

Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije

Orešković, Ana

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:122:948798>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1031/SS/2018

Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije

Ana Orešković, 1025/336

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Sestrinstvo

Završni rad br. 1031/SS/2018

Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije

Student

Ana Orešković, 1025/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Ana Orešković	MATIČNI BROJ	1025/336
DATUM	23.08.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Healthcare for patients with schizophrenia		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Melita Sajko, dipl.med.techn., predsjednik		
	2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor		
	3. doc.dr.sc. Karlo Houra, član		
	4. doc.dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1031/SS/2018
OPIS	

Shizofrenija je kronični psihički poremećaj koji predstavlja klinički sindrom sastavljen od brojnih psihičkih i ponašajnih simptoma koji dovode do neusklađenosti misli i osjećaja te gubitka dodira sa stvarnošću.

Uzrok shizofrenije nije poznat; smatra se da je ovaj poremećaj multifaktorijalno određen pa na pojavnost utječu biološki, socijalni i psihološki faktori.

Proces zdravstvene njege i skrbi, kao i liječenje i rehabilitacija oboljelih od shizofrenije je vrlo kompleksno i najučinkovitije je kada se koristi kombinacija farmakoterapije, psihoterapije te obiteljskog i socijalnog suporta.

Zbog kompleksnosti samog poremećaja, medicinske sestre i tehničari koji sudjeluju u procesu liječenja i zdravstvene njege trebaju posjedovati znanje, strpljenje te određene vještine kako bi taj proces bio što uspješniji.

Ciljevi i intervencije nisu usmjereni samo na oboljelu osobu, već i na njegovu obitelj i zajednicu što će biti opisano u ovom radu.

U radu je potrebno:

- definirati pojam shizofrenije
- prikazati epidemiologiju i etiologiju poremećaja
- opisati kliničku sliku
- prikazati liječenje bolesti
- opisati zdravstvenu njegu shizofrenih bolesnika

ZADATAK URUČEN

21.09.2018



POTPIS MENTORA

Marija Božičević

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn. na razumijevanju, podršci, susretljivosti, strpljenju i vremenu, te vodstvu pri izradi ovog rada. Zadovoljstvo mi je biti pod vodstvom mentorice koja je uvijek spremna pomoći.

Posebnu zahvalu iskazujem najvećoj podršci i motivaciji za vrijeme studiranja, svojoj sestri Martini, roditeljima i najboljim prijateljicama Zarije i Milici.

Sažetak

Shizofrenija je teška duševna bolest koju karakteriziraju nemogućnost razlikovanja realnih od nerealnih doživljaja, narušava njihovo društveno funkcioniranje, sposobnost razmišljanja i logičko razmišljanje. Uzrokuje simptome kao što su deluzije, halucinacije, iluzije, dezorganizaciju i osiromašenje psihičkih funkcija, za koje se još uvijek ne zna konkretan uzrok. Shizofrenija je psihička bolest koja je nastala pod utjecajem više čimbenika, kao što su biološki, psihološki i socijalni čimbenici, pa se stoga smatra da je multifaktorski determinirana. Uglavnom se javlja u dobi između 15. i 35. godine života, te ju prepoznamo prema ranim simptomima kao što su smanjena koncentracija, razdražljivost, promjene u socijalnim i obiteljskim odnosima, ali nekad ti simptomi mogu izostati, te se bolest uoči u akutnoj fazi. U liječenju shizofrenije koriste se lijekovi, ali pošto samo oni nisu dovoljni kako bi se postigla najveća moguća razina kvalitete života, koriste se i psihosocijalne metode liječenja. Kako bi liječenje bilo što učinkovitije, osim na bolesniku, treba se raditi i na njegovoj obitelji, okolini ali i zajednici kako bi reintegracija bolesnika u normalan život i njegov oporavak bio što učinkovitiji. Sestrinska dokumentacija je vrlo važna te je ona početak i prvi korak u zbrinjavanju i njezi bolesnika. Ona obuhvaća sve intervencije i opservacije koje su vezane uz bolesnika te omogućuje provjeru svega što je učinjeno za bolesnika, kao i procjenu onoga što će biti učinjeno. Da bi se postigli ciljevi u zdravstvenoj njezi, važno je da se, ovisno o dijagnozi, odaberu najprikladnije intervencije. Sestrinske intervencije moraju biti usmjerene na pacijenta te naravno, moraju biti individualizirane za svakog pacijenta. Kako bi se osigurala izvrsnost u zdravstvenoj njezi, one prije svega moraju biti temeljene na znanju, usklađenim standardima sestrinske skrbi i profesije, standardnim operativnim procedurama i kliničkim smjernicama. Interaktivan odnos između medicinske sestre i bolesnika predstavlja najvažniju karakteristiku kvalitetne zdravstvene njege. Ona je najbliža sa bolesnikom i provodi najviše vremena sa njim, stoga može prva uočiti promjene u bolesnika i pravovremeno, u sklopu zdravstvenog tima, djelovati na njih. Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti, a nju uzrokuju predrasude. Stigmatizacija za sobom povlači i diskriminaciju bolesnika, što uzrokuje negativne posljedice na bolesnika i njegovu obitelj.

Ključne riječi: shizofrenija, zdravstvena njega, kompetencije medicinske sestre, stigma

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti (*International Statistical Classification of Diseases, tenth Revision – IDC 10*)

DSM IV – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition – DSM IV*)

EPS – Ekstrapiramidni sindrom

MNS – Maligni neuroleptički sindrom

EKG - Elektrokardiograf

EEG – Elektroencefalograf

EKT – Elektrokonvulzivna terapija

KBT – Kognitivno bihevioralna terapija

SMBS – Smanjena mogućnost brige za sebe

PB – Psihijatrijska bolnica

KBC – Klinički bolnički centar

ENMT – elektroneuromodulativna terapija

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Shizofrenija.....	3
2.1.	Povijest shizofrenije	4
2.2.	Etiologija	5
2.3.	Epidemiologija	6
3.	Klinička slika	8
3.1.	Početak shizofrenije	8
3.2.	Pozitivni simptomi	8
3.2.1.	Halucinacije	9
3.2.2.	Iluzije	9
3.2.3.	Deluzije	9
3.2.4.	Poremećaj doživljaja vlastitog ja	10
3.2.5.	Pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti	10
3.3.	Negativni simptomi	12
3.3.1.	Alogija.....	12
3.3.2.	Poremećaj afektivnosti.....	13
3.3.3.	Anhedonija.....	13
3.3.4.	Avolicija.....	13
3.4.	Kognitivni simptomi	13
4.	Dijagnoza shizofrenije	15
4.1.	Oblici shizofrenije	16
4.1.1.	Paranoidna shizofrenija (F20.0).....	17
4.1.2.	Hebefrena (dezorganizirana) shizofrenija (F20.1)	17
4.1.3.	Katatona shizofrenija (F20.2)	18
4.1.4.	Nediferencirana shizofrenija (F20.3)	18
4.1.5.	Postshizofrena depresija (F20.4).....	18
4.1.6.	Rezidualna shizofrenija (F20.5).....	19
4.1.7.	Shizofrenija simplex (F20.6)	19
5.	Tijek i prognoza bolesti	20
6.	Liječenje shizofrenije.....	22
6.1.	Liječenje lijekovima (medikamentno).....	22
6.2.	Elektrokonvulzivna (elektrostimulativna) terapija.....	24
6.3.	Psihosocijalne metode	25
6.3.1.	Psihoterapija.....	26
6.3.2.	Kognitivno bihevioralna terapija	26
6.3.3.	Edukacija o bolesti	27
6.3.4.	Rad sa obitelji	27
6.3.5.	Trening socijalnih vještina	27
7.	Zdravstvena njega oboljelih od shizofrenije	29
7.1.	Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel	30
7.2.	Sestrinska dokumentacija	31
7.3.	Moguće sestrinske dijagnoze	32
7.3.1.	Anksioznost.....	32
7.3.2.	Neupućenost.....	33

7.3.3.	Društvena izolacija.....	34
7.3.4.	Smanjena mogućnost brige o sebi: odijevanje/eliminacija/osobna higijena/ hranjenje.....	34
7.3.5.	Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane	36
7.3.6.	Smanjen stupanj samopoštovanja	37
7.3.7.	Seksualna disfunkcija.....	38
7.3.8.	Promijenjeni obiteljski odnosi	39
7.3.9.	Visoki rizik za nasilno ponašanje	39
7.3.10.	Visoki rizik za samoozljeđivanje.....	40
7.3.11.	Visoki rizik za samoubojstvo.....	40
7.3.12.	Visoki rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije.....	41
7.3.13.	Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa.....	41
7.3.14.	Individualna neučinkovitost i neučinkovito sučeljavanje	42
7.3.15.	Narušena verbalna komunikacija	43
7.3.16.	Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja	43
7.3.17.	Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja.....	44
7.4.	Kompetencije, znanja i vještine medicinske sestre	44
8.	Prikaz slučaja	46
9.	Stigmatizacija i diskriminacija.....	48
10.	Zaključak.....	50
11.	Literatura.....	51

1. Uvod

Psihijatrija je grana medicine koja je posebno usredotočena na dušu i mentalne poremećaje. To je područje medicine koje se bavi proučavanjem, nastankom, dijagnostikom, sprječavanjem i liječenjem duševnih bolesti te rehabilitacijom duševnih bolesnika. Pojam psihijatrije uveo je Johann Christian Reil 1808. godine te dolazi od grčkih riječi *psyche* – duša, misao i *iatreia* – zdravljenje, liječenje. Psihička bolest, odnosno poremećaj se definira kao stanje poremećene funkcije mozga koje utječe na promjene ponašanja, osjećaja, načina doživljavanja te mišljenja koje pokazuje odstupanje od neke norme, te se može jasno prepoznati kao poremećaj odnosno bolest, a da se pri tom ne radi o odgovoru kratkog trajanja na određenu situaciju ili događaj. [1]

Predznanstveno razdoblje psihijatrije započinje još od početka razvoja civilizacije te je obilježeno mističnim i religioznim tumačenjima nastanka duševnih bolesti te se mišljenje svodilo na to da su izazvane natprirodnim uzrocima. Stare civilizacije su pojavu duševnih bolesti povezivale sa bogovima i demonima pa su se stoga dramatični simptomi bolesti vrlo dobro uklapali u okvir demoničkog shvaćanja bolesti i sukladno tomu, u liječenju takvih bolesti primjenjivalo se vraćanje, egzorcizam i sl. Iz antičnog doba postoje zapisi o tome kako su kažnjavali one koji duševnim bolesnicima nisu pružali odgovarajuću skrb, iz čega se vidi da se tada počeo mijenjati odnos prema njima u odnosu na druge bolesnike. Hipokratova izjava da su duševne bolesti zapravo bolesti mozga, prihvaćena je te su došli do zaključka da su tijelo i psiha povezani. S duševnim bolesnicima postupalo se humano te mjere liječenja su bile usmjerene na gimnastiku, čitanje, boravak u svijetlim prostorijama, terapije glazbom i radne terapije, što se može protumačiti kao obilježje psihoterapeutskog pristupa. Utjecaj kršćanske civilizacije i prevlast Crkve je u shvaćanje duševnih bolesnika ponovno uvela nadnaravne sile te se smatralo da su ih te sile opsjedale, stoga je terapijski pristup i liječenje u to vrijeme poprimilo primitivne oblike istjerivanja duhova molitvama i drugim magično-religioznim obredima. [1]

Napredak u liječenju duševnih bolesnika uslijedio je u 16. st., kada su se počeli pisati prvi klasični spisi o duševnim bolestima te se uvažava misao da su duševne bolesti prirodne bolesti, a ne bolesti nastale djelovanjem demona ili nekih drugih nadnaravnih sila. Od tog vremena se mijenja odnos prema duševnim bolesnicima te se drži do toga da su to psihički bolesnici koje je potrebno liječiti te s njima postupati čovječno. Philipp Pinel, francuski liječnik, krajem 18. i početkom 19. st. je imao jaki utjecaj u području psihijatrije te je zaslužan za skidanje lanca, odnosno odbacivanje teorije ludila i naziva luđak i ludnica, te se počinju koristiti izrazima duševni bolesnik i duševna bolnica. [1]

Razvojem psihijatrijske znanosti razvija se i sestrinstvo te uloga medicinske sestre u mentalnom zdravlju. Do 19. st. su oni koji se brinu za psihijatrijske bolesnike zvali čuvarima zato jer su onda bili izdvojeni izvan gradova u velikim ustanovama sa po nekoliko tisuća bolesnika te je stoga njihov zadatak bio čuvati i izolirati duševne bolesnike. Čuvarski pristup pokušao se zamijeniti moralnim pristupom duševnom bolesniku, što je nastalo pod utjecajem Pinela. Taj pristup je stvoren tako da je usmjeren na čovjeka te da naglašava vrijednost svakodnevnih aktivnosti poput prehrane, socijalnog uključivanja, uključivanja obitelji u brigu o bolesniku, vježbi i sl. [1]

Sestrinstvo se u psihijatriji počelo pojavljivati krajem 19. st. kao nova dimezija skrbi za psihičke bolesnike te u kontekstu psihijatrije kao znanstvene discipline. Sestrinstvo je u psihijatriji prepoznata struka te su medicinske sestre/tehničari ravnopravni članovi tima upravo zbog toga što je u psihijatriji potrebno obučeno osoblje za brigu o psihički oboljelim osobama. Njeno područje djelovanja obuhvaća prevenciju, liječenje i pružanje skrbi osobama različite dobi koje imaju poteškoće vezane za psihičke probleme. Za medicinsku sestru koja radi sa psihički oboljelim osobama nužno je znanje i vještina djelotvorne komunikacije, zbog toga što je njezina sposobnost da djeluje terapijski određena djelotvornošću njezinih komunikacijskih vještina i sposobnosti. [1][2]

Medicinska sestra/tehničar je u najbližem kontaktu sa bolesnikom i njegovom obitelji te sudjeluje u cjelokupnom zbrinjavanju bolesnika. Njena uloga u oblikovanju terapijskih zajednica provođenju edukacije, te planiranju i provođenju zdravstvene njege. Rad medicinskih sestara sa shizofrenim bolesnicima zahtijeva veliko znanje, strpljenje, sposobnosti da uspostavi odnos sa pacijentom temeljen na povjerenju te da promatra bolesnika kako bi mogla na vrijeme reagirati i spriječiti neželjena ponašanja. Da bi se postigli željeni ciljevi, potrebno je plan zdravstvene njege individualizirati i prilagoditi pacijentu, te sukladno sestrijskim dijagnozama odabrati najprikladnije intervencije. [3]

2. Shizofrenija

Shizofrenija je teška duševna bolest koju čini skup karakterističnih simptoma i manifestacija te ju svrstavamo u skupinu psihotičnih poremećaja. Naziv bolesti dolazi od kombinacije grčkih riječi *shizeiu* – podijeliti, rascijepiti, te *fren* – razum, duša, te čine jednu riječ shizofrenija (*grč. Schizophrenia*) koja govori o rascjepu duše, odnosno razuma. [3] U shizofreniji se javlja stanje u kojem su misli i osjećaji često neusklađeni, odnosno ideoafektivna disocijacija koja govori o tome kako mišljenje nije praćeno odgovarajućim afektom. Obilježena je gubitkom dodira sa stvarnošću te osoba živi u „svojoj“ stvarnosti (izoliranom i sumanutom svijetu) koja je izmjenjena i drugačija od okolnog realiteta, vanjskog svijeta, ali za nju je taj svijet stvaran. Također, obilježena je i neorganiziranim govorom i ponašanjem, ograničenim rasponom emocija, poremećenim zaključivanjem i rješavanjem problema te profesionalnom i društvenom disfunkcijom. Karakterizirana je značajnim individualnim varijacijama u kliničkoj slici tijekom bolesti te odgovorom na terapiju te padom funkcionalnih kapaciteta na osobnom, obiteljskom, društvenom i profesionalnom planu. [4] Unatoč sumanuto – halucinatornim produkcijama, bolesnik je u mogućnosti da zadrži značajne oblike svakodnevnog funkcioniranja. [4]

