

Proces zdravstvene njege gerijatrijskog bolesnika oboljelog od shizofrenije

Marušić Kelek, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:144:629139>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-26**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE
GERIJATRIJSKOG BOLESNIKA OBOLJELOG OD
SHIZOFRENIJE**

Završni rad br. 22/SES/2024

Ivana Marušić Kelek

Bjelovar, rujan 2024.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Ivana Marušić Kelek**

JMBAG: **0314022480**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege gerijatrijskog bolesnika oboljelog od shizofrenije**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

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

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, mag. med. techn., mentor**
3. **Ivan Pokec, mag. med. techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 22/SES/2024

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Opisati epidemiologiju, etiologiju i kliničku sliku shizofrenije.
2. Opisati liječenje i rehabilitaciju bolesnika oboljelog od shizofrenije.
3. Objasniti specifičnosti gerijatrijske dobi.
4. Prikazati proces zdravstvene njege gerijatrijskog bolesnika oboljelog od shizofrenije
5. Objasniti kompetencije i ulogu prvostupnika sestrinstva u zbrinjavanju gerijatrijskog bolesnika oboljelog od shizofrenije.

Datum: 15. ožujka 2024. godine

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



SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. METODE	4
4. SHIZOFRENIJA U STARLIJOJ DOBI	5
4.1. Shizofrenija	6
4.1.1. Dijagnoza	8
4.1.2. Klinička slika	13
4.1.3. Liječenje shizofrenije	16
4.2. Shizofrenija u gerijatrijskih bolesnika	19
4.3. Proces zdravstvene njege	21
4.3.1. Smanjena mogućnost brige o sebi	22
4.3.2. Poremećaj spavanja	23
4.3.3. Socijalna izolacija i usamljenost	25
4.3.4. Anksioznost i tjeskoba	26
4.3.5. Promjene procesa mišljenja, shvaćanja i razumijevanja	27
4.3.6. Visok rizik za samoozljeđivanje	28
4.3.7. Visok rizik za pad	29
4.4. Stigma	30
5. ZAKLJUČAK	32
6. LITERATURA	33
7. OZNAKE I KRATICE	36
8. SAŽETAK	37
9. SUMMARY	38

1. UVOD

Psihičko, odnosno mentalno zdravlje definira se od strane Svjetske zdravstvene organizacije kao stanje u kojemu pojedinac ima sposobnost ostvariti vlastite potencijale, uspješno se suočavati sa svakodnevnim životnim stresorima, biti produktivan i pridonositi zajednici (1). Psihički (mentalni, duševni) poremećaji definiraju se kao stanja u kojima je prisutno odstupanje u odnosu na sve aspekte ponašanja, a ista se manifestiraju psihičkim i biološkim simptomima i znakovima (2). Poremećaji mentalnog zdravlja razvijaju se uslijed psiholoških, socijalnih i bioloških čimbenika, koji svojim djelovanjem na pojedinca mogu negativno utjecati na zdravlje pojedinca. Niska razina obrazovanja i siromaštvo predstavljaju najčešće čimbenike koji imaju utjecaj na razvoj psihičkih poremećaja, a uz navedene također se navode diskriminacija, stigmatizacija, društvene promjene, stres na radnom mjestu, somatske bolesti, izloženost nasilju, socijalna izoliranost i nepoštivanje ljudskih prava pojedinca (1). Prema incidenciji, psihijatrijski poremećaji na globalnoj se razini svrstavaju u prvih pet javnozdravstvenih problema, a najzastupljeniji su anksiozni i depresivni poremećaji, te poremećaji koji su uzrokovani prekomjernom konzumacijom alkohola (3). Psihijatrijski poremećaji i bolesti zahtijevaju liječenje jer značajno utječu na kvalitetu života oboljele osobe (4). Liječenje je dugotrajno i kompleksno, stoga zahtijeva multidisciplinarni pristup i održavanje kontinuiteta skrbi (3).

Shizofrenija je ozbiljan psihijatrijski poremećaj koji ima dubok utjecaj na pojedinca i društvo. Iako ishodi možda nisu negativni kao što se uobičajeno vjeruje, više od 50 % osoba koje dobiju dijagnozu imaju povremene, ali dugotrajne psihijatrijske probleme, a oko 20 % ima kronične simptome i invaliditet. Kod oboljelih od shizofrenije, očekuje se kraći životni vijek za 10 do 20 godina, ovisno o razvoju i težini poremećaja (4). Shizofrenija je onesposobljavajući i težak mentalni poremećaj koji pogađa sve društvene slojeve, rasne i etničke skupine, a prisutan je u svim dijelovima svijeta. Češće se javlja kod muškaraca, obično se manifestira u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, a rano otkrivanje važno za pravovremeno pružanje specijalizirane psihijatrijske skrbi (5). Shizofrenija u kasnoj životnoj dobi postaje glavni javnozdravstveni problem diljem svijeta, a povećanje životne dobi na globalnoj razini ukazuje na to da će se broj oboljelih od shizofrenije i dalje povećavati. Klinička slika starijih osoba sa shizofrenijom se razlikuje od kliničke slike mlađih osoba, a tijek ovog poremećaja u starijoj dobi otvara brojna socijalna pitanja, koja predstavljaju najveći problem u ovoj populaciji (6).

Rastući problem starenja stanovništva predstavlja izazov kako na globalnoj razini, tako i u našoj zajednici. Starenje stanovništva donosi niz poteškoća u području zdravstvene skrbi, posebno kada je riječ o oboljenjima poput shizofrenije. Iako se shizofrenija često manifestira u mladenačkoj dobi, postoji mogućnost da se simptomi pojave i u starijoj životnoj dobi ili da se bolest ne otkrije na vrijeme. U takvim slučajevima, posljedice bolesti mogu biti izraženije u starijoj dobi, što zahtijeva prilagođenu i pažljivu skrb.

2. CILJ RADA

Ovaj rad istražuje različite aspekte skrbi za gerijatrijske bolesnike oboljele od shizofrenije, uključujući dijagnostiku, terapiju i psihološku podršku. Naglasak je stavljen na važnost interdisciplinarnog pristupa u liječenju, što je ključno u svim područjima medicine, pa tako i u skrbi za starije osobe oboljele od shizofrenije. Kroz ovaj rad nastojat će se približiti čitateljima specifičnosti same bolesti i principa liječenja u gerijatrijskoj populaciji, kako bi bolje razumjeli izazove s kojima se susrećemo u pružanju skrbi tim bolesnicima. Rad će prikazati kako određene karakteristike procesa starenja mogu utjecati na razvoj shizofrenije te kako te promjene utječu na svakodnevni život bolesnika. U radu će biti definirana shizofrenija, prikazan dijagnostičko terapijski proces i opisana klinička slika. Biti će prikazane strategije i smjernice zdravstvene skrbi te uloga medicinske sestre u procesu skrbi za oboljele od shizofrenije. Na temelju prikupljenih podataka na kraju rada biti će iznesen kratak zaključak na zadanu temu.

3. METODE

U svrhu izrade rada pretražena je stručna literatura prema postavljenim kriterijima uključivanja i isključivanja. Korištene su elektroničke baze podataka Hrčak, Pubmed, BioMed Central, National Library of Medicine, Science Direct i Google scholar. Kriteriji uključivanja su uključivali: hrvatski i engleski jezik, literaturni izvori koji nisu stariji od 10 godina, stručni, pregledni, istraživački i recenzirani članci, dostupan cjeloviti tekst članka. Pojmovi prema kojima je provedeno pretraživanje literature su uključivali slijedeće: shizofrenija, medicinska sestra, proces zdravstvene njege, osobe starije životne dobi.

4. SHIZOFRENIJA U STARIJOJ DOBI

Svjetsko stanovništvo brzo stari, što je vidljivo iz podataka koji pokazuju da je 2020. godine u svijetu oko jedne milijarde ljudi imalo 60 godina i više. Prema procjenama ovaj broj starijih osoba će porasti za oko 1,4 milijarde do 2030 godine, što znači da će jedna od šest osoba u svijetu imati više od 60 godina. Procjene također pokazuju da će se do 2050. godine broj ljudi u dobi od 60 i više godina udvostručiti i dosegnuti 2,1 milijardu. Očekuje se da će se broj osoba u dobi od 80 ili više godina utrostručiti između 2020. i 2050. godine i dosegnuti će 426 milijuna (7).

Većina starijih osoba je dobrog zdravlja, doprinose društvu i zajednici, no mnogi su izloženi visokom riziku od razvoja različitih poteškoća i poremećaja mentalnog zdravlja, poput depresije i anksioznog poremećaja, koji su najčešći poremećaji u gerijatrijskog populaciji. Oko 19 % osoba starije životne dobi živi s određenim psihičkim poremećajem (8). Psihički poremećaji i stanja povezana sa psihičkim zdravljem u gerijatrijskoj populaciji često se ne prepoznaju i ne liječe, a razlog zbog kojega se odgađa javljanje liječniku je stigma povezana s mentalnim zdravljem (7, 8).

U starijoj životnoj dobi psihičko zdravlje oblikovano je ne samo fizičkim i društvenim okruženjem, već i kumulativnim učincima ranijih životnih iskustava i specifičnih stresora koji su povezani sa starenjem. Izloženost negativnim situacijama i gubitcima, značajan gubitak intrinzične i pad funkcionalne sposobnosti uzrokuju značajan stres, koji povećava vjerojatnost razvoja psihičkih poremećaja (8).

Društvena izolacija i usamljenost, koje pogađaju otprilike četvrtinu starijih ljudi, ključni su čimbenici rizika za poremećaje psihičkog zdravlja, koji su također uzrokovani izloženošću nasilju i zanemarivanju starijih osoba. Gerijatrijska populacija izložena je značajno većem riziku od depresije i tjeskobe zbog loših životnih uvjeta, lošeg fizičkog zdravlja ili nedostatka pristupa kvalitetnoj podršci i zdravstvenim uslugama. Ovo posebno uključuje starije odrasle osobe koje žive u institucionalnom okruženju i one koji žive s kroničnim bolestima ili problemima s ovisnošću (8).

4.1. Shizofrenija

Definicija shizofrenije evoluirala je kroz šest izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (7). Bolest se definira kao složen, heterogen bihevioralni i kognitivni sindrom čije podrijetlo leži u utjecaju genetskih i/ili etioloških čimbenika koji dovode do oštećenja mozga (8). Svake godine 1 od 10 000 odraslih osoba u dobnoj skupini od 12 do 60 godina razvije shizofreniju (9).

