

Shizofrenija - liječenje i resocijalizacija shizofrenog bolesnika

Vukoje, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:648698>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**SHIZOFRENIJA – LIJEČENJE I RESOCIJALIZACIJA
SHIZOFRENOG BOLESNIKA**

Završni rad br. 49/SES/2019

Ana Vukoje

Bjelovar, srpanj 2019.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Vukoje Ana** Datum: 12.06.2019. Matični broj: 001657
JMBAG: 0117227097

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1**

Naslov rada (tema): **Shizofrenija - liječenje i resocijalizacija shizofrenog bolesnika**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor
3. Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 49/SES/2019

Studentica će u radu objasniti epidemiologiju, etiologiju i liječenje shizofrenih bolesnika sa posebnim osvrtom na resocijalizaciju istih.

Zadatak uručen: 12.06.2019.

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala,

Ponajprije mojoj majci koja je provela vrijedne 3 godine studiranja uz mene, učeći i prolazeći ispite samnom, a nadalje i cijeloj mojoj obitelji koja mi je bila podrška u studiranju. Mojem bratu Luki, zaručniku Ivanu, svim mojim prijateljima i neizostavno, mojoj mentorici i profesorici Tamari Salaj, dipl. med. techn. bez koje ovaj rad ne bi bio moguć. Uz sve navedene, veliko hvala svim profesorima i predavačima Veleučilišta u Bjelovaru.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE RADA	4
4. SHIZOFRENIJA	5
4.1 Povijest shizofrenije	6
4.2. Epidemiologija shizofrenije	7
4.3. Etiologija shizofrenije	7
4.3.1 Aktivnost dopamina	8
4.3.2 Mozak i shizofrenija.....	8
5. KLINIČKA SLIKA SHIZOFRENIJE	9
5.1 Simptomi i znakovi shizofrenije.....	9
5.2 Suicidalnost u shizofrenih bolesnika	12
5.3 Tijek bolesti	13
5.4 Vrednovanje genetičkih podataka.....	16
5.5 Obitelj i shizofrenija.....	16
6. DIJAGNOSTIKA SHIZOFRENIJE.....	17
6.1 Tipovi shizofrenije	18
6.1.1 Paranoidni tip shizofrenije.....	18
6.1.2 Hebefreni tip shizofrenije.....	18
6.1.3 Katatoni tip shizofrenije	18
6.1.4 Nediferencirana shizofrenija	19
6.1.5 Rezidualni tip shizofrenije.....	19
7. LIJEČENJE SHIZOFRENIJE.....	20
7.1 Terapija psihofarmacima	21
7.2 Klasifikacija antipsihotika	21
7.2.1 Tipični antipsihotici.....	21
7.2.2 Atipični antipsihotici.....	22
7.3 Elektrokonvulzivna terapija.....	24
7.4 Psihoterapija.....	26
7.5 Rehabilitacija	28
7.6 Socioterapija.....	29
8. STIGMA I PREDRASUDE	30

8.1 Što ljudi misle o shizofreniji?.....	31
8.3 Radno pravo	32
9. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE SHIZOFRENOG BOLESNIKA	32
9.1 Ciljevi zdravstvene njege shizofrenog bolesnika	33
9.2 Sestrinske dijagnoze	34
10. ZAKLJUČAK.....	38
11. LITERATURA.....	39
12. OZNAKE I KRATICE	41
13. SAŽETAK.....	42
14. SUMMARY	43

1. UVOD

Shizofrenija je jedna od najozbiljnijih psihijatrijskih bolesti koja se pojavljuje u otprilike 1 % svjetske populacije (1). Bolest značajno narušava kvalitetu života oboljelog s velikim naglaskom na smanjenje socijalnog i radnog funkcioniranja, a karakterizirana je i raznim simptomima poput otežane percepcije stvarnosti, iskrivljenog doživljavanja samoga sebe te uzrokuje promjene u ponašanju, mišljenju i osjećajima. Shizofrenija se manifestira kroz iluzije, paranoju, suicidalnost, zvučne i vidne halucinacije, neorganiziran govor i misli te društvenu izolaciju (2). U većini slučajeva shizofrenija je dugotrajan poremećaj rekurentnog tijeka karakteriziran stalnim izmjenama perioda akutne psihoze i remisije, a svakim povratkom nove akutne psihoze stanje pacijenta se pogoršava. Simptomi shizofrenije grubo su podijeljeni na pozitivne i negativne simptome, te ovisno o njima, shizofrenija ima lakši i teži tijek bolesti. Danas se u dijagnostici prepoznaje više tipova shizofrenije te svaka vrsta nosi svoja karakteristična svojstva po kojima se razlikuju. Bolest se liječi lijekovima (psihofarmaci), psihoterapijom, socioterapijom, te elektrokonvulzivnom stimulacijom (3).

Tema rada ukazat će na probleme koje bolest poput shizofrenije predstavlja za bolesnu osobu, kako utječe na njen život (psihički i fizički), socijalnu i radnu okolinu. Također, prikazat će značaj uloge medicinske sestre. Izuzetno je važno pobrinuti se za svakog pojedinca koji može pridonositi životnoj zajednici. Medicinska sestra ima važnu ulogu u promicanju i unaprijeđivanju interakcije između bolesnika, okoline i obitelji, osnaživanju i pružanju podrške obitelji i samom oboljelom što predstavlja osnovni „liječnik“ i temelj u liječenju mentalno oboljele osobe. Pružanje empatije, razumijevanje, strpljenje i stjecanje povjerenja olakšava tijek i suradnju medicinske sestre sa bolesnikom u procesu zdravstvene njege, te posljedično tome, važno je naglasiti znanje i iznimnu stručnost i spretnost medicinske sestre kao člana tima koji doprinosi zdravlju oboljelog. Također, razumijevanje razvoja bolesti i ponašanja psihički oboljele osobe sprječava nastanak stigme (negativne predrasude prema oboljelima – agresivni, ubojice, nasilni). Iz ljudskog neznanja oboljeli su teže prihvaćeni u zajednici, nisu radno osposobljeni i obiteljski su disfunkcionalni. Društvena izolacija je popratna u osjećaju manje vrijednosti, te se bolest dodatno pogoršava.

Koncept rada podijeljen je u cjeline. Uvod će čitatelja uvesti u razumijevanje termina shizofrenije i njene karakteristike, dok će razrada objasniti poviše o kliničkoj slici, simptomatologiji, tijeku i liječenju bolesti, te resocijalizaciji psihički oboljele osobe. Također, biti će opisana sestrinska uloga i sestrinske dijagnoze (problemi) kojima se bavi jedna psihijatrijska sestra u procesu zdravstvene njege.

2. CILJ RADA

Cilj rada je poviše upoznati shizofreniju i na koji način se nositi s takvom bolešću, prikazati kakve posljedice ostavlja u bolesnikovu životu kroz kliničku sliku shizofrenije, simptomatologiju, karakteristike bolesti pa sve do liječenja, te kroz sam proces zdravstvene njege. Prikazat će se socijalno funkcioniranje oboljele osobe nakon postavljene dijagnoze, odnosi u obitelji i radno pravo bolesnika, te objasniti težinu stigme s kojom se oboljela osoba nosi u svakodnevnom životu.

3. METODE RADA

Materijal za izradu rada su stručne literature i članci, pouzdani internetski dijagnostički priručnici i stručni portali, te udžbenici za medicinske studije.

4. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je skupina psihotičnih poremećaja obilježenih velikim poremećajima mišljenja, emocija i ponašanja – poremećenim mišljenjem u kojem ideje nisu logički povezane, te manjkavom percepcijom i pažnjom. Shizofrenija je također karakteristična po bizarnim poremećajima motoričke aktivnosti te plitkim, površnim ili neprimjerenim osjećajima (3). Uzrok shizofrenije nije poznat, no postoje jaki dokazi o genetičkom nasljeđu. Učestalost kod muškaraca i žena je gotovo podjednaka, a rasprostranjenost je češća u nižim društveno–ekonomskim slojevima urbanog područja gdje posljedice oboljenja nose radnu nesposobnost, time nadalje nezaposlenost i naposljetku siromaštvo. Najveća incidencija je u muškaraca u dobi od 18 godina, a u žena u dobi od 25 godina (4).

Shizofrenija je neurorazvojni poremećaj gdje se u kasnijem tijeku bolesti pojavljuje i neurodegeneracija. Bolest se dijagnosticira pojavom prve psihotične epizode, a njeno liječenje i funkcionalni oporavak je brži i potpuniji što je kraće trajanje neliječene psihoze. Ishod liječenja prve psihoze značajno utječe i na svaku daljnju psihozu, te u konačnici na sveukupni tijek bolesti. Statistike pokazuju da u 15 godina praćenja pojava psihoza kod shizofrenije u bolesnika se javljaju najmanje dvije psihotične epizode, kod kojih će se postići tek parcijalna remisija simptoma (1). U shizofreniji se mijenja način kako bolesnici sami sebe doživljavaju i kako se ponašaju prema okruženju. Te promjene ponašanja naročito su izražene tijekom akutne faze bolesti. Simptomi bolesti na različite načine mogu obmaniti bolesnike: opažaju stvarnost potpuno drugačije od zdravih osoba, pogrešno je procjenjuju i gube kontrolu nad svojim mislima i svojom voljom (5), te je stoga vrlo bitno imati stručno medicinsko osoblje koje je ujedno i visoko obrazovano kako bi se znalo nositi sa gore navedenim problemima.

4.1 Povijest shizofrenije

Današnji poremećaj pod nazivom shizofrenija prvi put kao bolest prepoznao je francuski liječnik Benedict Morel, a definirao ju je njemački psihijatar Emil Kraepelin (6). Također, bitan značaj u povijesti psihijatrije zauzima i švicarski psihijatar Eugen Bleuler. On je, temeljem svojih uvjerenja, 1908. godine javno predložio novi naziv za psihijatrijski poremećaj - „schizophrenia“ koji se do dan danas koristi u modernoj medicini te je sveopće prihvaćen (3).

Naime, psihijatar E. Kraepelin je svoju teoriju shizofrenije prvi put izložio 1898. godine pod tadašnjim nazivom „*dementia praecox*“. Njegovo shvaćanje *dementia praecox* obuhvaćalo je nekoliko dijagnostičkih pojmova: paranoidnu demenciju, katatoniju i hebefreniju – vjerovao je i tvrdio da svi ti pojmovi imaju jaku zajedničku srž, iako su tada liječnici čvrsto vjerovali da svaki taj pojam predstavlja svoj zaseban entitet (3).

Nazivi „*dementia*“ - progresivna intelektualna deterioracija i „*praecox*“ – rano pojavljivanje, održavali su i prikazivali njegovo mišljenje i uvjerenje o tome što je ta bolest zapravo i koja je njena srž. Kraepelin je shizofreniju opisao i kao „mentalnu slaboumnost“ te je kao njene glavne simptome opisao prvenstveno halucinacije, a nadalje sumanute ideje, negativizam, poremećaje pozornosti, stereotipno ponašanje i emocionalnu disfunkciju.

Veliki korak naprijed od već postojećih teorija napravio je i švicarski psihijatar Eugen Bleuler. Opisujući shizofreniju Bleuler je imao drugačija tumačenja od Emilea Kraeplina. On se nije slagao sa tvrdnjom da se spomenuti psihički poremećaj pojavljuje uvijek u ranoj životnoj dobi, te da ne mora uvijek progredirati prema demenciji – stoga naziv „*dementia praecox*“ više nije bio pogodan. Eugen Bleuler 1908. godine predložio je svoj vlastiti naziv „*schizophrenia*“ što dolazi od starogrčkog značenja „*schizen*“ – rascijepiti i „*phren*“ – što znači um ili duh. Tim nazivom Bleuler je htio slikovito predstaviti njegovo shvaćanje, te za njega najbitnije svojsvo bolesti (3).

Bleuler je naglašavao i bit asocijativnih veza. Ukoliko su asocijativne veze narušene, dolazi i do narušavanja učinkovitog mišljenja i komunikacije usmjerene cilju. Bleulerov rad doveo je do šireg koncepta shizofrenije te većeg naglaska teorije o asocijativnim vezama (3).

