Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Vinković, Anita

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:122:956324

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 905/SS/2017

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Anita Vinković, 0233/ 336

Varaždin, srpanj 2017. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 905/SS/2017

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

Student

Anita Vinković, 0233/ 336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, srpanj 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: Anita Vinković | MATIČNI BROJ: 0233/336

DATUM: 13.07.2017. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Healthcare for patients with schizophrenia

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

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Špiro Janović, predsjednik
2. Marija Božičević, mag. med. techn., mentor
3. Jurica Veronek, mag.med.techn., član
4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 905/SS/2017

OPIS:

Shizofrenija je psihički poremećaj nastao uslijed multifaktorijalno uzrokovanih biokemijskih i strukturnih poremećaja u mozgu. Dovodi do narušavanja važnih psihičkih funkcija, onemogućava razlikovanje stvarnih od nestvarnih doživljaja ili iskustava, ometa logičko razmišljanje, normalne osjećajne doživljaje prema drugim osobama, te narušava obiteljsko, radno i socijalno funkcioniranje oboljele osobe ali i cijele obitelji i zajednice.
Proces zdravstvene njege i skrbi, kao i liječenje i rehabilitacija osoba oboljelih od shizofrenije znatno su otežanani zbog negativnog stava koji postoji u društvu, stigmatizacije i diskriminacije što dovodi do izolacije i nepovjerenja.
Zbog kompleksnosti samog poremećaj[illegible]edicinske sestre koje skrbe o shizofrenim bolesnicima trebaju dobro poznavati sestrinske dijagnoze i intervencije, adekvatno komunicirati i funkcionirati u zdravstvenom timu te posjedovati specifična znanja i kompetencije, koje će biti opisane u ovom radu.

U ovom radu će se:
- definirati pojam - shizofrenija
- navesti epidemiologija i etiologija poremećaja
- opisati dijagnostički kriteriji i klinička slika poremećaja
- prikazati liječenje poremećaja
- navesti sestrinske dijagnoze i intervencije
- prikazati specifičnosti zdravstvene njege kod shizofrenih bolesnika

ZADATAK URUČEN: 29.08.2017 | POTPIS MENTORA: Marija Božičević

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Ovaj rad izrađen je u sklopu Odjela za biomedicinske znanosti, preddiplomskog studija sestrinstva, Sveučilišta Sjever u Varaždinu pod vodstvom profesorice Marije Božičević, mag.med.techn.

Veliko hvala mojoj dragoj mentorici, na savjetima i pripremi moga završnog rada. Hvala mome sinu što mi je bio velika podrška tijekom cijelog studija, i cijeloj mojoj obitelji na velikoj podršci i potpori u svemu.

Sažetak

U ovom radu će biti predstavljena zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije. Shizofrenija je obilježena gubitkom kontakta sa stvarnošću, različitim vrstama halucinacija koje se pojavljuju kao lažno perceptivne pojave, deluzijama kod kojih su karakteristična neka umišljena uvjerenja koja ne postoje. Takav bolesnik je dezorganiziran što se tiče ponašanja i govora, poremećena je sposobnost za rješavanje problema, ograničen je raspon emocija. Simptomi započinju već u adolescenciji ili u vrlo ranoj odrasloj dobi. Prema MKB10, pacijent mora simptome imati 6 ili više mjeseci . Shizofrenija se podjednako javlja u muškaraca i žena, pri čemu je uočena razlika u dobi pojave bolesti. Rizik obolijevanja je najveći u muškaraca između 15. i 24. godine, a žena između 25. i 34. godine. Uzrok shizofrenije još uvijek nije poznat. Liječenje ima više faza: farmakoterapija, psihoterapija te rehabilitacija. Pojavnost shizofrenije je stalna u raznim kulturama, iako joj je prevalencija diljem svijeta otprilike 1% dok se spolno ne razlikuje. Na pojavu shizofrenije utječu socijalno-ekonomski uvjeti, pa se tako češće pojavljuje kod ljudi nižih društvenih slojeva. Simptomi shizofrenije se razlikuju ovisno o tipu: paranoidni tip, dezorganizirani tip te nediferencirana, rezidualna i shizofrenija simpleks kao najčešća. Simptomi shizofrenije mogu biti: pozitivni, negativni, kognitivni i afektivni. Liječenje shizofrenog bolesnika je vrlo složen proces, medicinska sestra je važna u provođenju zdravstvene njege. Medicinska sestra prati i prepoznaje simptome te se uključuje u liječenje. Pomaže pacijentu i potiče ga na održavanje i očuvanje zdravlja, prati tjelesnu težinu, potiče aktivnost, pomaže kod komunikacije, podrška mu je u suočavanju sa stresom. Medicinska sestra mora upozoriti pacijenta i njegovu obitelj na moguće posljedice bolesti, objasniti remisiju i prepoznavanje ponovnog povratka bolesti.

Ključne riječi: shizofrenija, liječenje, bolesnik, simptomi, bolest, zdravstvena njega

Popis korištenih kratica

MKB Međunarodna klasifikacija bolesti

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

TD Tardivna diskinezija

MNS Maligni neuroleptički sindrom

EKS Elektrokonvulzivna stimulacija

Sadržaj

1. Uvod....1
2. Shizofrenija....3

2.1. Povijesni pregled....3
2.2. Epidemiologija....4
2.3. Etiologija....5
2.4. Razvojne faze shizofrenije....5
2.5. Simptomi i znakovi bolesti....6

3. Klinička slika shizofrenije....8

3.1. Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti....8
3.1.1. Halucinacije....8
3.1.2. Iluzije....8
3.1.3. Sumanute ideje....9
3.1.4. Poremećaj doživljavanja vlastitog ja....9
3.2. Povlačenje iz stvarnosti....10
3.2.1. Autizam....10
3.2.2. Katatoni stupor....10
3.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti....11
3.3.1. Afektivne dezorganizacija....11
3.3.2. Dezorganizirano i disfunkcionalno mišljenje....11

4. Dijagnoza shizofrenije....12

4.1. Kriterij za postavljanje dijagnoze....12
4.2. Oblici shizofrenije....13
4.2.1. Paranoidna shizofrenija....13
4.2.2. Hebefrena shizofrenija....14
4.2.3. Katatona shizofrenija....14
4.2.4. Nediferencirana shizofrenija....14
4.2.5. Postsizofrena depresija....15
4.2.6. Rezidualna shizofrenija....15
4.2.7. Simpleks forma....15
4.2.8. Shizoaafektivna forma....15

5. Liječenje shizofrenije....17

5.1. Liječenje lijekovima....17
5.2. Elektrokonvulzivna (elektreostimulativna) terapija....19
5.3. Psihoterapija....19
5.3.1. Edukacija obitelji....19
5.4. Socioterapija....20
5.4.1. Terapijska zajednica....20
5.5. Prehrana shizofrenih bolesnika....21
5.6. Samoubojstvo i shizofrenija....21

6. Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije....23

6.1. Moguće sestrinske dijagnoze....23
6.1.1. Neupućenost....24
6.1.2. Smanjeni stupanj samopoštovanja....24
6.1.3. Anksioznost i strah....25
6.1.4. Smanjena mogućnost brige o sebi....25

6.1.5. Seksualna disfunkcija....26
6.1.6. Promijenjeni obiteljski odnosi....26
6.1.7. Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke aktivnosti i agitacije....27
6.1.8. Visok rizik za nasilno ponašanje....27
6.1.9. Visok rizik za samoozljeđivanje....28
6.1.10. Visok rizik za samoubojstvo....28
6.1.11. Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa....29
6.1.12. Poremećaj spavanja....29
7. Stigma i diskriminacija....30
7.1. Činjenice i netočne informacije o bolesti....30
8. Zaključak....31
9. Literatura....32

