

VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**UTJECAJ SHIZOFRENIJE NA RADNU I POSLOVNU
SPOSOBNOST OBOLJELIH**

Završni rad br. 06/SES/2019

Valentina Greman

Bjelovar, travanj 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Greman Valentina**

Datum: 25.02.2019.

Matični broj: 001415

JMBAG: 0314013341

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Utjecaj shizofrenije na radnu i poslovnu sposobnost oboljelih**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Marina Friščić, dipl.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Živko Stojčić, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 06/SES/2019

U radu će biti opisana problematika utjecaja bolesti/shizofrenije na radnu i poslovnu sposobnost.

Kako se radi o izrazito invalidirajućoj i stigmatizirajućoj bolesti, očuvanje radne i poslovne sposobnosti su jedni od glavnih ciljeva tretmana i zdravstvene njege oboljelih.

Ovaj pregledni rad doprinijet će edukaciji medicinskih sestara i tehničara kao nositelja zdravstvene njege kod oboljelih od shizofrenije.

Bit će detaljno objašnjeni pojmovi, razlike, utjecaj bolesti te uloga medicinske sestre u očuvanju radne sposobnosti te pravovremenog prepoznavanja ugrožavanja prava i interesa oboljelih kao preduvjeta za lišenje poslovne sposobnosti.

Zadatak uručen: 25.02.2019.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



Zahvala

Zahvaljujem se svim profesorima, predavačima i stručnim suradnicima Veleučilišta u Bjelovaru, stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju tijekom 3 godine školovanja. Posebno se zahvaljujem svojoj mentorici Prim.dr.sc. Mariji Kudumija Slijepčević na pomoći i stručnim savjetima tijekom pisanja ovog završnog rada.

Zahvalu bih također uputila svojim roditeljima na svojoj potpori, razumjevanju i žrtvovanju tijekom cijelog mog školovanja. Također hvala mom dečku koji je bio uz mene tijekom mog studiranja.

I na kraju hvala upućujem mojoj kolegici i prijateljici Petri koja mi je bila motivacija kada ju nisam imala, pružila podršku kada mi je bila potrebna i koja je bila uz mene u trenucima veselja nakon položenih ispita.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. METODE	3
4. SHIZOFRENIJA	4
4.1. Epidemiologija.....	4
4.2. Etiologija	5
4.3. Klinička slika.....	6
4.4. Oblici shizofrenije prema MKB-10	10
4.4.1. Paranoidna shizofrenija (F20.0)	10
4.4.2. Hebefrena shizofrenija (F20.1)	10
4.4.3. Katatona shizofrenija (F20.2.).....	10
4.4.4. Nediferencirana shizofrenija (F20.3)	11
4.4.5. Postshizofrena depresija (F20.4)	11
4.4.6. Rezidualna shizofrenija (F20.5)	11
4.4.7. Shizofrenija simplex (F20.6).....	11
4.4.8. Druge shizofrenije (F20.8)	11
4.4.9. Shizofrenija nespecificirana (F20.9)	12
4.5. Dijagnoza.....	12
4.6. Liječenje	15
4.6.1. Farmakoterapija.....	16
4.6.2. Psihoterapijske metode.....	16
4.6.3. Socioterapijske metode	17
5. UTJECAJ NA RADNU I POSLOVNU SPOSOBNOST	19
5.1. Radna sposobnost	19
5.1.1. Ocjena radne sposobnosti.....	19
5.1.2. Invalidnost.....	20
5.1.3. Smanjena sposobnost za rad.....	20
5.1.4. Potpuni gubitak radne sposobnosti.....	21
5.2. Poslovna sposobnost.....	21
5.2.1. Lišenje poslovne sposobnosti.....	22
6. DISKRIMINACIJA SHIZOFRENIH BOLESNIKA	24

7. PROBLEMI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU	25
8. ULOGA MEDICINSKE SESTRE	26
8.1. Očuvanje radne i poslovne sposobnosti.....	26
8.2. Komunikacija.....	30
8.3. Edukacija	32
9. ZAKLJUČAK	33
10. LITERATURA	34
11. OZNAKE I KRATICE	36
12. SAŽETAK	37
13. SUMMARY	38

1. UVOD

Završni rad predstavlja temu shizofrenije kroz utjecaj na radnu i poslovnu sposobnost oboljelih te očuvanje sposobnosti u najvećoj mogućoj mjeri. Ponajprije se objašnjava pojam shizofrenije kao psihičke bolesti te definicija radne i poslovne sposobnosti. Preko negativnih obilježja oboljelih te marginalizacije i stigmatizacije psihičkih bolesnika prelazi se na ulogu medicinske sestre u liječenju, edukaciji, komunikaciji i očuvanju radne i poslovne sposobnosti oboljelih.

Psihička bolest, odnosno psihički poremećaj je stanje u kojem dolazi do promjena ponašanja, osjećaja, načina doživljavanja i mišljenja na način koji pokazuje jasno odstupanje od postavljene norme ili nečega što se naziva normalnim, a da se pri tome ne radi o odgovoru na trenutnu situaciju te se može jasno prepoznati kao poremećaj ili bolest (1).

Shizofrenija je jedna od najtežih psihičkih bolesti koja je posljedica biokemijskih poremećaja u mozgu te koja dovodi do promjena u psihičkom funkcioniranju i ponašanju. Najveći utjecaj ima na oštećenja povezana sa socijalnim, radnim i obiteljskim funkcioniranjem. Riječ shizofrenija potječe od grčkih riječi „shizo“ što u prijevodu znači cijepan i „fren“ što je u prijevodu duša, odnosno razum. Njemački psihijatar Emil Krepelin prvi je 1896. godine opisao shizofreniju. Prvi naziv shizofrenije bio je „Dementia precoex“ sve do 1911. kada je Eugen Bleuler upotrijebio izraz shizofrenija (2).

Simptomi shizofrenije se mogu podijeliti na pozitivne i negativne te afektivne, kognitivne i agresivne (1). Pojava simptoma ne ovisi o dobi tako da se shizofrenija može pojaviti u svim životnim razdobljima, ali se najčešće javlja u mladenačkoj dobi. Ima veliki utjecaj na radnu i poslovnu sposobnost oboljelog. Kasnim otkrivanjem i nepravilnim odnosno neredovitim uzimanjem lijekova shizofrenija napreduje te su sve veće posljedice na socijalno, radno i obiteljsko funkcioniranje. Krajnja točka je kada oboljeli više ne može samostalno brinuti o sebi i svojim potrebama te mu je potrebna u velikoj mjeri stalna pomoć druge osobe.

2. CILJ RADA

U završnom radu osnovni cilj je predstaviti temu shizofrenije i utjecaja na radnu i poslovnu sposobnost oboljelih te kroz korištenje stručne literature prikazati probleme s kojima se oboljeli susreću u svakodnevnom životu, na svom radnom mjestu, prilikom obrazovanja ili u društvu. Također se želi prikazati problem stigmatizacije, marginalizacije i diskriminacije psihijatrijskih bolesnika.

Jedan od ciljeva rada je i predstavljanje uloge medicinske sestre u očuvanju radne i poslovne sposobnosti oboljelih kroz komunikaciju i edukaciju oboljelih i njihovih obitelji.

3. METODE

Tijekom obrade teme *Utjecaj shizofrenije na radnu i poslovnu sposobnost oboljelih* korištena je stručna literatura vezana uz psihijatrijska oboljenja. Korištena je literatura iz baze stručnih radova Hrčak te su istraživane mnoge internetske stranice kao i stručni časopisi te zbornici radova.

4. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je psihička bolest koja dovodi do poremećaja funkcije mozga što se može manifestirati nizom različitih, ali karakterističnih simptoma. Kod oboljele osobe dolazi do nemogućnosti razlikovanja realnog od nerealnog doživljaja ili iskustva koje proživljava. Problemi s procjenom stvarnosti najizraženije su tijekom akutne faze bolesti. Također kod oboljele osobe dolazi do poremećaja logičnog razmišljanja, komuniciranja i donošenja odluka. Pojavljuje se poremećaj percepcije te često neprikladno emocionalno reagiranje. Shizofrenija ne utječe na inteligenciju, ali mogu se pojaviti poteškoće u razmišljanju.

Kod oboljelih se može javiti psihotično stanje odnosno akutna psihoza koja je jedno od hitnih stanja u psihijatriji. Prilikom akutne psihoze bolesnik je opasan kako za sebe tako i za okolinu te je potrebna hospitalizacija i adekvatno liječenje (3).

4.1. Epidemiologija

„Psihijatrijska epidemiologija znanstvena je disciplina koja proučava učestalost i raspodjelu pojedinih mentalnih bolesti u različitim populacijama“ (4). Psihijatrijska epidemiologija spaja temeljne dijelove epidemiologije s izučavanjem psihičkih poremećaja. Bavi se utjecajem pojedinca na društvo i obrnuto kroz proučavanje osnovnih epidemioloških pokazatelja kao što su prevalencija, incidencija, rizik razbolijevanja te stopa suicida, a kao drugi faktor izučava pokazatelje organizacije psihijatrijske službe kao što su broj kreveta, liječnika, dužine hospitalizacije, postotka dana provedenih u bolnici tijekom jedne godine, potrošnje psihofarmaka, troškova za duševne bolesnike i slično.

Prema raznim istraživanjima učestalost shizofrenije u svijetu je gotovo svugdje jednaka. U nekim zemljama određeni oblici shizofrenije su učestaliji nego u drugima. U Aziji se pojavljuje veći broj slučajeva shizofrenije simplex nego u dijelovima Europe ili Amerike dok se također neznatno veći broj slučajeva zapazio u sjevernim dijelovima Švedske i Irske. Incidencija je podjednaka kod muškaraca i žena. Istraživanja su pokazala da muškarci najviše obole između 18 i 24 godine, a žene između 25 i 34 godine života. Iznimno rijetko se pojavljuje u djetinjstvu odnosno prije puberteta. Također znaci shizofrenije mogu se pojaviti i nakon 45 godine života što se onda definira kao shizofrenija s kasnim početkom (2).

Prema statističkim podacima za 2017. godinu skupina mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja je na devetom mjestu prema broju ukupnih hospitalizacija u Hrvatskoj s udjelom od 5,6%. Prema broju hospitalizacija u dobi od 20 do 59 godina je na četvrtom mjestu s 9,7%. Gledajući broj dana bolničkog liječenja mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zauzimaju prvo mjesto sa 15,4% od ukupnog broja dana hospitalizacije (5).

Gledajući samo mentalne poremećaje vodeći uzrok hospitalizacije su bili poremećaji uzrokovani alkoholom s 18,1%. Odmah na drugom mjestu je shizofrenija s 15,1%. Nadalje s 13,0% slijede depresivni poremećaji, 7,1% mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti, a udio od 6,3% zauzimaju reakcije na teški stres uključujući i posttraumatski stresni poremećaj.

