Zdravstvena njega oboljelih od psihotičnih poremećaja

Juretić, Barbara

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:480174

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 921/SS/2017

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja

Barbara Juretić, 0193/336

Varaždin, rujan 2017. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 921/SS/2017

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja

Student

Barbara Juretić, 0193/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn

Varaždin, rujan 2017.godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Barbara Juretić | MATIČNI BROJ: 0193/336

DATUM: 10.07.2017. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Zdravstvena njega oboljelih od psihotičnih poremećaja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Healthcare of people with psychotic disorders

MENTOR: Marija Božičević, mag.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Karlo Houra, predsjednik
2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor
3. izv.prof.dr.sc. Goran Kozina, član
4. Marijana Neuberg, mag. med. techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 921/SS/2017

OPIS:

Psihotični poremećaji, od kojih je najčešća shizofrenija, skupina su ozbiljnih poremećaja koji teško narušavaju mentalne funkcije.
Shizofrenija oboljeloj osobi onemogućava razlikovanje stvarnih (realnih) od nestvarnih (nerealnih) doživljaja i iskustava.
Uzrok bolesti još nije poznat. smatra se da na pojavnost utječe kombinacija okolinskih faktora i genetika.
Oko 1% stanovništva ima shizofreniju, a u većine bolesnika počinje u dobi od 15. do 25. godine.
Podjednako učestalo obolijevaju i žene i muškarci, a u žena se simptomi pojavljuju nešto kasnije nego u muškaraca.
Shizofrenija ima specifične simptome koje možemo podijeliti na pozitivne, negativne, afektivne i kognitivne.
Medicinska sestra kao važni sudionik tima sudjeluje u prepoznavanju simptoma i provodi zdravstvenu skrb i edukaciju oboljelih, te njihovih obitelji i zajednice.
Zdravstvena njega je usmjerena uklanjaju i ublažavanju što većeg broja simptoma i unaprjeđenju kvalitete života oboljelih.

U radu je potrebno:

- definirati pojam shizofrenija, prikazati povijesni koncept bolesti
- definirati pojam stigme i diskriminacije kod oboljelih od shizofrenije
- navesti epidiemiologiju i etiologiju poremećaja te dijagnostičke kriterije
- prikazati kliničku sliku i liječenje
- opisati zdravstvenu njegu oboljelih od shizofrenije
- prikazati utjecaj poremećaja na kvalitetu života oboljelih i članova njihovih obitelji

ZADATAK URUČEN: 19.09.2017. | POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem mentorici mag.med.techn. Mariji Božičević na strpljenju i uloženom vremenu, stručnoj pomoći i savjetima koji su mi pomogli tijekom izrade ovog završnog rada.

Veliko hvala roditeljima koji su mi omogućili studiranje, pokazali razumijevanje, pružili podršku i neizmjernu ljubav kroz moje studentske dane.

Zahvalila bi se i svim dragim prijateljima koji su mi olakšali i uljepšali tri godine studiranja.

Sažetak

Shizofrenija je jedna od teških i najčešćih psihotičnih poremećaja. Ime bolesti dolazi od grčkih riječi *schizo* = cijepam i *fren* = razum. Naziv shizofrenija prvi je upotrijebio Eugen Bleuler 1911. godine, a do tada je bila poznata pod nazivom *Dementia precoex*. Obilježava ju gubitak dodira sa stvarnošću, halucinacije, iluzije, neorganizirani govor i ponašanje, ograničeni emocionalni rasponom i društvena disfunkcija. Točan uzrok nastanka još nije poznat, ali se smatra da je uzrok interakcija genetskih, psiholoških, bioloških i društvenih čimbenika. Prema podacima SZO od shizofrenije u svijetu boluje 45 milijuna ljudi, a u Hrvatskoj 18 000. Prvi simptomi se javljaju u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Podjednako se javlja u oba spola pri čemu je uočena razlika u životnoj dobi javljanja. Najčešće je u muškaraca u dobi od 15-24 godina, a u žena u dobi od 25-34 godina. Parafrenijom se naziva ako se pojavi u ranoj adolescenciji ili kasnijoj životnoj dobi. Bolest pogađa sve dimenzije ljudskog bića, razara osobnost s izraženim oštećenjem radnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja. Simptomi se svrstavaju u više skupina, a najčešće ih dijelimo na negativne i pozitivne. Dijagnostički kriteriji za postavljanje dijagnoze shizofrenije je međunarodna klasifikacija bolesti MKB 10. Simptomi moraju trajati ≥ 6 mjeseci, uključujući simptome aktivnog stadija koji traju barem jedan mjesec kako bi se postavila dijagnoza shizofrenije. Postoji više tipova shizofrenije: shizofrenija simplex, paranoidni tip, hebefreni, katatonički, nediferencirani tip i shizoafektivna forma. Svaki od tipova shizofrenije ima specifičnu kliničku sliku. Shizofrenija zahtijeva dugotrajno liječenje, ponekad i doživotno. Važno je liječenje započeti što ranije, a sam ishod bolesti je nepredvidiv. Lijekovi izbora su antipsihotici, osim njih u liječenje treba uključiti psihoterapijske i socioterapijske metode, te psihoedukaciju bolesnika i njegove obitelji. Medicinska sestra u radu sa shizofrenim bolesnicima mora imati određene vještine komunikacije, puno strpljenja i stručnog znanja. Procjenom stanja oboljelog i kontinuiranim prikupljanjem podataka medicinska sestra izrađuje plan zdravstvene njege. Plan mora biti individualan, a intervencije prilagođene pacijentovim mogućnostima.

Ključne riječi: shizofrenija, oboljeli, psihoterapija, antipsihotici, zdravstvena njega

Popis korištenih kratica

ADG Antipsihotici druge generacije

CT Kompjuterska tomografija

EKG Elektrokardiogram

EEG Elektroencefalograf

EST Elektrostimulativna (elektrokonvulzivna) terapija

KBT Kognitivno- bihevioralna terapija

MR Magnetska rezonancija

MKB Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Shizofrenija 3
2.1. Shizofrenija kroz povijest 3
2.2. Epidemiologija 4
2.3. Etiologija i patogeneza 5
2.3.1. Genetski faktori 5
2.3.2. Stres i psihosocijalni uzroci 6
2.3.3. Promjene mozga i neuroprijenosnici 6
2.4.Tipovi shizofrenije 7
2.5. Razvojne faze shizofrenije 9
2.6. Simptomi i znakovi bolesti 9
2.6.1. Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti 11
2.6.2. Povlačenje iz stvarnosti 11
2.6.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti 12
2.6.4. Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti 12
2.7. Dijagnoza bolesti 13
2.7.1. Dijagnostički kriterij shizofrenije prema MKB-10 14
2.8. Liječenje shizofrenije 16
2.8.1. Farmakološko liječenje shizofrenije 16
2.8.2. Elektrostimulativna (elektrokonvulzivna) terapija 19
2.8.3. Psihoterapija 19
3. Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od psihotičnog poremećaja 20
3.1. Sestrinske dijagnoze 20
4. Utjecaj bolesti na kvalitetu života oboljelih 27
5. Stigma i diskriminacija 28
5.1. Činjenice i netočne informacije o bolesti 28
6. Zaključak 31
7. Literatura 32

8. Prilozi.....35
8.1. Popis slika.....35
8.2. Popis tablica.....35

1. Uvod

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem, sprečavanjem i liječenjem mentalnih poremećaja u ljudi. Izraz psihijatrija prvi je upotrijebio Johann Chritian Reil 1808. godine, a dolazi iz grčkog *psyche* (duša ili misao) i *iatreia* (zdravlje ili liječenje). Duševna bolest utječe na svaki segment života oboljelog, dovodi do promjene ponašanja, razmišljanja, osjećaja i mišljenja na način koji odstupa od neke norme ili društveno prihvatljivog. [5]

Stav prema duševnim bolesnicima se kroz povijest mijenjao. Duševne bolesti su se smatrale nečim natprirodnim i djelovanjem zlih duhova, pa su se liječenjem bavili vračari i čarobnjaci. Oboljeli su bili izolirani od ostatka društva, najčešće izvan gradova u posebnim institucijama, gdje bi se za njih brinuli liječnici bez medicinskih sestara. Uloga medicinske sestre u psihijatriji je prepoznata tek kasnije. Danas se stav prema duševnim bolesnicima malo promijenio, bolje se razumije proces nastanka bolesti, prije se prepoznaju simptomi i metode liječenja su drugačije. U proces liječenja je danas uključena i medicinska sestra, koja svojim vještinama i stručnim znanjem iz područja zdravstvene njege s ostatkom tima pomaže oboljelom. Medicinska sestra je u najbližem kontaktu s oboljelim i njegovom obitelji, stoga je velika njezina mogućnost terapijskog djelovanja. Stvaranjem povjerljivog odnosa potiče oboljelog na iznošenje problema, misli i izražavanje potreba, a obitelj na iznošenje strahova i briga oko oboljelog člana obitelji. Sestrinska skrb oko psihijatrijskog bolesnika se po definiciji zdravstvene njege ne razlikuje od njege oboljelog od bilo koje druge organske bolesti. Razlika su vidljive samo u specifičnim problemima oboljelog, ciljevima koje želimo postići i načinima rješavanja problema. Zapažanjem i prikupljanjem potreba oboljelog utvrđuje sestrinske dijagnoze i sastavlja plan zdravstvene njege, odabire najučinkovitije i pacijentu prilagođene intervencije.

U literaturi i kliničkoj praksi postoji mnogo poremećaja koji se svojim simptomima i kliničkom slikom mogu svrstati u skupinu psihotičnih poremećaja. U ovom radu će biti govora o shizofreniji. Shizofrenija je teška duševna bolest koja pogađa sve aspekt života oboljelog, onemogućuje normalan život i znatno narušava njeno funkcioniranje. Pogađa sposobnost razmišljanja, otežava percepciju stvarnosti, a to uzrokuje promjene ponašanja i emocionalnu tupost. Osoba gubi dodir sa stvarnošću, socijalne odnose i smisao života. Točan uzrok shizofrenije nije do danas poznat. Istraživanja dokazuju samo da postoji razlika u građi i funkcioniranju mozga osoba oboljelih od shizofrenije u odnosu na ljude koji su zdravi. Razlike su uočene u količinama neurotransmitora koji su u nekim regijama mozga povišeni ili sniženi. Poremećaj nije kod svakog jednako izražen i nisu prisutne iste promjene, tako je i sam oporavak individualan, nekad veoma težak i dugotrajan.

