

Usporedba stavova pacijenata oboljelih od shizofrenije prema terapiji s obzirom na akutnu fazu bolesti i stabilnoj remisiji

Bartulović, Viktoria

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:485251>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Viktorija Bartulović

**USPOREDBA STAVOVA PACIJENATA OBOLJELIH OD
SHIZOFRENIJE PREMA TERAPIJI S OBZIROM NA
AKUTNU FAZU BOLESTI I STABILNOJ REMISIJI**

Završni rad

Split, 2023

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PRIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Viktorija Bartulović

**USPOREDBA STAVOVA PACIJENATA OBOLJELIH OD
SHIZOFRENIJE PREMA TERAPIJI S OBZIROM NA
AKUTNU FAZU BOLESTI I STABILNOJ REMISIJI**

**COMPARISON OF THE ATTITUDES OF PATIENTS
SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA TOWARDS
THERAPY WITH REGARD TO THE ACUTE PHASE OF
THE DISEASE AND STABLE REMISION**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Dijana Blažević, mag. med. techn.

Split, 2023

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstvo

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: Dijana Blažević, mag. med. techn

USPOREDBA STAVOVA PACIJENATA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE PREMA TERAPIJI S OBZIROM NA AKUTNU FAZU BOLESTI I STABILNOJ REMISIJI

VIKTORIA BARTULOVIĆ, 0346010061

Sažetak:

CILJ: Usporediti stavove pacijenata oboljelih od shizofrenije prema terapiji s obzirom na akutnu fazu bolesti i stabilnoj remisiji.

METODE: Istraživanje se provodilo od ožujka do srpnja 2023. godine. u Kliničkom bolničkom centru Split (KBC Split). Ukupno je sudjelovalo 60 ispitanika, njih 30 se nalazi u fazi remisije te 30 u akutnoj fazi. Upitnik obuhvaća sociodemografske podatke, podatke o životnim navikama te stavove o terapiji. Sastavljen je od 13 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa te 10 pitanja vezanih uz stavove o terapiji.

REZULTATI: Dobivenim podacima potvrđeno je pozitivniji stav prema terapiji ispitanika u fazi stabilne remisije od onih koji se nalaze u akutnoj fazi. Potvrđena je hipoteza da pacijenti u fazi remisije imaju pozitivnije stavove prema lijekovima. Potvrđena je hipoteza da su pacijenti u fazi remisije stariji od pacijenata u akutnoj fazi. Razlike u dobi prikazane su srednjom vrijednošću što potvrđuje kako su pacijenti u remisiji od ukupnih ispitanika stariji od pacijenata u akutnoj fazi.

ZAKLJUČAK: Iz dobivenih podataka možemo zaključiti da stariji pacijenti imaju pozitivnije stavove o uzimanju lijekova i terapiji, posebno oni koji se nalaze u fazi stabilne remisije. Rezultati su sukladni očekivanjima. Značajnije razlike u spolu ispitanika nema. Potrebna su daljnja istraživanja vezana uz konkretne negativne stavove te s većim brojem ispitanika različite dobi.

Ključne riječi: shizofrenija; lijekovi; pacijenti; stabilna remisija; akutna faza

Rad sadrži: 39 stranica, 16 tablica, 3 slike, 57 literaturnih referenci

Jezik izvornika: Hrvatski jezik

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Bachelor of Nursing

Scientific area: biomedicine and health care
Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor: Dijana Blažević, MN

COMPARISON OF THE ATTITUDES OF PATIENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA TOWARDS THERAPY WITH REGARD TO THE ACUTE PHASE OF THE DISEASE AND STABLE REMISSION

VIKTORIA BARTULOVIĆ, 0346010061

Summary:

AIM: To compare the attitudes of patients suffering from schizophrenia towards therapy with regard to the acute phase of the disease and stable remission.

METHODS: The research was conducted from March to July 2023. in the Split Clinical Hospital Center (KBC Split). A total of 60 respondents participated, 30 of them are in the remission phase and 30 in the acute phase. The questionnaire includes sociodemographic data, data on lifestyle habits and attitudes about therapy. It consists of 13 open and closed questions and 10 questions related to attitudes about therapy.

RESULTS: The obtained data confirmed a more positive attitude towards the therapy of the subjects in the phase of stable remission than those in the acute phase. The hypothesis that patients in remission have more positive attitudes towards medication was confirmed. The hypothesis that patients in the remission phase are older than patients in the acute phase was confirmed. Differences in age are shown by the mean value, which confirms that the patients in remission are older than the patients in the acute phase.

CONCLUSION: From the obtained data, we can conclude that older patients have more positive attitudes about taking medication and therapy, especially those who are in a phase of stable remission. The results are in line with expectations. There is no significant difference in the gender of the respondents. Further research related to specific negative attitudes and with a larger number of respondents of different ages is needed.

Key words: schizophrenia, drugs, patients, stable remission, acute phase

Thesis contains: 39 pages; 16 tables; 3 pictures; 57 literature references

Original in: Croatian

SADRŽAJ:

Sažetak.....	I
Summary	II
Sadržaj.....	III
1. UVOD.....	1
1.1. SHIZOFRENIJA.....	1
1.4.1. Pozitivni simptomi	8
1.4.2. Negativni simptomi.....	9
1.4.3. Kognitivni simptomi	10
1.4.4. Socijalni simptomi	11
1.5. KLINIČKI OBLICI.....	11
1.5.1. Shizofrenija simplex	11
1.5.2. Katatona shizofrenija	11
1.5.3. Paranoidna shizofrenija	12
1.5.4. Hebefrena shizofrenija	12
1.5.5. Nediferencirana shizofrenija	12
1.5.6. Rezidualna shizofrenija.....	13
1.5.7. Shizofreniformni poremećaj	13
1.5.8. Postshizofrena depresija	13
1.6. FAZE SHIZOFRENIJE	13
1.7. DIJAGNOSTIKA SHIZOFRENIJE	14
1.8. LIJEČENJE SHIZOFRENIJE.....	16
1.8.1. Tipični antipsihotici.....	17
1.8.2. Atipični antipsihotici	18
1.8.3. Dugodjelujući antipsihotici.....	19
1.8.4. Terapije.....	19
1.8.5. Uloga medicinskog osoblja.....	20
2. CILJ RADA.....	22
2.1. SPECIFIČNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	22
2.2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	22
3. IZVORI PODATAKA I METODE	23

3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA	23
3.1.1. Uzorak ispitanika.....	23
3.2. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA	23
3.3. ETIČKO ODOBRENJE ISTRAŽIVANJA	24
3.4. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA.....	24
4. REZULTATI.....	25
5. RASPRAVA	33
6. ZAKLJUČCI.....	36
7. LITERATURA.....	37
8. ŽIVOTOPIS	44

1. UVOD

1.1. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je kronični i teški mentalni poremećaj karakteriziran kombinacijom simptoma koji utječu na mišljenje, emocije, percepciju i ponašanje pojedinca. Može dovesti do značajnog invaliditeta, smetnji u funkcioniranju na poslu i obrazovanju, povećane upotrebe zdravstvene skrbi i ekonomskog opterećenja. Osobe sa shizofrenijom također mogu doživjeti društvenu stigmiju i diskriminaciju, što dodatno doprinosi društvenoj izolaciji.

Rani koncept shizofrenije definira Morel kroz pojam „*dementia praecox*“ gdje apostrofira prisutnost halucinacija, deluzija i gubitka racionalnosti kod pojedinaca (1). Značajnu ulogu u definiraju poremećaja shizofrenije imao je i Kraepelin koji ju opisuje kao skupinu mentalnih poremećaja karakteriziranih ranom pojavom kognitivnih, emocionalnih i poremećaja ponašanja. Ističe prisutnost simptoma poput neorganiziranog razmišljanja, otupljenosti i socijalnog povlačenja (2).

Godine 1911., švicarski psihijatar Bleuler mijenja naziv „*dementia praecox*“ te uvodi danas poznat pojam „shizofrenija“. Opisuje shizofreniju kao mentalni poremećaj karakteriziran temeljnim smetnjama u integraciji misli, percepcije i afekta. Navodi da ponašanje bolesnika nije demencija te ističe prisutnost "cijepanja" ili disocijacije mentalnih funkcija, uključujući neorganizirano razmišljanje, halucinacije i smanjeno emocionalno izražavanje. Sama riječ „shizofrenija“ potječe od grčkih riječi „*shizo*“ – rascjep i „*phren*“ – duša (3).

Tipologija shizofrenije može se promatrati u različitim dimenzijama:

1. Dijagnostička klasifikacija: Shizofrenija je klasificirana kao mentalni poremećaj u glavnim dijagnostičkim sustavima, kao što su Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5) te Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD-11). Kategoriziran je unutar spektra psihotičnih poremećaja i karakteriziraju ga specifični simptomi i kriteriji navedeni u ovim dijagnostičkim priručnicima (4).

2. Klinička prezentacija: Shizofrenija je heterogeno stanje, s varijacijama u kliničkoj prezentaciji među pojedincima. Simptomi se mogu kategorizirati u pozitivne simptome (npr. halucinacije, deluzije), negativne simptome (npr. društveno povlačenje, smanjeno emocionalno izražavanje) i kognitivne simptome (npr. poremećaji pažnje, pamćenja i izvršnih funkcija). Kombinacija i ozbiljnost ovih simptoma mogu se razlikovati, što dovodi do različitih podtipova ili oblika shizofrenije (5).
3. Istraživačke perspektive: Pojam "shizofrenija" obuhvaća širok raspon istraživačkih studija koje istražuju različite aspekte poremećaja, uključujući etiologiju, neurobiologiju, genetiku, pristupe liječenju i ishode. Istraživači koriste različite metodologije i teorijske okvire kako bi istražili višestruku prirodu shizofrenije i unaprijedili znanje na tom području (6).
4. Društvena i kulturološka tumačenja: Riječ "shizofrenija" nosi društvena i kulturološka tumačenja i implikacije. Povezuje se sa stigmom, nesporazumima i zabudama u društvu. Ulažu se naponi da se izazovu ti stereotipi i promiču suosjećajnije i točnije razumijevanje shizofrenije, naglašavajući važnost destigmatizacije stanja i pružanja podrške pojedincima koji žive sa shizofrenijom i njihovim obiteljima (7).

Navedena tipologija riječi "shizofrenija" uključuje njezinu dijagnostičku klasifikaciju, kliničku prezentaciju i podtipove, istraživačke perspektive te društvene i kulturološke interpretacije. Ove dimenzije odražavaju složenost poremećaja i različite načine na koje se on konceptualizira u znanstvenoj i društvenoj sferi.

1.2. EPIDEMIOLOGIJA

Procjenjuje se da shizofrenija ima stopu prevalencije od oko 1% globalne populacije (8). Shizofrenija ne bira mjesto ni vrijeme. Jednako oboljevaju i žene i muškarci, a razlika je što muškarci oboljevaju između 15-24 godine, dok žene prve simptome osjete između 25-34 godine. U prosjeku, većina bolesnika prve simptome osjeti između 20-39 godine života što predstavlja i najrizičnije razdoblje od pojave shizofrenije. Oko 50% slučajeva bilježi se već tijekom puberteta do 30. godine, 25% slučajeva javlja

se između 30-40 godine, iznad 40. godine shizofrenija se javlja u 16-28% bolesnika, a do 15.godine života zabilježen je postotak od 2-3% bolesnika (8).

