

# Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja

---

**Kresonja, Tihana**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2023**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:536041>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-07**



*Repository / Repozitorij:*

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

**Završni rad br. 1752/SS/2023**

**Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od psihotičnih  
poremećaja**

**Tihana Kresonja, 4270/336**

Varaždin, rujan 2023. godine





**Sveučilište  
Sjever**

**Odjel za sestrinstvo**

**Završni rad br. 1752/SS/2023**

**Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od psihotičnih  
poremećaja**

**Student**

Tihana Kresonja, 4270/336

**Mentor**

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2023. godine



# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Tihana Kresonja

IMBAG 0336034947

DATUM 19.06.2023.

KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Health care of patients suffering from psychotic disorders

MENTOR Marija Božičević, mag.med.techn.

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., predsjednica
2. Marija Božičević, v.pred., mentorica
3. doc.dr.sc. Irena Canjuga, član
4. Valentina Novak, pred., zamjenski član
- 5.

## Zadatak završnog rada

BR. 1752/SS/2023

OPIS

Psihotični poremećaji obuhvaćaju heterogenu skupinu psihičkih poremećaja a očituju se smetnjama ponašanja, mišljenja, emocija, odnosa i komuniciranja s drugima uz prisutnost sumanutosti, halucinacija, dezorganiziranog mišljenja ili odsutnost mimike/promjene kretanja. Uzroci ovih poremećaja predstavljaju kombinaciju složenih bioloških, psiholoških, socijalnih genetskih, fizikalnih i/ili kemijskih uzroka te ovise o vrsti psihotičnog poremećaja. Osnovne sastavnice liječenja su primjena antipsihotika te ostalih biologijskih metoda liječenja, rehabilitacija putem potpornih organizacija zajednice i psihoterapija. Glavni ciljevi zdravstvene njege bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja su smanjivanje izraženosti psihotičnih simptoma, osiguranje zaštite, promicanje i unaprjeđivanje interakciju između bolesnika i njegove okoline, pomoć u ojačavanju psihološke stabilnosti te edukacija obitelji i osoba koje sudjeluju u njezi i liječenju oboljelih. U radu će se prikazati i definirati:

- najčešći psihotični poremećaji
- etiologija, epidemiologija, klinička slika te liječenje psihotičnih poremećaja
- sestrinske dijagnoze i intervencije u radu s oboljelima od psihotičnih poremećaja s naglaskom na terapijsku komunikaciju i terapijski odnos

ZADATAK URUČEN

25.09.2023.

POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE  
SJEVER

ODJEL ZA  
SESTRINSTVO  
SVEUČILIŠTE SJEVER

## Predgovor

Želim izraziti iskrenu zahvalnost mentorici, profesorici Mariji Božičević, na neizmjerne podršci, ideji i želji da napredujem kako u osobnom tako i u profesionalnom smislu. Hvala vam što ste bili inspiracija i vodilja kroz ovu važnu fazu mog akademskog puta.

Želim se srdačno zahvaliti svim svojim profesorima koji su me tijekom studija inspirirali, podržavali i obogatili moje znanje.

Mojoj obitelji, mojim vjernim navijačima, ovo je za Vas. Tati Stjepanu i mami Gordani, hvala Vam na poticaju da ja to mogu kada sam već i sama htjela odustati, bili ste moj vjetar u leđa. Sestri Kristini i bratu Mariju, hvala vam što ste mi bili oslonac i podrška. Također, najvažnija zahvala mom suprugu Dejanu i sinu Jakovu, mama je konačno uspjela! Hvala vam na strpljivosti, razumijevanju, potpori i stalnom navijanju da ja to mogu iako sam gubila motivaciju i želju, vi ste me uvijek bodrili da mogu i želim više. Bili ste divni!

Dragi Jakove, neka ti ovaj mamin rad bude vodilja u životu da nikad nije kasno krenuti i ostvariti svoje želje i snove.

## Sažetak

Psihotični poremećaji predstavljaju jednu od kategorija mentalnih poremećaja. Manifestiraju se kao značajne disfunkcije u ponašanju, mišljenju te emocionalnom funkcioniranju praćene su često pojavom halucinacija i deluzija. Premda se simptomi koji su povezani s psihotičnim poremećajima mogu pojaviti i kod osoba koje nemaju dijagnozu ovog poremećaja, općenito se vjeruje da su najčešće povezani s prisustvom stvarnog psihotičnog poremećaja.

Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika je više od jednostavnih praktičnih vještina. Medicinske sestre uključene su u opće programe poboljšanja duševnog zdravlja. Pomažu pojedincima u njihovom razvoju zdravog načina života, pružaju podršku kod suočavanja sa stresom i prisutnim frustracijama, mogu poticati razvoj samopouzdanja i imaju veliku edukativnu ulogu kod prevencija mentalnih poremećaja. Aktivno sudjeluju u procesu sveobuhvatnog i efikasnog liječenja pri čemu ključnu ulogu u svemu ima adekvatna zdravstvena skrb da bi se pacijentima pomoglo kod prevladavanja posljedica koje im nose same mentalne bolesti što u konačnici dovodi do samog potpunog oporavka.

Cilj ovog rada je detaljna analiza najučestalijih psihotičnih poremećaja, i da se identificiraju sestrinske dijagnoze, utvrdi potrebna zdravstvena skrb, razvije strategija planiranja i izvođenja psihijatrijsko – sestrinskih intervencija kod oboljelog. Ključna komponenta tih intervencija je terapijska komunikacija i izgradnja odnosa između medicinske sestre i pacijenta.

Ključne riječi: psihotični poremećaji, zdravstvena njega, medicinska sestra, intervencije



## **Abstract**

Psychotic disorders represent one category of mental disorders. They manifest as significant dysfunctions in behavior, thinking, and emotional functioning, often accompanied by hallucinations and delusions. Although symptoms associated with psychotic disorders can occur in individuals without a formal diagnosis of this disorder, they are generally believed to be most commonly associated with the presence of an actual psychotic disorder.

The healthcare of psychiatric patients involves more than just practical skills. Nurses are involved in general mental health improvement programs. They assist individuals in developing a healthy lifestyle, provide support in coping with stress and existing frustrations, can promote self-confidence development, and play a significant educational role in the prevention of mental disorders. They actively participate in the process of comprehensive and effective treatment, with adequate healthcare playing a key role in helping patients overcome the consequences of mental illnesses, ultimately leading to complete recovery.

The aim of this paper is a detailed analysis of the most common psychotic disorders, the identification of nursing diagnoses, determining the necessary healthcare, developing a strategy for planning and implementing psychiatric nursing interventions in patients with these disorders. A key component of these interventions is therapeutic communication and building a relationship between the nurse and the patient.

Key words: psychotic disorders, health care, nursing, interventions

## SADRŽAJ

1. Uvod .....	1
2. Psihотиčni poremećaji .....	3
2.1. Tipovi psihотичnih poremećaja .....	3
2.2. Etologija psihотичnih poremećaja .....	4
2.3. Biološki čimbenici i razvoj psihотичnih poremećaja.....	5
2.3.1. Neurološke promjene mozga .....	5
2.3.2. Nasljeđe .....	6
2.3.3. Blizanci .....	7
2.3.4. Posvojena djeca .....	8
2.4. Okolina i razvoj psihотичnih poremećaja .....	8
2.4.1. Trauma.....	9
2.4.2. Mjesto stanovanja .....	10
2.4.3. Obitelj .....	11
2.4.4. Društvo .....	11
2.5. Rizik za suicid .....	12
2.6. Liječenje psihотичnih poremećaja .....	13
2.6.1. Farmakoterapija .....	13
2.6.2. Psihodinamska terapija .....	14
2.6.3. Obiteljska terapija.....	14
2.6.4. Bihevioralna i kognitivna terapija .....	15
2.6.5. Rehabilitacija utemeljena u zajednici .....	16
3. Shizofrenija.....	18
3.1. Pozitivni simptomi.....	18
3.2. Negativni simptomi .....	19
3.3. Tipovi shizofrenih poremećaja .....	20

3.3.1. Rastrojena (dezorganizirana) shizofrenija .....	20
3.3.2. Katatona shizofrenija .....	21
3.3.3. Paranoidna shizofrenija .....	22
4. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika.....	23
4.1. Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika .....	23
4.2. Odnos medicinska sestra - bolesnik.....	24
4.3. Psihijatrijsko sestrinske dijagnoze i intervencije.....	24
5. Zaključak .....	29
6. Literatura .....	30

# 1. Uvod

Psihijatrija predstavlja medicinsku granu koja je usmjerena na dijagnosticiranje, određivanje terapije i prevenciju mentalnih poremećaja i pitanja koja se tiču mentalnog zdravlja. Psihijatrija se kontinuirano razvija, posebno s obzirom na sve dublje razumijevanje bioloških osnova mentalnih poremećaja, kao i važnost holističkog pristupa koji uzima u obzir ne samo medicinske aspekte, već i socijalne, emocionalne i okolišne faktore koji utječu na mentalno zdravlje pacijenata [1].

Psihotični poremećaji su ozbiljni mentalni poremećaji koji utječu na osobu na različite načine. Oni karakteriziraju gubitak kontakta sa stvarnošću i prisutnost simptoma poput halucinacija, sumanutih uvjerenja (deluzija) i poremećenog mišljenja.

Shizofrenija spada među najpoznatije psihotične poremećaje. Shizofrenija je kronični poremećaj koji može zahvatiti misli, osjećaje i ponašanje osobe. Osobe s shizofrenijom mogu doživljavati halucinacije, poput slušanja glasova koji im nisu stvarni, ili imati sumanuta uvjerenja, kao što je uvjerenje da ih netko prati ili kontrolira. Ovi simptomi mogu biti izuzetno zastrašujući i ometajući za osobu koja ih doživljava.

Drugi psihotični poremećaj je shizofreniformni poremećaj, koji ima slične simptome kao shizofrenija, ali traje kraće od 6 mjeseci. Bipolarni poremećaj također može imati psihotične epizode, koje se obično javljaju tijekom maničnih ili mješovitih epizoda.

Psihoza može biti i simptom drugih stanja, poput depresije s psihotičnim značajkama ili organskih stanja poput demencije. Uzrok psihotičnih poremećaja i dalje nije potpuno razjašnjen, no smatra se da bi mogla biti važna kombinacija genetskih, bioloških i okolišnih faktora u njihovom nastanku [2].

Teorija koja najpreciznije opisuje skrb za pacijente s psihičkim poremećajima pripada Hildegarde Peplau, koja je svoju karijeru započela kao medicinska sestra na psihijatriji i dublje je istraživala područje interpersonalne psihologije i zdravstvene njege u psihijatriji. Definirala je psihodinamski model ljudskih odnosa. Naglašavala je vitalnu važnost odnosa medicinska sestra-pacijent, odnosno primjenjivala je principe međuljudskih odnosa, te je smatrala da je to upravo primarna intervencija i misija psihijatrijske njege, kao i rješavanje problema mentalnog zdravlja kroz terapijske odnose i komunikaciju. A da je zdravstvena skrb međuljudski proces, terapeutsko i obrazovno sredstvo za rad s drugima na postizanju zdravlja [3].

Liječenje psihotičnih poremećaja uključuje farmakoterapiju, terapiju i podršku pacijentima i njihovim obiteljima. Antipsihotični lijekovi su često ključni u upravljanju simptomima

psihotičnih poremećaja, ali terapija može uključivati i psihosocijalne intervencije kao što su kognitivno-bihevioralna terapija, obiteljska terapija i rehabilitacija. Iako ne postoji univerzalno prihvaćena definicija psihijatrijske sestrinske skrbi, analizirajući različite definicije iz teorijskog područja sestinstva, može se zaključiti da je sestinstvo medicinska profesija koja se temelji na pružanju zdravstvene njege. Svaki pacijent je jedinstven, pa će i simptomi i tretmani varirati ovisno o svakom individualnom slučaju pojedinog pacijenta. Rana identifikacija, podrška od strane obitelji i pristup odgovarajućem liječenju mogu značajno doprinijeti unaprjeđenju životnog standarda osobe koja se bori s psihotičnim poremećajem [2].

