

Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije

Haramija, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:357404>

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

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



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





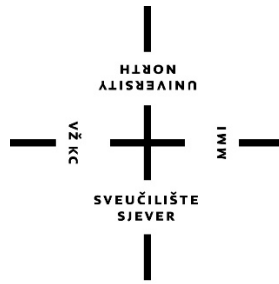
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br.745/SS/2016

**Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom
oboljelim od shizofrenije**

Maja Haramija, 5387/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 745/SS/2016

Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije

Student

Maja Haramija, 5387/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Maja Haramija	MATIČNI BROJ	5387/601
DATUM	13.07.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The nursing competencies in working with patients suffering from schizophrenia		

MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Melita Sajko, dipl.med.techn., predsjednik		
	2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor		
	3. doc.dr.sc. Špiro Janović, član		
	4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	745/SS/2016
OPIS	<p>Shizofrenija, zbog svoje učestalosti i specifičnih simptoma, predstavlja poremećaj koji ima veliki utjecaj ne samo na funkcioniranje i kvalitetu života oboljele osobe, već i na obitelj i cijelu zajednicu. Podjednako se javlja u muškaraca i žena pri čemu je uočena razlika u životnoj dobi javljanja bolesti. Rizik obolijevanja je najveći u muškaraca između 15. i 24. godine, a u žena između 25. i 34. godine. Uzrok shizofrenije još uvijek nije poznat, no smatra se da je bolest multifaktorski determinirana. Budući da je medicinska sestra osoba koja najviše vremena provodi s osobama oboljelih od shizofrenije, važno je naglasiti njezinu ulogu. Medicinska sestra, kao važni sudionik tima, je konstantno uključena u zdravstvenu njegu, skrb i edukaciju kako samih bolesnika tako i obitelji i zajednice te su joj potrebna specifična znanja, kompetencije, cjeloživotno učenje i usavršavanje.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati shizofreniju i kratko se osvrnuti na povijesni koncept bolesti- prikazati epidemiologiju i etiologiju bolesti- objasniti kliničku sliku- prikazati dijagnozu- objasniti kompetencije medicinske sestre u radu sa bolesnikom- prikazati liječenje bolesti- definirati pojam stigme i deskriminacije kod bolesnika oboljelih od shizofrenije

ZADATAK URUČEN

01.09.2016



POTPIS MENTORA
Marija Božičević

Predgovor

Ovaj rad izrađen je u sklopu odjela za biomedicinske znanosti, preddiplomskog studija „Sestrinstvo“, Sveučilišta Sjever u Varaždinu pod vodstvom Marije Božičević, mag.med.techn. i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2015./2016.

Veliko hvala mentorici Mariji Božičević na sugestiji oko odabira teme završnog rada, odvojenom vremenu, strpljenju te korisnim savjetima tokom čitave izrade završnog rada. Također, hvala svim profesorima i predavačima koji su tijekom mog studiranja, prenošenjem svog stručnog znanja doprinijeli poboljšanju mog vlastitog. Od srca, najviše zahvaljujem članovima svoje obitelji koji su mi pružili potporu tijekom studiranja.

Sažetak

Naziv shizofrenija u psihijatriju je uveo Eugen Bleuler. 1911. godine je objavio knjigu „Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ u kojoj je prvi uveo naziv shizofrenija za skupinu bolesti koje karakteriziraju specifični simptomi, takozvani „4 a“: poremećaj asocijacija, neprimjerenog afektiviteta, ambivalencije i autizma. Prema podacima SZO, u svijetu trenutno boluje 45 milijuna ljudi od shizofrenije. Prema dostupnim podacima, od shizofrenije boluje oko 1 % populacije što ukazuje na značajnu zastupljenost bolesnika u općoj populaciji. Shizofrenija se podjednako javlja u muškaraca i žena pri čemu je uočena razlika u životnoj dobi javljanja bolesti. Rizik obolijevanja je najveći u muškaraca između 15. i 24. godine, a u žena između 25. i 34. godine. Uzrok shizofrenije još uvijek nije poznat, no smatra se da je bolest multifaktorski determinirana, odnosno u njenom nastanku sudjeluju biološki, psihološki i socijalni čimbenici koji su u složenom međuodnosu. Budući da je medicinska sestra osoba koja najviše vremena provodi s osobama oboljelih od shizofrenije, važno je naglasiti njezinu ulogu. Ona promatra bolesnika i na osnovu postojećih podataka, odnosno simptoma, utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Da bi određeni problem riješila, medicinska sestra mora odabrati najprikladnije intervencije, odnosno treba napraviti plan zdravstvene njege. Budući da su bolesnici koji boluju od shizofrenije promijenjena ponašanja i mišljenja, često sumnjičavi, a ponekad čak i agresivni, medicinska sestra mora posjedovati određene vještine komunikacije u radu s ovim bolesnicima. Sestrinska je dokumentacija u psihijatriji važna, obuhvaća sve intervencije i opservacije vezane uz bolesnika te omogućuje provjeru svega što je učinjeno za bolesnika, kao i procjenu što će se učiniti. Da bi ciljevi zdravstvene njege bolesnika oboljelih od shizofrenije bili postignuti, važno je da medicinska sestra, ovisno o sestrinskoj dijagnozi, primjeni najučinkovitije i naravno individualizirane sestrinske intervencije. Medicinska sestra intenzivno sudjeluje u cjelokupnom životnom ritmu bolesnika. U najbližem je kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji pa može prva uočavati promjene i stručnom timu iznositi svoja zapažanja, vrlo značajna za daljnji postupak. Stoga je osobito velika i važna njezina mogućnost terapijskog djelovanja. Bez obzira o kojem se psihijatrijskom poremećaju radi, da bi terapijski proces mogao početi potrebno je: motivirati bolesnika na promjene i na aktivno sudjelovanje u liječenju, prepoznati pojavu otpora i strpljivo ga rješavati, osvijestiti bolesnika o psihički uvjetovanim simptomima, o razumijevanju samog sebe i razgovarati o njegovim očekivanjima od terapije.

Ključne riječi: bolesnik, psihofarmakologija, psihoterapija, shizofrenija, zdravstvena njega

Popis korištenih kratica

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

CT – Kompjutorska tomografija

EEG – Elektroencefalografija

EKG – Elektrokardiogram

EKT – Elektrokonvulzivna terapija

EPS – Ekstrapiramidalni sindrom

KP – Klinika za psihijatriju

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

MNS – Maligni neuroleptički sindrom

MR – Magnetska rezonancija

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NOSIE – Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation

NPB – Neuropsihijatrijska bolnica

PB – Psihijatrijska bolnica

RTG – Rendgenska snimka

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Općenito o shizofreniji	4
2.1.	Povijest koncepta shizofrenije.....	4
2.2.	Epidemiologija	7
2.3.	Etiologija	9
3.	Klinička slika shizofrenije.....	10
3.1.	Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti	10
3.2.	Povlačenje iz stvarnosti	12
3.3.	Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti.....	13
3.4.	Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti	14
4.	Dijagnoza shizofrenije.....	16
4.1.	Dijagnostički kriteriji shizofrenije prema MKB – 10	16
4.2.	Dijagnostički kriteriji shizofrenije prema DSM – IV.....	17
4.3.	Oblici shizofrenije	17
4.4.	Tijek i prognoza bolesti.....	22
4.5.	MR mozga osoba sa shizofrenijom	22
5.	Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije	24
5.1.	Moguće sestrinske dijagnoze	25
5.2.	Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel	32
5.3.	Prikaz slučaja.....	36
5.4.	Izvešće o incidentu	37
6.	Liječenje shizofrenije	38
6.1.	Psihofarmakoterapija.....	38
6.2.	Elektrokonvulzivna (elektrostimulativna) terapija.....	42
6.3.	Psihoterapija	46
6.4.	Socioterapija.....	49
6.5.	Prehrana shizofrenih bolesnika	50
7.	Stigma i deskriminacija	51
7.1.	Činjenice i netočne informacije o bolesti	51
8.	Zaključak	54
9.	Literatura	56
	Popis slika i tablica	59
	Prilozi.....	60

1. Uvod

Pojam „psihijatrija“ uveo je Johann Christian Reil. Izraz dolazi od grčkog (*psyche* – duša; *iatrea* – liječenje), a odnosi se na medicinsku disciplinu koja je naročito usmjerena na dušu. Psihijatrija proučava, sprječava i liječi psihičke poremećaje u ljudi, a stručnjaci koji se bave takvim poremećajima su mnogobrojni: psihijatri i psiholozi, medicinske sestre, socijalni radnici, defektolozi, radni i okupacijski terapeuti. Psihička bolest, odnosno psihički poremećaj je stanje koje dovodi do promjene ponašanja, osjećaja, načina doživljavanja, mišljenja na način koji pokazuje jasno odstupanje od neke norme, a može se jasno prepoznati kao poremećaj ili bolest, a da se pri tom ne radi samo o odgovoru kratkog trajanja na neki posebni događaj ili neku ograničenu situaciju. [1,2]

Stav prema psihičkim bolesnicima se mijenjao tijekom povijesti. Prije su takve bolesnike izolirali van gradova, u ustanove. Povezivalo ih se uz mračne, demonske sile te su bili odbacivani od društvene zajednice, a sama medicinska sestra u njezi bolesnika nije bila potrebna. Bolesnike su nadgledali čuvari koji su održavali red. Krajem 18. i početkom 19. stoljeća teorija ludila se odbacuje, zamijenio se čuvarski pristup moralnim pod utjecajem francuskog liječnika Philippa Pinela, koji je najviše reformirao psihijatriju, oslobodivši psihijatrijske bolesnike lanaca. Sukladno razvoju psihijatrijske znanosti dolazi i do razvoja sestrinstva u mentalnom zdravlju. Danas je medicinska sestra uključena u psihijatrijske bolnice sa značajnom ulogom formiranja terapijskih zajednica. Liječenje duševnih bolesnika ne uključuje samo odgovarajuće metode liječenja već i specifične oblike komunikacije između bolesnika i zdravstvenih radnika.

Medicinska sestra intenzivno sudjeluje u cjelokupnom životnom ritmu bolesnika. U najbližem je kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji pa može prva uočavati promjene i stručnom timu iznositi svoja zapažanja, vrlo značajna za daljnji postupak. Stoga je osobito velika i važna njezina mogućnost terapijskog djelovanja. Ona je nužan i nezamjenjiv član tima u psihijatrijskoj njezi. Bez obzira o kojem se psihijatrijskom poremećaju radi, da bi terapijski proces mogao početi potrebno je: motivirati bolesnika na promjene i na aktivno sudjelovanje u liječenju, prepoznati pojavu otpora i strpljivo ga rješavati, osvijestiti bolesnika o psihički uvjetovanim simptomima, o razumijevanju samog sebe i razgovarati o njegovim očekivanjima od terapije. [1]

Sestrinska skrb psihijatrijskog bolesnika po definiciji zdravstvene njege ne razlikuje se od skrbi za bolesnika s organskom bolešću. Razlike se odnose na vodeća obilježja pojedinih problema, ciljeve koje želimo postići i načine rješavanja problema. Većina sestrinskih dijagnoza

koje se rabe u skrbi za psihijatrijske bolesnike odobrene su i uvrštene na listu *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). Procjena stanja i iscrpno prikupljanje podataka predstavlja važan korak u dijagnosticiranju problema. Procjena uključuje sustavno i kontinuirano prikupljanje podataka o zdravstvenom stanju bolesnika pomoću: strukturiranog intervjua (stvaranje pozitivnog odnosa i odnosa povjerenja, promatranje verbalnih i neverbalnih znakova u promjeni raspoloženja i ponašanja) i različitih dijagnostičkih instrumenata kojima se mogu odrediti problemi koji se odnose na osnovne ljudske potrebe, na primjer *Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation* (NOSIE skala). Na temelju analize prikupljenih podataka formulira se sestrinska dijagnoza. [3]

S obzirom da su izazovi sestrinske skrbi s kojima se susreće u svakodnevnom radu izuzetno zahtjevni, nužno je da medicinska sestra ima razvijene određene kompetencije. Kompetencije su usmjerene pružanju kvalitetne sestrinske skrbi, autonomnom djelovanju, kritičkom razmišljanju, evaluaciji svojih sestrinskih znanja i komunikaciji unutar tima. Intervencije koje medicinske sestre pružaju moraju biti utemeljene na znanju i najnovijim istraživanjima, te usklađene sa standardima sestrinske profesije. Upravo se to odnosi na stručnu procjenu psihičkog, ali i fizičkog zdravstvenog stanja bolesnika kako bi se provela kvalitetna sestrinska skrb. Osim toga, medicinske sestre su svjesne da je uz duševne bolesti najčešće pridružena stigma, duševni bolesnici su u konfliktu s obitelji i radnom okolinom, često gube prijatelje te dospijevaju u stanje socijalne izolacije. Rad sa psihijatrijskim bolesnicima pa tako i sa osobama oboljelim od shizofrenije je dugotrajan proces koji od psihijatrijske sestre zahtijeva visoku motiviranost, strpljivost i iskustvo uz razvijanje terapijskog odnosa kroz komunikaciju s bolesnikom i njegovom obitelji.

Shizofrenija predstavlja teški duševni poremećaj uz koji se vežu različita pogrešna vjerovanja, mitovi, netočne informacije čak i pogubni stavovi i predrasude o opasnosti, neizlječivosti te nesposobnosti za život oboljelih osoba. Shizofrenija je poremećaj koji označava ozbiljnu mentalnu bolest koja primarno pogađa sposobnost razmišljanja, otežana je percepcija stvarnosti, a to uzrokuje promjenu ponašanja i neugodne osjećaje. Osobe gube dodir s realnim svijetom, a pogođeni su svi mentalni procesi: osjećaji, emocije, govor, opažanje pa čak i osobni odnosi. Iako je sam uzrok shizofrenije nepoznat, postoje brojne spoznaje o ovoj bolesti i liječenju koje pomaže oboljelima. Iza svakog oboljelog krije se njegova osobna priča, težina poremećaja je individualna, a sam put oporavka je nekad veoma težak i dugotrajan. Važno je na tom putu imati osobe potpore: obitelj, prijatelje i stručnjake. Sestrinska skrb kod bolesnika oboljelih od ove bolesti je veoma značajna. To je prvenstveno briga oko bolesnika za zadovoljenjem njegovih

primarnih potreba kao i kontrola te primjena psihofarmakoloških lijekova. Takve bolesnike je potrebno nadgledati 24 sata, jer su oni često nepredvidivi, sa vidnim i slušnim halucinacijama, visoko riznični za suicid, anksiozni, dezorijentirani u prostoru i vremenu, prema sebi i drugima.

Tema ovog završnog rada, upravo je vezana uz samu bolest shizofreniju. Koncept rada je podijeljen na dva dijela: prvi se odnosi na klinički dio, koji opisuje samu kliničku sliku bolesti, dijagnozu i farmakološko liječenje te drugi dio u kojem je opisan rad medicinske sestre. U drugom dijelu su opisani specifični standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi bolesnika sa shizofrenijom, sam proces zdravstvene njege i sestrinska skrb. S obzirom da je medicinska sestra, kao dio tima, uključena u liječenje bolesnika oboljelih od shizofrenije, ona sudjeluje i samostalno provodi brojne intervencije u zbrinjavanju samog pacijenta te posjeduje brojna znanja koja mora stalno usavršavati. Sve su to razlozi koji potvrđuju potrebu pisanja ovog rada, namijenjenog svim medicinskim sestrama u psihijatriji.

2. Općenito o shizofreniji

Doslovni prijevod shizofrenije (grč. *schizophrenia*) je „rascjep duše“, odnosno razuma. U shizofreniji postoji ideoafektivna disocijacija, to je stanje u kojem su misli i osjećaji često neusklađeni. Oni nisu sukladni ni s vanjskim svijetom, od kojeg odudaraju, pa zbog toga oboljeli od shizofrenije živi u nekom svojem „svijetu“ (izoliranom i sumanutom). Taj je svijet izvan uobičajene stvarnosti, ali je za bolesnika stvaran. Unatoč sumanuto-halucinatornim produkcijama bolesnik može zadržati značajne oblike svakodnevnog funkcioniranja. Osoba sa shizofrenijom svjesna je svojih postupaka, ali katkad nije prisebna. [4]

Može se reći da nema ovako zagonetne psihijatrijske bolesti (kao što je shizofrenija) koja dovodi do oštećenja bolesnikove osobnosti, obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja. Osim toga, bolest prati niz netočnih navoda i stavova, a koji u velikom dijelu negativno utječu na sam život i funkcioniranje pojedinca te do stvaranja negativnih konotacija (stigme) prema bolesti i bolesniku. Iako sam uzrok ove bolesti nije poznat, zna se da se radi o višestrukim čimbenicima koji oblikuju kliničku sliku, a prema tome se dalje preporuča najbolje liječenje. Osim farmakološkog, kao najvažnijeg oblika liječenja i ostalih bioloških metoda (EKT), nezaobilazna je i psihoterapija i socioterapija.

Bolesnici prekinu farmakološku terapiju nakon otpuštanja iz ustanove kada osjete relativni oporavak. Većina ih ne zna da su još uvijek bolesni i da im je potrebna daljnja terapija, zbog nedostatka informacija i kognitivnih oštećenja, što ih čini nesposobnima za samozbrinjavanje. Dobro osmišljen plan o nastavku liječenja van institucije, prevencija i stalna edukacija bolesnika o bolesti i sveobuhvatnoj terapiji zajedno sa post – otpusnim praćenjem može značajno poboljšati bolesnikovo stanje (održavanjem određene razine zdravlja) i naravno smanjiti troškove zdravstvene zaštite. [5]

Sam pojam shizofrenije se koristi u različitim terminima, postoje različite tvrdnje i tumačenja ove bolesti.

