

Znanje i stavovi studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever o shizofreniji

Gavrić, Lorena

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:164223>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1591/SS/2022

**Znanje i stavovi studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever o
shizofreniji**

Lorena Gavrić, 4251/336

Varaždin, rujan 2022. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1591/SS/2022

Znanje i stavovi studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever o shizofreniji

Student

Lorena Gavrić, 4251/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2022. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestринство

STUDIJE preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Lorena Gavrić

IMBAG

DATUM 12.07.2022.

KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Znanje i stavovi studenata sestринства na Sveučilištu Sjever o shizofreniji

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Knowledge and attitudes of Nursing Students at the University of the North about schizophrenia

MENTOR Marija Božičević, mag.med.techn.

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Valentina Vinček, pred., predsjednik
2. Marija Božičević, v.pred., mentor
3. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., član
4. Mateja Kržaj, pred., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BR. 1591/SS/2022

OPIS

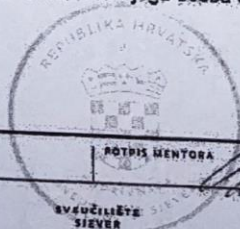
Shizofrenija je jedan od najtežih psihičkih poremećaja čiji simptomi obično započinju u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi i ima tendenciju kroničiteta. Postoje različiti simptomi koji su vezani uz ovu bolest: iluzije, halucinacije, nerazumljiv govor, promjene u kognitivnim funkcijama. Osobe oboljele od shizofrenije su uglavnom izolirane od društva, javljaju se razne predrasude prema njima, te je samim time kvaliteta života oboljelih smanjena. Cilj završnog rada bio je ispitati znanje studenata sestринства o shizofreniji te dobiti uvid u stavove i eventualno postojanje predrasuda prema osobama oboljelim od shizofrenije.

U radu je potrebno:

- definirati pojam shizofrenije
- prikazati epidemiologiju i etiologiju shizofrenije
- prikazati i opisati kliničku sliku shizofrenije
- opisati dijagnostičke metode, liječenje i zdravstvenu njegu osoba oboljelih od shizofrenije
- prikazati rezultata istraživanja

ZADATAK URUČEN

20.09.2022



POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE
SIEVER

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn., na trudu i strpljivosti uloženi u ovaj završni rad. Također, veliko hvala mojim roditeljima, sestri i dečku koji su mi omogućili ovo obrazovanje, hvala što su mi bili najveća podrška na ovome putu. Hvala svim mojim prijateljima koji su me bodrili u svakom trenutku kada je bilo najteže. Hvala svim mojim kolegama i kolegicama koji su nesebično dijelili svoja znanja i iskustva sa mnom te mi pomagali kadgod mi je pomoć zatrebala.

Sažetak

Shizofrenija je teška i vrlo poznata duševna bolest. U današnje je vrijeme još uvijek stigmatizirana u društvu. Shizofrenija se po prvi puta spominje tek 1911.godine, a spomenuo ju je E.Bleuler. Iako su provedena mnoga istraživanja o ovoj bolesti, postavljanje dijagnoze za sve psihijatre još uvijek vrlo je zahtjevan proces. Bitno je da se dijagnoza postavi čim ranije, kako bi liječenje bilo uspješno. Veliku ulogu ima i medicinska sestra u radu sa shizofrenim pacijentom. U njezinom radu komunikacijske vještine najviše dolaze do izražaja te ih je potrebno dobro usavršiti. Svjetska zdravstvena organizacija navodi da danas u svijetu postoji 45 milijuna ljudi koji boluju od ove bolesti. Pojavnost bolesti jednaka je kod ženskih i muških osoba, a najčešće se javlja u adolescentnoj dobi, nešto prije u muškaraca. Uzrok shizofrenije još u potpunosti nije istražen. Klinička slika je vrlo različita kod svake oboljele osobe. Najučestaliji simptomi kod ove bolesti su halucinacije, sumanute ideje i misli, deluzije, a sve to ubrajamo u pozitivne simptome. Osim pozitivnih, postoje negativni i kognitivni simptomi. Shizofrene osobe prolaze kroz razne faze bolesti. U dijagnostici shizofrenije, potrebno je vrlo oprezno postaviti dijagnozu jer oboljele osobe često znaju prikrivati svoje simptome. Veliki je problem što oboljele osobe smatraju da je njihova bolest dio stvarnosti te im je teško predočiti da su one zapravo bolesne, potrebna je adekvatna zdravstvena skrb. U liječenju shizofrenije, osim lijekova, veliku uloga ima i elektrokonvulzivna terapija, ali i psihosocijalna terapija. Da bi se pacijent mogao uspješno liječiti, podrška obitelji i bliskih osoba najbitnija mu je stavka u tome. Medicinska sestra mora znati dobro promatrati pacijenta kako bi mogla odrediti koji je sestrinski problem prisutan te samim time napraviti plan zdravstvene njege.

Provedeno je istraživanje u kojem je cilj bio saznati razinu znanja i kakve stavove imaju studenti sestrinstva na Sveučilištu Sjever o shizofreniji. U anketi je sudjelovalo 165 studenata s prve, druge i treće godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva.

Ključne riječi: shizofrenija, zdravstvena njega, klinička slika, liječenje, dijagnoza

Summary

Schizophrenia is a difficult and well-known mental illness. Nowadays, it is still stigmatized in society. Schizophrenia was mentioned for the first time in 1911, and it was mentioned by E. Bleuler. Although many studies have been conducted on this disease, establishing a diagnosis for all psychiatrists is still a very demanding process. It is important that the diagnosis is made as early as possible, in order for the treatment to be successful. The nurse has a big role in a work with schizophrenic patient. In her work, communication skills come to the fore and they need to be perfected. World health organization states that today in the world there are 45 million people that are suffering from this illness. The incidence of the disease is equal in women and men, and it most often occurs in adolescence, somewhat earlier in men. The cause of schizophrenia is not entirely investigated. The clinical picture of each ill person is very different. The most common symptoms of this disease are hallucinations, lunatic ideas and thoughts, delusions, and we count all of these as positive symptoms. Beside positive symptoms there are negative and cognitive symptoms also. Schizophrenic patient goes through various stages of the disease. In diagnosis of schizophrenia, it is important to make a diagnosis cautiously because ill people often know how to hide their symptoms. A big problem is that sick people think that their illness is a part of reality and it is difficult to make them realise that they are actually sick and need adequate health care. In the treatment of schizophrenia, except medicines, electroconvulsive therapy has a big role, but psychosocial therapy also. In order for the patient to be successfully treated, the support of family and close people is the most important element in this. The nurse must be able to observe the patient well in order to be able to determine which nursing problem is present and therefore make a health care plan.

A research was conducted in which the goal was to find out the level of knowledge and what attitudes nursing students at the University North have about schizophrenia. 165 students from first, second and third year undergraduate participated in the survey.

Key words: schizophrenia, health care, clinical features, treatment, diagnosis

Popis korištenih kratica

MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti -10
CT	kompjuterizirana tomografija

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Shizofrenija	3
2.1.	Epidemiologija	3
2.2.	Etiologija	5
2.3.	Klinička slika.....	6
2.3.1.	<i>Pozitivni simptomi</i>	6
2.3.2.	<i>Negativni simptomi</i>	8
2.3.3.	<i>Kognitivni simptomi</i>	9
2.4.	Faze bolesti.....	10
2.5.	Klinički oblici shizofrenije.....	11
2.5.1.	<i>Paranoidna shizofrenija (F20.0)</i>	11
2.5.2.	<i>Hebefrena shizofrenija (F20.1)</i>	11
2.5.3.	<i>Katatona shizofrenija (F20.2)</i>	12
2.5.4.	<i>Nediferencirana shizofrenija (F20.3)</i>	12
2.5.5.	<i>Postshizofrena depresija (F20.4)</i>	12
2.5.6.	<i>Rezidualna shizofrenija (F20.5)</i>	12
2.5.7.	<i>Shizofrenija simplex (F20.6)</i>	12
2.6.	Dijagnostika	13
2.7.	Liječenje	13
2.8.	Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije	15
3.	Istraživanje.....	17
3.1.	Cilj.....	17
3.2.	Metode.....	17
3.2.1.	<i>Sudionici</i>	17
3.2.2.	<i>Instrumentarij</i>	17
3.2.3.	<i>Postupak</i>	18
3.3.	Rezultati	18
4.	Rasprava.....	30
5.	Zaključak.....	33
6.	Literatura.....	34

1. Uvod

Psihijatrija je posebna grana medicine koja je usredotočena na duševne poremećaje kod ljudi. Bavi se pronalaskom, sprječavanjem i ublažavanjem simptoma koji se javljaju kod psihijatrijskih bolesnika. Svaki bolesnik koji boluje od neke duševne bolesti, prvo dolazi kod svog liječnika opće prakse, a prema procjeni liječnika, pacijent odlazi kod liječnika psihijatra. Gotovo 1/3 psihijatrijskih bolesnika ostaje bez stručne pomoći od strane psihijatra. Liječnik obiteljske medicine šalje samo 5% pacijenata po stručnu pomoć. Veliku ulogu u radu sa duševnim bolesnicima ima i medicinska sestra koja počinje sa radom u psihijatrijskim bolnicama pružajući adekvatnu zdravstvenu skrb i njegu. Sredinom 20. stoljeća medicinskim sestrama dozvoljen je rad u terapijskim zajednicama. Kao što je poznato, medicinska sestra provodi najviše vremena uz pacijentov krevet. Kod psihijatrijskih bolesnika medicinska sestra je ona koja daje pomoć, a pacijent je onaj koji je traži. Rad sa duševnim bolesnicima iziskuje dobre komunikacijske vještine od strane svih zdravstvenih radnika. Medicinska sestra koja je posebno educirana za psihijatrijske bolesnike, a kao profesija priznata je samo u deset zemalja diljem svijeta. [1]

Jedna od najpoznatijih duševnih bolesti je shizofrenija. Najznačajniju ulogu u povijesti shizofrenije imaju E. Kraepelin koji je 1896. napravio klasifikaciju duševnih poremećaja. Tu je klasifikaciju razvrstao na dvije skupine, prva skupina naziva se manično-depresivne psihoze, a druga *dementia praecox*. Također, značajnu ulogu u povijesti ima E. Bleuler koji je pridodao shizofreniju *simplex*, te po prvi puta 1911. godine spominje riječ shizofrenija. E. Bleuler napravio je i koncept „4a“ simptoma, a to su: poremećaj asocijacija (poremećaj mišljenja), poremećaj afekta (emocionalno hladan), autizam (izolacija iz okoline) i ambivalencija (istovremena ljubav i mržnja). Osim njih, značajnu ulogu ima i K. Schneider koji je simptome ove duševne bolesti podijelio na simptome prvog i drugog reda. [2]

Kroz povijest pa sve do danas, postavljanje dijagnoze shizofrenije za sve psihijatre predstavlja težak problem. Iako se kroz povijest mnogo istraživalo o ovoj bolesti, još uvijek postoje mnoga neznanja vezana uz isto. Kao kod svake dijagnoze, tako i kod shizofrenije jest najbitnije da se dijagnoza postavi čim ranije kako bi se što prije krenulo s liječenjem. Potrebno je uzeti anamnezu i heteroanamnezu od članova obitelji, pregledati medicinsku dokumentaciju i povijest bolesti te pratiti kliničku sliku pacijenta prema pravilima MKB-10. [3]

U liječenju pacijenata koji boluju od shizofrenije potrebno je imati širok spektar znanja zdravstvenog osoblja, te podršku obitelji oboljele osobe, ali isto tako adekvatnu komunikaciju sa samim pacijentom kako bi ishod liječenja bio što bolji. Liječenje iziskuje velika ulaganja i napore jer svaki pacijent je jedinka koja traži posebno liječenje i svoju terapiju. Najveću ulogu u liječenju shizofrenije imaju lijekovi koji se nazivaju antipsihotici. Uz farmakoterapiju, postoji

psihoterapija, elektrokonvulzivna terapija i socioterapija. Ovisno o stanju u kojem se pacijent nalazi, potrebno je raditi adekvatnu zdravstvenu njegu te pratiti i čuvati okolinu bolesnika u kojoj se on nalazi. Kako bi uspjeh liječenja bio veći, odnosi između pacijenta, obitelji i zdravstvenog osoblja moraju biti pozitivni. Pacijent je u svakom liječenju aktivan član i potrebno ga je uključivati u njegovo liječenje. Pacijenta jedino treba sputati kada je opasan za sebe i/ili okolinu. [4, 5]

Shizofreni bolesnici imaju sniženu kvalitetu života, u javnosti su stigmatizirani i diskriminirani zbog lošeg znanja opće populacije o bolesti shizofrenije te su najčešće etiketirani naspram drugih psihičkih bolesti.

Cilj ovog istraživačkog rada bio je saznati koliko studenti sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu imaju znanja vezano uz bolest shizofreniju te kakvi su njihovi stavovi prema istome. U istraživanju sudjelovali su studenti prve, druge i treće godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, a ukupan broj studenata koji su sudjelovali u ovome istraživanju je 165.

2. Shizofrenija

Shizofrenija potječe od grčke riječi *schizophrenia* što u doslovnom prijevodu znači rascjep duše ili razuma. U današnjem svijetu taj se naziv smatra pogrdnim za oboljele osobe te liječnici i ostalo zdravstveno osoblje pokušavaju izbjegavati riječ shizofrenija jer se koristi u svakodnevnom rječniku laika kao nešto loše, pogrdno i diskriminirajuće. Također, potpuna definicija shizofrenije teško se navodi. Shizofrenija je jedna od najtežih duševnih bolesti koja predstavlja veliki problem i kod psihijatra i ostalih liječnika, kod samog pacijenta, ali i kod članova obitelji i okoline u kojoj se oboljela osoba nalazi. Svaka osoba koja boluje od shizofrenije je individua i ne možemo reći da postoje dvije jednake osobe oboljele od shizofrenije, svaka osoba ima drugačiju kliničku sliku, drugačiji je odgovor na terapiju i tijekom bolesti se razlikuje. Dakle, simptomi se razlikuju od pacijenta do pacijenta. Shizofreniju opisuju razni duševni poremećaji, a neki od njih su: iskrivljena slika stvarnog života, nemogućnost doživljavanja stvarnosti u kojoj se osoba nalazi, osoba živi u "svom svijetu", izolirana je od okoline, bolesnik smatra da nije ista osoba, to jest da je netko novi, može smatrati da više nije čovjek nego životinja. Kod osoba oboljelih od shizofrenije uvelike pati njihov socijalni, radni i obiteljski odnos zbog raznih poremećaja koje se javljaju kod oboljele osobe, a to su sumanute ideje, disocijacija mišljenja, iluzije, halucinacije, afektivna otupljenost i neadekvatnost. Zbog svega toga, pacijentova kvaliteta života je narušena, dolazi do propadanja ličnosti. [6]

Shizofrenija ima razne simptome koje su podijeljene na pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne. Navodi se da je shizofrenija bolest u kojoj dolazi do poremećaja funkcionalnosti mozga. Od shizofrenije boluje velik broj bolesnika, ali i dalje se ne može zaključiti koji je uzrok nastanka shizofrenije. [7]

Jasno je da su osobe oboljele od shizofrenije kao i ostale duševno oboljele osobe još uvijek neprihvaćene u društvu i svojoj okolini. Zbog neznanja i manjkavosti edukacije, smatra se da su osobe oboljele od shizofrenije lijene, opasne, lude, krive su same što su bolesne, nesposobne za bilo što, nasilne itd. Stigma i predrasude usko su povezane. Smatra se da se shizofrenija ne može liječiti. Stigma se pojavljuje iz neadekvatnog znanja i straha, zbog predrasuda i mitova. Shizofrenija kao takva, za javnost predstavlja nelagodu, strah i neprimjeren odnos prema toj bolesti. [8]

