

Sestrinska skrb za bolesnika oboljelog od shizofrenije

Meštrić, Dorja

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:227523>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-06**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1326/SS/2020

Sestrinska skrb za bolesnika oboljelog od shizofrenije

Dorja Meštrić, 2457/336

Varaždin, rujan 2020.godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti, studij sestrinstvo

Završni rad br. 1326/SS/2020

Sestrinska skrb za bolesnika oboljelog od shizofrenije

Student

Dorja Meštrić, 2457/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2020.godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Dorja Meštrić

MATIČNI BROJ 2457/336

DATUM 30.07.2020.

KOLEGI Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Sestrinska skrb za bolesnika oboljelog od shizofrenije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Nursing care for a patient with schizophrenia

MENTOR Marija Božičević, mag.med.techn.

ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.sc. Irena Canjuga, predsjednik
2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor
3. Melita Sajko, mag.soc.geront., član
4. dr.sc. Jurica Veronek, zamjenski član
5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ 1326/SS/2020

OPIS

Shizofrenija je kronični psihički poremećaj karakteriziran brojnim psihičkim i ponašajnim simptomima koji dovode do neusklađenosti misli i osjećaja te gubitka realiteta. Uzrok shizofrenije nije poznat no smatra se da na pojavnost utječu biološki, socijalni i psihološki faktori. Liječenje, rehabilitacija i zdravstvena njega i skrb oboljelih od shizofrenije najučinkovitiji su kada se uz psihofarmakoterapiju primjenjuju psihoterapija i socioterapija uz podršku obitelji i zajednice. Medicinske sestre/tehničari koji sudjeluju u procesu liječenja i zdravstvene njege trebaju imati određene vještine, posjedovati znanje, strpljenje kako bi cijeli proces bio što uspješniji. Ciljevi i intervencije su za svakog pojedinca individualizirani te se odnose i na njegovu obitelj i zajednicu. U radu je potrebno:

- definirati pojam shizofrenije
- prikazati etiologiju, epidemiologiju i dijagnostičke kriterije
- opisati kliničku sliku i liječenje
- opisati sestrinsku skrb za bolesnika oboljelog od shizofrenije
- objasniti pojam stigme kod bolesnika oboljelih od shizofrenije
- prikazati tijek i prognozu bolesti

ZADATAK URUČEN

09.09.2020.

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

Ovaj rad izrađen je pod vodstvom Marije Božičević mag.med.techn, u sklopu odjela za biomedicinske znanosti, preddiplomskog studija sestrinstvo, Sveučilište Sjever u Varaždinu. Želim se zahvaliti mentorici na razumijevanju, strpljivosti i pomoći tijekom pisanja ovog rada.

Od srca, najviše se želim zahvaliti svojoj obitelji koja je uz mene bila sve tri godine studija i pružila mi podršku na sve načine.

Sažetak

Naziv shizofrenija dolazi od kombinacije grčkih riječi *shizeiu* – rascijepati i *fren* – razum. Eugen Bleuler 1991. godine uvodi naziv shizofrenija, a cilj je bio zamijeniti negativno značenje bolesti. Shizofrenija duševna je bolest koja oboljeloj osobi ne dopušta da razlikuje realno od nerealnog doživljaja ili iskustva, ometa svakodnevno razmišljanje te osjećajne doživljaje prema drugima i narušava normalno društveno funkcioniranje. Simptomi koji su javljaju kod ove bolesti su deluzije, halucinacije, iluzije, dezorganizacija i osiromašenje psihičkih funkcija.. Simptome bolesti dijelimo na pozitivne i negativne. Bolest se javlja između 15. i 35. godine života, te ju prepoznamo po ranim simptomima, ponekad ti simptomi izostaju pa se bolest uoči tek u akutnoj fazi, samo početak bolesti je postupan ili nagao. Za dijagnozu shizofrenije potrebno je da simptomi kod bolesnika budu prisutni barem šest mjeseci te da postoji prodromalna faza koja traje još 5 mjeseci, pri čemu neki simptomi perzistiraju, no u blažem obliku. Shizofrenija se liječi lijekovima, međutim oni nisu dovoljni kako bi se kod bolesnika postigla najveća moguća razina samostalnosti u daljnjem životu, stoga se koriste i psihosocijalne metode. U sam proces liječenja od velike je važnosti uključiti bolesnikovu obitelj, okolinu i zajednicu kako bi povratak u normalan život i sam oporavak bio što brži i kvalitetniji. Shizofrenija je najviše stigmatizirana duševna bolest, uzrokuju ju predrasude, stigmatizacija za sobom povlači i diskriminaciju što na kraju nosi negativne posljedice na bolesnika i njegovu obitelj. Medicinska sestra osoba je koja najviše vremena provodi uz bolesnika oboljelog od shizofrenije, stoga ona jedina može uočiti probleme iz područja zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija također je od velike važnosti i prvi korak u zbrinjavanju bolesnika. Da bi se problem riješio medicinska sestra odabire najprikladnije sestrinske intervencije koje su usmjerene na pacijenta i individualizirane za njega samog. Dobar i kvalitetan odnos povjerenja između medicinske sestre i bolesnika predstavlja najvažniju karakteristiku kvalitetne zdravstvene njege.

Ključne riječi: shizofrenija, simptomi, liječenje, stigma, medicinska sestra, bolesnik

Summary

The name schizophrenia comes from a combination of the Greek words *shizeiu* - to split and *fren* - reason. Eugen Bleuler has introduced the name schizophrenia in 1991 and the goal was to replace the negative meaning of the disease. Schizophrenia is a mental illness that does not allow a sick person to distinguish the real from the unreal experience, interferes with daily thinking and emotional experiences towards others and disrupts normal social functioning. The symptoms that occur in this disease are delusions, hallucinations, illusions, disorganization and impoverishment of mental functions. The symptoms of the disease are divided into positive and negative. The disease occurs between the ages of 15 and 35, and we recognize it by its early symptoms, sometimes these symptoms are absent, so the disease is noticed only in the acute phase, only the beginning of the disease is gradual or sudden. The diagnosis of schizophrenia requires that the patient's symptoms be present for at least six months and that there is a prodromal phase that lasts for another 5 months, with some symptoms maintaining, but in a milder form. Schizophrenia is treated with drugs, but they are not enough to achieve the highest possible level of independence in patients later in life, so psychosocial methods are also used. It is of great importance to involve the patient's family, environment and community in the treatment process so that the return to normal life and recovery is as fast and high quality as possible. Schizophrenia is the most stigmatized mental illness, it is caused by prejudice, stigmatization entails discrimination, which ultimately has negative consequences for the patient and his family. A nurse is the person who spends the most time with a patient with schizophrenia, so she is the only one who can notice problems in the field of health care. Nursing documentation is also of great importance and the first step in patient care. To solve the problem, the nurse selects the most appropriate nursing interventions that are patient-centered and individualized for himself. A good and quality relationship of trust between the nurse and the patient is the most important characteristic of quality health care.

Keywords: schizophrenia, symptoms, treatment, stigma, nurse, patient

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

RTG – Rentgenska snimka

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

DSM 5 – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja

EPS – Ekstrapiramidni sindrom

MNS – Maligni neuroleptički sindrom

EKG – Elektrokardiograf

EEG – Elektroencefalograf

EKT – Elektrokonvulzivna terapija

KBT – Kognitivno bihevioralna terapija

SMBS – Smanjena mogućnost brige o sebi

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Shizofrenija.....	3
2.1.	Etiologija i epidemiologija.....	4
3.	Klinička slika shizofrenije.....	5
3.1.	Pozitivni simptomi.....	6
3.1.1.	<i>Sumanute ideje</i>	6
3.1.2.	<i>Halucinacije i iluzije</i>	7
3.1.3.	<i>Poremećaj doživljavanja vlastitog ja</i>	7
3.1.4.	<i>Smeteni govor i dezorganizirano motoričko ponašanje</i>	8
3.2.	Negativni simptomi.....	9
3.2.1.	<i>Alogija</i>	10
3.2.2.	<i>Avolicija</i>	10
3.2.3.	<i>Anhedonija</i>	10
3.2.4.	<i>Poremećaj afektivnosti</i>	10
4.	Dijagnoza shizofrenije.....	12
4.1.	Oblici shizofrenije.....	13
4.1.1.	<i>Paranoidna shizofrenija</i>	13
4.1.2.	<i>Hebefrena shizofrenija</i>	14
4.1.3.	<i>Katatona shizofrenija</i>	14
4.1.4.	<i>Nediferencirana shizofrenija</i>	14
4.1.5.	<i>Postshizofrena depresija</i>	15
4.1.6.	<i>Rezidualna shizofrenija</i>	15
4.1.7.	<i>Shizofrenija simplex</i>	15
5.	Liječenje shizofrenije.....	16
5.1.	Psihofarmakoterapija (liječenje lijekovima).....	17
5.2.	Elektrokonvulzivna (elektrostimulativna) terapija.....	18
5.3.	Psihoterapija.....	19
5.4.	Kognitivno bihevioralna terapija.....	19
5.5.	Socioterapija.....	20
5.5.1.	<i>Edukacija i rad s obitelji</i>	20
6.	Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel.....	21
7.	Sestrinska skrb za oboljelog od shizofrenije.....	23
7.1.	Sestrinska dokumentacija.....	23
7.2.	Moguće sestrinske dijagnoze.....	24
7.2.1.	<i>Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane</i>	24
7.2.2.	<i>Smanjena mogućnost brige o sebi; odijevanje, eliminacija, osobna higijena, hranjenje</i>	25
7.2.3.	<i>Anksioznost</i>	26
7.2.4.	<i>Društvena izolacija</i>	27
7.2.5.	<i>Neupućenost</i>	28
7.2.6.	<i>Smanjen stupanj samopoštovanja</i>	28
7.2.7.	<i>Promijenjeni obiteljski odnosi</i>	29

7.2.8.	<i>Seksualna disfunkcija</i>	30
7.2.9.	<i>Visok rizik za samoubojstvo</i>	30
7.2.10.	<i>Visok rizik za samoozljeđivanje</i>	31
7.2.11.	<i>Visok rizik za nasilno ponašanje</i>	31
7.2.12.	<i>Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije</i>	32
7.2.13.	<i>Promjena senzoričkog – perceptivnog funkcioniranja</i>	32
7.2.14.	<i>Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja, razumijevanja</i>	33
7.2.15.	<i>Individualna neučinkovitost i neučinkovitost sučeljavanja</i>	33
7.2.16.	<i>Narušena verbalna komunikacija</i>	34
7.2.17.	<i>Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa</i>	34
8.	Stigmatizacija oboljelih od shizofrenije	36
9.	Tijek i prognoza bolesti	38
10.	Zaključak	40
11.	Literatura	41

1. Uvod

„Psihijatrija je grana medicine koja se bavi nastankom, dijagnostikom, sprječavanjem i liječenjem duševnih bolesti te rehabilitacijom duševnih bolesnika“. Duševni poremećaji stari su koliko i sam čovjek, njihovo proučavanje prošlo je dug povijesni put. Razvoj psihijatrije kao znanstvene discipline može se podijeliti u dvije faze: predznanstvenu i znanstvenu. Predznanstvena faza (antika, srednji vijek), uglavnom su prevladavali nehumani oblici prema oboljelim osobama kao što su vezivanje, okivanje, bacanje u jame, izolacija i sl. Znanstvena faza (19. stoljeće. i 20. stoljeće.), počinju se događati pozitivne promjene te stvarati temelji moderne psihijatrije: proučavanje mehanizma nastanka, prepoznavanje simptoma, kasnije otkriće psihofarmaka te njihovo uvođenje u liječenje, postavljanje temelja za socijalnu psihijatriju i psihijatriju u zajednici. [1] [2]

Pokušaji liječenja duševnih poremećaja vidljivi su još u dalekoj prošlosti čovječanstva. Prvi tragovi sežu 5000 god. pr. Krista, gdje se na iskopanim lubanjama nalaze rupe kao oblici trepanacije. Sam postupak rađen je u svrhu „otpuštanja“ zlih duhova iz osobe. Liječenjem su se bavili vračevi i čarobnjaci koristeći magijske postupke. S vremenom je čovjek stjecao određena iskustva o ljekovitim biljkama. Koristili su se ljekovitim biljkama koje su smirivale uzbuđene i poticale raspoloženje, a bolesnik je mislio da je to magija. U svrhu liječenja koristile su se molitve, podnosile žrtve, a od lijekova davali su se opijum, hašiš, ricinus. [2]

Učenjem grčkog liječnika Hipokrata (460. – 377.g. pr. Krista) medicina postaje znanost. Stvorio je novu teoriju nastanka bolesti, odvoji je znanost od magije i praznovjerja. Za duševne poremećaje kaže da su rezultat oboljelog mozga a „sumanut čovjek“ zapravo je bolestan čovjek. Začetnik je prve klasifikacije duševnih bolesti (epilepsija, melankolija, manije, paranoja, histerija). Stvorio je novu teoriju nastanka bolesti koja kaže da je bolest poremećaj sokova u organizmu. U liječenju se koristio mnogim biljnim pripravcima a preporučivao je higijenu tijela, odmor, masažu, gimnastiku te rad kao najprirodniji lijek za čovjeka. Teorije nastale u tom razdoblju imaju veliku važnost, to su teorije o duševnoj bolesti i liječenju, teorije o lijekovima i psihoterapijskom pristupu, važnost rada u liječenju te važnosti nasljeđa. [2]

