

Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelog od shizofrenije

Mlinarić, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:588434>

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

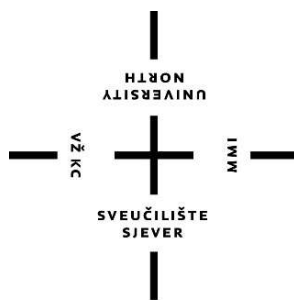
Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-03**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





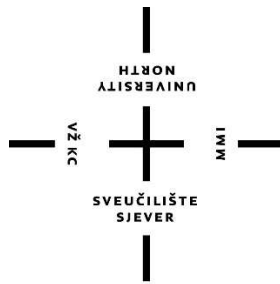
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1022/SS/2018

Setrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelog od shizofrenije

Martina Mlinarić, 4921/601

Varaždin, kolovoz 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1022/SS/2018

Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelog od shizofrenije

Student

Martina Mlinarić, 4921/601

Mentor

Melita Sajko, dipl. med. techn.

Varaždin, kolovoz 2018. godine

Predgovor

Ovaj rad izrađen je u sklopu Odjela sestrištva, preddiplomskog studija sestrištva, Sveučilište Sjever u Varaždinu pod vodstvom Melite Sajko, dipl. med. techn.

Zahvaljujem svojoj mentorici dipl. med. techn. Meliti Sajko na susretljivosti i savjetima pri izradi završnog rada.

Posebno želim zahvaliti roditeljima što su mi omogućili školovanje, na strpljivosti i potpori tokom studiranja, kao i prijateljima koji su me gurali prema naprijed u trenucima iznemoglosti i „lijenosti“.

Sažetak

U ovom završnom radu bit će opisane sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelog od shizofrenije te kratki opis ove najstarije i najbizarnije psihijatrijske bolesti - shizofrenija.

Shizofrenija je kronično ozbiljan mentalni poremećaj koji utječe na bolesnikove misli, osjećaje i ponašanje. Okarakterizirana je mnogobrojnim simptomima i znakovima koji se dijele u pozitivne, negativne i kognitivne kategorije. Bolesniku je iskrivljena percepcija i procjena stvarnog života te nekad ne može raspoznati razliku između stvarnog i imaginarnog svijeta. Svakodnevna opažanja mogu imati drugačije značenje pa tako crveno svjetlo na semaforu može predstavljati prijetnju ili slično. Poremećen je tijek misli pri čemu bolesnik ne može završiti započetu misao, govor je nerazumljiv što se očituje ponavljanjem iste riječi ili rečenice. Takvi bolesnici smanjeno izražavaju svoje osjećaje, gube motivaciju i životni elan te ne pokazuju interes za stvari koje su ih prije veselile. To sve dovodi do zanemarivanja svakodnevnih obaveza i zdravstvene higijene. Vrlo često se ne pridržavaju zdravstvenih uputa što rezultira lošim rezultatom oporavka bolesnika. Zbog svih distraktora koji se zbivaju u bolesnikovim mislima, osjećajima i ponašanju sklon je socijalnoj izolaciji, anksioznosti, visokom riziku da ozlijede sebe ili druge, kao i samoubojstvo.

Shizofrenija se pojavljuje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Točan uzrok bolesti znanstvenici nisu otkrili, ali unatoč tome postoje različite metode liječenja koje imaju pozitivan učinak, kao što su: bolesnik je u interakciji s okolinom, orijentiran je u vremenu i prostoru, izražava svoje osjećaje i misli... Da bi se postigao određen cilj za oboljelu osobu, medicinska sestra ovisno o sestrinskoj dijagnozi, mora primijeniti sestrinske intervencije. Moguć je velik broj sestrinskih dijagnoza za osobe oboljele od shizofrenije, ali u ovom radu izdvojene su i detaljno opisane sestrinske dijagnoze za koje smatram da su važne i česte kod bolesika oboljelih od shizofrenije.

Ključne riječi: sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije, shizofrenija, simptomi i znakovi, medicinska sestra

Summary

In this finally paper will be discribed nurses diagnosis in patients suffering from shizophrenia and short description of this oldest and most bizarre psyhiatric disease- shizophrenia

Schizophrenia is a chronically serius mental disorder that affects the patien's thoughts, feelings and behaviours. It is characterised by many symptoms that are divided into positive, negative and cognitive categories. The patient is disorted by the perception and estimate of real life, and sometimes can not discern the difference between real and the imaginary word. Daily observations may have a different meaning, so the red light at the traffic light can be a threat or somting similar. A disturbed flow of thought whereby the patient can not finish the tought, the speech is incomphensible wich is manifested by repeading the same word or sentence. Such patients are reducted to expressing their feeling, losing their motivation and life's enthusiasam, and showing no interest in things that have made them happier. This all ledas to neglect of everyday obligations and health hygiene. Very often they do not adhere to the health instructions, wich results in a bad result of patient's recovery. Because of all the distractors that are happening in the patient's thoughts, feelings and behavior, he si prone to social isolation, anxiety, high risk of inyury to himself or others, as well as suicide.

Schizophrenia occurs in adolescence or early adulthood. Cause of disease scientists have not yet discovered, but nevertheless there are different methods of treatment that have a positive effect, such as: the patient is in an interest with the enviromment, is oriented in time and space, express his feelings and thoughts. In order to achieve a specific goal foor a diseamed person, a nurse deppending an a nursing intervention. A large number of nursing diagnoses for persons suffering from shizophrenia are possible, but in this work they have been presented with detailed nursing diagnosis I think are important and comun in patient suffering from shizophrenia.

Keywords: nursing diagnosis, nursing intervention, shizophrenia, symptoms and signs, nurse

Popis korištenih kratica

rCPK - regionalni cerebralni protok

KKS - kompletna krvna slika

EKG - elektrokardiogram

CT - kompjuterizirana tomografija

EEG - elektroencefalogram

MR - magnetska rezonanca

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Povijest shizofrenije	3
3. Epidemiologija i etiologija shizofrenije	4
4. Klinička slika.....	8
4.1. Pozitivni simptomi	8
4.1.1. Halucinacije.....	8
4.1.2. Sumanute misli	9
4.1.3. Smetenost ili dezorganizacija.....	10
4.1.4. Poremećaj motoričkog ponašanja.....	11
4.2. Negativni simptomi	11
4.2.1. Osjećaj zaravnjenosti.....	11
4.2.2. Alogija	11
4.2.3. Anhedonija	12
4.2.4. Avolicija.....	12
4.3. Kognitivni poremećaji.....	12
5. Oblici shizofrenije	13
5.1. Paranoidna shizofrenija	13
5.2. Hebefrena shizofrenija.....	13
5.3. Katatona shizofrenija.....	13
5.4. Nediferencijalna shizofrenija.....	13
5.5. Rezidualna shizofrenija	14
5.6. Shizofrenija simplex (jednostavna)	14
6. Dijagnoza shizofrenije.....	15
6.1. Opći dijagnostički kriterij za shizofreniju prema MKB-10.....	15
6.2. Opći dijagnostički kriterije za shizofreniju prema DSM-5	16
6.3. Dijagnostičke metode	16

7.	Liječenje shizofrenije	17
7.1.	Antipsihotici	17
7.2.	Antidepresivi	18
7.3.	Psihosocijalna terapija	19
7.4.	Radna terapija.....	19
7.5.	Okupacijska terapija	19
8.	Sestrinske dijagnoze	20
8.1.	Socijalna izolacija.....	21
8.2.	Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa	22
8.3.	Anksioznost	24
8.4.	Poremećaj misaonog procesa	26
8.5.	Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i drugima	27
8.6.	Visok rizik za samoubojstvo	29
9.	Zaključak	31
10.	Literatura	32

1. Uvod

Riječ „shizofrenija“ starija je od 100 godina. 1911. godine švicarski psihijatar Eugen Bleuler (1857.-1939. godine) uvodi naziv shizofrenija. Na promjenu naziva, između ostalog, potaknuo ga je psihijatar Asmus Fnizen. On je proučavao riječ „shizofren“ ili „shizofrenija“ te je zaključio da ima samo pogrdno ili negativno značenje. Kad je Bleuler predložio izraz „shizofrenija“ to se nije podudaralo sa mišljenjem Asmus Fizena. Unatoč tome Blauerov cilj bio je zamijeniti negativno značenje drugom riječi. [1]