Shizofrenija je psihijatrijski poremećaj koji se zbog značajnog utjecaja na pojedinca i društvo definira kao ozbiljan i kompleksan psihijatrijski poremećaj (4). U ovoj populaciji bolesnika, očekivani životni vijek je kraći za 10 do 20 godina, no ove procjene uvelike ovise o težini bolesti, intenzitetu simptoma i dostupnoj podršci u procesu liječenja i skrbi za oboljele (4, 9). Svaki pojedinac ima životni rizik od razvoja shizofrenije, koji iznosi 1 %, no veća vjerojatnost obolijevanja povezana je s muškim u odnosu na ženski spol (10, 11). U muškaraca, vrhunac incidencije je u ranim dvadesetim godinama, a zatim opada, dok je kod žena najveća incidencija u kasnim dvadesetima. Nakon sredine četrdesetih godina života, incidencija novootkrivenih slučajeva shizofrenije postaje češća kod žena naspram muškaraca (10, 12). Kod muškaraca shizofrenija najčešće pokazuje rani početak manifestacije simptoma, lošije funkcioniranje prije nego što bolest postane očita, izraženi negativne simptome i veću učestalost poremećaja ovisnosti o alkoholu i drogama (12). Postupni početak shizofrenije tijekom adolescencije je uobičajen, a shizofrenija koja se javlja kod djece mlađe od 13 godina je rijetka i obično predstavlja teži oblik bolesti sa slabim odgovorom na antipsihotike (12). Osim navedenog, veća stopa shizofrenije povezana je s urbanim životom i migracijama stanovništva (10).

Shizofrenija utječe na sposobnost pojedinca, težak je mentalni poremećaj i ima negativne utjecaje na društvo u cijelosti, neovisno o karakteristikama određenih skupina i populacija. Prisutna je u svim dijelovima svijeta, češće se javlja kod muškaraca, a rani simptomi se najčešće manifestiraju u razdoblju kasne adolescencije ili rane odrasle dobi (5). Čimbenici rizika za razvoj shizofrenije uključuju komplikacije tijekom porođaja, godišnje doba rođenja, tešku pothranjenost majke prije i tijekom trudnoće, gripu tijekom trudnoće, genetsku predispoziciju, traume iz djetinjstva, društvenu izolaciju, upotrebu kanabisa, manjinsku etničku pripadnost i urbanizaciju (12). Etiologija poremećaja i patofiziološki mehanizmi još uvijek nisu potpun istraženi, što se može objasniti kompleksnim i

heterogenim karakteristikama bolesti. Neovisno o relativno niskoj učestalosti shizofrenije u populacija, ona značajno doprinosi globalnom teretu bolesti, a većina oboljelih ima više komorbiditeta (11, 13). Shizofreniju karakterizira raznolika psihopatologija, a temeljna obilježja su pozitivni i negativni simptomi, te kognitivna oštećenja. Dijeli se na katatonu, paranoidnu, hebefrenu i shizofreniju simplex (13, 14). Shizofreniju karakteriziraju pozitivni psihotični simptomi poput halucinacija, deluzija, neorganiziranog govora i neorganiziranog ili katatoničnog ponašanja. Negativni simptomi koji se javljaju kod shizofrenije uključuju smanjenu motivaciju i ekspresivnost, kognitivna oštećenja koja utječu na izvršnu funkciju, pamćenje i brzinu mentalne obrade (12). Pozitivni simptomi dovode do gubitka kontakta sa stvarnošću, a imaju tendenciju relapsa i povlačenja, no kod nekih bolesnika mogu ostati dugotrajni psihotični simptomi. Negativni simptomi se manifestiraju kao oslabljena motivacija, smanjenje spontanog govora i društveno povlačenje, a kognitivno oštećenje manifestira se padom u širokom rasponu kognitivnih funkcija, no postoji velika individualna varijabilnost. Negativni kognitivni simptomi češće su kronični i povezani su s dugoročnim učincima na društvenu funkcionalnost (12, 13).

Prva epizoda psihoze obično se javlja u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, ali joj često prethodi prodromalna faza ili "rizično mentalno stanje", dok u nekim slučajevima premorbidna oštećenja u spoznaji i/ili društvenom funkcioniranju sežu mnogo godina unatrag. Međutim, u drugim slučajevima početak je iznenadan u osoba koje su prethodno dobro funkcionirale (12). Učinci shizofrenije na svakodnevni život uvelike variraju i razlikuju se od bolesnika do bolesnika, a mnogi oboljeli se suočavaju sa značajnim invaliditetom. Kod bolesnika kod kojih se predviđaju pozitivnih ishodi, kvaliteta života je niska zbog smanjenih mogućnosti pronalaženja posla i osiguravanja financijske stabilnosti. Izazovi poput društvene izolacije, stigme i smanjene mogućnosti za uspostavljanje bliskih odnosa mogu utjecati na pogoršanje stanja bolesnika (12). Poteškoće povezane sa shizofrenijom, poput loše prehrane, prekomjerne tjelesne težine i pretilosti, pušenja i istodobne uporabe sredstava ovisnosti izravno utječu na očekivani životni vijek oboljelih. Ovi čimbenici skraćuju životni vijek oboljelih za 13 do 15 godina (13, 14). Shizofrenija je također povezana s visokim rizikom za samoubojstvo za do 10 % u odnosu na osobe bez dijagnoze shizofrenije (12).

4.1.1. Dijagnoza

Trenutni pristupi u procesu dijagnostike i liječenja shizofrenije prvenstveno su usmjereni na psihotične simptome, kognitivni pad i negativne simptome koji imaju značajnu ulogu u narušavanju društvenog i profesionalnog funkcioniranja, no ovi simptomi često pokazuju izrazito ograničen odgovor na primjenu antipsihotika (11, 12). Klinička dijagnoza shizofrenije postavlja se nakon provedene detaljne psihijatrijske procjene koja uključuje prikupljanje osobne i obiteljske anamneze te procjene mentalnog statusa nakon isključivanja svih drugih potencijalnih uzroka psihoze (12,15).

Slijedeće komponente su ključne u procesu uzimanja anamneze bolesnika (15):

- prikupljanje informacija i pojedinosti o kronologiji simptoma i prisutnih čimbenika rizika, psihijatrijskim simptomima, pridruženim stanjima i procjena negativnih simptoma koji pomažu utvrditi razlike između shizofrenije i drugih stanja,
- prikupljanje informacija o prethodnim maničnim i depresivnim epizodama, hospitalizacijama, liječenjima, razini pridržavanja tijekom prethodnih liječenja, štetnim učincima lijekova, prethodni pokušaji samoozljeđivanja, agresivnih ponašanja, suicidalnih misli i pokušaja samoubojstva,
- dokumentiranje podataka o uporabi duhana, duhanskih proizvoda, alkohola, droga, neracionalnog uzimanja lijekova na recept i drugih sredstava ovisnosti,
- dokumentiranje trenutnih medicinskih stanja bolesnika i terapije koju uzima, poznatih alergija, prethodno postavljenih dijagnoza somatskih bolesti i načina liječenja, operativnih zahvata i drugih relevantnih informacija o zdravlju,
- utvrđivanje ili isključivanje potencijalnih uzroka psihoze, uključujući Parkinsonovu bolest, multiplu sklerozu, sifilis, infekciju virusom humane imunodeficijencije, lezije mozga, delirij, toksičnosti uslijed izloženosti teškim metalima, metaboličke i endokrine poremećaje, demencije,
- prikupljanje i dokumentiranje podataka porođaju, ranom razvoju, postojanju trauma (uključujući traume glave u anamnezi), zanemarivanja i zlostavljanja u ranijim životnim razdobljima,
- prikupljanje i dokumentiranje obiteljske anamneze, što uključuje psihijatrijske bolesti u obitelji, načine liječenja i odgovora na liječenje, agresivna ponašanja i prisutnost suicidalnosti kod članova obitelji (biološki srodnici),

- prikupljanje i dokumentiranje osobne anamneze, uključujući životne okolnosti, roditeljstvo, zaposlenje, stavove i percepcije o psihijatrijskim bolestima, traume u anamnezi, odnose s drugima, izloženost stresorima, jezične preferencije, pristup oružju i pravne probleme ako postoje,
- ispitivanje sociokulturnog podrijetla i potencijalnog utjecaja na izražavanje i prihvaćanje bolesti jer određena uvjerenja mogu predstavljati zablude ili biti odobrena kao dio kulturoloških normi i ne moraju nužno biti shvaćena kao manifestacije određene psihijatrijske bolesti, u ovom slučaju shizofrenije,
- prikupljanje i dokumentiranje podataka o obrazovanju, akademskim postignućima i životnim iskustvima koji mogu imati utjecaj na manifestacije simptoma karakterističnih za shizofreniju ili razvoj bolesti.

Uz proces prikupljanja podataka, kod bolesnika se obavezno provodi fizikalni pregled, koji je karakteriziran nizom izazova. Pregled i procjena trebaju se provesti uz povećanu razinu osjetljivosti i svijesti o prethodnim iskustvima bolesnika, posebno kada se govori o situacijama koje uključuju zlostavljanje, nasilje i traume djetinjstva. Poseban naglasak tijekom fizikalnog pregleda potrebno je staviti na procjenu anksioznosti, paranoje, agresije i drugih psihijatrijskih simptoma. Kod fizikalnog pregleda bolesnika sa shizofrenijom provodi se procjena općeg izgleda, što prvenstveno uključuje razinu osobne higijene i dotjerivanja, što daje uvid u motivaciju, sposobnosti i samostalnost bolesnika u izvođenju postupaka samozbrinjavanja. Kontrola vitalnih parametara, poput krvnog tlaka, glukoze u krvi i pulsa, daje uvid u razinu samokontrole kroničnih bolesti, što je posebno važno ako je kod bolesnika već postavljena dijagnoza hipertenzije, šećerne bolesti ili bolesti povezanih s kardiovaskularnim sustavom (11). Sveobuhvatnim i detaljnim pregledom potrebno je obuhvatiti neurološku, kardiovaskularnu, respiratornu i abdominalnu procjenu, uz naglasak na utvrđivanje i provjeru prethodnih nuspojava kod primjene određenih lijekova, uz procjenu koegzistirajućih stanja. Pregled kože i sluznica se provodi u okvirima dermatološkog pregleda, koji pomaže u otkivanju znakova zlouporabe tvari, infekcija kože i tragova samoozljeđivanja bolesnika. Procjena metaboličkog sindroma također je bitna u ukupnoj procjeni, a provodi se s ciljem procjene rizika koji mogu biti povezani s primjenom antipsihotika (11, 12).

Ispitivanje mentalnog statusa (MSE) u procjeni shizofrenije varira ovisno o težini simptoma, specifičnim manifestacijama i koegzistirajućim stanjima. U sklopu procjene

mentalnog statusa provodi se procjena izgleda i ponašanja, psihomotorne aktivnosti, govora, raspoloženja i afekta, sadržaja misli, misaonih procesa, abnormalnosti u percepciji, prisutnih rizika, kognicije te svijesti i prosudbe (12,13).

Izgled i ponašanje se procjenjuju jer je za bolesnike sa shizofrenijom karakteristično nošenje neuredne i neobične odjeće, što ujedno odražava smanjenu mogućnost brige o sebi. Ponašanje može varirati od psihomotorne retardacije do agitacije, a reakcije bolesnika mogu varirati od suradnje do nepredvidljivosti, povučenosti ili neprijateljstva. Kod bolesnika može postojati psihomotorna agitacija ili poremećaj psihomotorne aktivnosti. Kod nekih bolesnika se može pokazati krajnje neorganizirano ili abnormalno motoričko i katatonično ponašanje, poput stupora, mutizma, čudnih gesti ili neobičnog držanja tijela. Govorni obrasci mogu biti neorganizirani, tangencijalni ili nekoherentni (salata od riječi). Govor bolesnika može uključivati neologizme (stvaranje novih riječi ili fraza bez značenja). Kada se govori o raspoloženju i afektu, odnosno emocionalnom doživljaju, potrebno je procijeniti stupanj beznađa. Emocionalni doživljaj bolesnika može se karakterizirati kao ravan, otupljen ili neprikladan za kontekst razgovora. Također, može se pokazati nesklad između emocionalnog doživljaja i raspoloženja, što se može očitovati smijanjem za vrijeme razgovora o tužnim ili tragičnim događajima (12).