Srednji vijek je „mračno doba“ kada ponovno dolazi do povezivanja duševnih poremećaja s utjecajem bogova i zlih duhova, a skrb o takvim bolesnima bila je isključivo povjerena svećenicima. Opasni bolesnici bili su zatvarani i dobro čuvani, a ostali su bili prepušteni sami sebi. Sveta Dimfna 620. god. postaje zaštitnicom psihičkih bolesnika. Kako bi se društvo zaštitilo od duševnih bolesnika, osnivani su azili (utočišta za duševno oboljele). U to vrijeme dolazi do ideje o osnivanju „duhovnih prijatelja“ duševnom oboljelim osobama. Primarna je briga bila podržavanje melankoličnih i duševno bolesnih stvaranjem „duhovne zajednice“ s

njima. Danas su ti „dušebrižnici“ viđeni kao prve medicinske sestre. U 15.st. osniva se jedna od prvih duševnih bolnica u Bethlemu (Engleska). [2]

Paracelsus (1494. – 1541.) ide protiv nehumanog ponašanja prema duševnim bolesnicima. Francuska revolucija 1789. godine uzdrmala je cijelu Europu i Ameriku. Ograničava se utjecaj Crkve i ona se odvaja od države. Phillipe Pinel (1745. – 1826.) oslobađa duševne bolesnike od lanaca i osniva prvu katedru i kliniku za psihijatriju. Znanost o duševnim bolestima doživljava revolucionarni skok iz predznanstvene u znanstvenu fazu. Prepoznata je i potreba za specifičnom edukacijom osoba koje skrbe o duševno oboljele te uključivanjem sestrinske službe u rad s bolesnicima – začetak sestrinstva u psihijatriji u čemu je veliku ulogu imao dr. William Ellis, najveći zagovaratelj sestrinstva u području duševnog zdravlja. 1882. godine pod vodstvom Linde Richards prve diplomirane psihijatrijske sestre, specijalizaciju iz psihijatrijske zdravstvene njege završilo je tridesetak sestara. [2]

Godine 1952. Početak je psihofarmakološke revolucije. J. Delay i P. Deniker otkrivaju neuroleptik i antipsihotik klorpromazin i primjenjuju ga u liječenju shizofrenih bolesnika. Oko 1960. godine počinje razvoj socijalne psihijatrije. Uočava se društveni aspekt duševnih bolesnika, tj. postojanje veze između pojave simptoma i utjecaja sredine koji mogu djelovati kao uzročnici bolesti. Sigmund Freud (1856. – 1939.). otac psihoanalize, osoba koja je ostavila dubok trag i utjelovila suvremeni pristup psihijatriji, posvetio je svoj rad razumijevanju ljudskog mozga i duševnih poremećaja. Njegov rad temelj je psihoterapije koja se i danas primjenjuje u liječenju duševnih poremećaja. [2]

Uz suvremeni pristup liječenju, zdravstvena njega i skrb o psihijatrijskim bolesnicima poprimaju drugačiji tijek. Prepoznaje se potreba za specijaliziranim medicinskim osobljem s razvijenim vještinama, znanjem i sposobnostima utemeljenima na znanstvenom pristupu teoriji ljudskog ponašanja. [2]

2. Shizofrenija

Shizofrenija je složen, heterogeni bihevioralni i kognitivni sindrom za koji se čini da potječe zbog poremećaja u razvoju mozga uzrokovan genetskim ili okolišnim čimbenicima ili oboje. Sam naziv shizofrenija dolazi od kombinacije grčkih riječi *shizeiu* – rascijepiti i *fren* – razum te se govori o rascjepu duše i razuma. [3] [4]

Shizofrenija duševna je bolest koja oboljeloj osobi ne dopušta da razlikuje realno od nerealnog doživljaja ili iskustva, ometa svakodnevno razmišljanje te osjećajne doživljaje prema drugima i narušava normalno društveno funkcioniranje. Shizofrenija je skupina psihotičnih poremećaja, poremećaj mišljenja, ponašanja i emocija – ideje koje kod te osobe nisu logički povezane; manjkavim percepcijama i pažnjom; bizarnim poremećajima aktivnostima, zbog svega toga bolesnik se povlači od drugih osoba, od stvarnosti i ulazi u svoj vlastiti svijet mašte u kojem prevladavaju sumanute ideje i halucinacije. [2] [5]

Asmus Finzen psihijatar iz Basela tražio je u dnevnim novinama njemačkog govornog područja riječ shizofrenija ili „shizofren“, naišao je na niz citati i oznaka koje gotovo uvijek imaju negativan prizvuk. „Shizofren“ je postala riječ koja ništa pozitivno nije označavala te je bila jako pogrdna za oboljele. Kako bi se to izbjeglo švicarski psihijatar Eugen Bleuler (1857. – 1939.) 1911. god. predlaže naziv shizofrenija, cilj je bio zamijeniti negativno značenje bolesti. U to vrijeme bolest shizofrenija nazivala se još i „dementia praecox“ što u prijevodu znači preuranjeno gubljenje umnih sposobnosti a uveo ju je njemački psihijatar Emil Kraepelin (1856. – 1926.). Prema mišljenju Eugena Bleulera, gubitak umnih sposobnosti nije bilo obilježje shizofrenije već rascjep mišljenja, nejedinstvenost. Ta se nejedinstvenost očituje na mnogo načine, tijekom bolesti gubi se povezanost mišljenja, emocija, bolesnici se povlače u sebe te nemaju kontrolu nad vlastitim mislima. [6]

Kada se radi o učestalosti shizofrenije u različitim dijelovima svijeta, mišljenja su podijeljena. Prevladava stajalište da je pojavnost shizofrenije skoro pa jednaka u svim krajevima svijeta dok neka istraživanja pokazuju suprotno. U Aziji je veća učestalost *Shizofrenije* naspram Europe i Sjeverne Amerike. Istraživanja su također pokazala da je rizik obolijevanja najveći među muškarcima između 15. i 24. godine, a kod žena između 25. i 34. godine. Prognoza kod žena je bolje zbog toga što se bolest javlja kasnije. Postoje i tvrdnje koje govore da osobe rođene zimi imaju veću šansu oboljenja što se pokušava objasniti pojavom intrauterinih i perinatalnih oštećenja mozga raznim virusnim infekcijama, hipovitaminozom jer je prehrana u to vrijeme drugačija i niskim temperaturama. Shizofrenija se smatra kroničnom bolesti zbog njenog postepenog nastajanja, jako puno osoba sa shizofrenijom doživljava simptomatski i dobar socijalni oporavak. Napredak medicine i promjene u liječenju, društvenoj i profesionalnoj

potpori te razne promjene u stavovima kada se govori o mentalnom zdravlju sada omogućuje mnogim osobama oboljelim od shizofrenije da upravljaju svojim stanjem i žive normalne i kvalitetno ispunjene živote. [4] [7]

2.1. Etiologija i epidemiologija

Etiologija shizofrenije danas je još uvijek zagonetka i smatra se da je multifaktorski determinirana. Danas se velika važnost daje biološkim čimbenicima, premda se sa sigurnošću zna da mnogi psihološki i socijalni čimbenici imaju važnu ulogu kod nastanku ove bolesti. Biološki čimbenici koji određuju sklonost za razvoj shizofrenije mogu biti genetski ali i virusni, prenatalna te porođajna oštećenja mozga itd. [4]

Shizofrenija ima biološku osnovu koja je dokazana na temelju promjena građe mozga, kao što su proširenje moždanih komora i smanjenje hipokampusa te drugih područja mozga, promjenama neurotransmitera te promijenjene aktivnosti dopamina i glutamata. Stresori koji se nalaze u okolišu potiče pojavu simptoma kod rizičnih osoba. Stresori mogu biti biokemijski ili društveni, međutim ti isti stresori nisu uzročnici. Ne postoji dokaz kako je shizofrenija možda uzrokovana neodgovarajućim roditeljstvom. Čimbenici koji mogu ublažiti učinak stresa kako ne bi došlo do pojave simptoma shizofrenije su dobra društvena potpora te sposobnost nošenja s bolešću i antipsihotici. [8]

Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) navodi kako od shizofrenije boluje 45 milijuna ljudi u svijetu. Trenutni broj oboljelih u SAD-u je 2.5 milijuna ljudi, dok u Hrvatskoj 18 000. Rizik od oboljenja tijekom života je otprilike 0,4 – 1 posto. Na godišnjoj razini registrira se 2-4 slučaja novooboljelih od shizofrenije na 10 000 stanovnika.

Shizofrenija se javlja širom svijeta, već desetljećima se smatralo da imaju ujednačen morbidni rizik za cijeli život od 1% kroz vrijeme, zemljopis i spol. Implikacija je bilo da okolišni čimbenici nisu važni u prenošenje rizika ili odgovarajuće izloženosti sveprisutna za sve proučavane populacije. Ovaj pogled na ujednačeni rizik učinkovito je uklonjen tek 2008. Godine u meta-analizi McGrath-a i kolega. Prikazali su središnje procjene incidencije po 100 000 stanovnika godišnje od približno 15 muškaraca i 10 u žena, točkovna prevalencija 4,6 na 1000, i životni morbidni rizik oko 0,7%. [4] [3]

3. Klinička slika shizofrenije

Kod bolesnika koji boluje od shizofrenije prisutni su simptomi koji proizlaze iz pozitivnih i negativnih simptoma, poremećaja u socijalnom i profesionalnom funkcioniranju, kognitivnih simptoma te poremećaja raspoloženja. Shizofreniju karakteriziraju halucinacije, zablude, depresije poput takozvanih negativnih simptoma, kognitivne disfunkcije, oslabljena neurorazvojnost i neurodegeneracija. Epidemiološke i genetske studije snažno ukazuju na ulogu upale i imuniteta u patogenezi simptoma shizofrenije. [2] [9]

Simptomi bolesnika oboljelog od shizofrenije obuhvaćaju poremećaje u nekoliko područja – mišljenju, opažanju, pažnji, motoričkom ponašanju, afektu ili emociji te životnom funkcioniranju. Sam raspon problema oboljelih od shizofrenije je veliki iako bolesnici s tom dijagnozom pokazuju samo neke od navedenih simptoma. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM), dijagnostičaru propisuje koliko bi problema trebalo biti prisutno i u kojem stupnju da bi se opravdala dijagnoza. Bolesnici oboljeli od shizofrenije međusobno se razlikuju od bolesnika oboljelih od drugih poremećaja. [5]

„Iznenada, stvari se više nisu dobro odvijale. Počela sam gubiti nadzor nad svojim životom, i što je najgore, nad samom sobom. Nisam se mogla koncentrirati na učenje, nisam mogla spavati, a kad bih zaspala, sanjala sam o umiranju. Bojala sam se ući u učionicu, zamišljajući da prisutni govore o meni, a povrh svega toga čula sam glasove. Kad sam se uselila sa sestrom, stvari su se pogoršale. Bojala sam se izlaziti, a kad bih pogledala kroz prozor činilo mi se da vani svi urlaju „ubij je, ubije je“. „Sestra me natjerala da idem u školu. Izašla bih iz kuće i ostala vani sve dok nisam bila sigurna da je otišla na posao; potom se vratila u stan. Zamišljala sam da mi tijelo zaudara na trulež i katkad sam se tuširala i po šest sati dnevno.“ [5]

U opisanom tekstu žena je imala shizofreniju. Postoji jako puno simptoma shizofrenije. Najpoznatija podjela simptoma shizofrenije je na primarne i sekundarne a nazivaju se još i simptomi prvog i drugog reda. Po Schneideru simptomi prvog reda su; „halucinatorna ozvučenost vlastitih misli, slušne halucinacije u obliku dijaloga, slušne halucinacije u kojima komentiraju postupci pacijenta, cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelo, osjećaj oduzimanja misli, osjećaj nametanja misli, osjećaj da drugi znaju što bolesnik misli, sumanuto opažanje, nametnuti ili kontrolirani osjećaji, nametnuti ili kontrolirani porivi, nametnuta ili kontrolirana volja“. Bleurer je podijelio simptome na fundamentalne (osnovne) i akcesorne (sporedne). Fundamentalni simptomi uopće ne moraju biti dominantni u kliničkoj slici ali su vrlo bitni kako bi se pravilo dijagnosticirala shizofrenija te uključuju „4a“; „asocijalnu slabost,

afektivnu neadekvatnost, ambivalencija se izražava na voljnom i misaonom planu dok se u isto vrijeme javljaju oprečni osjećaji, autizam koji se očituje prekidom komunikacije sa stvarnošću, povlačenjem u sebe i vlastiti svijet fantazije“. Dok sporedni simptomi shizofrenije su obmane opažanja; iluzije i halucinacije, sumanute ideje, funkcionalne smetnje i problemi kod verbalnog izražavanja. [4] Svaka osoba koja oboli od shizofrenije može imati različite simptome. U nekim situacijama shizofrenije počinje naglo, no najčešće se javlja kroz nekoliko mjeseci ili godina. Shizofrenija se najčešće manifestira podjelom na pozitivne i negativne simptome.