Holistički pristup vrlo je važan u svim područjima zdravstvene njege, a vrlo je specifičan u primjeni zdravstvene njege kod shizofrenih bolesnika. Sestrinska skrb oko oboljelog od shizofrenije je vrlo zahtijevan proces koji od medicinske sestre zahtijeva puno kompetencija. Potrebna je stručna procjena psihičkog i fizičkog stanja oboljelog kako bi se provela adekvatna sestrinska skrb. Skrb se temelji na zadovoljavanju osnovnih potreba oboljelog, praćenje adekvatne i redovite psihofarmakološke terapije. Shizofreni bolesnici su često nepredvidivi zbog svojih slušni i vidnih halucinacija, dezorganizirani su u vremenu i prostoru, ponekad agresivni i opasni za sebe i svoju okolinu. Takve osobe imaju visok rizik za suicid, koji se pravilnom komunikacijom i čestim nadgledanjem oboljelog može spriječiti. Zadatak medicinske sestre je i uključivanje oboljelog u razne terapijske grupe u kojima uče kako svladati svakodnevne životne prepreke i probleme, izražavaju svoje strahove, misli i osjećaje. Osima same skrbi oko oboljelog, medicinska sestra ima ulogu edukacije obitelj, kako bi i ona imala mogućnost sudjelovanja u liječenju. Potpora i pomoć obitelji je vrlo važna u procesu liječenja, oboljeli tako dobiva potrebnu pažnju i shvaća svoju važnost unutar obitelji. Stav društva prema duševnim bolesnicima još i danas je dosta stigmatiziran i diskriminirajući. Rad medicinske sestre mora biti usmjeren i na to područje, stvaranjem bolje slike o oboljelima edukacijom šire populacije.

Koncept ovog rada je podijeljen u dva dijela: u prvom dijelu je opisan sam nastanak bolesti i mogući razlozi nastanka, zastupljenost, tipovi shizofrenije, specifični simptomi koji se javljaju, način dijagnosticiranja i metode liječenja, a drugi dio se bazira na zdravstvenoj njezi oboljelih od shizofrenije. Prikazane su moguće sestrinske dijagnoze i intervencije koje provodi medicinska sestra. Temu završnog rada sam odabrala iz razloga jer želim prikazati važnost medicinske sestre u skrbi s duševno bolesnim osobama.

2. Shizofrenija

Shizofrenija je psihička bolest, odnosno psihički poremećaj. Psihički poremećaj je stanje koje dovodi do promjene ponašanja, načina doživljavanja, mišljenja pri čemu se vidi jasno odstupanje od neke norme ili nečim što se naziva normalnim, a da se ne radi o kratkoročnom odgovoru na neki poseban događaj. Točan uzrok nastanka shizofrenije još uvijek nije poznat, ali postoje brojne druge spoznaje o shizofreniji koje pomažu oboljelima. Bolest je multifaktorski determinirana, a čimbenici koji utječu na nastanak bolesti su biološki, socijalni i psihološki. Najčešće se javlja u mlađoj dobi, ali se također možda javiti u osoba srednje i starije životne dobi. Podjednako je se javlja u oba spola, kod muškaraca malo ranije, između 15. i 24. godine života, a u žena između 25. i 34. godine. Ako se prvi simptomi pojavljuj za vrijeme adolescencije je teško prepoznati početak bolesti od uobičajenog promijenjenog ponašanja djevojaka i mladića za vrijeme odrastanja. Prepoznavanje prvih znakova je važno zbog započinjanja što ranijeg liječenja. Akutna vaza bolesti ima tipične simptome, a ponašanje može biti vrlo promijenjeno. Oboljeli mogu imati epizode izvan bolesti koje mogu trajati godinama, u kojima nemaju simptome bolesti ili oni mogu biti vrlo blagi. Kod manjeg broja oboljelih simptomi mogu biti stalno prisutni i otežavati svakodnevni život. Pravodobno liječenje može pomoći da se epizode rjeđe pojavljuj, ublaže simptomi i poveća kvaliteta života. [3]

2.1 Shizofrenija kroz povijest

Prvi opisi depresije, demencije i poremećaja misli, koji su specifični za shizofreniju datiraju još iz 1550.godine prije Krista opisani u Ebersovom Papirusu poglavlje *„Book of Hearts“*. Liječnici u Staroj Grčkoj su opisivali paranoidne sumanutosti, oštećenje kognitivnih funkcija i osiromašenje ličnosti. U srednjem vijeku mentalni poremećaji su smatrani posljedicom utjecaja „duhova i zlih sila“, a glavna metoda liječenja je bila egzorcizam. Načini istjerivanja zlih sila i duhova ponekad je bilo bezazlen, npr. osobu bi se izlagalo nekoj vrsti glazbe, do opasnih pa čak i smrtonosnih tretmana. U literaturi iz 17. stoljeća opisuju se epizode ludila s čujnim halucinacijama, vizijama, čudnim ponašanjem. U početku 19. stoljeća ovakvim se simptomima nije pridavala velika pažnja i smatrali su se neprilagođenim ponašanjem. Mnogi su liječnici kroz povijest pridonijeli boljem razumijevanju shizofrenije. Belgijski psihijatar D. B. Morel (1809.-1873.) svojim je psihijatrijski pristupom izvršio je veliki utjecaj na gotovo cijeli svijet, a 1852. prvi uvodi pojam dementia precox. Opisao je duševne bolesnike koji u ranoj životnoj dobi obolijevaju od poremećaja s gubitkom intelektualnih funkcija. [1,7]

Emil Kraepelin (1856.-1926.) i Eugen Bleuler (1857.-1939.) prvi su opisali koncept shizofrenije.

E. Kraepelin je 1896. godine stvorio klasifikaciju duševnih poremećaja, koje je podijelio u dvije velike skupine. E. Bleuler je 1911. godine prvi je uveo naziv shizofrenija u psihijatriju. Izdvojio je karakteristične znakove bolesti, obilježavaju rascjep spoznajnog (kognitivnog) od osjećajnog (afektivnog). Uveo je i pojam primarnih i sekundarnih simptoma koji su vezani uz bolest. Primarni ili tako zvani „4 a“ simptomi su: poremećaj asocijacije, neprimjereni afektivitet, ambivalencija i autizam. Kasnije je dodao još dva simptoma: anhormija (odsutnost vitalnih i nagonskih dinamizama) i poremećaj pažnje. U sekundarne simptome svrstao je poremećaj opažanja i sadržajni poremećaj mišljenja. K. Schneider je 1959. godine definirao shizofreniju kao poremećaj sa simptomima prvog i drugog reda. Ti simptomi su iznimno važni u dijagnostičkim sustavima Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (MKB-10) i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-IV) Američkog psihijatrijskog udruženja. [7]



Slika 2.1.1. *Eugen Bleuler*

Izvor: *http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Eugen_Bleuler*

2.2. Epidemiologija

Zabilježeno je da shizofrenija učestalija u gradovima nego seoskom području i češće obolijevaju osobe nižeg socioekonomskog statusa. Podjednako se javlja u oba spola, kod muškaraca u ranijoj životnoj dobi između 15. i 24. godine života, a u žena između 25. i 34. Godine života. Postoje i tvrdnje da je shizofrenija učestalija u osoba rođenih zimi, uzrok tome su učestalija intrauterina i perinatalna oštećenja mozga virusnim infekcijama. Broj oboljelih prema podacima SZO u svijetu je 45 milijuna ljudi, u Hrvatskoj 18 000 oboljelih. Uočeno je da se u Hrvatskoj češće javlja u Isti i Primorju. Slična situacija je u SAD-u gdje ima 2,5 milijuna oboljelih, a veća je učestalost u

sjeveroistočnim i zapadnim područjima. Prevalencija shizofrenije tijekom života iznosi od 0,4 do 1%, dakle od shizofrenije boluje 1% populacije. Godišnje se zabilježi od 2-4 slučaja novooboljelih na 10 000 stanovnika. Životna dob shizofrenih bolesnika može biti 20-30 godina kraća u odnosu na opću populaciju. [8,10] Žive kraće, ali se u današnje vrijeme postižu trajne ili dugotrajne remisije. Razlog tome je i visoki rizik suicidu oboljelih od shizofrenije. Učestalost suicida je 10- 25%, a razlike u učestalosti izvršavanja suicida između muškaraca i žena nema. Pokazatelji lošijeg ishoda bolesti su: rani početak, ograničeni resursi, neprimjereno liječenje, odloženo ili zakašnjelo liječenje, kognitivna oštećenja. [7,19]

2.3. Etiologija i patogeneza

Uzrok shizofrenije nije do danas poznat, ali su poznati faktori koji utječu na nastanak bolesti, kao i metode koje mogu dovesti do uspješnog liječenja. Kombinacija različitih čimbenika koja utječe na nastanak bolesti možemo podijeliti na biološke i psihosocijalne. Biološki čimbenici vezani su uz promjene vezane u mozgu i genetski, a psihosocijalni uz faktore iz okoline koji uzrokuju stres. Detaljna anamneza omogućava zdravstvenim djelatnicima da razumiju koji je faktor pridonio kod oboljelog za razvoj bolesti i negativno utječe na liječenje. Genetska prisutnost bolesti u obitelji može biti rizični faktor, ali faktori iz okoline kao npr. gubitak voljene osobe, nemogućnost svladavanja svakodnevnog stresa i sl., moraju biti prisutni da se bolest pojavi. Ta spoznaja je vrlo važna jer dokazuje da promjenom načina života, pravilnim nošenjem sa stresom uz lijekove koji stabiliziraju rad mozga, možemo puno toga promijeniti i oporaviti se od bolesti. [3]

2.3.1. Genetski faktori

Do danas nije poznati ni jedan gen koji bi bio povezani s nastankom bolesti. Povećan je rizik pojave bolesti u obitelji s prisutnošću oboljelih, ali može se javiti i u obitelji kod kojih nije bilo oboljelih. Očekivano je da će 1 od 100 osoba razboljeti od shizofrenije, postotak je veći ako u obitelji postoji oboljeli. Neko tko ima djeda ili baku oboljelu od shizofrenije rizik je 3% veći, a to je 2% više od nekoga tko nema nikoga oboljelog u obitelji. Rizik na nastanak bolesti je veći za 10% ako je jedan roditelj obolio, ako su oba roditelja u pitanju rizik je 40% veći. Kod jednojajčanih blizanaca rizik iznosi 48% unatoč tome što imaju 100% iste gene. Ovaj podatak dokazuje kako bez prisutnosti nekih drugih faktora neće doći do pojave bolesti. [3]

2.3.2. Stres i psihosocijalni uzroci

Problemi i poteškoće u odrastanju mogu biti jedan od faktora stresa koji uz biološku predispoziciju mogu dovesti do poremećaja. Još nije dokazano da bi stres kao jedini faktor mogao uzrokovati oboljenje, ali može pogoršavati simptome kada je bolest već prisutna.