2.1. Povijest koncepta shizofrenije

Najstariji zapisi opisa bolesti kao što je shizofrenija datiraju još iz Ebersova Papirusa (Egipat) iz 1550. godine prije Krista. Depresija, demencija i poremećaj misli, koji su tipični kod shizofrenije, su detaljno opisani u poglavlju „Book of Hearts“. Srce i um su bili sinonimi u

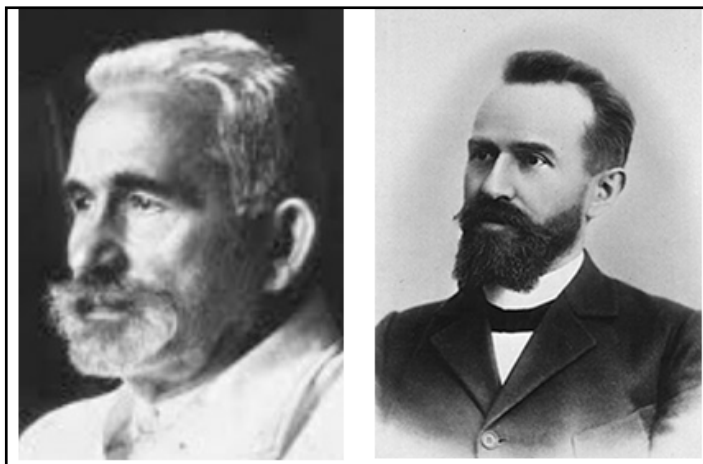
starom Egiptu. Fizičke bolesti su smatrane simptomima srca i maternice, koji su podrijetlom iz krvnih žila, gnoja, fekalne tvari, otrova ili demona. U ranim teorijama se pretpostavljalo da su mentalni poremećaji uzrokovani zlom posjedu tijela, a odgovarajući tretman je tada bio istjerati zle demone, kroz različite načine. Ponekad se radilo o bezazlenim tretmanima, kao što je izlaganje pacijenta određenoj vrsti glazbe, do opasnih, čak i smrtonosnih tretmana kao što je ispuštanje zlih duhova bušenjem rupe u pacijentovoj glavi. Opisi epizoda ludila uključujući čujne glasove, vizije i čudno, odnosno samovoljno ponašanje, pojavljuju se u literaturi iz 17. stoljeća. [6,7]

U povijesti medicine, mnogi su veliki liječnici dali svoj doprinos razumijevanju koncepta shizofrenije. Ewald Hecker (1843. – 1909.), učenik Karl Ludwih Kahlbauma (1828. – 1899.), opisuje (1871.) kliničke slike psihotičnog poremećaja pod imenom „*paraphrenia hebetica*“ ili „*hebephrenia*“, što odgovara današnjem nazivu *schizophrenia hebephrenica*. K.L. Kahlbaum poznat kao jedan od prvih koji je klasificirao duševna oboljenja, opisuje sindrom pod imenom „*vesania typica*“, što odgovara slici kronične shizofrene psihoze. Isti autor opisuje poremećaje i simptome teškog psihomotornog uzbuđenja i uvodi naziv „*katatonija*“, koji se zadržava u kasnijoj klasifikaciji kao *schizophrenia catatonica*, ali smatra da su ti poremećaji uzrokovani dugotrajnom ili pretjeranom masturbacijom. D.B. Morel (1809. – 1873.) svojim svestranim psihijatrijskim pristupom izvršio je veliki utjecaj na gotovo cijeli intelektualni svijet, a 1851. godine u svojim „Kliničkim studijama“ opisujući duševne bolesnike koji u adolescenciji i ranom životnom razdoblju obolijevaju od poremećaja s gubitkom intelektualnih funkcija i prvi uvodi pojam *dementia praecox*. [8]

Koncept shizofrenije prvi su uobličili Emil Kraepelin (1856. – 1926.) i Eugen Bleuler (1857. – 1939.). E. Kraepelin (prikazan na slici 2.1.1., lijevo) je 1896. godine stvorio klasifikaciju duševnih poremećaja. Podijelio ih je na dvije velike skupine. To su manično – depresivne psihoze i psihoze koje naziva *dementia praecox*. Tu, drugu skupinu čine: hebefrenija, katatonija i *dementia paranoia*. Ovi podtipovi još uvijek su temelj današnjih dijagnostičkih sustava. Naziv shizofrenija u psihijatriju je uveo E. Bleuler (prikazan na slici 2.1.1., desno). Bleuler je pokušao izdvojiti karakteristične znakove bolesti, te je uočio da je najbitnija karakteristika bolesti rascjep kognitivnog (spoznajnog) od afektivnog (osjećajnog). [4,9]

1911. godine je E. Bleuler objavio knjigu „*Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“ u kojoj je prvi uveo naziv shizofrenija za skupinu bolesti koje karakteriziraju specifični simptomi, tako zvani „4 a“: poremećaj asocijacija, neprimjerenog afektiviteta,

ambivalencije i autizma. Kasnije je dodao još dva „a“ simptoma: poremećaj pažnje (njem. *Aufmerksamkeit*; engl. *attention*) i anormija (odsutnost vitalnih i nagonskih dinamizama). Po Bleuleru, „a“ simptomi su osnovni (primarni). Postoje i akcesorni (sekundarni) simptomi. To su poremećaji opažanja (halucinacije) i sadržajni poremećaji mišljenja (sumanute misli). [4,10]



Slika 2.1.1. E. Krepelin (lijevo) i E. Bleuler (desno)

Izvor: <http://www.livingwithschizophreniauk.org/advice-sheets/schizophrenia-a-brief-history/>,
dostupno 03.05.2016.

Kurt Schneider, njemački psihijatar, dijeli simptome shizofrenije na simptome prvog i drugog reda te vjeruje da su simptomi prvog reda specifični za shizofreniju. Simptomi prvog reda (*the “first – rank” symptoms*) su iznimno važni u dijagnostičkim sustavima: u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (*International Statistical Classification of Diseases, tenth Revision (ICD – 10)*), kao i u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fourth Edition (DSM – IV)*). Prisutnost samo jednog simptoma prvog reda, dovoljna je za dijagnozu shizofrenije. Međutim, neki kritičari tvrde da su simptomi prvog reda također prisutni i u neshizofreničnim uvjetima, te stoga nisu specifični ili dijagnostički važni za shizofreniju. [11] U simptome I. reda Schneider svrstava: slušne halucinacije (glasne vlastite misli, glasovi koji razgovaraju o bolesniku i komentiraju ga), fenomen oduzimanja ili nametanja misli (osjećaja), nametanje ili kontroliranje volje, cenestetičke halucinacije. Simptomi II. reda obuhvaćaju druge poremećaje opažanja, socijalno povlačenje, smetenost, depresivne i euforične promjene raspoloženja, anhedoniju, hipobuliju, osjećaj afektivne praznine, odnosno socijalnog osiromašenja. [4]

Pojedini simptomi shizofrenije bit će detaljnije opisani u poglavlju 3. Klinička slika shizofrenije.

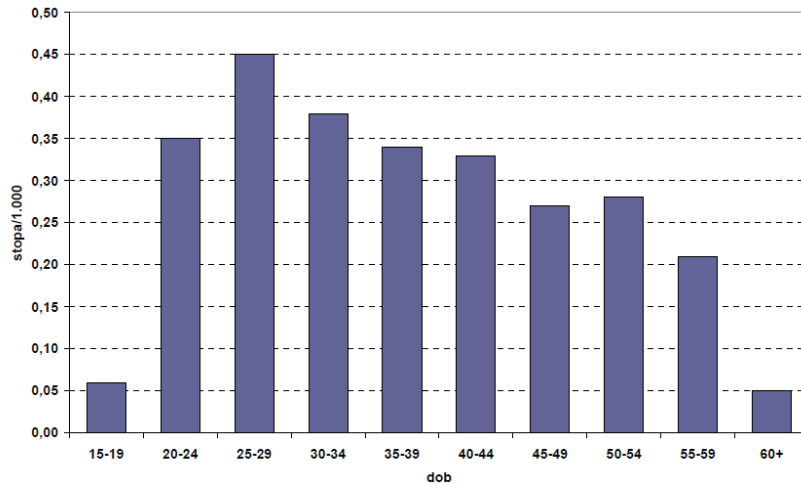
2.2. Epidemiologija

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, SZO (engl. *World Health Organization, WHO*), u svijetu trenutno boluje 45 milijuna ljudi od shizofrenije. Broj oboljelih u SAD-u je 2,5 milijuna ljudi, a u Hrvatskoj 18 000. Prevalencija shizofrenije tijekom života iznosi od 0,4 do 1,4 %. Dakle, od shizofrenije boluje oko 1 % populacije što ukazuje na značajnu zastupljenost bolesnika oboljelih od shizofrenije u općoj populaciji. [12,13] U literaturi se navode podaci da godišnja incidencija bolesti (pojavnost novooboljelih) iznosi od 0,5 do 5 % na 10 000 stanovnika, uz geografske varijacije. Utvrđeno je da je u nekim zemljama shizofrenija učestalija nego u drugim (Irska, Švedska). U SAD-u je veća učestalost shizofrenije u sjeveroistočnim i zapadnim područjima nego u drugim dijelovima, a sličnost je uočena i u Hrvatskoj, češće se pojavljuje u Istri i Primorju. [14,4]

Zamijećeno je da je shizofrenija učestalija u gradovima nego u seoskim područjima, a češće obolijevaju osobe nižeg socioekonomskog statusa. Prisutne su i tvrdnje o većoj učestalosti shizofrenije u osoba rođenih zimi, što se objašnjava većom učestalosti intrauterinih i perinatalnih oštećenja mozga virusnim infekcijama, hipovitaminozom zbog promijenjene prehrane te niskim temperaturama. Prema pokazateljima SZO, veća je pojavnost shizofrenije u etničkim skupinama (posebice etničke manjine u zapadnoj Europi, kao što su Afro – Karibijske zajednice u Velikoj Britaniji) i u populaciji doseljenika nego u domaćeg stanovništva (više kod imigranata iz nerazvijenih nego razvijenih zemalja, na primjer doseljenici iz Surinama u Nizozemskoj). [4,12,13]

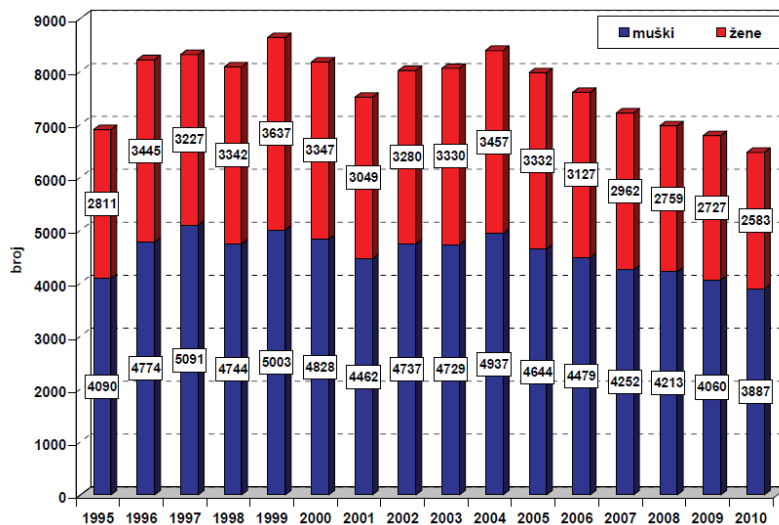
Shizofrenija se podjednako javlja u muškaraca i žena pri čemu je uočena razlika u životnoj dobi javljanja bolesti. Rizik obolijevanja je najveći u muškaraca između 15. i 24. godine, a u žena između 25. i 34. godine. Prema Registru za psihoze u razdoblju 1962. – 2009. godine, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, najveći postotak bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja je bio između 25. i 29. godine života, što je vidljivo iz grafikona 2.2.1. „Prosječne dobno – specifične stope bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja u razdoblju 2007. – 2009. godine u Hrvatskoj“. Odnosno, veća je pojavnost bolesti između 16. i 55. godine života, a javljanje bolesti prije 10. i nakon 60. godine iznimno je rijetko. U razdoblju 1995. – 2010. godine, registrira se stopa hospitalizacija zbog shizofrenije ukupno, kao i po spolu. Ukupna stopa hospitalizacije 1995. godine iznosila je 144,2/100 000 (6 901 hospitalizacija), a 2010. godine 145,8 (6 470 hospitalizacija). Broj hospitalizacija kod muškaraca

je bio veći nego kod žena (prosječno 1,4 : 1), što prikazuje graf 2.2.2. „Broj hospitalizacija zbog shizofrenije po spolu u razdoblju 1995. – 2010. godine u Hrvatskoj“. [15]



Grafički prikaz 2.2.1. Prosječne dobno - specifične stope bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja u razdoblju 2007.-2009. godine u Hrvatskoj

Izvor: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf, dostupno 04.05.2016.



Grafički prikaz 2.2.2. Broj hospitalizacija zbog shizofrenije po spolu u razdoblju 1995.-2010. godine u Hrvatskoj, Izvor: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf,

dostupno 04.05.2016.

Očekivana životna dob bolesnika oboljelih od shizofrenije može biti 20 – 30 godina kraća u odnosu na opću populaciju. Navedeni podaci povezuju se s visokim suicidalnim rizikom bolesnika oboljelih od shizofrenije. Učestalost samoubojstva iznosi 10 – 25 %. Omjer muškaraca prema ženama izvršiocima samoubojstva u shizofrenih je bolesnika podjednak. [14,16]

2.3. Etiologija

Uzrok shizofrenije još uvijek nije poznat, no smatra se da je bolest multifaktorski determinirana, odnosno u njenom nastanku sudjeluju biološki, psihološki i socijalni čimbenici koji su u složenom međuodnosu.

Rizik obolijevanja od shizofrenije je značajno veći za osobe čiji bliski srodnici već boluju ili su bolovali od shizofrenije. Premda se od molekularne genetike već dugo očekuje da identificira gen za shizofreniju dosadašnja potraga još nije dala željene rezultate, trenutno su u centru pažnje kromosomi 6, 8 i 22. Osim genetske predispozicije, kod bolesnika je utvrđena veća učestalost porođajnih komplikacija u odnosu na opću populaciju. Najčešće su posrijedi prerani porod, produljeni porod, hipoksija mozga, fetalni distress i drugo. Isto tako nepravilna prehrana majke u trudnoći te hipersenzitivnost na neke tvari (gluten), može dovesti do abnormalnosti u razvoju mozga ploda i tako posljedično prouzročiti bolest. Postoji i virusna teorija, da je shizofrenija posljedica infekcije „sporim“ virusima intrauterino ili u ranoj dobi. Virusi mogu biti godinama u stanju mirovanja sve dok ne dođe do pada otpornosti organizma, kod stresa, pa aktivacijom uzrokuju bolest. Različiti psihološki, interpersonalni, socijalni i kulturološki čimbenici također utječu na pojavu, tijek i ishod bolesti. Shizofreni bolesnici su značajno više izloženi stresnim situacijama, a rizični čimbenik u nastanku bolesti je i nezdrava obiteljska komunikacija. Mnoga istraživanja pokazuju da je shizofrenija posljedica ranog oštećenja mozga i odumiranja pojedinih neurona što dovodi do uspostavljanja neprimjerenih veza između neurona i pogrešnog prenošenja informacija, zbog čega se javljaju halucinacije i sumanute ideje. Utvrđena je i veća učestalost neurodegenerativnih procesa (demijelinizacija u mozgu) što dovodi do pojave anhedonije, gubitka motivacije i interesa te emocionalno hlađenje. Osim navedenog, poremećena je sama građa i funkcija mozga; hipofunkcija frontalnog režnja mozga se povezuje s negativnim simptomima shizofrenije, a disfunkcija medijalnog temporalnog režnja s pojavom paranoidno – halucinatornih simptoma. [10,12]

Danas je jasno da su shizofreni poremećaji posljedica složene disfunkcije i dezintegracije neurotransitorskih sustava u mozgu: dopaminskog, serotoniniskog, nor adrenergičkog, kolinergičkog, glutaminičkog i drugih. Dokazana je pojačana aktivnost dopaminskog sustava u mezolimbickom dijelu mozga (nastanak pozitivnih simptoma; sumanute ideje i halucinacije) i smanjena aktivnost dopaminskog sustava u prefrontalnom i frontalnom korteksu (nastanak negativnih simptoma). Budući da poremećaj jednog neurotransitorskog sustava neizbježno prate drugi sustavi, tako serotonin prati promjene dopamina, ali u obratnom smislu. [1,12]

3. Klinička slika shizofrenije

U shizofreniji postoji više klasifikacija simptoma. Prema K. Schneideru postoje simptomi prvog i drugog reda (za dijagnozu shizofrenije su važni oni prvog reda) dok E. Bleuler dijeli simptome na osnovne (fundamentalne) i sporedne (akcesorne), a za dijagnozu shizofrenije su važni osnovni poznatiji pod nazivom „4 a“. Ove klasifikacije simptoma su navedene u poglavlju 2.1. Povijest koncepta shizofrenije.

U novije vrijeme sve se više ističe podjela na pozitivne i negativne simptome. Pozitivne ili psihotične simptome (halucinacije, sumanute ideje i nelogični govor) karakterizira čvrsta uvjerenost u nešto što nema osnovice u stvarnosti, a dominantni su u akutnim fazama shizofrenije. Negativni su simptomi posljedica smanjenja ili gubitka normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti (alogija, anhedonija i drugo), a prisutni su kod kronične shizofrenije. [2,12]

Specifični simptomi shizofrenije povezani su s različitim psihopatološkim procesima: iskrivljeno doživljavanje stvarnosti, povlačenje iz stvarnosti, dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti te osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti. [12]

3.1. Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti

Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti može uzrokovati:sumanute ideje, iluzije i halucinacije te poremećaje doživljavanja vlastitog ja.

3.1.1. Sumanute ideje

Sumanute ideje (bolesne ideje ili deluzije) su lažna osobna uvjerenja, odnosno pogrešna rasuđivanja ili zablude koje nisu nastale zbog nedovoljne spoznaje ili logičkog mišljenja, nego iz afektivne potrebe i (psihički zdravim ljudima) neshvatljivih razloga. Nastale su na bolesnoj osnovi, uvijek se odnose na vlastitu osobu i s njom su najuže povezane. Bolesnici vjeruju da su se drugi urotili protiv njih, prate ih, čitaju im misli ili pak da oni sami mogu kontrolirati druge i njihove misli. Mnogi bolesnici vjeruju kako netko upravlja njihovim postupcima preko računala ili pak mogu vjerovati kako su poznate osobe. U početku bolesti bolesnik se još pokušava distancirati od sumanutih ideja i njemu samome čine se nevjerovatne, ali s razvojem psihotičnosti one za njega postaju realnost, on u njih sve čvršće vjeruje i počinje se ponašati u skladu s njima. [3,10,17,18]

Sumanute ideje mogu biti: sumanute ideje odnosa, ekspanzivne ideje (ideje o velikom značenju, bogatstvu bolesnika, njegovim nesvakidašnjim sposobnostima), ideje krivnje ili bezvrijednosti, nihilističke ideje (ideje o financijskoj, karijernoj propasti i propasti svijeta), sumanute hipohondrijske ideje (vjerovanje da boluje od teške neizlječive bolesti), religiozne ideje, ideje ljubomore (vjerovanje o partnerovoj nevjeri koje može voditi do agresivnog ponašanja), erotomanske ideje (češće u žena, uvjerenje o zaljubljenosti u nju neke važne osobe) i sumanutosti kontrole (bolesničke aktivnosti i misli su pod tuđom kontrolom). Sumanute ideje mogu se proširiti na osobe iz okoline, koje su u bliskom odnosu s bolesnikom, što se tada naziva *folie à deux*. [1]

3.1.2. Iluzije

Iluzije su obmane osjetila za koje postoje vanjski podražaji iako neodgovarajući. Ne moraju same po sebi biti bolesna zbivanja, javljaju se i u zdravih osoba. Kod iluzija postoji realan podražaj. Psihički zdrave osobe u stanju su korigirati iluzije nakon što steknu uvid u realnu situaciju, dok je duševni bolesnik apsolutno uvjeren u istinitost nerealnog doživljaja. Najčešće su optičke (vidne) i akustičke (slušne). Ponekad su zastrašujućeg sadržaja i navode bolesnika na nepredvidiv postupak, a često se javljaju u stanjima straha i stanjima promijenjene svijesti. Primjer je toga poremećaja kada se u mračnoj šumi u strahu grm doživi kao napadač, a šuškanje grana kao nečiji koraci. [1,2]

3.1.3. Halucinacije

Halucinacije su opažanja koja nastaju u odsutnosti podražaja u vanjskom svijetu, odnosno to su obmane osjetila. Osoba vidi, čuje ili osjeti dodir nečega čega nema. Halucinacije su uvijek znak ozbiljnog poremećaja, za razliku od drugih poremećaja opažanja (iluzija). One su doživljaj koji ne postoji, a koji bolesna osoba doživljava kao realitet te su suprotne željama same osobe. Halucinacije se dijele na nekoliko skupina, ovisno o kojim ih se osjetilima prepoznaje. Najčešće su slušne (akustične) halucinacije koje mogu biti elementarne u vidu određenih zvukova, šumova, pucketanja, tako zvani akoazmi i složene u vidu jasnih glasova, dijaloga, komentara, razgovora (fonemi). Od ostalih halucinacija postoje halucinacije organskih osjeta (cenestetičke), taktilne (haptičke), halucinacije mirisa (olfaktivne) i okusa (gustatorne) te vidne (optičke). [3,12,19]

3.1.4. Poremećaji doživljavanja vlastitog ja

Poremećaji doživljavanja vlastitog ja se može očitovati kao: gubitak osjećaja vlastitosti svojih želja, emocionalnih stanja i postupaka, gubitak granica vlastitoga ja (osjećaj spajanja s bilo kojim objektom u svijetu), dezintegracija ličnosti (osjećaj da su u bolesniku prisutne dvije ili više osoba), nedostatak kritičnosti i uvida u bolest (bolesnici poriču da su bolesni, umanjuju važnost simptoma, odbijaju suradnju s medicinskim osobljem i liječenje, a to objašnjavaju kao oblik kazne) te sljedeći fenomeni. Pri fenomenu depresonalizacije bolesnik sebe doživljava kao nešto tuđe, nestvarno, strano. Bolesnici mogu satima provesti zagledajući se u ogledalu (fenomen ogledala) kao da žele povjeriti jesu li to još uvijek oni, odnosno kao da žele vizualno fiksirati svoj lik da ne iščezne. Kod fenomena derealizacije ili metamorfopsije okoline bolesnik okolicu doživljava nestvarnom, neprepoznatljivom i promijenjenom. Sličan njima je i fenomen transformacije ličnosti kad osoba vjeruje da je nešto ili netko drugi; druga ličnost ili životinja, a sukladno tome se i ponaša. Bolesnik može objaviti da se drugačije zove i traži da ga se zove novim imenom. Neki bolesnici mogu posve promijeniti glas i način govora, a primjerice kada se transformira u psa, laje, plazi jezik i ponaša se kao pas, liže hranu iz tanjura i slično. [1,10,12]

3.2. Povlačenje iz stvarnosti

Simptomi povlačenja iz stvarnosti mogu se razvijati postupno i imati šaljajući karakter kao na primjer u shizofreniji simplex ili naglo kao što je to slučaj s katatonom shizofrenijom. Povlačenje iz stvarnosti gotovo je redovito povezano s kidanjem afektivnih veza bolesnika s njegovom okolinom ili zastrašujućim doživljajem okoline. [10]

Povlačenje iz stvarnosti uzrokuje: autizam i katatoni stupor.