2.1. Epidemiologija

Broj oboljelih u svijetu od shizofrenije je velik, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije taj broj iznosi 45 milijuna. Na svijetu ne postoji ni jedna zemlja u kojoj nema oboljelih od shizofrenije te prema brojnim dokazima ova bolest predstavlja veliki

javnozdravstveni problem. Prevalencija shizofrenije jest 0,4 do 1,4 %. Oko jedan posto stanovništva boluje od ove bolesti. Na svakih sto stanovnika, postoji jedna osoba koja će jednog dana oboljeti od shizofrenije. To nam govori da postoji mnogo ljudi u svijetu koji boluju od ove bolesti i da je bolest zaista zastupljena. Prema istraživanjima, život oboljele osobe od shizofrenije je kraći, razlog tome su suicidi te i druge bolesti koje prate shizofrene bolesnike. Gotovo 10-20% oboljelih od shizofrenije počini samoubojstvo. Prema zadnjim podacima, u Hrvatskoj ima 18 000 stanovnika koji boluju od shizofrenije. Godišnje hospitalizacije shizofrenih bolesnika u Hrvatskoj iznose 6 500, dok je njih 950 koji se po prvi puta godišnje hospitaliziraju zbog ove bolesti. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, 2010. godine u Varaždinskoj je županiji bilo 246 osoba koje su bile hospitalizirane zbog shizofrenije. [9,10,11]

Godišnja incidencija bolesti (pojavnost novooboljelih) iznosi od 0,5 do 5 % na 10 000 stanovnika, s time da postoji razlika javljanja shizofrenije u selima i gradovima. Naime, u gradovima je veća pojavnost shizofrenije. Prema istraživanjima, pojavnost shizofrenije veća je u Irskoj i Švedskoj negoli u drugim zemljama u svijetu. Što se tiče Hrvatske, shizofrenija je učestalija u dijelovima Istre i Primorja. Jedan od razloga zašto se shizofrenija pojavljuje u urbanim naseljima jest taj što takvi bolesnici biraju ogromne gradove kako bi se što više mogli izolirati od ostalih ljudi. Osobe nižeg imovinskog stanja više obolijevaju od shizofrenije negoli imućnije i bogate osobe. Samim time zaključuje se da je shizofrenija česta kod osoba koji nemaju riješeno adekvatno stanovanje. [2,12]

Shizofrenija se podjednako javlja i kod muškaraca i kod žena. Jedina razlika je u tome što se shizofrenija javlja u ranijoj životnoj dobi kod muškaraca. Muškarci najčešće obolijevaju u razdoblju od petnaeste do dvadesetčetvrtne godine života, dok se shizofrenija kod žena javlja kasnije, oko dvadesetpete do tridesetčetvrtne godine života. Muškarci zbog ranije javljanja bolesti često ostaju samci, a žene se razvode od svojih muževa. Kod žena, zbog same kasne pojavnosti bolesti, postoje bolji ishodi liječenja. Nakon četrdeset i pete godine života pojavnost bolesti se smanjuje. Kasno javljanje shizofrenije češće pogađa žene negoli muškarce. Oko dvadesetak posto shizofreničara liječi se od adolescentske dobi (16 godina) pa do odrasle dobi (55 godina). Moguće je, ali vrlo rijetko, da se shizofrenija javlja kod djece u dobi od deset godina ili da se javlja kod starije životne dobi kod osoba starijih od šezdeset godina. [6,13]

Prema godišnjem dobu, shizofrenija se češće javlja u hladnim, zimskim mjesecima. Zašto je tome tako, objašnjava se kao problem intrauternih ili perinatalnih oštećenja mozga virusnim infekcijama, niskim temperaturama i drugo. [6]

2.2. Etiologija

Iako je shizofrenija poznata psihička bolest, sam uzrok ove bolesti još uvijek predstavlja problem jer nije dovoljno istražen. Postoji velik broj čimbenika koji sudjeluju u razvoju ove bolesti. Čimbenike možemo u grubo podijeliti na one biološke (promjene u mozgu) koji igraju veliku ulogu za veći rizik od obolijevanja, te psihosocijalne (stres) koji djeluju više kao čimbenici koji pogoduju pogoršanju bolesti. U biološke čimbenike možemo svrstati genetiku, viruse, prenatalna i porođajna oštećenja mozga, a u psihosocijalne stres, traumu, loše odnose u obitelji i prijateljstvu te mnoge druge. [6]

Kroz neka istraživanja dokazano je da postoje razlike u samom radu mozga kod osoba koje boluju od shizofrenije. Razlog tome su različite količine neuroprijenosnika dopamina u mozgu. Kao što je navedeno, i genetika igra veliku ulogu kod obolijevanja od ove bolesti. Ako postoji osoba u porodici koja boluje od shizofrenije, postoji veći rizik da će i srodnici oboljeti. No, bolest se javlja i u onih obitelji gdje nitko ne boluje od ove bolesti. Pravi gen za shizofreniju još uvijek nije otkriven. Istraženo je da loši faktori okoline pogoduju razvoju shizofrenije. Ako u obitelji oba roditelja boluju od ove bolesti, rizik za obolijevanje raste na otprilike četrdeset posto. Najveći rizik za obolijevanje imaju jednojajčani blizanci. Stres ne uzrokuje shizofreniju, ali je okidač za pogoršanje stanja pacijenta. Stres mogu predstavljati droga, alkohol, gubitak drage osobe, otkaz na poslu, manjak novca, loši odnosi u obitelji, stigma i drugo. [14]

Kroz teoriju koja nije istinita se tvrdi da veliku ulogu u obitelji ima majka koja se naziva „shizofrenogena majka“ koja je hladna, dominantna te izaziva sukobe u obitelji i time potiče razvoj shizofrenije kod svoje vlastite djece, a posebice majke koje imaju sinove. Osim toga, loš odnos i loša komunikacija oca i majke sa svojom djecom može biti uzrok nastanka shizofrenije. Djeca koja su u pubertetu trebaju pažnje i ljubavi te razumijevanja, a kad postoje loši i neshvatljivi odnosi između djece i roditelja, moguće je da će se pojaviti shizofrenija kod djece koja nisu bila shvaćena u svojim najosjetljivijim godinama života. [15]

Shizofrenija se može pojaviti i zbog infekcija, točnije sporih virusa intrauterno, a moguće i u ranoj životnoj dobi. Ti virusi mogu biti dugo bez ikakvog djelovanja u nama, ali kad dođe do oslabljenja imuniteta i kad se oni aktiviraju, moguće da će doći do obolijevanja od shizofrenije. Zbog hladnijeg vremena kada su virusi aktivniji, dolazi i do češće pojave shizofrenije. Dakle, osobe koje su rođene u zimskim mjesecima, češće obolijevaju od ove bolesti, a razlog tome su virusi. Osim virusa, jedan od mogućih problema predstavljaju i mačke kao kućni ljubimci. Razlog tome jest pojava infekcijom toksoplazmogondiji. Važno je spomenuti i da zlouporaba različitih droga kao što su kanabis, fenciklidin, amfetamin, LSD 25, itd. može precipitirati pojavu simptoma shizofrenije, posebice ako se radi o osobama sa shizofrenom predispozicijom. [16]

Također, potrebno je trudnicama napomenuti da je pravilna prehrana u trudnoći jedna od najvažnijih stvari kako bi se plod pravilno razvijao. Dakle, moguće je ako se majka ne hrani pravilno, a samim time središnji se sustav djeteta ne razvija kako bi se trebao, da će se možda jednog dana javiti shizofrenija kod tog djeteta. [17]

2.3. Klinička slika

Klinička slika shizofrenije jest heterogena. Postoje raznorazni simptomi koji se javljaju kod ove bolesti, no svi ti razni simptomi ne pojavljuju se kod svakog pacijenta podjednako. Neki od najistaknutijih simptoma shizofrenije jesu: nemogućnost doživljavanja realne stvarnosti u vidu raznih halucinacija, javljaju se sumanute ideje, misli i vjerovanja, tijek misli se izmjenjuje. Dokaz tome su promjene u govoru, smanjuje se emocionalni i voljni osjećaji, osjećaji zadovoljstva i sreće. Od simptoma javljaju se i kognitivne poteškoće, a posebno one koje su vezane uz pamćenje i izvršenje nekih radnji, poremećena je samokontrola te se javljaju promjene u motoričkom funkcioniranju. [18]

Također, težina same bolesti razlikuje se od jednog do drugog pacijenta. Već je rečeno u radu, da ne postoje dvije jednake shizofrenije. Bolest započinje u adolescenciji najčešće, a ona se može javiti polagano ili naglo. Češće se javlja polagano, osoba se jednostavno otuđi od okoline, izolira se te se samim time ne mogu jasno vidjeti simptomi shizofrenije. Simptome možemo podijeliti na pozitivne, negativne i kognitivne. U pozitivne simptome ubrajamo halucinacije, deluzije, formalne poremećaje mišljenja te dezorganizirano ponašanje. Kod negativnih simptoma ubrajamo: alogiju, poremećaje afektivnosti, anhedoniju i avoliciju. Pozitivni simptomi ne znači da je nešto dobro, već da se dodaje "nešto" onome što je inače normalno, a negativni simptomi su suprotno od toga. Postoje različite faze bolesti, i u tim fazama javljaju se i pozitivni i negativni simptomi, ali ne znači da će biti obuhvaćeni svi simptomi. Dovoljno jest da su prisutna jedan ili dva simptoma. [2, 19]

2.3.1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi još se nazivaju i psihotični simptomi. Tako se nazivaju zbog toga jer su prisutni kod osoba koje su psihički oboljele. Ovdje je značajno da osobe koje imaju ovakve simptome čvrsto vjeruju u nešto što nema osnove u pravom svijetu. Ovi simptomi ne javljaju se samo kod shizofrenije, već postoji drugi niz bolesti kod kojih su mogu pojaviti ti simptomi. Pozitivni simptomi imaju značajnu ulogu kod medicinskog osoblja a ne kod bolesnika, oni mogu prepoznati promjene u ponašanju kod oboljelog na temelju ovih simptoma koje nemaju povezanost sa fiziološkim ponašanjem. [14, 20]

□ **Halucinacije**

Halucinacije su kvalitativni poremećaj opažanja. Kod halucinacija nema nikakvog podražaja. Pacijent koji ima halucinacije ponaša se kao da podražaj postoji. Dakle, on nešto osjeća, vidi, čuje, a što zapravo uopće ne postoji. Halucinacije mogu biti vezane uz bilo koji osjet. Kod većine pacijenata prevladavaju slušne halucinacije. No, postoje i vidne, vezane uz tjelesne osjete, dok se mirisne, okusne i dodirne halucinacije kod ove bolesti dosta rjeđe javljaju. Kod slušnih halucinacija najčešće se javljaju glasovi koji ogovaraju oboljelog, shizofreničar čuje loše stvari o sebi. Često se desi da pacijent čuje nekakve naredbe koje mora ostvariti, što zna biti opasno i za pacijenta i za okolinu. Cenestetičke halucinacije vezane su uz osjećaj dodira, pacijent misli da mu netko dira unutrašnje organe u utrobi. Vidne su halucinacije češće povezane sa nekim pozitivnim emocijama kao što je sreća. Na primjer, kod njušnih halucinacija pacijent sumnja u mirise hrane, pića te smatra da će ga okolina otrovati. [2,20, 21]

□ **Sumanute misli**

Sumanute misli još nazivamo i deluzije, sumanute ideje, i općenito sumanutosti. Sumanute su misli sadržajni poremećaj mišljenja. Shizofreni bolesnici žive u svojem svijetu, u lažnim vjerovanjima. Također, pacijent u sebi ima nekakve sumnje u koje on čvrsto vjeruje da one postoje. Bitno je napomenuti da kod takvih pacijenata nije potrebno dokazivati da tome nije tako jer će i oni dalje biti uvjereni u ono što oni smatraju da je pravo. Primjerice, ako je pacijent uvjeren da ima veliku svotu novaca i da je bogataš, bez obzira što je prethodno vidio stanje na svojem bankovnom računu, on će i dalje živjeti u zabludi da je on bogataš. Dakle, dokazivanje nečega kod ovih pacijenata nema veliki značaj. [2, 20, 21]

U ovu skupinu spadaju raznorazni simptomi i podjele. Najčešće se javljaju ideje odnosa, što znači da kod shizofrenih bolesnika postoji uvjerenje da sve što se događa na svijetu da se tiče baš njega. Javljaju se i ideje proganjanja, u kojem pacijent ima osjećaj da ga uvijek netko promatra, hoda za njim, da ga prati. Postoje i religiozne sumanutosti, mesijanske sumanutosti u kojima pacijent misli da je on poslan na ovaj svijet kako bi ga mogao spasiti. Postoje i erotomanske sumanutosti. Pacijent je uvjeren da je neka poznata osoba zaljubljena u njega. Moguće je da se javi i somatska sumanutost gdje je pacijent uvjeren da ima neku od neizlječivih bolesti. Kada je pacijent uvjeren da može "osvojiti svijet", da mu nema ravnog, da je pametan, nadaren, tada govorimo o sumanutosti veličine. Još uvijek nije potpuno razjašnjeno zašto se uopće javljaju sumanute ideje. Za njih je karakteristično to da su one skoro pa uvijek prisutne, te se ne mogu ispravljati kada traju. [2, 20]

□ **Dezorganizirano ponašanje**

Dezorganizirano ponašanje nazivamo bizarnim i smetenim ponašanjem. Ono se može vrlo razlikovati od jednog do drugog pacijenta. Kako bi prepoznali ovaj simptom, kod pacijenata možemo vidjeti da se ne odijevaju normalno, da se drugačije ponašaju, nisu distancirani te su vrlo uzbuđeni. Kod ovakvog ponašanja, može se javiti i katelepsija. To je stanje u kojem pacijent može biti u neobično položaju i tako ostati koliko god treba. Vrlo je poznat katatonni stupor u kojem mišići nemaju svoju osnovnu svrhu, već su ukočeni i ne miču se. Nema nikakve reakcije na podražaj, pacijenti se ne pokreću te je nemoguće napraviti nikakav kontakt s takvim pacijentom. Kod katatonog negativizma javlja se otpor da se tijelo kod pacijenata pokrene. Suprotno od toga, javlja se katatona uzbuđenost u kojoj vlada stalan pokret, nemir. [2]

□ **Formalni poremećaj mišljenja**

Formalni poremećaj mišljenja jedan je od pozitivnih simptoma, a tu spadaju oblici smetenog mišljenja i govora. Kod shizofrenih bolesnika najčešće se javlja mišljenje u kojem nema normalnog slijeda povezivanja misli. Osoba koja priča zajedno sa shizofrenim bolesnik, njegov je razgovor nejasan i ne može se jasno povezati u cjelinu. Shizofrena osoba odgovara nelogičnim, nerelevantnim odgovorima. Shizofreni bolesnici često u razgovoru sa drugima skaču s jedne na neku drugu, nevezanu uz prvu temu. Nakon nekoliko vremena pacijent opet prelazi na nešto novo i nepovezano sa prijašnjim što je bilo rečeno. U težem stanju, pacijent jedva izgovori dvije povezane rečenice, te odmah prelazi na nešto novo. A u najtežem slučaju, shizofreni bolesnik govori riječi jednom za drugom koje uopće nemaju nikakav smisao te se ne može razumjeti što pacijent želi reći. Dok je nama sve ovo čudno i nejasno, za pacijenta znači normalno, logično i povezano. Poznati je pojam koji se naziva salata od riječi – pacijent izgovara riječi potpuno nerazumljivo za ostale sudionike u razgovoru. Može se desiti da oboljeli izgovara nove riječi koje naziva neologizmi. Osoba kad ponavlja iste riječi par puta ili može čak ponoviti i istu rečenicu više puta, tada govorimo o verbigeraciji. Blok misli se javlja kad pacijent prekida misaoni tok i ne može nastaviti misao. [2]

Važno je znati da je svijest u shizofrenih bolesnika uvijek očuvana.