U njihovo doba, 1884. godine shizofrenija se imenovala latinskim nazivom „dementia praecox“. Što u prijevodu znači „rana demencija“ ili „prerano gubljenje umnih sposobnosti“. Ovaj naziv uveo je psihijatar Emil Kraepelin (1856 - 1926. godine). Opisao je dvije glavne skupine psihoza. U prvu skupinu uvrštava duševne bolesti koje se pojavljuju u mladih osoba, a u drugu skupinu uvrštava psihoze s periodičnim tijekom gdje se promjene događaju ovisno o raspoloženju. Naziva ih „manično depresivna psihoza“. Bleuler je zatražio promjenu naziva u „Grupe der Schizophrenien“ što u prijevodu znači „grupa shizofreničara“. On je razmišljao drugačije od njemačkog psihijatra Emila Kreapelin. Smatrao je da gubljenje umnih sposobnosti nije glavno obilježje shizofrenije već rascjep mišljenja. Izdvojio je glavne simptome ove bolesti te je naglasio da demencija ne dovodi do nefunkcioniranja ličnosti. Ispisavši pozitivne i negativne simptome dobio je titulu prvog psihijatra koji je opisao simptome ove bolesti. Ujedno dokazuje da je Kreapelinova teorija loša zabluda jer bolest nije bila demencija. Blauer uvodi termin „shizofrenija“. Riječ proizlazi iz grčkih korijena „schizo“, u prijevodu cijepam i „fren“ što znači duša. Izdvojio je dvije skupine simptoma to su osnovni ili primarni i akcesorni ili sekundarni. U osnovne simptome svrstava „sindrom 4A“ što znači: poremećaj asocijacije, poremećaj afekta, autizam i ambivalencija. Kasnije je izdvojio još dva simptoma, anhorniju i oštećenje pozornosti. Kad se to sve uzme u obzir proširio je „sindrom 4A“ na „6A“ te se može reći da je opisao šest osnovnih simptoma. U sekundarne simptome ubraja: halucinacije, poremećaj mišljenja- sumanute ideje, poremećaj psihomotorike– katatone pojave, te poremećaj vezan uz govor i rukopis. [2]

Primarni simptomi	Sekundarni simptomi
<ul style="list-style-type: none"> • Poremećaj asocijacija • Poremećaj afekta • Autizam • Ambivalencija • Poremećaj pozornosti • Anhormija 	<ul style="list-style-type: none"> • Halucinacije • Sumanute ideje • Poremećaj psihomotorike • Poremećaj rukopisa • Poremećaj govora

Tablica 1.1 Primarni i sekundarni simptomi prema Bleuler

Izvor: L.J. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.

Kurt Schneider također je zadužen za razvoj i bolje razumijevanje shizofrenije. Podijelio je simptome u prvi i drugi red. Simptomi prvog reda karakteristični su za shizofreniju. U tu skupinu ubraja stanja kad osoba čuje glasove svojih misli, kad razgovara tijekom slušnih halucinacija, dva ili više imaginarnih glasova komentiraju bolesnikove postupke u trećem licu. Neki mogu „čitati“ misli ili osjećaju cenestetičke halucinacije. Schneider ukazuje na razliku između sumanutosti i halucinacija kao fenomen. Tvrdi da je riječ o patološkom funkcioniranju i bizarnom ponašanju. S obzirom da je ovo teško shvatljiva bolest Emil Kreapelin, Eugen Bleuler i Kurt Schneider zasluženi su da se поближе opiše i shvati ova bolest. [2]

Mnogi istraživači proučavali su njihove teorije. Većina od njih više vjeruje Schneiderovim simptomima prvog reda nego Bleulerovim „sindrom 6A“. Razlog tome je da Bleulerova teorija može biti dio normalnog funkcioniranja, vjeruju da je Schneiderova teorija pouzdanija. Prema suvremenom shvaćanju nema osobe koja boluje od shizofrenije a da nema jedan zajednički simptom sa drugom osobom oboljele od iste bolesti. [2]

Najnoviji podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazuju da je 2016. godine u Hrvatskoj bilo registrirano preko 38 000 slučajeva hospitalizacije zbog mentalnih poremećaja. Od toga je zabilježeno 15,6% slučajeva hospitalizacije radi shizofrenije. [3]

2. Povijest shizofrenije

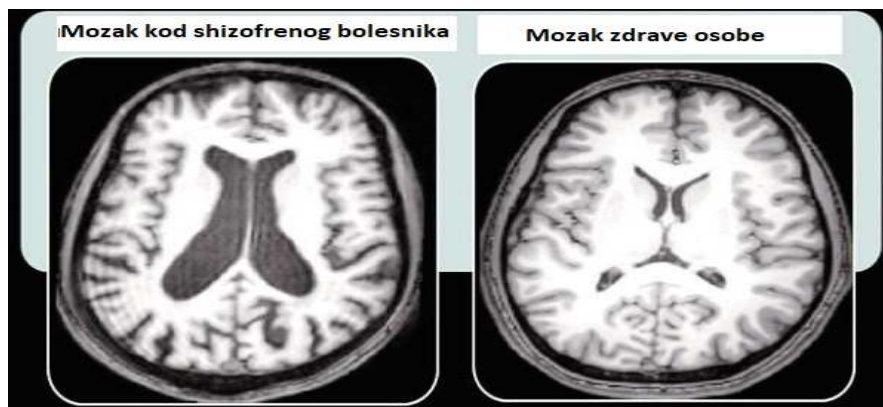
Shizofrenija je skroz povijesti pratila čovječanstvo. Još u doba starog faraonskog Egipta, u drugom tisućljeću prije Krista, nastali su pisani dokumenti koji opisuju simptome shizofrenije. Opisana je demencija, depresija i poremećaj misli. Detaljniji opis simptoma može se pronaći u egipatskoj knjizi Hearts. Njima je srce bilo sinonim za mozak. U drevnoj grčkoj i rimskoj književnosti znanstvenici nisu pronašli zapise koji bi opisivali ovu bolest, iako su imali svijest o psihotičnim poremećajima. Rane teorije govore da su mentalni poremećaji uzrokovani posjedovanjem tijela zlim silama. Da bi otjerali zlu silu, demona ili duha iz bolesnikove glave, liječili bi se probijanjem lubanje da demoni mogu izaći. Danas se to smatra bizarnim ali u ono vrijeme to je bila opće prihvatljiva metoda liječenja. Neki bolesnici bi preživjeli, ali većina ih je umirala zbog jakih bolova i infekcije. Osim lobotomije koristile su se i druge metode liječenja kao što je izlaganje bolesnika različitim vrstama glazbe, egzorcizam, terapija inzulinom i kardiazolom. Do danas liječenje ove bolesti je napredovalo te bolesnici nisu podvrgnuti ovim metodama liječenja. [4,1]

3. Epidemiologija i etiologija shizofrenije

Shizofrenija je bolest koja ima nisku učestalost pojave ali ima veliku rasprostranjenost. Od 100 osoba jedna ili dvije obole od shizofrenije. Drugim riječima ako zamislimo koncert od 500 000 ljudi, 500-1000 osoba boluje od shizofrenije. Podjednako se javlja u svim dijelovima svijeta. To nam govori da klima, boja kože, kultura, religija, inteligencija i društvo nemaju utjecaj na pojavu shizofrenije. Ipak, postoje mjesta gdje ljudi češće obole, na primjer: plemena na Tajvanu i Gani te južna Indija, razlog je nepoznat. [1]

Uzrok shizofrenije se jos uvijek istražuje, no poznato je da ima jaku biološku podlogu.

Dokazana je na temelju građe mozga i genetike. Najčešće promjene u građi mozga jesu povećanje ventrikula, proširenje sulkusa, smanjenje intrakranijalnog i cerebralnog volumena, te dolazi do smanjenja pojedinih regija u mozgu (temporalnog ili frontalnog režnja). Na slici 3.1 prikazana je razlika u građi mozga u zdrave (desna slika) i oboljele osobe (lijeva slika). [2]

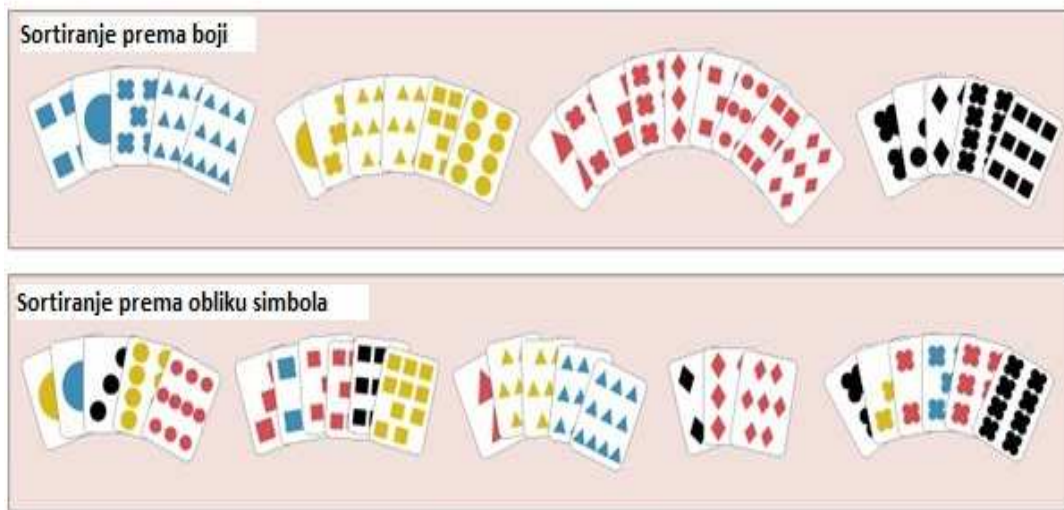


Slika 3.1 Razlika u građi mozga između oboljele i zdrave osobe

Izvor: <https://www.amberusa.com/blog/brain-can-reverse-signs-of-schizophrenia-mri-studies-show>