Gledajući podatke prema broju korištenih dana bolničkog liječenja najveći udio ima shizofrenija s 25,2 % od ukupnih dana bolničkog liječenja radi mentalnih poremećaja. Slijede mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom s udjelom od 14,2%, depresivni poremećaji s 12,2% i mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti s udjelom od 7,9% (5).

U Hrvatskoj ima oko 19.000 shizofrenih bolesnika (6). Incidencija kod shizofrenije je viša kod osoba sa shizofrenim srodnicima, u urbanim područjima, među migracijskim stanovništvom, u osoba nižeg socioekonomskog statusa, rođenih u zimi i proljeće, intrauterinim, porođajnim i postporođajnim komplikacijama, kod osoba sa stresnim životnim događajima i kod konzumenata marihuane. Prema Registru za psihoze Hrvatske koji djeluje i obrađuje podatke od 1962. godišnja incidencija shizofrenije je 0,24/1000 stanovnika starijih od 15 godina. Stopa prevalencije iznosi oko 1% (5).

4.2. Etiologija

Etiologija shizofrenije još uvijek nije u potpunosti razjašnjena, ali se smatra kako su mnogi psihološki, biološki i socijalni čimbenici umješani u nastanak ove bolesti. Postoje različite hipoteze o nastanku shizofrenije i o njezinom razvitku.

Shizofrenija nije jednostavan psihički poremećaj s jedinstvenim uzrokom već se radi o mnogim faktorima koji utječu na pokretanje simptoma bolesti. Biološki čimbenici u etiologiji shizofrenije su predisponirajući, dok su psihosocijalni i okolinski čimbenici precipitirajući te

provociraju nastanak duševne bolesti. Također niz istraživanja ukazuje i na biokemijsku osnovu shizofrenije koja nije jednoznačno određena.

Bitnu uloga u nastanku shizofrenije imaju genetski čimbenici. Istraživanjima je utvrđeno da je u nekim obiteljima pojava shizofrenije češća. Što su srodnici bliži to je i veća mogućnost oboljenja. Najveća mogućnost oboljenja je kod djece kojima oba roditelja boluju od shizofrenije koja iznosi čak 46,3%. Kod osoba koji imaju jednog oboljelog roditelja i brata ili sestru mogućnost za oboljenje je 16,7%. Ako je samo jedan roditelj oboljeli mogućnost za oboljenje od shizofrenije srodnika je 12,8%. Ako su oboljeli samo brat ili sestra mogućnost je 10,1%. Shizofrenija se može naslijediti i ako su bolovali baka ili djed (3,7%) ili rođaci drugog koljena (2,8%). Rizik oboljevanja od shizofrenije kod blizanaca koji su monozigotni iznosi 40 do 50%, a kod dizigotnih blizanaca mogućnost iznosi oko 10%. Ova činjenica ukazuje na utjecaj i ostalih čimbenika na pojavu shizofrenije (7).

4.3. Klinička slika

S obzirom na kompleksnost shizofrenije mnogi kliničari i znanstvenici uhvatili su se u koštac s ovom temom. Istaknuto mjesto imaju trojica: Kraepelin, Bleuler i Schneider. Shizofrenija predstavlja skupinu bolesti koje imaju puno lica i naličja stoga ju je vrlo teško prepoznati. U samom početku simptomi se mogu shvaćati vrlo olako. Ne može se postaviti jasna granica u kojem trenutku prestaje normalna percepcija svijeta i kreće bolest. Ponekad bolest kreće iznenada i vrlo dramatično nakon čega shizofrena oluja dovodi do putošenja ličnosti ili ipak do oporavka i normalizacije.

Početak 20-og stoljeća psihijatar Bleuler postavio je teoriju o simptomatologiji shizofrenije. Podijelio ih je na fundamentalne ili osnovne i akcesorne ili sporedne. Fundamentalni simptomi ponati su i pod nazivom 4A i uključuju: asocijalnu slabost, afektivna neadekvatnost, ambivalencija i autizam koji su objašnjeni u tablici 4.1 (2).

Tablica 4.1 Fundamentalni simptomi prema Bleuleru (7)

Asocijalna slabost	Mišljenje gubi asocijativni slijed i ciljnu predstavu, cijepa se ili prekida, postaje bizarno i neadekvatno
---------------------------	---

Afektivna neadekvatnost	Afektivnost bolesnika neprimjeren je ambijentnoj situaciji i misaonom sadržaju
Ambivalencija	Izražava se na afektivnom, voljnom i misaonom planu istovremenom prisutnošću oprečnih osjećaja, npr. ljubavi i mržnje, oprečnih težnji, npr. prihvaćanja i odbijanja te kontradiktornim idejama, npr. nešto je potrebno i nije potrebno
Autizam	Očituje se prekidom komunikacije sa stvarnošću i povlačenjem u sebe i svoj svijet fantazija

Bleuler je izdvojio još dva simptoma: anhorniju što je odsutnost osnovnih vitalnih dimenzija, nagonskih i socijalnih pobuda ličnosti te kao šesti simptom navodi oštećenje pozornosti (eng. attention), tako da zapravo postoji 6A simptoma (7).

Kurt Schneider, njemački psihijatar, istaknuo je određene simptome kao karakteristične za shizofreniju i podijelio ih u dvije skupine prvog i drugog reda. Simptomi prvog reda prikazani su u tablici 4.2.

Tablica 4.2 Simptomi prvog reda prema Schneideru (2)

1.	Halucinatorna ozvučenost vlastitih misli
2.	Slušne halucinacije u obliku dijaloga
3.	Slušne halucinacije u kojima se komentiraju postupci pacijenta
4.	Cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelo
5.	Osjećaj oduzimanja misli
6.	Osjećaj nametanja misli
7.	Osjećaj da drugi znaju što bolesnik misli
8.	Sumanuto opažanje
9.	Nametnuti ili kontrolirani osjećaji
10.	Nametnuti ili kontrolirani porivi
11.	Nametnuta ili kontrolirana volja

U novije vrijeme simptomi shizofrenije se dijele na pozitivne, negativne, kognitivne, afektivne i agresivne. Pozitivni simptomi odraz su viška ili iskrivljenosti normalnih psihičkih funkcija. Dominantni su u akutnim fazama shizofrenije. Oni najčešće uključuju halucinacije i različite misli koje nemaju podlogu u realnosti te čvrstu uvjerenost u to. Oboljeli vjeruje da se ono što doživljava, čuje i osjeća zaista događa u stvarnosti, a zapravo se događa u njegovoj glavi. Halucinacije koje su najčešće i tipične za shizofreniju su slušne halucinacije. Bolesniku se priviđaju glasovi koji mu nešto govore, prijete ili naređuju.

Negativni simptomi su posljedica smanjenja ili gubitka normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti, a karakteristični su za kroničnu fazu shizofrenije. Ne moraju svi oboljeli imati negativne simptome bolesti. Neki mogu imati samo halucinacije ili kombinaciju pozitivnih i negativnih simptoma. Pozitivni i negativni simptomi navedeni su u tablici 4.3.

Tablica 4.3. Pozitivni i negativni simptomi shizofrenije

Pozitivni simptomi	Negativni simptomi
Sumanute ideje	Zaravnjeni afekt
Agitacija	Manjak energije
Katatonija	Anhedonija
Derealizacija	Asocijalno ponašanje
Depersonalizacija	Deficit pažnje
Dezorganizirani govor	Avolicija
Osjećaji progona	Manjak spontaniteta
Halucinacije	Emocionalna povučenost
Dezorganizirno ponašanje	Teškoće apstraktnog mišljenja
Iluzije	Socijalno povlačenje
	Osiromašena higijena

Kognitivni simptomi odnose se na poteškoće pažnje, pamćenja, razlikovanja bitnih od nebitnih informacija. Ove poteškoće dovode do nesporazuma u komunikaciji, donošenju odluka i ponašanja usmjerenog prema ispunjavanju planova i ciljeva (1).

Kod shizofrenije se javljaju i ostali simptomi kao što su depresija, agresivnost, tjeskoba nesanica i drugi. Svi kognitivni, afektivni i agresivni simptomi navedeni su u tablici 4.4.

Tablica 4.4 Kognitivni, afektivni i agresivni simptomi shizofrenije

Kognitivni simptomi	Afektivni simptomi	Agresivni simptomi
Poremećaji mišljenja i govora	Depresivno raspoloženje	Hostilnost
Gubitak asocijacija	Anksioznost	Verbalna i fizička agresija
Neologizmi	Osjećaj krivnje	Impulzivnost
Oštećenje procesuiranja informacija	Napetost, iritabilnost	Autodestruktivno i suicidalno ponašanje
Oštećenje izvršnih funkcija	Zabrinutost	Acting-out reagiranje

Tijek shizofrenije podijeljen je u četiri faze. Prva faza, asimptomatska ili premorbidna, se događa od rođenja do druge faze ili prodromalne. U ovoj fazi održana je funkcionalnost osobe te nema znakova bolesti. Sagledava se retrogradno odnosno nakon pojava prvih simptoma bolesti.

Druga faza bolesti je prodromalna faza koja se javlja najčešće u adolescenciji. Obilježena je nespecifičnim simptomima promjene ponašanja i funkcioniranja, blažim padom funkcionalnih kapaciteta, promjenama raspoloženja, povlačenjem od vršnjaka, suicidalnim mislima anksioznošću, sumnjičavošću i iritabilnošću. Ove simptome stručnjaci nazivaju prodromima i oni se odnose na velike promjene u ponašanju osobe za koje nema adekvatnog objašnjenja. Ova faza bolesti također se sagledava retrogradno, ali su moguće primjerene terapijske intervencije.

Kod prve shizofrene epizode jasno su izraženi simptomi bolesti te je potrebno što prije početi s adekvatnim liječenjem i intervencijama kako ne bi došlo do velikog gubitka sposobnosti funkcioniranja. U prve dvije do pet godina je najznačajniji deteriorirajući tijek bolesti, ponajviše kognitivni. U daljnjem tijeku bolesti dolazi do izmjena faza relapsa odnosno pogoršanja i poboljšanja bolesti. Svaki relaps dovodi do pogoršanja funkcionalnih kapaciteta bolesnika. Najčešće se ne događa povratak na prijašnji nivo funkcioniranja. U kroničnoj fazi bolesti dominiraju negativni simptomi te se događa najveći pad funkcioniranja u srednjoj životnoj dobi.

4.4. Oblici shizofrenije prema MKB-10

Podjela shizofrenije na podtipove odnosi se na to u kojoj mjeri i koji se simptomi pojavljuju. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10) razlikuju se sljedeći tipovi.

4.4.1. Paranoidna shizofrenija (F20.0)

Kliničkom slikom dominiraju sumanute paranoidne ideje, obično udružene s halucinacijama koje su najčešće slušne. Bolesnik vjeruje da su se svi urotili protiv njega ili je uvjeren kako se sve vijesti odnose upravo na njega. Ovaj tip shizofrenije očituje se sumanutostima izmjenjenog funkcioniranja dijelova tijela, ljubomorom i halucinacijama u različitim osjetilnim sferama. Paranoidna shizofrenija je najčešći tip shizofrenije i može proći dosta vremena dok se paranodini simptomi ne prepoznaju kao jasan znak bolesti (7, 8).

