

Sestrinska skrb osoba oboljelih od rezidualne shizofrenije

Rendić, Iva

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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:144:069078>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-01**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Sestrinska skrb osoba oboljelih od rezidualne shizofrenije

Završni rad br. 56/SES/2022

Iva Rendić

Bjelovar, listopad 2022.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Iva Rendić**

JMBAG: **0314022288**

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb osoba oboljelih od rezidualne shizofrenije**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Goranka Rafaj, mag.med.tehn., predsjednik**
2. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **Daliborka Vukmanić, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 56/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. **ukratko opisati klasifikaciju psihotičnih poremećaja prema ICD-10 i DSM-V i osvrnuti se na epidemiologiju shizofrenije**
2. **opisati potencijalne uzroke shizofrenije i načine liječenja**
3. **navesti vrste shizofrenije prema ICD-10 te izdvojiti rezidualnu shizofreniju i detaljno opisati specifičnosti bolesti prema sastavnicama psihičkog statusa (afekt, mišljenje, kognicija...).**
4. **opisati plan zdravstvene njege i sestrinske intervencije kod pacijenata s rezidualnom shizofrenijom u bolničkim i drugim stacionarnim uvjetima**
5. **argumentirati važnost sestrinskih intervencija i okupacione terapije kod oboljelih od rezidualne shizofrenije**

Datum: 08.06.2022. godine

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



Zahvala

Zahvaljujem se mentorici prim.dr.sc Mariji Kudumiji Slijepčević što je prihvatila biti moj mentor. Bila mi je čast pisati završni rad pod njenim vodstvom te se zahvaljujem na savjetima i brzim odgovorima.

Zahvaljujem se svim predavačima Veleučilišta u Bjelovaru na prenesenom znanju u ove 3 godine kao i na pruženim savjetima.

Najviše sam zahvalna svojoj obitelji i prijateljima koji su bili uz mene, pružali mi podršku i vjerovali u mene. Hvala svim mojim kolegama koji su ovo studiranje učinili boljim i zabavnijim.

SADRŽAJ

1.UVOD	1
2.CILJ RADA	2
3.METODE	3
4.1 Epidemiologija	4
4.2 Etiologija	5
4.3 Znakovi i simptomi	5
4.3.1 Pozitivni simptomi	6
4.3.2 Negativni simptomi	7
4.3.3 Kognitivni poremećaji	8
4.3.4 Faze bolesti	8
5. DIJAGNOZA SHIZOFRENIJE	9
5.1 MKB-10 – karakteristični simptomi	9
5.2 DSM-V- karakteristični simptomi	10
6.KLINIČKI OBLICI SHIZOFRENIJE	11
6.1 Paranoidna shizofrenija	11
6.2 Hebrena shizofrenija	11
6.3 Katatona shizofrenija	11
6.4 Nediferencirana shizofrenija	12
6.5 Postshizofrena depresija	12
6.6 Rezidualna shizofrenija	12
6.7 Shizofrenija simplex	12
7. LIJEČENJE	12
7.1 Antipsihotici	13
7.2 Dodatna terapija u liječenju shizofrenije	14
7.3 Nefarmakološko liječenje	15
8.REZIDUALNA SHIZOFRENIJA	16
8.1 Liječenje rezidualne shizofrenije	18
8.2 Prehrana i shizofrenija	24
9. SESTRINSKA SKRB	25
9.1 Sestrinske dijagnoze osoba oboljelih od rezidualne shizofrenije	25
10.ZAKLJUČAK	30
11. LITERATURA	31
12. OZNAKE I KRATICE	34
13. SAŽETAK	34

14. SUMMARY	36
--------------------------	-----------

1.UVOD

Johan Christian Reil, njemački liječnik, psihijatar, fiziolog i anatom, koji je ujedno i tvorac termina *psihijatrija*, 1808. godine objavio je članak u svrhu prevencije stigmatizacije pacijenata oboljelih od mentalnih bolesti. Izraz psihijatrija (grč. *psyhe* - duša; *iatrea*-liječenje) odnosi se na medicinsku disciplinu koja je usmjerena na dušu. Psihičke bolesti i poremećaji jesu stanja u kojima dolazi do promjene osjećaja, ponašanja, načina doživljavanja i mišljenja u kojima se pokazuje odstupanje od određene norme te se jasno može prepoznati kao bolest ili poremećaj. Sestrinska skrb za osobe oboljele od psihičke bolesti, odnosno psihijatrijskih bolesnika, po definiciji zdravstvene njege ne razlikuje se od skrbi za bolesnike oboljele od organskih bolesti. Prema Međunarodnom savjetu medicinskih sestara, zdravstvena njega definirana je na sljedeći način: "Zdravstvena njega obuhvaća samostalno i suradničko zbrinjavanje pojedinaca svih dobi, obitelji, skupina i zajednice; zdravih i bolesnih te u svim okruženjima. Zdravstvena njega uključuje unaprjeđenje zdravlja, prevenciju bolesti i zbrinjavanje bolesnih, onesposobljenih i umirućih " (1).

Shizofrenija je najbolje opisana te je najčešća od endogenih psihoza. Podrazumijeva poremećaj pažnje, percepcije, mišljenja, emocija, motoričke aktivnosti te ponašanja. Emil Kraepelin, njemački psihijatar, 1896. godine prvi je opisao shizofreniju. Pojam potječe od grčkih riječi *shizo*, što znači rascjep, i *fren*, što znači duša ili razum (2).

U svakoj se stručnoj literaturi shizofrenija opisuje kao poremećaj funkcije mozga nepoznatog uzroka pri kojoj oboljela osoba ima iskrivljenu sliku stvarnosti i, u većini slučajeva, ne uočava razliku između stvarnih i nestvarnih događaja. Bolest je karakterizirana polisimptomatski: negativni, pozitivni, afektivni i kognitivni. Karakteristična je aktivna faza s halucinacijama, sumanutostima (ili oboje) i prodormalna faza u kojoj bolest naglo nastupa. Poremećaj koji je u remisiji naziva se rezidualna faza (3).

Potpuno izlječenje od shizofrenije još je nemoguće, no primjenom odgovarajuće terapije i promjenom načina života moguće je uspješno svakodnevno funkcioniranje. Oboljeli od shizofrenije žive ispunjenim i produktivnim životom, zasnivaju obitelji, pronalaze poslove te grade prijateljstva i partnerstva.

2.CILJ RADA

Osnovni cilj ovog završnog rada je predstaviti temu shizofrenije, te se osvrnuti na rezidualnu shizofreniju, sestrinsku skrb i liječenje. Kroz korištenje stručne literature opisati simptome shizofrenije, tipove, osvrnuti se također i na potencijalne uzroke same bolesti, a na kraju i prikazati plan zdravstvene njege te sestrinske intervencije.

3.METODE

Prilikom izrade završnog rada *Sestrinska skrb za osobe oboljele od rezidualne shizofrenije* pretraživana je stručna i znanstvena literatura iz područja psihijatrije iz gradske knjižnice grada Daruvara, stručni radovi iz baze repozitorija i internetske stranice. Stručne baze koje su korištene za izradu rada; "Dabar", "Hrčak", "National Library of Medicine".

4.SHIZOFREN IJA

Riječ *shizofrenija* dolazi od grčkih riječi *schizein* (rascijepiti) i *phren* (tijelo, um), a doslovni prijevod bio bi "rascjep duše", razuma.

Shizofrenija je karakterizirana kao skupina psihotičnih poremećaja s poremećenim mišljenjem u kojemu ideje nisu logički povezane, percepcija je manjkava, prisutni su bizarni poremećaji motoričke aktivnosti, a osjećaji su neprimjereni i površni. To je psihička bolest koja dovodi do poremećaja moždane funkcije te se manifestira različitim i karakterističnim simptomima. Tijekom akutne faze bolesti najizraženiji su problemi s procjenom stvarnosti. Isto tako, kod oboljelih, pojavljuje se poremećaj u komunikaciji, donošenju odluka te logičnom razmišljanju. Sama shizofrenija ne utječe na inteligenciju, no mogu se pojaviti poteškoće u razmišljanju.

U shizofreniji javlja se stanje, ideoafektivna disocijalizacija, u kojem su osjećaji i misli često neusklađeni, što bi značilo da mišljenje nije praćeno emocijom koja je prikladna situaciji. Obilježena je gubitkom dodira sa stvarnošću što se odnosi na stvaranje vlastite stvarnosti, a to je sumanuti i izolirani svijet. Karakteristike su bolesti neorganizirani govor, ponašanje, ograničen raspon emocija, poremećaji u rješavanju problema i zaključivanju te društvena i profesionalna disfunkcija (4).

4.1 Epidemiologija

Psihijatrijska je epidemiologija znanstvena disciplina koja proučava raspodjelu i učestalost pojedinih mentalnih bolesti u raznim populacijama. Ona je relativno nova medicinska disciplina.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), 45 milijuna ljudi diljem svijeta boluje od shizofrenije. Uz 2,5 milijuna ljudi u Sjedinjenim Državama te 18 000 u Hrvatskoj, životna prevalencija shizofrenije kreće se od 0,4% do 1,4%. To je bolest koja ima veliku rasprostranjenost, no nisku učestalost pojave.

Shizofrenija je učestalija u urbanim područjima, a češće obolijevaju osobe nižeg socioekonomskog statusa. (5) . Bolest se obično pojavljuje u adolescentskoj dobi, a rijetko se događa u djetinjstvu ili u starijoj životnoj dobi (nakon 45. godine). Također, shizofrenija je

češća u muškaraca te se može dijagnosticirati u razdoblju između 18. i 25. godine, dok je u žena između 25. i 35. godine (6).