## 2. Psihотиčni poremećaji

### 2.1. Tipovi psihотičnih poremećaja

Postoji nekoliko tipova psihотičnih poremećaja, svaki sa svojim karakterističnim simptomima i kliničkim manifestacijama. Najčešći tipovi psihотičnih poremećaja su shizofrenija, shizofreniformni poremećaj, shizoafektivni poremećaj, sumanutni poremećaj.

Shizofrenija je psihотični poremećaj karakteriziran promjenama raspoloženja, ponašanja i razmišljanja. Postoji pet vrsta shizofrenije: dezorganizirana, katatonična, paranoidna, nejasna i rezidualna. Rizik od razvoja shizofrenije iznosi oko 0,7%. Pored utjecaja na genetsku osnovu bolesti vrlo je bitan i utjecaj okolišnih čimbenika. Shizofrenija ima veliki utjecaj na oboljele i njihovu rodbinu, budući da su bolesnici često nezaposleni ili ne mogu ostvariti svoje potencijale. Osobe sa shizofrenijom obično dožive svoju prvu psihотičnu epizodu u svojim 20-ima i većina se nikad u potpunosti ne oporavi [4].

Dijagnoza shizofrenije temelji se na pacijentovom opisu simptoma, znakovima koje je primijetio kliničar i povijesti bolesti. Isto tako, iako su lijekovi i terapija jako korisni da bismo ublažili patnju, važno je napomenuti da do danas nije pronađen specifičan lijek za shizofreniju. Izuzev shizofrenije u literaturi možemo pronaći da postoje i drugi poremećaji u psihijatriji koji se manifestiraju simptomima halucinacija ili iluzija te time ometaju pacijentovu svakodnevnicu funkcioniranja. Primjerice, kod sumanutog paranoidnog poremećaja često se javljaju i prisutne su sumanute zablude poput veličine, zablude neizvjesnosti, progona ili somatskih i erotskih zabluda. Tu je i paranoja, koju karakterizira postupni razvoj složenog sumanutnog sustava s velikim idejama. Ostatak osobnosti ostaje netaknut, dok paranoja kod manične paranoje ima kronični tok. Osim toga, mogu se pojaviti kratkotrajni psihотični poremećaji koji traju manje od četiri tjedna kao posljedica vanjskih stresora [5].

Pored toga, postoji i shizofreniformni poremećaj, koji dijeli slične karakteristike sa shizofrenijom kao što su prisutnost sumanutih ideja te halucinacija i konfuzija, ali mu je trajanje kraće od šest mjeseci. Također, postoji psihотični poremećaj poznat kao shizoafektivni poremećaj, koji obuhvaća miješane simptome shizofrenije uz izraženu veselost (u bipolarnom tipu) ili depresijom (u depresivnom tipu). Bitno je istaknuti da osobe s shizoafektivnim poremećajem često bolje razumiju svoje vlastite stanje u usporedbi s pojedincima koji se suočavaju s shizofrenijom [6].

Kod induciranog psihotičnog poremećaja sumanutost se javlja u dvije osobe, od kojih je jedna manje inteligentna i ovisi o drugoj. Suprotno ranije navedenom, psihotične poremećaje općeg zdravlja karakteriziraju halucinacije ili zbunjenost zbog određenih bolesti. Primjeri uključuju epilepsiju temporalnog režnja ili meningitis. Osim toga, uporaba psihoaktivnih tvari također može dovesti do psihotičnih poremećaja, što rezultira psihijatrijskim simptomima [7].

Poremećaji čije karakteristike mogu biti povezane s određenim kulturološkim kontekstima, koji se često javlja u istočnim i južnim dijelovima Azije možemo opisati kao atipične psihopatije. Izvan kulturološkog okvira, značajke atipičnih psihoza mogu biti povezane sa specifičnim skupom simptoma tj. određenim događajem ili samim vremenom [5].

## **2.2. Etiologija psihotičnih poremećaja**

Psihotični poremećaji imaju mnogo etiologija. Prema jednoj klasifikaciji, razlikuju se primarni i oni uzrokovani drugim poremećajima odnosno bolestima. Na primjer, primarni psihotični poremećaji uključuju shizofreniju, shizoafektivni poremećaj i shizofreniformni poremećaj, dok druga kategorija uključuje one uzrokovane Alzheimerovom demencijom, traumatskom ozljedom mozga, uporabom psihoaktivnih tvari ili poremećajima raspoloženja kao što je depresija. Etiologija shizofrenije često je povezana s abnormalnostima u temporalnom i frontalnom dijelu mozga i dopaminergičkom sustavu [2,8].

Osim toga, možemo psihotične poremećaje objasniti te ih uključiti u različite čimbenike koje dovode do strukturalne promjene u temporalnom i frontalnom režnju mozga, kao prisutnost epilepsije i korištenje nekih tvari koje direktno utječu na neurotransmiter dopamin, ozljede, genetske faktore i promjene u neuronskoj i biokemijskoj ravnoteži tijekom razvoja [9].

Dijagnostički kriteriji koje koristimo kod psihotičnog poremećaja koji je uzrokovan općim zdravstvenim stanjem uključuju i prisutnost značajnih halucinacija i sumanutosti dajući jasne dokaze da su psihotični simptomi rezultat trenutnog medicinskog stanja pacijenta. Osim toga, nužno je isključiti mogućnost da su psihotični simptomi nastali uslijed nekog drugog mentalnog poremećaja. Također i dijagnostika zahtjeva prisutnost nekog psihotičnog simptoma čak i kada osoba nije u stanju sumanutosti. Isti dijagnostički kriteriji primjenjuju se i na mentalne poremećaje uzrokovane supstancama, no bitno je naglasiti da za postavljanje ove dijagnoze treba dokazati da su se psihijatrijski simptomi pojavili unutar mjesec dana od prestanka konzumacije štetnih supstanci ili od okončanja intoksikacije, i da je klinička slika direktno povezana s upotrebom tih nedopuštenih tvari, što je dovelo do psihoze [2].

Stoga se pri određivanju etiologije poremećaja dijagnoza može postaviti na temelju prisutnosti psihijatrijskih simptoma uzrokovanih medicinskim stanjima ili uporabom supstanci, pri čemu se drugi psihijatrijski poremećaji moraju isključiti kao mogući uzroci. Također, kada se dijagnosticira shizofrenija, uporaba supstanci i neka druga medicinska stanja, kao i drugi mentalni poremećaji kao što su shizoafektivni poremećaji ili poremećaji raspoloženja, moraju se isključiti kao eventualni uzroci [9].

## **2.3. Biološki čimbenici i razvoj psihotičnih poremećaja**

Ispitivanja obitelji, posvojene djece i blizanaca pružaju značajne dokaze koji sugeriraju važnu ulogu genetskih faktora u nastanku shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. Nedavna istraživanja su također identificirala vezu između specifičnih gena i određenih kromosomskih lokacija [10].

Naime, nasljednost shizofrenije je čak 80%. Ako samo jedan od roditelja ima bolest, vjerojatnost da će je naslijediti potomci je 13%. Ako oba roditelja imaju bolest, vidimo da je rizik čak i veći od 20%. Premda postoje različita stajališta o biološkim faktorima koji doprinose razvoju psihičkih poremećaja, poznavanje tih čimbenika može u velikoj mjeri pridonijeti prevenciji i samom razumijevanju samih poremećaja [11].

### **2.3.1. Neurološke promjene mozga**

Utvrđene patološke promjene na mozgu pronađene su kod dijela bolesnika sa shizofrenijom. Smatra se da shizofrenija izaziva poremećaje u funkciji živčanog i kognitivnog sustava i samim time sprječavajući razmišljanje, prosuđivanje, pamćenje, pozornost i percepciju. Osobe sa shizofrenijom doživljavaju hiperaktivnost u prijenosu dopamina na D2 receptore. Povećanje dopamina D2 receptorima primijećeno je kod prethodno liječenih bolesnika s progresivnom bolešću, kao i kod onih s prvom epizodom psihoze. Nadalje, povišeni sinaptički dopamin dobar je prediktor pozitivnog odgovora simptoma na liječenje antipsihoticima. Gore navedeni nalazi pružaju izravan dokaz povećane dopaminske stimulacije D2 receptora u shizofreniji [12]. Studija obrade informacija u prednjem dijelu mozga, tj. u prefrontalnom korteksu otkrila je abnormalnosti kod osoba sa shizofrenijom. Poremećaji u obradi informacija u prefrontalnom dijelu mozga nalaze se i kod osoba koje nemaju genetski rizik za shizofreniju, sugerirajući da genetski polimorfizmi koji utječu na funkciju prefrontalnog područja mogu povećati rizik od razvoja shizofrenije. Jedan od tih polimorfizama



je onaj u genu za katehol-o-metiltransferazu, koji znatno utječe na aktivnost enzima i dopamina u prefrontalnom dijelu mozga. Zbog svog značajnog utjecaja na procesiranje informacija putem dopamina u prefrontalnim regijama, katehol-o-metiltransferaza se smatra ključnim mehanizmom preko kojeg genetski faktori mogu povećati rizik od psihijatrijskih poremećaja [13].

Osim kognitivnog oštećenja, smatra se da poremećaji u emocionalnom sustavu mozga doprinose shizofreniji. Prema pretpostavkama, disfunkcija amigdale i smanjena komunikacija s prefrontalnim korteksom može uzrokovati poteškoće u iskazivanju i prepoznavanju emocionalnih izraza kod osoba koje boluju od shizofrenije. S druge strane, neravnoteža u dopaminskom sustavu može predisponirati osobu za pojačanu tjeskobu i emocionalno uzbuđenje zbog psihoze izazvane manje važnim podražajima. No, bitno je napomenuti da za neke od ovih neuroloških promjena nije sasvim jasno jesu li uzroci psihičkih poremećaja, posljedice ili samo povezani s njima [14].

### **2.3.2. Nasljeđe**

Studije su pokazale da genetski čimbenici igraju snažnu ulogu u razvoju shizofrenije, što je dokazano modelom etiološkog utjecaja ranjivosti na stres, koji pretpostavlja da genetski čimbenici igraju ulogu tako što pojedince čine selektivno osjetljivijima na rizik koji djeluje na okolinu. Iako spomenute pretpostavke nije lako dokazati, postoje dokazi da je utjecaj genetike na razvoj psihotičnih poremećaja djelomično posredovan okolinom osobe [15].

Shizofrenija se javlja kod približno dva posto srodnika oboljelih osoba, u usporedbi s jedan posto u općoj populaciji. Odnosno, dva do šest posto kod srodnika drugog koljena i šest do sedamnaest posto kod srodnika prvog koljena [16].

Iako su procjene nasljednosti za shizofreniju bile manje izražene kada su oba roditelja oboljela u usporedbi s situacijom kada je obolio samo jedan roditelj, ove razlike nisu pokazale statističku značajnost [17].

Osim toga, kod shizofrenije se smanjuje plodnost u oba spola, s padom od oko sedamdeset posto kod muškaraca. Pretpostavlja se da socioekonomski i genetski čimbenici pridonose nižim stopama plodnosti za oba spola. Međutim, kako se geni osjetljivosti na shizofreniju održavaju u populaciji nije adekvatno objašnjeno, s obzirom na visoko nasljednu prirodu bolesti i niske stope plodnosti među osobama sa shizofrenijom [18].

Neuregulin 1, ključni faktor rasta za razvoj i funkciju živčanog sustava, smatra se glavnim genomom koji utječe na osjetljivost na shizofreniju. Dokazano je da se lokacija neuregulina 1 na kromosomu 8p povezuje s ovim poremećajem, što ukazuje na genetsku vezu između shizofrenije i različitih polimorfizama [19].