Procjenom sadržaja misli kod bolesnika se mogu uočiti deluzije, odnosno fiksna lažna uvjerenja, koje mogu biti prisutne i bizarne ili krajnje nevjerojatne. Osim navedenog, kod bolesnika se također može javiti nametanje ili oduzimanje misli, emitiranje misli ili jeka te sumanute misli poput ideje proganjanja. Misaoni procesi se procjenjuju kroz praćenje i preciznu procjenu onoga što bolesnik govori, a najčešće su neorganizirani. Neorganiziranost misli dovodi do stvaranja nelogičnih veza, nepovezanih asocijacija ili blokade misli, koja se očituje iznenadnim prestankom govora usred rečenice (12).

Procjenom abnormalnosti u percepciji kod bolesnika se mogu utvrditi halucinacije, koje su najčešće slušne, no mogu biti prisutne u bilo kojem osjetilnom modalitetu. Bolesnici često navode da čuju glasove koji komentiraju vlastite postupke ili međusobno razgovaraju. U ovom dijelu procjene važno je utvrditi postojanje zapovjednih glasova koji govore bolesniku da se uključi u nasilno ili opasno ponašanje. Na temelju ove procjene također se može utvrditi postojanje rizika za nasilno ponašanje i agresiju usmjerenu prema sebi ili drugima. Procjenom je važno utvrditi prisutnost suicidalnih i agresivnih misli, ideja i planova te pristup oružju (12).

Kognitivna procjena u dijagnostičkom procesu bolesnika sa shizofrenijom se provodi s ciljem utvrđivanja razine kognitivnog pada i utjecaja na pamćenje, pažnju i izvršne funkcije bolesnika. Potrebno je procijeniti orijentaciju bolesnike u odnosu na okolinu, osobe, mjesto i datum. Svijest i sposobnost prosudbe bolesnika variraju, neki bolesnici su djelomično svijesti vlastitog stanja. Sposobnost prosudbe je često narušena, što posljedično utječe na sposobnost donošenja odluka i razumijevanje posljedica ponašanja i postupaka (12).

U procesu dijagnostike ne provode se specifične laboratorijske, psihometrijske ili radiološke pretrage, a dijagnoza se potvrđuje prema kriterijima definiranim Dijagnostičko statističkim priručnikom za mentalne poremećaje, 5. izdanje (DSM-5) ili Međunarodnom klasifikacijom bolesti, 10. revizija (MKB-10) (10 – 12).

Prema DSM-5, dijagnostički kriteriji za potvrđivanje shizofrenije uvjetuju prisutnost dva ili više od slijedećih simptoma, koji moraju biti prisutni veći dio vremena u razdoblju od minimalno mjesec dana, a manje ako se uspješno liječe (10, 11):

- deluzije,
- halucinacije,
- neorganiziran govor,
- izrazito neorganizirano ili katatonično ponašanje,
- negativni simptomi.

Značajan funkcionalni pad kod bolesnika sa shizofrenijom najčešće se izražava u područjima kao što su posao ili odnosi, što su osnovna područja koja se moraju kontinuirano promatrati u razdoblju od šest mjeseci. Kontinuirani znakovi moraju trajati najmanje šest mjeseci, uključujući najmanje 1 mjesec simptoma aktivne faze, koji mogu biti manje izraženi ako se liječe. Simptomi mogu biti prodromalni ili rezidualni, uključujući negativne ili slabo izražene simptome aktivne faze. Moraju se isključiti shizoafektivni, depresivni ili bipolarni poremećaji s psihotičnim karakteristikama, a prisutni simptomi ne bi trebali biti posljedica upotrebe sredstava ovisnosti, lijekova ili drugog zdravstvenog stanja. Ako je prisutan razvojni poremećaj, postavljanje dijagnoze shizofrenije dodatno zahtijeva najmanje jedan mjesec izraženih deluzija ili halucinacija (10, 11).

Prema MKB-10, da bi se potvrdila dijagnoza shizofrenije, bolesnik mora u razdoblju od mjesec dana ili duže pokazivati barem jedan od slijedećih simptoma (16):

- nametanje ili oduzimanje misli, emitiranje misli ili jeka te sumanute misli,
- deluzije kontrole, utjecaja ili pasivnosti, deluzijske percepcije,
- glasovne halucinacije, odnosno glasovi koji daju komentare o bolesniku ili međusobno razgovaraju o bolesniku,
- trajne zablude koje su kulturno neprikladne ili neuvjerljive.

Osim navedenog, kriterij postavljanja dijagnoze prema MKB-10 također uključuje postojanje najmanje dva od slijedećih simptoma u trajanju od najmanje mjesec dana (16):

- trajne halucinacije u bilo kojem obliku, popraćene kratkotrajnim ili poluformiranim deluzijama,
- prekidi u mislima koji rezultiraju nepovezanošću, irelevantnim ili nelogičnim govorom,
- katatonično ponašanje,
- negativni simptomi,
- značajne i dosljedne promjene u ponašanju koje se očituju kao gubitak interesa i socijalno povlačenje.

Za razliku od DSM-5, ICD-10 dalje kategorizira shizofreniju na temelju ključnih simptoma kao paranoidnu, hebefreničnu, katatonsku, nediferenciranu, jednostavnu, rezidualnu i nespecificiranu, te postshizofreničnu depresiju, shizofreniju renia i ostale shizofrenije (12, 15). U procesu dijagnostike se provode dodatni pregledi i testiranja, što uključuje laboratorijsku analizu krvi, test na trudnoću kod žena u reproduktivnoj dobi, elektroencefalografiju (EEG), radiografiju (RTG), kompjuteriziranu tomografiju (engl. *Computed Tomography*, CT) i magnetsku rezonancu (MR). Genetsko testiranje provodi se ako se postavi indikacija tijekom kliničkog pregleda i procjenom obiteljske anamneze i ranog razvoja bolesnika. Toksikološki pregled provodi se ako postoji sumnja na uzimanje sredstava ovisnosti. Dodatni testovi mogu uključivati testove na probir sifilisa, infekcije virusom humane imunodeficiencije, elektrokardiogram i procjenu abnormalnosti pokreta. Početnom kvantitativnom procjenom potrebno je identificirati i procijeniti težinu i ozbiljnost simptoma i funkcionalnih oštećenja koji mogu predstavljati osnovu za postavljanje ciljeva liječenja bolesnika sa shizofrenijom (15).

Kvantitativne ljestvice koje se primjenjuju u procjeni bolesnika sa simptomima shizofrenije mogu uključivati (12, 15):

- Skalu pozitivnog i negativnog sindroma – mjerenje težine simptoma i praćenje poboljšanja stanja,
- Kratku psihijatrijsku skalu ocjenjivanja – procjena pozitivnih, negativnih i anksioznih simptoma bolesnika,
- Skalu procjene invaliditeta Svjetske zdravstvene organizacije – mjerenja zdravlja i razine invaliditeta u različitim područjima života.

Kako su psihotične karakteristike prisutne u raznim drugim mentalnim poremećajima, prema DSM-5, diferencijalne dijagnoze za shizofreniju su široke, uključujući, ali ne ograničavajući se na (12):

- teški depresivni ili bipolarni poremećaj s psihotičnim ili katatonskim simptomima,
- shizoafektivni poremećaj,
- shizofreniformni i kratkotrajni psihotični poremećaj,
- deluzijski poremećaj,
- šizotipski poremećaj osobnosti,
- opsesivno-kompulzivni i tjelesni dismorfični poremećaj,
- posttraumatski stresni poremećaj,
- spektar autizma i poremećaji komunikacije,
- drugi mentalni poremećaji s psihotičnim epizodama,

4.1.2. Klinička slika

Shizofrenija klasificirana kao bolest s kroničnim tijekom napreduje kroz nekoliko faza, iako se trajanje i manifestacije simptoma u određenim fazama razlikuju od bolesnika do bolesnika. Bolesnici često pokazuju psihotične promjene od prilike godinu do dvije prije javljanja liječniku i postavljanja dijagnoze. Simptomi shizofrenije su brojni, a njihova ozbiljnost i težina ovisi o utjecaju višestrukih čimbenika (17).

Tijek razvoja bolesti se karakterizira promjenjivim intenzitetom manifestacije simptoma, koji mogu varirati od blagih simptoma do visoko izraženih i brzog pogoršanja stanja. Obuhvaćaju poremećaje u nekoliko velikih područja, a najčešće su karakterističnu u

području mišljenja, pažnje, emocija, opažanja, motoričkog ponašanja i svakodnevnog funkcioniranja. Bitno je naglasiti da ne postoji glavni simptom koji obilježava bolesnika sa shizofrenijom, što shizofreniju čini stanjem koje se karakterizira najširim skupom simptoma u odnosu na sve druge bolesti. Simptomi su podijeljeni u kategorije pozitivnih i negativnih, no neki od simptoma koji se javljaju kod oboljelih ne mogu se kategorizirati niti kao pozitivni niti kao negativni. Ovi simptomi uključuju katatoniju u smislu kočenja lica u čudnom izrazu ili zauzimanja neobičnog položaja tijela i ostajanje u tom položaju dulje vrijeme (17).

Pozitivni simptomi obuhvaćaju psihotične simptome poput halucinacija, deluzija ili sumanutih ideja, bizarnog ponašanja i poremećaja mišljenja. Neorganizirane ideje i smeteni govor rezultiraju poteškoćama izražavanja i smanjuju mogućnost razumijevanja onoga što bolesnik želi reći. Govor također može biti smeten zbog smanjenje sposobnosti povezivanja. Bolesnik koji boluje od shizofrenije može imati i različite smetnje mišljenja poput brzog tijeka misli i ideja bez jasnog slijeda ili povezanosti. Sumanutosti ili deluzije su devijantni sadržaji misli koji se povezuju sa shizofrenijom značajno češće nego smetenost govora ili poremećaji misli, a odnose se na zablude nastale na nerealnoj osnovi. Sumanutosti shizofreničara se manifestirati i kao somatska pasivnost, nametnute misli, emitiranje misli, oduzimanje misli, nametnuti osjećaji, voljni čin i porivi. Oboljeli često opisuju svijet drugačijim i nestvarnim. Halucinacija je najčešći pozitivni simptom, a slušne halucinacije javljaju se češće u odnosu na halucinacije povezane s drugim osjetilima (12, 18).

Negativni simptomi se odnose na izgubljene funkcije koje se javljaju u kognitivnom, emocionalnom, društvenom i profesionalnom području života oboljelih. Ova kategorija simptoma ne uključuje nedostatke u području emocija. Negativni simptomi obuhvaćaju afektivno sniženo raspoloženje, alogiju, anhedoniju, apatiju, nestalnost govora i tupost ili neskladnost emocionalnih reakcija. DSM-5 opisuje negativne simptome u smislu ograničene emocionalne ekspresije i smanjenja interesa. Smanjenje ekspresije odnosi se na smanjenje izraza emocije na licu, kontakta očima, intonacije govora, pokreta ruku, glave i lica koji daju naglasak na govor. Smanjenje interesa opisuje se kao pad motivacije za izvođenje samoiniciranih aktivnosti (19).