1. Uvod

Shizofrenija je teška duševna bolest posljedica biokemijskih poremećaja u mozgu i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja, s izrazitim oštećenjem socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja. Naziv shizofrenija potječe od grčkih riječi shizo-cijepam i fren-duša ili razum te upućuje na ideoafektivnu disocijaciju koja je jedna od osnovnih patoloških značajki bolesti. [1]

Shizofrenija je najteža, najpoznatija i najčešća psihoza. Nekad su je nazvali, prema Kraepelinu, mladenačko ludilo (demencija prekoks - dementia praecox). Bolest se pojavljuje ili naglo, akutno, burnim pojavama, ili se može pojaviti sasvim polagano, a početi neprimjetno. [2]

Bolest je karakterizirana kao složeni poremećaj funkcije mozga gdje su prisutni karakteristični simptomi i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja s izraženim oštećenjem socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja. [1]

Shizofrenija se u svakoj stručnoj literaturi opisuje kao poremećaj funkcije mozga pri kojoj oboljela osoba ima iskrivljenu sliku stvarnosti i u većini slučajeva ne može razlikovati realnost od nestvarnih događaja. Sama bolest karakterizira se s više vrsta simptoma: pozitivnim, negativnim, kognitivnim i afektivnim. Shizofrenija se smatra vrlo epizodičnom, kroničnom i ozbiljnom bolesti. Osim što shizofreni bolesnici pogrešno tretiraju realitet, oni neadekvatno raspolažu mislima, osjećajima, voljom i raspoloženjem. I pored velikog broja bolesnika, na žalost, do dan-danas se ne može sa sigurnošću reći što je uzrok nastajanja ovog duševnog poremećaja. [3]

Prije su takvi bolesnici često bili smještavani u psihijatrijske ustanove, ali u današnje vrijeme kad je prisutna suvremena psihofarmakologija i različiti oblici psihosocijalne terapije mnogi bolesnici mogu živjeti sami. Zdravstveni radnici se susreću sa takvim bolesnicima, a i kad se susretnu ne znaju odrediti o kojoj je bolesti riječ. Sami shizofreni bolesnici nisu dovoljno educirani i sami teško prepoznaju svoje simptome bolesti. Budući da sami bolesnici ne prihvaćaju bolest kao takvu i ne žele se liječiti, njihova bolest se još više produbljuje i dovodi do teških posljedica koje su najčešće oduzimanje radne sposobnosti i smještaj u ustanove. Liječenje takve bolesti traje jako dugo ili doživotno, jer je shizofrenija kronična bolest. Medicinska sestra bitna je u liječenju i zbrinjavanju shizofrenog bolesnika. Poimanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinke, prihvaćanje bolesnika onakvog kakav jest sa svim njegovim vrijednostima osobitostima je osnova individualnog pristupa bolesniku. Pružanje pomoći bolesniku bez stigmatizacije definira se u

brojnim dokumentima i traži od medicinske sestre jednako pružanje pomoći za sve bolesnike i najvišu moguću razinu kvalitete sestrinske skrbi.

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, prepoznavati pojavu otpora i strpljivo ga rješavati, osvijestiti bolesnika o psihički uvjetovanim simptomima, o razumijevanju samog sebe i razgovarati o njegovim očekivanjima od terapije. [9]

2. Shizofrenija

2.1. Povijesni pregled

Razvojem medicine i uvođenjem nozoloških klasifikacija Shizofrenija se u polovici prošlog stoljeća počela izdvajati iz velike skupine bolesti s nepoznatom etiologijom.

Naziv shizofrenija uvodi švicarski psihijatar Paul Eugen Bleuler (1857–1939) početkom ovog stoljeća uočavajući ideoafektivnu disocijaciju kao jedan od osnovnih simptoma bolesti. Emil Kraepelin (1856–1926) je, naime, smatrao da bolest počinje u mladosti da neimenovano dovodi do potpunog duševnog propadanja. Međutim kasnije je utvrđeno da bolest ne počinje uvijek u mladosti i ne dovodi uvijek do potpunog duševnog propadanja. Bleulerov naziv shizofrenija dolazi od grčke riječi shizein, koja znači cijepam, jer je Bleuler smatrao da je cijepanje ličnosti glavna karakteristika te teške bolesti. [2]

Bleuer je uveo i pojam primarnih i sekundarnih simptoma koji su vezani uz bolest. Četiri primarna simptoma po njemu su: poremećene asocijacije, autistično ponašanje, abnormalni afekti i ambivalencija. Sve ostalo je svrstao u sekundarne simptome. Godine 1959. Kurt Schneider (1887–1967) je definirao shizofreniju kao poremećaj sa simptomima prvog i drugog reda. Ti simptomi su definirani kroz Međunarodnu klasifikaciju bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (MKB) te kroz dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja (DSM) Američkog psihijatrijskog udruženja. Medicinske sestre uključuju se u psihijatrijske bolnice putem pružanja medicinske njege. Do 19. stoljeća one koje vode brigu o duševnim bolesnicima nazivaju se čuvarima. Od 1880. godine u Sjedinjenim Američkim Državama postoji formalna izobrazba za medicinsku sestru. Daljnji razvoj izobrazbe se proširuje na ulogu sestre u primarnoj zaštiti, savjetovanju i kognitivno- bihevioralnom radu. Usprkos tome sestra često nije u doticaju sa shizofrenim bolesnikom. [4]

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 „katatonia“, koji se zadržava u kasnijoj klasifikaciji kao schizophrenia catatonica. 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. [5]

2.2. Epidemiologija

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, SZO (eng. World Health Organization, WHO), u svijetu trenutno boluje 7,5 milijuna ljudi od shizofrenije. Broj oboljelih u SAD-u je 2,5 milijuna ljudi. 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. [1,6]

Shizofrenija se najčešće javlja između dvadesete i tridesete godine života, rijetko tijekom rane adolescencije ili pak kasne zrele dobi (nakon 45 godine). Iako male, postoje razlike i u spolnoj zastupljenosti shizofrenije. Žene razvijaju kliničku sliku s kasnim početkom te uz naglašene afektivne simptome i općenito povoljniju i kvalitetniju prognozu. Također prema broju dana liječenja, shizofrenija zauzima prvo mjesto, jer su simptomi ozbiljni, te se kao teška, ozbiljna i kronična bolest treba liječiti uporno. Mišljenja o učestalosti shizofrenije u različitim dijelovima svijeta su podijeljena. Premda prevladava stajalište kako je učestalost shizofrenije gotovo jednaka u svim krajevima svijeta, neka istraživanja pokazuju upravo suprotno; primjerice u Aziji je primijećena veća učestalost Shizofrenije simplex u odnosu na Europu i Sjevernu Ameriku. Veća prevalencija shizofrenih poremećaja uočena je i u sjevernim dijelovima Švedske te u sjevernim krajevima Irske. Ipak prevladava mišljenje da se radi o metodološkim nedostatcima istraživanja te da je pojavnost bolesti stabilna u općoj populaciji. U smislu učestalosti pojave bolesti vezane uz spol, incidencija je podjednaka u muškarca i žena. Istraživanja pokazuju da je rizik obolijevanja najveći u muškaraca između 15. i 24.godine, a u žena između 25. i 34.godine. Prisutne su i tvrdnje o većoj učestalosti shizofrenije u osoba rođenih zimi, što se pokušava objasniti većom učestalošću intrauterinih i perinatalnnih oštećenja mozga virusnim infekcijama, hipovitaminozom zbog promijenjene prehrane te niskim temperaturama. [1]

2.3. Etiologija

Uzrok shizofrenije nije poznat, smatra se da je bolest multifaktorski determinirana, odnosno u njemu sudjeluju biologija, psihologija i sociologija koji su u složenom međuodnosu. Danas se smatra da je većina slučajeva prouzročena složenim interakcijama nasljednih i okolinskih čimbenika koji igraju ulogu u razvoju predispozicije za bolest i u samom početku i trajanju bolesti. Rizik obolijevanja od shizofrenije je značajno veći za osobe čiji bliski srodnici boluju ili su bolovali od shizofrenije. Premda se od molekularne genetike već dugo očekuje da identificira gene koji uzrokuju shizofreniju dosadašnja potraga još nije dala željene rezultate, postoji izrazito veliki broj kandidata gena, a trenutno su u centru pažnje kromosomi 6, 8 i 22. Smatra se da je bolest poligenske etiologije. Osim genetske predispozicije, kod bolesnika je utvrđena veća učestalost porođajnih komplikacija u odnosu na opću populaciju.