4.2. Epidemiologija shizofrenije

Danas, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (engl. World Health Organization, WHO) od shizofrenije u svijetu boluje oko 45 milijuna ljudi, a od toga u Hrvatskoj 18 000 ljudi koji se nose sa posljedicama bolesti (7). Shizofrenija je, uz duševne poremećaje uzrokovane alkoholom, vodeća dijagnostička kategorija u ukupnom broju hospitalizacija zbog mentalnih/duševnih poremećaja u Hrvatskoj, a prema trajanju bolničkog liječenja prednjači s udjelom od 30% u ukupnom broju dana liječenja unutar skupine mentalnih/duševnih poremećaja. Stopa hospitalizacija izrazito raste za dob 20-39 godina kod oba spola, a 2010. godine iznosila 174,5/100 000 stanovnika. Najviša stopa hospitalizacije bila je u dobi od 40-59 godina, a iznad 60 godina stope hospitalizacija slične su za oba spola (ukupno 92,4/100 000) (8). Prosječna incidencija za muški i ženski spol je podjednaka, ali je prosječna dob prvog pojavljivanja poremećaja za oko 5 godina niža kod muškaraca nego kod žena. Životna prevalencija shizofrenije iznosi 0.4 – 1.4% (9). Oboljele osobe žive u prosjeku 20-30 godina kraće od ostatka populacije, a razlog tome je vrlo visoka stopa suicida koja iznosi 10-25%, a po zastupljenosti po spolu, stopa suicida jednaka je i kod muškaraca i kod žena. Kraćem životnom vijeku oboljelog još pridonosi i rani početak bolesti, zanemareno ili zakašnjelo liječenje, kognitivna oštećenja i ograničeni novčani resursi (10).

4.3. Etiologija shizofrenije

Još i danas, pravi uzrok shizofrenije ostao je nepoznanica, ali se sa sigurnošću može reći da postoje određeni faktori koji utječu na nastanak bolesti. Čimbenici koji utječu na nastanak shizofrenije dijele se na biološke i psihosocijalne. Biološki čimbenici, kao što sama riječ ukazuje – odnosi se na biološke procese koji se odvijaju u mozgu te na samu genetsku predispoziciju osobe, dok su psihosocijalni čimbenici zapravo okolinski faktori koji uzrokuju stres (gubitak voljene osobe, suočavanje sa strahom, javna sramota). Biološki i psihosocijalni čimbenici su međusobno uvjetovani, odnosno, osoba mora posjedovati biološki čimbenik (npr. poremećeni procesi u mozgu) i psihosocijalni čimbenik (npr. stres) koji je tzv. „okidač“ kako bi se bolest razvila (11).

4.3.1 Aktivnost dopamina

Teorija da je shizofrenija uzrokovana pretjeranom aktivnošću dopamina temelji se poglavito na informacijama o načinu djeovanja lijekova koji su učinkoviti u terapiji shizofrenije. Osim što ublažavaju simptome shizofrenije, fenotijazini, kemijski sastavnici lijekova, smanjuju lučenje i pretjeranu aktivnost neurotransmitera dopamina, a dokazano je da se smanjenjem dopamina simptomi bolesti poboljšavaju. Fenotijazini se, zbog sličnosti svoje molekulne strukture sa dopaminom, vežu za postsinaptičke receptore dopaminskih putova i tako blokiraju lučenje dopamina. Na temelju ovih informacija dolazi se do nedokazane teorije da je shizofrenija posljedica pretjerane aktivnosti dopaminskih moždanih putova (3).

4.3.2 Mozak i shizofrenija

Tijekom posljednja dva desetljeća, zbog niza metodoloških poboljšanja, istraživanja za uzrokom shizofrenije pružila su pouzdanije rezultate. Slike dobivene kompjuterskom tomografijom (CT) i magnetnom rezonancom (MR) mozгова umrlih shizofrenih osoba, ukazuju na strukturalne promjene u limbičkom području, diencefalonu i prefrontalnoj moždanoj kori te se sa sigurnošću zna da takve promjene mozga bilježe djelomičan razlog nastanka bolesti. Također, slike CT-a i MR-a prikazale su i da neki shizofreničari, posebice muškarci, imaju proširene moždane komore što ukazuje na propadanje ili atrofiju moždanog tkiva – posebice u limbičkom području. Nadalje, pretrage PET-snimanja (pozitronska emisijska tomografija), koja bilježi metabolizam glukoze dok ispitanik rješava testove, pokazuje da su metabolički procesi u shizofrenih osoba smanjeni u prefrontalnoj moždanoj kori, dok s druge strane, postoje spekulacije i istraživanja u Helsinkiju koja ukazuju na to da se radi o virusnoj infekciji kao uzroku shizofrenije još tijekom fetalnog doba. Naime, u Helsinkiju je 1957. godine nastupila virusna epidemija gripe. Ispitana je učestalost shizofrenije u odraslih osoba koji su epidemiji bili izloženi kao fetusi tijekom majčine trudnoće. Učestalost je bila mnogo veća u onih osoba koji su toj virusnoj epidemiji bili izloženi u drugom tromjesečju. Znanstvenicima su rezultati bili zanimljivi zbog činjenice da je drugo tromjesečje kritično razdoblje razvoja moždane kore fetusa. Teorije uzroka shizofrenije su različite, ali ne još stručno i sa sigurnošću definirane (3).

5. KLINIČKA SLIKA SHIZOFRENIJE

5.1 Simptomi i znakovi shizofrenije

Započevši sa simptomatologijom bolesti, u shizofreniji pronalazimo dvije kategorizacije simptoma: po Kurtu Schneideru i po Eugenu Bleuleru. U novije vrijeme, simptomi se ugrubo dijele na pozitivne i negativne.

Prema *Kurtu Schneideru* simptomi shizofrenije dijele se na simptome prvog i drugog reda, ali za postavljanje dijagnoze bitniji su simptomi prvog reda (7).

SIMPTOMI PRVOG REDA PREMA K. SCHNEIDERU:

- halucinatorna ozvučenost vlastitih misli
- slušne halucinacije u obliku dijaloga
- slušne halucinacije u kojima se komentiraju postupci pacijenta
- cenestetske halucinacije u kojima se komentiraju postupci pacijenta
- cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelo
- osjećaj oduzimanja ili nametanja misli
- osjećaj da drugi znaju što bolesnik misli
- sumanute ideje i ponašanje
- nametnuti ili kontrolirani porivi, osjećaji i volja (7).

Po klasifikaciji *Eugena Bleulera* simptomi shizofrenije dijele se na osnovne (fundamentalne) i sporedne (akcesorne). Po njegovoj klasifikaciji simptoma za postavljanje dijagnoze shizofrenije bitniji su osnovni ili fundamentalni simptomi ili tzv. „4a“ simptomi (7).

OSNOVNI (FUNDAMENTALNI) – „4a“ SIMPTOMI:

- asocijacija
- afektivnost
- ambivalencija
- autizam (7).

U novije vrijeme sve se više ističe podjela na pozitivne i negativne simptome shizofrenije (7).

Pozitivni (psihotični) simptomi manifestiraju se kroz sumanute ideje, halucinacije, nelogični govor oboljelog, deluzije, iluzije i katonone simptome, a karakterizira ih i čvrsta uvjerenost u nestvarne događaje. Pozitivni simptomi češće su prisutnim u akutnim fazama shizofrenije i uglavnom označavaju suvišak psihičkih funkcija (7). Oni kao takvi zahtijevaju liječenje i u većini slučajeva dobro reagiraju na psihofarmake (12).

Deluzije su pogrešna vjerovanja koja su temeljena na nestvarnom poimanju vanjskog svijeta (13). Mnoge shizofrene osobe zamišljaju da ih netko prati i progoni, vjeruju kako se sadržaj na televiziji ili razgovor između drugih ljudi odnosi baš na njih. Shizofrene osobe takvih uvjerenja mogu živjeti u strahu te postoji vrlo velika vjerovatnost da se uistinu tako počnu i ponašati. Postoji mogućnost da oboljeli fizički ili verbalno napadne drugu osobu za koju vjeruje da joj želi zlo. Nadalje, oboljeli se mogu ponašati kao da su poznate ličnosti, ili da netko upravlja njime protiv pa je primoran raditi pokrete protiv svoje volje (11).

Halucinacije su osjetilne percepcije koje se javljaju bez prisutnosti vanjskih čimbenika. One zahvaćaju svih pet vrsta osjetila, ali najčešće halucinacije su slušne halucinacije. Mogu biti jednostavne i složene: jednostavne su u obliku zvižduka, mumljanja, zvukova strojeva i slično, dok su složene halucinacije one u obliku govora jedne ili više osoba. Često se može javljati i više glasova koji razgovaraju o bolesniku u trećem licu, kritiziraju njegovo ponašanje, savjetuju ga, opominju ili mu čak prijete, a mogu i govoriti što da oboljela osoba radi – upravljati njome (12).

Govor i mišljenje su kod shizofrenih osoba nelogični, imaju isprekidan tijek misli te posljedično tome stvaraju nerazumljive rečenice. Česta je pojava neologizama – izmišljenih riječi kojima bolesnici daju novo značenje te ih upotrebljavaju u govoru (11).

Iluzije su krive percepcije realnih podražaja na osjetila. Primjerice, shizofrena osoba od stabla u mraku može vidjeti napadača kao što je čovjek, životinja ili slično, a kada se prilagodi na tamu može uvidjeti da je pogriješila. Iluzije se mogu pojaljivati i kod zdravih osoba (11).

Katatonični simptomi predstavljaju iznimno uzbuđenje i nemir, postavljanje shizofrene osobe u određeni neprirodni položaj u kojem može stajati satima. Javlja se negativizam koji se manifestira odbijanjem svih zahtjeva, kompletna šutnja i ne komuniciranje sa okolinom (14).

Negativni simptomi su posljedica smanjenja ili gubitka psihičkih funkcija poput alogije, abulije, anhedonije, smanjenje motivacije (avolucije) i zaravnjenog afekta, depresije i agresivnosti – pojavljuju se u kroničnoj fazi shizofrenije. Socijalni odnosi takvih osoba su narušeni i nesposobni su u radnom funkcioniranju i školovanju. Osoba se u potpunosti izolira, nema interesa za sebe i društvo, a može se u potpunosti higijenski zapustiti. Pojava negativnih simptoma u shizofrene osobe predstavljaju veliki terapijski problem za razliku od pozitivnih koji dobro reagiraju na lijekove. Osobe u kojih se jave negativni simptomi iziskuju potrebu za rehabilitacijom gdje će se psihosocijalnim metodama liječenja (psihoterapija, radna terapija) pokušati vratiti starim navikama, boljoj komunikaciji s okolinom, vratiti izgubljeno samopouzdanje te sami znati organizirati svoj svakodnevni život (11).

Alogija je pojam koji označava siromaštvo govora, sporo razmišljanje, a odgovori glase samo sa „da“ ili „ne“(13).

Abulija označava patološko stanje bezvoljnosti te nesposobnost stvaranja i provođenja odluka (13).

Anhedonija označava stanje potpunog gubitka životnog interesa i zadovoljstva (12).

Avolucija je nesposobnost započinjanja i održavanja ka cilju usmjerena ponašanja (12).

Zaravnjeni afekt uključuje paratimiju i paramimiju. Paratimija označava neprimjereno izražavanje na vanjski stimulans, npr. na pogrebu se smije, dok paramimija označava neprimjereno izražavanje vlastitog raspoloženja, bolesnik je veseo, a plače (13).

Depresija je stanje koje se javlja u trećine ljudi oboljelih od shizofrenije i može se javiti u bilo kojoj fazi bolesti. Manifestira se depresivnim raspoloženjem, slabljenjem vitalne energije i umorom. Može biti praćena razmišljanjima o samoubojstvu i smrti (11).

Agresivnost se očituje nasilnim ponašanjem i prijetnjama. Javlja se u akutnoj fazi bolesti, a bolesnik je pod intenzivnim utjecajem glasova koji mu govore da se tako ponaša (12).