4.4.2. Hebefrena shizofrenija (F20.1)

Kod hebefrene shizofrenije ističu se afektivne promjene. Halucinacije su prolazne, raspoloženje je zaravnjeno, ponašanje je nepredvidivo i neodgovorno, mišljenje je dezorganizirano. Javlja se želja za socijalnom izolacijom. Ovaj tip shizofrenije se javlja između 15. i 25. godine života. Tijek bolesti je polagan, a prognoza bolesti je nepovoljna zbog dominantnih negativnih simptoma (7,8).

4.4.3. Katatona shizofrenija (F20.2.)

Kliničkom slikom dominiraju psihomotorički simptomi koji se izmjenjuju između dvije krajnosti, prekomjerne aktivacije ili zakočenosti. Prisutne su epizode snažnog uzbuđenja, potpune nepokretnosti i nemogućnosti komuniciranja ili automatske poslušnosti. Bolesnik je u stanju zauzeti različite prisilne i bizarne položaje tijela u kojima može biti satima ili danima. Također je moguće modelirati bolesnikov položaj tijela ili udova koji on zauzima i zadržava dulje vrijeme što se naziva *flexibilitas cerea* (7).

4.4.4. Nediferencirana shizofrenija (F20.3)

Ova se dijagnoza koristi u slučajevima kada kliničkom slikom ne dominira niti jedan od ranije navedenih simptoma koji su karakteristični za shizofreniju ili kada je istovremeno prisutno više karakteristika tipičnih za jedan od oblika shizofrenije, ali ne u dovoljnoj mjeri da bi se postavila dijagnoza. U tim slučajevima se postavlja dijagnoza nediferencirane shizofrenije.

4.4.5. Postshizofrena depresija (F20.4)

Radi se o depresivnoj epizodi koja može biti produljena. Ona predstavlja produžetak bolesti i/ili posljedicu shizofrenije. Prisutni su neki pozitivni ili negativni simptomi bolesti, ali ne prevladavaju. Takvo stanje depresije povećava rizik za suicid (7).

4.4.6. Rezidualna shizofrenija (F20.5)

Dijagnoza rezidualne shizofrenije postavlja se bolesnicima kod kojih je prisutan dugotrajni tijek bolesti gdje prevladavaju negativni simptomi. Ovaj tip shizofrenije karakteriziran je zaravnjenim afektom, psihomotoričkom usporenošću, gubitkom volje, sniženjem verbalne i neverbalne komunikacije, znatnim smanjenjem kontakta s drugim ljudima i zanemarivanjem brige o sebi (7).

4.4.7. Shizofrenija simplex (F20.6)

Shizofrenija simplex ima polagan i gotovo neprimjetan tijek. Događa se postepeno zakazivanje u svakodnevnom funkcioniranju. Osoba se postepeno udaljava od svakodnevnice, povlači se u svoj svijet, počinje se baviti različitim razmišljanjima zaboravljajući na sve ostalo oko sebe. Bolest započinje s negativnim simptomima i može proći dosta vremena prije pojave prvih pozitivnih simptoma, a samim time i dijagnosticiranja.

4.4.8. Druge shizofrenije (F20.8)

Ova dijagnoza uključuje cenestopatičnu shizofreniju, shizofreniformni poremećaj bez pobližeg objašnjavanja i shizofreniformnu psihozu (8).

4.4.9. Shizofrenija nespecificirana (F20.9)

Kao zadnji tip shizofrenije navodi se nespecificirana shizofrenija. Ovaj podtip shizofrenije nije specificiran iz raznih razloga. Zato je samo navedena u radu.

4.5. Dijagnoza

Za shizofreniju ne postoji ni jedan dijagnostički, laboratorijski ili radiološki test ili pretraga kojim bi sa sigurnošću mogli utvrditi dijagnozu shizofrenije. Dijagnoza shizofrenije temelji se na anamnezi, kliničkoj slici, psihijatrijskom razgovoru te dijagnostičkim kriterijima. Psihijatar postavlja dijagnozu shizofrenije nakon višekratnih razgovora s oboljelom osobom i s članovima obitelji. Procjenjuje postojanje tipičnih simptoma shizofrenije i prema potrebi obavlja dodatne pretrage.

U dijagnosticiranju shizofrenije ne postoji standardizirani laboratorijski skup pretraga koje se obavljaju već se mogu obaviti kako bi se isključio neki drugi uzrok. Uobičajeno je da se obave slijedeće pretrage: KKS, analiza urina, testovi funkcije štitnjače, jetrene transamilaze, EKG, EEG, CT, MR i neuropsihijatrijsko testiranje (7). Rezultati ovih pretraga omogućuju isključivanje drugih organskih bolesti koje bi mogle uzrokovati simptome slične onima koji se pojavljuju kod shizofrenije. Osobito je važno napraviti ove pretrage kod osoba koje iskazuju simptome prve shizofrene epizode u dobi koja nije karakteristična za to.

U svijetu se primjenjuje Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. Revizija (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV) Američke psihijatrijske udruge. U Hrvatskoj službena klasifikacija koja se koristi prilikom dijagnosticiranja shizofrenije je MKB-10 koja je najbliža praksi. U tablici 4.5. prikazani su dijagnostički kriteriji prema MKB-10, a u tablici 4.6. prikazani su kriteriji prema DSM-IV)

Tablica 4.5. MKB-10 Dijagnostički kriteriji za shizofreniju (7)

A	Najmanje jedan od simptoma od a do d ili najmanje dva od simptoma e do i trebaju biti prisutni tijekom razdoblja od mjesec dana ili više
A	Jeka misli, nametanje ili oduzimanje misli i širenje misli, sumanuta opažanja i sumanutosti kontrole, utjecaj ili pasivnost, koje se jasno odnose na tijelo ili udove, misli,

	ponašanje ili osjećaje
B	Sumanuta opažanja i sumanutosti kontrole, utjecaj ili pasivnost, koje se jasno odnosi na tijelo ili udove, misli, ponašanje ili osjećaje
C	Slušne halucinacije kod kojih glasovi komentiraju ili raspravljaju u trećem licu o bolesniku i njegovu ponašanju, ili glasovi koji dolaze iz određenog dijela tijela
D	Trajne sumanutosti koje su potpuno nesukladne bolesnikovoj kulturi i intelektu (npr. religiozne ili političke sumanutosti, sumanute misli o posjedovanju nadljudskih sposobnosti i moći)
E	Ustrajne halucinacije različitog modaliteta, praćenje sumanutim uvjerenjima bez adekvatne osjećajne pratnje, ili ustrajne precjenjene ideje koja se pojavljuju svaki dan tijekom nekoliko tjedana, namanje mjesec dana
F	Rascjepi ili umetanje nesukladnih riječi u tijek misli, što dovodi do inkonherentnog ili nerazumljivog govora i stvaranja neologizma
G	Katatono ponašanje, kao što je katatono uzbuđenje, stupor, katalepsija negativizam, mutizam
H	Negativni simptomi kao što su apatija, siromaštvo govora, osjećajna zaravnjenost ili neodgovarajuće izražavanje afekta, koji su obično praćeni socijalnim povlačenjem i smanjenjem socijalnog djelovanja; ovi simptomi ne smiju biti posljedica depresije ili nuspojava antipsihotika
I	Značajna ili trajna promjena određene kvalitete ličnosti koja se očituje u promjeni ponašanja, npr. gubitak zanimanja za aktivnosti koje su mu ranije bile ugodne, gubitak motivacije i interesa, socijalno povlačenje i zaokupljenost samim sobom
B	Najvažniji kriterij isključenja: Ako bolesnik zadovoljava i kriterije za maničnu epizodu (F30) ili depresivnu epizodu (F32), simptomi shizofrenije pod A (a-h) moraju nastupiti prije afektivnog poremećaja
C	Poremećaj ne nestaje zbog organske bolesti mozga, ili za vrijeme stanja intoksikacije drogom, alkoholom ili drugom psihoaktivnom tvari ili za vrijeme apstinencije od droge

Tablica 4.6. DSM-IV dijagnostički kriteriji za shizofreniju (7)

A	<p>Karakteristični simptomi: najmanje dva od sjedećih simptoma, od kojih je svaki prisutan znatan dio vremena tijekom jednomjesečnog razdoblja (ili kraće ako je uspješno liječen):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sumanutost 2. Halucinacije 3. Smušen govor 4. Jako smušeno ili katatono ponašanje 5. Negativni simptomi, tj. osjećajna zaravnjenost, alogija, avolicija <p>Napomena: Dostatan je samo jedan od simptoma iz kriterija A ako su sumanutosti bizarne ili su prisutne halucinacije koje se sastoje od glasova koji daju stalne primjedbe na pacijentovo ponašanje ili na njegove misli, ili dva ili više glasova koji razgovaraju jedan s drugim</p>
A	<p>Socijalne/radne smetnje: Tijekom znatnog dijela vremena od početka poremećaja, jedno ili više važnih područja djelovanja kao što su rad, međuljudski odnosi ili briga za samog sebe, znatno su ispod razine postizane prije početka bolesti (ili ako je poremećaj započeo u djetinjstvu ili adolescenciji, nemogućnost postizanja očekivane razine međuljudskih odnosa, školskih ili radnih dostignuća)</p>
B	<p>Trajanje: Trajni znakovi poremećaja pojavljuju se barem šest mjeseci. To šestomjesečno razdoblje mora uključivati najmanje mjesec dana (ili kraće ako su uspješno liječeni) simptome koje zadovoljavaju kriterij A (tj. simptome aktivnog stadija) i može uključivati razdoblja prodromalnih ili rezidualnih simptoma. Tijekom ovih prodromalnih ili rezidualnih razdoblja znakova poremećaja mogu se očitovati samo negativnim simptomima ili s dva ili više simptoma koji su navedeni u Kriteriju A, ali u slabijem obliku</p>
C	<p>Isključivanje shizoafektivnog poremećaja i poremećaja raspoloženja sa psihotičnim simptomima: jer ili se 1. Velika depresivna ili manična epizoda ne pojavljuje istovremeno sa simptomima aktivnog stadija: ili 2. Ako se epizoda simptoma poremećaja raspoloženja pojavljuje za vrijeme simptoma aktivnog stadija, njihovo ukupno trajanje kratko je u odnosu na trajanje psihotične epizode (aktivnog i rezidualnog stadija)</p>
D	<p>Isključenje psihoaktivnih tvari/općeg zdravstvenog stanja: poremećaj ne nastaje zbog neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivne tvari (npr. zlouporabe tvari, lijekovi) ili</p>

	općeg zdravstvenog stanja
E	Veza s pervazivnim razvojnim poremećajem: ako postoji anamneza autističnog poremećaja ili drugog pervazivnog razvojnog poremećaja, dodatna dijagnoza shizofrenije daje se jedino ako su uočene sumanutosti ili halucinacije prisutne barem mjesec dana (ili kraće, ako su uspješno liječene)

Sličnosti između dijagnostičkih kriterija jesu u tome što u oba sustava mora biti zadovoljen kriterij trajanja aktivne faze bolesti koje mora biti dulje od jedan mjesec. Oba sustava uključuju prisutnost negativnih simptoma bolesti, a za dijagnozu shizofrenije potrebna je prisutnost sumanutosti i halucinacija. Različitosti između sustava su u tome što se MKB-10 ponajprije temelji na Schneiderovim simptomima bolesti. Kod MKB-10 jedan od kriterija je trajanje simptoma jedan mjesec dok se kod DSM-IV kriterija zahtjeva i uključuje prodormalnu fazu i trajanje simptoma u razdoblju od šest mjeseci.

