



УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“ ШТИП

ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ

**ПРЕВАЛЕНЦА И СОЦИОДЕМОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА БОЛНИ
СО ШИЗОФРЕНИЈА ВО ЈЗУ ПСИХИЈАТРИСКА БОЛНИЦА „СКОПЈЕ“ СКОПЈЕ
ОД 2019 ДО 2022 ГОДИНА
- СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД -**

Ментор:

проф. д-р Ленче Милошева

Кандидат:

Сузана Шабани

Број на индекс: 211393

Штип, 2023 година

Комисија за оценка и одбрана:

Ментор: проф. д-р Ленче Милошева
Факултет за медицински науки,
Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип

Претседател:

Член:

Научно поле: ментално здравје

Датум на одбрана:

Благодарност

Искажувам огромна благодарност до мојата менторка, проф. д-р Ленче Милошева, за нејзината соработка, помош и поддршка во текот на изработката на овој специјалистички труд. Благодарна сум за професионалноста, довербата, трпението, комуникацијата и волјата искажана во сите фази на оваа студија.

Упатувам благодарност до сите вработени што овозможија да се обезбедат вредни информации што служат за статистичка обработка, анализа и донесување заклучоци за пациентите со шизофренија.

Бескрајна благодарност и до моето семејство на кое му е посветена целата студија, за поддршката, мотивацијата, помошта и охрабрувањето.

Рецензирани и објавени трудови, произлезени од истражувањето:

1. Шабани, С. Милошева, Л. (2023). ПРЕВАЛЕНЦА И СОЦИОДЕМОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА БОЛНИ СО ШИЗОФРЕНИЈА ВО ЈЗУ ПСИХИЈАТРИСКА БОЛНИЦА „СКОПЈЕ“ СКОПЈЕ ОД 2019 ДО 2022 ГОДИНА

Number of items: 3.

Memedi, Imran and Miloseva, Lence (2021) [*The impact of cognitive functioning on the quality of life in patients with schizophrenia*](#). Medical Journal Medicus, 26 (1). pp. 46-52. ISSN 1409-6366 UDC 61.

Социодемографски карактеристики на болни со депресивни растројства во ГОБ “8-ми Септември”- Скопје од 2014-2016 година. Медикус, Штип.

КРАТОК ИЗВАДОК

Шизофренијата е хронично психотично ментално растројство, кое претставува клинички синдром составен од психички симптоми и промени во однесувањето. Во хетерогената клиничка слика на болеста се среќаваат: перцепции во вид на халуцинаторни доживувања, суманути мисли и верувања, нарушување на текот на мислите што се манифестира низ нарушувањата на говорот, редуцирање на емотивните доживувања и чувството на задоволство, различни когнитивни тешкотии што се поврзани со меморијата и извршните функции, впечатливото однесување што се заснова врз психотичното искуство и тешкотии во самоконтролата и секојдневното функционирање. Наодите од светските истражувања и литература укажуваат на поврзаноста на социодемографските карактеристики и шизофреното растројство. Истовремено, наодите од речиси сите епидемиолошки студии што се спроведени кај општа популација укажуваат на важноста и поврзаноста на полот, возраста и брачниот статус со шизофренијата. Земајќи ја предвид актуелноста на дадената тематика, основен предмет на истражување на овој труд е анализа на влијанието на социодемографските карактеристики врз појавата на шизофренијата кај пациентот. Беа користени податоци од електронскиот систем за пациенти со шизофренија што се лекувани во ЈЗУ Психијатриската болница „Скопје“ Скопје, во периодот од јануари 2019 година до декември 2022 година, што боледуваат од шизофренија според дијагностичките критериуми на Меѓународната класификација на болестите – МКБ 10.

Во тие рамки, целта на емпириското квантитативно истражување спроведено подолу се фокусира на пронаоѓање и издвојување на ефективни методи и пристапи за преваленција на даденото растројство, врз основа на добиените резултати во рамките на значајноста на социодемографските специфичности на личноста.

Добиените резултати покажуваат дека најголемиот број испитаници во акутната фаза се на возраст меѓу 29 до 39 години, додека во хроничната група се на возраст над 40 години, каде што најзастапени се мажите со основно и средно образование, во брачна заедница и самци. Според местото на живеење, најзастапени се жителите на Скопје, како и невработените лица.

Затоа можеме да заклучиме дека со адекватна психијатриска и психолошка помош, во вид на советување и психотераписка работа, може да им се помогне на заболените полесно да ја прифатат и да ја надминат болеста.

Клучни зборови: шизофрено растројство, пациенти, преваленција, социодемографски карактеристики, превенција.

ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic psychotic mental disorder that represents a clinical syndrome consisting of mental symptoms and behavioral changes. The heterogeneous clinical picture of the disease includes: perceptions in the form of hallucinatory experiences, confused thoughts and beliefs, disruption of the flow of thoughts manifested through speech disorders, reduction of emotional experiences and the feeling of pleasure, various cognitive difficulties that are associated with memory and executive functions, striking behavior underlying the psychotic experience, and difficulties in self-control and daily functioning. Findings from worldwide research and literature indicate the association of sociodemographic characteristics and schizophrenic disorder, while almost all epidemiological studies that have been conducted on the general population, the findings indicate the importance and association of gender, age and marital status with schizophrenia.

Taking into account the topicality of the given topic, the basic research object of this paper is the analysis of the influence of sociodemographic characteristics on the occurrence of schizophrenia in the patient. The data from the electronic system were used for patients with schizophrenia who were treated at the PHI Psychiatric Hospital, Skopje, Skopje in the period January 2019 to December 2022, who suffer from schizophrenia according to the diagnostic criteria of the International Classification of Diseases - ICD 10.

Within those frameworks, the objective of the empirical quantitative research conducted below focuses on finding and distinguishing the effective methods and approaches for the prevalence of the given disorder, based on the results obtained within the significance of the sociodemographic specificities of the person.

The obtained results show that the largest number of respondents in the acute phase are between 29 and 39 years old, while in the chronic group they are over 40 years old, where the most common are men with primary and secondary education, married and single. According to the place of residence, the most represented are the residents of Skopje as well as unemployed persons.

Therefore, we can conclude that with adequate psychiatric and psychological help, in the form of counseling and psychotherapy, it is possible to help sufferers to accept and overcome the disease more easily.

Keywords: Schizophrenic disorder, patients, prevalence, socio-demographic characteristics, prevention.

СОДРЖИНА

1. Вовед-----
2. Клинички карактеристики на шизофренијата-----
 - 2.1. Историски развиток и дефинирање на поимот шизофренија-----
 - 2.2. Епидемиологија на шизофренијата-----
 - 2.3. Етиопатогенеза на шизофренијата-----
 - 2.4. Клиничка слика на шизофренијата-----
 - 2.5. Клинички видови шизофренијата-----
 - 2.6. Дијагноза на шизофренијата-----
 - 2.7. Фази на болеста-----
 - 2.8. Третман на шизофренијата-----
 - 2.9. Улогата на медицинската сестра при третман на пациентите со шизофренија-----
3. Предмет и цел на истражувањето-----
4. Методологија на истражувањето-----
5. Резултати-----
6. Дискусија-----
7. Заклучок-----
8. Користена литература-----

1. ВОВЕД

Шизофренијата претставува ментално заболување што се јавува кај околу 1 % од популацијата. Болеста обично започнува во периодот на адолесценцијата или во младиот возрасен период, со еднаква застапеност меѓу двата пола. Со терминот шизофренија се опфаќа хетерогена група на различни клинички видови на болеста. Сепак, во поголем број случаи шизофренијата претставува хронично заболување со рекурентен тек, кое се карактеризира со промена на акутната епизода и делумна или комплетна ремисија (Росса & Zappin, 2014). Продромалниот стадиум, кој може да трае со месеци, но и со години, обично е присутен пред појавата на акутната епизода на болеста. Секоја нова епизода на болеста придонесува за појава на натамошно влошување на состојбата на пациентот, сè до доцните стадиуми на болеста што се карактеризираат со доминирање на негативните и когнитивните симптоми (Racenstein, Harrow & Reed, 2002).

Епидемиолошките истражувања покажуваат дека преваленцијата на шизофренијата е еднаква во сите делови од светот. Во урбаните средини честотата на појава на шизофренијата е поголема меѓу припадниците на пониската социоекономска класа. Се среќава кај сите лица од сите општествени слоеви, образование и во различни култури во светот (Priebe, 2007).

Карактеристичните симптоми на шизофренијата се растројства на перцепцијата, од кои најчести се аудитивните халуцинации и нарушен мисловен тек, делузивни (нереални) идеи или делузии, верувања што не се можни во реалноста (Cannon, Medrick & Parmas, 2009 Junginger, Parks-Levy & McGuire, 2008). Симптомите предизвикуваат тешкотии во процена на реалноста и несоодветно однесување што произлегува од самата болест. Кај голем број од пациентите со шизофренија е присутно верување дека постои заговор против нив, дека ги следат, ги прогонуваат, дека имаат некакви посебни способности, дека со нив се вршат експерименти и слично. Кај шизофрениите пациенти може да се појави нелогичен говор, редуцирање на мотивираноста и изолираност, што доведува до социјално повлекување и неактивност (Andreasen, 2002; Racenstein & Harrow, 2014). Болеста најчесто се јавува во епизоди, кога доминираат акутните симптоми како халуцинациите, делузиите и нелогичните верувања, а по епизодата може да следува целосно заздравување или болеста да заземе хроничен тек (Hunter & Barry, 2012). Карактеристично е дека дисфункционалноста на социјален и професионален план може да продолжи и во периодот на ремисија, па

шизофрениот пациент е емоционално дистанциран, послабо интегриран во општеството, често невработен или вработен на работно место со понизок статус во однос на степенот на едукација (Moller, 2007).

И покрај силниот прогрес во психофармакологијата, се проценува дека околу 20 - 30 % од пациентите добро реагираат на лековите и продолжуваат да живеат како пред појавата на болеста, кај околу 20 - 30 % се среќаваат изразени симптоми на шизофренијата, додека кај околу 40 - 60 % од пациентите имаат намален квалитет на животот и намалено психосоцијално функционирање (Rabinowitz & Levine, 2009).

2. КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА ШИЗОФРЕНИЈАТА (CLINICAL CHARACTERISTIC OF SCHIZOPHRENIA)

Шизофренијата е хронично психотично ментално растројство, кое претставува клинички синдром составен од психички симптоми и промени во однесувањето. Во хетерогената клиничка слика на болеста се среќаваат: перцепции во вид на халуцинаторни доживувања, суманути мисли и верувања, нарушување на текот на мислите што се манифестира низ нарушувањата на говорот, редуцирање на емотивните доживувања и чувството на задоволство, различни когнитивни тешкотии што се поврзани со меморијата и извршните функции, впечатливото однесување што се заснова врз психотичното искуство и тешкотии во самоконтролата и секојдневното функционирање (Bora, Alkede & Alptekin, 2017; Soyka, 2011).

Иако денес кон шизофренијата приоѓаме како кон единствен ентитет, таа се состои од низа хетерогени, сè уште недоволно познати нарушувања. Во прилог на наведеното се податоците поврзани со индивидуалната презентација на болеста, одговорот на терапијата, текот на болеста, како и способноста на личноста за социјално функционирање (Meehan et al, 2017).

2.1. Историски развој и дефинирање на поимот шизофренија (Historical development and definition of the concept of schizophrenia)

Во најстаро време човекот сите болести, па и „душевните“, како и нивните феномени ги поврзувал со дејството на натприродните сили и одредени невидливи причинители. Затоа сите

душевни заболувања со своето драматично јавување и феномени многу добро се вклопиле во демонистичкото јавување.

Емпирииската фаза на пристапот на душевните заболувања и нивните феномени датира од Античка Грција. Хипократ во 5 век пр. н. е. го дал мислењето дека душевните заболувања се заболувања на мозокот и дека шизофрениот човек е, всушност, болен човек (Puri & Treasaden, 2010). Периодот на средниот век и доминацијата на црквата, на психијатријата ѝ го враќа демонистичкиот и мазохистичкиот пристап, па шизофрениите феномени се препишуваат на магиско-мистичните сили.

Новата ера во психијатријата започнува со хуманата реформа при крајот на 18 век, со појавата на Пинел (Pinel) и Есквирол (Esquirol). Болните што покажувале шизофрени растројства дотогаш најчесто биле класифицирани во групите на тогаш познатите дијагнози: деменција, аменција и друго. Емил Крепелин (Emil Kraepelin) во 1896 година шизофренијата ја нарекол „деменција праекок“, со што ги поставил основите на психотичните растројства со нивните базични карактеристики и разликите во диференцираност меѓу „деменција праекок“ и „манична депресија“, како две различни психози (Puri & Treasaden, 2010). Во 1911 година Еуген Блојлер (Eugen Bleuler) го воведува нозолошкиот ентитет „шизофренија“, поткрепен со амбивалентноста, асоцијациите, афектот и аутизмот (4A-‘four As’). Германскиот психијатар Курт Шнајдер (Kurt Schneider), врз основа на дотогашните истражувања и сознанија за шизофренијата, го поставува концептот на фундаменталните симптоми од прв и втор ред при концептуализирањето на нозолошката единица шизофренија, кој понатаму ќе има влијание врз основата и развојот на психијатриската класификација на болестите и врз критериумите на класификација на болестите, т.е. на DSM и МКБ системите (Kendler & Mishara, 2019).

Името шизофренија доаѓа од грчките зборови „schizis“ (расцеп) и „phrenos“ (душа), со што се изразува основната феноменологија и исходот на болеста, односно расцепот или дисоцијацијата меѓу одделните психички функции, а пред сè, меѓу мислењето и афектот. Мислењето кај шизофрениите пациенти не е проследено со соодветен афект. Вакво нарушување не среќаваме кај другите психијатриски заболувања. Шизофренијата спаѓа во групата ендогени психози, кои се развиваат со сложената интеракција за предиспозиција на ова заболување и многубројните неадекватни функции на надворешната средина. Со ова име е наречена целата група синдроми на психички нарушувања што не припаѓаат на една нозолошка единица, но кои имаат низа заеднички карактеристики.

2.2. Епидемиологија на шизофренијата (Epidemiology of schizophrenia)

Шизофренијата претставува болест што е универзална во просторот и времето. Нема цивилизација и општество, народ и социјална класа во кои болеста не се појавила. Стапката на преваленција на шизофренијата изнесува од 0,6 до 17 % на 1 000 луѓе. Имајќи предвид дека шизофренијата обично се јавува во периодот по 16-тата година, одредени истражувачи стапката на појавување ја пресметуваат по овој возрасен период, а не вкупната популација (Albert et al., 2011). Ризикот од заболување од шизофренија варира од 0,3 % до 3,7 %, зависно од дефиницијата и дијагностичките критериуми. Просечниот животен ризик за шизофренија кај општата популација изнесува околу 1 % (Mimica & Folnegovič-Šmalc, 2006), додека инциденцијата просечно изнесува околу 15 на 100 000 луѓе (McGrath et al., 2008). Самото нарушување најчесто се манифестира на возраста меѓу 20-тата и 34-тата година, па овој период е поврзан со голем ризик за нејзино појавување (Adebiyi et al., 2018). Притоа, кај 25 % од пациентите се јавува од периодот на пубертетот до 30-тата година од животот (Arbanas, 2008), кај 25 % меѓу 30-тата и 40-тата година, кај 16 - 18 % над 40-тата година, а само кај 2 - 3 % пред 15-тата година од животот (Нотцјас, 2006). Ако психозата се појави околу или по педесеттите години од животот на личноста, се смета дека самото растројство е предизвикано со злоупотреба на алкохол, дрога, лекови (Williams & Farrell, 2004). Затоа велиме дека крајот на адолесценцијата и почетокот на зрелоста, критичните години за социјален и професионален развој на човекот е најризичен период за појава на шизофренија. Кај околу 40 % (кај мажите) и 23 % (кај жените) од случаите, шизофренијата се јавува пред 19-тата година. Еднакво заболуваат и мажите и жените (1,4:1) (McGrath, 2007), при што кај мажите болеста се манифестира порано отколку кај личноста од женски пол (Walkered et al., 2017). Почесто се среќава во адолесцентниот период, па сè до зрелата возраст, т.е. од 16- до 35-годишна возраст, каде што веќе имаме нагло зголемување на зачестеноста, и тоа процентуално околу 50 % на 25-годишна возраст, а по 40-годишна возраст поретко (Messias, Chen & Eaton, 2007). Исто така, почесто се јавува во урбаните отколку во руралните средини, додека животниот век кај индивидуите што страдаат од шизофренија се намалува за околу дваесет до триесет години во споредба со општата популација (Hjorthøj et al., 2017), како и во средините со понизок социоекономски статус (Brown & Monk, 2002; Curley et al., 2016). Симптомите на шизофренија зависат од

културната средина: така кататоната шизофренија е широко констатирана кај африканските култури, додека зачестена е параноидната форма во индустријализираниот свет.

2.3. Етиопатогенеза на шизофренијата (Etiopathogenesis of schizophrenia)

И покрај многубројните истражувања од органско, психодинамско и социодинамско гледиште, како и големиот број хипотези што произлегуваат од овие истражувања, етиологијата и патогенезата на шизофренијата не е доволно јасна. Може со сигурност да се тврди дека во прашање е мултифакторска етиологија и дека шизофренијата се развива по пат на сложена интеракција меѓу наследните предиспозиции и низата неповолни фактори од биолошка, социолошка и психолошка природа (DeLisi et al., 2006).

- **Биолошки фактори**

Биолошките фактори што може да имаат значење за настанувањето на шизофренијата најчесто се:

1. Генетската предиспозиција

Досега не е откриен ни еден ген што може со сигурност да биде поврзан со развојот на болеста, туку, напротив, генетските истражувања го потврдиле спротивното, дека неповолните фактори на околината се од огромно значење и мора да бидат присутни за да дојде до појава на болеста. Кај општата популација ризикот од заболување од шизофренија изнесува 1 : 100, односно колку е поблиска сродноста со заболениот, толку ризикот е поголем (Dudbridge, 2013). Така, на пример, ризикот од заболување за некој што има дедо или баба заболени од шизофренија ќе изнесува 3 %, ако е болен еден родител 10 %, а кога и двајцата родители се болни, ризикот расте до 40 %. Најчесто се претпоставува дека два модела на наследување се присутни: модел на поединечен значаен локус (место) и мултифакторски модел (Henriksen et al., 2017). Овие модели претставуваат генетски екстреми од моногенетско до полигенетско наследување.

- Модел на поединечниот значаен локус подразбира зголемена зачестеност на патогениот алел кај општата популација, потоа можност лицето со еден патоген алел на „шизофрениот локус“ и со друг нормален алел (хетерозигот) да развие

заболување, како и можност лицето со два патогени алела на овој локус (хомозигот) со сигурност да развие шизофрено заболување.

- Мултифакторијалниот модел е претставен со спротивен екстрем. Тука генетската вулнерабилност подразбира можност за акција на голем број независни гени, ниеден генетски фактор нема преминација, но секој игра одредена улога при зголемување на ризикот од шизофренијата. Ова е еден вид полигено наследување што е анологен модел на наследувањето на шизофренијата (Ross et al., 2006).

2. Структурни и функционални промени во мозокот

Со обдукција на шизофрените пациенти се најдени различни промени во структурата, невротрансмитерите и функцијата на мозокот.

Невроразвојната хипотеза се однесува на поврзаноста на шизофренијата со раните пренатални или перинатални оштетувања што претставуваат предиспозиција за појава на шизофренија подоцна во животот. Истражувањата потврдуваат дека компликациите во бременоста доведуваат до оштетување на пролиферацијата, миграцијата и пропаѓање на неврните, процеси што се потребни за адекватен развој на централниот нервен систем или во адолесценцијата доаѓа до нарушување во процесите на формирање синапси (Anderson et al., 2015).

Невролошките имиџинг-техники на испитување на мозокот кај болен од шизофренија покажуваат намалување на мозочниот волумен, особено од темпоралниот кортекс, амигдалоидните делови и хипокампусот, како и зголемување на латералните комори, со што донекаде се објаснува дефицитот на когнитивните функции и присуството на негативните симптоми. Хипофункцијата на фронталниот резен е одговорна за негативните симптоми на шизофренија, додека дисфункцијата на темпоралниот резен се поврзува со халуцинациите и делузиите (Wible, Anderson & Shenton. 2011). Истовремено се присутни во подрачјата одговорни за помнење и внимание (хипокампус, предниот дел на цингулум - cingulum); емоциите и социјалните врски (амигдалус) и во префронталниот кортекс, кората на мозокот и во подрачјето на фронталниот резен што е одговорен за привремено складирање на информациите и вршењето на различните задачи, како и за емоционалната експресија (Lee et al., 2015).