2.3.3. Promjene mozga i neuroprijenosnici

Mnoga istraživanja dokazala su kako oboljeli od shizofrenije u odnosu na ne oboljele imaju promjene u različitim regijama mozga. Zahvaljujući korištenju CT-a i MR metodama snimanja mozga može se isključiti dijagnoza shizofrenije, ali ne može potvrditi. CT snimke omogućuju analize anatomskih presjeka i fotografija dviju hemisfera i usporedbu sa strukturama mozga osoba koje nisu oboljele. Suvremene magnetske rezonancije to mogu još mnogo detaljnije i sofisticiranije. Takvim oblicima pretrage dokazano je različito funkcioniranje mozga kod oboljelih u odnosu na zdrave ljude. Kada osoba koja nema shizofreniju razmišlja ili govori, dolazi do pojačane aktivnosti u području čeonog režnja mozga, i smanjivanja aktivnosti u dijelu mozga koji sudjeluju u slušanju. Pokazalo se kako osobe oboljele od shizofrenije imaju poteškoće u koordiniranju ovih aktivnosti između različitih dijelova mozga. Oboljeli mogu imati promjene mozga poput asimetrije, najčešće čeonog režnja i atrofije temporalnog režnja. Kod osoba s takvim promjenama uočeno je više negativnih simptoma, ali povezanost nije posve dokazana. Promjene mozga uočene su i u područjima odgovornim za pamćenje i pažnju (hipocampus, anterior cigulum), emocije i socijalne veze (amygdala) i u prefrontalnom korteksu, kori mozga u području čeonog režnja koja je odgovorna za privremeno skladištenje informacija i obavljanje različitih zadataka i za emocionalnu ekspresiju. Zbog promjena u talamusu koji je zaslužan za filtriranje podražaja, oboljeli su često preplavljeni podražajima iz okoline. [3]

Neuroprijenosnici ili neurotransmitori pomažu kod prenošenja različitih informacija potrebnih za funkcioniranje cijelog organizma i održavanju psihičkih funkcija. Bilo da su neurotransmitori povišeni ili sniženi dolazi do neravnoteže u organizmu i narušava se skladno funkcioniranje mozga. Takvo stanje dovodi do poremećaja u mislima, osjećajima, ponašanju i raspoloženju. Dopamin ima najvažniju ulogu u regulaciji emocija i osjećaja ugode. Višak dopamina kod oboljelih može uzrokovati slušne halucinacije, osjećaj da ih neko prati i razna vjerovanja koja doživljavaju kao stvarna. Dok se kod manjka dopamina javlja nedostatak motivacije i apatija, kognitivni simptomi poput problema s pažnjom, pamćenjem i obradom informacija. [3] Serotonin imam sličnu ulogu kao dopamin, osim regulacije raspoloženja regulira motoričku aktivnost, agresivnost, anksioznost,

spolno ponašanje i osjet boli. Ulogu u procesu nastanka shizofrenog poremećaja ima neesencijalna aminokiselina glutamat. Njegova je uloga stvaranje uzbuđenja i napetosti, regulira svijest i budnost, sudjeluje u učenju, auditivnom i vizualnom procesiranju informacija. Ako mu je doza previsoka dolazi do neurotoksičnog učinka. Glavni inhibitor neurotransmitera u mozgu je GABA (aminomaslačna kiselina). Nalazi se u sivoj tvari mozga i leđne moždine, sintetizira se iz glutamata i gotovo svi moždani neuroni inhibirani su njom. Uloga joj je opuštanje, smirivanje i uspavljivanje. Na neurotransmitore djeluju još i neuropeptidi. U skupinu neuropeptida spadaju beta – endorfini, oksitocin, vazopresin i neurotrofini. Beta- endorfini ima ulogu stvaranja umirujućeg osjećaja i induciranje osjećaja zadovoljstva. Oksitocin ima važnu ulogu u odnosu majka- dijete, stvaranja empatije i socijalne memorije. Vazopresin promovira mušku seksualnost i agresivnost, te neurotrofini koji je odgovoran za zamjenu oštećenih neurona novim neuronima. [15]

2.4.Tipovi shizofrenije

Shizofreniju možemo podijeliti na više tipova, vezano uz veću prisutnost određenih tipičnih simptoma kod oboljelih.

Shizofrenija simplex/ jednostavni oblik shizofrenije javlja se najčešće u mlađoj dobi, postupno se razvija gubitak interesa za okolinu i afektivna hladnoća. Osobe su lijene bez ambicija, karakteristike toga stanja su apatija i emocionalna otupljenost. Oboljeli nisu sposobni održavati normalne odnose s okolinom, otežano im je mišljenje i na kraju disocirano. Mogu patiti od halucinacija i sumanutih ideja. Pamćenje im je dobro očuvano, ali se može zapaziti da je naglo došlo do izmjene motivacije i životnog cilja. Bolesnik rijetko završi u instituciji za kronične bolesnike iz razloga jer se bolest postupno pogoršava. Najčešće tu spadaju kronično nezaposleni, beskućnici, prostitutke i alkoholičari. [9]

Paranoidni tip shizofrenije je kada su kod oboljelih više izražene deluzije (sumanute ideje) različitih tema. Najčešće je to proganjanje koje može biti udruženo s idejama veličine i tipičnim slušnim halucinacijama. Kognitivni i negativni simptomi kod ovog tipa shizofrenije nisu prisutni ili su blaži. Počinje u odrasloj dobi, kasnije od drugih tipova shizofrenije, iznimno se može javiti i u mlađoj dobi. Započinje postepeno i lagano, ali okolina bolesnika primijeti tek kada je došlo do vidljivih promjena, pa često izgleda da je bolest nastupila naglo. [9]

Dezorganizirani/Hebefreni tip shizofrenije javlja se najčešće u mladosti, prije 25. godine života. Osobe koje razvijaju ovaj tip shizofrenije već u djetinjstvu pokazuju emocionalnu nestabilnost. Roditelji opisuju takvog bolesnika kao „dobro dijete koje se uvijek samo igralo“. Karakterizira ju nerazumljivi govor, odskakanje od teme, poremećeno ponašanje poput djetinjastog,

izrazita uzbuđenost koja nema veze s vanjskim poticajima. Problemi u ponašanju usmjerenom prema cilju, tako da dolazi do poteškoća u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, obavljanje osobne higijene i održavanja prostora u kojem žive. Osoba može izgledati neuredna i prljava, čudno se odijevati, može biti prisutno neodgovarajuće seksualno ponašanje, nepredvidivo i nepotaknuto vanjskim događajima, problemi u iskazivanju osjećaja, vikanje i psovanje. Ovaj tip bolesti ima lošu prognozu, postupno dolazi do težeg propadanja ličnosti, prelazi u kronični oblik, oboljelom je potrebna trajna njega i čuvanje. [3,9]

Katatonični tip shizofrenije lakše se razlikuje od ostalih tipova, javlja se neočekivano u mlađoj dobi. Danas je vrlo rijedak. Dolazi do slabljenja interesa, apatija, bolesnici šute i slabo se kreću. Karakteriziran je simptomom poremećaja pokreta, bilo da postoji odsustvo pokreta ili pretjerana pokretljivost. Simptomi motoričke nepokretljivosti su voštana savitljivost kada se udovi mogu savijati koda su od voska i potpuna ukočenost. Kada postoji pojačana motorička aktivnost, tada je besmislena jer nije izazvana vanjskim poticajima. Opasan je za samoga sebe. Epizode katatone uzbuđenosti i nemira obično su povezane s halucinacijama i sumanutim idejama. Epizode traju obično kratko, ne duže od nekoliko dana. Stanje kada osoba nema pokreta naziva se stupor, bolesnik šuti, odbija hranu, nepomično sjedi satima u istom položaju, izraz lica je prazan, ruke opuštene, šija savijena. Takve bolesnike sestra mora okretati, oblačiti, svlačiti i hraniti jer sami to ne mogu. Često zadržavaju stolicu i mokraću. Bez ikakvih predznaka ovo se stanje može promijeniti i bolesnik detaljno ispriča sve što se oko njega zbivalo dok je bio u tanju stupora. Pojam mutizma označava otpor svim zahtjevima ili održavanju stalnog položaja tijela usprkos pokretanju ili ne govorenju. [3,9]

Nediferencirani tip shizofrenije se dijagnosticira kada ne postoji dominacija pojedinih simptoma kao kod ostalih tipova shizofrenije. Rezidualni tip se dijagnosticira kada oboljeli imaju jednu ili više epizoda shizofrenije, a dulje vrijeme su prisutni izraziti negativni simptomi bolesti. Kod simpleks shizofrenije izražen je izraziti pad socijalnog funkcioniranja u odnosu na stanje prije bolesti. Većim djelom su prisutni samo negativni simptomi, teško se dijagnosticira i nije tako česta. [3]

Shizoafektivna forma shizofrenije karakterizira klinička slika u kojoj su prisutni simptomi shizofrenije i afektivne psihoze. Razlikujemo dva tipa depresivni i manični. Depresivni tip očituje se kliničkom slikom depresije i barem jednog simptoma shizofrenije. Oboljeli od maničnog tipa imaju simptome manije i neke od shizofrenih simptoma. [8]

2.5. Razvojne faze shizofrenije

Oboljeli od shizofrenije mogu imati asimptomatsku fazu, ranu i kasnu prodromalnu fazu, psihotičnu i perzistentnu fazu. Dok se razvojni proces shizofrenije dijeli na sljedeće faze: premorbidnu fazu, prodromalnu fazu, psihotičnu fazu i post – psihotičnu/rezidualnu fazu. Asimptomatska (premorbidna) faza bolesti označava razdoblje od rođenja do prodromalne faze. Tijekom tog razdoblja nema jasnih predznaka i simptoma koji bi mogli ukazivati na mogućnost obolijevanja od shizofrenije. [10] Karakteristično za premorbidnu fazu je: slabije kognitivno i psihomotorno funkcioniranje, abnormalnosti u ponašanju, problemi s održavanjem pažnje, sporiji razvoj govora, opadanje školskih uspjeha, emocionalna udaljenost i otuđenost. [15]

Prodromalna faza najčešće se javlja u adolescentno doba i ranim dvadesetim godinama života. Karakterizirana je nespecifičnim psihičkim simptomima i promjenama funkcioniranja osobe. O samoj prodromalnoj fazi može se govoriti tek nakon pojave karakterističnih simptoma bolesti i teško je odrediti početak ove faze. [10] Ta faza prethodi pojavi psihotičnih simptoma. Osobe se u ovom stadiju osjećaju napeto, depresivni su, žale se na nesanicu, zanemaruju osobnu higijenu, imaju poteškoće u koncentraciji, slabije funkcioniraju na poslu ili u školi, povlače se od obitelji i prijatelja. Trajanje ove faze je individualno, može trajati nekoliko tjedana, mjeseci ili nekoliko godina, u prosjeku traje oko 2 godine.

Jasnu kliničku sliku shizofrenije ima prva psihotična epizoda. U ovoj fazi prevladavaju pozitivni simptomi, ali su prisutni i neki negativni simptomi shizofrenije. Obilježena je simptomima sumanute distorzije i sumanutog doživljavanja sebe, povlačenje iz realiteta u bizarni svijet, mentalna dezorganizacija i dezintegracija psihičkih funkcija, poremećaj u ponašanju, socijalna disfunkcija, prisutna je agresivnost, depresija, seksualna disfunkcija, poremećaj spavanja.