2.3.2. Negativni simptomi

Kod ove skupine simptoma pacijent se povlači iz okoline, izoliran je od vanjskog svijeta, ne osjeća toplinu i prisustvo drugih ljudi oko sebe. Teško se nosi sa svojim osjećajima jer ih ne može izreći van ili ih jasno pokazati drugima. Vrlo je otežano uspostaviti kontakt očima kod ovakvih pacijenata koji imaju neke od negativnih simptoma. Kad pogledamo pacijenta, njegovo

je lice bez smješka, bez ikakve zainteresiranosti za okolinu. U negativne simptome ubrajamo alogiju, poremećaj afektivnosti, anhedoniju i avoliciju. [2, 21]

□ **Alogija**

Alogija predstavlja osiromašen govor. Pacijent je sam po sebi dosta usporen, usporeno govori i razmišlja. Kod razgovora sa pacijentom, vrlo često dobivamo kratke odgovore. [2]

□ **Poremećaj afektivnosti**

U poremećaj afektivnosti spadaju dva pojma, a to su paratimija i paramimija. Paratimija predstavlja pacijentovo raspoloženje koje nije u skladu sa onim misaonim, primjerice bolesnik se osjeća loše kada čuje neku veselu vijest. Paramimija je pojam gdje geste i mimike pacijenta nisu identične njegovom raspoloženju. Dakle, pacijent nije dobre volje, a ima osmijeh na licu. [2]

□ **Anhedonija**

Anhedonija je pojam koji označava nemogućnost da se doživi zadovoljstvo. Shizofreni bolesnik, koji je prije bio veseli u nekim stvarima koje je radio, sad to više ne čini. Više ne vidi smisao zadovoljstva ni u jednoj životnoj situaciji. [2]

□ **Avolicija**

Pacijent ne može zadržati i ostvariti neki svoj cilj. Dakle, ne može započeti i zadržati neko svoje ponašanje. Samim time gubi se socijalna aktivnost. [2]

2.3.3. Kognitivni simptomi

Kognitivni simptomi kod shizofrenih bolesnika utječu na mentalne procese. Kod takvih pacijenata, teško je zadržati koncentraciju i pažnju, gubi se pamćenje, postoje teškoće u učenju, u apstraktnom mišljenju. Od svih ovih nabrojanih simptoma, najočitiiji jest poremećaj pažnje. Osobi koja je kraj pacijenta, taj je simptom odmah vidljiv. Shizofrena osoba teško prati sugovornika, teško povezuje neke jednostavne činjenice. Umjesto da se koncentrira na sugovornika, njegovu pažnju zaokupe nebitne stvari iz okoline. Osim ovih simptoma, bolesnici koji boluju od ove bolesti znaju pokazivati simptome depresije. Osim toga, često se javljaju samoubojstva izvan akutne faze bolesti, dok se nasilničko ponašanje često zna javljati kod paranoidne shizofrenije. [2]

Osim kognitivnih simptoma, postoje i tjelesni znakovi i simptomi koji mogu biti povezani sa shizofrenijom. No, ni za jedan simptom ne može se sa sigurnošću reći da je specifičan za ovu bolest. Često su shizofrene osobe anksiozne, a uz to se javlja ubrzan rad srca, povišen je krvni tlak, osobe se jače znoje, a zjenice se proširuju. Oboljele osobe često znaju piti puno više vode.

Oko 17% shizofreničara ima taj simptom, a čak $\frac{1}{4}$ ili $\frac{1}{2}$ će zbog toga jednog dana imati hiponatremiju. Čak se može javiti i intoksikacija vodom, te posljedično tome i smrtni ishod bolesnika. [2]

Zbog loših higijenskih uvjeta u kojima bolesnici žive, veći je rizik od obolijevanja tuberkulozom, infekcija, poremećaja probave i drugo. U zadnje se vrijeme javlja i metabolički sindrom u bolesnika koji boluju od shizofrenije. [2]

2.4. Faze bolesti

Osobe koje boluju od shizofrenije prolaze kroz razne faze bolesti. Najprije se javlja faza koja nema nikakvih simptoma i naziva se asimptomatska faza bolesti, a još se naziva i premorbidnom fazom. Ona se javlja odmah po rođenju osobe te traje sve do pojave puberteta, točnije adolescencije. Značajno je da osoba ne pokazuje nikakve znakove ni simptome koje bi mogli prepoznati kod shizofrenije. U ovoj fazi osoba može biti samostalna i normalno funkcionira sa okolinom. Promorbidnu fazu karakteriziraju neka obilježja ličnosti, a to su povlačenje osobe u sebe, osoba se ne želi družiti sa prijateljima, postaje sramežljiva, nesigurna u svoje postupke, anksiozna i osjetljiva prema svakoj situaciji. Ovi simptomi mogu biti prisutni kod osoba cijelo vrijeme, a da se ne razvije neka psihička bolest. Isto tako, može se razviti neki poremećaj ili pak shizofrenija. Javlja se problemi u ponašanju, osoba teško održava pažnju, potrebno joj je duže vrijeme da nešto kaže, popušta u školi, emocionalno se udaljava i otuđuje od vanjskog svijeta. [2, 22, 23]

Nakon toga, javlja se prodromalna faza bolesti. Ona se javlja u adolescenciji ili u dvadesetim godinama života. Okvirno može trajati nekoliko godina. Značajno je da je to faza koja se javlja tik prije onih pravih karakterističnih simptoma shizofrenije. Kod ove faze dolazi do postepenog pogoršanja samog tijeka bolesti. U toj fazi će osoba sigurno iskazati tugu, tjeskobu, izolaciju, bezvoljnost. Osoba je također nepovjerljiva, sumnjiva, ljuta, bijesna te je zaokupljena čudnim mislima. U ovoj fazi, ali ne odmah na početku, pojavljuju se iluzije, depresija te ekscentrično ponašanje. Osim toga, javljaju se problemi sa spavanjem, hranom te sa spolnim odnosima. Osoba često zanemaruje svoj izgled, ne vodi adekvatnu osobnu higijenu o sebi. Počinje konzumirati psihoaktivne supstance. Javlja se suicidalne misli. [2, 14, 22, 24,]

U aktivnoj fazi javljaju se većinom pozitivni simptomi koji se jave naglo. Prisutne su halucinacije, sumanute ideje, formalni poremećaj mišljenja i govora. U ovoj fazi pacijenta je potrebno hospitalizirati kako bi osigurali i njegovu okolinu, ali i okolinu drugih te mu pomogli na odgovarajući način. Faza može započeti i agresijom pacijenta na druge ili na samoga sebe. Prisutna je kod osobe koja ima dvadeset godina. Uz pozitivne simptome, javljaju se poboljšanja i pogoršanja tijekom bolesti. Koliko god se osoba oporavi, vrlo je mala vjerojatnost da se opet vrati

na onaj početak prije same bolesti (asimptomatska faza). Kao što je i navedeno, shizofrenija prolazi kroz razne faze. Nakon aktivne faze, kada je osoba sposobna izaći iz bolnice, ta se faza naziva faza stabilizacije. Ona može trajati nekoliko godina, a može trajati i vrlo kratko te se osoba opet može vratiti u aktivnu fazu bolesti i potrebna joj je ponovna hospitalizacija. [2, 14, 25]

Posljednja faza naziva se kroničnom ili rezidualnom fazom. To je razdoblje nakon što aktivna faza završi. Nekad se javi odmah nakon prve akutne faze, a nekad se javi tek nakon nekoliko godina poslije remisija i relapsa bolesti. Često se javlja kasnije, kada osoba navrší četrdesete. Javljaju se negativni i kognitivni simptomi bolesti. Rijetko kad se javlja poboljšanje bolesti. U ovoj fazi bolesti, bolesnici često mogu imati rezistenciju na lijekove antipsihotike. [2, 25]

2.5. Klinički oblici shizofrenije

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti razlikujemo nekoliko tipova shizofrenije, a to su: paranoidna, hebefrena, katatona, nediferencirana, postshizofrena depresija, rezidualna shizofrenija, shizofrenija simpleks, ostale shizofrenije i nespecificirana shizofrenija. Psihijatar određuje o kojoj je vrsti shizofrenije riječ prema simptomima koji su karakteristični za pojedinu vrstu shizofrenije. [2, 6]

2.5.1. Paranoidna shizofrenija (F20.0)

Kod ovog tipa shizofrenije prevladavaju sumanute ideje, deluzije. Prvenstveno se radi o proganjanju. Osim toga, javljaju se i halucinacije (slušne) te ideje veličine. Ovaj se tip shizofrenije javlja nešto kasnije od ostalih tipova. Može se, ali vrlo rijetko, javiti u ranijoj dobi. Paranoidna shizofrenija počinje laganim tempom, ali simptomi su vidljivi kad je bolest već na vrhuncu te se zbog toga misli da bolest nastupa brzo. Kod ovog tipa nema vidljivih kognitivnih i negativnih simptoma, a osjećaji su očuvani. Osobe mogu biti anksiozne, razdražljive, svadljive, ljute. Shizofrena osoba može predstavljati opasnost, javljaju se imperativne halucinacije koje potiču samoubojstvo ili agresiju prema okolini. Pacijenti obično oboljevaju početkom tridesetih godina. Sama prognoza ovog tipa shizofrenije je zadovoljavajuća. Osoba može dalje normalno raditi i živjeti sama. Od svih tipova, ovaj tip se najviše pojavljuje kod pacijenata. [2, 6, 26]

2.5.2. Hebefrena shizofrenija (F20.1)

Ovaj se tip javlja u ranijoj dobi, prije dvadesetpete godine života. Već u dječjoj dobi osobe pokazuju neke simptome shizofrenije, uvijek su voljele biti same i izolirane od okoline. Kod ovog tipa, osobe često imaju nejasan govor zbog nelogičnog slijeda riječi, često skaču s jedne na drugu temu, ponašaju se kao djeca. Javljaju se problemi vezani uz održavanje osobne higijene te

o kućanstvu u kojem žive. Osoba je vidljivo prljava, nepravilno se odijeva (više zimskih jakni u ljetno doba), izgovara ružne riječi glasnim tonom. Prognoza je veoma loša. [14, 26]

2.5.3. Katatona shizofrenija (F20.2)

Ovaj se tip shizofrenije vrlo rijetko javlja, a bolesnici s ovim tipom najranije su hospitalizirani i prognoza je dobra. Javljaju se psihomotorne smetnje. Ovdje je izražen katatoni stupor što znači da je oboljela osoba nepokretna. Također, može biti suprotno od toga, onda se javi pojačana motorička aktivnost. Ovaj se tip javlja vrlo naglo, dok je klinička slika šarolika. Ako je prisutan katatoni stupor, osoba može biti dugo u nepomičnom stojećem ili ležećem položaju. Osoba je mutistična te zuri u jednu točku, ne želi jesti niti komunicirati. Čak ne reagira niti na bolne podražaje. Ovdje je prisutan i fenomen psihičkog jastuka (drži glavu gore i ne dodiruje krevet), te fenomen voštane savitljivosti. Svijest je očuvana, bez obzira što pacijent ne uspostavlja komunikaciju s okolinom. Stupor (nema nikakvog pokreta) može prestati polagano ili naglo. Bolesnik može biti agresivan prema okolini, skinuti se do gola, vršiti nuždu na javnim površinama itd. Često su prisutne halucinacije. Bolesnik ne može spavati, ne može jesti pa samim time dolazi do dehidracije, gubitka na težini i iscrpljenosti. [2, 6, 14]

2.5.4. Nediferencirana shizofrenija (F20.3)

Ovaj se tip još naziva atipična shizofrenija. Prisutni su mnogi simptomi, no ni jedan od njih nije dominantan kao kod ostalih tipova shizofrenije. Ovaj se tip postavlja kad ima obilježja više od jednog tipa shizofrenije. [2]

2.5.5. Postshizofrena depresija (F20.4)

Ovdje je bitno naglasiti da postoji visok rizik za samoubojstvom. Simptomi shizofrenije su prisutni, ali nisu dominantni. Ovdje dominira depresivna epizoda. [2]

2.5.6. Rezidualna shizofrenija (F20.5)

Ovaj se tip dijagnosticira kada je osoba imala više epizoda shizofrenije, a nakon toga dominiraju negativni simptomi. [14]

2.5.7. Shizofrenija simplex (F20.6)

Ovaj tip teško je otkriti i ne javlja se pretjerano često. Češće se javlja kod mladih osoba koje ne vole provoditi vrijeme sa okolinom. Gube volju za radom, postaju nezainteresirane. Javlja se apatija, postaju hladni i zatvoreni. Počinju teško razmišljati. Prisutne su sumanute ideje. Mogu se

javiti i halucinacije. Što se tiče pamćenja, ono je dobro očuvano. U ovaj tip se svrstavaju ovisnici o alkoholu, nezaposlene osobe, beskućnici, prostitutke itd. [14, 26]

2.6. Dijagnostika

Na temelju simptoma liječnik psihijatar će postaviti dijagnozu shizofrenije. Naime, liječnik treba biti oprezan u postavljanju dijagnoze jer pacijenti često prikrivaju simptome. Osim pacijenta, bitno je uzeti podatke o pacijentu i od obitelji, prijatelja te kolega gdje pacijent radi. Dakle, uzima se anamneza i heteroanamneza. Simptomi koji nam mogu sa sigurnošću dokazati da je riječ o shizofreniji jesu: slušne halucinacije, pacijent ne može imati kontrolu nad svojim mislima, te sumanute ideje proganjanja. [20]

Danas se liječnici koriste dijagnostičkim sustavom koji se naziva Međunarodna klasifikacija bolesti -10 (MKB-10). Prema njemu, simptomi shizofrenije moraju biti prisutni najmanje mjesec dana kako bi se mogla dijagnosticirati shizofrenija, jedino za shizofreniju simplex potrebno je pratiti simptome najmanje godinu dana. [6]

Kroz više kratkih razgovora s pacijentom i obitelji, psihijatar primjećuje simptome te nakon toga potvrđuje dijagnozu. Osim razgovora i simptoma, psihijatar još može napraviti neke druge pretrage kao što su kompjuterizirana tomografija (CT) mozga, laboratorijske pretrage te poslati pacijenta na pregled kod neurologa. Psihijatar mora znati cijelu povijest pacijenta, od samog rođenja do dana kada je došao na pregled, svaki taj faktor igra veliku ulogu u dijagnostici. Bitno je napomenuti da sve što pacijent izgovara mora ostati tajna. Bitno je da liječnik uzme heteroanamnezu. Razlog tome je što pacijent sam nije svjestan stanja u kojem se nalazi jer on smatra da je to dio njegove stvarnosti. Ponekad se dogodi da je pacijent opasan i za sebe i za druge oko sebe zbog simptoma koji su prisutni. Tada je moguće prisilno hospitalizirati pacijenta, bez da pacijent potpiše pristanak na liječenje. Uvijek je u interesu da se pomogne pacijentu, ali i okolini. [14]

2.7. Liječenje

Liječenje shizofrenije iziskuje mnogo truda i napora, prvenstveno je potreban napor pacijenta, ali i njegove obitelji te medicinskog osoblja. Najbitniji cilj samog liječenja jest kontrolirati simptome koji se javljaju. U terapiju shizofrenije spada farmakološko liječenje i psihosocijalno liječenje. Svakako bi liječenje shizofrenije trebalo shvatiti ozbiljno te ga prihvatiti jer ono poboljšava tijek i prognozu liječenja. Dapače, kroz liječenje moguće je dovesti bolest do poboljšanja, zato je potrebno prihvatiti savjete liječnika i ostalog multidisciplinarnog tima. Svakako je potrebna komunikacija i dobar odnos između liječnika, pacijenta, obitelji i okoline.