Prema većini studija, nasljednost shizofrenije procijenjena je na sedamdeset devet posto, što pokazuje na znatan genetski rizik povezan sa shizofrenijom kao i poremećajima iz spektra shizofrenije. Međutim, stopa podudarnosti bila je niža (33%) za jednojajčane blizance, što sugerira da osjetljivost ne ovisi samo o genetici već i o čimbenicima okoline [20].

### **2.3.3. Blizanci**

Kada jedan dvojajčani blizanac razvije shizofreniju, drugi blizanac ima oko sedamnaest posto šanse za razvoj poremećaja, dok se stopa podudarnosti za shizofreniju među jednojajčanim blizancima kreće od 41-65% [16].

Istraživanja jednojajčanih i dvojajčanih blizanaca, uključujući one koji imaju postavljenu dijagnozu shizofrenije te blizance među kojima je samo jedan zahvaćen tim poremećajem su otkrila značajan utjecaj genetike volumena mozga. No, kada je riječ o drugim razlikama u veličini specifičnih dijelova mozga, nalazi pojašnjavaju da postoje i neki drugi faktori koji pridonose tim varijacijama [21].

Magnetska rezonanca mozga jednojajčanih blizanaca, jednog sa shizofrenijom, a drugog bez, pokazala je atrofiju frontalnog, parijetalnog i temporalnog režnja. Međutim, za razliku od zdravih blizanaca, pogođeni blizanci imali su smanjenje amigdale i hipokampusa, kao i treće i četvrte lateralne komore [22].

Povećani genetski rizik za shizofreniju povezan s usporenim razvojem mozga u ranoj dobi. Daljnje smanjenje ukupnog volumena mozga pronađeno u oboljelih blizanaca sa shizofrenijom sugerira da su manifestacije bolesti povezane s neurodegenerativnim procesima koji vjerojatno nisu genetskog podrijetla [23].

Stoga je jasno kako na strukturne fenotipove utječu količina, vrijeme i mjesto transkripcije gena, što je regulirano i genetskim i okolišnim čimbenicima [24].

Zbog toga se podaci dobiveni studijama blizanaca često kritiziraju. Odnosno, ako je shizofrenija čisto genetska bolest, onda jedan od jednojajčanih blizanaca također ima shizofreniju, ako drugi također ima shizofreniju, jer imaju iste gene. Također, budući da se blizanci odgajaju zajedno, moguće je da na njih utječu zajednički čimbenici okoline, a ne samo

genetika. Nadalje, čak i kada proučavamo blizance, mora se naglasiti da su razine psihotičnih poremećaja veće kada se mjere u rizičnim okruženjima kao što su urbana područja ili manjinske skupine [15].

#### **2.3.4. Posvojena djeca**

Studije koje su provedene na posvojenim osobama su značajno pridonijele našem razumijevanju shizofrenije kao psihotičnog poremećaja te genetske komponente tog samog poremećaja. Djeca koja su usvojena i razdvojena od svojih bioloških majki pokazuju veći potencijalni rizik od razvijanja shizofrenije. Međutim, potrebno je naglasiti da djeca bioloških majki oboljelih od shizofrenije vrlo vjerojatno razviju poremećaje povezane sa spektrom shizofrenije, poput shizoafektivnog poremećaja. Međutim, kada je riječ o nasljeđivanju shizofrenije kao samostalnog poremećaja, rezultati nisu pokazali visoku statističku značajnost [25].

Izraz "spektrum shizofrenije" obuhvaća različite aspekte ovog poremećaja, uključujući neuropsihološke, neurofiziološke i neuroradiološke komponente koje se mogu kvantificirati i imaju ključnu ulogu u razvoju shizofrenije. Ovo saznanje će biti korisno za buduće molekularne genetičke studije koje ciljaju izravno identificirati pojedinačne rizične gene.

Također, okolišni faktori vjerojatno će negativno utjecati na genetsku predispoziciju i pridonijeti spektru shizofrenije. Kada se analiziraju genetski i okolišni čimbenici u kojima su posvojena djeca odrasla, istraživanja sugeriraju da su posvojena djeca koja su bila odgojena u izrazito nestabilnim posvojiteljskim obiteljima imala veći rizik za razvoj shizofrenije u usporedbi s djecom koja su također bila genetski predisponirana, ali su odrastala u poticajnom obiteljskom okruženju.

Sve dostupne informacije ukazuju na značajnu ulogu genetskih faktora kod nastanka shizofrenije. Međutim, istraživanja djece majki i očeva sa shizofrenijom koja su odrasla u domovima skrbnika ili posvojitelja i usvojenih rođaka pacijenata sa shizofrenijom pokazala su važnost utjecaja okoline kao i genetskog prijenosa [25,26,10].

#### **2.4. Okolina i razvoj psihotičnih poremećaja**

Iako se često ističe utjecaj genetike, pojava shizofrenije također je povezana s različitim životnim traumama, odrastanjem u urbanim sredinama, pripadanjem manjinskim skupinama i

okolišnim faktorima kao što je uporaba marihuane. Ovi rezultati sugeriraju da izloženost određenim okolišnim čimbenicima može utjecati na razvoj mozga tijekom osjetljivih razdoblja. Stoga je nemoguće zanemariti utjecaje okoliša kao solucijsko objašnjenje povećanog rizika od oboljenja [15].

Brojni rezultati dobiveni ispitivanjem kliničkih populacija pokazuju da osobe s psihotičnim poremećajima su izloženi čestim traumatskim iskustvima tijekom svojeg djetinjstva. Iako nije potpuno sigurno da traume iz djetinjstva imaju etiološki značaj u razvoju psihoze, postoji umjeren broj trenutnih istraživanja koja pružaju dokaze o biološkim mehanizmima koji povezuju djetinjstvo s nastankom psihotičnog poremećaja. Također, studije provedene u četiri različite zemlje ukazuju na to da utjecaj etničkih manjinskih skupina na psihotične poremećaje ovisi o etničkoj gustoći u području gdje osoba živi. Stoga, ako država ima veći udio rasnih skupina, rizik od psihotičnih poremećaja je manji. Osim toga, loš status u skupini, trajne socijalne poteškoće, diskriminacija, društvena marginalizacija i isključenost također utječu na razvoj bolesti. Smatra se da je genetska odgovornost za razvoj mentalnih poremećaja djelomično posredovana različitom osjetljivošću na okolinu, iskustvima socijalne isključenosti i tvarima koje utječu na funkciju mozga koje utječu tijekom razvoja [15,27].

Na primjer, delta-9-tetrahidrokanabinol (THC), jedna od ključnih komponenti kanabisa, može uzrokovati privremene psihotične simptome i kognitivna oštećenja kod zdravih osoba. No, osobe s genetskom predispozicijom za razvoj psihotičnih poremećaja pokazuju izraženije psihotične reakcije na konzumaciju ovih tvari. Također, kod osoba s psihotičnim poremećajem koje su počele pušiti cigarete otprilike pet godina prije pojave bolesti u prosječnoj dobi od otprilike 18 godina uočeno je smanjenje njihovih sposobnosti za suočavanje sa stresom i razumijevanjem razloga za prestankom pušenja [28].

#### **2.4.1. Trauma**

Mnogi ljudi koji pate od psihotičnih poremećaja su prošli kroz traumatična iskustva u djetinjstvu, uključujući seksualno ili neku vrstu fizičkog zlostavljanja. Brojna istraživanja su potvrdila povezanost između psihotičnih poremećaja i ovakvih traumatičnih događaja. Trauma iz djetinjstva ne utječe samo na razvoj psihoze kod bolesnika, već i u njihovim obiteljima. Istraživanja uzroka psihotičnih poremećaja očitije ukazuju na složeno međudjelovanje genetskih i okolišnih čimbenika. Međutim, upitna je valjanost većine dosadašnjih istraživanja o povezanosti traume iz djetinjstva i razvoja psihotičnih poremećaja. Ipak, velik broj studija

nije imao odgovarajuće kontrolne skupine ili metodološke pristupe. S druge strane, istraživanja koja su se smatrala pouzdanim su pokazala statistički značajnu vezu između traumatskih iskustava u djetinjstvu i pojave psihotičnih poremećaja. Unatoč tome, prethodno navedeni izazovi sugeriraju potrebu za novim i inovativnim istraživanjima u ovom polju. Također, posttraumatski stresni poremećaj, koji se razvija nakon traumatičnih događaja, bio je manje uobičajen kod osoba s bipolarnim poremećajem i shizofrenijom, dok je bio dvostruko češći kod žena. Osim toga, mlađa dob i traume iz djetinjstva važni su čimbenici u razvoju psihotičnog poremećaja. Žene koje su prošle kroz teške traumatske situacije, kao što su seksualno zlostavljanje u djetinjstvu te fizičko i emocionalno zlostavljanje, imaju veći rizik od razvoja psihotičnih poremećaja. Posttraumatski stresni poremećaj se razvija jer se u većini slučajeva traumatični događaji ponavljaju. Ipak, ponovljena trauma povećava vjerojatnost bolesti i općenito narušava strukturu osobnosti i sposobnost stvaranja stabilnih odnosa s drugima. Smatra se da je razlog manje prevalencije posttraumatskog stresnog poremećaja u bolesnika s bipolarnim poremećajem i shizofrenijom povezan s otpornošću na traumu. Osim toga, deluzije, halucinacije i poteškoće s pamćenjem, koje su karakteristične za navedene poremećaje, mogu utjecati na preciznost s kojom se ljudi mogu prisjetiti traumatskih iskustava i simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja. Ova istraživanja ističu potrebu za prikupljanjem informacija o povijesti traume kod osoba s mentalnim poremećajima [27,30].

#### **2.4.2. Mjesto stanovanja**

Većina studija pokazuje da ljudi koji su rođeni i odrasli u urbanim područjima imaju veći rizik od psihotičnih poremećaja, poput shizofrenije, od onih koji su odrasli u ruralnim područjima. Unatoč tome, potrebno je naglasiti da učestalost prvih psihotičnih epizoda može varirati u urbanim i ruralnim sredinama. Načelno, psihotični poremećaji češće se pojavljuju kod ljudi koji se suočavaju s socioekonomskim teškoćama, žive u siromaštvu i izoliranim socijalnim zajednicama, te pripadaju etničkim manjinama koje se ne osjećaju prihvaćenima od strane svoje zajednice. Važno je napomenuti da, iako se psihotične epizode često događaju u urbanim okruženjima, postoji mnogo faktora koji mogu utjecati na razvoj psihotičnih poremećaja, neovisno o socijalnom okruženju [15,31].

### **2.4.3. Obitelj**

Obiteljski odnosi, posebice oni između majke i djeteta, često se smatraju važnim čimbenicima u razvoju shizofrenije. Vjeruje se da hladne, dominantne majke koje izazivaju sukobe uzrokuju shizofreniju kod svoje djece [32].

Takve su majke previše zaštitnički nastrojene, omalovažavaju i nemaju obzira prema drugima. Prema teoriji dvostruke prisile, vjeruje se da konstantno suočavanje s konfliktnim situacijama u kojima osoba prima proturječne poruke od druge osobe igra ključnu ulogu u razvoju shizofrenije. Ove situacije nastaju kada je za osobu važno razumjeti poruke druge osobe, no ta druga osoba šalje nejasne i kontradiktorne poruke koje prva osoba ne može zanemariti ili se distancirati od njih, a istodobno nema priliku izraziti svoje mišljenje. Iako su kasnija istraživanja dovela u pitanje ove teorije, proučavanja obitelji pokazala su da su obitelji s takvim komunikacijskim stilovima i čestim konfliktima različite od tipičnih obitelji. Nije moguće donijeti čvrste zaključke o uzročno-posljedičnoj vezi, istraživanja sugeriraju da pogreške u roditeljskoj komunikaciji mogu imati veliku ulogu u razvoju shizofrenije [32].