3. Значењето на невротрансмитерите кај шизофренијата

Невротрансмитерските теории на шизофренија, особено допаминските, се едни од најчесто застапените, бидејќи растројствата во количината на невротрансмитерите, без разлика дали се зголемени или намалени, го нарушува складното функционирање на мозокот и доведува до симптоми на болеста. Допаминската теорија на шизофренија е поврзана со зголемување на допаминот во мезолимбичкиот систем и јавувањето на позитивните симптоми на шизофренијата, додека намалувањето на допаминот во префронталниот кортекс се поврзува со негативните и когнитивните симптоми на шизофренијата, кои го вклучуваат и проблемот со вниманието, помнењето и обработката на информациите (Vorod, 2000).

4. Биохемиска (метаболична) хипотеза

Невробиохемиските концепции се многубројни и врз нив се заснова фармакотерапијата на болеста. Многубројните теории ја поддржуваат тезата за оштетување на невдохуморалната трансмисија во мозокот на шизофрениите пациенти, пред сè, во лимбичкиот систем, кој е одговорен за емоциите и виталната енергија (De Jonge et al., 2017).

Исто така, тука се и хипотезите дека одредени метаболични растројства се причина за појавата на болеста. Се смета дека шизофренијата е предизвикана од внатрешната интоксикација на одредени метаболити или, пак, таа само е алергиска реакција на одредени ендогени токсини што би биле погрешен продукт на некој метаболичен процес. Нарушувањето на метаболизмот на катехоламините е во интерес кога станува збор за етиологијата на шизофренијата. Се претпоставува дека генетски предиспонираната личност го конвертира триптофанот во диметилтриптофан, кој е познат како халуциноген. Други теории зборуваат за трансметилација на адреналинот или норадреналинот во адренохормон и адренолутин.

5. Психолошки фактори

Според повеќето автори, психолошкиот развој на личноста е еден од поважните фактори што можат да ја провоцираат појавата на шизофренијата. Психолошките трауми во текот на животот доведуваат до неуспешна организација на личноста и влијаат врз нејзиниот развој и нејзината динамичка поврзаност. Меѓу психолошките концепции,

најактуелни се оние што ги набљудуваат растројствата низ сложениот психодинамички развоток, преку дефицит во довербата и сигурноста, влијанието на семејната средина и структурата на семејните односи. На ова се надоврзува тезата дека шизофренијата претставува краен исход на погрешно прогресивно приспособување на единката во средината во која живее, чие погрешно приспособување се одвива во текот на детството и адолесценцијата. Затоа, сите тие фактори можеме да ги групираме во неколку групи (Саqueo-Urizar et al., 2017):

- Дефицит на психичките функции – кога болните комуницираат со неадекватни и бизарни одговори што не се во согласност со стимулот и неговата содржина. За да се одбранат од внатрешната несигурност и анксиозност што се предизвикани од многу ирелевантни содржини, болниот одговара неадекватно на надворешните стимулси или се повлекува во својот внатрешен свет со своите психотични имагинации и доживувања.
- Психодинамички концепции – кај шизофренијата егото целосно се повлекува од надворешниот свет и настојува на еден сосема друг начин да воспостави објектни односи со реалноста.
- Дефицит на доверба и сигурност – кои се јавуваат уште во најраното детство, кога доаѓа до забавување или стопирање на нормалниот психодинамички развоток. Тука спаѓа депривацијата од страна на мајката или неадекватното мајчинство во текот на оралниот стадиум на развоток, при што кај шизофренијата е оштетен тестот на реалноста и способноста на логичното мислење. Станува збор за губење на способностите за објективните односи, што води кон губење на врската со реалноста и дезинтеграција на егото, со чувство на доверба и сигурност.
- Патогено семејство – проучувањето на социјално-психолошкиот проблем кај заболениите од шизофренија не може да се замисли без подлабоко и посестрано согледување на семејните услови и влијанија на кои се изложени тие. Семејството претставува таква општествена заедница во која се одвива животот на човековата единка од самото раѓање, се поставуваат темелите на идната личност, се одвива процесот на социјализација. Анализата на семејството на шизофрениот болен покажува дека постојат два типа семејства: хомотични и ригидни. Двата типа

семејства се несоодветни за пренесување на основните инструментални техники на култура, што се согледува во апрагматизмот на животот на шизофрениот болен.

- Тешкотии во текот на фалусниот стадиум со појава на реактивност на сексуалниот страв во периодот на адолесценцијата. Необичното сексуално однесување и ставовите на шизофрениите болни кон сексуалноста покажуваат дека сексуалните конфликти може да играат одредена улога во настанувањето на ова заболување и да ја моделираат патопластиката. Се мисли дека тешкотиите водат потекло од фалусниот стадиум, а својот израз особено го добиваат во периодот на адолесценцијата, кога се доаѓа до декланширање на заболувањето.

6. Социјални фактори

Во 20-тите години на овој век, кога сè уште Фројд го трасираше патот на својата строго биологистичка психоанализа, се издвојува една група психоаналитичари што сè повеќе го нагласуваат значењето на социјалните фактори во генезата на менталните растројства (Dickenson & Ringel, 1999). Со ова се создава нов современ пристап кон проблемите на психата, бидејќи растројствата ги сфаќаат низ призмата на социјалните и културните услови во кои егзистира личноста. Интересни се забележувањата дека шизофренијата повеќе се јавува кај пониските социоекономски слоеви на населението. Кај нив нискиот социјален статус поради невработеноста, лошите материјални услови, нерешеното станбено прашање, поголем број членови во семејство и слично, не ретко осцилира со чести ситуации на стрес. Сите стресни состојби доведуваат до разочарување на личноста, губење на амбициите, што понатаму доведува до социјално повлекување и изолација, односно до регресивни процеси на шизофренијата (Cotter et al., 2018).

7. Интегративен психобиолошки модел на шизофренијата

Најновите истражувања укажуваат дека шизофреното растројство е резултат на интерреакцијата меѓу генетските фактори, развојот и стресот. Стресот не е причина за појава на шизофренијата, но може да влијае симптомите на болеста да се појават или да се влошат ако болеста веќе се појавила. Се однесува на различни стресни ситуации од

околината, од биолошките, како дрога и алкохол, до емоционалните загуби значајни за лицето: губење на работата, лошите економски услови, па сè до хронични психосоцијални стресови, како, на пример, вознемирувачки односи во семејството, социјална изолација, намалена способност за решавање на секојдневните состојби, стигмата и други.

Од сите овие етиопатогенетски претпоставки (биолошки, психолошки и социјални), може да се заклучи дека човекот претставува единствено биолошко, социолошко и психолошко суштество. Неговото формирање и развоток зависат од наследните фактори, од патопластичното дејство на околината и од дејството на општите социокултурни фактори. Сè уште не е јасно дали сите овие биохемиски и метаболични растројства, кои можат да се сретнат кај шизофренијата, се основни причини за болеста или, пак, нејзин патофизиолошки супстрат. Сепак, логично е дека шизофренијата е манифестна реакција на една личност со ендогена предиспонираност на специфичните фактори на околината.

2.4. Клиничка слика на шизофренијата (Clinical picture of schizophrenia)

Симптомите на шизофренијата ги опфаќаат речиси сите психолошки функции, бидејќи тоа е заболување на целокупната личност. Кај неа доминираат позитивните и негативните симптоми. Позитивните или психотичните симптоми кај шизофренија се однесуваат на болни идеи, односно делузивни идеи (делузии), нелогичен говор и халуцинации (McGlashan & Fenton, 2012), а негативни симптоми се: намалена мотивација, безволност, отапување на емоционалното изразување и посиромашен говор (Hunter & Barry, 2012; Cannon, Medrick & Parmas, 2009).

➤ Позитивни (продуктивни) симптоми

Од патофизиолошки аспекти, позитивните симптоми потекнуваат од хиперактивноста на допаминергичкиот невротрансмитерски систем во мезолимбичните мозочни структури (хипердопаминергија), па затоа и тераписки добро реагираат на класичните антипсихотици (Blanchard & Cohen, 2006; Melle, Larsen & Haarhr, 2008). За позитивни симптоми се сметаат:

1. Психомоторна возбуда и агитираност

Хостилното однесување кај шизофрените пациенти претставува јавен медицински проблем што најчесто ги погодува пациентите, нивните семејства, психијатрите и целата општествената заедница. Присуството на хостилност кај шизофрените нарушувања ги зголемува трошоците за лекување, претставува честа причина за нова хоспитализација и може да го продолжи психијатриското лекување, а самите агресивни пациенти бараат да им се посвети повеќе време од страна на медицинскиот персонал.

Милер (Muller) и сор. (1997) во своето истражување докажуваат дека дури 19,1 % од пациентите со шизофренија биле хостилни, па дури и агресивни. Ова однесување кај шизофрените субјекти има хетерогено потекло и манифестации, а етиолошките фактори можат меѓусебно да дејствуваат со што се зголемува агресивноста како психопатолошки феномен. Одредени истражувања го објаснуваат настанувањето на хостилноста кај шизофренијата со присуство на одредени психопатолошки фактори, како што се параноидните идеи или аудитивните халуцинаторни доживувања, коморбидна злоупотреба на психоактивни супстанции или социјалните фактори, но и одредени невробиолошки фактори и механизми имаат свое место (Pattij & Vanderschuren, 2008).

2. Халуцинации

Халуцинациите се најчести симптоми на болеста, се јавуваат во будна состојба и се работи за погрешна перцепција без соодветна дразба на сетилото, кога лицето слуша, мириса, гледа и на кожата чувствува доживувања што навистина не се предизвикани со надворешни дразби и кои другите луѓе што се со лицето во истата просторија не ги доживуваат. Во клиничката слика најчесто доминираат: тактилни, хаптични, олфакторни, густативни (вкус) или оптички (видни), аудитивни (слушни – „слушање на гласови“).