Pet je osnovnih negativnih simptoma koji se najčešće uočavaju kod bolesnika s dijagnozom shizofrenije, a oni uključuju (19):

- izmučeni afekt (umanjenje izraza lica i emocija),
- alogiju (smanjenje verbalnog iznosa ili verbalne ekspresivnosti),
- asocijalnost (nedostatak uključenosti u različite vrste društvenih odnosa),
- subjektivno smanjenje interesa, želja, ciljeva, samoinicijativnih ponašanja i svrhovitih djela,
- anhedoniju (nemogućnost doživljavanja užitka iz pozitivnih podražaja).

Kognitivni simptomi dovode do privremenih ili trajnih poremećaja mentalnih procesa, manifestiraju se kao nesposobnost bolesnika da obrati i zadrži pozornost, sporo povlačenje kratkoročnih sjećanja te poteškoće u donošenju odluka. Kognitivni simptomi kod shizofrenije najčešće obuhvaćaju pad funkcionalnosti, oštećenje kratkotrajne radne memorije, nedostatak pažnje i poremećaj pamćenja. Pojava ovih simptoma najčešće se prepoznaje nakon što bolesnik doživi prvu psihotičnu epizodu, a njihova prisutnost prije psihotične epizode najčešće se ne povezuje sa shizofrenijom. Utjecaj ovih simptoma na svakodnevno funkcioniranje prvenstveno se očituje kroz pad intelektualnih sposobnosti i izvođenja aktivnosti zbog smanjene mogućnosti doživljavanja okoline (20).

Preklapanje kognitivnih simptoma s negativnim se često viđa kod shizofrenije, a mogu se međusobno pogoršavati ili ispreplitati. Gubitak verbalne sposobnosti može dovesti do izbjegavanja interakcije s okolinom. Negativni simptomi u kombinaciji sa nedostatkom volje i smanjenom izvršnom funkcijom može jednostavne zadatke učiniti kompleksnim i dovesti do smanjenja suočavanja s istim (20).

Shizofrenija može dovesti do brojnih komplikacija, koja se najčešće očituju kognitivnim oštećenjima u području pamćenja, pažnje i poteškoća u donošenju odluka, što može značajno utjecati na svakodnevno funkcioniranje. Društveno povlačenje i izolacija su uobičajeni, jer borba s društvenim interakcijama i suočavanje sa stigmom shizofrenije dovodi do usamljenosti. Postoji povećani rizik od poremećaja ovisnosti o drogama, a bolesnici sa shizofrenijom također su podložniji razvoju fizičkih zdravstvenih problemima poput kardiovaskularnih, metaboličkih i zaraznih bolesti. Značajne komplikacije mogu proizaći iz agresivnih ponašanja i visokog rizika za suicid. Održavanje stabilnosti bolesnika može se postići kroz omogućavanje zaposlenja i rade, sigurnosti stanovanja i dobru kontrolu simptoma bolesti. Smanjena sposobnost brige o sebi i provođenja postupaka

samozbrinjavanja, poremećaji mentalnog zdravlja, pravni i financijski problemi te iskustvo stigmatizacije i diskriminacije dodatno otežavaju izazove s kojima se suočavaju bolesnici sa shizofrenijom. Učinkovite strategije upravljanja primjenom lijekova, pridržavanje preporuka liječenja i osiguravanje sveobuhvatne podrške ključne su komponente u postizanju pozitivnih ishoda, smanjenju rizika od pojave komplikacija i povećanju ukupne kvalitete života oboljelih (12).

4.1.3. Liječenje shizofrenije

U liječenju shizofrenije plan liječenja treba se usmjeriti na bolesnika i treba uključivati farmakološke i nefarmakološke modalitete za ublažavanje simptoma i poboljšanje funkcioniranja bolesnika. Elementi terapijskog procesa uključuju odabir odgovarajućeg okruženja za liječenje, upravljanje rizicima, rješavanje prepreka za pridržavanje i uključivanje mreže podrške. Mreža podrške se odnosi na području zdravstvenih djelatnika, članova obitelji i bliskih osoba u prepoznavanju ranih znakova recidiva, načine pristupa i korištenja resursa zajednice. U procesu liječenja, ključnom komponentom smatra se edukacija bolesnika i obitelji o mogućim dobrobitima, učinkovitosti i rizicima dostupnih opcija liječenja (12, 15).

Kada dođe do povlačenja simptoma, shizofrenija zahtjeva doživotno liječenje. Redovito uzimanje farmakološke terapije i provođenje psihosocijalne terapije osnova su postizanja kontrole i uspješnog upravljanja shizofrenijom (12, 20). Kod većine bolesnika liječenje se odvija ambulantno, uz povremene hospitalizacije tijekom kojih se provodi korekcija terapije. uzimanjem lijekova i psihosocijalnom rehabilitacija drže bolest pod kontrolom. Liječenje se provodi na psihijatriji, a multidisciplinarni tim koji sudjeluje u zdravstvenoj skrbi za bolesnika uključuje psihijatre, psihologe, socijalne radnike, medicinske sestre i radne terapeute. Dobra povezanost, komunikacija i koordinacija unutar tima dovodi do poboljšanja ishoda liječenja, odnosno stabilizacije bolesnika i njegove integracije u društvenu sredinu (20).

Farmakološka terapija, odnosno antipsihotici predstavljaju osnovu liječenja i postizanja stabilizacije bolesnika sa shizofrenijom. je osnova liječenja shizofrenije. Svrha liječenja antipsihoticima je upravljanje simptomima. Početno liječenje započinje najmanjim dozama lijeka, koji se može primjenjivati u kombinaciji s drugim skupinama lijekova.

Korekcija doze i učestalosti uzimanja lijeka ovisi o procjeni stanja koja se temelji na kontinuiranom promatranju učinka terapije. Osim antipsihotika, u terapiju se najčešće uključuju antidepresivi i anksiolitici. Maksimalni učinak lijekova postiže se nakon nekoliko tjedana od početka primjene, a do tada se mogu primijeniti lijekovi koji smanjuju intenzitet agitacije i uznemirenosti bolesnika (20). Uzimajući u obzir da se farmakološka terapija kod shizofrenije karakterizira nizom nuspojava, bolesnici često izbjegavaju uzimanje lijekova i ne pridržavaju se upute o dozi lijeka. Postizanje željenih ishoda terapije temelji se na razini suradljivosti bolesnika, koja se može povećati kroz stvaranje odnosa temeljenog na povjerenju, uključivanjem obitelji u proces skrbi, kontinuiranu podršku i pružanje pomoću u procesu liječenja (12, 20).

Prvi izbor u liječenju su antipsihotici drugog reda, koji imaju manji rizik od nuspojava u odnosu na antipsihotike prve generacije, koji se povezuju s negativnim učincima na neurološki sustav i razvojem poremećaja pokreta (diskinezija). U slučaju potrebe za dugotrajnim liječenjem, antipsihotici prve generacije se uzimaju u obzir zbog niže cijene lijekova, no prije donošenja odluka potrebno je provesti procjenu učinkovitosti u odnosu na potencijalnu štetu. Antipsihotici u obliku depot-a apliciraju se intramuskularno, jednom mjesečno, što smanjuje količinu lijekova koje bolesnik treba uzimati i istovremeno povećava sigurnost bolesnika u slučaju nepridržavanja uzimanja oralne terapije. Intramuskularno primijenjeni antipsihotici se otpuštaju postupno i imaju pozitivan utjecaj na sveukupno stanje bolesnika (20).

Važne psihosocijalne intervencije utemeljene u liječenju shizofrenije uključuju:

- psihoedukaciju,
- asertivne programe na razini zajednice,
- koordinirane programe skrbi za bolesnike koji su doživjeli prvu epizodu psihoze,
- kognitivno-bihevioralnu terapiju,
- službe za zapošljavanje uz podršku,
- potpurnu psihoterapiju,
- trening društvenih vještina,
- obiteljske intervencije,
- kognitivnu remedijaciju.

Nakon povlačenja akutne faze bolesti, proces liječenja obuhvaća provođenje psihološke i socijalne podrške. Ovaj oblik podrške može se bolesniku uključuje različite metode nefarmakološke terapijske metode koje se mogu provoditi kroz individualni ili grupni pristup. Individualnom psihoterapijskim pristupom postiže se optimizacija misaonih procesa, sposobnosti bolesnika u suočavanju sa stresom i prepoznavanje ranih znakova i simptoma koji mogu ukazivati na pogoršanje psihičkog stanja. Razvoj socijalnih vještina obuhvaća metode usmjerene na poboljšanje komunikacije i interakcije s okolinom, što posljedično dovodi do ponovnog uključivanja bolesnika u društvenu sredinu i poboljšanje svakodnevnog funkcioniranja. Proces reintegracije u liječenju shizofrenije stavlja naglasak na pružanje podrške oboljelima i njihovim obiteljima. Ovaj proces odnosi se na olakšanje povratka na posao ili poticanje bolesnika na aktivno traženje posla (20).

Važne psihosocijalne intervencije utemeljene u liječenju shizofrenije uključuju (12):

- psihoedukaciju,
- asertivne programe na razini zajednice,
- koordinirane programe specijalizirane skrbi za bolesnike koji su doživjeli prvu epizodu psihoze,
- kognitivno-bihevioralnu terapiju,
- službe za zapošljavanje uz podršku,
- potpurnu psihoterapiju,
- trening društvenih vještina,
- obiteljske intervencije,
- kognitivnu remedijaciju.

Kod većine bolesnika postoji potreba za određenim oblicima svakodnevne podrške, koja se može pružiti kroz uključivanje u različite programe na razini zajednice. Psihijatrijski programi u zajednici pomažu bolesnicima steći vještine samopomoći u kriznim situacijama i značajno pomažu bolesnicima steći kontrolu nad bolesti. Elektrokonvulzivna terapija se provodi kod bolesnika u odrasloj životnoj dobi koji ne reagiraju dobro na farmakoterapiju, a može se primijeniti u slučaju pojave depresivnih epizoda (12).

4.2. Shizofrenija u gerijatrijskih bolesnika

Starenje predstavlja prirodan proces u životnom ciklusu svakog pojedinca koji se karakterizira nizom psihičkih, socijalnih i fizioloških problema. Neizbježna je i završna faza životnog ciklusa obilježena brojnim izazovima i preprekama koje utječu na svakodnevno funkcioniranje pojedinca. Razumijevanje procesa starenja i postizanje aktivnog i zdravog starenja zahtijeva stavljanje fokusa na socijalnu podršku, financijsku stabilnost i postizanje mentalnog blagostanja starijih osoba (21). Klinička slika shizofrenije kod starijih osoba se razlikuje od kliničke slike mlađih osoba, a tijekom razvoja bolesti povezuje se s različitim kognitivnim i socijalnim pitanjima. Shizofrenija u starijih osoba se definira kao shizofrenija s kasnim početkom (22).