2.4. Razvojne faze shizofrenije

Simptomi shizofrenije variraju od osobe do osobe. U različitim fazama bolesti kod iste osobe mogu se javiti simptomi različitog intenziteta i težine. Kod nekih bolesnika je nemoguće postići zadovoljavajuću kontrolu simptoma pa tako ovise o tuđoj skrbi i pomoći, dok neki mogu voditi aktivan i zadovoljavajući život. Bolest se javlja u epizodama, a ponekad može imati kontinuiran tijek. Sa vremenom je uočljiva progresija bolesti. Najčešće se spominju četiri faze: premorbidna, prodromalna, akutna, i kronična. [10]

- Premorbidna faza je razdoblje u kojem nema znakova bolesti. Postoje obilježja ličnosti kao što su povlačenje, sramežljivost, nedruštvenost, anksioznost, nesigurnost, preosjetljivost. Obilježja ličnosti mogu trajati cijeli život ili se mogu razviti u neki od poremećaja ličnosti ili shizofreniju. [10]

- Prodromalna faza prethodi bolesti. Javlja se prije nego se pojave tipični simptomi i znakovi bolest.Prisutne su promjene u raspoloženju i ponašanju.Osoba se može čudno ponašati, izbjegavati socijalne kontakte, zanemaruje svoj izgled i osobnu higijenu. Vrlo je važno reagirati na ove simptome kako bi se izbjegla sljedeća epizoda bolesti. [10]

Epizoda bolesti sastoji se od akutne faze bolesti u kojoj su simptomi najizraženiji. Nastaje pojavom psihotičnih simptoma, a to su najčešće kriva vjerovanja (deluzije, bolesne ideje) te

halucinacije, većinom slušne praćene uznemirenošću, nesanicom i drugim simptomima. U akutnoj fazi bolesti najčešće je liječenje u bolnici i najsigurnije mjesto na kojem se može dobiti adekvatno liječenje. [20]

- Faza stabilizacije nastaje kada se akutni simptomi povuku ili su blaži pa osoba može boraviti izvan bolnice. Faza stabilizacije može trajati više godina, iako je često prekidaju faze povratka u akutnu fazu.[18]

- Kronična ili rezidualna faza je stanje nakon završetka akutne faze bolesti. Obilježavaju je poremećaj funkcioniranja, trajne afektivne promjene i kognitivna deterioracija.[20]

2.5. Simptomi i znakovi bolesti

Postoje više klasifikacija simptoma koji se pojavljuju u shizofreniji. Najpoznatija je podjela na primarne i sekundarne ili kako se još nazivaju simptomi prvog i drugog reda. Shizofreni simptomi prvog reda po Schneideru su:

- Halucinatorna ozvučenost vlastitih misli
- Slušne halucinacije u obliku dijaloga
- Slušne halucinacije u kojemu se komentiraju postupci pacijenta
- Cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelu
- Osjećaj oduzimanja misli
- Osjećaj nadmetanja misli
- Osjećaj da drugi znaju što bolesnik misli
- Sumanuto opažanje
- Nametnuti ili kontrolirani osjećaji
- Nametnuti ili kontrolirani porivi
- Nametnuta ili kontrolirana volja

Bleurer dijeli simptome shizofrenije na: fundamentalne ili osnovne i sporedne ili akcesorne. Fundamentalni simptomi ne moraju dominirati u kliničkoj slici, ali su bitni za dijagnozu shizofrenije. Poznati su pod nazivom 4A i uključuju:

- Asocijalnu slabost: mišljenje gubi asocijativni slijed i ciljnu predstavu, cijepa se i prekida, postaje bizarno i ne adekvatno

- Afektivna neadekvatnost: afektivnost bolesnika neprimjerena je ambijentnoj situaciji i misaonom sadržaju
- Ambivalencija se izražava na afektivnom, voljnom i misaonom planu istovremenu prisutnošću poprečnih osjećaja, npr. ljubavi i mržnje, poprečnih težnji, npr. prihvaćanja i odbijanja; bolesnik nešto hoće i neće, te kontradiktornim idejama, npr. nešto je potrebno i nije potrebno
- Autizam se očituje prekidom komunikacije sa stvarnošću i povlačenjem u sebe i svoj svijet fantazije [1]

3. Klinička slika shizofrenije

Najčešće se ističe podjela na pozitive i negativne simptome. Pozitivni simptomi održavaju suvišak ili iskrivljavanje psihičkih funkcija (sumanute ideje i halucinacije) a negativni su simptomi posljedica smanjenja ili gubitka normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti (alogija, abulija, anhedonija itd.). Pozitivni simptomi su dominantni u akutnim fazama shizofrenije, a negativni su simptomi karakteristični za kroničnu shizofreniju. Vrlo je slična na produktivne (sumanute ideje, halucinacije), deficitarne (alogija, apatija, abulija, atimija, anhedonija) simptome shizofrenije. [1]

Treća skupina simptoma su kognitivni simptomi koji su osnova slabijeg funkcioniranja osoba oboljelih od shizofrenije.

3.1. Iskrivljeno doživljavanje stvarnosti

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

3.1.1. Halucinacije

Halucinacije je percepcija nečeg što ne postoji a smatra se zbiljskim. Osoba koja doživljava vidne halucinacije vidi predmete, osobe itd. tamo gdje nema ničega ili gdje se nalaze druge stvari. Ono što vidi ponekad nema veze s okolišem (na primjer javlja se kao da je projicirano na praznom zidu), ali češće je integrirano s konkretnim stvarima. U slučajevima slušnih halucinacija subjekt čuje jasne glasove, riječi, rečenice. Na isti se način doživljavaju njušne, opipne i okusne halucinacije. Istraživanje razloga i načina halucinatornih doživljaja predstavlja dragocjeno iskustvo koje može biti od neprocjenjive vrijednosti za razumijevanje i prodiranje u svijet psihoze. Halucinacija nije samo poremećaj ona je veoma složen doživljaj. [8]

3.1.2. Sumanute ideje

Sumanute ideje javljaju se kao ideje proganjanja, ili kao takozvane ideje veličine, grandioznosti i različite hipohondrijske ideje. Nastanak sumanutih ideja još nije sasvim razriješen. Ponekad izgleda da je to realizacija skrivenih želja i strahovanja; međutim, nije uvijek

tako. Karakteristično za sumanute ideje je da su one vrlo uporne (prolazne –u vremenskom periodu dok traju) i da se ne mogu korigirati ili odbaciti uobičajenim suočavanjem sa činjenicama ili dokazima. Sumanute ideje mogu biti: sumanute ideje odnosa, ekspanzivne ideje, ideje krivnje ili bezvrijednosti, nihilističke ideje, sumanute hipohondrijske ideje, religiozne ideje, ideje ljubomore, erotomanske ideje i sumanutosti kontrole. [2,3,9]