Dodatno, djetinjstvo u okruženju koje je nestabilno i obiluje negativnim iskustvima kao što su seksualno, fizičko i emocionalno zlostavljanje i zanemarivanje mogu imati dugoročne posljedice na pacijenta. To može rezultirati povećanim stresom i dovesti do nepovoljnih ishoda u odrasloj dobi za osobe koje pate od psihotičnih poremećaja [27].

### **2.4.4. Društvo**

Brojne studije pokazale su vezu između društvene klase i dijagnoze shizofrenije. Shizofrenija je najčešća u urbanim sredinama. Osim toga, postojala je značajna razlika u broju ljudi sa shizofrenijom između najnižih i ostalih slojeva društva. Prema hipotezi društvenih uzroka shizofrenije, pripadnost nižoj društvenoj klasi uzrokuje shizofreniju. To jest, ponižavajuće postupanje s ljudima, niske razine obrazovanja i nedostatak pristupa nagradama i prilikama mogu dovesti do stresnih iskustava. Drugo objašnjenje povezanosti shizofrenije i niže društvene klase je teorija društvenog izbora. Točnije, tijekom razvoja psihoze, shizofreničar pati od sve većih motivacijskih i kognitivnih problema, a njegova sposobnost da zaradi dovoljno novca se smanjuje, što na kraju može natjerati osobu da se preseli u financijski izazovnije područje [32].

Međutim, studije su pokazale da urbana područja imaju visoke stope shizofrenije, što može biti rezultat kombinacije različitih okolišnih čimbenika, kao što su etničke manjine ili uporaba droga. Konačno, longitudinalne studije pokazuju da je prijelaz iz urbane u ruralnu sredinu u ranom djetinjstvu povezan s odgovarajućim smanjenjem rizika od razvoja psihotičnih poremećaja [15].

## **2.5. Rizik za suicid**

Osobe koje pate od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja izloženi su većem riziku od suicida.

Rizik od samoubojstva najlakše je odrediti kod psihotičnog bolesnika s obiteljskom poviješću umjereno teških psihotičnih simptoma, depresije i suicidalnog ponašanja. Ipak, neke kliničke značajke, poput prisutnosti simptoma depresije ili depresivnog poremećaja, neprekidno su povezane sa rizikom od samoubojstvom i suicidalnog ponašanja kod osoba s psihotičnim poremećajima [33].

Nadalje, zlouporaba alkohola i droga među psihotičnim pacijentima povezana je s pokušajima suicida, ali ne i sa samoubojstvom [34].

Nasuprot većini prethodnih spoznaja, jedno istraživanje je otkrilo da impulzivno i agresivno ponašanje kod osoba s psihopatijom ne povećava rizik od samoubojstva. Iako bi ovi rezultati mogli biti tumačeni varijacijama u osobnostima pacijenata koje bi moglo smanjiti rizik od samoubojstva, potrebno je daljnje istraživanje kako bismo bolje razumjeli interakciju između osobnosti, psihotičnih poremećaja i suicida [35].

Za osobe s dijagnosticiranim psihotičnim poremećajem, izvan povećanog rizika od samoubojstva, postoji i visok rizik od samoozljeđivanja. Nalazi iz studija o ljudima s visokim rizikom od psihotičnih poremećaja pokazuju visoke stope samoozljeđivanja i suicidalnosti. Nadalje, dobivene stope bile su slične onima uočenim u uzorcima s dijagnosticiranim psihotičnim poremećajima. S obzirom na trenutna saznanja, važna je nastaviti daljnja istraživanja u ovom polju i odgovarajuće praćenje osoba s visokim rizikom obolijevanja od ovih mentalnih poremećaja. Značajno povećava se broj istraživanja usmjerenih na analizu rizika za razvoj shizofrenije i utjecajnih faktora [35].

## 2.6. Liječenje psihotičnih poremećaja

### 2.6.1. Farmakoterapija

Uvođenjem antipsihotika i neuroleptika učinjen je velik napredak u liječenju bolesnika s psihotičnim poremećajima. Antipsihotici se dijele u dvije klase: atipični antipsihotici koji djeluju na neurotransmitterski sustav i tipični antagonisti dopamina. Osobe koje su promijenile liječenje, odnosno prešle s uzimanja tipičnog antipsihotika na atipični antipsihotik, pokazale su veću privrženost svojim lijekovima. Značajno poboljšanje psihotičnih simptoma pokazalo se kod pacijenata koji su redovito uzimali lijek [32,37].

Jedan od glavnih razloga za dosljedno slijediti terapiju jest što novija generacija antipsihotika ima manje nuspojava koje mogu otežati pridržavanje. Unatoč tome, učinkovitost lijeka, njegova dostupnost i podnošljivost, zajedno s podrškom obitelji i društva te uvjerenjima pacijenta o njihovoj bolesti, i dalje ostaju ključni faktori koji su povezani s dosljednim pridržavanjem terapije [38].

No, valja napomenuti da se nepridržavanje liječenja javlja u 50% bolesnika s psihotičnim poremećajima, zbog čega je potrebno obratiti posebnu pozornost na provjeru rutinske konzumacije. Jedan od lijekova koji se često propisuju su fenotiazini, koji su prvotno korišteni za ublažavanje postoperativnog stresa. Kasnije je fenotiazin evoluirao i razvijen je klorpromazin, koji se pokazao izuzetno efikasnim u smirivanju pacijenata s shizofrenijom. Vjeruje se da je lijek terapijski, blokira dopaminske receptore u mozgu. Zbog svog sedativnog učinka, može liječiti halucinacije i delirij [39,40].

Osim navedenih lijekova, koriste se još ove vrste neuroleptika: butirofenon i tioksanten. Bili su jednako učinkoviti i mogli su ublažiti pozitivne simptome shizofrenije, ali su bili manje učinkoviti na negativne simptome. Bolesnici ih uzimaju tijekom faze održavanja, odnosno u količinama dovoljnim za nastavak terapijskog učinka, a zbog ozbiljnih nuspojava kao što su tremor, abnormalni pokreti, nesiguran hod i slično, u današnje vrijeme bolesnici ne uzimaju nikakve lijekove tijekom pauze. Jedan od lijekova često primjenjivanih jest klozapin, koji ima dobar terapijski učinak, ali šteti funkciji imunološkog sustava. S obzirom da 20% osoba sa shizofrenijom počini samoubojstvo, važno je pronaći odgovarajući psihotropni lijek. Od klasičnih antipsihotika najčešće se koristi haloperidol, a po potrebi se mogu koristiti i benzodiazepini [41].



### **2.6.2. Psihodinamska terapija**

Grupna psihoterapija predstavlja kombinaciju faktora koji povoljno utječu na terapiju osoba s psihotičnim poremećajima. Odnosno, grupa potiče kritiku, socijalizaciju, korektivne mehanizme bolesti i sebe te pomaže u poboljšanju objektivnih odnosa. S obzirom da su društvene interakcije kod osoba s psihotičnim poremećajima poremećene, grupna terapija može pomoći ljudima da razumiju kako oni i oni slični njima funkcioniraju. Kod terapije psihotičnih poremećaja, kombinacija psihodinamske grupne terapije i terapije psihotropnim lijekovima predstavlja integrirani pristup liječenju osoba s psihičkim poremećajima [42].

Pozitivna iskustva iz grupne psihoterapije tijekom bolničkog liječenja često motiviraju pacijente da nastave sa terapijom. Prema psihoanalitičkoj teoriji, shizofrenija se interpretira kao povlačenje od traumatičnih iskustava i odbacivanja tijekom djetinjstva. Tijekom terapije postupno se razvija povjerljiv odnos između pacijenta i terapeuta pružajući pacijentu priliku za istraživanje vlastitih traumatičnih iskustava. Unatoč povremenom korištenju ove terapeutske teorije bitno je istaknuti da se psihoanalitička teorija utemeljuje na ograničenom broju kliničkih slučajeva i ne pruža predviđanje ponašanja kao neki drugi pristupi. Nadalje, mnogi prijedlozi teorije ne mogu se znanstveno ispitati jer nisu operacionalizirani, što u konačnici dovodi u pitanje valjanost tretmana koji se temelje na psihoanalitičkoj teoriji [32].

### **2.6.3. Obiteljska terapija**

Obiteljska terapija, za koju se pokazalo da pomaže u sprječavanju recidiva, usmjerena je na smanjenje visoke razine emocionalnog izražavanja. Terapija pozitivno utječe na harmoniju obiteljskog života, a uključuje suradnju između pacijenta i njihovih obitelji. Poseban naglasak se stavlja na važnost redovite primjene lijekova i obučavanje obitelji kako izražavati svoje osjećaje na konstruktivan i empatičan pristup kako bi se smanjila napetost i konflikti, te kako bi se pronašla zajednička rješenja za probleme [32].

Tehnike grupne analize pružaju uvid u temeljne uzroke psihičkih poremećaja, obiteljske komunikacije i obrazaca ponašanja te potiču zrelije komunikacijske stilove. Kroz terapiju članovi obitelji pokušavaju pružiti olakšanje, obrazovanje i podršku te potrebne promjene. Tijekom liječenja članovi obitelji iskusili su povećano samopoštovanje, smanjenu usamljenost i korištenje nezrelih obrambenih mehanizama, povećan osjećaj sigurnosti i općenito poboljšano

funkcioniranje obitelji. Ovaj oblik liječenja može se provoditi u dnevnim bolnicama, klinikama i bolnicama [43].

Tijekom godine uključeni u obiteljsku terapiju, većina sudionika prijavila je povećanje znanja i razumijevanja poremećaja. Osim toga, smanjuje se teret i stres za pacijente i njihove obitelji, a poboljšavaju se vještine suočavanja i socijalna podrška [44].

Osim toga, obiteljska terapija može smanjiti vjerojatnost psihotičnog recidiva. Ipak, rizik od recidiva bolesti općenito je nizak kod osoba s psihotičnim poremećajem koje primaju odgovarajuću skrb, a taj se rizik može dodatno smanjiti kombiniranjem uz odgovarajuće liječenje [45].

#### **2.6.4. Bihevioralna i kognitivna terapija**

Ključni element bihevioralne terapije je edukacija i prakticiranje socijalnih vještina kako bi se reduciralo emocionalno izražavanje. Mnogi ljudi s psihotičnim poremećajima izbjegavaju društvene situacije zbog paranoje ili tjeskobe. Jedna od metoda kognitivno-bihevioralne terapije temelji se na virtualnoj stvarnosti, tijekom tretmana bolesnici su smješteni u virtualno socijalno okruženje, što u konačnici smanjuje anksioznost i paranoidne misli bolesnika u stvarnom socijalnom okruženju [46].

Također, bihevioralna terapija može pridonijeti boljoj sposobnosti bolesnika da se suoče sa stresom u društvenom i obiteljskom okruženju, te im pomoći da razviju konstruktivniji način života čak i ako otpust iz bolnice nije trenutačno moguć. Dok su najučinkovitiji tretmani oni vođeni načelima učenja, poboljšanja u tretmanima ponašanja nisu bila dovoljno velika da bi se moglo zaključiti da bi najučinkovitiji tretmani za shizofreniju trebali uključivati psihološke i biološke tretmane. Tijekom kognitivno-bihevioralne terapije bolesnici pokušavaju prihvatiti svoju bolest i promijeniti svoje stavove prema psihotičnim simptomima umjesto da ih pokušavaju smanjiti ili kontrolirati. Kada se radi o psihotičnim poremećajima, ne postoji samo jedna univerzalno učinkovita strategija suočavanja. Dakle, različiti čimbenici utječu na izbor strategija suočavanja i njihovu učinkovitost. S obzirom na veću učinkovitost korištenja nekoliko različitih pristupa suočavanja, jedan od postavljenih ciljeva kognitivne bihevioralne terapije je usvajanje i razvijanje različitih strategija za suočavanja [32,47,48].