Socioekonomski status važan je aspekt koji može utjecati na pojavu shizofrenije. Niži socioekonomski status je povezan s povećanim rizikom od razvoja shizofrenije i lošijim ishodima u smislu težine simptoma, odgovora na liječenje i funkcionalnog oštećenja. Društveni i ekonomski čimbenici povezani s nižim socioekonomskim statusom, poput ograničenog pristupa zdravstvenoj skrbi, smanjene socijalne podrške i povećanih stresora, mogu doprinijeti razlikama u iskustvu i liječenju shizofrenije (9,10).

Shizofrenija pogađa osobe različitog etničkog i rasnog podrijetla, ali postoje neke varijacije u njezinoj prezentaciji i tijeku. Etničke i rasne manjinske skupine mogu se suočiti s dodatnim izazovima povezanim s kulturnim čimbenicima, stigmom, pristupom zdravstvenoj skrbi i diskriminacijom (11). Istraživanja pokazuju da određene etničke skupine mogu imati višu stopu shizofrenije, poput osoba afričkog i karipskog podrijetla (12). Međutim, važno je napomenuti da na te razlike mogu utjecati različiti čimbenici, uključujući socioekonomske čimbenike i migracijska iskustva (13, 14).

Registar za psihoze Hrvatske utemeljen je još 1961. godine. Predstavlja zdravstveno-statistički instrument za nadzor osoba koje boluju od shizofrenije ili shizoafektivnih poremećaja (dg. F20.* i F25.*, MKB, X rev.). Prvi podaci zabilježeni su 1962. godine. U narednom razdoblju dobno-standardizirana stopa bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja prosječno iznosi 0,26/1000 stanovnika starijih od 15 godina (15). Tablica 1 prikazuje određene pokazatelje vezane uz bolničko liječenje osoba kojima je dijagnosticirana shizofrenija ili shizoafektivni poremećaj.

Tablica 1. Odabrani pokazatelji bolničkog liječenja osoba s dijagnozom shizofrenije ili shizoafektivnih poremećaja u RH od 1962. do 2013. godine (15).

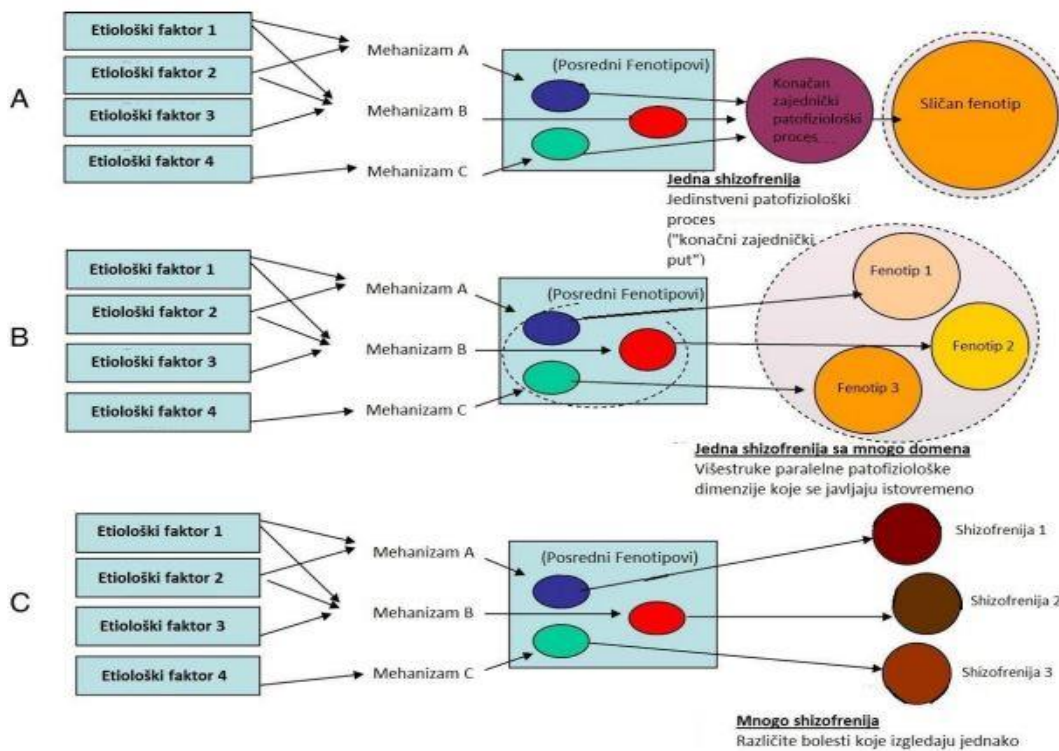
GODINA	1962	1970	1980	1990	2000	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012 2013
KONTINGENTI													
PRIMLJENI U BOLNICU													
Broj prvi put primljenih bolesnika	1472	893	970	1028	997	948	916	893	834	741	681	716	806 446
Broj ukupno primljenih bolesnika	1650	2450	3726	4794	5168	5230	5146	5315	4898	4576	4491	4305	4181
Broj prijema	2022	3187	5086	7154	8453	8409	7873	8538	8059	7415	7187	7158	6319
Omjer broja prijema i primljenih bolesnika	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.6	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5
ZATEČENI U BOLNICI (31.12)	2305	2821	2615	2494	1972	1966	1806	1655	1579	1759	1476	1252	926
BOLNIČKI LIJEČENI													
Broj bolesnika	3698	4876	5757	5618	5665	6436	6019	6440	5889	5422	5260	5030	4862
Broj hospitalizacija	4097	5589	7031	8682	9347	9412	8341	9179	8590	8107	7853	7978	7213
Omjer broja hospitalizacija i hospitaliziranih bolesnika	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5
Broj dana bolničkog liječenja u '000	836	1013	930	926	723	727	602	648	570	602	588	591	482
Broj bolesnika bolnički liječenih tijekom cijele godine	1753	1910	1359	1225	874	802	593	609	519	538	533	526	388
Udio dana liječenja bolesnika bolnički liječenih cijele godine	76.8	68.8	53.2	48.3	44.1	40.3	36.6	34.4	33.3	32.6	33.1	32.5	29.3
OTPUŠTENI IZ BOLNICE													
Broj bolesnika	1607	2491	3759	4858	5305	5352	4991	5540	5543	4986	5060	4841	4667
Broj otpusta	1914	3095	4982	7117	8399	8336	7501	8613	8133	7174	7487	7455	6852
Omjer broja otpusta i otpuštenih bolesnika	1.2	1.2	1.3	1.5	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1,4	1.5	1.5	1.5

Iz tablice 1 je vidljiv porast broja primljenih, ali i otpuštenih pojedinaca s dijagnosticiranom shizofrenijom ili shizoafektivnih poremećaja.

Prema dostupnim podacima iz 2019. godine, u Republici Hrvatskoj živi otprilike 18.000 bolesnika koji pate od shizofrenije. Stopa na 1.000 stanovnika iznosi 3.94. Godišnje je u prosjeku hospitalizirano 6.500 bolesnika, dok je od navedenih 950 bolesnika prvi put hospitalizirano (16).

1.3. ETIOLOGIJA

Razvoj shizofrenije rezultat je utjecaja bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, odnosno multifaktorijalno (17). Pri tome, biološki čimbenici stvaraju predispozicije za shizofreni poremećaj, dok psihosocijalni predstavljaju precipitirajuće agense (18). Biološka osnova je dokazana promjenom građe mozga kao što su proširene moždane komore i smanjenje hipokampusa, promjena neurotransmitera. Stručnjaci navode kako se shizofrenija javlja kod pojedinaca koji imaju neurorazvojne podložnosti te da početak, remisija i simptomi recidiva su zapravo rezultat međudjelovanja podložnosti i stresora iz okruženja. Utjecaji iz okruženja mogu biti fizičke traume, droga, tjelesna bolest, služenje vojnog roka, smrt bliske osobe, otkaz na poslu i slični faktori. Unatoč opsežnim istraživanjima, analizama i proučavanjima, konkretni, pouzdani uzroci i patogeneza su i dalje nepoznati. Neki stručnjaci navode mogućnost postojanja više tipova shizofrenije sa sličnim kliničkim manifestacijama ili pak ujedinjenje posebnih patopsiholoških dimenzija koje imaju slične etiologije (19). Tako Tandon i sur. (2008.) prikazuju modele kako višestruki etiološki čimbenici međusobno djeluju u stvaranju neurobioloških aberacija što rezultira pojavom shizofrenije (Slika 1).



Slika 1. Etiologija za patofiziologiju bolesti: modeli shizofrenije (19).

Skлонost razvoju shizofrenije određuju predisponirajući i precipitirajući čimbenici. Predisponirajući čimbenici mogu biti genetski, virusni, prenatalna i porođajna oštećenja mozga i slično (20). Genetski čimbenici igraju značajnu ulogu u razvoju shizofrenije. Osobe s obiteljskom poviješću ovog poremećaja imaju veći rizik od razvoja shizofrenije u usporedbi s općom populacijom. Neurorazvojna sklonost shizofreniji može nastati uslijed intrauterinih, porodnih ili postnatalnih komplikacija ili virusnih infekcija CNS-a. Opasnosti od nastanka bolesti doprinosi izgladnjivanje majke tijekom trudnoće, izloženost gripu tijekom 2. tromjesečja, težina <2500 g, Rh nepodudaranosti u drugoj trudnoći i hipoksija. Nadalje, osobe čiji rođaci u 1. koljenu pate od shizofrenije imaju 10%-tnu vjerojatnost od razvoja iste. Istraživanja i studije provedene nad blizancima pokazuju postojanje visoke podudaranosti za razvoj shizofrenije u monozigotnih blizanaca (40-50%), dok u dizigotnih postoji tek 10% podudaranosti. Sagledavajući navedene postotke može se zaključiti kako na pojavu i razvoj shizofrenije utječu i drugi čimbenici. Zanimljiva je i činjenica da shizofreni roditelj može odgajati zdravo dijete bez rizika od pojave shizofrenije (21).

Genetske studije identificirale su nekoliko gena osjetljivosti povezanih sa shizofrenijom, ali niti jedan gen nije identificiran kao jedini odgovoran za poremećaj. Trenutno je fokus na kromosomima 4, 6, 8, 15 i 22. Probleme pri identifikaciji gena stvara nepoznatost genske transmisije (22). Genetski čimbenici u interakciji s utjecajima okoline pridonose složenoj etiologiji shizofrenije (23).

Jedna od teorija razvoja shizofrenije je i virusna hipoteza koja navodi nastanak bolesti kao posljedicu takozvanih sporih virusa. Naime, i sam naziv spori virusi govori o tome da mogu biti u stanju mirovanja dugo razdoblje, odnosno dok ne padne imunitet kada se aktiviraju i rezultiraju pojavom shizofrenije (23).

Osjetljivost pojedinca na izloženost stresorima i čimbenicima iz okoline naziva se dijateza-stres model (24). Dopaminska hipoteza naglašava povećanje aktivnosti dopaminergičkog sustava u mezolimbičkom području te sniženje aktivnosti u prefrontalnom korteksu, a potvrđena je postmortalnim studijama i funkcionalnim neuroimaging tehnikama (25). Ulogu imaju i serotonin, noradrenalin, gluamat te GABA. Potrebno je napomenuti i kako uporaba različitih droga poput kanabisa, smfetamina, LSD 25 i sličnih može precipitirati pojavu simptoma shizofrenije (18).

1.4. KLINIČKA SLIKA SHIZOFRENIJE

Postoje brojni simptomi shizofrenije. Najčešća podjela je na pozitivne (produktivne) i negativne (deficitarne), psihotične i nepsihotične, primarne i sekundarne, specifične i nespecifične, fundamentalne i sporedne te simptome I i II reda. Liddl dodaje simptome sumanute distorzije realiteta, mentalne dezorganizacije te mentalnog propadanja i osiromašenja (20).