3.1.3. Poremećaj doživljavanja vlastitog ja

Poremećaj doživljavanja vlastitog ja se može očitovati kao: gubitak osjećaja vlastitosti (depersonalizacija) svojih želja, emocionalnih stanja i postupak, gubitak granica vlastitog 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 nešto tuđe, nestvarno, strano. Bolesnici mogu satima provesti zagledajući se u ogledalo kao da žele provjeriti 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. [1,9,13]

3.1.4. Iluzije

Iluzije se mogu objasniti kao pogrešna tumačenja vanjskog podražaja. Kod iluzija postoji stvarni objekt koji izaziva podražaj, ali je opažanje pogrešno, npr. Vidi se grm u sumrak, a vjeruje se da se radi o čovjeku, životinji i sl. Iluzije se mogu javiti i kod zdravih normalnih ljudi u specijalnim stanjima-najčešće pod utjecajem straha. Iluzije se mogu javiti i u stanjima umora, iscrpljenosti. Kad se iluzije pojavljuju izvan takvih specijalnih stanja, one su znak duševne bolesti. Iluzija ima različitih vrsta, a može se reći da ih ima toliko koliko i osjetnih organa; međutim, najčešće su iluzije vida i sluha. Iluzije se često pojavljuju u delirantnim stanjima alkoholičara, u toku febrilnog delirija, kod manično-depresivnih, a i kod shizofrenih bolesnika. [1]

3.2. Povlačenje iz stvarnosti

Shizofrenu ličnost karakterizira postepeno udaljavanje od stvarnosti i konačno bolesnik više ne pokušava da se obraća drugim ljudima, nego umjesto toga živi u svom vlastitom, fantastičnom svijetu. Ovo povlačenje je jedan od prvih simptoma koje obitelj uočava i obično se zbog toga bolesnik dovodi liječniku. Povlačenje iz realnosti u svoj vlastiti svijet zove se autizam. [2]

Povlačenje iz stvarnosti uzrokuje: autizam i katatoni stupor

3.2.1. Autizam

Afektivna hladnoća i gubitak emocionalnog dodira s okolinom dovode bolesnika do udaljavanja od stvarnosti. To povlačenje iz realnosti zatvaranje u vlastiti shizofreni svijet pun želja, fantazija, simbolike nazivamo autizam. U autističkom stanju bolesnici ignoriraju realnost i žive u svom vlastitom svijetu, često punom neočekivanih zbivanja. Bolesnici se u autizmu ne osvrću na ljude oko sebe, na razgovore drugih, na društveni život, na uobičajeni ritam dana, u hranjenju, radu itd., nego žive u svom shizofrenom krugu kao da oko njih nema ni ljudi ni stvarnog života. Oni mogu zauzeti uloge kraljeva, prinčeva i princeza, proroka, vođa, poznatih umjetnika, glumca, sportaša i slično, ali najčešće su emocionalno prazni bez želja, poriva i ideja.. 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 napori za ponovnim zadobivanjem izgubljene realnosti. [5,10]

3.2.2. Katatoni stupor

Katatoni stupor je stanje potpune motoričke blokade kada bolesnik nit govori nit reagira na vanjske podražaje, ne uzima hranu, nezainteresiran za svoju okolinu. Međutim od svega navedenoga, bolesnik je posve bistrog senzorija, prati i reagira sve što se događa oko njega, ali ne reagira. [1]

3.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti

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

3.3.1. Afektivne 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 dovoditi do radosti, u bolesniku izaziva žalost i obrnuto, dok je paramimija fenomen kada bolesnik afektivno doživljava nešto što mimikom sasvim drugačije pokazuje (kad je tužan se smije). [1]

3.3.2. Dezorganizirano i disfunkcionalno mišljenje

U sklopu dezorganiziranog i disfunkcionalnog mišljenja se najčešće događa: disocijacija ili rascijepljenost misli (bolesnici dijelove svojih misli oblikuju na osnovi slučajnih asocijacija tako da su misli nepovezane; između misli ne postoji sklad povezanosti 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). [1]

4. Dijagnoza shizofrenije

U nekim slučajevima, kada smo sigurni da se radi o shizofreniji, teže se odlučiti u koju grupu shizofrenije treba uvrstiti bolest, jer u pojedinom slučaju mogu postojati simptomi, koji pripadaju raznim oblicima shizofrenije. Međutim, dijagnosticiranje rane, incipijentne shizofrenije nije uvijek lako. U ranom stadiju bolesti shizofrenici mogu imati mnoge smetnje, koje imaju shizotimne ličnosti, neurotici, bolesnici s manično- depresivnom psihozom i drugim psihozama. U poodmaklom stadiju bolesti diferencijalna dijagnoza između shizofrenije i navedenih poremećaja rjeđe dolazi u pitanje. [10]

Treba naglasiti da suvremena poimanja bolesti, koja se odražavaju u najnovijoj inačici Klasifikacije Američkog psihijatrijskog udruženja DSM5 smatraju da je preklapanje simptoma pojedinih podvrsta shizofrenije izraženo u tolikoj mjeri, a klinički tijek promjenljiv da podvrste shizofrenije nemaju dostatno utemeljenje na dokazima i najčešće nisu toliko bitne za liječenje bolesti.

4.1. Kriterij za postavljanje dijagnoze

Kriteriji za postavljanje dijagnoze shizofrenog poremećaja sukladno desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije obuhvaćaju:

- ozvučenje, nametanje ili oduzimanje misli
- sumanute ideje o upravljanju, utjecaju ili pasivnosti, koje se jasno odnose na tijelo ili pokrete ekstremiteta ili pak na specifične misli, postupke ili osjećaje i sumanuto opažanje
- halucinatorni glasovi koji komentiraju ponašanje oboljelog, međusobno raspravljaju o njemu, ili pak druge vrste slušnih obmana osjetila
- postojanje druge vrste sumanute ideje, kulturalno neprimjerene i potpuno nemoguće, npr. o vjerskoj ili političkoj osobnosti, o nadljudskim sposobnostima
- postojanje obmane osjetila bilo kojeg modaliteta kada su praćene prolaznim ili nedovoljno uobličenim sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja, precijenjenim idejama, ili pak kada se javljaju mjesecima ili tjednima
- blokove mišljenja ili umetanja u tijek mišljenja a što ima za posljedicu nepovezan ili irelevantan govor ili nelogizme
- katatono ponašanje kao što su katatono uzbuđenje, „voštana“ savitljivost, negativizam, mutizam i stupor

- negativne simptome u vidu izrazite apatije, oskudnog govora, otupjelih ili neskladnih osjećaja, što obično dovodi do društvenog povlačenja i opadanja društvene učinkovitosti. Ovi simptomi mogu biti posljedica depresije ili farmakoterapije
- dosljedna promjena ukupnih osobina osobnog ponašanja koje se ispoljava kao značajan gubitak zanimanja, besciljnost, preokupiranost vlastitom osobom i povlačenje od društva [11]

4.2. Oblici shizofrenije

Za postavljanje dijagnoze shizofrenije (F 20) treba postojati vrlo jasan barem jedan simptom iz toga proizlazi da stanja koja imaju prisutne ove simptome kraće vrijeme nego mjesec dana trebaju se dijagnosticirati kao akutni psihotični poremećaj sličan shizofreniji (F 23. 2), a ako ti simptomi traju dulje vrijeme tek se onda može potvrditi dijagnoza shizofrenije. Deseto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti Svjetske zdravstvene organizacije razlikuje sljedeće forme shizofrenije: paranoidna shizofrenija (F20. 0), hebefrena shizofrenija (F20. 1), katatona shizofrenija (F20. 2), nediferencirana shizofrenija (F20. 3), posthipozna shizofrenija (F20. 4), rezidualna shizofrenija (F20. 5), jednostavna shizofrenija (F20. 6), druga shizofrenija (F20. 8), shizofrenija nespecifirana (F20. 9). [11]