4.6. Liječenje

Liječenje shizofrenije dugotrajan je proces. U procesu liječenja osim bolesnika i medicinskog osoblja sudjeluju i mnogu stručni suradnici kao što su psiholozi, socijalni radnici i radni terapeuti. Veliku ulogu u procesu liječenja ima i obitelj oboljelog. Metode koje se provode u procesu liječenja su farmakoterapijske, na prvom mjestu, te psihoterapijske i socioterapijske metode. Vrlo rijetko u današnje vrijeme provodi se i elektrokonvulzivna terapija.

Terapijski cilj je kontrola i suzbijanje simptoma bolesti te socijalna rehabilitacija. Dobar terapijski plan uključuje sve navedene metode liječenja kako bi se pomoglo oboljelima da očuvaju svoje socijalno, radno i obiteljsko funkcioniranje. Sam plan liječenja oboljeli moraju prihvatiti i kao osobni cilj kako bi liječenje bilo što učinkovitije.

Liječenje se može provoditi na psihijatrijskim odjelima, ambulantno i kroz dnevne bolnice. Bolničko liječenje se provodi u akutnoj fazi bolesti kada bolesnik nema u potpunosti uvid u svoje stanje. U takvoj situaciji bolesnik često ne prihvaća bolničko liječenje te je potrebno provesti prisilnu hospitalizaciju. Prisilna hospitalizacija je regulirana Zakonom o zaštiti osoba s duševim poteškoćama te liječnik psihijatar i svo osoblje moraju posupati prema proceduri propisanoj zakonom. Osoba se prima na prisilnu hospitalizaciju ukoliko ugrožava život sebi ili nekome u okolini. Maloljetne osobe i osobe lišene poslovne sposobnosti mogu se prisilno hospitalizirati i bez njihovog zakonskog zastupnika/ skrbnika. U roku od 12 sati od početka hospitalizacije

nadležni psihijatar obavezan je obavjestiti nadležni županijski sud te dostaviti potpunu medicinsku dokumentaciju. Sudac županijskog suda pokreće sudski postupak te je dužan u roku od 72 sata razgovarati s hospitaliziranom osobom i imenovati psihijatra vještaka koji nije zaposlenik ustanove u kojoj se bolesnik nalazi. Sud u roku od 8 dana donosi rješenje o otpustu ili daljnjem postupanju s hospitaliziranom osobom. Prisilna hospitalizacija se određuje u trajanju do 30 dana. Ukoliko potreba za prisilnom hospitalizacijom postoji i nakon tog roka ona se produžuje za maksimalno tri mjeseca. Svaka slijedeća potreba za prisilnom hospitalizacijom može trajati do šest mjeseci.

4.6.1. Farmakoterapija

Otkriće i početak korištenja antipsihotika u liječenju shizofrenije pomoglo je velikom broju shizofrenih bolesnika te se ubraja u veliki napredak medicine. Shizofrenija se liječi antipsihoticima koji djeluju na simptome bolesti kao što su halucinacije i sumanute ideje, smanjuju rizik za ponovno pojavljivanje simptoma, ali ih je potrebno uzimati redovito i prema preporuci liječnika.

Antipsihotici djeluju na receptore kemijskih procesa u mozgu, osobito na receptore za dopamin i serotonin, za koje se smatra da imaju ulogu u nastanku simptoma shizofrenije (9). Podjela antipsihotika je na antipsihotike prve generacije (perazin, fulfenazin, haloperidol), druge generacije (sulpirid, klopazin) i treće generacije (risperidon, olanzapin, kvetiapin ziprasidon, aripiprazol) (10). Uz uzimanje antipsihotika pojavljuju se i neke od nuspojava. Mogu zahvatiti gotovo sve organske sustave i očitovati se na različite načine.

Kod novijih generacija antipsihotika nuspojave se pojavljuju u manjoj mjeri. Imaju bolju učinkovitost kod negativnih, afektivnih i kognitivnih simptoma dok antipsihotici starije generacije u toj sferi nisu imali gotovo nikakav učinak. Depo antipsihotici otpuštaju se u intevalima i ne trebaju se uzimati svakodnevno. Depo antipsihotike moguće je uzimati jednom svakih 14 dana do svaka 3 mjeseca.

4.6.2. Psihoterapijske metode

Postoji niz definicija psihoterapije. Najjednostavnije definicija je ona koja kaže da je psihoterapija metoda liječenja psihičkih poremećaja koja se koristi psihološkim metodama pri čemu značajnu ulogu imaju emocije. Ova metoda liječenja nije samo slučajan odnos liječnika-psihoterapeuta i pacijenta već se radi o planiranim i ciljanim postupcima (11). Psihoterapija je

jedna od najstarijih metode liječenja psihijatrijskih bolesnika. Osnovni instrument je riječ odnosno verbalna komunikacija. Psihoterapijom se istražuje psihički život bolesnika (2). Može se provoditi individualno i u grupi, a može ju provoditi psihijatar, medicinska sestra, socijalni radnik ili psiholog koji su prošli posebnu naobrazbu. Za postavljanje plana i cilja psihoterapije potrebne su informacije od bolesnika i njegove obitelji. Kako su psihoterapeutu potrebne informacije tako je u isto vrijeme potrebno da psihoterapeut dobro informira bolesnika o njegovoj bolesti, planu i načinu provođenja psihoterapije. Bolesnik u tom slučaju lakše prihvaća činjenicu kako njegova bolest može imati veliki utjecaj na njegov život te da liječenje može potrajati. Kada je bolesnik dobro informiran tada nema otpora prema izvođenju psihoterapije te je suradljiv, što donosi bolje rezultate.

4.6.3. Socioterapijske metode

„Socioterapija se definira kao skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika“(2). Cilj socioterapije je uključiti bolesnika u najvećoj mogućoj mjeri u vlastito liječenje. Samim time bolesniku se pruža mogućnost ponovnog učenja, obnavljanja vještina koje je već stekao i lakšeg uključivanja u zajednicu nakon izlaska iz bolnice.

Terapijska zajednica je zajednica u kojoj sudjeluju psihijatar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, radni terapeut i bolesnik čime se nastoji priviknuti na obveze samim time što bolesnik sudjeluje u terapijskom postupku. Terapijskom zajednicom nastoji se utjecati na radne navike, uspostavljanje što boljih veze s obitelji te na što samostalnije donošenje odluka. To je oblik socioterapije kojim se prikazuju odnosi i djelovanja izvan bolnice (2).

Terapija rekreacijom i igrom omogućava zadovoljavanje osnovnih nagonskih impulsa i želja, jača se osobnost bolesnika te se povratak na djelovanje prije epizode bolesti događa kontrolirano. Kroz igru je lakše pristupiti psihijatrijskom bolesniku osobito ako je bolesnik nekomunikativan i odbijaja suradnju.

Kazališne predstave, kinopredstave i televizija imaju važnu ulogu u terapiji i edukaciji. Prilikom izbora sadržaja treba izbjegavati sadržaje koji uznemiruju bolesnika.

Glazboterapijom i plesom bolesnici ostvaruju društvene kontakte. Glazbom dolazi do poticanja stvaranja povezanosti među članovima grupe. Izbor glazbe koja se sluša treba biti pomno izabran radi terapijske učinkovitosti.

Okupacijska i radna terapija je oblik socioterapije koji povezuje razne oblike rekreacija i rada u stvarnom životu. Okupacijska terapija razlikuje se od radne u tome što omogućuje bolesniku uništavanje materijala s kojim radi kako bi se kanalizirala agresija odnosno napetost koju možda osjeća. Radna terapija omogućuje bolesniku da se polako privikava na povratak u radnu sredinu (2).

5. UTJECAJ NA RADNU I POSLOVNU SPOSOBNOST

5.1. Radna sposobnost

Radna sposobnost je sposobnost pojedinca za obavljanje posla koji se može vrednovati na tržištu rada ili sposobnost organizma da tijekom rada održi unutrašnju fiziološku ravnotežu, a po prestanku rada brzo i u cjelosti uspostavi sve oblike ravnoteže koji su odstupili od fizioloških vrijednosti.

Na radnu sposobnost osim zdravstvenog stanja utječu i mnogi drugi faktori kao što su obiteljske i socijalne prilike, uvjeti rada i slično. Svi ti faktori određuju čovjekove psihofizičke osobine i utječu na njegovu radnu sposobnost (12).

Pojam bolesti ne poklapa se s pojmom radne sposobnosti jer ima bolesti koje ne utječu na radnu sposobnost, druge utječu samo povremeno ili kod određenih radnih mjesta dok neke bolesti uzrokuju radnu nesposobnost kod svih zanimanja.

Vrlo često duševni bolesnici dobiju otkaz među prvima kod teškoća u poslovanju ili u pogoršanju bolesti ne obavijeste poslodavca o spriječenosti za rad ili se uopće ne jave svome liječniku obiteljske medicine. Mnogi od njih u tim situacijama ostaju bez sredstava za život, a imaju pravo da, zbog bolesti i nesposobnosti za rad, u provedenom postupku dobiju invalidsku ili obiteljsku mirovinu.

Duševna bolest oštećuje cjelokupnu ličnost oboljelog, oštećuje njegovu radnu sposobnost te dolazi do ranog nastupa invalidnosti i prijevremenog umirovljenja kroz gubitak sposobnosti za rad (11).

5.1.1. Ocjena radne sposobnosti

Pri ocjeni radne sposobnosti treba voditi računa o zdravstvenom stanju, fizičkim i psihičkim sposobnostima, kao i o zahtjevima radnog mjesta i uvjetima rada i radnoj okolini. Potrebno je postaviti što određeniju dijagnozu zdravstvenog stanja i što tačniju ocjenu bioloških osobina te psihofizičkih sposobnosti i analizirati psihofizičke zahtjeve radnog mjesta i radne okoline. Kod prijema u radni odnos zdravstvenu sposobnost radnika utvrđuje liječnik specijalista medicine rada na zahtjev poslodavca. Kod privremene nesposobnosti za rad zdravstvenu sposobnost

utvrđuje liječnik obiteljske medicine odnosno vještak pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (13,14).