U rezidualni fazi dominiraju negativni simptomi shizofrenije. Karakterizirana je simptomima slabljenja mentalnih funkcija i osiromašenja ličnosti. Ova faza može trajati godinama ili biti prijelazna faza između psihotične epizode i potpune remisije bolesti. [15]

2.6. Simptomi i znakovi bolesti

Shizofreniju prate mnogi simptomi, od kojih su neki teži i češći, a neki se pojavljuj rjeđe. Prema kombinaciji simptoma, dobu i načinu javljanja razlikuju se kliničke slike shizofrenije. Ima više klasifikacija simptoma koji se pojavljuj u shizofreniji. Simptome na primarne i sekundarne ili kako se još nazivaju simptomi prvog i drugog reda podijelio je K. Schneider . Simptomi prvog reda

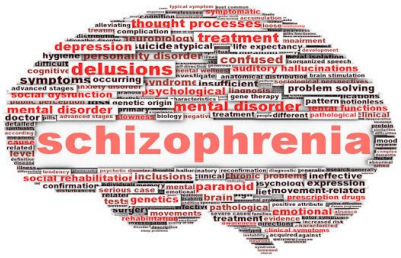
su važni i uključeni u dijagnostičke kriterije Međunarodne klasifikacije bolest i Dijagnostičko i statičkog priručnika Američke psihijatrijske udruge. U simptomi prvog reda spadaju:

- halucinatorna ozvučenost vlastitih misli
- slušne halucinacije u obliku dijaloga
- slušne halucinacije u kojima se komentiraju postupci pacijenta
- cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelo
- osjećaj oduzimanja/ nametanja misli
- osjećaj da drugi znaju što bolesnik misli
- sumanuto opažanje
- nametnuti ili kontrolirani osjećaji, porivi i volja.

Simptome shizofrenije na fundamentalne/osnovne i sporedne/akcesorne dijeli Bleuler. Za dijagnozu shizofrenije su fundamentalni simptomi bitni, ali ne moraju dominirati u kliničkoj slici. Poznati su pod nazivom 4A i uključuju:

- poremećaj asocijacija
- ambivalencija
- autizam
- afektivna disocijacija i disocijacija mišljenja

Danas se sve više ističe podjela na pozitivne i negativne simptome. Pozitivne/psihotične simptome (sumanute ideje, halucinacije i nelogični govor) karakterizira vjerovanje u nešto što nema osnovice u stvarnosti i prisutni su u akutnoj fazi bolesti. Negativni su simptomi prisutni kod kronične shizofrenije i posljedica su smanjenja ili gubitka normalnih psihičkih funkcija (alogija, abulija, anhedonija itd.) [8]



Slika 2.6.1. *Shizofrenija*

Izvor: *http://www.psychologywizard.net/schizophrenia-ao1-ao2.html*

2.6.1. Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti

Sumanute ideje- čudne, nerealne i nelogične ideje koje su odraz bolesnog doživljavanja stvarnosti, oboljeli vjeruje u njih i ponaša se u skladu s njima. Nije ih moguće korigirati uvjeravanjem. [8]

Halucinacije- oboljeli percipira osjete bez nazočnih stimulansa. Najčešće su slušne (akustične) halucinacije koje mogu biti jednostavne ili akoazmi u obliku zvižduka, mumljanja, zvukova strojeva, šumova, pucketanja, ali i složeni (fonemi) u obliku jasnih glasova, govor jedne ili više osoba. Sadržaj halucinacija može biti neugodan, optužujući ili zapovjednički, a katkad ugodan, prijateljski i u vidu savjeta. Osim slušnih halucinacija mogu biti halucinacije organskih osjeta (cenestetičke), taktilne (haptičke), halucinacije mirisa (olfaktivne) i okusa (gustatorne), te vidne (optičke). Halucinacije su često jedina „veza sa svijetom" shizofrenih bolesnika. [5,8]

Iluzije- mogu se javiti i kod zdravih ljudi, kod njih postoji realan podražaj. Zdrave osobe u stanju su korigirati iluzije nakon što steknu realan uvid u situaciju, dok su oboljeli od shizofrenije uvjereni u istinitost nerealnog doživljavanja. Često se javljaju u stanjima straha i stanjima promijenjene svijesti.

Poremećaj doživljavanja vlastitog ja- može se očitovati kao gubitak osjećaja za vlastitim željama, emocijama i potrebama, gubitkom granica vlastitog ja tako da se oboljelima čini da im neko oduzima ili nameće misli. Depersonalizacijski fenomen karakterizira osjećaj oboljelog da se mijenja, da to više nije on jer sami sebi izgledaju čudno pa sve do sumnje u vlastito postojanje. Javljaju se također dezintegracija ličnosti (stvara osjećaj da su u shizofrenoj osobi prisutne dvije ili više osoba) i fenomen transformacije ličnosti (oboljeli vjeruje da je netko drugi ili životinja, čemu se sukladno i ponaša). Fenomen derealizacije ili metamorfopsije okoline označava osjećaj oboljelog da se okolina promijenila, postala čudna i sve je nekako drugačije. Oboljeli od shizofrenije često imaju nedostatak kritičnosti i uvida u bolest, poriču da su bolesni i odbijaju liječenje. u blažim slučajevima prepoznaju bolest, ali zanemaruju i negiraju simptome, a u težim slučajevima negiraju da su bolesni. Problem u ovakvim slučajevima je nesuradnja s medicinskim osobljem, odbijanje lijekova i hospitalizacije, shvaćaju to kao oblik proganjanja i kazne. [5]

2.6.2. Povlačenje iz stvarnosti

Autizam- povlačenje iz stvarnosti u vlastiti svijet fantazija, simbola, želja i strahova. Oboljeli udaljavanjem i bijegom iz realnosti teže za očuvanjem ili ponovnim zadobivanjem izgubljene realnosti. Autizam može biti slabije ili jače izražen, ali potpuni prekid sa svijetom se rijetko viđa.

Katatoni stupor- stanje u kojem oboljeli ima potpunu motoričku blokadu, dok mu je senzorija očuvana. Svjestan je svega što se oko njega događa, prati ali ne govori niti reagira na vanjske podražaje. [5]

2.6.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti

Dezorganizirano i disfunkcionalno mišljenje- kod kojeg se najčešće javlja disocijacija ili rascijepljenost misli (oboljeli svoje misli oblikuju uglavnom na osnovi slučajnih asocijacija), raspad pojmova (pojmovi gube značenje ili dobivaju druga značenja koja su povezana s unutarnjim doživljavanjem oboljelog), mehanizam kondenzacije (povezivanje ideja koje imaju bilo što zajedničko bez obzira na logičnost), simbolizam (kriva uporaba simbola u konkretnom značenju) i ideoafektivna disocijacija (nesklad između mišljenja i emocija).

Afektivna dezorganizacija- ovdje ubrajamo afektivnu inverziju koja se dijeli na paratimiju (afektivna neprimjerenost) i paramimiju (oboljeli afektivno doživljava nešto što mimikom prikazuje drugačije), te afektivnu ambivalenciju (istodobna prisutnost suprotnih emocija prema osobama, događajima ili situacijama).

Dezorganizacija ponašanja- može se očitovati kao katatono motoričko ponašanje koje može biti smanjeno i hiperaktivno, smanjena reaktivnost očituje se kao semi-stupor ili katatoni rigiditet (održavanje nepomičnog položaja i opiranje pokretanju), aktivni i pasivni katatoni negativizam i katalepsija (zauzimanje bizarnog položaja). U dezorganizaciju ponašanja spada i psihomotorička hiperkinezija koja se može očitovati blagim katatonim nemirom pa sve do katatone pomame (stanje jake psihomotoričke uzbuđenosti, bijesa ili agresivnosti), manirizam (neprirodne kretnje), stereotipije (neprekidno i besmisleno ponavljanje istih pokreta), ehopraksija (imitiranje pokreta drugih), automatska pokornost, impulzivne reakcije, i heboidno ponašanje (luckasto ili „blesavo“ ponašanje). [5]

2.6.4. Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti

Emocionalno osiromašenje- oboljeli prema svojoj okolini iskazuju emocionalnu hladnoću, krutost, tupost i indiferentnost. Može se očitovati slabljenjem volje, emocionalnim povlačenjem, atimohormijom (slabljenje afektivnih životnih dimenzija), anhedonijom (smanjenje ili gubitak mogućnosti uživanja i doživljavanja zadovoljstva) i afektivnom krutošću (oboljeli ne može

prilagoditi emocije novonastaloj situaciji). A potpuni prestanak afektivnog komuniciranja s okolinom, emocionalnu prazninu i ravnodušnost nazivamo atimija.

Osiromašenje psihomotorike- očituje se: negativizmom, to je potpuno pasivno ili aktivno odbijanje zamolbi ili zadataka koje se upućuju oboljelom od njegove okoline. Aktivnim negativizmom se naziva kada oboljeli radi suprotno od onoga što mu se zadalo. Mogu se javiti i psihomotorička hipokinezija (osiromašenje pokreta), katalepsija (dugotrajno držanje tijela ili nekih dijelova tijela u istom položaju) i voštana savitljivost (poseban otpor mišića kod pasivnog pokretanja ekstremiteta bolesnika podsjeća na otpor koji je prisutan kod savijanja voska).

Kognitivno osiromašenje- očituje se kao: alogija (smanjenje duljine i sadržaja spontanog govora), stereotipno mišljenje (ponavljanje riječi, fraza ili ideja), slabljenje apstraktnog mišljenja (oboljeli ne razumije poslovice, simbole sve tumači bukvalno), slabljenje pažnje i životne motivacije, vitalnih dinamizama poznato pod nazivom anhormija. Oboljeli uzimaju hranu u malim količinama ili prestaju potpuno uzimati, ne brinu o sebi, zapušteni su i gube zanimanje za budućnost. Oslabljena je seksualnost, gube interes za suprotnim spolom i seks. Takav bolesnik nema želje ni dugoročni plan, pa je sklonost suicidu velika.

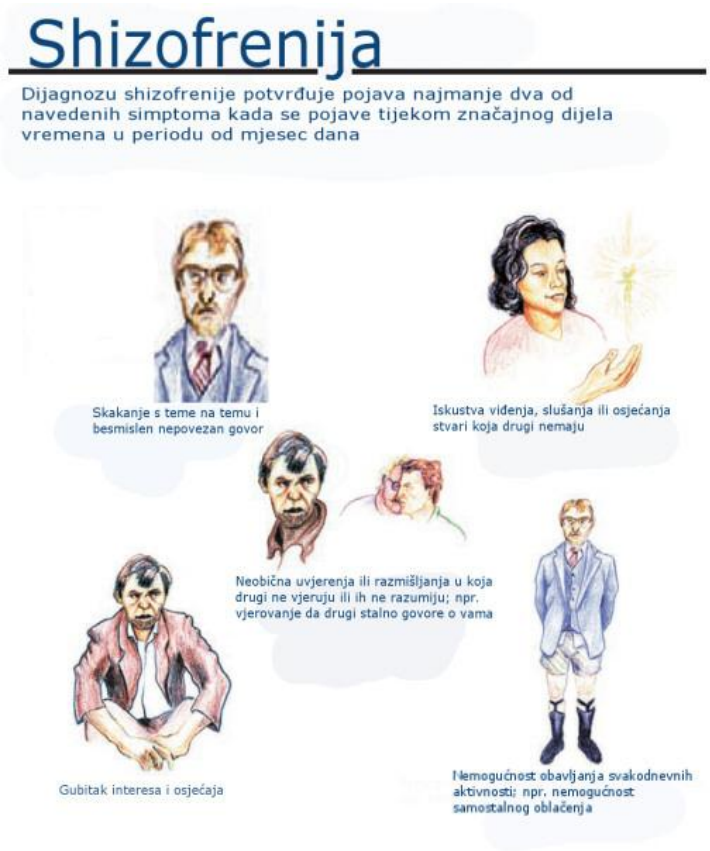
Poremećaj ponašanja i socijalnog funkcioniranja- tipični su za pojedine tipove shizofrenije pa razlikujemo: paranoidno, autodestruktivno o agresivno ponašanje. Paranoidno ponašanje potaknuto je sumanutim idejama oboljelog, a agresivno najčešće susrećemo u katatonoj shizofreniji. Autodestruktivno ponašanje je obilježeno bizarnim načinima samoozljeđivanja i može prisutno u više tipova shizofrenije.