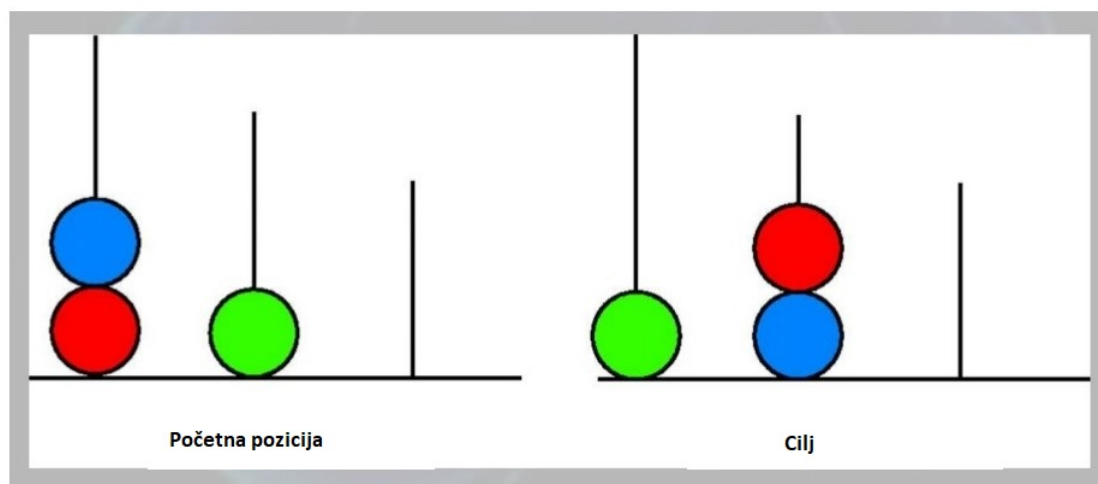
Ako dolazi do promjene u građi mozga zasigurno dolazi do drugačije tehnike funkcioniranja. Istraživanja dokazuju da je prisutna perforalna disfunkcija, ali ne primjećuje se uvijek. Frontalni ili čeonni režanj zadužen je za različita planiranja, organiziranja i emocije. Na primjer: popravljanje vozila, potreba za hranom kad osjećamo glad, planiranje zabave ... Kod shizofrenih bolesnika javlja se smanjen rCPK (regionalni cerebralni protok) u frontalnom režnju te kad pristupe neuropsihijatrijskim testovima rješavaju ih sa teškoćom. Neuropsihijatrijski testovi koriste u svrhu aktivacije frontalnog režnja. To su testovi kao: Wisconsin Card sorting koji se koristi za ispitivanje fleksibilnosti u rješavanju problema, te

Tower od London pomoću kojeg istražujemo strategiju planiranja. Na sljedećim stranicama izdvojene su dvije slike. Prva slika, Slika 3.2 prikazuje neuropsihijatrijski test Wisconsin Card Sorting. Karte se sastoje od različitih kombinacija broja simbola, dok boje označavaju simbol (krug, trokut, pravokutnik, romb, cvijet). Cilj testa je složiti karte po boji, a zatim po obliku simbola. Druga slika, slika 3.3 prikazuje neuropsihijatrijski test Tower of London. Test se rješava na način da se slažu perle na lijevoj strani sa ciljem da se dobije ista kombinacija perla kao što je na desnoj strani. Test se sastoji od tri tornja i perla različitih boja. Perle se mogu pomicati samo po tornjevima, a to vrijedi samo za one perle koje se nalaze na vrhu tornja. Test se mora riješiti u što kraćem vremenskom periodu i sa što manje pokreta. [2,5]



Slika 3.2 Neuropsihijatrijski test Wisconsin Card Sorting

Izvor: <https://medium.com/psyc-406-2015/the-legendary-wisconsin-card-sorting-test-3d3ce5290372>



Slika 3.3 Neuropsihijatrijski test Tower of London

Izvor: <https://www.slideshare.net/tutucnmc/neuropsychological-tests-part-1>

Osim promjene u građi i funkciji mozga. Nedvojbeno veliku ulogu ima i genetika. Bolest je češća među srodnicima. Rizik za obolijevanje raste s porastom genetske blizine. Unučad djeda ili bake oboljelih od shizofrenije ima rizik za oboljenje 3.7% . U slučaju ako brat ili sestra i jedan roditelj boluje od shizofrenije rizik je 16.7%. Ako obole brat ili sestra rizik za razvoj bolesti iznosi 10.1%. Obole li oba roditelja od shizofrenije vjerojatnost da djeca naslijede shizofreniju iznosi 46.3%, a ako boluje jedan roditelj rizik za pojavu shizofrenije kod djece je 12.8%. [2]

SRODSTVO	POSTOTAK SHIZOFRENIJE
Unuci	3.7%
Brat/sestra i jedan oboljeli roditelj	16.7%
Brat ili sestra	10.1%
Djeca dvaju oboljelih roditelja	46.3%
Djeca jednog oboljelog roditelja	12.8%

Tablica 3.1 Životni rizik za shizofreniju u obitelji shizofrenih bolesnika

Izvor: Lj. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.

Druga mogućnost za dokazivanje genetske nasljednosti jesu jednojajčani blizanci (monozigoidni) i dvojajčani blizanci (dizigoidni). Jednojajčani blizanci razvijaju se iz jedne jajne stanice i jedne sjemene stanice. Što znači da zigotu, oplođenu jajnu stanicu, izgrađuju iste nasljedne stanice. Dok dvojajčani blizanci se razvijaju iz dvije jajne stanice. Svaka jajna

stanica oplodena je sjemenom stanicom zasebno, pa se nasljedne stanice razlikuju. Shizofrenija se u oba jednojajčana blizanaca pojavljuje oko 40-50%, dok u dvojajčanih blizanaca vjerojatnost obolijevanja iznosi 10%. Odgoj djeteta ne može utjecati na razvoj shizofrenije. Drugim riječima ako shizofreni roditelj odgaja zdravo dijete ne povećava se rizik za shizofreniju. [2]

Na razvoj bolesti može utjecati stresni događaj kao što je teška bolest, smrt bližnjega, duboka žalost... Spol nije značajan faktor. Brojčano se isto javlja kod muškaraca i žena. Muškarci najčešće obolijevaju između 18 i 25 godina, a žene između 26 i 45 godina. Znanstvenici ne znaju zašto se kod muškaraca bolest javlja puno ranije nego kod žena. Vjeruju da ulogu ima estrogen koji kod žena odgođuje pojavu shizofrenije, iako to nije pravilo. Bolest se kod oba spola može javiti u bilo kojoj godini života. Prosječni životni vijek shizofrenih bolesnika kraći je u odnosu na opću populaciju. U muškaraca životni vijek je kraći oko 10 godina, a kod žena oko 9 godina. [1]

4. Klinička slika

Shizofrenija je kronično ozbiljan mentalni poremećaj koji utječe na bolesnikove misli, osjećaje i ponašanje. Na pogled se čine kao da su izgubili dodir sa realnošću. Shizofrenija je okarakterizirana mnogobrojnim simptomima koji se dijele u tri kategorije: pozitivni, negativni i kognitivni simptomi. [6,2]

4.1. Pozitivni simptomi

U pozitivne simptome ubrajaju se psihotična stanja koja se obično ne vide u zdravih ljudi. Oni nisu pozitivni u smislu da su korisni za bolesnika, već za medicinski tim koji lakše uočava da bolesnik ima nove značajke u ponašanju koje nemaju normalne fiziološke povezanosti. U pozitivne simptome ubrajamo: halucinacije, sumanute misli, smetenost ili dezorganizacija i poremećaj motoričkog ponašanja. [1]

4.1.1. Halucinacije

Halucinacije su kvalitativni poremećaj opažanja (percepcija) kod kojih ne postoji realan podražaj. Osoba koja halucinira nešto čuje, vidi, osjeća, doživljava mirise ili okuse, a da u stvarnosti toga uopće nema. [2]

4.1.1.1. Slušne halucinacije

Kod shizofrenije najčešće su prisutne slušne ili akustične halucinacije. Bolesnici čuju glasove a da nema nikoga u prostoriji. Glasovi govore o njima, grde ih, kritiziraju te naređuju različite aktivnosti. Najčešće su prisutna dva ili više glasova koji međusobno razgovaraju ili stalno daju primjedbe na bolesnikova djela, misli ili ponašanje. Neki bolesnici čuju svoj glas tijekom razmišljanja, različite šumove, pucketanja u telefonskoj liniji... [2,1]

Primjer slušne halucinacije:

