

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Sabolek, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:932393>

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

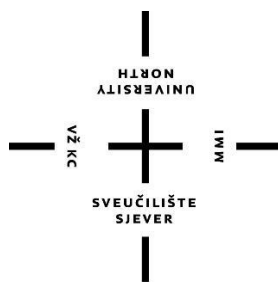
Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-20**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





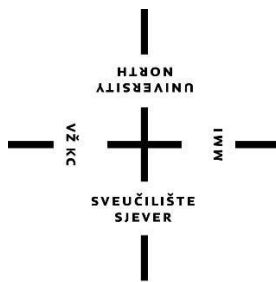
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1615/SS/2022

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Maja Sabolek, 4297/ 336

Varaždin, 2022. godine



Sveučilište Sjever

Sestrinstvo

Završni rad br. 1615/SS/2022

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Student

Maja Sabolek, 4297/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, 2022. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: prediplomski stručni studij Sestrinstvo

POSREDOVAK: Maja Sabolek

POSREDOVAK BROJ: 4297/336

ODJEL: 5.9.2022

STUDIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

TEMA: Zdravstvena njega bolesnika obolelih od shizofrenije

ENGLJEZSKI NAZIV: Healthcare for patients with schizophrenia

PREDAVAČ: Marija Božičević, mag. med. techn.,

VRSTA: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. dr.sc. Melita Sejko, v.pred., predsjednik

2. Marija Božičević, v.pred., mentor

3. doc.dr.sc. Spiro Janović, član

4. Valentina Vinok, pred., zamjenski član

Zadatak završnog rada

BR: 1615/SS/2022

OPIS:

Shizofrenija je psihička bolest, odnosno psihički poremećaj koju karakterizira stanje promjene ponašanja, pažnje, percepcije, motoričke aktivnosti, osjećaja, načina doživljavanja i mišljenja. Je nemogućnost razlikovanja realnih od nerealnih doživljaja. Također se definira kao skupina duševnih poremećaja kojima je zajedničko postojanje različitih kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih disfunkcija te ideosfektivna disocijacija, što zapravo označava stanje u kojem su misli i osjećaji neuklađeni.

Koncept rada je podjeljen na dva dijela: prvi se odnosi na klinički dio i opis kliničke slike bolesti, dijagnozu i farmakološko liječenje te drugi dio u kojem je opisana zdravstvena njega osobe obolele od shizofrenije. U drugom dijelu su opisani specifični standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi bolesnika sa shizofrenijom i proces zdravstvene njege.

ZADATOK IZDAČEM

20.03.2022

POSREDOVAK

UNIVERZITET
SREBR

Predgovor

Zahvaljujem mentorici Mariji Božičević na suradnji i dostupnosti tokom pisanja ovog rada. Također od srca zahvaljujem obitelji koja mi je pružila potporu tijekom studiranja.

Sažetak

U ovom je radu izložena podjela shizofrenije; skupine duševnih poremećaja kojima je zajedničko postojanje različitih bihevioralnih, kognitivnih i emocionalnih disfunkcija. Uz srodne psihotične poremećaje shizofrenija spada u F20 po MKB-10 klasifikaciji. Shizofrenija, čiji uzroci unatoč brojnim istraživanjima, još uvijek nisu poznati, pogađa ljude neovisno o prebivalištu i starosti. Prognoza shizofrenije ovisi o mnogo čimbenika, a suvremeno liječenje omogućuje život pojedinca izvan institucija. Za dijagnozu shizofrenije postoje točno definirani uvjeti (po MKB-10 klasifikaciji), a cilj liječenja je društvena reintegracija. Prikaz kliničke slike bolesti i simptoma koji su podijeljeni na pozitivne, negativne i na tjelesne znakove i simptome, podjela shizofrenije i zdravstvena njega oboljelog od shizofrenije glavni su dio rada. Shizofrenija se pojavljuje između 15. i 35. godine života, i prepoznatljiva je po specifičnim i ranim simptomima. Za dijagnozu shizofrenije potrebna je prisutnost simptoma barem šest mjeseci te postojanje prodromalne faze najkraće u trajanju pet mjeseci. Shizofrenija se liječi medikamentoznom terapijom, no brojnim istraživanjima uspješnosti liječenja došlo se do zaključka da uzimanje isključivo lijekova nije dovoljno za postizanje najveće moguće razine samostalnosti oboljele osobe, stoga se koriste i psihosocijalne metode. Za što uspješniji ishod liječenja, u proces liječenja vrlo je važno uključiti bolesnikovu obitelj, zajednicu i okolinu. Negativne posljedice za obitelj i oboljelog uzrokuju predrasude koje dovode do diskriminacije i stigmatizacije u društvu. Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi uz oboljelog, stoga ona može uočiti probleme iz područja zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija također pridonosi kvaliteti zbrinjavanja bolesnika. Medicinska sestra odabire najprikladnije sestrinske intervencije koje su individualizirane te time prilagođene svakom pacijentu. Kvalitetan odnos povjerenja između medicinske sestre i bolesnika predstavlja najvažniju karakteristiku zdravstvene njege.

Ključne riječi: shizofrenija, zdravstvena njega, liječenje

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

KBT – Kognitivno bihevioralna terapija

EEG – electroencephalogram (elektroencefalogram)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija

EKT – Elektrokonvulzivna terapija

GABA – Gamma-aminobutyric acid (gama-aminomaslačna kiselina)

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Shizofrenija – značenje i povijest	2
3. Etiologija i epidemiologija.....	3
4. Postavljanje dijagnoze shizofrenije.....	5
5. Klinička slika	5
5.1. Pozitivni simptomi.....	7
5.1.1. Deluzije	7
5.1.2. Halucinacije	8
5.1.3. Mišljenje i govor	8
5.1.4. Katatonični simptomi.....	9
5.1.5. Jeka misli	9
5.2. Negativni simptomi	9
5.2.2. Smanjenje motivacije.....	10
5.2.3. Bezvoljnost, pasivizacija i nedostatak inicijative	10
5.2.4. Drugi simptomi	10
5.2.5. Depresija	10
5.2.6. Agresivnost	11
5.2.7. Tjeskoba	11
5.2.8. Nesanica	11
5.3. Prodromi	11
5.4. Tjelesni simptomi	12
6. Tipovi shizofrenije	13
6.1. Paranoidni tip shizofrenije.....	13
6.2. Hebefreni / dezorganizirani tip shizofrenije	13
6.3. Katatonični tip shizofrenije	13
6.4. Nediferencirani tip shizofrenije	14
6.5. Rezidualni tip shizofrenije.....	14
6.6. Simpleks shizofrenija	14
7. Stigmatizacija oboljelih	14
8. Pojava, tijek i razvoj shizofrenije.....	15
9. Tijek bolesti	15
9.1. Oporavak	16
10. Reakcija na bolest i život sa shizofrenijom.....	16

11.	Liječenje	17
11.1.	Liječenje lijekovima.....	17
11.1.1.	Antipsihotici.....	17
11.1.2.	Antidepresivi.....	18
11.2.	Elektrostimulativna terapija	18
11.3.	Psihosocijalne metode i KBT.....	19
12.	Zdravstvena njega oboljelih od shizofrenije	20
12.1.	Procjena stanja	20
12.2.	Plan liječenja.....	20
12.3.	Sestrinska dokumentacija.....	21
13.	Prikaz slučaja.....	21
13.1.	Prikaz slučaja 1	21
13.2.	Prikaz slučaja 2	22
13.3.	Sestrinske dijagnoze.....	23
13.3.1.	Poremećaj misaonog procesa	24
13.3.2.	Društvena izolacija.....	25
14.	Zaključak	27
15.	Literatura	28

1. Uvod

Shizofrenija je bolest koja pogađa otprilike 24 milijuna ljudi (0,32%) diljem svijeta. Bolest nije jednostavno opisati i ne postoji definicija koja bi adekvatno opisala sve oboljele. Naziv potječe od grčkih riječi shizeiu – podijeliti, rascijepiti, te fren–razum, duša, koje spajanjem čine riječ shizofrenija (grč. Schizophrenia). Shizofrenija je psihički poremećaj kojeg karakterizira stanje promjene ponašanja, pažnje, percepcije, motoričke aktivnosti, načina doživljavanja, osjećaja, i mišljenja, te nemogućnosti razlikovanja realnog od nerealnog. Također se definira kao skupina duševnih poremećaja kojima je zajedničko postojanje različitih disfunkcija te ideoafektivna disocijacija, što zapravo označava stanje neusklađenosti osjećaja i misli. Iako oboljela osoba može zadržati relativno normalno funkcioniranje, ona nije usklađena sa vanjskim svijetom te živi u svom izoliranom svijetu. [1]