Početak bolesti nakon 65. godine života obično označava vrlo kasnu pojavu psihoze slične shizofreniji, koja je obično sekundarna u odnosu na opća medicinska stanja, poput demencije ili drugih neurodegenerativnih poremećaja. Češća je kod žena, a osobe s ovim oblikom shizofrenije imaju bolje premorbidno funkcioniranje, manje negativnih simptoma i manje ozbiljna neurokognitivna oštećenja. Stariji bolesnici obično imaju i manje ozbiljne pozitivne simptome, a negativni simptomi imaju tendenciju trajanja do kasne životne dobi. Shizofrenija s kasnim početkom zahtijeva manje dnevne doze antipsihotika u usporedbi sa shizofrenijom koja se javlja u ranijim životnim razdobljima (22).

Kod shizofrenije u starijoj dobi neuropsihološke promjene se manifestiraju u blažem obliku, što se očituje relativno stabilnim obrascem neuropsihološkog funkcioniranja. Liječenje shizofrenije starijih osoba može predstavljati izazov zbog visokog rizika od polifarmacije, tjelesne slabosti i prisutnih komorbiditeta. Najjači prediktori smanjenje sposobnosti donošenja odluka u procesu liječenja ove populacije bolesnika su kognitivni nedostaci povezani s procesom starenja, a pitanja kompetentnosti za donošenje odluka najčešće se rješavaju kada bolesnici odbijaju preporučeno liječenje (23).

Unatoč stabilnosti neuropsihološkog funkcioniranja, klinička slika shizofrenije može varirati tijekom bolesti. Simptomi i funkcioniranje kod nekih bolesnika sa shizofrenijom će se s vremenom pogoršati, kod nekih će se očuvati stabilnost, a neki će postići poboljšanje stanja. Navedeno uvelike ovisi o drugim bolestima i zdravstvenim stanjima koji su prisutni kod oboljelih, čija se učestalost povećava tijekom procesa starenja. Ove bolesti i stanja mogu uključivati hipertenziju, šećernu bolest, poremećaje mišićno-koštanog sustava, respiratorne

bolesti, stanja nakon moždanog ili srčanog udara te psihijatrijske bolesti i poremećaje, čija je učestalost veća u osoba starije životne dobi (22, 23). Nепреpoznata ili loše liječene bolesti i komorbidna zdravstvena stanja imaju utjecaj na razvoj invaliditeta i povećanje stope smrtnosti kod starijih osoba sa shizofrenijom (22).

Profil simptoma shizofrenije u gerijatrijskih bolesnika karakterizira se češćom pojavom vizualnih i taktilnim, optužujućim ili uvredljivim slušnim halucinacijama i progoniteljskim zabludama. Kod gerijatrijskih bolesnika manja je vjerojatnost formalnih poremećaja mišljenja i tuposti. Halucinacije u gerijatrijskih bolesnika mogu biti toliko izraženi da uzrokuju anksioznost, strah ili nelagodu, što negativno utječe na svakodnevno funkcioniranje bolesnika. Ove razlike u manifestacijama simptoma mogu biti rezultat neuropatoloških abnormalnosti koje su karakteristika neurodegenerativnih poremećaja povezanih sa starenjem. Također, strukturne promjene mozga i žarišnih strukturnih abnormalnosti poput smanjenog volumena lijevog temporalnog režnja mogu utjecati na intenzitet i težinu simptoma shizofrenije u gerijatrijskoj populaciji (24).

Psihofarmakološko liječenje gerijatrijskih bolesnika s dijagnozom shizofrenije zahtjeva pažljiv pristup zbog visokog rizika od nuspojava i interakcije lijekova. Liječenje shizofrenije usmjereno je na liječenje simptoma, postizanje kontrole nad bolesti i povećanje kvalitete života oboljelih. Kod postavljene dijagnoze shizofrenije kod gerijatrijskih bolesnika, liječenje se također temelji na farmakoterapiji i nefarmakološkim metodama. Antipsihotici se primjenjuju u liječenju halucinacija, deluzija, dezorganiziranog ponašanja i negativnih simptoma. Anksiolitici i antidepresivi se primjenjuju s ciljem kontrole simptoma anksioznosti i depresije, a sedativi i hipnotici se daju kod bolesnika s poremećajima spavanja. Neovisno koji se lijekovi primjenjuju, terapija mora biti individualno prilagođena svakom bolesniku, pri čemu se u obzir trebaju uzeti specifičnosti simptoma koji su prisutni kod bolesnika. Neovisno o dobi bolesnika, redovite kontrole su uvjet postizanja željenih ishoda liječenja, što je posebno bitno kod gerijatrijskih bolesnika. Redovite kontrole i praćenje terapijskog procesa u liječenju gerijatrijskih bolesnika osigurava učinkovito i sigurno upravljanje bolesti, povećava razinu suradljivosti i smanjuje rizik od neželjenih ishoda (25).

Hitna stanja povezana sa shizofrenijom u gerijatrijskih bolesnika najčešće uključuju stanje delirija, agresivnost, psihotična stanja, suicidalnost, reaktivna stanja i zanemarivanje osnovnih tjelesnih potreba koje može dovesti do stanja koje ugrožava život bolesnika.

Psihotična stanja u starijih osoba mogu se podijeliti na ona sa ranijim početkom i ona sa kasnim početkom, a često su povezana sa polifarmacijom, uporabom sredstava ovisnosti i strukturnim promjenama mozga te zahtijevaju dijagnostičku obradu (21).

4.3. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege definiran je racionalnim, planiranim i na znanju utemeljenim aktivnostima usmjerenim na pravovremeno otkrivanje i potpuno rješavanje definiranih problema iz cjelokupnog područja sestrinske skrbi. Ukoliko zdravstveno stanje bolesnika u bilo kojem pogledu odstupa od fiziološkog, te zbog toga osoba nije sposobna zadovoljiti neku od osnovnih potreba, medicinska sestra dužna je uočiti, definirati i riješiti problem. Proces zdravstvene njege pomoć je svakoj medicinskoj sestri prilikom organizacije zdravstvene njege, definiranja prioriteta i održavanja usmjerenosti na pozitivan ishod i postizanje primjerene kvalitete života (26). Evaluacija gerijatrijskog bolesnika oboljelog od shizofrenije zahtjeva temeljiti pristup svim podacima, nalazima dijagnostičkih pretraga i provođenje detaljnog fizikalnog pregleda. Ključni koraci u procjeni potreba bolesnika uključuju prikupljanje podataka, psihijatrijsku procjenu, fizički pregled, procjenu funkcionalnog, kognitivnog, socijalnog i neuropsihološkog statusa te uvid u laboratorijske nalaze. Nakon provedene procjene utvrđuju se prioritete i izrađuje plan zdravstvene njege, koji je individualna za svakog bolesnika (12, 26, 27).

Sestrinske dijagnoze koje se najčešće mogu postaviti kod gerijatrijskog bolesnika sa shizofrenijom uključuju:

- smanjena mogućnost brige o sebi
- poremećaj spavanja
- socijalna izolacija i usamljenost
- anksioznost i tjeskoba
- promjene procesa mišljenja, shvaćanja i razumijevanja
- visok rizik za samoozljeđivanje
- visok rizik za pad

4.3.1. Smanjena mogućnost brige o sebi

Na aktivnosti samozbrinjavanja i zadovoljavanje potreba gerijatrijskih bolesnika utječu brojni čimbenici (psihološki, okolinski, sociokulturni, političko-ekonomski, biološki). Svaki pojedini čimbenik prilikom planiranja zdravstvene njege potrebno je uvažiti, a individualni pristup svakom bolesniku čini svaki plan zdravstvene njege personaliziranim i jedinstvenim (27).

Smanjena mogućnost brige o sebi može biti prolazna, privremena i trajna. Smanjena mogućnost brige o sebi predstavlja značajan problem kod svih osoba starije životne dobi, a posebno je izražen kod gerijatrijskih bolesnika s dijagnozom shizofrenije. Prilikom procjene mogućnosti samostalnog zbrinjavanja gerijatrijskom bolesniku sa shizofrenijom potrebno je pružiti optimalnu razinu pomoći u odnosu na njegove individualne potrebe te ga je važno poticati na postizanje sve veće razine samostalnosti u izvođenju svakodnevnih aktivnosti. Kontinuirano provođenje procjene stanja i revidiranje aktualnog plana zdravstvene njege izuzetno je važno jer se stanje bolesnika može se izmijeniti i više puta u kratkom vremenu, a učestalost promjena također može biti povećana zbog dijagnoze shizofrenije. Preporučena prilagođena skala za klasifikaciju razine samostalnosti funkcioniranja koja se koristi u procjeni formirana je u rasponu bodova od 0 – osoba je potpuno neovisna, do 4 – osoba je potpuno ovisna (situacija kada bolesnik uopće ne sudjeluje u pojedinim aktivnostima). Kada se postavlja jedna, ciljana sestrinska dijagnoza smanjene mogućnosti brige o sebi uvijek je potrebno uz svaku pojedinu definiranu dijagnozu iznova procijeniti stupanj mogućnosti funkcioniranja (26 – 28).

Proces zbrinjavanja gerijatrijskog bolesnika sa shizofrenijom, kod kojega postoji problem smanjene mogućnosti brige za sebe uvijek započinje prikupljanjem podataka, analizom i definiranjem problema u odnosu na postavljenu dijagnozu. Na temelju prikupljenih podataka definiraju se i utvrđuju ciljevi, planiraju ciljane intervencije i izrađuje se plan provođenja zdravstvene njege. Nakon procijenjenog stanja gerijatrijskog bolesnika i stupnja samostalnosti, medicinska sestra sukladno mogućnostima bolesnika, s njim u dogovoru planira postupke koji će se provoditi. Kako bi ciljevi bili izvodivi i realni važno je pravilno procijeniti da li je postojeći problem privremen ili trajan, očekuje li se djelomičan ili potpun oporavak ili eventualno pogoršanje stanja, a ova procjena zahtijeva poznavanje tijeka osnovne bolesti, odnosno shizofrenije i pridruženih komorbiditeta ako su prisutni.

Ciljevi moraju biti jasno formulirani kako bi ih bolesnik i drugi članovi multidisciplinarnog tima mogli razumjeti i djelovati s ciljem njihova postizanja. Ciljevi u zdravstvenoj njezi gerijatrijskog bolesnika sa shizofrenijom moraju se uvijek orijentirati na bolesnika, a trebaju biti dovoljno specifični da omogućuju provođenje evaluacije, procjenu potrebnog vremena za postizanje cilja i razine postignuća. Ciljevi moraju biti relevantni i potpuno usklađeni sa cjelokupnim procesom zbrinjavanja bolesnika sa shizofrenijom (26, 27).

Intervencije je uvijek potrebno usmjeriti u odnosu na uzrok aktualnog problema. Ukoliko su intervencije kratkoročne, tada su usmjerene na trenutno zadovoljavanje osobnih potreba, dok je kod dugoročnih intervencija važno osposobiti bolesnika za što samostalnije provođenje aktivnosti prilikom održavanja osobne higijene i hranjenja (27). Zadovoljavanje potreba i uloga svake medicinske sestre ovisi o kakvoj i kojoj se vrsti oštećenja radi te u kojem stupnju je bolesniku potrebna pomoć. Intervencije medicinske sestre moraju biti prilagođene postojećim specifičnim oštećenjima i usmjerene ciljevima koji se žele postići prilikom provođenja zdravstvene njege gerijatrijskog bolesnika sa shizofrenijom koji se suočava sa problemom smanjene mogućnosti brige za sebe (26 – 28).