Shizofrenija je povezana sa značajnim i dugotrajnim zdravstvenim, društvenim i finansijskim teretom, ne samo za pacijente već i za njihove obitelji, pružatelje zdravstvene njege te za zdravstveni sustav. [5] Takvim teretima podrazumijevamo troškove liječenja i skrbi za pacijenta, te oni koji su uzrokovali gubitak produktivnosti, invaliditet te nasilno ponašanje. Osobe oboljele od shizofrenije se moraju suočiti sa raznim predrasudama i diskriminacijom, što ih može dovesti do socijalne izolacije, nezaposlenosti, zlouporabe droge i ostalih nepoželjnih oblika ponašanja koji mogu imati utjecaj na oporavak i reintegraciju u normalan život. [6]

Zbog toga što je shizofrenija tako zagonetna i neobična bolest prati ju niz netočnih i polutočnih prosudbi i stavova. Često se za nju misli da je posrijedi jedna bolest te da je riječ o podvojenoj ličnosti, da je doživotna i najteža bolest, da je za njezin nastanak odgovoran bolesnik te da se bolest mogla spriječiti pravilnim odgojem roditelja te da pošto se ne zna pravi uzrok, nema ni pravilne terapije, odnosno lijeka. Shizofrenija nije jedna bolest, već je to skupina različitih poremećaja koji imaju neka zajednička obilježja poput psihotičnosti. Simptomi u shizofreniji su mnogobrojni te nisu jednaki svim bolesnicima. Prognoza bolesti je također različita za sve bolesnike, jer ovisi o simptomima koji su se javili te o nizu različitih čimbenika vezanih za bolesnika i njegovu obitelj. Točna je činjenica da se ne zna uzrok shizofrenije, no on sigurno nije jedan i jedinstven, zbog toga što je riječ o utjecaju više čimbenika (zato što je shizofrenija multifaktorski uzrokovana). U liječenju se farmakoterapija pokazala kao najvažnija,

te se taj općeprihvaćeni stav o liječenju pokazao ispravnim u kliničkoj praksi. [4] Shizofrenija zbog svoje dugotrajnosti i progresivnosti kod pacijanata može uzrokovati razvoj nekih tjelesnih bolesti koje su nastale uslijed nedostatka tjelesne aktivnosti, loš način prehrane zbog nedostatka svijesti o dijetnoj prehrani, neadekvatna medicinska i javnozdravstvena skrb, stresne situacije poput rehospitalizacije i sl. [7] Iako se smatra kroničnom bolesti, mnogo osoba sa shizofrenijom danas doživljava simptomski i socijalni oporavak. Napredak u liječenju, društvenoj i profesionalnoj potpori te promjene u stavovima mentalnog zdravlja sada omogućuju mnogim ljudima sa shizofrenijom da upravljaju svojim stanjem te da žive produktivne i ispunjene živote. [5]

2.1. Povijest shizofrenije

Mnogo liječnika je u povijesti medicine dalo svoj doprinos razumijevanju koncepta shizofrenije. Ewald Hecker (1843. – 1909.) opisuje kliničke slike psihotičnog poremećaja pod nazivom „*paraphrenia hebetica*“ ili „*hebephrenia*“, koji se javlja kod mlađih osoba, a kojemu obično prethodi faza sniženog ili povišenog raspoloženja, što odgovara današnjem nazivu *schizophrenia hebephrenica*. Karl Ludwih Kahlbaum (1828. – 1899.) je poznat po tome što je jedan od prvih koji je klasificirao duševna oboljenja te opisuje sindrom pod nazivom „*vesania typica*“ što odgovara slici kronične shizofrene psihoze. Kahlbaum također opisuje poremećaje i simptome teškog psihomotornog uzbuđenja i uvodi naziv „*katatonija*“, što opisuje stanje kojeg karakterizira promjena mišićne napetosti pacijenta. Taj naziv se zadržava u kasnijoj klasifikaciji kao *schizophrenia catatonica*, ali smatra se da su ti poremećaji uzrokovani dugotrajnom ili pretjeranom masturbacijom. [8][9] Belgijski psihijatar Benedict Morel je prvi opisao shizofreniju u svojim „Kliničkim studijama“ 1852. godine i nazvao je *dementia praecox*. Zapažanjem da se kod izvjesnog broja pacijenata javlja isti ili slični, te više-manje karakteristični simptomi i da se oni javljaju u određenoj životnoj dobi, upotrijebio je taj naziv kako bi njime označio poremećaj u osoba koje pokazuju znakove intelektualnog propadanja. Taj naziv se temelji na ranom početku i tendenciji razaranja osobnosti.

Zasluge za nozološko određivanje bolesti pripadaju Emilu Kraepelinu, njemačkom psihijatru, koji je prvi primjetio zajedničke crte u nizu raznovrsnih psihopatoloških očitavanja i kliničkih slika katatone, hebefrene i paranoidne dementie praecox. Godine 1896. primjenjuje naziv *dementia praecox* za skupinu bolesti koje počinju u adolescenciji i dovode do prijevremenog intelektualnog propadanja tipa demencije. Također, stvorio je klasifikaciju duševnih poremećaja te ih podijelio na dvije velike skupine. To su manično-depresivne psihoze i psihoze koje naziva *dementia praecox*. Tu, drugu skupinu čine hebefrenija, katatonija i *dementia paranoia*.

Zajedničke karakteristike ova tri oblika dementie praecox su zakočenost misaonog toka, negativizam, oslabljeno prosuđivanje, emocionalna tupost i gubitak energije. [1][4][9]

Eugen Bleuler (1857. – 1939.), švicarski psihijatar, je prvi upotrijebio i uveo naziv shizofrenije u psihijatriju. Skupini shizofrenija dodao je još jednu psihozu, to je jednostavna shizofrenija, odnosno *schizophrenia simplex*. U toj shizofreniji nema produktivnih simptoma, osoba se povlači, dovoljna je samoj sebi, postupno zakazuje u funkcioniranju i svim socijalnim relacijama. On je u odnosu na Kraepelina smatrao kako se te bolesti ne pojavljuju samo u mladosti i kako ne moraju završiti u demenciji. Kod njih nije riječ o intelektualnom propadanju nego rascjepu misli od osjećaja. Pa je stoga 1911. godine uveo naziv grupa shizofrenija za te psihoze.[4]

Bleuler je pokušao ispraviti nedostatke Kraepelinovog koncepta o prirodi ovih psihoza, te je u monografiji „*Dementia praecox ili grupa shizofrenija*“ kritizira njegovo učenje o poremećaju dementia praecox. Govori o tome kako je dementia praecox sindrom, pa stoga dolazi do naziva grupa shizofrenija, zatim, osnovni dijagnostički kriterij nije mentalni deficit nego rascjep te da nema uvijek kroničan tijek, već se poremećaj nekad povlači, recidivira. [9] U svojoj monografiji govori o tome kako grupu shizofrenija karakteriziraju specifični simptomi, koje je nazvao „4A“, odnosno poremećaj asocijacija i afekta, autizam i ambivalencija. Kasnije, dodao je još dva „A“ simptoma, poremećaj pažnje (*attention*) i anormija (odsutnost vitalnih i nagonskih dinamizama). Prema Bleuleru su „A“ simptomi, primarni simptomi, a postoje i sekundarni (akcesorni) simptomi, to su poremećaji opažanja (halucinacije) i sadržajni poremećaji mišljenja (sumanute misli). [4]

2.2. Etiologija

Specifičan uzrok shizofrenije još uvijek nije utvrđen. Postoje brojne hipoteze koje govore o nastanku shizofrenije ali nijedna u potpunosti ne objašnjava uzrok, niti je prisutna i dokaziva kod svakog bolesnika. Smatra se da je oboljenje uzrokovano složenim interakcijama nasljednih čimbenika i čimbenika iz okoline. Shizofrenija je uzrokovana multifaktorijalno, odnosno na nastanak, razvitak i oblikovanje kliničke slike utječu biološki, socijalni i psihički čimbenici, te je za svakog bolesnika specifična i individualna interakcija navedenih čimbenika. [1][9]

Danas postoji opsežna i uvjerljiva literatura koja govori o tome da je dispozicija za shizofreniju nasljedna. Glavne metode koje su se primjenjivale u takvim istraživanjima su bile studije obitelji (tj. rodoslovlja), blizanaca i usvojenika (potomci shizofrenog roditelja). Shizofrenija se svrstava u skupinu složenih genskih poremećaja. To znači da nije zahvaćen samo

jedan gen, nego je riječ o poligenom prijenosu. U poligenom teoriji se najčešće spominju, kao odgovorni za nastanak shizofrenije, kromosomi autosomi 5, 11, 18 i kratki krak 19., te spolni kromosom X. Rizik oboljevanja je veći ukoliko je osoba u obitelji imala ili ima bliskog srodnika koji boluje od shizofrenije. Osim genetske predispozicije, postoji i biološko-neurotransmitska uvjetovanost koja u prvi plan stavlja djelovanje neurotransmitora dopamina. Dopamin ima važnu ulogu u tome kako osjećamo ugodu i kako se osjećamo. Višak dopamina može dovesti do velikih poremećaja povezanih uz pojavu psihotičnih simptoma. Dakle, višak dopamina može uzrokovati da se ovi osjećaji poremete, može uzrokovati da osobe osjećaju kako ih se prati, imaju različita kriva uvjerenja koja percipiraju kao stvarnost i imaju halucinacije, koje su najčešće slušne. Premalo dopamina može uzrokovati negativne simptome kao što su apatija i nedostatak motivacije. Teorija povezanosti shizofrenije sa razinom dopamina temelji se na informacijama djelovanja lijekova koji se preporučuju kao terapija. Lijekovi koji smanjuju simptome shizofrenije (antipsihotici) su blokatori dopaminergičnih receptora. Budući da promjena jednog neurotransmitorskog sustava u organizmu prati i promjene drugih neurotransmitorskih sustava, pa stoga treba očekivati da će i oni biti promijenjeni. Tako promjenu dopamina prati i promjena serotonina, i obratno. [1][10][11]

Virusna hipoteza o nastanku shizofrenije navodi podatke da su shizofreni bolesnici češće rođeni u hladnijem dobu godine, te da je javljanje bolesti povezano za epidemiju gripe i postojanje protutijela sporih virusa. Ti virusi mogu biti godinama u stanju mirovanja sve dok ne dođe do pada otpornosti organizma pa se aktiviraju. Postoji i psihosocijalna uvjetovanost i uvjetovanost sredine koja utječe na pojavu, tijek i ishod bolesti. Shizofreni bolesnici su više izloženi stresnim situacijama, te nezdrava obiteljska komunikacija i neodgovarajući odnosi između roditelja i djeteta mogu također biti rizični čimbenici.

2.3. Epidemiologija

Podaci Svjetske zdravstvene organizacije, SZO (*eng. World Health Organization, WHO*) pokazuju da u svijetu trenutno boluje 45 milijuna ljudi. Broj oboljelih u SAD-u iznosi 2,5 milijuna ljudi, a u Hrvatskoj je 18.000. Rizik oboljevanja od shizofrenije tijekom života iznosi 0,4 – 1 posto. Dakle, od shizofrenije boluje 1% populacije što ukazuje na značajnu zastupljenost osoba oboljelih od shizofrenije u općoj populaciji. U literaturi se navode podaci da godišnja incidencija bolesti (pojavnost novooboljelih) iznosi od 0,5 do 5% na 10.000 stanovnika uz geografske varijacije. Učestalija je u urbanim sredinama, vjerojatno zato što je život u gradu popraćen urbanim stresorima koji mogu oštetiti pojedinca, više nego na seoskim područjima.

Postoje geografske razlike u učestalosti shizofrenije. Utvrđena je veća prevalencija shizofrenih poremećaja u Irskoj i Švedskoj, a takve razlike su uočene i na području Hrvatske, pa se tako češće pojavljuje u Istri i Primorju nego na drugim područjima. Pojava shizofrenije je podjednaka u muških i ženskih, ali su istraživanja pokazala da postoji razlika u životnoj dobi javljanja bolesti. Najčešće se javlja u mladenačkoj dobi, u muškaraca je to u dobi između 15. i 25. godine života, a kod žena je to razdoblje između 15. i 35. godine života. U rijetkim slučajevima se bolest može javiti prije 10. i nakon 50. godine. Očekivana životna dob može iznositi dvadeset do trideset godina kraće u usporedbi sa općom populacijom. Ovi podaci su povezani sa visokom razinom rizika od suicidalnosti te sa višom razinom pojave somatskog komorbiditeta (pridruženih bolesti). Smatra se da otprilike 25% do 50% osoba oboljelih od shizofrenije tijekom života pokuša počinuti suicid, od kojih 10% završi letalnim ishodom. [3][12]

3. Klinička slika

Obilježja kliničke slike su različita, stoga je i težina bolesti kod svakog pacijenta različita, pa se može reći kako nema dviju jednakih shizofrenija. Postoji nekoliko podjela simptoma shizofrenije. Podjelu simptoma na osnovne i sporedne dao je Bleuler, od kojih ističe one osnovne simptome kao važne za dijagnozu shizofrenije. Zatim postoji podjela simptoma prema Schneideru, na simptome prvog i drugog reda, s time da su simptomi prvog reda specifični za shizofreniju te su važni u dijagnostičkim sustavima u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (*MKB; International Statistical Classification of Diseases, tenth Revision – IDC 10*) i u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja Američkog psihijatrijskog udruženja (*DSM VI; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition – DSM IV*). Prema suvremenoj koncepciji shizofrenije, simptome se može podijeliti na pozitivne i negativne simptome. [10][13]

3.1. Početak shizofrenije

U većini slučajeva, početak bolesti je postupan, prođe prošuljajući se, pokazivajući neku vrstu prodromalne faze, ali ima i slučajeva gdje je početak shizofrenije iznenađan. Shizofrenija se uglavnom javlja između 15. i 35. godine života, te postoje slučajevi kada se shizofrenija javila izvan ovog okvira godina, ali takvih slučajeva je vrlo malo. Rano razdoblje različitih simptoma koji mogu biti duljeg ili kraćeg trajanja te se pojavljuje prije početka tipičnih simptoma nazivamo prodromima. Prodromi shizofrenije se odnose na veliku promjenu u ponašanju osobe za koju ne možemo naći adekvatno objašnjenje, poput prolaznih promjena uz odrastanje, a mogu trajati godinama prije pojave tipičnih simptoma. Prepoznavanje simptoma može biti otežano u tinejdžerskim godinama zbog učestalih promjena ponašanja u toj dobi. Rani simptomi shizofrenije čine različiti skup simptoma koji dovode do promjene ponašanja kao što su smanjena koncentracija, pažnja, motivacija i energija, razdražljivost, promjene u ponašanju sa socijalnom okolinom, promjene u odnosu sa obitelji i sl. Kod akutnog početka bolesti koji može trajati i do nekoliko dana je karakteristična trema: pacijent je svjestan da mu se nešto događa, da se nešto iz korijena mijenja u svijetu koji ga okružuje, osjeća se bespomoćno da bilo što promijeni. [9][10][14]

3.2. Pozitivni simptomi

Pozitivni ili psihotični simptomi odražavaju suvišak ili iskrivljavanje psihičkih funkcija te se odnose na halucinacije, iluzije, deluzije (bolesne, sumanute ideje), poremećaj doživljavanja

vlastitog ja te pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti (poremećaji mišljenja i nelogičan govor, te dezorganizirano i bizarno ponašanje). Njih karakterizira čvrsta uvjerenost u nešto što ne postoji. Najčešće se javljaju u akutnoj fazi bolesti te se uz njih negativni simptomi mogu a i ne moraju javljati.