3.2.1. Autizam

Autizam je shizofreno povlačenje iz stvarnosti i zatvaranje u vlastiti, psihotični svijet želja, fantazije, simbolike, magičnosti i strahovanja. Bolesnici žive u svom vlastitom zamišljenom svijetu, prema njihovim unutrašnjim potrebama. Oni mogu zauzeti uloge kraljeva, prinčeva i princeza, proroka, vođa, poznatih umjetnika, glumaca, sportaša i slično. Osim toga mogu biti zapuštene vanjštine, neuredni, mogu uzimati tuđe stvari, ulaziti u tuđi krevet, prati se u WC školjki, crtati nešto i slično. Uglavnom se može vidjeti udaljavanje od stvarnosti, ali istodobno se mogu vidjeti naponi za ponovnim zadobivanjem izgubljene realnosti. [8]

3.2.2. Katatoni stupor

Katatoni stupor je stanje potpune motoričke blokade kada bolesnik niti govori niti reagira na vanjske podražaje, ne uzima hranu, nezainteresiran je za svoju okolinu. Međutim, od svega navedenoga, bolesnik je posve bistrog sensorija, prati i registrira sve što se događa oko njega, ali ne reagira. [12] Više o katatonom stanju u poglavlju 3.3.3. Dezorganizarno ponašanje.

3.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti

Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti može dovesti do simptoma: dezorganiziranog i disfunkcionalnog mišljenja, afektivne dezorganizacije i dezorganizarnog ponašanja.

3.3.1. Dezorganizirano i disfunkcionalno mišljenje

U sklopu dezorganiziranog i disfunkcionalnog mišljenja se najčešće događa: disocijacija ili rascijepljenosti misli (bolesnici dijelove svojih misli oblikuju na osnovi slučajnih asocijacija tako da su misli nepovezane; između misli ne postoji sklad i povezanost već salata od riječi), raspad pojmova (pojmovi se slijevaju jedan u drugi, dobivaju nova značenja), mehanizam kondenzacije (povezivanje ideja koje imaju nešto zajedničko bez obzira na logičnost), proces zamjene i istiskivanja ispravnog pojma (asocirana ideja zamjenjuje ispravnu ideju), simbolizam i ideoafektivna disocijacija (nesklad između mišljenja i emocija). [12]

3.3.2. Afektivna dezorganizacija

Unutar afektivne dezorganizacije se nalazi afektivna inverzija (koja se očituje kao paratimija i paramimija) i afektivna ambivalencija (istodobna prisutnost suprotnih emocija). Paratimija označuje promjenu afekta tako da ono što bi trebalo dovesti do radosti, u bolesnika izaziva žalost i obrnuto, dok je paramimija fenomen kada bolesnik afektivno doživljava nešto što mimikom sasvim drugačije pokazuje (kada je tužan se smije). [12]

3.3.3. Dezorganizarno ponašanje

Dezorganizarno ponašanje se može očitovati kao: katatono motoričko ponašanje koje obuhvaća smanjenu reaktivnost na okolinu ili nesvršishodnu i psihomotoričku hipereaktivnost.

Smanjena reaktivnost se očituje kao stupor koji može biti praćen katatonim stanjem. Postoji nekoliko oblika katatonog stanja:

- katatoni rigiditet: održavanje nepomičnog položaja i opiranje pokreta
- katatoni negativizam: aktivan ili pasivan otpor očekivanjima okoline
- katalepsija: zadržavanje neodgovarajućeg, bizarnog položaja; „voštana savitljivost“.

Pojačana nesvršishodna katatona reaktivnost može dovesti do katatone pomame. To je stanje jake psihomotoričke uzbuđenosti i agresivnosti koje se izmjenjuje sa katatonim stuporom. [12]

U dezorganizirano ponašanje spadaju i: manirizam (bizarne i neprirodne kretnje, autentičnost, svrsishodnost i spontanost se smanjuju, a prevladava poza, uštogljenost, hladna suzdržanost), stereotipije (stalno ponavljanje besmislenih pokreta, može se raditi o jednostavnim kretnjama kao što su cupkanje nogama i trzanje glavom ili o jednoličnim ponavljanjima složenijih radnji kao što je odlazak u drugu sobu i povratak nazad s obvezatnim zauzimanjem istog početnog položaja), ehopraksija (ponavljanje tuđih pokreta) i eholalija (besmisleno ponavljanje riječi) te automatska pokornost (podvrgavanje tuđoj volji). Osim svega navedenog u ovo ponašanje spadaju i impulzivne reakcije (u bolesnika s katatonom shizofrenijom, iznenada potrči ili udari nekog, baci se na pod ili udari glavom o zid) te heboidno ponašanje (različiti oblici bizarnog, luckastog ponašanja s besmislenim kikitanjem i gromoglasnim smijanjem koje može preći u jecanje ili ridanje s manirizmima, jedenjem prstima, vršenjem male ili velike nužde na neprikladnim mjestima). [4,10,12]

3.4. Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti

Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti uzrokuje simptome koje se još nazivaju i negativni simptomi, a to su: emocionalno i kognitivno osiromašenje, osiromašenje psihomotorike, te poremećaji ponašanja i socijalnog funkcioniranja.

3.4.1. Emocionalno osiromašenje

Emocionalno osiromašenje označuje emocionalnu hladnoću, indiferentnost, afektivnu krutost ili tupost koju bolesnici pokazuju prema okolini, a može se očitovati kao: emocionalno povlačenje (bolesnici su emocionalno hladni, nezainteresirani za okolinu, katkada posve prekidaju svoj kontakt s okolinom i povlače se u sebe), afektivna krutost (bolesnik ne može prenijeti svoje ni primiti tuđe osjećaje), anhedonija (nemogućnost da se doživi zadovoljstvo), atimija (potpuna emocionalna praznina, ravnodušnost, prestanak afektivnog komuniciranja s okolinom), atimohormija (odsutnost instinktivnih i afektivnih životnih dinamizama) i slabljenje

volje (abulija, avolicija – nesposobnost započinjanja i održavanja k cilju usmjerenog ponašanja). [4,12]

3.4.2. Osiromašenje psihomotorike

Osiromašenje psihomotorike se očituje kao: negativizam (neselektivno pasivno ili aktivno odbijanje naloga ili zamolbi koje se upućuju bolesniku; radi suprotno od onog što se od njega očekuje), psihomotorička hipokinezija (osiromašenje kretnji i motoričke ekspresije koje može varirati od blage psihomotorne usporenosti do potpunog stupora), katalepsija (očituje se držanjem tijela ili pojedinih dijelova tijela dugo vremena u nepromijenjenom položaju što je inače neugodno i zamorno zdravim osobama) i voštana savitljivost (poseban otpor mišića, kada se pasivno pokreću ekstremiteti bolesnika, podsjeća na otpor koji je prisutan prilikom savijanja voska. [10,12]

3.4.3. Kognitivno osiromašenje

Kognitivno osiromašenje se očituje kao: alogija (siromaštvo govora), stereotipno mišljenje (ponavljanje riječi, ideja do mjere da gube svoje značenje), slabljenje apstraktnog mišljenja, slabljenje pažnje i životne motivacije te vitalnih dinamizama (anhormiija – zapašćen izgled, oslabljena seksualnost, prestanak uzimanja hrane, sklonost samoubojstvu). [12]

3.4.4. Poremećaji ponašanja i socijalnog funkcioniranja

Poremećaji ponašanja i socijalnog funkcioniranja tipični su za pojedine tipove shizofrenije. Prema tome očituje se: paranoidno ponašanje koje je potaknuto sumanutim idejama, autodestruktivno i agresivno ponašanje. [12]

Osim specifičnih, gore nabrojanih, simptoma mogu biti prisutni i nespecifični: anksioznost, depresija i seksualne disfunkcije.

4. Dijagnoza shizofrenije

Ne postoji konačna pretraga na shizofreniju. Dijagnoza se zasniva na opsežnom uzimanju anamneze, simptomima i znakovima. Osobe sa shizofrenijom ponekad ne prepoznaju simptome ili simptome prekrivaju od liječnika ili okoline. To može otežati potvrdu dijagnoze. Stoga su važni podaci iz drugih izvora, poput obitelji, prijatelja, nastavnika i suradnika.

U Hrvatskoj, kao i u većini europskih zemalja, služimo se dijagnostičkim smjernicama prema kriterijima MKB – 10. Iako su dijagnostički kriteriji i jedne i druge klasifikacije (MKB – 10 i DSM – IV) vrlo slični, ipak se razlikuju u nekoliko elemenata.

4.1. Dijagnostički kriteriji shizofrenije prema MKB – 10

Da bi se postavila dijagnoza shizofrenije, potrebno je da su navedeni simptomi prisutni u periodu jedan mjesec ili dulje. Minimalno je potreban jedan vrlo jasan simptom iz grupa simptoma od „a“ do „d“, ili, najmanje dva simptoma iz grupa od „e“ do „h“. Kriterij „i“, se odnosi samo za jednostavnu (ili simplex) shizofreniju s potrebnim trajanjem od godine dana (opisana u poglavlju 4.3. Oblici shizofrenije). [10,14]

Grupa simptoma od „a“ do „d“:

- a) jeka misli, umetanje ili oduzimanje misli i emitiranje misli
- b) sumanute ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti, koje se jasno odnose na specifične misli, postupke ili osjećaje, te sumanuto percipiranje
- c) halucinatorni glasovi koji komentiraju bolesnikovo ponašanje, ili međusobno razgovaraju o njemu, te glasovi koji potječu iz nekog dijela tijela
- d) trajne sumanute ideje druge vrste, kulturno neprimjerene i sasvim nemoguće (o vjerskom ili političkom identitetu, nadljudskoj moći i sposobnostima); sposobnost upravljanja meteorološkim pojavama ili komuniciranje s izvanzemaljskim bićima [20,21]

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 [20,21]

4.2. Dijagnostički kriteriji shizofrenije prema DSM – IV klasifikaciji

Prema dijagnostičkim kriterijima DSM – IV klasifikacije, dijagnoza shizofrenije se može postaviti ako bolesnik ima dva ili više od karakterističnih simptoma: sumanutosti, halucinacije, smeten govor (česta je nedosljednost), katatono ponašanje i negativne simptome (opisani u poglavlju 3. Klinička slika shizofrenije), od kojih svaki zauzima značajni dio vremena tijekom jednomjesečnog perioda. Trajni znakovi poremećaja traju barem šest mjeseci, a to razdoblje uključuje i najmanje mjesec dana simptoma iz prvo navedenog kriterija. Također to razdoblje može obuhvatiti i prodromalne ili rezidualne simptome; blagi znakovi bolesti uz društvene i profesionalne poremećaje, te poremećenu skrb o samome sebi. [9,22]

4.3. Oblici shizofrenije

Ovisno o simptomima u vrijeme procjene razlikujemo različite tipove shizofrenija pri čemu se svjetske klasifikacije (MKB – 10 i DSM – IV) ne podudaraju. Prema MKB – 10 razlikujemo: paranoidnu (F20.0), hebefrenu (F20.1), katatonu (F20.2), nediferenciranu shizofreniju (F20.3), postshizofrenu depresiju (F20.4), rezidualnu shizofreniju (F20.5) i jednostavnu (simplex) shizofreniju (F20.6). Prema DSM – IV postoji: paranoidni (295.30), dezorganizirani (295.10), katatoni (295.20), nediferencirani (295.90) i rezidualni (295.60) tip shizofrenije te shizofreniformni (295.40) i shizoafektivni (295.70) poremećaj. [10]

4.3.1. Paranoidno – halucinatorna shizofrenija

Paranoidno – halucinatorna forma je najčešći oblik shizofrenije (Tablica 4.3.1.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za paranoidnu shizofreniju F20.0). Karakteriziraju je sumanute misli i halucinacije. Prisutne su deluzije progona, veličine i ljubomore, a uz te se deluzije vežu i sadržaji halucinacija. Neki pacijenti također imaju problema rodnog identiteta, kao što je strah da će drugi misliti da je homoseksualac. Tijek bolesti je uglavnom povoljan, izaziva minimalan gubitak pacijentovog funkcioniranja (dok nisu prisutne sumanute misli). Stres može pogoršati

pacijentove simptome, ali pacijenti dobro reagiraju na psihofarmake (bit će detaljnije prikazani u poglavlju 6. Liječenje shizofrenije) te se remisije brzo postižu. Međutim, zanimljiva je činjenica da osobe s kasnijim početkom bolesti i dobrim (prije bolesti) funkcioniranjem (pacijenti koji imaju najbolju prognozu) su izloženi najvećem riziku za samoubojstvo. [12,22]

MKB – 10 dijagnostički kriteriji za paranoidnu shizofreniju F20.0	
A	Opći kriteriji za shizofreniju (F20.0 – F20.3) moraju biti ispunjeni
B	Sumanutosti ili halucinacije moraju biti prominentne (sumanute ideje proganjanja, odnosa, visokog podrijetla, posebne životne misije, tjelesnih promjena ili ljubomore, slušne halucinacije u vidu prijetećih ili zapovijedajućih glasova, halucinacije mirisa ili okusa, seksualnih ili drugih tjelesnih senzacija)
C	Tupost i nekongruentnost afekta, katatoni simptomi ili nepovezan govor ne smiju dominirati kliničkom slikom, premda mogu biti prisutni u blažem stupnju

Tablica 4.3.1.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za paranoidnu shizofreniju F20.0

Izvor: M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.

4.3.2. Hebefrena shizofrenija

Hebefreni ili dezorganizirani tip shizofrenije, karakteriziran je izraženim formalnim poremećajem mišljenja (Tablica 4.3.2.1. MKB – 10 kriteriji za hebefrenu shizofreniju F20.1). Tipično je bizarno, nelogično ponašanje, nepovezan govor i osjećajna tupost. Počinje u pubertetu, odnosno ranoj adolescenciji uz što se i veže naziv grč. *hebeos* – dječak, *fhrenos* – duša. Prognoza je loša zbog brzog razvoja bolesti i propadanja ličnosti, a uz sve navedeno se veže i izrazita socijalna izolacija. [12,23]

MKB – 10 kriteriji za hebefrenu shizofreniju F20.1	
A	Opći kriteriji za shizofreniju (F20.0 – F20.3) moraju biti ispunjeni
B	Jedan od sljedeća dva simptoma mora biti prisutan: 1. definitivna i dugotrajna afektivna tupost i emocionalna hladnoća, ili 2. definitivni i dugotrajni afektivni nesklad (nekongruentnost) ili afektivna neprimjerenost situacijama
C	Jedan od sljedeća dva simptoma mora biti prisutan: 1. ponašanje koje je besciljno, nesvrshodno ili dezorganizirano više nego što je cilju usmjereno, ili 2. definitivni poremećaj mišljenja koji se očituje nepovezanim rasplnutim i nesuvislim govorom
C	Halucinacije i sumanute ideje ne smiju dominirati kliničkom slikom, jedino mogu biti prisutne u blažem obliku

Tablica 4.3.2.1. MKB – 10 kriteriji za hebefrenu shizofreniju F20.1

Izvor: M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.

4.3.3. Katatona shizofrenija

U katatonoj formi prevladavaju poremećaji psihomotorike od katatonog stupora, stereotipija do automatske poslušnosti i negativizma (Tablica 4.3.3.1. MKB – 10 kriteriji za katatonu shizofreniju F20.2). U kliničkoj slici je prisutan i mutizam i manirizam, eholalija (ponavljanje riječi ili fraze izgovorene od strane drugih) ili ehopraksija (oponašanje tuđih pokreta). Karakteristična je i hipertermija zbog oštećenja termoregulacijskog sustava. Tijek bolesti je dobar, a prognoza povoljna, osim u smrtnoj katatoniji. To je oblik koji se ne može prekinuti klasičnom farmakoterapijom, a očituje se jakom zakočenošću. [12]

MKB – 10 dijagnostički kriteriji za katatonu shizofreniju F20.2	
A	Opći kriteriji za shizofreniju (F20.0 – F20.3) moraju biti ispunjeni, osim ako je pacijent posve nekomunikativan pa se ne mogu ispitati
B	Jedan ili više od sljedećih simptoma katatonog ponašanja moraju biti prominentni u trajanju od najmanje 2 tjedna: <ol style="list-style-type: none">1. <i>stupor</i> (značajno smanjena reaktivnost na podražaje iz okoline i smanjenje spontanosti pokreta i aktivnosti) ili mutizam2. <i>uzbuđenje</i> (evidentno besciljna motorička aktivnost koja nije izazvana vanjskim podražajima)3. <i>neprijemeren položaj tijela ili dijelova tijela</i> (voljno uspostavljanje i održavanje neprijemerenog ili bizarnog položaja tijela)4. <i>negativizam</i> (evidentno nemotivirano odbijanje svih zamolbi ili instrukcija da se pokrene, ili izvršavanje suprotnih kretnji ili radnji)5. <i>rigidnost</i> (zadržavanje ukočenog položaja usprkos naporima da se pokrene)6. <i>voštana savitljivost</i> (održavanje ekstremiteta ili tijela u kojem ih netko iz okoline postavi)7. <i>automatska poslušnost</i> (automatsko pokoravanje instrukcijama)

Tablica 4.3.3.1. MKB – 10 kriteriji za katatonu shizofreniju F20.2

Izvor: M. Jakovljević: *Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije*, Zagreb, 2001.

4.3.4. Nediferencirana shizofrenija

Nediferenciranu shizofreniju karakteriziraju halucinacije, sumanute ideje i dezorganizirano ponašanje, ali ne zadovoljava kriterije za paranoidni, katatoni ili hebefreni tip. [23]

4.3.5. Postshizofrena depresija

Riječ je o depresivnoj epizodi koja može biti produljena, a predstavlja produžetak bolesti kada su shizofreni simptomi već oslabjeli (ne dominiraju kliničkom slikom) ili nestali (Tablica 4.3.5.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za post – shizofrenu depresiju F20.4). Visok je rizik za samoubojstvo kod osoba sa postpsihotičnom depresijom. [10]

MKB – 10 dijagnostički kriteriji za post – shizofrenu depresiju F20.4	
A	Opći kriteriji za shizofreniju (F20.0 – F20.3) moraju biti ispunjeni unutar posljednjih godinu dana, ali ne smiju biti ispunjeni u sadašnjoj fazi
B	Jedno od stanja za shizofreniju (F20.0 – F20.3) mora biti i sada prisutno
C	Depresivni simptomi moraju dovoljno dugo trajati i biti dovoljno izraženi da ispunjavaju kriterije za blagu depresivnu epizodu (F32.0)

Tablica 4.3.5.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za post-shizofrenu depresiju F20.4

Izvor: M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.

4.3.6. Rezidualna shizofrenija

Radi se o stanju kada više nema upadljivih psihotičnih i dezorganiziranih simptoma (sumanute ideje, halucinacije, smeten govor i ponašanje), ali postoje trajni dokazi poremećaja kao što su negativni simptomi, bizarna uvjerenja ili neuobičajena perceptivna iskustva (Tablica 4.3.6.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za rezidualnu shizofreniju F20.5). Tijek rezidualnih simptoma shizofrenije može biti vremenski ograničen pri čemu se izmjenjuju faze potpunog povlačenja simptoma s fazama razvijenih rezidualnih simptoma. [10,23]

MKB – 10 dijagnostički kriteriji za rezidualnu shizofreniju F20.5	
A	Opći kriteriji za shizofreniju (F20.0 – F20.3) morali su biti neko vrijeme u prošlosti, dok sada ne smiju biti prisutni
B	Najmanje 4 od sljedećih negativnih simptoma moraju biti prisutni tijekom posljednju godinu dana: <ol style="list-style-type: none"> 1. Psihomotorna usporenost ili smanjena aktivnost 2. Definitivna afektivna tupost 3. Pasivnost i nedostatak inicijative 4. Osiromašenje u količini ili sadržaju govora 5. Siromašna neverbalna komunikacija (mimika, očni kontakt, modulacija glasa i gestikulacije) 6. Osiromašenje socijalne komunikacije i slaba briga o izgledu i higijeni

Tablica 4.3.6.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za rezidualnu shizofreniju F20.5

Izvor: M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.