Dodatno, važno je napomenuti da samoregulacija igra ključnu ulogu u uspješnom suočavanju s psihotičnim poremećajem, pri čemu je ključni faktor uvjerenje pacijenta u vlastitu kontrolu, moguće ishode bolesti i doživljaj simptoma. Kroz kognitivno-bihevioralnu terapiju

pacijenti se uče nositi sa stresom tražeći emocionalnu podršku i pritom razvijajući samoregulaciju. Ovi faktori su povezani s manjim razinama stresa i većim prihvaćanjem simptoma te povećanim povjerenjem u vlastitu kontrolu. Terapija također smanjuje vjerojatnost pojave psihoze i potrebe za uzimanjem antipsihotika unutar prvih 12 mjeseci. Nadalje, terapija je učinkovita u smanjenju negativnih simptoma pacijenta uz smanjenje negativnih uvjerenja o vlastitim kognitivnim sposobnostima, izvedbi, emocionalnim iskustvima i društvenoj izolaciji. Također, pravilna psihoedukacija o psihotičnim poremećajima i dostupnim tretmanima može značajno smanjiti rizik od recidiva. Važno je napomenuti da se pozitivan učinak smanjuje nakon 12 mjeseci ako se primjenjuje samo psihoedukacija, stoga integracija s drugim terapijskim pristupima može biti od suštinske važnosti u dugoročnom liječenju psihotičnih poremećaja. Međutim, pozitivni učinci traju dulje ako bolesnik i njihove obitelji slijede psihoedukaciju. Ovakva saznanja sugeriraju da je potrebno kombinirati nekoliko različitih vrsta liječenja kako bi se olakšalo funkcioniranje svakodnevnog života osoba s psihotičnim poremećajem [49].

### **2.6.5. Rehabilitacija utemeljena u zajednici**

Program rehabilitacije u zajednici predstavlja pristup u kojem stručnjaci i lokalno osoblje blisko surađuju kako bi pružili usluge unutar okvira ljudskih prava i razvoja. Riječ je o prihvatljivoj intervenciji koja povoljno utječe na rješavanje poteškoća s kojima se suočavaju osobe s psihotičnim poremećajima. Stoga na smanjenje invaliditeta među osobama s psihotičnim poremećajima u kombinaciji kliničkih i socijalnih faktora ima veliku utjecaj kao i karakteristika liječenja. Jedna od ključnih prepreka u pružanju odgovarajućih usluga osobama s dugotrajnim psihotičnim poremećajima je manjak adekvatno osposobljenog stručnih profesionalca za duševno zdravlje. Rehabilitacija u zajednici prvenstveno uključuje obuku stručnjaka za rad s osobama s psihotičnim poremećajima. Tijekom liječenja psihijatar ili psiholog pruža stručnu skrb putem dogovorenih mjesečnih susreta.

Uz liječenje bolesnicima je pružena odgovarajuća klinička skrb uz uzimanje antipsihotika, a po potrebi i antidepresiva i stabilizatora raspoloženja. Grupe samopomoći sastavljene su od korisnika usluga i članova zajednice i usmjerene su na pružanje podrške u ponovno uključivanje u društvo kako bi se poboljšao život kroz socijalnu reintegraciju. Posebno je značajno provoditi rehabilitaciju u zajednici za bolesnike koji žive u okruženjima sa ograničenim resursima. Članstvo u grupama samopomoći, podrška obitelji i redovito uzimanje lijekova važni su čimbenici u pozitivnim ishodima oporavka [50].

Osim toga, sve veći broj programa samokontrole bolesti može isporučiti poruke koje uče bolesnike ispravnim upravljanjem simptomima i razvijanjem zdravih komunikacijskih vještina kao sastavni dio edukacije o samoj bolesti te u konačnici i o samoj terapiji. Oni također nude emocionalnu potporu i samim time unapređuju sposobnosti samozastupanja povećanjem samopoštovanja i samopouzdanja osoba s psihotičnim poremećajima. Rehabilitacija osoba koje pate od psihotičnih poremećaja putem programa zapošljavanja podržanih od strane zajednice može imati pozitivan utjecaj na ishode tijekom procesa oporavka. Međutim, trenutni rezultati sugeriraju da je potrebno provesti daljnja istraživanja kako bismo bolje razumjeli ovu temu [51].

### 3. Shizofrenija

Osobe sa shizofrenijom imaju poremećaje mišljenja, pažnje, percepcije, motoričkog ponašanja, afekta ili raspoloženja te životnog funkcioniranja. Kod shizofrenije ne postoji niti jedan definitivan simptom na kojem se temelji dijagnoza [52].

Umjesto toga, definirano je koliko problema mora biti prisutno i u kojoj je mjeri izraženi, te se navedeni simptomi dijele u dvije glavne kategorije – pozitivne i negativne [53].

#### 3.1. Pozitivni simptomi

Suvremena neuroznanost je došla do spoznaje da neobična perceptivna iskustva osoba koje pate od shizofrenije i njihova ponekad čudna uvjerenja imaju sličnu osnovu, koja se temelji na poremećenom načinu razmišljanja i vjerovanju o svijetu. Ispadanja kao što su halucinacije, bizarno ponašanje i zbunjenost smatraju se nekim od pozitivnih simptoma shizofrenije. Osim toga, jedan od pozitivnih simptoma koji se može pojaviti je neorganiziran govor, što je poremećaj u organizaciji misli i govora koji otežava razumijevanje onoga što pacijent želi reći. Zbog mogućeg gubitka povezanosti među asocijacijama, bolesnicima je teško komunicirati i držati se iste teme. Ipak, iako se ovaj simptom i danas smatra jednim od dijagnostičkih kriterija za shizofreniju, valja naglasiti da oštećenje govora nije dobar kriterij za razlikovanje shizofrenih bolesnika od ostalih bolesnika. Jer osobe oboljele od shizofrenije također mogu doživjeti neke emocionalne poremećaje. Također, osobe s shizofrenijom često pokazuju tendenciju da razvijaju zabludna uvjerenja, što znači da vjeruju da drugi ljudi nisu suglasni s njima i da su u krivu. Jedan od potencijalnih oblika tih zabluda je somatska pasivnost, gdje pacijent postaje pasivni doživljavatelj tjelesnih senzacija koje se čine kao da su uzrokovane vanjskim predmetima. Također, može doći do prisutnosti nametnutih (usađenih) misli, gdje pacijent vjeruje da su mu misli nametnute izvana. Osim toga, jedan od oblika zabluda je i prijenos ideja, gdje pacijent vjeruje da se njegove ili njene misli prenose izvan svijesti i postaju poznate drugim ljudima. Nadalje, također je moguća vjerovanja da je neka vanjska sila ukrala bolesnikov um i isisala ga iz njegova uma u njegov vlastiti. U drugim oblicima sumanutosti mogući su nametnuti osjećaji, voljne radnje i impulsi [54].

Osim sumanutosti, osobe sa shizofrenijom doživljavaju halucinacije, osjetilne doživljaje koji se javljaju bez ikakvih vanjskih podražaja. Ova vrsta perceptivnog iskrivljenja može se

manifestirati kao slušanje vlastitih misli, prisustvo glasova koji vode raspravu ili komentiraju. Dokazano je da gen DISC1 (disrupcija shizofrenije 1) igra važnu ulogu u shizofreniji [55,56].

Iako postoje ograničenja u našem razumijevanju mehanizma putem kojih navedeni gen doprinosi povećanom riziku od shizofrenije, znamo da je uključen u ključne procese u središnjem živčanom sustavu kao i u razvoju mozga. Istraživanja su identificirala povezanost između genetskih faktora i volumena sive tvari u mozgu osoba koje boluju od shizofrenije. Uočeno je da pacijenti sa shizofrenijom koji imaju manju količinu sive tvari u mozgu često manifestiraju pozitivne simptome kao što su halucinacije i konfuzija. Uostalom, pozitivni simptomi shizofrenije bili su jedini pouzdani prediktor agresivnijeg ponašanja prema drugima. Ovo znanje sugerira da kliničari mogu prepoznati pozitivne simptome i započeti odgovarajuće liječenje [57].

### **3.2. Negativni simptomi**

Poremećaj u ponašanju poznat kao avolicija predstavlja jedan od negativnih simptoma shizofrenije. Avolicija se odnosi na nedostatak interesa i energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, zbog čega osobe sa shizofrenijom ponekad zanemaruju svoju osobnu higijenu i svoj izgled. Osim toga, osobe sa shizofrenijom mogu imati loš govor i sadržaj, poznat kao afazija. Među negativnim simptomima se također ističe anhedonija, što predstavlja nesposobnost osjećanja zadovoljstva [53].

Osobe koje dožive anhedoniju pokazuju nedostatak interesa za seksualne odnose i nemogućnost razvijanja intimnosti. Kod emocionalno otupjelog bolesnika sa shizofrenijom postoji nekoliko podražaja koji mogu izazvati emocionalni odgovor, ali važno je naglasiti da se to odnosi na vanjske manifestacije emocija, a ne nužno na iscrpljujuće unutarnje iskustvo koje osoba doživljava. Osim toga, osobe sa shizofrenijom su imale gotovo iste emocionalne reakcije i više razine fiziološkog uzbuđenja pri gledanju filmskih isječaka, unatoč suzdržanim izrazima lica [32].

Težina negativnih simptoma ima utjecaj na neuropsihološku aktivnost kod osoba sa shizofrenijom. Konkretno, shizofreni bolesnici sa jakim negativnim simptomima imaju slabije kognitivne sposobnosti, što se pokazuje verbalnom fluentnošću i pamćenjem. Istraživanja koja su se bavila strukturom bijele i sive tvari u mozgu su otkrila značajno smanjenje bijele tvari u prefrontalnom dijelu mozga kod osoba koje boluju od shizofrenije. Također, sudionici sa visokom prisutnošću negativnih simptoma su pokazali značajno manji volumen bijele tvari na

obje strane mozga u usporedbi s onima koji imaju manje izražene negativne simptome. Odnosno, bijela tvar u desnoj hemisferi značajno je smanjena u bolesnika s vrlo izraženim negativnim simptomima [58,59].

Negativni simptomi mogu djelomično predstavljati kompenzaciju za osjećaj percipirane društvene prijetnje i anticipirani neuspjeh u zadacima i socijalnim aktivnostima. Drugim riječima, pacijentova percepcija ograničenih mentalnih kapaciteta potiče ga da čuva svoju energiju smanjenjem angažmana u aktivnostima koje zahtijevaju napor. Daljnje analize su ukazale da konstrukcija negativnih simptoma nije jednostavna, već se sastoji od više dimenzija, pri čemu su najmanje dva faktora prisutna (kao što su smanjen izražaj, anhedonija i asocijalnost). Ovo ističe važnost opreza prilikom interpretacije ovih simptoma. Međutim, shizofrenija također ima određene simptome koji ne spadaju u dvije navedene kategorije. Zbog raznolikosti simptoma, važno je biti oprezan pri postavljanju dijagnoze i donošenju izbora za odgovarajuću terapiju liječenja [60].

### **3.3. Tipovi shizofrenih poremećaja**

#### **3.3.1. Rastrojena (dezorganizirana) shizofrenija**

Dva ključna elementa izvršnog funkcioniranja uključuju razumijevanje redoslijeda radnji i postizanje ciljeva u ponašanju. Pretpostavlja se da su poremećaji mišljenja kod shizofrenije povezani s narušenim izvršnim funkcijama, što dovodi do otežanog razumijevanja ponašanja drugih ljudi.

Rastrojenu shizofreniju karakteriziraju masivne halucinacije i zbunjenost. Kod ove vrste shizofrenije, sposobnost osobe da organizira svoje misli je loša i razvijaju čudne misli, govore nepovezano, izmišljaju nove riječi, imaju nagle promjene raspoloženja i ponašaju se vrlo uzrujano. Nadalje, pojedinci s izrazito neorganiziranim simptomima shizofrenije bili su lošiji u povezivanju nizova događaja [61].