Rana pojava bolesti, najčešće u dobi od 15 do 30 godina, te kronični tijek čine ovu bolest posebno onesposobljavajućom za oboljele kao i za njihove obitelji. Uz shizofreniju se često vežu netočna vjerovanja i prosudbe poput onih o opasnosti, neizlječivosti i nesposobnosti za život te da je za nastanak bolesti odgovorna oboljela osoba i roditelji koji bolest nisu na vrijeme spriječili odgojem. Suprotno tome, shizofrenija je multifaktorski determinirana što znači da na pojavu bolesti utječu socijalni, biološki i psihološki čimbenici. Bolest se jednako pojavljuje u oba spola, te u različitim kulturama, kod osoba svih društvenih slojeva i obrazovanja. Može se pojaviti u osoba srednje i starije životne dobi iako je najčešća u mladenačkoj dobi, a muškarci uglavnom obolijevaju ranije nego žene. Bolest se može pojaviti u jednoj, ali i više epizoda, a akutna faza bolesti može se prepoznati po tipičnim simptomima bolesti. Izvan epizoda bolesti, u razdoblju remisije, koja uz odgovarajuće liječenje može trajati godinama, simptomi su blagi ili ih uopće nema. Liječenje pomaže da su epizode rjeđe i simptomi blaži, a kvaliteta života pacijenta veća. Način na koji osoba oboli, te kakav je pristup obitelji i stručnjaka, određuje put oporavka i život oboljele osobe. Farmakoterapija je u liječenju važna jer omogućuje simptomatski i socijalni oporavak te omogućuje oboljeloj osobi da upravlja svojim stanjem i živi ispunjen život. [1,2]

Tema ovog završnog rada, vezana je uz bolest shizofreniju. Koncept rada je podijeljen na dva dijela: prvi se odnosi na opis kliničke slike bolesti, dijagnozu i proces liječenja te drugi dio u kojem je opisana zdravstvena njega osobe oboljele od shizofrenije. U drugom dijelu su

opisani proces zdravstvene njege i specifični standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi bolesnika koji boluje od shizofrenije.

2. Shizofrenija – značenje i povijest

Shizofrenija je psihički poremećaj koji utječe na sposobnost osobe da razlučuje što je stvarno, a što nestvarno, a bolesni se vrlo često susreću s poremećajem mišljenja, osjećaja i percepcije te neprikladnim emocionalnim izražavanjem. Izvješća o bolestima sličnim shizofreniji mogu se naći čak i u drevnim književnostima. Međutim, prvi opsežni opis datira na početak 18. stoljeća, a shizofrenija je definirana kao rana demencija u 19. stoljeću. Francuski psihijatar, Benedict Augustine Morel, uveo je pojam *dementia praecox*, ili „preuranjena demencija“ ili „mladenačko ludilo“. Suvremeni koncept shizofrenije prvi je formalizirao i definirao njemački psihijatar Émil Kraepelin koji je integrirao suvremene opise katatonije i hebefrenije. Iako je Kraepelin prihvatio naziv demencije *praecox*, naveo je da se radi o poremećaju neuroanatomske patologije i etiologije. Ta izjava je izazvala rano i kontinuirano zanimanje za anatomiju središnjeg živčanog sustava, a time i pozadinu shizofrenog procesa. Kraepelin je kao glavne simptome opisao halucinacije, negativizam, sumanute ideje, emocionalnu disfunkciju, stereotipno ponašanje i poremećaje pozornosti. [3]

Švicarski psihijatar Eugen Bleuler uveo je termin shizofrenija 1911. godine, a taj termin je brzo zamijenio prethodni, *dementia praecox*. Razvio je hijerarhiju koja je razlikovala temeljne i pomoćne simptome. Temeljne simptome dijelili su svi podtipovi shizofrenije kao zajedničke i uključivali su poremećene asocijacije ili ono što danas nazivamo kognitivnim poremećajima. Psihički raskol ili rascjep, ambivalentnost, autizam i nesklad su značajke koje označavaju primarne deficite za Bleulera, dok su bujni psihotični simptomi: deluzija i halucinacija konceptualizirani kao sekundarni ili pomoćni osnovnim kognitivnim poremećajima. Bleuler je kod nekih oboljelih primijetio različite simptome te je osmislio novi naziv *schizophrenia simplex*. Taj tip oboljenja ne karakteriziraju produktivni simptomi već se osoba povlači u sebe te dolazi do funkcionalnog zakazivanja svih socijalnih relacija. On je zaključio kako se bolest ne pojavljuje samo u mladosti i ne završava uvijek demencijom. Također navodi da kod mladih ljudi ne dolazi do intelektualnog propadanja nego do djelomičnog ili potpunog rascjepa misli od osjećaja. Za specifične simptome bolesti je osmislio naziv „4A“, odnosno, autizam, poremećaj asocijacija i afekta te ambivalencija, te je kasnije, dodao još dva „A“

simptoma, poremećaj pažnje (attention) i anormija (odsutnost vitalnih i nagonskih dinamizama). Podijelio je simptome na primarne i sekundarne. Primarni su „A“ simptomi, a sekundarni (akcesorni) simptomi, su sadržajni poremećaji mišljenja (sumanute misli) i poremećaji opažanja (halucinacije). Bleulerova napredna kognitivna teorija shizofrenije bila je ispred njenog vremena, a teško ju je bilo dokazati i pouzdano definirati zbog nedostatka mjernih alata. Trebalo je još 100 godina neurokognitivnog istraživanja s ciljem sužavanja temeljnog shizofrenog poremećaja da bi se došlo do pojma koji je danas općeprihvaćen u svijetu. [4]

3. Etiologija i epidemiologija

Shizofreniju uzrokuje kombinacija čimbenika koji uključuju biološke i psihosocijalne čimbenike. Biološki čimbenici vezani su za promjene u mozgu i genetiku dok su psihosocijalni vezani za faktore okoline koji izazivaju stres - primjerice nepovoljni događaj, manjak samopouzdanja, nedostatak socijalnih vještina. Važno je napomenuti da genetički faktor kao prisutnost bolesti u obitelji može biti faktor rizika no stresor iz okoline mora biti prisutan da bi se bolest pojavila stoga isključivo biološka vunerabilnost ne može sama po sebi izazvati poremećaj. Biološka vunerabilnost je predodređenost ili sklonost pojavi neke bolesti i naziva se još i predispozicija. Kod osoba koje ima biološku predispoziciju za nastanak bolesti, ona je stalno prisutna, s njom je ili rođena ili ju je stekla u vrlo ranom razvoju, a liječenje dovodi do toga da se bolest ne pojavi ili pojavljuje rjeđe i tim se načinom stabilizira biološka osjetljivost. Iako uzrok nastanka shizofrenije još nije poznat, dosadašnja istraživanja su pokazala da postoje razlike u funkcioniranju mozga zdrave i osobe oboljele od shizofrenije. Navedene razlike nisu prisutne kod svih oboljelih no postoji poveznica u razlici pojedinih neurotransmitera u različitim dijelovima mozga te promjene u nekim regijama. Također, modernim tehnikama snimanja rada mozga istraživači su otkrili razlike u funkcioniranju mozga kod zdravih osoba u odnosu na oboljele. [1]

Poremećaj u količini neurotransmitera u mozgu dovodi do promjena u osjećajima, mišljenju i ponašanju te utječe na cjelokupan život osobe. Istraživanja su pokazala da mozak osobe oboljele od shizofrenije u nekim regijama mozga proizvodi velike količine neurotransmitera dopamina dok ga u drugim regijama ne proizvodi dovoljno. Višak dopamina dovodi do neravnoteže u osjećajima te dovesti do psihotičnih simptoma od kojih su najčešće slušne

halucinacije. Manjak dopamina najčešće dovodi do nedostatka motivacije i empatije te ostalih kognitivnih simptoma koji uključuju poremećaj pažnje te halucinacije i bolesna vjerovanja. Slično je i sa razinom neurotransmitera serotonina u mozgu. U mozgu oboljelih također je primijećena snižena razina neurotransmitera GABA. Sniženje GABA uzrokuje da mozak reagira na puno podražaja zbog smanjene sposobnosti da razluči na koje podražaje mora reagirati. Kod nekih oboljelih pronađene su asimetrije režnjeva, osobito čeonog ali i atrofija temporalnog režnja. U nekim istraživanjima došlo se do zaključka da se kod osobe koja nema shizofreniju prilikom govora pojača aktivnost u čeonom dijelu mozga a smanji aktivnost dijela mozga koji je zadužen za slušanje dok se kod osobe s shizofrenijom ne smanjuje aktivnost već mozak jednako procesuiru i slušne informacije. Navedene promjene mozga mogu učiniti osobu ranjiviju i osjetljiviju na emocionalne i fizičke stresove. Zasad ne postoji dokaz da alkohol ili droga dovode do biološke vulnerabilnosti no alkohol i korištenje droga svakako mogu biti faktor okidač za pojavu bolesti ili pogoršavanje simptoma postojeće bolesti. [5]