3.1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi najčešće se javljaju u akutnim fazama shizofrenije i odraz su iskrivljenog doživljaja stvarnosti koji može uzrokovati neke od simptoma kao što su sumanute ideje, halucinacije i iluzije, poremećaj doživljavanja vlastitog ja. Nakon što bolesnik izađe iz akutne faze pozitivni simptomi mogu u potpunosti prestati ili se pojavljivati u manjem intenzitetu, karakteristično je da ih osoba doživljava kao nešto što se stvarno događa i vjeruje da su stvarni. [4] [2]

3.1.1. Sumanute ideje

Sumanute ideje ili deluzije najčešće su urote, ideje proganjanja, religiozne ideje („ja sam Bog“), čitanje misli, moć komuniciranja s drugim svijetom, uglavnom nelogične, nerealne ideje koje se ne daju korigirati jer su odraz bolesnog doživljavanja stvarnosti, bolesnik u njih vjeruje da su stvarnost i počinje se ponašati u skladu s njima što može biti jako opasno za okolinu. Nastaju na bolesnoj osnovi te se uvijek odnose na pojedinca i samo s njime su povezane. Kod nekih bolesnika javlja se vjerovanje da netko upravlja njima putem računala ili vjerovanje da su poznate osobe. Kod početka sumanutih ideja bolesnik se trudi udaljiti od njih te mu se čine ne vjerojatnima, međutim razvojem bolesti one ipak za njega postaju stvarnost i počinje se ponašati u skladu s njima. [2][4][9] Postoji nekoliko primjera sumanutog ponašanja; „*Kad se jutros poštanski auto zaustavio ispred mojih vrata znao sam da je sa mnom gotovo*“. „*Sutra je moja krunidba za njemačku kraljicu: to su mi automobili žmigavcima jasno pokazali*“. „*Možda me proganja mafija? Ili pak policija? Ali zašto?*“ [6]

3.1.2. Halucinacije i iluzije

Halucinacije su opažanja koja se najčešće pojavljuju bez vanjskih podražaja. Kada se kod bolesnika pojave halucinacije one su vrlo jasne, imaju puni učinak i snagu percepcije te nisu pod kontrolom oboljelog. Kada govorimo o iluzijama to su osjetila koja nastaju zbog vanjskih podražaja, kod njih također postoji realan podražaj, nužno ne moraju biti bolesna zbivanja jer se javljaju i kod zdravih osoba. Međutim kada zdrava osoba stekne uvid u realnu situaciju ona može kontrolirati iluziju, dok psihički bolesna osoba to nije u stanju učiniti. Najčešće se javljaju slušne (akustične) halucinacije u obliku raznih zvukova koje bolesnik čuje u svojoj glavi, glasovi mogu biti muški ili ženski ili neodređeni te dolaze izvana. Kada govorimo o halucinacijama osjećaj može biti vrlo neugodan za bolesnika, dok u nekim situacijama zvukovi su „prijateljski“, ugodni te su zapravo nekim bolesnicima jedina veza sa stvarnim svijetom. Što se tiče ostalih halucinacija mogu se javiti cenestetičke (osjet organskih sustava), haptičke (taktilne), osjet dodira, olfaktivne (mirisne), gustatorne (okusne) i optičke (vidne). Halucinacije često mogu biti značajne osobi koja ih doživljava, također halucinacije se pogoršavaju kada je osoba sama. [4][10][11][12][13]

3.1.3. Poremećaj doživljavanja vlastitog ja

Sloboda misli najveće je bogatstvo koje čovjek može imati. Poremećaj doživljavanja vlastitog ja definira se na način da bolesnik u potpunosti gubi osjećaj vlastitih želja, emocionalnih stanja te se bolesnicima čini da im netko drugi kontrolira (čuje sve što bolesnik pomisli) ili nameće misli te ih tjera da nešto učine i slično. Primjeri (emitiranja) misli; „*Tek što nešto pomislim, to odmah zna cijeli svijet.*“, „*Gospodine doktore, zašto me to sve pitate? Ionako znate što mislim, a to znaju i drugi ljudi.*“ [4][6] Misli koje se javljaju mogu biti dosta nepovezane, nelogične, nabacane, prelazi se s teme na temu, tako da često ne možemo razumjeti što bolesnik želi reći. Fenomen depersonalizacije očituje se na način da bolesnik doživljava da se mijenja, da to više nisu oni sami, osjećaju se nekako tuđe, nestvarno jer si izgledaju čudno, to sve seže do granice da sumnjaju u vlastito postojanje na ovom svijetu. Dezintegracija ličnosti može dovesti to toga da bolesnik ima osjećaj kako su u njemu prisutne dvije ili više osobe. Kod fenomena transformacije ličnosti prevladavaju osjećaji da je bolesnik neka druga ličnost, životinja te se sukladno tome i ponaša. Ako si stvori pojam da je druga osoba tada će vjerojatno i očekivati da ga se zove drugim imenom te može u potpunosti promijeniti način govora. U slučaju da si zamisli da je životinja npr. pas, može sukladno tome lajati, plaziti jezik, skakati,

jesti hranu s poda i slično. Kada govorimo o fenomenu derealizacije ili metamorfopsije okoline tada se radi o vlastitom osjećaju bolesnika da se je okolina promijenila, da je čudna i sve je oko njega drugačije. [4][2][9]12]

3.1.4. Smeteni govor i dezorganizirano motoričko ponašanje

Smeteni govor još se naziva formalni poremećaj mišljenja, tj. poremećaj organizacije govora i često zbog toga je jako teško razumjeti što nam bolesnik pokušava objasniti, reći. Bolesnik skače s teme na temu (labavljenje asocijacija). Ponekad govor bolesnika može biti toliko ubrzan, nerazumljiv, poremećen te nalikuje na „salatu od riječi“. Slijedi primjer razgovora gdje oboljeli odgovara nelogično, nerazumljivo a sami tijek razgovora je u potpunosti nejasan.[5][11]

„Ispitivač: Jeste li u zadnje vrijeme bili nervozni ili napeti?“

„Shizofreni bolesnik: Ne, imam glavu od salate“

„Ispitivač: Imate glavu od salate? Ne razumijem.“

„Shizofreni bolesnik: Pa, to je jednostavno glava od salate.“

„Ispitivač: Pričajte mi o toj salati. Što time želite reći?“

„Shizofreni bolesnik: Pa...salata je transformacija mrtve pume koja je pretrpjela povratak u lavlji palac. I progutala je lava i nešto se dogodilo. To, vidite, to...Gloria i Tommy, oni su dvije glave i nisu kitovi. No pobjegli su s krdima bljuvotina, i slično tome.“

„Ispitivač: Što sve to znači?“

„Shizofreni bolesnik: Pa, vidite, moram napustiti bolnicu. Znate, trebao bih operirati noge. A čini mi se prilično bolesnim što ne želim zadržati vlastite noge. Stoga bih volio da zapravo ne idem na tu operaciju.“

„Ispitivač: Želite da vam odrežu obje noge?“

„Shizofreni bolesnik: To je moguće, znate.“

„Ispitivač: Zbog čega biste željeli ostati bez obje noge?“

„Shizofreni bolesnik: Nisam imao nikakvih nogu s kojima bih nešto mogao započeti. Stoga sam razmišljao da bih, kad bih bio brz trkač, da bih se bojao biti žensko, jer imam špranju u svojoj glavi salate.“ [5]

Prikazani ulomak razgovora točno nam prikazuje sliku smetenog govora shizofrenog bolesnika. Smatra se da je poremećaj govora jedan od glavnih simptoma shizofrenije te se i danas koristi kao glavni dijagnostički kriterij, no moramo znati da smeteni govor ne mora biti kod svih bolesnika oboljelih od shizofrenije.

Dezorganizirano motoričko ponašanje može se očitavati na mnogo različitih načina. Oboljeli od shizofrenije može se ponašati čudno, od djetinjastih „gluposti“ pa sve do nepredvidive agitacije. Takvo dezorganizirano bizarno ponašanje očituje se kao katatono motoričko ponašanje u kojem oboljeli od shizofrenije pravi čudne izraze lica tj. ukoči lice u određenoj grimasi. Također bolesnici mogu koristiti složene pokrete ruke, prstiju. Smanjena reaktivnost očituje se kao semi-stupor ili stupor gdje bolesnik zauzima potpuno nepomičan i vrlo neobičan položaj tijela te se u tom položaju zadržava jako dugo, na primjer; stajanje na jednoj nozi, skvrčenost cijelog tijela naslonjenog na zid s povišenim rukama u zraku. Katatoničari ponekad pokazuju „voštanu povitljivost (flexibilitas cerea):“ što označuje da neka druga osoba može bolesnikove udove poput voska namjestiti u neobične položaje u kojima može ostati jako dugo vremena bez zamora mišića. Bolesnik u tom cijelom procesu katatonije prati sve što se događa oko njega ali ne reagira. [4][5][11][12]

3.2. Negativni simptomi

Negativni simptomi podrazumijevaju značajno smanjenje psihičkih sposobnosti oboljelog. Kod bolesnika se smanjuju emocije, zanimanje za druge ljude, nema više kontakta sa drugim osobama, osjećaju se potpuno bezvrijedno i iscrpljeno. Najčešći simptomi su alogija, avolicija, anhedonija i poremećaj afektivnosti. Svi navedeni simptomi najčešće se javljaju prestankom pozitivnih simptoma. Kod bolesnika koji ima jako izražene negativne simptome dolazi do problema vezanih uz životne aktivnosti kao što su odlazak u školu, odnosi s partnerom i prijateljima, te aktivnosti vezane uz osobnu higijenu, održavanje kućanstva i slično. [5][6][12][13]

3.2.1. Alogija

Alogija označava siromaštvo govora tj. smanjuje se duljina i sadržaj spontanosti govora. Može se reći da je alogija poremećaj mišljenja te ima nekoliko sastavnica. U samom sadržaju govora, količina koju je bolesnik izgovorio je primjerena, no sve što bolesnik izgovori zapravo ima jako malo informacija, zvuči nedefinirano i sve se ponavlja. Tipično je da oboljeli vrlo sporo odgovaraju na pitanja ili uopće ne žele komunicirati tj. ne odgovaraju. [2][4][5]

3.2.2. Avolicija

Avolicija ili apatija je stanje ravnodušnosti, bolesnik osjeća prazninu, gubitak energije te bezvoljnost za svakodnevne osnovne aktivnosti. Nemogućnost započeti nešto te održavati to sve do nekog određenog cilja. Bolesnici ne pridodaju pažnju vlastitom izgledu, izgledaju zapušteno (rašćupana kosa, dugi nokti, prljavi zubi i zgužvana odjeća), teško im je odlaziti na posao, školu ili obavljati kućanske poslove, uglavnom bezvoljno sjede. [2][5][14]

3.2.3. Anhedonija

Anhedonija se postupno razvija i označava potpuni gubitak interesa i zadovoljstva u sve većem broju životnih situacija. Kod bolesnika javlja se nedostatak zanimanja za rekreaciju, nemogućnost uspostave odnosa s drugim ljudima, gubitak volje za spolne odnose. Bolesnici su svjesni svega toga međutim i dalje ne mogu uživati u ugodnim životnim aktivnostima. [2][4][5]

3.2.4. Poremećaj afektivnosti

Poremećaji afektivnosti ili neodgovarajuće izražavanje afekta - osjećaja. To bi označavalo kako bolesnik nije u stanju izraziti osjećaje u skladu sa odgovarajućom situacijom. Što se očituje smanjenom mimikom lica, kratki kontakt oči u oči te siromašan govor tijela. Neadekvatni afekt javlja se u oblicima paramimije i paratimije. Paramimija je neprimjereno afektivno izražavanje vlastitog raspoloženja, npr; bolesnik je sretan a plače. Paratimija označava da bolesnikovo

raspoloženje ne odgovara misaonom sadržaju, na primjer; bolesnik se počne smijete kada čuje da je netko njemu blizak umro. [2][12][14]

4. Dijagnoza shizofrenije

Kada govorimo o dijagnozi shizofrenije ne postoje sigurni dokazi u obliku rentgenskih (rtg) slika ili laboratorijskih nalaza već se shizofrenija utvrđuje na osnovi simptoma bolesti. Stoga je jako bitan liječnički pregled i međusobna komunikacija, gdje bolesnik iznosi sve svoje tegobe a liječnik na temelju iskaza bolesnika donosi dijagnozu. Ovdje je bitno uključiti obitelj kako bi se mogla provjeriti točnost bolesnikovih podataka. [6] Kod postavljanja dijagnoze mnogi liječnici koriste dijagnostičke smjernice prema kriterijima MKB – 10. Postoje dvije klasifikacije (MKB – 10 i DSM – IV) oboje su vrlo slične, međutim ipak se razlikuju po određenim kriterijima.