Osim navedenih specifičnih simptoma mogu biti i nespecifični simptomi u koje spadaju: anksioznost, depresija, seksualne disfunkcije (hiposeksualnost, hiperseksualnost, razne vrste parafilija, npr. egzibicionizam, sadomazohizam, nekrofilne i zoofilne fantazije), tjeskoba i nesanica. [5]

2.7. Dijagnoza bolesti

Za bolje razumijevanje simptoma shizofrenije najbolje je slijediti način na koji liječnici razmišljaju kada postavljaju dijagnozu. Ne postoji pretraga kojom bi se mogla postaviti dijagnoza shizofrenije. Rutinski se učine sljedeće pretrage: kompletna krvna slika (KKS), analiza urina, testovi funkcije štitnjače, jetrene transaminaze, EKG, EEG, CT, MR, neuropsihologijsko testiranje. Rezultat ovih pretraga omogućuje razlikovanje drugih organskih oboljenja koji se mogu manifestirati simptomima sličnim shizofreniji. Dijagnoza se postavlja na temelju opširne obiteljske anamneze i prepoznavanju simptoma. Oboljeli često zanemaruju ili sakrivaju simptome od liječnika

i okoline, ili nisu dovoljno educirani o simptomima. Tijekom postavljanja dijagnoze važno je uključiti obitelj, prijatelje i sve osobe koje su u čestom kontaktu s oboljelim. U Hrvatskoj se za postavljanje dijagnoze shizofrenije služimo klasifikacijskim kriterijima MKB-10 i američkom DSM-IV koja je češća u kliničkim istraživanjima. [5]



Slika 2.7.1. *Simptomi shizofrenije*

Izvor: *http://svetmedicine.com/bolesti-i-stanja/dusevne-bolesti-i-stanja-bolesti-zavisnosti-psihijatrija/97-shizofrenija-sizofrenija-siza*

2.7.1.Dijagnostički kriterij shizofrenije prema MKB-10

Simptomi se po MKB-10 dijele na dvije grupe simptoma, simptomi od „a“ do „d“ i „e“do „h“. Simptomi navedeni u tablici moraju biti prisutni u periodu od jedan mjesec ili dulje kako bi se postavila dijagnoza shizofrenije. Potreban je jedan jasan simptom iz grupe simptoma od „a“ do „d“, ili najmanje dva simptoma iz grupe od „e“ do „h“. Zadnji kriterij u tablici „i“ odnosi se na shizofreniju simplex u trajanju od godinu dana. [10,11]

Grupa simptoma „a“ do „d“
a) Jeka misli, umetanje ili oduzimanje misli i emitiranje misli- osoba vjeruje kako drugi mogu znati što ona misli, kako misli nestaju iz njezine glave i misli joj se ubacuju u glavu . Može doživljavati kako su misli ozvučene i kako čuje jeku vlastitih misli.
b) Sumanute ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti, koje su jasno odnose na tijelo i kretanje udova ili pak na specifične misli, postupke ili osjećaje, i sumanuto percipiranje.(Ovo se odnosi na vjerovanje koje ne odgovara stvarnosti da netko upravlja izvana ponašanjem osobe i da ponašanje nije pod voljnom kontrolom sobe)
c) Halucinatorni glasovi koji komentiraju bolesnikovo ponašanje ili razgovaraju o njemu ili pak druge vrste halucinatornih glasova koji potječu iz nekog dijela tijela. (Ovo se odnosi na to da osoba čuje glasove koje drugi ne čuju.)
Grupa simptoma „e“ do „h“
e) Trajne halucinacije bilo kojeg tipa, praćene prolaznim ili poluuobličenim sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja, precijenjenim idejama ili uporno javljanje svakodnevno, tjednima ili mjesecima. (Osoba može imati različite halucinacije poput slušnih, vidnih, njušnih, osjetilnih uz koje se javljaju sumanute ideje poput ideja praćenja, zavjere, veličine i sl.) Afektivno se odnosi na poremećeno raspoloženje, poput depresije ili izrazito povišenog raspoloženja. Kad su prisutni izraziti simptomi depresije ili povišenog raspoloženja, liječnici će možda postaviti dijagnozu shizoafektivne psihoze ili bipolarnog poremećaja.
f) Prekid misli ili ubacivanje u tijek misli, što kao posljedicu ima nepovezani ili irelevantni govor ili neologizme.
g) Katatonično ponašanje, kao npr. uzbuđenje, zauzimanje neprirodnih položaja, voštana savitljivost, negativizam, mutizam i stupor.
h) „Negativni“ simptomi , kao što su izrazita apatija, oskudni govor, tupost ili nesklad emocija, što obično uzrokuje socijalno povlačenje i pad socijalne efikasnosti. Mora biti jasno kako nije riječ o posljedici depresije ili nuspojave lijekova.
i) Dosljedna promjena ukupne kvalitete nekih aspekata sobnog ponašanja koje izražava kao bitni gubitak interesa, besciljnost, pasivnost, zaokupljenost osobom i povlačenje iz društva.

Tablica 2.7.1.1. *Dijagnostički kriteriji za shizofreniju prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB 10*

Izvor: *S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2011.*

Osim simptoma navedenih u Tablici 1., u kojoj su uključeni psihotični/ pozitivni i negativni simptomi, kod shizofrenije mogu biti izraženi i drugi simptomi.

2.8. Liječenje shizofrenije

Liječenje shizofrenije je nužno započeti što ranije, ali je često nemoguće jer oboljeli u kontakt sa psihijatrijom dolaze nakon što bolest već duže vrijeme traje. Shizofrenija je bolest na čiji nastanak utječu psihosocijalni i biološki čimbenici, pa je važno u liječenje uključiti lijekove i psihosocijalne postupke. Liječenje shizofrenije se danas bazira na psihofarmacima, primjenom različitih radnih terapija, okupacijske, socioterapije i psihoterapije. Osim liječenja samog oboljelog treba provesti psihoedukaciju obitelji, koja je vrlo važna u samom procesu liječenja. Liječenje shizofrenije je dugotrajno, često i doživotno. [8]

Liječenje kod kuće nije moguće samo u akutno fazi bolesti, kada postoje psihotični simptomi bolesti. Bolničko liječenje može biti dobrovoljno, a nekim slučajevima i prisilno tj. bez pristanka osobe. Ovo liječenje regulirano je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim poteškoćama i postoji procedura kako se ona obavlja. Nakon prisilne hospitalizacije osoba ne gubi pravo o odlučivanju svoje budućnosti, a medicinsko osoblje je dužno o tome informirati pacijenta. [3]

2.8.1. Farmakološko liječenje shizofrenije

Antipsihotici su lijekovi koji pomažu održavanju ravnoteže neurotransmitora u mozgu, utječući tako na simptome bolesti i odgađanju sljedeće epizode. Ima puno antipsihotika i svi su učinkoviti u liječenju psihotičnih simptoma, ali se razlikuju u neželjenim nuspojavama koji utječu na život oboljelog. Danas se preporučuje liječenje shizofrenije započeti s ADG (antipsihotici druge generacije) zbog malog broja neugodnih nuspojava. U 90% slučajeva antipsihotici će dovesti do povlačenja akutnih simptoma bolesti postupno tijekom 6-8 tjedana. Pacijent se vrlo brzo osjeća bolje, ublažava se nemir, tjeskoba i nesanica. Nakon akutne faze bolesti liječenje treba nastaviti jer se preventivnim uzimanjem antipsihotika rizik za obolijevanjem smanjuje 10-45%, a kod ne uzimanja rizik za pojavom nove epizode povećava na 70-80%. Izbor lijekova je individualan, ovisno o simptomima i stanju pacijenta. Razlika je vidljiva samo kod akutne faze kada se može koristi više lijekova i veća doza, dok u fazi stabilizacije tj. prevencije to nije tako. U akutnoj fazi bolesti najviše se koriste lijekovi za smirenje uznemirenosti i spavanje, oni djeluju brže od onih za uklanjanje psihotičnih simptoma stoga je važno strpljenje i suradnja. [3]

Atipični antipsihotik	Uobičajena dnevna doza u miligramima
Klozapin	50 - 600 mg
Risperidon	3 - 8 mg
Olanzapin	5 - 20 mg
Kvetiapin	400 - 1000 mg
Ziprasidon	40 – 200mg
Serindol	12 – 20 mg
Aripiprazol	10- 30mg
Paliperidon	3 – 12 mg

Tablica 2.8.1.1. *Atipični antipsihotici novije generacije*

Izvor: *Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.*

Antipsihotici druge generacije blokiraju dopaminske i serotoninske receptore. Zajednička karakteristika skupine je da osim djelovanja na pozitivne shizofrene simptome, djeluje i na negativne, afektivne i kognitivne.

Najučinkovitijim iz ove grupe se smatra klozapin, a pokazalo se i da smanjuje suicidalnost kod oboljelih od shizofrenije. Djeluje kao antagonist dopaminergičkih D2- receptora i ima učinak na pozitivne shizofrene simptome. Primjena mu je dozvoljena i u trudnoći, ako je nužna kontinuirana antipsihotička terapija. Često dovodi do dugotrajnih i stabilnih remisija, uz zadovoljavajuće funkcioniranje bolesnika u svakodnevnom životu. Klozapin je dostupan u peroralnom i parenteralnom obliku. Neurološke nuspojave kod njega su rijetke. U prvim tjednima liječenja izaziva sedaciju koja se postupno smanjuje. Od ostalih nuspojava može dovesti do porasta tjelesne mase, te veće sklonosti šećernoj bolesti tip 2, te pojačano slinjenje. Kod 1 % bolesnika može doći do leukopenije, smanjenja broja leukocita u krvnoj slici. [5]

Risperidon je u Hrvatskoj u upotrebi od 1996. godine. Ima dobra učinak na pozitivne, negativne, afektivne i kognitivne simptome shizofrenije. Prema podacima iz kliničkih studija brže djeluje od klzapina i 50-57% oboljelih od shizofrenije pozitivno reagira na njegovu primjenu. Neurološke nuspojave su mu parkinsonizam i akatizija u 20% oboljelih, posebno kod doza većih od 6 mg. Neurološke nuspojave su povećanje tjelesne mase, nesanica i sedacija. Nuspojave se mogu izbjeći davanjem lijeka u dozama manjim od 5 mg i ne davanju ženama u generativnoj dobi.