Osim toga, u skladu sa okolnostima u kojima se bolesnik sa shizofrenijom nalazi, može neprikladno utjecati na njega i tako izraziti njegov neprikladni odgovor. Zbunjenost misli očituje se u riječima i djelima. Zbunjeni govor može uključivati loše asocijacije između više tema, kao i nepovezani govor koji nalikuje shizofreniji. Shizofrenija, također poznata kao "salata od riječi", je govor u kojem pacijenti postaju zbunjeni, ponavljaju i koriste riječi koje

nemaju nikakvog značenja ili veze jedna s drugom. Ovo ponašanje može otežati aktivnosti i funkcije svakodnevnog života [61].

### **3.3.2. Katatona shizofrenija**

Simptomi katatonične shizofrenije su najizraženiji s obzirom na prisutnost poremećaja kretanja. Ponašanje bolesnika varira od katatonične nepokretnosti do snažne aktivnosti, iako jedno od gore navedenog može prevladavati. Osobe sa shizofrenijom mogu stalno gestikulirati, raditi neuobičajene pokrete rukama i zamrznuti svoja lica u čudnim izrazima [61].

Kad se pojavi katatonična nepokretnost, pacijent može zauzeti neobičan položaj tijela i ostati u tom položaju produljeno vrijeme. U katatoniji, osoba ponekad može i pokazivati voštanu fleksibilnost što znači da druga osoba može postaviti njihove udove u neuobičajene položaje koje će bolesnik zadržavati dulje vrijeme. Bolesnici s katatoničnom shizofrenijom opiru se tuđim sugestijama, imaju negativan stav i često ponavljaju tuđe riječi. Osobe s ovim oblikom shizofrenije osjećaju oticanje i ukočenost udova. Međutim, neovisno o stupnju kome, bolesnici mogu postati svjesni što se događa oko njih i kasnije to ispričati. Osim toga, ljudi mogu vikati i nepovezano govoriti dok neprestano hodaju. U usporedbi s drugim pacijentima koji boluju od shizofrenije, osobe s katatoničnom shizofrenijom pokazuju simptome bolesti znatno ranije u životu, često imaju više negativnih simptoma i veća je vjerojatnost da će biti tretirani benzodiazepinima. Učestalost dijagnoza katatonične shizofrenije smanjila se tijekom posljednjih 50 godina. Ipak, ova vrsta shizofrenije danas je rijetka zbog snažnog djelovanja lijekova, a vjeruje se da se u prošlosti često pogrešno dijagnosticirala i brkala s drugim poremećajima poput bolesti spavanja. Osim sociokulturnih faktora, smatra se da je korištenje antipsihotika doprinijelo smanjenju učestalosti katatonične shizofrenije na dva načina: s jedne strane, antipsihotici su smanjili pojavu hiperkinezije, uzbuđenja ili impulzivnosti; s druge strane, antipsihotici su uzrokovali smanjenje hipermobilnosti, uzbuđenja ili impulzivnosti. Također, oni sami mogu uzrokovati poremećaje kretanja, poput ukočenosti, koji se onda pripisuju učincima lijekova, a ne katatoniji [32].



### 3.3.3. Paranoidna shizofrenija

Osnovni simptom dijagnoze paranoidne shizofrenije je prisutnost sumanutih misli. Ponekad su to grandiozne ideje, a osobe imaju prenapuhan osjećaj vlastite važnosti, znanja, statusa ili moći. Osim toga, osobe sa shizofrenijom doživljavaju slušne halucinacije, koje mogu dovesti do referentnih misli, u kojima bolesnici ugrađuju bezazlene događaje u svoje vlastite mahnite konstrukte i dešifriraju osobno značenje iz bezazlenih aktivnosti drugih. Osobe s paranoidnom shizofrenijom lako se svađaju, ljute se i ponekad su nasilne [32,61].

Čak i kada su suzdržani prema drugima, njihovi emocionalni odgovori su intenzivni i oni su budniji od drugih bolesnika sa shizofrenijom. Osnovni razlog zašto su tako govorljivi i aktivni je taj što njihovi mentalni procesi nisu toliko razbijeni i fragmentirani kao kod drugih pacijenata. Međutim, iako bolesnici mogu jako reagirati na određene podražaje, smanjena aktivnost medijalnog prefrontalnog korteksa kao i aktivnost amigdale primijećena je kod paranoidne shizofrenije. Smatra se da su dijelovi unutarnje organizacije mozga abnormalni kod osoba sa shizofrenijom. Odnosno, postoje značajne razlike u kognitivnoj mrežnoj povezanosti između bolesnika sa shizofrenijom i zdravih pojedinaca, a te abnormalnosti mogu biti korijen abnormalnosti u sustavima obrade informacija i koordinacije. Za razliku od kognitivne dimenzije, malo se zna o varijacijama afektivne komponente empatije. U usporedbi s ljudima koji nemaju shizofreniju, osobe s ovim poremećajem često iskazuju više negativnih emocija, nedostatak emocija i poteškoće u izražavanju emocija te imaju manju sposobnost kontroliranja izražavanja svojih emocija [63].

Široka varijacija simptoma shizofrenije potaknula je ideje o podtipovima poremećaja. Odnosno, teško je dijagnosticirati vrstu shizofrenije, a time se smanjuje pouzdanost dijagnoze. Također, pouzdanost prognoze za ovaj tipa shizofrenije bila bi umanjena jer, čak i kada bi se tip shizofrenije znao, to znanje ne bi nužno dalo dostatne informacije za tretman liječenja ili predviđanje tijeka same bolesti. Na primjer, ako bolesnik zadovoljava dijagnostičke kriterije za shizofreniju, ali ne zadovoljava jedan od podtipova, dijagnosticira mu se shizofrenija nepoznatog porijekla. Kod neidentificirane shizofrenije javlja se neorganizirano ponašanje s izraženim halucinacijama i dezorganizacijom. Bolesniku se dijagnosticira rezidualna shizofrenija kada više ne zadovoljava sve dijagnostičke kriterije za shizofreniju, ali još uvijek pokazuje simptome poremećaja. Osobe koje iskuse simptome shizofrenije, ali se nakon psihotične epizode više ne suočavaju s psihotičnim manifestacijama, mogu i dalje razviti rezidualnu shizofreniju. Osim toga, u rezidualnoj fazi postoji mogućnost postpsihotične depresije kod shizofrenije [32].

## **4. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika**

Medicinska sestra je ta koja provodi najviše vremena s bolesnikom i važno je istaknuti njezinu ulogu. Promatranjem medicinske sestre na temelju dostupnih podataka i simptoma identificiraju probleme u području zdravstvene njege. Za rješavanje ovog problema medicinske sestre moraju odabrati najprikladniju intervenciju, odnosno izraditi plan zdravstvene njege. Budući da su bolesnici sa shizofrenijom često u halucinantnom svijetu, promjenjivog mišljenja i ponašanja, sumnjičavi, a ponekad i agresivni, medicinske sestre trebaju posjedovati specifične komunikacijske kompetencije u skrbi za takve pacijente. Mora nastojati uspostaviti povjerljiv odnos s bolesnikom, biti strpljive, ne odvrćati bolesnika od halucinacija i ne potvrđivati bolesnikove halucinacije. Povjerenje je također važno za edukativne svrhe bolesti i liječenja, a bolesnik bi se trebao liječiti samo od ljudi kojima vjeruje. U osoba s dijagnozom shizofrenije zabilježena je visoka stopa pokušaja samoubojstva i suicidalnog ponašanja, stoga je od velike važnosti da medicinske sestre redovito promatraju pacijente i prepoznaju bilo kakve promjene u njihovom ponašanju koje mogu ukazivati na takve pokušaje. Rad s osobom koja ima shizofreniju zahtijeva strpljenje, znanje i određene kompetencije [64].

### **4.1. Načela zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika**

Načela psihijatrijske skrbi zapravo su opća pravila kojih se pridržavaju sve psihijatrijske sestre i tehničari u kontaktu s psihijatrijskim bolesnicima. Pridržavanjem ovih načela osigurava se stručnost i kvaliteta psihijatrijske skrbi. Načelima se također definira odnos između medicinskih sestara i pacijenata. Prvo načelo koje vrijedi za sva područja medicine i sestринства je holistički pristup. Ovo uključuje sagledavanje pacijenta kao bio psihosocijalnog entiteta s fizičkim, psihološkim, socijalnim i duhovnim potrebama. Shvaćanje čovjeka kao autentične, neovisne osobe sa svojom slobodnom voljom, životnim izborima i stavovima koje treba bezuvjetno prihvaćati i poštivati. Zatim, tu je i načelo poštivanja ljudske posebnosti i privatnosti. Terapeutska komunikacija predstavlja i osnovno načelo i intervenciju temeljenu na terapijskom odnosu, naglasak stavlja na empatiji, povjerenju te uzajamnom poštovanju. Sljedeći princip je aktivno uključivanje bolesnika u proces liječenja. Na kraju, bezuvjetno prihvaćanje znači uvijek nuditi pomoć, bez osuđivanja. Bitno je razumjeti da je bolesnik osoba čiji su egzistencijalni odnosi poremećeni, ali shvatiti da je on biće koje ima psihosocijalni status unutar zajednice te da mu treba dati priliku i pomoći mu da svoj stav, mišljenje i okruženje

ponašanja prilagodi maksimalnoj mogućoj mjeri i da nije izoliran od društva. Svaka medicinska sestra koja radi u psihijatrijskoj praksi treba usvojiti ova načela kao sastavni dio svoje profesionalne prakse. Potrebno je aktivno poticati njihovu primjenu u svakodnevnom radu, osigurati uvjete koji omogućuju njihovu provedbu te brzo prepoznavati i reagirati kada se ta načela ne poštuju [64].

## **4.2. Odnos medicinska sestra - bolesnik**

Empatija predstavlja ljudsku kompetenciju i psihosocijalnu vještinu koja teži razumjeti i suosjećati s mislima, osjećajima, emocijama i stavovima drugih osoba. To podrazumijeva sposobnost gledanja na život iz perspektive nekog drugog i sposobnost postavljanja sebe u tuđu situaciju. Može se opisati kao emocionalna reakcija koja se sastoji od tri osnovne komponente: spoznaje ili misli, koja je u stanju prepoznati i razumjeti mentalno stanje druge osobe; emocije ili osjećaja, koja je u stanju emocionalno odgovoriti u skladu s raspoloženjem druge osobe te ponašanja koja omogućuju verbalnu i neverbalnu komunikaciju za izražavanje podrške [65].

U psihijatrijskoj skrbi za psihotične bolesnike iznimno je važno razumjeti bolesnikovo iskustvo, njegovu percepciju sebe i svoje bolesti te vlastite stavove, uz maksimalno poštovanje prema bolesniku kao ljudskom biću s vlastitim psihološkim karakteristikama i bezuvjetno prihvaćanje emocionalnih potreba. Pružiti podršku u izgradnji otvorenog, poštenog odnosa temeljenog na povjerenju, ispunjenog toplinom, suosjećanjem i uzajamnim poštovanjem. Ovaj empatični odnos između psihijatrijskih medicinskih sestara i pacijenata može otpustiti unutarnju napetost i zbunjenost, prihvatiti psihička i zdravstvena stanja, riješiti psihosocijalne probleme, zadovoljiti emocionalne potrebe bolesnika i osigurati kvalitetu skrbi i zdravstvene zaštite [66].