Bleuler razlikuje sljedeće fundamentalne simptome koje naziva sindrom 4A (26).
To su:

- Autizam (prestanak komunikacije s realnošću, povlačenje u sebe)
- Ambivalencija (prisutnost kontradiktornih osjećaja, težnji i ideja istovremeno)
- Afektivna neprimjerenost (ponašanje osobe koji nije primjeren situaciji, sadržaju i okruženju)

- Asocijativna slabost (mišljenje bolesnika nema logičan slijed te je neprikladno)

Kao sporedne simptome, Blauler ističe sumanute ideje, iluzije i halucinacije te poremećaje pažnje i govora (3, 26).

Svakodnevna praksa razlikuje simptome akutne faze bolesti ili psihotične epizode od simptoma van akutne faze koji su dugoročniji. Dok tijekom akutne faze prevladavaju pozitivni simptomi, van psihotičnih epizoda javljaju se negativni simptomi. U nastavku se nalazi podjela i opis pozitivnih, negativnih, kognitivnih i socijalnih simptoma.

1.4.1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi dominiraju u akutnim fazama shizofrenije i uglavnom dobro reagiraju na antipsihotike. To su:

- Deluzije poput sumanutih ideja, misli u koje je bolesnik uvjeren, a posebno su česte ideje proganjanja, religiozne, mesijanske i erotomanske sumanosti. Ovdje vanjski čimbenici imaju poseban utjecaj (20). Na primjer, bolesnik je uvjeren da se članci u medijima odnose baš na njega ili pak ima osjećaj da ga netko prati s ciljem nasilja, seksualnog iskorištavanja, krađe ili otmice i ubojstva. Subjekt može biti stvarna ili nestvarna osoba, organizacija i slično (27). Dalje, bolesnik može biti uvjeren da komunicira s Bogom, da je mesija poslan svijetu da ga spasi (28). Erotomanske sumanosti zvane „*de Clerambaultov*“ sindrom najčešće se javljaju kod žene uvjerenih kako je poznata osoba iz javnog života zaljubljena u njih (29).
- Halucinacije predstavljaju patološko iskustvo, kvalitativni poremećaj opažanja gdje ne postoji podražaj. Općenito se razlikuju refleksne, slušne, imperativne, vidne, eidetičke, okusne, njušne, taktičke, cenestetičke, formikacija i vestibularne halucinacije. U shizofreniji su najčešće slušne, vizualne i cenestetičke (30). Slušne ili auditorne se javljaju kao akoazmi (tonili zvižduk) ili fonemi (glas). Bolesnih u većini slučajeva čuje vrijeđanje i naredbe u obliku glasa. Naredbe da učini zlo se nazivaju i imperativne halucinacije (31). Vizualne ili optičke halucijancije javljaju se u obliku fotoma (iskra, svjetlo, boje) ili vizije (složena slika predmeta,

ljudi, situacija i događanja). Cenestetičke su vezane uz tjelesna osjetila gdje bolesnih može osjećati kako mu netko dodiruje organe (30).

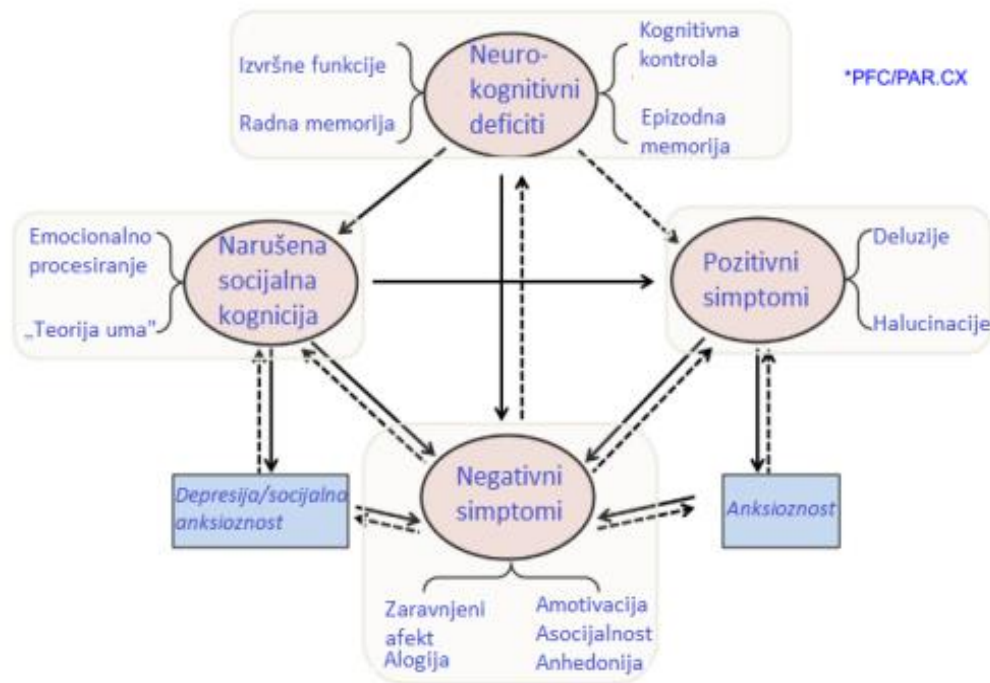
- Simptomi smetenosti su formalni poremećaj mišljenja i dezorganizirano ponašanje. Formalni poremećaj mišljenja vezan je s poremećajem funkcija noradrenergičkog sustava (32). U mišljenju ne postoji uobičajeni slijed asocijacija te bolesnik ne odgovora adekvatno na pitanja. Govor je nerazumljiv, s neologizama i verbigeracijama. Bolesnik miješa nepovezane teme tijekom govora, a veza mu je vrlo jasna i potpuno logična ili čak simbolična (30).
- Dezorganizirano ponašanje primarno se odnosi na čudno odijevanje bolesnika, nedistanciranosti ili agitiranosti. Moguća je pojava katalepsije, grčenja mišića ili savitljivost, zauzimanje bizarnih položaja tijela, manirizam, katatoni negativizam u suprostavljanju pokušajima pokretanja tijela, točnije neprirodne, teatralne kretnje ili stereotipija (33).

1.4.2. Negativni simptomi

Najčešći negativni simptomi shizofrenije su (34):

- Alogija je siromaštvo govora. Predstavlja usporeno razmišljanje, kratke odgovore i šutnju. Bolesnik koristi malo riječi, često radi pauze dok govori.
- Poremećaj afektivnosti karakterizira manjak facijalne ekspresije na podražaje te je u izravnoj korelaciji s alogijom. Bolesnik je nezainteresiran i nema emocije prema okolini.
- Anhedonija predstavlja kvalitativni poremećaj afektivnosti gdje bolesnik ne uživa u iskustvima u kojima je uživao prije te ne osjeća zadovoljstvo i ugodu (na primjer u hobijima kojima se prija bavio, seksualnim aktivnostima, raznim fizičkim aktivnostima i slično). Neka istraživanja pokazala su kako je moguće da bolesnici jednako uživaju u inače ugodnim situacijama kao i zdrave osobe, međutim problem nastaje u pogledu na budućnost. Bolesnici su na pitanja o budućim sudjelovanjima na istim događanjima reagirali nezainteresirano.
- Avolicija rezultira gubitkom socijalne aktivnosti, a predstavlja nemogućnost počinjanja i održavanja ponašanja usmjerena određenom cilju.

Slika 2 prikazuje „Kompas shizofrenije“ u kojem se nalazi odnos negativnih simptoma i drugih karakteristika poremećaja.



Slika 2. Kompas shizofrenije (35)

Na primjer, socijalno povlačenje je obilježje negativnih simptoma i posljedica socijalne komponente. Dok s druge strane manjak motivacije za integraciju u društvo jača deficite u socijalnoj komponenti koji pogoršavaju negativne simptome.

1.4.3. Kognitivni simptomi

Kognitivni simptomi ometaju mentalne, intelektualne funkcije, a mogu biti trajni ili privremeni. Nalaze se u direktnoj korelaciji sa socijalnim ponašanjem bolesnika, a ekvivalent ponašanja je disocijacija (36). Poremećaj pažnje predstavlja najvažniji kognitivni simptom u korelaciji s disocijiranim razmišljanjem. Jednostavno se uočava jer bolesnik pokazuje poteškoće u pažnji, ne povezuje jednostavne slike i događaje. Različite vrste zvukova, slika i drugih stvari iz okruženja lako mu ometu pažnju (37).

1.4.4. Socijalni simptomi

Socijalni simptomi su usko povezani i proizlaze iz potpune simptomatike shizofrenije te su njena direktna ili indirektna posljedica. Unutar ove skupine nalaze se depresivni i tjeskobni simptomi kao i suicidalnost i nasilničko ponašanje koje je posebno istaknuto kod paranoidne forme bolesti (38). Problemi poput zaravnjenih afekata i drugih vezanih uz iskazivanje ili razvijanje emocija bolesnika direktno utječu na njegovo socijalno ponašanje, promišljanje i djelovanje. Česti je rezultat bolesnikova izoliranost od društva (39).

1.5. KLINIČKI OBLICI

Osnovni klinički oblici shizofrenije promatrajući starije klasifikacije su: shizofrenija simplex, katatona shizofrenija, paranoidna shizofrenija i hebefrena shizofrenija. Podijeljeni su prema kliničkoj slici, a glavni simptomi su poremećaji asocijacija, afekta, ambivalencije i autizam. Drugi oblici shizofrenije su: nediferencirana shizofrenija, rezidualna shizofrenija, shizofreniformni poremećaj i postshizofrena depresija.

1.5.1. Shizofrenija simplex

Shizofreniju simplex karakterizira postupan početak i kroničan tijek bolesti u kojem u potpunosti prevladavaju negativni simptomi. Najčešće se javlja kod mladih osoba, a kao prvi simptom ističe se nezainteresiranost prema školovanju pod različitim racionalizacijama poput otupljenje afekata, gubitka volje i interesa. Bolesnik se povlači u sebe, udaljava od okoline i zatvara u vlastiti autistični svijet (26). Općenito, bolesnici koji imaju shizofreniju simplex slabo reagiraju na antipsihotike. Iz navedenih razloga smatra se kroničnom bolešću te, uz hebefreniju, najtežim oblikom shizofrenije (26).

1.5.2. Katatona shizofrenija

Katatonu shizofreniju karakteriziraju psihomotorične smetnje kao što su: mutizam, negativizam, eholalija, ehopraksija, katalepsija i imobilizacija. Ovdje se javljaju fenomeni katalepsije, psihičkog jastuka i voštane savitljivosti. Katalepsija je držanje dijela ili cijelog tijela u nefiziološkom položaju bez osjećaja umora. Fenomen psihičkog

jastuka je stanje tijela u kojem bolesnik leži dok su mu glava i prsni koš uzdignuti. Fenomen voštane savitljivosti je zapravo otpor mišića u trenutku vraćanja ekstremiteta u prirodan položaj (26). Katatona shizofrenija započinje naglo i to najčešće kod pojedinaca u dobi između 20-30 godina. Tijek same bolesti je s dobrim recidivima i remisijama, a liječenjem prognoza može biti relativno dobra, osim ukoliko boluje od maligne katatonije. Maligna katatonija rezultira smrtnim ishodom gdje u bolesnika dolazi do rasta temperature, gubitka tjelesne težine, sivkaste boje lica te ne reagira na antipiretik (26).

1.5.3. Paranoidna shizofrenija

Najčešći oblik shizofrenije karakteriziran pojavom sumanutih ideja i slušnih halucinacija. Javlja se između 30-40 godine života. Bolesnici su hladni, nezadovoljni, razdražljivi, sarkastični i ljuti na druge osobe. Ukoliko je prisutna akutna faza mogu biti opasni za sebe i okolinu. Liječenje je uglavnom psihofarmacima koji dobro reduciraju simptome te je moguće brzo postići remisiju (26).