„Na mom se radnom mjestu govori o meni. Sve je počelo prije šest tjedana. Tvrdi se da sam radikalni desničar. Kad dođem u blizinu svojih suradnika, primiču glave i nešto šapuću. Kažu: To je također jedan od njih. Najradije bih da se Hitler opet pojavi. U stvarnosti uopće nisam radikalni desničar.“ [1]

4.1.1.2. Vidne halucinacije

Ovaj termin upotrebljava se za stanja kada bolesnik vidi stvari koje u stvarnosti uopće ne postoje. Pojavljuju se rijetko, a često su povezane sa osjećajem sreće. [1]

Primjer vidne halucinacije:

„Jučer sam šetao sa svojim roditeljima. Došli smo do jedne crkve i odjednom je crkva počela pulsirati. Izgledalo je kao da neko srce kuca. Bilo je divno.“ [1]

4.1.1.3. Njušne i okusne halucinacije

Njušne (olfaktorne halucinacije) i okusne halucinacije mogu se pojavljivati zajedno. Bolesnici opažaju neugodne ili neobične mirise i okuse u hrani koja im se poslužuje te vjeruju da ih se truje. [1]

4.1.1.4. Cenestetičke halucinacije

Cenestetičke halucinacije doživljavaju se na vlastitom tijelu. Odnose se na bizarne doživljaje koji su povezani sa unutarnjim organima bolesnika. Bolesnik ima osjećaj da mu netko čupa crijevo, vadi spermu, elektrizira mozak i slično. U većini slučajeva to su lažni i neugodni osjećaji koji su često povezani sa seksualnim obilježjima. [1,2]

Primjer cenestetičke halucinacije:

„Osjećam kako se moja sperma podiže kroz kralježničku moždinu i izjeda mi mozak.“ [1]

4.1.2. Sumanute misli

Sumanute misli još nazivamo sumanutost ili deluzija, što znači pogrešna procjena stvarnosti. To su lažna uvjerenja ili sumnje u koje je bolesnik čvrsto uvjeren da postoje. Čak i ako bolesniku priložimo sve dokaze da one ne postoje on neće promijeniti svoje mišljenje. [1,2]

Sumanutost možemo podijeliti prema temi i obliku. [1]

S obzirom na temu dijele se na:

- *Sumanutost proganjanja*- stanje u kojem je bolesnik uvjeren da ga proganjanju teroristi, policija ili tajne službe.
- *Somatska sumanutost*- bolesnik je pogrešno uvjeren da je neizlječivo bolestan.
- *Sumanutost veličine*- bolesnik smatra da je najbogatiji čovjek na zemlji, da će postati vladar države ili svijeta, ili na drugi način uveličava, precjenjuje svoje talente ili sposobnosti. [1]

Oblici sumanutosti dijele se na :

- Sumanuto opažanje- bolesnik krivo procjenjuje aktivnosti, stvari ili osobe koje se nalaze u njegovoj blizini. Svakodnevna opažanja mogu imati drugačije značenje. Pa tako semafori upozoravaju bolesnika na progonitelje, a pokreti rukama tumače kao iskreni dokaz ljubavi. [1]

Primjer sumanutog opažanja:

„Sutra je moja krunidba za njemačku kraljicu: to su mi automobili žmigavcima jasno pokazivali.“ [1]

- Sumanute ideje ili misli- bolesnik ima pogrešna uvjerenja, ali sumanute ideje nisu povezane sa opažanjem. [1]

Primjer sumanute ideje:

„Kad sam pred tri dana sjedila za večerom, postalo mi je jasno: ja sam vještica Davila i moram Kristovu sudbinu uzeti na sebe da spasim svijet.“ [1]

- Sumanuto raspoloženje- sumanuto opažanje, sumanute misli ili ideje često proizlaze iz sumanutog raspoloženja. To je stanje u kojem mnoge stvari imaju posebno značenje ali nije određeno. Bolesnika obuzima osjećaj nečeg stranog, neugodnog i ugrožavajućeg. [1]

Primjer sumanutog raspoloženja:

„Već jutros sam imala osjećaj da nešto nije u redu. Susjeda je podigla rolete, zatim me je pozdravila, onda sam vidjela kako djeca prolaze kraj kuće u školu, sve je to tako čudno, nešto leži u zraku, ali što bi to moglo biti?“ [1]

- Sumanuti sustavi – sumanuti sustav nastaje ako se povežu sumanute ideje ili sumanuta opažanja te nastaje sustav misli koje logično proizlaze jedna iz druge. [1]

Bolesnik koji pati od sumanutosti ne može se razuvjeriti nikakvim metodama dokazima, to su pokazala iskustva liječnika i obitelji koje se stalno ponavlja. Sumanutog bolesnika se ne može umiriti. Bolesnici s idejama proganjanja samo će na kratko vrijeme vjerovati da su na sigurnom. Tko pati od ideje veličine uvijek vjeruje da raspolaže neograničenim financijskim sredstvima čak i nakon pregleda svojih bankovnih računa. Sumanutost je najčešće jača od razuma. [1]

4.1.3. Smetenost ili dezorganizacija

Smetenost ili dezorganizacija su smeteni govor i bizarno, smeteno ponašanje. Smeteni govor i smeteno mišljenje odnose se na tijek misli a predstavljaju formalni tijek mišljenja.

Tipično za shizofreniju je gubitak asocijacije, inkoherentno mišljenje ili salata od riječi to jest nepostojanje veza između pojedinih misli pri čemu je govor nerazumljiv. Kada bolesnik stvara nove riječi govorimo o neologizmu, a besmisleno ponavljanje iste riječi ili rečenice nazivamo verbigeracija. Mišljenje je ukočeno ili usporeno pri čemu misli teško pritječu, tijekom je usporen te može nastati blok misli pri čemu bolesnik ne može završiti započetu misao. [2]

4.1.4. Poremećaj motoričkog ponašanja

Poremećaj motoričkog ponašanja označava sindrom za koji su karakteristične psihomotoričke smetnje. Jedan od simptoma je katatoni stupor koji označava stanje potpunog gubitka aktivnog spontanog pokretanja. Bolesnik ukočeno stoji, gleda „u prazno“, ne govori satima... Katalepsija ili voštana savitljivost je stanje u kojem bolesnik dugo održava određeni položaj. Najčešće je to bizaran, neprirodan položaj tijela. Katatoni negativizam je aktivni otpor pokušajima pokretanja tijela dok katatona uzbuđenost je besciljna i nepotaknuta pojačana motorička aktivnost. Besmisleno ponavljanje neke radnje, pokreta ili rečenice nazivamo stereotipija dok neprirodne, nepotrebne i bizarne kretnje iskazane mimikom i gestom nazivamo manirizam. [1,2]

4.2. Negativni simptomi

Negativni simptomi opisuju stanja sa smanjenim psihičkim sposobnostima. Bolesnik je emocionalno povučen iz svoje okoline, izraz lica je bezosjećajan i nezainteresiran, ne može iskazati ili pokazati svoje osjećaje i teško se koncentrira. Gubi interes za sve ono što ga je prije veselilo i interesiralo, te gubi volju za uživanjem.

U negativne simptome ubrajamo: osjećaj zaravnjenosti, alogija, anhedonija i avolicija. [1,2]

4.2.1. Osjećaj zaravnjenosti

Osjećaj zaravnjenosti drugim riječima nazivamo poremećaj afektivnosti. Bolesnik smanjeno razlikuje osjećaje i njihovu jačinu u izražavanju. Lice je nepokretno i nepodražljivo te izbjegava kontakt očima. [2]

4.2.2. Alogija

Siromaštvo govora zbog usporenog mišljenja i slabe fluidnosti naziva se alogija. Govor je vrlo oskudan i kratak. Na primjer, ako bi bolesnika pitali; „Imate li djece?“, on će odgovoriti jednostavnim odgovorom, „Da“ ili „Ne“ dok bi zdravi čovjek odgovorio „Da, imam troje djece! Dva dječaka i jednu djevojčicu...“ [1,2]

4.2.3. Anhedonija

Anhedonija je gubitak životne radosti, drugim riječima nemogućnost uživanja u životu. Bolesnik ne doživljava pozitivne emocije kao što su sreća, uzbuđenje, radost te ne može uživati u stvarima koje su ga prije činile zadovoljnim i sretnim. Bilo da se radi o jelu, društvenim okruženjem, putovanjima, seksualnom životu, igri s djecom, dobitkom na lotu... Bolesnik koji pati od anhedonije ne doživljava emocije. [1]

4.2.4. Avolicija

Avolicija ili gubitak motivacije je nesposobnost započinjanja i održavanja ustrajnosti koja vodi određenom cilju. Bolesnici ne pokazuju interesa u obavljanju poslova svakodnevnih aktivnosti, mogu proći mjeseci a da se ne čuje i ne vidi sa prijateljima i bližnjima, ne obavlja posao kako treba te zanemaruje osobnu higijenu. [1]