4.3.2. Poremećaj spavanja

Spavanje i poremećaji spavanja mogu se proučavati i procjenjivati na različite načine, uključujući korištenje skala i upitnika za procjenu kvalitete sna. Korištenjem upitnika može se odrediti rizik za specifične poremećaje spavanja, no oni se ne koriste kao dijagnostički alati već kao pomoć u procjeni obrazaca spavanja bolesnika. Poremećaj spavanja je usko povezan sa shizofrenijom, a često se opaža prije početka bolesti. Nesanica je najčešći poremećaj spavanja koji se karakterizira širokim rasponom nespecifičnih i dijagnostički nesigurnih simptoma poput loše kvalitete sna, koju bolesnik opisuje na temelju subjektivne percepcije. Kod shizofrenije, poremećaj spavanja se smatra prediktorom razvoja psihoze (29). Većina oboljelih od shizofrenije pati od poremećaja spavanja. Kontinuitet spavanja kod bolesnika sa shizofrenijom razlikuje se od kontinuiteta osoba bez postavljene dijagnoze. Može biti povezan s težinom simptoma shizofrenije (halucinacije, deluzije), prekidom uzimanja antipsihotika, uzimanjem hipnotika te simptomima drugih poremećaja, poput depresije koji su česti kod bolesnika sa shizofrenijom. Većina bolesnika sa shizofrenijom pati od nesаницe, koja se može uspješno liječiti primjenom farmakološke i bihevioralne

terapije. Farmakološka terapija ima najbolji učinak u liječenju akutnih i kratkotrajnih problema sa spavanjem, dok se kognitivne i bihevioralne terapije koriste za stvaranje učinkovitih obrazaca spavanja (29, 30).

Poremećaji spavanja općenito predstavljaju problem zdravstvene njege koji se smatra prioritetom u planiranju intervencija. Nesanica uključuje izazove s usnivanjem i održavanjem kontinuiteta spavanja, dok se deprivacija sna odnosi na situacije u kojima se bolesnik unatoč spavanju ne uspijeva odmoriti. Sestrinska dijagnoza poremećaja u obrascima spavanja obuhvaća navedena stanja, uključujući nepravilnosti i poremećaje u ciklusu spavanja. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u rješavanju poteškoća spavanja, a intervencije se prvenstveno usmjeravaju na edukaciju o važnosti higijene spavanja, tehnikama opuštanja i prilagođavanjem načina života koji doprinosi poboljšanju kvalitete sna. Kod gerijatrijskih bolesnika sa shizofrenijom, poremećaji spavanja mogu biti povezani s procesom starenja koji se sam po sebi karakterizira promjenama koje mogu utjecati na kvalitetu sna, anksioznošću, neurološkom disfunkcijom, halucinacijama, deluzijama, primjenom lijekova, poremećajem kognitivne funkcije i utjecajima iz okoline (29, 31).

Problemi spavanja moraju se pravovremeno prepoznati i rješavati jer u suprotnom mogu dovesti do pogoršanja mentalnog statusa bolesnika i simptoma shizofrenije, a dugotrajna prisutnost ovog problema može rezultirati razvojem dodatnih poremećaja i bolesti mentalnog zdravlja. U procesu procjene prvenstveno se trebaju utvrditi uzroci problema i povezane tegobe. Osnovni ciljevi zdravstvene njege trebaju biti usmjereni na poboljšanje kvalitete sna, povećanje vremena kontinuiranog spavanja i stvaranje rutine u obrascu spavanja. Potrebno je ukloniti ili minimizirati sve čimbenike iz okoline koji mogu utjecati na spavanje. Higijena spavanja može poboljšati san utječući na latenciju spavanja i vrijeme budnosti nakon početka spavanja te ukupno vrijeme spavanja. Bolesnika je potrebno poučiti načinima održavanja higijene spavanja, koji mogu uključivati promjene u načinu prehrane, svakodnevnu tjelovježbu, izbjegavanje konzumacije alkohola i modifikaciju okruženja u kojemu bolesnik boravi i spava. Također, potrebno je provoditi aktivnosti koje utječu na smanjenje stresa, no ove aktivnosti ne bi trebale biti previsokog intenziteta kako ne bi dovele do pretjeranog umora koji posljedično može dovesti do pogoršanja u obrascu spavanja. Ako se utvrdi da kod bolesnika može pomoći farmakološka terapija, koja se primjenjuje prema nalogu liječnika, medicinska sestre treba educirati bolesnika o načinu uzimanja i važnosti pridržavanja preporuka terapije (29 – 31).

4.3.3. Socijalna izolacija i usamljenost

Socijalna izolacija i usamljenost su značajan problem koji se javlja kod bolesnika sa shizofrenijom, posebno je izražen kod gerijatrijskih bolesnika i može dovesti do iscrpljenosti i smanjenja kvalitete života. Za bolesnike sa shizofrenijom kod kojih postoji problem socijalne izolacije i usamljenosti, medicinske sestre najčešće predstavljaju jedini kontakt i osobe s kojima ostvaruju komunikaciju. Medicinske sestre trebaju prepoznati uzroke socijalne izolacije i usamljenosti, pokazati suosjećanje i razumijevanje tijekom komunikacije te poticati bolesnika na ostvarivanje kontakata, bez osuđivanja. Uzroci socijalne izolacije i usamljenosti kod gerijatrijskih bolesnika sa shizofrenijom mogu povezani s padom kognitivnih sposobnosti, nedostatkom podrške, čestim hospitalizacijama, traumatskim iskustvima, neprikladnim društvenim ponašanjem i nemogućnošću stvaranja i održavanja odnosa (32).

Socijalna izolacija i usamljenost najčešće se manifestiraju povlačenjem u sebe, izbjegavanjem i odbijanjem komunikacije, strahom, tjeskobom, nesigurnosti u odnosima, osjećajem odbačenosti i promjenama u interesima, vrijednostima ili ponašanjima bolesnika. Bolesnici koji se suočavaju s ovim problemom najčešće izražavaju želju da budu sami. Prije utvrđivanja ciljeva i planiranja intervencija, medicinska sestra treba provesti procjenu fizičkog, psihosocijalnog i emocionalnog statusa te napraviti uvid u medicinsku dokumentaciju bolesnika. Potrebno je utvrditi čimbenike koji utječu na socijalizaciju, procijeniti osjećaje i percepcije i prepoznati znakove koji ukazuju da je socijalna izolacija posljedica smanjenog samopoštovanja. Također, provodi se procjena ponašanja, komunikacije i razina razumijevanja (33). Medicinska sestra treba poticati bolesnika na komunikaciju i ostvarivanje interakcije te na uključivanje u aktivnosti na razini zajednice. Bolesnika je potrebno poticati na verbalizaciju osjećaja i problema te mu osigurati potrebnu podršku. U procesu zdravstvene njege potrebno je odvojiti dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom, a medicinska sestra treba zauzeti ulogu slušatelja, a u slučaju da se utvrdi potreba, bolesnika je potrebno uputiti na razgovor sa psihijatrom ili psihologom. Osiguravanje multidisciplinarnе podrške može značajno doprinijeti rješavanju problema socijalne izolacije i usamljenosti. U proces skrbi potrebno je uključiti članove obitelji, koji imaju važnu ulogu u pružanju podrške i poticanu bolesnika na sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima. Bolesnici se najčešće osjećaju usamljeno i povlače se u sebe zbog osnovne

dijagnoze, u ovom slučaju shizofrenije, stoga ih je potrebno upoznati s radom grupa podrške u kojima imaju mogućnost podijeliti iskustva i poboljšati razinu socijalizacije (32, 33).

4.3.4. Anksioznost i tjeskoba

Anksioznost je jedan od najučestalijih psiholoških problema u starijoj životnoj dobi, koji se također javlja kod bolesnika s postavljenom dijagnozom shizofrenije (3, 8). Anksioznost je pojam koji uključuje nekoliko specifičnih dijagnoza (34). Kada se govori o anksioznosti, problema može obuhvatiti širok raspon mentalnih problema, uključujući opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, panični poremećaj ili fobije (35). Generalizirani anksiozni poremećaj karakterizira stalna, pretjerana zabrinutost. Socijalni anksiozni poremećaj ili socijalna fobija uključuje zabrinutost i samosvijest u društvenim situacijama, dok je opsesivno-kompulzivni anksiozni poremećaj obilježen je ponavljajućim, nametljivim mislima i ponavljajućim ponašanjima koja potiču te misli (34). U mnogim slučajevima tjeskoba dovodi do simptoma fizičkog zdravlja koji se manifestiraju ubrzanim radom srca, vrtoglavicama, napetošću mišića ili probavnim problema. Starije osobe najčešće se liječniku javljaju zbog prisutnih fizičkih problema, a rjeđe zbog emocionalnih problema s kojima se suočavaju, stoga je važno provesti detaljnu procjenu bolesnika i utvrditi postojanje psiholoških problema, posebno u slučajevima u kojima se ne može utvrditi razlog somatskih problema (34, 35). Osjećaji tjeskobe i nervoze normalni su u određenim situacijama, a anksioznost postaje problem traje dulje vrijeme, u slučajevima u kojima se ne može definirati konkretan uzrok ili kada počinje značajno utjecati na svakodnevno funkcioniranje (34).

Uzroci anksioznosti kod gerijatrijskih bolesnika sa shizofrenijom mogu biti nuspojave lijekova, upotreba alkohola i droga, traumatična iskustva iz prošlosti i prisutnost drugih zdravstvenih stanja i kroničnih bolesti. Anksioznost se manifestira širokim rasponom simptoma, koji prvenstveno uključuju tjeskobu, osjećaj nervoze i strah od nadolazeće potencijalne opasnosti te poteškoćama u kontroli negativnih emocija. Medicinska sestra treba procijeniti prisutnost prisutne znakove i simptome koji mogu ukazivati na anksioznost, uključujući poteškoće sa spavanjem, tahipneju, tahikardiju, nemir, napetost, slabost, umor, poteškoće s koncentracijom i prisutnost simptoma povezanih s probavnim sustavom. Bolesnika je potrebno poučiti načinima kako prepoznati i razgovarati o strahovima i tjeskobi

te razvijanju učinkovitih tehnika suočavanja s anksioznošću. U procesu zdravstvene njege s bolesnikom je potrebno stvoriti pozitivan odnos temeljen na razumijevanju i povjerenju, koji predstavlja osnovu za učinkovitu komunikaciju i pomaže bolesniku da izrazi osjećaje i probleme s kojima se suočava. Bolesnika je potrebno aktivno slušati, upoznati s metodama opuštanja i poticati na svakodnevnu tjelovježbu. Unutarnji dijalog bolesnika često može biti negativan, a medicinska sestra može kroz poticanje bolesnika na verbalizaciju unutarnjih misli, pomoći bolesniku da razvije načine da pozitivnije govori o sebi, što može smanjiti razinu anksioznosti (32, 33). Anksioznost kod starijih ljudi može biti povezana i sa utjecajem socijalne izolacije, promjene sredine i poremećajem prilagodbe, što su promjene koje su dodatno otežane kod bolesnika sa shizofrenijom.