4.2 Etiologija

Još uvijek nije poznat uzrok shizofrenije, no smatra se kako je bolest multifaktorski determinirana. Nastaje djelovanjem okolišnih čimbenika i genetske predispozicije, a interakcija brojnih čimbenika može uzrokovati razvoj poremećaja. Okolišni čimbenici koji utječu na razvoj bolesti jesu traumatska iskustva, autoimune bolesti te stres u gestacijskom dobu i djetinjstvu.

Prilično veći rizik za obolijevanje od shizofrenije jest u osoba čiji bliski srodnici ili boluju ili su bolovali od shizofrenije. Što su bliži srodnici, veća je i mogućnost obolijevanja. Shodno tomu, osjetljivost je na bolest nasljedna. Kod djece kojima roditelji boluju od shizofrenije velika je mogućnost, čak 46,3 %, da će i ona sama oboljeti. U osoba kojima je samo jedan član obitelji, roditelj, sestra ili brat, bolovao ili boluje od shizofrenije mogućnost je oboljenja 16,7%. Ako je slučaj da samo sestra ili brat boluju, mogućnost je oboljenja 10,1%. Također, shizofrenija se može naslijediti i ako su bolovali djed ili baka osobe, a u tom slučaju mogućnost oboljenja iznosi 3,7%. Utvrđena je učestalost i kod bolesnika koji su imali porođajne komplikacije u odnosu na opću populaciju (7).

4.3 Znakovi i simptomi

Za shizofreniju postoji nekoliko klasifikacija simptoma. Prema Kurtu Schneideru, razlikuju se simptomi prvog i drugog reda, no važniji su simptomi prvog reda. Druga je klasifikacija po Bleureru koji dijeli simptome na osnovne ili fundamentalne te sporedne ili akcesorne, no značajniji su fundamentalni simptomi poznatiji kao "4 a".

Kurt Schneider, simptomi prvog reda:

- Sumanute percepcije
- Umetanje misli
- Slušne halucinacije (dijalog)
- Halucinatorna ozvučenost misli

- Nametuti osjećaji, volja i porivi
- Osjećaj nametanja ili oduzimanja misli
- Osjećaj da drugi ljudi točno znaju bolesnikove misli

Prema Eugenu Bleureru, 4 a simptomi (fundamentalni) označuju:

- Poremećene asocijacije- mišljenje gubi ciljnu predstavu te asocijativni slijed, postaje neprikladno i bizarno
- Autizam- prekid komunikacije sa stvarnošću, povlačenje u sebe i u svijet fantazije
- Ambivalencija-prisutnost poprečnih osjećaja (ljubavi i mržnje) te kontradiktornih ideja
- Afektivna disocijacija- ponašanje je bolesnika neprimjereno određenoj situaciji

Shizofrenija predstavlja veliki psihijatrijski poremećaj koji utječe na mišljenje, stanje, percepciju te ponašanje. Simptomi bolesti dijele se na pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne . Pozitivni simptomi podrazumijevaju sumanute ideje, halucinacije i katatoniju, a negativni simptomi gubitak energije, apatiju, osiromašeni govor, manjak motivacije i volje, socijalno povlačenje te emocionalnu zaravnjenost. Afektivni simptomi podrazumijevaju osjećaj bezizlaznosti, potištenost te suicidalnost, a kognitivni poremećaj pamćenja, pažnje ili apstraktnog mišljenja (8).

4.3.1 Pozitivni simptomi

Pozitivni, odnosno psihotični simptomi dominantni su u akutnim fazama bolesti shizofrenije, a odnose se na sumanute ideje, iluzije, deluzije, smeten govor, halucinacije, poremećaj doživljavanja vlastitog sebe. Pozitivni se simptomi javljaju u različitim osjetilnim oblicima, razlikujemo vidne, slušne, okusne, mirisne te opipne. Za shizofreniju su karakteristične slušne halucinacije od kojih postoje razni oblici. Najčešće su slušne halucinacije kada dva ili više glasova zapovjednog tona osobu grde, naređuju joj i prijete.

Sumanutosti, odnosno sumanute ideje su pogrešna uvjerenja, zablude koje nemaju svoju potvrdu u stvarnosti. Opisuju se kao lažna uvjerenja koja su nastala na nestvarnoj osnovi. Zbog njih bolesnik vjeruje kako ga netko uhodi, prisluškuje i ismijava te može vjerovati kako je zapravo druga osoba.

Formalni poremećaj mišljenja jest poremećaj misaonog tijeka. U shizofreniji je govor, u nekim situacijama, neuravnotežen do te mjere da nema nikakve poveznice između misli, a osoba je potpuno nerazumljiva. Navedeni poremećaj naziva se „salata od riječi“ ili inkoherencija.

Jedan od najčešćih simptoma u shizofrenih bolesnika jesu halucinacije. Prisutne su obmane osjetila u kojima osoba ne razlikuje stvarnost, odnosno ne opaža neke situacije kao stvarne. Najčešće su halucinacije u shizofreniji slušne, u kojima bolesnik čuje glasove s kojima komunicira, te ima dojam kako mu iste zapovijedaju i kako ga osuđuju. Vidne su halucinacije postojane, no rjeđe, a mogu biti prisutne i tjelesne halucinacije u kojima bolesnik osjeća podražaje u ili na tijelu koji su ničim izazvani, primjerice raspadanje unutarnjih organa ili puzanje čega po tijelu.

Katatonija je sindrom karakteriziran psihomotornim smetnjama koji se može očitovati na razne načine; od stanja potpune nepokretnosti i ukočenosti do katatonog uzbuđenja s intenzivnim psihomotornim nemirom (9).

4.3.2 Negativni simptomi

Negativni simptomi u shizofreniji označavaju stanja smanjene psihičke sposobnosti. Bolesnik ne percipira osjećaje ljudi oko sebe, emocionalno je povučen, ne izražava svoje osjećaje te se teže koncentrira. Osim toga, prisutan je gubitak interesa, gubitak volje za uživanje te bezosjećajan izraz lica. U negativne simptome spadaju : alogija, anhedonija, avolicija i osjećaj zaravnjenosti.

Alogija se tumači kao siromaštvo govora, a uzrokovana je usporenim mišljenjem te slabom fluidnosti. Govor je kratak i veoma oskudan.

Anhedonija je odsutnost zadovoljstva. Bolesnik ne doživljava emocije sreće, uzbuđenja, radosti, stoga ne može uživati u stvarima koje su ga nekada veselile. Prisutni su negativni osjećaji prema sebi, ali i drugima.

Avolicija označava gubitak motivacije, odnosno nesposobnost započinjanja te zadržavanja ustrajnosti. Bolesnici ne pokazuju nikakav interes za obavljanje svakodnevnih aktivnosti.

Osjećaj zaravnjenosti nazivamo i poremećaj afektivnosti u kojoj bolesnik smanjeno razlikuje osjećaje te njihovo izražavanje. Bolesnik izbjegava kontakt očima, a lice je nepokretno.

4.3.3 Kognitivni poremećaji

Kognitivni poremećaji utječu na koncentraciju, pamćenje, učenje, percepciju i pažnju. Oboljeli od shizofrenije imaju teškoće u pažnji i koncentraciji, stoga teže obrađuju informacije. Odgovorni su za disfunkcionalnost u svakodnevnom životu jer pojava kognitivnih simptoma onemogućuje planiranje svakodnevnih aktivnosti te raspoznavanje važnih situacija/stvari od nevažnih.

4.3.4 Faze bolesti

Shizofrena psihoza prolazi kroz nekoliko faza. Budući da nemaju jasno definirane granice, a određene je međufaze teško prepoznati, najčešće se spominju četiri faze:

- Premorbidna
- Prodromalna
- Akutna
- Kronična

U **premorbidnoj fazi** nisu prisutni znakovi bolesti, no postoje neka obilježja sličnosti kao što je asocijalnost, povlačenje, submisivnost, anksioznost, sramežljivost, preosjetljivost i nesigurnost. Ove crte ličnosti mogu biti prisutne cijelog života, a da se ne pojavi psihijatrijski poremećaj, no postoji mogućnost poremećaja ličnosti ili pojave shizofrenije. (4, 10).

U **prodromalnoj fazi** javljaju se nespecifični simptomi i znakovi (prodromi) prije psihotičnih fenomena. Shizofrenija obično započinje u zahtjevnom i stresnom razdoblju, adolescenciji, iz kojeg se prelazi u odraslu dob. Ponekad je teže razlikovati uobičajene probleme u tom razdoblju normalnog sazrijevanja od prodroma shizofrenije (Harrop i Trower 2001.). Prodromalna je faza postupnog pogoršanja te može trajati i nekoliko godina. Osoba pokazuje nezainteresiranost, povlači se iz društva te doživljava osjećaj bezvoljnosti i tjeskobe. Također, osoba je sumnjičava, neuravnotežene prehrane i sna te pokazuje bijes i ljutnju. Prijelaz iz prodromalne faze u akutnu obično je nagao te traje od nekoliko dana do nekoliko tjedana i u to se vrijeme javlja osjećaj straha (4, 10).

Akutna ili floridna faza obilježena je naglim javljanjem pozitivnih simptoma. Nastaju halucinacije, sumanute misli, dezorganizirano ponašanje te formalni poremećaji mišljenja i govora. Navedeni simptomi ometaju bolesnikovo funkcioniranje, a izraženi su toliko da obično dovode i do hospitalizacije (4, 10).