3. Делузивни идеи

Наспроти знаците за дисоцијација што секогаш се присутни кај шизофрениот болен, појавата на налудничави мисли доминира претежно со клиничката слика и со параноидните облици на заболувањето. Налудничавото искуство секогаш е следено со чувство на отуѓување, деперсонализација, идеи на прогонување. Налудничавата идеја е верување што не е засновано врз реален факт и што не е подложно на корекција. Налудничавото Јас помалку или повеќе систематски ги елаборира, ја обработува реалноста во која се одвива неговата егзистенција што доведува до нереално доживување на реалноста, до отуѓување

(Blom & Mangoenkarso, 2018). На овие налудничави идеи со параноидни содржини на кои се надоградува еден специфичен (параноиден) психопатолошки систем, што има цел да му објасни на болниот субјект зошто луѓето го мразат, не му ги признаваат неговите вредности, не може да ја достигне својата правда и сл. На сево ова се надоврзуваат перцептивните измами со сите свои модалитети што дејствуваат врз расудувањето и заклучувањето.

4. Неадекватно однесување

Шизофрените пациенти многу често чудно се однесуваат, се облекуваат, може да бидат вознемирени и агитирани. Може да се јават кататонични симптоми што се однесуваат на екстремното возбудување и немир, заземање неприродни положби на телото во кои болните можат да стојат со часови, восочната витливост кога делови од телото можат да се виткаат како да се направени од восок, негативизмот што се однесува на одбивање на сите барања, комплетното молчење, кое се нарекува мутизам, и целосна вкочанетост и некомуницирање со луѓето, кое се нарекува ступор (Brüne et al., 2008).

➤ Негативни (редуктивни) симптоми

Негативните симптоми потекнуваат од хиперактивноста на серотонергичкиот невротрансмитерски систем и од хипоактивноста на допаминергичниот систем во фронталниот кортекс (хиподопаминергија). Како негативни симптоми се сметаат:

1. Атимија

Афективната експресија кај шизофрените пациенти може да биде намалена, односно израмнета, сè до целосно отсуство на знаци на афективно изразување и се опишува како емоционално повлекување, емоционална тапост, сиромашен емотивен одговор, кој е присутен и видлив (Kring & Elis, 2013).

2. Анхедонија

Анхедонијата претставува состојба кога шизофрениот пациент целосно нема интерес за секојдневните животни интереси и не чувствува никакво задоволство.

3. Аволиција

Аволицја претставува неспособност пациентот од шизофренија да започне и да го одржува целосно однесувањето, па како резултат на тоа се јавува губење на социјалната активност и иницијатива.

4. Алогија

Алогијата претставува сиромаштво на говорот кога доминира забавено мислење, сиромашна продукција, одговарање со кратки одговори.

Во последно време се обрнува внимание на когнитивниот дефицит кај шизофренија, а се однесува на тешкотии во вниманието, помнењето, примањето и обработката на информациите од околината (Kurtz & Tolman, 2011).

2.5. Клинички видови на шизофренијата (Clinical types of schizophrenia)

Параноидната шизофренија е најчест облик што се среќава меѓу шизофрените растројства. Кај заболениот повеќе се изразени делузиите (болните, погрешните идеи) на различни теми, како идеи на управување, најчесто со теми на прогонување, кои можат да бидат придружени со идеи на величина и типични слушни халуцинации. Најчесто се јавува меѓу 20-тата и 30-тата години од животот. Има релативно добра прогноза.

Хебефрената шизофренија се карактеризира со неразбирлив говор, кој е последица на нелогичности во говорот и скокање од тема на тема, изразено нарушување на однесувањето, како детинесто однесување, изразена возбуденост што нема врска со надворешните стимули, проблеми во однесувањето насочено кон целта, така што постојат тешкотии во изведувањето активности од секојдневниот живот, како личната хигиена, грижа за просторот во кој живеат. Личноста може да изгледа нечисто, да се облекува на особено чуден начин, на пример, да носи повеќе капути во летно време, може да биде присутно јасно несоодветно сексуално однесување, непредвидливо и непоттикнуто од надворешни настани, возбудување, како викање и пцуење, проблеми во чувствата, како отапеност на чувствата или неадекватни чувства. Најчесто се јавува во периодот на адолесценцијата и прогнозата е неповолна.

Кататоната може да се јави во две форми: ступорозна и агитирана. Првата се јавува со знаци на психомоторна закоченост, невозможен контакт со околината, негативизам и др., додека втората, која се јавува по ступорозната форма или сама по себе, со знаци за немир, агресивност и бурна клиничка слика.

Резидуалната шизофренија претставува хроничен облик на болеста што се карактеризира со присуство на позитивни и негативни симптоми подолг временски период.

Шизофренија симплекс се карактеризира со пад на социјалното функционирање на личноста и доминираат само негативните симптоми.

2.6. Дијагноза на шизофренијата (Diagnosis of schizophrenia)

Дијагнозата на шизофренија се поставува кога постојат типични симптоми што веќе ги наведовме и кога овие симптоми траат во текот на подолг временски период, најмалку еден месец. Денес во психијатријата се користат два квалификациски система што ги одредуваат критериумите за дијагностицирање на растројствата и болестите: Меѓународната класификација на болестите на Светската здравствена организација, 10 ревизија (WHO, 2013) и Класификацијата на Американската психијатриска асоцијација, петта верзија (APA, 2018).

2.7. Фази на болеста (Stages of the diseases)

Обично, шизофренијата поминува низ неколку фази. Најчесто се споменуваат четири фази: преморбидна, продромална, акутна и хронична.

Преморбидната фаза е период во кој нема видливи знаци на болеста, но се јавуваат некои карактеристики на личноста, како што се повлекувањето, срамежливоста, анксиозноста, намалување на контактите со другите.

Продромалната фаза се јавува пред да се појават типичните симптоми на болеста при што може да бидат присутни постепени промени во расположението и однесувањето, личноста може да почне да се повлекува од социјалните контакти, чудно да се однесува, да се чувствува уморно и безнадежно, почнува да го запоставува својот изглед и личната хигиена.

Акутната фаза на болеста настанува со појава на психотични симптоми што најчесто се развиваат како различни погрешни верувања (делузии) и халуцинации, најчесто слушни,

следени од вознемиреност, чувство на загрозеност, несоница и други симптоми. Карактеристично е дека недостаток на увид во болеста е многу чест во акутната фаза и е причина да не се бара помош. Во оваа фаза од болеста лекувањето во болница најчесто е најсигурното место на кое може да се добие адекватно лекување.

Фазата на стабилизирање или ремисија настанува кога акутните симптоми ќе се повлечат или се значително редуцирани, така што личноста може да престојува надвор од болница.

Прогнозата на болеста кај заболените од шизофренија е поврзана со низа фактори, како што се должината на траењето на болеста пред почетокот на лекувањето, тежината на самата болест, социјалното функционирање пред почетокот на болеста, когнитивните способности, социјалната поддршка, стресот, образованието, ефикасноста на психофармаколошката терапија, соработката во земањето лекови, примената на психосоцијалните постапки што вклучуваат тренинг на социјални вештини, психоедукација, работа со семејствата, помош за вработување, психотерапија и други постапки.

Неповолниот тек на болеста исто така е поврзан со недостиг во увидот на болеста и потребата од лекување, односот меѓу пациентот, семејството и персоналот што го лекува пациентот, кој се темели врз доверба и добра комуникација, коморбидитетот со болести на зависност, недостиг на социјална поддршка и присутна емоционална напнатост и неадекватното комуницирање со семејството.

2.8. Третман на шизофренијата (Treatment of schizophrenia)

При лекувањето на шизофрениите растројства, најголемо значење има психофармакотерапијата, но и различни психосоцијални и психотераписки методи.

Антипсихотиците, лековите што се користат за лекување на шизофренијата и сличните растројства влијаат врз нивоата на невротрансмитерите во мозокот, исто така се верува дека влијаат и врз невропластичноста (создавање нови синапси), и на тој начин помагаат мозокот подобро да функционира, што доведува до губење или намалување на симптомите на болеста (Addington, Devoe & Santesteban-Echarri, 2019).

Од психотераписките методи, најмногу се користат бихевиоралната терапија, групната психотерапија, семејната психотерапија, супортивната терапија и психодрамата.

Бихевиоралната терапија има цел да го врати однесувањето на болниот на ниво на здрава личност. Групната терапија ги поткрепува ослабените социјални комуникации и секојдневните вештини и активности и го враќа болниот во светот на реалноста и групата (Green, Olivier & Penn, 2005). Семејната терапија ги враќа ослабените семејни релации намалувајќи ги зголемените афективни експресији. Супортивната психотерапија ги вклучува техниките на советување, поткрепа, разуверување, учење и сл.

Психотерапијата по пат на психолошко разбирање на симптомите на болеста, намалување на непријатноста и зголемување на толеранцијата на непријатноста, подобрување на комуникацијата, зголемување на капацитетот за комуникација, интимност и партиципација во социјалното опкружување, доведува до стабилни односи со околината, помага во градењето критички односи кон болеста и подобра процена на реалноста. Психотерапискиот пристап при шизофренија им помага на заболените да можат да ги разберат симптомите на болеста во контекст на сопствениот живот, во терпискиот однос меѓу лекарот и пациентот, или во групата да можат да се увидат поинаквите емоционални искуства и да ги користат како корективно искуство за својот емоционален раст, да можат да научат да ја толерираат непријатноста за да не помине таа во паника, и со тоа би била ризична за влошувањето на болеста (Tarrier, Barrowclough & Vaughn, 1998).

Најважно место во социотерапијата е работната терапија, која има цел да ги поврати загубените професионални активности, да ги подобри емоционалните односи и да ги стимулира волевонагонските динамизми. Рехабилитацијата е свртена кон градење вештини потребни за секојдневен живот и работа во заедницата, а се темели врз принципите на заздравување и зајакнување, ја поттикнува автономијата на болниот со поттикнување на способноста за работа и, намалувајќи ја неспособноста, ја подобрува самодовербата, социјалното функционирање и квалитетот на животот (Bellak, Mueser & Argesta, 2004).

2.9. Улога на медицинската сестра при третман на пациентите со шизофренија (The role of the nurse in the treatment of patients with schizophrenia)

Медицинската сестра за ментално здравје обично работи во мултидисциплинарен тим заедно со психијатар, психолог, професионален терапевт, социјален работник.

Медицинскиот тим (лекари, сестри, техничари, болничари) во текот на својата секојдневна работа доаѓа во контакт со пациенти што имаат различни ментални проблеми, што, секако, влијае врз начинот на комуницирање. Посебно ова доаѓа до израз со поединците што имаат тешкотии на психички план, бидејќи треба да се прифати менталното растројство, почетокот на лекувањето, како и давањето соодветна здравствена нега на овие пациенти (Ристевска, 2005). Начинот на кој комуницира медицинската сестра има големо влијание при процесот на давање здравствена грижа и нега, бидејќи тоа влијае врз пациентот позитивно или негативно. Познавањето и правилното толкување на различните видови вербална и невербална комуникација претставува предуслов за препознавање на можните патолошки синдроми/симптоми кај психијатриските пациенти (стрес, анксиозност, депресија, психотичните состојби), а особено кога станува збор за пациенти што имаат шизофрено растројство.