4.3.7. Simpleks forma

Shizofreniju simplex karakterizira postupan početak i kroničan tijek bolesti gdje osoba osjeća da se mijenja, postupno se povlači u svoj svijet, a nakon toga to isto primjećuje i okolina (Tablica 4.3.7.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju simplex F20.6). Nerijetko je teško razgraničiti ovaj oblik shizofrenije od shizoidnog poremećaja ličnosti. Za osobe sa

shizoidnim poremećajem ličnosti tipično je povlačenje iz bilo kakvih kontakata s drugim osobama te usamljeno fantaziranje. Osoba ne podržava obiteljske rodbinske ni prijateljske veze, nema prijatelje, nema reakcije na pohvale ni na kritike. Zadovoljstvo nalazi samo u rijetkim stvarima. Takve osobe su bez ambicija i teško ih je motivirati. [10,24]

MKB – 10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju simplex F20.6	
A	Prisutan je postupan ali progresivan razvoj bolesti tijekom razdoblja od najmanje godinu dana uz: <ol style="list-style-type: none"> 1. Značajnu i konzistentnu promjenu nekih aspekata ponašanja što se očituje kao gubitak nagona i interesa, besciljnost, ispraznost i besposličarenje, zaokupljenost samim sobom i socijalno povlačenje 2. Postupno javljanje i produbljivanje „negativnih“ simptoma kao što su izražena apatija, siromaštvo govora, hipoaktivnost, zaravnjen afekt, pasivnost i nedostatak inicijative i osiromašenost neverbalne komunikacije (facijalne ekspresije, očnog kontakta, modulacije glasa i držanje tijela) 3. Značajno zakazivanje u socijalnom i radnom funkcioniranju ili školovanju
B	Ni u jednom trenutku ne smiju biti prisutne halucinacije ili dobro formirane sumanutosti bilo koje vrste, što znači da osoba ne smije ispunjavati kriterije za bilo koji drugi tip shizofrenije ili bilo koji drugi psihotični poremećaj
C	Ne smiju biti prisutni znaci demencije ili kojeg drugog organskog mentalnog poremećaja F00 – F09

Tablica 4.3.7.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju simplex F20.6

Izvor: M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.

4.3.8. Shizofreniformni poremećaj

Bitna obilježja shizofreniformnog poremećaja prema DSM – IV su kraće trajanje bolesti, minimalno mjesec, ali najduže šest mjeseci. Istraživanja pokazuju da otprilike jedna trećina osoba s početnom dijagnozom privremenog shizofreniformnog poremećaja dobije i konačnu dijagnozu ovog poremećaja, dok u dvije trećine slučajeva ispune se kriteriji za dijagnozu shizofrenija ili shizoafektivni poremećaj. [10]

4.3.9. Shizoafektivni poremećaj

Karakteristična klinička slika za shizoafektivni poremećaj obuhvaća i simptome shizofrenije i afektivne psihoze. Razlikuju se manični i depresivni tip. Bolesnici s maničnim tipom imaju neke od simptoma shizofrenije i karakteristične simptome manije, dok se depresivni tip očituje kliničkom slikom depresije i barem jednim od osnovnih shizofrenih simptoma. [12,25]

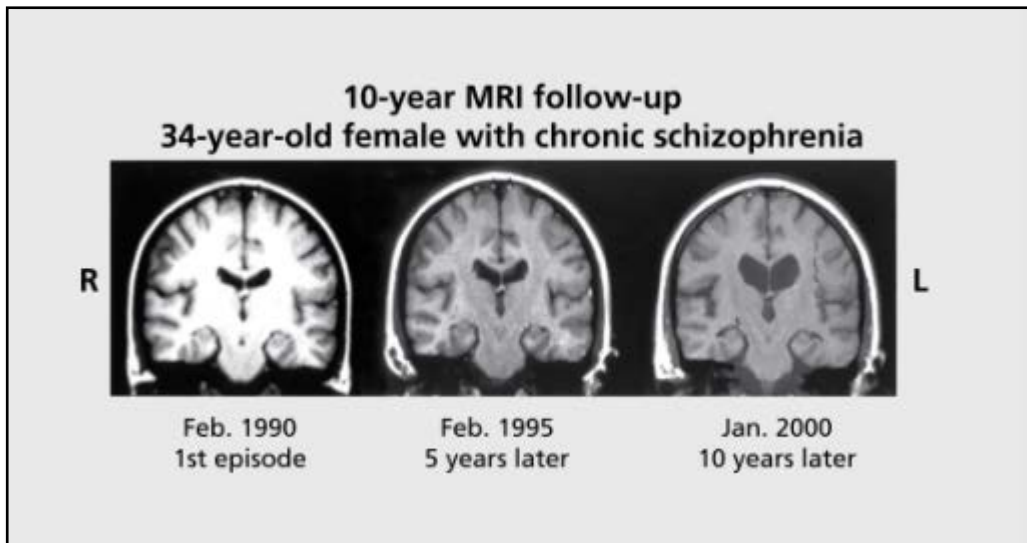
4.4. Tijek i prognoza bolesti

Tijek shizofrene bolesti ovisi o različitim utjecajima, koji su vezani za ranije značajke bolesti, vrste stresova i zaštitne čimbenike u zajednici. Tijek bolesti se dijeli na: prodromalnu fazu, akutnu i kroničnu. Čak i u slučajevima akutnog početka bolesti, nakon stresnog događaja u životu, često se nađe postojanje prodromalnog perioda koji je trajao tjednima ili mjesecima. U tom periodu obično se primjećuje povlačenje iz socijalne i radne sredine, napetost, smeteno i čudno ponašanje, depresivnost, zanemarivanje osobne higijene. U akutnoj fazi, koja je obično potaknuta emocionalnom traumom, oštećeni su psihički procesi (misli, govor, percepcija, afekt). Tijek je obično pogoršavajući s akutnim egzacerbacijama. Fazu remisije bolesti obilježava izostanak shizofrene simptomatologije, prisutnost samo negativne simptomatologije ili prisutnost jednog pozitivnog simptoma shizofrenije u blažoj formi. Osjetljivost shizofrenih bolesnika na stres zabilježena je tijekom cijelog života. Stopa relapsa bolesti obično je 40 % unutar dvije godine kod liječenih shizofrenih bolesnika, a 80 % u neliječenih. Shizofrenija nije nužno kronični poremećaj. Oko 30 % pacijenata oporavi se potpuno. Dobru prognozu imaju bolesnici s kasnim početkom bolesti, akutnim nastupom bolesti, postojećim stresnim čimbenicima, dobrim socijalnim i radnim funkcioniranjem prije bolesti, oženjeni, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za poremećaje raspoloženja, dominacijom pozitivnih simptoma shizofrenije, dobrom obiteljskom podrškom i višim kvocijentom inteligencije. Lošu prognozu imaju bolesnici s ranim početkom bolesti, polaganim nastupom bolesti, bez dodatnih stresnih čimbenika, lošim premorbidnim socijalnim i radnim funkcioniranjem, neoženjeni, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za shizofreno oboljenje, dominacijom negativne shizofrene simptomatologije, bez remisije tri godine, s brojnim relapsima bolesti, prisutnošću agresivnosti, lošom obiteljskom podrškom i niskim kvocijentom inteligencije. [1,26]

4.5. MR mozga osoba sa shizofrenijom

Istraživanja mozga (UCLA – *University of California, Los Angeles, Semel Institute Neuroimaging*) oboljelih od shizofrenije, neosporno pokazuju da je za nastanak shizofrenih simptoma odgovoran poremećaj u funkciji i strukturi mozga. Snimljen je MR (magnetska rezonancija) mozga pacijentice koja je prvotno hospitalizirana sa dijagnozom prve epizode shizofrenije. U desetoj godini praćenja (u dobi od 34 godine), snimljen je MR s dijagnozom kronične shizofrenije stabiliziran s pretežno negativnim simptomima. MR je prikazan na slici 4.5.1. [27] Uočljive patološke promjene mozga uočene su kod stanovitog postotka shizofreničara. Između mozga oboljelih od shizofrenije i zdravih osoba postoje vrlo jasne razlike. U bolesnika oboljelih od shizofrenije MR pokazuje manji ukupan volumen samog

mozga, povećane su moždane komore ispunjene moždanom tekućinom (ventrikuli). Smanjen je dio mozga koji se naziva hipokampus i smanjena je aktivnost u dijelu mozga koji se naziva prefrontalna moždana kora, a koji je odgovoran za funkcije mišljenja, pamćenja i učenja.



Slika 4.5.1. Prikazan je MR mozga pacijentice praćene 10 godina (od 1990. godine do 2000. godine)

Izvor: https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=PMC3181763_DialoguesClinNeurosci-8-71-g001&query=&req=4&npos=-1, dostupno 18.05.2016

5. Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Budući da je medicinska sestra osoba koja najviše vremena provodi s pacijentom, važno je naglasiti njezinu ulogu. Ona promatra pacijenta i na osnovu postojećih podataka, odnosno simptoma utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Da bi određeni problem riješila, medicinska sestra mora odabrati najprikladnije intervencije, odnosno, treba napraviti plan zdravstvene njege. Budući da su bolesnici koji boluju od shizofrenije često u svijetu svojih halucinacija, promijenjena su ponašanja i mišljenja, često sumnjičavi, a ponekad čak i agresivni, medicinska sestra mora posjedovati određene vještine komunikacije u radu s ovim bolesnicima. Rad medicinske sestre sa shizofrenim bolesnicima zahtjeva veliko znanje, strpljivost, poznavanje i posjedovanje određenih vještina. [12]

Sestrinska je dokumentacija u psihijatriji važna i početak je i prvi korak u zbrinjavanju i njezi bolesnika. Nužan je uvjet za komunikaciju tima, daje na uvid način i kvalitetu sestrinske skrbi, obuhvaća sve intervencije i opservacije vezane uz bolesnika te omogućuje provjeru svega što je učinjeno za bolesnika, kao i procjenu što će se učiniti. Dokumentacija počinje sestrinskom anamnezom psihijatrijskih bolesnika koja je vrlo specifična. Čini skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima zdravstvenog stanja i ponašanja bolesnika koje prikuplja medicinska sestra radi utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom. Obrazac anamneze psihijatrijskog bolesnika je priložen na stranici 60. pod naslovom Prilog 1. Prikupljeni podaci moraju omogućiti prepoznavanje problema i uzroka te odabir intervencija prilagođenih bolesniku. Prepoznavanje problema se odnosi na sestrinsku dijagnozu koja predstavlja mišljenje kojem medicinska sestra opisuje određeno ponašanje bolesnika. Važno je naglasiti da sestrinska dijagnoza ne bi trebala biti povezana s medicinskom. Sama sestrinska dokumentacija sadrži podatke o 24 – satnoj skrbi za bolesnika, te je kao takva dragocjen izvor podataka koji se mogu primjenjivati u raznim sestrinskim istraživanjima na području psihijatrijske njege kao doprinos sveukupnom znanju iz sestrinstva. Dokumentacija mora biti jasna, sažeta i čitka, a obrazac praktičan i jednostavan za rukovanje. O vođenju dokumentacije trebaju raspraviti svi članovi sestrinskog tima da bi razumjeli što se zbiva s bolesnikom i dobrom opservacijom pridonijeli što boljem planu liječenja. [1,28]

Ciljevi u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od shizofrenije su:

1. promicati i unapređivati interakciju između bolesnika i njegove okoline
2. nastojati povećati i pojačati psihološku stabilnost
3. osigurati zaštitu

4. poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom [12]

5.1. Moguće sestrinske dijagnoze

Da bi ciljevi bolesnika oboljelih od shizofrenije bili postignuti, važno je da medicinska sestra, ovisno o sestrinskoj dijagnozi, primjeni najučinkovitije i naravno individualizirane sestrinske intervencije. Kod osoba oboljelih od shizofrenije, moguć je neimenovan broj sestrinskih dijagnoza i pripadajućih im intervencija. U nastavku su izdvojene sljedeće:

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
2. Promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja
3. Narušena verbalna komunikacija
4. Smanjen stupanj samopoštovanja
5. Anksioznost i strah
6. Društvena izolacija
7. Smanjena mogućnost brige za sebe
8. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane
9. Seksualna disfunkcija
10. Promijenjeni obiteljski odnosi
11. Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije
12. Visoki rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama

5.1.1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Riječ je o sestrinskoj dijagnozi ako medicinska sestra primijeti kod bolesnika dezintegraciju procesa mišljenja i shvaćanja, psihološke konflikte, krivu prosudbu, poremećaje sna i spavanja, konfuziju u odnosu na okolni svijet, ambivalenciju i prateću ovisnost, sumanute ideje odnosa, krivo interpretiranje okoline i nesposobnost donošenja odluke. [12]

Sestrinske intervencije koje se mogu primijeniti u rješavanju ove sestrinske dijagnoze su:

- Terapijska komunikacija
- Pravilan pristup kod bolesnikovih promijenjenih procesa shvaćanja i razmišljanja
- Osiguravanje sigurnog ozračja u emocionalnom smislu, onog koji puža sigurnost i omogućuje stvaranje interpersonalnih interakcija
- Ne dirati bolesnika, bez objašnjenja što će mu se raditi i bez njegovog dopuštenja

- Ako postoji mogućnost, odgoditi postupke koji zahtijevaju fizički kontakt bolesnika s bolničkim osobljem, ako pacijent postane sumnjiv ili uznemiren
- Izražavanje želje da se shvati i razumije bolesnikovo shvaćanje i razmišljanje, razjašnjavanjem onog što je nejasno, fokusirajući se na osjećaje više nego na sadržaj
- Odbijati rasprave, diskusije i svađu te slaganje s dezintegriranim mišljenjima i shvaćanjima
- Aktivno slušanje čime se identificira bolesnikovo mišljenje i poboljšava razumijevanje [12,22]

5.1.2. Promjena senzoričkog – perceptualnog funkcioniranja

Podaci koji govore u prilog ovoj sestrinskoj dijagnozi su: panične razine anksioznosti, poremećaj u afektivnom planu, odnosu prema okolini, halucinacije, iluzije, promjene u uobičajenim reakcijama na neki podražaj i promjene psihomotoričkog ponašanja.

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Uspostaviti povjerljiv interpersonalni odnos
- Osiguravati sigurno okruženje za bolesnika
- Orijentirati se na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije
- Ako bolesnik ima slušne halucinacije, bitno je istražiti sadržaj halucinacija (o čemu glasovi govore, da li pacijent misli da mora učiniti ono što mu naređuju)
- Ne pojačavati halucinacije, umjesto riječi „oni“ koristiti riječ „glasovi“. Riječ kao što je „on“, potvrđuju da su glasovi stvarni
- Pomoći opisati i usporediti aktualne i prošle halucinacije
- Istaknuti razliku između opisa i činjenica određene situacije (ustanoviti lažne situacije, poticati mogućnost testiranja realiteta, utvrditi halucinacije, pažljivo ispitati činjenice onako kako su prezentirane i njihovo značenje, raspraviti o posljedicama kad bolesnik bude za to spreman, te dopustiti preuzimanje odgovornosti za svoja djela)
- Izbjegavati dodirivanje bolesnika, prije nego li on to dopusti, bolesnik dodir može percipirati kao prijatnu i odgovoriti na agresivan način
- Uporaba distraktora (TV, glazba, igra) može dati bolesniku potporu da ponovno stekne sposobnost kontrolirati svoje reakcije na promijenjene percepcije [12,28,29]

5.1.3. Narušena verbalna komunikacija

Podaci na osnovi kojih se može zaključiti postojanje ove sestrinske dijagnoze su: nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje neologizmima („novih riječi“), asocijalno, lutajuće izgubljeno verbalno izražavanje, eholalija, ehopraksija, stereotipno ponašanje (bizarno gestikuliranje, izrazi lica, opće držanje).

Sestrinske intervencije koje se mogu primijeniti u rješavanju ove sestrinske dijagnoze su:

- Provoditi vrijeme s bolesnikom iako verbalno ne komunicira, za promicanje ohrabrenja i podrške
- Uporaba alternativnih metoda komunikacije: crtanje (više o terapijskom crtanju u poglavlju 6.3.2. Art terapija), pjevanje, mimikiranje, ples i drugo
- Uporaba terapeutskih vještina u komunikaciji kao što su parafraziranje, reflektiranje i slično
- Identifikacija simboličke primitivne prirode bolesnikova govora. Kulturna uvjerenja i shvaćanja (razgovor s mrtvim rođacima) mogu biti prihvaćena kao normalna u bolesnikovoj kulturi
- Procijeniti znakove i simptome fizičke bolesti, imati na umu da je bolesnik nijem; neće se žaliti na bolove ili fizičke simptome [12,22]

5.1.4. Smanjen stupanj samopoštovanja

Podaci koji govore u prilog ovoj sestrinskoj dijagnozi su: verbalizacija izraza bezvrijednosti, negativnih osjećaja o samome sebi, neadekvatan razvoj samopoštovanja, beznadnost, ambivalencija, autizam, krive posudbe, poremećen smisao o sebi samome (depersonalizacija i deluzija kontrole).

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Provesti određeno razdoblje s bolesnikom, slušati i prihvaćati ga
- Poticati bolesnika da verbalizira svoje osjećaje i sudjeluje u odgovarajućim aktivnostima
- Pružiti pomoć bolesniku da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje
- Raspravljati s bolesnikom o pozitivnim aspektima njegova osobnog sustava kao što su socijalne, odnosno društvene vještine, radne sposobnosti, edukacija i obrazovanje, talenti i

izgled, što može osnažiti i osvježiti bolesnikove osjećaje da je korisna, vrijedna i kompletna ličnost

- Poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela što pridonosi samopoštovanju [12]

5.1.5. Anksioznost i strah

Ova sestrinska dijagnoza može se prepoznati iz sljedećih podataka: odsutan vidni kontakt, usmjerenost samo na sebe, povećanje zapažanja, opadanje sposobnosti rješavanja problema, strah od gubitka kontrole, strah da ne ozlijedi sebe ili druge.

Sestrinske intervencije koje se mogu primijeniti u rješavanju ove sestrinske dijagnoze su:

- Uspostavljanje povjerenja pažljivim odnosom ispunjenim pružanjem potpore
- Ustanoviti sve komponente i okidače vezane uz anksioznost i strah
- Procijeniti intenzitet, učestalost i trajanje
- Poučiti bolesnika postupcima/procedurama koje će se provoditi
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima
- Prihvatiti i poštivati bolesnikove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba
- Potaknuti bolesnika da izrazi svoje osjećaje
- Izbjegavati površnu potporu, tješjenje i žaljenje
- Demonstriranje i poticanje provođenja i uporabe učinkoviti i efikasni strategija suočavanja s anksioznošću: tehnike opuštanja i zaustavljanja misli, vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija), meditacija, tjelovježba [12,31,32]

5.1.6. Društvena izolacija

Simptomi ove sestrinske dijagnoze mogu biti: teškoće u stvaranju odnosa s drugim ljudima, izražavani osjećaj odbacivanja, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvom i nasiljem, socijalna izolacija i povlačenje iz društva.

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Provođenje vremena s bolesnikom i boravak s njim

- Stvaranje i uspostavljanje kratkih, sažetih interakcija koje omogućuju komunikaciju o interesu, zabrinutostima i slično
- Biti iskren i održati obećanja, iskrenost i pouzdanost promiču odnos povjerenja
- Poticati bolesnika na izražavanje emocija
- Identificiranje sustava za pružanje podrške i potpore bolesniku kao što su obitelj, prijatelji i suradnici
- Procjena obiteljskih odnosa, komunikacije, spoznavanje bolesnikovoga stanja
- Upoznati bolesnika sa suportivnim grupama, uključiti ga u grupnu i radno okupacionu terapiju
- Pozitivno nagrađivanje za svaku bolesnikovu dobrovoljnu interakciju s drugima, nagrade potiču samopoštovanje i ponavljanje prihvatljivog ponašanja
- Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba [12,29,33]

5.1.7. Smanjena mogućnost brige za sebe

Ova sestrinska dijagnoza može se prepoznati na osnovu sljedećih podataka: nesposobnost ili poteškoće u području hranjenja, održavanja higijene tijela, oblačenja, eliminacije, smanjenje intenziteta rada crijeva s opstipacijom, fekalnom impakcijom.