Kronična ili rezidualna faza započinje nakon akutne faze. Obilježena je trajnim afektivnim promjenama, poremećajem funkcioniranja i kongitivnom deterioracijom (4,10).

5. DIJAGNOZA SHIZOFRENIJE

Za postavljanje dijagnoze shizofrenije važna je dobra anamneza, klinička slika, heteroanamneza te dijagnostički kriteriji. Da bi se postavila dobra anamneza, potrebno je napraviti što bolji intervju te način vođenja istog. Do sada nije stvoren i odobren ni jedan dijagnostički test koji bi bio specifičan prediktor za shizofreniju kojim bi se moglo isključiti druga stanja koja se klinički manifestiraju poput ovog poremećaja. Dijagnoza shizofrenije postavlja se na temelju dijagnostičkih kriterija sukladno dvjema važećim klasifikacijama: *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, peto izdanje (DSM-5,eng. *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*, fifth edition) i *Međunarodna klasifikacija bolesti*, 10. izdanje (MKB, 10). Američka je klasifikacija bolje prilagođena današnjem vremenu s obzirom da je svoje peto izdanje doživjela 2013. godine, dok MKB-10 datira iz 1993.godine (11).

5.1 MKB-10 – karakteristični simptomi

Za postavljanje dijagnoze shizofrenije prema kriterijima MKB-10 je nužna prisutnost barem jednog od sljedećih navedenih simptoma ;

- Oduzimanje ili nametanje misli, emitirane misli
- Pasivnost, sumanutost kontrole ili utjecaja koja se jasno odnosi na samo tijelo ili njene pokrete, određene misli, senzacije ili akcije i sumanute percepcije
- Slušne halucinacije u vidu da komentiraju bolesnika i njegovo ponašanje, halucinacije u kojima se međusobno razgovara o bolesniku

- Bizarne sumanutosti koje su neusklađene bolesnikovoj kulturi, bolesnik ima nadljudske sposobnosti

Isto tako za postavljanje dijagnoze moraju biti prisutna barem dva od sljedećih simptoma:

- Katatono ponašanje-zakočenost tijela, neprirodan položaj, uzbuđenost
- Nelogizmi, dezorganiziran i inkohherentan govor
- Negativni simptomi -alogija, apatija, osjećaj zaravnjenosti, te socijalna izolacija
- Promjene ponašanja, gubitak interesa, socijalno udaljavanje i zaokupljenost sobom

Za dijagnozu shizofrenije je potrebna prisutnost najmanje jednog simptoma iz navede prve skupine ili najmanje dva simptoma druge skupine. Simptomi moraju biti prisutni dovoljno dugo, odnosno minimalno mjesec dana (10,12).

5.2 DSM-V- karakteristični simptomi

Karakteristični simptomi prema DSM-V klasifikaciji za koje je dovoljna prisutnost samo jednog od navedenih simptoma;

- halucinacije
- sumanutosti
- smetena govora
- katatonog i dezorganiziranog ponašanja
- negativni simptomi

Simptomi koji traju dulje od jednog dana, a najviše mjesec dana označavaju kratke psihotične poremećaje, simptomi koji su prisutni od jednog pa sve do šest mjeseci označavaju shizofrene psihotične poremećaje, a svi simptomi koji su izraženi više od šest mjeseci označavaju shizofreniju. Od pojave simptoma je smanjena razina funkcioniranja u radnom okruženju ali i privatnom i socijalnom planu. Dijagnoza shizofrenije nastaje uslijed skupa simptoma i znakova koji negativno utječu kako na socijalno tako i na radno ophođenje (13).

6.KLINIČKI OBLICI SHIZOFRENIJE

Razlikujemo različite tipove shizofrenije, ovisno o samim simptomima u vrijeme procjene. Svjetske se klasifikacije, MKB-10 i DSM-IV, ne podudaraju. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) razlikujemo; paranoidnu (F20.0), hebrenu (F20.1), katatonu (F20.2), nediferenciranu (F20.3), posthipoznu (F20.4), rezidualnu (F20.5) jednostavnu (F20.6), druge shizofrenije (F20.8) i nespecificiranu shizofreniju (F20.9). Prema DSM-IV razlikujemo; dezorganizirani (295.10), katatoni (295.20), paranoidni (295.30), nediferencirani (295.90), rezidualni (295.60) tip shizofrenije i shizofreniformni (295.40) i shizoafektivni (295.70) poremećaj (14).

6.1 Paranoidna shizofrenija

Najčešća je paranoidna shizofrenija (F20.0). Pojavljuje se u kasnim dvadesetim te ranim tridesetim godinama života. Karakteristična su stalna umišljanja te ideje progona ili veličine, a prisutne su i halucinacije (4,10).

6.2 Hebrena shizofrenija

Hebrenu shizofreniju (F20.1) najteže je definirati, a počinje gotovo uvijek u mladenačkoj dobi. Kod ovog tipa shizofrenije naglašeni simptomi jesu osjećaj zaravnjenosti, sumanute ideje i perceptivni poremećaj. Također, karakteristično je ponašanje za ovaj tip shizofrenije djetinjasto, bizarno i nepredvidivo, a neumjesne emocionalne reakcije popraćene su hihotanjem. Razmišljanje je dezorganizirano te dolazi do socijalne izolacije (1, 10,15).

6.3 Katatona shizofrenija

Za ovaj oblik shizofrenije (F20.2) karakteristične su psihomotorne smetnje, u kojima bolesnik zauzima razne bizarne položaje tijela, te fenomen "psihičkog jastuka" u kojem bolesnik, kada leži u krevetu, ima uzdignutu glavu kao da je ispod njega jastuk. Uloga je sestara na odjelu da tijelo "modelira" kako bi se izbjegla ankiloza zglobova (10, 6).

6.4 Nediferencirana shizofrenija

U ovom tipu (F20.3) ne prevladava ni jedan karakterističan simptom za neku vrstu shizofrenije, odnosno ni jedan simptom ne dominira dovoljno kako bi se postavila dijagnoza određenog tipa (14).

6.5 Postshizofrena depresija

Postshizofrena depresija (F20.4) depresivna je produžena epizoda koja se javlja kao posljedica shizofrene bolesti. Određeni pozitivni ili negativni simptomi moraju biti prisutni, no ne prevladavaju u samoj kliničkoj slici. Iznimno je visok rizik za suicid (4).

6.6 Rezidualna shizofrenija

Ovaj oblik shizofrenije (F20.5) dugog je trajanja, a kliničku sliku opisuju negativni simptomi poput avolicije, alogije, anhedonije te osjećaja zaravnjenosti. Bolesnici koji boluju od rezidualnog tipa shizofrenije smanjeno pokazuju svoje osjećaje te dolazi do smanjenja i verbalne i neverbalne komunikacije (4).

6.7 Shizofrenija simplex

Shizofrenija simplex (F20.6) formira se polako te ima kroničan tijek bolesti u kojoj oboljela osoba ima osjećaj da se mijenja i povlači u svoj svijet. Kliničkom slikom dominiraju negativni simptomi, a pozitivni se mogu javiti nakon dužeg vremena. Bolesnik zanemaruje osobnu higijenu i svakodnevne aktivnosti, demotiviran je i neambiciozan (10).

7. LIJEČENJE

Stručnjaci nisu definirali jasan uzrok shizofrenije, stoga se liječenje temelji na eliminaciji simptoma bolesti. Prema modernoj medicini, ne može se potvrditi ili izdvojiti ni jedan simptom ili skup simptoma tipični za shizofreniju. U liječenju sudjeluje cijeli tim stručnjaka

poput medicinskog osoblja, psihologa, socijalnih radnika te radnih terapeuta. Naravno, veliku ulogu u procesu liječenja ima i sam bolesnik kao i njegova obitelj. Terapijski cilj liječenja je suzbijanje simptoma, kontrola i socijalna rehabilitacija. U procesu liječenja shizofrenije provode se farmakoterapijske, psihoterapijske i socioterapijske metode. Od iznimne je važnosti liječenje započeti što ranije, nakon postavljanja dijagnoze bolesti jer odgađanjem liječenja i neredovitim uzimanjem terapije se i sama uspješnost liječenja smanjuje (1).

Daniker i Delay 1952.godine otkrićem antipsihotika pridonijeli su liječenju shizofrenije. Antipsihotici čine temeljnu terapiju shizofrenije, a njihov se učinak, prije svega, odnosi na pozitivne simptome. Uz antipsihotike često se primjenjuju i drugi lijekovi poput antidepresiva, benzodijazepina, stabilizatori raspoloženja i drugi.

Liječenje shizofrenije dugotrajan je i naporan proces.

7.1 Antipsihotici

Primjena antipsihotika temelj je liječenja shizofrenije. Pripadaju skupini lijekova koji djelotvorno ublažavaju ili u potpunosti uklanjaju simptome shizofrenije, a djeluju na način da ublažavaju psihotične simptome poput halucinacija, poremećaja percepcije, sumanutih misli, nemira, nesanice i straha. Kao i većina psihofarmaka, antipsihotici su lijekovi koji potencijalno izazivaju nuspojave poput glavobolje, nesanice, povraćanja, mučnine, povećane tjelesne težine i ostalo (17).

Vremenom su se mijenjale različite klasifikacije antipsihotika, a najviše se zadržala generacijska podjela, odnosno podjela na prvu generaciju (tipični) i drugu generaciju (atipični).