Kod trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem radnu sposobnost ocjenjuju vještaci Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom sukladno Zakonu o jedinstvenom tijelu vještačenja (15).

Vještačenje je utvrđivanje tjelesnog, intelektualnog, osjetilnog i mentalnog oštećenja, invaliditeta, funkcionalne sposobnosti, razine potpore te radne sposobnosti osobe. Provodi se u svrhu ostvarivanja prava u području socijalne skrbi, mirovinskog osiguranja, profesionalne rehabilitacije i zapošljavanja osoba s invaliditetom te drugih prava. Donosi se nalaz i mišljenje tijela vještačenja kada je to propisano zakonom ili posebnim propisom. Vještačenje obavljaju Vijeća vještaka odnosno Vijeća viših vještaka koja se sastoje od doktora medicine, socijalnih radnika, psihologa, stručnjaka edukacijsko rehabilitacijskog profila i pedagoga (15).

5.1.2. Invalidnost

Konvencija UN-a navodi da su osobe s invaliditetom one osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (16).

Prema zakonu o mirovinskom osiguranju invalid rada je osiguranik koji je na osnovu smanjenja uz preostalu radnu sposobnost ili djelomičnog ili potpunog gubitka radne sposobnosti ostvario pravo na invalidsku mirovinu ili profesionalnu rehabilitaciju (17).

5.1.3. Smanjena sposobnost za rad

„Smanjena radna sposobnost postoji kada se kod osiguranika zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem, radna sposobnost smanji za više od polovice u odnosu na zdravog osiguranika iste ili slične razine obrazovanja“. Sposobnost za rad ocjenjuje se prema svim poslovima koji odgovaraju tjelesnim i psihičkim sposobnostima, a smatraju se odgovarajućim dosadašnjim poslovima osiguranika (17).

„Preostala radna sposobnost postoji kada je kod osiguranika nastalo smanjenje radne sposobnosti ali se s obzirom na zdravstveno stanje, životnu dob, naobrazbu i sposobnosti može

profesionalnom rehabilitacijom osposobiti za rad s punim radnim vremenom na drugim poslovima“(17).

Djelomični gubitak radne sposobnosti postoji kada kod osiguranika postoji smanjena radna sposobnost, a s obzirom na zdravstveno stanje, životnu dob, naobrazbu i sposobnosti ne može se profesionalnom rehabilitacijom osposobiti za rad s punim radnim vremenom na drugim poslovima, ali može raditi najmanje 70% radnog vremena na prilagođenim poslovima iste ili slične razine obrazovanja koji odgovaraju njegovim dosadašnjim poslovima (17).

Jedinstveno tijelo vještačenja utvrđuje i neposrednu opasnost od nastanka smanjenja sposobnosti koja postoji kada pri obavljanju određenih poslova uvjeti rada, bez obzira na mjere zaštite na radu koje se primjenjuju ili se mogu primjeniti, utječu na zdravstveno stanje i radnu sposobnost osiguranika toliko da je prijeko potrebno, radi sprječavanja nastanka smanjenja ili gubitka radne sposobnosti, premjestiti osiguranika na drugi posao primjeren njegovoj naobrazbi i sposobnostima na kojem može raditi s radnim naporom koji ne pogoršava njegovo zdravstveno stanje, u skladu s propisima o radu (17).

5.1.4. Potpuni gubitak radne sposobnosti

„Potpuni gubitak radne sposobnosti postoji kada kod osiguranika u odnosu na zdravog osiguranika iste ili slične razine obrazovanja, zbog promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem, nastane trajni gubitak radne sposobnosti bez preostale radne sposobnosti“ (17).

Kod potpunog gubitka radne sposobnosti osoba ostvaruje pravo na invalidsku mirovinu.

5.2. Poslovna sposobnost

Poslovna sposobnost je svojstvo fizičke i pravne osobe da vlastitim očitovanjem volje stvaraju pravne učinke odnosno stječu prava i obveze. Poslovnu sposobnost fizičke osobe stječu punoljetnošću ako zakonom nije drukčije određeno (18).

Umjesto osobe koja nema poslovnu sposobnost očitovat će svoju volju njen zakonski zastupnik ili skrbnik.

Ukoliko punoljetna osoba zbog svoga zdravstvenog stanja, duševnih smetnji ili drugih razloga nije sposobna brinuti o osobnim potrebama, pravima i interesima ili ugrožava prava i interese

drugih osoba pokrenuti će se pri Općinskom sudu nadležnom prema prebivalištu postupak za lišenje poslovne sposobnosti (19).

5.2.1. Lišenje poslovne sposobnosti

U Republici Hrvatskoj je, prema podacima iz raznih izvora, oko 18000 odraslih osoba lišeno poslovne sposobnosti što je velik broj u odnosu na broj stanovnika. Zabrinjavajuće je što je oko 16000 osoba u potpunosti lišeno poslovne sposobnosti.

Stoga je kod donošenja važećeg obiteljskog zakona propisano da se sudska rješenja o lišenju poslovne sposobnosti u potpunosti, koja su donesena po prethodnim zakonima, moraju preispitati po službenoj dužnosti od 1.siječnja 2015.godine do 1.siječnja 2020.godine

Zaštitu osoba s invaliditetom potrebno je osigurati drugim sredstvima i mjerama prije no što se donese odluka o pokretanju postupka za lišenje poslovne sposobnosti. Također je navedeno da je u provođenju skrbničke zaštite potrebno težiti što manjim ograničenjima prava (20).

Postupak za lišenje poslovne sposobnosti u pravilu pokreće Centar za socijalnu skrb, no postupak mogu pokrenuti i bračni partner, djeca te rodbina u pravoj liniji. Uz prijedlog potrebno je navesti činjenice zbog kojih se predlaže pokretanje postupka i dostaviti dokumentaciju kojom se te činjenice potkrjepljuju (20).

Svatko može obavijestiti Centar za socijalnu skrb o potrebi pružanja zaštite osobi koja zbog bolesti nije sposobna štititi svoja prava i interese.

Centar za socijalnu skrb će imenovati posebnog skrbnika osobi za koju predlaže lišenje poslovne sposobnosti ukoliko ta osoba nije anticipiranom naredbom sama odredila zakonskog zastupnika. Posebni skrbnik se imenuje iz redova zaposlenika Centara za posebno skrbništvo (Centri djeluju u Zagrebu, Osijeku, Rijeci i Splitu). Rješenjem se određuju ovlasti posebnog skrbnika u postupku lišenja. Sud će prije donošenja rješenja o lišenju poslovne sposobnosti pribaviti stručno mišljenje vještaka odgovarajuće grane medicine o zdravstvenom stanju osobe za koju je pokrenut postupak kako bi se utvrdila sposobnost te osobe da samostalno štiti svoja prava i interese odnosno ugrožavanje prava i interesa drugih osoba. Ukoliko liječnik vještak procijeni da osoba nije u stanju štititi svoja prava i interese, a sud prihvati procjenu liječnika, donijeti će rješenje o lišenju poslovne sposobnosti. Kako je Obiteljskim zakonom ukinuta mogućnost potpunog lišenja poslovne sposobnosti, sud će u rješenju odrediti u kojem dijelu osoba nije u mogućnosti samostalno odlučivati i poduzimati radnje i poslove te je potrebno

imenovati skrbnika (npr.odlučivanje o brizi o zdravlju i liječenju, raspolaganju imovinom i novčanim sredstvima, sklapanju ugovora, osobnim stanjima i slično). U ostalom dijelu osoba odlučuje samostalno (20).

Po pravomoćnosti sudskog rješenja o lišenju poslovne sposobnosti, nadležni Centar za socijalnu skrb imenovati će skrbnika koji će odlučivati u dijelu koji je određen rješenjem suda. Kod imenovanja skrbnika Centar za socijalnu skrb poštovati će želje osobe lišene poslovne sposobnosti ukoliko predložena osoba udovoljava zakonom propisanim uvjetima. Imenovani skrbnik dužan je savjesno donositi odluke u korist osobe lišene poslovne sposobnosti te jednom godišnje pribaviti mišljenje liječnika obiteljske medicine o zdravstvenom stanju štićenika obzirom na razlog lišenja poslovne sposobnosti. Poželjno je da to mišljenje bude zasnovano na nalazu i mišljenju liječnika specijalista (19).

Centar za socijalnu skrb je dužan svake tri godine preispitati daljnju potrebu skrbničke zaštite i o tome dostaviti izvješće na osnovu kojega sud može u izvanparničnom postupku donijeti rješenje o smanjenju opsega lišenja poslovne sposobnosti ili vraćanju poslovne sposobnosti (19).

Upitna je realnost skrbničkog izvješća za osobu koja je smještena u ustanovu socijalne skrbi ili je zbrinuta kroz drugi oblik smještaja gdje su u pravilu onemogućeni u ponavljanju ponašanja koja su prethodila lišenju poslovne sposobnosti kao što su neredovito uzimanje ili potpuni prekid uzimanje prepisanih lijekova, zanemarivanje kontrolnih pregleda, nekontrolirano trošenje novca, sklapanje ugovora s npr. teleoperaterima, podizanje kredita, ovršni postupci zbog neplaćanja obveza i slično.

6. DISKRIMINACIJA SHIZOFRENIH BOLESNIKA

Na psihičke bolesti kako kroz povijest tako i danas uvijek se gledalo na drugačiji način, a sukladno tome i na psihičke bolesnike i stručne osobe koje rade s njima. Predrasude prema psihijatriji utemeljene su na neznanju i neinformiranosti.

Stigma znači negativno obilježiti neku osobu zbog neke njezine karakteristike. Stigmom uzrokuju predrasude koje se formiraju prema stavovima o objektu stigmatizacije, u ovom slučaju psihijatrijskim odnosno shizofrenim bolesnicima. U prošlosti pojam stigme nije imao negativno značenje. U kršćanstvu je povezan s Kristovim ranama, a pojmom stigma označavale su se i rane zadobivene u vojnoj službi. Tek kasnije se pojavljuje negativno značenje ovog pojma (1, 21).

Stigma negativno utječe na kvalitetu života. Duševni bolesnik osjeća se manje vrijednim članom zajednice odnosno gubi samopouzdanje. Stigmatizirana osoba odgađa traženje pomoći, prekida liječenje, prikriva bolest kako bi izbjegla sram i socijalnu izolaciju koju doživljava. Stigma i diskriminacija shizofrenog bolesnika u svakom pogledu ima loš utjecaj na tijek bolesti.