1.5.4. Hebefrena shizofrenija

Najteži oblik shizofrenije s neuobičajenim ponašanjem, tupošću i nepovezanim govorom. Ponašanje je neprimjereno, nepredvidivo, govor nepovezan i praćen nepovezanim mimikom poput smijeha i kreveljenja. Osim navedenih simptoma, mogu se javiti i sumanute ideje te halucinacije. Bolesnik gubi sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti te općenito nije sposoban brinuti se o sebi. Ovaj oblik shizofrenije najčešće se javlja u doba adolescencije ili puberteta, a prvi znakovi su depersonalizacija, opsjednutom određenim temama, derealizacija, ali i pokušaji samoubojstva koji su uglavnom impulzivni pretjerani. Kako bolest napreduje, ponašanje bolesnika postaje djetinjastije, nepovezanije te dolazi do pretjerane samouvjerenosti koja rezultira hipohondrijskim idejama, manirizmom i slično (26). Unatoč tome što liječenjem može doći do remisije, nakon nekoliko godina prognoza postaje sve lošija (26).

1.5.5. Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija ne zadovoljava kriterije za svrstavanje u bilo koji drugi klinički oblik, odnosno predstavlja atipični oblik. U literaturi se ovdje mogu uvrstiti pseudopsihopatske i pseudoneurotske slike shizofrenije (26).

1.5.6. Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija predstavlja kroničnu fazu shizofrenije. Može trajati velik broj godina sa ili bez pogoršanja bolesti, a zbog dugotrajnosti procesa zaostaju negativni simptomi poput usporenosti, neverbalnosti, zapuštanje izgleda i higijene, osjećaj tuposti i drugih (26).

1.5.7. Shizofreniformni poremećaj

Karakteristike shizofreniformnog poremećaja su kraće trajanje od 1-6 mjeseci iako simptomi mogu trajati samo jedan dan kao na primjer kratki psihotični poremećaj. Kriteriji za dijagnozu su halucinacije, deluzije, smeteni govor, katatono ponašanje, avolucija. Ukoliko simptomi traju duže od šest mjeseci, ovaj poremećaj prelazi u dijagnozu shizofrenije (26). Prema podacima, samo se 1/3 bolesnika oporavi, dok ostalih 2/3 dobije finalnu dijagnozu shizofrenije (26).

1.5.8. Postshizofrena depresija

Postshizofrena depresija je produljenje bolesti u obliku depresivne epizode gdje simptomi mogu postojati, nestati ili oslabiti. Karakterizira je i visok rizik od samoubojstva (26).

1.6. FAZE SHIZOFRENIJE

Postoje četiri faze shizofrenije:

- Premorbidna faza predstavlja vremensko razdoblje gdje nema znakova bolesti, međutim pronalaze se određena obilježja poput sramežljivosti, ankcioznosti, povlačenja, nesigurnosti i slično. Kod 50-60% bolesnika se može prepoznati shizoidni poremećaj ličnosti u premorbidnoj fazi (40).
- U prodormalnoj fazi se javljaju simptomi i znakovi bez psihotičnih poremećaja, a može trajati i do nekoliko godina (30).
- Akutna ili floridna faza bilježi naglu pojavu pozitivnih simptoma koji često rezultiraju hospitalizacijom (30). Psihijatrijska hospitalizacija obično je potrebna tijekom akutne faze kako bi se osiguralo strukturirano i podržavajuće okruženje

za stabilizaciju i početak liječenja. Literatura podupire važnost brze intervencije tijekom akutne faze kako bi se spriječilo daljnje pogoršanje, minimizirao rizik od ozljeđivanja sebe ili drugih i uspostavio temelj za dugoročno liječenje. Prema istraživanjima, rano liječenje antipsihoticima tijekom akutne faze može dovesti do bolje kontrole simptoma, poboljšanog odgovora na liječenje i povećanih izgleda za postizanje remisije (22).

- Kronična ili rezidualna faza dolazi nakon akutne faze kada bolesnih pokazuje kognitivne simptome i promjenu raspoloženja (41).

Remisija u shizofreniji definirana je kao stanje slabih ili nikakvih značajnih simptoma i funkcionalnog oštećenja. Tijekom ove faze, bolesnici doživljavaju smanjenje psihotičnih simptoma, postižu bolje društveno i profesionalno funkcioniranje te imaju poboljšanu kvalitetu života. Stabilna remisija povezana je s uspješnim dugotrajnim liječenjem bolesti, uključujući kontinuirano pridržavanje liječenja i psihosocijalnu podršku (42).

1.7. DIJAGNOSTIKA SHIZOFRENIJE

Dijagnoza shizofrenije provodi se analizirajući anamnezu, kliničku sliku, psihijatrijskom razgovoru te dijagnostičkim kriterijima.

Postoji dvije vrste dijagnostičkih kriterija (43):

- Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija (ICD-10 ili MKB-10) koji se koristi i u Republici Hrvatskoj, te
- Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV) Američke psihijatrijske udruge

Razlike između navedenih kriterija su (44):

- MKB-10 se temelji na simptomima prvog reda, dok DSM-IV podrazumijeva i prodormalnu fazu;
- Za dijagnozu prema MKB-10 simptomi trebaju trajati barem jedan mjesec, dok je za DSM-IV trajanje simptoma pola godine;

- MKB-10 obuhvaća kompleksne simptome te objedinjuje i kriterije za shizotipni i shizofreniformni poremećaj iz DSM-IV.

Unatoč razlikama, MKB-10 i DSM-IV kriteriji imaju određene sličnosti: u oba treba biti zadovoljen kriterij trajanja aktivne faze bolesti od barem jednog mjeseca; podrazumijevaju prisutnost negativnih simptoma; potrebni su simptomi sumanosti i halucinacije (45).

S obzirom na to da ne postoji jedan test ili laboratorijski skup pretraga za dijagnosticiranje shizofrenije, koriste se određene pretrage: kompletna krvna slika (KKS), analiza urina, funkcija štitnjače, jetrene transaminaze, EKG, EEG, CT, MR, neuropsihologijsko testiranje. Svrha i ciljevi ovih pretraga su otkrivanje stanja koji potencijalno dovode do razvoja psihičkih poremećaja te kontrola terapije, postizanje adekvatnih doza lijekova i prikaz promjena u strukturi mozga (45).

Pretrage se dijele u nekoliko skupina: anatomske (CT, NMR), funkcionalne (EEG, EKG, supresijski test deksametazon, test funkcije štitnjače, kreatinski klirens, PET) i dijagnostičke u užem smislu (VDRL). Postoje i testovi putem kojih se vrši procjena neuroendokrinoških funkcija za bolji uvid u središnji živčani sustav, a dio autora ih naziva i biologijskim biljezima. Kako bi se utvrdio psihički poremećaj potrebno je isključiti druge bolesti poput somatske bolesti ili zlouporaba psihoaktivne tvari. Pri tom je potrebno imati na umu da somatska bolest može prekriti kliničku sliku (45).

Dalje, neuropsihologijski i projektni testovi pružaju uvid stupanj kognitivnog i intelektualnog funkcioniranja bolesnika, stupanj oštećenja mišljenja i konceptualne dezorganizacije te područja oštećenja funkcija. Navedenim testovi doprinose u samom programu i tijeku rehabilitacije (45).

Ne postoje specifični tjelesni simptomi i znakovi za shizofreniju, ali postoje određene tjelesne radnje koje ukazuju na bolesnike pogođene shizofrenijom. Tako su dokazane abnormalnosti u pokretima očiju. Treptanje je pod kontrolom dopaminergičkog sustava koji je općenito pogođen kod bolesnika. Naime, treptanje kontrolira anatomski put BANC koji ima utjecaj na alfa aktivnosti u EEG (46). Smanjenje alfa aktivnosti u EEG-u i povećan broj treptaja nastaju kao rezultat neurodegenerativnih promjena u

shizofrenih bolesnika. Nadalje, kod bolesnika se pojavljuju i znakovi podraženosti autoimunog sustava najčešće kao posljedica javlja se tuberkuloza, interkurentna infekcija i poremećaj probave (30).

Metabolički sindrom uzrokuje dislipidemiju, neosjetljivost na inzulin, povišeni arterijski krvni tlak te pretilost. Problem koji nastaje pri dijagnozi, liječenju i prevenciji ovakvih metaboličkih poremećaja je korištenje antipsihotika. Naime, jedna od nuspojava je poremećaj metabolizma stoga bolesnici pokazuju veću sklonost metaboličkog sindroma u odnosu na opću populaciju što je povezano i s ranijim smrtnim ishodom (47).

1.8. LIJEČENJE SHIZOFRENIJE

Liječenje shizofrenije obično uključuje multimodalni pristup koji kombinira farmakoterapiju, psihosocijalne intervencije i usluge podrške. Cilj liječenja je ublažiti simptome već u akutnoj fazi, promicati funkcionalni oporavak, poboljšati kvalitetu života i smanjiti rizik od recidiva. Shizofrenija se ne može u potpunosti izliječiti, ali je moguće kontrolirati stoga je razumijevanje različitih pristupa liječenju ključno je za pružanje sveobuhvatne skrbi bolesnicima sa shizofrenijom.

Tijekom povijesti koristili su se različiti pristupi u liječenju shizofrenije. Tako se sredinom 1930-ih godina liječila velikom dozom inzulina. Međutim, zbog visokih rizika od kome i smrti ovaj pristup je napušten. Narednih godina prakticirala se prefrontalna lobotomija koja predstavlja kirurški postupak gdje se uništavaju živčani putevi koji spajaju čeone režnjeve s preostalim područjima u mozgu. Pristup je također napušten zbog loših rezultata, ali i uvođenja lijekova te EKT metode. EKT metoda podrazumijeva postavljanje elektrode na jednu ili obje sljepoočnice s naponom električne struje od 70-130 V što dovodi do toničko-kloničkih grčeva i gubitka svijesti. EKT se danas koristi rijetko zbog niske učinkovitosti i to za duboko depresivne pacijente (48).

U današnje doba najučinkovitiji tretmani shizofrenije su lijekovi, odnosno tipični i atipični antipsihotici. Također postoji podjela na niskopotentne i visokopotentne antipsihotike, te antipsihotike I., II. i III. generacije. Način unosa dalje ih razlikuje na peroralne i parenteralne te antipsihotike sa dugotrajnim djelovanjem koji se uzimaju svako nekoliko tjedana (48). Prema načinu unosa dijele se na peroralne i parenteralne, a

postoje i oni sa dugotrajnim djelovanjem (depot oblici u intramuskularnoj primjeni) koji se daju svaka dva, tri ili četiri tjedna (48).

Ne smije se zanemariti ni psihološka terapija bolesnika kao i psihoedukacija obitelji bolesnika. Samo liječenje provodi se jednu do dvije godine iako se često može odužiti ovisno o djelovanju terapije na bolesnika. U prosjeku, 60% bolesnika se oporavi do potpune remisije ili ublaženja simptoma (48).

Pristupi liječenju tijekom faze stabilne remisije shizofrenije usmjereni su na prevenciju recidiva, održavanje stabilnosti i poticanje oporavka. To uključuje trajno farmakološko liječenje antipsihoticima u najnižoj učinkovitoj dozi kako bi se spriječilo ponovno javljanje simptoma. Psihosocijalne intervencije, kao što su kognitivno-bihevioralna terapija, obiteljska terapija i programi psihosocijalne rehabilitacije, također su sastavni dio podrške pojedincima na njihovom putu oporavka i poboljšanju njihovih adaptivnih vještina, strategija suočavanja i funkcionalnih ishoda (42).