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Rasprava o osobnom izgledu, dotjeranosti i poticanje odijevanja u odjeću svjetlijih boja, davanje pozitivnog feedbacka
- Napraviti plan izvođenja aktivnosti
- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć
- Poticati bolesnika da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima
- Uspostavljanje povećane dnevne aktivnosti
- Osigurati sigurnu okolinu: suhi podovi, zidni držači, dobro osvjetljenje
- Osigurati mir tijekom konzumiranja obroka
- Omogućiti ritual prije obroka (molitva), ako ga pacijent primjenjuje
- Poticati unos tekućina ako je to potrebno
- Nije preporučljivo bolesniku (posebice agresivnom) servirati nož uz jelo [12,31]

5.1.8. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane

Ova sestrinska dijagnoza se uočava uslijed deluzije ili halucinacije povezane uz unos hrane, povećan tek kao popratni efekt uzimanja nekih psihotropnih lijekova, gubitak na težini, debljanje, infekcije bukalne šupljine, prisutnost disfunkcionalnog ritma prehrane (hranjenje kao reakcija na unutarnji znak više nego na znak gladi).

Sestrinske intervencije koje se mogu primijeniti u rješavanju ove sestrinske dijagnoze su:

- Praćenje dnevnog unosa hrane tijekom 24 sata, zabilježba ritma hranjenja i razine aktivnosti
- Pratiti tjelesnu težinu
- U suradnji sa nutricionistom izraditi plan prehrane
- Objasniti bolesniku važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti
- Osigurati bolesniku psihološku potporu i mirnu okolinu tijekom jela
- Poticati bolesnika na provođenje oralne higijene prije i poslije jela
- Primjena postupaka za sprečavanje upalnih procesa sluznice usne šupljine (ispiranje vodom, žvakanje žvakaćih guma bez šećera, pijenje limunade, održavanje higijene usne šupljine prije i poslije obroka)
- Ako bolesnik smatra da mu je hrana otrovana, dopustiti mu da provjeri i popravi svoju hranu kada je to moguće ili mu ponuditi hranu u zatvorenim posudama da on prvi otvori [12,33,34]

5.1.9. Seksualna disfunkcija

Podaci koji ukazuju na ovu sestrinsku dijagnozu su sljedeći: neuobičajeno seksualno ponašanje, pretjerana opsjednutost seksom, nesposobnost da se upozna spolnog partnera, uključenost u višestruke spolne veze, endokrinološke promjene koje su povezane s uzimanjem antipsihotropnih lijekova (nemogućnost ejakulacije, impotencija kod muškaraca, amenoreja kod žena).

Sestrinske intervencije koje se mogu primijeniti u rješavanju ove sestrinske dijagnoze su:

- Procjena prisutnosti čimbenika koji dovode do promjena u spolnom funkcioniranju

- Davanje informacija vezanih uz medikamente, njihova učinka i regulaciju
- Savjetovanje vezano uz rješavanje problema
- Ohrabrivanje i poticanje bolesnika da identificira i izvijesti o svakoj promjeni u spolnom funkcioniranju [12]

5.1.10.Promijenjeni obiteljski odnosi

Ova sestrinska dijagnoza se može uočiti iz poteškoće u odnosu između članova obitelji, neučinkoviti procesi donošenja odluka unutar obitelji, nesposobnost slaganja.

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije pojave bolesti, praćenje i zabilježba čimbenika kao što su sposobnosti i vještine rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, sustava izvanjske podrške i potpore, uloga, pravila, ograničenja i komunikacija
- Procjena spremnosti obitelji da reintegrira bolesnika u sustav sposobnosti kao što su sposobnost obitelji da iskoristi pomoć ili da se suoči s krizom na odgovarajući način – adaptacijom ili promjenom
- Davanje podataka i informacija vezanih uz terapiju i resursa iz zajednice koji pružaju potporu (obrazovno savjetovništvo, centri za dnevnu skrb, zaštitne radionice, noćne bolnice) [12]

5.1.11.Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Ohrabrivanje i poticanje bolesnika da identificira potrebu za aktivnostima tjelovježbom
- Određivanje postojeće razine aktivnosti koja je odgovarajuća za nekog bolesnika i to pomoću procjene trajnosti pozornosti, sposobnosti da se tolerira druge osobe u okolini
- Strukturiranje vremena koje je prikladno za vježbu i aktivnosti, praćenje stimulacija iz okoline kao što su: TV, radio, posjeti i drugo [12]

5.1.12. Visoki rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Osiguravanje sigurnog i mirnog okruženja, potrebno je reći bolesniku: „Sigurni ste“
- Biti pažljiv i oprezan kod tapkanja bolesnika po ramenu
- Poticati bolesnika da verbalizira svoje osjećaje i identificira situacije koje izazivaju anksioznost
- Postaviti granice na jasan, specifičan, čvrst način – što je prihvatljivo i što nije prihvatljivo
- Ukloniti sve opasne predmete od bolesnika, tako kad je uznemiren ne može nauditi sebi ili drugima
- Biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na nasilničko i agresivno ponašanje, porast psihomotoričke aktivnosti, intenzitet afekata, verbalizaciju deluzionalnog mišljenja, posebice izražavanja zastrašenosti, zastrašujuće halucinacije
- Promptna izolacija na ne kažnjavajući način koristeći se adekvatnom pomoći ako dođe do agresivnog i nasilničkog ponašanja [12,29]

5.2. Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel

Kada bolesnik zatraži pomoć, u svakom zdravstvenom radniku vidi osobu koja će mu pomoći u svladavanju bolesti. Stoga je vrlo važan prvi kontakt koji treba u bolesnika stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja. Bolesna osoba koja ima psihičke tegobe nepovjerljiva je od ostalih bolesnika s tjelesnim oboljenjima. Rijetko pomoć zatraži sama, obično dolazi u pratnji članova obitelji, kolima hitne medicinske pomoći, u pratnji susjeda, policije, socijalne službe, prijatelja i drugih osoba. Prva osoba koju susreće je medicinska sestra. Njezin zadatak je da u prvom kontaktu s bolesnikom i njegovom pratnjom pokuša steći njihovo povjerenje, ublaži neugodu dolaska u bolnicu i pokuša pripremiti bolesnika za susret s liječnikom. Nužna je prisutnost pratnje bolesnika zbog davanja heteroanamnestičkih podataka o samom bolesniku. Nakon završenog pregleda i razgovora s pratiteljima, liječnik odlučuje o daljnjem postupku s bolesnikom. Ukoliko je potrebna hospitalizacija, nakon upisa u bolnicu medicinska sestra bolesnika i njegovu obitelj s medicinskom dokumentacijom odvodi na odjel i daljnji postupak prosljeđuje medicinskim sestrama odjela. [1,3]

Početak hospitalizacije za bolesnika predstavlja niz psiholoških doživljaja zbog kojih kod prijema može biti uzbuđen, uplašen, napet, agresivan, pasivan, bezvoljan, sumnjičav, a može i mirno prihvatiti hospitalizaciju. [3]

Prijem psihijatrijskog bolesnika može biti redovan, hitan ili se može raditi o prisilnoj hospitalizaciji. Kod redovnog prijema bolesnik je upućen iz ambulante, poliklinike ili savjetovališta. Kao što je već navedeno, bolesnik koji je upućen od strane općeg, odnosno obiteljskog liječnika nakon pregleda u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti i upisa u bolnicu u pratnji medicinske sestre/tehničara dolazi na odjel, gdje ga sestra iz ambulante predaje sestri ili tehničaru na odjelu. Kod hitnog prijema zaobilazi se administrativna procedura upisa u bolnicu sa uputnicom, te se bolesnik nakon pregleda u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti zaprima na odjel. Prisilna hospitalizacija regulirana je pravnim propisima (Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama). Zbog prirode svoje bolesti, duševni bolesnik često nema uvid u svoje stanje, ne shvaća da je bolestan i odbija liječenje. Ukoliko on zbog svoje bolesti svojim ponašanjem ugrožava sebe, svoju okolinu ili materijalna dobra, potrebno ga je hospitalizirati protiv njegove volje. Uporaba mjera prisile prema osobi smještenoj u psihijatrijsku ustanovu dopuštena je samo iznimno, ako je to jedino sredstvo da se otkloni neposredna opasnost koja proizlazi iz njezina ponašanja. Radi se o iznimnim situacijama kada uobičajenim metodama liječenja i postupanja nije moguće kontrolirati agresivnog pacijenta, već je nužno fizički ograničiti njegovo kretanje i djelovanje ili ga izdvojiti od drugih pacijenata. [35-37]

Prema članku 32. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, psihijatrijska ustanova u kojoj je osoba prisilno zadržana obvezna je bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnom zadržavanju, neposredno ili telekomunikacijskim sredstvima, dostaviti nadležnom Županijskom sudu obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s medicinskom dokumentacijom. Prema članku 36. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, sudac je dužan bez odgode, a najkasnije u roku od 78 sata od trenutka primitka obavijesti o prisilnom zadržavanju na nadležnom sudu, prisilno zadržanu osobu posjetiti u psihijatrijskoj ustanovi, obavijestiti ju o razlogu i svrsi sudskog postupka te ju saslušati. Sudac će izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju te saslušati i voditelja odjela. [37]

Dolaskom na odjel medicinska sestra ili tehničar dužna je pregledati pacijentove osobne stvari, oduzeti mu oštre predmete i lijekove. Upozoriti bolesnika da vrijedne stvari i dokumente vrati pratnji ili pohrani u sef u ambulanti. Ako stanje bolesnika dozvoljava potrebno je okupati bolesnika ili ga samo presvući. Ako bolesnik pruža otpor, ne smije se ga prisiljavati nego mu

treba ostaviti vremena da se privikne na novu sredinu. Kod presvlačenja bolesnika, treba obratiti pažnju na izgled i promjene na koži i vidljivim sluznicama (ubodi, ozljede, posjekotine, ogrebotine, modrice), te stanje svijesti. Nakon obavljenog fizikalnog pregleda sve promjene potrebno je zabilježiti u sestrinsku dokumentaciju na za to predviđeno mjesto. Smještanjem bolesnika u bolesničku sobu, upoznaje ga sa drugim bolesnicima, predstavnikom sobe, kućnim redom te započinje uzimanje sestrinske anamneze ili samo nadopuna podataka o bolesniku (obrazac sestrinske anamneze psihijatrijskog bolesnika prikazan je u Prilogu 1.). Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim specifičnim potrebama i poštujući osnovna načela sestrinske skrbi. Nakon što je bolesnik smješten u sobu odlazi na razgovor s vodećim liječnikom koji mu dalje ordinira potrebnu terapiju te dijagnostičke i terapijske postupke. [1,3]

Ukoliko je bolesnik agresivan prema osoblju bolnice, drugim bolesnicima ili se ponaša destruktivno prema inventaru, potrebno je bolesnika sputati radi njegove zaštite, zaštite drugih bolesnika i osoblja. Za sputavanje pacijenata u pravilu se koriste magnetne narukvice, magnetni i kožni remeni te stezulje, odnosno zaštitne košulje (prikazane na slici 5.2.1. Muzej Vrapče, izložena stezulja, u narodu poznatija kao „luđačka košulja“). S obzirom na to da nije jasno definirana razlika između pojedinih sredstava sputavanja, da nema jasnih kriterija kada će se koje sredstvo koristiti i ne postoje jasna pravila pod kojim uvjetima će se više sredstava kumulativno primijeniti, moguća je arbitrarnost koju je nužno izbjeći uvijek kada se radi o ograničavanju ljudskih prava. [38]

Primjerice, na Zavodu za forenzičku psihijatriju KP Vrapče, u pojedinim situacijama se uz magnetni remen ili zaštitnu košulju koristio i kožni remen. Za razliku od toga, u primjerice PB Rab, kožni se remeni ne koriste za sputavanje pacijenata. Jednako tako, u nekim se ustanovama primjenjuje izdvajanje pacijenta (primjerice u KP Vrapče, PB Ugljan i PB Lopača), dok se u drugim ustanovama ova mjera prisile ne primjenjuje (primjerice PB Rab i NPB Popovača). Sestra mora imati na umu da je bolesnik stavljen u prisilno nepokretan položaj te ga treba opskrbiti kao nepokretnoga bolesnika. Takvom bolesniku potrebna je intenzivna psihijatrijska skrb, a to znači stalna prisutnost iskusne i educirane sestre. Posebnu pozornost treba usmjeriti na osiguranje određene mobilnosti, da bi se izbjegle smetnje u cirkulaciji. Mjere fizičkoga zbrinjavanja bolesnika primjenjuju se vrlo selektivno i kratko. Agitirani bolesnik može i dalje biti verbalno agresivan ili demonstrativno inkontinentan. Potrebno je stalno nadziranje takvog bolesnika, primjena psihofarmaka prema uputi liječnika, a nakon smirivanja, bolesnika je potrebno osloboditi. [1,35,38]



Slika 5.2.1. Muzej Vrapče, izložena stezulja, u narodu poznatija kao „luđačka košulja“

Izvor: <http://www.6yka.com/novost/73102/bolnica-vrapce-otvorila-prvi-muzej-psihijatrije-od-ludacke-kosulje-do-elektrosokera>, dostupno 01.06.2016.

Ako pacijent odbije skidanje odjeće, uzimanje terapije ili neku drugu obavezu iz programa liječenja ili kućnog reda, ne treba primjenjivati nikakvu silu, nego obavijestiti liječnika psihijatra. Svaki incident (pokušaj suicida, fizički napad na druge osobe, bijeg sa odjela i slično) treba detaljno opisati u izvještaju službe kako bi se prevenirale sve naknadne komplikacije oko rekonstrukcije stvarnih okolnosti pod kojima je došlo do navedenog incidenta (za potrebe suda).

Intervencije medicinske sestre kod imobiliziranog pacijenta su:

- Opservacija pacijenta svakih 15 min
- Trajno pratiti mokrenje i defekaciju radi utvrđivanja za bolesnika uobičajenog vremena i učestalosti
- Osigurati mokrenje i defekaciju uvijek u istim uvjetima i uz isti postupak
- Ponuditi noćnu posudu svaka 2 sata nakon obroka i prije spavanja
- Osigurati privatnost
- Prevenirati nastanak dekubitusa u/s imobilizacijom u krevetu

5.3. Prikaz slučaja

Pacijentica M.Š., 1973.g., razvedena, majka jednog sina, nezaposlena, živi u udomiteljstvu. Dolazi na prijem u pratnji udomiteljice. Uputna dijagnoza: F20.5. Razlog dolaska: pogoršanje psihičkog stanja u sklopu osnovne bolesti koje se manifestira pojačanim nemirom, nesanicom, osjećajem da se gubi, dezorganiziranim ponašanjem usprkos redovitog uzimanja terapije. [40]

Plan zdravstvene njege (Obrazac plana zdravstvene njege se nalazi u priložima, Prilog 2):

- Sestrinska dijagnoza po prioritetu: promijenjeni misaoni procesi u/s pogoršanjem osnovne bolesti što se očituje nemogućnošću koncentracije, smetenošću
- Cilj: bolesnica će se moći koncentrirati na zadane aktivnosti kroz tri tjedna
- Intervencije medicinske sestre:
 - Primijeniti ordiniranu terapiju i nadzor terapije
 - Podržavati i bazirati razgovor na stvarno vrijeme i ljude
 - Poticati komunikaciju, odvojiti dovoljno vremena
 - Uključiti bolesnicu u grupu
 - Podržavati bolesnicu u verbaliziranju svojih osjećaja, strahova i nesigurnosti [40]

TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA (DECURSUS)				
USTANOVA				
DATUM/SAT	IME I PREZIME	MATIČNI BROJ	ODJEL:	POTPIS M.S.
20.02.2013.	Kod prijema surađuje, zapuštene vanjštine, u kosi pronađene žive uši i gnjide, tretirana šamponom			
21.02.2013.	Tokom dana mirna, povremeno djeluje uplašena, govori „kuda da idem“, uredno uzela obroke i terapiju, tokom noći slabije spavala			
22.02.2013.	Tokom dana u pokretu, oko podne dobila terapiju (1 amp. Talofena 50 mg, kasnije se smirila)			
23.02.2013.	Stalno u pokretu, postavlja ista pitanja			
24.02.2013.	U pokretu, ne zna što bi sa sobom, obroke i terapiju redovito uzela			
25.02.2016.	Stalno nesuvislo priča, kaže da je „mrtvac, duh“, ponavlja isto, terapiju i obroke uzima uz nadzor jer se guši			
26.02.2013.	Uznemirena, govori da je duh, baca se na pod, stavljena u krevet i fiksirana magnetnim remenjem (slika 5.2.1.1. prikazuje popunjen obrazac Kontrole izvođenja posebnih zaštitnih postupaka za konkretni slučaj)			
27.02.2013.	Uredno popila terapiju, ali ne može zaspati i dalje govori da je duh i da ne zna što će sa sobom, primilo inf. F.O. sa 1 amp. Diazepamom 10 mg, nakon čega mrmlja			

Tablica 5.3.1. Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus)

Izvor: <https://www.scribd.com/doc/145846139/Fiksiran-Pacijent-Siguran-Pacijent>, dostupno 04.06.2016.

KONTROLA IZVOĐENJA POSEBNIH ZAŠTITNIH POSTUPAKA

Datum:		Ime i prezime bolesnika:		Datum ispunjenja:	Odjel:
Sat	Vrsta postupka	Potpis odgovornog liječnika	Razlog spriječavanja (Opis fizičkog i psihičkog stanja bolesnika)	Terapija	Podpis medicinske sestre/tehnika
16. 02. 2013.					
10 ¹⁵	Prisustvo ugovor Osiguranu		- uvlačenost, govori kako se uopće ne može kretati, leži u postelji i dalje uvlačenost, plućni zvuci, se sluh	već ih po listi	
10 ³⁰	kontrola ugovora		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		
10 ⁴⁵	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		
11 ¹⁵	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		
11 ³⁰	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.	terapija ugovorom	
11 ⁴⁵	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		
12 ¹⁵	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		
12 ³⁰	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		
12 ⁴⁵	-/-		- govori kako se uopće ne može kretati, govori kako se nije dobro prospavao noć prije (uvlačenost) i dalje govori da se ne može kretati.		

➤ Odlučiti u povijest bolesti pacijenta

Slika 5.2.1.1. Obrazac kontrole izvođenja posebnih zaštitnih postupaka, za slučaj pacijentice M.Š.

Izvor: <https://www.scribd.com/doc/145846139/Fiksiran-Pacijent-Siguran-Pacijent>,

dostupno 04.06.2016.