3.2.1. Halucinacije

Halucinacije su kvalitativni poremećaj opažanja (senzorne percepcije) kod kojih nema podražaja, a osoba se ponaša kao da ima. Odnose se na pogrešnu percepciju, što znači da osoba može čuti, vidjeti, osjetiti dodir, miris i doživjeti okus onoga čega u stvarnosti nema. Halucinacije mogu biti vezane za bilo koji osjet ali se osobito često javljaju slušne halucinacije, ali mogu se pojaviti i vidne (optičke), mirisne (olfaktorne), okusne (gustativne), dodirne (taktilne) i seksualne halucinacije. Slušne (auditorne) halucinacije se mogu javiti u jednostavnom obliku (akoazmi) tona, zvuka, zvižduka, mumljanja i mogu biti u složenom obliku (fonemi) glasova. Glasovi mogu biti muški, ženski, dječji ili neodređeni, koji obično dolaze izvana, a ponekad i iz njihova tijela ili pojedinih organa. Sadržaj slušnih halucinacija može biti razumljiv i nerazumljiv. Vrlo često, osoba misli kako čuje više glasova. Obično su to glasovi koji razgovaraju o njemu, komentiraju njegovo ponašanje, opominju ga, savjetuju, prijete mu, naređuju (imperativne halucinacije). [3][4][10]

3.2.2. Iluzije

Iluzije su kriva percepcija ili kriva interpretacija realnog podražaja na naša osjetila koja se javljaju u budnom stanju. Takav poremećaj percepcije se dogodio svima tijekom života te je mogao nastati snažnim utjecajem straha, ili se mogao javiti uslijed iscrpljenosti i umora. Ponekad ljudi mogu čuti da ih u daljini netko zove, ali to je sasvim različito od glasova koje čuju osobe koje boluju od shizofrenije. Najčešći oblik iluzije su vidne i slušne. [3] [10]

3.2.3. Deluzije

Deluzije, odnosno sumanute ideje, misli, su sadržajni poremećaj mišljenja, odnosno zablude koje su nastale na bolesnoj osnovi. To su pogrešna vjerovanja temeljena na nekorektnom poimanju vanjskoga svijeta. Osoba je čvrsto uvjeren u istinitost doživljaja, iako za ono što doživljava nema dokaza. Najčešće su ideje odnosa (bolesnik ima dojam da sve što se događa ima

utjecaj na njega), ideje proganjanja (osoba ima osjećaj da ga netko prati, proganja), religiozne sumanutosti (nerealna religiozna objašnjena), ideje upravljanja i kontrole (osoba vjeruje kako neka vanjska sila, misteriozna snaga upravlja njime). Također, pacijent može doživljavati grandiozne deluzije gdje je uvjeren da posjeduje posebne moći ili talent. Javlja se osjećaj da mu netko usađuje misli, čita misli i oduzima, te kako to nisu njegove vlastite misli već tuđe. Karakteristično za deluzije je da se takve ideje ne mogu odbaciti uobičajenim suočavanjem sa činjenicama i dokazima, te su vrlo uporne. [1][4][10]

3.2.4. Poremećaj doživljavanja vlastitog ja

Poremećaj doživljavanja vlastitog ja se na misaonom planu očituje raznim fenomenima kojima je zajednička nepostojanost granice između *ja* i vanjskog svijeta. Shizofreni pacijenti nemaju osjećaj vlastitosti svojih postupaka, želja, emocionalnih stanja, raspoloženja i postupaka, pa im se čini kao da im netko oduzima ili nameće misli. Takav utisak i uvjerenje se pokazuje u odbijanju odgovaranja na postavljeno pitanje, zato jer ljudi oko njega već znaju što on misli. Čini im se da drugi ljudi njima upravljaju te kao da drugi jesu umjesto njih. Na planu čitave ličnosti, izražava se fenomen depersonalizacije koji se očituje u doživljavanju bolesnika da se mijenjaju, postoje nesigurni u vlastito postojanje jer su se izmjenili i sami sebi izgledaju nekako čudno, nestvarno, tuđe. Zgledaju se u ogledalo satima (fenomen ogledala) kao da žele provjeriti jesu li to još uvijek oni ili možda, pokušavaju vizualno fiksirati lik čiji im se identitet izražava, pokazuje. [3][9] Također se javlja fenomen derealizacije ili metamorfopsije okoline, što znači da bolesnik ima osjećaj da se okolina nekako promijenila, postala nekako čudna i da je sve nekako drugačije. Sličan ovim fenomenima je i fenomen transformacije ličnosti kod kojeg su prisutni osjećaji i navodi bolesnika da je on zapravo netko drugi, druga ličnost ili životinja, te sukladno tomu poprima takvo ponašanje. Zbog nedostatka kritičnosti i uvida u bolest, često znaju poricati da su bolesni, odbijaju uzeti lijekove ili predloženu hospitalizaciju. U blažim slučajevima oni prepoznaju bolest ali će umanjivati važnost simptoma, dok u težem slučaju negiraju da su ikada imali psihičke smetnje, odbijaju surađivati sa medicinskim osobljem te liječenje doživljavaju kao oblik kazne i sl. [3]

3.2.5. Pozitivni simptomi smetenosti ili dezorganiziranosti

Ovi simptomi obilježeni su formalnim poremećenim mišljenjem i bizarnim i dezorganiziranim ponašanjem. U formalni poremećaj mišljena svrstavamo oblike smetenog mišljenja i govora. To je poremećaj organizacije ideje i govora, što otežava razumijevanje

bolesnika i onoga što želi reći. Najčešće je riječ o disociranom (rasplinutom) mišljenju kada ne postoji ubičajeni slijed asocijacija. Taj poremećeni proces mišljenja okolini postaje jasan kada bolesnik ne odgovara na pitanja na odgovarajući način ili se stječe dojam da se ne razumije poruka koju šalje sugovornik.

Na pitanja bolesnici odgovaraju nelogično i nerazumljivo, a slijed priče osobi s kojim vodi razgovor je nejasan i nelogičan. [1][4][11]

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

Shizofreni bolesnik: *Ne, imam glavu od salate.*

Ispitivač: *Imate glavu od salate? Ne razumijem.*

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

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

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

Ispitivač: *Što sve to znači?*

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

Ispitivač: *Želite da vam odrežu obje noge?*

Shizofreni bolesnik: *To je moguće, znate.*

Ispitivač: *Zbog čega biste željeli ostati bez obje noge?*

Shizofreni bolesnik: *Nisam imao nikakvih nogu s kojima bih nešto mogao započeti. Stoga sam razmišljao da bih, kad bih bio brz trkač, da bih se bojao biti žensko, jer imam špranju u svojoj glavi salate.“ (Davison i Neale, 1998., 453. str.)*

Iz ovog ulomka razgovora vidi se nedosljednost koja može biti nazočna u iskazima bolesnika. Iako se bolesnik može iznova povezivati na osnovnu ideju ili temu, slike i ulomci misli nisu povezani i u skladu. Govor bolesnika je smeten zbog slabljenja veza među asocijacijama, te u tom slučaju bolesnik može razgovarati sa drugom osobom no teško mu se pridržavati iste teme. To može i rezultirati tzv. salatam od riječi, odnosno besmisleno slaganje riječi, pa govor postaje

nerazumljiv, stvara nove nelogične konstrukcije i riječi koje nazivamo neologizmima. Neologizmi su iskrivljene, nove riječi koje je pacijent izmislio ili neka standardna riječ kojoj je pacijent dao sasvim novo značenje. Također, može biti prisutan blok misli, odnosno nagli prekid procesa mišljenja prije nego završi misao te se bolesnik nakon pauze ne može sjetiti što je htio reći. [4][10]

Dezorganizirano bizarno ponašanje može biti različito. Shizofreni bolesnici se mogu čudno ponašati, odijevati (npr. zimska odjeća tijekom ljeta), biti agitirani ili izbjegavati svaki kontakt. Bizarno ponašanje se očituje katatonim simptomima. Oni se odnose na ekstremno uzbuđenje i nemir, zauzimanje neprirodnih položaja tijela u kojima bolesnik može biti satima, voštane savitljivosti, mutizma, stereotipije (besmislenog ponavljanja nekih radnji, pokreta), manirizma (neprirodnog ponašanja u obliku pretjeranih i teatralnih pokreta) i katatonog negativizma (aktivnog otpora pokušajima pokretanja tijela). Katatoni stupor je ukočenost mišića, odsutnost reakcije i spontanog pokretanja. To je stanje potpune motoričke blokade kada bolesnik ne govori i ne reagira na vanjske podražaje, ne jede, djeluje nezainteresirano za okolinu i ne uspostavlja kontakt sa okolinom. Naime, bolesnik je posve bistrog sensorija te prati i registrira sve što se događa oko njega, samo što ne reagira. Voštana savitljivost, katalepsija, je stanje u kojemu bolesnik zauzima i održava bizarni položaj tijela bez zamora mišića, te se dijelovi tijela mogu savijati kao da su napravljeni od voska. [1][4][11]

3.3. Negativni simptomi

Negativni simptomi su deficiti ponašanja te se odnose na slabu motivaciju, pasivizaciju, nedostatak inicijative, bezvoljnost, poteškoće u izražavanju emocija i sl. Oni se često javljaju nakon povlačenja pozitivnih, odnosno psihotičnih simptoma te su bitni prediktori psihosocijalnog funkcioniranja. Ta skupina simptoma je važna u radu sa bolesnicima i obitelji, jer određuje moguće ciljeve i očekivanja u procesu liječenja. To su stanja duljeg trajanja te zbog toga zahtijevaju liječenje i karakteristični su za kroničnu shizofreniju. Negativni simptomi mogu imati utjecaj na niz aktivnosti važnih za život poput posla, školovanja, druženja, razonode, aktivnosti koje su vezane za svakodnevnu rutinu, brige za higijenu, vođenje kućanstva, poteškoće u održavanju i stvaranju novih prijateljstava. [1][10]

3.3.1. Alogija

Govor često može biti bez spontanosti i siromašan. Siromaštvo govora se očituje usporenim mišljenjem, smanjenom produktivnošću govora zbog čega bolesnikovi odgovori budu kratki,

šturi, uglavnom odgovara sa da ili ne. U siromaštvu sadržaja govora, količina onoga što bolesnik izgovori je primjerena, ali to što bolesnik govori uglavnom sadrži vrlo malo podataka te zvuči neodređeno i često se ponavlja. [10][11]

3.3.2. Poremećaj afektivnosti

Poremećaji afektivnosti se očituju zaravnjenim ili neodgovarajućim izražavanjem afekta. Zaravnjen afekt podrazumijeva smanjenu raznolikost ili jakost osjećajnog izražavanja. Ono može biti praćeno smanjenom mimikom lica, održavanjem kratkog kontakta oči u oči te smanjenim govorom tijela. Neadekvatni afekt se može javiti u oblicima paratimije i paramimije. Paratimija označava neprimjerenost afektivnog izražavanja na vanjski podražaj, odnosno njegovo raspoloženje ne odgovara misaonom sadržaju. Primjer paratimije je kada se bolesnik počne smijati kada čuje da im je upravo umro neki član obitelji. Paramimija je neprimjereno afektivno izražavanje stanja svoga raspoloženja, gdje je bolesnik sretan a plače. [1][4]

3.3.3. Anhedonija

Anhedonija se javlja postupno i to je potpuni gubitak životnog interesa i nemogućnost bolesnika da doživi zadovoljstvo. Ona se očituje kao nedostatak zanimanja za rekreacijske aktivnosti, neuspjeh da uspostavi bliske odnose sa drugim ljudima te gubitak zanimanja za spolne odnose. Bolesnici su toga svijesi i kažu kako više ne uživaju i ne nalaze zadovoljstvo u stvarima koje su ih prije zanimale, veselile i interesirale. [4][11]

3.3.4. Avolicija

Avolicija je kada postoji nemogućnost započinjanja i održavanja k cilju usmjerna ponašanja, što će rezultirati gubitkom socijalne aktivnosti i inicijative. Bolesniku je teško ustrajati u obavljanju dužnosti na poslu, u domaćinstvu i u higijeni, npr. ne obraćaju pozornost na održavanje vlastitog izgleda, kosa je raščupana, ne vode brigu o oralnoj higijeni, nokti su prljavi i odjeća nije čista i zgužvana je. [4][11]

3.4. Kognitivni simptomi

Vjeruje se kako je veliki broj bolesnika koji ima kognitivne poteškoće koje mu uzrokuju poteškoće u obavljanju različitih aktivnosti i komunikaciji sa okolinom. Kognitivni simptomi se

odnose na poteškoće pažnje, oslabljena koncentracija, pamćenja te primanja i obrađivanja informacija koje dolaze iz okoline. Oni dovode do privremene ili trajne ometenosti mentalnih procesa. Osobe koje imaju kognitivne teškoće imaju problema u prepoznavanju i identificiranju podražaja iz okoline te probleme da ih obrade na prikladan način i daju adekvatnu reakciju na informaciju. Poremećaj pažnje je promatraču odmah očit tako što u razgovoru ne može pratiti sugovornika, ne može povezivati stvari, pažnju mu odvrćaju nebitne stvari te se potpuno isključuje od okoline. Također se javlja i problem razumijevanja apstraktnih pojmova, odnosno problem u prepoznavanju prenesenog značenja i humora, što znači da bolesnik uobičajene poslovice shvaća na doslovan način. [4][10]

4. Dijagnoza shizofrenije

Osnova dijagnosticiranja shizofrenije je anamneza, heteroanamneza, koja uključuje detaljne informacije vezane za početak i kvalitetu pozitivnih i negativnih simptoma te prethodnom razvoju. Od velike važnosti su informacije koje se dobiju od obitelji, prijatelja, nastavnika i sl. kako ne bi došlo do prikrivanja informacija od strane pacijenta, bilo zbog toga što ih on ne prepoznaje ili ih ne želi reći. Za postavljanje dijagnoze je bitna tehnika i način vođenja intervjua. Intervju je potrebno pripremiti tako da pristup svakom pacijentu bude individualan te mu je cilj da se ostvari kontakt i međusobna interakcija. Psihijatar će dijagnosticirati shizofreniju onda kada se pregledom otkrije da su prisutni tipični simptomi shizofrenije koji traju najmanje mjesec dana i kada isključi druge bolesti koje mogu imitirati simptome shizofrenije. Dijagnozu shizofrenije ne bi trebalo postaviti ako su prisutni manični ili depresivni simptomi, osim u slučaju ako je shizofrenija nastupila prije pojave afektivnih poremećaja. Također, dijagnozu ne bi trebalo postavljati ako je prisutna očita bolest mozga, ukoliko je osoba u intoksikaciji drogom ili je pak u apstinenciji od droge. Ne postoji posebna pretraga koja će potvrditi dijagnozu shizofrenije, već će liječnik uz postavljanje dodatnih pitanja predložiti i neke pretrage kako bi mogao isključiti druge bolesti. [10][14][15][16]

Za postavljanje dijagnoze shizofrenije liječnici se koriste internacionalnom MKB 10 klasifikacijom bolesti koja ima smjernice za postavljanje dijagnoze shizofrenije te se koriste američkim kriterijem za postavljanje dijagnoze DSM IV. Smjernice ova dva dijagnostička sustava se vrlo malo razlikuju, ali bez obzira na te razlike dijagnoza će se postaviti ovisno o postojanju i trajanju tipičnih simptoma.

Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB 10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju su:

- a) Jeka misli, umetanje ili oduzimanje misli i emitiranje misli
- b) Sumanute ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti, koje se jasno odnose na tijelo i kretanje udova ili pak na specifične misli, postupke ili osjećaje, i sumanuto percipiranje
- c) Halucinatorni glasovi koji komentiraju bolesnikovo ponašanje ili razgovaraju o njemu ili pak druge vrste halucinatornih glasova koji potječu iz nekog dijela tijela
- d) Trajne sumanute ideje druge vrste osim onih navedenih pod a i b, kulturno neprimjerene i sasvim nemoguće, kao primjerice o vjerskom ili političkom identitetu, o nadljudskoj moći i sposobnostima

- e) Trajne halucinacije bilo kojeg tipa, praćene prolaznim ili poluuobičnim sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja, precijenjenim idejama ili uporno javljanje svakodnevno, tjednima ili mjesecima
- f) Prekidi misli ili ubacivanje u tijek misli, što kao posljedicu ima nepovezani ili irelevantni govor ili neologizme
- g) Katatonično ponašanje, kao npr. uzbuđenje, zauzimanje neprirodnog položaja, voštana savitljivost, negativizam, mutizam i stupor
- h) „Negativni“ simptomi, kao što su izrazita apatija, oskudni govor, tupost ili nesklad emocija, što obično uzrokuje socijalno povlačenje i pad socijalne efikasnosti
- i) Dosljedna promjena ukupne kvalitete nekih aspekata osobnog ponašanja koje se izražava kao bitni gubitak interesa, besciljnost, pasivnost, zaokupljenost sobom i povlačenje iz društva [10]

Da bi se postavila dijagnoza shizofrenije, prema MKB 10 dijagnostičkom sustavu potrebno je da su navedeni simptomi prisutni u periodu od jednog mjeseca i dulje. Minimalno je potreban jedan vrlo jasan simptom (ili dva ili više simptoma ako su manje jasni) iz grupe simptoma od a) do d), ili simptomi iz najmanje dvije grupe, od e) do h). Kriterij i) se odnosi na shizofreniju simplex s posebnim trajanjem od godine dana. [17]

Prema DSM IV klasifikacijskom sustavu dijagnoza shizofrenije se može postaviti ako bolesnik ima dva ili više simptoma kao što su halucinacije, sumanutosti, smeteni govor, smeteno ili katatono ponašanje te negativni simptomi. Trajni znakovi poremećaja traju minimalno 6 mjeseci i, ubrojano u to razdoblje, minimalno jedan mjesec dva simptoma od prethodno navedenih. To razdoblje može obuhvatiti i prodromalne ili rezidualne simptome. [17]

4.1. Oblici shizofrenije

Deseto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije razlikuje sljedeće oblike shizofrenije (F20): paranoidnu shizofreniju (F20.0), hebefrenu shizofreniju (F20.1), katatonu shizofreniju (F20.2), nediferenciranu shizofreniju (F20.3), postshizofrenu depresiju (F20.4), rezidualnu shizofreniju (F20.5), shizofreniju simplex (F20.6), ostalu shizofreniju (F20.8) i nespecificiranu shizofreniju (F20.9). [15]

4.1.1. Paranoidna shizofrenija (F20.0)

Paranoidna shizofrenija je najčešći oblik stoga je najveći broj hospitalizacija. Najčešće se javlja oko tridesete godine života. Kod paranoidne shizofrenije su najviše izražene deluzije, sumanute ideje različitih tema koje su neobične, fantastične i očito nerealne. To su obično ideje proganjanja, ljubomore i veličine, u kojima osoba može imati pretjeran osjećaj važnosti, moći, znanja ili identiteta. Sumanute ideje prate tipične slušne halucinacije i poremećaj opažanja. Paranoidna shizofrenija se od paranoidne psihoze neshizofrenog tipa razlikuje u tome što je paranoidni sustav u neshizofrennoj psihozi mnogo bliži stvarnosti (osoba misli kako ga varaju i zakidaju u trgovini, da djeca nisu njegova, da ga partner vara i sl.). Negativni i kognitivni simptomi, odnosno poremećaji govora, afekta, volje, psihomotorike uglavnom ne postoje ili su blaže izraženi. Tijek bolesti je uglavnom povoljan i stabilan, simptomi obično dobro odgovaraju na psihoterapiju te se remisije brzo postižu i dosta su dobre. [4][10][15][18]

4.1.2. Hebefrena (dezorganizirana) shizofrenija (F20.1)

Hebefreni/dezorganizirani tip karakterizira posebno naglašen formalni poremećaj mišljenja, odnosno nerazumljiv govor koji je posljedica nelogičnosti u govoru i iskakanje od teme. Također je vidljivo izraženo ponašanje oboljelog poput djetinjastog, izrazita ubuđenost koja nije povezana sa vanjskim podražajima te problemi u ponašanju usmjerenom prema cilju što rezultira u oslabljenom izvođenju aktivnosti svakodnevnog života koje se izražava na higijeni, osobnom prostoru i sl. Kod osobe može biti prisutno izrazito neodgovorno seksualno ponašanje, uzbuđenje poput vikanja i psovanja, odijevanje na izrazito čudan način (zimski odjeća u ljetno vrijeme). Kod hebefrene shizofrenije je izražena težnja socijalnoj izolaciji, a raspoloženje je površno, neprimjereno i nepredvidivo. Moguća je pojava sumanutih ideja i halucinacija, ali one su prolazne. Od svih tipova shizofrenije, ovaj se javlja najranije, u vrijeme puberteta ili rane adolescencije, odnosno oko otprilike 16. godine života. Može početi postepeno sa sve većim povlaćanjem oboljelog u sebe, a može početi i akutno u obliku paranoidno – halucinatornog sindroma sa elementima depersonalizacije i derealizacije. Prognoza je obično loša zbog brzog razvoja bolesti, kontinuiranog tijeka i bez većih remisija, prevladavanja negativnih simptoma, zaravnjenog afekta i gubitka volje. [1][10][14]

4.1.3. Katatona shizofrenija (F20.2)

Najupadljiviji simptom katatone shizofrenije je poremećaj psihomotorike, bilo da postoji odsutnost pokreta ili pretjerana pokretljivost. Takvi bolesnici mogu održavati bizaran položaj tijela bez zamora mišića. Simptomi motoričke nepokretljivosti su voštana savitljivost kod koje se udovi mogu savijati kao da su od voska i potpuna motorna ukočenost. Može doći i do stupora, kada osoba nema pokreta. Zanimljivo je to da unatoč prividnoj odsutnosti od okoline, bolesnik kasnije može prepričati sve što se oko njega zbivalo tijekom stupora. Postoje i faze pojačane motoričke aktivnosti, ali tada su te aktivnosti besmislene jer nisu izazvane vanjskim poticajima. Bolesnici dijagnosticirani katatonom shizofrenijom su negativistički nastrojeni te se primjećuje nesvršishodni otpor uputama i savjetima. Također se javlja stanje održavanja stalnog položaja tijela usprkos pokretanju i negovorenju što nazivamo mutizmom. U uzbuđenom stanju bolesnik može vikati i nesuvislo i neprekidno pričati, istodobno vrlo brzo hodajući. Česte su eholalija i ehopraksija, odnosno ponavljanje riječi i pokreta drugih osoba. U današnje vrijeme je ovaj oblik shizofrenije iznimno rijedak. Tijek bolesti je dobar sa dosta dobrim remisijama i recidivima a prognoza je uglavnom povoljna, osim ako se radi o smrtnoj katatoniji. Smrtna ili maligna katatonija je rijedak oblik koji se očituje jakim psihomotoričkim uzbuđenjem ili jakim zakočenošću. Čest je i porast temperature zbog oštećenog termoregulacijskog centra u mozgu, a ne reagira na antipiretike ni antibiotike. [9][10][11]

4.1.4. Nediferencirana shizofrenija (F20.3)

Nediferencirana shizofrenija je psihotično stanje koje udovoljava općim dijagnostičkim kriterijima shizofrenije, ali se ne uklapa u nijedan od tipova F20.0 – F20.2 zbog toga što ne zadovoljava kriterije za jedan od tih tipova (paranoidni, hebefreni ili katatoni). Ovaj oblik shizofrenije ima različite simptome (sumanutosti, halucinacije, nesuvislo i teško dezorganizirano ponašanje), odnosno obilježja više od jednog tipa gdje ne prevladava jasno određeni skup dijagnostičkih kriterija. [4][15]

4.1.5. Postshizofrena depresija (F20.4)

To je oblik shizofrenije kod kojeg postoji depresivna epizoda koja može biti produljena te se pojavljuje kao posljedica shizofrene bolesti. Shizofreni simptomi, bilo to pozitivni ili negativni moraju biti prisutni, ali ne prevladavaju toliko u kliničkoj slici. Depresivna stanja prati povećani rizik za samoubojstvom. Ukoliko se dogodi da se shizofreni simptomi povuku, to stanje bi se

trebalo dijagnosticirati kao depresivna epizoda F32. A ako su simptomi ipak postojani, naglašeni i dominantni, onda se treba zadržati odgovarajuća dijagnoza shizofrenije. [4][15]

4.1.6. Rezidualna shizofrenija (F20.5)

Rezidualni tip shizofrenije se bolesniku dijagnosticira kada je oboljeli imao jednu ili više epizoda shizofrenije, te su sada dulje vrijeme prisutni izraziti negativni simptomi bolesti, iako mogu biti izraženi i drugi simptomi shizofrenije, ali su blaži i manje izraženi (sumanutosti, halucinacije i dezorganizirano ponašanje). Ovaj tip je kronično stanje pri kojem postoji jasna progresija od ranog do kasnog stadija u kojemu su prisutni dugotrajni, ako ne i ireverzibilni negativni simptomi poput psihomotorne usporenost, smanjene aktivnosti, pasivnosti ili manjka inicijative, otupljenog afekta, siromašne količine i sadržaj govora, manjka društvenog kontakta, slabe brige o higijeni i sl. Naziva se još i kroničnom nediferenciranom shizofrenijom. [4][15]

4.1.7. Shizofrenija simplex (F20.6)

Shizofrenija simplex je oblik čiji je početak neupadljiv, postupan i polagan, te ima podmukao i progradirajući razvoj. U ovoj shizofreniji nisu vidljivi psihotični simptomi poput halucinacija i sumanutosti, već je riječ o povlačenju bolesnika iz socijalnih situacija. Iako, psihotični simptomi se mogu pojaviti nakon duljeg trajanja bolesti, ali nisu toliko izraženi. Prevladavaju negativni simptomi i socijalno nefunkcioniranje bez prethodnih psihotičnih simptoma. Najvažniji simptomi shizofrenije simplex su bezvoljnost i poremećaj afekta (bez depresije). Iz dijagnostičkih smjernica MKB 10 prevladavaju simptomi pod *i*. Radi se o izrazitom padu socijalnog funkcioniranja u usporedbi sa onim koji je bio prije bolesti. Osoba će se povući iz radne okoline, društva, obitelji te emocionalnih veza. Povlači se u svoj svijet te ne vodi brigu o svom izgledu, prehrani, higijeni, uglavnom dolazi do zapuštanja svakog segmenta normalnog životnog funkcioniranja. Poremećaj se ne javlja tako često te ga je teško za dijagnosticirati. [4][10][15]

5. Tijek i prognoza bolesti

Početak i tijek shizofrenije može biti različit kod svakog bolesnika, može biti iznenađan ili podmukao. Većina oboljelih će prije početka akutne faze bolesti proći kroz neku vrstu prodromalne faze koja može trajati tjednima ili mjesecima te je popraćena sporim i postupnim razvojem različitih simptoma. Tijek bolesti ovisi o različitim utjecajima, koje su povezani sa ranijim značajkama bolesti, vrstom stresora i zaštitnim čimbenicima u zajednici. On može biti promijenljiv, neke osobe mogu pokazivati egzacerbacije i remisije, dok druge mogu ostati kronično bolesne. Shizofrenija prolazi kroz nekoliko faza kod kojih nema uvijek jasnih granica, a to su prodromalna faza, akutna i kronična faza. [1][4]

Prodromalna faza prethodi bolesti te je to razdoblje u kojemu se javljaju nespecifični znakovi i simptomi koje nazivamo prodromima a počinje prije pojave tipičnih simptoma bolesti. Shizofrenija uglavnom počinje za vrijeme adolescencije, stresnom i zahtjevnom razdoblju iz kojeg se prelazi u odraslu dob. U tom razdoblju je ponekad teško razlikovati uobičajene probleme normalnog sazrijevanja od prodroma. Vrijeme početka prodromalne faze je dosta teško odrediti te se može pojaviti nekoliko godina prije početka psihotičnih znakova i simptoma. Mogu biti prisutne postupne promjene u raspoloženju i ponašanju, nezainteresiranost, bezvoljnost, tjeskobu. Osoba se povlači od socijalne sredine, osjeća se umorno i beznadno, zanemaruje izgled i osobnu higijenu. Kasni prodromalni simptomi su depresivnost, smetnje nagona (nesanica, poremećaj hranjenja, seksualna disfunkcija), sumnjičavost, posebne ideje, promjene ponašanja i sl. Znakovi i simptomi mogu biti različitog intenziteta kod svake oboljele osobe. Prijelaz iz prodromalne faze u akutnu može trajati nekoliko dana ili naglo započeti. Za to vrijeme se javlja osjećaj straha, odnosno treme od nečega strašnoga što će se dogoditi, samo što osoba ne zna o čemu se radi i ne može to spriječiti. [1][4][10]

Akutnu fazu bolesti karakterizira pojava pozitivnih, psihotičnih simptoma kao što su najčešće različita kriva vjerovanja poput deluzija, bolesih ideja, halucinacija (najčešće slušnih) praćenih uznemirenošću, dezorganizirano ponašanje. U trenutku pojave tih simptoma je očito da je osoba bolesna iako je to očito osobama iz njegove okoline, ali ne i njemu samom. Ti simptomi su vrlo intenzivni tako da stanje zahtijeva liječenje te je bolnica najčešće najsigurnije mjesto gdje osoba može dobiti adekvatno liječenje. Odgovor na liječenje u prvoj psihotičnoj fazi je obično dobar, u 70% slučajeva dostigne se potpuna remisija bez pozitivnih i negativnih simptoma i osoba se može vratiti na normalnu razinu funkcioniranja ili to može biti sa malim odstupanjima, u vremenu od tri do četiri mjeseca. Istraživanja su potvrdila praćenjem tijeka bolesti da tijekom 5 godina 75 – 80% bolesnika doživi ponovnu epizodu bolesti. U smanjenju rizika pomaže redovito

uzimanje lijekova, trening socijalnih vještina te psihoedukacija i rad sa obitelji što pomaže da rizik od ponovne pojave bolesti padne na 0-10%. Najčešći razlog za neuzimanje lijekova navode nuspojave lijeka. [1][10]

Zbog toga što je bolest spora i polako napreduje, te uzrokuje postepenu promjenu osobnosti, teško je za odrediti kada je akutno stanje bolesti prešlo u kroničnu fazu. Kronična faza shizofrenije slijedi nakon akutne faze te se raspoznaje na bolesniku po vidljivom, odnosno značajnom odstupanju u funkcionalnim sposobnostima u usporedbi sa prodromalnom ili akutnom fazom. U prosjeku od 10 – 15 godina nakon akutne faze pokazuje tendenciju remisije i doseguvši vrhunac, ostavlja rezidualno stanje (pretežno negativne simptome). Prevladavanje negativnih simptoma u akutnoj fazi i njihova prisutnost za vrijeme remisije, nedostatan odgovor na liječenje te kratke ili nepotpune remisije govore u prilog brzom kronifikaciji. Neki pacijenti ostaju kronično oštećeni zbog perzistirajućih simptoma koji nisu primjereno odgovarali na odabranu terapiju. [1][4][17]

Prognozu shizofrenije je teško predvidjeti jer je svaka različita upravo zbog toga što ovisi o mnoštvu čimbenika, ovisi od osobe do osobe, odnosno njihovim individualnim razlikama. Prognostički ishod ovisi o nizu faktora poput duljine trajanja bolesti prije početka liječenja, težine bolesti, socijalnog funkcioniranja prije početka bolesti, kognitivne sposobnosti, socijalne podrške, stresa, obrazovanja, efikasnosti psihofarmakološke terapije, suradnje u uzimanju lijekova, primjene psihosocijalnih postupaka koji uključuju trening socijalnih vještina, psihoedukaciju, rad s obitelji i sl. Danas se smatra kako je liječenje prve psihotične epizode jedan od presudnih čimbenika za konačan ishod bolesti. Dobru prognozu imaju bolesnici koji su imali kasniji početak bolesti, akutni nastanak, postojeće stresne čimbenike, dobro premorbidno socijalno i radno funkcioniranje, dominaciju pozitivnih simptoma te dobru obiteljsku podršku. A lošiju prognozu imaju oni bolesnici kojima je shizofrenija nastala polaganim, gotovo neprimjetnim ranim početkom. Javlja se bez dodatnih stresnih čimbenika, loše premorbidno socijalno i radno funkcioniranje, pozitivna obiteljska anamneza na shizofreno oboljenje, dominacija negativnih simptoma koji traju više od tri godine, bez oporavka sa brojim relapsima, lošom obiteljskom podrškom i prisutnošću agresivnosti. [1][10]