5.2 Suicidalnost u shizofrenih bolesnika

Suicid je vrlo važan psihopatološki entitet i zasigurno, jedna od najzahtijevnijih kliničkih situacija s kojom se liječnici psihijatri suočavaju svakodnevno. Suicidalnost u shizofrenog bolesnika je također hitno stanje u smislu procjene bolesnika i intervencije. Kod suicidalnosti liječnik psihijatar ima veoma bitnu ulogu u ne samo tehničkom smislu – spriječiti izvršenje suicida, nego i u terapijskom smislu – pokušati promijeniti pacijentova bazična uvjerenja, sustave vrijednosti i sam odnos prema životu što se može primijeniti psihoterapijom (15). Suicidalne misli kod shizofrenog bolesnika predstavljaju težak izazov za sve zdravstvene djelatnike uključene u proces prepoznavanja, liječenja i dugotrajnog praćenja psihijatrijskih bolesnika. Veliki naglasak se stavlja i na medicinske sestre koje najveći obim svog radnog vremena provode upravo uz oboljele. Svaka sumnja na suicid i pravovremena intervencija može rezultirati spašavanjem ljudskog života.

Naime, postavljaju se razna pitanja vezana za suicid odnosno, preciznije, predstavlja li suicid bolest ili je suicid samo simptom bolesti, komplikacija ili modifikacija nekih duševnih poremećaja i bolesti. Suvremena klasifikacija MKB-10 i DSM V ne specificiraju dijagnostičke kriterije za suicid kao zasebnu dijagnostičku kategoriju, nego suicidalna promišljanja, ponašanja i postupke označava kao komplikacije određenih društvenih poremećaja (15).

Medicinska sestra treba znati prepoznati specifične psihijatrijske znakove i simptome koji su u korelaciji s povišenim rizikom za počinjenje suicida ili drugim suicidalnim ponašanjima. Takvi znakovi i simptomi manifestiraju se kroz agresivno i nasilno ponašanje pacijenta prema drugima, impulzivnost i panične napadaje, dok s druge strane to može biti beznađe, agitacija, anhedonija, insomnija i depresivno raspoloženje (15).

Činjenice ukazuju da 10% bolesnika sa shizofrenijom počini samoubojstvo koji je ujedno i glavni uzrok prijevremene smrti shizofrenih osoba. Upravo te činjenice potkrijepljuju i objašnjavaju teoriju da shizofrenija skraćuje životni vijek oboljelog za 10 godina (15).

5.3 Tijek bolesti

Klinički tijek shizofrenije možemo podijeliti u 4 faze bolesti koje su svaka za sebe karakterizirane specifičnim čimbenicima:

- premorbidna faza
- prodormalna faza
- akutna faza
- kronična faza (12).

Premorbidna faza je faza koja nema simptome koji će ukazati na bolest, funkcionalnost osobe je očuvana, ali zato posjeduje čimbenike koji predstavljaju predispoziciju za razvoj bolesti. Čimbenici premorbidne faze su genetsko nasljeđe, pojava hipoksije u prenatalnom razvoju ili infekcija, unutarnji psihički čimbenici osobe te obiteljski i psihosocijalni razvoj. Od svih prethodno navedenih čimbenika, najveći rizik za obolijevanje od shizofrenije nosi genetsko nasljeđe. Rizik za oboljenje od shizofrenije kod djece kojima jedan roditelj boluje od shizofrenije iznosi 9-18%, dok je kod djece kojima su oba roditelja shizofreni bolesnici 40-68%. Od organskih utjecaja, najveći rizik predstavlja prenatalna, perinatalna ili postnatalna hipoksija koja ima izniman učinak na limbički sustav pogotovo u tako osjetljivom razvojnom dobu. Oko 50% djece i adolescenata u kojih će se razviti shizofrenije pokazuje određene crte ličnosti – izbjegavanje kontakta s vršnjacima, sramežljivost, preosjetljivost, anksioznost, pasivnost i izoliranost, a što se tiče oboiteljskih čimbenika, na nastanak shizofrenije utječe rano odvajanje djeteta od obitelji ili roditelja za koje je vezano, odbacivanje od roditelja, pretjerana povezanost s majkom, smrt roditelja ili razvod braka roditelja (12).

Prodormalna faza shizofrenije je faza kod koje je vrlo teško odrediti početak. Naime, neki aspekti shizofrenije pojavljuju se puno prije početka pojave pravih simptoma i znakova bolesti. Znakovi prodormalne faze su neprimjereno iskazivanje osjećaja, nedostatak misli i nelogičan govor ili govor koji se teško slijedi, ideje veličine te osjećaj nerealnosti. Ova faza je faza bolesti gdje se pojavljuju nespecifični znakovi i simptomi koje osoba nikada prije nije pokazivala, a oštećuje svakodnevno funkcioniranje osobe.

Pojavljivanje simptoma može trajati godina, ali u prosjeku nespecifični simptomi traju otprilike dvije do četiri godine do pojave bolesti. Ukoliko se kod osobe pojavi depresivno raspoloženje, iritabilnost, sumnjičavost, poremećaj spavanja te znakovi zaravnjenog efekta, govorimo o kasnim prodormalnim simptomima. Znakove prodormalne faze bitno je prepoznati što ranije te što prije potražiti pomoć ukoliko se primijeti neuobičajeno ponašanje osobe, jer, na poslijetku prodormalne faze, a na početku akutne faze bolesti javlja se povlačenje iz radne i socijalne okoline, napetost, smetenost i depresivnost. Kada se simptomi pojave u tom obimu, iz te faze vrlo je teško vratiti stare radne i socijalne navike funkcioniranja u osobe (12).

Akutna faza najčešće se pojavljuje u ranim dvadesetim godinama gdje su tada već oštećeni psihički procesi: percepcija, afekt, misli i govor. Ranu akutnu fazu označava nagla pojava psihotičkih simptoma i znakova shizofrenije. U akutnoj fazi pojavljuju se pozitivni simptomi bolesti poput halucinacija i deluzija koji su vrlo intenzivni pa takvo stanje osobe zahtijeva liječenje i hospitalizaciju. Tijek akutne faze najčešće je progresivan s akutnim egzacerbacijama, ali u pravilu ne postoji određena točka gdje akutna faza prelazi u kroničnu fazu bolesti. Odgovor na liječenje akutne faze u bolesnika je pozitivan, odnosno, više od 70% bolesnika postigne potpunu remisiju, a oporavak je obilježen izostankom shizofrenih simptoma. Utvrđeno je da 75-80% shizofrenih bolesnika tijekom pet godina doživi ponovnu epizodu bolesti. Kako bi se smanjio rizik ponovnog pojavljivanja simptoma, vrlo je važna redovita kontrola i redovito uzimanje lijekova (12). Međutim, ne pate svi zbog simptoma akutne bolesti. Tko smatra da je izrazito nadmoćan nad ljudima može se osjećati vrlo dobro. Zbog ideja veličine koje se pojavljuju u akutnoj fazi bolesti ne trpi bolesnik nego ljudi oko njega. Iako pate zbog bolesti, mnogi bolesnici su uvjereni da su zdravi. Onaj bolesnik koji čvrsto vjeruje da su mu sposobnosti neograničene, da je izvanredno nadaren ili da je predodređen za neki veliki zadatak, nije sklon tražiti pomoć. U takvim situacijama, obitelj i liječnik trebaju pravovremeno reagirati jer sam bolesnik neće. Tko čuje prijeteće glasove osoba koji nisu u prostoriji, tko osjeća da ga proganjanju zločinci ili državni moćnici ili onaj tko vjeruje da mu drugi mogu čitati misli on će se jednostavno povući u drugu prostoriju, pronalaziti će sigurna mjesta da se sakriju od progonitelja ili će otići na policiju. Sa stajališta bolesnika svakako nema razloga za obraćanje liječniku. Dok s druge strane, bolesnici koji imaju tek poneki simptom bolesti: nesanica, previše misli u glavi u isto vrijeme ili nepovezan tijekom razmišljanja, već će pomisliti da nešto nije u redu. Načelno, što je akutna bolest manje izražena to će je prije bolesnici doživljavati kao bolest (5).

Kronična faza pojavljuje se u onih bolesnika koji pokazuju već značajno odstupanje u funkcionalnim sposobnostima u usporedbi s prijašnjim fazama. Vrijeme pojave kronične faze razlikuje se od bolesnika do bolesnika, ali može se reći da se u pravilu javlja pet do deset godina od pojave bolesti. Negativni simptomi brže pridonose prelasku u kroničnu fazu bolesti.

Tijek i klinička slika shizofrenije je dosta heterogena – svaki pojedinac je individualan i na taj način je osobi potrebno i pristupati. 10-30% osoba oboljelih od shizofrenije do kraja života ozdravi, dok 30-50% oboljelih tijekom iduće godine nakon obolijevanja uz pravodobno liječenje, nema psihotičnu epizodu. Ukoliko se bolest nakon liječenja akutne faze vrati, osoba i obitelj oboljele osobe mora računati na to da će se nadalje nositi sa novim epizodama bolesti. Bez liječenja, godinu dana od pojave simptoma i znakova shizofrenije oboli 70-80% osoba, a nakon dvije godine neliječenih simptoma i znakova oboli 90% osoba. U mnogim slučajevima, akutnu fazu shizofrenije moguće je izbjeći psihofarmacima i životnim stilom prilagođenim bolesti, a ukoliko se epizode bolesti pojavljuju usprkos liječenju psihofarmacima, oboljeli se lakše nose sa simptomima jer kraće traju i lakše se podnose.

Negativni simptomi razvijaju se tijekom većine faza bolesti i najčešće se poboljšavaju zahvaljujući liječenju, no učinak lijekova je puno bolji na akutnim simptomima nego na negativnim simptomima bolesti. Negativnim simptomima treba pružiti multidisciplinirani pristup kombinirajući lijekove i „terapiju razgovorom“ – psihoterapiju (5).

Shizofrenija nije nužno kronični poremećaj – 30% pacijenata oporavi se u potpunosti. Dobru prognozu bolesti imaju bolesnici s kasnim početkom bolesti, akutnim nastupom bolesti, dobrim radnim i socijalnim funkcioniranjem prije bolesti, oženjeni, s dominacijom pozitivnih simptoma u anamnezi i višim kvocijentom inteligencije (13). Lošu prognozu bolesti imaju oni bolesnici s ranim nastupom bolesti, lošim premorbidnim socijalnim i radnim funkcioniranjem, s pozitivnom obiteljskom anamnezom za obolijevanje od shizofrenije te sa dominacijom negativnih simptoma bolesti (13). Rano započeto liječenje jedan je od osnovnih uvjeta bolje prognoze, stoga je iznimno važno rano uočavanje bolesti. Prema statističkim podacima, potpuni oporavak nakon prve epizode bolesti doživljava tek 10-30%, rizik za pojavu druge epizode bolesti kod neliječenih osoba je 70-80%, a oko 10-15% oboljelih dolazi u stanje neophodne hospitalizacije (16).

Većina bolesnika, ovisno o fazi bolesti, očituje simptome iz svih dimenzija istodobno, no često je jedna od njih vodeća te na taj način determinira kliničku sliku i, posljedično, odabir terapijske intervencije. Vodeći simptomi u hitnim stanjima u psihijatriji su najčešće pozitivni simptomi (halucinacije, deluzije, iluzije itd.) i agresivnost. Takva stanja su hitna jer u kombinaciji s manjom uvida jasno predstavljaju rizik za samu osobu koja ih ima, ali i za osobe koje ju okružuju (15).