Dobar odnos poboljšava pacijentovo stanje, ali isto tako sprečava pogoršanje same bolesti. Kako je shizofrenija teška psihička bolest, tako je i liječenje samo po sebi vrlo zahtjevno i teško. Odmah na početku potrebno je pripremiti pacijenta i obitelj na strpljivost i razumijevanje. U današnjem svijetu još uvijek postoji stigma i diskriminacija te nedovoljno znanja o shizofreniji, stoga je potrebno uključiti edukaciju okoline o toj bolesti. Kod liječenja shizofrenije, kao i kod ostalih psihičkih bolesti, bitan je multidisciplinarni tim u kojem sudjeluju liječnik psihijatar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, radni terapeut i drugi. U liječenju nisu dovoljne samo tablete (medikamentozna terapija), već je potrebna psihosocijalna, obiteljska, radna integracija. [1, 14]

Kod liječenja shizofrenije od lijekova najveću ulogu imaju antipsihotici. To su lijekovi koji omogućuju suzbijanje simptoma. Danas se antipsihotici odabiru empirijski. Svaki lijek kojeg pacijent uzima potrebno je da ima što manje nuspojave i da čim više pomaže pacijentu vezano uz smanjenje simptoma bolesti. Antipsihotici se moraju postupno uvoditi, što znači da se prvo kreće s manjim dozama, a kasnije se te doze povećavaju. Ne mora značiti da će jedan te isti lijek pomoći svim pacijentima. Svaki je pacijent priča za sebe te se tako mora pristupiti i u odabiru lijekova. Gotovo u devedeset posto slučajeva, antipsihotici smanjuju akutne simptome, a njihovo djelovanje jasno je vidljivo za oko šest do osam tjedana od početka konzumiranja. [6, 27]

Osim antipsihotika, značajnu ulogu ima i elektrokonvulzivna terapija u liječenju shizofrenije. Pomoću električne struje djeluje se pozitivno na ljudski mozak, dolazi do konvulzija. Često se javljaju predrasude prema ovoj vrsti terapije, te se naziva elektrošok terapijom. Zapravo, ovo je vrlo učinkovita terapija, a posebice se koristi kada ni jedna druga vrsta terapije ne daje zadovoljavajuće rezultate liječenja. Ova vrsta terapije radi se dva ili tri puta na tjedan (6-12 tretmana ukupno). Ova vrsta terapije ne radi se kod osoba koje boluju od kardiovaskularnih bolesti te bolesti središnjeg živčanog sustava.

Osim lijekova, vrlo je važna i psihosocijalna terapija u liječenju shizofrenije. Psihosocijalne metode utječu na povoljan rad mozga. Postoje razne psihosocijalne metode koje se često kombiniraju kako bi rezultati liječenja bili što povoljniji. Shizofrene osobe se vrlo teško, gotovo nikako ne mogu baviti nekim aktivnostima kada su prisutni akutni simptomi bolesti, njihova je koncentracija loša. Kad se akutni simptomi povuku, osobe još uvijek ne mogu samostalno funkcionirati. Zbog toga su potrebne takozvane popratne terapije koje su sastavni dio liječenja. U popratne terapije spadaju iskazivanje ljubavi i ostalih emocija, zanimanje za okolinu, sposobnost apstraktnog mišljenja, podnošenje opterećenja i ostalo. Cilj ove terapije jest uspostaviti sve ove aktivnosti ponovno. Svaka osoba osjeća se vrijednom kada nešto korisno radi za sebe i svoju okolinu. Isto tako je i kod osoba koje boluju od shizofrenije, potrebno ih je pratiti i davati podršku u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti. Oni se tada osjećaju budnijim. Zadatak terapeuta

ili medicinske sestre jest da podupire pacijenta u izvršavanju određene aktivnosti, a isto tako da vodi računa da pacijent ne bude previše ili premalo opterećen tom aktivnošću koju obavlja. Bitno je da pacijent ima plan dnevnih aktivnosti. Vrlo je značajna i okupacijska terapija u kojoj pacijent može iskazati svoje umjetničke sposobnosti (slikanje, rad s drvom ili glinom, tkanje i drugo). U psihoterapiji jedan od glavnih ciljeva jest da se bolesnici suoče sa samim sobom i svojom bolešću, te svojim životom. Kako bi taj cilj bio postignut, bitno je da pacijent prije toga bude dobro informiran i educiran o svojoj bolesti, a to se naziva psihoedukacija. Ona se može provoditi pojedinačno ili skupno te je obavezna u liječenju shizofrenije. Osim pacijenta, veliku ulogu u liječenju ima i njegova obitelj. Ako pacijent i obitelj prije prihvate bolest, već je prvi korak ka liječenju napravljen. Obitelj, kao najvažniji dio podrške i potpore pacijentu, mora uzeti u obzir neke važne stvari: pacijenta se ne smije uvjeravati u netočnost njegovih sumanutih ideja ili halucinacija. Obitelji mora biti jasno da je to pacijentova stvarnost. Obitelj mora biti ta koja će uvijek imati vremena saslušati pacijenta o njegovim idejama i životu. U svemu tome, potrebno je ponuditi liječničku pomoć. Ako pretpostavimo da je pacijent opasan za sebe ili svoju okolinu, tada je potrebna hitna intervencija i prisilna hospitalizacija. Potrebno je biti iskren prema pacijentu, ne smije mu se lagati niti ga ucjenjivati. Osobe koje boluju od shizofrenije nisu lijeve, već je njihova sposobnost za rad smanjena. Obitelj ne smije tjerati oboljelog na rad, već ga poticati na ono što pacijent želi raditi. Dnevni plan aktivnosti potrebno je prilagoditi pacijentu. Što se tiče uzimanja lijekova, svaki lijek pacijent treba vidjeti i znati da ga konzumira. Sve pacijentove želje, ako su realne, potrebno je uvažiti. Vrlo je bitan i trening socijalnih vještina u koje su uključeni održavanje osobne higijene, stanovanja, kupovine, komunikacija, briga o sebi i za sebe i svoja prava. Ovaj trening pomaže pacijentu da se može samostalno brinuti o sebi i za sebe te za svoju okolinu u kojoj živi. [6, 14, 20]

2.8. Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije

Najviše vremena uz pacijenta i njegov krevet provodi medicinska sestra, njezina uloga vrlo je važna. Najbitnije od svega jest da medicinska sestra pomno promatra pacijenta, te na temelju toga može zaključiti koji se problemi javljaju vezano uz pružanje zdravstvene njege psihijatrijskog pacijenta. Prvo se identificira problem, a zatim je potrebno napraviti intervencije koje će taj problem najbolje riješiti. To se naziva plan zdravstvene njege, on prolazi kroz četiri faze. Prva faza jest identifikacija problema, zatim slijedi planiranje intervencija, pa provedba istih i na kraju evaluacija onog što je učinjeno. Kod svih psihijatrijskih pacijenata, pa tako i kod osoba koje boluju od shizofrenije, najbitnija intervencija jest dobra komunikacija. Kod shizofrenih bolesnika javljaju se razni simptomi, kao što su halucinacije, promjene u ponašanju. Medicinska sestra mora imati dobro razvijene komunikacijske vještine. Razgovorom možemo

puno toga dobiti od pacijenta, a isto tako medicinska sestra razgovorom puno toga uspije naučiti pacijenta. Razgovorom se stječe povjerljiv odnos između zdravstvenog osoblja i pacijenta što je najbitnije u svakom liječenju. Najbitniji ciljevi u pružanju zdravstvene njege shizofrenih bolesnika jesu: promicati i unaprijediti interakciju između bolesnika i okoline, povećati i ojačati psihološku stabilnost, osiguranje zaštite, poticati i ohrabriti obitelj i druge bliske osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom. [1, 4]

Osim dobre komunikacije, jedan od glavnih stvari jest sestrinska dokumentacija koja predstavlja prvi korak u zbrinjavanju bolesnika. Sestrinska dokumentacija neophodna je za dobru komunikaciju unutar tima, predstavlja kvalitetu pružene skrbi, u njoj su zapisane sve intervencije koje su napravljane. Sestrinska nam dokumentacija pruža sigurnost, tamo možemo provjeriti sve što je napravljeno za pacijenta. Na početku dokumentacije radi se anamneza, a često i heteroanamneza. Uzimaju se podaci o pacijentu i pregledava se povijest bolesti. Svaka uzeta anamneza je specifična, pogotovo kod psihijatrijskih bolesnika. Kod anamneze uzimaju se u obzir tjelesni, socijalni, psihološki i drugi aspekti koji će nam pomoći u izradi plana zdravstvene njege. Svi podaci koji se uzimaju moraju biti točni i jasni. Najbitnije od svega, medicinska i sestrinska dokumentacija uvelike se razlikuju te je bitno znati da su to dvije vrlo različite stvari. U sestrinskoj je dokumentaciji prikazana cjelokupna zdravstvena skrb o pacijentu. Često nam služi kao dobar izvor u sestrinskom istraživanju i unaprjeđenju rada u sestinstvu. Sva sestrinska dokumentacija mora biti jasna svima, kratka, čitka. Obrazac kojeg medicinske sestre koriste mora biti praktičan za korištenje. U vođenju sestrinske dokumentacije sudjeluju svi članovi tima kako bi zdravstvena njega i sav odnos s pacijentom bio zadovoljavajući. [1, 28]

3. Istraživanje

3.1. Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je dobiti rezultate vezane uz znanje studenata na Sveučilištu Sjever o shizofreniji. Isto tako, istraživanje je bilo provedeno o stavovima koji se odnose prema toj bolesti.

3.2. Metode

U istraživanju su sudjelovali studenti preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, njih 165. Anketa je napravljena preko Google obrasca te kao takva je stavljena na društvene mreže (Facebook)

3.2.1. Sudionici

U istraživanju je sveukupno sudjelovalo 165 studenata. Od 165 studenata (100%) njih 135 bilo je ženskog spola, točnije 81,8%, a ostalih 30 bilo je muškog spola, točnije 18,2%. Raspon dobi kretao se od 19 godina do >35 godina. U rasponu od 19 do 24 godine sudjelovalo je 123 studenata (74,5%), u rasponu od 25 do 30 godina sudjelovala su 32 studenta (19,4%), u rasponu od 31 do 35 sudjelovalo je osam studenata (4,8%), dok je u rasponu od >35 godina sudjelovalo samo dvoje studenata (1,2%). U istraživanju su sudjelovali studenti sa preddiplomskog stručnog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Njih 53 (32,1%) studenti su prve godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, na drugoj godini 54 (32,7%), a sa treće godine sudjelovalo je 58 studenata (35,2%).

3.2.2. Instrumentarij

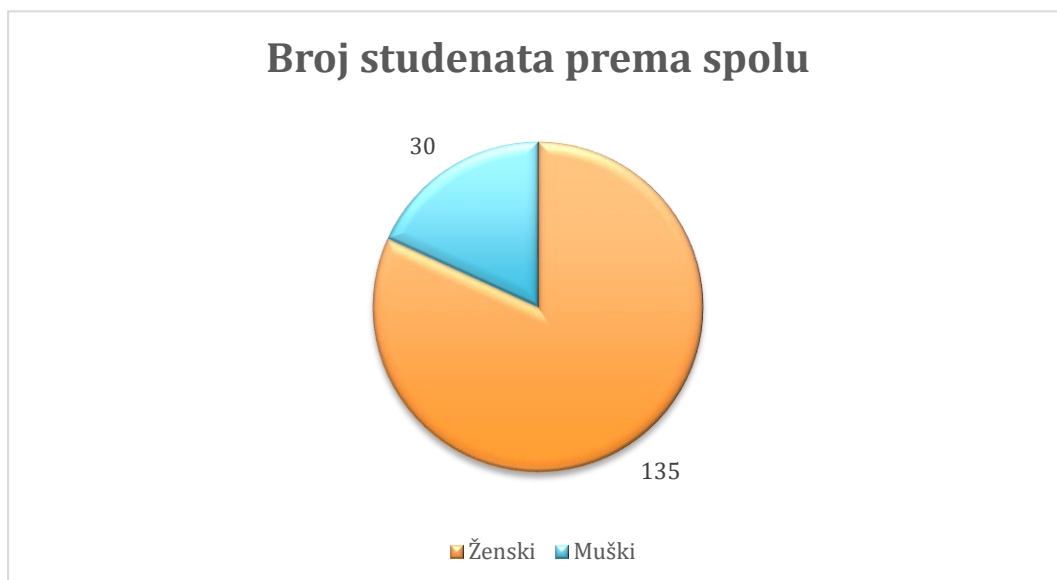
Istraživanje je provedeno preko ankete koja je obrađena na Google obrascu. Anketa se sastojala od tri dijela, a sveukupno bilo je 23 pitanja. Prva tri pitanja bila su vezana uz sociodemografske podatke, u drugom dijelu bilo je 14 pitanja koja su vezana uz znanje studenata vezana uz shizofreniju, u trećem dijelu bilo je šest pitanja koja su se odnosila na stavove studenata sestrinstva vezana uz istu bolest.

3.2.3. Postupak

Anketa je bila podijeljena preko društvenih mreža (Facebook) studentima preddiplomskog stručnog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Anketa je postavljena na društvene mreže 02.04.2022. do 11.07.2022. Provedba ankete bila je anonimna, a sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno. Anketa je napravljena pomoću Google obrasca, a mogućnost rješavanja bilo je samo preko unin domene. Rezultati su obrađeni deskriptivnom statistikom pomoću postotaka ankete koji se nalaze na Google obrascu.

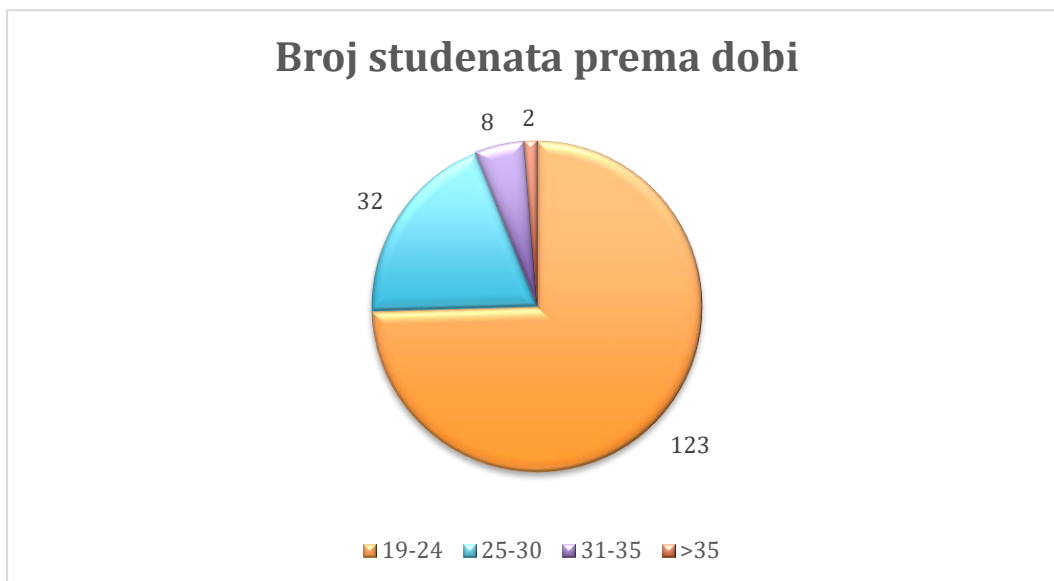
3.3. Rezultati

U istraživanju sudjelovalo je 165 studenata. Broj ženskih osoba iznosi 135, točnije 81,8%. Preostalih 30 je muških osoba, točnije 18,2%, a prikaz broja studenata prema spolu prikazan je na grafu 3.3.1.



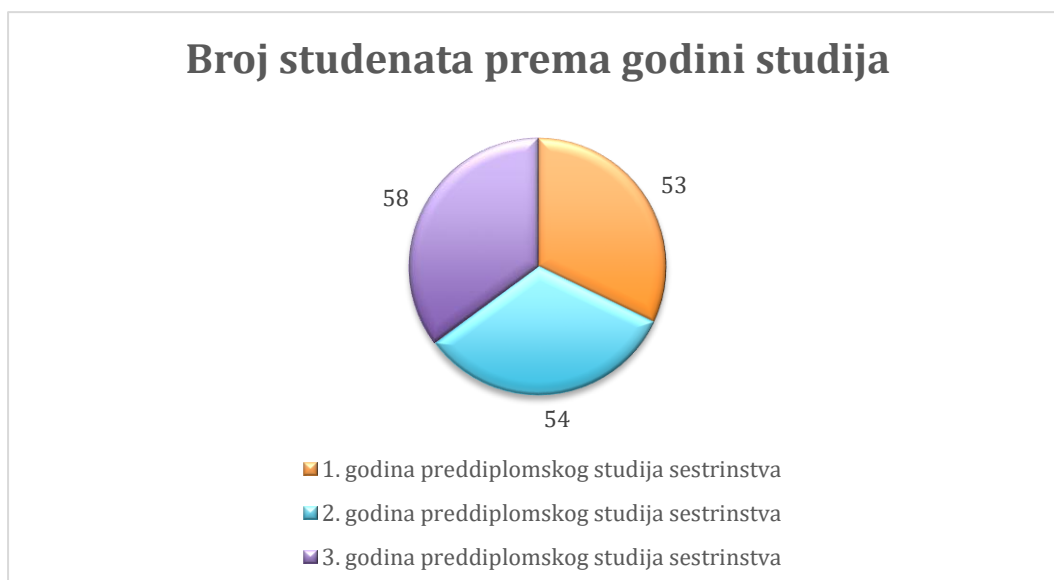
Graf 3.3.1. Prikaz broja ispitanika prema spolu

Najveći broj studenata staro je u razdoblju između 19 do 24 godine (74,5%). Dok najmanji broj studenata ima >35 godina, točnije samo dvoje studenata (1,2%). Rezultati su prikazani na grafu 3.3.2.