Psihijatrijska sestra je uvijek tu, na usluzi, uz bolesnika, zastupa ga i pomaže mu u njegovoj životnoj situaciji. Medicinska sestra treba biti gotovo cijelo vrijeme na raspolaganju bolesniku, posvetiti mu dovoljno vremena i pažnje koju zaslužuje, poticati ga na izražavanje i rješavanje problema. Osim što bi trebao biti obilježen empatijom i povjerenjem, sestrinski odnos mora zadržati strogu profesionalnost. To znači da se moraju postaviti jasne granice koje proizlaze iz etičkih i moralnih principa. Nipošto ne smiju osobni problemi, frustracije, pritužbe, napetosti, ljutnja i slična negativna emocionalna iskustva medicinske sestre ispoljiti prema pacijentima. Posebno je važno izbjeći bliski emocionalni, fizički ili intimni kontakt između zdravstvenog radnika i pacijenta.

Pri pristupu pacijentu, treba ga tretirati kao jedinstvenu osobu s holističkim i integrativnim pristupom. To znači da se pacijent promatra kao individua koja ima biološke, psihološke, socijalne i duhovne potrebe te ima pravo na samopostizanje i da je jedinstvena u odnosu na druge [66].

### **4.3. Psihijatrijsko sestrinske dijagnoze i intervencije**

Sestrinske dijagnoze predstavljaju procjenu medicinskih sestara i tehničara o određenim zdravstvenim stanjima i ponašanjima pojedinaca ili skupina. Ove dijagnoze obično ukazuju na probleme uzrokovane nezadovoljenim potrebama ljudi, koje se trebaju rješavati putem sestrinskih intervencija. Uobičajeni format za sestrinske dijagnoze obuhvaća opis problema, njegov uzrok i simptome, a za visokorizične dijagnoze isključuje simptome.

Dijagnoze u psihijatrijskoj skrbi često proizlaze iz psihopatoloških stanja, zajedno s klasičnim dijagnozama koje se odnose na smanjenje sposobnosti samozbrinjavanja, unos hrane i tekućine, nezdravstveno ponašanje, inkontinenciju, smanjenu toleranciju napora, bol i slične somatske dijagnoze. Osim toga, često se suočavamo s psihološkim i psihosocijalnim potrebama koje ostaju nezadovoljene, a njihovi uzroci mogu biti psihički poremećaji i bolesti, unutarnji sukobi, napetosti, depresija, negativnost, ljutnja, mržnja, bijes, manjak empatije, stresni događaji, traumatska iskustva i drugi nepovoljni čimbenici iz okoline.

Sestrinske intervencije predstavljaju specifične aktivnosti usmjerene na rješavanje zdravstvenih problema pacijenata s ciljem zadovoljenja njihovih ljudskih potreba. Kada je riječ o brizi za psihijatrijske bolesnike, ove intervencije zahtijevaju duboko razumijevanje psihologije, psihijatrije i psihoterapije, budući da se temelje na psihološkim tehnikama i psihosocijalnim pristupima.

Dok klasične zdravstvene intervencije uključuju asistenciju pri hranjenju, oblačenju, pražnjenju crijeva, osiguranje optimalnih uvjeta okoline, pravilnu prehranu i hidrataciju, te praćenje vitalnih znakova i primjenu lijekova, psihijatrijske sestrinske intervencije obavljaju se sistematično i cjelovito, uz naglasak na holističkom pristupu [66].

Agresija – verbalno ili neverbalno nasilje koje narušava fizički i psihički integritet

<b>Intervencije medicinskih sestara:</b>
1. Povezati s pacijentima (verbalno ili neverbalno)
2. Procijeniti mentalni status
3. Procijeniti rizik od seksualne agresije i autoagresije
4. Primijeniti tehnike psihološke deeskalacije
5. Primijeniti propisane antipsihotike i anksiolitike
6. Poticati verbalno izražavanje straha i ljutnje
7. Osigurati mirno i sigurno okruženje
8. Osigurati sigurnost pacijenta od traumatizirajućih i stresnih situacija
9. Vježbati socijalne vještine s bolesnikom (komunikacija, upravljanje emocijama, agresivnost i svakodnevne aktivnosti)
10. Voditi računa o vlastitoj sigurnosti

*Tablica 4.3.1. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s agresijom*

Suicidalnost - duboka emocionalna patnja, očaj, beznadnost, osjećaj ne podnošenja trenutne životne situacije

<b>Intervencije medicinskih sestara:</b>
1. Povezati se s bolesnikom
2. Izgraditi terapijski odnos
3. Procijeniti psihički i vitalni status
4. Procijeniti rizik od suicidalnog ponašanja
5. Primijeniti terapijsku komunikaciju
6. Poticati verbalno izražavanje osjećaja
7. Ublažiti osjećaje tuge i besmisla
8. Motivirati bolesnika na pozitivno razmišljanje
9. Identificirati vrijednosti koje pacijent ima
10. Osigurati sigurno okruženje

*Tablica 4.3.2. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika sa suicidalnim mislima*

Depresija - vrlo loše raspoloženje, neobjašnjiva tuga i osjećaj besmisla

Osjećaj bespomoćnosti - nedostatak sposobnosti da se kontroliraju životne okolnosti ili situacije.

<b>Intervencije medicinskih sestara:</b>
1. Izgraditi terapijski odnos s bolesnikom
2. Procijeniti psihofizički status
3. Osigurati mirno i sigurno okruženje
4. Primijeniti propisane lijekove protiv anksioznosti
5. Poticati realno razmišljanje i transformirati iracionalno u racionalno razmišljanje
6. Aktivno slušati bolesnika
7. Pružati terapijsku atmosferu
8. Vježbati adaptivne mehanizme i suočavanje sa stresom
9. Educirati bolesnika o anksioznosti
10. Educirati bolesnika i poticati ga da nauči mentalne i socijalne vještine kao što su kognitivna meditacija i komunikacija

*Tablica 4.3.3. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s depresijom i osjećajem bespomoćnosti*

Krivnja - postupak prebacivanja krivnje na sebe, osjećaj grižnje savjesti

<b>Intervencije medicinskih sestara:</b>
1. Procijeniti psihofizički status
2. Procijeniti rizik suicida
3. Aktivno slušati bolesnika
4. Osigurati mirno okruženje
5. Poticati verbalno izražavanje tuge, neznanja i bespomoćnosti
6. Poticati izgradnju društvenih odnosa
7. Motivacija bolesnika da surađuje s programom liječenja
8. Poticanje bolesnika na optimistično razmišljanje
9. Edukacija bolesnika o depresiji
10. Ostati uz bolesnika čak i ako šuti

*Tablica 4.3.4. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s osjećajem krivnje*

Manija - povišeno raspoloženje, nekritična, besciljna hiperaktivnost

Hiperaktivno ponašanje - povećana aktivnost i poboljšana psihomotorika

<b>Intervencije medicinskih sestara:</b>
1. Izgraditi terapijski odnos
2. Procijeniti psihofizički status
3. Koristiti terapijske metode komunikacije
4. Primijeniti propisane stabilizatore raspoloženja i lijekove protiv anksioznosti
5. Osigurati sigurnost pacijenta od traumatizirajućih i stresnih situacija
6. Pružiti podršku bolesniku
7. Upozoriti na pojačane emocije
8. Aktivno slušati bolesnika
9. Zadržati mirnoću
10. Objasniti pacijentu što je manija i kako se manifestira
11. Poticati međusobno poštovanje i razvijati toleranciju
12. Educirati bolesnika i prakticirati emocionalnu kontrolu

*Tablica 4.3.5. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s manijom i hiperaktivnim ponašanjem*

## 5. Zaključak

Psihotični poremećaji spadaju u grupu mentalnih poremećaja koji se manifestiraju kroz probleme kao što su konfuzija i halucinacije, što značajno ometa svakodnevno funkcioniranje osobe. Osim genetskih faktora, smatra se da na razvoj ovih mentalnih poremećaja mogu utjecati i faktori iz okoline, kao što su traumatična iskustva u djetinjstvu ili život u urbanim područjima. Jedan od najčešće istraživanih psihotičnih poremećaja je shizofrenija, koja se karakterizira poremećajima u razmišljanju, pažnji, percepciji i motoričkom ponašanju, te se često manifestira simptomima kao što su halucinacije i zbunjenost. Iako genetika ima snažan utjecaj na razvoj shizofrenije, djelomično je posredovana i okolinom osobe. Uvođenjem lijekova postignut je velik napredak u liječenju osoba s psihotičnim poremećajima, a psihoterapija i rehabilitacija u zajednici sada se koriste za liječenje osoba s psihotičnim bolestima. Psihotični poremećaji su stoga izrazito heterogena skupina poremećaja koji zahvaćaju sve domene funkcioniranja i dovode do teških poremećaja osobnosti koji imaju velik utjecaj na bolesnika i njegovu okolinu.

Tijekom terapije, važno je pružiti pacijentu pomoć u svakodnevnim aktivnostima, osigurati da pravilno uzima propisane lijekove te pružiti emocionalnu podršku kroz slušanje i uključivanje obitelji. Informiranje obitelji o stanju pacijenta može poboljšati obiteljske odnose i omogućiti više podrške. Osobe s shizofrenijom često se suočavaju s diskriminacijom i stigmatizacijom u društvu, što ih može izolirati zbog nerealnih predrasuda o njima kao agresivnim, opasnim, neizlječivim ili lijenim osobama. Medicinske sestre imaju važnu ulogu u educiranju javnosti i stvaranju pozitivnijeg stava prema tim bolesnicima. Suradnja s udrugama može pomoći u integraciji osoba s shizofrenijom u zajednicu, omogućujući im nastavak školovanja i zapošljavanje. S pravilnim tretmanom i drugim oblicima podrške, većina pacijenata može voditi normalan i ispunjen život koji se ne razlikuje bitno od života zdravih osoba.



## 6. Literatura

- [1] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] D. Fujii, I. Ahmed: The Spectrum of Psychotic Disorders: Neurobiology, Etiology and Pathogenesis, Cambridge University Press, 2007.
- [3] <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Hildegard-Peplau.php> dostupno 16.8.2023.
- [4] B. Batinic Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. *Psychiatr Danub.* 2019;31(Suppl 2):181-184.
- [5] H. I. Kaplan, B. J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Jastrebarsko, Naklada Slap, 1998.
- [6] S. Pini, G. B. Cassano, L. Dell'Osso, X. F. Amador. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry.* 2001;158(1):122-125. doi:10.1176/appi.ajp.158.1.122, dostupno 16.8.2023.
- [7] S. Fraser, L. Hides, L. Philips, D. Proctor, D. I. Lubman. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophr Res.* 2012;136(1-3):110-115. doi:10.1016/j.schres.2012.01.022, dostupno 16.08.2023.
- [8] M. S. Keshavan, G. Collin, S. Guimond, S. Kelly, K. M. Prasad, P. Lizano Neuroimaging in Schizophrenia. *Neuroimaging Clin N Am.* 2020;30(1):73-83. doi:10.1016/j.nic.2019.09.007, dostupno 18.8.2023.
- [9] D. E. Fujii, I. Ahmed. Risk factors in psychosis secondary to traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001;13(1):61-69. doi:10.1176/jnp.13.1.61, dostupno 16.08.2023
- [10] M. H. Wahbeh, D. Avramopoulos. Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: A Literature Review. *Genes (Basel).* 2021;12(12):1850. Published 2021 Nov 23. doi:10.3390/genes12121850, dostupno 17.7.2023.
- [11] A. V. Jablensky, L. V. Kalaydjieva. Genetic epidemiology of schizophrenia: phenotypes, risk factors, and reproductive behavior. *Am J Psychiatry.* 2003;160(3):425-429. doi:10.1176/appi.ajp.160.3.425, dostupno 17.07.2023.
- [12] A. Abi-Dargham, J. Rodenhiser, D. Printz, et al. Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2000;97(14):8104-8109. doi:10.1073/pnas.97.14.8104, dostupno 17.7.2023.