5.4 Vrednovanje genetičkih podataka

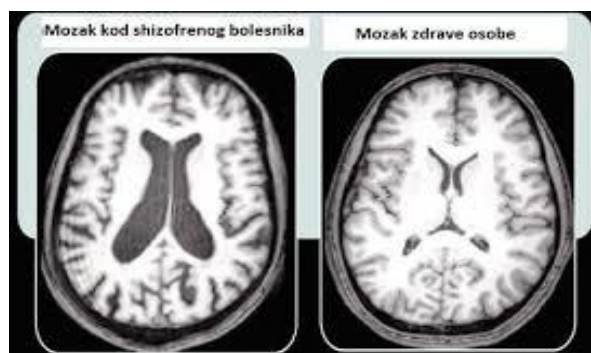
Kako je ugledni istraživač shizofrenije Seymour Kety kazao: „Ako je shizofrenija mit, onda je to mit s izraženom genetičkom komponentom.“ Međutim, ne može se zaključiti da je shizofrenija posve determinirana genetičkim naslijeđem, jer uvijek je potrebno imati na umu raznolikosti između genotipova i fenotipova. Genetički čimbenici mogu biti determinirani samo za poremećaj ponašanja dok je stres potreban za pretvaranje te dispozije u patološki poremećaj. Nalazi pokazuju da tijekom tjedana koji prethode hospitalizaciji shizofreni bolesnici doživljavaju povećan broj stresnih životnih događaja (3).

5.5 Obitelj i shizofrenija

Mnogi teoretičari smatraju obiteljske odnose, posebice odnose majke i sina, ključnim za razvoj shizofrenije. To gledište je toliko prošireno da je skovan novi naziv – *shizofrenogena majka*, za opisivanje hladne i dominantne majke koja inducira sukobe i tako potiče pojavu shizofrenije u svoje djece. Takve majke se isto tako opisuju kao odbojne, pretjerano zaštitničke, samopožrtvovne, neosjetljive za osjećaje drugih, rigidne i moralističke u pogledu seksa, te kao osobe koje se boje intimnosti. Studije obitelji shizofreničara pokazale su da se takve obitelji dvojbeno razlikuju od drugih obitelji po dvosmislenom obliku komunikacije i visokom stupnju sukoba. No, nije znanstveno dokazano da te obiteljske procese treba smatrati uzročno povezanim s razvojem shizofrenije, iako teoretičari i dalje provode istraživanja jer smatraju da ipak, itekako mogu imati utjecaja (3).

6. DIJAGNOSTIKA SHIZOFRENIJE

Raspon problema shizofrenih bolesnika je vrlo velik, iako bolesnici s tom dijagnozom tipično pokazuju samo neke od prethodno prije navedenih simptoma. DSM (američki kriteriji za dijagnosticiranje bolesti) dijagnostičari propisuju koliko problema mora biti nazočno i s kojim stupnjem izraženosti kako bi se opravdala postavljena dijagnoza. Za razliku od većine dosad razmotrenih dijagnostičkih kategorija, ne postoji „esencijalni“ simptom koji bi morao biti nazočan kako bi se 100% utvrdila shizofrenija. Posljedično tome, shizofreni bolesnici se međusobno razlikuju više nego bolesnici s drugim poremećajima. Heterogenost kliničke slike i simptoma, te sama individualizacija osobe sugerira da se shizofrene osobe razvrstaju u podtipove shizofrenije koji svaki za sebe manifestira određene probleme (3). DSM-IV zahtijeva da poremećaj traje barem 6 mjeseci da bi se postavila dijagnoza shizofrenije i gdje su isključeni sve druge vrste poremećaja. Šestomjesečno razdoblje mora obuhvaćati barem jedan mjesec aktivne faze definirane nazočnošću simptoma poput sumanutosti, halucinacija, smeten govor, teško rastrojeno ili katatoničko ponašanje, te negativni simptomi. Preostalih 5 mjeseci može biti prodormalno razdoblje (prije aktivne faze) ili rezidualno razdoblje (nakon aktivne faze) (3). Za postavljanje dijagnoze liječnik psihijatar provodi višestruke razgovore sa pacijentom i članovima njegove obitelji kako bi procijenio postojanje bolesti. Nadalje, ne postoje laboratorijske pretrage koje bi mogle potvrditi postojanje dijagnoze shizofrenije, a pretrage poput kompjuterizirane tomografije (CT) i magnetne rezonance (MR) koje se provode ne služe za dijagnostiku bolesti, nego za isključivanje drugih bolesti (17).



Slika 6.1 Proširene moždane komore u shizofrenog bolesnika

Dostupno na:

https://www.google.com/search?q=ct+mozga+shizofrenija&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUK Ewi0yu39ibzkAhUQ6aQKHSkhALsQ_AUIEigB&biw=1093&bih=500&dpr=1.25#imgrc=tOazy311Wb8i5M: (6.9.2019.)

6.1 Tipovi shizofrenije

Ovisno o simptomima, razlikujemo različite tipove shizofrenije. Prema DSM razlikujemo tipove: paranoidni tip, dezorganizirani tip, katatoni tip, nediferencirani tip i rezidualni tip (19).

6.1.1 Paranoidni tip shizofrenije

Paranoidni tip shizofrenije je najčešći tip shizofrenije te se prema MKB-10 dijagnostičkom kriteriju označuje oznakom F20.0. Paranoidni tip se manifestira putem sumanutih misli i halucinacija. Prisutne su deluzije progona, veličine i ljubomore, a neki pacijenti posjeduju i strah od toga da će netko drugi misliti da je homoseksualac. Tijek ovog tipa shizofrenije je u većini slučajeva povoljan jer posjeduje pozitivne simptome bolesti koji dobro reagiraju na psihofarmake. Stres može pogoršati simptome bolesti, a zanimljiva je činjenica i da su osobe s kasnijim početkom bolesti i dobrim funkcioniranjem više sklone samoubojstvu (20).

6.1.2 Hebefreni tip shizofrenije

Hebefreni ili dezorganizirani tip shizofrenije karakteriziran je izraženim formalnim poremećajem mišljenja i govora. Za ovaj tip shizofrenije karakteristično je bizarno i nelogično ponašanje, nepovezan govor i osjećajna tupost. Razvoj bolesti manifestira se još u adolescenciji, a prognoza hebefrene shizofrenije je loša zbog brzog razvoja bolesti i propadanja ličnosti te propadanja socijalnog funkcioniranja. Prema MKB-10, hebefrena shizofrenija označuje se sa F20.1 (7).

6.1.3 Katatoni tip shizofrenije

U katatonoj formi shizofrenije prevladavaju poremećaji psihomotorike od katatonog stupora, stereotipije, negativizma te automatske poslušnosti. Klinička slika popunjena je manirizmom i mutizmom, eholalijom (ponavljanje izgovorene riječi ili fraze od strane drugih), ehopraksijom (oponašanje tuđih pokreta). Tijek bolesti je dobar, a prognoza je povoljna osim ako je osoba u smrtnoj katatoniji što se očituje izrazitom ukočenošću i ne može se prekinuti farmakoterapijom. Oznaka za katatonu shizofreniju je F20. 2 (7).

6.1.4 Nediferencirana shizofrenija

Nediferenciranu shizofreniju karakteriziraju halucinacije, sumanute ideje i dezorganizirano ponašanje ali ne zadovoljava kriterije za paranoidni, hebefreni ili katatoni tip shizofrenije (20).

6.1.5 Rezidualni tip shizofrenije

Ovaj tip shizofrenije nema upadljivih psihotičnih ili dezorganiziranih simptoma, ali se zato karakterizira negativnim simptomima bolesti, bizarnim uvjerenjima ili neuobičajenim perceptivnim iskustvima. Tijek rezidualnih simptoma shizofrenije može biti vremenski ograničen pri čemu se izmjenjuju faze potpunog povlačenja i isticanja rezidualnih simptoma bolesti. Oznaka prema MKB-10 za rezidualni tip shizofrenije je F20.5 (20).

Prema MKB-10 dijagnostičkoj klasifikaciji postoji i *postshizofrena depresija* oznake F20.4. U postshizofrenoj depresiji javlja se visoki rizik za samoubojstvo, a sam tip bolesti predstavlja produžetak bolesti kada su shizofreni simptomi već oslabjeli odnosno, ne dominiraju kliničkom slikom. Nadalje, prema MKB-10 klasifikaciji postoji i *simplex forma* shizofrenije gdje oboljela osoba osjeća da se mijenja, postupno se povlači u svoj svijet te se javlja postupno produbljanje negativnih simptoma bolesti (21).



Slika 6.1.1 Katatonička ehopraksija (oponašanje tuđih pokreta) Dostupno na:

https://www.google.com/search?q=katatonija&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjXrrncpbzkAhUFzqQKHf7EB1AQ_AUIEigB&biw=1093&bih=500&dpr=1.25#imgdii=LUgveaRRNd_TM:&imgc=AC01LzW2DIsP7M: (6.9.2019.)

7. LIJEČENJE SHIZOFRENIJE

Rano prepoznavanje, dijagnosticiranje i liječenje psihotičnih poremećaja zahtjevan je i važan zadatak za svakog člana multidiscipliniranog tima koji se zbrinjava o pacijentu. U rane intervencije kod prvih epizoda svakako je prijeko potrebna upotreba psihofarmaka te je jednako tako važno s njima započeti što ranije kako bi se umanjila patnja oboljele osobe. Rana intervencija ide u prilog boljem i pozitivnijem tijeku bolesti i poboljšanju dugoročnog ishoda takve bolesti. Nadalje, važno je napomenuti da učinkovita i rana intervencija poboljšava stavove bolesnika, obitelji i njihove okoline prema liječenju te se na taj način smanjuje sveprisutna stigma vezana za psihotične poremećaje. Imajući u vidu sve navedeno, rana intervencija u fazama prije akutne faze bolesti, ili pravodobna intervencija u već nastaloj akutnoj fazi gdje lijekovi dobro utječu na simptome bolesti, sprječava produljenje bolesti iz akutne u kroničnu fazu, odnosno prelazak pozitivnih simptoma u one negativne gdje tada terapija puno slabije djeluje i tijek i liječenje bolesti ide puno teže. Kako bi liječenje bilo potpuno učinkovito, uz liječenje psihofarmacima, potrebno je uključiti i biološke, psihoterapijske i socioterapijske metode kako bi se spriječila psihosocijalna oštećenja funkcioniranja te kako bi se povećala motivacija za liječenjem. Motivacija za liječenjem je jedan od osnovnih ciljeva liječenja koje zdravstveno osoblje želi postići kako bi suradljivost bila jednostavnija i bolja, a tijek liječenja lakši, a daljnji ciljevi u liječenju su kontrola i suzbijanje simptoma, te socijalna rehabilitacija. Hospitalno liječenje treba biti što kraće, a nakon toga se nastavlja izvanbolničko liječenje. Nakon akutne faze, u fazi stabilizacije bolesti, važne su rehabilitacije i psihosocijalne intervencije, te uključivanje psihoterapije kao obaveznu sastavnicu u nastavku liječenja (1).

Bolesnika i obitelj je potrebno pripremiti i educirati o samom procesu liječenja shizofrenije, što sve liječenje uključuje, te napomenuti ih kako je liječenje shizofrenije dogoročan proces, a ponekad i doživotni. Obitelj je potrebno educirati o znakovima i simptomima kako bi bili spremni i samopouzdani oko odluke što učiniti dalje (12).

7.1 Terapija psihofarmacima

Medikamentozno liječenje je neizostavna sastavnica liječenja shizofrenije. Shizofrenija se liječi lijekovima skupnog naziva „antipsihotici“ koji ublažavaju ili potpuno uklanjaju simptome bolesti. Antipsihotici ne djeluju na psihozu, nego pozitivno utječu na simptome bolesti – otklanjaju halucinacije i sumanute ideje kod bolesnika te na taj način omogućuju povratak bolesnika u stvarni svijet. Lijekovi smanjuju rizik za ponovno pojavljivanje bolesti te ih je potrebno redovito uzimati po preporuci psihijatra. Ako se untoč uzimanju lijekova bolest ponovno pojavi, simptomi će biti puno manje izraženi (22). Izbor antipsihotika ovisi o cijelom nizu čimbenika – kliničkoj slici, izraženosti simptoma, dostupnosti lijekova, profilu nuspojava, interakciji sa drugim lijekovima ukoliko ih bolesnik koristi, te prisutnosti drugih tjelesnih i neuroloških bolesti. Odabrani antipsihotik mora zadovoljavati željene ciljeve sa što manje štete za bolesnika, odnosno, mora kontrolirati psihotične simptome i uzrokovati što manje štete. Općenita preporuka je postupno uvođenje lijekova, od nižih do viših doza unutar terapijskog raspona (18).