4.3.5. Promjene procesa mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Oštećenje kognicije kod gerijatrijskih bolesnika sa shizofrenijom karakterizira se kognitivnim i perceptivnim nedostacima, uključujući poteškoće s koncentracijom, organiziranjem misli i učinkovitom komunikacijom. Poremećaji u procesu razmišljanja mogu biti uzrokovani raznim čimbenicima uključujući psihijatrijske poremećaje, neurološka stanja, zlouporabu supstanci, nuspojave lijekova, traume glave i sistemske bolesti koje utječu na mozak. U ovom slučaju, psihijatrijski poremećaj koji utječe na oštećenje kognicije je shizofrenija (36). U procesu procjene medicinska sestra treba procijeniti sigurnost gerijatrijskog bolesnika, komunikaciju i utjecaj promjena povezanih sa shizofrenijom na društveno funkcioniranje. Uobičajeni znakovi i simptomi kognitivnog oštećenja ili poremećenog misaonog procesa mogu uključivati gubitak pamćenja, zbunjenost, dezorijentiranost, poteškoće s koncentracijom, oštećeno rasuđivanje, jezične poteškoće, promjene u ponašanju ili osobnosti te probleme s rješavanjem problema i sposobnostima donošenja odluka. Intervencije medicinske sestre usmjerene su na poticanje gerijatrijskog bolesnika da zadrži orijentaciju prema stvarnosti i jasno komunicira s drugima, prepoznaje promjene u ponašanju i razmišljanju te uspješno razlikuje promjerena od neprimjerenih ponašanja. Gerijatrijske bolesnike sa shizofrenijom potrebno je poučiti načinima kako da prepoznaju situacije koje se javljaju prije pojave halucinacija i deluzija i načinima kako se suočiti s istim. Usmjerenim intervencijama potrebno je postići da bolesnik razvije odgovarajuće obrasce komunikacije i surađuje s okolinom te da se uključi u društvene aktivnosti na razini zajednice. U procesu zdravstvene njege medicinska sestra treba postići

dosljednost, izbjegavati kritiziranje i stvaranje provokativnih sadržaja koji mogu dovesti do uznemirenosti i neprimjerenih ponašanja bolesnika sa shizofrenijom. Bolesnika je potrebno poticati na razmišljanje o postignućima i pozitivnim stvarima u životu te ga poučiti tehnikama zaustavljanja misli kada one postanu iracionalne ili pretjerano negativne (32, 36).

4.3.6. Visok rizik za samoozljeđivanje

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u prevenciji suicida kod visokorizičnih bolesnika, a u ovu skupinu bolesnika pripadaju i bolesnici s dijagnozom shizofrenije. Ova uloga u prevenciji se očituje kroz postupke osiguravanja sigurne okoline i dostupnosti sustava podrške, procjene rizika od suicida, praćenje stanja i pružanje psihosocijalne podrške. Stvaranje terapijskog odnosa i ozbiljno shvaćanje svih znakova koji mogu ukazivati na suicid ili pokušaja suicida ključni su aspekti zdravstvene njege kod visokog rizika za samoozljeđivanje. Visok rizik za samoozljeđivanje najčešće se prepoznaje na temelju izražavanja suicidalnih misli, što je pojam koji se koristi za opisivanje razmišljanja, želja i preokupacija smrću i samoubojstvom. Aktivna suicidalna ideja označava doživljavanje trenutnih, specifičnih, suicidalnih misli. Prisutna je kada postoji svjesna želja za samoozljeđivanjem i kada je kod bolesnika prisutna bilo koja razina želje da kao posljedica njegovog ponašanja nastupi smrt. Pasivna suicidalna ideja odnosi se na opću želju za smrću, no bolesnik nema aktivnu namjeru samoozljeđivanja koje može voditi smrtnom ishodu (37).

Bolesnici kod kojih postoji visok rizik za samoozljeđivanje najčešće boluju od različitih psihijatrijskih stanja. Shizofrenija i organski poremećaji mozga su povezani s većim rizikom od samoubojstva, osobito kada su praćeni slušnim halucinacijama koje potiču na samoozljeđivanje. Ostali čimbenici koji pridonose riziku za samoozljeđivanje uključuju zlouporabu tvari, mentalne poremećaje, psihološka stanja, kulturološke i društvene situacije te genetsku predispoziciju. Metode samoozljeđivanja su različite, a mogu uključivati trovanje, izazivanje masivnog krvarenja, utapanje, vješanje i samoubojstvo iz vatrenog oružja (37).

Smanjenje rizika za samoozljeđivanje može se postići planiranjem i provođenjem intervencija koje mogu utjecati na promjene razmišljanja bolesnika. Procjena bolesnika treba uključivati procjenu psihičkog statusa, sposobnosti prosuđivanja, donošenja odluka i rješavanja problema te procjenu komunikacije, motivacije, uključenosti u skrb i interesa

bolesnika za život. Izgradnja odnosa povjerenja i podrške s bolesnikom je ključna komponenta procesa zdravstvene njege. Medicinska sestra treba pokazati empatiju, aktivno slušati bolesnika i pokazati stav bez osuđivanja kako bi stvorila sigurno okruženje u kojem bolesnik može izraziti svoje osjećaje i razmišljanja. Plan zdravstvene njege potrebno je izraditi zajedno s bolesnikom što utječe na povećanje razine sudjelovanja i motivacije. U proces skrbi potrebno je uključiti članove obitelji i osobe koje su bliske bolesniku te preporučiti sudjelovanje u obiteljskim savjetovanjima i grupama podrške. Potrebno je kontinuirano nadzirati primjenu lijekova. Bolesnika je potrebno poticati na prepoznavanje vlastitih vrijednosti i identificiranje osobnih uloga i odgovornosti u životu. Kod bolesnika kod kojih je obiteljska anamneza pozitivna na suicid, psihijatrijske bolesti ili pokušaje suicida potrebno je redovito kontrolirati jer su izloženi značajno većem riziku zbog genetske predispozicije. Kod ovih bolesnika potrebno je provesti procjenu anksioznosti, tjeskobe, poremećaja spavanja, intenziteta simptoma shizofrenije i učinkovitosti liječenja jer sve navedeno može dodatno utjecati na pojavu suicidalnih misli i rezultirati pokušajem suicida (37, 38).

4.3.7. Visok rizik za pad

Visok rizik za pad jedna je od najčešćih sestrinskih dijagnoza u procesu zdravstvene njege, koja se posebno često postavlja u gerijatrijskih bolesnika, a prepoznavanje problema temelji se na procjeni rizika koja se provodi individualno za svakog bolesnika. Shizofrenija može dodatno povećati već postojeći rizik za pad zbog kognitivnog oštećenja i simptoma shizofrenije koji mogu utjecati na orijentaciju bolesnika (12, 39). Procjena rizika u zdravstvenoj njezi provodi se korištenjem Morseove ljestvice te kroz promatranje bolesnika, prikupljanje i analizu podataka koji su relevantni za provođenje sigurne zdravstvene njege. Kod gerijatrijskih bolesnika s prisutnim rizikom potrebno je provoditi kontinuirani nadzor i mjere prevencije kako bi se spriječili padovi i posljedične ozljede, uključujući i pojavu komplikacija povezanih s nastalim ozljedama. S bolesnikom je potrebno stvoriti odnos povjerenja, što se postiže razgovorom, informiranjem i edukacijama o čimbenicima rizika, te važnosti i načinima na koje ih minimizirati ili potpuno ukloniti. O mjerama prevencije važno je educirati sve osobe koje sudjeluju u skrbi za gerijatrijskog bolesnika s povećanim rizikom za pad, što je posebno važno kod bolesnika sa shizofrenijom. Edukacijom je potrebno obuhvatiti članove obitelji, skrbnike i bliske osobe koje su u svakodnevnom

kontakta s bolesnikom. Primarni cilj u odnosu na koje medicinske sestre planiraju intervencije procesa zdravstvene njege je potpuno uklanjanje čimbenika rizika iz okoline. Medicinska sestra u procesu zdravstvene njege gerijatrijskom bolesniku treba pristupiti na holistički način, a probleme i ciljeve definirati na temelju objektivne i subjektivne procjene. Procjenom se trebaju obuhvatiti čimbenici rizika za pad koji mogu biti povezani s procesom starenja i dodatno oni povezani sa shizofrenijom. U odnosu na provedenu procjenu, medicinska sestra definira ciljane postupke čije je provođenje usmjereno na postizanje prethodno postavljenih ciljeva. Podatke koje medicinska sestra treba prikupiti odnose se na dob, pokretljivost, kognitivni status, razinu samostalnosti, uvjete u okolini te prisutnost simptoma shizofrenije i drugih bolesti i zdravstvenih stanja. Osim navedenog medicinska sestra treba procijeniti prisutnost poremećaja spavanja, opće slabosti, kognitivnih oštećenja, i razine znanja i sposobnosti o korištenju odgovarajućih pomagala za kretanje (39, 40).

Gerijatrijskog bolesnika sa shizofrenijom je potrebno upoznati s novom okolinom, te mu na dohvat ruke osigurati zvono za poziv i educirati ga o načinu kako se ono koristi i u kojim situacijama. Iz prostora u kojem se bolesnik kreće potrebno je ukloniti sve prepreke, uključujući nepotrebne predmete i namještaj, osigurati dobro osvjetljenje i orijentacijsko svjetlo tijekom noći. Bolesniku je potrebno pružiti pomoć u svim situacijama koje mogu rezultirati padom, poput ustajanja iz kreveta, odlaska do toaleta, provođenja osobne higijene i kretanja uz pomoć pomagala na koje se bolesnik navikava. Nakon što provede edukaciju, medicinska sestra treba provjeriti usvojenost znanja i zatražiti povratnu informaciju od bolesnika, te u slučaju potrebe ponovno informirati i educirati bolesnika o mjerama prevencije pada (40).

4.4. Stigma

Stigma je riječ grčkog podrijetla koja označava ubod, žig, znamen, obilježje, biljeg, brazgotinu, sramota, ruglo (41). Sve bolesti nose određenu razinu stigme jer se u odnosu na zdravlje bolest smatra određenom slabošću i obilježjem, što je posebno značajan problem kod psihijatrijskih bolesti. Prisilna institucionalizacija tijekom povijesti dovela je do razvoja stigme psihijatrijskih bolesnika. Promjena percepcije ovih bolesti dovela je do povećanja razine uključenosti oboljelih u društvo, koji primjenom učinkovitih modaliteta liječenja ostvaruju ravnopravni tretman kao i svi drugi članovi zajednice (42).

Gerijatrijski bolesnici sa shizofrenijom suočavaju se s dvostrukom stigmom, koja je povezana sa starijom životnom dobi i psihijatrijskom bolesti. Stigma može biti izuzetno štetna za bolesnika, no isto tako može utjecati na ljude u njegovoj okolini. Utječe na kvalitetu života oboljelih, razinu socijalne integracije i pristup adekvatnom liječenju. Može povećati osjećaj bespomoćnosti i nemoći te dovesti do gubitka identiteta (41).