4.3. Kognitivni poremećaji

Kognitivni poremećaji primarno utječu na kognitivne sposobnosti koje uključuju učenje, pamćenje, percepciju, način na koji rješavamo problem, pažnja i koncentracija. Osoba koja boluje od shizofrenije kognitivni poremećaji su drugačiji od na primjer kognitivnih poremećaja kod mentalno retardiranih osoba. Bolesnik ima teškoće u koncentraciji i pažnji, promijenjen je tenacitet i virgilitet pažnje u odnosu na vanjski svijet. Bolesnik teže obrađuje informacije i teško pamti jednostavne zadatke. Najbolje se uoče kad se bolesnik ne može sjetiti, učiti nove stvari ili razumjeti jednostavne zadatke i informacije. Uzrok navedenih simptoma su unutrašnji podražaji koji zaokupljaju bolesnikove misli, kao na primjer halucinacije. U vrijeme kad bolesnik nema unutarnje patološke podražaje njegove kognitivne sposobnosti su normalne. [7,2]

5. Oblici shizofrenije

5.1. Paranoidna shizofrenija

U kliničkoj slici prevladavaju sumanutosti proganjanja ili sumanutost odnosa. Bolesnik vjeruje da su se svi urotili protiv njega, također vjeruje da su sva različita zbivanja u njegovoj okolini povezana u bliskom odnosu sa bolesnikom. Bolesnik može vjerovati da se vijesti u novinama, na televizoru ili drugim medijima odnose na njega te da mediji njemu šalju posebne poruke koje se odnose samo na njega. Također primjećuje pogled koju mu upućuju prolaznici te vjeruje da ima posebno značenje. Bolesnik može imati halucinacije u svim osjetilima što uključuje dodir, miris, vid, okus, sluh. Ovaj tip shizofrenije je najčešći. Može proći dosta vremena dok se simptomi prepoznaju kao jasan znak bolesti. [2]

5.2. Hebefrena shizofrenija

Hebefrena shizofrenija javlja se između petnaeste i dvadesete godine života. Najčešće je polaganog i šaljajućeg tijeka. U kliničkoj slici dominiraju negativni simptomi od kojih najčešće osjećaj zaravnjenosti. Bolesnik smanjeno pokazuje osjećaje. Izraz lica je bezosjećajan, a bolesnik nezainteresiran. Javljanje se halucinacije ali su prolazne. Ponašanje je neodgovorno i nepredvidivo. Bolesnik nema normalan tijek misli pa je formalni tijek mišljenja poremećen. Govor bolesnika nema početak, razradu i kraj već je nepovezan i nerazumljiv. Rečenice su nedovršene, besmislene pa dolazi do salate od riječi. [2]

5.3. Katatona shizofrenija

U kliničkoj slici katatone shizofrenije najviše dominiraju psihomotoričke smetnje. Bolesnik može zauzimati različite bizarne ili prisilne položaje tijela ili udova satima, danima. Valja napomenuti fenomen „psihičkog“ jastuka. To je naziv kad bolesnik zauzima ležeći položaj u krevetu ali sa uzdignutom glavom kao da ima jastuk ispod glave. U takvim situacijama treba „modelirati“ bolesnikovo tijelo ili udove koje on zadržava u određenom položaju dulje vrijeme. Na taj način manje opterećujemo tijelo, a time i sprečavamo ankilozu zglobova (srastanje kosti unutar zgloba). U današnje vrijeme navedena stanja kliničke slike katatone shizofrenije rijetko se vide. [2]

5.4. Nediferencijalna shizofrenija

Dijagnoza nediferencijalne shizofrenije koristi se u slučajevima kad u kliničkoj slici ne dominira ni jedan od simptoma koji su karakteristični za paranoidnu, hebefrenu, katatonu i

simplex (jednostavnu) shizofreniju. Također, istovremeno mogu biti prisutni veći broj simptoma koji su glavni u karakteriziranju različitih oblika shizofrenije. Ni jedan od simptoma ne prevladava dovoljno dugo i do te mjere da bi se postavila dijagnoza određenog tipa shizofrenije. [2]

5.5. Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija je bolest dugog tijeka. Kliničku sliku opisuju negativni simptomi shizofrenije a to su: osjećaj zaravnjenosti, alogija, anhedonija i avolicija. Bolesnik smanjeno pokazuje svoje osjećaje, može biti prisutna psihomotorička usporenost. Smanjena je verbalna i neverbalna komunikacija kao i kontakt očima. Bolesnik gubi interes i volju za sve što ga je prije uveseljavalo do te mjere da zanemaruje svoju osobnu higijenu i obustavi sve obaveze. [2]

5.6. Shizofrenija simplex (jednostavna)

Shizofrenija simplex razvija se polako, neprimjetno s postupnim zakazivanjem u svakodnevnici. U kliničkoj slici prevladavaju negativni simptomi shizofrenije, mogu se javiti i pozitivni simptomi shizofrenije ali nakon dužeg vremenskog perioda. Bolesnik zanemaruje svakodnevne aktivnosti koje su primjerene njegovoj životnoj dobi. On nema socijalni život već se povlači u svoj psihotični svijet i počinje se baviti svojim filozofijama. Zbog svoje zaokupljenosti bolesnik zaboravlja na svakodnevnici pa i na vlastitu osobnu higijenu. [2]

6. Dijagnoza shizofrenije

Dijagnoza shizofrenije temelji se na anamnezi, kliničkoj slici, psihijatrijskom razgovoru (intervju) i dijagnostičkim kriterijima. U svijetu se primjenjuje Međunarodna klasifikacija bolesti ili MKB-10 i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje ili DSM-5. [2]

6.1. Opći dijagnostički kriterij za shizofreniju prema MKB-10

Opći dijagnostički kriteriji za shizofreniju prema MKB-10 jesu: prisutnost barem jednog od simptoma navedenih pod brojem 1 ili najmanje dva simptoma od simptoma navedenih pod brojem 2. [2]

1) Najmanje jedan od slijedećih simptoma:

- Nametanje ili oduzimanje misli, jeka ili emitirane misli
- Sumanutost kontrole, utjecaja ili pasivnosti koja se jasno odnosi na tijelo ili pokrete tijela, specifične misli, akcije ili senzacije te sumanute percepcije
- Slušne halucinacije koje komentiraju bolesnikovo ponašanje, međusobno razgovaraju o bolesniku ili slušne halucinacije koje dolaze iz drugog dijela tijela
- Trajne bizarne sumanutosti koje su nemoguće ili nesukladne bolesnikovoj kulturi i intelektu. Bolesnik komunicira sa izvanzemaljcima ili slično, ima nadljudske sposobnosti te nemogući politički, znanstveni ili religiozni identitet.

2) Ili najmanje dva od slijedećih simptoma:

- Ustrajne halucinacije bilo kojeg modaliteta koje su praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog sadržaja ili ustrajne precijenjene ideje koje se pojavljuju svaki dan tijekom nekoliko tjedana, najmanje mjesec dana
- Disocirano mišljenje, inkohherentan i nerazumljiv govor, neologizmi
- Katatono ponašanje kao što je zakočenost tijela, bizarni i neprirodni položaj tijela, uzbuđenost...
- Negativni simptomi kao što su apatija, alogija, osjećaj zaravnjenosti, socijalna izolacija
- Znatne i trajne promjene u ponašanju: gubitak interesa, besciljnost, zaokupljenost sobom, socijalno udaljšavanje.

MKB-10 navodi slijedeće podtipove shizofrenije: paranoidna, hebefrena, katatona, nediferencirana, simplex, rezidualna i postshizofrena depresija. [2]

6.2. Opći dijagnostički kriterije za shizofreniju prema DSM-5

Opći dijagnostički kriterij za shizofreniju prema DSM-5 jesu najmanje dva od slijedećih simptoma od kojih je svaki prisutan znatan dio vremena tijekom jednomjesečnog razdoblja ili manje ako je uspješno liječen: [2]

- sumanutost
 - halucinacije
 - disocirani govor
 - jako dezorganizirano ili katatono ponašanje
 - negativni simptomi.
- Duljina trajanja simptoma od 1 dan do najviše 1 mjesec (kratki psihotični poremećaj), od najmanje 1 mjesec do 6 mjeseci (shizofreni psihotični poremećaji), najmanje 6 mjeseci uključujući i prodrome (shizofrenija). Od pojave simptoma znatan dio vremena smanjena je razina funkcioniranja na radnom mjestu, socijalnom ili privatnom planu.
 - Ako tegobe nisu bolje objašnjene drugim poremećajima.
 - Isključuje se shizofreni, depresivni ili manični poremećaj sa psihotičnim obilježjima.
 - Isključenje psihoaktivnih tvari: poremećaj ne nastaje zbog neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivne tvari, na primjer zloupotreba lijekova.