Antipsihotici I. generacije

Ova se vrsta lijekova naziva konvencionalni antipsihotici te klasični ili tipični antipsihotici, odnosno antipsihotici prve generacije. Zajedničko im je svojstvo jako antagonističko djelovanje na D2 dopaminske receptore. Imaju značajan potencijal za izazivanje neurolepsije. Putem multicentričnih istraživanja pokazano je kako svi konvencionalni antipsihotici uspješno suzbijaju pozitivne simptome psihoze dok na negativne simptome nemaju učinak. Promazin i klorpromazin glavni su predstavnici prve skupine antipsihotika, kojima su karakteristike: dobro djelovanje na anksioznost, agresivnost i agitaciju te sedaciju bolesnika. U parenteralnom obliku

se primjenjuju u akutnim psihotičnim stanjima, a u peroralnom obliku primjenjuju se u terapiji održavanja. Flufenazin i haloperidol glavni su predstavnici visokopotentnih antipsihotika, a karakteristike su (pozitivno) djelovanje na pozitivne simptome, slabo izražena sedacija, pozitivan učinak na agresivnost i agitaciju. Primjenjuju se u peroralnom i parenteralnom obliku, no dostupni su i u depo pripravcima (intramuskularno).

Kao skupina lijekova, atipični antipsihotici nadmašuju klasične antipsihotike. Oni su rezultat predane potrage za najboljim antipsihoticima s manje nuspojave te poboljšavaju sigurnost i podnošljivost liječenja.

Antipsihotici II. i III. generacije

Poznatiji su po nazivu atipični antipsihotici te djeluju na pozitivne i negativne shizofrene simptome. Atipični se antipsihotici, kao skupina lijekova, izdižu iznad klasičnih antipsihotika.

Razlike su u djelovanju lijeka brojne, poput:

- Imaju učinkovitije djelovanje na negativne i kognitivne simptome
- Atipični antipsihotici blokiraju serotoninske i dopaminske receptore
- Imaju selektivno djelovanje i izraženije djeluju na dopaminske neurone u A10 regiji u mezokortikolimičkom sustavu koji ima važnu ulogu u nastanku shizofrenije, dok je manje izraženo blokiranje A9 neurona koji su odgovorni za nastanak ekstrapirimidnih simptoma.

7.2 Dodatna terapija u liječenju shizofrenije

Temeljnu terapiju shizofrenije čine antipsihotici, no oni ne pokrivaju sve simptome. Učinak antipsihotika najviše se odnosi na pozitivne simptome, stoga je primjena dodatnih lijekova česta. Uz antipsihotike se za liječenje shizofrenije primjenjuju još i benzodiazepini, antidepresivi te stabilizatori raspoloženja.

Antidepresivi mogu imati pozitivan učinak na simptome depresije, negativne simptome, akatiziju te opsesivno-kompulzivni poremećaj. Koriste se u suzbijanju osjećaja straha, poboljšavaju raspoloženje te djeluju pozitivno na motivaciju. Neke potencijalne nuspojave antidepresiva jesu pospanost i umor, povećanje apetita, zatvor i hipotenzija.

Benzodiazepini korisna su dodatna terapija, koriste se u liječenju akutne agitacije u kombinaciji sa haloperidolom. Benzodiazepine prima otprilike oko dvije trećine oboljelih od shizofrenije. Također su učinkoviti u liječenju katatonije. Nuspojave ovih lijekova su sedacija i vrtoglavica, ne bi se trebali koristiti dulje od jednog mjeseca (11).

Stabilizatori raspoloženja, uz shizoafektivne poremećaje, koriste se i u liječenju graničnog poremećaja ličnosti te bipolarnog poremećaja. To su lijekovi koji sprječavaju intenzivne i nagle promjene raspoloženja.

7.3 Nefarmakološko liječenje

Psihoterapija

Psihoterapija je izvedenica iz grčkog jezika koja označava liječenje duše, jedna je od najstarijih metoda liječenja psihički bolesnih osoba. Ona olakšava bolesnikove tegobe, istražuje psihički život oboljelog, te oslobađa bolesnika od njegovih smetnji. Ima jasno definiran cilj i provodi se planski te je nužno korištenje određenih tehnika i metoda. Riječ je osnovni terapijski instrument. Kod shizofrenije se psihoterapijom educira bolesnika o samoj bolesti i nošenju sa simptomima, rješavaju se psihotične simbolike, a glavni cilj je povećanje funkcionalnosti bolesnika, stjecanje socijalnih vještina te poboljšanje kvalitete života.

Postoji individualna i grupna psihoterapija u kojoj je prisutna i obitelj oboljelog. U grupnoj psihoterapiji najvažnije je odrediti granice, odnosno što je dopušteno, a što nije. Granice se određuju radi sigurnosti psihoterapeuta i pacijenta, a uvode i osjećaj odgovornosti.

Cilj je individualne psihoterapije redovito poticati komunikaciju bolesnika s medicinskom sestrom, psihijatrom ili psihologom. Individualnom se psihoterapijom razgovara o osjećajima, doživljajima, mislima te trenutnim i prošlim problemima (18).

Kognitivno bihevioralna terapija

U liječenju shizofrenije kognitivno bihevioralna terapija (KBT) pokazala se učinkovitom. Terapeut i oboljela osoba zajedno rade na identificiranju i razumijevanju problema u odnosu između osjećaja, misli i ponašanja. Terapeut postavlja pitanja s ciljem da bolesnik stavi težište na vlastita vjerovanja u vezi simptoma i sučeljavanje s istim.

Socioterapija

Socioterapija sastoji se od niza aktivnosti koje se primjenjuju u procesu resocijalizacije, odnosno rehabilitacije duševnih bolesnika. Pristupi socioterapije primjenjivi su na pojedince i njegovo okruženje s ciljem da se uključi vlastito liječenje. Najčešće metode socioterapije jesu rekreacija, terapijska zajednica, igra, ples, glazba, radna i okupacijska terapija te mnoge druge.

U svim oblicima socioterapije uloga je medicinske sestre praćenje ponašanja bolesnika, prisutnost poticanje na sudjelovanje u aktivnostima te stvaranje ozračja međusobnog razumijevanja i poštovanja.

- Rekreacija-rekreativnom se terapijom zadovoljavaju osobni nagoni i želje te se jača bolesnikova ličnost
- Terapijska zajednica- bolesnika se nastoji priviknuti na što bolju komunikaciju, radne navike, te radi na održavanju veza sa okolinom. U terapijsku zajednicu aktivno su uključeni: medicinska sestra, socijalni radnik, psihijatar, psiholog, okupacijski terapeut, glazboterapeut i mnogi drugi.
- Igra- cilj je kroz sport i bez korištenja verbalne komunikacije pristupiti neverbalnom pacijentu
- Ples- lakše ostvarivanje društvenih kontakata, važna je socioterapijska metoda
- Glazba- glazboterapijom stvara se zajednički grupni osjećaj
- Radna i okupacijska terapija (8).

8.REZIDUALNA SHIZOFRENIJA

Jedan od pet podtipova je upravo rezidualna shizofrenija. Oboljele osobe ne osjećaju pozitivne simptome; neorganizirano ponašanje, halucinacije, iluzije.

Međutim, osobe oboljele od rezidualne shizofrenije doživljavaju smanjeni oblik jednog ili dva simptoma poput čudne percepcije ili iskrivljenog razmišljanja, ujedno i negativne simptome koji uključuju socijalno povlačenje, tup učinak ili poteškoće u obraćanju pozornosti.

Iako su u prošlosti osobe kojima je dijagnosticiran ovaj podtip doživjele barem jednu epizodu koja je uključivala istaknute simptome koji su promijenili njihovu percepciju ili razmišljanje (pozitivni simptomi), više ih ne osjećaju. Upravo zbog toga su u ovom tipu shizofrenije

simptomi blaži. Sam tijekom rezidualnih simptoma je vremenski ograničen i promjenjiv, stoga dolazi do faze gdje se simptomi ili u potpunosti povuku ili dolazi do potpunog razvijanja simptoma.

Osobe kojima je dijagnosticirana rezidualna shizofrenija (F20.5) imaju samo negativne simptome koji uključuju gubitak ili smanjenje socijalne ili emocionalne funkcije te dva ili više blagih bihevioralnih/kognitivnih poremećaja (19).

Simptomi mogu uključivati:

- Čudna uvjerenja
- Neobična percepcijska iskustva
- Iskrivljeno razmišljanje
- Nedostatak motivacije
- Anhedonija- nemogućnost uživanja
- Alogija- siromaštvo govora
- Asocijalnost

Negativni simptomi shizofrenije, za razliku od pozitivnih, štetniji su za oboljelu osobu jer dovode do slabljenja motivacije, odnosno smanjenog osjećaja za svrhu i ciljeve. Ovakav tip simptoma duže traje te slabije reagiraju na terapiju. Bolesnici oboljeli od rezidualne shizofrenije često pokazuju simptome lošeg premorbidnog funkcioniranja, otežanih socijalnih reakcija te ranog početka bolesti. Iako su negativni simptomi manje dramatični od pozitivnih, određuju funkcioniranje osobe (19).

Kako bi se postavila dijagnoza F20.5 rezidualna shizofrenija, moraju se ispuniti sljedeći uvjeti:

- a) Istaknuti "negativni" simptomi shizofrenije, odnosno psihomotorno usporavanje, neaktivnost, pasivnost, nedostatak inicijative, osiromašen govor, loša neverbalna komunikacija, loša briga o sebi
- b) Dokaz o prošloj najmanje jednoj jasnoj psihotičnoj epizodi u sklopu dijagnostičkog kriterija za shizofreniju
- c) Razdoblje od najmanje godinu dana intenzivnih i učestalih simptoma shizofrenije poput deluzija i halucinacija koji su bili minimalni ili značajno smanjeni

- d) Odsutnost demencije i drugih organskih bolesti ili poremećaja mozga, te kronične depresije

U rezidualnoj fazi moguća je pojava postpsihotičnog depresivnog poremećaja shizofrenije.