1.8.1. Tipični antipsihotici

Tipičnim antipsihoticima tretiraju se pozitivni simptomi. Sadrže iznimno dobar afinitet za dopaminske receptore zbog čega izazivaju ekstrapiramidne nuspojave poput tremora, rigidnosti, nestabilnog kretanja, hipersalivacije i slično. U tablici 2 prikazani su tipični antipsihotici (43).

Tablica 2. Tipični antipsihotici (43)

Klorpromazin	Javlja se neuroleptički sindrom, odnosno smirenje i sedacija, ali uz sačuvanu svijest i nezainteresiranost od vanjskih podražaja.
Haloperidrol	Najčešći kod agresivnijih pozitivnih simptoma i ne utječe na negativne, kognitivne i socijalne simptome.
Flufenazin	Ne primjenjuje se često zbog nuspojave koja rezultira poremećajem kretanja.
Promazin	Koristan za kratkotrajno liječenje umjerenog ili akutnog psihomotornog nemira.

1.8.2. Atipični antipsihotici

Dok se tipičnim antipsihoticima tretiraju pozitivni simptomi, atipični antipsihotici jednako djeluju i na pozitivne i negativne simptome. Također, rjeđi je nastanak ekstrapiramidnih nuspojava. Imaju bolji afinitet za mezolimbicke dopaminergičke receptore ili 5-HT₂ receptore.

Atipični antipsihotici dijele se na (48):

- selektivne dopaminske antagoniste,
- antipsihotike u kojih izrazito prevladava blokada dopaminergičkih nad blokadom 5-HT receptora,
- serotoninско-dopaminske antagoniste, multireceptorske antagoniste,
- dopaminske parcijalne agoniste, te
- dopaminske stabilizatore.

Iz navedenih razloga, atipični antipsihotici su preferirana metoda liječenja shizofrenije (49). U tablici 3 nalazi se popis atipičnih antipsihotika (43).

Tablica 3. Atipični antipsihotici (43)

Klozapin	Ne uzrokuje ekstrapiramidne nuspojave te izaziva reverzibilnu agranulocitozu. Ima dobru učinkovitost kod bolesnika koji ne reagiraju na druge antipsihotike.
Risperidon	Karakterizira ga dobra apsorpcija te se najčešće primjenjuje kod djece i adolescenata. Potencijalne indikacije su akutna faza shizofrenije, terapija održavanja kod adolescenata i liječenje autizma. Moguće nuspojave su tjeskoba, agitacija, glavobolja i slično.
Amisulprid	Ima bolju učinkovitost od tipičnog antipsihotika haloperidola, a učinkovitost poput risperidona.
Olanzapin	Indikacije su akutna faza shizofrenije, održavanje, agitacija. Ne djeluje na kognitivne funkcije, a potencijalne nuspojave su povećanje tjelesne težine, ortostatska hipotenzija, sedacija i slično.
Aripiprazol	Atipični antipsihotik za liječenje manije i agitiranosti koji vrlo rijetko uzrokuje povećanje tjelesne mase.
Kvetiapin	Neke od indikacija ovog antipsihotika su liječenje shizofrenije, depresivnih i maničnih epizoda pa samim time djeluje antidepresivno. Potencijalne nuspojave su ortostatska hipotenzija, pospanost, smušenost i druge.
Ziprasidon	Ima bolju apsorpciju ukoliko se uzima uz hranu.

1.8.3. Dugodjelujući antipsihotici

Antipsihotici s produženim djelovanjem ili depo antipsihotici uzimaju se putem injekcija od strane liječnika svaka dva do četiri tjedna. Na ovaj način minimizira se problem neuzimanja lijekova od strane bolesnika i relaps same bolesti. Rezultat je produženje remisije, bolje funkcioniranje i manji rizik od prestanka uzimanja terapije (50).

U Republici Hrvatskoj najčešće se koriste Xaplion (paliperidon), Zypadhera (olanzapin) i Rispolept Consta (risperidon).

1.8.4. Terapije

Osim samog uzimanja antipsihotika, pri liječenju shizofrenije potrebne su i druge vrste terapija kako bi se postigla što bolja učinkovitost liječenja. Tako se još razlikuju psihoterapija i socioterapija.

Psihoterapija podrazumijeva interakciju bolesnika i obrazovanog stručnjaka s ciljem suočavanja s bolesti, promjene osjećaja i ponašanja. Primjenjuje se paralelno s uzimanjem lijekova. Može se provoditi individualno ili grupno te se preporučuje uključivanje obitelji kako bi se postigao bolji rezultat (obiteljska psihoterapija). Kao što je već ranije navedeno u dijelu o kliničkoj slici shizofrenije, obitelj ne mora biti uzrok shizofrenije, međutim loši odnosi, određene genetske predispozicije i manjak komunikacije mogu utjecati na pojavu ili pogoršanje stanja shizofrenog bolesnika (51).

Socioterapija se primjenjuje tijekom rehabilitacije s ciljem pripreme bolesnika na povratak u njegovu svakodnevnu okolinu i uspostavu osjećaja kontrole. Priprema obuhvaća edukaciju o načinima savladavanja stresa i panike kako bi se prevenirao povratak u akutno stanje bolesti. Može se provoditi direktno u instituciji ili van (poput terapije glazbom, radne i okupacijske terapije, učenje socijalnih vještina, ples i druge aktivnosti). Rijetko se provodi individualno i često grupno uz obrazovnog stručnjaka gdje sudionici razmjenjuju iskustva i resocijaliziraju se (52).

Modeli suradničke skrbi, kao što je asertivno liječenje u zajednici (ACT) i usluge rane intervencije, pokazali su pozitivne rezultate u poboljšanju pridržavanja liječenja, smanjenju hospitalizacija i poboljšanju funkcionalnog oporavka (53).

1.8.5. Uloga medicinskog osoblja

Tijekom liječenja bolesnika potrebno je pružiti odgovarajuću integriranu i koordiniranu skrb uključivanjem multidisciplinarnog tima – psihijatri, psiholozi, medicinske sestre, socijalni radnici i radni terapeuti. Prilikom hospitalizacije, posebno prvi put, bolesnik prolazi kroz razne psihološke doživljaje i u većini slučajeva nije u stanju percipirati zbivanja. Kako bi prihvatio bolničku sredinu, pa tako i samu terapiju, ključnu ulogu ima interakcija s medicinskim osobljem.

Odnos sestra – bolesnik treba imati povoljan utjecaj na bolesnika i njegovo liječenje. Odnos se gradi u bolnici tijekom hospitalizacije. Iznimno je bitno ne postojanje predrasuda i straha od strane sestara te se trebaju poštivati etički kodeks i ljudska prava. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan i u skladu s njegovim potrebama (54).

Terapijska komunikacija rezultira:

- usvajanju novih znanja i vještina,
- bolji uvid u problem i rast samosvijesti,
- rast samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja u sebe i druge,
- autonomiji ličnosti bolesnika te njegovoj neovisnosti i samostalnosti,
- smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja,
- otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja,
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama.

Dalje, osoblje mora imati na umu važnost neverbalne komunikacije posebno kod bolesnika sa shizofrenijom jer dobro zapažaju i prilično su osjetljivi kao što je prethodno opisano u poglavlju o simptomima. Možda je bolesnik osjetljiv na dodir ili mu se ne sviđa kako je osoblje obučeno, gleda li ga se u oči. Svaki pojedini sadržaj zahtjeva vlastiti kontekst i okolinu.

Neverbalna komunikacija sastoji se od:

- ponašanje tijela,
- mimike,
- očnog kontakta,
- govornog ponašanja,
- gestikulacija,
- dodirivanja,
- odijevanja,
- prostornog ponašanja,
- vremenskog ponašanja.

2. CILJ RADA

Usporediti stavove pacijenata oboljelih od shizofrenije prema terapiji s obzirom na akutnu fazu bolesti i stabilnoj remisiji.

2.1. SPECIFIČNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA

- Ispitati razlike u dobi između pacijenata u akutnoj fazi i fazi remisije
- Ispitati razlike u spolu između pacijenata u akutnoj fazi i fazi remisije

2.2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

1. H_1 – Pacijenti u fazi remisije imaju pozitivnije stavove prema lijekovima
2. H_2 – Pacijenti u fazi remisije su stariji od pacijenata u akutnoj fazi

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA

Sagledavajući ustroj, istraživanje ovog rada pripada presječnom istraživanju.

3.1.1. Uzorak ispitanika

Istraživanje obuhvaća ukupno 60 punoljetnih ispitanika prigodnog uzorka. Od ukupnog broja, njih 30 se nalazi u fazi remisije te 30 u akutnoj fazi. Istraživanje se provodilo od ožujka do srpnja 2023. godine.

3.2. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA

Podaci su se prikupljali pomoću novo-konstruiranog upitnika kao mjernog instrumenta. Istraživanje se provodilo u Kliničkom bolničkom centru Split (KBC Split) i to u ambulanti i odjelu za psihijatriju. Svi ispitanici dobrovoljno su pristali na sudjelovanje te su potpisali suglasnost za sudjelovanje. Na prvoj stranici upitnika nalazi se obavijest o vrsti, svrsi i cilju istraživanja.

Upitnik obuhvaća sociodemografske podatke, podatke o životnim navikama te stavove o terapiji. Sastavljen je od 13 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa te 10 pitanja vezanih uz stavove o terapiji. Otvoreni tip pitanja odnosio se na kratke odgovore poput dobi, broja godina liječenja i broja hospitalizacija, dok je zatvoreni tip imao više ponuđenih odgovora od kojih se samo jedan odgovor mogao odabrati.

Prvi dio pitanja obuhvaća dob, spol, bračni status, zaposlenost, obrazovanje i procjenu socioekonomskog statusa. Drugi set pitanja je direktno vezan uz liječenje te obuhvaća pitanja o trajanju psihijatrijskog liječenja, broju hospitalizacija, vrstu antipsihotika koje uzimaju te konzumaciju duhana, alkohola i psihoaktivnih tvari. Treći dio upitnika sastavljen je od pitanja zatvorenog tipa te obuhvaća stavove ispitanika prema terapiji koju uzimaju. Ukupno 10 pitanja s mogućim odgovorima TOČNO/NETOČNO.

Kriteriji uključivanja ispitanika u istraživanje obuhvaćao je pristanak na sudjelovanje te za one koji se nalaze u fazi remisije bilo je nužno trajanje stabilne remisije

barem 6 mjeseci. Kriteriji isključenja ispitanika u fazi remisije bili su liječenje (operativno ili onkološko) posljednjih 6 mjeseci, te bolesti poput dijabetesa, neuropatije, artritisa i hipertenzije. Za ispitanike u akutnoj fazi nije bilo posebnih kriterija isključenja.

3.3. ETIČKO ODOBRENJE ISTRAŽIVANJA

Provedba istraživanja ovog rada dobivena je od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Split (27.01.2023. godine, NN42/18, NN55/08, 139/15, Helsinška deklaracija WMA 1964-2103). Također, istraživanje je dobilo i odobrenje Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu.

3.4. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Obrada podataka obuhvaćala je metode deskriptivne statistike gdje su podaci prikazani u apsolutnim i relativnim frekvencijama. Svi podaci su ručno uneseni i obrađeni u programu Microsoft Office Excel.