Shizofrenija je heterogeni klinički sindrom koji uključuje kognitivne, emocionalne i bihevioralne disfunkcije. Ni jedan simptom nije tipičan za dijagnozu shizofrenije, već se dijagnoza postavlja na temelju skupa znakova i simptoma koje dovode do narušavanja radnog i socijalnog funkcioniranja. [8]

6.3. Dijagnostičke metode

U postavljanju dijagnoze shizofrenija, ne postoje standardne laboratorijske pretrage kao na primjer za dijabetes mellitus. U praktičnom radu uobičajeno se rade slijedeće pretrage: kompletna krvna slika (KKS), analiza urina, testovi funkcije štitnjače, jetrene transaminaze, elektrokardiogram (EKG), kompjuterizirana tomografija (CT), cerebralni protok krvi, elektroencefalogram (EEG), magnetska rezonanca (MR), neuropsihologijsko testiranje. Navedene pretrage omogućuju razlikovanje drugih organskih poremećaja koji se mogu odraziti simptomima sličnim shizofreniji, kao na primjer: epilepsija, tumor središnjeg živčanog sustava. [2]

7. Liječenje shizofrenije

Jasan uzrok shizofrenije stručnjaci nisu definirali pa se liječenje shizofrenije temelji na eliminiranju simptoma bolesti. Po modernoj medicini shvaćanja ni jedan simptom ili skup simptoma ne mogu se izdvojiti ili potvrditi da su tipični za shizofreniju. Prema tome u pojedinih bolesnika mogu biti prisutni svi simptomi, ali ni jedan simptom nije prisutan u svih bolesnika. [9,1]

Nakon što se postavi jasna dijagnoza bolesti važno je što ranije započeti sa liječenjem jer odgađanje liječenja i neredovito uzimanje terapije smanjuje uspješnost liječenja. Važna je dobra međusobna suradnja između liječnika i bolesnika da bi pronašli najbolju terapiju ili kombinaciju terapije u pravoj dozi. [2,1]

Veliku važnost u liječenju shizofrenije pridonijeli su Delay i Daniker 1952. godine otkrićem antipsihotika. Tijekom primjene antipsihotika doveli su do revolucionarnih promjena u liječenju shizofrenije, na primjer: smanjili su broj hospitaliziranih bolesnika. [2] Liječenje shizofrenije uključuje različite vrste lijekova, na slijedećim stranicama izdvojeni su neke od njih a to su antipsihotici i antidepresivi. Osim lijekova nužna je i socijalizacija bolesnika te da bolesnik počinje obavljati aktivnosti koje je obavljao i prije, zato je nakon odabrane odgovarajuće terapije potrebna psihosocijalna terapija te različite popratne terapije kao što su: radna terapija, okupacijska terapija. [9]

7.1. Antipsihotici

Antipsihotici ili neuroleptici pripadaju skupini lijekova koji djelotvorno ublažavaju simptome shizofrenije ili ih u potpunosti uklone. Obično se uzimaju svakodnevno u obliku tableta, a neki antipsihotici dolaze u tekućem obliku te se apliciraju intramuskularno, 1-2 puta na mjesec (depo terapija). Djeluju na taj način da ublažavaju psihotične simptome kao: halucinacije, sumanute misli, poremećaj percepcije, strah, nemir, nesanica. Drugim riječima djeluju umirujuće, sređujuće i preventivno. Lijekovi uvode red u misli i opažanja, smanjuju pretjeranu uzbuđenost i štite od ponovnog pojavljivanja bolesti. Neki oboljeli imaju nuspojeve kada počinju uzimati lijek, kao na primjer: nesanica, glavobolja, mučnina, povraćanje, hipersekrecija sline, povećana tjelesna težina... Većina nuspojava prođe nakon nekoliko dana uzimanja lijeka. Da bi se postigao poželjan i smirujući učinak lijeka koriste se različite doze antipsihotika. [10,9,1,]

Antipsihotike dijelimo u nekoliko skupina. Visokopotentni antipsihotici postižu željeni efekt kod niskih doza, na primjer: disocirano mišljenje. U drugu skupinu spadaju srednje ili niskopotentni antipsihotici kod kojih se veći efekt postiže nakon većih doza lijeka. Njima se

postiže veći smirujući učinak te se prepisuju kod nemira i poremećaja spavanja. Kod nekih bolesnika često se simptomi pojavljuju u kombinaciji te se tada liječenje svodi na kombinaciji visoko- i niskopotentnim antipsihoticima. [1]

Generički naziv lijeka	Tvornički naziv lijeka	
Flufenazin	Moditen	Visokopotentni antipsihotici
Haloperidol	Haldol	
Olanzapin	Zyprexa, Vaira	
Promazin	Prazine	Srednje i niskopotentni antipsihotici
Klozapin	Leponex	
Sulpirid	Sulpirid, Eglonyl	

Tablica 7.1.1 Primjer antipsihotika

Izvor: Hans-JurgenLuderer: Shizofrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.

7.2. Antidepresivi

Antidepresivi su lijekovi koji se koriste za uklanjanje simptoma depresije što se očituje kod pomanjkanja veselja, elana i inicijative. Uklanjaju osjećaj straha, poboljšavaju raspoloženje i na taj način potiču na elan. Pozitivno djelovanje lijeka na raspoloženje i motivaciju postižu se nakon nekoliko tjedana uzimanja lijeka. Tijekom liječenja antidepresivima treba obratiti pozornost na moguće nuspojave kao što su: umor i pospanost, zatvor, poremećaj pražnjenja mokraćnog mjehura, povećanje apetita, hipotenzija, poremećaj jetrene funkcije... Postoje različite vrste antidepresiva, u slijedećoj tablici izdvojeni su neki od njih.[1]

Generički naziv lijeka	Tvornički naziv lijeka
Amitriptilin	Amyzol
Mirtazapin	Calixta
Paroksetin	Seroxsat ,Deprozel
Moklobemid	Aurorix
Tianeptilin	Coaxil

Tablica 7.2.1 Primjer antidepresiva

Izvor: Hans-JurgenLuderer: Shizofrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.

7.3. Psihosocijalna terapija

Kada oboljeli i liječnik pronađu odgovarajuću terapiju tada liječenje prelazi na psihosocijalnu terapiju. Psihosocijalna terapija pomaže oboljelom o učenju i korištenju vještina za suočavanje i rješavanje svakodnevnih izazova. Kombinacija lijekova i psihosocijalne metode liječenja pokazatelj su najboljih rezultata u liječenju shizofrenije. Cilj terapije je da se maksimalno povećaju bolesnikove sposobnosti i smanji socijalna izolacija. Cilj je postignut kad oboljela osoba nastavi dalje sa životnim ciljevima tako što će na primjer: nastaviti školovanje ili pronaći posao. [9,2]

7.4. Radna terapija

Radna terapija služi da bi se oboljela osoba vratila u svoj svakodnevni život, a ujedno je to dobra priprema i motivacija za rad prije otpuštanja s bolničkog liječenja. Bolesnici se druže, razgovaraju, izrađuju stvari iz različitih materijala, sudjeluju u različitim radionicama... [1]

7.5. Okupacijska terapija

Cilj ove terapije je da bolesnici manje razmišljaju o svojim simptomima i problemima što se postiže kreativnošću. Terapija uključuje: slikanje olovkom, akvarelnim bojama, rad s drvom i glinom, ručno tkanje, izrada ukrasa... [1]

8. Sestrinske dijagnoze

Da bi se postigao određen cilj za oboljelu osobu, medicinska sestra ovisno o sestrinskoj dijagnozi, mora primijeniti sestrinske intervencije. Kad osoba oboljela od shizofrenije moguć je velik broj sestrinskih dijagnoza i intervencija. U nastavku su izdvojene neke od mogućih sestrinskih dijagnoza kod bolesnika oboljelih od shizofrenije: [12,13,14,15]

- anksioznost
- zanemarivanje osobne higijene
- smanjen stupanj samopoštovanja
- poremećena senzorna percepcija (slušna, vizualna, kinestetička)
- poremećaj spavanja
- poremećaj misaonog procesa
- zanemarivanje vlastitog izgleda
- manjak samopouzdanja
- strah
- duševni nemir
- neuravnotežena prehrana
- smanjeno održavanje domaćinstva
- smanjena društvena interakcija
- nejasna verbalna komunikacija
- nedjelotvorno suočavanje
- bespomoćnost
- rizik od ozljede
- visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i drugima
- visoki rizik za samoozljeđivanje
- smanjena socijalna izolacija
- promijenjen obiteljski odnos
- otežana fizička pokretljivost
- visoki rizik za samoubojstvo
- neupućenost
- poremećaj seksualne funkcije
- neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa.

U nastavku je izdvojeno nekoliko važnih sestrinskih dijagnoza i sestrinske intervencije za ciljanu dijagnozu bolesnika oboljelih od shizofrenije.

8.1. Socijalna izolacija

Definicija- stanje u kojem pojedinac ima subjektivan osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugim ljudima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt. [16]

Kritični čimbenici:

1. psihički poremećaji
2. popratne pojave liječenja
3. nezadovoljstvo fizičkim izgledom
4. dugotrajna izloženost stresu
5. bolničko liječenje
6. odsutnost obitelji, prijatelja ili druge podrške
7. nepovoljna ekonomska situacija.