8.1 Liječenje rezidualne shizofrenije

Ova se bolest obično pojavljuje u ranijoj odrasloj dobi i nema lijeka. Međutim, liječenje je potrebno zbog kontrole poremećaja. Liječenje se provodi primjenom antipsihotika i ostale vrste terapije.

Antipsihotici

Shizofrenija ostaje jedna od najtežih medicinskih bolesti. Trenutačni antipsihotici prve i druge generacije koji moduliraju dopamin uglavnom ciljaju na pozitivne simptome, neučinkovito na negativne i kognitivne simptome. Međutim, u liječenju ukupne psihopatologije, negativnih, kognitivnih i afektivnih simptoma efikasniji su antipsihotici druge generacije. U antipsihotike druge generacije ubrajamo; olanzapin, klozapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon i aripiprazol.

- **Olanzapin**

Olanzapin je antipsihotik širokog farmakološkog profila s djelovanjem na brojne neurotransitorske receptore te je dostatan u terapiji održavanja. Na negativne i pozitivne simptome shizofrenije, kao i na psihopatologiju, pokazuje dobar učinak. Česte nuspojave ovog lijeka jesu pospanost, porast tjelesne težine i hipersedacija (11).

- **Klozapin**

Ima učinak na pozitivne shizofrene simptome, jer djeluje kao antagonist dopaminergičkih D2 receptora, a na negativne simptome djeluje preko serotonergičkog 5-HT₂ sustava. Na aktivne i kognitivne funkcije putem receptora 5-HT_c i 5-HT_{1a}. Djeluje sedativno i anksiolitički, a nakon dva tjedna ima dobar antipsihotični učinak. Klozapin otklanja i ublažava simptome tardivne diskinezije, smanjuje agresivno ponašanje i suicid. Najčešće nuspojave korištenja ovog lijeka su: porast tjelesne težine, hipotenzija, leukopenija (11, 20).000

- **Risperidon**

Risperidon uspostavlja ravnotežu dopamina i serotonina kako bi poboljšao raspoloženje, ponašanje i razmišljanje. Pokazuje dobar učinak na pozitivne i negativne simptome shizofrenije, a 1996. godine je u Hrvatskoj uveden u kliničku uporabu. Risperidon je naspram klopazina veće podnošljivosti i sigurnosti. Nuspojave korištenja ovog lijeka su; nemir, glavobolja, porast tjelesne težine i anksioznost (1).

- **Kvetapin**

Kvetapin dobro djeluje na sve skupine shizofrenih simptoma, a po receptorskoj aktivnosti pripada dopaminergičko-serotonineričnim antagonistima. Kod visokih doza mogu se pojaviti uznemirenost, zatvor, porast tjelesne težine, porast kolesterola, sušenje usta ali i neurološke nuspojave (1).

- **Ziprasidon**

Osim u liječenju shizofrenije, ziprasidon je učinkovit i u liječenju agitacije u slučaju demencije i bipolarnog poremećaja. Ima antagonistička djelovanja na (D2) dopamin, serotonin (5 – HT2a, 5 – HT2c i 5 – HT1b), α 1-adreneričkih receptora, i (H1) histamin receptore (1, 20).

- **Arpiprazol**

Arpiprazol je antipsihotik koji snižava visoke koncentracije dopamina, a ujedno ih i podiže kada su niske. Snižava pojavnost neuroloških nuspojava uz poboljšanje simptoma shizofrenije. Lijek je vrlo podnošljiv, rijetko se rijetko pojavljuju nuspojave poput sušenja usne šupljine, sedacije ili akatizije (1).

Glazboterapija

Svjetska udruga za glazbenu terapiju (WFMT - World Federation of MusicTherapy), definirala je glazboterapiju na sljedeći način ; "Glazbena terapija je korištenje glazbe i/ili njenih elemenata (zvuk, ritam, melodija, harmonija) što ga provodi kvalificirani glazbeni terapeut na osobi ili grupi u procesu koji je osmišljen kako bi osigurao i unaprijedio komunikaciju, učenje, potaknuo izričaj, organizaciju i druge bitne terapeutske ciljeve u svrhu postizanja fizičkih, mentalnih, emocionalnih, kongitivnih i društvenih potreba." (Breitenfeld, Majsec Vrbanić, 2011.)

U Šangaju je napravljeno jednomjesečno kontrolirano ispitivanje. U ispitivanju je sudjelovalo sedamdeset i šest pacijenata koji su imali rezidualni podtip shizofrenije. Skupina je nasumično raspoređena u liječenu skupinu ili kontrolnu skupinu. Obje su skupine primale standardne lijekove propisane od strane njihovih liječnika, ali grupa za liječenje primila je također i jednomjesečni tečaj glazbene terapije koji je uključivao i pasivno slušanje glazbe ali i aktivno sudjelovanje u pjevanju popularnih pjesama s drugim pacijentima. Četiri medicinske sestre su procijenile ishod koristeći kinesku verziju Skale za procjenu negativnih simptoma, a uz nju i bolničku verziju Skale za procjenu invaliditeta Svjetske zdravstvene organizacije. Terapija glazbom smanjila je negativne simptome pacijenta, povećala njihovu sposobnost razgovora s drugima, smanjila njihovu društvenu izolaciju, te povećala njihovu razinu interesa za vanjske događaje (21).

Okupacijska terapija

Okupacijska terapija (OT) zdravstvena je disciplina koja se bavi promocijom zdravlja i blagostanja kroz okupacije. Primarni cilj okupacijske terapije jest omogućiti ljudima sudjelovanje u aktivnostima svakodnevnog života. Osigurava usluge ljudima čija je sposobnost funkcioniranja u svakodnevnom životu poremećena problemima u razvoju, fizičkom bolešću, povredama, mentalnom bolešću ili drugim emocionalnim problemima. OT omogućava vođenje produktivnijeg i nezavisnog života s više zadovoljstva.

Okupacije su smislene aktivnosti koje proizlaze iz uloga i zadataka u obitelji i društvu te uključuju sve što se radi, primjerice:

1. Vođenje brige o sebi
2. Slobodne aktivnosti
3. Produktivnost

Osobe oboljele od rezidualne shizofrenije imaju oslabjelu sposobnost adaptacije, stoga dolazi do disfunkcije. Smislene aktivnosti olakšavaju proces adaptacije. Cilj je okupacijske terapije poticati kreativnost u svrhu odvratanja bolesnika od razmišljanja o vlastitim problemima i simptomima. Terapija uključuje rad s glinom i drvom, ručno tkanje, slikanje olovkom te izradu ukrasa. Ova psihosocijalna rehabilitacija usmjerena je na produktivnije suočavanje s posljedicama bolesti, rad na obiteljskim, radnim i socijalnim ulogama, obnovu samopouzdanja i samopoštovanja te učenje vještina koje su potrebne za neovisno funkcioniranje u zajednici (npr. kuhanje, kupovina, korištenje novca i sl) (22).

1. Preporučuje se liječenje u terapijskom okruženju koje uključuje najmanje restriktivno liječenje. Najbolji rezultati postignuti su liječenjem bolesnika u njihovom prirodnom okruženju različitim oblicima ambulantne terapije. Prednost treba dati ambulantom liječenju, a hospitalizacije trebaju biti što kraće.
2. Preporučene organizacije za mrežu ustanova za mentalno zdravlje uključuju: krizne centre, bolničku skrb, dnevne bolnice, centre za mentalno zdravlje u zajednici, razne rehabilitacijske kapacitete, grupe samopomoći.

Elektrokonvulzivna terapija

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) je tretman koji koristi malu električnu struju za stvaranje generaliziranog cerebralnog napadaja pod anestezijom u bolesnika sa shizofrenijom, kao i drugim stanjima uključujući tešku depresiju, postporođajnu depresiju, bipolarni poremećaj, shizoafektivni poremećaj, neuroleptički maligni sindrom i delirij (23).

Provođenje kontroliranih kratkotrajnih električnih impulsa se postiže korištenjem elektroda na točno određenim točkama na glavi bolesnika, gdje dolazi do kratkotrajne moždane klijenuti koja traje dvije minute. Postoje dvije vrste EKT-a, a one su unilateralna i bilateralna. Unilateralnom terapijom jedna je elektroda postavljena na tjeme, druga na dominantniju moždanu hemisferu. Bilateralna terapija podrazumijeva stavljanje elektroda na obje slijepoočnice, ona je indicirana kod težih psihičkih bolesti poput; manične epizoda bipolarnog poremećaja, katatonije, depresije s psihozom, psihozna shizofrenija.

Elektrokonvulzivna terapija se u prošlosti izvodila na način da su se bolesnicima stavljali vlažni spužvasti jastučići preko kojih je bila aplicirana struja. Nakon zatvaranja strujnog kruga bolesnik gubi svijest, nakon čega slijedi faza toničkog grča koji traje desetak sekundi. Nakon te faze slijedi faza kloničkih grčeva koji traju od 30 do 40 sekundi. Kloničkoj fazi prethodi kratkotrajna apneja iz koje se bolesnik budi. EKT se koristi uvijek kao druga opcija liječenja, odnosno kada psihofarmakološko liječenje nije uspješno.