6. Liječenje shizofrenije

Proces liječenja shizofrenog bolesnika može biti vrlo naporan proces za bolesnika, njegovu obitelj i medicinsko osoblje. Terapijski cilj liječenja je suzbijanje i kontrola simptoma te socijalna rehabilitacija. Dobro osmišljeni terapijski plan će uvelike pomoći bolesniku da očuva značajan dio svojih socijalnih i psiholoških funkcija. Ono obuhvaća medikamentoznu terapiju te psihosocijalne metode liječenja. Pošto u današnje vrijeme postoje učinkovite metode liječenja bolesti, one mogu dovesti do izlječenja stoga ne bi trebalo odbijati liječenje jer ono može pogoršati šanse za poboljšanje i izlječenje. Suradnja u liječenju pomaže da se spriječe ponovljene epizode bolesti, da budu rijeđe ili da budu blaže izražene. Liječenje shizofrenije je dugotrajan proces stoga je potrebno pripremiti bolesnika i obitelj na to. U liječenje također spada i informiranje šire zajednice, stoga je edukacija o prodromalnim simptomima, znakovima i tijeku bolesti pomaže u ranom otkrivanju i boljem socijalnom funkcioniranju. [1][10]

Kako bismo razumijeli kako liječenje može pomoći, karakteristične simptome kod nastanka akutne faze možemo promatrati kao interakciju između faktora vulnerabilnosti (oni su biološke prirode; promjene u mozgu) i stresa koji dolazi iz okoline. Razlikujemo protektivne (zaštitne) i rizične faktore. Rizični faktori povezani sa pojavom bolesti su neuzimanje terapije, konzumiranje droge i alkohola, nesuradnja kod liječnika, uznemirujuća komunikacija u obitelji i sl. U protektivne faktore koji djeluju preventivno u sprječavanju epizode bolesti su redovito i kontrolirano uzimanje terapije, savladavanje načina suočavanja sa stresom, dobra komunikacija i podrška obitelji, prijatelja i okoline te vježbanje komunikacijskih vještina. Važno mjesto u planu liječenja i preveniranju pogoršanja bolesti ima dogovor između oboljelog od shizofrenije, njegove obitelji i terapijskog tima stručnjaka. Osim psihijataru i medicinskih sestara, ulogu u liječenju i oporavku pacijenta imaju drugi stručnjaci kao npr. psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti i dr. U liječenju ne pomaže samo medikamentozna terapija, jer se potpunom integracijom psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih postupaka može postići najučinkovitiji dugotrajni ishod liječenja. [1][10]

6.1. Liječenje lijekovima (medikamentno)

Otkriće lijekova za liječenje shizofrenije i sličnih poremećaja, antipsihotika, su promijenili psihijatrijsku praksu te su značajan napredak u medicini. Zbog primjene antipsihotika, potreba za dugotrajnom hospitalizacijom se značajno smanjila. Njihovo otkriće omogućilo je humano liječenje oboljelih od psihotičnih poremećaja. Izbor lijekova često će ovisiti o prisutnosti simptoma i cjelokupnom stanju pacijenta. Izraženost simptoma i njihova kombinacija se

značajno razlikuju od bolesnika do bolesnika, stoga ne postoji jedan lijek koji će odgovarati svim pacijentima. Lijek koji je učinkovit kod jednog pacijenta ne mora biti jednako učinkovit kod drugog pacijenta. Iako antipsihotici ne mogu izliječiti shizofreniju, oni znatno djeluju na uklanjanje ili umanjeње sumanutih ideja i halucinacija, što omogućuje bolesniku povratak u stvarni svijet i normalno funkcioniranje. Na odabir antipsihotika će utjecati niz različitih čimbenika poput kliničke slike i izraženosti simptoma, dostupnosti antipsihotika, profila nuspojava i interakciji sa drugim lijekovima. Svi antipsihotici koji se primjenjuju u liječenju psihotičnih simptoma su efikasni, samo što se razlikuju po neželjenim efektima koji imaju značajan utjecaj na život pacijenta. Lijekovi djeluju na razini neuroprijenosnika u mozgu i time omogućuju mozgu da bolje funkcionira, djeluju umirujuće, smanjuju agresivnost, tjeskobu i depresivnost. Psihijatar će odlučiti o izboru antipsihotika koji bi se trebao primjenjivati u najmanjoj dozi kojom se još postiže antipsihotični učinak. Antipsihotici će u 90% slučajeva dovesti do povlačenja akutnih simptoma bolesti te će njihovo djelovanje nastupiti 6 – 8 tjedana od početka uzimanja. Kada se bolesnik u potpunosti oporavi nakon akutne epizode, terapija se nastavlja 3 – 6 godina nakon oporavka, dok u težih slučajeva terapija se nastavlja više godina. [1][10][17]

Prema svakodnevnoj kliničkoj praksi najčešća je podjela na tipične, starije antipsihotike i na novije, atipične antipsihotike. U tipične (starije) antipsihotike ubrajamo klorpromazin, promazin, levomepromazin, haloperidol, flufenazin i tioridazin. Učinak tipičnih antipsihotika je blokiranje D2 dopaminskih receptora u mozgu i možemo ih podijeliti na visokopotentne i niskopotentne. Oni prvenstveno djeluju iznimno jako na ublažavanje pozitivnih simptoma, osobito na sumanute ideje i halucinacije dok kod negativnih simptoma nisu učinkoviti (emocionalno povlačenje, zaravnjeni afekt). Nakon nekoliko prvih tjedana liječenja, pozitivni simptomi nestaju, no veće probleme bolesnicima čine neugodne nuspojave koje su načešći razlog prestanka uzimanja lijekova. Pri korištenju tipičnih antipsihotika razvijaju se poremećaji motorike i pokreta, a nazivaju se neurološke ekstrapiramidne nuspojave (EPS – ekstrapiramidni sindrom). Ovaj sindrom ima 60% – 70% pacijenata. U EPS ubrajamo akitaziju (jaki doživljaj unutarnjeg nemira, nelagode, nemogućnost da sjedi na miru ili leži u ugodnom položaju, potreba za stalnim premještanjem s noge na nogu), distoniju (nevoljni pokreti tijela), parkinsonizam (skup simptoma koji podsjećaju na Parkinsonovu bolest; ukočenost, drhtanje tj. tremor ruku, usporene kretnje, smanjene emocionalne ekspresije), tardivnu diskineziju (neželjeni pokreti nekih mišića, obično mišića usana i jezika, ponekad i mišića ruku, vrata i drugih dijelova tijela) te maligni neuroleptički sindrom (MNS). MNS je vrlo rijetka ali ozbiljna nuspojava. Karakterizirana je pojavom jakog mišićnog ukočenja, povišenom temperaturom, znojenjem, poteškoćom gutanja,

drhtanjem, gubitkom kontrole izlučivanja urina i stolice, promjenom stupnja svijesti, ubrzanim radom srca i sl. Neki drugi neželjeni simptomi koji se mogu javiti su pospanost koja izaziva poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju dok je prisutna preko dana, zamagljeni vid, vrtoglavica, pad krvnog tlaka, suha usta ili pojačano lučenje sline, porast tjelesne težine, seksualne nuspojave, poteškoće sa mokrenjem i stolicom, ubrzani rad srca i dr. [10][17]

Liječenje shizofrenije može započeti i atipičnim (novijim) antipsihoticima. Oni imaju malu sklonost izazivanju EPS-a, a istodobno dobro djeluju na pozitivne i na negativne simptome što je ključno za dobar terapijski učinak. Danas se prema svim stručnim smjernicama preporučuje davanje novijih, atipičnih antipsihotika jer izazivaju manje neugodnih nuspojava i bolju učinkovitost u smanjenju negativnih simptoma. Novija istraživanja potvrđuju da korištenje atipičnih antipsihotika uzrokuje manje kognitivno propadanje. Njihov učinak se postiže blokiranjem dopaminskih i serotoninskih receptora u mozgu za koje se smatra da imaju najveću ulogu u nastajanju shizofrenije. U njih ubrajamo sljedeće antipsihotike: klopazin, risperidon, olanzapin, kvetiapin, sertindol, ziprasidon, aripiprazol. [1][17]

U liječenju se osim antipsihotika koriste i drugi lijekovi pogotovo kada bolesnih prolazi kroz značajne promjene raspoloženja (poput depresije) ili promjene raspoloženja (npr. agresivnost). U tom slučaju se antipsihotici kombiniraju sa antidepresivima ili stabilizatorima raspoloženja. Ti lijekovi spadaju u skupinu psihotropnih lijekova koji djeluju selektivno i specifično na mentalne procese i imaju pozitivan učinak na središnji živčani sustav i na psihi bolesnika. U njih ubrajamo anksiolitike i sedative, antidepresive, stabilizatore raspoloženja, lijekove za induciranje sna (hipnotici) te lijekovi za kognitivne funkcije. [20]

6.2. Elektrokonvulzivna (elektrostimulativna) terapija

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) je terapijski postupak u kojem se koristi učinak električne struje (provođenjem serije kratkotrajnih i kontroliranih električnih impulsa) na moždanu aktivnost te proizvodi pozitivne učinke na ljudski mozak. Ta električna struja izaziva konvulzije (slične epileptičnom napadu). Ovime se postiže promjena aktivnosti kemijskih molekula u mozgu koji se zovu neuroprijenosnici, a njihova promijenjena aktivnost je odgovorna za mnoge psihičke bolesti. Ovaj oblik nazivaju „elektrošok terapijom“ te je vrlo često negativno obilježavana kao neka vrsta mučenja pacijenta, što u stvarnosti nije točno. Radi se o učinkovitoj terapiji koja se primjenjuje u liječenju psihičkih bolesti, osobito onda kada se zadovoljavajući učinak ne može postići lijekovima. Primjenjuje se u liječenju teško depresivnih pacijenata, suicidalnih depresivnih pacijenata (jer brže djeluje nego terapija lijekovima), manije, katatonije i

shizofrenije. EKT je potpuno bezbolan oblik terapije jer se obavlja dok je pacijen u anesteziji. Pacijenta za postupak priprema anesteziolog. Izravno prije postupka se pacijent kratkotrajno uspava, zatim se daje miorelaksans radi reaksacije mišića i antikolinergik kako bi se smanjilo lučenje slina i smanjio rizik za aspiraciju. Elektrode se postavljaju obostrano ili jednostrano, odnosno oblik EKT može biti unilateralan ili bilateralan. Razlika je u području mozga koji se stimulira, vremenu odgovora i nuspojavama. Kod unilateralne terapije jedna elektorda je postavljena na tjeme a druga na nedominantnu stranu (ako je osoba dešnjak, nedominantna strana je desna strana), na sljepoočnu regiju glave. Kod bilateralne terapije se elektrode stavljaju na obje sljepoočne regije glave. Terapija se provodi dva do tri puta tjedno, ukupno oko šest do dvanaest tretmana. Broj tretmana je određen prema težini simptoma i brzini uspješnog odgovora na terapiju. Postupak je siguran i nema većih komplikacija i nuspojava. EKT je posebice kontraindicirana kod osoba sa bolestima kardiovaskularnog i središnjeg živčanog sustava poput cerebralne aneurizme, aneurizme aorte, svježe cerebralne hemoragije, infarkt miokarda, povišeni intrakranijalni tlak, tumori mozga i dr. Prije postupka se naprave internistički i neurološki pregled, analizira krvna slika, biokemijski parametri krvi i mokraće, EKG, EEG te druge dodatne pretrage radi sigurnosti pacijenta, ukoliko je potrebno. Nakon postupka se mogu javiti glavobolja, mučnina, dezorijentacija, zaboravnost, ali te nuspojave su kratkotrajne i prolazne. [10][21][22][23]

6.3. Psihosocijalne metode

Iako su lijekovi važni, oni nisu dovoljni da promijene način na koji osoba reagira na bolest, način na koji doživljava svijet oko sebe, kako komunicira, koliko je viješta oko brige za sebe te da utječu na koncentraciju, pamćenje, motivaciju te emocionalno izražavanje. Najbolji rezultati postižu se kombinacijom različitih postupaka. Psihosocijalni postupci smanjuju rizik ponovne pojave bolesti pomažući psihološke kapacitete osobe kako bi se bolje nosila sa stresnim situacijama i na taj način smanjila biološku vulnerabilnost. Različiti psihosocijalni postupci su se pokazali učinkoviti u liječenju mnogih poteškoća te zajedno sa lijekovima čine optimalno liječenje koje se danas preporučuje. Trebalo bi planirati više postupaka kako bi se postigli ciljevi vezani za oporavak koji ne uključuju oporavak samo od simptoma, već i oporavak funkcioniranja u različitim životnim segmentima kao što su svakodnevna rutina, društveni život, rad, obiteljski život i kognitivno funkcioniranje. Rehabilitacija, edukacija, psihoterapija i grupe samopomoći su od velike važnosti u akutnoj fazi i nakon akutne faze. Dok je za vrijeme stabilizacije važna psihoterapija i rehabilitacija, odnosno nemedicinske metode koje naglašavaju vježbanje radnih i socijalnih vještina. U psihosocijalne metode ubrajaju se psihodeukacija,

individualna i grupna psihoterapija, kognitivno-bihevioralna terapija, rad sa obitelji, trening socijalnih vještina i dr. [10]

Zbog složenosti potreba osoba oboljelih od shizofrenije, potrebni su različiti stručnjaci koji čine multidisciplinarni tim. Psihosocijalne metode će bolesniku pomoći da nauči više o bolesti i znakovima pogoršanja, o zaštitnim i rizičnim faktorima, o načinu kako prepoznati stres te kako se s njime učinkovito nositi. Također će mu pomoći da poboljša komunikaciju sa obitelji i općenito, te da stekne vještine koje su mu potrebne za samostalan život i rad. [10][24]

6.3.1. Psihoterapija

Psihoterapija pomaže bolesniku u razumijevanju vlastitog psihološkog funkcioniranja, uključujući i nastanak simptoma i bolesti. To je planirani terapijski postupak sa jasno definiranim ciljem i se može odvijati na individualnoj ili na grupnoj razini. Cilj joj je da se uspostavi suradnja između bolesnika, njegove obitelji i liječnika te mu pomaže da postigne maksimalno moguće socijalno funkcioniranje u odnosu na njegove realne kapacitete. Kako bi se postigao terapijski cilj nužno je koristiti određene metode i tehnike, od kojih je riječ osnovni terapijski instrument, odnosno verbalna komunikacija između terapeuta i oboljele osobe. Također, koristi se i neverbalna komunikacija jer ona prati svaki ljudski odnos. Uz pomoć psihoterapije oboljela osoba može naučiti lakše živjeti sa bolešću od koje boluje, poboljšati međuljudske odnose, steći socijalne vještine, poboljšati kvalitetu života, smanjiti socijalnu izoliranost, imati bolju procjenu stvarnosti te na taj način smanjiti rizik za ponovnu pojavu bolesti. Oboljele osobe postepeno uče kako razlikovati stvarno od nestvarnog te sve bolje razumiju svoje probleme i sebe u ovom procesu. [10][24]

6.3.2. Kognitivno bihevioralna terapija

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) se pokazala učinkovitom u liječenju shizofrenije. Oboljela osoba i terapeut zajedno rade na identificiranju i razumijevanju problema u terminima odnosa između misli, osjećaja i ponašanja. Identificiraju se specifični simptomi kao problematični te se njima posvećuje posebna pažnja. Terapeut ne tumači oboljeloj osobi kako su njegovi simptomi iracionalni, nego će putem postavljanja pitanja pomoći da se fokusira na vlastita vjerovanja oko simptoma i mehanizma koji koristi u sučeljavanju sa simptomima. KBT je psihološki postupak koji se koristi kako bi se pomoglo osobi da uspostavi vezu između misli,

osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje funkcioniranje te da ponovno prosuđuje svoju percepciju, vjerovanja u odnosu na simptome, koji su predmet intervencije. [25]