Rizik za nastanak bolesti povezan je i s prisutnošću bolesti u obitelji. Genetička istraživanja su potvrdila da su nepovoljni faktori okoline poput ranog oštećenja od iznimnog značaja za pojavu bolesti te da zasad nije otkriven gen nositelj bolesti koji bio zaslužan za pojavu bolesti. Sukladno tome, ako u obitelji ima oboljelog od shizofrenije i osoba ima nasljednu predispoziciju za nastanak bolesti, do pojave bolesti može doći samo uslijed nepovoljnih faktora okoline. Nepovoljni faktori mogu biti biološke prirode primjerice uzimanje droga, ali i psihološki i socijalni poput nepovoljne odgojne sredine ili izloženosti stalnom stresu. Stres također nije uzročnik shizofrenije no može utjecati na pojavu ili pogoršanje bolesti. Stresori se u ovom slučaju dijele na biološke, kojima pripadaju droga i alkohol, emocionalne kojima pripada gubitak voljene osobe ili ljubimca, loši ekonomski uvjeti te kronične psihosocijalne stresove koji podrazumijevaju uznemirujuće i narušene odnose u obitelji, socijalne izolacije, teškoće u odgojnoj okolini i odrastanju. [2]

Ukoliko osoba ima jednog oboljelog roditelja, ima 10% rizik za oboljenje, ukoliko se radi o oba roditelja rizik je 40%. Za nekog tko ima djeda ili baku oboljele od shizofrenije rizik je 3%, u široj rodbini 2%, a svi ostali mogu očekivati oboljenje jedne osobe na 100 što znači 1% rizika za oboljenje od shizofrenije ukoliko osoba nema oboljelih u obitelji. [3]

4. Postavljanje dijagnoze shizofrenije

Ne postoje laboratorijske pretrage koje bi potvrdile prisutnost shizofrenije. Također ne postoji ni metoda pretrage mozga kojom bi se mogla dijagnosticirati ova bolest već pretrage služe samo da bi se isključile druge bolesti mozga. Shizofreniju dijagnosticira liječnik psihijatar ukoliko pregledom otkrije da osoba ima tipične simptome shizofrenije koji traju minimalno mjesec dana te isključi druge poremećaje koji ponekad mogu imitirati simptome shizofrenije. Psihотиčni simptomi i promjene ponašanja koja se mogu pronaći kod shizofrenije mogu se pojaviti i kod nekih drugih oboljenja kao što su multipla skleroza ili Wilsonova bolest kao i kod zloupotrebe droga poput kokaina. U Hrvatskoj se liječnici služe internacionalnom MKB 10 klasifikacijom SZO za postavljanje dijagnoze. No, bez obzira na klasifikaciju, liječnik će uvijek dijagnosticirati shizofreniju kad postoje tipični simptomi primjerice slušne halucinacije koje aludiraju negativne primjedbe na pacijentovo ponašanje u trajanju najmanje mjesec dana. Liječnik će nerijetko postavljati i dodatna pitanja te predložiti pojedine pretrage ili uputiti neurologu na neurološki pregled kojima se isključuju pojedine bolesti poput epilepsije ili tumora mozga. Liječnik će napraviti cjelokupnu procjenu socijalnog funkcioniranja i to uključuje procjena podataka vezanih za život bolesnika od rođenja do razbolijevanja, utjecaj simptoma na obavljanje životnih funkcija, procjena odnosa s članovima obitelji, komunikacijske vještine i financijski status. Informacije koje liječnik prikupi su povjerljive i etički kodeks medicinske struke ga obvezuje na povjerljivost podataka. [6,7]

5. Klinička slika

Liječnici cijelog svijeta služe se međunarodnom klasifikacijom bolesti (MKB-10) kako bi postavili dijagnozu shizofrenije. U klasifikaciju su uključeni svi simptomi koji se pojavljuju s oboljenjem od ove bolesti. Prva skupina simptoma nabrojena je od a) do d) a druga od e) do h). Za dijagnozu shizofrenije potrebno je imati jedan simptom u prvoj skupini ili najmanje dva simptoma druge skupine u trajanju najmanje mjesec dana. Nažalost je uobičajeno da oboljeli imaju nekoliko simptoma iz obje skupine u trajanju puno dužem od mjesec dana, nekada prođu i godine prije nego zatraže liječničku pomoć. Vrijeme koje bolesnik provede u odgađanju posjete liječniku izgubljeno je vrijeme koje bolesnik najčešće

provede u sukobu s okolinom u kojoj živi te je stoga bitno što ranije prepoznati simptome bolesti i započeti liječenje oboljelog. [3,1]

Grupa simptoma od „a“ do „d“:

- a) umetanje ili oduzimanje misli, jeka misli, emitiranje misli
- b) sumanuto percipiranje i sumanute ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti, koje se jasno odnose na specifične misli, postupke ili osjećaje
- c) halucinatorni glasovi koji međusobno razgovaraju o bolesniku i komentiraju bolesnikovo ponašanje, te glasovi koji potječu iz nekog dijela tijela bolesnika
- d) sasvim nemoguće, trajne sumanute ideje, kulturno neprimjerene (o vjerskom ili političkom identitetu, nadljudskoj moći i sposobnostima); sposobnost upravljanja meteorološkim pojavama ili komuniciranje s izvanzemaljskim bićima [15]

Grupa simptoma od „e“ do „h“

- e) trajne halucinacije bilo kojeg modaliteta, praćene prolaznim ili sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja i precijenjenim idejama
- f) prekidi misli ili ubacivanje u tijek misli, što kao posljedicu ima nepovezan ili irelevantan govor, te neologizme
- g) katatono ponašanje (uzbuđenje, zauzimanje neprirodnog položaja, voštana savitljivost, negativizam, stupor
- h) „negativni“ simptomi kao što su izrazita apatija, oskudan govor, tupost ili nesklad emocija, što obično uzrokuje socijalno povlačenje i pad socijalne efikasnosti. Mora biti jasno da nije riječ o posljedici depresije ili neuroleptične terapije
- i) promjena ukupne kvalitete nekih aspekata osobnog ponašanja koje se izražava kao bitan gubitak interesa, besciljnost, pasivnost, zaokupljenost sobom i povlačenje iz društva. [15]

5.1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi nisu prisutni kod osoba koje nemaju poremećaj mentalnog zdravlja a uključuju halucinacije, deluzije i nelogičan govor. Također se nazivaju i psihotičnim te ih karakterizira vjerovanje bez realne osnovice sa velikim odklonom od stvarnosti. Osobi se stvarnost u njenoj glavi čini jednako realnom kao i zdravim ljudima „naša“ stvarnost te pod dominacijom psihotičnih simptoma teško pravi granicu između realnosti i svojih doživljaja posebice ako se epizoda pojavljuje prvi puta, doživljaj je izrazito intenzivan. Nakon liječenja tj. zbrinjavanja simptoma, osoba može razlučiti stvarnost od simptoma bolesti te se sukladno tome i ophoditi tokom psihotičnih doživljaja i na taj način smanjiti broj neadekvatnih postupanja i nesporazuma s okolinom. [4]

5.1.1. Deluzije

Oboljeli često imaju čvrsta uvjerenja i bolesne ideje iako za njih nemaju argumente ni dokaze te se ne mogu ispraviti tumačenjem. Ideje često sadrže pogrešna tumačenja stvarnih zbivanja što je vrlo slično praznovjerju no bitna je razlika što vjerovanje u te ideje ne dijele s drugim ljudima. Najčešće deluzije su vjerovanje da oboljelog netko prati ili prisluškuje, kako netko upravlja njihovim mislima te da su progonjeni. Također moguća je i pojava vjerovanja da su značajne osobe. Nakon liječenja, oboljeli nerijetko prepoznaju kako se radilo o bolesti no prije prepoznavanja simptoma bolesti, uvjerenja su za oboljelog stvarna iako je okolini potpuno jasno da su nemoguća. Kod deluzija razlikujemo nekoliko vrsta bolesnih ideja. Prva skupina su ideje kontrole koje podrazumijevaju vjerovanje da vanjska sila primjerice poput hipnoze ili telepatije upravlja ponašanjem oboljelog te on služi samo kao izvršitelj radnje. Druga skupina često se naziva bizarnim deluzijama jer su ideje toliko apsurdne da ne postoji mogućnost primjerenosti kulturi kojoj pacijent pripada. Primjer takve bizarne deluzije je vjerovanje da je netko u pacijentov mozak daljinski ugradio elektrode kako bi pratio pacijenta ili da pacijent preko plombe u zubu čuje glas izvanzemaljaca. Druge bolesne ideje nisu nemoguće u tolikoj mjeri kao bizarne deluzije te nisu nemoguće da se dogode ikome no nemoguće su za pojedinog pacijenta. Primjer takve bolesne ideje su ideje odnosa gdje pacijent pridaje značaj svakodnevnim stvarima i vjeruje da su povezane s njim. Deluzije odnosa su intenzivne i učestale ideje odnosa koje iz sumnjičavosti protumačenih znakova prelaze u proganjanje i neprestani oprez i nepovjerenje prema ljudima. Postoje i deluzije ljubomore kad

oboljeli ima pogrešna uvjerenja o nevjernosti partnera. Oboljeli od shizofrenije može imati i grandiozne ideje odnosno precijenjene ideje o vlastitim sposobnostima i nerealne nadmoći u odnosu na druge ljude. Primjer takve megalomanije je kad osoba vjeruje da ima sposobnost liječenja ljudi ili da je plemenitog podrijetla i raspolaže izrazitim znanjem i moći. Somatske iluzije postoje kad osoba ima krivo vjerovanje o funkcioniranju tijela i tjelesnih organa te liječnička potvrda npr. RTG snimkom oboljelog ne razuvjerava njegovih ideja. Deluzije su stvarne za oboljelog jednako kao što su nestvarne za okolinu te se ne preporučuje osobu razuvjeravati već oboljelog moramo prihvatiti zajedno s deluzijama. Razgovor o činjenicama zbog kojih oboljeli misli da su deluzije stvarnost, mogu kratkotrajno potaknuti sumnjičavost pacijenta u istinitost deluzija pa se psihoterapeuti u radu s deluzijama koriste metodom poticanja razgovora. [4]