Dijagnostički kriteriji shizofrenije prema MKB – 10; navedeni simptomi trebali bi kod bolesnika biti prisutni mjesec dana ili više. Minimalno je potreban jedan jasan simptom (dva ili više simptoma ako su manje jasni) iz grupe simptoma od a) do d), ili simptomi iz najmanje dvije grupe, od e) do h). Kriterij i) odnosi se na jednostavanu (simplex) shizofreniju s trajanjem barem godinu dana. [15]

„a) Jeka misli, umetanje ili oduzimanje misli i emitiranje misli

b) Sumanute ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti, koje se jasno odnose na tijelo i

kretanje udova ili pak na specifične misli, postupke ili osjećaje, i sumanuto percipiranje

c) Halucinatorni glasovi koji komentiraju bolesnikovo ponašanje ili razgovaraju o njemu ili pak druge vrste halucinatornih glasova koji potječu iz nekog dijela tijela

d) Trajne sumanute ideje druge vrste osim onih navedenih pod a i b, kulturno neprimjerene i sasvim nemoguće, kao primjerice o vjerskom ili političkom identitetu, o nadljudskoj moći i sposobnostima“

„e) Trajne halucinacije bilo kojeg tipa, praćene prolaznim ili poluuobličnim sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja, precijenjenim idejama ili uporno javljanje svakodnevno, tjednima ili mjesecima

f) Prekidi misli ili ubacivanje u tijek misli, što kao posljedicu ima nepovezani ili irelevantni govor ili neologizme

g) Katatonično ponašanje, kao npr. uzbuđenje, zauzimanje neprirodnog položaja, voštana savitljivost, negativizam, mutizam i stupor

h) Negativni simptomi, kao što su izrazita apatija, oskudni govor, tupost ili nesklad emocija, što obično uzrokuje socijalno povlačenje i pad socijalne efikasnosti“

„i) Dosljedna promjena ukupne kvalitete nekih aspekata osobnog ponašanja koje se izražava kao bitni gubitak interesa, besciljnost, pasivnost, zaokupljenost sobom i povlačenje iz društva.“ [13]

Prema DSM IV klasifikacijskom sustavu dijagnoza shizofrenije postavlja se ako bolesnik ima dva ili više simptoma; halucinacije, sumanutosti, smeteni govor, katatono ponašanje i prisutnost negativnih simptoma. Trajni znakovi poremećaja moraju trajati minimalno 6 mjeseci te navedeno razdoblje mora sadržavati barem mjesec dana gore navedene simptome iz prethodno navedenog kriterija. Također razdoblje može obuhvatiti prodromalne ili rezidualne simptome.[15]

4.1. Oblici shizofrenije

Postoje različiti oblici shizofrenije, te tako prema MKB – 10 razlikujemo; „(F20): paranoidnu shizofreniju (F20.0), hebefrenu shizofreniju (F20.1), katatonu shizofreniju (F20.2), nediferenciranu shizofreniju (F20.3), postshizofrenu depresiju (F20.4), rezidualnu shizofreniju (F20.5), shizofreniju simplex (F20.6), ostalu shizofreniju (F20.8) i nespecificiranu shizofreniju (F20.9).“ [16] Kada govorimo o DSM – IV klasifikaciji tako razlikujemo; „paranoidni (295.30), dezorganizirani (295.10), katatoni (295.20), nediferencirani (295.90) i rezidualni (295.60) tip shizofrenije te shizofreniformni (295.40) i shizoafektivni (295.70) poremećaj.“ [11]

4.1.1. Paranoidna shizofrenija

Paranoidna – halucinatorna shizofrenija (F20.0) najčešći je oblik shizofrenije, te se zbog toga pripisuje velikom broju bolesnika primljenih u bolnicu. Za postavljanje ove dijagnoze tipično je postojanje sumanutih ideja, ponekad su to ideje proganjanja, ideje veličine, uz to sve javljaju se i slušne halucinacije koje prate sumanutosti. Kod bolesnika se može javiti dominacija sumanutih ideja, halucinacija, međutim može započeti i drugim simptomima kao što su poremećaj afekta, mišljenja a kasnije prevladavaju obmane osjetila i sumanutosti, međutim vrlo rijetko se to događa. Paranoidna shizofrenija od paranoidne psihoze neshizofrenog tipa razlikuje se po tome da; paranoidni sustav u neshizofrenoj psihozi mnogo bliži stvarnosti. Javlja se u tridesetim godinama, sam tijekom bolesti je dosta povoljan jer simptomi oboljelog jako brzo i dobro reagiraju na psihoterapiju, remisije su dosta povoljne te se brzo postižu. [4][5][16][17]

4.1.2. Hebefrena shizofrenija

Hebefrena ili dezorganizirana shizofrenija (F20.1) karakterizira je vrlo izražen formalni poremećaj mišljenja. Kod bolesnika javlja se bizarno ponašanje (dječje), nepovezan govor te osjećajna tupost. Počinje u pubertetu te zbog toga dolazi i sam naziv *grč. hebeos – dječak, fhrenos – duša*. Kod bolesnika se javlja izrazito neodgovorno seksualno ponašanje, uzbuđenje (vikanje i psovanje), odijevanje (zimski odjeća u ljetno vrijeme). Kod ovog tipa izražena je težnja socijalnoj izolaciji, a raspoloženje je površno (neprimjereno i nepredvidivo), moguća je pojavnost halucinacija i sumanutosti, no uglavnom su prolazne. Tijek bolesti uglavnom je loš zbog vrlo progresivnog tijeka i brzog propadanja ličnosti. [4][12]

4.1.3. Katatona shizofrenija

Kod katatone shizofrenije (F20.2) prevladavaju motorički poremećaji. Oboljeli se najčešće nalaze između katatone nepokretnosti ili divlje uzbuđenosti, također dolazi do smanjenog ili u potpunosti prekinutog kontakta s okolinom. Međutim bez obzira što bolesnik i po nekoliko sati bude u ukočenom položaju, nakon njega on može ispričati sve što se oko njega događalo. Bolesnici su negativno nastrojeni i pojavljuje se automatizam. Kada se kod bolesnika pojavi uzbuđeno stanje on može vikati, neprekidno pričati te istodobno vrlo brzo hodati. Tijek kod ovog tipa je dobar, s dobrim remisijama i recidivima, prognoza je povoljna osim kada je riječ o smrtnoj katatoniji, oblik kod kojeg se očituje jaka zakočenost i ne pomaže klasična psiho - terapija. Danas je katatoni oblik vrlo rijedak, baš zbog dobrog djelovanja lijekova na te bizarne motoričke pokrete.[4][5][13]

4.1.4. Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija (F20.3) ima različite simptome; halucinacije, sumanute ideje te dezorganizirano ponašanje. Može se reći da je ovaj tip psihotično stanje koje udovoljava po svim dijagnostičkim kriterijima shizofrenije, međutim ne zadovoljava kriterije za paranoidni, hebefreni i katatoni tip shizofrenije.[14][16]

4.1.5. Postshizofrena depresija

Postshizofrena depresija (F20.4) oblik kod kojeg se javlja depresivna epizoda, te se pojavljuje zbog samog shizofrenog poremećaja. Pozitivni i negativni simptomi bolesti se pojavljuju, ali ne prevladavaju u samoj kliničkoj slici bolesti. Kod bolesnik s ovim oblikom postoji rizik za samoubojstvo.[14][16]

4.1.6. Rezidualna shizofrenija

Rezidualni tip shizofrenije (F20.5) dijagnosticira se samo bolesnicima koji su imali barem jednu ili dvije epizode shizofrenije. Izraženi su negativni simptomi bolesti, mogu se pojaviti i pozitivni simptomi ali su vrlo blagi. Ovaj oblik je kronično stanje.[14][16]

4.1.7. Shizofrenija simplex

Simpleks formu shizofrenije (F20.6) karakteriziraju negativni simptomi, početak bolest je postupan, kroničan. Bolesnik se povlači u vlastiti svijet, okolina vidi da bolesnik mijenja svoje običaje i stari način života. Takve osobe jako teško pronalaze zadovoljstvo u životu, ili ga pronalaze u rijetkim stvarima i teško ih je motivirati. Prema MKB – 10 prevladavaju simptomi pod *i*. Oblik se ne pojavljuje često.[4][16]

5. Liječenje shizofrenije

Liječenje shizofrenije potrebno je sagledati sa više različitih stajališta. Postaviti neka od navedenih pitanja; Koji su ciljevi liječenja? Koje faze liječenja je moguće razlikovati? S kojim postupcima liječenja se raspolaže? Prvo pitanje je osnovno pitanje, jer da bi se moglo znati što se liječenjem želi postići, vrlo je bitno da se liječnik i bolesnik razumiju na samom početku. Tijek liječenja shizofrenog bolesnika vrlo je naporan proces za njegovu obitelj, liječnika, ostalog medicinskog osoblja pa tako i samog bolesnika. Na samom početku potrebno je napraviti kvalitetan terapijski plan koji će bolesniku pomoći da sačuva svoje socijalne i psihološke funkcije, koliko god je to moguće. Potrebno je pripremiti bolesnika i njegovu obitelj kako je liječenje dugotrajan proces, te uključuje provedbu različitim metodama kao što su; psihoterapijski postupci, socioterapijski postupci, biološke metode liječenja koje uključuju psihofarmakoterapiju i elektrostimulativnu terapiju. Tijekom procesa liječenja, bitno je informirati i educirati zajednicu, kako bi se uspostavilo što bolje socijalno funkcioniranje.[6][12][13]

Tretmani liječenja shizofrenije promijenili su se s pojmovima shizofrenije tijekom desetljeća a trenutno ih oblikuje bio - psihosocijalni model koji vodi do tri stupa terapije; Biološke terapijske metode koje koriste antipsihotike koji djeluju blokadom mozga, dopaminski receptori i modulacijski učinci na ostale moždane sustave. Psihosocijalni tretmani koji se bave aspektima rehabilitacije na radnom mjestu (poput programa zapošljavanja). Trenutni trendovi u razvoju novih tretmana za shizofreniju se mogu naći u pet područja; Nova farmakološka sredstva. Daljnji razvoj psihoterapije za shizofreniju. Nove somatske terapije poput transkranijalne magnetne stimulacije ili duboka stimulacija mozga. Poboljšanje kvalitete skrbi za mentalno zdravlje provođenjem smjernica i razvoj više učinkovitih modela njege. Razvoj ranih personaliziranih intervencija.[19] U procesu liječenja nije samo bitna terapija lijekovima, već se integracijom psihosocijalnih, obiteljskih, radno terapijskim postupcima postiže najučinkovitiji ishod liječenja.[13]

5.1. Psihofarmakoterapija (liječenje lijekovima)

Razvoj psihofarmaka započeo je završetkom Drugog svjetskog rata, što je dovelo do velikih promjena u liječenju psihičkih bolesti. Kad govorimo o shizofreniji, najvažniji razvoj bio je vezan za posebnu skupinu psihofarmaka (neuroleptika). Delay i Deniker (Francuski psihijatri) 1952. Godine, objavili su da je klorpromazinom moguće ublažiti simptome shizofrenije i manije. Neuroleptici omogućili su kvalitetno liječenje shizofrenije i sličnih poremećaja shizofreniji, te uvelike promijenili psihijatriju. Trajanje procesa liječenja smanjeno je čak sa 2 godine na 2 mjeseca. Liječenje lijekovima ne može izliječiti shizofreniju, već određeni antipsihotici djeluju na simptome na način da ih umanjuju ili čak u potpunosti uklanjaju, kao što su (halucinacije, sumanute ideje), što pomaže bolesniku da se vrati u stvarni svijet i počne normalno funkcionirati. Lijek koji će pomoći kod jednog pacijenta, ne mora biti učinkoviti i kod drugog pacijenta. Na izbor lijeka kod svakog bolesnika utječe niz čimbenika; klinička slika, izraženost simptoma, dostupnosti lijeka, pojavnost nuspojava i interakcija lijekova. Psihofarmaci djeluju na neuroprijenosnike u mozgu, te na taj način omogućuju bolje funkcioniranje mozga, smanjuju agresivnost, tjeskobu, depresivnost i djeluju umirujuće. Lijekovi će u 90% situacija dovesti do povlačenja simptoma, a djelovanje će nastupiti 6 – 8 tjedana od početka samog uzimanja terapije. Kada dođe do potpunog oporavka bolesnika nakon akutne faze, terapija lijekovima se nastavlja 3 – 6 godina nakon, kod težih slučajeva terapija se nastavlja dugi niz godina. [6][12][13][15]