5.4. Izvješće o incidentu

Izvješće o incidentu (nastalom ili spriječenom) čest je dio sestrinske dokumentacije u radu s pacijentima u psihijatrijskim ustanovama. Obrazac izvješća o incidentu priložen je na strani 64., Prilog 3. Zdravstvena ustanova mora imati načine za prepoznavanje i otkrivanje prevalencije i ozbiljnosti incidenata koji utječu ili prijete sigurnosti pacijenata i osoblja. To mora uključivati neželjene događaje i medicinske pogreške. Izvješće o incidentu može se pisati u više primjeraka, sukladno pravilima ustanove, a jedan primjerak obavezno ostaje u sestrinskoj dokumentaciji. Da bi se postigla odgovarajuća sigurnost pacijenata potrebno je izravno i neizravno provoditi mjere koje nadziru štetne događaje koji se mogu spriječiti. Nakon otkrivanja i prijavljivanja incidenata, potrebno je pristupiti preventivnim i popravnim radnjama uz definiranje postupaka za smanjene rizika. [40]

6. Liječenje shizofrenije

Liječenje shizofrenih bolesnika naporan je proces bolesnika, obitelji i medicinskog osoblje. Terapijski je cilj kontrola, suzbijanje simptoma i socijalna rehabilitacija. Terapijski plan liječenja provodi se različitim metodama i uključuje psihoterapijske postupke, socioterapijske postupke i biološke metode liječenja koja uključuje psihofarmakoterapiju i elektrostimulativnu terapiju. Potrebno je pripremiti bolesnika i obitelj da je liječenje shizofrenije dugotrajan proces. Najučinkovitije je liječenje antipsihoticima, ali jedino medikamentnom terapijom ne može se liječiti shizofrenija. Primjena drugih intervencija ovisi o trajanju akutne faze i ovisi od bolesnika do bolesnika. Tek potpunom integracijom psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih zahvata može se postići najučinkovitiji dugotrajni ishod liječenja. [1,12]

6.1. Psihofarmakoterapija

S obzirom da je shizofrenija složena bolest mozga, prvi je najvažniji korak pridobiti bolesnika da započne s uzimanjem prikladne antipsihotične terapije. Međutim, zbog prirode bolesti o oslabljene sposobnosti testiranja stvarnosti, bolesnici su nesvjesni bolesti i potrebe njenog promptnog i intenzivnog liječenja. Svrha liječenja ne sastoji se samo u suzbijanju ili otklanjanju simptoma shizofrenije, već u zaustavljanju shizofrenog procesa, otklanjanju uzroka koji mogu dovesti do relapsa bolesti, te u prevenciji suicidalnog i autodestruktivnog ponašanja, što kvalitetnoj reintegraciji bolesnika u zajednicu, omogućavanju njegova daljnjeg psihosocijalnog razvoja i što bolje kvalitete življenja. Stoga je, kako je već spomenuto, liječenje dugotrajno, a nerijetko i doživotno tako da razlikujemo tri faze u liječenju shizofrenije: 1. Fazu liječenja akutne epizode, 2. Fazu terapije održavanja i 3. Fazu profilaktičke primjene antipsihotika. Hipodoziranje antipsihotika uzrokuje nedovoljan terapijski odgovor i izostanak potpune remisije, dok prijevremeni prestanak uzimanja antipsihotika i preveliko smanjenje doze najčešći su uzroci relapsa simptoma i recidiva bolesti. Izbor antipsihotika najčešće je empirijski, premda se danas zna mnogo više o prirodi shizofrenije i mehanizmima djelovanja antipsihotika. Izbor liječenja ovisi o cijelom nizu različitih čimbenika, o kliničkoj slici i izraženosti simptoma, dostupnosti antipsihotika, profilu nuspojava, mogućim interakcijama s drugim lijekovima te prisutnost drugih tjelesnih i neuroloških bolesti. Odabrani antipsihotik primijenjen u terapijskoj dozi, mora kontrolirati psihotične simptome i uzrokovati što manje nuspojava. Općenita je preporuka postupno uvođenje antipsihotika, od nižih prema višim dozama unutar terapijskog raspona, do postizanja zadovoljavajućeg terapijskog djelovanja. Antipsihotici se uvode postepeno, od nižih prema višim dozama. [10,41]

6.1.1. Klasifikacija antipsihotika

Postoje više različitih podjela antipsihotika, u ovom radu su izdvojene dvije klasifikacije antipsihotika, povijesna i klinička klasifikacija.

Prema povijesnoj klasifikaciji postoje tri generacije antipsihotika. Antipsihotici prve generacije (klorpromazin, promazin, perazin, flufenazin, haloperidol) slučajno su otkriveni, djeluju prvenstveno na produktivne simptome shizofrenije, a njihova primjena praćena je izraženim ranim i kasnim ekstrapiramidnim nuspojavama. Antipsihotici druge generacije (sulpirid, klozapin, tioridazin) rezultat su želje da se eliminiraju ekstrapiramidne nuspojave i nađu lijekovi koji će imati dobar učinak i na negativne simptome shizofrenije. Antipsihotici treće generacije (risperidon, olanzapin) rezultat su ciljane potrage za što djelotvornijim antipsihotikom sa što manje nuspojava. [10]

6.1.1.1. Tipični (stariji) antipsihotici

Prema kliničkoj klasifikaciji prevladava podjela na tipične i atipične antipsihotike. Tipični (stariji) antipsihotici djeluju na blokadu D₂ – receptora u mozgu, a dijele se na niskopotentne (sedativni, bazični) i visokopotentne (specifični) antipsihotike. Glavni predstavnici prve skupine su klorpromazin i promazin, a karakteristike ovih antipsihotika su: izražena sedacija bolesnika, dobro djelovanje na agresivnost, agitaciju i anksioznost. Međutim, na negativne shizofrene simptome nemaju učinak, štoviše mogu dovesti i do njihovog pogoršanja. U akutnim psihotičnim stanjima primjenjuju se u parenteralnom, a u terapiji održavanja u peroralnom obliku, a prosječne su doze od 100 do 1000 mg dnevno (ovisno o vrsti). Glavni predstavnici visokopotentnih antipsihotika su: haloperidol i flufenazin, a karakteristike skupina su: slabo izražena sedacija, dobro djelovanje na pozitivne shizofrene simptome, dobar učinak na agitaciju i agresivnost, no znatno izraženije nuspojave u odnosu na klasične (niskopotentne) antipsihotike. Primjenjuju se u parenteralnom i peroralnom obliku, a dostupni su i u depo pripravcima (intramuskularno) za liječenje nesuradljivih bolesnika. Prosječne su doze od 2 do 30 mg dnevno. [1,10]

Nuspojave tipičnih (stariji) antipsihotika dijele se na: neurološke i neneurološke nuspojave. Jedna od neuroloških nuspojava je medikamentozni parkinsonizam, odnosno ekstrapiramidalni sindrom (EPS) koji se manifestira tremorom i ukočenošću mišićne mase bolesnika, a uspješno se liječi dodavanjem antikolinergika biperidena. Sljedeća nuspojava su: distonija (tonički grč

muskulature, liječi se kao i EPS), akatizija (psihički nemir, liječi se beta blokatorom propanololom, diazepamom i biperidenom), tardivna diskinezija (kretnje tijela slične tikovima) i maligni neuroleptički sindrom (MNS) kojeg karakterizira opistotonus, povišena tjelesna temperatura i poremećaj svijesti koji može dovesti do smrti bolesnika. [1]

Neneurološke nuspojave su: učinak na srce (aritmije), ortostatska hipotenzija, učinak na autonomni živčani sustav (suhoća usta, pojačana salivacija, zamagljen vid, opstipacija, dijareja, mučnina i grčevi u trbuhu), učinak na hematopoetski sustav (leukopenija i agranulocitoza), endokrinološke nuspojave, povišenje tjelesne težine, poremećaj seksualnosti, dermatološke i oftalmološke nuspojave te sindrom iznenadne smrti. [1]

6.1.1.2. Atipični (noviji) antipsihotici

Atipični (noviji) antipsihotici osim djelovanja na pozitivne shizofrene simptome, djeluju i na negativne. Uobičajene dnevne doze pojedinih lijekova dane su u tablici 6.1.1.2.1, a sam profil nuspojava je u potpunosti specifičan za svaki lijek pa su lijekovi ove skupine opisani u nastavku pojedinačno.

- Klozapin

Djeluje kao antagonist dopaminergičkih D2 – receptora i ima učinak na pozitivne shizofrene simptome. Preko serotonergičkog 5 – HT2 sustava djeluje na negativne simptome, a putem receptora 5 – HTc i 5 – HT1a na aktivne i kognitivne funkcije. Odmah po primjeni djeluje sedativno i anksiolitički, no nakon dva tjedan ima dobar antipsihotički učinak pri čemu bolesnik postaje pristupačniji za ostale metode liječenja. Dokazano smanjuje suicid i agresivno ponašanje, a uz to ublažava i otklanja simptome tardivne diskinezije. Najčešće nuspojave su: tahikardija, hipotenzija, umor, leukopenija i agranulocitoza, povećana incidencija epi napadaja i porast tjelesne težine. [10,42]

- Risperidon

U kliničku uporabu u Hrvatskoj je uveden 1996.godine. pokazuje visok afinitet za serotoninerškičke 5 – HT2 i dopaminergičke D2 receptore, te pokazuje dobar učinak na pozitivne i negativne simptome shizofrenije. Ovo je antipsihotik veće sigurnosti i podnošljivosti od klozapina. Česte nuspojave su: glavobolja, nemir, anksioznost i porast tjelesne težine. [1,41]

- Olanzapin

Antipsihotik širokog farmakološkog profila s djelovanjem na brojne neurotransitorske receptore, a upravo zbog tog često je dostatan u monoterapiji shizofrenije, posebno u terapiji održavanja. Pokazuje dobar učinak na pozitivne i negativne simptome shizofrenije i na opću psihopatologiju. Česte nuspojave su: porast tjelesne težine, pospanost, hipersedacija i blagi EPS. [10,42]

- Kvetiapin

Po receptorskoj aktivnosti pripada u dopaminergičko – serotoninergičke anatagoniste i pokazuje dobro antipsihotičko djelovanje na sve skupine shizofrenih simptoma. Osim u shizofreniji primjenjuje se i u liječenju bipolarnog poremećaja, poremećaja ponašanja u dementnih bolesnika te potencionalno kod poremećaja ponašanja djece. Kod visokih doza mogu se pojaviti neurološke nuspojave, a od neneuroloških pojavljuje se povećana tjelesna masa, zatvor i sušenja usta, te kod nekih bolesnika i sedacija. [1]

- Ziprasidon

Ziprasidon je antipsihotik s antagonističkim djelovanjem na dopamin (D2), serotonin (5 – HT2a, 5 – HT2c i 5 – HT1b), α 1-adrenergičkih receptora, i histamin (H1) receptore. Osim toga, ima djelomično agonističku aktivnost na serotoninске 5 – HT1A receptore i inhibira neurone ponovne pohrane serotonina. Učinkovit je, osim u liječenju shizofrenije, u liječenju bipolarnog poremećaja i agitacije u slučaju demencije. Od neuroloških pojava iznimno uzrokuje EPS, a od neneuroloških rjeđe uzrokuje sedaciju. [1,42]

- Sertindol

Novi antipsihotik s afinitetom na D2, 5 – HT2 i alfa 1 receptore. Pokazuje selektivnost djelovanja te ima viši afinitet za receptore u limbičkim strukturama mozga, te je zbog toga značajno niža učestalost EPS-a kao i neuroloških pojava, dok su ostale neneurološke nuspojave slabo zastupljene (porast tjelesne mase, sedacija, aritmije). [1]

- Aripiprazol

Prema djelovanju je dopaminergički parcijalni agonist, snižava koncentraciju dopamina kada je ona visoka, odnosno podiže koncentraciju dopamina u neuronu kada je niska. Pokazuje anagonistički učinak na serotoninergičke 5 – HT2a receptore, što se manifestira kao sniženje pojavnosti neuroloških nuspojava uz poboljšanje simptoma shizofrenije. Lijek postoji u obliku za

oralnu i parenteralnu primjenu, a u pripremi je i depo pripravak. Vrlo je podnošljiv lijek, rijetko se može pojaviti akatizija, sušenje usta ili sedacija. Pogodan je za dugogodišnje liječenje bolesnika oboljelih od shizofrenije, ali i brojnih drugih psihotičnih poremećaja. [1]

Atipični (noviji) antipsihotici	Uobičajene dnevne doze u miligramima (mg)
Klozapin	50 – 60 mg
Risperidon	3 – 8 mg
Olanzapin	5 – 20 mg
Kvetiapin	400 – 1000 mg
Ziprasidon	40 – 200 mg
Sertindol	12 – 20 mg
Aripiprazol	10 – 30 mg

Tablica 6.1.1.2.1. Uobičajene dnevne doze atipičnih (novijih) antipsihotika u miligramima (mg)

Izvor: Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2011.

6.2. Elektrokonvulzivna (elektrostimulativna) terapija

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) predstavlja terapijsku proceduru kojom se mozak bolesnika stimulira provođenjem serije kontroliranih, kratkotrajnih električnih impulsa. Provođenje impulsa postiže se korištenjem elektroda smještenih na precizno određenim točkama na glavi bolesnika gdje dolazi do dvominutne moždane kljenuti. U prošlosti se EKT izvodila „nativno“, bolesnicima su se stavljale elektrode prekrivene vlažnim spužvastim jastučićima preko kojih se aplicirala struja. Nakon zatvaranja strujnog kruga bolesnik gubi svijest, nakon čega slijedi faza toničkog grča u trajanju od desetak sekundi, a zatim dolazi faza kloničkih grčeva u trajanju od 30 do 40 sekundi. Nakon kloničke faze slijedi kratkotrajna apneja nakon koje se bolesnik budi. Od komplikacija često se pojavljivala anksioznost, mehaničke ozljede (luksacije, frakture) i amnestički poremećaj. Od 1952. godine EKT se primjenjuje u anesteziji i miorelaksaciji. [6,12]

Indikacije za EKT, osim shizofrenije su i veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj te postporodajna depresija. EKT se preporučuje i u prvom trimestru trudnoće kada su psihofarmaci kontradiktorni. Uvijek, u svim indikacijama, je terapija drugog reda, odnosno primjenjuje se tek u slučaju terapijske refrakternosti na psihofarmakološko liječenje. EKT je posebice kontraindicirana ako se radi o bolestima kardiovaskularnog i središnjeg živčanog sustava kao što su: cerebralna aneurizma, aneurizma aorte, svježa cerebralna hemoragija, infarkt miokarda, srčane aritmije, povišen intrakranijalni tlak i tumori mozga te akutni respiratorni infekt. Za terapijski učinak potrebna je struja napona od 70 do 130 V, jačine od 200 do 1600 mA,

u trajanju od 0,1 do 0,5 sekundi. Muškarci imaju niži konvulzivni prag pa im je stoga potrebna struja slabije jakosti. Terapija se provodi dva do tri puta tjedno, ukupno od šest do dvanaest tretmana. Prosječan broj tretmana je devet. Broj potrebnih tretmana određuje se prema težini simptoma i brzini uspješnog odgovora na terapiju. Članovi obitelji, prijatelji i medicinsko osoblje često vidi već prve znakove poboljšanja nakon prva 3 do 6 tretmana. Ta poboljšanja uključuju povećanje u nivou aktivnosti, poboljšano spavanje, i blagi porast apetita. [6,12,45-48]

Koriste se dvije vrste EKT kod apliciranja same terapije, unilateralna i bilateralna. Razlika je u području mozga koje se stimulira, vremenu odgovora i mogućim nuspojavama. Kod unilateralne terapije (slika 6.2.1. lijevo), jedna elektroda se stavlja na tjeme, a druga na ne dominantu hemisferu mozga (ako je bolesnik dešnjak, elektroda se postavlja na desnu sljepoočnicu). Bolesnici koji primaju unilateralni tretman mogu odgovoriti nešto sporije na tretman, od bilateralnog, no razlika obično nije veća od 1 do 2 tretmana. Unilateralan terapija je povezana s manje psihičkih nuspojava u vidu amnezije i konfuzno – smetenim stanjima. Pacijenti koji ne odgovaraju na unilateralnu, mogu zatražiti bilateralnu terapiju. Kod bilateralne EKT (slika 6.2.1. desno) elektrode se stavljaju na obje sljepoočnice. Bilateralna EKT je indicirana kod teških psihičkih bolesti, uključujući depresiju sa psihozom, maničnu epizodu bipolarnog poremećaja, psihoze povezane sa shizofrenijom i katatoniju. [49]



Slika 6.2.1. Unilateralna (lijevo) i bilateralna (desno) EKT

Izvor: <http://www.psych.med.umich.edu/ect/how-does-ect-work.asp>

dostupno, 05.06.2016.

6.2.1. Priprema bolesnika za EKT

Priprema za EKT uključuje fizičku i psihološku pripremu bolesnika, pripremu pribora, asistiranje pri izvođenju EKT i skrb za bolesnika nakon stimulacije. Prije izvođenja EKT bolesnik ili njegov skrbnik mora dati pismeni pristanak za izvođenje terapije. Fizička priprema bolesnika uključuje pregled bolesnika i potrebnih nalaza dijagnostičkih procedura kao što su: EKG, Rtg srca i pluća, EEG, pregled očne pozadine, laboratorijske pretrage krvi i urina, internistički pregled i po potrebi Rtg kralježnice, CT mozga i slično. Na dan terapije bolesnik mora biti natašte (6 do 8 sati prije EKT), ispražnjena mokraćnog mjehura, mora izvaditi zubalo, kontaktne leće, slušno pomagalo skinuti nakit i ukosnice. Strah je prisutan kod trećine bolesnika, a razgovor, objašnjenje samog terapijskog procesa i odgovori na sve bolesnikove upite mogu biti od velike pomoći redukcije straha. 30 minuta prije se daje premedikacija, antikolinergik (Atropin) za smanjenje salivacije i zbog rizika pojave aritmija. Za anesteziju se pripremaju barbiturati ultrakratkog djelovanja (Metoheksital, Tiopental, Ketamin), od mioreleksansa najčešće se koristi Sukcinilkolin. [12,47,48]

Medicinska sestra treba pripremiti sljedeći pribor:

- Elektrokonvulzator
- Pribor za anesteziju
- Antišok terapiju
- Boca s kisikom i maskom za umjetnu ventilaciju
- Pribor za hitnu intervenciju
- Pribor za davanje i.v. injekcija (štrcaljke, igle, loptice od vate, poveska za venestazu)
- Gumena cijev ili špatula omotana gazom (za zaštitu jezika)
- Kompresse od gaze – mokre

6.2.2. Medicinska sestra kao koordinator (i asistent) između bolesnika i članova liječničkog tima

U nastavku su prikazani postupci medicinske sestre kao koordinatora između bolesnika, psihijatra i anesteziologa tijekom procesa primjene EKT.

U odnosu prema bolesniku medicinska sestra treba osigurati: psihološku pripremu i podršku, reducirati situacije koje izazivaju anksioznost (pogled na aparaturu, neadekvatna komunikacija),

osigurati odnos sigurnosti i povjerenja, skinuti pomagala, metalne predmete, šminku i osigurati adekvatnu odjeću (za lakšu ventilaciju i bolji nadzor). Zatim, fiksirati ekstremitete u fazi konvulzija, kontrola vitalnih znakova, pratiti stanje svijesti, konfuznost, dezorijentaciju, retrogradnu i anterogradnu amneziju, glavobolju, mučninu i povraćanje, eventualno adekvatno zbrinuti opekline i aplicirati analgetik po preporuci liječnika. Nakon terapije smjestiti pacijenta u mirnu sobu, osigurati mirovanje barem 2 sata, ako je bolesnik konfuzan staviti zaštitnu ogradu (za sprječavanje rizika od pada), ponuditi hranu i aplicirati terapiju (2 sata nakon zahvata). Prije i poslije EKT, medicinska sestra procjenjuje bolesnikove potrebe, postavlja sestrinske dijagnoze i vrši identifikaciju potencijalnih problema i rizika. [12]

Moguće sestrinske dijagnoze prije, za vrijeme i poslije EKT:

- Neučinkovito održavanje zdravlja
- Poremećaj spavanja
- Poremećaj misaonog procesa
- Poremećaj senzorne percepcije
- Smetnje pamćenja
- Anksioznost
- Akutna bol
- Nesurađivanje
- Inkontinencija urina i stolice (uzrokovana anestezijom)
- Visok rizik za aspiraciju
- Visok rizik za samoozljeđivanje

U suradnji s psihijatrom medicinska sestra dogovara i realizira potrebne pretrage, sudjeluje u edukaciji bolesnika i obitelji, priprema područje za aplikaciju (frontotemporalno područje), priprema posebni materijal, poznaje i razumije postupak, mehanizam djelovanja terapije, indikacije i kontraindikacije, te pravovremeno obavještava psihijatra o mogućim nuspojavama. [12]

U odnosu prema anesteziologu i procesu anestezije medicinska sestra priprema i provjerava pribor i aparate (bocu s kisikom, aspirator, pribor za kardiopulmonalnu reanimaciju). Osim toga asistira kod održavanja dišnog puta, postavlja venski put, monitorira vitalne znakove (EKG, pulsna oksimetrija, opservacija boje kože), aplicira terapiju te prepoznaje i obavještava o

komplikacijama anestezije (laringospazam, aspiracija, respiratorna insuficijencija, prolongirana apnea, neuromuskulatorne komplikacije, anafilaktičke manifestacije, srčane aritmije). [12]

Svi članovi interdisciplinarnog tima (psihijatar, anesteziolog i medicinska sestra) moraju profesionalno komunicirati i surađivati. Medicinske sestre moraju imati visoku razinu znanja i vještina, biti visokoeducirane i specijalizirane te se trajno educirati, razvijati sestrinske dijagnoze i dokumentaciju zbog složenosti postupka, rizika i mogućih nuspojava same EKT.