Kontraindikacije za provođenje elektrokonvulzivne terapije su kardiovaskularna oboljenja, razna oštećenja središnjeg živčanog sustava (srčane aritmije, infarkt miokarda, cerebralna aneurizma, aneurizma aorte, tumora mozga ili povišenog intrakranijalnog tlaka) (8).

Prije započinjanja elektrokonvulzivnog tretmana je obavezna medicinska priprema. Medicinska priprema zahtjeva i dodatne preglede poput;

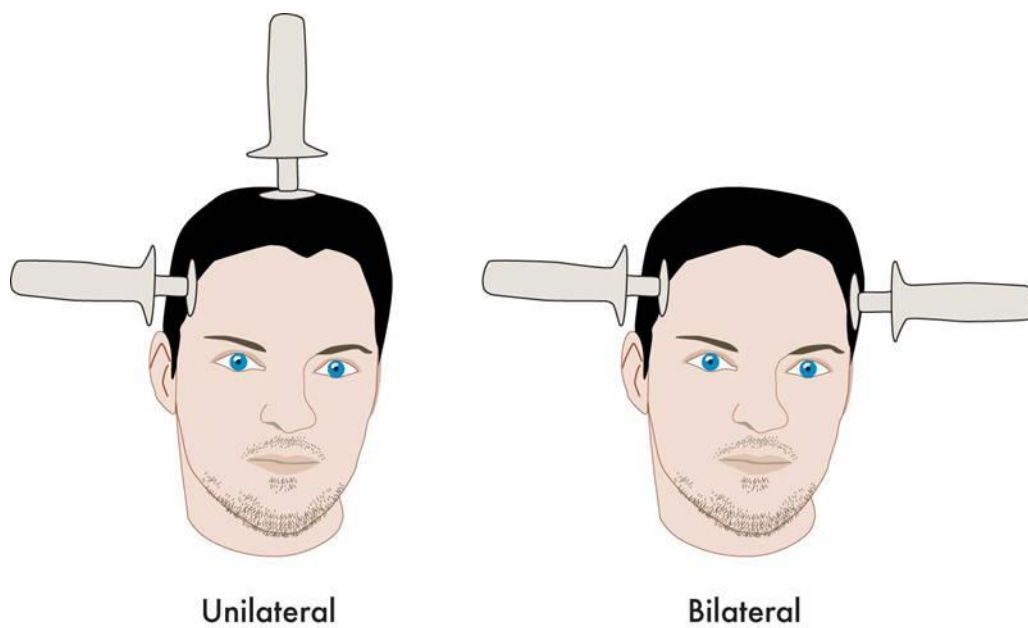
- Elektrocefalografija- EEG
- Elektrokardiogram-EKG
- RTG pluća i srca
- Pregled očne pozadine
- Laboratorijske pretrage- urin, KKS
- CT mozga
- RTG kralježnice- ukoliko je potrebno

Prije samog izvođenja ovog tretmana, bolesnik ne smije ništa piti niti jesti, dakle mora biti natašte, ispražnjen mokraćni mjehur, potrebno je izvaditi sav nakit, ukosnice, zubalo, kontaktne leće. Zadatak medicinske sestre je da pacijentu objasni postupak, omogućiti postavljanje pitanja kako bi se ublažio strah od postupka, ohrabrivati ga i pružati podršku. Pacijent za vrijeme izvođenja elektrokonvulzivnog tretmana ne osjeća ništa zbog anestezije. Prije provođenja tretmana pacijentu se daje lijek atropin, zbog smanjenja salivacije i sprječavanja aritmije srca. Nakon što je pacijent potpuno relaksiran u pacijentova se usta stavlja špatula omotana gazom ili gumena cijev, dok se na pacijentove slijepoočnice radi provođenja struje i sprječavanja opeklina stavlja vlažna gaza.

Tijekom zahvata medicinski tim cijelo vrijeme prati disanje, krvni tlak i broj otkucaja srca.

Nuspojave EKT-a ;

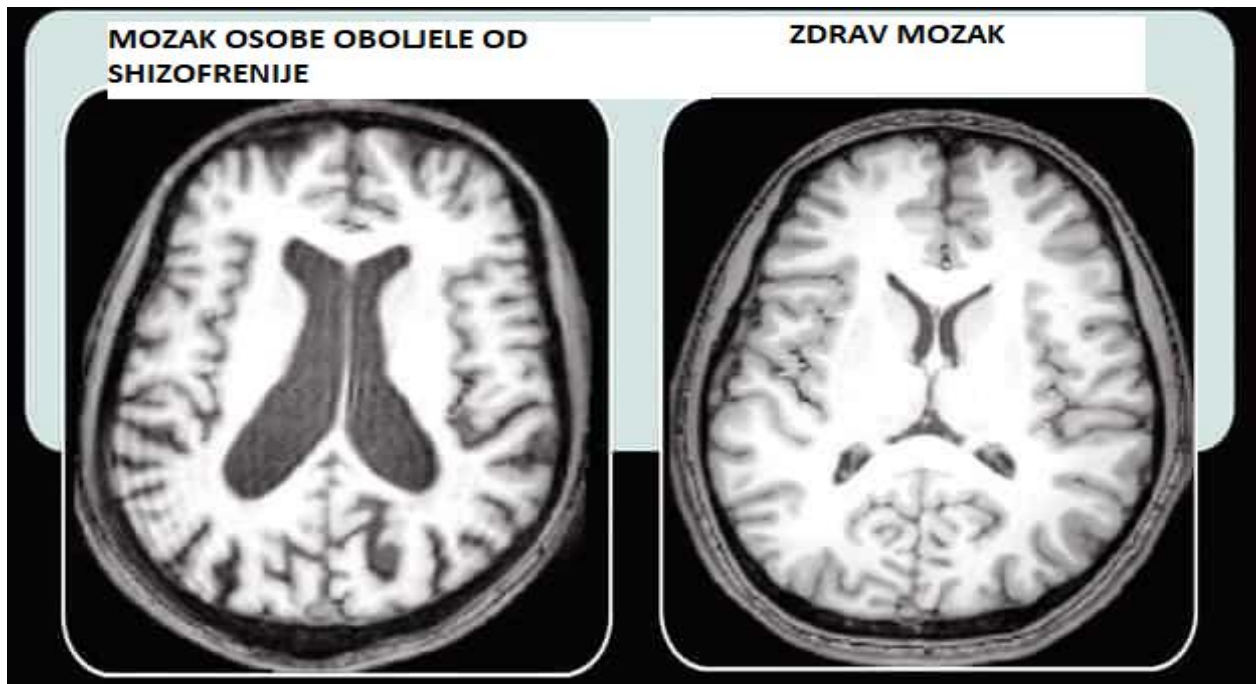
- Zbunjenost koja obično traje od nekoliko minuta do nekoliko sati nakon tretmana
- Privremeni gubitak pamćenja
- Glavobolja
- Bolovi u mišićima
- Mučnina, uznemiren želudac
- Bol u čeljusti



Slika 1. Unilateralna i bilateralna elektrokonvulzivna terapija (24).



Slika 2. Uređaj za provođenje elektrokonvulzivne terapije (25).



Slika 3. Na lijevoj slici prikazan je mozak u osoba oboljelih od shizofrenije, a desno je prikaz zdravog mozga (26).

8.2 Prehrana i shizofrenija

Lijekovi i ostali farmaceutski preparati dovode do popriličnog broja nuspojava, stoga je i važno istaknuti prehranu u osoba oboljelih od shizofrenije. Stoga, neki znanstvenici i liječnici smatraju kako se osobe oboljele od shizofrenije trebaju pridržavati posebne "antishizofrene" prehrane, preporuča se unos voća i povrća, vlakna, omega 3 masne kiseline, vitamini, minerali. Pacijenti oboljeli od shizofrenije trebali bi izbjegavati hranu koja sadrži gluten, kofein i natrij.

Osobe oboljele od shizofrenije često se nezdravo hrane, a loše prehrambene navike mogu dovesti do drugih zdravstvenih problema koji izlažu većem riziku od nastanka dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti.

Smjernice o prehrani i dijetetskim mjerama prema britanskom udruženju za shizofreniju ;

1. Hrana sa što manje šećera, mlijeka, glutena
2. Smanjiti unos paprike, krumpira, patlidžana
3. Uzimanje folne kiseline, vitamin B i C, magnezij
4. Konzumiranje većih količina voća i povrća, ribe i piletine
5. Preparati omega- 3

6. Izbjegavanje cigareta, alkohola i droga

9. SESTRINSKA SKRB

Medicinska sestra najviše vremena provodi s pacijentima, stoga je od iznimne važnosti i istaknuti njezinu ulogu. Promatrajući pacijente i uvidom u postojeće podatke, odnosno simptome, ona utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Utvrđeni problemi moraju se odmah rješavati, a medicinska sestra određuje intervencije te konstruira cjelokupan plan zdravstvene njege. S obzirom da se kod oboljelih od shizofrenije javljaju simptomi poput promjena u ponašanju i mišljenju, halucinacija, sumanutosti, agresivnosti te mnogih drugih već nabrojanih simptoma, medicinska sestra mora imati određene komunikacijske vještine u radu s osobama oboljelim od shizofrenije. Važno je uspostaviti odnos povjerenja jer rad medicinske sestre uključuje edukaciju o bolesti, terapiji te razgovor s obitelji. U radu sa bolesnicima oboljelim od shizofrenije potrebno je znanje, strpljenje i posjedovanje određenih vještina.

Pružanje sestrinske skrbi utemeljeno je na namjernom, utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanja potreba bolesnika te rješavanju problema. Medicinska sestra potiče bolesnika na želju za snagom, voljom i znanjem kako bi se osjećao potpunim i neovisnim (27).