Postoji više podjela antipsihotika. Povijesna klasifikacija sadrži tri generacije antipsihotika; „Prva generacija (klorpromazin, promazin, perazin, flufenazin, haloperidol),“ ovi antipsihotici slučajno su otkriveni te djeluje na produktivne simptome shizofrenije. „Druga generacija (sulpirid, klopazin, tioridazin),“ njima se pokušavaju eliminirati ekstrapiramidne nuspojave i pronaći lijekove koji će imati učinak i na negativne simptome shizofrenije. „Treća generacija (risperidon, olanzapin),“ rezultat su potrage čiji je cilj pronaći djelotvorniji antipsihotik sa što manje nuspojava. Kod kliničke klasifikacije je podjela na tipične (starije) i atipične (novije) antipsihotike. Tipični antipsihotici djeluju na blokadu D2 – receptora u mozgu, a podjela im je na; niskopotentne (bazične) i visokopotentne (specifične) antipsihotike. Kod ovih antipsihotika je izraženo dobro djelovanje na agresivnost, agitaciju, anksioznost, dok na negativne simptome nemaju učinak ili čak dovode do pogoršanja negativnih simptoma shizofrenije. Kod korištenja tipičnih antipsihotika dolazi do ekstrapiramidnog sindroma (EPS), te se on javlja se kod 60% - 70% pacijenata. Kod EPS bolesnik doživljava jaki unutarnji nemir, nelagodu, nemogućnost da bude na miru već potrebu za stalnim kretanjem, javlja se i distonija (nevoljni pokreti), te skup simptoma koji podsjećaju na Parkinsonovu bolest, može doći i do

malignog neuroleptičkog sindroma (MNS) međutim to je vrlo rijetka ali ozbiljna nuspojava, karakterizirana; mišićnim ukočenjem, povišenom tjelesnom temperaturom, nemogućnost gutanja, gubitak kontrole izlučevina, ubrzani rad srca i slično. Zatim atipični (noviji) antipsihotici čije liječenje shizofrenije ima učinak i na pozitivne i na negativne simptome bolesti, što je ključno za dobar terapijski učinak i ishod bolesti. Danas se preporučuje njihovo korištenje jer imaju vrlo malu sklonost izazivanja EPS-a, izazivaju vrlo malo neugodnih simptoma te pokazuju bolju učinkovitost na negativne simptome. Neki od atipičnih (novijih) antipsihotika su; klopazin, risperidon, olanzapin, kvetiapin, sertindol, ziprasidon, aripiprazol. Kod navedenih lijekova učinak se postiže na način da se blokiraju dopaminski i serotoninski receptori u mozgu, koji i imaju najveću ulogu u nastajanju shizofrenije.[9][12][13][15]

5.2. **Elektrokonvulzivna (elektrostimulativna) terapija**

Talijanski psihijatri Bini i Cerletti (1937. godine) prvi su izvijestili o uspješnosti elektrokonvulzivne terapije, tada u to vrijeme navedeni način terapije bio je jedina uspješna metoda liječenja u psihijatriji. Ovaj način terapije koristi se samo kada liječenje psihofarmacima i drugim postupcima u psihijatriji ne daju pozitivne rezultate bolesti. Način na koji se provodi elektrokonvulzivna terapija nazivaju još i „elektrošok terapija“, jako često se obilježava negativno na način da se misli kako je ovo vrsta mučenja, što u stvari nije točno. Elektrokonvulzivna terapija (EKT) označava terapijski postupak kojim se pomoću učinka električne struje tj. provedbom serije kratkotrajnih, kontroliranih električnih impulsa, na moždanu aktivnost te na taj način proizvodi pozitivne učinke na ljudski mozak. Električna struja izaziva konvulzije slične epileptičkom napadaju te se radi o vrlo učinkovitoj terapiji u svrhu liječenja; teške depresije, suicidalnih bolesnika, manije, katatonije te shizofrenije. Postupak EKT terapije zvuči dosta bolno, međutim radi se o potpuno bezbolnom obliku terapije jer se radi samo kada je bolesnik u anesteziji, te ga za sam postupak priprema anesteziolog. Prije postupka bolesnik se kratkotrajno uspava, primjenjuje se mrelaksans kao bi doveo do relaksacije mišića, te antikolinergik da se smanji lučenje sline i rizik za aspiraciju. Provedba ove terapije radi se 2 do 3 puta tjedno (ukupno 6 do 12 tretmana), nema većih komplikacija i nuspojava te je u potpunosti siguran oblik terapije. Kontraindikacija za EKT je kod osoba oboljelih od kardiovaskularnog i središnjeg živčanog sustava poput aneurizme, aneurizme aorte, infarkta miokarda, povišeni intrakranijalni tlak, tumori mozga i slično. Obavezno je da se prije EKT – e naprave internistički, neurološki pregledi, krvna slika, biokemijski parametri, analiza urina, EKG i EEG. Ako postoji potreba rade se i druge pretrage zbog sigurnosti bolesnika. „Elektrode se postavljaju obostrano ili jednostrano, odnosno oblik EKT može biti unilateralan ili bilateralan.

Razlika je u području mozga koji se stimulira, vremenu odgovora i nuspojavama. Kod unilateralne terapije jedna elektroda je postavljena na tjeme a druga na nedominantnu stranu (ako je osoba dešnjak, nedominantna strana je desna strana), na sljepoočnu regiju glave. Kod bilateralne terapije se elektrode stavljaju na obje sljepoočne regije glave.“ Neke od nuspojava koje se mogu pojaviti nakon postupka EKT terapije su; glavobolja, mučnina, dezorijentacija, zaboravnost, međutim sve te nuspojave su kratkog trajanja i prolazne.[6][13][19][20][21]

5.3. Psihoterapija

Američki psihijatar Harry Stack Sullivan prvi je primijenio psihoterapiju kod bolesnika oboljelih od shizofrenije. Primjenjivao je postupak, ne napadan razvoj odnosa povjerenja. Primjerice; „preporučivao je da terapeut sjedi malo sa strane od bolesnika, da bi se izbjeglo prisilno gledanje oči u oči, za koje se vjerovalo da je u ranim stadijima terapije odveć zastrašujuće. Nakon mnogih terapijskih sastanaka, uz uspostavu većeg povjerenja i podrške, analitičar počinje bolesnika ohrabrivati da propita vlastite međuljudske odnose.“ Psihoterapija omogućuje bolesniku da spozna poteškoće s kojima se bori, te kako one možda imaju korijene u djetinjstvu ili u trenutnim životnim situacijama. Jedan od ciljeva psihoterapije je taj da se bolesnici suoče sami sa sobom i svojim životom, da uspostave odnos sa obitelji, liječnikom i na taj način se postiže najbolje moguće socijalno funkcioniranje pojedinca. Lijekovi jesu vrlo važni za borbu sa shizofrenijom ali oni ne mogu pomoći osobi da shvati što se događa oko nje, kako se suočiti sa vlastitim životom, kako komunicirati, kako uspostaviti odnose s drugim ljudima. S vremenom oboljeli od shizofrenije uče kako razlikovati stvarno od nestvarnog te počinju razumjeti svoje probleme i samog sebe u kompletnom procesu. Psihoterapiju moguće je provoditi u grupi ili s pojedincem, te je jako bitno uključiti obitelj, bez psihoterapije danas je gotovo nemoguće zamisliti liječenje bolesnika oboljelog od shizofrenije.[5][6][13][19]

5.4. Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) je vrlo učinkovita terapija kada govorimo o liječenju shizofrenije. Terapeut i bolesnik zajedno pokušavaju razumjeti i pronaći gdje nastaju problemi između odnosa misli, osjećaja i ponašanja. Simptomi koji su specifični njima se pridaje posebna pažnja. „KBT je psihološki postupak koji se koristi kako bi se pomoglo osobi da uspostavi vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje funkcioniranje te da ponovno prosuđuje svoju percepciju, vjerovanja u odnosu na simptome, koji su predmet intervencije.“ Bihevioralne intervencije uspijevaju preokrenuti učinke institucionalizacije na način da se unaprijede socijalne vještine poput samopouzdanja kod osoba.[5][22]

5.5. Socioterapija

Socioterapija za cilj ima pripremu bolesnika za povratak u njegovu sredinu, tijekom ili nakon završenog psihijatrijskog liječenja. Određenim postupcima koje obuhvaća socioterapija, djelujemo na bolesniku i njegovu obiteljski i radnu okolinu. Pokušava se poboljšati socijalno funkcioniranje tj. bolesnikova sposobnost resocijalizacije (prilagodbe). Također osnovni cilj je motivirati i uključiti bolesnika u vlastito liječenje. Već je spomenuto kako je rad s obitelji vrlo bitan za oboljelog, tako je i ovdje bitno uključiti obitelji kako bi oboljelog člana nakon izlaska iz bolnice bez ikakvog straha prihvatila u svoju okolinu i svojim ponašanjem pravodobno reagirala na njegove postupke. Neki od socioterapijskih postupaka; terapijska zajednica, okupacijska i radna terapija, poznavanje i učenje socijalnih vještina, rekreacija, terapija glazbom, plesom, filmom, slikanjem i slične aktivnosti s kojima se pojedinac susreće u svakodnevnom životu. Pozitivna strana socioterapije je i to što se može organizirati izvan institucije, sama rehabilitacije na taj način ima svoje prednosti nad bolničkim liječenjem; isplativija je a jednako učinkovita. Takvim načinom liječenja izbjegavamo stigmatizaciju oboljelih od shizofrenije koja je nažalost još uvijek prisutna.[23]

5.5.1. Edukacija i rad s obitelji

Edukacija obitelji o stanju bolesnika i samoj bolesti jako je bitan postupka jer pridonosi boljoj suradnji i izgradnji dobrog terapijskog odnosa u procesu liječenja. Kroz edukaciju bolesnik i njegova obitelj će naučiti prepoznati simptome bolesti, rane znakove pogoršanja, zapravo sve što mogu naučiti o shizofreniji. Može se provoditi kao individualni ili grupni postupak koji uključuje; sve informacije o bolesti i liječenju, kako se nositi s bolesti, međusobnu suradnju, otkrivanje simptoma bolesti, naučiti zaštitne faktore, faktore rizika, te pomoći bolesniku i obitelji da nauče razumijevanje stigme i diskriminacije.[13][22]

Obitelj oboljelog od shizofrenije pati skoro isto kao i sam bolesnik. Postavljaju si pitanja jesu li pogriješili u nečemu. Postoje istraživači u Velikoj Britaniji i SAD koji su 60 – ih godina mislili kako su obiteljski odnosi tj. obitelj uzrok shizofrenije; istraživanje se kasnije pokazalo pogrešnim ali je tijekom nekog vremena, izazivalo osjećaj krivnje kod obitelji. Novija istraživanja govore o tome kako se oboljeli od shizofrenije puno bolje oporavlja i vrlo rijetko završi hospitaliziran ako je okružen obitelji u kojoj vlada podrška i nema mjesta kritiziranju. Cilj rada s obitelji je taj da se oboljelom članu pruži sva moguća podrška, koja uključuje; smanjenje stresa i emocionalnog opterećenja te prevenciju relapsa bolesti. Preporuka je da se provodi barem 10 sastanaka sa obitelji u periodu od minimalno 9 mjeseci.[6][13][22]

6. Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel

Od velike važnosti je da se pri prvom kontaktu sa bolesnikom stvari osjećaj sigurnosti i povjerenja. Bolesnik kad odluči potražiti pomoć, u svakom zdravstvenom djelatniku vidi osobu koja će mu pomoći da se suoči s bolesti. Osoba koja ima psihičke tegobe biti će nepovjerljiva, najčešće takve osobe dolaze u pratnji sa obitelji, vozilom hitne pomoći, prijateljem, susjedom, socijalnom službom, policijom. Na samom dolasku prvo susreće medicinsku sestru i njen prvi zadatak je da stekne povjerenje, ublaži neugodu i pokuša pripremiti osobu za pregled liječnika. Medicinska sestra ukoliko je u mogućnosti dužna je zadržati pratnju bolesnika zbog potrebe za heteroanamnestičkim podacima o pacijentu. Kada pregled pacijenta i razgovor sa pratnjom završi, liječnik će odlučiti koji će biti daljnji postupak. Ako je potreba hospitalizacija, nakon upisa u bolnicu, medicinska sestra će pacijenta, pratnju, svu medicinsku dokumentaciju odvesti na odjel, gdje sve dalje odrađuju medicinske sestre na odjelu. Jako je bitno na koji način prođe prve hospitalizacija, jer početak izaziva brojne psihološke doživljaje koji bolesnika čine uzbuđenim, uplašenim, napetim i slično, dok naravno ima i bolesnika koji će mirno prihvatiti hospitalizaciju. Prilikom dolaska na odjelu, svaki bolesnik se treba presvući u bolničku odjeću i napraviti osobnu higijenu ukoliko je potrebno. Sve stvari koje su donešene s bolesnikom treba pregledati, zbog opasnosti od oštih predmeta, lijekova a novce i druge vrijedne stvari pohraniti negdje na sigurno na odjelu ili ukoliko je to moguće najbolje poslati kući sa obitelji. Kod pacijenata s kojima je moguće uspostaviti komunikaciju medicinska sestra ga odvodi u sobu, upoznaje s okolinom, ostalim pacijentima, osobljem, kućnim redom, radnom terapijom i slično. Kod agresivnog bolesnika ne dolazi u obzir neki drugi oblik terapije, već se pristupa s mjerama fizičkog zbrinjavanja, primjenjuju se selektivno i vrlo kratko, naglasiti kako je intervencija nužna, određuje ju liječnik. Kod takvih bolesnika potrebna je intenzivna psihijatrijska skrb, što znači stalna prisutnost educirane i iskusne medicinske sestre.[12]