Posljedice stigmatizacije shizofrenih bolesnika su osjećaj niskog samopoštovanja i strah. Bolesnici izbjegavaju komunikaciju i povlače se u svoj svijet. Zbog srama odgađaju odlazak liječniku i tražanje pomoći ili prikrivaju bolest. Socijalno se izoliraju te doživljavaju diskriminaciju u društvu pa tako i na svom radnom mjestu što je povreda osnovnih ljudskih prava. Osjećaj odbačenosti dovodi do povećanog rizika za početak uzimanja psihoaktivnih tvari i alkohola što uvelike može utjecati na propadanje psihofizičkih funkcija. (22)

Okolina oboljele od shizofrenije kao i sve psihijatrijske bolesnike drži slabićima, ne vjeruje da je riječ o stvarnoj bolesti, smatra ih lijenima ili misle da se samo trebaju trgnuti, smatra da simuliraju bolest kako bi izvukli korist, da su opasni, da su nesposobni za samostalan život te da je njihova bolest neizlječiva (21).

Na nivou SZO-a postoji program destigmatizacije, a na nivou Hrvatske postoji program borbe protiv psihičkih bolesti koji ima za cilj povećanje znanja o psihičkim bolestima i poremećajima. Također se nastoji upozoriti na značaj stigme među stručnjacima, medijima, pacijentima, članovima obitelji i građanima. Podizanje svijesti o posljedicama na psihički bolesne koje uzrokuje stigmatizacija uvelike poboljšava kvalitetu života oboljelih.

7. PROBLEMI U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

Zbog prirode bolesti i simptoma koji se pojavljuju osobe oboljele od shizofrenije u svakodnevici se bore s raznim preprekama. Samo postavljanje dijagnoze, prihvaćanje i uvid u bolest vrlo je stresan period, ponekad dugotrajan i vrlo težak. Ukoliko oboljeli i njegova obitelj prihvate bolest i trenutno stanje daljnji život može biti zadovoljavajuć i produktivan. Uz liječenje koje može biti bolničko ili ambulantno, uz svakodnevno uzimanje lijekova te potporu obitelji i cjelokupne okoline oboljeli su u stanju svladavati simptome bolesti i ponovno steći zadovoljavajući nivo stabilnosti i zadovoljstva u životu.

Ukoliko se shizofrenija ne liječi, može činiti sve više štete na funkcioniranje oboljele osobe te se samim time narušava kvaliteta života. Ako su simptomi teški i ne tretiraju se pravilno mogu predstavljati veliki problem. Oboljela osoba može početi zanemarivati osobnu higijenu, prehranu i početi konzumirati psihoaktivne tvari i alkohol. Osim problema s psihičkim zdravljem mogu se pojaviti i problemi s fizičkim upravo zbog zanemarivanja osnovnih potreba.

Zbog nedostatka energije oboljelima se može činiti kako ustajanje iz kreveta nema svrhu. Što se osoba više izolira od vanjskog svijeta tim joj je teže izaći iz tog začaranog kruga i krenuti u liječenje i rehabilitaciju. Ova situacija utječe i na raspoloženje što dovodi do depresije. Depresija može dovesti do niza novih problema, a jedan od njih je i planiranje samoubojstva.

Oboljeli od shizofrenije u početku mogu osjećati strah od ponovne epizode bolesti, osobito ako se radi o osobama koje rade, zarađuju ili još uvijek idu u školu. Većina shizofrenih bolesnika ima i problem na radnom mjestu jer pojavljivanjem bolesti javljaju se dulja odsustva s radnog mjesta i bolovanja. Shizofrenija utječe na psihofizičko funkcioniranje te je upitna i mogućnost nastavka obavljanja posla i školovanja. Tada je potrebno profesionalno mišljenje o tome je li osoba oboljela od shizofrenija sposobna nastaviti obavljati posao na kojem se trenutno nalazi iako rad može povoljno utjecati na poboljšanje mentalnog zdravlja. Dugotrajna nezaposlenost do koje vrlo često dolazi dovodi do socijalne isključenosti. Radeći oboljeli ostvaruju svoje ciljeve, želje, poboljšavaju koncentraciju, pamćenje i održavaju odgovornost prema postavljenim radnim zadacima.

Shizofrenije može u velikoj mjeri ujecati i na odnose s obitelji, prijateljima i bliskim osobama. Oboljeli mogu osjećati kako ljudi s kojima su donedavno bili bliski najednom izbjegavaju kontakte s njima što pripisuju postavljenoj dijagnozi i problemima koji se pojavljuju.

8. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Medicinska sestra kao ravnopravan član medicinskog tima ima ulogu u liječenju i rehabilitaciji bolesnika oboljelih od shizofrenije. U većini slučajeva je upravo medicinska sestra prva u kontaktu s bolesnikom, ali i ona koja najviše vremena provodi s njim. Od velike je važnosti da je medicinska sestra stručna u svom poslu, obrazovana i da zna prepoznati i razlučiti koje ponašanje je posljedica bolesti, a koje je dio osobnosti bolesnika. U skladu sa svojim znanjem i kompetencijama treba i djelovati ili se obratiti liječniku. Da bi medicinska sestra određeni problem riješila mora raspolagati potpunom sestrinskom anamnezom, mora odabrati prikladne intervencije uvažavajući simptome i probleme koji se pojavljuju kod oboljelog. Shizofreni bolesnici često su pod utjecajem halucinacija, promjenjiva raspoloženja, mišljenja, sumnjičavi ili agresivni. U takvim slučajevima medicinska sestra mora znati pravilno reagirati. Halucinacije ne treba opovrgavati, ali ni potvrđivati. Uz znanje mora posjedovati i dobre komunikacijske vještine. Važno je da bude strpljiva kako bi izgradila dobar odnos i stekla povjerenje bolesnika.

Put od prvih znakova bolesti, preko postavljanja dijagnoze pa do liječenja je dug i iscrpljujući kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj ukoliko i ona sudjeluje. Pojavljuju se mnoge svakodnevne prepreke koje bolesnika dodatno sputavaju u napretku. Upravo je uloga medicinske sestre da bude osoba od povjerenja te da podupire i usmjerava bolesnika i njegovu obitelj na putu oporavka u najvećoj mogućoj mjeri.

Ciljevi u zdravstvenoj njezi oboljelih od shizofrenije su promicati i unaprijediti sadašnji odnos između bolesnika i njegove okoline, nastojati povećati psihološku stabilnost, osigurati zaštitu oboljelog, poticati obitelj na sudjelovanje u aktivnostima koje potiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom (2).

8.1. Očuvanje radne i poslovne sposobnosti

Oboljeli od shizofrenije zbog utjecaja bolesti na njihove psihičke, fizičke i socijalne funkcije postaju nesposobni za rad, a napredovanjem bolesti oboljeli ne može više u potpunosti brinuti o sebi, štititi svoja prava i interese. Upravo zato je potrebno nakon postavljanja dijagnoze čim prije krenuti u proces liječenja.

Oboljeli i članovi njihovih obitelji imaju velikih poteškoća s prihvaćanjem dijagnoze shizofrenije. Stanje neprihvatanja je sasvim shvatljivo i prirodno i sastavni je dio svake teže bolesti. Važno je djelovati na pravilan način, komunicirati s bolesnikom i educirati ga o kakvoj se točno bolesti radi. Ipak, događaju se slučajevi gdje oboljeli nemaju potpun uvid u bolest i nakon niza godina, shvaćajući simptome kao sastavni dio stvarnosti. U slučaju neprihvatanja stanja dobro je uputiti oboljelog na razgovor u Udrugu oboljelih od psihičkih bolesti kako bi osobno čuo osobe koje imaju vlastito iskustvo bolesti i liječenja. Dobivene informacije mogu biti od velike pomoći za prihvaćanje liječenja i oporavak.

Uloga medicinske sestre, osim one edukativne, je i uspostava empatijskog odnosa s oboljelima te ih poticati na verbalizaciju osjećaja. Prilikom razgovora potrebno je osigurati privatnost i omogućiti psihološku podršku.

Osim negiranja bolesti može doći i do potpunog prepuštanja stanju bolesti. Bolesnik shvati bolest kao potpunu nesposobnost, odustaje od svojih ciljeva misleći kako neće uspjeti. Za ovakve bolesnike od velike je važnosti razgovor s liječnikom o stvarnim sposobnostima i nesposobnostima, poželjno je uključivanje i u programe rehabilitacije ili grupe kako bi što bolje uz pomoć stručnjaka procijenili svoje sposobnosti i nesposobnosti te obnovili svoja znanja i vještine. Cilj svega je obnoviti samopoštovanje i vjerovanje kako su sposobni za samostalan život i rad.

Pravodobno i pravilno liječenje najvažniji je dio što dužeg očuvanja radne i poslovne sposobnosti oboljelih od shizofrenije. Jedna od većih prepreka, koja se događa kod prihvaćanja liječenja, je stigmatizacija koju doživljavaju od okoline. Oboljeli odgađaju traženje pomoći, misle kako su oni krivi za svoju bolest, osjećaju strah, sram i skrivaju bolest, te se osjećaju manje vrijednima.

Uloga medicinske sestre u suzbijanju stigme vrlo je važna za daljnji terapijski tijek. Sustavno se uključuje u borbu protiv stigme, educira bolesnika, njegovu obitelj, skrbnika te okolinu. Također, medicinska sestra se mora educirati o stigmatizaciji preko svih raspoloživih izvora kako bi unaprijedila svoje edukacijske vještine. Nastoji utjecati i pomoći oboljelom kroz socioterapijske metode u ponovnom stjecanju narušenog samopouzdanja. Kroz terapijsku zajednicu, grupnu terapiju, glazboterapiju, rekreaciju i ostale socioterapijske metode pruža potporu oboljelom.

Stigmatizacija iz okoline može prouzročiti još neke sestrinske dijagnoze na koje medicinska sestra treba djelovati s ciljem poboljšanja općeg stanja bolesnika iako ovim problemima može

biti uzrok i sama bolest. Bolesnik kod kojeg se očituje smanjen stupanj samopoštovanja verbalizira izraz bezvrijednosti, pokazuje negativne osjećaje prema samome sebi te pokazuje beznadnost. Medicinska sestra nakon postavljanja problema mora propisno postupiti i intervencijama dovesti do poboljšanja stanja niskog stupnja samopoštovanja. Potrebno je provesti određeno vrijeme s bolesnikom, slušati njegove probleme i prihvaćati bolesnika. Medicinska sestre treba poticati i ohrabrivati bolesnika na verbalizaciju osjećaja i razgovor o temama koje mu stvaraju probleme, poticati bolesnika da prepozna svoje pozitivne karakteristike, te da shvati kako negativni osjećaji koje zadržava u sebi negativno utječu na samopoštovanje. Potrebno je pohvaliti i podržati bolesnikov napredak u svakom pogledu te mu ukazati na napredak, poticati ga na uključivanje u odgovarajuće aktivnosti koje mogu terapijski djelovati, razgovarati s bolesnikom o pozitivnim aspektima osobnog sustava kao što su socijalne vještine, radne sposobnosti i stupanj edukacije, talenti i izgled, istovremeno potičući na održavanje izgleda i osobne higijene. Tako se osnažuju bolesnikovi osjećaji da je koristan, vrijedan i kompetentan za obavljanje nekog posla.