4.2.1. Paranoidna shizofrenija

Ovaj oblik shizofrenije javlja se kod relativno starijih osoba (bar u odnosu na ovo oboljenje), obično poslije tridesete godine. Dopunski naziv izveden je od grčke riječi „paranoja“, što znači besmisao („para“-van, i „nous“ -smisao). [3]

Bolest obično počinje naglo: u toku nekoliko dana, ili nekoliko tjedana razvije se čitav složeni sistem paranoidnih misli. Tijek je različit. U jednom dijelu slučajeva javljaju se remisije s eksacerbacijama, a u drugom dijelu bolest, već poslije prvog maha, postepeno prolazi u kronični oblik. Bolesnik smatra da ga progone različiti neprijatelji, organizacije, različite sile, strane agencije itd. [10]

Najčešći je oblik shizofrenije. Za nju je tipična prisutnost sumanutih misli ili halucinacija koje određuju ponašanje bolesnika u akutnoj fazi. Najčešće je riječ o sumanutostima proganjanja, veličine i ljubomore, a i sadržaj halucinacija uglavnom su povezani sa sumanutošću

veličine i proganjanja. Bolesnik može početi s dominacijom sumanutih misli i halucinacija, ali može početi i sa nekim drugim simptomima, npr. poremećajem afekta i mišljenja te kasnije mogu prevladati obmane osjetila i sumanutosti. Simptomi obično dobro reagiraju na psihofarmake te su remisije dosta dobre i brzo se postižu. [1]

4.2.2. Hebefrena shizofrenija

Hebefreni oblik shizofrenije najteže je definirati. Heberfrenija počinje gotovo uvijek u mladenačkoj dobi ili još ranije, u pubertetu. U početnoj fazi bolesti česte su hipohondrijske misli. Kako bolest više napreduje, to heberfreni ton postaje jasniji. [10]

4.2.3. Katatona shizofrenija

U katatonoj formi shizofrenije prevladavaju poremećaji psiho motorike. Česti su katatoni stupor ili rigidnost, prestaju ili su smanjeni kontakti s okolinom ili, pak dolazi do izražaja katatona uzbuđenosti. Često je izražena stereotipija, kako u motorici, tako i u govoru i mišljenju. Pojavljuju se automatizmi, negativizmi pa i mutizmi. Tijek bolesti uglavnom je dobar, s dosta dobrim remisijama i recidivima, a prognoza je relativno povoljna, osim u smrtnoj katatoniji. Maligna ili smrtna katatonija rijedak je oblik bolesti koji se uglavnom ne može prekinuti klasičnim antipsihoticima. Očituje se jakim psiho motoričkim uzbuđenjem ili jakom zakočenošću. Karakteristična je hipertermija zbog oštećenja termoregulacijskih centra u mozgu, a bolest često završava smrću. [1]

4.2.4. Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija (F20.3). je tip shizofrenije koji se dijagnosticira kada ne postoji izrazita dominacija pojedinih simptoma kao u drugim tipovima shizofrenije. Kod dijagnosticiranja ne smiju biti zadovoljeni kriteriji za paranoidni, hebrefreni ili katatoni tip shizofrenije. [19]

4.2.5. Postsizofrena depresija

Riječ je o depresivnoj epizodi koja može biti produljena, a predstavlja produžetak bolesti kada su shizofreni simptomi već oslabjeli (ne dominiraju kliničkom slikom). Visok je rizik za samoubojstva kod osoba sa postpsihotičnom depresijom. [13]

4.2.6. Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija (F20.5) dijagnosticira se kod oboljele osobe kada je imala jednu ili više epizoda shizofrenije, a zatim su dulje vrijeme prisutni negativni simptomi bolesti, iako mogu biti prisutni i drugi manje izraženi ili blagi simptomi shizofrenije. [18]

4.2.7. Simpleks forma

Simpleks shizofrenija (F20.6) kod koje se radi o izrazitom padu socijalnog funkcioniranja u odnosu na stanje prije bolesti. U ovom tipu prevladavaju samo negativni simptomi. Tip shizofrenije koji je vrlo teško dijagnosticirati i nije čest. Početak bolesti uglavnom je postupan. Bolesnik se postupno povlači u vlastiti svijet, osjeća da se mijenja, a nakon toga i okolina zamjećuje da on mijenja svoje običaje i prijašnji način življenja. Izraženo je zakazivanje na planu socijalnog funkcioniranja.Mišljenje počinje poremećeno, postepeno dolazi do afektivnog osiromašenja, a kasnije i do afektivne pustoši. Tijek bolesti obično je progredirajući i pogoršavajući bez izmjena recidiva i remisija te bolest obično prelazi u kronični oblik. Psihofarmakoterapija uglavnom daje slabe rezultate. [1,18]

4.2.8. Shizoaafektivna forma

Shizoafektivna forma označuje kliničku sliku u kojoj su prisutni simptomi shizofrenije i afektivne psihoze. Razlikuju se manični i depresivni tip. Bolesnici s maničnim tipom imaju neke od shizofrenih simptoma i simptome karakteristične za maniju. Shizoafektivni poremećaj depresivnog tipa očituje se kliničkom slikom depresije uz barem jedan od osnovnih shizofrenih simptoma. Nužno je da liječenje shizofrenije započinje sa što ranijom primjenom antipsihotika, što je ponekad teško provesti jer najveći broj bolesnika dolazi u kontakt sa psihijatrom nakon što bolest već traje dulje vrijeme. Farmakoterapija omogućuje potiskivanje simptoma shizofrenije i postizanje kritičnog uvida bolesnika u bolest. No osim primjene antipsihotika, bitne su i

psihoterapijske i socioterapijske tehnike i metode, psihoedukacija bolesnika i njegove obitelji, obiteljska psihoterapija, individualna bihevioralna terapija i drugo. Trajanje liječenja shizofrenije je dugotrajno, u najvećem broju slučajeva i doživotno. [1]

5. Liječenje shizofrenije

Liječenje shizofrenih bolesnika je zahtjevan i dugotrajan proces za samog bolesnika, njegovu obitelj i medicinsko osoblje.

Ogromnu važnost na području liječenja shizofrenije imaju ispravna njega i čuvanje bolesnika te stvaranje pozitivnih međuljudskih odnosa u psihijatrijskim ustanovama. Bolesnika treba što je više moguće aktivirati u vlastito liječenju , a metode prisile i sputavanja treba potpuno napustiti. Shizofreni bolesnik može katkada značiti izrazitu opasnost za sebe i okolinu; na to treba u toku njege obratiti specijalnu pažnju. [2]

Uloga medicinske sestre u liječenju psihički oboljelih je velika i odgovorna ona se sastoji od brige za bolesnikovo duševno i tjelesno zdravlje. Medicinska sestra je prva u kontaktu sa bolesnikom, s njim provodi najviše vremena i uočava sve promjene, iznosi svoja zapažanja. Uloga medicinske sestre u liječenju bolesnika oboljelih od psihičke bolesti temelji se na osnovnim načelima zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika. Terapijska komunikacija podrazumijeva razvijanje partnerskog odnosa i odnosa povjerenja, a od same medicinske sestre se zahtijevaju dobro razvijene komunikacijske vještine koje će bolesniku osigurati osjećaj prihvaćenosti, savjet i podršku. Oslanjanje na bolesnikove preostale potencijale i njegovo uključivanje u sve razine skrbi ne znači da sestra treba raditi nešto umjesto bolesnika već se njihove uloge nadopunjuju i u tom procesu sestra treba procjenjivati bolesnikove mogućnosti i postavljati ciljeve koje će bolesnik moći ostvariti. Shizofreni bolesnici su često izolirani od socijalne sredine i tada medicinska sestra mora prepoznati takvo stanje i potaknuti ih da razviju potrebu za promjenom takvog ponašanja.