Prijem na odjel može biti redovan, hitan ili se može raditi o prisilnoj hospitalizaciji. Kod redovnog prijema bolesnik je upućen iz ambulante, poliklinike ili savjetovališta. Kod hitnog prijema zaobilazi se administracija, te se nakon pregleda bolesnik odmah zaprima na odjel. Kada dođe do toga da bolesnik zbog svoje bolesti ugrožava sebe, okolinu ili materijalna dobra potrebno ga je prisilno hospitalizirati. Prisilna hospitalizacija je regulirana propisima, Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama. Psihijatar koji zaprimi bolesnika utvrđuje razloge prisilne hospitalizacije i njegova donešena odluka mora biti obrazložena i utemeljena na stvarnim razlozima. Psihijatrijska ustanova još je dužna u roku od 12 sati po prisilnom zadržavanju obavijestiti nadležni Županijski sud. Sudac je prema Zakonu o zaštiti osoba sa duševnim

smetnjama, dužan u roku od 78 sati od primitka obavijesti, prisilno hospitaliziranu osobu posjetiti u ustanovu, obavijestiti o razlogu i svrsi sudskog postupka i saslušati bolesnika.[31][32][33]

7. Sestrinska skrb za oboljelog od shizofrenije

Medicinska sestra osoba je koja najviše vremena provodi s pacijentom te zbog toga je važno naglasiti njenu ulogu. Promatranjem pacijenta i uvidom u već postojeće osnovne podatke tj. simptome ona utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Problem koji se utvrdi mora se odmah i rješavati, kako bi se riješio medicinska sestra određuje intervencije točnije napraviti kompletan plan zdravstvene njege. S obzirom na da se kod bolesnika oboljelih od shizofrenije javljaju simptomi kao što su; halucinacije, promjene u ponašanju i mišljenju, sumnjivost, agresivnost i mnogi drugi koje smo prethodno već nabrojali, medicinska sestra mora imati određene vještine komunikacije u radu s ovim bolesnicima. Potrebno je uspostaviti povjerljiv odnos, jer njen rad uključuje edukaciju o; bolesti, terapiji, razgovor s obitelji i sl. Medicinske sestre u radu sa bolesnicima oboljelim od shizofrenije moraju imati veliko znanje, strpljenje, poznavanje i posjedovanje određenih vještina.[4]

Pružanje sestrinske skrbi utemeljeno je na namjernom, utvrđenom, organiziranom pristupu zadovoljavanja potreba bolesnika i rješavanju problema. Medicinska sestra je „zamjena“ za ono što nedostaje bolesniku (snaga, volja, znanje), a to ga čini potpunim i neovisnim. U samom procesu sestrinske skrbi uvažava se individualni pristup a sam bolesnik je subjekt zdravstvene njege.[12]

Ciljevi zdravstvene njege shizofrenih bolesnika;

- „Promicanje i unaprjeđenje interakcije između oboljelog i njegove okoline
- Povećati i pojačati psihološku stabilnost
- Osigurati zaštitu
- Poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču, promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom“[4]

7.1. Sestrinska dokumentacija

Sestrinska dokumentacija od velikog je značaja u psihijatriji i ona je početak i prvi korak za skrb bolesnika. Omogućava komunikaciju tima, pomoću sestrinske dokumentacije se koordinira rad zdravstvene njege, služi kao pravna zaštita, ima utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege. Obuhvaća sve intervencije i opservacije vezane uz bolesnika i na kraju omogućuje provjeru svega učinjenog za bolesnika kao i samu procjenu što se još može ili mora učiniti. Dokumentacija počinje sestrinskom anamnezom, nju čini skup podataka o; tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima sadašnjeg i prošlog zdravstvenog stanja i ponašanja

bolesnika. Podaci mogu biti prikupljeni od samog bolesnika ili od njegove obitelji, za prikupljanje podataka koriste se razne tehnike poput; intervju, promatranje bolesnika i analiza podataka. Medicinska sestra kada prikupi sve potrebe podatke, pomoću njih bi trebala prepoznati problem i uzrok te odabrati intervencije najbolje za bolesnika. Bitno je naglasiti da sestrinska dijagnoza nije povezana sa medicinskom tj. ne bi trebala. Sestrinska dokumentacija mora biti jasna i sažeta, a obrazac praktičan i jednostavan. U psihijatrijskoj skrbi ne brine se samo o tjelesnom stanju, nego se prate i promjene u psihičkom stanju bolesnika. Kod vođenja dokumentacije treba raspraviti sa svim članovima sestrinskog tima kako bi se znalo da svi sve razumiju što se događa s bolesnikom i na taj način pridonosi boljem planu liječenja.[12]

7.2. Moguće sestrinske dijagnoze

Sestrinska dijagnoza odnosi se na zdravstveno stanje ili aktualno promijenjen obrazac ponašanja, za kojeg medicinska sestra može procijeniti potrebu za određene intervencije u svrhu održavanja zdravstvenog stanja. Dokumentacija koja je dobro i kvalitetno izrađena, osigurava kontinuiranost i kronološki pregled skrbi i svih postignutih rezultata, važne podatke o bolesniku ali i podatke koji se mogu koristiti za razna sestrinska istraživanja. Sadrži podatke o 24-satnom zbrinjavanju bolesnika, kvalitetan je izvor podataka za sve članove zdravstvenog tima.[12] Kako bi se postigli ciljevi u zdravstvenoj njezi osobe koja je oboljela od shizofrenije, jako je važno da su sve sestrinske intervencije individualizirane, ovisno o dijagnozi primjenjuje se one intervencije koje su najučinkovitije. U nastavku su izdvojene sestrinske dijagnoze:

7.2.1. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane

Uslijed deluzija ili halucinacije se uočavaju promjene u prehrani a povezane su s unosom hrane. Kod uzimanja nekih psihotropnih lijekova javlja se povećani tek, gubitak na težini ili debljanje, upale i infekcije bukalne šupljine, disfunkcionalni ritam prehrane.

Sestrinske intervencije;

- „Praćenje dnevnog unosa hrane u 24 sata i dokumentiranje ritma hranjenja i razine aktivnosti
- Poticati bolesnika da regulira unos kalorija programom tjelesnih aktivnosti, odnosno vježbi
- Strukturiranje vremena potrebnog za hranjenje i ograničavanje unosa hrane u količinama

- većim od nutricionističkih potreba
- Davanje češćih, manjih obroka
- Poticati bolesnika da sam odabire hranu koju želi jesti te ispuniti to ukoliko je moguće
- Primijeniti postupke sprječavanja upalnih procesa sluznice usne šupljine.“[4]

7.2.2. Smanjena mogućnost brige o sebi; odijevanje, eliminacija, osobna higijena, hranjenje

Ova dijagnoza prepoznaje se prema; nesposobnosti i poteškoći u hranjenju, održavanju higijene, oblačenju, eliminaciji.[4]

SMBS – hranjenje

Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.[30]

Sestrinske intervencije;

- „Osigurati pacijentu dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- Svu potrebnu odjeću, pribor i pomagala staviti na dohvata ruke pacijentu
- Osigurati pacijentu sigurnu okolinu (suhi podovi, držači na zidovima, dobro osvijetljene)
- Raspravljati sa pacijentom o osobnom izgledu, dotjeranosti i poticati pacijenta u odijevanju odjeće svijetlijih boja, davanje pozitivnog feedbacka
- Procijeniti stupanj samostalnosti (ukoliko je potrebno, pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu)
- Osigurati dovoljno vremena i ne požurivati pacijenta, osigurati privatnost
- Uspostavljanje povećane dnevne aktivnosti
- Upotreba laksativa za omekšavanje stolice, ukoliko je potrebno
- Pomoći bolesniku da razvije odgovarajući i učinkovit plan za higijenske potrebe i potrebe samozbrinjavanja
- Biti u blizini pacijenta tijekom obavljanja aktivnosti osobne higijene, osigurati potreban pribor i pomoći ukoliko je potrebno
- Uključivanje regularnih intervala za obavljanje toalete
- Procijeniti stupanj samostalnosti kod hranjenja, osigurati dovoljno vremena i biti uz pacijenta za vrijeme hranjenja
- Smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj: visoki Fowlerov položaj

- Planiranje zajedno sa bolesnikom učinkovite i svrsishodne upotrebe resursa koji postoje u samome društvu, poput npr. programi prehrane, uključivanje u radionice, grupni rad...
- Poticati unos tekućina ako je to potrebno.“[4][28]

Neki od ciljeva:

- „Pacijent će biti primjereno obučen te će biti zadovoljan postignutim
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti u odijevanju
- Pacijent će pokazati želju i interes za dotjerivanjem
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja zatražiti pomoć od medicinske sestre u vezi eliminacije
- Pacijent će biti uredan, čist i suh
- Pacijent će znati objasniti i primijeniti načine za sigurno obavljanje osobne higijene
- Pacijent će za vrijeme hospitalizacije biti čist, uredan, bez oštećenog integriteta kože
- Pacijent će izraziti želju i interes za jelom
- Pacijent će povećati razinu samostalnosti u hranjenju.“[28]

SMBS – osobna higijena

Stanje gdje osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

SMBS – odijevanje i dotjerivanje

Stanje gdje osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

SMBS – eliminacija

Stanje gdje postoji smanjena ili nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice.

7.2.3. Anksioznost

Anksioznost je osjećaj neugode ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, uzrokovan nekom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne zna nositi. Ova sestrinska dijagnoza prepoznaje se iz podataka neprikladnih regresivnih reakcija ili odsutnosti reakcija, siromašnog i oskudnog vidnog polja, usmjerenost samo na sebe, pojačano zapažanje, nemogućnosti rješavanja problema, strah od gubitka kontrole.[4][28]

Sestrinske intervencije;

- „Uspostavljanje povjerenja pažljivim odnosom kojim bolesniku pružamo potporu i osjećaj prihvaćanja
- Procijeniti intenzitet, učestalost i trajanje
- Poticati i ohrabrivati bolesnika na verbaliziranje strahova
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
- Pružiti pomoć pri identificiranju izvora anksioznosti i područja za koja osjeća zabrinutost
- Demonstriranje i provođenje učinkovitih strategija suočavanja sa anksioznošću (npr. tehnike opuštanja, meditacija, tjelovježba, vježbe dubokog disanja, vođena imaginacija)
- Osigurati mirnu i tihu okolinu (smanjenje buke, umirujuća glazba)
- Ukoliko pacijent pije terapiju, poučiti ga o pravilnom uzimanju anksiolitika.“[4][28]

Neki od ciljeva:

- „Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznošću
- Pacijent će moći prepoznati i nabrojati znakove i čimbenike rizika anksioznošću
- Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe“

7.2.4. Društvena izolacija

Socijalna izolacija stanje je u kojem pojedinac ima subjektivan osjećaj usamljenosti i veliku potrebu i želju za većom povezanosti sa drugima, međutim za to nije sposoban ili ne može uspostaviti kontakt. Simptomi mogu biti; poteškoće u stvaranju odnosa sa drugima, osjećaj odbacivanja, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvo, nesigurnost i povlačenje iz društva.

Sestrinske intervencije;

- „Provođenje vremena s bolesnikom i boravak s njim
- Stvaranje i uspostavljanje kratkih i sažetih interakcija koje će bolesniku omogućiti komunikaciju o interesima, zabrinutostima i sl.
- Pružanje potpore bolesniku da sudjeluje u aktivnostima sa drugima na grupnim sastancima
- Identificiranje sustava za pružanje podrške i potpore bolesniku poput obitelji, prijatelja, suradnika i dr.

- Procjena obiteljskih odnosa, oblika komunikacije
- Ohrabrivati pacijenta i pohvaliti svaki njegov napredak
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju“

Neki od ciljeva:

- „Pacijent će prepoznati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će razviti suradljiv odnos
- Pacijent će za vrijeme hospitalizacije ostvariti pozitivne odnose sa drugima.“[4][29]

7.2.5. Neupućenost

Radi se o nedostatku znanja i vještina o specifičnom problemu.

Sestrinske intervencije;

- „Poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina
- Proces učenja prilagoditi pacijentovoj kognitivnoj sposobnosti, dobi
- Osigurati pacijentu pomagala tijekom edukacije
- Poticati pacijenta i obitelj da postavljaju pitanja
- Provjeriti znanja i vještine pacijenta, osigurati demonstraciju istih
- Poticati pacijenta da verbalizira osjećaje
- Pohvaliti pacijenta za usvojena znanja“

Neki od ciljeva:

- „Pacijent će verbalizirati specifična znanja i vještine
- Obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentu“[29]

7.2.6. Smanjen stupanj samopoštovanja

Stanje kod kojeg osoba ima negativnu percepciju sebe i vlastitih mogućnosti. Simptomi prema kojima možemo prepoznati ovo stanje su izražavanje bezvrijednosti, negativni osjećaji prema samom sebi, nepravilan razvoj samopoštovanja, beznadnost, autizam, krive prosudbe i dr.