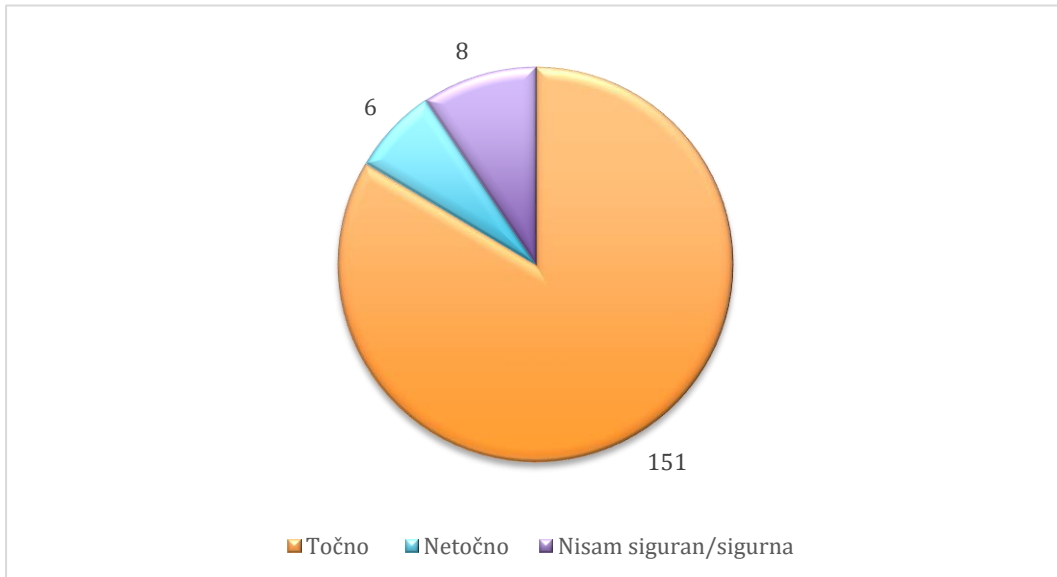
Graf 3.3.2. Prikaz studenata prema dobi

U istraživanju su sudjelovali studenti preddiplomskog stručnog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. Najveći broj studenata je sa treće godine, njih 58 (35,2%). Sa druge godine ima 54 studenata (32,7%). Na prvoj godini sudjelovalo je 53 studenata, točnije njih 32,1%). Rezultati su prikazani na grafu 3.3.3.



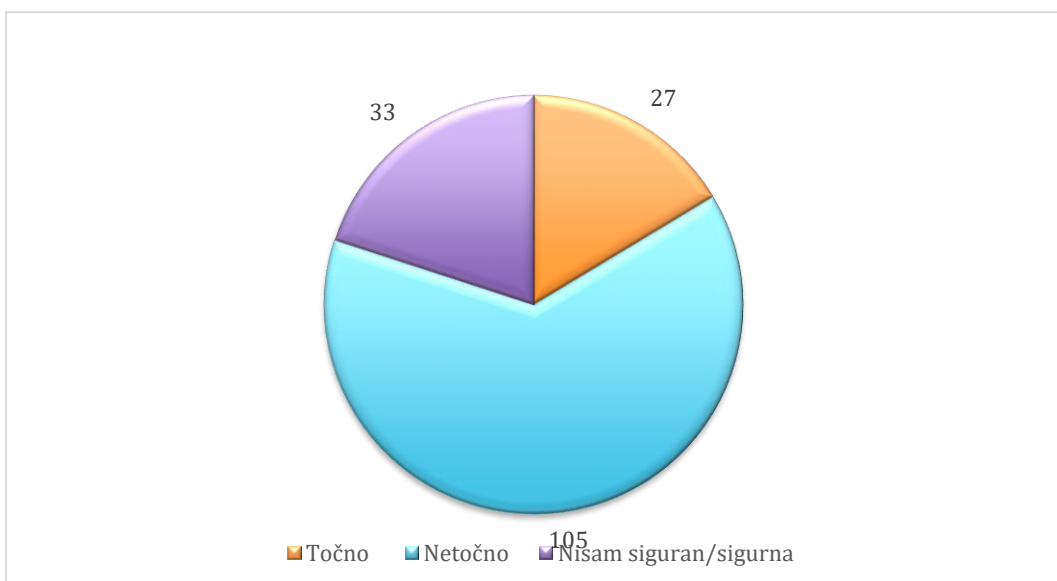
Graf 3.3.3. Prikaz studenata prema godini studija

Od sveukupno 165 studenata, 151 student (91,5%) odgovorilo je da ovu definiciju shizofrenije smatra točnom, a samo šest studenata (3,6%) smatra da je odgovor netočan. Preostalih osam studenata (4,8%) nisu znali je li ova definicija točna ili netočna. Rezultati su prikazani grafom 3.3.4.



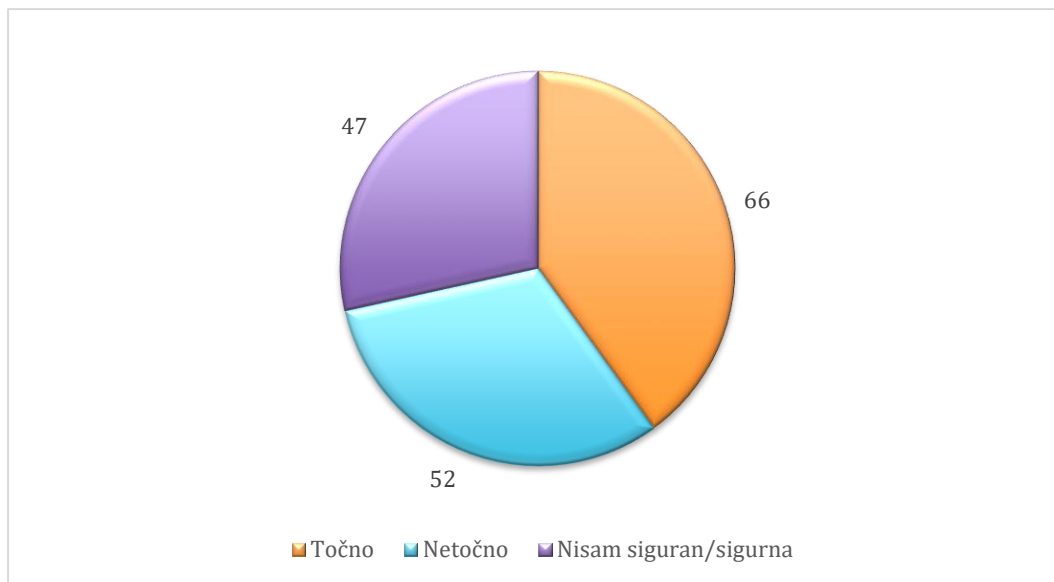
Graf 3.3.4. Prikaz odgovora na rečenicu "Shizofrenija je psihička bolest koja oboljeloj osobi otežava razlikovanje realnih i nerealnih situacija u njezinom životu i okolini."

Od 165 studenata, njih 105 (63,6%) smatra da je ova tvrdnja netočna, a čak njih 27 (16,4%) smatra da je tvrdnja točna. Ostalih 33 studenata (20%) nisu bili sigurni u ovu tvrdnju. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.5.



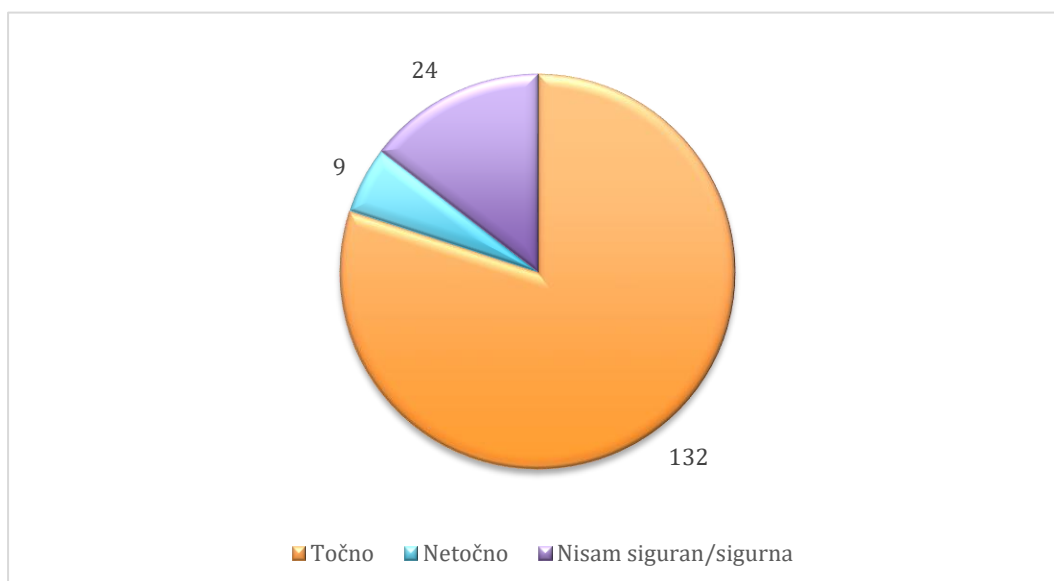
Graf 3.3.5. Prikaz rezultata na tvrdnju „Od shizofrenije češće obolijevaju starije osobe iznad 60 godina.“

Na ovu tvrdnju je čak 66 studenata (40%) odgovorilo da je točna, a 52 studenta (31,5%) odgovorilo je da je tvrdnja netočna. Ostalih 47 studenata (28,5%) nisu bili sigurni tko češće obolijeva od shizofrenije. Rezultati su prikazani u grafu 3.3.6.



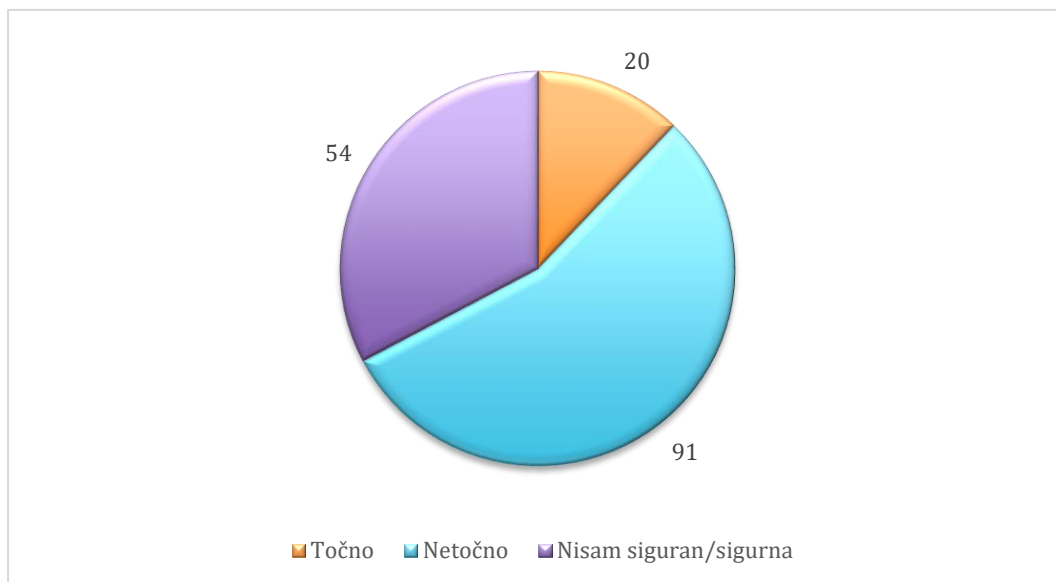
Graf 3.3.6. Prikaz odgovora na tvrdnju „Od shizofrenije češće obolijevaju žene.“

Većina studenata smatra da shizofrenija ima genetsku predispoziciju, čak njih 132 (80%). A manji broj, točnije devet studenata (5,5%) smatra da shizofrenija nema genetsku predispoziciju. Ostalih 24 studenata (14,5%) nisu bili sigurni u svoje znanje, a to sve možemo vidjeti u rezultatima na grafu 3.3.7.



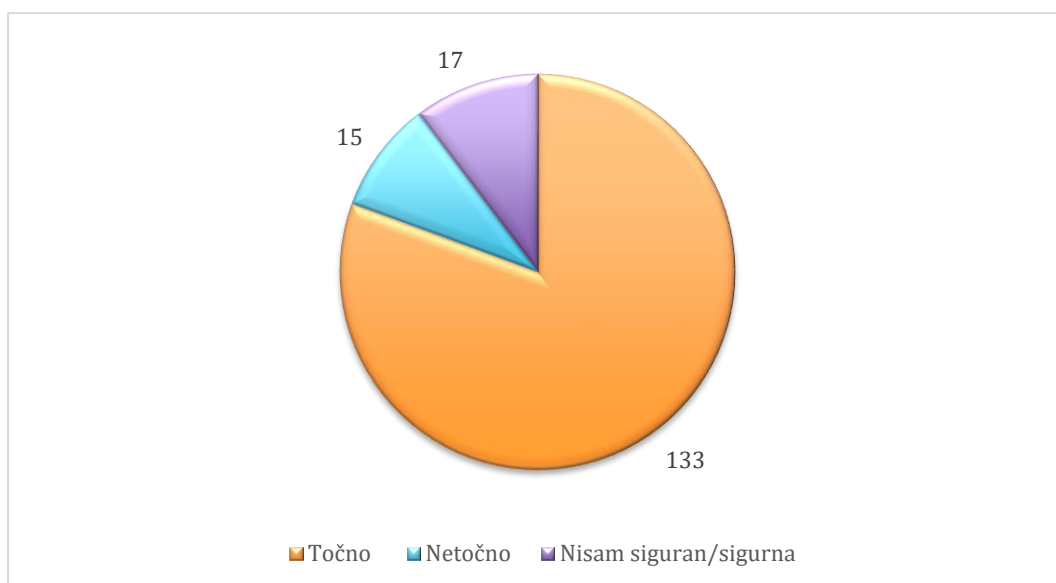
Graf 3.3.7. Prikaz odgovora na tvrdnju „Shizofrenija ima genetsku predispoziciju“.

Od 165 studenata, većina njih smatra da je tvrdnja netočna, točnije 91 student (55,2%). 20 studenata (12,1%) smatra da je tvrdnja točna. Preostalih čak 54 studenata (32,7%) nisu sigurni ima li marihuana pozitivan ili negativan učinak na obolijevanje od shizofrenije. Rezultati su prikazi na grafu 3.3.8.