5.1.2. Halucinacije

Halucinacije su pogrešna percepcija osjetila. Osoba vidi, čuje, osjeća dodir, okus i miris nečega što nije stvarno kod posve zdravih osjetila i bez stvarnog vanjskog podražaja na osjetilo. Slušne halucinacije su vrlo tipične za shizofreniju, glasovi se mogu obraćati izravno oboljelom, mogu komentirati oboljelog u trećem licu, mogu dolaziti iz glave ali i iz zidova, glasovi mogu biti poznati i nepoznati a mogu biti i razumljivi i nerazumljivi. Većina halucinacija je neugodna te ih pacijenti nerijetko taje jer se boje da će to za njih imati negativne posljedice. Taktilne (opipne) halucinacije pojavljuju se češće kod uzimanja droga i alkohola no postoje primjeri oboljelih koji osjećaju udarce nevidljivih sila po tijelu. Vidne i njušne halucinacije su također rjeđe od slušnih no najviše su izražene u akutnim fazama bolesti mada kod nekih oboljelih mogu biti prisutne povremeno i kontinuirano. [4]

5.1.3. Mišljenje i govor

Mišljenje može biti poremećeno sadržajem, no mišljenje i govor također mogu biti teško razumljivi i nelogični. Oboljela osoba najčešće tu poremećenost ni ne primijeti no zato ju primijeti okolina oboljelog. Nerazumljiv govor je posljedica poremećaja misli i tad oboljeli skače s teme na temu te ga je teško pratiti. Manifestira se kao govor bez logične povezanosti i konstrukcija rečenica, iskrivljenje gramatike, detalji koji nisu važni te nagle promijene teme i

korištenje neologizama. Neologizmi su iskrivljene riječi, riječi koje je izmislio pacijent ili riječi koje postoje no pacijent im je dao novo značenje. Također se javlja i blok misli kad oboljeli prekida proces mišljenja prije nego ju završi, govor može biti siromašan što nužno ne znači da koristi manji broj riječi već govori dovoljno ali malo toga uspijeva reći. [4]

5.1.4. Katatonični simptomi

Katatonični simptomi odnose se na kompletnu šutnju nazvanu mutizam, voštane savitljivosti kod koje tijelo može biti savijeno kao da je od voska, zauzimanje neprirodnog položaja kojeg mogu zadržati satima, ekstremno uzbuđenje i nemir ali potpuno ukočenje i nekomuniciranje koje se naziva stupor. [4]

5.1.5. Jeka misli

Umetanje misli je simptom kod kojeg bolesnik vjeruje da mu netko u glavu ubacuje misli koje nisu njegove vlastite. Oduzimanje misli se odnosi na stanje u kojem pacijent vjeruje da mu netko krade misli jednu po jednu što njega ostavlja bez ijedne misli i mogućnosti razmišljanja. Glasne misli i emitiranje misli su simptomi kod kojih pacijenti čuju ozvučenje svojih misli te misli da ih tako čuju i ostali, bez izgovaranja naglas te osoba doživljava kako više nema privatnih misli. [4]

5.2. Negativni simptomi

Negativni simptomi su rezultat dugog trajanja stanja u kojem osoba ima oscilacije u motivaciji, interesu i energiji u smislu da nije raditi stvari poput brige za sebe, rad u kući ili obavljati radne obaveze na poslu. Također podrazumijeva pasivizaciju, nedostatak inicijative, nesklad u izražavanju emocija te siromašni i nespontani govor. Rezultat navedenih simptoma je najčešće izolacija, povlačenje iz društva te nebriga o vlastitoj pojavi i higijeni. Simptomi se nazivaju negativnima jer su povezani sa funkcijama koje su ranije bile prisutne. Za razliku od pozitivnih simptoma koji uspješno reagiraju na terapijsko liječenje, negativni simptomi su često veći problem koji zahtijeva rehabilitaciju s uključenim psihosocijalnim metodama kojima se obnavlja rutina svakodnevnog života kod pacijenta. [4]

5.2.2. Smanjenje motivacije

Smanjenje motivacije se manifestira kao smanjena sposobnost uživanja što rezultira poteškoćama u stvaranju intimnih relacija i komunikaciji. Mnogi oboljeli ostavljaju dojam emocionalno hladne osobe zbog poteškoća u izražavanju emocija. Poremećaji emocija se odnose na smanjenje intenziteta emocionalnog doživljavanja i zaravnjenja emocija tzv. tupost. Osjećajna zaravnjenost vidljiva je u smanjenju mimike lica, pokreta i smanjenog ili nikakvog kontakta očima. Također može postojati i neusklađenost između emocionalnog izražavanja i misli koje se iznose pa npr. osoba može govoriti o smrti bliske osobe s osmijehom na licu. [4]

5.2.3. Bezvoljnost, pasivizacija i nedostatak inicijative

Ovi simptomi se manifestiraju u obliku smanjene motivacije za učenje i posao te sudjelovanje u aktivnostima razonode, smanjene sposobnosti uživanja i nezainteresiranosti za svakodnevne aktivnosti poput odijevanja i održavanja osobne higijene. Osoba je u stanju dane provesti ležeći u krevetu nesposobna za ikakve aktivnosti. Ovi simptomi se često tumače kao lijenost te se ne prepoznaju kao bolest što dovodi do sukoba s okolinom u kojoj pacijent živi. [4]

5.2.4. Drugi simptomi

Postoji niz simptoma koji se javljaju kod brojnih drugih psihičkih bolesti a mogu također biti prisutni kod shizofrenije. Simptomi nisu tipična slika shizofrenije no oboljelima uz tipične simptome uvelike otežavaju, te uzrokuju poteškoće koje zahtijevaju liječenje. [4]

5.2.5. Depresija

Trećina ljudi koji boluju od shizofrenije ima iskustvo sniženog raspoloženja i simptome depresije koji se mogu pojaviti u bilo kojoj fazi bolesti. Simptomi uključuju gubitak interesa depresivno raspoloženje, i gubitak zadovoljstva u stvarima u kojima je osoba prije uživala, psihomotorna usporenost ili nemir, slaba koncentracija i zaboravljivost, najčešće smanjen apetit iako može biti i povećan, poremećeni obrazac spavanja, smanjenje seksualne želje i

funkcije i nabrojani simptomi koji traju svakodnevno kroz više tjedana/mjeseci. Nabrojane simptome nerijetko prate i pesimistične misli, sniženo samopouzdanje te suicidalne misli. [4]

5.2.6. Agresivnost

Naslovi u medijima negativno doprinose predodžbi shizofrenije u javnosti koja je nerijetko povezana sa agresivnim ponašanjem i opasnošću za društvo. Suprotno tome, shizofreni bolesnici su češće žrtva nasilja nego li su sami nasilni. Ukoliko je osoba agresivna prije postavljanja dijagnoze shizofrenije, to može biti razlog prisilnog dovođenja u bolnicu i prisilne hospitalizacije. [4]

5.2.7. Tjeskoba

Tjeskoba je reakcija na stresne događaje u životu te se manifestira pojačanim znojenjem, lupanjem srca, osjećajem nemira, napetosti i straha. Važno je prepoznati simptome te poraditi na njihovom ublažavanju jer visoka razina tjeskobe može dovesti do pogoršanja ili pojave epizode bolesti. Načini ublažavanja mogu biti vježbe disanja i relaksacije, umjerena fizička aktivnost, ispunjeno slobodno vrijeme no ukoliko nefarmakološke metode ne daju rezultata, liječnik može pripisati anksiolitik. [4]

5.2.8. Nesanica

Nesanica također može izazvati rizik za pogoršanje bolesti a uključuje poteškoću usnivanja, učestalo noćno buđenje te rano buđenje. Ublažavanje ovog simptoma bolesti može se higijenom spavanja ili uzimanjem lijekova kojima je svrha olakšavanja sna. [4]