Olanzapin koristi se u Hrvatskoj od 1998. godine. Po kemijskom sastavu je sličan klozapinu, i ima pozitivan učinak na sve skupine simptoma shizofrenije. Osim za liječenje shizofrenije pogodan

je i kod bipolarnog afektivnog poremećaja. Pogodan je i kod dugoročnog liječenja zbog relativno blagih nuspojava. Olanzapin ima nižu pojavnost neuroloških nuspojava, a od neneuroloških nuspojava treba istaknuti porast tjelesne težine koja može biti i do 7,2 kg u prvoj godini liječenja. Redovita tjelesna aktivnost i pridržavanjem zdrave prehrane znatno se može ublažiti ova komplikacija. Kod izrazito pretilih osoba postoji i mogućnost razvoja šećerne bolesti tipa 2.

Kvetiapin u upotrebi od 2003. godine, osim za liječenje shizofrenije primjenjuje se i kod bipolarnog poremećaja (manična i depresivna epizoda), poremećaja ponašanja dementnih osoba i poremećaju ponašanja kod djece. Primjenjuje se oralno, metabolizira se u jetri, a izlučuje putem bubrega. Nuspojave su vezane uz dozu, kod većih doza može se pojaviti povećanje tjelesne mase, opstipacija, suha usta i sedacija.

Ziprasidon je u kliničku primjenu uveden 1998. godine. Pripada u skupinu novijih antipsihotika, s potpuno drugačijom kemijskom strukturom. Od ostalih antipsihotika se razlikuje po tome što ne potiče rast tjelesne mase. Osim u liječenju shizofrenije učinkovit je i u liječenju bipolarnog poremećaja, agitacije u slučaju demencije i poremećaja ponašanja kod djece. Dostupan je u oralnom ili parenteralnom obliku. Učinak lijeka je postupan, a daje se u dvije dnevne doze. Od nenuroloških nuspojava se javlja produljenje QTC-intervala što se posebno odnosi na bolesnike s aritmijom. Ziprasidon se preporučuje uzeti uz hranu ili čašu punomasnog mlijeka jer se tako povećava apsorpcija.

Sertidol se pojavimo 1996. godine ali zbog tada otkrivenih nuspojava na tržište tek dolazi 2007. godine. Danas ima vrlo malo nuspojava od kojih su najčešće neneurološke poput povećanja tjelesne mase, produljenja QTC-intervala i posljedičnih aritmija. Prije samog liječenja je potrebno oboljelima napraviti EKG te ga povremeno kontrolirati.

Aripiprazol se počinje koristiti od 2003. godine, prema karakteristika spada u treću generaciju antipsihotika. Prema djelovanju je dopaminergički parcijalni agonist (svi ostali noviji antipsihotici su antagonisti), što znači da snižava koncentraciju dopamina kada je ona visoka ili obrnuto. Najviše se primjenjuje u liječenju shizofrenije i sličnih psihoza, a u ispitivanju su učinci na bolesnike s bipolarnim poremećajem i demencijom. Liječenje se preporučuje započeti uobičajenom punom dozom lijeka, a ukidanje lijeka sporo i postepeno. Zbog vrlo malog broja nuspojava pogodan je za dugogodišnje liječenje shizofrenih bolesnika.

Paliperidon jedan od najnovijih antipsihotika na tržištu. Vrlo su rijetke neneurološke i neurološke nuspojave u odnosu na risperidon, a učinkovitost mu je nešto bolja. Ne preporučuje se kod oboljelih od demencije ili cerebrovaskularnih bolesti. [5]

2.8.2. Elektrostimulativna (elektrokonvulzivna) terapija

EST je oblik terapije u kojem se pomoću elektroda mozak stimulira kratkim i kontroliranim serijama električnog impulsa. Primjenjuje se električne struje napona od 70-130 V, jačine od 200 do 16000 mA, u trajanju od 0,1 do 0,5 sekundi. Kod muškaraca je potrebno upotrijebiti struju slabije jačine jer imaju niži konvulzivni prag. Terapija se provodi 2-3 puta tjedno, ukupno od šest do dvanaest tretmana. Kod EST je važna psihička i fizička priprema pacijenta, pregled bolesnika i potrebna dijagnostička procedura. Zahvat se obavlja u anesteziji, terapija je bezbolna i ne izaziva konvulzije kod pacijenta. Pacijentu se 30 minuta prije same terapije daje i.v. barbiturat nalokson koji djeluju kao kratkotrajni anestetik, zatim miorelaksans leptosukcin za sprječavanje grand mal napada, te atropin kako bi se spriječila salivacija, tj. hipersekrecija. Pacijent također mora biti natašte (6-8 sati prije), praznog mjehura, mora skinuti kontaktne leće, slušno pomagalo, nakit i izvaditi zubnu potezu. Indikacija za ovaj oblik terapije je kada su prethodni oblici terapije primijenjeni bez adekvatnog terapijskog odgovora. Primjena EST nema negativne učinke na kognitivno funkcioniranje osobe i smanjenje inteligencije. [8,21]

2.8.3. Psihoterapija

Psihoterapija je liječenje emocionalnih i mentalnih poremećaja verbalnim, a ne fizičkim sredstvima ili lijekovima. Oboljeli od shizofrenije postupno počinju razumjeti sami sebe, prihvaćati svoje stanje i otkrivaju načine kontroliranja tog stanje. Individualna psihoterapija omogućava oboljelima redoviti razgovor sa psihijatrom, psihologom, socijalnim radnikom ili medicinskom sestrom. Kod ovog oblika terapije oboljeli iznosi svoje trenutne ili prošle probleme, misli i osjećaje. KBT (kognitivno- bihevioralna terapija) potiče oboljele na razmišljanje o tome kako vide sami sebe, druge ljude i svijet oko sebe. Olakšava promjenu načina razmišljanja (kognitivni aspekt) i ponašanja (bihevioralni aspekt). Korisno je i uključivanje oboljelih u razne grupne terapije u kojima uče načine rješavanja problema, upravljanja novcem i dobivaju podršku povratku obrazovanju ili poslu. Upoznavanje drugih oboljelih mogu izmijeniti iskustva i steći nove socijalne kontakte. U psihoterapiju treba uključiti i obitelj oboljelog. Uloga medicinske sestre je educirati obitelj o bolesti, kako bi razumjeli poteškoće i probleme vezane uz to stanje. Pružanjem potpore, razumijevanja i strpljenja prema oboljelom mogu puno pomoći u njegovom liječenju. Istraživanja su pokazala da se oboljeli u takvom okruženju bolje oporavljaju i rjeđe se hospitaliziraju. [3,22]

3. Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od psihotičnog poremećaja

Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s pacijentom, važno je naglasiti njezinu ulogu. Promatranjem medicinska sestra na osnovi postojećih podataka i simptoma utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Za rješavanje problema medicinska sestra mora odabrati najprikladnije intervencije, odnosno sastaviti plan zdravstvene njege. Budući da su shizofreni bolesnici često u svijetu svojih halucinacija, promjenjivog mišljenja i ponašanja, sumnjičavi, ponekad čak i agresivni, medicinska sestra mora imati određene vještine komunikacije u radu s takvim pacijentima. Potrebno je da uspije uspostaviti povjerljivi odnos s pacijentom, da bude strpljiva, da ne razuvjerava oboljelog od halucinacija i da ih ne potvrđuje. Povjerenje je bitno i u edukacijske svrhe o bolesti i terapiji što bolesnik može prihvatiti samo od osobe u koju ima povjerenja. Kod shizofrenih bolesnika zabilježen je veliki postotak pokušaja, ali i izvršenih suicida, bitno je da medicinska sestra promatra bolesnika i za prepoznati promjene u ponašanju koje ukazuju na takav pokušaj. Rad s pacijentima oboljelim od shizofrenije zahtijeva strpljenje, znanje, poznavanje i posjedovanje određenih vještina. [8]

Ciljevi u zdravstvenoj njezi shizofrenih bolesnika su:

1. promicati i unaprijediti interakciju između bolesnika i njegove okoline
2. nastojati povećati i ojačati psihološku stabilnost
3. osigurati zaštitu
4. poticati i ohrabriti obitelj i sve bite osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom. [8]

3.1. Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze polazište su za planiranje i provođenje sestrinske skrbi, a sve je to praćeno trajnom sustavnom evaluacijom uspješnosti. [13] Pristup medicinske sestre mora biti individualizirani, prilagođen dijagnozi i najučinkovitiji. Pacijenti oboljeli od shizofrenije mogu imati mnogo sestrinskih dijagnoza, ovdje su izdvojene neke od njih:

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
2. Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja
3. Narušena verbalna komunikacija
4. Smanjeni stupanj samopoštovanja
5. Anksioznost i strah

6. Društvena izolacija
7. Smanjena mogućnost briga za sebe
8. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja
9. Promijenjeni obiteljski odnosi
10. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane
11. Seksualna disfunkcija
12. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i prema drugim osobama
13. Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije

Kod planiranja intervencija medicinska sestra mora imati znanje i uvid u sve poznate načine rješavanja nekog problema, izabrati najprikladnije sa što manje neželjenih učinaka. Pristup pacijentu mora biti individualizirani, realan i prilagođen pacijentovim mogućnostima. Pomoć medicinske sestre može biti usmjerena u tri skupine intervencija:

- izravna fizička pomoći osiguravanje odgovarajuće fizičke pomoći
- motiviranje, vođenje, usmjeravanje i osiguravanje socijalne podrške
- edukacija i savjetovanje [13]

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Ovu sestrinsku dijagnozu medicinska sestra može postaviti ako kod oboljelog primijeti dezintegraciju procesa mišljenja i shvaćanja, psihološke konflikte, poremećaje sna i spavanja, konfuziju u odnosu na okolni svijet, ambivalenciju i prateću ovisnost, netočno i krivo interpretiranje okoline i događaja iz okoline i poremećenu osobnost donošenja odluke.

Intervencije medicinske sestre mogu biti:

- terapijska komunikacija
- pravilan pristup kod pacijentovih promijenjenih procesa razmišljanja i shvaćanja
- ne dirati pacijenta bez njegovog dopuštenja i objašnjena što mu se radi
- osigurati sigurno emocionalnu podršku, pružati mogućnost interpersonalnih interakcija
- izražavanje želje da se shvati i razumije pacijentovo shvaćanje i razmišljanje, razjašnjavanjem toga što je nejasno
- pozorno slušati pacijenta i regulirati slijed i tok misli
- izbjegavati svađe, rasprave i diskusije te slaganje s dezintegriranim mišljenjima i shvaćanjima

- aktivno slušanje čime se poboljšava utvrđuje pacijentovo mišljenje i poboljšava se razumijevanje
- poticati pacijenta na izražavanje svojeg mišljenja [8]

2. Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Pacijent ima panične razine anksioznosti, poremećaj u afektivnom planu, odnosu prema okolini, iluzije, halucinacije, promjene u uobičajenim reakcijama na neki podražaj iz okoline, promjene psihomotoričkog ponašanje.

Intervencije koje medicinska sestra može provesti su:

- provoditi vrijeme s pacijentom, aktivno ga slušati i dati mu podršku da se mijenja, pohvaliti ga za već postignuto
- osiguravati pacijentu sigurnu okolinu
- orijentirati se na stvarnu pomoć djelotvorne komunikacije
- postaviti granice za bolesnikove impulzivne reakcije na promijenjen percepcije
- korištenje distraktora (glazba, tv, igre) da pacijent stekne ponovnu sposobnost kontroliranja svojih reakcija na promijenjene procese
- upozoriti pacijenta kada njegovo ponašanje plaši i izaziva strah [8]

3. Narušena verbalna komunikacija

Podaci pomoću kojih medicinska sestra postavlja ovu dijagnozu su: nemogućnost racionalnog verbaliziranja, verbalno izražavanje neologizmima („novih“ riječi), asocijalno, lutajuće izgubljeno verbalno izražavanje, paralogički jezik, eholalija, neverbalno izražavanje u smislu ehopraksija, stereotipno ponašanje.