6.3.3. Edukacija o bolesti

Informiranje i edukacija o bolesti se smatra nužnim postupkom koji će pridonjeti suradnji oboljelog u liječenju, odnosno izgradnji terapijskog odnosa. Edukacija o bolesti može biti individualni ili grupni postupak koji uključuje informacije o bolesti i liječenju, odnos prema bolesti, suradnju u liječenju, otkrivanju ranih simptoma bolesti, prepoznavanju zaštitnih faktora koji smanjuju rizik od ponovne pojave bolesti i faktora rizika koji će povećati rizik pojave bolesti te razumijevanje stigme i diskriminacije. Kroz edukaciju će pacijent naučiti prepoznavati simptome bolesti i rane znakove pogoršanja. Od velike je pomoći u smanjenju negativnih reakcija na bolest, povećanju samopouzdanja te povećanju kapaciteta da se bolje nosi s bolesti i životnim situacijama i stigmom. [10][25]

6.3.4. Rad sa obitelji

Cilj rada s obitelji je da se optimaliziraju kapaciteti članova obitelji za potporu bolesnom članu, a isto tako i dobivanje pomoći za sebe kada im je to potrebno. Oni također uključuju smanjenje razine stresa, smanjenje doživljaja emocionalnog opterećenja i prevenciju relapsa bolesti. Provedena istraživanja dokazuju kako se oboljela osoba bolje oporavlja i rijeđe hospitalno liječi kada u obitelji postoji više podrške i u kojima ne prevladava učestalo kritiziranje oboljelog. U pomoći obitelji da pronađu uspješnije načine nošenja sa situacijama povezanim s bolesti pomažu smirujući tonovi u komunikaciji i podrška. Rad sa obitelji se može provoditi na individualnoj ili grupnoj razini te ono uključuje edukaciju o bolesti i rad na poboljšanju komunikacije. Preporučuje se najmanje 10 sastanaka sa obitelji u vremenskom periodu od minimalno 9 mjeseci. [10][25]

6.3.5. Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina uključuje niz postupaka s ciljem učenja vještina potrebnih za život u zajednici. Koriste se bihevioralne tehnike i tehnike učenja kako bi se postigle vještine potrebne za rutinu svakodnevnog života, npr. u područjima kao što su briga o sebi, interpersonalni odnosi i zahtjevi društva. Ciljevi uključuju poboljšanje socijalne izvedbe, redukciju stresa i poteškoća u

socijalnim situacijama. U početku se radi na manje zahtjevnim zadacima kao što su primjerice neverbalni znakovi, a nakon savladavanja lakših zadataka postepeno se radi na zahtjevnijim vještinama kao što je vođenje razgovora. Tim vještinama se podučavaju kroz kombinacije demonstracija terapeuta, igranjem uloga i domaćih zadaća što potiče oboljelog na prakticiranje vještine izvan terapijske zajednice. Trening mora biti usmjeren na određeno područje deficita koje se želi poboljšati te mora omogućiti sustavno podučavanje specifičnog ponašanja koje je važno za uspjeh u socijalnim interakcijama. Ovi postupci pomažu u postizanju sposobnosti za samostalan život i rad u zajednici. [10][25]

7. Zdravstvena njega oboljelih od shizofrenije

Budući da je medicinska sestra osoba koja najviše provodi vremena sa pacijentom, bitno je naglasiti njezinu ulogu. Ona promatra pacijenta i na osnovi postojećih podataka, tj. simptoma, utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Kako bi se određeni problem riješio, potrebno je odabrati najprikladnije intervencije, odnosno treba napraviti odgovarajući plan zdravstvene njege. Plan zdravstvene njege je zapravo opis procesa koji se odvija u četiri faze: utvrđivanje problema (definiranje sestrinske dijagnoze), planiranje sestrinskih intervencija, provođenje plana i evaluacija učinjenog. Budući da su shizofreni bolesnici često u svijetu halucinacija, promijenjena su ponašanja i mišljenja, često su sumnjičavi a ponekad i agresivni, medicinska sestra mora posjedovati određene vještine komunikacije u radu sa takvim bolesnicima. Bitno je naglasiti da se razgovarajući ne gubi vrijeme, već je upravo ta vještina komunikacije važan dio u cjelokupnom procesu zbrinjavanja psihijatrijskog bolesnika. Potrebno je uspostaviti povjerljiv odnos, jer njezin rad uključuje i edukativne mjere (edukacija o bolesti, terapiji i sl.) što bolesnik može prihvatiti samo od osobe u koju ima povjerenja. Rad medicinske sestre zahtijeva veliko znanje, strpljenje, poznavanje i posjedovanje određenih vještina. [1][3]

Osnova sestrinske skrbi je skrb za čovjeka, a bit procesa sestrinske skrbi je način na koji sestra pruža tu skrb. Pružanje skrbi se temelji na namjernom, točno utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema. Moglo bi se reći da je medicinska sestra zamjena za ono što nedostaje bolesniku (snaga, znanje, volja), a što ga čini potpunim i neovisnim. U procesu sestrinske skrbi se uvažava individualni pristup u kojemu je bolesnik subjekt zdravstvene njege. [1]

Ciljevi u zdravstvenoj njezi shizofrenih bolesnika su:

- Promicati i unaprijediti interakciju između bolesnika i njegove okoline
- Nastojati povećati i pojačati psihološku stabilnost
- Osigurati zaštitu
- Poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom [3]

7.1. Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel

Kada bolesnik odluči potražiti pomoć, u svakom zdravstvenom radniku vidi osobu koja će mu pružiti pomoć da savlada bolest. Stoga je važno da se pri prvom kontaktu sa bolesnikom stvori osjećaj sigurnosti i povjerenja. U usporebi sa bolesnikom s tjelesnim oboljenjima, osoba koja ima psihičke tegobe bit će nepovjerljivija. U pratnji dolazi uglavnom sa članovima obitelji, kolima hitne pomoći, prijatelja, susjeda, socijalne službe, policije ili drugih osoba. Pri dolasku najprije susreće medicinsku sestru, te je njen zadatak pri prvom susretu sa bolesnikom da pokuša steći njegovo povjerenje, ublaži neugodu dolaska u bolnicu te da pokuša pripremiti za susret sa liječnikom. Sestra je dužna zadržati pratnju bolesnika bez obzira na to hoće li biti indiciran prijem, zbog toga što su nužni heteroanamnestički podaci o pacijentu. Po završetku pregleda i razgovora sa pratiteljima, liječnik će odlučiti o daljnjem postupku sa bolesnikom. Ukoliko je potrebna hospitalizacija, nakon upisa u bolnicu, medicinska sestra će sa bolesnika i njegovu pratnju, skupa sa medicinskom dokumentacijom odvesti na odjel, gdje daljnji postupak odrađuju medicinske sestre odjela. [1]

Hospitalizacija duševnih bolesnika je postupak koji duboko zadire u psihološki i socijalni integritet bolesnika, što je važno za njegovu daljnju sudbinu. Od velike važnosti je prva hospitalizacija, zato jer početak hospitalizacije izaziva brojne psihološke doživljaje koji prilikom prijema čine bolesnika uzbuđenim, uplašenim, napetim, agresivnim, mutistučnim, pasivnim, bezvoljnim, ali može i mirno prihvatiti hospitalizaciju. Pri hospitalizaciji bolesnik ostvaruje prvi kontakt sa medicinskom sestrom, a njezin odnos prema njemu će utjecati na to kako će on prihvatiti bolničku sredinu. Prilikom prijema se svaki bolesnik treba presvući u bolničku odjeću i okupati, ukoliko je potrebno. Donešene stvari treba pregledati, uzeti oštre i opasne predmete i lijekove, a novac i druge vrijednosti pohraniti u bolnički sef ili vratiti obitelji da se odnese kući. Ukoliko se sa pacijentom može uspostaviti kontakt, objasniti će mu se zašto se stvari pregledavaju i oduzimaju. Uređenog bolesnika medicinska sestra uvodi u bolesničku sobu te ga upoznava sa ostalim pacijentima, kućnim redom, terapijskim programom i sl. Kod uzbuđenih i agresivnih bolesnika ne dolazi nikakav drugi oblik terapije u obzir, nego se pristupa mjerama fizičkog zbrinjavanja, ali one se primjenjuju vrlo selektivno i kratko. Potrebno je naglasiti da kada je ta intervencija nužna, određuje ju liječnik te je za to vrijeme obavezan prisustvovati i koordinirati rad. Takvim bolesnicima je potrebna intenzivna psihijatrijska skrb, a to se odnosi na stalnu prisutnost educirane i iskusne medicinske sestre. [1]

Prijem psihijatrijskog bolesnika može biti redovan, hitni ili se može raditi o prisilnoj hospitalizaciji. Kod redovnog prijema je bolesnik upućen iz ambulante, poliklinike ili savjetovališta. Bolesnik koji je upućen od strane općeg/obiteljskog liječnika nakon pregleda u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti i upisa u bolnicu ide u pratnji medicinske sestre na odjel, gdje ga sestra iz ambulante predaje medicinskoj sestri na odjelu. Kod hitnog prijema bolesnika se zaobilazi administrativna procedura upisa u bolnicu sa uputnicom, te se nakon pregleda u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti bolesnik zaprima na odjel. [26]

Psihijatrijski bolesnici u akutnoj fazi bolesti nemaju uvid u težinu bolesti, ne shvaćaju da su bolesni i odbijaju liječenje. Ukoliko se dogodi da zbog svoje bolesti svojim ponašanjem ugrožava sebe, svoju okolinu ili materijalna dobra, potrebno ga je prisilno, odnosno protiv njegove volje, hospitalizirati. Prisilna hospitalizacija je regulirana pravnim propisima, Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama. Prisilnu hospitalizaciju od bolesnika može zahtijevati njegov osobni liječnik, koji ga je osobno pregledao te smatra da postoje razlozi za prisilan smještaj, te policija, osobito u žurnim slučajevima. Psihijatar koji primi bolesnika utvrđuje razloge prisilne hospitalizacije, a njegova odluka mora biti obrazložena i utemeljena na stvarnim razlozima. U tom slučaju je psihijatrijska ustanova dužna u roku od 12 sati po prisilnom zadržavanju obavijestiti nadležni Županijski sud. Prema Zakonu o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama, sudac je dužan bez odgode, a najkasnije u roku od 78 sati od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju, prisilno hospitaliziranu osobu posjetiti u ustanovu, te ju obavijestiti o razlogu i svrsi sudskog postupka te ju saslušati. [27][28]

7.2. Sestrinska dokumentacija

Sestrinska dokumentacija je vrlo važna te je ona početak i prvi korak u zbrinjavanju i njezi bolesnika. Važnost sestrinske dokumentacije je u tome što je ona nužna za komunikaciju tima, njome se bolje koordinira rad zdravstvene njege, služi kao pravna zaštita, utječe na kvalitetu zdravstvenje njege. Ona obuhvaća sve intervencije i opservacije koje su vezane uz bolesnika te omogućuje provjeru svega što je učinjeno za bolesnika, kao i procjenu što će se učiniti. [1]

Dokumentacija započinje sestrinskom anamnezom koja je vrlo specifična. Nju čini skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima sadašnjeg i prošlog zdravstvenog stanja i ponašanja pacijenta. Ti podaci mogu biti prikupljeni od strane bolesnika ili članova njegove obitelji, te se koriste razne tehnike poput intervjua, promatranja bolesnika i njegovih reakcija te analizom dokumentacije. Podaci koje je prikupila medicinska sestra moraju omogućiti prepoznavanje problema i uzroka te odabir intervencija koje su prilagođene pacijentu, te moraju

stvoriti točnu i cjelovitu procjenu stanja bolesnika. U psihijatrijskoj skrbi ne brine se samo o tjelesnom stanju, nego se prate i promjene u psihičkom statusu bolesnika. [1]

7.3. Moguće sestrinske dijagnoze

Sestrinska dijagnoza se odnosi na zdravstveno stanje ili aktualno/potencijalno promijenjen obrazac ponašanja, kojeg sestra može identificirati i za kojeg može procijeniti potrebu za određenom intervencijom u svrhu održavanja postojećeg zdravstvenog stanja ili se odnosi na prepoznavanje potrebe za intervencijom koja ima za svrhu umanjiti, ukloniti ili spriječiti pogoršanje. Dobra i kvalitetna dokumentacija osigurava kontinuitet i kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata, važne podatke o bolesniku te podatke koji se mogu primjenjivati u raznim sestrinskim istraživanjima. S obzirom na to da sadrži podatke o 24-satnom zbrinjavanju bolesnika, dragocijen je izvor podataka i za ostale članove zdravstvenog tima. [1]

Da bi se postigli ciljevi u zdravstvenoj njezi osobe oboljele od shizofrenije, od velike važnosti je da se individualiziraju sestrinske intervencije, te ovisno o dijagnozi, da se primjene najučinkovitije. U nastavku su izdvojene sljedeće dijagnoze:

7.3.1. Anksioznost

Anksioznost je nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti. [29]

Ova sestrinska dijagnoza se može prepoznati iz slijedećih podataka neprikladnih regresivnih reakcija ili, odsutnosti reakcija uopće, siromašnog i oskudnog vidnog kontakta, usmjerenosti samo na sebe, povećanje zapažanja, opadanja sposobnosti rješavanja problema, straha od gubitka kontrole, straha od ozljeđivanja sebe ili drugoga, kod psihomotričnih poremećaja koji variraju od pobuđene motorike do nepokretnosti. [3]

Intervencije:

- Uspostavljanje povjerenja pažljivim odnosom kojim bolesniku pružamo potporu i osjećaj prihvaćanja
- Procijeniti intenzitet, učestalost i trajanje
- Poticati i ohrabrivati bolesnika na verbaliziranje strahova

- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
- Pružiti pomoć pri identificiranju izvora anksioznosti i područja za koja osjeća zabrinutost
- Demonstriranje i provođenje učinkovitih strategija suočavanja sa anksioznošću (npr. tehnike opuštanja, meditacija, tjelovježba, vježbe dubokog disanja, vođena imaginacija)
- Osigurati mirnu i tihu okolinu (smanjenje buke, umirujuća glazba)
- Ukoliko pacijent pije terapiju, poučiti ga o pravilnom uzimanju anksiolitika [3][29]

Mogući ciljevi:

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

7.3.2. Neupućenost

Neupućenost je nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Intervencije:

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

Mogući ciljevi:

- Pacijent će verbalizirati specifična znanja i vještine
- Obitelj će aktivno sudjelovati u skrbi i pružati podršku pacijentu [30]

7.3.3. Društvena izolacija

Socijalna izolacija je stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti sa drugima, ali za to nije sposoban ili nema mogućnosti uspostaviti kontakt. Simptomi ove dijagnoze mogu biti teškoće u stvaranju odnosa sa drugima, izražavanje osjećaja odbacivanja, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvom i nasiljem, nesigurnost u socijalnim situacijama i povlačenje iz društva.