4. REZULTATI

Kao što je prethodno navedeno, ovo istraživanje obuhvaća 30 ispitanika koji se nalaze u fazi remisije i 30 ispitanika koji se nalaze u akutnoj fazi shizofrenije. Ukupno je sudjelovalo 60 ispitanika te su svi odgovori potpuni. Provedba ispitivanja trajala je od ožujka do srpnja 2023. godine. Upitnik je obuhvaćao tri seta pitanja: sociodemografske podatke, podatke o liječenju i konzumiranju supstanci te stavove o terapiji. Obuhvaćeni su ispitanici oba spola te svih dobnih skupina stariji od 18 godina.

U tablici 4 prikazana je dob ispitanika. Najviše ispitanika u akutnoj fazi je u dobi između 46 i 55 godina, 2 ispitanika su u dobi između 18 i 25 godina, dok ni jedan ispitanik nije stariji od 75 godina. U fazi remisije, od ukupno 30 ispitanika, najveći broj ih je u dobi između 36 i 45 godina, ni jedan ispitanik nije mlađi od 25 godina, dok je jedan ispitanik stariji od 75 godina.

Tablica 4. Dob ispitanika u apsolutnim i relativnim vrijednostima.

Dob ispitanika (u godinama)	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
18 - 25	2	0	6.7	0
26 - 35	8	4	26.7	13.3
36 - 45	6	10	20	33.3
46 - 55	9	7	30	23.3
56 - 65	3	7	10	23.3
66 - 75	2	1	6.7	3.3
75 i više	0	1	0	3.3

Razlike u spolu ispitanika vidljive su u tablici 5. Može se primijetiti jednak broj žena i muškaraca s obzirom na akutnu fazu i fazu remisije. Tako je 40% ispitanika ženskog roda u obje faze, dok je 60% ispitanika muškog roda u obje faze.

Tablica 5. Spol ispitanika u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Spol	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Žensko	12	12	40	40
Muško	18	18	60	60

Status partnerske zajednice nalazi se u tablici 6. Vidljivo je kako se 20% ispitanika u akutnoj fazi nalazi u braku/životnom partnerstvu/emocionalnoj vezi, dok je 80% ispitanika odgovorilo kako trenutno nije u braku/životnom partnerstvu/emocionalnoj vezi. Od 30 ispitanika koji su u fazi remisije, njih 16.7% ne nalazi se u braku/životnom partnerstvu/emocionalnoj vezi, dok njih 83.3% je u braku/životnom partnerstvu/emocionalnoj vezi.

Tablica 6. Status partnerske zajednice u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Ispitanici u braku/životnom partnerstvu/ emocionalnoj vezi	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Da	6	5	20	16.7
Ne	24	25	80	83.3

Podaci vezani uz pitanje o tome žive li ispitanici sami nalaze se u tablici 7. Od onih koji su u akutnoj fazi, 26.7% ih živi samo, dok 73.3% ne živi samo. Ispitanici koji se nalaze u fazi remisije odgovorili su kako njih 80% ne živi samo, dok ih 20% živi samo.

Tablica 7. Broj ispitanika koji žive sami izražena u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Živite li sami	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Da	8	6	26.7	20
Ne	22	24	73.3	80

Dalje, 86.7% ispitanika u akutnoj fazi nije zaposleno dok ih je 13.3% zaposleno. Od ukupnog broja ispitanika u fazi remisije, njih 76.7% nije zaposleno dok ih je 23.3% zaposleno.

Tablica 8. Zaposlenost prema apsolutnim i relativnim vrijednostima

Jeste li zaposleni?	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Ne	26	23	86.7	76.7
Da	4	7	13.3	23.3

Najviši stupanj obrazovanja ispitanika nalazi se u tablici 9. Od ukupnog broja ispitanika u akutnoj fazi njih 20% je završilo osnovnu školu, 63.3% srednju školu, 20% fakultet, 6.7% Magisterij te niti jedan ispitanik ne posjeduje doktorat. Od ukupnog broja ispitanika koji se nalazi u fazi remisije, njih 13.3% ima završenu osnovnu školu, 66.7% srednju školu, 20% fakultet dok ni jedan ispitanik nema završen magisterij ni doktorat.

Tablica 9. Stupanj obrazovanja ispitanika u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Koji je najviši stupanj vašeg obrazovanja	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Osnovna škola	3	4	10	13.3
Srednja škola	19	20	63.3	66.7
Fakultet	6	6	20	20
Magisterij	2	0	6.7	0
Doktorat	0	0	0	0

Odgovori vezani uz socioekonomski status ispitanika prikazani su u tablici 10. Najveći broj ispitanika u akutnoj fazi (36.7%) živi prosječno, 26.7% živi ispod prosjeka, 30% živi malo iznad prosjeka, 6.7% živi iznad prosjeka dok ni jedan ispitanik nije odgovorio da živi malo ispod prosjeka. Od ispitanika koji se nalaze u fazi remisije, njih 63.3% živi prosječno, 6.7% živi ispod prosjeka, 26.7% živi malo ispod prosjeka, 3.3% živi iznad prosjeka dok ni jedan ispitanik nje odgovorio da živi malo iznad prosjeka.

Tablica 10. Samoprocjena socioekonomskog statusa ispitanika prema apsolutnim i relativnim vrijednostima

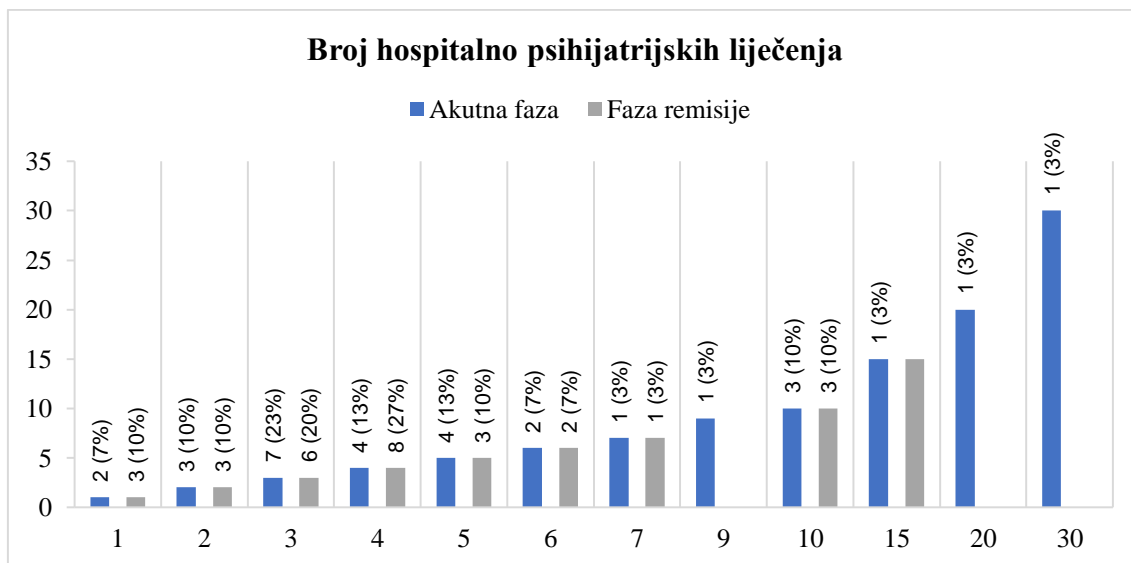
Kako biste procijenili svoj socioekonomski status	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Ispod prosjeka	8	2	26.7	6.7
Malo ispod prosjeka	0	8	0	26.7
Prosječan	11	19	36.7	63.3
Malo iznad prosjeka	9	0	30	0
Iznad prosjeka	2	1	6.7	3.3

Sljedeće pitanje vezano je uz duljinu psihijatrijskog liječenja ispitanika (Tablica 11). Od ukupnog broja ispitanika u akutnoj fazi njih 26.7% se liječi 1-5 godina, 36.7% se liječi 6-10 godina. Isti broj ispitanika (10%) se liječi od 11-20 te 21-30 godina, dok se 16.7% liječi 31 i više godina. Ispitanici koji se nalazi u fazi remisije odgovorilo je kako se njih 6.7% liječi 1-5 godina, 16.7% se liječi 6-10 godina, 43.3% se liječi 11-20 godina, 26.7% se liječi 21-30 godina dok se 6.7% liječi 31 godinu i više.

Tablica 11. Duljina psihijatrijskog liječenja ispitanika prikazana u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Koliko dugo se psihijatrijski liječite	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
1 - 5	8	2	26.7	6.7
6 - 10	11	5	36.7	16.7
11 - 20	3	13	10	43.3
21 - 30	3	8	10	26.7
31 i više	5	2	16.7	6.7

Na slici 3 prikazan je broj hospitalno psihijatrijskih liječenja ispitanika ovisno o akutnoj fazi i fazi remisije. Od ukupnog broja ispitanika u akutnoj fazi vidljivo je kako nitko nije bio hospitaliziran više od 30 puta, dok promatrajući fazu remisije, najveći broj hospitalizacija ispitanika je 15 puta.



Slika 3. Broj hospitalno psihijatrijskih liječenja ispitanika u akutnoj fazi i fazi remisije

Sljedeće pitanje vezano je uz vrstu antipsihotika kojima se ispitanici liječe (Tablica 12). Najveći broj ispitanika (50%) u akutnoj fazi liječi se tipičnim antipsihoticima. 30% ispitanika se liječi atipičnim antipsihoticima, dok se 20% liječi objema skupinama. Najveći broj ispitanika u fazi remisije (46.7%) se liječi objema skupinama, dok se 30% liječi tipičnim antipsihoticima i 23.3% atipičnim antipsihoticima.

Tablica 12. Liječenje prema vrsti antipsihotika izražena u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Liječenje prema vrsti antipsihotika	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
Tipičnim antipsihoticima	15	9	50	30
Atipičnim antipsihoticima	9	7	30	23.3
Objema skupinama	6	14	20	46.7

U tablici 13 prikazan je broj ispitanika koji konzumira duhan. 50% ispitanika u akutnoj fazi odgovorilo je kako konzumira duhan, dok ih također 50% ne konzumira

duhan. Gledajući ispitanike u fazi remisije, njih 56.7% konzumira duhan, dok ih 43.3% ne konzumira duhan.

Tablica 13. Konzumiranje duhana izražena u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Pušite li duhan	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
DA	15	17	50	56.7
NE	15	13	50	43.3

Alkohol konzumira 13.3% ispitanika koji se nalazi u akutnoj fazi, dok ih 86.7% ne konzumira alkohol (Tablica 14). Od onih koji se nalaze u fazi remisije, 6.7% ih konzumira alkohol, dok ih 93.3% ne konzumira alkohol.

Tablica 14. Konzumiranje alkohola izražena u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Konzumirate li alkohol	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
DA	4	2	13.3	6.7
NE	26	28	86.7	93.3

Samo jedan ispitanik koji se nalazi u fazi remisije odgovorio je kako konzumira ilegalne psihoaktivne tvari (droge) (Tablica 15).