Intervencije su:

- osigurati sigurno i mirno okruženja za pacijentovu komunikaciju
- koristiti alternativne metode komunikacije, npr. crtanje, pjevanje, plesanje
- izbjegavanje rasprava, sukobljavanja, svađa ili usuglašavanja s netočnim tvrdnjama, bez osuđivanja ponuditi realan odgovor
- u komunikaciji koristiti terapeutske vještine parafraziranja, reflektiranja i sl.
- identifikacija simboličke primitivne prirode bolesnikova govora. Kulturna uvjerenja i shvaćanja (npr. razgovarati s mrtvim rođacima) mogu biti prihvaćena kao normalna u bolesnikovoj kulturi. [8]

4. Smanjeni stupanj samopoštovanja

Ta sestrinska dijagnoza može se prepoznati iz sljedećih podataka: verbalizacija izraza bezvrijednosti, negativno mišljenje o samome sebi, narušeno samopoštovanje, beznadnost, ambivalencija, autizam, krive prosudbe, depersonalizacija i deluzija kontrole, deterioracija u obitelji , društvu i područjima rada.

Intervencije za rješavanje ove sestrinske dijagnoze su:

- posvetiti vrijeme pacijentu, slušati i prihvaćati pacijenta
- poticati pacijenta na verbalizaciju svojih osjećaja i razmišljanja o područjima o kojima želi razgovarati
- ohrabriti i poticati pacijenta da prepozna svoje pozitivne karakteristike
- ohrabrivati pacijentove sposobnosti, napore i nastojanja
- raspravljati s pacijentom o njegovim pozitivnim stranama osobnosti kao što su socijalne, odnosno društvene vještine, radne sposobnosti, obrazovanje, talenti, izgled, što može osnažiti pacijentove osjećaje da je korisna, vrijedna i kompetentna ličnost
- poticati pacijenta na pozitivan izgled tijela što pridonosi samopoštovanju
- djelomični hospitalizacijski program
- korištenje duhovnih resursa (ako pacijent to želi) molitve, smisao vjere ili pripadnost određenoj vjerskoj skupini, što može pridonijeti povećanju pacijentovog dostojanstva i prihvaćanja njegove korisnosti [8]

5. Anksioznost i strah

Podaci koji govore u prilog toj sestrinskoj dijagnozi su: neprikladno regresivne reakcije ili, odsutnost reakcija opće, siromašno i oskudni vidni kontakt, usmjerenost samo na sebe, smanjena sposobnost rješavanja problema, povećana zapažanja, strah od gubitka problema, strah da ne ozljedi sebe ili druge te kod psihomotoričkih poremećaja koji variraju od pobuđene motorike do nepokretnosti/imobilnosti.

Sestrinske intervencije su:

- uspostavljanje odnosa povjerenja
- pružanje odnosa potpore koji je brižan i pacijentu omogućava osjećaj prihvaćanja
- poticati i ohrabrivati pacijenta da verbalizira strahove
- pomoći pacijentu kod identifikacije izvora anksioznosti i područja za koje osjeća zabrinutost
- demonstriranje i poticanje provođenja, upotreba učinkovitih strategija suočavanja s anksioznošću, npr. tehnike opuštanja, meditacije, tjelovježba. [8]

6. Društvena izolacija

Teškoće u stvaranju odnosa s drugim ljudima, povlačenje iz društva, izražavanje osjećaja odbacivanja i usamljenosti, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvom i nasiljem, socijalna izolacija i povlačenje iz društva.

Intervencije koje medicinska sestra može provesti su sljedeće:

- provođenje vremena s pacijentom
- omogućiti pacijentu komunikaciju s obitelji, prijateljima, suradnicima i ostalim
- poticati pacijenta na druženje s ostalim pacijentima
- pružanje pomoći pacijentu da sudjeluje u aktivnostima s drugima na grupnim sastancima
- uspostavljanje kratkih, sažetih interakcija koje omogućuju komunikaciju o interesima, zabrinutostima i sl. [8]

7. Smanjena mogućnost briga za sebe

Pacijent ima poteškoće na području hranjenja, održavanju higijene, oblačenju, eliminaciji, smanjena je peristaltika crijeva s opstipacijom, fekalnom impakcijom.

Intervencije koje medicinska sestra može provesti su:

- poticati pacijenta na održavanje osobne higijene i održavanje dobrog „self-image“
- poticati na oblačenje svjetlije odjeće
- pomoći pacijentu da stekne naviku održavanja osobne higijene i potrebe samozbrinjavanja
- planiranje zajedno sa pacijentom učinkovite i svrsishodne upotrebe resursa koji postoje u samome društvu, kao što su npr. programi prehrane, radionice, grupni rad, kućna njega i sl.
- poticati pacijenta na povećanje dnevne aktivnosti
- poticati dovoljan unos tekućine i hrane bogate vlaknima
- upotreba laksativa ako je to nužno [8]

8. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja

Podaci na osnovi kojih se može zaključiti postojanje te sestrinske dijagnoze su: opadanje sposobnosti donošenja odluka, umanjivanje problema, skromno samopoštovanje, kronična depresija i anksioznost, nemogućnost izvršavanja očekivanih radnji, promjene u sudjelovanju u društvu.

Intervencije:

- poticati pacijenta da izrazi područja koja ga zanimaju i koja su mu važna
- ohrabriti pacijenta da izražava svoje mišljenje, osjećaje
- podupirati formulaciju realnih ciljeva i učenja prikladnih, odgovarajućih tehnika rješavanja problema
- pomoći pacijentu kod identifikacije pretpostavke koje dovode do neučinkovitog suočavanja kad god je to moguće [8]

9. Promijenjeni obiteljski odnosi

Ova sestrinska dijagnoza može se uočiti iz poteškoća u odnosu između članova obitelji, neučinkoviti proces donošenja odluka unutar obitelji, neslaganje unutar obitelji, nedovoljna emocionalna podrška obitelji, ne zadovoljavanje sigurnosti te duhovne potrebe svojih članova.

Intervencije medicinske sestre su:

- određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije pojave bolesti
- praćenje i bilježenje čimbenika kao što su sposobnost i vještine rješavanja problema, razina interpersonalnih odnosa, sustava vanjske podrške i potpore, uloga, pravila, ograničenja i komunikacija
- procjena spremnosti obitelji da se prilagodi situaciji i pomogne oboljelom da se reintegrira
- edukacija obitelji o simptomima bolesti, kako bi ih na vrijeme mogla prepoznati
- davanje podataka i informacije vezanih uz terapiju i resursa iz zajednice koji pružaju potporu (npr. savjetovališta, centri za dnevnu skrb, zaštitne radionice, noćne bolnice) [8]

10. Promjene u prehrani: smanjen ili povećan unos hrane

Promjene u prehrani mogu nastati tijekom deluzija ili halucinacija povezanih uz unos hrane, povećan apetiti ka popratni efekt uzimanja psihotropnih lijekova, gubitak na težini, debljanje, infekcije usne šupljine, poremećen ritam prehrane. [8]

Intervencije kod ove sestrinske dijagnoze su:

- pratiti dnevni unos hrane i tekućine kod pacijenta

- saznati navike pacijenta, što voli jesti, a što ne, postoje li posebni zahtjevi za prehranu (dijeta)
- osigurati mirno i ugodno mjesto s dovoljno vremena za obrok
- omogućiti pacijentu da sam odabere hranu koju želi jesti ako je to moguće
- davanje malih i čestih obroka
- poticati pacijenta da regulira unos kalorija
- pratiti dnevnu razinu aktivnosti pacijenta
- educirati bolesnika o važnosti održavanja higijene usne šupljine [8,13]

11. Seksualna disfunkcija

Seksualna disfunkcija može se prepoznati iz sljedećih podataka: neuobičajeno seksualno ponašanje, pretjerana opsjednutost seksom, nesposobnost upoznavanja partnera, uključenost u višestruke spolne veze, endokrinološke promjene povezane s uzimanjem lijekova npr. amenoreja kod žena, impotencija i nemogućnost ejakulacije kod muškaraca.

Sestrinske intervencije koje mogu biti kod rješavanja ove sestrinske dijagnoze su:

- identifikacija problema koji dovode do seksualne disfunkcije
- edukacija pacijenta o nuspojavama lijekova, njihovom učinku i regulaciji
- savjetovanje vezano uz rješavanje problema
- poticanje pacijenta na izražavanje potreba
- stvoriti odnos povjerenja kako bi pacijent mogao izvijestiti o svakoj promjeni u spolnom funkcioniranju [8]

12. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi i prema drugim osobama

Intervencije za ovu sestrinsku dijagnozu su:

- pružiti pacijentu osjećaj sigurnosti
- biti oprezan i pažljiv kod dodira
- poticati pacijenta na izražavanje osjećaja, promicati i prihvatljive verbalne oduške za izražavanje kao što je npr. vikanje u prostoriji
- pomoći pacijentu kod identifikacije i izbjegavanja situacija koje izazivaju anksioznost
- postaviti granice na jasan, specifičan , čvrst način – što je prihvatljivo i što nije prihvatljivo
- kod agresivnog i nasilničkog ponašanja koristiti se izolacijom na ne kažnjavajući način s adekvatnom pomoći

- zagrliti i držati pacijenta kad je to potrebno, i reći mu da prestane s određenim ponašanjem [8]

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

Intervencije su:

- poticati pacijenta na dnevnu aktivnost i tjelovježbu
- 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 stimulacije iz okoline kao što su radio, TV, posjeti itd. [8]

5. Utjecaj bolesti na kvalitetu života oboljelih

Većina oboljelih od shizofrenije žive produktivne i zadovoljavajuće živote. Tijekom liječenja koje uključuje redovito uzimanje lijekova, socijalnu podršku, pomoć obitelji, prijatelja i zdravstvenih stručnjaka, većina oboljelih je u stanju svladati svoje simptome i steći stabilnost u životu. Ne liječenje shizofrenije može dovesti do velike štete u život oboljelog. Ako su simptomi teški, čak i svakodnevne rutinske radnje mogu predstavljati problem. Oboljeli tada često zanemaruju osobnu higijenu, prehranu, počinju konzumirati alkohol i drogu. Pasivizacija, gubitak motivacije, poteškoće u pamćenju dovest će do toga da osoba napusti školovanje, posao. Shizofrenija će najvjerojatnije utjecati i na odnose s drugim ljudima. Oboljeli može osjećati da ga ljudi koji su mu bliski više ne vole, da kuju zavjeru protiv njega, ili ga žele otrovati. Povlačenjem iz društva, obitelji dolazi do socijalne izolacije, osoba sve više vremena provodi sama, ne izlazi iz kuće i želi se isključiti iz ostatka svijeta. Ova situacija može utjecati na raspoloženje i dovesti do depresije. Takvo stanje se mora shvatiti ozbiljno jer oboljeli može imati suicidalna razmišljanja ili čak planirati samoubojstvo. [3]