Intervencije:

- Provođenje vremena s bolesnikom i boravak s njim
- Stvaranje i uspostavljanje kratkih i sažetih interakcija koje će bolesniku omogućiti komunikaciju o interesima, zabrinutostima i sl.
- Pružanje potpore bolesniku da sudjeluje u aktivnostima sa drugima na grupnim sastancima
- Identificiranje sustava za pružanje podrške i potpore bolesniku poput obitelji, prijatelja, suradnika i dr.
- Procjena obiteljskih odnosa, oblika komunikacije
- Ohrabrivati pacijenta i pohvaliti svaki njegov napredak
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju

Mogući ciljevi:

- Pacijent će prepoznati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će razviti suradljiv odnos
- Pacijent će za vrijeme hospitalizacije ostvariti pozitivne odnose sa drugima [3][30]

7.3.4. Smanjena mogućnost brige o sebi: odijevanje/eliminacija/osobna higijena/ hranjenje

Ova dijagnoza se prepoznaje prema sljedećim podacima: nesposobnosti i poteškoće u hranjenju, održavanja higijene tijela, oblačenja, eliminacije, fekalnom impakcijom. [3]

SMBS – odijevanje i dotjerivanje

To je stanje u kojemu osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

SMBS – eliminacija

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

SMBS – osobna higijena

Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

SMBS – hranjenje

To je stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine. [29]

Intervencije:

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

- Uključivanje regularih intervala za obavljanje toaleta
- Procijeniti stupanj samostalnosti kod hranjenja, osigurati dovoljno vremena i biti uz pacijenta za vrijeme hranjenja
- Smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj: visoki Fowlerov položaj
- Planiranje zajedno sa bolesnikom učinkovite i svrsishodne upotrebe resursa koji postoje u samome društvu, poput npr. programi prehrane, uključivanje u radionice, grupni rad...
- Poticati unos tekućina ako je to potrebno [3][29]

Mogući ciljevi:

- Pacijent će biti primjereno obučen te će biti zadovoljan postignutim
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti u odijevanju
- Pacijent će pokazati želju i interes za dotjerivanjem
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja zatražiti pomoć od medicinske sestre u vezi eliminacije
- Pacijent će biti uredan, čist i suh
- Pacijent će znati objasniti i primijeniti načine za sigurno obavljanje osobne higijene
- Pacijent će za vrijeme hospitalizacije biti čist, uredan, bez oštećenog integriteta kože
- Pacijent će izraziti želju i interes za jelom
- Pacijent će povećati razinu samostalnosti u hranjenj [29]

7.3.5. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane

Promjene u prehrani se uočavaju uslijed deluzija ili halucinacija koje su povezane sa unosom hrane. Kao popratni efekt uzimanja nekih psihotropnih lijekova javlja se povećani tek, gubitak na težini/debljanje, upale i infekcije bukalne šupljine, prisutnost disfunkcionalnog ritma prehrane (npr. hranjenje kao reakcija na unutrašnji znak više nego na znak gladi)

Intervencije:

- Praćenje dnevnog unosa hrane u 24 sata i dokumentiranje ritma hranjenja i razine aktivnosti
- Poticati bolesnika da regulira unos kalorija programom tjelesnih aktivnosti, odnosno vježbi
- Strukturiranje vremena potrebnog za hranjenje i ograničavanje unosa hrane u količinama većim od nutricionističkih potreba
- Davanje češćih, manjih obroka
- Poticati bolesnika da sam odabire hranu koju želi jesti te ispuniti to ukoliko je moguće
- Primjeniti postupke spjerečavanja upalnih procesa sluznice usne šupljine [3]

7.3.6. Smanjen stupanj samopoštovanja

Stanje u kojem osoba ima negativnu percepciju sebe i/ili vlastitih mogućnosti.

Podaci prema kojima ćemo prepoznati smanjeni stupanj samopoštovanja su izražavanje bezvrijednosti, negativnih osjećaja prema samome sebi, neadekvatan razvoj samopoštovanja, beznadnost, ambivalencija, autizam, krive prosudbe, premećen misao o samome sebi (depersonalizacija i deluzija kontrole, deterioracija u obitelji, društvu i dr.)

Intervencije:

- Provoditi određeno vrijeme sa bolesnikom, slušati i prihvaćati bolesnika
- Poticati ga i ohrabrivati da izrazi svoja razmišljanja o područjima o kojima želi razgovarati te da verbalizira svoje osjećaje
- Pomoći bolesniku da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje
- Poticati ga i ohrabrivati da prepozna svoje pozitivne karakteristike
- Poticati bolesnika na sudjelovanje u odgovarajućim aktivnostima
- Ohrabrivati njegove sposobnosti, napore i pokušaje
- Poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela

- Raspravljati s bolesnikom o pozitivnim aspektima njegova osobnog sustava kao što su socijalne vještine, radne sposobnosti, edukacija, osobni izgled
- Koristiti duhovne resurse (ukoliko je to ono što bolesnik želi) kao što su molitve, smisao vjere i sl., ili bilo koje resurse koji će pomoći bolesniku u suočavanju dostojanstva i prihvaćanja njegove koristi

Mogući ciljevi:

- Bolesnik će o sebi razmišljati pozitivno
- Bolesnik će u socijalnoj interakciji sudjelovati sa drugima [3][31]

7.3.7. Seksualna disfunkcija

Stanje u kojem osoba ima promjenjen obrazac seksualnog funkcioniranja. Ova dijagnoza se može prepoznati iz sljedećih podataka: neuobičajeno seksualno ponašanje, nesposobnost da se upozna spolni partner, uključenost u višestruke spolne veze i endokrinološke promjene nastale uzimanjem antipsihotropnih lijekova (amenoreja, impotencija, nemogućnost ejakulacije)

Intervencije:

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

Mogući ciljevi:

- Bolesnik će vratiti seksualnu funkciju
- Bolesnik će shvatiti važnost primjerenog seksualnog funkcioniranja [3][31]

7.3.8. Promijenjeni obiteljski odnosi

Ova sestrinska dijagnoza se može uočiti iz poteškoća u odnosu između članova obitelji, neučinkovitih procesa donošenja odluka unutar obitelji, nesposobnosti slaganja (obitelj ne zadovoljava emocionalne potrebe, potrebe za sigurnošću te duhovne potrebe svojih članova).

Intervencije:

- Determiniranje i određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije bolesti
- Praćenje i bilježenje sposobnosti i vještina rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, ograničenja i komunikacija, pravila
- Procjena spremnosti obitelji da reintegrira bolesnika u sustav sposobnosti poput sposobnosti obitelji da iskoristi pomoć ili da se suoči sa krizom na odgovarajući način (adaptacija, promjena)
- Pružanje podataka i informacija o terapiji i resursa iz zajednice koji pružaju potporu (npr. obrazovno savjetovište, centri za dnevnu skrb, zaštitne radionice) [3]

7.3.9. Visoki rizik za nasilno ponašanje

Ova dijagnoza govori o mogućnosti fizičkog, psihičkog i/ili seksualnog nasilnog ponašanja prema drugima.

Intervencije:

- Osigurati sigurno i mirno okruženje za bolesnika
- Izbjegavati dodirivati bolesnika, biti pažljiv i oprezan ako ga namjeravamo potapšati po ramenu
- Zadržati kontrolu i smirenost nad situacijom
- Biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na nasilno i agresivno ponašanje, porast psihomotoričke aktivnosti, intenzitet afekata, verbalizaciju deluzionalnog mišljenja, zastrašujućih halucinacija
- Poticati bolesnika da govori i ohrabrivati ga da verbalizira osjećaje

- Pružiti pomoć bolesniku da definira alternative s obzirom na agresivno ponašanje, poticati ga na uključivanje u fizičke aktivnosti (samostalnu aktivnost ukoliko ne može grupnu)
- Koristiti čaše i pribor za jelo kojima ne može nanijeti ozljedu

Mogući ciljevi:

- Bolesnik će uspostaviti kontrolu ponašanja
- Bolesnik će pokazivati socijalno prihvatljivo ponašanje [3][31]

7.3.10. Visoki rizik za samoozljeđivanje

Stanje u kojemu osoba pokazuje naznake da će namjerno sam sebe ozlijediti. Česta ponašanja koja osoba pokazuje su paljenje kože, bodenje, rezanje, udaranje glavom, grebanje, uzimanje većih doza lijekova/droga, udaranje/šamaranje, čupanje kose, gutanje predmeta

Intervencije:

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

Mogući ciljevi:

- Pacijent se neće ozlijediti
- Obitelj bolesnika će znati adekvatno reagirati [31]

7.3.11. Visoki rizik za samoubojstvo

To je ponašanje u kojem pojedinac okazuje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom.

Intervencije:

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

Mogući ciljevi:

- Bolesnik će verbalizirati svoje osjećaje i suicidalne misli
- Bolesnik će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone
- Bolesnik će sudjelovati u provođenju tretmana [31]

7.3.12. Visoki rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije

Intervencije:

- Ohrabrivanje i poticanje bolesnika da identificira potrebu za aktivnostima i tjelovježbom
- Odrediti postojeću razinu aktivnosti pomoću procjene trajnosti pozornosti te sposobnosti tolerancije drugih osoba u okolini
- Strukturirati vrijeme koje je prikladno za vježbu i aktivnost, praćenje stimulacija iz okoline kao što su radio, TV, posjeti, ... [3]

7.3.13. Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa

To je ponašanje u kojemu pojedinac ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć.

Intervencije:

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

Mogući ciljevi:

- Pacijent će pokazati želju za znanjem
- Pacijent će sa razumijevanjem govoriti o usvojenom sadržaju
- Pacijent će samostalno koristiti dostupne izvore za učenje i informiranje [31]

7.3.14. Individualna neučinkovitost i neučinkovito sučeljavanje

Podaci iz kojih je vidljiva navedena dijagnoza su opadanje sposobnosti donošenja odluka, umanjivanje problema, nepridržavanje terapijskog plana zbog postojanja određenih čimbenika, skromno samopoštovanje, kronična anksioznost i depresija, nesposobnost da se izvršavaju očekivane uloge, promjena u sudjelovanju u društvu i društvenom životu.

Intervencije:

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

Mogući ciljevi:

- Pacijent će identificirati izvore nezadovoljstva

- Pacijent će izraziti svoje mišljenje, sugerirati će i sudjelovati u poboljšanju plana
- Pacijent će uspješno provoditi terapijski plan i plan promicanja zdravlja [3][31]

7.3.15. Narušena verbalna komunikacija

Podaci prema kojima možemo zaključiti postojanje narušene verbalne komunikacije su nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje neologizmima, asocijalno, lutajuće izgubljeno bezbalno izražavanje, paralogički jezik, eholalija, neverbalno izražavanje u smislu ehopraksija, stereotipno ponašanje (npr. bizarno gestikuliranje, izrazi lica, opće držanje).

Intervencije:

- Osigurati normalno okruženje koje ne izaziva strah i koje je sigurno za bolesnikovu komunikaciju
- Upotrijebiti alternativne metode komunikacije: mimiciranje, plesanje, šaranje, crtanje, pjevanje
- Izbjegavati svađe, rasprave, sukobe i usuglašavanje sa netočnim tvrdnjama (treba ponuditi realni odgovor na neosuđujući način)
- Upotrijebiti vještine komunikacije poput parafraziranja, reflektiranja i sl.
- Biti otvoreni i iskreni u terapijskom korištenju verbalne i neverbalne komunikacije [3]

7.3.16. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Ova dijagnoza je važeća kada se kod bolesnika primjeti dezintegracija procesa mišljenja i shvaćanja, psiholiški konflikti, kriva prosudba, poremećaj spavanja i sna, konfuzija u odnosu na okolni svijet, ambivalencija i prateća ovisnost, ideje odnosa, netočno i krivo interpretiranje okoline i poremećena sposobnost donošenja odluka.

Intervencije:

- Stvaranje terapijskog odnosa između terapeuta i bolesnika
- Terapijska komunikacija
- Pravilno pristupanje kod promijenjenih procesa shvaćanja i razmišljanja

- Osigurati sigurno ozračje u emocionalnom smislu, onog koji pruža sigurnost, odnosno mogućnost interpersonalnih interakcija
- Izražavati želju da se shvati i razumije bolesnikovo shvaćanje i razmišljanje, razjašnjavanjem nejasnoga, fokusiranjem na osjećaje više nego na sadržaj, pažljivo slušati bolesnika i regulirati slijed i tok misli ako je potrebno
- Ne upuštati se u rasprave i diskusije s dezintegriranim mišljenjima i shvaćanjima
- Aktivno slušati (time identificiramo bolesnikovo mišljenje i poboljšavamo razumijevanje) [3]

7.3.17. Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Panične razine anksioznosti, poremećaj u afektivnom planu, odnosu prema okolini, iluzije, halucinacije, promjene u uobičajenim reakcijama na neki podražaj te promjene psihomotirčkog ponašanja su podaci koji govore u prilog ovoj dijagnozi.

Intervencije:

- Provoditi vrijeme sa bolesnikom i pažljivo ga slušati
- Pružiti mu podršku te pohvaliti napredak
- Djelotvornom komunikacijom se orijentirati na stvarnost
- Uporaba distraktora (igre, glazba, TV) može dati bolesniku potporu da ponovno stekne sposobnost kontrolirati svoje reakcije na primijenjene percepcije
- Uspostaviti povjerljiv odnos
- Ne pojačavati halucinacije, umjesto riječi „oni“ koristiti riječ glasovi, zbog toga što riječ poput „on/oni“ potvrđuju da su glasovi stvarni [3]

7.4. Kompetencije, znanja i vještine medicinske sestre

Izazovi s kojima se medicinska sestra susreće u svakodnevnom radu su izuzetno zahtjevni, stoga je nužno da ima razvijene određene kompetencije. Kompetencije su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe koje omogućuju pravovaljano pružanje zdravstvene njege. One su usmjerene pružanju kvalitetne sestrinske skrbi, autonomnom djelovanju, kritičkom razmišljanju, evaluaciji svojih sestrinskih znanja i komunikaciji unutar

tima. Nužno je posjedovati kompetencije, vještine i znanja kako bi mogla samostalno provoditi aktivnosti, postupke te sudjelovati u zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba. Kompetencije predstavljaju kombinaciju kognitivnih vještina, znanja i razumijevanja, međuljudskih i praktičnih vještina i etičkih vrijednosti. One se ravijaju i utvrđuju za svaku razinu obrazovanja. Specifične kompetencije u sestrinstvu ukazuju na razvoj i promjene u zdravstvu i socijalnoj skrbi, povećanje korištenja tehnologije i interprofesionalnu aktivnost. To obuhvaća kritičko razmišljanje, sestrinsku praksu te kompetencije koje su usmjerene na vođenje, menadžment i timski rad. Tijekom radnog vijeka, a najviše na radnom mjestu u susretu sa bolesnicima i medicinskim osobljem, ona neprestano stvara svoj profesionalni identitet. Najvažniji ciljevi u njenom radu moraju biti: kako na vrijeme prepoznati problem bolesnika, kako ublažiti patnju bolesnika a istodobno sačuvati vlastito psihičko zdravlje. [1][32]

Zdravstvenu njegu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa između medicinske sestre i bolesnika, te to predstavlja najvažniju karakteristiku kvalitetne zdravstvene njege. U mnogim slučajevima se govori o uzajamnom odnosu na obostrano zadovoljstvo, jer skrb za bolesnika oplemenjuje medicinsku sestru, omogućava joj razvoj vlastite autonomije i samopoštovanja. Znanja i vještine stečene kroz sestrinsku edukaciju su od velike važnosti za uspješno obavljanje sestrinske prakse, poštovanje načela sestrinske prakse te ispunjavanje očekivanja koja pred medicinske sestre stavlja zajednica, kao i vlastita profesionalna etika. Medicinska sestra, kao pružatelj sestrinske skrbi, svoje usluge će temeljiti na učinkovitosti, djelotvornosti, pravednosti, humanosti, efikasnosti, pristupačnosti i kontinuitetu. Medicinska sestra je najbliža sa bolesnikom te provodi najviše vremena sa njim, a njezino suosjećanje, vještina u komunikaciji udružena sa znanjem i kompetencijom pridonjeti će boljoj kvaliteti života i pridonjeti vrijednosti života. Od medicinske sestre se očekuje da djeluje autonomno, pruža klinički sigurnu i kompetentnu skrb, evaluira svoja znanja, razmišlja na kritički način te kreativno pruža zdravstvenu skrb. Kako bi se osigurala izvrsnost u zdravstvenoj njezi, intervencije se prije svega moraju biti temeljene na znanju, usklađenim standardima sestrinske skrbi i profesije, standardnim operativnim procedurama i kliničkim smjernicama. [32][33]

8. Prikaz slučaja

Dijagnoza: F20

Datum prijema: 10.08.2018.

Iz anamneze:

Pacijentica T.L. rođena 28.07.1974. godine, iz Rijeke, neudana, bez djece, živi samostalno, ima skrbnika očuha. Pacijentica dolazi kolima saniteta iz PB Lopače, zbog primjene EKT-a uslijed katatonog stupora.

Sadašnje stanje: u stuporu od kraja lipnja 2018., tretirana primarno antipsihoticima (olanzapin 2x10mg, kratko flufenazin) te diazepamom (3x10mg), ali bez značajnijeg kliničkog poboljšanja. Stoga PB Lopača šalje dokumentaciju na Kliniku s molbom za premještanjem u svrhu primjene EKT-a. Po dogovoru, pacijentica premještena kolima saniteta u pratnji očuha skrbnika. Očuh navodi kako je pacijentica bolje nego prije par tjedana, više govori. Na upit, odgovara kratko, kaže da je u strahu da će umrijeti, da više nikad neće hodati.