Односот меѓу медицинската сестра и пациентот треба да биде во функција на лекување на пациентот, а зависи од одредени фактори, како што се: емпатија, доверба, соработка, професионалност и етичност (Brissos & Dias, 2011). Притоа е многу важно пациентот да стекне доверба дека сестрата/техничарот ги разбираат неговите потреби и проблеми. На пациентот мора да му се даде можност да зборува за својата болест или состојба, при што е потребно внимателно да се сослуша, бидејќи тоа е предуслов за успешна комуникација и нега. Притоа е потребно добро да се организира времето за слушање на пациентот, бидејќи пациентот не смее да стекне впечаток дека немаме време или трпение, на таков начин се губи неговата доверба, што, секако, влијае врз натамошниот тек на лекувањето. Пациентот може да каже одредени работи што се лични и за кои со друга личност не сакал да зборува, така што е многу важно да се сослуша и да му се помогне. Карактеристично е дека во одредени ситуации пациентот сака да разговара само со лекарот, а во други со сестрата. Секој член од тимот е важен при разговорот и третманот на пациентот. Однесувањето на пациентот, гестикулацијата и говорот (на пр., црвенило на лицето, нерасположението, забрзаното зборување со висок тон и сл.) претставуваат патоказ како да му се пријде и како да се разговара. Психијатриските пациенти многу лесно ги препознаваат нашите чувства, страв и несигурност, па затоа, секогаш треба да се трудиме да воспоставиме контакт што ќе биде исполнет со топлина, почитување и сигурност. Многу

е важно да се развијат добри меѓучовечки односи, бидејќи медицинскиот персонал претставува еден вид терапевска заедница.

Добриот терапевски однос меѓу медицинската сестра – пациентот влијае позитивно во процесот на лекување. Овој однос се гради преку терапевската комуникација со пациентот, но и со другите членови на тимот (лекарите, социјалните работници, психолозите, другите медицински сестри, семејството на пациентот). Медицинската сестра претставува важна алка во психијатрискиот тим, бидејќи има „посебна комуникација“, односно таа на пациентот му дава „нешто“ што за него е многу важно (Winters & Ballouk, 2004). Улогите меѓу пациентот и медицинската сестра се спротивни, но комплементарни: едната страна бара помош, а другата ја дава. Всушност, комуникацијата претставува начин на разменување пораки, при што е многу важно овие пораки да не се парцијални, саркастични, негативни, заканувачки. Со комуникацијата треба да се задоволат одредени потреби, како што се потребата од мотивирање, припаѓање, љубов, сигурност, слобода, самоактуализирање.

Важно е да се истакне дека од квалитетот на интеракцијата што се создава меѓу медицинската сестра и пациентот ќе зависи дали и на кој начин пациентот ќе ја прифати болничката средина и каков терапевски однос ќе се развие меѓу нив, самиот однос не е однапред одреден и се гради при престојот на пациентот во болницата. Многу е важно медицинската сестра што работи на психијатриското одделение да има позитивен став спрема шизофрениот пациент, без предрасуди и страв од него. Хуманоста, трпението и одговорноста при работата се најважни карактеристики на сестрата што работи со овој вид пациенти, при што не смее да го заборава етичкиот кодекс и почитување на правата на шизофрениот пациент.

3. ПРЕДМЕТ И ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО (OBJECTS OF THE RESEARCH)

Земајќи ја предвид актуелноста на темата, основната емпириска цел на студијата е да се направи анализа на фреквенцијата на шизофрениите растројства во периодот 2019 – 2022 година во ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“ Скопје и да се анализираат

социодемографските податоци на болните со дијагностицирано шизофрено растројство. Затоа, според предметот на истражувањето, овој труд е теоретско-емпириски, при што во текот на истражувањето применивме повеќе методи и техники, кои интердисциплинарно навлегуваат во релевантните фактори што ја детерминираат оваа појава и овозможуваат валидни заклучоци.

Па оттука произлегуваат и целите на ова истражување:

- Да се направи селекција на болните со шизофрено растројство од вкупниот расположлив примерок.
- Да се направи анализа на фреквенцијата на шизофрените растројства; во која година се најзастапени; дали фреквенцијата на појавност расте или се намалува во анализираниот период 2019 - 2022 година.
- Да се утврдат разлики во дистрибуција на фреквенцијата на јавување на шизофрените растројства во однос на анализираните години (2019, 2020, 2021 и 2022 година).
- Да ги утврдиме социодемографските карактеристики (пол, возраст, брачен статус, степен на образование, вработеност и социјален статус) кај пациентите со акутен и хроничен тек на болеста и дали тие влијаат врз фреквенцијата на јавување на шизофреното растројство во испитуваниот временски период.
- Врз основа на резултатите од истражувањето, да се преземат мерки за навремена превенција преку соодветен третман, советување, лекување и рехабилитација, при што медицинската сестра како дел од мултидисциплинираниот тим ќе има соодветна улога и задача.

Според тоа, основниот предмет на истражувањето се темели врз истакнувањето на значајноста на социодемографските карактеристики во однос на влијанието врз појавата, како и степенот на преваленција на шизофреното растројство во Република Северна Македонија, особено во Скопје.

Со цел истражувањето да се насочи кон добивање релевантни, објективни и променливи податоци, ги поставивме следниве хипотези што произлегуваат од предметот и целите на истражувањето:

X1: Присутна е статистичка разлика во дистрибуција на фреквенцијата на јавување на шизофреното растројство во однос на анализираниите години (2019, 2020, 2021 и 2022).

X2: Присутна е статистички значајна разлика во однос на социодемографските карактеристики кај пациентите со акутен и хроничен тек на болеста и фреквенцијата на јавување на шизофреното растројство.

4. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО (METHODS OF THE RESEARCH)

Овој труд претставува ретроспективна и проспективна студија, при што за увид и користење на податоците од електронскиот систем за пациентите со шизофренија што се лекувани и се лекуваат во ЈЗУ Психијатриската болница „Скопје“ Скопје е добиено официјално одобрение од менаџерскиот тим на болницата. Во истражувањето се вклучени 2 387 испитаници со акутен и хроничен тек на болеста што биле хоспитализирани во болницата во периодот од јануари 2019 година до декември 2022 година што боледуваат од шизофренија според дијагностичките критериуми на Меѓународната класификација на болестите – МКБ 10.

Потоа, врз основа на податоците од историите на болеста, спроведеното клиничко структурирано интервју и социодемографските податоци добиени при приемот (пол, возраст, место на живеење, образование, брачен статус и социјален статус) е направена анализа на фреквенцијата на јавување на шизофреното растројство по горенаведените временски периоди и дистрибуцијата на наведените социодемографски карактеристики.

Исто така е направена споредба меѓу пациентите со акутен и хроничен тек на болеста за да утврдиме дали се присутни разлики според социодемографските податоци. Идентитетот на пациентите е заштитен и нивните податоци беа внесувани под идентификациски кодови.

Статистичката анализа на податоците е направена со примена на софтверскиот пакет SPSS (Statistical Package for the Social Science, version 20).

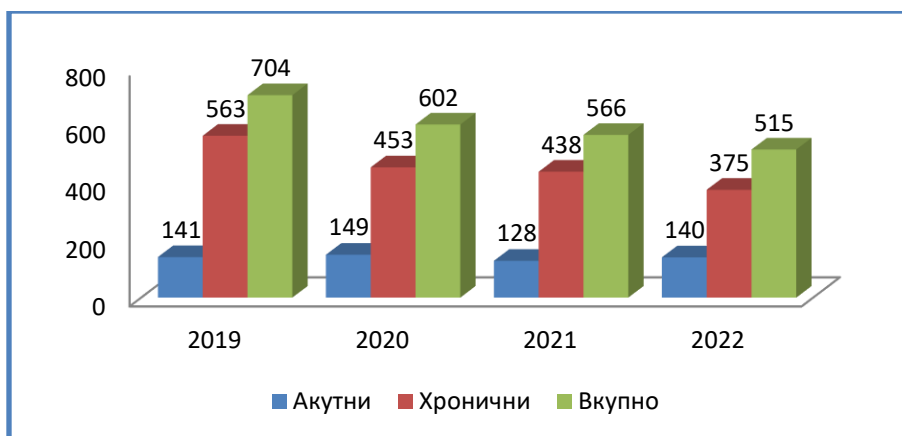
5. РЕЗУЛТАТИ (RESULTS)

Според податоците од нашето истражување, можеме да видиме дека во текот на 2019 година во ЈЗУ Психијатриската болница „Скопје“ Скопје вкупно се лекувани 704 пациенти со шизофрено растројство, од кои 141 (20,0 %) се акутни, додека 563 (80,0 %) имаат хроничен тек на болеста. Во текот на 2020 година од 602 пациенти, 149 (25,0 %) се со акутен и 453 (75,0 %) со хроничен тек на шизофреното растројство. Во 2021 година вкупно се лекувани 566 пациенти, од кои 128 (22,0 %) се со акутна форма на шизофренија, додека другите 438 (78,0 %) се хронични. Во 2022 година се следи намалување на бројката на лекувани пациенти со шизофренија, при што од вкупно 515 пациенти 140 (27,0 %) се акутни, додека 375 (73,0 %) се хронични пациенти (табела 1, графикон 1). Забележително е дека секоја следна година бројот на хроничните пациенти се намалува во однос на акутните.