6.3. Psihoterapija

Psihoterapija je jedna od najstarijih metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika. Predstavlja istraživanje psihičkog života bolesnika, oslobađanje bolesnika njegovih smetnji ili olakšavanje njegovih tegoba. Ona je također mijenjanje njegovih reakcija u odnosu na njega samoga i njegovu okolinu, što znači i određenu promjenu ličnosti, a u svakom je slučaju novo i dragocjeno emocionalno iskustvo. Predstavlja psihološku metodu liječenja psihičkih poremećaja, provodi se planski i s jasno definiranim ciljem. Psihoterapija podrazumijeva liječenje emocionalnih i mentalnih poremećaja verbalnim, a ne fizičkim sredstvima ili lijekovima. Dijeljenjem svojih iskustava s kvalificiranom i empatičnom osobom, odnosno razgovorom o svojem svijetu s nekim izvan njega, oboljeli od shizofrenije može postupno početi bolje razumijevati samoga sebe i otkriti načine kontrole svoga stanja. Za postizanje terapijskog cilja nužno je korištenje određenih metoda i tehnika. Osnovni terapijski instrument je riječ, odnosno verbalna komunikacija između terapeuta i oboljele osobe, a koristi se i neverbalna komunikacija budući da ona prati svaki ljudski odnos. Terapeut može biti liječnik i medicinska sestra koja je završila ogovarajuću izobrazbu. Ona može započeti rad s shizofrenim bolesnikom tijekom bolničkog liječenja i nastaviti ga tijekom liječenja u dnevnoj bolnici i na kraju kao klupsko druženje. Psihoterapija može biti individualna ili se radi u grupnom okruženju, kada je prisutna i obitelj bolesnika. U grupnoj psihoterapiji najvažnije je za sestru, ali i za boljitak bolesnika odrediti granice, što se smije, a što ne. Na taj način sestra štiti sebe i bolesnika. Određivanje granica i njihovo poštovanje unosi osjećaj sigurnosti u terapiju i nameće osjećaj odgovornosti. U grupnoj terapiji sestra je, više nego u ijednoj drugoj zdravstvenoj djelatnosti, u mogućnosti iskoristiti svoje potencijale, kreativnost, entuzijazam, stvarati osobnost i primjenjivati je, to zahtjeva i obvezuje sestru – grupnog terapeuta na „rad na sebi“. [1,12,50]

Individualna psihoterapija podrazumijeva redovite razgovore bolesnika sa psihijatrom, psihologom, psihijatrijskim socijalnim radnikom ili medicinskom sestrom. Te se terapije mogu

usredotočiti na različita pitanja kao što su trenutni i prošli problemi, doživljaji, misli, osjećaji ili odnosi. Postoji mnogo različitih vrsta terapije. Neke vrste terapija prikladnije su za određene bolesnike (u nastavku; poglavlje 6.3.2. Art terapija). Kod shizofrenije se psihoterapijom rješavaju psihotične simbolike, radi se na povećanju funkcionalnosti bolesnika, nude mu se racionalna objašnjenja za doživljaj simptoma bolesti i njihove interpretacije, bolesnika se educira kako će se nositi sa simptomima bolesti. [51]

6.3.1. Edukacija obitelji

Osobe sa shizofrenijom često se otpuštaju iz bolnice na skrb u obitelji. Važno je da obitelj ili skrbnici nauče sve što mogu o shizofreniji kako bi razumjeli poteškoće i probleme vezane uz to stanje. Članovima obitelji, primjerice, može koristiti da nauče kako umanjiti mogućnost pojave recidiva u bolesnika. Obiteljska intervencija može cijeloj obitelji olakšati razvoj obrazaca ponašanja pomoću kojih se bolesniku pruža razumijevanje i potpora. Uputno je u svakodnevnom zajedničkom životu imati na umu neke važne činjenice i pridržavati se sljedećih općih i specifičnih pravila. [10,52]

Treba izbjegavati konfrontaciju s bolesnikom, ne smije ga se uvjeravati u netočnost, bizarnost, nelogičnost i nemogućnost njegovih sumanutih ideja ili halucinacija, jer one su njegova stvarnost i realnost. Osoba oboljela od shizofrenije često vjeruje da se promijenila okolina, a da oni sami uopće nisu bolesni. Iz pozicije istinske brige za bolesnika kao člana obitelji treba ponuditi odlazak liječniku radi konzultacije i eventualnog liječenja. Ispravno je strpljivo slušati bolesnika kako iznosi svoje ideje i doživljavanja, a pri tomu se fokusirati na ono što je realno tako da bolesnik ima osjećaj podržavanja i razumijevanja, a tek tada mu na različite načine sugerirati liječničku pomoć sve dok je ne prihvati. Osim ako je bolesnik opasan za sebe i okolinu, nužna je hitna intervencija i prisilna hospitalizacija (opisana u poglavlju 5.2. Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel) kako je to Zakonom predviđeno. Nije dobro lagati bolesniku, niti se služiti ucjenama. Treba davati realna i primjerena obećanja i preuzete obveze izvršavati. Radna sposobnost i učinkovitost je bitno smanjena u shizofreniji, stoga bolesnike ne treba tjerati na rad, niti ih se nazivati lijenčinama, već ih poticati da se aktiviraju svojom voljom prema vlastitim mogućnostima. Pošto je smislen dnevni raspored aktivnosti narušen kod bolesnika zbog prirode bolesti, obitelj ne smije nametati svoj raspored jer se tako postiže suprotan učinak, guši motivacija, pojačava osjećaj nesposobnosti i bezvrijednosti. Kad god je moguće treba uvažavati želje bolesnika kad su one realne, a kad se želja ne može ispuniti, treba ponuditi alternativu s kojom će bolesnik biti zadovoljan. [10]

6.3.2. Art terapija

Art terapija je oblik psihoterapije koji primjenjuje stvaralački likovni proces (crtanje, slikanje i modeliranje u najširem značenju riječi) kao sredstvo izražavanja i komunikacije. Bolesnici koji se uključuju u art terapiju mogu imati čitav spektar dijagnoza, a među njima je i shizofrenija. Art terapija se može provoditi u obliku individualnog ili grupnog rada, ovisno o potrebama bolesnika. Ona nije rekreacijska aktivnost ili nastava likovne umjetnosti, premda sama terapija može pružiti užitek pacijentu. Za pohađanje art terapije i nije potrebno prethodno iskustvo u likovnom izražavanju ili stručnost u likovnoj umjetnosti. Snaga art terapije leži u tome da se komunikacija može ostvariti bez verbalizacije. Dobar primjer za to su osobe sa shizofrenijom kod kojih art terapija omogućuje dozirano uključivanje u odnos s drugom osobom i terapijom na način na koji to verbalni terapijski modaliteti ne uspijevaju (slika 6.3.2.1. Crtež žene koja boluje od shizofrenije). Osim toga, u terapijskom procesu osoba razvija osjećaj da postoji u svijetu i da može ostaviti svoj trag, razvija vlastiti identitet izvan identiteta osobe s psihičkim poremećajem, te osjećaj prihvaćenosti i pripadanja kako terapeut prihvaća što god je izraženo na papiru. Također, razvija se i osjećaj autonomije i kontrole biranjem umjetničkog pribora i materijala, te dopuštanjem ili nedopuštanjem drugima da se uključe u stvaralački proces. [53-55]



Slika 6.3.2.1. Crtež pod nazivom „ Electricity Makes You Float”, Karen Blair (žena koja je nacrtala crtež boluje od shizofrenije)

Izvor: <http://www.viralnova.com/schizophrenic-art/>, dostupno:06.06.2016.

6.4. Socioterapija

Socioterapija obuhvaća skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacije, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Socioterapijskim metodama djeluje se na pojedinca i njegovu okolinu s ciljem da ga se uključi u vlastito liječenje. Bolesnik mora naučiti kako će izdržati socijalni pritisak. Najčešće socioterapijske metode liječenja su: terapijska zajednica, rekreacija, igra, ples, glazba, okupacijska i radna terapija, te mnoge druge.[12]

Zadatak je medicinske sestre u svim oblicima socioterapije da bude prisutna uz bolesnika, da prati njegovo ponašanje, potiče ga na navedene aktivnosti i razgovara s njim te da stvori ozračje u kojem vlada međusobno poštovanje i razumijevanje. Medicinska sestra u socioterapijskoj zajednici zajedno s bolesnicima organizira provedbu raznih aktivnosti i tako potiče zdravi dio osobnosti bolesnika da kontrolira onaj bolesni. Takav način organizacije života na psihijatrijskom odjelu djeluje na svakog člana zajednice, ali isto tako daje mogućnost svakom članu da djeluje na zajednicu. [1]

6.4.1. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica zahtjeva timski pristup bolesniku (psihijatar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, okupacijski terapeut, glazboterapeut i drugi) te formiranje odbora bolesnika koji aktivno sudjeluju u terapijskom postupku. U terapijskoj zajednici stvaranjem pozitivne terapijske atmosfere potrebno je bolesnika zajedno s medicinskim osobljem uključiti u zajednički život ustanove. Važno je primanje bolesnika u terapijsku zajednicu, koje mora biti srdačno, a ne grubo i nasilno. Terapijskom zajednicom nastoji se bolesnika priviknuti na radne navike, na uspostavljanje što bolje veze s obitelji i održavanje veze s radnom sredinom. Terapijska zajednica kao metoda liječenja iskorištava socijalne fenomene: aktivnu organizaciju grupnog života, sredine i zakonitosti života u grupi, što stvara mogućnost raznolikih međusobnih komunikacija koje postoje u vanjskom svijetu – u društvu. Kada veći broj osoba sa psihičkim poremećajima živi zajedno u bolničkom okruženju, emocionalne reakcije izvire iz međusobnih kontakata pa i sukoba, pa se stoga formiranje grupe i individualni osjećaji mogu iskoristiti za socijalno učenje, odnosno izmjenu poremećenog ponašanja. [8,12]

6.4.2. Ostale metode socioterapije

Rekreacija omogućuje kontroliranu regresiju bolesnika. Tijekom bolesti shizofreni bolesnik napušta zadane društvene i socijalne okvire, njegovo ponašanje je nekontrolirano i često društvu neprihvatljivo. Pomoću rekreativne terapije zadovoljavaju se osnovni nagoni i želje, te se jača ličnost bolesnika. Ples je važna socioterapijska metoda u ostvarivanju društvenih kontakata, posebice kod bolesnika koji odbijaju verbalnu komunikaciju. Glazboterapija kroz buđenje zajedničkih impulsa melodija i ritma stvara zajednički grupni osjećaj. Okupacijska i radna terapija je oblik terapije koji čini sponu između raznih oblika rekreacije i rada u stvarnom životu. Okupacijska terapija se razlikuje od rada u stvarnom životu po pružanju veće slobode u izboru rada, dozvoljava i uništavanje materijala s kojim se radi sa svrhom kanaliziranja agresije, dok je radna terapija bliža stvarnom radu i omogućuje bolesniku da se polako privikava na povratak u radnu sredinu. [12]

6.5. Prehrana shizofrenih bolesnika

Istraživanja pokazuju da osobe oboljele od shizofrenije jedu puno masne hrane s malo dijetalnih vlakana i prema tome imaju veću predispoziciju za pretilost, dijabetes, visoki krvni tlak, srčane probleme i probleme sa disanjem. Uz to antipsihotici, prije navedeni, uzrokuju porast apetita i samim time povećanu tjelesnu težinu. Debljanje je vrlo važan problem, posebice za mlade osobe oboljele od shizofrenije, kojima je izgled vrlo važan pa se psihički teško nose sa prekomjernom tjelesnom težinom. Britansko udruženje za shizofreniju utvrdilo je da se odgovarajućim dijetetskim mjerama može pridonijeti poboljšanju stanja oboljelih od ove bolesti. Nutritivni pristup se primjenjuje uz ostale oblike liječenja (posebice psihofarmake), a dokazano djeluje na pozitivne i negativne simptome shizofrenije, te smanjuje nuspojave lijekova. [7,56]

Neke od smjernica su: uzimati hranu sa što manje glutena, mlijeka i šećera najmanje godinu dana. Umjesto žitarica koje sadržavaju gluten preporučuje se hrana od soje i heljde. Također smanjiti zastupljenost krumpira, paprike i plavog patlidžana u prehrani. Dobro je jesti što više povrća, voća, piletine i ribe. Preporučuje se uzimati B vitamine, folnu kiselinu i vitamin C, pošto primjena nekih antipsihotika može znatno smanjiti koncentraciju vitamina u krvi. Vitamin C oslobađa stres i može spriječiti navalu adrenalina, a nikotin ga uništava stoga se preporučuje izbjegavanje alkohola, droga i cigareta. Uz sve navedeno, korisno je uzimati i preparate omega – 3 u većim dozama jer sadržavaju nezasićene masne kiseline iz riba sjevernih mora. Preparati magnezija preporučuju se kod anksioznih i agitiranih bolesnika jer djeluju umirujuće. [12]

7. Stigma i diskriminacija

Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti. Pojam stigme označava negativno obilježiti osobu zbog neke njezine karakteristike (boja kože, narodnost, spol, bolest i drugo). Stigmom uzrokuju predrasude, kriva vjerovanja o onome što se stigmatizira. Stigma shizofrenije proizlazi iz vjerovanja da su svi oboljeli od ove bolesti agresivni i opasni, nesposobni za život, donošenje odluka i rad, neizlječivi, slabici koji su sami krivi za svoju bolest. Zbog ovih vjerovanja oboljeli od shizofrenije mogu biti izloženi nizu nepravednih postupaka koji se nazivaju diskriminacija. Diskriminacija znači nekoga zakinuti za pravo na posao kad je sposoban za posao, dati mu radno mjesto ispod njegovih klasifikacija i slično. Sama stigma može za neke osobe predstavljati veći problem od same bolesti, može dovesti do depresije i socijalne izolacije. U nastavku su prikazani korisni savjeti, kako se nositi sa stigmom. [2,57]

Kada je osoba izložena stigmatizaciji i diskriminaciji važno je da zadrži samopoštovanje bez obzira na izbor reakcije. Slijedi primjer uspješne reakcije na stigmatizaciju: „Pri povratku na posao Marija je doživjela izbjegavanje kolegica na poslu i podsmijeha iza leđa, jednom prilikom joj je čak rečeno kako je bila na liječenju na psihijatriji i kako se njezino mišljenje ne može uvažiti jer ne može biti pametno. Marija je na to rekla: „Ja vam moram reći da je danas liječenje od shizofrenije uspješno, da postoje jako dobro lijekovi, ali, na žalost ne postoje lijekovi za ljudsku glupost.“ Ovaj način reagiranja osigurao joj je kasnije dobre odnose u radnoj organizaciji i podršku za vrijeme liječenja u bolnici.“ [2]

7.1. Činjenice i netočne informacije o bolesti

- Shizofrenija nije rascjep ličnosti. Česta je zabluda da osobe oboljele od shizofrenije imaju rascijepljenu ličnost kao da su dvije osobe u jednoj. Zabluda se javlja zbog toga što je naziv bolesti „shizofrenija“ nastao iz dvije riječi iz starogrčkog „razdvojen“ i „svijest“, međutim označuje nesklad između misli, osjećaja i ponašanja. Mnogi ljudi čuju o shizofreniji putem medija, no mali broj zna što bolest uistinu predstavlja. [2]

- Većina oboljelih nije opasna. Često mediji prikazuju osobe oboljele od shizofrenije opasnima i agresivnima. Agresivnost se može pojaviti, no češća je kod osoba koje se ne liječe ili se nedovoljno liječe, odnosno kod kojih tijekom dužeg vremena traju teški simptomi sumanutosti. Kad su takvi bolesnici prestrašeni, kad se osjećaju ugroženima, kad im glasovi naređuju da sebi ili drugima nešto učine, mora se računati s opasnim radnjama. Tada je nužno

bolesnika što prije podvrći liječenju, ako treba i protiv njegove volje (prisilna hospitalizacija je prikazana u poglavlju 5.2. Prijem bolesnika na psihijatrijski odjel). [58]

- Shizofrenija nije neizlječiva. Jedna od četiriju osoba oboljelih od shizofrenije u potpunosti se oporavi od bolesti u roku od pet godina. Kod većine, simptomi se mogu ublažiti, a stanje poboljšati tako da oboljeli mogu uspješno živjeti u zajednici. Manji broj osoba će imati ozbiljne i dugotrajne simptome te će zbog svog stanja zahtijevati kontinuiranu brigu i pomoć. Osobe oboljele od shizofrenije mogu postići velike uspjehe, poput dobitnika Nobelove nagrade Johna Nasha, za djelo „Teorija igara“ (engl. „*Game theory*“). Njegova otkrića ali i životna bitka s shizofrenijom, glavna su tema filma „Genijalni um“ (engl. „*A Beautiful Mind*“), redatelja Rona Howarda iz 2001. godine, u kojem je Nasha utjelovio poznati glumac Russell Crowe. Uz Nasha, i vodećim svjetskim umjetnicima, poput nizozemskom slikaru Vincet van Goghu, dijagnosticirana je shizofrenija, te bipolarno afektivni poremećaj. Van Gogh je svoje slavno remek – djelo „Zvezdana noć“ („*De Sterrennacht*“, 1889.g.), naslikao tijekom boravka u psihijatrijskoj bolnici u Saint Rémyju u Francuskoj (slika 7.1.1. Zvezdana noć). Umjetnik je svom bratu Theu, za vrijeme boravka u bolnici, napisao: „Neprestano radim u svojoj sobi, to mi čini dobro i rastjeruje moje abnormalne ideje. Radim od jutra do večeri. Orem doista kao opsjednut. Imam u sebi jedan nijemi radni bijes, više no ikad. Borim se svom svojom snagom, kako bih ovladao svojim radom, te si kažem, kada u tome uspijevam, to je najbolji gromobran za moju bolest; ovladat ću njome. Tako brzo prolaze moji kistovi kroz moje prste, poput gudala preko violine.“ [2,59,60]



Slika 7.1.1. Zvezdana noć

Izvor: <http://www.incredibleart.org/lessons/lem/lem67.html>,

dostupno 06.06.2016.

- Lijekovi za shizofreniju su droge. Lijekovi koji se prepisuju za oboljele od shizofrenije kod većine osoba zahtijevaju dugotrajno uzimanje kako bi pomogli ukloniti ili ublažiti simptome same bolesti. Prestanak uzimanja lijekova vrlo često dovodi do ponovne pojave bolesti, a tada se osobe teško vrata na svoju raniju razinu dobrog stanja.

- Shizofreniju ne uzrokuju loši roditelji. Bolest se pojavljuje kod osoba kod kojih postoji biološka promjena mozga, a aktivna postaje tek kad postoje nepovoljni utjecaji okoline. Odnosi u obitelji važni su za povoljni ishod bolesti, ali loši obiteljski odnosi sami po sebi nisu dovoljni da bi doveli do razvoja shizofrenije. [2]

- Osobe oboljele od shizofrenije su lijene. Mnogi oboljeli imaju nisku motivaciju i energiju, te su pasivni, no ove poteškoće spadaju u negativne simptome bolesti. Negativni simptomi se teško liječe psihofarmacima, njima pomažu druge metode poput psihoterapije i socioterapije.

- Halucinacije i deluzije su simptomi bolesti, nisu mašta koja se jednostavno može ukloniti. Ono što osobe vide ili čuju njima djeluje potpuno stvarno bez obzira na to koliko drugima oko njih to djeluje nestvarno. [2]

- Shizofrenija i ludilo. Pojmovi lud, ludilo, ludnica nisu medicinski pojmovi, već su široko upotrebljavani u svakodnevnom govoru, a mogu se odnositi na bilo koje socijalno neprihvatljivo ponašanje. Psihoteični simptomi shizofrenije i ponašanje povezano s njima spadaju u ponašanje koje odstupa od uobičajenog pa se izraz lud često veže s ovim ponašanjem. Iako se u povijesti ovaj izraz koristio i za psihičku bolest, danas nije primjereno koristiti ovaj pojam umjesto pojma psihoteično. [2]

8. Zaključak

Shizofrenija predstavlja skupinu specifičnih simptoma koji su povezani s psihopatološkim procesima kao što je iskrivljeno doživljavanje stvarnosti, povlačenje iz stvarnosti, dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti te osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti. Kod osoba oboljelih od shizofrenije dolazi do naglašenog oštećenja obiteljskog, socijalnog i radnog funkcioniranja zbog poremećaja važnih psihičkih funkcija kao što su: mišljenje, opažanje, emocije i afektivnost te s trajanjem same bolesti može doći do osiromašenja i propadanja ličnosti. Premda se puno zna o samoj bolesti, epidemiologiji, etiologiji, simptomima i liječenju, još uvijek postoji dosta nepoznanica. Zbog ranog oštećenja mozga i odumiranja pojedinih neurona, odnosno poremećaja same građe i funkcije mozga, oboljela osoba ima iskrivljenu sliku stvarnosti, česte su halucinacije, iluzije i sumanute ideje te ne može razlikovati stvarne od nestvarnih doživljaja. Utvrđena je i veća učestalost neurodegenerativnih procesa što dovodi do pojave anhedonije, gubitka motivacije i interesa te emocionalno hlađenje. Osim navedenog, različiti psihološki, interpersonalni, socijalni i kulturološki čimbenici utječu na pojavu, tijek i ishod bolesti. Prema današnjem stanju znanosti, poznato je kako i nepovoljni faktori okoline (droga, pušenje i alkohol) i faktori psihosocijalne prirode poput stresa i smanjenje sposobnosti nošenja sa stresom, napetih odnosa u obitelji te nedostatka vještina moraju biti prisutni da dođe do pojave bolesti.