7.2 Klasifikacija antipsihotika

Spektar antipsihotika je dosta širok te se po kliničkoj klasifikaciji dijele na tipične i atipične antipsihotike.

7.2.1 Tipični antipsihotici

Tipični ili stariji antipsihotici djeluju na blokadu D2-receptora u mozgu i dijele se na sedativne ili bazične i specifične antipsihotike. Glavni predstavnici bazičnih antipsihotika su klorpromazin i promazin koji imaju izražena sedacijska svojstva, dobro djeluju na agresivnost, agitaciju i anksioznost. Međutim, bazični antipsihotici nemaju učinak na negativne simptome bolesti te štoviše. mogu dovesti do njihova pogoršanja. U akutnoj fazi bolesti sedacijski ili bazični antipsihotici daju se u parenteralnom obliku, dok u terapiji održavanja u „per os“ obliku. Prosječne dnevne doze su od 100-1000 mg (18).

Specifični antipsihotici su haloperidol i flufenazin. Oni imaju slabije izraženu sedaciju, ali zato imaju znatnije izražene nuspojave u odnosu na bazične antipsihotike. Primijenjuju se u parenteralnom i peroralnom obliku, a dostupni su i u depo pripravcima (u obliku intramuskularne injekcije) za liječenje nesuradljivih bolesnika. Prosječne dnevne doze su od 2-30 mg (18).

Nuspojave tipičnih lijekova dijele se na neurološke i neneurološke. Neurološke nuspojave su medikamentozni tremor i ukočenost mišićne mase, odnosno, EPS (ekstrapiramidalni sindrom), distonija, akatizija (psihički nemir) koji se liječi beta blokatorima – propranololom, diazepamom i biperidenom. Nadalje, javlja se tardivna diskinezija (kretanje tijela slične tikovima), neuroleptički sindrom kojeg karakterizira opistotonus, povišena tjelesna temperatura i poremećaj svijesti koji može dovesti do smrti, dok s druge strane, neneurološke nuspojave su aritmije, ortostatska hipotenzija, suhoća usta, pojačana salivacija, zamagljen vid, dijareja, mučnina, grčevi u trbuhu, endokrinološke promjene, poremećaj seksualnosti, dermatološke promjene te oftalmološke pojave (12).

7.2.2 Atipični antipsihotici

Atipični antipsihotici osim na pozitivne, djeluju i na negativne simptome bolesti, a nuspojave lijekova dolaze za svaki antipsihotik zasebno. Atipični antipsihotici su klopazin, risperidon, olanzapin, kvetiapin, ziprasidon, sertindol i aripiprazol.

Klopazin preko D2-receptora ima učinak na pozitivne simptome bolesti, dok preko serotonergičkog 5-HT₂ sustava djeluje i na negativne simptome bolesti. Odmah po primjeni lijeka klopazin djeluje sedativno i anksiolitički. Dokazano smanjuje suicid, agresivno ponašanje te nuspojave poput tardivne diskinezije, no izaziva dodatne neneurološke nuspojave: tahikardija, umor, leukopenija te porast tjelesne težine (18).

Risperidon učinkovito djeluje na pozitivne i negativne simptome bolesti. Ovaj antipsihotik je od veće sigurnosti i podnošljivosti od klopazina. Nuspojave risperidona su glavobolje, anksioznost i porast tjelesne težine (12).

Olanzapin je antipsihotik širokog psihofarmakološkog profila i djeluje na mnoge neurotransitorske receptore zbog čega je često upotrebljavan u monoterapiji shizofrenije. Djeluje na pozitivne i negativne simptome bolesti. Nuspojave olanzapina su porast tjelesne težine, sedacijski učinak, pospanost i blagi EPS (18).

Kvetiapin pokazuje pozitivno djelovanje na sve vrste shizofrenih simptoma. Kod davanja visokih doza kvetiapina javljaju se neurološke i neneurološke nuspojave. Neke od neneuroloških su suhoća usta, porast tjelesne težine, zatvor, te se kod nekih bolesnika može javiti i sedacija (12).

Ziprasidon je antipsihotik koji djeluje na dopaminske, serotoninске i histaminske receptore. Ziprasidon inhibira neurone ponovne pohrane serotonina. Od neuroloških nuspojava izaziva EPS (12).

Sertindol je novi antipsihotik koji pokazuje selektivnost u afinitetu svog djelovanja. Ima viši učinak na receptore u limbičkim strukturama mozga te je zbog toga značajno niža učestalost pojave EPS-a kao neurološke nuspojave, a ostale neneurološke nuspojave su također slabo zastupljene (12).

Aripiprazol prema svom djelovanju snižava aktivnost i koncentraciju dopamina kada je ona visoka, odnosno podiže je u trenucima kada je niska. Aripiprazol ima antagonistički učinak na serotoninergičke 5-HT_{2a} receptore, što se manifestira kao sniženje neuroloških nuspojava uz vidno poboljšanje simptoma shizofrenije. Aripiprazol je dostupan u dva oblika: peroralnom i parenteralnom obliku, a u pripremi se može naći i depo pripravak. Lijek je dosta podnošljiv i pogodan je za dugogodišnje korištenje terapiji bolesnika oboljelih od shizofrenije (12).

Receptor	Ziprasidone	Risperidone	Olanzapine	Quetiapine	Clozapine	Aripiprazole
D ₂	++++	++++	++	+	+	++++
5-HT _{2a}	+++++	+++++	++++	+	++++	++++
5-HT _{2c}	+++++	++++	++++	-	++	++
5-HT _{1A}	++++	+	-	+	+	++++
5-HT _{1B}	++++	+	+	-	-	-
α ₂ -adrenergic	++	++++	++	++	++++	++
M ₁ -muscarinic	-	-	++++	++	++++	-
H ₂ -histaminergic	++	++	++++	++++	++++	++

Slika 7.1 Djelovanje antipsihotika na neurotransitorske receptore u mozgu

https://www.google.com/search?q=atipi%C4%8Dni+i+tipi%C4%8Dni+antipsihotici&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiwz9K34r7kAhVifZoKHcX5DoUQ_AUIEigB&biw=1093&bih=500#imgrc=xZvElgaOPy05rM: (7.9.2019.)

Izrazito je važno da bolesnici i članovi obitelji shvate važnost redovitog uzimanja lijekova i prihvate ga kao sredstvo kontrole shizofrenije. Naime, mnogi shizofreni bolesnici po prestanku pojava simptoma prestanu uzimati lijekove misleći da su potpuno ozdravili, no nažalost, po prestanku uzimanja lijekova nakon relativno kratkog perioda bolesti i simptomi se ponovno pojave (18).

Obzirom da je shizofrenija složena bolest mozga, prvi i najvažniji korak je zadobiti bolesnikovo povjerenje i uspostaviti empatički odnos. Drugi korak je, ukoliko je to moguće, educirati osobu o važnosti dugoročnog uzimanja terapije kao držanja kontrole nad bolešću i sprječavanja njenog ponovnog pojavljivanja. Svrha liječenja bolesti nije samo otklanjanje simptoma bolesti nego i zaustavljanje shizofrenog procesa, otklanjanje uzroka koji može dovesti do realapsa bolesti te u prevenciji suicidalnog i autodestruktivnog ponašanja. Nadalje, veliki naglasak se stavlja i na što kvalitetniju ponovnu reintegraciju bolesnika u zajednicu, omogućavanju njegovog daljnjeg radnog i socijalnog funkcioniranja te što bolja kvaliteta življenja (18).

7.3 Elektrokonvulzivna terapija

Elektrokonvulzivna terapija je jedna od metoda i postupaka kojima se može liječiti ili zaliječiti shizofrenija. To je terapijski postupak kojim se mozak bolesnika stimulira provođenjem kontroliranih i kratkotrajnih električnih impulsa. Prvođenje impulsa postiže se smještanjem elektroda na precizno određenim točkama na glavi bolesnika gdje dolazi do kratkotrajne moždane kljenutosti u trajanju od dvije minute. U prošlosti se EKT (elektrokonvulzivna terapija) izvodila na način gdje su se bolesnicima stavljali vlažni spužvasti jastučići preko kojih se aplicirala struja. Nakon zatvaranja strujnog kruga bolesnik gubi svijest, nakon čega slijedi faza toničkog grča u trajanju od 10 sekundi. Poslije toničkog grča dolazi faza kloničkih grčeva u trajanju od 30-40 sekundi, a zatim kod pacijenta slijedi kratka apneja nakon koje se bolesnik budi. Od 1952. godine EKT se primjenjuje u anesteziji i miorelaksaciji (7).

Indikacije za EKT su osim shizofrenije, veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj te postporođajna depresija. EKT se uvijek koristi kao druga opcija liječenja, tek onda kada bolest ne reagira na psihofarmakološko liječenje. EKT je posebice kontraindicirana ako bolesnik ima oboljenja kardiovaskularnog i oštećenja središnjeg živčanog sustava poput: cerebralne aneurizme, aneurizme aorte, infarkta miokarda, srčane aritmije, povišenog intrakranijalnog tlaka ili tumora mozga te akutnog respiratornog infekta (7).

Terapijski učinak EKT je u rasponu od 70-130 V, jačine 200-1600 mA u trajanju od 0,1 do 0,5 sekundi. Terapija se provodi dva do tri puta tjedno, šest do dvanaest tretmana, dok je prosječan broj tretmana devet. Koliko će se tretmana kod osobe odraditi ovisi o uspješnosti djelovanja terapije na bolesnika te prema težini prisutnih simptoma (7).

Prije nego se započne EKT, potrebno je obaviti određene pretrage:

- pregled očne pozadine
- RTG pluća i srca
- EKG zapis
- Laboratorijske pretrage (KKS, urin)
- EEG
- RTG kralježnice – ukoliko liječnik zatraži
- CT mozga (24).

Prije izvođenja EKT bolesnik mora biti natašte, ne smije ništa jesti ni piti, mora izvaditi zubalo i sav nakit ako ga ima. Medicinska sestra pacijentu mora objasniti cijeli postupak, omogućiti mu postavljanje pitanja kako bi mu umanjila strah od postupka. Mora mu pružiti podršku i ohrabrivati ga. Pacijent je za vrijeme postupka u anesteziji i ne osjeća apsolutno ništa. Prije postupka pacijentu se daje antikolinergik (Atropin) kako bi se smanjila salivacija i spriječila aritmija srca. Nakon potpune relaksacije pacijenta u usta se stavlja gumena cijev ili špatula omotana gazom, a vlažna gaza se stavlja na pacijentove sljepoočice radi provođenja struje i istodobno sprječavanja opekline pri otpuštanju struje (7).

Elektrode se postavljaju s obje strane glave iznad lateralnog oćnog kuta i gornjeg dijela tragusa uha te se koriste dvije vrste elektrićnih valova: kratkopulsni valovi i sinusni valovi. Pacijent se u pravilu budi dvadesetak minuta nakon terapije, iako vrijeme buđenja ovisi o svakom pacijentu zasebno. Medicinska sestra dućna je pratiti pacijenta dok se budi, promatrati pacijenta u periodu dva sata nakon buđenja te zamjećivati boju koće, promjene u disanju ili ponašanju i kontrolirati vitalne znakove (7).

Pribor koji je potreban za EKT: elektrokonvulzator, pribor za anesteziju, boca sa kisikom i maska za ventilaciju, antićok terapija, pribor za hitnu intervenciju, pribor za davanje injekcije, gumena cijev ili ćpatula omotana gazom i mokre komprese.