- [13] D. R. Weinberger, M. F. Egan, A. Bertolino, J. H. Callicott, V. S. Mattay, B. K. Lipska, T. E. Goldberg: Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biological psychiatry*, 2001., str. 825-844.
- [14] M. Zhang, F. Yang, F. Fan, et al. Abnormal amygdala subregional-sensorimotor connectivity correlates with positive symptom in schizophrenia. *Neuroimage Clin.* 2020;26:102218. doi:10.1016/j.nicl.2020.102218, dostupno 20.08.2023.
- [15] J. Van Os, G. Kenis, B. P. Rutten: The environment and schizophrenia. *Nature*, 2010., str. 203-212.
- [16] D. A. Lewis. Retroviruses and the pathogenesis of schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2001;98(8):4293-4294. doi:10.1073/pnas.081075898, dostupno 20.8.2023.
- [17] R. Tamouza, U. Meyer, M. Foiselle, et al. Identification of inflammatory subgroups of schizophrenia and bipolar disorder patients with HERV-W ENV antigenemia by unsupervised cluster analysis [published correction appears in *Transl Psychiatry*. 2021 Sep 1;11(1):447]. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):377. Published 2021 Jul 6. doi:10.1038/s41398-021-01499-0, dostupno 18.8.2023.
- [18] T. Nadarević, A. Buretić-Tomljanović: Genetička analiza mikrodelecija AZF područja kromosoma Y u muškaraca s kliničkom dijagnozom shizofrenije, *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 2011., str. 120-124.
- [19] P. J. Harrison, A. J. Law. Neuregulin 1 and schizophrenia: genetics, gene expression, and neurobiology. *Biol Psychiatry*. 2006;60(2):132-140. doi:10.1016/j.biopsych.2005.11.002, dostupno 8.7.2023.
- [20] R. Hilker, D. Helenius, B. Fagerlund, A. Skytthe, K. Christensen, T. M. Werge, B. Glenthøj: Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register, *Biological psychiatry*, 2018., 492-498.
- [21] F. N. Haque, I. I. Gottesman, A. H. Wong. Not really identical: epigenetic differences in monozygotic twins and implications for twin studies in psychiatry. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2009;151C(2):136-141. doi:10.1002/ajmg.c.30206 dostupno 7.8.2023.
- [22] D. Karlović, V. Solter, M. Kalousek: Magnetic resonance imaging of brain and neuropsychological testing in monozygotic twins discordant for schizophrenia, *Acta clinica Croatica*, 2003., str. 333-336.
- [23] W. F. Baaré, C. J. van Oel, H. E. Hulshoff Pol, et al. Volumes of brain structures in twins discordant for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(1):33-40. doi:10.1001/archpsyc.58.1.33, dostupno 18.8.2023.

- [24] E. S. Lander, L. M. Linton, B. Birren, C. Nusbaum, M. C. Zody, J. Baldwin, R. Funke: Initial sequencing and analysis of the human genome, 2001.
- [25] P. Tienari, L. C. Wynne, J. Moring, et al. Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM-III-R diagnoses. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(6):433-443. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101006433., dostupno 18.7.2023.
- [26] D. Lichtermann, E. Karbe, W. Maier: The genetic epidemiology of schizophrenia and of schizophrenia spectrum disorders, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2001., str. 304-310.
- [27] C. Morgan, H. Fisher: Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review, *Schizophrenia bulletin*, 2007., str. 3-10.
- [28] A. Baker, R. Richmond, M. Haile, et al. Characteristics of smokers with a psychotic disorder and implications for smoking interventions. *Psychiatry Res.* 2007;150(2):141-152. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.021, dostupno 27.7.2023.
- [29] S. Bendall, H. J. Jackson, C. A. Hulbert, P. D. McGorry: Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence, *Schizophrenia bulletin*, 2008., str. 568-579.
- [30] Y. Neria, E. J. Bromet, S. Sievers, J. Lavelle, L. J. Fochtmann: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort, *Journal 28 of consulting and Clinical Psychology*, 2002., str. 246.
- [31] L. Richardson, Y. Hameed, J. Perez, P. B. Jones, J. B. Kirkbride: Association of environment with the risk of developing psychotic disorders in rural populations: findings 29 from the social epidemiology of psychoses in East Anglia study, *JAMA psychiatry*, 2018., str. 75-83.
- [32] G. C. Davison, J. M. Neale: *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko, Naklada Slap, 1999.
- [33] D. L. Kelly, J. C. Shim, S. M. Feldman, Y. Yu, R. R. Conley: Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death, *Journal of Psychiatric Research*, 2004., str. 531-536.
- [34] D. Popovic, A. Benabarre, J.M Crespo, J.M. Goikolea, A. González-Pinto, L. Gutiérrez-Rojas, J.M Montes, E.Vieta: Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand*, 2014. doi: 10.1111/acps.12332, dostupno 04.07.2023.

- [35] A. McGirr, M. Tousignant, D. Routhier, et al. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophr Res.* 2006;84(1):132-143. doi:10.1016/j.schres.2006.02.025, dostupno 04.07.2023.
- [36] P. J. Taylor, P. Hutton, L. Wood. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2015;45(5):911-926. doi:10.1017/S0033291714002074, dostupno 04.07.2023.
- [37] B. Janssen, W. Gaebel, M. Haerter, F. Komaharadi, B. Lindel, S. Weinmann: Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders, *Psychopharmacology*, 2006., str. 229-236.
- [38] A. Abdel-Baki, C. Ouellet-Plamondon, A. Malla: Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis, *Journal of affective disorders*, 2012., str. 3-14.
- [39] P. Thomas: The stable patient with schizophrenia—from antipsychotic effectiveness to adherence, *European Neuropsychopharmacology*, 2007., str.115-122.
- [40] J. Potkonjak, D. Karlović, Ž. Bukovec, T. Baričević: Prolactin response in patients with schizophrenia treated with haloperidol, clozapine, risperidone and olanzapine, *Biochemia medica: Biochemia medica*, 2009., str. 73-80.
- [41] V. Folnegović, N. Henigsberg: Pharmacotherapy of suicidality in schizophrenic patients, *Medicus*, 2002., str. 177-182.
- [42] I. Urlić: Group psychotherapy in the acute inpatient unit, In *Group Therapy for Psychoses*, Routledge, 2018., str. 61-72.
- [43] B. Restek-Petrović, M. Mihanović, M. Grah, S. Molnar, A. Bogović, M. Agius, V. Dominis: Early intervention program for psychotic disorders at the psychiatric hospital "sveti ivan, *Psychiatria Danubina*, 2012., str. 323-332.
- [44] W. T. Chien, I. Norman: The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review, *International journal of nursing studies*, 2009, str. 1604-1623.
- [45] P. A. Garety, D. G. Fowler, D. Freeman, P. Bebbington, G. Dunn, E. Kuipers: Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry*, 2008., str. 412-423.
- [46] R. M. C. A. Pot-Kolder, C. N. W. Geraets, W. Veling, et al. Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled

- trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(3):217-226. doi:10.1016/S2215-0366(18)30053-1, dostupno 27.07.2023.
- [47] P. Bach, B. A. Gaudiano, S. C. Hayes, J. D. Herbert: Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability, *Psychosis*, 2013., str. 166-174.
- [48] L. J. Phillips, S. M. Francey, J. Edwards, N. McMurray: Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review, *Anxiety, Stress, & Coping*, 2009., str. 371-410.
- [49] T. M. Lincoln, K. Wilhelm, Y. Nestoriuc. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2007;96(1-3):232-245. doi:10.1016/j.schres.2007.07.022, dostupno 17.07.2023.
- [50] S. Chatterjee, A. Pillai, S. Jain, A. Cohen, V. Patel. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry*. 2009;195(5):433-439. doi:10.1192/bjp.bp.108.057596, dostupno 04.07.2023.
- [51] E. W. Twamley, D. V. Jeste, A. F. Lehman. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(8):515-523. doi:10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69, dostupno 04.07.2023.
- [52] R.S. Kahn, I.E. Sommer, R.M. Murray, A. Meyer-Lindenberg, D.R Weinberger, T.D. Cannon, M. O'Donovan, C.U. Correll, J.M. Kane, J. van Os: Insel TR. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers*, 2015, doi: [10.1038/nrdp.2015.67](https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67), dostupno 17.7.2023.
- [53] S. R. Marder, D. Umbricht. Negative symptoms in schizophrenia: Newly emerging measurements, pathways, and treatments. *Schizophr Res*. 2023;258:71-77. doi:10.1016/j.schres.2023.07.010, dostupno 17.7.2023.
- [54] P. Ruiz-Castañeda, E. Santiago Molina, H. Aguirre Loaiza, M. T. Daza González. Positive symptoms of schizophrenia and their relationship with cognitive and emotional executive functions. *Cogn Res Princ Implic*. 2022;7(1):78. Published 2022 Aug 12. doi:10.1186/s41235-022-00428-z, dostupno 17.7.2023.
- [55] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Medicinska naklada, 2011.

- [56] A. Thomson, A. Pippa. et al. "DISC1 genetics, biology and psychiatric illness." *Frontiers in biology* vol. 8,1 (2013): 1-31. doi:10.1007/s11515-012-1254-7, dostupno 17.7.2023.
- [57] P. R. Szeszko, C. A. Hodgkinson, D. G. Robinson, et al. DISC1 is associated with prefrontal cortical gray matter and positive symptoms in schizophrenia. *Biol Psychol.* 2008;79(1):103-110. doi:10.1016/j.biopsycho.2007.10.011, dostupno 28.08.2023.
- [58] C. Hughes, V. Kumari, W. Soni, et al. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003;59(2-3):137-146. doi:10.1016/s0920-9964(01)00393-0, dostupno 18.08.2023.
- [59] C. G. Wible, J. Anderson, M. E. Shenton, et al. Prefrontal cortex, negative symptoms, and schizophrenia: an MRI study. *Psychiatry Res.* 2001;108(2):65-78. doi:10.1016/s0925-4927(01)00109-3, dostupno 18.08.2023.
- [60] J.J. Blanchard, A. S. Cohen. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophr Bull.* 2006;32(2):238-245. doi:10.1093/schbul/sbj013, dostupno 17.07.2023.
- [61] T. Zalla, N. Bouchilloux, N. Labruyere, N. Georgieff, T. Bougerol, N. Franck. Impairment in event sequencing in disorganised and non-disorganised patients with schizophrenia. *Brain Res Bull.* 2006;68(4):195-202. doi:10.1016/j.brainresbull.2005.04.020, dostupno 04.07.2023.
- [62] L. M. Williams, P. Das, A. W. Harris, et al. Dysregulation of arousal and amygdala-prefrontal systems in paranoid schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(3):480-489. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.480, dostupno 18.08.2023.
- [63] A. Lehmann, K. Bahçesular, E. M. Brockmann, et al. Subjective experience of emotions and emotional empathy in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;220(3):825-833. doi:10.1016/j.psychres.2014.09.009, dostupno 27.7.2023.
- [64] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [65] T. Cikač: Empatija kao temelj terapijskog odnosa medicinska sestra – pacijent. Diplomski rad, Zagreb, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2018.
- [66] M. Jakovljević: Psihijatrija, za studente stručnih zdravstvenih studija, Samobor: A. G. Matoš, 1995.
- [67] D. Šimunec Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2013.

## Popis tablica

[1]	Tablica 4.3.1. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s agresijom .....	26
[2]	Tablica 4.3.2. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika sa suicidalnim mislima .....	26
[3]	Tablica 4.3.3. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s depresijom i osjećajem bespomoćnosti.....	27
[4]	Tablica 4.3.4. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s osjećajem krivnje .....	27
[5]	Tablica 4.3.5. Intervencije medicinskih sestara kod bolesnika s manijom i hiperaktivnim ponašanjem .....	28

Sveučilište  
SjeverSVEUČILIŠTE  
SJEVER

## 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 privajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, TIHANA KRESONJA (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(*upisati ime i prezime*)

Tihana Kresonja  
(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, TIHANA KRESONJA (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(*upisati ime i prezime*)

Tihana Kresonja  
(vlastoručni potpis)