Sestrinske intervencije;

- „Provoditi određeno vrijeme sa bolesnikom, slušati i prihvaćati bolesnika

- Poticati ga i ohrabrivati da izrazi svoja razmišljanja o područjima o kojima želi razgovarati te da verbalizira svoje osjećaje
- Pomoći bolesniku da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje
- Poticati ga i ohrabrivati da prepozna svoje pozitivne karakteristike
- Poticati bolesnika na sudjelovanje u odgovarajućim aktivnostima
- Ohrabrivati njegove sposobnosti, napore i pokušaje
- Poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela
- Raspravljati s bolesnikom o pozitivnim aspektima njegova osobnog sustava kao što su socijalne vještine, radne sposobnosti, edukacija, osobni izgled
- Koristiti duhovne resurse (ukoliko je to ono što bolesnik želi) kao što su molitve, smisao vjere i sl., ili bilo koje resurse koji će pomoći bolesniku u suočavanju dostojanstva i prihvaćanja njegove koristi“

Neki od ciljeva:

- „Bolesnik će o sebi razmišljati pozitivno
- Bolesnik će u socijalnoj interakciji sudjelovati sa drugima“[4][30]

7.2.7. Promijenjeni obiteljski odnosi

Ova dijagnoza se uočava iz poteškoća koje su između članova obitelji, neučinkovitih procesa kod donošenja odluka, ne slaganje u obitelji.

Sestrinske intervencije;

- „Determiniranje i određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije bolesti
- Praćenje i bilježenje sposobnosti i vještina rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, ograničenja i komunikacija, pravila
- Procjena spremnosti obitelji da reintegrira bolesnika u sustav sposobnosti poput sposobnosti obitelji da iskoristi pomoć ili da se suoči sa krizom na odgovarajući način (adaptacija, promjena) Pružanje podataka i informacija o terapiji i resursa iz zajednice koji pružaju potporu (npr. obrazovno savjetovalište, centri za dnevnu skrb, zaštitne radionice).“[4]

7.2.8. Seksualna disfunkcija

Stanje gdje osoba ima promjenjiv obrazac seksualnog funkcioniranja. Dijagnoza se prepoznaje po; neuobičajeno seksualnom ponašanju, nemogućnost upoznavanja spolnog partnera, uključivanje i višestruke spolne veze, endokrinološke promjene nastale uzimanjem antipsihotropnih lijekova.

Sestrinske intervencije;

- „Osigurati privatnost u razgovoru sa bolesnikom
- Objasniti bolesniku učinke lijekova, bolesti i stanja na promjenu seksualnog funkcioniranja
- Educirati bolesnika o metodama kontracepcije
- Educirati bolesnika o spolno prenosivim bolestima
- Bolesnika i partnera uključiti u grupnu terapiju
- Ohrabrivanje bolesnika da identificira i izvijesti o promjeni u spolnom funkcioniranju
- Poticati bolesnika na fizičku aktivnost, ukoliko je to dozvoljeno“

Neki od ciljeva:

- „Bolesnik će vratiti seksualnu funkciju
- Bolesnik će shvatiti važnost primjerenog seksualnog funkcioniranja“[4][30]

7.2.9. Visok rizik za samoubojstvo

Ponašanje pojedinca koje ukazuje da postoji mogućnost samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom.

Sestrinske intervencije;

- „Osigurati sigurnu okolinu i ukloniti opasne predmete
- Često kontrolirati prostor u kojem boravi i noćni ormarić
- Uspostaviti odnos s bolesnikom temeljen na povjerenju
- Obavijestiti obitelj da ne donose nikakve opasne predmete bolesniku
- Biti uz bolesnika kad god je to moguće
- Poticati bolesnika na postavljanje kratkoročnih, ostvarivih ciljeva
- Uključiti obitelj u skrb za bolesnika“

Neki od ciljeva:

- „Bolesnik će verbalizirati svoje osjećaje i suicidalne misli
- Bolesnik će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone
- Bolesnik će sudjelovati u provođenju tretmana“[30]

7.2.10. Visok rizik za samoozljeđivanje

Stanje kod kojeg osoba pokazuje da će se namjerno ozlijediti. Ponašanja koje se mogu javiti kod ovog stanja su; paljenje kože, bodenje, rezanje, udaranje glavom, grebanje, uzimanje većih doza lijekova, gutanje predmeta, šamaranje, čupanje kose.

Sestrinske intervencije;

- „Uspostaviti odnos temeljen na povjerenju
- Poticati bolesnika da izražava svoje osjećaje
- Omogućiti bolesniku osjećaj sigurnosti
- Objasniti bolesniku svaku intervenciju i postupak
- Podučiti obitelj o znakovima samoozljeđivanja i intervencijama u slučaju pokušaja
- Bolesnika uključiti u grupe podrške“

Neki od ciljeva:

- „Pacijent se neće ozlijediti
- Obitelj bolesnika će znati adekvatno reagirati“[30]

7.2.11. Visok rizik za nasilno ponašanje

Dijagnoza koja nam govori o mogućem fizičkom, psihičkom, seksualnom nasilnom ponašanju prema drugim osobama.

Sestrinske intervencije;

- „Osigurati sigurno i mirno okruženje za bolesnika
- Izbjegavati dodirivati bolesnika, biti pažljiv i oprezan ako ga namjeravamo potapšati po ramenu
- Zadržati kontrolu i smirenost nad situacijom

- Biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na nasilno i agresivno ponašanje, porast psihomotoričke aktivnosti, intenzitet afekata, verbalizaciju deluzionalnog mišljenja, zastrašujućih halucinacija
- Poticati bolesnika da govori i ohrabrivati ga da verbalizira osjećaje
- Pružiti pomoć bolesniku da definiira alternative s obzirom na agresivno ponašanje, poticati ga na uključivanje u fizičke aktivnosti (samostalnu aktivnost ukoliko ne može grupnu)
- Koristiti čaše i pribor za jelo kojima ne može nanijeti ozljedu“

Neki od ciljeva:

- „Bolesnik će uspostaviti kontrolu ponašanja
- Bolesnik će pokazivati socijalno prihvatljivo ponašanje“[4][30]

7.2.12. Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije

Sestrinske intervencije;

- „Ohrabrivanje i poticanje bolesnika da identificira potrebu za aktivnostima i tjelovježbom
- Odrediti postojeću razinu aktivnosti pomoću procjene trajnosti pozornosti te sposobnosti tolerancije drugih osoba u okolini
- Strukturirati vrijeme koje je prikladno za vježbu i aktivnost, praćenje stimulacija iz okoline kao što su radio, TV, posjete i sl..“[4]

7.2.13. Promjena senzoričkog – perceptivnog funkcioniranja

Poremećaj u afektivnom planu, odnosu prema okolini, iluzije, halucinacije, panične razine anksioznosti, promjene u svakidašnjim reakcijama na određeni podražaj te promjene psihomotoričkog ponašanja, sve to navedeno govori u prilog ovoj dijagnozi.

Sestrinske intervencije;

- „Provoditi vrijeme sa bolesnikom i pozorno ga slušati
- Pružiti mu podršku te pohvaliti napredak
- Djelotvornom komunikacijom se orijentirati na stvarnost

- Uporaba distraktora (igre, glazba, TV) može dati bolesniku potporu da ponovno stekne sposobnost kontrolirati svoje reakcije na primijenjene percepcije
- Uspostaviti povjerljiv odnos
- Ne pojačavati halucinacije, umjesto riječi „oni“ koristiti riječ glasovi, zbog toga što riječ poput „on/oni“ potvrđuju da su glasovi stvarni“[4]

7.2.14. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja, razumijevanja

Kod bolesnika primjećujemo dezintegraciju procesa mišljenja i shvaćanja, psihološke konflikte, krive prosudbe, poremećaj spavanja, konfuzije u odnosu na okolni svijet, ambivalencija, ovisnost, ideja odnosa, netočno i krivo interpretiranje okoline i nemogućnost donošenja odluka.

Sestrinske intervencije;

- „Stvaranje terapijskog odnosa između terapeuta i bolesnika
- Terapijska komunikacija
- Pravilno pristupanje kod promijenjenih procesa shvaćanja i razmišljanja
- Osigurati sigurno ozračje u emocionalnom smislu, onog koji pruža sigurnost, odnosno mogućnost interpersonalnih interakcija
- Izražavati želju da se shvati i razumije bolesnikovo shvaćanje i razmišljanje, razjašnjavanjem nejasnoga, fokusiranjem na osjećaje više nego na sadržaj, pažljivo slušati bolesnika i regulirati slijed i tok misli ako je potrebno
- Ne upuštati se u rasprave i diskusije s dezintegriranim mišljenjima i shvaćanjima
- Aktivno slušati (time identificiramo bolesnikovo mišljenje i poboljšavamo razumijevanje)“[4]

7.2.15. Individualna neučinkovitost i neučinkovitost sučeljavanja

Opadanje sposobnosti donošenja odluka, umanjivanje problema, nepridržavanje terapijskog plana, skromno samopoštovanje, kronična anksioznost i depresija, promjena u sudjelovanju u društvu i društvenom životu, sve to nam govori da se radi o navedenoj dijagnozi.

Sestrinske intervencije;

- „Pomoći bolesniku da diskutira o mišljenjima, percepcijama, shvaćanjima i osjećajima

- Ohrabrivati pacijenta da izrazi područja koja ga interesiraju i koja su mu važna
- Podržati ga i podupirati u formuliranju realističnih ciljeva i učenju prikladnih i odgovarajućih tehnika rješavanja problema
- Zajedno sa pacijentom istražiti različite uzroke koji utječu na nepridržavanje plana
- Objasniti važnost pridržavanja uputa liječnika“

Neki od ciljeva:

- „Pacijent će identificirati izvore nezadovoljstva
- Pacijent će izraziti svoje mišljenje, sugerirati će i sudjelovati u poboljšanju plana
- Pacijent će uspješno provoditi terapijski plan i plan promicanja zdravlja“[4][30]

7.2.16. Narušena verbalna komunikacija

Kod pacijenta se javlja nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje nelogično, asocijalno, izgubljeno bezbalno izražavanje, paralogički jezik, eholalija, stereotipno ponašanje, izražavanje u smislu ehopraksija.

Sestrinske intervencije;

- „Osigurati normalno okruženje koje ne izaziva strah i koje je sigurno za bolesnikovu komunikaciju
- Upotrijebiti alternativne metode komunikacije: mimikiranje, plesanje, šaranje, crtanje, pjevanje
- Izbjegavati svađe, rasprave, sukobe i usuglašavanje sa netočnim tvrdnjama (treba ponuditi realni odgovor na neosuđujući način)
- Upotrijebiti vještine komunikacije poput parafraziranja, reflektiranja i sl.
- Biti otvoreni i iskreni u terapijskom korištenju verbalne i neverbalne komunikacije“[4]

7.2.17. Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa

Stanje gdje osoba ne prepoznaje rizike, ne želi tražiti pomoć kako bi očuvao zdravlje ili ne održava dobivenu podršku i pomoć.