7.4 Psihoterapija

Govoreći o psihićkim poremećajima, mnogi terapeuti su razmatrali kako sprijećiti, ublaćiti pa ćak i potpuno ukloniti dućevnu i emotivnu patnju. Psihoterapija, kao naćin lijećenja je društvena interakcija u kojoj obrazovani stručnjak nastoji pomoći drugoj osobi, klijentu ili pacijentu u mijenjanju naćina ponaćanja i osjećaja. Naime, psihoterapija polazi za time da odrećene vrste verbalnih i neverbalnih razmjena u odnosu povjerenja mogu postići ciljeve poput ublaćavanja tjeskobe i uklanjanja samozavaravajućeg ili opasnog ponaćanja (3). Psihoterapija, kao oblik lijećenja je najstarija metoda lijećenja psihijatrićkih bolesnika koja predstavlja istraćivanje psihićkog ćivota oboljelog, oslobaćdanje bolesnika njegovih smetnji te olakćavanje njihovih tegoba. Psihoterapeuti pokućavaju promijeniti i naćin odnoćenja bolesnika prema sebi samome i njegovoj okolini što znaći promjena njegove odrećene lićnosti. Psihoterapija se provodi planski i prema jasno definiranom cilju, a za postizanje terapeutskog ućinka koriste se razne metode i tehnike u kojima je glavni instrument sama rijeć. Terapeut koji provodi psihoterapiju moće biti sam lijećnik ili medicinska sestra koja je zavrćila odgovarajuću izobrazbu. Psihoterapija moće biti individualna ili se moće provoditi u grupi.

Tijekom psihoterapije dozvoljeno je da prisustvuje i obitelj bolesnika zbog ugodnijeg i prirodnijeg okrućenja. Na poćetku svake terapije lijećnik ili medicinska sestra dućni su odmah odrećiti granice, odnosno što se smije, a što ne smije zbog svoje zaćtite i zaćtite pacijenta (12).

Nadalje, istraćivanja su pokazala da je ućinkovitost psihodinamskih psihoterapija u lijećenju pacijenata s prvim psihotićnim epizodama vrlo velika.

U uspostavljanju oporavka, ključne psihoterapijske intervencije su ponovno uspostavljanje identiteta, pronalaženje smisla života, pronalaženje nade i naposljetku preuzimanje odgovornosti za oporavak. Veliku ulogu ima suportivna psihoterapija u reduciranju negativnih simptoma i sprječavanju egzacerbacije istih i daljnjih psihičkih oštećenja. U pravilu bi najviše trebalo djelovati dva tjedna po otpustu iz bolnice jer su istraživanja pokazala da je u prva dva tjedna rizik od suicida najveći. Psihoterapija ima važnu ulogu u stvaranju poštovanja i empatije kod bolesnika prvenstveno prema samome sebi, a onda i prema drugima jer shizofrenija kao bolest mijenja način odnošenja prema sebi i okolini te je upravo to jedan od ključnih ciljeva terapije. Bitno je osobu naučiti da razumije što joj se događa i da je ta „nova“ ličnost koja jesu zapravo posljedica procesa koji se odvijaju u mozgu.

Važno je razumijevanje i shvaćanje poremećaja, a ne njegova negacija. Ako nema u terapiji s bolesnikom nema te prorade, povećan je rizik od samostigmatizacije i stigmatizacije od drugih, i depresije. Ponašanje terapeuta je zapravo model u učenju pacijenta i usvajanju socijalnih vještina (1).

Nakon što psihoterapeut stekne uvid u stanje pacijenta, moguć je daljnji terapijski postupak. Putem empatije ostvaruje se povezanost sa pacijentom na razinu na kojoj terapeut može funkcionirati, a pacijent može funkcionirati. Međutim, za psihoterapiju nije dovoljna samo dobra namjera pomoći osobi, nego je potrebna stručnost i direktan stav prema pacijentovom prihvaćanju njegove psihoze kao bolesti koja se treba liječiti. Svakoj osobini terapeuta je potrebno staviti granicu i puštati je u dozama kako ne bi zbunili shizofrenu osobu u značenju psihoterapije (1).

7.5 Rehabilitacija

Rehabilitacija je proces vraćanja bolesnikovih starih obrazaca ponašanja koje je imao u vrijeme prije pojave bolesti. Ona označava dugotrajan proces u savladavanju duševne bolesti, a glavni cilj rehabilitacije je bolesnikovo aktivno sudjelovanje i surađivanje u postupcima i zadacima koji mu se zadaju u svrhu ponovne uspješne reintegracije u zajednicu.

Integracija samog liječenja i rehabilitacije podrazumijeva interdisciplinirani pristup, a bolesniku se pristupa individualno i timski. Tijekom planiranja rehabilitacije potrebno je obaviti temeljitu procjenu stanja bolesnika i njegovih vještina te izraditi čvrst plan rehabilitacije sa čestim evaluacijama kako bi se pratio proces napredovanja. Ciljevi rehabilitacije su što manja potreba za hospitalizacijom, pomoć i podrška bolesniku za oporavak i osnaživanju duha nakon dugotrajne bolesti. U proces rehabilitacije podrazumijevamo bolesnike koji se bore sa kroničnim i dugotrajnim tijekom bolesti koji su učestalo hospitalizirani i koji nemaju mogućnost samostalnog funkcioniranja jer imaju poremećene radne i socijalne obrasce funkcioniranja. Upravo kod shizofrenih bolesnika, zbog sumanutih misli, misli proganjanja i halucinacija događa se socijalno povlačenje iz društva, te im je prijeko potrebna pomoć da se u cjelokupnom procesu liječenja uspiju ponovno uklopiti u društvo (23).

U procesu rehabilitacije neizbježan je nastavak pružanja psihoterapije zbog bolesnikova vlastitog osnaživanja karaktera u borbi protiv stigme. Naime, shizofreni bolesnici zbog smetnji u mišljenju i govoru imaju otežanu komunikaciju s okolinom te ih okolina, zbog manjka razumijevanja, može još više gurnuti u izoliranost. U kroničnom obliku shizofrenije, nažalost, trajnost radne i socijalne nesposobnosti se ne može u potpunosti izliječiti, ali se zato pokušava postići maksimalna moguća razina funkcioniranja bolesnika (23).

Rehabilitacija stavlja naglasak na izvanbolničko liječenje, a najčešće se provodi u dnevnim bolnicama, na tranzicijskim odjelima između završnog liječenja i vanbolničkim programima zajednice. Nakon provedenog bolničkog liječenja, edukatori potiču usvajanje i izgradnju vještina koje će mu pomoći u daljnjem svakodnevnom funkcioniranju. Edukatori moraju posjedovati vještine iz područja psihoterapije, socioterapije i treninga socijalnih vještina koji će educirati o bolesti, radu s obitelji, treningu socijalnih vještina, postupcima suočavanja sa stresom te zapošljavanjem koje je neophodno za život (23).

7.6 Socioterapija

U resocijalizaciji shizofrenih bolesnika osim psihoterapije i rehabilitacije, potrebna je i socioterapija koja će dalje određenim specifičnim terapijama poučavati bolesnike o izgubljenim socijalnim navikama ponašanja u društvu i radnom mjestu. Socioterapija je skup aktivnosti kojom se postiže mogućnost optimalne razine neovisnog funkcioniranja u zajednici putem učenja, obnavljanja praktičkih vještina te ohrabrivanjem bolesnika kojim će naučiti primjereno reagirati na pritisak sredine u koju se vraća. Socioterapijski postupci su terapijska zajednica, igra, ples i glazba, okupacijska i radna terapija, trening socijalnih vještina i mnoge druge. Veliku ulogu u socioterapiji ima medicinska sestra koja ima zadatak praćenja bolesnikova ponašanja, poticanja na navedene aktivnosti te da stvori odnos empatije, razumijevanja i poštovanja. Medicinska sestra zajedno s bolesnicima organizira razne aktivnosti te na taj način potiče da zdrava osobnost bolesnika preuzme kontrolu nad bolesnom (12).

Putem *terapijske zajednice* bolesnika se nastoji priviknuti na radne navike, na uspostavljanje što prirodnijih veza sa obitelji i radnom sredinom što kod bolesnika na taj način omogućava samostalno rješavanje problema. Terapijska zajednica educira i obitelj bolesnika da prihvate, razumiju i primjereno reagiraju na bolesnikovo ponašanje. Nadalje, terapijska zajednica kao postupak u socioterapiji priprema bolesnika da se vrati kao koristan i vrijedan član koji može pridonositi vanjskom životu te da se osjeća prihvaćeno. Također, putem *igre* kao još jednom od metoda socioterapije, omogućava se pristup nekomunikativnom bolesniku bez sporazumijevanja riječima (7). Preporučuju se grupne igre poput rukometa, nogometa ili odbojke. **Terapijskom umjetnošću** terapeuti omogućavaju bolesniku da izrazi svoje osjećaje i misli na papiru, samo je važno da te iste misli i osjećaje bolesnik na papir prenese upravo onako kako ih doživljava (5). **Okupacijskom ili radnom terapijom** pacijentu se omogućava kanaliziranje agresije - omogućava se uništavanje materijala u svrhu izbacivanja negativnih osjećaja. Radna terapija ponajprije služi za pripremu bolesnika na rad prije otpuštanja sa bolničkog odjela. Uključuje vještine svakodnevnog rada poput osobne higijene, stanovanja, kupovine te zastupanja svojih prava i interesa. Svi navedeni postupci pridonose postizanju samostalnosti i rada u zajednici (11).

Poznato je da rad, kakav god on bio, pozitivno djeluje na oporavak od bolesti, osobito kod oboljelih koji su motivirani za rad pa stoga *profesionalna rehabilitacija* vodi i educira bolesnike o zaposlenosti. Činjenica da se shizofrenija javlja u početku radne karijere, profesionalna rehabilitacija ima važnu ulogu u ostatku pacijentova radnoga života. Rad, kao što zdravim ljudima omogućuje financijsku neovisnost, tako jednako omogućava financijsku neovisnost i kod bolesnih ljudi. Osim neovisnosti, omogućava im društveni život, komunikaciju s okolinom, osjećaj prihvaćenosti i vrijednosti kao i priliku za njihov osobni uspjeh (11).

8. STIGMA I PREDRASUDE

Shizofrenija je jedna od najstigmatizirajućih bolesti. Sam pojam stigme označava negativne predrasude i uvjerenja prema onome što se stigmatizira – npr. boja kože ili bolest. Shizofreni bolesnici su stigmatizirani zbog uvjerenja da su svi oboljeli od bolesti agresivni, nasilni, neizlječivi, nesposobni za rad i društvo i donošenje odluka te da su si sami krivi za razvoj bolesti. Zbog ovih uvjerenja puno nepravde se nanosi oboljelima od shizofrenije, odnosno, diskriminirani su u društvu. Primjerice, shizofrena osoba koja je sposobna za određeno radno mjesto, ali poslodavac, zbog njegove bolesti ne vjeruje u njegove vještine te ga se klasificira na nižu poziciju. Stigma ponekad može predstavljati veći problem od same bolesti te je zbog toga naslov zauzeo svoju poziciju u sadržaju rada. Veličina bolesti ne mora biti u tolikoj mjeri velika koliko može biti sama stigma, te je iz tih razloga važno educirati i poticati na razumijevanje složene bolesti poput shizofrenije. Važnost psihoterapije dolazi do izražaja pod ovim naslovom iz više razloga: ona uči oboljele stjecanju samopoštovanja, razumijevanju bolesti i izgradnji bolesnikovih realnih stavova i uvjerenja. U nastavku je rezultat jedne uspješne psihoterapije i socioterapije na stigmatu:

„Pri povratku na posao, Marija je doživjela podsmijehe i ismijavanja kolegica. Rečeno joj je kako je bila na liječenju na psihijatriji i da njeno mišljenje o poslu sigurno ne može zvučati ni biti pametno. Marija je odgovorila da je današnja terapija shizofrenije jako razvijena i da postoje jako dobri lijekovi za shizofreniju, ali da nažalost ne postoji lijek za ljudsku glupost.“ Marija je na temelju svojih stavova i samopoštovanja osigurala svoju podršku u firmi (11).

8.1 Što ljudi misle o shizofreniji?