Ciljevi zdravstvene njege bolesnika oboljelih od rezidualne shizofrenije su;

1. Promicanje i unapređivanje interakcije između bolesnika i okoline koja ga okružuje
2. nastojati pojačati i povećati i psihološku stabilnost
3. osigurati zaštitu
4. ohrabrivati i poticati obitelj u uključivanje u aktivnosti koje promiču bolesnikovu neovisnost te zadovoljstvo životom

9.1 Sestrinske dijagnoze osoba oboljelih od rezidualne shizofrenije

Sestrinska dijagnoza: Oštećena verbalna komunikacija.

Budući da je u pacijenata često loša komunikacijska funkcija, cilj ove sestrinske dijagnoze shizofrenije jest procijeniti sadržaj i obrasce govora pacijenta. Znakovi su poteškoće u verbalnom prenošenju misli, poteškoće u prepoznavanju i održavanju uobičajenog obrasca komunikacije, poremećaji u kognitivnim asocijacijama (npr. ustrajnost, iskakanje iz tračnica, siromaštvo govora, tangencijalnost, nelogičnost, neologizam i blokiranje misli) te neprimjerena verbalizacija.

Povezani čimbenici:

- Izmijenjena percepcija
- Biokemijske promjene u mozgu određenih neurotransmitera
- Psihološke barijere (nedostatak poticaja)
- Nuspojave lijekova

Ciljevi:

- Pacijent će izraziti misli i osjećaje na koherentan, logičan, ciljno usmjeren način
- Pacijent će demonstrirati misaone procese utemeljene na stvarnosti u verbalnoj komunikaciji
- Pacijent će provoditi vrijeme s jednom ili dvije osobe u strukturiranim temama neutralnim prema aktivnostima
- Pacijent će provesti dvije do tri petominutne sesije s medicinskom sestrom i podijeliti zapažanja u okolini unutar 3 dana
- Pacijent će do otpusta, uz pomoć lijekova i pažljivog slušanja, moći komunicirati na način razumljiv okolini
- Pacijent će naučiti jednu ili dvije djelotvorne taktike koje mu/joj pomažu u smanjenju anksioznosti čime poboljšavaju sposobnost jasnog razmišljanja i logičnijeg govora

Sestrinske intervencije:

- Procijeniti je li nepovezanost u govoru kronična ili je iznenadnija, kao kod pogoršanja simptoma.
- Odrediti trajanje psihotične terapije pacijenta.
- Biti tih i govoriti sporije što je više moguće.
- Osigurati mirnu okolinu.
- Koristiti jednostavna, doslovna i konkretna objašnjenja.

- Usredotočiti pažnju pacijenta na konkretne stvari u okruženju.
- Potražiti teme u onome što je rečeno, iako se izgovorene riječi čine nesuvislima (npr. strah, tuga, krivnja).

Sestrinska dijagnoza: Društvena izolacija

Pokazatelji koji su ključni za postavljane ove dijagnoze su; teškoće u stvaranju odnosa s ljudima, izražavanje osjećaja odbacivanja, rješavanje problema ljutnom, nasiljem, neprijateljsko raspoloženje, socijalna izolacija i povlačenje iz društva (8).

Ciljevi:

- Pacijent će prepoznati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će razviti suradnički odnos
- Za vrijeme hospitalizacije pacijent će ostvariti pozitivne odnose s drugima

Sestrinske intervencije:

- Provođenje vremena s bolesnikom
- Stvaranje i uspostavljanje kratkih i sažetih interakcija koje će bolesniku omogućiti komunikaciju o interesima, zabrinutostima i sl.
- Pružanje potpore bolesniku u aktivnostima s drugima na grupnim sastancima
- Identificiranje sustava za pružanje podrške i potpore bolesniku poput obitelji, prijatelja, suradnika i dr.
- Procjena obiteljskih odnosa i oblika komunikacije
- Ohrabrivati pacijenta i pohvaliti svaki njegov napredak
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- Uključiti pacijenta u radno okupacijsko terapiju

Sestrinska dijagnoza: Promijenjeni obiteljski odnosi

Ova dijagnoza određuje se temeljem neslaganja između članova obitelji te neučinkovitih procesa donošenja odluka.

Sestrinske intervencije:

- Determiniranje i određivanje postojeće razine obiteljskog funkcioniranja i razine funkcioniranja prije bolesti

- Praćenje i bilježenje sposobnosti i vještina rješavanja problema, razine interpersonalnih odnosa, ograničenja, komunikacija i pravila
- Procjena spremnosti obitelji na reintegriranje bolesnika u sustav sposobnosti poput prihvaćanja pomoći od strane vlastite obitelji u suočavanju s krizom na odgovarajući način, odnosno pokušaj bolesnika na prilagodbu i promjenu
- Pružanje informacija i resursa iz zajednica koje pružaju potporu, a to su, primjerice, obrazovno savjetovalište, centri za dnevnu skrb te zaštitne radionice

Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za samoubojstvo

Ponašanje u kojem pojedinac ukazuje na postojanje mogućnosti samoozljeđivanja sa željenim smrtnim ishodom (28).

Ciljevi:

- Bolesnik će verbalizirati svoje osjećaje i suicidalne misli
- Bolesnik će zatražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone
- Bolesnik će sudjelovati u provođenju tretmana

Sestrinske intervencije:

- Kontrolirati prostor u kojem bolesnik boravi
- Osigurati sigurnu okolinu
- Ukloniti opasne predmete
- Uspostaviti odnos s bolesnikom temeljen na povjerenju
- Uputiti obitelj da ne donose nikakve opasne predmete bolesniku
- Kontrolirati uzimanje terapije
- Biti uz bolesnika kad god je to moguće
- Poticati bolesnika na postavljanje kratkoročnih i ostvarivih ciljeva
- Uključiti obitelj u skrb za bolesnika

Sestrinska dijagnoza : Smanjena mogućnost brige o sebi- Higijena

Rezidualna shizofrenija karakterizirana je negativnim simptomima, a uz nju dolazi i do zanemarivanja osobne higijene. Ovu dijagnozu opisujemo kao stanje oštećenih kongitivnih ili tjelesnih funkcija te drugih razloga smanjenje sposobnosti pojedinca za obavljanje aktivnosti samozbrinjavanja; održavanje osobne higijene, dotjerivanje, hranjenje, eliminacija i održavanje domaćinstva. (29).

Povezani čimbenici:

- Nemotiviranost/snižena motivacija
- Anskioznost
- Perceptivna ili kongitivna oštećenja

Ciljevi:

- Bolesnik će imati pozitivno mišljenje o sebi
- Bolesnik će sudjelovati u održavanju osobne higijene
- Bolesnik će pokazati interes i želju za održavanjem osobne higijene

Intervencije:

- Osigurati prikladne mikroklimatske uvjete u prostoriji
- Napraviti dnevni ili tjedni plan održavanja osobne higijene
- Davanje pozitivnog feedbacka
- Osigurati dovoljno vremena
- Pomoć u odabiru prikladne odjeće

Sestrinska dijagnoza: Umor

Umor opisujemo kao smanjenu sposobnost za mentalni i fizički rad te je prisutan osjećaj iscrpljenosti (27).

Ciljevi:

- Bolesnik će postaviti prioritete dnevnih aktivnosti
- Bolesnik će biti u stanju prepoznati uzroke umora

Intervencije:

- Izbjegavati dugotrajno sjedenje
- Osigurati mirnu okolinu
- Izrada plana dnevnih aktivnosti
- Smanjiti razinu napetosti i stresa
- Edukacija o činiteljima nastanka umora

10.ZAKLJUČAK

Postotak osoba s psihičkim smetnjama raste svakim danom. Osim što se oboljeli „bore“ sa simptomima bolesti i problemima koji ju prate, definirani su neutemeljenim stavovima i predrasudama te su društveno diskriminirani. Psihička bolest pogađa čovjeka u cjelini, utječe na društvene odnose i okolinu, „razara“ čovjeka do samog sebe, uništava volju i razum. Psihološki poremećaji su bili od davnina shvaćeni demonistički. Bolesne ljude liječe svećenici i čarobnjaci koji su neshvaćeni i odbačeni. Stigma je tada imala potpuno drugačije značenje, ali možemo pronaći paralele sa značenjem stigme danas, gdje se osoba označava kao manje vrijedan član društva. Stigma ima veliki utjecaj na sve aspekte života osobe i smatra se glavnom preprekom u liječenju. Bez njezina utjecaja svatko bi bez oklijevanja potražio pomoć i liječenje koje bi mu poboljšalo kvalitetu života.

Shizofrenija je skupina psihotičnih poremećaja, poremećaja ponašanja, mišljenja i emocija, ideje koje nisu logički povezane; manjkavom pažnjom i percepcijama; bizarni poremećaji aktivnosti, zbog svega toga se bolesnik povlači od drugih osoba, stvarnosti i ulazi u svoj vlastiti svijet mašte. Etiologija shizofrenije je još uvijek zagonetka te se velika važnost pridaje biološkim čimbenicima, premda se zna da socijalni i psihološki čimbenici imaju važnu ulogu kod nastanka ove bolesti. Liječenje shizofrenije treba promatrati iz nekoliko različitih perspektiva, važno je u sam proces liječenja uključiti rad i edukaciju obitelji kao i okoline bolesnika. Shizofrenija se može liječiti i lijekovima, međutim to nije dovoljno, pa se koriste i druge metode poput; psihoterapije, elektrokonvulzivne terapije, kongitivno bihevioralne terapije i socioterapije. Tijek i prognoza shizofrenije ovisi o mnogo čimbenika te je za svakog bolesnika različita.