Табела 1. Фреквенција и процент на испитаниците според траење на болеста

Table1. Frequency and percentage of respondents among duration of illness

Тек на Болеста Duration of illness	2019 година/year Фреквенција Frequency Процент Percentage		2020 година/year Фреквенција Frequency Процент Percentage		2021 година/year Фреквенција Frequency Процент Percentage		2022 година/year Фреквенција Frequency Процент Percentage	
Акутни/Acute	141	20.0	149	25.0	128	22.0	140	27.0
Хронични/ Chronic	563	80.0	453	75.0	438	78.0	375	73.0
Вкупно/Total	704	100.0	602	100.0	566	100.0	515	100.0



Графикон 1. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според траење на болеста

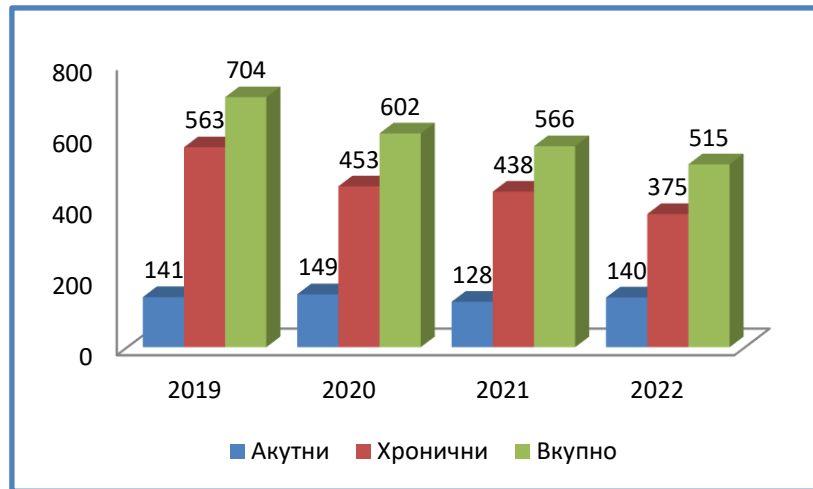
Graph1. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided by duration of illness

На табела 2 и графикон 2 е даден вкупниот број на лекувани пациенти во временскиот период 2019 – 2022 година во однос на полот. Анализираниот група ја сочинуваат вкупно 2387 пациенти, кои се поделени во две групи. Првата група се состои од 558 пациенти со поставена дијагноза на шизофренија со прва епизода, од кои 429 (77,0 %) се мажи и 129 (23,0 %) се жени. Втората група ја сочинуваат 1 829 пациенти со хронична шизофренија, од кои 1 306 (71,0 %) се мажи и 523 (29,0 %) се жени. Добиените резултати ни покажуваат дека доминира машкиот пол во однос на женскиот.

Табела 2. Фреквенција и процент на испитаниците според пол

Table2. Frequency and percentage of respondents among gender

Пол/Gender	Акутни/Acute Фреквенција Frequency Процент Percentage	Хронични/Chronic Фреквенција Frequency Процент Percentage
Мажи/Men	429 77.0	523 29.0
Жени/Female	129 23.0	1306 71.0
Вкупно/Total	558 100.0	1829 100.0



Графикон 2. Вкупен број на лекувани пациенти според пол

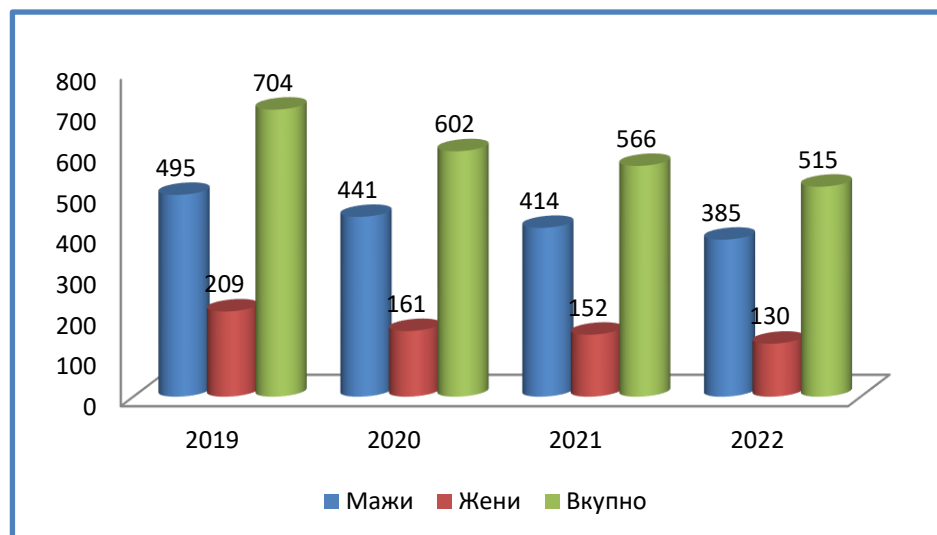
Graph2. Total number of patients among gender

Од табела 3 и графикон 4 може да се забележи дека бројот на лекуваните пациенти во дадениот испитуван период прогресивно се намалува, со што се намалува и бројот на лекуваните машки и женски испитаници.

Табела 3. Фреквенција и процент на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според пол

Table3. Frequency and percentage of patients in the period 2019 – 2022 divided by gender

Пол/Gender	2019 година/year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)		2020 година/year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)		2021 година/year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)		2022 година/year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)	
Мажи/Men	495	71,0	441	73,0	414	73,0	385	75,0
Жени/Female	209	29,0	161	27,0	152	27,0	130	25,0
Вкупно/Total	704	100,0	602	100,0	566	100,0	515	100,0



Графикон 3. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според пол

Graph3. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided by gender

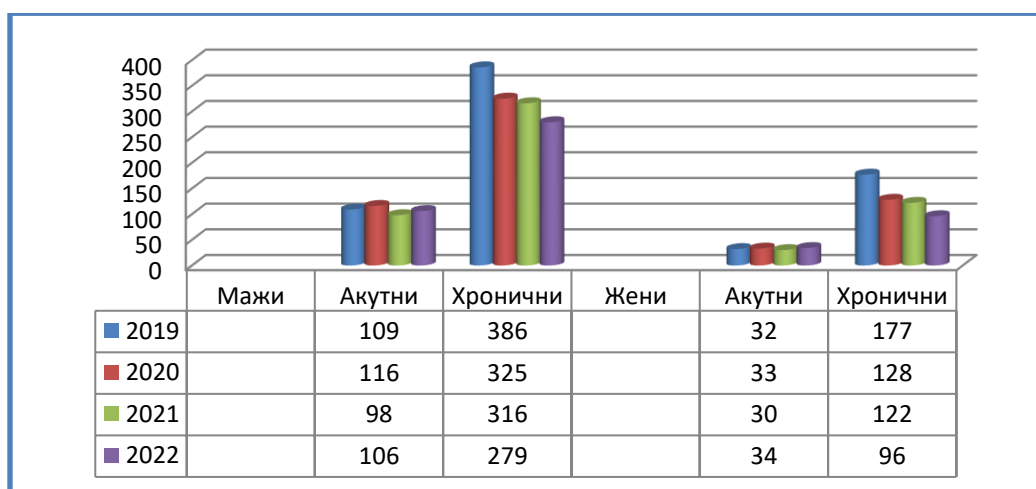
Од табела 4 и графикон 4 може да се забележи дека врз основа на полот од сите болни со шизофрено растројство што се лекувани во ЈЗУ Психијатриската болница „Скопје“, Скопје, во периодот од јануари 2019 година до декември 2022 година, поголем е бројот на лицата од машки пол во однос на лицата од женски пол како во акутната, така и во хроничната група.

Табела 4. Фреквенција и процент на пациентите според пол и тек на болеста

Table4. Frequency and percentage of patients examined by gender and duration of illness

Пол/тек на болеста Gender/ duration of illness	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2020 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2021 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2022 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)

Мажи/Men								
Акутни/Acute	109	77,0	116	78,0	98	77,0	106	75,0
Хронични/ Chronic	386	69,0	325	73,0	316	72,0	279	74,0
Жени/Female								
Акутни/Acute	32	23,0	33	22,0	30	23,0	34	25,0
Хронични/ Chronic	177	31,0	128	27,0	122	28,0	96	26,0
Вкупно	704	100,0	602	100,0	566	100,0	515	100,0



Графикон 4. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според пол и тек на болеста

Graph4. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided by gender and duration of disease

Бидејќи шизофренијата се јавува во разни животни периоди, на следнава табела ја презентираме структурата на двете групи по години на старост во времето на испитувањето (табела 5, табела 6, графикон 5).

Табела 5. Фреквенција и процент на пациентите според возраст во акутната фаза од болеста

Table5. Frequency and percentage of patients according to age in the acute phase of the disease

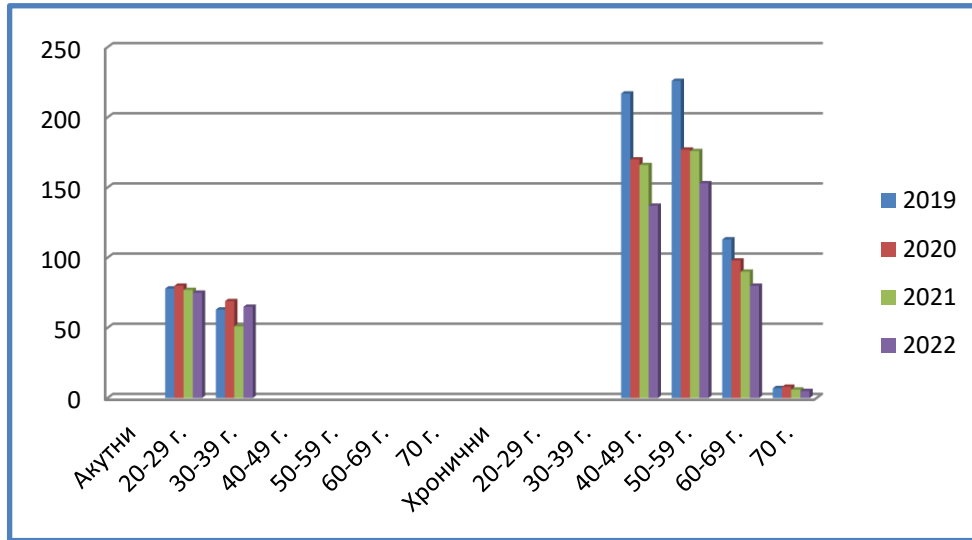
Возраст/ Аге/acute	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2020 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2021 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2022 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)
20 – 29	78 55,0	80 54,0	77 51,0	75 54,0
30 – 39	63 45,0	69 46,0	51 49,0	65 46,0
Вкупно/ Total	141 100,0	149 100,0	128 100,0	140 100,0

Табела 6. Фреквенција и процент на пациентите според возраст во хроничната фаза од болеста

Table6. Frequency and percentage of patients according to age in the chronic phase of the disease

Возраст/ Аге/chronic	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2020 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2021 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	2022 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)
40 – 49	217 39,0	170 37,0	166 38,0	137 37,0
50 – 59	226 40,0	177 39,0	176 40,0	153 41,0
60 – 69	113 20,0	98 22,0	90 21,0	80 21,0
над /over 70	7 1,0	8 2,0	6 1,0	5 1,0

Вкупно/Total	563	100,0	453	100,0	438	100,0	375	100,0
--------------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------



Графикон 5. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според возраста

Graph 5. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided by gender

Од табелите и графиконот можеме да заклучиме дека кај испитаниците со акутна шизофренија најголема застапеност е распонот 20-29 и 30-39 години, додека во втората група се среќава поголема процентуална застапеност на возрасната група од 40 до 49 години и над 50 години. Овој податок ни потврдува дека шизофреното растројство е растројство што започнува во адолесценцијата, се манифестира во третата и четвртата деценија од животот кога е присутна комплетна шизофрена симптоматологија. Воедно, оваа возраст се смета за период кога сите човечки способности и енергија доаѓаат до полн израз и се остваруваат во сообразност со неговиот социјален статус во општеството. Тоа е возраст кога луѓето се борат за одржување на бракот и семејството, но и период кога шизофреното заболување доаѓа до полн израз со своите психопатолошки елементи.