Vrlo često ljudi misle da su osobe oboljele od shizofrenije opasne. Naime, mediji u većini slučajeva shizofrene osobe predstavljaju kao agresivne i nasilne. Agresivnost se može pojaviti, no češća je kod neliječene shizofrenije nego kod one koja je pod utjecajima psihofarmaka i pod liječničkom kontrolom. Nadalje, ljudi smatraju da je shizofrenija neizlječiva bolest (11). Danas se uspješno provode dugotrajne i trajne remisije bolesti, a kod ostatka se simptomi ublažuju i stanje poboljšava, te uspješno žive reintegrirani u zajednici (10). Ljudi prepostavljaju da osobe oboljele od shizofrenije nesposobne odlučivati same za sebe te da, zato što su bolesni, ne mogu uspjeti u životu. No, tu teoriju neće potkrijepiti činjenica da je John Nash, američki matematičar koji je vodio veliku borbu sa shizofrenijom, dobitnik nobelove nagrade za djelo „Teorija igara“ (engl. „Game theory“). Vincentu van Goghu, vodećem svjetskom umjetniku, također je dijagnosticirana shizofrenija što ga nije sprječavalo u postizanju svoga uspjeha. Van Gogh je svoje remek-djelo „Zvezdana noć“ naslikao upravo tijekom boravka u psihijatrijskoj bolnici u Saint Rémyju u Francuskoj. Umjetnik je za vrijeme svog boravka u bolnici napisao: „Neprestano radim u svojoj sobi, to mi čini dobro i rastjeruje moje abnormalne misli i ideje.“ (11).



Slika 8.1.1 John Nash, američki matematičar i nobelovac -obolio od shizofrenije

Dostupno na:

https://www.google.com/search?biw=1093&bih=500&tbm=isch&sa=1&ei=A8t0XdTVIbCrrgTQho3IAQ&q=john+nash&oq=john+nash&gs_l=img.3..0i6715j015.326958.329620..329975...0.0..0.149.542.1j4.....0...1..gws-wiz-img.....0.SzPtlkSiL_w&ved=0ahUKEwiU4_v19cDkAhWwlyYsKHVBDAxkQ4dUDCAy&uact=5#imgrc=7KqNa6bpc9aBM: (8.9.2019.)

8.3 Radno pravo

Bolesnike sa shizofrenijom u većini slučajeva šalje se na bolovanje. Većina se na posao može vratiti ukoliko psihofarmaci imaju povoljno djelovanje na njihove simptome bolesti i ukoliko je njihova radna sposobnost očuvana. Mnogi zaposlenici vjeruju da ne mogu dobiti otkaz zbog bolesti koja im je dijagnosticirana, no nažalost pravilo nije takvo. Poduzeća vrlo lako zbog ekonomskih razloga mogu raskinuti ugovor. No, ne znači da je nemoguće biti bolestan i zadržati posao. Djelatniku se preporuča da savjete kako i na koji način zadržati posao potraži od Savjeta poduzeća (5).

Bolovanje može trajati prva 42 dana od radne nesposobnosti te dobivati plaću od poslodavca, no bolovanje ne može trajati neograničeno vrijeme. Ako je djelatnik na bolovanju zbog iste bolesti duže od 6 mjeseci s prekidima kraćim od mjesec dana, upućuje se na procjenu radne sposobnosti (invalidnosti). Procjene provodi invalidsko-mirovinska komisija. Ukoliko komisija utvrdi da osoba nije radno sposobna, osoba se automatski umirovljuje (5).

9. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE SHIZOFRENOG BOLESNIKA

U osnovi sestrinske psihijatrijske prakse nalaze se određena načela kojih se svaka medicinska sestra mora pridržavati. Načela su opća pravila ili zakonitosti koja su temelj i polazište za sve sestrinske intervencije i provedbe. Ukoliko ih sestra ne uvažava u svojoj struci, intervencije i posao koji obavlja se ne može smatrati stručnim. Načela sestrinske prakse su: holistički pristup, poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, uključivanje klijenta i pomoć pri učinkovitoj prilagodbi. Medicinska sestra mora znati prepoznati kada se krše gore navedena načela te ih braniti u korist pacijenta, jednako tako je dužna osigurati uvjete za provedbu načela i prihvaćati ih, a ukoliko se prekrše, procijeniti opravdanost kršenja načela u svrhu zaštite drugih ljudi i zajednice. Navedena načela određena su poimanjem naravi ljudskog bića, a obzirom na narav psihijatrijske sestrinske skrbi, većina tih načela definira sam odnos između medicinske sestre i psihijatrijskog bolesnika. Upravo je taj odnos osnova za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi pa stoga učenje i usvajanje definiranih načela pripada u jedne od prvih ciljeva edukacije tijekom studiranja ili kroz razne druge oblike trajnog usavršavanja (7).

9.1 Ciljevi zdravstvene njege shizofrenog bolesnika

Budući da je medicinska sestra osoba koja najveću količinu svog vremena provodi upravo uz bolesnika, važno je naglasiti njezinu ulogu. Ona promatra pacijenta i na osnovi njegovih simptoma utvrđuje probleme iz zdravstvene njege. Sukladno problemima, medicinska sestra mora napraviti odgovarajući plan zdravstvene njege uključujući intervencije koje treba provesti i ciljeve koje treba postići. Budući da su shizofreni bolesnici najčešće u svijetu svojih halucinacija, često sumnjičavi, ponekad agresivni i često promijenjenih procesa mišljenja i shvaćanja, medicinska sestra mora posjedovati vještine u komunikaciji s takvim bolesnicima. Ona pacijenta ne smije razuvjeravati u njegove halucinacije ni isto potvrđivati, važno je da u radu s njima bude strpljiva, te da uspije uspostaviti odnos povjerenja. Uspostaviti odnos povjerenja je od velike važnosti upravo iz razloga što rad medicinske sestre mora biti edukativan (edukacija o bolesti i terapiji), a bolesnik prihvaća edukacije i savjete isključivo od osobe u koju ima steknuto povjerenje jer se tako i on sam osjeća sigurno. Bitno je naglasiti i visoki rizik od suicida kod shizofrenih bolesnika jer je zabilježen veliki postotak pokušaja, ali i izvršenja samoubojstva. Promatrajući bolesnika, medicinska sestra mora znati na vrijeme prepoznati ponašanje koje ukazuje na pokušaje samoubojstva te pravovremeno intervenirati. U radu sa shizofrenim osobama potrebno je imati veliko znanje, strpljivost, stručnost i posjedovanje određenih vještina (7).

Ciljevi u zdravstvenoj njezi shizofrenih bolesnika su promicanje i unaprijeđenje interakcije između bolesnika i njegove okoline, osigurati zaštitu bolesnika, nastojati pojačati psihološku stabilnost pružanjem podrške određenim terapijskim metodama te poticati i ohrabrivati obitelj bolesnika i njemu važne osobe da promiču njegovu neovisnost i zadovoljstvo životom (7).

9.2 Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze definiraju se kao klinička prosudba aktualnih i potencijalnih problema u ovome slučaju: shizofrenih bolesnika. Psihijatrijska medicinska sestra mora odlikovati stručnim vještinama, znanjem, stavovima, sposobnošću i prosudbama koje omogućavaju pravilno i uspješno provođenje zdravstvene njege (25). U donjem dijelu teksta opisat će se par važnih sestrinskih dijagnoza kod bolesnika oboljelih od shizofrenije.

SESTRINSKE DIJAGNOZE:

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
2. Narušena verbalna komunikacija
3. Društvena izolacija
4. Visok rizik za nasilje usmjeren prema sebi ili prema drugima
5. Smanjen stupanj samopoštovanja
6. Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja
7. Anksioznost i strah
8. Promijenjeni obiteljski odnosi (7).

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Dijagnoza se postavlja kada je narušen proces mišljenja i shvaćanja, prosudbi, konfuzija vezanih za okolni svijet, poremećen proces donošenja pravih i realnih odluka (7).

Intervencije:

- terapijska komunikacija
- pravilan pristup bolesniku sa poremećenom percepcijom mišljenja i govora
- stvaranje empatičkog odnosa sa bolesnikom
- osiguravanje sigurne okoline i ozračja
- aktivno slušanje bolesnika
- pokazati shvaćanje i razumijevanje bolesnikovih razumijevanja i shvaćanja, bazirajući se više na osjećaje, nego na sadržaj (7).

2. *Narušena verbalna komunikacija*

Ovu dijagnozu primijenit ćemo kod bolesnika kod kojega su prisutni znakovi lutajućeg izgubljenog racionalnog razmišljanja, eholalije, neverbalnog izražavanja u smislu ehopraksije, bizarnog gestikuliranja i izraza lica (7).

Intervencije:

- osiguravanje ozračja koje ne izaziva strah u bolesnika
- upotreba crtanja, šaranja, pjevanja i plesa kao metode komunikacije
- izbjegavati rasprave, svađe, sukobljavanje ili usuglašavanje s netočnim tvrdnjama
- upotreba terapijskih vještina – reflektiranje i parafraziranje (7).

3. *Društvena izolacija*

Ovu dijagnozu primijenjivat ćemo kada pacijenti teško stvaraju odnose sa ljudima, kada izražavaju osjećaje odbacivanja, rješavanja problema ljutnjom, nasiljem, socijalnom izolacijom ili povlačenjem iz društva (7).

Intervencije

- provođenje dodatnog vremena sa bolesnikom
- uspostaviti odnos povjerenja
- ohrabriti ga i pohvaliti za svaki napredak
- uvesti ga u suportivnu grupu
- uključiti ga u radnu terapiju (7).

4. *Visok rizik za nasilje usmjeren prema sebi ili drugima*

Dijagnoza se očituje nasilnim i agresivnim ponašanjem (7).

Intervencije:

- osigurati sigurno i mirno okruženje
- poticati ga da verbalizira svoje osjećaje
- potaviti granice na specifičan i čvrst način, odrediti što je prihvatljivo, a što ne (7).

5. Smanjen stupanj poštovanja

Ova dijagnoza potkrijepljena je verbalizacijom negativnih osjećaja o samome sebi, izražavanju bezvrijednosti, neadekvatnim razvojem samopoštovanja, beznadnošću i poremećenim smislom o samome sebi (7).

Intervencije

- provoditi vrijeme sa pacijentom, slušati što govori i kako se osjeća te ga prihvatiti takav kakav je
- poticati i ohrabrivati bolesnika
- poticati ga da izražava svoje mišljenje i osjećaje
- ohrabrivati pacijentove sposobnosti
- poticati bolesnika na pozitivan vanjski izgled zbog podizanja razine samopouzdanja
- poticati ga na radnu terapiju
- ohrabrivati njegovo postojanje (7).

6. Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Panična anksioznost, odnos prema okolini, halucinacije, iluzije, promjene ponašanja na određeni podražaj, promjene psihomotorike i poremećaj afektivnosti manifestacije su koje govore u prilog gore navedenoj dijagnozi (7).

Intervencije

- osigurati sigurno mjesto za bolesnika
- orijentirati se na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije
- provoditi vrijeme s bolesnikom, pažljivo slušati što govori i pružiti mu podršku
- napominjanje bolesnika kada njegovo ponašanje izaziva strah s ciljem usmjeravanja pažnje na realnost (7).

7. Anksioznost i strah

Ova sestrinska dijagnoza može se prepoznati po totalnoj odsutnosti reakcija, siromašnog vidnog kontakta, usmjerenosti samo na sebe, opadanju sposobnosti rješavanja problema, strahu od gubitka kontrole, strahu od samoozljeđivanja ili ozljeđivanja drugih te pobuđenosti psihomotoričkih poremećaja (7).

Intervencije

- ➔ uspostavljanje povjerenja
- ➔ poticati bolesnika na verbaliziranje strahova
- ➔ pružanje pomoći pri otkrivanju bolesnikovih strahova
- ➔ demonstriranje i poticanje provođenja strategija za suočavanje sa anksioznošću (meditacija i tjelovježba) (7).