Dosadašnje stanje: radi se i pacijentici koja je u psihijatrijskom tretmanu od 1998. godine, kada je liječena bolnički na odjelu (KBC Zagreb, Klinika za psihijatriju) u par navrata, a zbog stupora tada primjenjivan i EKT, sveukupno 15 aplikacija. Od 1999. godine u kliničkoj remisiji, sve do svibnja ove godine kada joj se stanje naglo pogoršava. Do tada bila u redovitim ambulantnim psihijatrijskim kontrolama, samostalno je o sebi vodila brigu. U svibnju postaje bezvoljna, spominje demone koji ju počinju napadati te se započinje sa bolničkim liječenjem u KBC Rijeka. Tijekom liječenja ordinirani klozapin i aripiprazol, a peti dan hospitalizacije postaje stuporozna i prelazi se na parenteralnu terapiju haloperidolom i promazinom, da bi se postupno uveo olanzapin per os. Međutim, i dalje negativistična, pod uplivom halucinacija te se premješta u PB Lopača 21.06.2018. Tamo se pokušava uvesti flufenazin, ali zbog pojave EPSa isti se ukida te pacijentica ostaje na terapiji olanzapinom i diazepamom. Cijelo vrijeme selektivno mutistična, iako je bilo određenih poboljšanja u vidu motorike (samostalno mogla jesti, hoda uz asistenciju). Kako se radi o stuporu refrakternom na primjenu benzodiazepina, kod pacijentice je indicirana primjena EST-a, za što se poslije potpisivanja informativnog pristanka pacijentice i skrbnika dobiva i dozvola nadležnog etičnog povjerenstva. Krajem svibnja, a tijekom hospitalizacije u KBC Rijeka nastaju dekubitusi trtice i desne pete te dobiva uroinfekt koji je liječen koamoksiklavom 3x1,2g do kraja lipnja. U PB Lopača ponovno razvija uroinfekt.

Somatoneurološki status: nepokretna, leži na desnom boku, u kontrakturama, na trtici dekubitus 2. stupnja dimenzija 8x1,5x8 cm, na desnoj peti dekubitus 3. stupnja dimenzija 4x2x4 cm s mnogo sekrecije.

Psihički status: pri svijesti, kontakt oskudan, na poticaj, selektivno mutistična. Orijentirana. Napeta. Eutimična. Misaoni tok formom kratak, u sadržaju ideje beznađa. Negira obmane osjetila, ali se iste ne mogu sa sigurnošću isključiti. Negira auto i heteroagresivne misli i pulzije.

Sestrinske dijagnoze:

- Anksioznost
- Dekubitus
- Smanjena mogućnost brige o sebi – odijevanje i dotjerivanje
- Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija
- Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena
- Smanjena mogućnost brige o sebi – hranjenje
- Visok rizik za infekciju
- Visok rizik za ozljede
- Visok rizik za pad

Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus):

Pacijentica se dogovorno zaprima na Zavod za afektivne poremećaje kao elektivan prijam premještaj iz PB Lopača. Pacijentica smještena u sobi 1 zatvoreni odjel. Ima dekubitus na trtici 2. stupnja i na desnoj peti, 3. stupnja. Dekubitusi su redovito previjani, primjećeno je sve manje eksudata. Pacijentica inače uredno jede obroke. Od dolaska u KBC Zagreb je subfebrilna, rehidrirana je infuzijom i.v. i preoralno. Pacijentica primila prvi ENMT (13.08.), standardno monitorirana, ventilirana ambu balonom s kisikom. Tijekom procedure monitorirani parametri zadovoljavajući, po završetku spontano respiratorno suficijentna, cirkulacijski stabilna. Sveukupno je primila 12 aplikacija, s tim da je jednom EKT otkazan zbog tahikardije, sniman je Holter EKG (najviša snimljena frekvencija 120/min, nisu snimljeni poremećaji ritma). Pacijentica tijekom noći mirno spava i redovito pije terapiju. [34]

9. Stigmatizacija i diskriminacija

Nijedna bolest nije sramota, pa stoga nije sramota imati shizofreniju niti ijednu psihičku bolest. Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti. Stigmatizirati neku osobu znači obilježiti ih negativno zbog neke njezine karakteristike što može biti na osnovi boje kože, narodnosti, spolu, podrijetlu, bolesti i dr. Stigmatizaciju uzrokuju predrasude, odnosno kriva vjerovanja o onome što se stigmatizira. Kao na primjer, stigma shizofrenije proizlazi iz krivih vjerovanja da su svi oboljeli od shizofrenije agresivni i opasni, da su nesposobni za život, donošenje odluka i rad, da su neizlječivi te da su slabići koji su sami krivi za svoju bolest. Zbog takvih vjerovanja osobe oboljele od shizofrenije (ali i drugih bolesti) mogu biti, a i najčešće jesu, diskriminirani. Diskriminirati nekoga znači npr. zakinuti nekoga za pravo na posao kad je sposoban za posao, dati mu radno mjesto ispod njegovih kvalifikacija i sl. [10][35]

Negativne posljedice ne moraju biti samo izražene na oboljeloj osobi, već je izražena i na obitelji oboljeloga te psihijatriji kao grani medicine. Postoje brojni programi koji govore o tome da se sa stigmom treba boriti na svim razinama što uključuje javnost, pacijenta, članove obitelji i profesionalce. Ljudi obično nemaju puno znanja o psihičkim bolestima, pa tako i o shizofreniji, te ih to obično ni ne zanima dok se bolest ne dotakne njih ili članove njihove obitelji. Najčešća znanja koja imaju o shizofreniji su ona koja su temeljena na predrasudama. Postoje činjenice i netočne informacije u koje vjeruju poput toga da je shizofrenija rascijep duše, da je većina oboljelih opasna i da su lijeni, da je bolest neizlječiva i nasljedna, da su za nastanak shizofrenije krivi roditelji, te povezuju shizofreniju sa ludilom. [10]

Često su oboljeli prikazani u medijima agresivnima i opasnima za okolinu. Agresivnost se može pojaviti u oboljelih, češća je kod osoba koje se ne liječe i prisutna je u vrlo malom postotku. Shizofrenija se može liječiti i veliki broj osoba se uspješno oporavi od bolesti. Shizofrenija nije nasljedna bolest. Iako postoji pretpostavka kako postoji više gena koji su povezani sa shizofrenijom, njihova snaga nije toliko jaka da bi pokrenuli bolest kad u okolini ne postoje neki nepovoljni uvjeti. Postoje česte zablude o tome kako je shizofrenija zapravo rascjep личности kao da su dvije osobe u jednoj. Iako se ponekad mogu čudno ponašati, oni se ne mijenjaju odjednom u drugu osobu. [10]

U svijetu je sve veći broj psihičkih oboljenja pa se stoga pokreću razne akcije za borbu protiv stigmatizacije. Cilj takvih programa je da se utječe na vraćanje dostojanstva oboljelih i na negativne učinke. Neznanje koje vlada među općom populacijom je moguće ispraviti edukacijom, kontaktom s predstavnicima stigmatizirane grupe i sl. Kontakt sa takvim osobama može pomoći da se promijeni stav, a biti će još više uspješnija ako se uključi u to i statusna

jednakost, institucionalna potpora i kooperativna interakcija. U borbi protiv stigme je bitna i etička dimenzija jer ona ističe kako mijenjanje stavova pomaže ljudima da se liječe, da se na taj način štite njihova ljudska prava, da time doprinosimo svojoj humanosti te da prilikom oslobađanja od negativnih stavova imamo mogućnost da naše viđenje psihički oboljelih bude bolje i pravednije. [36]

Ovo su preporuke za provođenje antistigma programa, koje je postavila Svjetska zdravstvena organizacija:

- Program mora biti kontinuiran, a ne samo jedna kampanja (zbog gubitka učinka nakon prestanka kampanje) i trebao bi biti rutinski dio zdravstvene i socijalne službe.
- Program mora imati važnosti u sredini u kojoj se provodi i mora biti uspješan, sredina mora biti zainteresirana i treba ga podržati, rezultati provođenja moraju biti mjerljivi u kategorijama poput povećanja znanja, promjene stavova i sl.
- Problem bi trebao biti povezan sa problemom kojeg doživljavaju oboljele osobe i njihova obitelj (mora biti planiran na temelju prioriteta, npr. zapošljavanje)
- Program treba biti rezultat timskog rada više službi, a ne samo zdravstvene i treba uključivati osobe koje su izložene stigmati
- Program mora aktivno uključivati i oboljelog i njegovu obitelj
- Model koji se primjenjuje mora biti razumljiv i mora sadržavati instrumente potrebne za evaluaciju koji mjere poboljšanje znanja, stavova, diskriminacije i dr.
- Program se treba provoditi na nacionalnoj razini

10. Zaključak

Shizofrenija je psihička bolest koja se ubraja u skupinu psihotičnih poremećaja i uključuje smetnje na područjima mišljenja, percepcije, afektivnih funkcija, voljnih dinamizama, motivacije i socijalnog funkcioniranja. Iako se o shizofreniji puno toga zna, dosta toga ostaje neobjašnjeno i nepoznato. Ne zna se konkretan uzrok nastanka bolesti, ali je poznato to da se ispreplitanjem psihičkih, bioloških i socijalnih faktora stvaraju nepovoljni uvjeti koji dovode do nastanka bolesti. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije od shizofrenije boluje 1% populacije, ali taj broj se s vremenom postupno povećava, stoga je bitno da se radi na prevenciji, pravovremenom prepoznavanju bolesti te kvalitetnom liječenju. Bitno je da se na vrijeme prepoznaju znakovi bolesti (od strane obitelji, prijatelja,...) i započne liječenje, a ne da se osoba ostavi na cjedilu, okrene joj se leđa i napusti, da sama prolazi kroz svoju bolest. Zbog toga što je mnogo toga još nepoznato o bolesti, te zbog netočnih tvrdnji i činjenica vezanih za bolest, oboljeli od shizofrenije i njihova obitelj su izloženi stigmatizaciji i diskriminiranju od strane zajednice, radnih kolega, a ponekad i zdravstvenih djelatnika. Takve zablude o bolesti mogu uplašiti i uvrijediti bolesnika te dovesti ga do situacije da se srami svoje bolesti, ali nijedna bolest nije sramota. Zato je važno širiti znanje kroz edukaciju te pružanjem najvažnijih informacija, podataka, činjenica i sl., utjecati na povećanje znanja što će im pomoći da bolje razumiju oboljelu osobu, te da povratak oboljelog u normalno okruženje učine što je manje stresnije moguće.

Osim liječnika, i medicinska sestra ima veliku ulogu u radu sa oboljelima od shizofrenije. Ona provodi najviše vremena sa bolesnikom i njegovom obitelji, stoga prva može i uočiti promjene na bolesniku i reagirati na njih. Aktivno se zauzima za njihove potrebe i probleme, potiče ih na samostalnost te sudjeluje u liječenju i rehabilitaciji. Učinkovitost, humanost, pristupačnost, profesionalnost te kontinuiran razvoj vještina i znanja pomoći će medicinskoj sestri da uspješno obavlja zdravstvenu njegu. Kontinuirano usavršavanje i educiranje, vještine u komuniciranju, strpljenje te učinkovito i organizirano sudjelovanje sa zdravstvenim timom pomaže u postizanju pozitivnih rezultata u liječenju oboljeloga.

U Varaždinu,

Ana Orešković

11. Literatura

- [1] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] Z. Bradaš: Kompetencije i intervencije visokoobrazovane medicinske sestre/tehničara u biologijskom pristupu liječenja psihičkih poremećaja, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2015.
- [3] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2007.
- [4] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [5] <http://www.theworkfoundation.com/wf-reports/?working-with-schizophrenia-germany/>
Dostupno: 20.08.2018.
- [6] T. Grahovac Juretić, K. Ružić, M. Letica-Crepulja, D. Petrić, E. Dadić-Hero, T. Frančišković: Effects of psychosocial day care programme on quality of life in patients affected with schizophrenia – a prospective study, Psychiatria Danubina, 2016. Vol. 28, No. 2, str. 111 - 117
- [7] S. Vlatković, M. Živković, M. Šagud, A. Mihaljević-Peleš: Metabolički sindrom u shizofreniji: prepoznavanje i mogućnosti prevencije, Socijalna psihijatrija, lipanj 2014. Vol. 42, No. 2
- [8] V. Maučević i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.
- [9] D. Kecmanović: Psihijatrija: Tom II, Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, Svjetlost, 1989.
- [10] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [11] G. C. Davison i J. M. Neale: Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Naklada Slap, 1999.
- [12] D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.
- [13] J. Nordgaard, S. M. Arnfred, P. Handest, J. Parnas: The Diagnostic Status of First – Rank Symptoms, Schizophrenia Bulletin, siječanj 2008., Vol. 34, No. 2, str. 137. – 154.
- [14] S. Nikolić, M. Marangunić i suradnici: Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2004.

- [15] Svjetska zdravstvena organizacija: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - 10. revizija, svezak 1., drugo izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
- [16] Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
- [17] M. Herceg: Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet, Zagreb, 2010.
- [18] N. Henigsberg, V. Folnegović-Šmalc: Učestalost i trajanje hospitalizacija shizofrenih bolesnika: analiza prema MKB-10, Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja, veljača 2002., Vol. 11, No 1., str. 113. – 131.
- [19] J. McClellan, S. Stock, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia, 2001.
- [20] <https://www.janssen4patients.com/hr/bolesti/shizofrenija/lijecenje/lijekovi-za-lijecenje-shizofrenije/dodatni-lijekovi>
Dostupno: 09.09.2018.
- [21] A. Mihaljević-Peleš, M. Bajs Janović, A. Stručić, M. Šagud, M. Skočić Hanžek, M. Živković, Š. Janović: Electroconvulsive therapy – general considerations and experience in Croatia, Psychiatria Danubina, lipanj 2018., Vol. 30, Suppl. 5, str. 188. – 191.
- [22] <http://noviweb1.kbc-zagreb.hr/wp-content/uploads/2017/01/ELEKTROSTIMULATIVNA-TERAPIJA-EST-UPUTE.pdf>
Dostupno: 09.09.2018.
- [23] <https://medicine.umich.edu/dept/psychiatry/programs/neuromodulation/electroconvulsive-therapy>
Dostupno: 09.09.2018.
- [24] <https://www.janssen4patients.com/hr/bolesti/shizofrenija/lijecenje/alternativni-oblici-biološke-terapije/psihosocijalna-terapija>
Dostupno: 10.09.2018.

- [25] S. Štrkalj-Ivezić, B. Restek Petrović, M. Grah, M. Bajs Janović, P. Brečić, D. Stijačić, L. Mužinić, P. Čačić, K. Jandrić, M. Grubiša, Z. Bradaš, Z. Pjević: Psihički poremećaj sa psihozom i shizofrenija; Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Zagreb, 2017.
- [26] <http://www.pbsvi.hr/2016/04/01/biopsihosocijalni-aspekti-zdravstvene-njege-psihiatrijskih-bolesnika-kroz-sestrinsku-dokumentaciju-tecaj-iii-kategorije/>
Dostupno: 17.09.2018.
- [27] <https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama>
Dostupno: 17.09.2018.
- [28] http://www.psihijatrija.hr/edu/doc/4-postupak_prisilni_smjestaj_final_corr.pdf
Dostupno: 17.09.2018.
- [29] Sestrinske dijagnoze I, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [30] Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
- [31] Sestrinske dijagnoze III, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2015.
- [32] S. Šepec: Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [33] D. Gavranić, V. Iveta, J. Sindik: Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrinske prakse, Sestrinski glasnik, Službeni časopis Hrvatske udruge medicinskih sestara, srpanj 2016., Vol. 21, No. 2, str. 148. – 152.
- [34] Prikaz slučaja: osobni izvor
- [35] C. Van Zelst: Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective, Schizophrenia Bulletin, ožujak 2009., Vol. 35, No. 2, str. 293. – 296.
- [36] S. Štrkalj-Ivezić: Život bez stigme psihičke bolesti, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

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, ANA OREŠKović (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NEGA DOBA OSUJELIH OD SHIZOFRENE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ana Orešković
(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, ANA OREŠKović (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NEGA DOBA OSUJELIH OD SHIZOFRENE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ana Orešković
(vlastoručni potpis)