Osoba koja provodi najviše vremena sa bolesnikom je medicinska sestra, od velike je važnosti da se pri prvom kontaktu sa bolesnikom stvori osjećaj povjerenja i sigurnosti. U radu sa bolesnicima oboljelim od shizofrenije mora imati strpljenja, znanja, te poznavati i posjedovati određene vještine. Jedna od najviše stigmatiziranih duševnih bolesti je upravo shizofrenija, te ima negativne posljedice na bolesnika i njegovu obitelj. Stoga se u današnje vrijeme sve više pokreću razne akcije za borbu protiv stigmatizacije. Bitno je educirati i informirati javnost o ovom važnom problemu današnjice. Kvalitetna interakcija podiže svijest i sliku o sebi i povećava razinu samopoštovanja kod stigmatiziranih osoba što pridonosi pozitivnom ishodu liječenja i boljoj kvaliteti života.

11. LITERATURA

1. Frančišković T, Moro Lj i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 2011.
2. Galić, S. Specifičnosti pamćenja u shizofrenih osoba: doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu; Filozofski fakultet (2008). dostupno na <https://www.bib.irb.hr/584542> (15.07.2022)
3. Milekić P. Duševne bolesti i neuroze, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1968.
4. Begić D. Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
5. Keshavan MS ,Tandon R, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the Facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. 2008;102:1-18.
6. Kahn RS, Selten J-P, Aleman A. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia. [Internet]. Arch Gen Psychiatry2003;60(6):565-71. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12796219/> (2.07.2022)
7. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. 21, str. 147-164
8. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.
9. Hotujac LJ. Pliva zdravlje: Živjeti sa shizofrenijom: Simptomi shizofrenije [Internet].Zagreb:KBC Rebro ;2009 veljača Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16144/simptomi-shizofrenije.html> (5.07.2022)
10. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Zagreb, 2011
11. Jakovljević M. Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.
12. Gardner D, Teehan M; Antipsychotics and their Side Effects, Canbridge Medicine, 2010.
13. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb,2015.
14. Svjetska zdravstvena organizacija: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - 10. revizija, svezak 1., drugo izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
15. Nikolić S, Marangunić M i suradnici: Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga,

Zagreb, 2004.

16. Kecmanović D. Psihijatrija: Tom II, Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, Svjetlost, 1989.
17. Luderer H. Shizofrenija- Kako naučiti nositi se s bolešću, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2006.
18. <http://www.shizofrenija24x7.com.hr/Psihoterapija-i-psihosocijalni-postupci> (1.08.2022)
19. Vinney C. What is Residual Schizophrenia? [Elektronički časopis]. 2022. Dostupno na: <https://www.verywellmind.com/what-is-residual-schizophrenia-5203205#toc-residual-schizophrenia-treatment> (1.09.2022)
20. American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition, 2010. str. 66-101.
21. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. The British journal of psychiatry. Supplement 1994.[Online].Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7946230/> (15.09.2022)
22. Muičević V i suradnici: Psihijatrija, Zagreb, 1995
23. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; Delivery of Electroconvulsive Therapy in Non-Hospital Settings: A Review of the Safety and Guidelines [Online].2014. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK263408/>
24. Bipolar Network News; Effectiveness of Continuation Right Unilateral ECT Plus Pharmacotherapy Compared to Pharmacotherapy Alone. [Online]. 2013. Dostupno na: <http://bipolarnews.org/?p=2132> (24.09.2022)
25. The Guardian; Electroconvulsive therapy on the rise again in England. [Online].2017. Dostupno na: <https://www.theguardian.com/society/2017/apr/17/electroconvulsive-therapy-on-rise-england-ect-nhs> (24.09.2022)
26. Mehta N. The mystery of schizophrenia;Mint. [Online].2014. Dostupno na: <https://www.livemint.com/Specials/jgAUROnNbTXxWPfa5uJD4vI/The-mystery-of-schizophrenia.html> (24.09.2022)
27. Klinika za psihijatriju Sveti Ivan. Biopsihosocijalni aspekti zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika kroz sestrinsku dokumentaciju [Online].2016. Dostupno na:

[Biopsihosocijalni aspekti zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika kroz sestrinsku dokumentaciju – tečaj III kategorije - Klinika za psihijatriju Sveti Ivan \(pbsvi.hr\)](#) (9.9.2022)

28. Šojat D, Miškulin M, Degmečić D. Suicidalnost u shizofrenih bolesnika. *Socijalna psihijatrija*. 2018;46(2):195-210.

29. *Sestrinske dijagnoze I*, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.

30. *Sestrinske dijagnoze II*, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.

12. OZNAKE I KRATICE

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

EEG- Elektrocefalongrafija

EKG- Elektrokardiogram

KKS- Kompletna krvna slika

MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija

OT- Okupacijska terapija

RTG-Rentgenska snimka

Npr- Na primjer

SZO-Svjetska zdravstvena organizacija

SI-Slično

13. SAŽETAK

Shizofrenija je psihička bolest koja dovodi do poremećaja moždane funkcije te se manifestira različitim i karakterističnim simptomima. Obilježena je manjkavom percepcijom, idejama koje nisu logički povezane, bizarnim poremećajima motoričke aktivnosti, a osjećaji su neprimjereni i površni. Rizik obolijevanja od shizofrenije najveći je u muškaraca između 15. i 34. godine, dok je u žena između 25. i 34. godine. Prema podacima SZO od shizofrenije boluje 45 milijuna ljudi diljem svijeta, a učestalija je u urbanim područjima. Najveći rizik obolijevanja od shizofrenije imaju osobe čiji bliski srodnici boluju ili su bolovali od nje, a što su srodnici bliži i rizik je veći. Postoje pozitivni, negativni i kongitivni simptomi shizofrenije. Prema MKB-10 razlikujemo; paranoidnu, hebreu, katatonu, nediferenciranu, postpsihoznu, rezidualnu, jednostavnu shizofreniju, kao i druge shizofrenije i nespecificiranu. Jasan uzrok ove bolesti nije poznat te se liječenje temelji na eliminaciji simptoma bolesti. U liječenju shizofrenije provode se farmakoterapijske, psihoterapijske i socioterapijske metode. Temelj liječenja su antipsihotici.

Rezidualna shizofrenija obilježena je prisutnosti samo negativnih simptoma koji utječu na motivaciju, govor, emocije sreće. U shizofreniji i ostalim mentalnim poremećajima i bolesti uz farmakoterapiju i ostale metode liječenja, važno je istaknuti prehranu. Prehrana bolesnika oboljelih od shizofrenije trebala bi biti obogaćena voćem, povrćem, omega-3 masnim kiselinama, vitaminima i mineralima. Bitno je naglasiti i sestrinsku skrb, jer su upravo medicinske sestre osobe koje najviše vremena provode sa bolesnicima, one trebaju graditi odnos povjerenja i educirati bolesnike i njihove obitelji.

Ključne riječi: shizofrenija, rezidualna shizofrenija, liječenje, sestrinske intervencije

14. SUMMARY

Schizophrenia is a mental illness that leads to disorders of brain function and is manifested by different and characteristic symptoms. It is characterized by defective perception, ideas that are not logically connected, bizarre disturbances of motor activity, and feelings are inappropriate and superficial. The risk of developing schizophrenia is highest in men between the ages of 15 and 34, while in women it is between the ages of 25 and 34. According to WHO data, 45 million people worldwide suffer from schizophrenia, and it is more common in urban areas. People whose close relatives suffer from it or have suffered from it have the highest risk of developing schizophrenia, and the closer the relatives are, the higher the risk. There are positive, negative and cognitive symptoms of schizophrenia. According to ICD-10 we distinguish; paranoid, Schizophrenia is a mental illness that leads to disorders of brain function and is manifested by different and characteristic symptoms. It is characterized by defective perception, ideas that are not logically connected, bizarre disturbances of motor activity, and feelings are inappropriate and superficial. The risk of developing schizophrenia is highest in men between the ages of 15 and 34, while in women it is between the ages of 25 and 34. According to WHO data, 45 million people worldwide suffer from schizophrenia, and it is more common in urban areas. People whose close relatives suffer from it or have suffered from it have the highest risk of developing schizophrenia, and the closer the relatives are, the higher the risk. There are positive, negative and cognitive symptoms of schizophrenia. According to ICD-10 we distinguish; paranoid, hebephrenic, catatonic, undifferentiated, postpsychotic, residual, simple schizophrenia, as well as other schizophrenias and unspecified. The clear cause of this disease is not known, and the treatment is based on the elimination of the symptoms of the disease. Pharmacotherapeutic, psychotherapeutic and sociotherapeutic methods are used in the treatment of schizophrenia. Antipsychotics are the basis of treatment.

Residual schizophrenia is characterized by the presence of only negative symptoms that affect motivation, speech, emotions of happiness. In schizophrenia and other mental disorders and diseases, in addition to pharmacotherapy and other treatment methods, it is important to emphasize nutrition. The diet of patients suffering from schizophrenia should be enriched with fruits, vegetables, omega-3 fatty acids, vitamins and minerals. It is important to emphasize nursing care, because nurses are the people who spend the most time with patients, they need to build a relationship of trust and educate patients and their families.

Key word: schizophrenia, residual schizophrenia, treatment, nursing interventions

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>3. listopada 2022</u>	Iva Rendić	Rendić Iva

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

Iva Rendić

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, 3. listopada 2022

Rendić Iva

potpis studenta/ice