5.3. Prodromi

Prodromi su rani simptomi shizofrenije koji se prepoznaju kad je shizofrenija već dijagnosticirana. Naime bolest shizofrenija ne dolazi preko noći. Osoba prolazi kroz jedno čitavo razdoblje pojavljivanja simptoma koji se isprva ne prepoznaju pa stoga ni ne povezuju

sam shizofrenijom. Prodromi se pojavljuju prije tipičnih simptoma shizofrenije i početak razdoblja prodroma najčešće počinje velikom promjenom ponašanja osobe bez adekvatnog objašnjenja. Prodromi nekad mogu potrajati godinama prije prelaska u tipične simptome shizofrenije. Najčešći prodromi su: zakazivanje u socijalnim ulogama, razdražljivost, sumnjičavost, smanjenje koncentracije i motivacije, nesposobnost smijanja, nemogućnost plakanja, pretjerana osjetljivost na buku i svjetlost, iznenadna velika aktivnost ili iznenadna neaktivnost, korištenje neobičnih riječi i nesmislenih izjava, nazivanje bliskih osoba usred noći, zauzimanje neobičnih poza, dugovremeno zagledavanje u jednu točku, ekstremna religiozna uvjerenja. Neke od navedenih simptoma je teže razdvojiti od uobičajeno promjenjivog ponašanja u životu stoga ih je teško i prepoznati kao rane simptome shizofrenije. [6]

5.4. Tjelesni simptomi

Postoji mnogo tjelesnih simptoma koji su povezani sa shizofrenijom no nijedan od znakova nije specifičan simptom bolesti. Kod nekih oboljelih od shizofrenije primijećene su abnormalnosti u očnim pokretima te treptanju i broju treptaja. Treptanje je pod kontrolom dopaminergičkog sustava, a upravo je taj sustav često pogođen kod osoba oboljelih od shizofrenije. Dopaminergički sustav je podložan neurogenerativnim promjenama te je kod oboljelih dokazano smanjenje alfa aktivnosti (EEG) a sukladno tome povećan broj treptaja. Za podraženost autonomnog sustava odgovorna je anksioznost oboljelih a čestaa je i pojavnost poremećaja probave i interkurentnih infekcija organizma. Kod shizofrenih bolesnika također je česta pojavnost metaboličkog sindroma. Metabolički sindrom je stanje organizma koje uključuje pretilost, poremećenu koncentraciju lipoproteina u krvi, inzulinsku rezistenciju i hipertenziju. Problematika otkrivanja metaboličkih poremećaja jest liječenje antipsihoticima koji ponekad uzorkuju poremećaje metabolizma. Također je primijećeno je da oboljeli često imaju potrebu u organizam unositi velike količine tekućine. Oko 25 do 50% ima hiponatrijemiju kao posljedicu polidipsije. [4]

6. Tipovi shizofrenije

Za postavljanje dijagnoze shizofrenije (F20) treba postojati barem jedan simptom. Stanja koja imaju prisutne ove simptome kraće vrijeme nego mjesec dana dijagnosticiraju se kao akutni psihotični poremećaj sličan shizofreniji (F23.2), te samo ako ti simptomi traju dulje vrijeme dijagnoza shizofrenije može se potvrditi. Deseto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije razlikuje sljedeće tipove shizofrenije: paranoidna shizofrenija (F20.0), hebefrena shizofrenija (F20.1), katatona shizofrenija (F20.2), nediferencirana shizofrenija (F20.3), posthipozna shizofrenija (F20.4), rezidualna shizofrenija (F20.5), jednostavna shizofrenija (F20.6), druga shizofrenija (F20.8), shizofrenija nespecificirana (F20.9). [7]

6.1. Paranoidni tip shizofrenije

Psihijatar će postaviti dijagnozu paranoidnog tipa shizofrenije kad su kod oboljele osobe izražene deluzije i slušne halucinacije. Najčešće su to ideje proganjanja i veličine popraćene tipičnim slušnim halucinacijama. Kognitivni i negativni simptomi su slabije izraženi. [4]

6.2. Hebefreni / dezorganizirani tip shizofrenije

Hebefreni tip shizofrenije karakterizira nerazumljiv govor kao posljedica nelogičnosti misli oboljelog, izrazito poremećeno ponašanje od djetinjastog do prisutnog neodgovarajućeg seksualnog te izrazita uzbuđenost i agresija bez vanjskog poticaja. [4]

6.3. Katatonični tip shizofrenije

Karakterizira se dvjema krajnostima, pretjeranom pokretljivošću tijela ili odsutnosti pokreta. Simptomi se manifestiraju voštanom savitljivošću i potpunom motoričkom ukočenošću nazvanom stupor. Može se pojaviti i ponavljanje riječi zvano eholalija i ponavljanje pokreta drugih osoba zvano ehopraksija. [4]

6.4. Nediferencirani tip shizofrenije

Ukoliko nema dominacije pojedinih simptoma, liječnik psihijatar dijagnosticira ovaj tip shizofrenije. [4]

6.5. Rezidualni tip shizofrenije

Dijagnoza rezidualnog tipa shizofrenije postavlja se kad je oboljela osoba imala jednu ili nekoliko epizoda shizofrenije no u posljednje vrijeme prisutni su negativni simptomi bolesti. [2]

6.6. Simpleks shizofrenija

Simpleks shizofrenija je oblik shizofrenije kod koje dolazi do izrazitog pada u socijalnom funkcioniranju te prevladavaju samo negativni simptomi bolesti. Dolazi također do velike promjene ponašanja u odnosu na prije bolesti te dijagnoza ovog tipa nije česta. [4]

7. Stigmatizacija oboljelih

Kombinacija straha od nepoznatog i neznanja doprinijela je stvaranju ukorijenjenih mitova i predrasuda te svakodnevno uzrokuje stigmatizaciju ljudi oboljelih od shizofrenije. Oboljeli se smatraju nasilnima, krivima za bolest, nepredvidivima, nesposobnima, neodgovornima i lijenima. Predrasuda da se shizofrenija ne može izliječiti glavni je razlog stigmatizacije. Psihičke bolesti a ujedno i shizofrenija jedno je od rijetkih područja medicine na čiji spomen se vezuje osjećaj nelagode, predrasuda, izbjegavajućeg ponašanja i straha. Kombinacija psihičke bolesti, stigmatiziranosti i diskriminacije može biti pogubna za oboljele i igra veliku ulogu u njihovoj socijalnoj i emocionalnoj izoliranosti, što vodi još većoj patnji. Diskriminacijom se povređuju temeljna ljudska prava. [9]

8. Pojava, tijek i razvoj shizofrenije

Oboljenje od shizofrenije se odvija u nekoliko faza. Prva je prodromalna faza koja prethodi bolesti, nadalje akutna ili aktivna faza bolesti, zatim faza stabilizacije i posljednja rezidualna faza. Prodromalna faza se javlja prije tipičnih simptoma bolesti i mnogi oboljeli ju nakon postavljene dijagnoze shizofrenije jasno opisuju kao promjenu ponašanja od uobičajenog. Početak akutne faze karakterizira pojava simptoma kao što su halucinacije (najčešće slušne) i deluzije, osjećaj ugroženosti i pojačane budnosti te različita kriva vjerovanja. Tijekom trajanja ove faze, okolini je jasno da je osoba bolesna no bolesniku su njegove halucinacije stvarne te je takva promjena u ponašanju čest sukob oboljelog s okolinom. Sukladno tome, najbolje rješenje tijekom ove faze bolesti je hospitalizacija i rani početak adekvatnog liječenja. Faza stabilizacije je razdoblje kad se akutni simptomi povuku te zbog primjene lijekova, psihoedukacije oboljelog i obitelji te treningom socijalnih vještina oboljeli može boraviti izvan bolnice. [10]

9. Tijek bolesti

Tijek bolesti je individualan pojam na koji utječu brojni faktori koji variraju od osobe do osobe a od kojih je najvažnija suradnja u liječenju. Neki od faktora koji također utječu na prognozu bolesti su: socijalno funkcioniranje i duljina trajanja bolesti prije početka bolesti i liječenja, obrazovanje, kognitivne sposobnosti, uvid u bolest, odnos pacijenta, obitelji i osoblja te socijalna podrška i komunikacija. Mogućnost oporavka povezana je s liječenjem iako su moguće i spontane remisije bolesti bez liječenja. Postoji velika vjerojatnost da će se nakon prve epizode pojaviti i druga ali i da je nestanak simptoma prve epizode moguć u razdoblju od tri mjeseca do godine dana. Medicina govori o prosječnim izgledima za oporavak te kako ih povećati. Razlozi za optimističnost gledišta na mogućnost oporavka su efikasnost liječenja potkrijepljena brojnim istraživanjima koja nalažu djelotvornost psihofarmaka i psihoterapijskih metoda liječenja. [11]

9.1. Oporavak

Oporavak od shizofrenije je moguć i označava povlačenje simptoma u mjeri koja zadovoljava nesmetano funkcioniranje pacijenta da živi zadovoljavajući život i da postiže svoje ciljeve. Oporavak ne znači nužno potpuno povlačenje simptoma već suživot s bolešću kao i s drugim kroničnim bolestima koje oboljelog ne sprječavaju u svakodnevnim aktivnostima. Karakteristika oporavka je prihvaćanje bolesti kao suputnika s kojim se oboljeli nosi i koji ne utječe na sposobnosti i talente oboljelog. Važno je promijeniti stav prema bolesti i poticati osnaživanje osobnosti i samopouzdanja. [12]