Vodeća obilježja:

1. izražavanje osjećaja usamljenosti
2. nesigurnost u socijalnim situacijama
3. opisivanje nedostatka kvalitetnih međuljudskih odnosa
4. izražavanje potrebe za druženjem
5. osjećaj tuge i dosade
6. neprimjeren ili nezreli interesi i aktivnosti za razvojnu dob
7. nekomunikativnost
8. izbjegavanje kontakta s očima
9. povlačenje u sebe
10. zaokupljenost svojim mislima
11. neprijateljstvo u glasu i ponašanju
12. verbalizacija nelagode u socijalnim situacijama
13. neprihvatljivo društveno ponašanje
14. izražavanje osjećaja različitosti od drugih
15. nedostatak ispunjenosti života
16. nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih.

Ciljevi:

1. Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti.
2. Pacijent će razvijati suradljivi odnos.
3. Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima.
4. Pacijent će aktivno provoditi vrijeme sa drugim pacijentima.

Intervencije:

1. Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom.
2. Uspostaviti suradnički odnos.
3. Poticati pacijenta na izražavanje emocija.
4. Poticati pacijenta na uspostavljene međuljudske odnose.
5. Poticati pacijenta na razmjenu iskustva s drugim pacijentima.
6. Podučiti pacijenta o asertivnom ponašanju.
7. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak.
8. Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba.
9. Upoznati ga sa suportivnim grupama.
10. Uključiti pacijenta u grupnu terapiju.
11. Uključiti pacijenta u radnu okupacijsku terapiju.

8.2. Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa

Definicija- ponašanje pojedinca u kojem on/ona ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao/očuvala zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć. Nezadovoljavajuća promjena dnevne rutine s ciljem ozdravljenja ili postizanja zdravstvenih ciljeva. [17]

Kritični čimbenici:

1. narušeno zdravlje ili prijetnja po zdravlje
2. novonastali zdravstveni problemi
3. loše zdravstvene navike (pušenje, loša prehrana, pretilost, konzumacija alkohola, loša higijena, fizička neaktivnost)
4. kognitivne ili perceptivne smetnje
5. neupućenost
6. smanjena motivacija za učenjem, promjenom navika
7. loša socijalna situacija

8. otežana komunikacija
9. nedostatak potrebne potpore
10. psihološke smetnje (anksioznost, depresija).

Vodeća obilježja:

1. uočljiv nedostatak znanja
2. verbaliziranje pogrešnih podataka
3. nepridržavanje dogovorenog
4. pogrešno izvođenje vještina
5. negiranje potrebe za učenjem
6. izostanak reakcije na prisutne simptome i znakove
7. nemogućnost provođenja dobivenih uputa.

Ciljevi:

1. Pacijent će iskazati želju i motivaciju za promjenom ponašanja.
2. Pacijent će iskazati željna znanja.
3. Pacijent s razumijevanjem govori o usvojenim sadržajima.
4. Pacijent će demonstrirati naučene vještine.
5. Pacijent će samostalno koristiti dostupne izvore za učenje.

Intervencije:

1. Educirati pacijenta o važnosti promjene ponašanja i usvajanja znanja o:
 - pravilnoj prehrani
 - prestanku/smanjenju pušenja
 - prestanku/smanjenju konzumacije alkohola
 - redovitoj fizičkoj aktivnosti
 - pravilnoj higijeni
 - redovitim sistematskim i stomatološkim pregledima
 - prepoznavanju ranih simptoma i znakova bolesti.
2. Stvoriti odnos povjerenja, iskrenosti i suradnje.
3. Osigurati mirni prostor bez ometanja pri razgovoru i poučavanju.
4. Omogućiti pacijentu izražavanje vlastitih potreba i želja.
5. Vlastitim profesionalnim izgledom i ponašanjem pružiti primjer pacijentu.

6. Pri podučavanju uvažiti pacijentove mogućnosti i pribor/sredstva koja posjeduje.
7. Podučavati pacijenta od „poznatog prema nepoznatom“.
8. Pri podučavanju uvažiti osobna iskustva i potrebe pacijenta.
9. Podučavanje vještina provoditi aktivnim uključivanjem pacijenta.
10. Poticati pacijenta na postavljena pitanja.
11. Pohvaliti napredak.

8.3. Anksioznost

Definicija- nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotoričkom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti. [18]

Kritični čimbenici:

1. prijatna fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti
2. promjena uloga
3. promjena okoline i rutine
4. izoliranost (osjećaj izolacije)
5. smanjena mogućnost kontrole okoline
6. strah
7. interpersonalni konflikt
8. nepoznati čimbenici (nema razloga za nastajanje vodećih obilježja).

Vodeća obilježja :

1. razdražljivost
2. umor
3. verbalizacija straha i napetosti
4. osjećaj bespomoćnosti
5. otežana komunikacija
6. otežano suočavanje sa problemom
7. smanjena komunikativnost
8. glavobolja
9. otežan san
10. plačljivost
11. pojačano znojenje
12. sklonost ozljeđivanju.

Ciljevi:

1. Pacijent će moći prepoznati i nabrojati znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
2. Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.
3. Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.

Intervencije:

1. Stvoriti profesionalni empatijski odnos- pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
3. Opaziti neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost od agresije...).
4. Stvoriti osjećaj povjerenja.
5. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
6. Podučiti pacijenta o postupcima/procedurama koje će se provoditi.
7. Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
8. Održati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
9. Osigurati mirnu i tihu okolinu.
10. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
11. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
12. Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
13. Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
14. Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje.
15. Pomoći i podučiti pacijenta o vođenju postupka smanjivanju anksioznosti:
 - vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
 - vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
 - okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
 - humor
 - terapijska masaža i dodir.
16. Podučiti pacijenta o pravilnom uzimanju antipsihotika.
17. Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije.
18. Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta.

8.4. Poremećaj misaonog procesa

Definicija- nemogućnost točne i precizne obrade misli. [17,11,]

Kritični čimbenici:

1. promijenjena percepcija
2. biokemijske promjene u mozgu
3. psihološke prepreke (nedostatak podražaja)
4. nuspojave lijekova.

Vodeća obilježja:

1. otežana verbalna komunikacija
2. teškoće u razumijevanju i održavanju normalnog razgovora
3. poremećaj kognitivnih sposobnosti (siromaštvo govora, neologizmi, blokada misli, nelogičnost, tenacitet...)
4. promijenjeno trajanje usredotočenosti osobe na neki događaj
5. smanjena sposobnost poimovanja pojmova
6. dezorijentiranost u vremenu i prostoru
7. neprepoznavanje osoba i okoline
8. poremećena sposobnost donošenja odluka
9. nemogućnost praćenja uputa
10. prisutnost halucinacija, deluzija, fobija
11. ograničen misaoni proces
12. promijenjen obrazac spavanja
13. neprikladno društveno ponašanje.

Ciljevi:

1. Pacijent će izraziti misli i osjećaje logično.
2. Pacijent će biti orijentiran u vremenu i prostoru.
3. Pacijent će prihvatiti pomoć.
4. Obitelj će skrbiti o pacijentu.
5. Pacijent će moći komunicirati na način da ga svi mogu razumjeti.

Intervencije:

1. Osigurati dovoljno vremena za razgovor.
2. Govoriti polako i razgovjetno.

3. Dati vremena za odgovor.
4. Bilježiti i izvještavati i pacijentovom misaonom procesu.
5. Zvati pacijenta imenom.
6. Orijentirati pacijenta o vremenu i prostoru.
7. Osigurati pacijentove osobne predmete (staviti ih u blizinu, na isto mjesto...).
8. Osigurati nesmetan odmor.
9. Ohrabriti pacijenta da izrazi osjećaje.
10. Napraviti plan dnevnih aktivnosti.
11. Primijeniti propisanu terapiju.
12. Pratiti i bilježiti pozitivne i negativne reakcije na terapiju.
13. Osigurati nadzor pacijenta.
14. Koristiti sigurnosne mjere (zvono nadohvat ruke, upaljeno noćno svjetlo, krevet na sniženu razinu...).
15. Uključiti obitelj u brigu za pacijenta.

8.5. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i drugima

Definicija- rizično ponašanje u kojem pojedinac pokazuje da može biti psihički, fizički, emocionalno i seksualno štetan za sebe i druge ljude. [19,17,20]

Kritični čimbenici:

1. deluzije
2. sumanutost
3. halucinacije i iluzije
4. poremećaj svijesti
5. dezorijentacija
6. zbunjenost
7. impulzivna reakcija
8. netočne percepcije okoline
9. anamnestički podatak agresivnog ponašanja
10. kriminalna radnja.

Vodeća obilježja:

1. čvrst stav
2. stiskanje šaka i čeljusti
3. hiperaktivnost

4. nedostatak zraka
5. prijeteći stavovi
6. manjak povjerenja
7. panika, razdražljivost
8. nervozan hod- naprijed, natrag
9. agresivno ponašanje.