Неспорно е дека образованието претставува една од основните компоненти на комплексноста на личноста. Од неговото ниво зависи знаењето и познавањето на светот,

општеството и неговите вредности, што претставува значајна детерминанта во однесувањето на личноста, воопшто.

Од анализата на нашите податоци произлегува дека во нашата испитувана популација во акутната група доминираат испитаниците со основно и средно образование, додека мал е бројот на испитаници со високо образование (табела 7, графикон б). Од друга страна, кај пациентите со хронична шизофренија доминираат субјектите што немаат завршено основно образование (табела 8, графикон б).

Табела 7. Образовен статус на испитаниците во акутна фаза

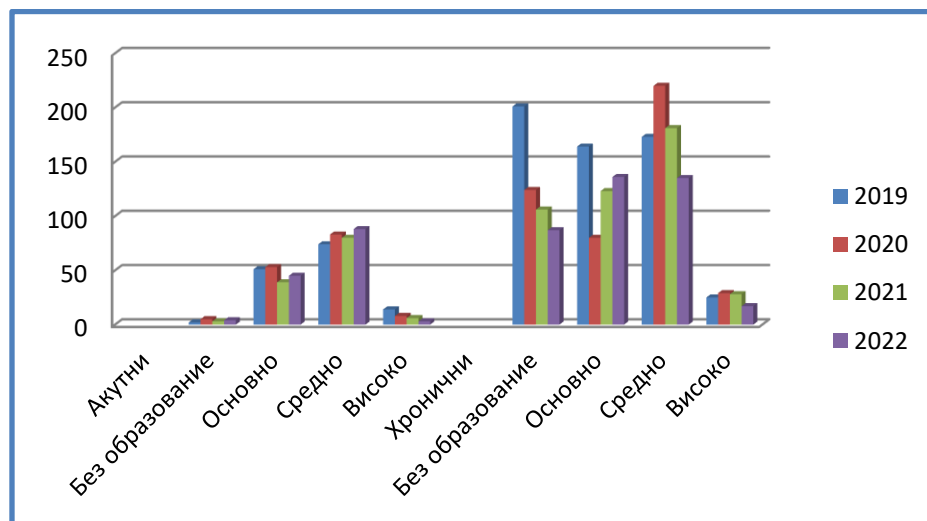
Table 7. Educational status of respondents in acute phase

Образование/ акутни Education/acute	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)		2020 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)		2021 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)		2022 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Percentage)	
Без/Without	2	1,0	5	3,0	3	2,0	4	3,0
Основно/Primary	51	36,0	53	36,0	39	30,0	45	32,0
Средно/Secondary	74	53,0	83	56,0	80	63,0	88	63,0
Високо/High	14	10,0	8	5,0	6	5,0	3	2,0
Вкупно/Total	141	100,0	149	100,0	128	100,0	140	100,0

Табела 8. Образовен статус на испитаниците во хронична фаза

Table 8. Educational status of respondents in chronic phase

Образование/ хронични Education/chr onic	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)		2020 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)		2021 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)		2022 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)	
Без/Without	201	36,0	124	28,0	106	25,0	87	23,0
Основно/Pri mary	164	30,0	80	18,0	123	28,0	136	36,0
Средно/Secon dary	173	30,0	220	48,0	181	41,0	135	36,0
Високо/High	25	4,0	29	6,0	28	6,0	17	5,0
Вкупно/Total	563	100,0	453	100,0	438	100,0	375	100,0



Графикон 6. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени по образованието

Graph6. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided by education

Познато е дека занимањето го формира карактерот, структурата и поведението на поединецот. Тоа претставува општествен однос преку кој човекот ја обезбедува својата економска егзистенција и својот социјален статус. Во нашето истражување во акутната и во хроничната група поголем е процентот на пациенти што не се вработени или се пензионери во однос на пациентите што се вработени (табела 9, табела 10, графикон 7). Воедно кај хроничната група може да се забележи дека голем број од испитуваните субјекти се корисници на социјална помош.

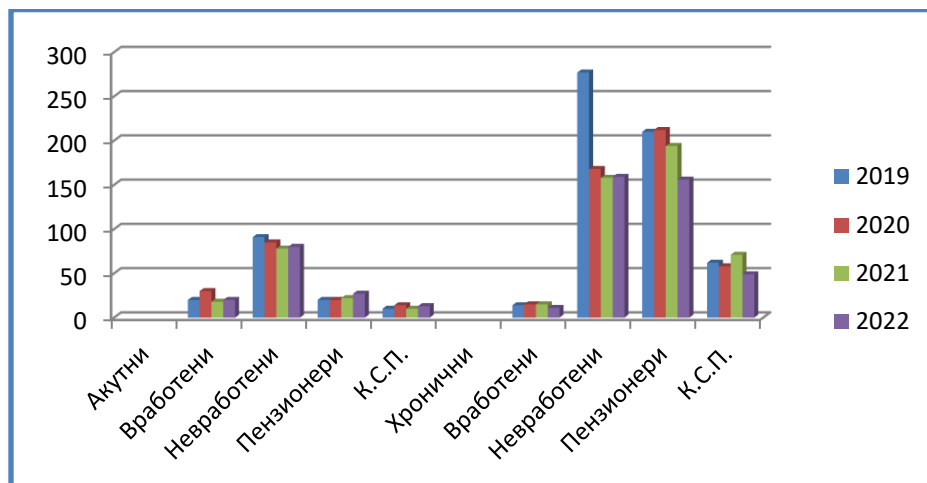
Табела 9. Работен статус на испитаниците во акутна фаза
Table9. Working status of respondents in acute phase

Вработеност/ акутни Working status/acute	2019 година/year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)		2020 /year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)		2021 /year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)		2022 /year Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)	
Вработени/Employees	20	14,0	30	20,0	18	14,0	20	14,0
Невработени/ Unemployed	91	65,0	85	57,0	78	61,0	80	57,0
Пензионери/Retired	20	14,0	20	13,0	22	17,0	27	19,0
К.С.П./Recipients of social assistance	10	7,0	14	9,0	10	8,0	13	9,0
Вкупно/Total	141	100,0	149	100,0	128	100,0	140	100,0

Табела 10. Работен статус на испитаниците во хронична фаза
Table10. Working status of respondents in chronic phase

Вработеност/ хронични Working status/acute	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)		2020 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)		2021 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)		2022 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)	
Вработени/Emplo yees	14	2,0	15	3,0	15	3,0	9	3,0
Невработени/ Unemployed	277	50,0	168	37,0	158	36,0	159	43,0
Пензионери/Retir ed	210	37,0	212	50,0	194	45,0	156	41,0
К.С.П./ Recipients of social assistance	62	11,0	58	13,0	71	16,0	49	13,0

Вкупно/Total	563	100,0	453	100,0	438	100,0	375	100,0
--------------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------



Графикон 7. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според работниот статус
Graph7. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided according to working status

Добиените резултати од нашето истражување покажуваат дека од вкупниот број лекувани акутни пациенти, доминираат испитаниците што се во брачна заедница, но и испитаниците што се самци во дадениот временски период (табела 11, графикон 8). Од друга страна, кај хроничната група доминираат пациенти што немаат засновано брачна заедница (табела 12, графикон 8).

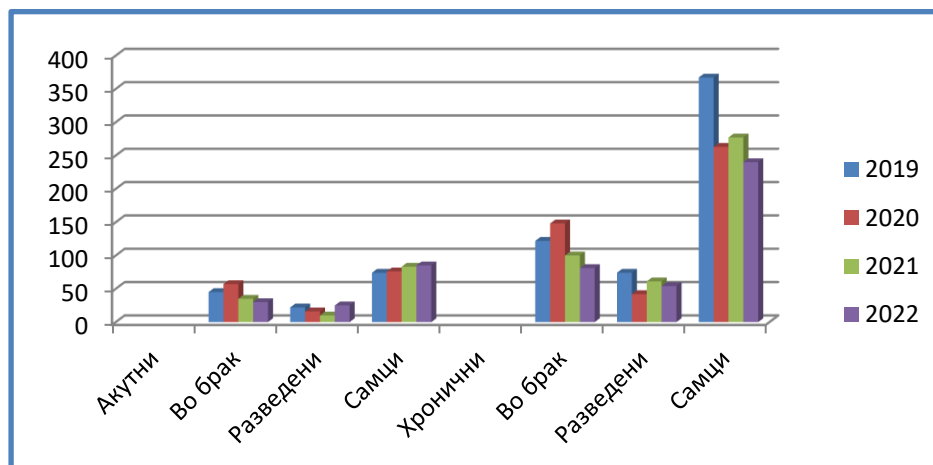
Табела 11. Фреквенција и процент на пациентите според брачниот статус во акутна фаза
Table11. Frequency and percentage of patients according to marital status in acute phase

Брачен статус/ акутни Marital status/acute	2019 година/year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)	2020 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)	2021 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)	2022 /year (Фреквенција/ Процент Frequency/Perce ntage)
Во брак/Married	45 32,0	57 39,0	35 27,0	30 21,0
Разведени/Div orced	22 16,0	16 11,0	10 8,0	25 18,0
Самци/Single	74 52,0	76 50,0	83 65,0	85 61,0
Вкупно/Total	141 100,0	149 100,0	128 100,0	140 100,0

Табела 12. Фреквенција и процент на пациентите според брачниот статус во хронична фаза
Table12. Frequency and percentage of patients according to marital status in chronic phase