10. Reakcija na bolest i život sa shizofrenijom

Reakcija na bolest povezana je s bolesnikovim uvidom u samu bolest, tj. sa stupnjem svjesnosti i razumijevanja o bolesti. U uvidu u bolest pomaže uspješno liječenje jer oboljeli tada može razaznati razliku između simptoma bolesti i stvarnosti što doprinosi suradnji tokom liječenja ali i boljoj prognozi izlječenja. Psihijatri se suočavaju s nizom problema prilikom dijagnosticiranja shizofrenije jer pacijenti najčešće sumnjaju u točnost postavljene dijagnoze te svoja stanja pokušavaju objasniti drugim argumentima što vodi gubitku vremena koje je provedeno u negiranju a koje je moglo biti usmjereno u suradnju i liječenje. Zablude o shizofreniji pridonose odbijanju i negiranju dijagnoze što ukazuje na problem needukacije stanovništva o ovoj bolesti koja ukoliko je uspješno liječena ne predstavlja problem za oboljelu osobu i ne remeti svakidašnje funkcioniranje. Pomoći mogu osobe koje su liječene ili koje su bile liječene od shizofrenije jer na temelju njihovog iskustva oboljeli može dobiti informaciju iz prve ruke i postepeno promijeniti stav o bolesti što doprinosi bržem prihvaćanju dijagnoze i oporavku. [13,14]

11. Liječenje

Shizofrenija je recidivirajuća, kronična, i po ličnost razarajuća bolest u epizodama. Ne postoji univerzalna terapija koja djeluje na sve oboljele. Do remisije bolesti kao i do potpunog oporavka može dovesti jedino kombinacija različitih oblika liječenja. Kombinacija psihoterapije i psihofarmaka daje bolje rezultate u liječenju shizofrenije nego svaka terapija pojedinačno. Postići što dulju remisiju bolesti je cilj liječenja shizofrenije. U liječenju shizofrenije sudjeluje velik broj stručnjaka poput psihijatra, medicinskih sestara, psihologa, fizioterapeuta i ranog terapeuta no često je potrebna suradnja i sa liječnicima obiteljske medicine ali i institucijama koji se bave zapošljavanjem te institucijama socijalne skrbi. Shizofrenija je bolest koja ima svoju biološku osnovu koja se neće aktivirati ukoliko nema psihosocijalnih faktora iz okoline. Zato je važno razumijevanje psihosocijalnih faktora koji mogu negativno utjecati te ih stabilizirati farmakoterapijom i psihoterapijom. [16,17]

11.1. Liječenje lijekovima

Liječenje shizofrenije je simptomatsko što znači da je cilj eliminiranje simptoma bolesti kako bi se smanjio ukupan razarajući učinak bolesti. Zasad nema simptoma koji bi mogli potvrditi shizofreniju već se dijagnostika temelji na prepoznavanju skupina različitih simptoma koji su netipični za ostale psihičke bolesti. Za shizofreniju vrijedi da se kod jednog oboljelog mogu pojaviti svi simptomi ali ni jedan simptom nije prisutan kod svih oboljelih. Odgađanje liječenja smanjuje uspješnost liječenja stoga je vrlo važno što ranije početi odnosno početi odmah po postavljanju dijagnoze. Pronalazak najbolje kombinacije terapije te terapije u pravoj dozi je iznimno zahtjevan zadatak stoga je važna međusobna suradnja oboljelog i liječnika. [4]

11.1.1. Antipsihotici

Simptome shizofrenije ublažavaju antipsihotici koji se uzimaju svakodnevno oralnim putem u obliku tableta ili se apliciraju intramuskularno jednom ili dvaput mjesečno. Djelovanje antipsihotika ublažava psihotične simptome tj. djeluje smirujuće, misli i opažanja dovode u red, smanjuju uzbuđenost te na taj način štite od pojavljivanja simptoma bolesti

poput halucinacija, straha, nemira, nesanice te poremećaja percepcije. Oboljeli pojedinci mogu imati blaže ili teže nuspojave na antipsihotike a među najčešćima se spominju glavobolja, povraćanje, mučnina, povraćanje, povećana tjelesna težina i hipersekrecija slina, distonija, akatizija, emocionalna otupljenost i sedacija. Za različite učinke lijeka koriste se različite doze. Za liječenje shizofrenije najčešće korišteni antipsihotici su haloperidol, klorpromazin, perfenazin i flufenazin,. Oni djeluju na način da blokiraju dopamin-2-receptor. Antipsihotici druge i treće generacije su klozapin, paliperidon, risperidon, ziprasidon, olanzapin, sertindol, sulpirid amisulprid i kvetiapin. Nabrojeni antipsihotici djeluju blokiranjem serotoninskih i dopaminskih receptora što znači da umanjuju velik broj negativnih simptoma a osobit učinak imaju na smanjenje pozitivnih simptoma te u manjem broju uzorkuju nepovoljne motoričke učinke. Iako u liječenju shizofrenije postoji farmakoterapija vrlo dobre učinkovitosti, velik je broj oboljelih koji se susreću s ozbiljnim i čestim nuspojavama čija pojava negativno utječe na početnu suradnju liječnika i pacijenta a sukladno tome i na redovitost uzimanja lijekova. Trećina pacijenata ne postižu željene očekivane rezultate liječenja i kontrolu nad simptomima bolesti stoga se uvelike radi na razvitku novih kemijskih spojeva koji bi djelovali izvan dopaminergičkog sustava. [15,18]

11.1.2. Antidepresivi

Depresija je simptom shizofrenije koji se očituje pomanjkanjem elana, životnog veselja i inicijative. Antidepresivi služe uklanjanju simptoma depresije. Pozitivni učinci antidepresiva vidljivi su nekoliko tjedana nakon početka uzimanja lijekova. Kao i kod drugih vrsta farmakoterapije važno je obratiti pažnju na moguće nuspojave koje antidepresivi mogu uzrokovati. Najčešće nuspojave su pospanost, umor, hipotenzija, povećanje apetita i poremećaj jetrene funkcije. [18]

11.2. Elektrostimulativna terapija

U nekim slučajevima preporučuje se i elektrostimulativna (EKT). Kao i za ostale vrste liječenja potreban je pristanak pacijenta. U akutnoj fazi bolesti kod shizofrenija rezistentnih na terapiju i katatone shizofrenije indicirana je EKT. Za obavljanje EKT također su potrebna i mišljenja dvaju psihijatra. Iako ova metoda često slovi kao metoda mučenja psihijatrijskih

pacijenata, ustvari je bezbolna i obavlja se u anesteziji. Metoda je učinkovita za oboljele koji ne reagiraju na lijekove te ima povoljne učinke na mozak pacijenta. [19]

11.3. Psihosocijalne metode i KBT

Psihosocijalna rehabilitacija je od velike važnosti tokom liječenja osobe oboljele od shizofrenije. Rehabilitacija podrazumijeva edukaciju bolesnika i obitelji, plan sprječavanja recidiva, strategije rješavanja problema, trening socijalnih vještina, profesionalnu rehabilitaciju, tehnike samokontrole, radnu terapiju, programe potpomognutog zapošljavanja, te rekreativnu, i razne vrste kreativne terapije. Cilj je izgradnja vještina za svakodnevni život i rad te uspješna socijalna reintegracija, čime se smanjuje i prevenira opterećenje društva i pojedinca. Shizofrenija se često pojavi na početku radne karijere pa je ovakav pristup od velike važnosti za ostatak radnoga vijeka oboljele osobe. [20]

Psihosocijalni postupci smanjuju rizik ponovne pojave bolesti smanjivanjem biološke vulnerabilnosti. Psihoterapija i rehabilitacija su osobito važne za vrijeme stabilizacije. Psihosocijalne metode omogućuju edukaciju bolesnika o znakovima pogoršanja bolesti, o rizičnim i zaštitnim faktorima, te o načinima prepoznavanja stresora te načine kako se sa stresom učinkovito nositi. Cilj psihoterapije je uspostava suradnje između bolesnika, njegove obitelji i liječnika. Osnovni terapijski instrument terapeuta i osobe oboljele od shizofrenije je verbalna komunikacija. Uz verbalnu, koristi se i neverbalna komunikacija koja pomaže oboljelima da postepeno uče kako razlikovati stvarno od nestvarnog te da bolje razumiju probleme samih sebe. [21]

U liječenju shizofrenije vrlo učinkovito pokazala se i KBT. Oboljela osoba i terapeut zajedno identificiraju problem i rade na razumijevanju problema. Posebna pažnja se posvećuje identificiranju specifičnih simptoma. Terapeut ne tumači oboljeloj osobi kako su njegovi simptomi iracionalni, nego putem postavljanja pitanja pomaže da se fokusira na vlastita vjerovanja oko simptoma i mehanizma koji se koriste u sučeljavanju sa simptomima. KBT je psihološki postupak kojim se terapeut koristi za uspostavljanje veze između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje funkcioniranje, te da oboljela osoba ponovno prosuđuje svoju percepciju u odnosu na simptome. [22]