Tablica 15. Konzumiranje ilegalnih psihoaktivnih tvari izražena u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Konzumirate li ilegalne psihoaktivne tvari (droge)	Apsolutne vrijednosti (N)		Relativne vrijednosti (%)	
	Akutna faza	Faza remisije	Akutna faza	Faza remisije
DA	0	1	0	3.3
NE	30	29	100	96.7

Sljedeći set pitanja odnosio se na stavove ispitanika o terapiji (Tablica 16). U razdoblju od ožujka do srpnja 2023. godine, od ukupnog broja ispitanika u akutnoj fazi,

njih 76.6% odgovorilo je kako pozitivne stvari vezane uz lijekove nadvladaju negativne, 53.3% se osjeća poput zombija kad uzima lijekove, 30% uzima lijekove po vlastitom izboru. Dalje, 70% ih navodi kako ih lijekovi čine opuštenijima, 80% tvrdi da se osjeća umorno i tromo zbog lijekova, a 40% ispitanika uzima lijekove samo kada se ne osjeća dobro. 80% ispitanika se osjeća normalnije uz lijekove, 56.7% tvrdi da za njihov um i tijelo je neprirodno biti pod kontrolom lijekova. 63.3% ima bistrije misli kada uzima lijekove te 70% se slaže da uzimanjem lijekova mogu spriječiti pogoršanje stanja. Od ukupnog broja ispitanika u fazi remisije, 80% se odgovorilo je kako pozitivne stvari vezane uz lijekove nadvladaju loše, 20% se osjeća čudno dok uzima lijekove, 26.7% ih uzima lijekove po vlastitom izboru. 73.3% ispitanika lijekovi čine opuštenijima, 23.3% se osjeća umorno i tromo zbog lijekova, dok 23.3% uzima lijekove samo kada se ne osjeća dobro. Njih 76.6% se osjeća normalnije s lijekovima, 26.7% smatra kako je neprirodno biti pod kontrolom lijekova za um i tijelo. 60% ispitanika ima bistrije misli kada uzima lijekove te 90% ih smatra da uzimanjem lijekova mogu spriječiti pogoršanje stanja.

Tablica 16. Stavovi o terapiji izraženi u apsolutnim i relativnim vrijednostima

Stavovi o terapiji	Akutna faza (N/%)		Faza remisije (N/%)	
	TOČNO	NETOČNO	TOČNO	NETOČNO
Za mene pozitivne stvari vezane uz lijekove nadvladaju one loše	23 (76.7)	7 (23.3)	24 (80)	6 (20)
Kaa uzimam lijekove osjećam se čudno, poput zombija	16 (53.3)	14 (46.7)	6 (20)	24 (80)
Uzimam lijekove po vlastitom slobodnom izboru	9 (30)	21 (70)	8 (26.7)	22 (73.3)
Lijekovi me čine opuštenijim	21 (70)	9 (30)	22 (73.3)	8 (26.7)
Zbog lijekova se osjećam umorno i tromo	24 (80)	6 (20)	7 (23.3)	23 (76.7)
Uzimam lijekove samo kada se ne osjećam dobro	12 (40)	18 (60)	7 (23.3)	23 (76.7)
Uz lijekove se osjećam normalnije	24 (80)	6 (20)	23 (76.7)	7 (23.3)
Za moj um i tijelo je neprirodno biti pod kontrolom lijekova	17 (56.7)	13 (43.3)	8 (26.7)	22 (73.3)
Misli su mi bistrije kada uzimam lijekove	19 (63.3)	11 (36.7)	18 (60)	12 (40)
Uzimanjem lijekova mogu spriječiti pogoršanje stanja	21 (70)	1 (3.3)	27 (90)	3 (10)

5. RASPRAVA

Shizofrenija je razoran poremećaj za pacijente i članove obitelji, koji pogađa približno 1% svjetskog stanovništva. U području liječenja shizofrenije, kritičko istraživanje stavova pacijenata prema terapiji postaje ključno, osobito u kontekstu akutne faze bolesti i razdoblja stabilne remisije, bacajući svjetlo na nijansiranu međuodnos između psiholoških stanja, učinkovitosti liječenja i dugoročnog blagostanje. Cilj ovog završnog rada je usporediti stavove pacijenata oboljelih od shizofrenije prema terapiji s obzirom na akutnu fazu bolesti i stabilnoj remisiji. Sukladno glavnom cilju, definirana su i dva specifična cilja. Prvi specifični cilj je ispitati razlike u dobi između pacijenata u akutnoj fazi i fazi remisije. Drugi specifični cilj je ispitati razlike u spolu između pacijenata u akutnoj fazi i fazi remisije.

Za pacijente sa shizofrenijom, nekoliko različitih aspekata mogu utjecati na percepciju kvalitete života. Na primjer, prema jednom istraživanju, ti pacijenti obično žive sami, rijetko su zaposleni i obično ovise o bolesničkim naknadama ili državnim mirovinama. Pacijentova subjektivna procjena vlastite kvalitete života ne mora biti povezana s težinom simptoma što je ponekad slučaj kod bolesnika u akutnoj fazi koji pokazuju otpor prema lijekovima jer smatraju da su potpuno zdravi. Prema istraživanjima, pacijenti u fazi remisije dali su više ocjene kvalitete života u usporedbi s pacijentima koji nisu u remisiji. Prosječna dob shizofrenih pacijenata je visoka, ali to se u velikoj mjeri objašnjava činjenicom da većina bolesnika ima kasniji početak prepoznavanja simptoma (44). Istraživanje koje su proveli Bernardo i sur. (2011) ističu da nema statistički značajne razlike u spolu ispitanika koji se nalaze u fazi remisije i akutnoj fazi, međutim navode bolje rezultate liječenja kod žena (55).

Prema rezultatima ovog istraživanja može se uvidjeti da srednja vrijednost u dobi ispitanika u akutnoj fazi iznosi 44.2 godine, dok u fazi remisije iznosi 48.6 godina. Gledajući razlike u spolu, u istraživanju je sudjelovao isti broj žena i muškaraca u akutnoj fazi i fazi remisije stoga nema statistički značajne razlike u spolu što se slaže s istraživanjem Bernardo i sur (2011) (55). Nadalje, proučavajući rezultate života u partnerskog zajednici također ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima te se većina ispitanika ne nalazi u partnerskoj zajednici. Većina ispitanika neovisno u kojoj se

fazi nalaze odgovorili su kako su nezaposleni, sa završenom srednjom školom te većina vlastiti socioekonomski status procjenjuje kao prosječan (55).

Stavovi pacijenata s dijagnozom shizofrenije prema vlastitoj bolesti mogu utjecati na tijek i učinkovitost liječenja. Iako postoji manjak čisto studijskih studija stavova pacijenata u fazi remisije i akutnoj fazi, postoje mnoga istraživanja o pacijentovom uvidu u bolest. Različite studije pokazale su da se više od polovice bolesnika sa shizofrenijom ne pridržava antipsihotika zbog negativnog stava prema njima. Studije su pokazale da se gotovo tri četvrtine pacijenata s negativnim stavom prema lijekovima ne pridržavaju uzimanja antipsihotika. Nalazi istraživanja Tilahun i sur. (2019) pokazuju da je većina ispitanika imala pozitivan stav prema antipsihoticima (49). Negativan stav prema antipsihoticima čest je u kliničkoj praksi s prevalencijom od 7.5% - 46.7% (56). Do 75% onih s negativnim stavom ne pridržavaju se antipsihotika, što rezultira recidivom. Prevalencija relapsa zbog nepridržavanja terapije varira od 50% do 92% na globalnoj razini (56). Istraživanja također potvrđuju pozitivnije stavove o liječenju kod pacijenata koji se nalaze u fazi remisije (57).

U provedenom istraživanju ovog rada, najveći broj ispitanika u akutnoj fazi liječi se tipičnim antipsihoticima, dok ih većina u fazi remisije kombinira obje skupine (tipične i atipične antipsihotike). Veći broj hospitalizacija vidljiv je kod ispitanika u akutnoj fazi. Sagledavajući razlike u stavovima prema liječenju ovisno o dobi ispitanika rezultati prikazuju kako pozitivne stavove prema lijekovima najviše imaju ispitanici u dobi između 36-45 godina i stariji i u fazi remisije i u akutnoj fazi. Potvrđuju kako im pozitivne stvari vezane uz lijekove nadvladaju loše.

Većina ispitanika lijekove ne uzima po vlastitom izboru u obje faze, ali se također većina slaže kako uzimanjem lijekova mogu spriječiti pogoršanje stanja. Kada uzimaju lijekove čudno se osjeća 16 ispitanika u akutnoj fazi te samo 6 ispitanika u fazi remisije. Sličnost se može primijetiti i kod stava vezanog uz osjećaja umora i tromosti gdje se slaže 24 ispitanika u akutnoj fazi te samo 7 u fazi remisije. 24 ispitanika u akutnoj fazi te 23 ispitanika u fazi remisije se osjeća normalnije uz lijekove. Lijekovi čine opuštenijima 21 ispitanika u akutnoj fazi i 22 ispitanika u fazi remisije. Misli su bistrije ukupno 19

ispitanika u akutnoj fazi i 18 ispitanika u fazi remisije dok uzimaju lijekove. Dalje, bolji stav prema kontrolom lijekova za um i tijelo imaju ispitanici u fazi remisije.

Slijedom navedenog, može se uvidjeti kako pozitivnije stavove imaju ispitanici koji se nalaze u fazi remisije, starije dobi te neovisno o spolu.

Ovo istraživanje se može sagledati kao baza za daljnja istraživanja jer ostavlja prostor za nova istraživanja vezana uz temu stavova i razlike između pacijenata koji se nalaze u akutnoj fazi i onih u fazi remisije. Preporučuje se nadopuna pitanja s negativnijim aspektima vezanima uz terapiju te daljnja usporedba ovisno o drugim faktorima poput broja hospitalizacija.

Ograničenje rada je metoda prikupljanja podataka, kojom su obuhvaćeni samo dostupni ispitanici na terenu. Također, ograničenje su i podaci o ispitanicima gdje su unosili ime i prezime te potpis kao potvrdu o slaganju sa istraživanjem čime postoji mogućnost da odgovori u upitniku nisu iskreni.

6. ZAKLJUČCI

Istraživanje je obuhvatilo ukupno 60 punoljetnih ispitanika prigodnog uzorka te se provodilo od ožujka do srpnja 2023. godine. Od ukupnog broja, njih 30 se nalazi u fazi remisije te 30 u akutnoj fazi. Dobivenim podacima potvrđeno je pozitivniji stav prema terapiji ispitanika u fazi stabilne remisije od onih koji se nalaze u akutnoj fazi.

H₁ – Potvrđena je hipoteza da pacijenti u fazi remisije imaju pozitivnije stavove prema lijekovima.

H₂ – Potvrđena je hipoteza da su pacijenti u fazi remisije stariji od pacijenata u akutnoj fazi. Razlike u dobi prikazane su srednjom vrijednošću što potvrđuje kako su pacijenti u remisiji od ukupnih ispitanika stariji od pacijenata u akutnoj fazi.

Iz dobivenih podataka možemo zaključiti da stariji pacijenti imaju pozitivnije stavove o uzimanju lijekova i terapiji što se slaže i sa drugim studijama. U istraživanju je sudjelovao jednak broj muškaraca i žena koji se nalaze u obje faze.

Ukratko, ovo istraživanje naglašava važnost prepoznavanja različitih stavova pojedinaca koji boluju od shizofrenije, kako tijekom akutne faze bolesti tako i u razdobljima stabilne remisije.