Ciljevi:

1. Pacijent će uspostaviti kontrolu ponašanja.
2. Pacijent će verbalizirati vlastite frustracije.
3. Pacijent će verbalizirati vlastite osjećaje.
4. Pacijent će demonstrirati učinkovite načine suočavanja sa stresom.
5. Pacijent će se ponašati socijalno prihvatljivo.

Intervencije:

1. Omogućiti pacijentu izražavanje osjećaja.
2. Iskazati empatiju.
3. Podučiti pacijenta načinima kontrole ponašanja.
4. Pružati mogućnost izbora.
5. Zadržati smirenost i kontrolu nad situacijom.
6. Osigurati dovoljno osobnog prostora.
7. Izbjegavati dodirivanje pacijenta.
8. Izbjegavati dugotrajan kontakt očima.
9. Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja.
10. U slučaju napada postupiti prema protokolu ustanove.
11. Osigurati umirujuću okolinu (privatnost, snižena razina buke, kontrola broja osoba prisutnih u prostoriji).
12. Podržati nastojanja pacijenta da kontrolira ponašanje.
13. Iskazati pozitivne povratne informacije.
14. Primijeniti postupak odvajanja i /ili ograničenja prema standardu.
15. Ukloniti predmete iz neposredne okoline kojima bi pacijent mogao ozlijediti sebe ili druge.
16. Koristiti čaše i pribor za jelo kojim si ne može nanijeti ozljeda.
17. Pomoći pacijentu pri aktivnostima samozbrinjavanja.
18. Po ukidanju mjera ograničavanja/odvajanja pojačati nadzor nad pacijentom.

19. Educirati pacijenta o načinima suočavanja sa stresom.
20. Poticati na sudjelovanje u rekreacijskim aktivnostima.
21. Poticati pacijenta na sudjelovanje u grupnoj terapiji.

8.6. Visok rizik za samoubojstvo

Definicija- ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željnim smrtnim ishodom. [17]

Kritični čimbenici:

- 1.** suicidalni nagon
- 2.** manija
- 3.** depresija
- 4.** psihoza
- 5.** psihoorganski sindrom
- 6.** panika
- 7.** napad srdžbe i ljutnje
- 8.** zlostavljanje.

Ciljevi:

1. Pacijent će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje.
2. Pacijent će sudjelovati u provođenju tretmana.
3. Pacijent će zatražiti pomoć kad osjeti autodestruktivne nagone.

Intervencije:

1. Osigurati sigurnu okolinu pacijentu- ukloniti potencijalno opasne predmete (oštre i staklene predmete, užad, remenje, lijekove...).
2. Učestalo kontrolirati ormariće i prostor u kojem bolesnik boravi.
3. Uputiti obitelj da ne donosi nikakve opasne predmete pacijentu.
4. Osigurati nadzor pacijenta sukladno riziku za počivanje samoubojstva.
5. Osigurati odnos povjerenja temeljen na empatiji i aktivnom slušanju.
6. Biti uz pacijenta kad god je to moguće.
7. Osigurati dovoljno vremena za komunikaciju s pacijentom.

8. Potaknuti komunikaciju u kojoj će pacijent izraziti svoje negativne emocije i osjećaje.
9. Potaknuti pacijenta da otkrije vlastitu snagu i sposobnost.
10. Svakodnevne aktivnosti organizirati s pacijentovim sposobnostima i mogućnostima.
11. Potaknuti pacijenta da postavi kratkoročne ostvarive ciljeve.
12. Potaknuti pacijenta da se usredotoči na određene aktivnosti.
13. Spriječiti izolaciju i osuđivanje pacijenta.
14. Kontrolirati uzimanje terapije.
15. Odjelnu terapiju držati zaključanu.
16. Uključiti obitelj u skrb za pacijenta.

9. Zaključak

Shizofrenija je kronično ozbiljan mentalni poremećaj koji utječe na bolesnikove osjećaje, misli i ponašanje. Okarakterizirana je mnogobrojnim specifičnim i bizarnim simptomima. Klinička slika je individualna stoga svaka oboljela osoba ima drugačije ili slične simptome, što shizofreniju čini još više misterioznom bolesti. Uzrok shizofrenije još uvijek nije jasno definiran, ali u današnje vrijeme postoji veliki izbor terapija koje imaju pozitivan učinak na bolest. Prognoza bolesti je bolja ako se simptomi rano uoče i počinje s liječenjem pravovremeno. Liječenje se temelji na eliminiranju simptoma bolesti, stoga je važna dobra edukacija medicinske sestre. U procesu edukacije najvažniju ulogu ima medicinska sestra, koja pružanjem informacijama i razumijevanjem prema oboljeloj osobi stvara odnos povjerenja. Oboljelom treba dati što bolji uvid u bolest kako bi razumio svoje stanje i prihvatio liječenje. Da bi se postigao određeni cilj za oboljelu osobu, medicinska sestra ovisno o sestrinskoj dijagnozi, mora primijeniti sestrinske intervencije. Kod osoba oboljelih od shizofrenije moguć je velik broj sestrinskih dijagnoza. Bolesnik koji je socijalno izoliran povlači se u sebe, zaokupljen je svojim bizarnim mislima što dovodi niz ostalih sestrinskih dijagnoza, kao što su: neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa, anksioznost te poremećaj misaonog procesa. Nadalje, neprimjereno ponašanje bolesnika može dovesti do visokog rizika za nasilje usmjereno prema sebi i drugima sa mogućim ishodom samoubojstva. Da bi se to spriječilo, medicinska sestra će svojim vještinama pravovremeno uočiti problem te započeti sa intervencijama. Za brži i bolji oporavak treba uputiti i uključiti obitelj i prijatelje oboljelog da budu podrška u liječenju i oporavku.

10. Literatura

- [1] H.S.Luderer: Shizofrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.
- [2] Lj. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [3] <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>, dostupno 10.07.2018.
- [4] <http://schizophrenia.com/history.htm>, dostupno 10.07.2018.
- [5] <https://www.slideshare.net/tutucnmc/neuropsychological-tests-part-1>, dostupno 10.07.2018.
- [6] <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>, dostupno 10.07.2018.
- [7] <http://nanda-diagnosis.blogspot.com/2012/10/22-nanda-nursing-diagnosis-for.html>, dostupno 10.07.2018.
- [8] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb,2015.
- [9] <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>, dostupno 10.07.2018.
- [10] http://www.cybermed.hr/centri_a_z/shizofrenija/lijecenje_shizofrenije, dostupno 10.07.2018.
- [11] <https://nurseslabs.com/schizophrenia-nursing-care-plans/>, dostupno. 10.07.2018.
- [12] <https://nurseslabs.com/schizophrenia-nursing-care-plans/>, dostupno 10.07.2018.
- [13] <http://nanda-diagnosis.blogspot.com/2012/10/22-nanda-nursing-diagnosis-for.html>, dostupno.10.07.2018.
- [14] <http://www.newhealthadvisor.com/Nursing-Diagnosis-for-Schizophrenia.html>, dostupno 10.07.2018.
- [15] <http://www.sbm.ac.ir/uploads/townsend2011.pdf>, dostupno 10.07.2018.
- [16] https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf, dostupno 10.07.2018.

- [17] Sestrinske dijagnoze 3, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2015.
- [18] Sestrinske dijagnoze, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [19] M.C. Townsend, Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing
<http://www.sbm.ac.ir/uploads/townsend2011.pdf>, dostupno 10.07.2018.
- [20] <http://nanda-nursinginterventions.blogspot.com/2012/03/nursing-diagnosis-interventions-for.html>, dostupno 10.07.2018.

Popis slika

- Slika 3.1 Razlika u građi mozga između oboljele i zdrave osobe Izvor: <https://www.amberusa.com/blog/brain-can-reverse-signs-of-schizophrenia-mri-studies-show> , dostupno 10.07.2018. 4
- Slika 3.2 Neuropsihijatrijski test Wisconsin Card Sorting Izvor: <https://medium.com/psyc-406-2015/the-legendary-wisconsin-card-sorting-test-3d3ce5290372>, dostupno 10.07.2018. 5
- Slika 3.3 Neuropsihijatrijski test Tower of London Izvor: <https://www.slideshare.net/tutucnmc/neuropsychological-tests-part-1>, dostupno 10.07.2018. 6

Popis tablica

- Tablica 1.1 Primarni i sekundarni simptomi prema Blauleru Izvor: Lj. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006. 2
- Tablica 3.1 Životni rizik za shizofreniju u obitelji shizofrenih bolesnika Izvor: Lj. Hotujac i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006. 6
- Tablica 7.1.1 Primjer antipsihotika Izvor: Hans-Jurgen Luderer: Shizfrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006. 18
- Tablica 7.2.1 Primjer antidepresiva Izvor: Hans-Jurgen Luderer: Shizfrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006. 18



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, Martina Mlinarić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelog od shizofrenije (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mlinarić Martina
(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, Martina Mlinarić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelog od shizofrenije (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mlinarić Martina
(vlastoručni potpis)