоћ лекова и пажљивог слушања до тренутка пражњења.

Сестринске интервенције:

Користити јасне или једноставне речи у комуникацији јер болесник може имати проблема са обрадом чак и једноставних реченица. Објашњења треба да буду кратка, јасна, дословна. Када сестра не разуме болесника то треба да му каже, а не да се прави да је све уреду. У комуникацији усмерити пажњу болесника на конкретне ствари у окружењу. Ова интервенција помаже у уклањању фокуса од заблуда и фокусирању на стварима заснованим на стварности. Користити терапијске технике (разјашњавање осећања када су говор и мисли дезорганизовани). На тај начин се покушава да се болесник разуме. Речи је тешко разумети, али треба процењивати која осећања стоје иза њих. Треба обезбедити мирно окружење, тихо и без подстицаја. Говорити тихо и полако, јер висок/гласан тон гласа може повисити ниво анксиозности док споро говорање помаже разумевању (28).

4. ЗАКЉУЧАК

Схизофренија је тешка, а код већине оболелих дуготрајна и понекад доживотна болест, зато је важно радити на превенцији, правовременом препознавању и лечењу, које укључује и разумевање различитог људског понашања. Схизофрени болесници имају снижен квалитет живота из више разлога. Најпре то су смањени лични ресурси са задовољавањем властитих потреба, што их више или мање директно води у друштвену изолацију, а чини их и предметом социјалне стигматизације. Квалитетна едукација за медицинске сестре битна је за постављање циљева, интервенција, решавања проблема и спровођења неге са циљем побољшања здравствене неге схизофрених болесника. Опште је познато да су негативни ставови део доживљавања психијатријских болесника и да пробуђују изразит страх код људи. Предрасуде су ставови које се доносе због недовољно информација или знања о предмету става. Предрасуде укључују социјалне реакције које резултирају ступњевима неправедних поступака, а њихова последица доводи до дискриминације сизофрених болесника или ти уопштено психијатријских болесника. Зато је важно разумети схизофрене болеснике, дати им могућност да комуницирају са нама, да изразе сопствене жеље и потребе јер ако их ми као медицинске сестре не разумемо, не поштујемо и стигматизирамо не може се очекивати од других људи који немају праве информације ни контакта са њима да се опходе према психијатријским пацијентима како доликује. Да би медицинска сестра била у стању квалитетно да обавља свој посао мора се константно едуковати јер медицинска сестра је одговорна за болесниково телесно и душевно здравље.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Седић Б. Здравствена нега психијатријских болесника. Загреб: Здравствено велиучилиште; 2007.
2. Моро Љ, Франчишковић Т. Психијатрија. Загреб: Школска књига; 2011.
3. Каличанин П. Психијатрија 1. Београд: Елит Медика- Драслар; 2002.
4. Кекуш Д. Психијатрија са негом. Београд: Висока здравствена школа струковних студија у Београду; 2015.
5. Марић Ј. Клиничка психијатрија. Београд: Меграф; 2004.
6. Божић К, Боришев Љ и др. Психијатрија. Нови Сад: Медицински факултет Нови Сад; 2017
7. Кучукалић А, Браво Мехмедбашић А. Водић за лечење схизофреније. Сарајево: Министарство здравства кантона Сарајево; 2006.
8. Лепосавић Љ, Николић- Балконски Г, и др. Шта је то схизофренија. Београд: Медицински факултет универзитета у Београду; 2000.
9. Божић К, Боришев Љ и др. Психијатрија. Нови Сад: Медицински факултет Нови Сад; 2017.
10. Ђорђевић В. Процена стања оралног здравља хоспитализованих особа са схизофренијом. Докторска дисертација. Универзитет у Београду Стоматолошки факултет. Београд: 2016.
11. Golden M, Mayor R, Geddes J. Psihijatrija. Beograd: Data status; 2009.
12. Живанић Стјепановић Т. Психолошке потребе особа оболелих од схизофреније. Психијатрија данас 2017;49(1):25-35
13. Марић Ј. Клиничка психијатрија. Београд: Меграф; 2004.
14. Шепец С, Куртовић Б. Сестринске дијагнозе. Загреб: ХКМС; 2011.
15. Милекић П. Душевне болести и неуроza. Београд: Медицинска књига; 1968.
16. Милутин Ненадовић М. Пропедевтика психијатрије. Београд: Универзитет у Приштини- Медицински факултет; 2004.
17. Милекић П. Душевне болести и неуроza. Београд: Медицинска књига;
18. Ђорђевић В. Процена стања оралног здравља хоспитализованих особа са схизофренијом. Докторска дисертација. Универзитет у Београду Стоматолошки факултет. Београд: 2016.

Аванс прохтев текс који је написао болесник Преузето са 22.8.2019. Доступно на интернет страници: <https://www.seminarski-diplomski.co.rs/PSIHOLOGIJA/Sizofrenija.htm>

19. Тадић Н. Психијатрија детињства и младости. Београд: Научна књига; 2010.
20. Филаговић П. Психијатрија. Осиек: Медицински факултет Осиек; 2014
21. Остојић Д, Силић А, Кос С. Терапија прве психотичне епизоде. Medicus 2017;26(2):151- 8
22. Дамјановић А. Психијатрија. Београд: Медицински факултет Београд; 2007.
23. Рашковић Ивић С. Психијатрија. Београд: Висока здравствена школа струковних студија „Милутин Миланковић“; 2006.
24. Опалић П, Николић С. Процена квалитета живота схизофрених болесника. Војносанитетски преглед 2008; 65(5):383-391
25. Дејановић Ђукић С. Миловановићв увод у клиничку психијатрију. Крагујевац: КБЦ крагујевац; 1999.
26. Nursing Diagnosis for Schizophrenia Преузето 23.8.2019. Доступно на интернет страници: <https://nurseslabs.com/schizophrenia-nursing-care-plans/>
27. Stephen J, Barteles, Kim T. Mueser, Keith M. Miles. A comparative study of elderly patients with schizophrenia and bipolar disorder in nursing homes and the community. Schizophrenia research 1997; 27(2-3): 181-190.