Medicinska sestra, kao važan član psihijatrijskog tima, je za osobe oboljele od shizofrenije najbliža podrška. Njezina uloga u cjelokupnom procesu zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika je nezamjenjiva. Ona se aktivno zanima za bolesnikove potrebe i probleme te osigurava dovoljno vremena za samog bolesnika. U protivnom će oboljeli od shizofrenije razviti osjećaj odbacivanja, nepovjerenja i nesuradljivost te strah i anksioznost. Bolesnici su često ovisni o medicinskoj sestri i očekuju da odlučuje umjesto njih, no upravo suprotno, bolesnika treba poticati na samostalnost, da aktivno sudjeluje u vlastitom liječenju i rehabilitaciji. Medicinska sestra bolesnicima postavlja jasna pravila, nudi im podršku, pomaže im pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti i nadzire uzimanje lijekova te im pomaže pri adekvatnom suočavanju sa stresom.

Sasvim je sigurno da je shizofrenija teško stanje. Oboljeli, koji čine oko 1 % populacije, imaju iskustvo gubitka kontakta sa stvarnošću što pojačava rizik od samoubojstva, nezaposlenosti, problema u međuljudskim odnosima, fizičkih bolesti i prerane smrti. Budući da je shizofrenija teška, a kod većine oboljelih dugotrajna bolest, važno je raditi na njezinoj prevenciji,

pravovremenom prepoznavanju i liječenju. Uz redovito liječenje oboljeli mogu voditi produktivan i ispunjen život. Vrlo je važna redovita kontrola kod psihijatra. Osim što se tako uspostavlja odnos povjerenja i suradnje, smanjuje rizik od samoubojstva i zlouporabe alkohola i droga, psihijatar će rano prepoznati pogoršanje bolesti te preventivno djelovati kako se bolest ne bi vratila. Zbog predrasuda da je shizofrenija neizlječiva, a da su oboljele osobe agresivne, dolazi do stigmatizacije i diskriminacije. Uslijed neznanja i straha, društvo osjeća odbojnost prema oboljelima od shizofrenije pa je česta izolacija oboljelih. Negativno obilježavanje osobe smanjuje uspješnost liječenja, mogućnost rehabilitacije i normalnog funkcioniranja u društvu. Stoga su najvažniji zadaci cjelokupnog psihijatrijskog tima edukacija bolesnika, njihovih obitelji te informiranje javnosti o ovoj duševnoj bolesti kako bi rehabilitacija i resocijalizacija oboljelih osoba bila što kvalitetnija. Bitno je da članovi obitelji, kad primijete promjene tipične za shizofreniju kod svog bližnjeg, potraže liječničku pomoć, a ne da mu okrenu leđa.

Pristup prema svakoj mentalno bolesnoj osobi treba biti profesionalan ali i individualan, u skladu sa njegovim mogućnostima. Bolesnik se u fazi stabilizacije zdravstvenog stanja uključuje u grupni rad, te se provodi psihoterapija i socioterapija gdje medicinska sestra aktivno sudjeluje u timskom radu. Uspješnost sestrinske skrbi uključuje i razumijevanje različitog ljudskog ponašanja, poznavanje psihijatrijskih sestrinskih principa i sposobnost prilagodbe na različite funkcije. Medicinska sestra se mora stalno usavršavati i educirati u području psihijatrijske zdravstvene njege u svrhu dobrobiti pacijenta.

U Varaždinu, 17. lipnja 2016.

Maja Haramija

9. Literatura

- [1] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2011.
- [2] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Zagreb, 2011.
- [3] M. Božičević, Z. Bradaš: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika: zbornik radova, Plitvička jezera, 2011., str. 279-288
- [4] D. Begić: Psihopatologija, Zagreb, 2011.
- [5] H. Khankeh, M. Rahgozar, M. Ranjbar: Iran Journal of Nursing and Midwifery Research, The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center, br.16, 2011., str. 162-168.
- [6] <http://schizophrenia.com/history.htm#>, dostupno 30.04.2016.
- [7] <http://www.livingwithschizophreniauk.org/advice-sheets/schizophrenia-a-brief-history/>, 30.04.2016.
- [8] V. Muačević i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 1995.
- [9] <http://documents.tips/documents/shizofrenija-56a737df02045.html>, dostupno 03.05.2016.
- [10] M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.
- [11] <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/1/137.full>, dostupno 03.05.2016.
- [12] B.Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, 2007.
- [13] A. Barbato: Schizophrenia and public health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1998.
- [14] D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije - važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.
- [15] http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf, dostupno 04.05.2016.
- [16] Z. Mojsović: Sestrinstvo u zajednici - priručnik za studij sestrinstva - drugi dio: Korisnici u zajednici, Zagreb, 2007.
- [17] An Overview of Schizophrenia, National Institute of Mental Health (NIMH), New York, 2002., str. 2-15
- [18] J.P. McEvoy, P.L. Scheifler, A. Frances: The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia, The Journal of Clinical Psychiatry , 1999;60 (11 dopuna).
- [19] <http://psychcentral.com/encyclopedia/hallucination/>, dostupno 08.05.1016.

- [20] M. Herceg: Uloga vrste antipsihotika i drugih čimbenika na rehospitalizaciju bolesnika nakon prve epizode shizofrenije, disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, 2010.
- [21] <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>, dostupno 10.05.2016.
- [22] <http://nurseslabs.com/schizophrenia-case-study-types-diagnosis-interventions-treatment/>, dostupno 10.05.2016.
- [23] <http://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/MZ-vodic-za-lijecenje-shizofrenije.pdf>, dostupno 18.05.2016.
- [24] Z. Nemeskeri, B. Pankasz: Prepoznavanje i tretiranje psihickih smetnji na radnom mjestu, metodologijski priručnik, Sveučilište u Pečuhu, Odsjek za izobrazbu odraslih i razvoj ljudskih resursa, 2015.
- [25] <http://www.webmd.com/schizophrenia/guide/schizophrenia-tests>, dostupno 12.05.2016.
- [26] <http://www.zjzpgz.hr/nzl/25/razum.htm>, dostupno 18.05.2016.
- [27] https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=PMC3181763_DialoguesClinNeurosci-8-71-g001&req=4, dostupno 18.05.2016.
- [28] <http://www.pbsvi.hr/hr/biopsihosocijalni-aspekti-zdravstvene-njege-psihiatrijskih-bolesnika-kroz-sestrinsku-dokumentaciju-tecaj-iii-kategorije/>, dostupno 30.05.2016.
- [29] <http://www.news-medical.net/news/2008/05/06/38133.aspx>, dostupno 30.05.2016.
- [30] http://nursingplanet.com/pn/nursing_management_delusions_hallucinations.html#Delusions, dostupno 31.05.2016.
- [31] M.C. Townsend: Nursing Diagnoses in Psychiatric - Nursing Care Plans and Psychotropic Medications, eighth edition, Philadelphia, 2011.
- [32] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
- [33] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze II, Zagreb, 2013.
- [34] <http://nanda-nursinginterventions.blogspot.hr/2012/03/nursing-diagnosis-interventions-for.html>, dostupno 31.05.2016.
- [35] V. Jukić: Etički problemi na području psihijatrije, Bogoslovska smotra, br. 66, travanj, 1997, str. 691-703
- [36] <http://www.pbsvi.hr/hr/biopsihosocijalni-aspekti-zdravstvene-njege-psihiatrijskih-bolesnika-kroz-sestrinsku-dokumentaciju-tecaj-iii-kategorije/>, dostupno 01.06.2016.
- [37] <http://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama>
- [38] Ljudska prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u okviru djelovanja Nacionalnog preventivnog mehanizma u 2014. godini, Zagreb, veljača 2015.

- [39] <http://www.6yka.com/novost/73102/bolnica-vrapce-otvorila-prvi-muzej-psihiatrije-od-ludacke-kosulje-do-elektrosokera>, dostupno 01.06.2016.
- [40] <https://www.scribd.com/doc/145846139/Fiksiran-Pacijent-Siguran-Pacijent>, dostupno 04.06.2016.
- [41] <http://www.psiho.biz/index.php/problemi-i-poremecaji/shizofrenija-i-srodni-poremecaji>, dostupno 05.06.2016.
- [42] American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition, 2010. str. 66-101.
- [43] <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Schizophrenia>,
- [44] R. Abrams: Electroconvulsive therapy, 4 th ed. New York, 2002.
- [45] <http://www.ect.org/resources/pregnancy.html>, dostupno 05.06.2016.
- [46] A. Crowcroft: Razumijevanje ludila, Zagreb, 1980.
- [47] K.M. Fortinash, P.A. Holoday-Worret: Psychiatric mental health nursing-third edition, San Diego, California, 2004.
- [48] N.L. Keltner, L.H. Schwecke, C.E. Bostrom: Psychiatric nursing –fourth edition, Indianapolis, Indiana, 2003.
- [49] <http://www.psych.med.umich.edu/ect/how-does-ect-work.asp>, dostupno 05.06.2016.
- [50] <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/21/4/621.full.pdf+html>, dostupno 06.06.2016.
- [51] <http://www.shizofrenija24x7.com.hr/Psihoterapija-i-psihosocijalni-postupci>, dostupno 06.06.2016.
- [52] <http://content.healthaffairs.org/content/18/5/52.long>, dostupno 06.06.2016.
- [53] N. Ivanović, I. Barun, N. Jovanović: Art terapija - teorijske postavke, razvoj i klinička primjena, Socijalna psihijatrija, br. 42, 2014., str. 190-198
- [54] http://www.mentalhealthcare.org.uk/arts_therapies, dostupno 06.06.2016.
- [55] <http://www.viralnova.com/schizophrenic-art/>,
- [56] <http://www.foodforthebrain.org/nutrition-solutions/schizophrenia-and-psychosis/about-schizophrenia-and-psychosis.aspx>,
- [57] C. van Zelst: Schizophrenia Bulletin, Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective, br.35, 2009., str. 293-296.
- [58] H.J. Luderer: Shizofrenija - kako naučiti nositi se s bolešću: korisne informacije za bolesnike i članove njihove obitelji, Stuttgart, 1998.
- [59] K. Jaspers: Strindberg i Van Gogh - pokušaj usporedne patografske analize, Zagreb, 2004.
- [60] <http://www.incredibleart.org/lessons/elem/elem67.html>, dostupno 06.06.2016.

Popis slika i tablica

Popis slika

- Slika 2.1.1. E. Krepelin (lijevo) i E. Bleuler (desno) 6
- Grafički prikaz 2.2.1. Prosječne dobno - specifične stope bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja u razdoblju 2007.-2009. godine u Hrvatskoj 8
- Grafički prikaz 2.2.2. Broj hospitalizacija zbog shizofrenije po spolu u razdoblju 1995.-2010. godine u Hrvatskoj 8
- Slika 4.5.1. Prikazan je MR mozga pacijentice praćene 10 godina (od 1990. do 2000. godine) 23
- Slika 5.2.1. Muzej Vrapče, izložena stezulja, u narodu poznatija kao „luđačka košulja“ 35
- Slika 5.2.1.1. Obrazac kontrole izvođenja posebnih zaštitnih postupaka, za slučaj pacijentice M.Š. .37
- Slika 6.2.1. Unilateralna (lijevo) i bilateralna (desno) EKT 43
- Slika 6.3.2.1. Crtež pod nazivom „ Electricity Makes You Float”, Karen Blair (žena koja je nacrtala crtež boluje od shizofrenije) 48
- Slika 7.1.1. Zvezdana noć 52

Popis tablica

- Tablica 4.3.1.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za paranoidnu shizofreniju F20.0.....18
- Tablica 4.3.2.1. MKB – 10 kriteriji za paranoidnu shizofreniju F20.118
- Tablica 4.3.3.1. MKB – 10 kriteriji za katatonu shizofreniju F20.219
- Tablica 4.3.5.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za post-shizofrenu depresiju F20.420
- Tablica 4.3.6.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za rezidualnu shizofreniju F20.5.....20
- Tablica 4.3.7.1. MKB – 10 dijagnostički kriteriji za shizofreniju simplex F20.6.....21
- Tablica 5.3.1. Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus).....36
- Tablica 6.1.1.2.1. Uobičajene dnevne doze atipičnih (novijih) antipsihotika u mg42

Prilozi

Prilog 1. [1]

SESTRINSKA ANAMNEZA PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA	
1. OPĆI PODATCI	Po potrebi obavijestiti
Ime i prezime	Ime i prezime
Spol M Ž Datum rođenja	Srodstvo s bolesnikom
Stalno prebivalište	Prebivalište
Telefon	Telefon
Zanimanje	
Zaposlen	
Datum prijema	Sat
Tjelesne bolesti	
Razlog prijema	
<input type="checkbox"/> prijem planiran i hitan	
<input type="checkbox"/> premješten iz	
<input type="checkbox"/> upučen iz	Sa sobom donesen lijek: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, koji?
Prethodna hospitalizacija	Dosadašnja medikamentozna th
Kad?	
Gdje?	Alergije
Pomagala koja bolesnik ima sa sobom:	<input type="checkbox"/> naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> zubna proteza
	<input type="checkbox"/> štace <input type="checkbox"/> inv.kolica <input type="checkbox"/> drugo
Novac i dragocjenosti: <input type="checkbox"/> kod bolesnika	<input type="checkbox"/> pothranjeno u sef <input type="checkbox"/> preuzela rodbina/tko?
Garderoba:	Popis:
Bolesnik upoznat s odjelom i kućnim redom/tko ga je upoznao?	
Posebne želje glede izražavanja vjerskih potreba	
Posebne želje glede posjete	
2. OCJENA TRENUTNOG STANJA	
Prehrana/poremećaj prehrane/dijeta	
Način	konzistencija hrane
Tek: <input type="checkbox"/> dobar <input type="checkbox"/> slab <input type="checkbox"/> pretjeran	
Pri hranjenju je: <input type="checkbox"/> samostalan <input type="checkbox"/> treba pomoć <input type="checkbox"/> ovisan <input type="checkbox"/> treba poticaj <input type="checkbox"/> odbija hranu	
Osnovna higijena: koža	zubalo
lice i vlasište	usna šupljina
nokti	
Pri odijevanju: A samostalan B treba pomoć C ovisan D treba poticaj	
	<input type="checkbox"/> u krevetu <input type="checkbox"/> u kupaonici
Stolica: <input type="checkbox"/> normalna <input type="checkbox"/> teškoće pri defekaciji	
	<input type="checkbox"/> zadnja defekacija
Pri defekaciji <input type="checkbox"/> samostalan <input type="checkbox"/> treba pomoć <input type="checkbox"/> ovisan	

Mokrenje: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> teškoće pri mokrenju..... <input type="checkbox"/> zadnje mokrenje..... Pri mokrenju <input type="checkbox"/> samostalan <input type="checkbox"/> treba pomoć <input type="checkbox"/> ovisan
Povraćanje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> mučnine koliko često.....
Spavanje: <input type="checkbox"/> normalno odstupanja.....
Pokretljivost: A samostalan B treba pomoć C ovisan pri: <input type="checkbox"/> podizanju iz kreveta <input type="checkbox"/> ustajanju/hodanju/oblačenju <input type="checkbox"/> okretanje u krevetu
Pomagala: <input type="checkbox"/> povijanje nogu <input type="checkbox"/> štake <input type="checkbox"/> inv.kolica
Svijest: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja
Govor: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja
Vid: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja
Sluh: <input type="checkbox"/> normalan <input type="checkbox"/> odstupanja
Bol: /lokacija/ opis..... Rana: /lokacija/
Dekubitus: <input type="checkbox"/> ne postoji <input type="checkbox"/> postoji/lokacija..... stupanj
dosadašnja njega.....
Kašalj: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, vrsta..... sputum: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da
Koža i suznica: /promjene/
Psihičko stanje: <input type="checkbox"/> depresivno stanje <input type="checkbox"/> manično stanje <input type="checkbox"/> smetnje sjećanja <input type="checkbox"/> bezvoljnost <input type="checkbox"/> uznemireno stanje <input type="checkbox"/> hiperaktivnost <input type="checkbox"/> apatija <input type="checkbox"/> razdražljivost <input type="checkbox"/> emocionalna labilnost <input type="checkbox"/> plač <input type="checkbox"/> bijes <input type="checkbox"/> bijeg misli <input type="checkbox"/> strah <input type="checkbox"/> misaona nepovezanost <input type="checkbox"/> delirantno stanje
Komuniciranje: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> nesposoban <input type="checkbox"/> otežano
Pod utjecajem je A alkohola B tableta C droga <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> moguće
Zamišljenost: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> moguće su, koje
Halucinacije: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> moguće su, koje.....
Agresivnost
Suicidalnost
Odnos do hospitalizacije.....
Drugo
3. SESTRINSKA ANAMNEZA / USTANOVLJAVANJE BOLESNIKOVIH NAVIKA/
Prehrana: <input type="checkbox"/> doručak <input type="checkbox"/> ručak <input type="checkbox"/> večera <input type="checkbox"/> užina Količina hrane..... Vrsta hrane: <input type="checkbox"/> miješana <input type="checkbox"/> vegetarijanska <input type="checkbox"/> drugo
Stolica: koliko često.....
Laksativi : <input type="checkbox"/> ne povremeno, što..... redovito, što

Mokraća: koliko često..... količina	
Menstrualni ciklus: <input type="checkbox"/> redovit <input type="checkbox"/> neredovit <input type="checkbox"/> zadnja menstruacija	
kontracepcija: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> vrsta.....	
Drugo	
Osobna higijena i vanjski izgled..... Kretanje / fizička aktivnost	
.....	
.....	
.....	
Spavanje: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> smetnje	
Posebnosti	
Odnos prema sebi:	
.....	
Odnos prema drugima:	
Navike i ovisnosti: /alkohol, cigarete, tableta, droga/	
Provođenje slobodnog vremena: /interesi, želje/	
4. SOCIJALNA ANAMNEZA	
Obitelj	
Životno okruženje / šira okolica/	
Odnosi u obitelji <input type="checkbox"/> vrlo dobri <input type="checkbox"/> dobri <input type="checkbox"/> slabi	
Ekonomsko stanje <input type="checkbox"/> dobro <input type="checkbox"/> srednje <input type="checkbox"/> ekonomski ugrožen	
Posebno se povezati sa socijalnom službom u bolnici <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Radno mjesto i odnosi na radnom mjestu	
.....	
5. OSTALI VAŽNI PODATCI	
.....
.....
.....
.....
6. SESTRINSKE DIJAGNOZE / aktualni i očekivani problemi značajni za njegu bolesnika	
.....
.....
.....
.....
Datum uzimanja anamneze	Medicinska sestra-tehničar

USTANOVA		PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE	
Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	Matični broj:
Sestrinske dijagnoze po prioritetu		Cilj po prioritetu:	

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA

Potpis VMS, broj registra:

USTANOVA

IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
MJESTO INCIDENTA:		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:	
Uzrok incidenta:	Vrsta incidenta: <input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:	
Izvješće medicinske sestre		
Izvješće bolesnika		
Izvješće druge osobe		
Odredbe liječnika po incidentu	Terapija:	
	Potpis liječnika:	
Odredbe i postupci medicinske sestre		
Potpis medicinske sestre.....		

<p>OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično):</p> <p>Obavijest dostaviti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Potpis med. sestre..... Radno mjesto.....

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, Maja Haramija pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom „Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije“ te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Maja Haramija

Maramija Maja
(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, Maja Haramija neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom „Kompetencije medicinske sestre u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije“ čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Maja Haramija

Maramija Maja
(vlastoručni potpis)