8. Promijenjeni obiteljski odnosi

Ova sestrinska dijagnoza prepoznaje se po narušenim odnosima u obitelji, neučinkovitim procesima donošenja odluka unutar članova obitelji i neposobnosti slaganja: odnosi u obitelji ne zadovoljavaju emocionalne potrebe, potrebe za sigurnošću i duhovne potrebe svojih članova (7).

Intervencije:

- ➔ determiniranje i određivanje sadašnje razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije pojave bolesti
- ➔ praćenje i bilježenje čimbenika poput sposobnosti i vještina rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, komunikacije i potpore
- ➔ procjena spremnosti i podrške obitelji u postupcima reintegracije bolesnika u sustav (sposobnost obitelji da iskoristi pomoć ili suočavanje s krizom) – adaptacijom ili promjenom (7).

10. ZAKLJUČAK

Otkrivanju samog koncepta i konstrukta shizofrenije doprinijeli su povijesni psihijatri Emil Kraepelin i Eugen Bleuler. Na temelju njihovih teorija došlo se do saznanja što je to zapravo shizofrenija, koje simptome bolesti posjeduje i na koje načine djeluje. Psihijatar Bleuler je na temelju svoje teorije o etiologiji shizofrenije predložio naziv „schizophrenia“ koji je ostao u uporabi do dan danas i opće je prihvaćen.

Shizofrenija je duševna bolest koja oboljeloj osobi onemogućava percipiranje i razlikovanje realnih od nerealnih doživljaja i događaja, ometa logično razmišljanje i komunikaciju, te narušava radno i socijalno funkcioniranje. Simptomi shizofrenije dijele se na pozitivne i negativne. Pozitivni simptomi bolesti, poput halucinacija, sumanutosti, deluzija i iluzija, dobro reagiraju na psihofarmakoterapiju te je samim time tijek i prognoza bolesti bolja i povoljnija za bolesnika. Međutim, pri pojavi negativnih simptoma kao što su osjećajna otupjelost, avolucija, alogija i anhedonija, bolesnik je manje suradljiv i manje motiviran za izliječenjem pa je tijek bolesti i prognoza lošija. Psihofarmaci bolje djeluju na pozitivne nego na negativne simptome. Pristup negativnim simptomima odrađuje se putem multidiscipliniranog tima koji uključuje psihoterapeuta, radnog terapeuta, socioterapeuta, medicinsku sestru i liječnika te fizioterapeuta i mnoge druge. Tijek bolesti ima premorbidnu, prodormalnu, akutnu i kroničnu fazu bolesti. Najviše bi trebalo djelovati upravo u fazama prije akutne, no ako se simptomi bolesti ne primijete ili se ne prijave na vrijeme, potrebno je djelovati u akutnoj fazi kako sama ne bi prešla u kronični tijek. Da bi se shizofrenija dijagnosticirala potrebno je proći 6 mjeseci, a od tih 6 mjeseci jedan mjesec aktivnog pojavljivanja pozitivnih simptoma kako bi se potvrdila pojava bolesti. Prema DSM-IV razlikuju se tipovi shizofrenije: paranoidna, hebefrena, katatona, nediferencirana i rezidualna shizofrenija. O težini simptoma ovisi klinička slika i tijek bolesti, te koliko dobro psihofarmakoterapija djeluje i reagira na osobu i simptome oboljele osobe. U liječenju i resocijalizaciji bolesnika neophodno je uključiti psihoterapiju, rehabilitaciju i socioterapiju kako bi oboljeloga uspješno reintegrirali u socijalnu i radnu okolinu po završetku intenzivnog liječenja. Kao metoda liječenja, koja je uvijek metoda drugog izbora je elektrokonvulzivna terapija i provodi se puštanjem kratkotajnih električnih impulsa koji uzrokuju moždanu klijetost. Kod shizofrenih bolesnika važno je osnažiti karakter i samopoštovanje oboljelog jer ponekad stigma s kojom se osobe susreću postanu veći problem nego sama bolest i njeni simptomi. Cilj liječenja je uspješna reintegracija shizofrenih osoba u zajednicu.

11. LITERATURA

1. Ostojić D. i sur. Suvremeni pristup prvim psihotičnim poremećajima. Klinika za psihijatriju Vrapče. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
2. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
3. Davison G. C, Neale J. M. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
4. MSD priručnik za liječnike i pacijente: Shizofrenija. (Online) Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija> (30.08.2019.)
5. Luderer Hans-J. Shizofrenija: Kako naučiti nositi se s bolešću. Naklada slap; 2006.
6. Galić S. Specifičnosti pamćenja u shizofrenih osoba: doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu; Filozofski fakultet.
7. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.
8. Narodni zdravstveni list: Cijepanje razuma. (Online) Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/25/razum.htm>
9. Vodič za liječenje shizofrenije. (Online) Dostupno na: <https://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/MZ-vodic-za-lijecenje-shizofrenije.pdf>
10. Mojsović Z. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno učilište; 2007.
11. Štrkalj – Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj i bipolarni poremećaj. Zagreb: Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2011.
12. Moro LJ, Frančišković T. i sur. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
13. Psihološko savjetovalište: Dijagnoza i tijek shizofrenije (Online) Dostupno na: <https://www.psiho.biz/index.php/en/problemi-i-poremecaji/shizofrenija-i-srodni-poremecaji>
14. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.

15. Jukić V, Ostojić D. i sur. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
16. Thaller V. i sur. Psihijatrija: Suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb: Naklad CSCAA; 1999.
17. Orlović I. Shizofrenija. Nove staze. 2018; 35: 46-47.
18. Jakovljević M. Suvremena farmakoterapija shizofrenije: Od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb: 2001.
19. DSM-IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Američka psihijatrijska udruga. Jastrebarsko: Naklada slap; 1996.
20. Nurses Labs. (Online) Dostupno na: <https://nurseslabs.com/schizophrenia/>
21. Snowden A. Schizophrenia: early history of diagnosis. Nurse Prescribinig. 2009.
22. Edukacijski centar: Razumjeti shizofreniju. (Online) Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/edu/sch.htm>
23. Kajba Filko M, Pušić I. Rehabilitacija u psihijatriji. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara HKMS-a; multidisciplinirani pristup u psihijatriji. Opatija; 2015.
24. Klinika za psihijatriju. Primjena elektrokonvulzivne terapije. (Online) Dostupno na: <https://www.kc-bl.com/De/docs/Uputstvo%20za%20EKT.pdf>
25. Šepec S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.

12. OZNAKE I KRATICE

CT – kompjutorska tomografija

MR – magnetna rezonanca

EKG – elektrokardiografski zapis

SZO (engl. WHO) – Svjetska Zdravstvena Organizacija (engl. World Health Organization)

EKT – elektrokonvulzivna terapija

EEG – elektroencefalografija

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

KKS – kompletna krvna slika

RTG – rendgensko snimanje

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

13. SAŽETAK

Shizofrenija je psihička bolest koja utječe na percepciju čovjekove realnosti, odnosno doživljaja i događaja. Pojavnost kod žena i muškaraca je gotovo jednaka, a rasprostranjenost je češća u nižim socioekonomskim uvjetima. Etiologija shizofrenije nije sasvim sigurno dokazana, no veliku ulogu igra genetska predispozicija te bio-psiho-socijalni čimbenici. Shizofrenija svoju bolest dijeli na pozitivne i negativne simptome čija težina i intenzitet ujedno određuje i tijek i prognozu same bolesti. Ukoliko kod osobe prevladavaju pozitivni simptomi poput halucinacija i deluzija, sumanutih ideja, osoba ima veće vjerovatnosti izliječiti se zbog uspješnog liječenja psihofarmacima. Medicinski tim se uglavnom bori da bolest iz aktivne faze ne prijeđe u kroničnu isključivo zbog pojave negativnih simptoma bolesti poput anhedonije i avolucije – prognoza je lošija zbog nesuradljivosti pacijenta te zbog slabijeg utjecaja psihofarmaka na negativne simptome bolesti. Da bi se dijagnosticirala bolest potrebno je proći 6 mjeseci, a od toga mjesec dana aktivne faze pojave simptoma (halucinacije). Obzirom da su shizofrene osobe u društvu stigmatizirane, u terapiju je neophodno uključiti psihoterapiju i socioterapiju kao ključ osnaživanja karaktera i podizanja samopouzdanja kod bolesnika kako bi se mogao nositi sa pritiskom okoline po završetku liječenja. Neki bolesnici postanu društveno izolirani i neprihvaćeni od društva te bolest vrlo lako može prijeći u kroničan tijek bolesti uz pojavu negativnih simptoma bolesti. Stigma ponekad predstavlja veći problem nego sama bolest, odnosno, bolest može egzacerbirati. Obzirom da medicinska sestra najviše provodi uz bolesnika, njena uloga je pružanje podrške, podizanje samopouzdanja i razumijevanje pacijenta kako bi povećala suradljivost pacijenta, a time i ishod bolesti. Nadalje, medicinska sestra sudjeluje u prepoznavanju rizika za pokušaj suicida, pruža podršku i poticaj pacijentu da iskaže svoje strahove, stvara sigurnu okolinu, utvrđuje probleme, planira ciljeve te provodi intervencije imajući u vidu sestrinska načela koja su određena na temelju ljudske naravi i očuvanja njegova dostojanstva. Sestrinske dijagnoze su aktualni ili potencijalni problemi s kojima se medicinska sestra suočava i na temelju kojih planira i provodi intervencije kako bi te iste probleme riješila. Neki od sestrinskih problema u shizofrenih bolesnika su: anksioznost i strah, narušena verbalna komunikacija, društvena izolacija, smanjena razina samopoštovanja i razni drugi. Samo znanjem i zajedničkim organiziranim radom postižu se pozitivni rezultati u liječenju bolesti poput shizofrenije.

Ključne riječi: shizofrenija, psihosocijalna terapija, stigma, medicinska sestra

14. SUMMARY

Schizophrenia is a mental disease which has affected people's perception of reality, experience and self-expression. Schizophrenia appears equally in men and women, and the higher prevalence is in the lower socioeconomic conditions of living. Etiology of mental illness and a disease - schizophrenia is not securely known even nowadays, but many theories go to the relationship with genetic disposition and has related with higher disposition of stress. Symptomatology of schizophrenia is separated with positive and negative symptoms. If negative symptoms are strong and hard to reduce, the prognosis of the disease becomes worse and much harder to work with. With positive symptoms is much easier to work with because positive symptoms always react good with antipsychotic medications. Usually, in chronic phase there persist negative symptoms like anhedonia or reducing will so it is that much harder for doctors, nurses and therapists. So, on that picture prognosis announce it worst. To diagnose a disease of schizophrenia, the symptoms needs to be highly active at least one month in the period of six months, for example, hallucinations. Also, because schizophrenic people are very stigmatized, in usual therapy of medications it also needs to be included psychotherapy and sociotherapy like a key to embrace themselves. Their confidence needs to go on a level up for them to stand the pressure of the environment around them. Some schizophrenic people are socially isolated and rejected from the society because of their illness. Sometimes, stigma can be a bigger problem to carry than just be ill with schizophrenic symptoms. Stigma can put it in a negative side and cause persistence of a negative symptoms. Since the nurse is the one who is always besides patient, her role is to give patients as much love as they need, nurse needs to listen to them, what they are saying for them to feel listened, she has to encourage them and give them a support which they highly need to reintegrate again in the society after closing a hospital treatment. Going forward, nurse needs to recognize a high risk for attempting suicide at schizophrenic patients, needs to give support and know how to release fear and anxiety of patients who are deeply affected by it. Also, she is creating safe environment, plan goals and interventions having in mind nursing principles, which are determined on people's dignity and their basic needs. Nursing diagnosis are actual or potential problems on which nursing interventions are based. Some of the nursing problems (diagnosis) are: anxiety and fear, social isolation, disrupted verbal communication, reduced level of self-esteem and many others. Only including knowledge and organized team work there can be positive results in treating illness like schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, psychosocial therapy, stigma, nurse

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

ANA VUKOJE

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 09. 10. 2019.

Ana Vukoje

potpis studenta/ice

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>09.10.2019.</u>	Ana Vukoje	Ana Vukoje