Osobe oboljele od shizofrenije također imaju problem s društvenom izolacijom. Otežano uspostavljaju odnos s drugim ljudima, izražavaju osjećaj odbacivanja i povlače se iz društva. Probleme mogu rješavati agresijom, ljutnjom i neprijateljstvom. Kao i prilikom svakog rješavanja problema medicinska sestra treba uspostaviti primjeren komunikacijski odnos s bolesnikom, poticati ga na verbalizaciju osjećaja i uključivanje u razne aktivnosti koje mogu pridonjeti napretku kao što su radnookupaciona terapija i grupe. U ovom slučaju potrebna je i procjena obiteljskih odnosa i komunikacije unutar obitelji.

Anksioznost i strah je sestrinska dijagnoza koja se može prepoznati iz podataka kao što su neprikladne regresivne reakcije ili odsutnost reakcije uopće, usmjerenost samo na sebe, opadanje sposobnosti rješavanja problema, strah od gubitka kontrole, strah od ozljede te psihomotorički poremećaj koji varira od pobuđene motorike do neprikladnosti. U takvim situacijama kako bi medicinska sestra riješila ovaj problem te kako strah i anksioznost ne bi utjecale na ishod liječenja, treba uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom, pružati potporu i prihvaćanje, poticati i ohrabriti bolesnika da verbalizira strahove koje osjeća te da identificira izvor anksioznosti. Nakon što bolesnik prepozna izvor anksioznosti, na sestri je da mu osigura i educira ga o svim mogućim metodama uklanjanja anksioznosti te da bolesnik prepozna i koristi onu koja je najpovoljnija za njega.

Ako medicinska sestra primjeti kod bolesnika dezintegraciju procesa mišljenja i shvaćanja, psihološke konflikte, krivu prosudbu, poremećaje sna i spavanja, konfuziju u odnosu na okolni svijet, ambivalenciju i prateću ovisnost, ideje odnosa, netočno i krivo interpretiranje okoline i događaja u njoj i poremećenu sposobnost donošenja odluka, tada sestra može zaključiti i postaviti dijagnozu promjenjenih procesa mišljenja, shvaćanja i razumijevanja. Sestrinskim intervencijama kao što su stvaranje povoljnog terapijskog odnosa s bolesnikom, provođenje terapijske komunikacije, aktivno slušanje te pravilan pristup kod bolesnikovih promjenjivih shvaćanja i mišljenja, poboljšava se opće stanje bolesnika, pomaže rješavanju aktualne dijagnoze te pridonosi očuvanju radne i poslovne sposobnosti u konačnici. Također medicinska sestra omogućuje sigurnu okolinu za emocionalno izražavanje i smanjenje otuđivanja odnosno autizma, odbija i ne potiče rasprave koje mogu uznemiriti bolesnika te izražava želju da shvati i razumije bolesnikova razmišljanje, regulacijom slijeda misli i fokusiranjem na osjećaje a ne na sadržaj mišljenja što utječe na poboljšanje stanja (2).

Kod oboljelih od shizofrenije događa se i promjena senzoričko-perceptivnog funkcioniranja, dolazi do panične razine anksioznosti, poremećaja u afektivnom planu, odnosu prema okolini, iluzija, halucinacija, promjena u reakcijama na neki podražaj, promjena psihomotoričkog ponašanja. Sukladno tome medicinska sestra mora osigurati sigurno okružje, pažljivo slušati bolesnika, uspostaviti odnos povjerenja i provoditi terapijsku komunikaciju orijentirajući se na stvarnost. Potrebno je postaviti granice za bolesnikovo ponašanje i impulsivne reakcije te upotrijebiti razne metode kao što su glazba, igre i rekreacija kako bi bolesnik pažnju usmjerio na radnje koje mu pomažu pri uspostavljanju ponovne kontrole nad svojim reakcijama kod promjenjene percepcije (2).

Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja je problem na kojem se treba raditi kako bi došlo do poboljšanja. Oboljeli imaju problem s opadanjem sposobnosti donošenja odluka, umanjivanjem postojećih problema, anksioznošću, umanjenim samopoštovanjem i depresijom što se uvelike odražava na njihovu radnu i poslovnu sposobnost. Dolazi do nesposobnosti izvršavanja očekivane uloge i promjena u društvenom životu. Medicinska sestra pomaže bolesniku da postavi realne ciljeve prema svojim mogućnostima kojima će kroz učenje rješavati postojeće probleme, razgovorom pomaže bolesniku da oblikuje svoja mišljenja, percepciju, shvaćanja i osjećaje pazeći da ne nameće svoja subjektivna mišljenja već objektivno djeluje na postavljeni problem. Komunikacijom također ohrabruje bolesnika da navede područja koja ga zanimaju i koja su mu važna.

U akutnoj fazi bolesti ili u slučaju neredovitog uzimanja lijekova i liječenja dolazi do smanjene mogućnosti brige o sebi zbog napredovanja bolesti koja utječe na psihofizičke funkcije oboljelog. Bolesnik nailazi na poteškoće prilikom hranjenja, osobne higijene, oblačenja i eliminacije. Medicinska sestra kroz plan prehrane, provođenja higijene i rasprave o izgledu ukazuje bolesniku na problem i pomaže mu da prihvati pomoć. U svakom slučaju medicinska sestra nastoji bolesnika potaknuti da u najvećoj mogućoj mjeri obavlja sve radnje kako bi zadovoljio svoje osnovne ljudske potrebe te samim time i u većem stupnju brinuo sam o sebi.

Svi spomenuti problemi utječu na radnu i poslovnu sposobnost oboljelih. Medicinska sestra svojim intervencijama utječe na očuvanje sposobnosti bolesnika u najvećoj mogućoj mjeri obzirom na tijek bolesti kako bi oboljeli mogao nastaviti s radom, učenjem i školovanjem nakon izlaska iz bolnice.

8.2. Komunikacija

Komunikacija je proces koji se odvija pod utjecajem mnogobrojnih čimbenika kao što su osjetljivost osobe na razne komunikacijske znakove, situacije u kojima se odvija, uloga sudionika, prisutnost drugih ljudi te zdravstvenog stanja osobe. Sama bolest označava stres za bolesnika, a liječenje bolesti uz razne medicinske postupke uključuje i informiranje bolesnika i dobru terapijsku komunikaciju s bolesnikom (23).

Terapijska je komunikacija vrsta komunikacije kojom želimo pomoći drugima i kojoj nije cilj davanje i primanje poruka radi njihove informacijske vrijednosti, već radi njihova terapijskog učinka na druge. Ova vrsta komunikacije usmjerena je na uspostavljanje odnosa povjerenja i uzajamne suradnje (23).

Osnova medicinske prakse i zdravstvene njege je komunikacija, odnosno odnos između medicinske sestre i bolesnika. Medicinska sestre treba izgraditi odnos povjerenja s bolesnikom kako bi komunikacija imala terapijski učinak. Medicinska sestra započinje komunikaciju, stvara bolesniku osjećaj sigurnosti te mu pomaže u razumjevanju, prihvaćanju i aktivnom uključivanju u proces liječenja.

Dobar odnos zdravstvenih djelatnika i bolesnika važan je u svim granama medicine, ali osobito je važno kod psihičkih poremećaja. Kod shizofrenije lijekovi, iako su bitan segment tretmana, su samo jedan od faktor u liječenju. Terapijski odnos između medicinske sestre i osoba oboljelih od shizofrenije sastavni je dio procesa oporavka, te uvelike utječe na ishod bolesti.

Stoga medicinska sestre uvijek treba biti spremna odgovoriti na pitanja i pružiti informacije o bolesti, lijekovima i ostalim metodama koje se koriste pri liječenju. Tako se gradi i održava povoljan terapijski odnos.

Kao što je i rečeno komunikacija i povoljan terapijski odnos bitan je segment u liječenju shizofrenije i očuvanju radne i poslovne sposobnosti oboljelih. Pod utjecajem simptoma bolesti bolesnik ima mnoge sestrinske dijagnoze kojima medicinska sestra svojim znanjem i pravilnim djelovanjem treba pristupiti i bolesniku pomoći da poboljša svoju kvalitetu života.

Jedna od sestrinskih dijagnoza koja se pojavljuje je narušena verbalna komunikacija, a čimbenici koji ukazuju na to su nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje neologizmima, asocijalno, lutajuće, izgubljeno verbalno izražavanje, paralogički jezik, eholalija, neverbalno izražavanje u smislu ehopreksija, bizarno grimasiranje, izrazi lica i opće držanje. Uloga medicinske sestre kod ovog problema je osigurati oboljelom okruženje koje ne izaziva strah i koje ga potiče na komunikaciju, izbjegavati rasprave, sukobljavanja ili svađe kako se bolesnik ne bi uznemirio. Treba ponuditi realan odgovor i neosuđivanje. U terapijskoj komunikaciji treba pristupiti otvoreno i iskreno zbog gradnje povoljnog odnosa i povjerenja. Bolesniku treba ponuditi sve raspoložive metode kojima se može izraziti bilo verbalno ili neverbalno. U takvim situacijama koriste se metode crtanja, pisanja pjesama, pjevanja, plesa i ostalih raspoloživih metoda. Svaki vidljivi napredak sestra treba prepoznati, nagraditi i ukazati pacijentu na njega kako bi i on bio svjestan napretka u procesu liječenja.

Osim na komunikaciju s bolesnikom sestra mora biti spremna i na komunikaciju s obitelji. Prilagodba obitelji na bolest jednako je teška kao i samom bolesniku. U većini slučajeva dolazi do negiranja dijagnoze i neprihvatanja stanja člana obitelji. Medicinska sestra pravilnom komunikacijom i edukacijom obitelji treba pružiti potporu i ukazati na veliku ulogu u procesu liječenja. Ipak u nekim slučajevima dolazi do promjenjenih obiteljskih odnosa koji se očituju poteškoćama u odnosima između članova obitelji, neučinkovitih procesa donošenja odluka unutar obitelji te neslaganju. Obitelj nije spremna dati emocionalnu potporu i sigurnost koja je potrebna oboljelom. Intervencije koje provodi medicinska sestra je potpuna procjena stanja u obitelji, a pritom posebnu pozornost treba posvetiti razini obiteljskog funkcioniranja prije i nakon pojave bolesti te spremnost obitelji da reintegrira bolesnika u obitelji i da ponovno djeluju složno u kriznim situacijama koje se događaju. Kada uvidi da postoji problem medicinska sestra članove obitelji može upoznati s različitim metodama pomoći.

8.3. Edukacija

Medicinska sestra svojom ulogom edukatora mijenja stavove o psihičkim bolestima u afirmativnom smjeru kako bi psihički bolesnici dobili podršku okoline, a ne odbijanje, te da se što ranije jave na liječenje i ostanu na liječenju prema potrebi i procjeni psihijatra, da ne doživljavaju stigmatizaciju i diskriminaciju u svakodnevnom životu. Edukacijom se smanjuje problem stigmatizacije te bolesnik, njegova obitelj, zajednica i društvo prihvataju shizofreniju kao bolest za koju nije odgovoran bolesnik već kao stanje koje zahtjeva liječenje i pomoć stručnih osoba.