5.1. Liječenje lijekovima

Lijekovi su promijenili psihijatrijsku praksu i predstavljaju osnovni oblik liječenja. Lijekovi za liječenje shizofrenije i sličnih poremećaja nazivaju se antipsihotici. Imamo veliki broj antipsihotičnih lijekova; antipsihotici starije generacije-tipični (Flufenazin, Klorpromazin, Promazin, Haloperidol, Tioridazin) i antipsihotici novije generacije-atipični (Sulpirid, Klozapin, Olanzapin, Risperidon, Kventiapin, Ziprasidon).

U liječenju psihotičnih simptoma, svi su antipsihotici efikasni, no razlikuju se po neželjenim afektima koji utječu na život pacijenta. Za liječenje shizofrenije u svim stručnim smjernicama preporuča se prvo dati novije atipične antipsihotike jer imaju manje neugodnih nuspojava. U

90% slučajeva antipsihotici će dovesti do povlačenja akutnih simptoma bolesti. Lijekovi djeluju na razinu neuroprijenosnika u mozgu te time omogućuju mozgu da bolje funkcionira, da djeluju umirujuće, smanjuju agresivnost, poboljšavaju spavanje, smanjuju tjeskobu i depresiju. [18]

Simptomi bolesti i stanje bolesnika ovisi o tome hoće li se primijeniti jedan ili više lijekova. Također izbor lijeka ovisi o fazi bolesti, a lijekovi u akutnoj fazi će se razlikovati od onih u fazi stabilizacije. Najčešći razlog neprihvaćanja bolesti, nisu svijesni bolesti, ne misle da se trebaju liječiti, a lijekovi im dodatno rade nuspojave. Neki bolesnici smatraju kako lijekovi kontroliraju mozak te od njih rade zombije, a neki da su poput droge. Većina njih prestaje uzimati lijekove zbog neugodnih nuspojava. Zbog toga je bitno bolesniku objasniti i jasno dati informacije o učinkovitosti liječenja lijekovima kako bi uistinu razumio koristi terapije, a ne da na lijekove gleda kao na sredstva koja ga kontroliraju i uništavaju. Većina antipsihotika ima korisne učinke, ali se kod nekih pacijenata tokom liječenja javljaju neželjeni učinci i nuspojave. Vrlo neugodne nuspojave doživljavaju neki bolesnici poput ekstrapiramidnih simptoma: [18]

- Akatizija - doživljaj unutarnjeg nemira, nelagode, nemogućnost da sjedi na miru
- Distonija - nevoljni pokreti tijela
- Parkisonizam - ukočenost, drhtanje, smanjenje pokreta, smanjene emocionalne ekspresije
- Tardivna diskinezija (TD) - neželjeni pokreti nekih mišića (mišića usana i jezika, ponekad mišića ruku, vrata i drugih dijelova tijela) najčešće se pojavljuje kod nekih pacijenata koji se dugo liječe antipsihoticima
- Maligni neuroleptički sindrom (MNS) - vrlo rijetka, ali vrlo ozbiljna nuspojava. Karakterizira je jako mišićno ukočenje, znojenje, poteškoće gutanja, povišena tjelesna temperature, gubitak kontrole izlučivanja urina i stolice, drhtanja, ubrzani rad srca, promjene u laboratorijskim nalazima, promjene krvnog tlaka

Kod primjene antipsihotika mogu se pojaviti neželjeni simptomi poput pospanosti, zamagljeni vid, suha usta, povećanje količine sline, vrtoglavica, porast tjelesne težine, pad krvnog tlaka, ubrzan rad srca, poteškoće sa mokrenjem i stolicom, seksualne nuspojave. Antipsihotici mogu otežati mentalne i fizičke sposobnosti koje su potrebne za upravljanje strojevima i vožnju automobila te zbog toga treba izbjegavati aktivnosti kad lijekovi djeluju uspavljujuće. Danas postoji veliki broj antipsihotika na tržištu pa kod nuspojava možemo sniziti dozu ili odabrati drugi lijek. Antipsihotici druge ili novije generacije ne izazivaju ekstrapiramidne nuspojave ili ih izazivaju rjeđe. [18]

5.2. Elektrokonvulzivna (elektreostimulativna) terapija

Elektrokonvulzivna stimulacija (EKS) predstavlja terapijsku proceduru kojom se mozak pacijenta stimulira provođenjem serije kontroliranih, kratkotrajnih električnih implusa. Provođenje impulsa postiže se korištenjem elektroda smještenih na precizno određenim točkama na glavi bolesnika. Ti podražaji uzrokuju moždanu kljenutost koja traje odprilike dvije minute. Indikacije za EKS su veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija i poslijeporođajna depresija. Bitno je naglasiti da je EKS metoda liječenja kojoj se pristupa tek kada su druga sredstva, najčešće farmakoterapija, nedjelotvorna. EKS je kontraindicirana kod osoba sa srčanim smetnjama i tumorima mozga. [1]

5.3. Psihoterapija

Psihoterapija je jedna od najstarijih metoda liječenja psihijatrijskih bolesnika. Predstavlja psihološku metodu liječenja psihičkih poremećaja, provodi se planski i s jasno definiranim ciljem. Za postizanje terapijskog cilja nužno je korištenje određenih metoda i tehnika. Osnovni terapijski instrumenti pritom je riječ, odnosno verbalna komunikacija između terapeuta i oboljele osobe. Naravno da se koristi i neverbalna komunikacija budući da ona prati svaki ljudski odnos. Psihoterapija nalazi svoje mjesto u liječenju mnogobrojnih poremećaja i oboljenja bilo da se primjenjuje zasebno ili zajedno s drugim metodama liječenja. Najčešće se primjenjuje u liječenju psihosomatskih oboljenja, psihoza, alkoholizma i drugih ovisnosti te u novije vrijeme liječenju delinkvencije. Psihoterapijski se danas lijeće i djeca od najranije dobi, adolescenti i osobe u zreloj dobi, a sve više zahvaća i liječenje poremećaja prisutnih u starijim dobnim skupinama. [1]

Treba naglasiti da psihoterapija kod liječenja shizofrenije ima vrlo ograničenu ulogu, zahtjeva veliki trud, godine liječenja uz izrazito skromne rezultate te ne može biti komplementarna farmakoterapiji, a nikako jedina metoda liječenja oboljelog.

5.3.1. Edukacija obitelji

Bolesnici se često otpuštaju iz bolnice na skrb u obitelji. Važno je da obitelj ili skrbnici budu dovoljno educirani o shizofreniji, kako bi razumjeli poteškoće vezane uz to stanje.