12. Zdravstvena njega oboljelih od shizofrenije

Svaka osoba oboljela od shizofrenije je individua koja se u zdravstvenom sustavu promatra kroz holistički pristup. Temelj takvog pristupa je sudjelovanje oboljelog u liječenju što dovodi do veće uspješnosti i kvalitete života. Niz medicinskih postupaka, stručna njega bolesnika, savjetovanje bolesnika i njegove obitelji su glavni postupci koji se provode tijekom zdravstvene njege bolesnika oboljelog od shizofrenije. Sve navedeno čini djelokrug rada medicinske sestre. Glavna zadaća medicinske sestre kao člana multidisciplinarnog tima u liječenju shizofrenije je uspostaviti odnos povjerenja s bolesnikom. Također, prepoznavanje simptoma, praćenje ponašanja te promicanje suradljivosti doprinosi stvaranju tog neizostavnog odnosa. [23]

12.1. Procjena stanja

Za dobar plan liječenja i uspješno liječenje potrebna je opsežna procjena stanja tj. načina na koji simptomi djeluju na život oboljele osobe. Procjena stanja se odnosi na procjenu postojanja poteškoća vezanih za bolest, procjena potrebe za uzimanjem lijekova, te utjecaja faktora koji mogu utjecati na pojavu simptoma i pogoršanja bolesti. Rezultati procjene moraju sadržavati: dijagnozu, terapijske mogućnosti, rizike, suradnju u liječenju i prognozu. Rezultati moraju biti razumljivi oboljelom i njegovoj obitelji. Tijekom procjene je važno ustanoviti ograničenja oboljelog ali i njegove vještine i kapacitete. [24]

12.2. Plan liječenja

Plan liječenja svodi se na planiranje biopsihosocijalnih postupaka (lijekovi, psihoterapija, psihosocijalni postupci) te imenovanje stručnjaka koji sudjeluju u izvedbi plana liječenja s ciljem realističnog oporavka od mentalne bolesti. Također podrazumijeva dogovor s pacijentom i članovima njegove obitelji o ciljevima liječenja. Suradnja oboljelog je nužna te plan liječenja mora biti osobni cilj pacijenta. [25]

12.3. Sestrinska dokumentacija

Prvi korak u skrbi za oboljelog je sestrinska dokumentacija. Ona omogućuje uspješnost koordinacije rada zdravstvenog tima te ima izravan učinak na kvalitetu zdravstvene njege. Također služi kao pravna zaštita jer obuhvaća sve opservacije i sestrinske intervencije provedene tijekom liječenja, a služi i za provjeru uspješnosti učinjenog. Sastoji se od sestrinske anamneze koju čini skup podataka o tjelesnim, socijalnim i psihološkim aspektima stanja oboljele osobe. Za prikupljanje podataka koriste se razne tehnike poput promatranja bolesnika, intervjua i analize podataka, a podaci mogu biti prikupljeni od bolesnika ili njegove obitelji. Nakon prikupljanja podataka medicinska sestra odabire najprikladnije sestrinske intervencije. Sestrinska dokumentacija je sažeta i jasna i praktična. Psihijatrijska skrb je specifična po brizi ne samo o tjelesnom stanju pacijenta već su u prvom planu promjene u psihičkom stanju bolesnika.[26]

13. Prikaz slučaja

13.1. Prikaz slučaja 1

Sestrinska anamneza i status:

Podaci su prikupljeni medicinskom dokumentacijom, promatranjem i intervjuom.

Bolesnica MA, stara 68 godina, udovica, ima jedno dijete – kćer, živi u domu za starije i nemoćne osobe. Dolazi na prvi pregled kod psihijatra, upućena od obiteljskog liječnika. Pregledana od strane psihijatra u hitnoj ambulanti u pratnji osoblja iz Doma za starije i nemoćne osobe. Kao vodeći razlog hitnog pregleda pratnja navodi činjenicu da je pacijentica izrazito potištena i socijalno izolirana te zadnjih dana odbija hranu, vodu i lijekove. Pacijentica je liječena psihijatrijski unazad više desetaka godina, sada u kronificiranoj formi shizofrenije. Pacijentica odgovara na jednostavna pitanja i ponavlja podatke iz heteroanamneze. Nesklona velikim elaboracijama, djeluje podosta nihilistično no bez velikog otpora. Noću slabo spava, apetit je izrazito smanjen, ne puši, negira konzumiranje alkohola. Pacijentica je svjesna, uredno orijentirana auto i alopsihički, kontakt se uspostavlja i održava, psihomotorno usporena, sniženog rezidualnog raspoloženja, afektivno labilnija, tužnog izraza lica, tijekom misli uredan ali nešto usporeniji, početne dementne promjene, nema

obmana osjetila, nije suicidalna ni homicidalna, vitalni dinamizimi narušeniji, bezvoljna. Stanje izrazitog bljedila lica. DG: depresivne epizode, F20.5 Shizofrenija rezidualis

Uvodi se farmakoterapija i naručuje se na kontrolu za mjesec dana.

Kontrolni pregled: Bolesnica navodi da se ne osjeća ni bolje ni lošije od prethodnog pregleda, nezadovoljna je. Dijagnoza i terapija iste. Navodi da joj je teško uspostaviti odnose u domu te da se radije distancira. Kod bolesnice se opservira kronični osjećaj nezadovoljstva, nedostatak motivacije i inicijative, sniženog je raspoloženja, anksiozna. Iznosi probleme s nesanicom, unatoč uzimanju terapije ne spava pa se ujutro osjeća umorno i iscrpljeno. Većinu vremena o sebi misli loše i ima osjećaj gubitka kontrole nad životom. Pretežno je depresivnog raspoloženja, stalno je u sobi, otežanog kontakta, nema volje za izlascima i druženjima te joj to predstavlja teret. Izbjegava gužvu, ne nalazi zadovoljstvo u stvarima kojima se ranije veselila. Prisutne su ideje besmislenosti. Snaga volje i afekt ledirani – kronificirana psihoza.

Nakon prikupljenih podataka promatranjem, intervencijom i analizom postojeće dokumentacije kod bolesnice su utvrđeni problemi iz područja zdravstvene njege: 1. Anksioznost 2. Socijalna izolacija 3. Nesanica. [27]

13.2. Prikaz slučaja 2

Sestrinska anamneza i status:

Podaci su prikupljeni medicinskom dokumentacijom, promatranjem i intervjuom.

Bolesnica RI, stara 69 godina, udovica, dvoje djece, živi u Domu za starije i nemoćne osobe. Dolazi u pratnji djelatnice Doma za starije i nemoćne osobe u večernjim satima. Zaprima se na odjel zbog pogoršanja psihičkog stanja, psihotične dekompenzacije. Pacijentica se godinama liječi ambulantnim putem, liječenje opisuje redovito uzimanje psihofarmaka. Kao vodeći razlog dolaska navodi da se osjeća napeto, tjeskobno, čuje kako osoblje iz doma kuje urotu protiv nje i njene obitelji te je noću žele odvesti na otok Hvar. Također ima osjećaj krivnje za suprugovu smrt te traži injekciju za smrt. Postala je sumnjičava prema osoblju doma jer zna da joj žele nešto nažao učiniti. Često vidi i čuje novinare koji ju prisluškuju i govore loše o njenom sinu. Osim toga noću često čuje dječji plač, te zvuk lomljenja stakla. Ima poteškoće usnivanja. Prilikom pregleda je pri svijesti, orijentirana u svim smjerovima,

kontaktibilna ali napeta, sniženog raspoloženja. Misaoni tijek uredan, u sadržaju opisuje navedene događaje. Noću slabo spava, apetit dobar, puši (10-15 cigareta dnevno), negira konzumiranje alkohola.

Liječenje se započinje na intenzivnom traktu uvođenjem kombinacije psihofarmakološke i internističke terapije. Na početku liječenja sumnjičava i psihomotorno napeta, ali se daljnjom titracijom psihofarmakološke terapije prati poboljšanje u vidu stabilnijeg raspoloženja i vitalnih dianmizama (sna i apetita). Poboljšanjem stanja premještena na otvoreni trakt gdje se uključuje u aktivnosti skupne psihoterapije, socioterapije i radno okupacione terapije. Redovito dolazi na skupine, uključuje se u sve aktivnosti skupine u skladu sa svojim mogućnostima i energijom. U skupini se osjeća sigurnom i zaštićenom i uspostavlja dobar socijalni kontakt. U poboljšanom stanju otpušta se u Dom uz preporuku redovitog uzimanja psihofarmakološke terapije i nastavka liječenja ambulantnim putem.