Većina ljudi ima krivu percepciju shizofrenije, što pokazuje potrebu za povećanjem svijesti o ovoj bolesti i načinima na koji utječe na život oboljele osobe. Navedeno zahtjeva sveobuhvatan pristup na društvenoj, institucionalnoj i individualnoj razini. Destigmatizacija bolesnika sa shizofrenijom može se učinkovito postići edukacijom i povećanjem svijesti, jačanjem podrške, promjenom percepcije i stavova te promicanjem rane intervencije, jačanjem samopouzdanja i uključivanjem oboljelih u društvenu zajednicu. Kombinacijom ovih strategija mogu se postići postavljeni ciljevi, no potpuna učinkovitost uvjetovana je razinom svijesti stanovništva unutar zajednice (41, 42).

5. ZAKLJUČAK

Psihičko zdravlje predstavlja važnu komponentu ukupnog zdravlja koja zauzima sve veću pozornost, a strategije za očuvanje psihičkog zdravlja sve više se provode na lokalnim, nacionalnim i globalnoj razini. Psihički poremećaji doprinose razvoju niza ograničenja u području funkcionalnosti pojedinca, a posebno dolaze do izražaja u starijoj životnoj dobi. Starija životna dob karakterizira se kognitivnim padom, smanjenom razinom funkcionalnosti i samostalnosti u izvođenju svakodnevnih životnih aktivnosti, a isto je dodatno otežano kod pojedinaca s određenim psihičkim poremećajima. Gerijatrijski bolesnici s dijagnozom shizofrenije predstavljaju specifičnu skupinu bolesnika koja se svakodnevno suočava s nizom izazova u izvođenju aktivnosti samozbrinjavanja i aktivnostima koje zahtijevaju određenu razinu samostalnosti. Navedeno se smatra izazovom jer je izvođenje svakodnevnih životnih aktivnosti značajno otežano promjenama koje se događaju tijekom starenja i poteškoćama povezanim sa shizofrenijom.

Proces zdravstvene njege gerijatrijskog bolesnika s dijagnozom shizofrenije zahtjeva holistički pristup koji uključuje sveobuhvatnu procjenu, planiranje, provođenje i evaluaciju procesa zdravstvene njege te revidiranje planova ako se utvrdi da postavljeni ciljevi nisu u potpunosti postignuti. Postizanje dobre kontrole nad shizofrenijom može se postići kroz rad multidisciplinarnog tima, provođenjem kontinuiranih procjena stanja bolesnika i pružanje podrške te kroz pravovremeno prepoznavanje i rješavanje problema i komplikacija. U proces zdravstvene skrbi potrebno je uključiti obitelj, educirati ih i pružiti im potrebnu potporu kako bi potrebe gerijatrijskog bolesnika sa shizofrenijom bile u potpunosti i na najbolji mogući način zadovoljene. Planiranje zdravstvene njege kod svakog bolesnika treba biti individualno i provedeno na temelju prikupljenih podataka u procesu procjene. Uzimanjem u obzir prisutnost specifičnih simptoma povezanih sa shizofrenijom i procjene razine funkcionalnosti medicinske sestre imaju mogućnost planirati i provoditi personaliziranu zdravstvenu njegu, što značajno olakšava postizanje željenih ishoda skrbi.

6. LITERATURA

1. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. [Internet] Dostupno na: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Datum pristupa: 27.5.2024.)
2. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski J, Mathisen J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*, 2001;27:187-95.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje; 2021. [Internet] Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremeceje/> (Datum pristupa 27.5.2024.)
4. Gaebela W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;69(11):661-73.
5. Queiros T, Coelho F, Linhares L, Telles-Correia D. Schizophrenia: What Non-Psychiatrist Physicians Need to Know. *Acta Med Port*. 2019;32(1):70-7.
6. Folsom DP, Lebowitz BD, Lindamer LA, Palmer BW, Patterson TL, Jeste DV, i sur. Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;88(1):45-52.
7. World Population Prospect 2022: release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022.
8. Mental health of older adults. World Health Organization. [Internet] Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (Datum pristupa: 27.5.2024.)
9. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150(1):3-10.
10. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet*. 2022;399(10323):473-86.
11. Hjorthoj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):295-301.
12. Hany M, Rehman B, Rizvi A, Chapman J. Schizophrenia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
13. Owen MJ, Sawa A, Mortenson PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86-97.

14. Hafner H, Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997;42(2):139-51.
15. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, i sur. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177(9):868-72.
16. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(3):271-87.
17. Ostojić D. Prva epizoda shizofrenije: važnost ranog otkrivanja bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*. 2012; 19(1): 53-72
18. Moro Lj, Francisković T, i sur. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
19. Pedersen CB, Mortensen PB. Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: A replication and analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2001;179: 46-52
20. Gregurek R, i sur. *Suradna i konzultativna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga; 2020.
21. Peleš-Mihaljević A, Šagud M. Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Socijalna psihijatrija*. 2019;47(3):283-91.
22. Folsom DP, Lebowitz BD, Lindamer LA, Palmer BW, Patterson TL, Jeste DV. Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues Clin Neurosci*, 2006;8(1):45-52.
23. Kahn RS. On the Origins of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177(4):291-97.
24. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV, International Late-Onset Schizophrenia Group. Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus. *Psychiatry*. 2000;157(2):172-8.
25. Begić D. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2022.
26. Čukljek S. *Proces zdravstvene njege – nastavni tekstovi*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2020.
27. Fučkar G. *Uvod u sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.
28. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Aldan DA, Babić D, i sur. *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2010.
29. Kaskie RE, Graziano B, Ferrarelli F. Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nat Sci Sleep*. 2017;9:227-39.
30. Porwal A, Yadav YC, Pathak K, Yadav R. An Update on Assessment, Therapeutic Management, and Patents on Insomnia. *BioMed Res International*. 2021;1:6068952.

31. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, i sur. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
32. Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF. *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care.* 11th ed. Amsterdam: Elsevier; 2017.
33. Gulanick M, Myers JL. *Nursing care plans Diagnoses, interventions, and outcomes.* 8th ed. Amsterdam; Elsevier; 2014.
34. Donohue M. *Common Mental Illnesses in the Elderly.* BlueMoon; 2021. [Internet] Dostupno na: <https://bluemoonseniorcounseling.com/common-mental-illnesses-in-the-elderly/> (Datum pristupa: 28.5.2024.)
35. *Psychological Problems in Old Age.* CubaHeal Research; 2020. [Internet] Dostupno na: <https://www.cubaheal.com/2020/03/09/psychotherapy-eldery-care/> (Datum pristupa: 28.5.2024.)
36. Dhakal A, Bobrin BD. *Cognitive Deficits.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
37. Harmer B, Lee S, Rizvi A, Saadabadi A. *Suicidal Ideation.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
38. Stanley B, Martinez-Ales G, Gratch I, Rizk M, Galfalvy H, Choo TH, i sur. Coping strategies that reduce suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. *Journal of Psychiatric Research.* 2021;123:32-7.
39. Medved M, Vujanić J. *Prevenција pada u bolničkih bolesnika. Reumatizam.* 2014;61(2):156-156.
40. Kadović M, Aldan AD, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. *Sestrinske dijagnoze II.* Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
41. Mimica N, Kušan-Jukić M, i sur. *Psihijatrija starije dobi.* Zagreb: Medicinska naklada; 2022.
42. Filipčić I, Pavičić D, Filipčić A, Hotujac Lj, Begić D, Grubišić J, i sur. Attitudes of Medical Staff Towards the Psychiatric Label »Schizophrenic Patient« Tested by an Anti-Stigma Questionnaire. *Collegium antropologicum.* 2003;27(1):301-307.

7. OZNAKE I KRATICE

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

KVB – kardiovaskularne bolesti

8. SAŽETAK

Psihičko zdravlje definira se kao sposobnost pojedinca da ostvariti vlastite potencijale, učinkovito se suoči sa stresom, bude produktivan i doprinosi zajednici. Psihički poremećaji obuhvaćaju stanja odstupanja u ponašanju uz prisutne psihološke i biološke simptome. Shizofrenija ima visok utjecaj na pojedinca i društvo, manifestira se povremenim ili kroničnim simptomima, ovisno o težini poremećaja i životnoj dobi pojave simptoma. Klinička slika shizofrenije razlikuje se kod gerijatrijskih bolesnika u odnosu na shizofreniju s ranim početkom, a tijek bolesti povezan je s brojnim socijalnim i biološkim izazovima. Prepoznavanje prvih simptoma shizofrenije u gerijatrijskoj populaciji je važno za usmjeravanje liječenja koje za cilj ima održati samostalnost i funkcionalnost u izvođenju svakodnevnih životnih aktivnosti. Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika sa shizofrenijom temelji se na procjeni problema i planiranju specifičnih intervencija pri čemu se posebna pozornost treba usmjeriti na procjenu kognitivnih sposobnosti i funkcionalnosti bolesnika. Sam proces zdravstvene njege gerijatrijskih bolesnika je kompleksan, a shizofrenija predstavlja dodatne izazove koji proizlaze iz promjenjivosti kliničke slike i simptoma koji imaju utjecaj na izvođenje aktivnosti. Problemi zdravstvene njege ove populacije bolesnika najčešće su vezani za oštećenje kognicije, smanjenu mogućnost brige o sebi, socijalnu izolaciju, anksioznost, rizik za pad i samoozljeđivanje. Promicanje znanja o shizofreniji unutar zajednice i uključivanje obitelji važno je jer sustav podrške čini osnovnu komponentu postizanja željenih ishoda skrbi starijih osoba sa shizofrenijom. Ovaj rad istražuje različite aspekte skrbi za gerijatrijske bolesnike oboljele od shizofrenije, uključujući dijagnostiku, terapiju i psihološku podršku.

Ključne riječi: gerijatrijski bolesnik, shizofrenija, zdravstvena njega.

9. SUMMARY

Mental health is defined as an individual's ability to realize their own potential, effectively face stress, be productive and contribute to society. Mental disorders include states of deviation in behavior with the presence of psychological and biological symptoms. Schizophrenia has a high impact on the individual and society, it manifests itself in occasional or chronic symptoms, depending on the severity of the disorder and the age at which the symptoms appear. The clinical picture of schizophrenia differs in geriatric patients compared to schizophrenia with early onset, and the course of the disease is associated with numerous social and biological challenges. Recognizing the first symptoms of schizophrenia in the geriatric population is important for directing treatment aimed at maintaining independence and functionality in performing daily life activities. The health care of geriatric patients with schizophrenia is based on the assessment of the problem and the planning of specific interventions, where special attention should be directed to the assessment of the patient's cognitive abilities and functionality. The very process of health care for geriatric patients is complex, and schizophrenia presents additional challenges arising from the variability of the clinical picture and symptoms that have an impact on the performance of activities. Health care problems of this patient population are most often related to impaired cognition, reduced ability to care for oneself, social isolation, anxiety, risk of falling and self-injury. Promoting knowledge about schizophrenia within the community and involving families is important because the support system is a fundamental component of achieving the desired outcomes of care for older adults with schizophrenia. This paper explores various aspects of care for geriatric patients with schizophrenia, including diagnosis, therapy and psychological support.

Key words: geriatric patient, schizophrenia, health care.

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>19.09.2024.</u>	<u>KRISTINA HARIĆ</u> IVANA	<u>Kristina Harić</u>

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

Keleke Mousić Ivana

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst moj^{eg} završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 17.09.2024.

Keleke Mousić Ivana

potpis studenta/ice