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 kako je to Zakonom predviđeno. Nije dobro lagati bolesniku, niti se služiti ucjenama. Treba davati realna i primjerena obećanja i preuzeta 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. [13]

5.4. Socioterapija

Socioterapija se definira kao 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 socijalne sredine, a da pritom primjereno reagira na taj pristanak. Najčešće socioterapijske metode liječenja su: terapijska zajednica, rekreacija, igra, ples, glazba, okupacijska i radna terapija, te mnoge druge. [1]

5.4.1. Terapijska zajednica

Zahtjeva timski pristup psihijatrijskom bolesniku (psihijatar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, okupacijski terapeut, muzikoterapeut) te formiranje odbora bolesnika koji aktivno sudjeluje u terapijskom postupku. Terapijskom zajednicom nastoji se bolesnika priviknuti na radne navike, na uspostavljanje što bolje veze s obitelji i održavanje veze s radnom sredinom. Na taj se način omogućuje bolesniku da što samostalnije rješava nastale životne probleme te se utječe na članove obitelji kako bi oboljelog člana nakon izlaska iz bolnice što bolje prihvatili, razumjeli i primjereno reagirali na njegovo ponašanje. Terapijska zajednica kao metoda liječenja iskorištava socijalne fenomene: aktivnu organizaciju života, sredine i

zakonitosti života u grupi, što stvara mogućnosti raznolikih međusobnih komunikacija koje postoje u vanjskom svijetu- u društvu. [1]

5.5. Prehrana shizofrenih bolesnika

Britansko udruženje za shizofreniju utvrdilo je da se odgovarajućim dijetetskim mjerama može pridonijeti poboljšanju stanja oboljelog od te bolesti. Oni navode sljedeće:

- Uputno je uzimati hranu što manje glutena, mlijeka i šećera najmanje godinu dana. Umjesto žitarica koje sadržavaju gluten poručuje se hrana od soje i heljde.
- Preporučuje se smanjiti zastupljenost krumpira, paprike i plavog patlidana u prehrani.
- Dobro je jesti što više povrća, voća, piletine i ribe.
- Preporučuje se uzimati B vitamine, folnu kiselinu i vitamin C. primjena nekih antipsihotika može znatno smanjiti koncentraciju vitamina u krvi.
- Može biti korisno i uzimanje preparata omega-3 u većim dozama jer sadržava nezasićene masne kiseline iz riba sjevernih mora.
- Preparati magnezija preporučuju se kod anksioznih i agitiranih bolesnika jer utječu umirujuće.
- Preporučuje se izbjegavanje alkohola, droga i cigareta. [1]

5.6. Samoubojstvo i shizofrenija

Učestalost samoubojstva kod shizofrenih bolesnika iznosi 10 posto. Omjer muškaraca prema ženama izvršiteljima samoubojstva kod shizofrenih bolesnika je podjednak. Shizofreni muškarci češće nego žene izvrše samoubojstvo u ranijoj fazi bolesti. U odnosu na opću populaciju shizofreni muškarci češće učine samoubojstvo trovanjem lijekovima i skakanjem s visine. U usporedbi shizofrenih muškaraca i žena, muškarci češće izvrše samoubojstvo vješanjem i vatrenim oružjem, a žene skakanjem s visine i trovanjem lijekovima što je u skladu i sa spolnim razlikama u općoj populaciji. Kod shizofrenih bolesnika razlikuju se slijedeće vrste samoubojstva:

- Samoubojstvo kao izvršni čin imperativnih halucinacija
- Samoubojstvo u katatonom nemiru
- Bilansno samoubojstvo u djelomičnoj ili dobroj remisiji

- Shizofreni bolesnici po učestalosti samoubojstva zauzimaju vrlo visoko mjesto i u našoj populaciji: više od 10 posto shizofrenih bolesnika završava život samoubojstvom. [1]

6. 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 osnovi 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. [1]

Ciljevi u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od shizofrenije su:

- promicati i unapređivati interakciju između bolesnika i njegove okoline
- nastojati povećati i pojačati psihološku stabilnost
- osigurati zaštitu
- poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom [1]

6.1. Moguće sestrinske dijagnoze

Da bi se ciljevi bolesnika oboljelih od shizofrenije bili postignuti, medicinska sestra ovisno o sestrinskoj dijagnozi, mora primijeniti individualizirane sestrinske intervencije. Kod osoba oboljelih od shizofrenije, moguć je neimenovan broj sestrinskih dijagnoza i intervencija. U nastavku slijede izdvojene sestrinske intervencije:

- Neupućenost
- Smanjeni stupanj samopoštovanja
- Anksioznost i strah
- Smanjena mogućnost brige o sebi
- Seksualna disfunkcija
- Promijenjeni obiteljki odnosi
- Visok rizik za oštećenje pokretnosti u smislu psihomotoričke i agitacije
- Visok rizik za nasilno ponašanje
- Visok rizik za samoubojstvo

- Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa
- Poremećaj spavanja

6.1.1. Neupućenost

Nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Sestrinske intervencije mogu biti sljedeće:

- Poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina
- Prilagoditi učenje pacijentovim kognitivnim sposobnostima
- Podučiti pacijenta specifičnom znanju
- Pokazati pacijentu specifičnu vještinu
- Osigurati pomagala tijekom edukacije
- Poticati pacijenta i obitelj da postavljaju pitanja
- Poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- Osigurati vrijeme za verbalizaciju naučenog
- Omogućiti pacijentu demonstriranje specifične vještine
- Pohvaliti bolesnika za usvojena znanja.[16]

6.1.2. Smanjeni 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

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

- Poticati bolesnika na pozitivan izgled tijela što pridonosi samopoštovanju [1]

6.1.3. 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 pažljivom odnosom ispunjenim pružanjem potpore
- Ustanoviti sve komponente i okidače vezane iz 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, tješenje i žaljenje
- Demonstriranje i poticanje provođenja i uporabe učinkoviti i efikasnih strategija suočavanja s anksioznošću: tehnike opuštanja i zaustavljanja misli, vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije, okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija), meditacija, tjelovježba [1,14,15]

6.1.4. Smanjena mogućnost brige o sebi

Ova sestrinska dijagnoza može se prepoznati na osnovu sljedećih podataka: nesposobnost ili poteškoće u području hranjenja, održavanja higijene tijela, oblačenja, eliminacije, smanjenje intenziteta radi 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 [12,14]

6.1.5. Seksualna disfunkcija

Podaci koji ukazuju na ovu sestrinsku dijagnozu su sljedeći: neuobičajeno seksualnoponašanje, pretjerana opsjednutost seksom, nesposobnost da se upozna spolnog partnera, uključenost u višestruke spolne veze, endokrinološke promjerne 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 [2]

6.1.6. 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 interpersonalinih 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
- Davane podataka i informacija vezanih uz terapiju i resursa iz zajednice koji pružaju potporu (obrazovno savjetovalište, centri za dnevnu skrb, zaštitne radionice, noćne bolnice) [1]

6.1.7. 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 TV, radio, posjeti i drugo [1]

6.1.8. Visok rizik za nasilno ponašanje

Mogućnost fizičkog, psihičkog i/ili seksualnog nasilnog ponašanja prema drugima.

Sestrinske intervencije mogu biti slijedeće:

- iskazati empatiju, pružiti mogućnost izbora, omogućiti bolesniku izražavanje osjećaja, zadržati kontrolu i smirenost nad situacijom
- izbjegavati dodirivati bolesnika, izbjegavati kontakt očima, osigurati umirujuću okolinu, koristiti čaše i pribor za jelo kojim se ne može nanijeti ozljeda

- poticati bolesnika na sudjelovanje u grupnoj terapiji [17]

6.1.9. Visok rizik za samoozljeđivanje

Stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti. Česta ponašanja kod samoozljeđivanja: udaranje glavom, bodenje, rezanje, paljenje kože, grebanje, udaranje, anoreksično/ bulimično ponašanje, uzimanje povećanih doza lijekova/droga, udaranje/šamaranje, čupanje kose, namjerno nepridržavanje terapeutskog režima, gutanje predmeta.

Sestrinske intervencije mogu biti slijedeće:

- uspostaviti odnos povjerenja sa bolesnikom
- bolesnika poticati na izražavanje svojih osjećaja
- omogućiti bolesniku osjećaj sigurnosti
- bolesniku pokazati razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja
- bolesnika uključiti u grupe podrške, obitelj podučiti o znakovima samoozljeđivanja, obitelj podučiti o intervencijama u slučajevima pokušaja samoozljeđivanja [17]

6.1.10. Visok rizik za samoubojstvo

Ponašanje u kojem pojedinac pokazuje postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom.