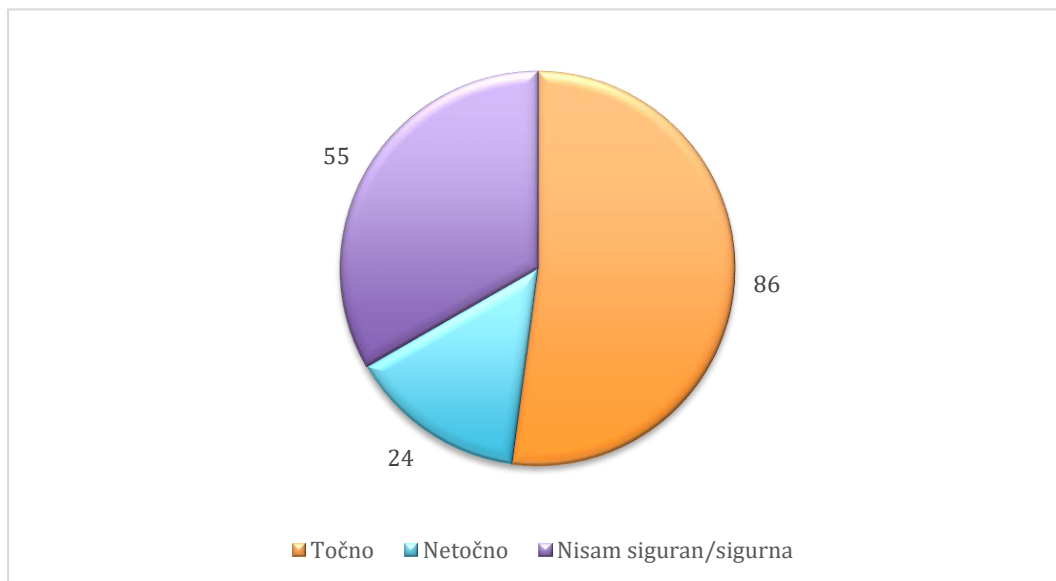
Graf 3.3.8. Prikaz rezultata na tvrdnju „Konzumenti marihuane imaju manji rizik za obolijevanje od shizofrenije.“

133 studenta (80,6%) smatra da osobe oboljele od shizofrenije imaju veći rizik za suicidom, dok samo njih 15 (9,1%) smatra da je tvrdnja netočna. Ostalih 17 (10,3%) nisu sigurni u ovu tvrdnju. Graf 3.3.9. prikazuje dobivene rezultate.



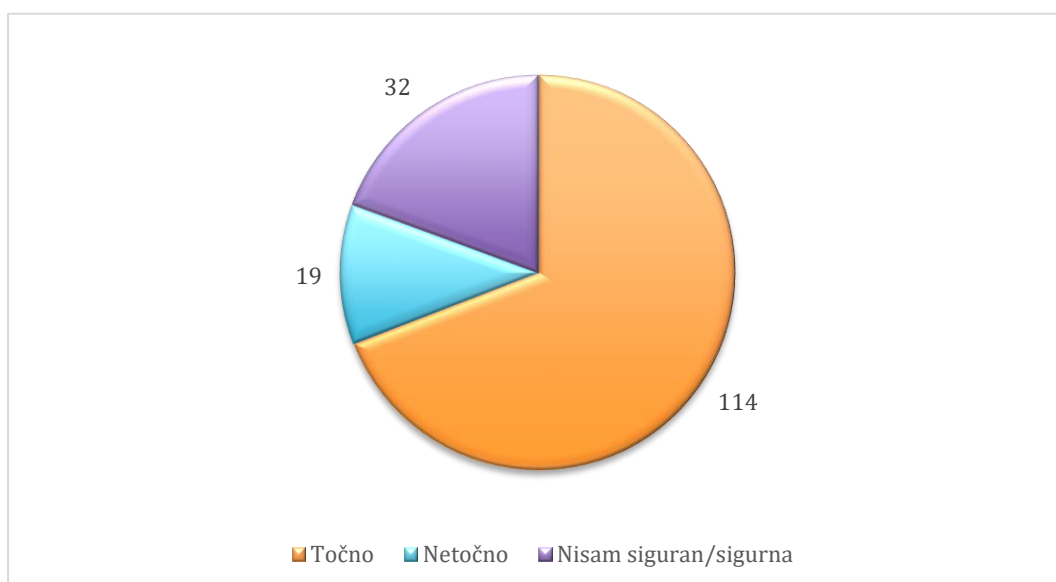
Graf 3.3.9. Prikaz odgovora na tvrdnju „Osobe oboljele od shizofrenije imaju veći rizik za suicidom.“

Na ovu tvrdnju je 86 studenata (52,1%) odgovorilo da je točna. Samo je 24 studenata (14,5%) odgovorilo da je tvrdnja netočna. Preostalih 55 studenata (33,3%) nisu bili sigurni u ovu tvrdnju. Ovi su rezultati prikazani grafom 3.3.10.



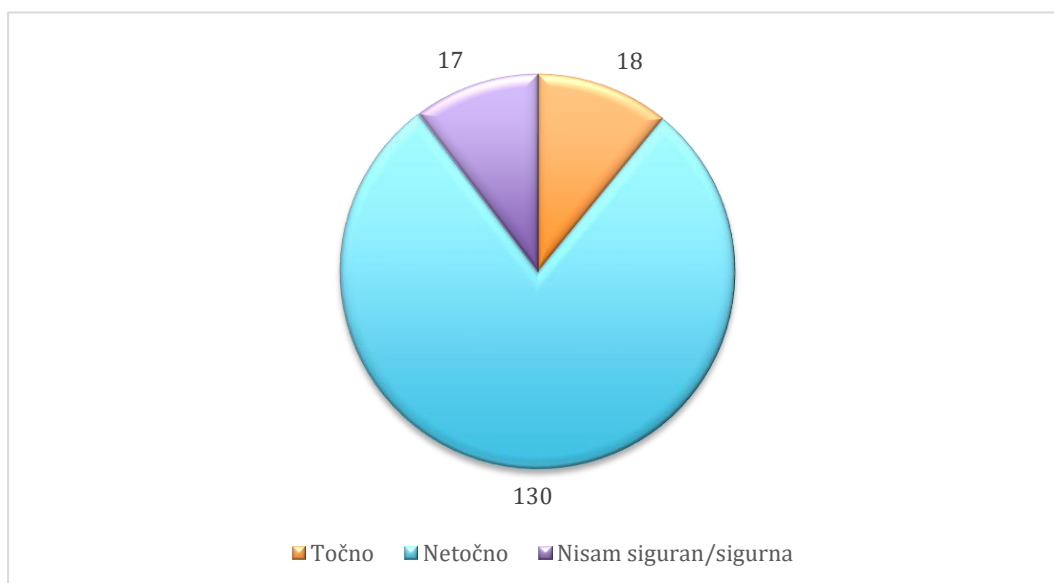
Graf 3.3.10. Prikaz odgovora na tvrdnju „Incidencija obolijevanja od shizofrenije veća je u urbanim područjima.“

Na ovu tvrdnju je 114 studenata (69,1%) odgovorilo da je točna, samo je 19 studenata (11,5%) odgovorilo da je tvrdnja netočna, dok je preostalih 32 studenata (19,4%) odgovorilo da nisu sigurni u ovaj odgovor. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.11.



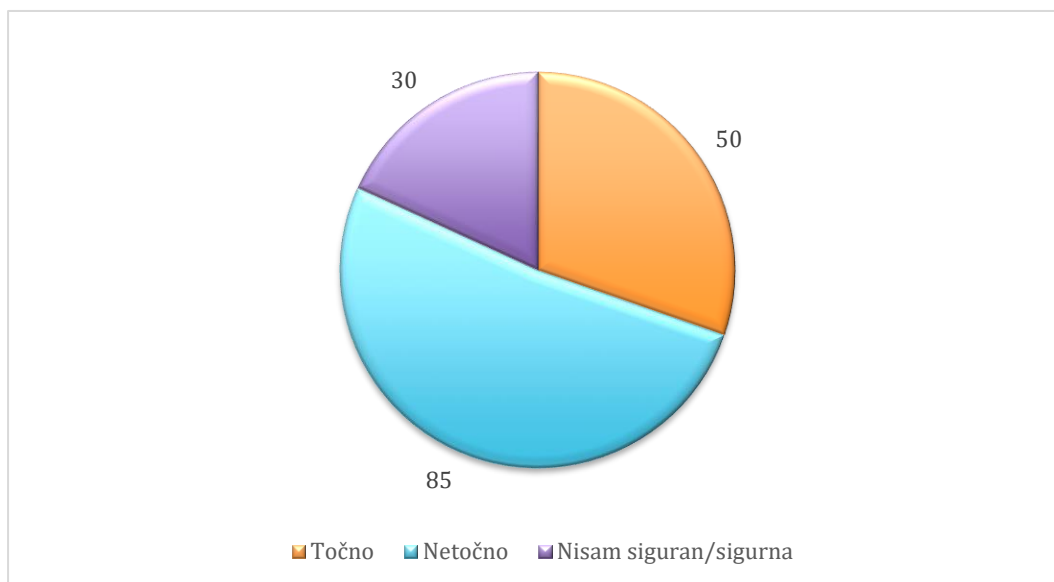
Graf 3.3.11. Prikaz rezultata na tvrdnju „Osnovni simptomi shizofrenije po Bleuleru (4A) jesu: asocijativna slabost, afektivna neadekvatnost, ambivalencija i autizam.“

Od 165 studenata, većina njih, zapravo 130 studenata (78,8%) smatra da je tvrdnja netočna, a samo njih 18 (10,9%) smatra da je tvrdnja točna. Ostatak, točnije njih 17 (10,3%) nisu sigurni u svoj odgovor. Graf 3.3.12. prikazuje ove rezultate.



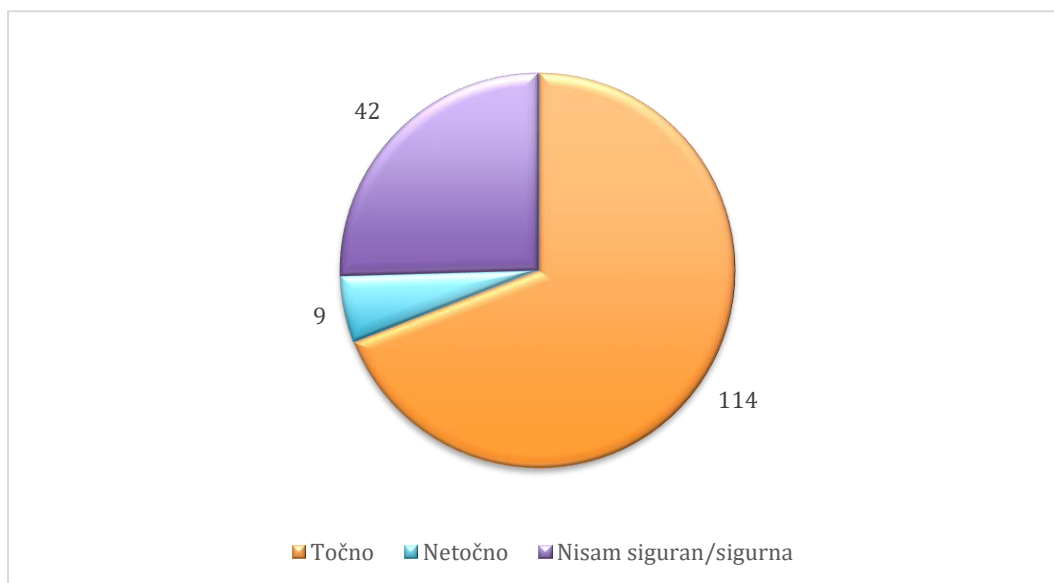
Graf 3.3.12. Prikaz rezultata na tvrdnju „Ne postoje različiti podtipovi shizofrenije.“

Sa ovom se rečenicom složilo 50 studenata (30,3%). 85 studenata (51,5%) smatra da je ova tvrdnja netočna. Preostalih 30 studenata (18,2%) nisu bili sigurni da li je ova tvrdnja točna ili netočna, svi rezultati su vidljivi u grafu 3.3.13.



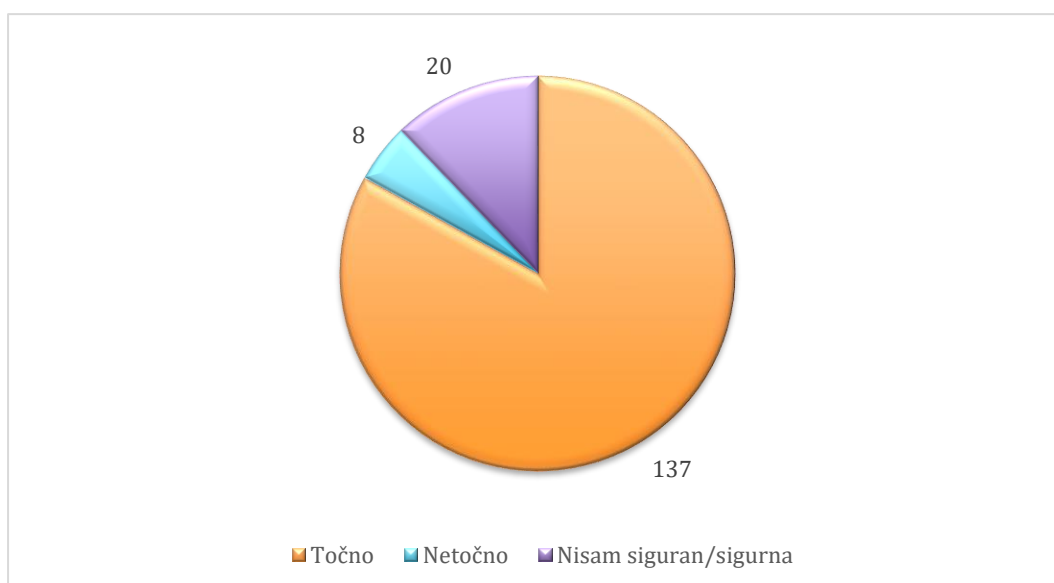
Graf 3.3.13. Prikaz rezultata na tvrdnju „Shizofrenija ima svoje pozitivne i negativne simptome, jedan od pozitivnih simptoma je pasivnost i socijalno povlačenje.“

Veći dio studenata, njih 114 (69,1%), se slaže sa ovom rečenicom, 9 (5,5%) studenata se ne slaže, a 42 (25,5%) studenata nije znalo odgovoriti što je prikazano na grafu 3.3.14.



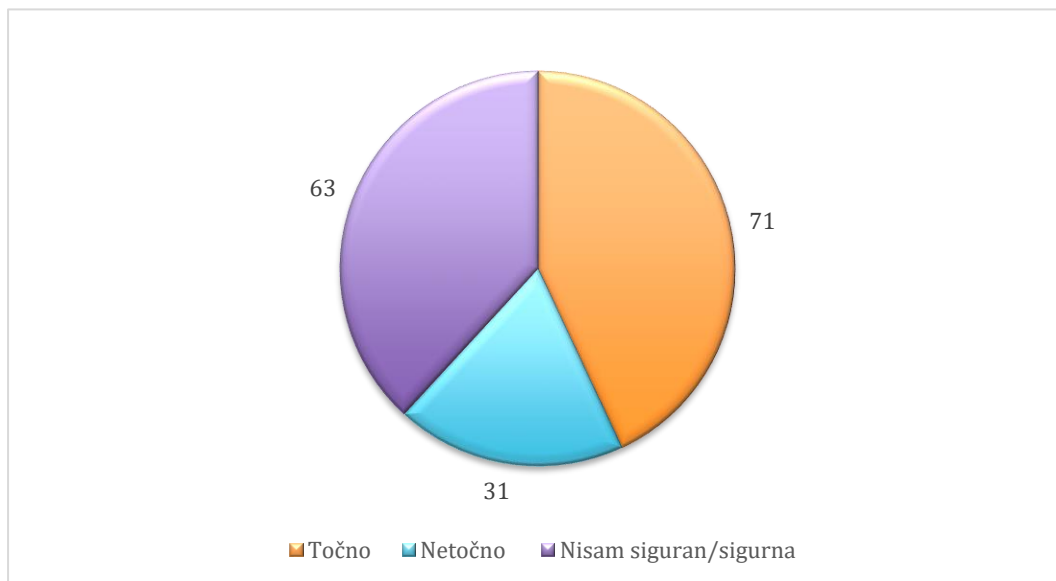
Graf 3.3.14. Prikaz rezultata na tvrdnju „Katatoni stupor jedan je od specifičnih simptoma shizofrenije, a predstavlja stanje potpune motoričke blokade u kojoj pacijent ne može govoriti niti reagirati na vanjske podražaje, ne jede, niti je zainteresiran za okolinu.“

137 studenata (83%) smatra da je ova tvrdnja točna, a samo njih osmero (4,8%) smatra da je tvrdnja netočna, dok preostalih 20 studenata (12,1%) nisu sigurni u svoj odgovor. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.15.