Slika 4.1. *Autoportret pacijenta oboljelog od shizofrenije*

Izvor: *https://www.quora.com/If-you-are-to-explain-how-schizophrenia-feels-in-terms-of-photos-or-drawings-how-would-you-do-so*

5. Stigma i diskriminacija

Shizofrenija spada u jednu od najviše stigmatiziranih bolesti. Stigma shizofrenije proizlazi iz krivih vjerovanja da su svi oboljeli agresivni i opasni, nesposobni za samostani život i rad, neizlječivi, slabi i kako su si sami krivi za svoju bolest. Zbog takvog stajališta prema oboljelima od shizofrenije česte su diskriminacije. Stigma ponekad predstavlja veći problem od same bolesti, jer može dovesti do depresije i socijalne izolacije koja često pogađa cijelu obitelj. Važno je da se oboljeli ne srame svoje bolesti i ne prihvaćaju stigme, kako se ne bi osjećali manje vrijednima. [3]

Liječnici, psihijatri i medicinske sestre kao članovi medicinskog tima imaju ulogu uspostavljanja poštovanja i ljudskih prava općenito, a posebno unutar psihijatrijske struke. [14]

5.1. Činjenice i netočne informacije o bolesti

1. Shizofrenija nije rascjep ličnosti. Često ostali imaju mišljenje da oboljeli od shizofrenije imaju rascijepljenu ličnost, kao da su dvije osobe u jednoj. Takvo mišljenje o oboljelima dolazi i od samog naziva bolesti. Riječ dolazi iz starogrčkog, *schizo* = cijepam i *fren* = razum koji imaju cilj obilježavanja nesklada između misli, emocija i ponašanja. Zbog nesklada dolazi do promjena u ponašanju koje postaje posve nelogično i nerazumljivo.

2. Većina oboljelih nije opasna. Sam prikaz oboljelih u novinama i medijima je pogrešan, često se prikazuju opasnima i agresivnima. Pojedinačne incidente stavljaju na naslovnice i vijesti čime šalju pogrešnu sliku javnosti i šire netočne informacije. Agresivnost kod oboljelih je vrlo rijetka i pojavljuje se u jako malom broju, najčešće je to kod osoba koje se ne liječe.

3. Shizofrenija je neizlječiva. Tvrdnja koja je u potpunosti netočna, shizofrenija se može liječiti i osoba se može uspješno oporaviti od bolesti. Jedna od četiriju osoba sa shizofrenijom u potpunosti se oporavi od bolesti u roku od pet godina. Kod ostalih se mogu ublažiti simptomi za poboljšanje kvalitete života, a samo kod malog broja je potrebna kontinuirana briga i pomoć.

4. Lijekovi za shizofreniju su droge. Lijekovi kod shizofrenije zahtijevaju dugotrajno uzimanje, kako bi se ublažili ili uklonili simptomi bolesti. U akutnoj fazi su lijekovi jako učinkoviti, a kad se simptomi povuku služe sprečavanju ponovnom povratku simptoma. Prestankom, zaboravljanjem ili odbijanjem uzimanja lijekova povećava se rizik ponovnom povratku simptoma bolesti. Važno je pratiti kod oboljelih unos terapije, jer povratkom simptoma osobama sa shizofrenijom povratak na ranije dobro stanje je otežano.

5. Shizofrenija je nasljedna bolest. Istraživanja nisu pronašla nijedan specifični gen koji bi utjecao na pojavnost bolesti čak i ako je češća pojavnost unutar obitelji. Pretpostavlja se da postoji više gena koju su povezani za bolešću, ali njihova snaga za pokretanje nije toliko jaka ako iz okoline ne postoji neki štetni faktor.

6. Shizofreniju ne uzrokuju loši roditelji. Roditelji često kada se pojavi bolest u obitelji krive sebe, svoj odgoj i ponašanje za nastanak bolesti. Dobar odnos unutar obitelji povoljan je za dobar ishod bolesti, ali loši odnosi unutar obitelji nisu dovoljan razlog za nastanak shizofrenije. Danas znamo da sobe koje boluju od shizofrenije imaju biološku promjenu mozga koja postaje aktivna kada postoji nepovoljni utjecaj iz okoline.

7. Osobe oboljele od shizofrenije su lijene. Negativni simptomi ove bolesti poput niske motivacije, manjak energije, pasivnost vrlo se često mijenjaju s lijenošću. Okolina je često uvjerena kako bi sve bilo uredu ako se oboljeli pokrene. Negativni simptomi većinom teško reagiraju na liječenje lijekova i dovode do nerazumijevanja između oboljelog i obitelji. Rehabilitacija je jedna od metoda koje je korisna kod negativnih simptoma, pomaže oboljelima da postanu ponovno aktivni i sposobni za samostalan život, rad.

8. Halucinacije i deluzije su simptomi bolesti, nisu mašta koja se jednostavno može ukloniti. Halucinacije i deluzije spadaju u psihotične i specifične simptome shizofrenije. Oboljelima od shizofrenije ono što vide ili čuju djeluje potpuno stvarno bez obzira na okolinu koja to smatra nevjerojatnim ili nerealnim. Uvjeravanje oboljelog u suprotno nije učinkovito, potrebno je pravilno liječenje simptoma lijekovima.

9. Shizofrenija je ludilo. Pojmovi lud, ludost, ludnica, ludilo nisu medicinski pojmovi, oni se široko upotrebljavaju u svakodnevnom govoru za društveno neprihvatljivo ponašanje. Psihotični simptomi koji su prisutni kod shizofrenije često izazivaju ponašanje koje odstupa od norme neke socio-kulturne sredine pa se izraz ludio često povezuje s njim. [3]

6. Zaključak

Shizofrenija je teška i kronična duševna bolest. Oboljelima zbog svojih specifičnih i teških simptoma često otežava svakodnevni život. Bolest oštećuje kognitivne i afektivne funkcije osobe, utječe na njezino raspoloženje, ponašanje i motivaciju. Broj oboljelih od shizofrenije je iz godine u godinu veći, stoga je bitno raditi na njezinoj prevenciji i što ranijem otkrivanju. Ranim prepoznavanje simptoma bolesti i započetim liječenjem je prognoza bolesti bolja. Oboljelom treba dati što bolji uvid u bolest, kako bi razumio svoje stanje i prihvatio liječenje. U procesu edukacije najvažniju ulogu ima medicinska sestra, koja pružanjem informacija i razumijevanjem prema oboljelom stvara odnos povjerenja. Medicinska sestra provodi najviše vremena s pacijentom, utvrđuje njegove potrebe i sastavlja plan zdravstvene njege. Da bi ciljevi zdravstvene njege oboljelih od shizofrenije bili postignuti medicinska sestra ovisno o sestrinskoj dijagnozi mora odabrati najučinkovitije i individualizirane intervencije. Shizofreni bolesnici su često u nekom svom svijetu halucinacija i ideja, a mogu biti i agresivni što od medicinske sestre zahtijeva puno strpljenja, stručnog znanja i određene vještine komunikacije. U procesu liječenja oboljelom treba pružiti pomoć oko obavljanja svakodnevnih aktivnosti, pratiti pravilno uzimanje lijekova, dati mu podršku, saslušati ga i uključiti njegovu obitelj. Edukacijom obitelji o stanju oboljelog stvara se opušteniji odnos unutar obitelji i mogućnost pružanja veće podrške i pomoći. Društvo najčešće diskriminira i stigmatizira oboljele od shizofrenije. Zbog pogrešne slike o shizofrenim bolesnicima da su agresivni, opasni, neizlječivi i lijeni dolazi do socijalne izolacije oboljelih. Zadatak medicinska sestre je edukacija javnosti i stvaranje bolje slike o oboljelima. U suradnji s raznima udrugama omogućuje bolju integraciju shizofrenih bolesnika u zajednicu, čime im se omogućuje daljnje obrazovanje i zapošljavanje. Većina oboljelih je s pravilnom terapijom i drugim oblicima liječenja sposobna za normalan i ispunjen život, koji se bitno ne razlikuje od života zdrave osobe.

Barbara Juretić

U Varaždinu, 27.9.2017.

7. Literatura

[1] V. Muačević i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.

[2] V. Jukić, Z. Pisk: Psihoterapija- škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas, Medicinska naklada, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb,2008.

[3] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2011.

[4] R. Torre: Prava istina o psihijatriji, Profil, Zagreb, 2014.

[5] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

[6] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija, dostupno 20.08.2017.

[7] Z. Mojsović. : Sestrinstvo u zajednici, Zagreb, Zdravstveno Veleučilište 2007.

[8] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb,2007.

[9] V. Hudolin: Psihijatrija i neurologija, Školska knjiga, Zagreb,1987.

[10] D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije-važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.

[11] M. Jakovljević: Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Medicinska naklada, Zagreb, 2001.

[12] http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/klinickapsihijatrija%201.pdf, dostupno: 25.8.2017.

[13] G. Fučkar: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

[14] http://www.psihijatrija.com/psihijatrija/STIGMA.htm dostupno: 27.8.2017.

[15] M. Jakovljević: Shizofrenija u teoriji i praksi, Etiopatogeneza i klinička slika, Pro Mente, Zagreb, 2011.

[16] S. Šepec, B. Kurtović i suradnici: Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.

[17] M. Kadović, D. Abou Aldan i suradnici: Sestrinske dijagnoze II, HKMS, Zagreb, 2013.

[18] http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/shizofrenija%20-%20pog.pdf, dostupno: 30.8.2017.

[19] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

[20] http://www.cybermed.hr/clanci/antipsihotici_druge_generacije, dostupno: 5.9.2017.

[21] https://repozitorij.mefst.unist.hr/islandora/object/mefst%3A71/datastream/PDF/view

dostupno: 10.9.2017.

[22] http://www.shizofrenija24x7.com.hr/Psihoterapija-i-psihosocijalni-postupc, dostupno 10.9.2017.

8. Prilozi

8.1.Popis slika

Slika 2.1.1. Eugen Bleuler 4
Izvor: http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Eugen_Bleuler
Slika 2.6.1. Shizofrenija 10
Izvor: http://www.psychologywizard.net/schizophrenia-ao1-ao2.html
Slika 2.7.1. Simptomi shizofrenije 14
Izvor: http://svetmedicine.com/bolesti-i-stanja/dusevne-bolesti-i-stanja-bolesti-zavisnosti-psihijatrija/97-shizofrenija-sizofrenija-siza
Slika 4.1. Autoportret pacijenta oboljelog od shizofrenije 28
Izvor: https://www.quora.com/If-you-are-to-explain-how-schizophrenia-feels-in-terms-of-photos-or-drawings-how-would-you-do-so

8.2. Popis tablica

Tablica 2.7.1.1. Dijagnostički kriteriji za shizofreniju prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB 10 15
Izvor: S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2011.
Tablica 2.8.1.1. Atipični antipsihotici novije generacije 17
Izvor: Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

Sveučilište Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

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

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Barbara Juretić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, BARBARA JURETIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA ODRASLIH OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Barbara Juretić
(vlastoručni potpis)