Edukacija se može provoditi individualno i u grupama, na načine koji su modificirani i prihvatljivi grupi ili pojedincu koji se educira. Kod shizofrenije i prvog doticaja s dijagnozom, bolesnik u većini slučajeva nema dovoljno znanja. Zato ga medicinska sestre treba educirati kako bi shvatio ozbiljnost svog stanja, prihvatio bolest i liječenje. Glavni zadatak medicinske sestre prilikom edukacije o farmakoterapiji je da bolesniku prenese svoje znanje o farmakoterapiji prilagođeno njegovim mogućnostima i trenutnom stanju te da mu time omogući što veću samostalnost i uvid u potrebu uzimanja terapije. Farmakoterapije je jedan od oblika liječenja shizofrenije. Kroz psihoterapiju i socioterapijske metode bolesnik stiče znanja o bolesti, liječenju, ali i o svojoj osobnosti.

Edukacija bolesnikove obitelji vrlo je bitna stavka u procesu liječenja osobito ako bolesnik nakon izlaska iz bolnice odlazi ponovno živjeti s obitelji. Obitelj mora biti upućena u stanje bolesnika te razumjeti poteškoće i simptome koji se pojavljuju u bolesti. Članove obitelji treba uputiti na važnost odlaska u bolnicu kada se pojave simptomi recidiva, redovitih kontrola i uzimanja lijekova kako bi bili potpora bolesniku. Obitelj treba izbjegavati konflikte i uvjeravanje u netočnost i nelogičnost bolesnikovih sumanutih ideja i halucinacija te u tim slučajevima pružiti potporu i predložiti traženje stručne pomoći ili odlaska na kontrolu.

Radna učinkovitost je smanjena tijekom bolesti. Bolesnika treba poticati na rad, ali u okvirima njegovih mogućnosti i volje za radom. Obitelj ne smije nametati svoj raspored dnevnih aktivnosti jer ga većina bolesnika ne može pratiti u toj mjeri već bolesnika treba poticati na samostalno sastavljanje dnevnika aktivnosti i provođenje istih kako bi se bolesnik osjećao korisnim i poboljšao svoje samopouzdanje.

9. ZAKLJUČAK

Shizofrenija je jedna od najtežih psihičkih bolesti. Oboljeli od shizofrenije nakon postavljanja dijagnoze prolaze kroz teško razdoblje prihvaćanja stanja i početka procesa liječenja. Zbog svega navedenog potrebno je što prije početi s liječenjem i u svakoj situaciji koja predstavlja problem bolesniku tražiti stručnu pomoć bez okljevanja.

Najbitniji faktori osim redovitog uzimanja propisanih lijekova u očuvanju radne i poslovne sposobnosti oboljelih su komunikacija i edukacija, kako edukacija same medicinske sestre koja radi s osobama oboljelima od shizofrenije tako i edukacija koju provodi s bolesnikom, njegovom obitelji i okolinom. Edukacija obitelji je potrebna kako bi bili potpora oboljelome i kako bi na vrijeme mogli prepoznati pogoršanje psihičkog stanja. Najčešći uzrok prolapsa bolesti je prestanak uzimanja lijekova. Cilj medicinske sestre je bolesnika upoznati s njegovom bolesti i uputiti ga u važnost uzimanja lijekova i dolaska na redovne kontrole nakon izlaska iz bolnice, osobito ako se radi o radno aktivnoj osobi. Poticanje na aktivnosti u društvu, u radnim obavezama i tjelesnoj aktivnosti pomaže prilikom očuvanja radne i poslovne sposobnosti, smanjuje se rizik za pad psihičkih, fizičkih i socijalnih funkcija te invaliditeta i nemogućnosti brige o sebi.

10. LITERATURA

1. Štrkljek-Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizofreni poremećaj, bipolarni poremećaj. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče: Medicinska naklada; 2011.
2. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.
3. Grupa autora. Hitna stanja: pravodobno i pravilno. 1. izd. Ljubljana: Alfa; 2011.
4. Mimica N, Folnegović-Šmalc V. Epidemiologija shizofrenije. Medix. 2006; 61: 74-75.
5. Silobrčić M, Vidović I, Marinković V. Registar za psihoze Hrvatske. U: Stevanović R, Capak K. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2017. godinu [Elektronička knjiga]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2018. 9, str. 293-295 Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Ljetopis_2017.pdf (14.2.2019.)
6. Moro Lj, Frančišković T i sur. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
7. Hotujac Lj. Shizofrenija i sumanutni poremećaji. U: Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. 21, str. 147-164
8. Mimica N, Uzun S, Kozumplik O. Klasifikacija shizofrenije. Medix. 2006; 61:70-71.
9. Štrkljek-Ivezić S, Bauman L. Shizofrenija put oporavka. Zagreb: Svitanje; 2009.
10. Repovečki S, Bagarić Š, Salaj T. Nuspojave antipsihotika. U: Božičević M, Bradaš Z. Upravljanje kvalitetom i sigurnost psihički oboljelih osoba: 19. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara. Zagreb: HUMS; 2013. str.28-37
11. Jukić V. Psihijatrijske teme za nepsihijatre. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče: Medicinska naklada; 2018.
12. Jukić V, Štrkalj Ivezić S, Kušan Jukić M. Procjena radne sposobnosti osoba s dijagnozom psihotičnog poremećaja. Medix. 2008;71:70-75
13. Zakon o radu. Narodne novine. 93/2014, 127/2017
14. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine. 80/2013, 137/2013
15. Zakon o jedinstvenom tijelu vještačenja. Narodne novine. 85/2014, 95/2015
16. Ujedinjeni narodi. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom: [Online].2006. Dostupno na: http://www.krila.hr/UserDocsImages/Konvencija_UN.pdf (20.2.2019.)
17. Zakon o mirovinskom osiguranju. Narodne novine. 157/2013, 151/2014, 33/2015, 93/2015, 120/2016, 115/2018
18. Zakon o obveznim odnosima. Narodne novine. 35/2005, 41/2008, 125/2011

19. Zakon o socijalnoj skrbi. Narodne novine. 157/2013, 152/2014, 99/2015, 52/2016, 16/2017, 130/2017
20. Obiteljski zakon. Narodne novine. 103/2015
21. Dragija Lj. Zdravstvena njega i zaštita stigmatiziranih duševnih bolesnika. U: Božičević M, Bradaš Z. Upravljanje kvalitetom i sigurnost psihički oboljelih osoba: 19. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara. Zagreb: HUMS; 2013. str. 230-232
22. Kovačević J, Čukelj D. Uloga medicinske sestre u borbi protiv stigme. U: Božičević M, Bradoš Z. Psihijatrijsko sestrinstvo u zajednici: 18. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara. Zagreb: HUMS; 2012. str. 246-247
23. Despot Lučanin J, Lučanin D. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Naklada slap; 2010.

11. OZNAKE I KRATICE

KKS- Kompletna krvna slika

EKG- Elektrokardiogram

EEG- Elektroencefalografija

CT- Kompjutorizirana tomografija

MR- Magnetska rezonanca

MKB-10- 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM-IV- Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

12. SAŽETAK

Shizofrenija je psihička bolest koja djeluje na psihičke, fizičke i socijalne funkcije oboljele osobe. Napredovanjem bolesti oboljeli postaje nesposoban za rad, a kasnije i za odlučivanje i brigu o sebi. Narušena je kvaliteta života. Iako uzrok shizofrenije nije sasvim jasan veliku ulogu u nastajanju ima genetika i promjenjeni kemijski procesi u mozgu. Shizofrenija se u najviše slučajeva pojavljuje između 18. i 24. godina kod muškaraca i 25. i 34. godine kod žena. U tim godinama oboljele osobe još uvijek idu u školu ili su radno aktivne. Postavljanje dijagnoze je vrlo složeno, a kada se dijagnoza utvrdi proces prihvaćanja stanja za bolesnika i njegovu obitelj može biti izrazito težak osobito ako svakodnevno nailaze na diskriminaciju i stigmatizaciju okoline. Stigmatizacija može biti jedna od prepreka u napredovanju u procesu liječenja. Bolesnik prestaje uzimati lijekove jer ne želi da drugi saznaju za njegovu bolest. Zbog straha i nelagode koju doživljava psihoterapijske i socioterapijske metode mogu biti neučinkovite ili ih može potpuno odbijati. Samim time rizikuju ponovno pogoršanje bolesti, a ako su pogoršanja češća i invalidnost nastupa brže.

Uloga medicinske sestre je da svojim znanjem i vještinama educira bolesnika o bolesti, stvori s bolesnikom povoljan terapijski odnos i svojim intervencijama djeluje na bolesnika i njegove probleme kako bi se oni otklonili i u konačnici što duže očuvala radna i poslovna sposobnost. Terapijska komunikacija mora biti zasnovana na povjerenju, podršci, aktivnom slušanju i prihvaćanju. Kvalitetnim i profesionalnim pristupom može se dobiti povoljan terapijski učinak i napredovanje u liječenju.

Ključne riječi: shizofrenija, radna sposobnost, poslovna sposobnost, medicinska sestra

13. SUMMARY

Schizophrenia is a psychic disease which affects the psychic, physical and social functions of a person suffering from it. With progression of the disease, the person becomes incompetent for work, and later on about making decisions and taking care of himself. The quality of life is impaired. Although the cause of schizophrenia is not quite clear, a big part of it is emerging from genetics and chemical processes in the brain that are changed. Schizophrenia in most cases appears between 18 and 24 years of age in men and 25 and 34 years in women. In those years, the person is still going to school or they are working. Setting the diagnosis is very complicated, and when it is established, the process of caring for the diseased person and his family can be very hard, especially if they are discriminated and stigmatized on a daily basis. Stigmatization can be one of the impediments in the progression of a process of treatment. The patient stops taking medications because he does not want others to find out about his disease. Because of fear and discomfort, experiencing of psychotherapeutic and social therapeutic methods can be ineffective or totally rejected. In this way, they risk deterioration of the disease, and if deterioration is more frequent, disability comes faster.

The function of a nurse is that with her knowledge and skills, she educates the patient about his disease, that she makes a benignant therapeutic relationship and with her interventions affects the patient and his problems so that they can be removed and in the end, as long as it is possible, preserved working and business ability. Therapeutic communication must be established on a trust, comfort, active listening and acceptance. With a quality and professional approach, it can be obtained a favourable therapeutic effect and progress in treatment.

Key words: schizophrenia, work ability, business ability, nurse

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>19.3.2019.</u>	VALENTINA GREMAN	Valentina Greman

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

VALENTINA GREMAN

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 19. 3. 2019.

Valentina Greman
potpis studenta/ice