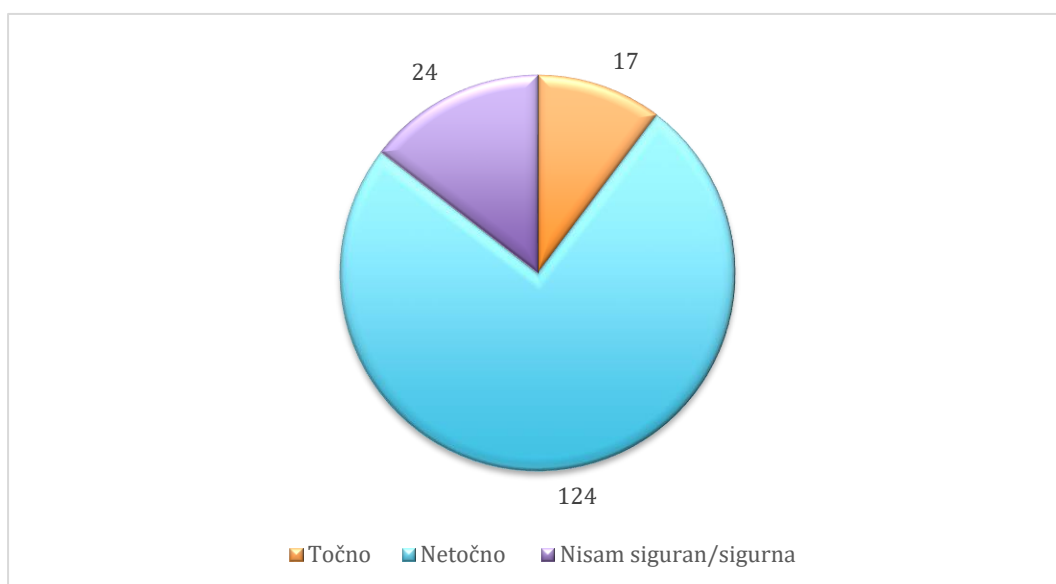
Graf 3.3.15. Prikaz rezultata na tvrdnju „ Kod paranoidne shizofrenije prisutne su sumanute ideje i/ili slušne halucinacije.“

Sa sljedećom rečenicom slaže se 71 student (43%). 31 student smatra da je ova tvrdnja netočna, točnije njih 18,8%. Preostalih čak 63 studenata nisu sigurni u svoj odgovor (38,2%). Graf 3.3.16. prikazuje rezultate.



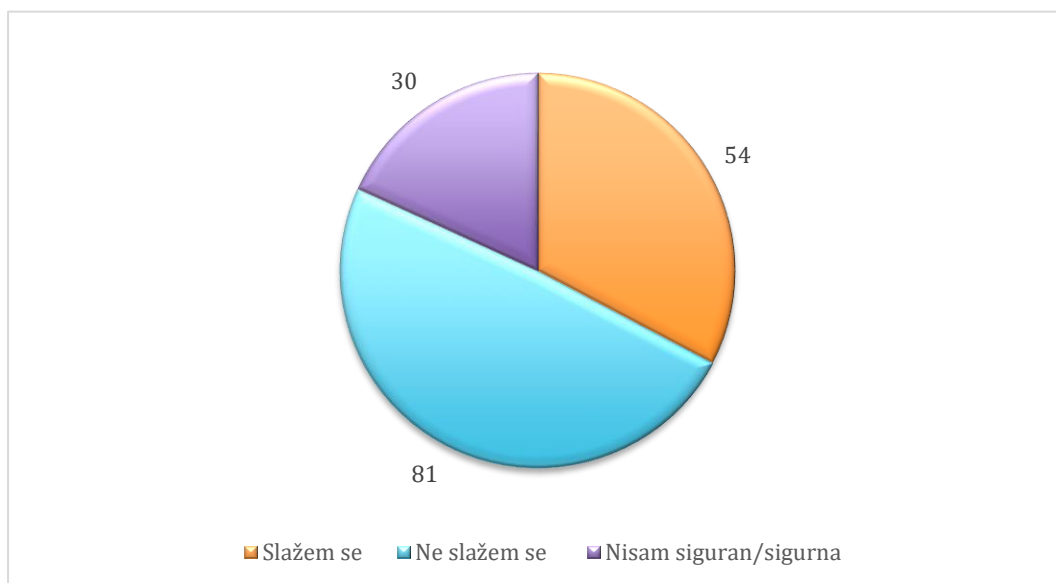
Graf 3.3.16. Prikaz rezultata na tvrdnju „Kod osoba oboljelih od shizofrenije, bitna je prehrana. Potrebno je jesti više voća, povrća piletine i ribe, a izbjegavati gluten, mlijeko i šećer.“

Na ovu tvrdnju 124 studenata (75,2%) odgovorilo je da je netočna, a samo 17 studenata (10,3%) odgovorilo je da je ova tvrdnja točna. Ostatak studenata, njih 24 (14,5%) ne znaju da li je ovo točno ili netočno. Rezultate prikazuje graf 3.3.17.



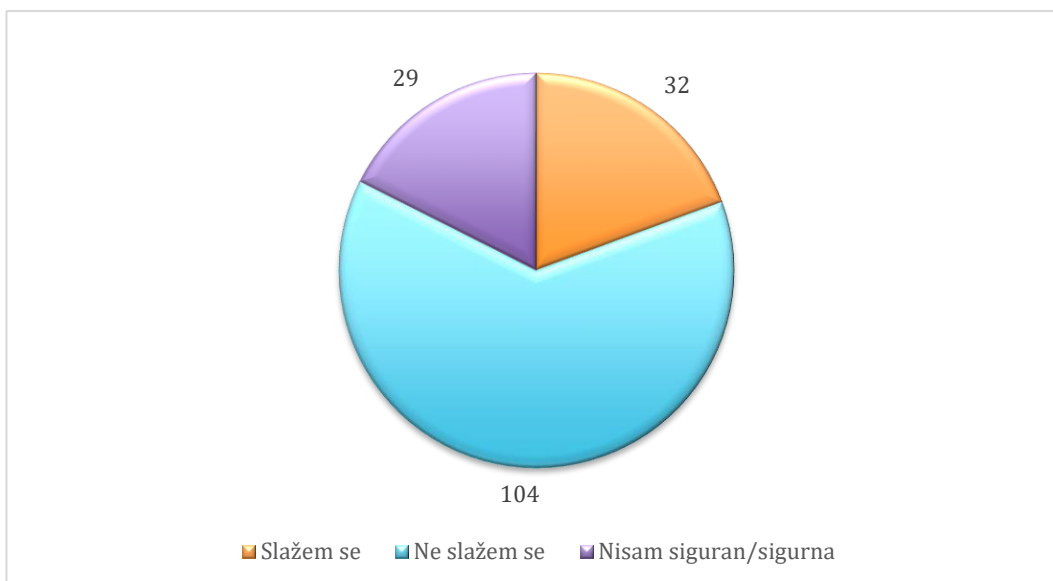
Graf 3.3.17. Prikaz odgovora na tvrdnju „Maloljetne osobe nikako ne mogu oboljeti od shizofrenije.“

Od 165 studenata, samo se 54 studenata (32,7%) slaže s time da se osobe oboljele od shizofrenije ne mogu izliječiti, a 81 student (49,1%) smatra da se shizofreničari mogu izliječiti, ostatak, njih 30 (18,2%) nisu sigurni u ovu tvrdnju, a to sve prikazano je u grafu 3.3.18.



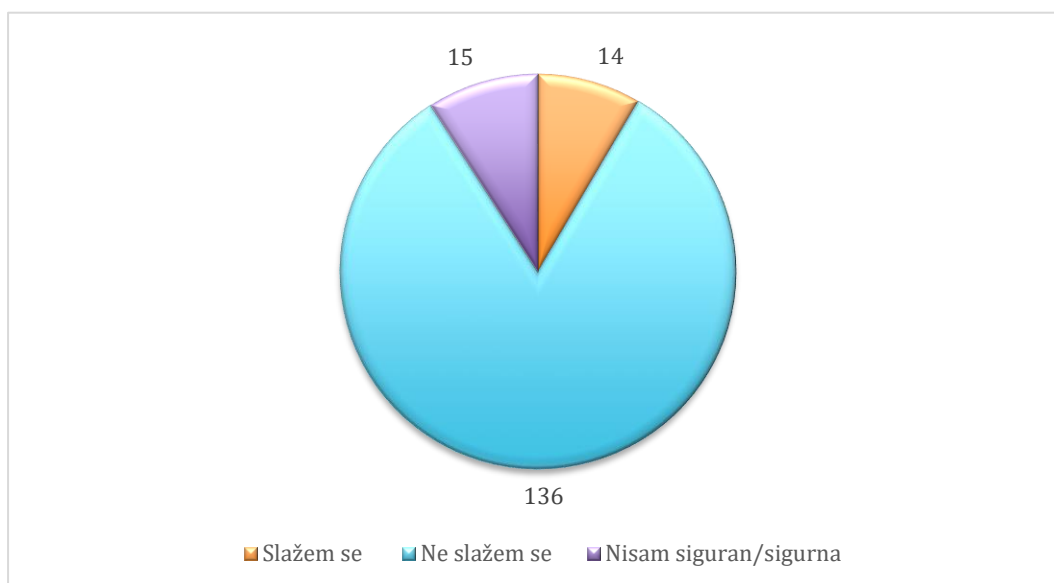
Graf 3.3.18. Prikaz rezultata na tvrdnju „Osobe oboljele od shizofrenije ne mogu se izliječiti.”

Većina studenata se ne slaže ovom tvrdnjom, samo 32 studenata (19,4%) smatra da su oboljele osobe opasne za obitelj, a njih 104 (63%) smatra da nisu opasne, ostalih 29 studenata (17,6%) nisu sigurni jesu li shizofreničari opasni za svoju obitelj. To sve vidljivo je u grafu 3.3.19.



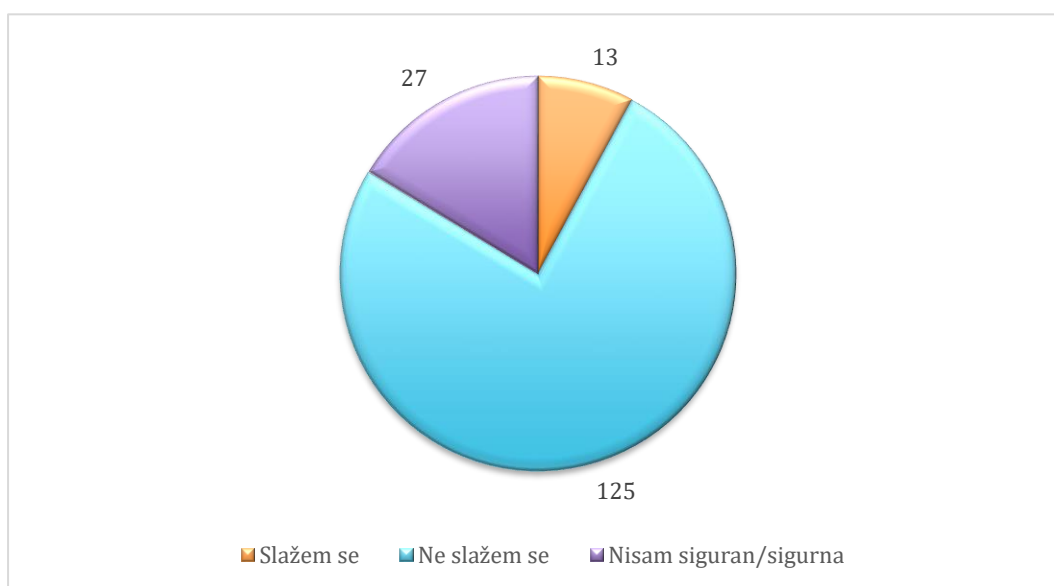
Graf 3.3.19. Prikaz odgovora na tvrdnju „Osobe koje boluju od shizofrenije opasne su za svoju obitelj.”

Samo se 14 studenata (8,5%) slaže ovom tvrdnjom, a većina njih, točnije 136 studenata (82,4%) ne slaže se ovom tvrdnjom, preostalih 15 studenata (9,1%) nisu sigurni u ovaj odgovor. Graf 3.3.20. prikazuje dobivene odgovore.



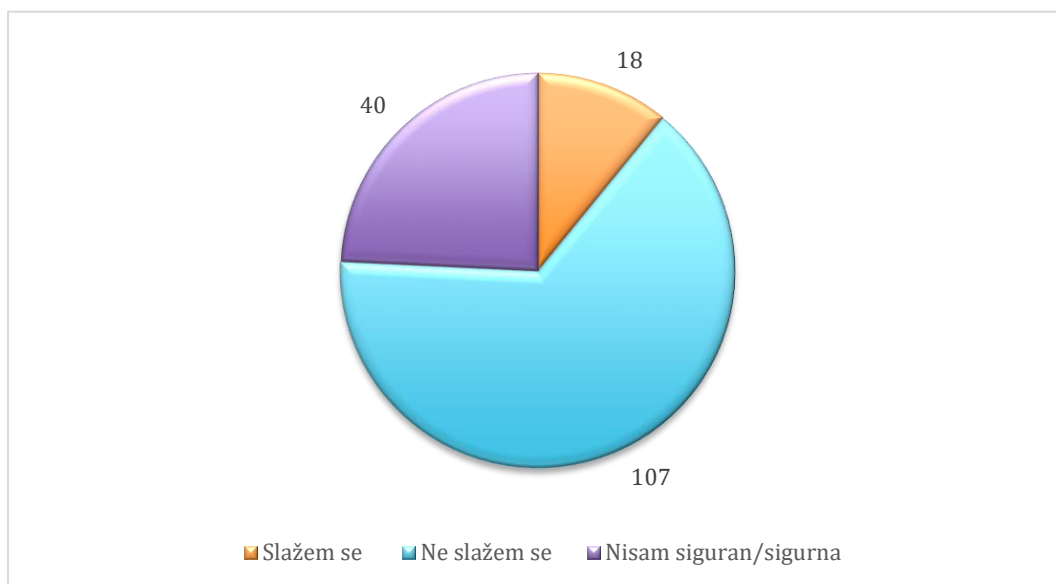
Graf 3.3.20. Prikaz odgovora na tvrdnju „Osobe oboljele od shizofrenije ne mogu pridonijeti svojoj zajednici i okolini.“

Od svih 165 studenata, samo 13 njih (7,9%) smatra da su shizofrene osobe nepouzdana prijatelji, a 125 studenata (75,8%) smatraju da su pouzdani prijatelji, ostalih 27 studenata (16,4%) nisu sigurni u svoj odgovor. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.21.



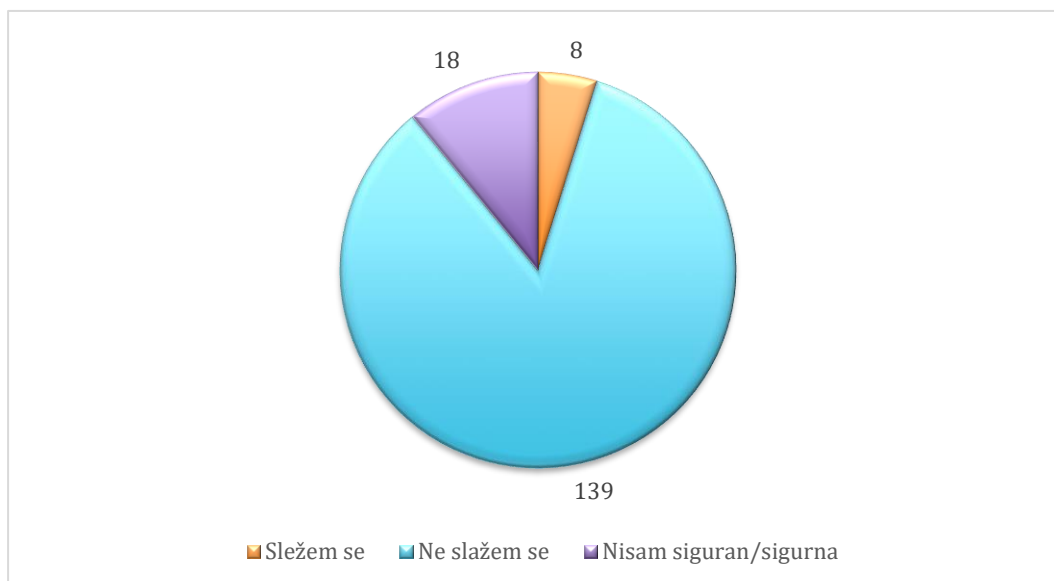
Graf 3.3.21. Prikaz rezultata na izjavu „Osobe oboljele od shizofrenije nepouzdana su prijatelji.“

Sa sljedećom izjavom koja glasi da osobe koje boluju od shizofrenije ne mogu biti sigurni bračni partneri složilo se 18 (10,9%) studenata, nije se složilo 107 (64,8%), a preostalih 40 (24,2%) nije znalo odgovoriti. Graf 3.3.22. prikazuje dobivene rezultate.