7. LITERATURA

1. Morel BA. A du texte. Traité des maladies mentales / par le docteur B.-A. Morel, (1809-1873) [Internet]. Gallica; 1860. [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]. Dostupno na: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76604w.image>
2. Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia. United States: Franklin Classics; 2018.
3. Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias: A Centenary Appreciation and Reconsideration. [Internet]. Schizophrenia Bulletin; 2011 May [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 37(3):471-9. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbr016>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. [Internet]. American Psychiatric Association Publishing: Washington DC; 2013 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; DSM-5, 5th ed. Dostupno na: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
5. Kahn R. S., Sommer I. E., Murray R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger D. R., Cannon T. D., ... i van Os J. Schizophrenia. [Internet]. Nature Reviews Disease Primers; 2015. [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]. Dostupno na: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67> PMID: 27189524
6. Insel T.R. Rethinking Schizophrenia. [Internet]. Nature; 2010 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 468:187-193. Dostupno na: <https://www.nature.com/articles/nature09552>
7. Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness.[Internet]. Oxford: Oxford University Press. Scientific Research Publishing; 2006. [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]. Dostupno na: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1270961](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1270961)
8. Who.int [Internet]. Geneva: Schizophrenia; 2019 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.] Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
9. Kirkbride, J. B., Jones, P. B., Ullrich, S., & Coid, J. W. Social Deprivation, Inequality, and the Neighborhood-Level Incidence of Psychotic Syndromes in

- East London [Internet] Schizophrenia Bulletin; 2014 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 40(1):169–180. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs151>
10. Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia [Internet]. *Curr Opin Psychiatry*; 2007 Mar [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 20(2):111-5. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs151> PMID: 17278906
 11. Compton M, Ramsay C, Shim R, Goulding S, Gordon T, Weiss P, et al. Health Services Determinants of the Duration of Untreated Psychosis Among African-American First-Episode Patients [Internet]. *Psychiatric Services*. 2009 Nov [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 1;60(11). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5854470/> PMID: 19880467
 12. Fearon P., Kirkbride J.B., Morgan C., Dazzan P., Morgan K., Lloyd T.,... Murray R.M. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study [Internet]. *Psychological Medicine*; 2006 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 36(11):1541. Dostupno na: <https://doi.org/10.1017/s0033291706008774> PMID: 16938150
 13. Bresnahan M., Begg M.D., Brown A., Schaefer C., Sohler N., Insel B., ... Susser E. Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: another example of health disparity? [Internet]. *International Journal of Epidemiology*; 2007 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 36(4):751–758. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/ije/dym041> PMID: 17440031
 14. Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. [Internet]. *American Journal of Psychiatry*; 2005 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 162(1):12–24. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12> PMID: 15625195
 15. Hzzj.hr [Internet]. Registar za psihoze Hrvatske; 2016 [Pristupljeno: 07. srpnja 2023.] Dostupno na: <https://www.hzzj.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/registar-za-psihoze-hrvatske/>
 16. Cybermed.hr [Internet]. Epidemiologija shizofrenije; 2019 [Pristupljeno: 07. srpnja 2023.] Dostupno na: https://www.cybermed.hr/centri_a_z/shizofrenija/epidemiologija_shizofrenije
 17. Mirsky A.F., Duncan C.C. Etiology and Expression of Schizophrenia: Neurobiological and Psychosocial Factors. [Internet]. *Annual Review of*

- Psychology; 1986 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 37(1):291–319. Dostupno na: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.37.020186.001451> PMID: 3485954
18. Kaplan HI, Sadock BJ. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1998.
 19. Tandon R., Keshavan M., & Nasrallah H. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. [Internet]. Schizophrenia Research; 2008 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 102(1-3):1–18. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011> PMID: 18514488
 20. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Školska knjiga; 1994.
 21. Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. Schizophrenia as a Complex Trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. [Internet]. Archives of General Psychiatry; 2003 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 60(12):1187-92. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.12.1187> PMID: 14662550
 22. Pardiñas A. F., Holmans P., Pocklington A. J., Escott-Price V., Ripke S., Carrera N., ... i Walters J. T. R. Common schizophrenia alleles are enriched in mutation-intolerant genes and in regions under strong background selection. [Internet]. Nature Genetics; 2018 Mar [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.]; 50(3):381–389. Dostupno na: <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0059-2> PMID: 29483656
 23. Owen M.J., Sawa A., & Mortensen P.B. Schizophrenia. [Internet]. The Lancet, 2016 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.]; 388(10039):86–97. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01121-6) PMID: 26777917
 24. Jakovljević M. Suvremena farmakoterapija shizofrenije: Od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb: Medicinska naklada; 2001.
 25. Henderson V. [prevoditeljice Fajdetić, M. i Rogić, M.] Osnovna načela zdravstvene njege. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju: Zagreb; 1994.
 26. Jakovljević M. Shizofrenija: U teoriji i praksi. Knjiga 1: Ontologija i klinička fenomenologija, Etiopatogeneza i klinička slika. Zagreb: Pro Mente d.o.o; 2011.
 27. Freeman D. Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. [Internet]. Clinical Psychology Review; 2007 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.]; 27(4):425–457. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004> PMID: 17258852

28. Bovet P. & Parnas J. Schizophrenic Delusions: A Phenomenological Approach. [Internet]. Schizophrenia Bulletin; 1993 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.]; 19(3):579–597. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/19.3.579> PMID: 8235460
29. Hollander M.H. Erotomania or de Clérambault Syndrome. [Internet]. Archives of General Psychiatry; 1975 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.]; 32(12):1574. Dostupno na: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760300112010> PMID: 1200776
30. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
31. Sampford J.R, Sampson S., Li B.G, Zhao S., Xia J., Furtado V.A. Usporedba učinkovitosti starijih antipsihotika (flufenazin) s novijim antipsihoticima za liječenje shizofrenije. [Internet]. Cochrane Evidence Synthesis and Methods; 2016 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.] Dostupno na: https://www.cochrane.org/hr/CD010832/SCHIZ_ustoredba-ucinkovitosti-starijih-antipsihotika-flufenazin-s-novijim-antipsihoticima-za-lijecenje
32. Hauser T. U., Allen M., Purg N., Moutoussis M., Rees G., & Dolan R. J. Noradrenaline blockade specifically enhances metacognitive performance. [Internet]. Elife; 2017 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.] Dostupno na: <https://doi.org/10.7554/elife.24901>
33. Kaufmann C., Agalawatta N., & Malhi G. S. Catatonia: Stereotypies, mannerisms and perseverations. [Internet]. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2018 [Pristupljeno: 09. srpnja 2023.]; 52(4):391–393. Dostupno na: <https://doi.org/10.1177/0004867418765669> PMID: 29569489
34. Cohen A.S., McGovern J.E., Dinzeo T.J., & Covington M.A. Speech deficits in serious mental illness: A cognitive resource issue? [Internet]. Schizophrenia Research; 2014 [Pristupljeno: 04. srpnja 2023.]; 160(1-3):173–179. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.032> PMID: 25464920
35. Millan M.J., Fone K., Steckler T., & Horan W.P. Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. [Internet]. European Neuropsychopharmacology; 2014 [Pristupljeno: 04. srpnja 2023.]; 24(5), 645–692. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008> PMID: 24820238

36. Cornblatt B. A., & Keilp J. G. Impaired Attention, Genetics, and the Pathophysiology of Schizophrenia. [Internet]. Schizophrenia Bulletin; 1994 [Pristupljeno: 04. srpnja 2023.]; 20(1):31–46. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/20.1.31> PMID: 8197420
37. Andreasen N.C., & Grove W.M. Thought, Language, and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis. [Internet]. Schizophrenia Bulletin; 1986 [Pristupljeno: 04. srpnja 2023.]; 12(3):348–359. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/12.3.348> PMID: 3764356
38. Pallanti S., Quercioli L., & Hollander E. Social Anxiety in Outpatients With Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. [Internet]. American Journal of Psychiatry; 2004 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 161(1):53–58. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.53>
39. Penn D. L., Sanna L. J., & Roberts D. L. Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. [Internet]. Schizophrenia Bulletin; 2008 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 34(3):408–411. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn014> PMID: 18375928
40. Malmberg A., Lewis G., David A., & Allebeck P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. [Internet]. British Journal of Psychiatry; 1998 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 172(04):308–313. Dostupno na: <https://doi.org/10.1192/bjp.172.4.308> PMID: 9715332
41. Schennach R., Riedel M., Obermeier M., Spellmann I., Musil, R. Jäger, M., ... Möller H.-J. What are residual symptoms in schizophrenia spectrum disorder? Clinical description and 1-year persistence within a naturalistic trial. [Internet]. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2014 [Pristupljeno: 07. srpnja 2023.]; 265(2):107–116. Dostupno na: <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0528-2> PMID: 25261210
42. Emsley R., Chiliza B., & Asmal L. The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia. [Internet]. Schizophrenia Research; 2013 [Pristupljeno: 07. srpnja 2023.]; 148(1-3):117–121. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.016> PMID: 23756298

43. Varda R. i Srkalović Imširagić A. Atipični antipsihotici u kliničkoj praksi. [Internet]. Medicus; 2008 [Pristupljeno: 07. srpnja 2023.]; 17:107-112. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/40830>
44. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija MKB-10. [Internet]. Medicinska naklada Zagreb; 2008. [Pristupljeno: 16. srpnja 2023.] Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44081/9789241547666_hrv.pdf
45. Hotujac Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. 53-296 str.
46. Karson C. N., Dykman R. A. i Paige S. R. Blink rate sin schizophrenia. [Internet]. Schizophrenia Bulletin; 1990 [Pristupljeno: 16. srpnja 2023.]; 16(2):345–354. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/16.2.345> PMID: 2197717
47. Maslov B, Jakovljević M, Crnčević Z, Ostojić L, Marčinko D, Babić D, et al. Metabolic syndrome and schizophrenia from integrative medicine perspective. [Internet]. Psychiatr Danub; 2008 [Pristupljeno: 16. srpnja 2023.]; 20:384-9. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18827767/> PMID: 18827767
48. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
49. Kasew T., Demilew D., Birhanu A., Wonde M., Liyew B., and Shumet S. Attitudes towards antipsychotics in patients diagnosed with schizophrenia: a cross-sectional study at Amanuel Mental Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. [Internet]. Schizophrenia Research and Treatment; 2019 [Pristupljeno: 16. srpnja 2023.]; 1–9. Dostupno na: <https://doi.org/10.1155/2019/5094017> PMID: 31263597
50. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju: Hrvatsko udruženje medicinskih sestara; 1996.
51. Štrkalj-Ivezić S. i Martić-Biočina S. Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. [Internet]. Medicina Fluminensis; 2010 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 46(3):318-324. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/59258>
52. Ružić K., Medved P., Dadić-Hero E., Tomljanović D. Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. [Internet]. Medicina; 2009 [Pristupljeno: 12. srpnja 2023.]; 45(4):338-343. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/45853>
53. Marshall M. & Rathbone J. Early intervention for psychosis. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2011 [Pristupljeno: 12. srpnja 2023.];15(6).

Dostupno na: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004718.pub3>
PMID: 21678345

54. Carpenito-Moyet L. Nursing Diagnosis. 13 edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
55. Carpinello B, Pinna F, Tusconi M, Zaccheddu E, Fatteri F. Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients: Preliminary Results of a Prospective Cohort Study. [Internet]. Schizophrenia Research and Treatment; 2012 [Pristupljeno: 12. srpnja 2023.]; 2012:1–8. Dostupno na: <https://doi.org/10.1155/2012/576369> PMID: 22966440.
56. Blom J.D. Auditory hallucinations. [Internet]. Handbook of Clinical Neurology; 2015 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 433–455. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-62630-1.00024-x> PMID: 25726283
57. Riecher-Rössler A, McGorry P. Early Detection and Intervention in Psychosis. [Internet]. Krager; 2016 [Pristupljeno: 11. srpnja 2023.]; 179-189. Dostupno na: <https://doi.org/10.1159/000440924>

8. ŽIVOTOPIS

Viktoria Bartulović, studentica preddiplomskog studija sestrinstva pri Sveučilištu u Splitu, Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija.

Datum i mjesto rođenja: 14.09.1996.

Zaposlenje: Klinički bolnički centar Split

Obrazovanje:

2003.-2011. – Osnovna škola Dr. fra Karlo Balić, Šestanovac

2011.– 2016. – Srednja zdravstvena škola Split

2020.-2023. – Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Radni staž:

2016. (kolovoz) – 2017 (svibanj) – Ustanova za zdravstvenu njegu „Vita“

2017 (svibanj) do danas – Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju

Govorim i pišem aktivno engleski jezik.