Sestrinske intervencije mogu biti slijedeće:

- bolesniku osigurati sigurnu okolinu - ukloniti opasne predmete
- često kontrolirati prostor u kojem boravi i ormariće
- sa obitelji se dogovoriti da ne donose nikakve opasne predmete bolesniku
- sa bolesnikom uspostaviti odnos povjerenja, biti uz bolesnika kad god je to moguće

- terapiju na odjelu držati zaključanu, bolesnika potaknuti da si postavi kratkoročne, ostvarene ciljeve, obitelj uključiti u skrb za bolesnika,
- kod pogoršanja bolesnika kontaktirati psihijatra [17]

6.1.11. Neučinkovito nepridržavanje zdravstvenih uputa

Ponašanje pojedinca u kojemu on/ona ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao/očuvala zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć. Nezadovoljavajuća promjena dnevne rutine s ciljem ozdravljenja ili postizanja zdravstvenih ciljeva.

Sestrinske intervencije mogu biti slijedeće:

- s pacijentom stvoriti odnos povjerenja
- pri razgovoru i podučavanju osigurati miran prostor bez ometanja
- pacijentu omogućiti izražavanje vlastitih želja i potreba
- s pacijentom dogovoriti ciljeve podučavanja
- pružiti primjer pacijentu vlastitim profesionalnim izgledom i ponašanjem
- pacijenta educirati o važnosti usvajanja znanja o prestanku/smanjenju pušenja, prestanku/smanjenju konzumiranja alkohola, pravilnoj higijeni, pravilnoj prehrani, redovitoj fizičkoj aktivnosti, redovitim stomatološkim i sistematskim pregledima [17]

6.1.12. Poremećaj spavanja

Nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom.

Sestrinske intervencije mogu biti slijedeće:

- bolesnika podučiti tehnikama relaksacije
- s bolesnikom napraviti plan dnevnih aktivnosti
- osigurati dovoljan broj jastuka prije spavanja
- po odredbi liječnika primijeniti lijekove za spavanje
- ukloniti čimbenike iz okoline koji otežavaju spavanje
- bolesnika poticati na dnevnu aktivnost [17]

7. Stigma i diskriminacija

Shizofrenija se smatra jednom od najviše stigmatiziranih bolesti. Pojam stigme označava negativno obilježiti osobu zbog karakteristika (narodnost, boja kože, spol i drugo). Stigmu uzrokuju predrasude. Stigma shizofrenije proizlazi iz netočnih informacija i vjerovanja da su svi oboljeli nesposobni za život, agresivni i opasni za okolinu, neizlječivi, i da su sami krivi za svoju bolest. Zbog ovih vjerovanja oboljeli od shizofrenije mogu biti izloženi diskiminaciji. Diskriminacija znači zakinuti nekoga i uzeti mu neka prava.

Kada je osoba izložena stigmi i diskriminaciji važno je da zadrži samopoštovanje bez obzira na izbor reakcije. Slijedi primjer uspješne reakcije na stigmu: „Pri povratku na posao Marija je doživjela izbjegavanje kolegice na poslu i podsmjehe 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 bit pametno. Marija je na to rekla: „ ja vam moram reći da je danas liječenje od shizofrenije uspješno, da postoje jako dobri 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. [7]

7.1. Činjenice i netočne informacije o bolesti

Većina oboljelih od shizofrenije nije opasna za okolinu. Često su oboljeli prikazani kao agresivni i opasni. Agresivnost je češća kod osoba kod kojih bolest traje duže vrijeme i izraženi su simptomi sumanutosti. Shizofrenija je neizliječiva bolest, ali se može stabilizirati. Oboljele osobe se ne izliječe nego uđu u remisiju koja teoretski može biti i trajna.

Shizofrenija nije rascjep ličnosti. Česta je zabluda da osobe oboljele os shizofrenije imaju rascijepljenu ličnost kao da su dvije osobe u jednoj. Zablude se javljaju 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. [7]

8. Zaključak

Kod psihičkih nestabilnih i nezdravih osoba, pa tako i kod shizofrenih, najvažnije je suočavanje pacijenta i njegove obitelji sa samom bolesti. Vrlo je važna edukacija te uloga medicinske sestre. Medicinska sestra važan je faktor kod suzbijanja stigmatizacije duševno bolesnih osoba. Duševna bolest utječe na svakoga, ne samo na bolesnika koji boluje od nje. Zbog toga je važna edukacija o simptomima, nuspojavama lijekova, tijeku bolesti i mogućim ishodima, koje osim samoga pacijenta treba znati i njegova obitelj. Vrlo je važno da obitelj i pacijent budu informirani kako, kada i gdje potražiti pomoć. Medicinska sestra potiče i održava dobru komunikaciju između oboljelog i obitelji. Osim kod bolničkog liječenja i konzilijarnog pregleda pacijenta, medicinska sestra treba upoznati i informirati pacijenta o grupama za podršku i poticati ga na uključivanje. Medicinska sestra, kao važan član psihijatrijskog tima je za osobe oboljele od shizofrenije najbliža podrška. Ona se aktivno zauzima za bolesnikove probleme i njegove potrebe te osigurava dovoljno vremena za samog bolesnika. Danas su psihički pacijenti uvelike stigmatizirana i diskriminirana skupina ljudi zbog neupućenosti i neznanja, a sve to najviše se širi medijima. Vodeći se time, potrebno je organizirati različite tribine, promocije i programe kojima bi se pomoću medija, letaka i brošura vršila edukacija populacije. Pristup prema svakoj oboljeloj osobi treba biti profesionalan ali i individualan, a u skladu sa njegovim mogućnostima. Bolesnik se u fazi stabilnosti uključuje u grupni rad, te sudjeluje u aktivnostima gdje se provodi socioterapija i psihoterapija, gdje medicinska sestra aktivno sudjeluje u timskom radu. Medicinska sestra se treba stalno educirati i usavršavati u području zdravstvene njege u svrhu dobrobiti pacijenta za njegovo zdravlje.

U Varaždinu, 29.09.2017.

_____

Anita Vinkvović

9. Literatura

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

[2] D. Blažević, V. Hudolin: Mentalna higijena i psihijatrija s neurologijom, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1967.

[3] P. Milekić: Duševne bolesti i neuroze, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1968.

[4] Z. Mojsević: Setrinstvo u zajednici, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2007.

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

[6] A. Barbato: Shizophrenia and public health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1998.

[7] S. Štrkalj- Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psiho edukacija između informacije i psihoterapije, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2011.

[8] G. Jervis: Kritički priručnik psihijatrije, Stvarnost, Zagreb, 1977.

[9] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

[10] R. Lopašić, S. Betlheim, S. Dogan: Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1961.

[11] V. Folnegović- Šmalc: Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja deseta revizija- klinički opisi i dijagnostičke smjernice, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.

[12] S. Uzun, O. Kozumplik, N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc: Nuspojave psihofarmaka, Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2005.

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

[14] M.C. Townsend: Nursing in Psychiatric- Nursing care Plans and Psychotropic Medications, eighth edition, Philadelphia, 2011.

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

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

[17] D. Abou Aldan, D. Babić i suradnici: Sestrinske dijagnoze III, HKMS, Zagreb, 2015.

[18] S. Štrkelj- Ivezić, L. Bauman: Shizofrenija put oporavka, Svitanje, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2009.

[19] M. Jakovljević: Shizofrenija u teoriji i praksi, Etiopatogeneza i klinička praksa, Medicinska naklada: Pro mente, Zagreb, 2011.

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

Sveučilište
Sjever

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

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Anita Vinković
(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, ANITA VINKOVIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELIH OD STAFILOKOKNE *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Anita Vinković
(vlastoručni potpis)