Graf 3.3.22. Prikaz odgovora na tvrdnju „Osobe oboljele od shizofrenije ne mogu biti sigurni bračni partneri.“

Od sveukupno 165 studenata, većina smatra da društvo nije dovoljno educirano, njih 139 (84,2%), 8 (4,8%) studenata smatra da je društvo dovoljno educirano dok preostalih 18 (10,9%) studenata nije znalo odgovoriti. Prema ovim rezultatima, potrebno je više educirati okolinu o ovoj, ali i drugim psihičkim bolestima, a samim bi se time smanjila i stigma. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.23.



Graf 3.3.23. Prikaz rezultata na pitanje o educiranosti okoline o shizofreniji.

4. Rasprava

U istraživanju na temu „Znanje i stavovi studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever o shizofreniji“ sudjelovalo je 165 studenata. Istraživanje je bilo provedeno samo na preddiplomskom stručnom studiju sestrinstva, dakle sudjelovali su studenti prve, druge i treće godine. Od 165 sudionika, njih 135 (81,8%) bile su studentice, dok je ostalih 30 (18,2%) bilo studenata. Što se tiče dobi, najviše njih staro je u razdoblju od 19 do 24 godine, točnije njih 123 (74,5%). Prema odgovorima, vidljivo je da su sve tri godine podjednako sudjelovale u rješavanju ankete, a najviše odgovora bilo je s treće godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva. S prve godine studija bilo je 53 studenata (32,1%), s druge 54 (32,7%), a s treće godine bilo je 58 (35,2%) studenata.

U drugom dijelu istraživanja postavljena su pitanja koja su vezana uz znanje studenata o shizofreniji. Sveukupno bilo je postavljeno 14 pitanja. Na prvo pitanje koje je glasilo „Shizofrenija je psihička bolest koja oboljeloj osobi otežava razlikovanje realnih i nerealnih situacija u njezinom životu i okolini“ 151 (91,5%) studenata odgovorilo je da je odgovor točan, dok je njih šest (3,6%) odgovorilo da je to netočno. A ostalih osmero (4,8%) odgovorilo je da nisu sigurni je li ovo točan ili netočan odgovor. Na drugo pitanje koje glasi „Od shizofrenije češće obolijevaju starije osobe iznad 60 godina“ 27 studenata (16,4%) odgovorilo da je to točno, dok je njih 105 (63,6%) odgovorilo da je odgovor netočan. A njih 33 (20%) odgovorilo je da nisu sigurni koji je odgovor točan. Od shizofrenije češće obolijevaju mlađe osobe u dobi od osamnaest do trideset i pet godina. Prema istraživanjima, većina muškaraca hospitalizira se prije svoje dvadesetpete godine života. [29] Treće pitanje glasilo je „ Od shizofrenije češće obolijevaju žene“ te je čak 66 studenata (40%) odgovorilo da je odgovor točan, a njih 52 (31,5%) da je odgovor netočan, ostalih 47 (28,5%) nisu bili sigurni u svoj odgovor. Shizofrenija je bolest koja se podjednako javlja i kod muškaraca i kod žena, jedino je razlika u dobi, ranije se javlja kod muškaraca, a malo kasnije kod žena. [29] Sljedeće pitanje glasilo je „ Shizofrenija ima genetsku predispoziciju“ te je njih 132 (80%) odgovorilo da je odgovor točan, a njih 9 (5,5%) da je netočno, a ostalih 24 (14,5%) odgovorili su da nisu sigurni u odgovor. Postoji genetska predispozicija kod shizofrenije, osobe koje u obitelji imaju osobu koja već boluje od shizofrenije, imaju povećan rizik za obolijevanjem. [6] Sljedeće pitanje bilo je „Konzumenti marihuane imaju manji rizik za obolijevanje od shizofrenije“ gdje je 20 studenata (12,1%) odgovorilo da je to točno, a 91 studenata (55,2%) da nije točno, ostalih 54 (32,7%) nisu bili sigurni u odgovor. Osobe koje konzumiraju droge, a posebice marihuanu, imaju povećan rizik za obolijevanjem od shizofrenije. [30] Na pitanje koje glasi „ Osobe oboljele od shizofrenije imaju veći rizik za suicidom“ 133 studenata odgovorilo je točno (80,6%), a njih 15 (9,1%) netočno, a ostatak

(10,3%) nisu bili sigurni. Smatra se da 25-50% oboljelih od ove bolesti pokuša tijekom života suicid, od čega 10% završi letalnim ishodom. [31] Pitanje koje glasi „ Incidencija obolijevanja od shizofrenije veća je u urbanim područjima“ 86 studenata (52,1%) odgovorilo je točno, a njih 24 (14,5%) netočno, čak 55 studenata (33,3%) nije bilo sigurno koji je odgovor točan. Bolest se češće javlja u gradskim naseljima, te se javlja kod osoba nižeg socioekonomskog statusa. [2] Pitanje koje glasi „ Osnovni simptomi shizofrenije po Bleuleru (4A) jesu: asocijativna slabost, afektivna neadekvatnost, ambivalencija i autizam“ 114 studenata (69,1%) odgovorilo je točno, njih 19 (11,5%) odgovorilo je netočno, a 32 studenta (19,4%) nisu sigurni u odgovor. Zatim je bilo postavljeno pitanje „ Ne postoje različiti podtipovi shizofrenije“ na koje je 18 studenata odgovorilo da je odgovor točan (10,9%), njih 130 (78,8%) odabralo je da je to netočan odgovor, a ostalih 17 (10,3%) nisu znali je li to točno ili netočno. Shizofreniju možemo podijeliti na različite tipove koje smo razvrstali prema simptomima koji se javljaju kod bolesnika. Prema MKB-10 postoje više tipova, a to su: paranoidna, hebefrena, katatona, nediferencirana, postshizofrena depresija, rezidualna i jednostavna (simplex) shizofrenija. [6] Pitanje „ Shizofrenija ima svoje pozitivne i negativne simptome, jedan od pozitivnih simptoma je pasivnost i socijalno povlačenje“ 50 je studenata odgovorilo da je to točno (30,3%), 85 studenata (51,5%) da je netočno, a ostalih 30 (18,2%) nisu znali odgovor. U pozitivne simptome shizofrenije ubrajamo halucinacije, deluzije, formalne poremećaje mišljenja te dezorganizirano ponašanje. [2] Pitanje koje je vezano uz definiciju katatonog stupora, 114 studenata odgovorilo je točno (69,1%), a 9 je studenata (5,5%) odgovorilo netočno, 42 (25,5%) studenata nisu znali odgovor. Pitanje koje glasi „Kod paranoidne shizofrenije prisutne su sumanute ideje i/ili slušne halucinacije“ 137 studenata (83%) odgovorilo je točno, osmero njih (4,8%) odgovorilo je netočno, a preostalih 20 (12,1%) nisu bili sigurni u odgovor. Pitanje koje je bilo vezano uz prehranu osoba koje boluju od shizofrenije, 71 student (43%) odgovorilo je točno, 31 student (18,8%) odgovorilo je netočno, a čak 63 studenata (38,2%) nisu bili sigurni da je prehrana bitna kod shizofreničara. Na pitanje „ Maloljetne osobe nikako ne mogu oboljeti od shizofrenije“ samo je 17 studenata odgovorilo da je to točno (10,3%), 124 studenta (75,2%) odgovorilo je da je to netočno, a 24 (14,5%) nisu bili sigurni. Maloljetne osobe također mogu oboljeti od shizofrenije, no to se vrlo rijetko događa. [29]

U trećem dijelu ankete bilo je postavljeno šest pitanja koja su se odnosila na stavove studenata sestriinstva prema shizofreniji. Pitanje koje glasi da je shizofrenija neizlječiva bolest, 54 studenata (32,7%) složilo se s tom tvrdnjom, 81 student (49,1%) nisu se složili, a ostalih 30 studenata (18,2%) nisu bili sigurni u svoj odgovor. Svaka četvrta osoba oporavi se od bolesti ako se liječi unutar 5 godina. [14] „Osobe koje boluju od shizofrenije opasne su za svoju obitelj“, čak 32 studenata (19,4%) složilo se time, njih 104 (63%) nije se složilo, a 29 (17,%) studenata nisu

bili sigurni u odgovor. Osobe koje boluju od shizofrenije, vrlo su rijetko agresivne, većinom su to osobe koje se ne liječe adekvatno. [14] Na pitanje „ Osobe oboljele od shizofrenije ne mogu pridonijeti svojoj zajednici i okolini“ samo je 14 studenata (8,5%) odgovorilo da se time slaže, a 136 studenata (82,4%) odgovorilo je da se ne slaže, preostalih 15 (9,1%) nisu bili sigurni u to. „Osobe oboljele od shizofrenije nepouzdana su prijatelji“ samo njih 13 složilo se time (7,9%), a 125 studenata nije se složilo (75,8%), a preostalih 27 (16,4%) nisu bili sigurni. Pitanje koje glasi „Osobe oboljele od shizofrenije ne mogu biti sigurni bračni partneri“ 18 je studenata odgovorilo da se time slaže (10,9%), 107 studenata (64,8%) se ne slaže, a ostalih 40 (24,2%) nisu bili sigurni. Zadnje pitanje koje glasi „Smatram da je okolina dovoljno educirana o shizofreniji“ samo se njih osmero složilo (4,8%), 139 studenata (84,2%) nije se složilo time, a preostalih 18 studenata (10,9%) nisu bili sigurni.

5. Zaključak

Shizofrenija je teška psihička bolest nepoznate etiologije, no genetika i okolina imaju snažnu ulogu u obolijevanju od shizofrenije. Shizofrenija češće pogađa mlađu populaciju, te se javlja kod osoba koje su nižeg socioekonomskog statusa. Bitno je naglasiti da je liječenje vrlo važno, te je potrebno na vrijeme reagirati kako bi ishod liječenja bio što povoljniji.

Samo liječenje shizofrenije iziskuje velik napor, a posebice za pacijentovu obitelj. Kroz edukacije i razgovore, potrebno je pripremiti obitelj na ono što ih čeka, te kako je potrebno komunicirati s pacijentom. Obitelj mora biti najveća podrška oboljelom te mu pružati pomoć u svakom trenutku.

Osim obitelji, liječnici i medicinska sestre imaju izuzetno veliku ulogu u liječenju shizofrenije. Kod psihijatrijskih bolesnika, najbitnije je imati veliko znanje u komunikacijskim vještinama. Razgovor s pacijentom jedna je od najbitnijih stvari.

Bez obzira u kojem stoljeću živimo, bez obzira koliko daleko je medicina danas napredovala, još uvijek postoje stigma i predrasude prema osobama oboljelim od shizofrenije. Kako bi se to smanjilo, prvo se mora krenuti s edukacijom okoline o toj bolesti. Zbog neznanja i manjka kontakta s osobama koje boluju od shizofrenije, okolina još uvijek ne zna puno o toj bolesti te se zbog toga javljaju stigma i predrasude, a samim time i diskriminacija.

U istraživanju koje je provedeno vidimo da studenti sestrištva poprilično imaju znanja vezanu uz shizofreniju, iako postoje pitanja na koje nisu dali zadovoljavajuće odgovore. Mnogo studenata smatra da žene češće obolijevaju od shizofrenije, a zapravo se podjednako javlja kod muških i ženskih osoba. Većina studenata ima pozitivne stavove prema osoba oboljelih od shizofrenije.

6. Literatura

- [1] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2011.
- [2] D. Begić: Psihopatologija, Zagreb, 2011.
- [3] V. Folnegović Šmalc: Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: MKB-10-deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
- [4] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2007
- [5] D. Blažević, V. Hudolin: Mentalna higijena i psihijatrija s neurologijom, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1967.
- [6] M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.
- [7] P. Milekić: Duševne bolesti i neuroze, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1968.
- [8] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10478779/>, dostupno 11.08.2022.
- [9] A. Barbato: Schizophrenia and public health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1998.
- [10] https://www.cybermed.hr/centri_a_z/shizofrenija/epidemiologija_shizofrenije, dostupno 11.08.2022.
- [11] https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf, dostupno 12.08.2022.
- [12] C. B. Pedersen, P. B. Mortensen: Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: A replication and analysis. British Journal of Psychiatry, 179, 46-52., 2001.
- [13] E. Messias, C. Y. Chen, W. W. Eaton, W. W.: Epidemiology of schizophrenia: Review of findings and myths. Psychiatric Clinics of North America, 30, 323-328. , 2007.
- [14] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Zagreb, 2011.
- [15] G. C. Davisom, J. M. Neale: Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja: prijevod 6.prerađenog izdanja, Zagreb, 1998.
- [16] H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998
- [17] M. Havelka: Zdravstvena psihologija. Zagreb: Školska knjiga; 1994
- [18] N. C. Andreasen: Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. Lancet, 346, 477-481., 1995.
- [19] https://www.lundbeck.com/content/dam/lundbeck-com/europe/switzerland/06-downloads/am_patientenbroschueren/abil_patientenbroschuere_schizophrenie_update_2019_cro

[_20191211.pdf.coredownload.pdf?fbclid=IwAR008_0LqIH04Hn18UwZUUWN13rLQLHPDpgmLK-z0Y6lLysRRLbHihPf_Fw](#), dostupno 12.08.2022.

[20] H. S. Luderer: Shizofrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.

[21] Lj. Hotujac i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.

[22] D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije-važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.

[23] M. Jakovljević: Shizofrenija u teoriji i praksi, Etiopatogeneza i klinička slika, Pro Mente, Zagreb, 2011.

[24] R. Lopašić, S. Betlheim, S. Dogan: Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, 1961.

[25] J. A. Liberman, D. Malaspina, L. F. Jarskog: Preventing clinical deterioration in the course of schizophrenia: The potential for neuroprotection. CNS Spectrums, 11, 1-13. , 2006.

[26] V. Hudolin: Psihijatrija i neurologija, Školska knjiga, Zagreb, 1987.

[27] M. Herceg: Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet, Zagreb, 2010.

[28] <https://www.pbsvi.hr/biopsihosocijalni-aspekti-zdravstvene-njege-psihijatrijskih-bolesnika-kroz-sestrinsku-dokumentaciju-tecaj-iii-kategorije/>, dostupno 12.08.2022.

[29] J. B. Sadock, V. A. Sadock: Schizophrenia. In: Sadock, J. B. & Sadok, V. A, (eds.), Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/Clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 471-504. , 2003.

[30] A. R. Yung, L. J. Phillips, H. P. Yuen, P. D. McGorry: Risk factors for psychosis in an ultra high group: Psychopathology and clinical features. Schizophrenia Research, 67, 131-42., 2004.

[31] <https://hrcak.srce.hr/82947> , dostupno 12.08.2022.

Sveučilište
SjeverSVEUČILIŠTE
SJEVERIZJAVA 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, LORENA GAVRIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNAJLJE I STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA NA SVEUČILIŠTU SJEVER O SHIZOFRENIJI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Gavrić
(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, LORENA GAVRIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNAJLJE I STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA NA SVEUČILIŠTU SJEVER O SHIZOFRENIJI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Gavrić
(vlastoručni potpis)