Nakon prikupljenih podataka promatranjem, intervencijom i analizom postojeće dokumentacije kod bolesnice su utvrđeni problemi iz područja zdravstvene njege: 1. Anksioznost 2. Socijalna izolacija 3. Strah [27]

13.3. Sestrinske dijagnoze

Medicinska sestra je djelatnik u zdravstvenom sustavu koji najviše vremena provodi s pacijentom te u procesu liječenja ima važnu ulogu. Probleme iz područja zdravstvene njege utvrđuje uvidom u već postojeće osnovne podatke tj. simptome. Za rješavanje tih problema medicinska sestra određuje intervencije i izrađuje plan zdravstvene njege. S obzirom na da se kod bolesnika oboljelih od shizofrenije pojavljuju simptomi kao što su; halucinacije, agresivnost promjene u ponašanju i mišljenju, i mnogi drugi koje smo prethodno nabrojani, medicinska sestra mora imati izvrsne vještine komunikacije u radu. Medicinske sestre u radu sa bolesnicima oboljelim od shizofrenije moraju imati veliko znanje, poznavanje i posjedovanje određenih vještina te strpljenje. U procesu sestrinske skrbi uvažava se individualni pristup, a bolesnik je subjekt zdravstvene njege. Za postizanje cilja za oboljelu osobu, medicinska sestra ovisno o sestrinskoj dijagnozi, mora primijeniti sestrinske intervencije. Moguće sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od shizofrenije su: poremećaj spavanja, zanemarivanje osobne higijene, strah, poremećena senzorna percepcija (slušna, vizualna, kinestetička), anksioznost, zanemarivanje vlastitog izgleda, poremećaj

misaonog procesa, duševni nemir, smanjena društvena interakcija, manjak samopouzdanja, smanjeno samopoštovanje, neuravnotežena prehrana, nejasna verbalna komunikacija, nedjelotvorno suočavanje, rizik od ozljede, visok rizik za samoozljeđivanje, visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i drugima, bespomoćnost, promijenjen obiteljski odnos, otežana fizička pokretljivost, neupućenost, poremećaj seksualne funkcije, visoki rizik za samoubojstvo, neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa. [28,29,30]

U nastavku su izdvojene dvije važne sestrinske dijagnoze i sestrinske intervencije za ciljanu dijagnozu bolesnika oboljelih od shizofrenije:

13.3.1. Poremećaj misaonog procesa

Definicija sestrinske dijagnoze je nemogućnost točne i precizne obrade misli.

Kritični čimbenici:

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

Vodeća obilježja:

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

Ciljevi:

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

Intervencije:

1. Osigurati dovoljno vremena za razgovor.
2. Govoriti polako i razgovjetno.
3. Dati vremena za odgovor.
4. Bilježiti i izvještavati i pacijentovom misaonom procesu.
5. Zvati pacijenta imenom.
6. Orijetirati pacijenta o vremenu i prostoru.
7. Osigurati pacijentove osobne predmete (staviti ih u blizinu, na isto mjesto...).
8. Osigurati nesmetan odmor.
9. Ohrabriti pacijenta da izrazi osjećaje.
10. Napraviti plan dnevnih aktivnosti.
11. Primijeniti propisanu terapiju.
12. Pratiti i bilježiti pozitivne i negativne reakcije na terapiju.
13. Osigurati nadzor pacijenta.
14. Koristiti sigurnosne mjere (zvono nadohvat ruke, upaljeno noćno svjetlo)
15. Uključiti obitelj u brigu za pacijenta. [30]

13.3.2. Društvena izolacija

Definicija: Socijalna izolacija i povlačenje iz društva kao negativno i prijeteće stanje, izražavanje osjećaja odbačenosti, rješavanje problema nasiljem i ljutnjom, poteškoće u stvaranju odnosa sa drugima.

Kritični čimbenici:

1. asocijalni gubitak
2. slabost govora
3. rastrojena verbalna komunikacija

4. nezadovoljstvo u uspostavljanju odnosa i veza
5. prisutnost halucinacija i obmana

Vodeća obilježja:

1. poteškoće u uspostavljanju odnosa
2. bolesnik daje izjave koje mogu inicirati na osjećaj odbačenosti
3. većinu vremena provodi u krevetu ili sobi
4. bolesnik se povlači iz okoline i od drugih u okolini, pokazuje poteškoće u društvenim razgovorima
5. nesposobnost uključivanja u aktivnosti i izražavanje osjećaja

Ciljevi:

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

Sestrinske intervencije:

1. procjena obiteljskih odnosa
2. upoznavanje bolesnikovog oblika komuniciranja i stanja
3. stvaranje i uspostavljanje interakcija
4. boravak sa bolesnikom [29,30]

14. Zaključak

Shizofrenija je bolest koja razara ličnost oboljele osobe. Povijesni opisi bolesti iznenaduju jednodimenzionalnošću modela objašnjenja. Otkako je Eugen Bleuler preimenovao Kraepelinovu dementia-u praecox u shizofreniju, bolest je postala premetom brojnih filozofskih razmatranja i znanstvenih istraživanja. Bolest se manifestira iskrivljenim doživljavanjem i percepcijom života i svijeta oko sebe pa i sebe samoga, poremećenim tokom mišljenja i njegovim sadržajem i iskrivljenom hijerarhijom doživljenoga. Takvo stanje dovodi do smetenosti, ozbiljnog poremećaja funkcioniranja i specifičnog intelektualnog propadanja. Psihički oboljele osobe se neopravdano doživljavaju kao socijalno opasne, nesposobne i neodgovorne, te ih okolina izolira, pretvara u beskućnike i uvodi u ekonomsko propadanje. Smanjuju im se mogućnosti za normalan život, rad, liječenje, rehabilitaciju i povratak u društvenu zajednicu, a i oni sami se osjećaju neshvaćenima, usamljenima.

Unatoč opsežnim istraživanjima, međunarodnoj psihijatrijskoj zajednici još uvijek nedostaje dijagnostička preciznost, jasnoća etiologije i znanje o temeljnoj patofiziologiji shizofrenije. Specifični lijek za shizofreniju još uvijek nije pronađen niti postoji specifičan tretman koji bi uklonio sve simptome bolesti i nastala oštećenja.

15. Literatura

- [1] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2007.
- [2] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [3] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [4] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [5] M. Jakovljević: Shizofrenija u teoriji i praksi, Etiopatogeneza i klinička praksa, Medicinska naklada: Pro mente, Zagreb, 2011.
- [6] D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.
- [7] Svjetska zdravstvena organizacija: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - 10. revizija, svezak 1., drugo izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
- [8] V. Folnegović-Šmalc: Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja deseta revizija- klinički opisi i dijagnostičke smjernice, Medicinska naklada, Zagreb, 1999
- [9] S. Štrkalj-Ivezić: Život bez stigme psihičke bolesti, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
- [10] Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5, peto izdanje. Naklada slap, 2013.
- [11] Štrkalj Ivezić, S., 2010. Kako prebroditi depresiju i pobijediti osamljenost. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor; Udruga Svitanje.
- [12] Cvitan B. Rana intervencija u bolesnika s psihotičnim poremećajem u Nizozemskoj U: Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. Restek Petrović B, Filipčić I (ur).Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
- [13] L. Hans – Juergen: Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću: korisne informacije za bolesnike i članove njihovih obitelji. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
- [14] Štrkalj-Ivezić S, Martić-Biočina S. Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. Medicina fiumensis, 2010;46:318-24.

- [15] M. Herceg: Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet, Zagreb, 2010.
- [16] Štrkalj Ivezić, S. & Vuković, A., 2007. Nemedikamentozno liječenje. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/34461>
- [17] 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.
- [18] Štrkalj Ivezić S, Mužinić L, Vrdoljak M. Psiho-edukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti 1, 2015;25-34.
- [19] A. Mihaljević-Peješ, M. Bajs Janović, A. Stručić, M. Šagud, M. Skočić Hanžek, M. Živković, Š. Janović: Electroconvulsive therapy – general considerations and experience in Croatia, Psychiatria Danubina, lipanj 2018., Vol. 30, Suppl. 5, str. 188. – 191.
- [20] Štrkalj-Ivezić S, Mužinić L, Filipac V. Case management – A pillar of community psychiatry. Psychiatria Danubina 2010;22:28-33.
- [21] Štrkalj-Ivezić S, Jendričko T, Pisk Z, Martić-Biočina S. Terapijska zajednica. Soc Psihijat, 2014;42:172-9.
- [22] Štrkalj-Ivezić S. Teorijski okvir za rehabilitaciju U: Štrkalj Ivezić i suradnici. Rehabilitacija u psihijatriji Psihobiosocijalni pristup Zagreb: HLZ I Klinika za psihijatriju Vrapče, 2010.
- [23] B. Muk: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2014.
- [24] Štrkalj-Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N, Bajs Bjegović M, Makarić G, Bagarić A, Krpan I. Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam) za liječenje shizofrenije. Preporuke Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora. LijecVjesn 2001;123:287-9.
- [25] S. Štrkelj- Ivezić, L. Bauman: Shizofrenija put oporavka, Svitanje, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2009.

[26] S. Šepec: Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.

[27] Prikaz slučaja: osobni izvor

[28] Sestrinske dijagnoze I, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.

[29] Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.

[30] Sestrinske dijagnoze III, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2015.



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, MAYA SABOLEK (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 BOLESNIKA OBOJELIH OD SITIZOPENIJE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Sabolek
(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, MAYA SABOLEK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NEGA BOLESNIKA OBOJELIH OD SITIZOPENIJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Sabolek
(vlastoručni potpis)