Sestrinske intervencije;

- „S pacijentom ostvariti odnos povjerenja

- Pri razgovoru potrebno je osigurati miran prostor bez mogućnosti ometanja
- Dogovoriti ciljeve podučavanja
- Poticati ga na izražavanje vlastitih potreba i želja
- Pacijenta podučiti o važnosti usvajanja znanja o prestanku/smanjenju pušenja, konzumiranja alkohola, o pravilnoj higijeni i prehrani, redovitoj fizičkoj aktivnosti i sl.“

Neki od ciljeva:

- „Pacijent će pokazati želju za znanjem
- Pacijent će sa razumijevanjem govoriti o usvojenom sadržaju
- Pacijent će samostalno koristiti dostupne izvore za učenje i informiranje“[29]

8. Stigmatizacija oboljelih od shizofrenije

Stigma je gotovo uvijek negativnog značenja, obilježava osobu na ružan način, u ovom slučaju jer boluje od psihičke bolesti. Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti. Glavni uzrok je strah i neznanje o shizofreniji, te uvjerenja da se psihička bolest ne može liječiti. Taj određeni strah i sram koji okružuju psihičke bolesti, traje već stoljećima te je stigma psihičke bolesti jedna od najstarijih. Općenito govoreći o stigmatizaciji, označava se etiketiranje osobe koja je drugačija od ostalih „normalnih“ što na kraju rezultira isključivanjem iz društva i osjećaj ne prihvaćanja. Kada govorimo o stigmatizaciji shizofrenije, ona najčešće proizlazi iz krivih vjerovanja kao što su; shizofreni su agresivni, opasni, nesposobni, neizlječiva bolest, da se lako prenosi s osobe na osobu, slabici koji su si samo krivi za svoju bolest. Zbog svega toga takve osobe se osjećaju diskriminirano i imaju osjećaj da se više nikada neće uklopiti. Diskriminirati nekog znači; zakinuti nekog za posao zbog bolesti, iako je sposoban obavljati određeni posao i sl.[13][25][26]

Posljedice koje se mogu javiti kod stigmatiziranih najčešće su negativne i ne moraju biti izraženi samo na oboljeloj osobi, već i na obitelji oboljelog. Brojni programi govore kako bi se sa stigmatizacijom trebalo boriti na svim razinama što uključuje; javnost, oboljelog, članove obitelji i liječnike. Ljudi zapravo nemaju znanje o psihičkim bolestima niti ih to zanima, sve dok se bolest ne dotakne njih ili njihove obitelji. Neke od metoda borbe protiv stigme su kombinacija edukacije, kontakta s predstavnicima stigmatiziranih grupa i protesta. Stigma na bolesnika oboljelog od shizofrenije ima jako negativne posljedice na zdravlje pojedinca; narušava osjećaj vrijednosti, javlja se izolacija kod oboljelih te dovodi do društvene isključenosti.[13][25]

U današnje vrijeme sve je veći broj psihičkih oboljenja te se pokreću razne akcije za borbu protiv stigmatizacija. Cilj tih akcija je vraćanje dostojanstva oboljelih i da se utječe na sve negativne učinke stigme.[27] Svjetska zdravstvena organizacija je postavila određene preporuke kada je u pitanju provođenje antistigma programa:

- „Program mora biti kontinuiran, a ne samo jedna kampanja (zbog gubitka učinka nakon prestanka kampanje) i trebao bi biti rutinski dio zdravstvene i socijalne službe“
- „Program mora imati važnosti u sredini u kojoj se provodi i mora biti uspješan, sredina mora biti zainteresirana i treba ga podržati, rezultati provođenja moraju biti mjerljivi u kategorijama poput povećanja znanja, promjene stavova i sl.“
- „Problem bi trebao biti povezan sa problemom kojeg doživljavaju oboljele osobe i njihova obitelj (mora biti planiran na temelju prioriteta, npr. zapošljavanje)“

- „Program treba biti rezultat timskog rada više službi, a ne samo zdravstvene i treba uključivati osobe koje su izložene stigmati“
- „Program mora aktivno uključivati i oboljelog i njegovu obitelj“
- „Model koji se primjenjuje mora biti razumljiv i mora sadržavati instrumente potrebne za evaluaciju koji mjere poboljšanje znanja, stavova, diskriminacije i dr. Program se treba provoditi na nacionalnoj razini“[27]

9. Tijek i prognoza bolesti

Tijek shizofrenije ovisi o mnogim utjecajima a oni su vezani za ranije značajke bolesti, vrste stresova i neke zaštitne čimbenike u cijeloj zajednici. Početak može biti iznenadan ili podmukao te je različit kod svakog bolesnika. Bolest dijelimo na; prodromalnu, akutnu i kroničnu fazu. Shizofrenija uglavnom počinje u adolescenciji, to razdoblje je vrlo stresno i zahtjevno jer se događa prijelaz u odraslu dob.[12][14]

Prodromalna faza prethodi bolesti i tada se javljaju nespecifični znakovi i simptomi, vrijeme početka ove faze jako je teško odrediti jer se može pojaviti čak nekoliko godina prije početka psihotičnih znakova. Kod osobe se mogu javiti promjene u raspoloženju, bezvoljnost, nezainteresiranost, tjeskoba, povlačenje od socijalne sredine, javlja se umor, zanemaruje se fizički izgled i higijena tijela. Neki od kasnih simptoma ove faze su; depresija, nesanica, poremećaj hranjenja, seksualna disfunkcija, promjene ponašanja i sl. Iz prodromalne faze se prijelazi u akutnu i to može trajati nekoliko dana ili naglo započeti. Kod akutne faze javljaju se pozitivni, psihotični simptomi, u trenutku pojave simptoma osoba je očito bolesna i to počinju primjećivati osobe iz okoline, dok osoba sama to još ne razumije. Simptomi su vrlo jaki i to je stanje koje zahtijeva liječenje te bi najbolje bilo da osoba bude hospitalizirana jer je bolnica tada najsigurnije mjesto. U prvoj psihotičnoj fazi odgovor na liječenje je dobar i u 70% slučajeva dosegne se remisija bez pozitivnih i negativnih simptoma i osoba može normalno funkcionirati, ili se radi o malim odstupanjima u vremenu od tri do četiri mjeseca. Nakon akutne faze bolest prelazi u kroničnu fazu, jako teško je odrediti kada se to dogodi s obzirom da bolest polako napreduje. Po bolesniku se raspoznaje kada dođe do kronične faze jer je značajno odstupanje u funkcionalnim sposobnostima ako uspoređujemo prodromalnu ili akutnu fazu. Kod nekih pacijenata dolazi do trajno kroničnog oštećenja zbog perzistirajućih simptoma koji nisu primjereno odgovarali na određenu terapiju.[12][13][14]

Prognozu shizofrenije teško je predvidjeti baš iz razloga jer je svaka različita i ovisi o mnogim čimbenicima. Ishod bolesti ovisi o duljini trajanja bolesti prije samog početka liječenja, težini bolesti, socijalno funkcioniranje prije bolesti, stresu, obrazovanju, efikasnosti psihofarmakološke terapije, uzimanje lijekova, treningu socijalnih vještina, rad s obitelji i sl. Smatra se kako liječenje prve psihotične epizode ima presudan čimbenik za krajnji ishod bolesti. Bolesnici koji su imali kasniji početak bolesti, akutni početak, dobro socijalno i radno funkcioniranje, više pozitivnih od negativnih simptoma i obiteljsku podršku tijekom cijele bolesti, imaju jako dobru prognozu shizofrenije. Dok bolesnici čija je bolest nastala polaganim, gotovo neprimjetnim ranim početkom, loše premorbidno socijalno i radno funkcioniranje,

pozitivna obiteljska anamneza bolesti, dominacija negativnih simptoma, bez remisije tri godine, gotovo nikakvu podršku od obitelji, imaju lošiju prognozu shizofrenije.[12][13]

10. Zaključak

Shizofrenija je skupina psihotičnih poremećaja, poremećaja mišljenja, ponašanja i emocija, ideje koje kod osobe nisu logički povezane; manjkavim percepcijama i pažnjom; bizarnim poremećajem aktivnosti, zbog svega toga bolesnik se povlači od drugih osoba, od stvarnosti i ulazi u svoj vlastiti svijet mašte. Najčešće se shizofrenija javlja kod muškaraca između 15 i 24 godine, dok kod žena između 25 i 34 godine. Etiologija shizofrenije danas je još uvijek zagonetka te se velika važnost daje biološkim čimbenicima, premda se zna da psihološki i socijalni čimbenici imaju važnu ulogu kod nastanka ove bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija navodi kako od shizofrenije boluje 45 milijuna ljudi u svijetu, dok na godišnjoj razini registrira se 2 – 4 slučaja na 10 000 stanovnika.

Simptomi koji se javljaju kod shizofrenije dijelimo na pozitivne i negativne te obuhvaćaju poremećaje iz nekoliko područja; mišljenju, opažanju, pažnji, motoričkom ponašanju, afektu ili emociji te životnom funkcioniranju. Pozitivni simptomi javljaju se u akutnim fazama shizofrenije i odraz su iskrivljenog doživljaja stvarnosti, negativni simptomi označuju značajno smanjenje psihičkih sposobnosti oboljelog od shizofrenije. Kod postavljanja dijagnoze liječnici se koriste dijagnostičkim kriterijima MKB – 10. Postoje dvije klasifikacije (MKB – 10 i DSM – 5 , gledajući te dvije klasifikacije može se točno odrediti o kojem obliku shizofrenije se radi. Liječenje shizofrenije treba sagledati sa više različitih stajališta, kada govorimo o liječenju jako je bitno da se u sam proces uključi rad i edukacija obitelji te bolesnikove okoline. Shizofrenije se liječi i lijekovima međutim to nije dovoljno pa se koriste i druge metode poput; elektrokonvulzivne terapije, psihoterapije, kognitivno – bihevioralna terapija, socioterapija. Tijek i prognoza shizofrenije ovisi o mnogo čimbenika te je za svakog bolesnika različita.

Medicinska sestra osoba je koja najviše vremena provodi sa bolesnikom, stoga je od velike važnosti da se pri prvom kontaktu sa bolesnikom stvori osjećaj sigurnosti i povjerenja. Medicinska sestra u rada sa bolesnicima oboljelim od shizofrenije mora imati veliko znanje, strpljenje, poznavanje te posjedovanje određenih vještina.

Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih duševnih bolesti, te ima negativne posljedice na bolesnika i njegovu obitelj. Stoga se u današnje vrijeme sve više pokreću razne akcije za borbu protiv stigmatizacije.

11. Literatura

1. <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=50915> Dostupno: 11.07.2020.
2. B. Muk: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2014.
3. M. J. Owen, A. Sawa, P. B. Mortensen: Schizophrenia, 2016.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26777917/>
4. B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2007.
5. G. C. Davison i J. M. Neale: Psihologija abnormalnog doživljaja i ponašanja, Naklada Slap, 1999.
6. L. Hans – Juergen: Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću: korisne informacije za bolesnike i članove njihovih obitelji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
7. <http://www.theworkfoundation.com/wf-reports/?working-with-schizophrenia-germany/> Dostupno: 12.07.2020.
8. <http://www.msđ-prirucnici.placebo.hr/msđ-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija> Dostupno: 12.07.2020.
9. M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.
10. <https://psychcentral.com/lib/schizophrenia-basics-delusions-hallucinations-onset/>
Dostupno: 14.07.2020.
11. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5, peto izdanje. Naklada slap, 2013.
12. Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2011.
13. S. Štrkalj – Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Zagreb, 2011.
14. D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
15. M. Herceg: Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet, Zagrebe, 2010.
16. Svjetska zdravstvena organizacija: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – 10. Revizija, svezak 1, drugo izdanje, Medicinska naklada, Zagreb 2012.
17. N. Henigsberg, V. Folnegović – Šmalc: Učestalost i trajanje hospitalizacije shizofrenih bolesnika: analiza prema MKB – 10, Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja, veljača 2002, Vol.11, No 1, str.113 – 131.

18. J. McClellan, S. Stock, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia, 2001.
19. W. Gaebel, J. Zielasek. Schizophrenia I 2020: Trends in diagnosis and therapy. 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011091/>
20. <https://www.janssen4patients.com/hr/bolesti/shizofrenija/lijecenje/lijekovi-za-lijecenjeshizofrenije/dodatni-lijekovi> Dostupno: 17.07.2020.
21. A. Mihaljević-Peješ, M. Bajs Janović, A. Stručić, M. Šagud, M. Skočić Hanžek, M. Živković, Š. Janović: Electroconvulsive therapy – general considerations and experience in Croatia, Psychiatria Danubina, lipanj 2018., Vol. 30, Suppl. 5, str. 188. – 191.
22. <https://medicine.umich.edu/dept/psychiatry/programs/neuromodulation/electroconvulsivetherapy> Dostupno: 18.07.2020.
23. Štrkalj-Ivezić, B. Restek Petrović, M. Grah, M. Bajs Janović, P. Brečić, D. Stijačić, L. Mužinić, P. Čačić, K. Jandrić, M. Grubiša, Z. Bradaš, Z. Pjević: Psihički poremećaji sa psihozom i shizofrenija; Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Zagreb, 2017
24. K. Ružić, P. Medved, E. Dadić-Hero, D. Tomljanović, Rehabilitacija u psihijatriji – socioterapija, Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, Vol. 45 No. 4, 2009. <https://hrcak.srce.hr/45853>
25. M. Šerić. (2016.), Resocijalizacija psihijatrijskih bolesnika u zajednici, Sveučilište u Splitu. <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A63/datastream/PDF/view>
26. C. Van Zelst: Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective, Schizophrenia Bulletin, ožujak 2009., Vol. 35, No. 2, str. 293. – 296.
27. S. Štrkalj-Ivezić: Život bez stigme psihičke bolesti, Medicinska naklada, Zagreb, 2016
28. Sestrinske dijagnoze I, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
29. Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
30. Sestrinske dijagnoze III, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2015
31. <http://www.pbsvi.hr/2016/04/01/biopsihosocijalni-aspekti-zdravstvene-njegepsihijatrijskih-bolesnika-kroz-sestrinsku-dokumentaciju-tecaj-iii-kategorije/> Dostupno: 25.07.2020.
32. <https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnimsmetnjama> Dostupno: 25.07.2020.

33. http://www.psihijatrija.hr/edu/doc/4-postupak_prisilni_smjestaj_final_corr.pdf

Dostupno: 25.07.2020.

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, MESTRIĆ DORJA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKA OBOJELOG OD SHIZOFRENJE (naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

MESTRIĆ DORJA
(vlastoručni potpis)

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

Ja, MESTRIĆ DORJA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKA OBOJELOG OD SHIZOFRENJE (naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mestric Dorja
(vlastoručni potpis)