Брачен статус/ хроничн и Marital status/acute	2019 година/year (Фреквенција/Пр оцент Frequency/Percent age)	2020 /year (Фреквенција/Пр оцент Frequency/Percent age)	2021 /year (Фреквенција/Пр оцент Frequency/Percent age)	2022 /year (Фреквенција/Пр оцент Frequency/Percent age)
Во брак/ Married	122 23,0	148 33,0	100 24,0	81 22,0
Разведе ни/ Divorce d	74 12,0	42 9,0	61 13,0	54 14,0
Самци/ Single	367 65,0	263 58,0	277 63,0	240 64,0

Вкупно/ Total	563	100,0	453	100,0	438	100,0	375	100,0
------------------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------



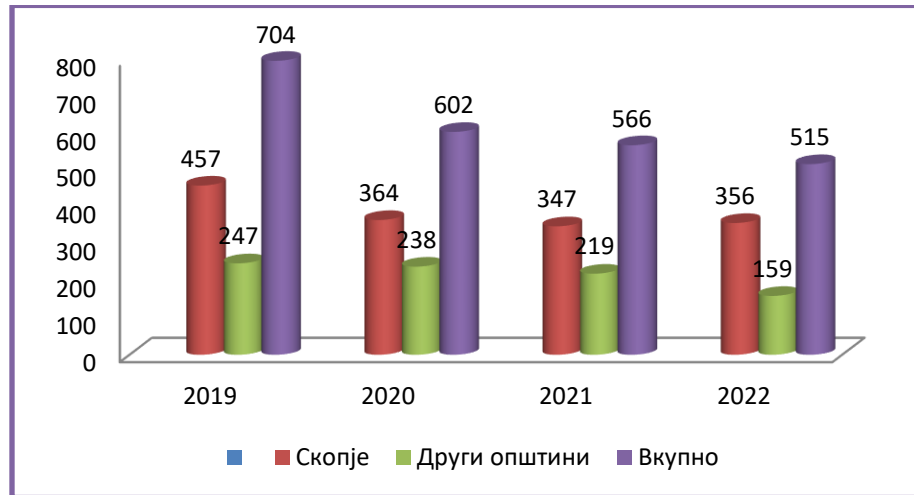
Графикон 8. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според брачниот статус
Graph 8. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided according to marital status

На табела 13 и графикон 9 се прикажани пациентите според местото на живеење. Се забележува дека бројот на лекувани пациенти од Скопје е поголем во однос на другите општини.

Табела 13. Фреквенција и процент на пациентите според местото на живеење

Table 13. Frequency and percentage of patients checked by place of residence

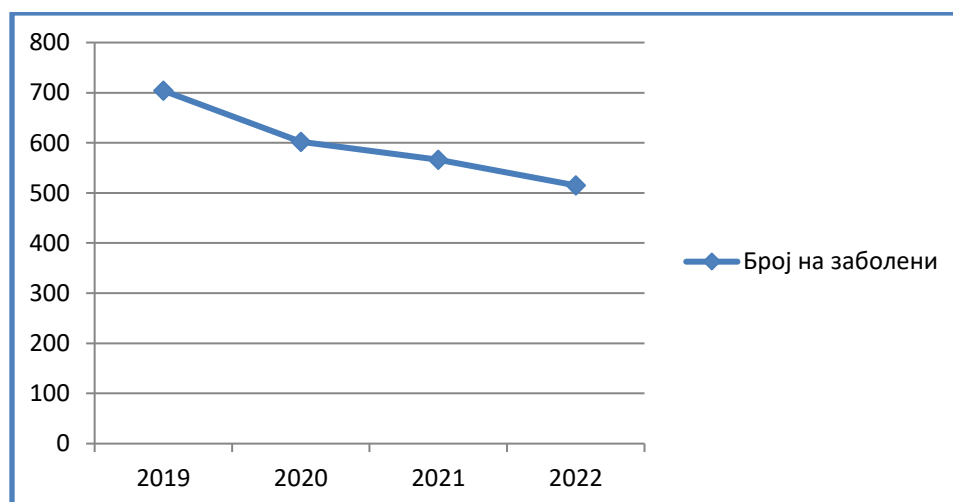
Место на живеење Place of residence	2019 година/year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)	2020 /year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)	2021 /year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)	2022 /year (Фреквенција/Процент Frequency/Percentage)
Скопје/Skopje	457 58,0	364 60,0	347 61,0	356 69,0
Други општини/ Other communities	247 42,0	238 40,0	219 39,0	159 31,0
Вкупно/Total	704 100,0	602 100,0	566 100,0	515 100,0



Графикон 9. Вкупен број на лекувани пациенти во периодот 2019 – 2022 година поделени според местото на живеење

Graph 9. Total number of patients in the period 2019 – 2022 divided according to the place of residence

Од графикон 10 се гледа дека фреквенцијата на јавување на шизофреното растројство се намалува во анализираниот период.



Графикон 10. Графички приказ на појавноста на шизофреното растројство во анализираниот период

Graph 10. Graphic presentation of the schizophrenic disorder in the analyzed period

ДИСКУСИЈА (DISCUSSION)

Секое ментално растројство, па и шизофренијата, се изразува и се препознава на два основни начина. Првиот, во однесувањето, постапките, активностите на пациентите, значи, во тоа што е впечатливо, видливо, лесно забележливо за околината и, второ, во зборовите, изјавите, кажувањата на самиот пациент за сопствените доживувања, за тоа како се гледа себеси и како го гледа светот. Ако пациентот ништо не кажува, ништо не зборува за своите доживувања, за тоа што се случува во него, тогаш и околината каде што живее личноста не може да го знае ова. Со други зборови, ако неговото однесување, неговите постапки се единствен извор на нашите сознанија за таа личност, тогаш нашето знаење е половично, бидејќи нам ни е достапна само половина од вистината за него. Другата половина што се однесува на доживувањата, неговата внатрешна субјективна состојба, ни останува сокриена. Секако дека е присутна рамнотежа меѓу доживувањето и однесувањето на личноста, но никогаш оваа рамнотежа не е целосна за да можеме врз основа на едно однесување да заклучиме за друго доживување и обратно. Затоа, во овој специјалистички труд ќе се обидеме да ги продлабочиме знаењата за психосоцијалните потреби и методи за одржување и промовирање на менталното здравје и благосостојбата на лицата со шизофрено растројство.

Основна цел на ова истражување беше да се направи анализа на фреквенцијата на шизофреното растројство во периодот од 2019 до 2022 година во ЈЗУ Психијатриската болница „Скопје“, Скопје, но и да ги утврдиме социодемографските карактеристики на болните дијагностицирани со шизофрено растројство.

Истражувањето е спроведено на примерок од 2 387 испитаници на возраст меѓу 25 - 70 години со поставена клиничка дијагноза на шизофренија, лекувани во болницата во временскиот период од јануари 2019 година до декември 2022 година. Испитаниците беа поделени во акутна и хронична група, при што доминираа пациентите со хроничен тек на

болеста. Нашите истражувачки резултати покажаа дека постојат разлики во дистрибуцијата на фреквенцијата на појавност на шизофреното растројство во однос на анализираниите години (2019, 2020, 2021 и 2022 година). Забележително е дека е присутен тренд на намалување на појавноста на шизофреното растројство, што, секако, влијае позитивно во однос на инциденцијата и преваленцијата на болеста. Впечатливо е дека болеста кај пациентите со акутна шизофренија се јавува во временскиот период меѓу 29 до 39 години, додека кај хроничните пациенти во повозрасниот животен период. Ова се поклопува со голем број други истражувања што наведуваат дека средната возраст од животот на шизофрените пациенти ги соочува со најголем број проблеми, бидејќи тоа е возраста кога имаат семејство, обврски и поголеми потреби, а поради болеста не можат да одговорат на нив (Bobes, Alvarez & Novick, 2021). Во однос на полот доминираат испитаниците од машки пол, што се поклопува со фактот дека шизофренијата како растројство почесто се јавува кај мажите.

Шизофренијата претставува растројство што најчесто се јавува меѓу 15-тата и 45-тата година, најчесто меѓу 16-тата и 25-тата година. Кај мажите обично започнува 5-6 години порано отколку кај жените. Кај секој пациент растројството започнува различно. Најчесто пациентот почнува да се отуѓува од другите во околината и поголемиот дел од времето го поминува сам. Станува пречувствителен, сомнителен, погрешно ги толкува зборовите и постапките на другите луѓе. Како што напредува симптоматологијата, така се појавуваат тешкотии при извршувањето на секојдневните активности и обврски. Станува нерасположен, агресивен, се заканува или уценува, што влијае врз неговите психички способности, а ова се одразува врз неговото социјално функционирање (Hayes & Halford, 2019).

Ако се знае дека само поволната семејна атмосфера значи солидно функционирање на семејството во кое мајката и таткото претставуваат примери на идентификација, тогаш не зачудува фактот што брачниот статус, кога се работи за неповолна семејна атмосфера, значи predisпозиција за манифестирање на изразена клиничка слика на шизофренија. Според тоа, нормално е да се очекува дека во семејство со поволна социјална клима егзистираат личности со позитивен карактер и социјализирани, урамнотежени и со флексибилни особини, што овозможуваат прифаќање на нормите и вредностите во односите, како во семејството, така и во надворешниот свет. Од друга страна, пак, таканаречените дисфункционални семејства во

кои нема доволно љубов, почитување, разбирање и доверба, кои се карактеризираат со недоволна семејна дисциплина, чести конфликти, караници, емоционални напнатости, тепачки, доминирање на еден од членовите на семејството врз другите, дополнително влијаат врз јавување на одредена болест на негов член, како што е во нашиот случај шизофренијата. Па затоа, нашите истражувачки резултати ни потврдија дека кај хроничните пациенти брачната заедница е нарушена и живеат сами со што уште повеќе се влошува нивната состојба на психички план. Пациентите со акутна шизофренија имаат семејство што се грижи за нив и им дава соодветна поддршка, што, секако, се одразува врз нивните интерперсонални односи и релации, пријателства и дружење, па не се насочени во активности каде што дејствуваат самостојно.

Неспорно е дека образованието претставува една од основните компоненти на комплексноста на личноста. Од неговото ниво зависи знаењето и познавањето на светот, општеството и неговите вредности, што претставува значајна детерминанта при формирањето и однесувањето на личноста. Затоа, согледувањето на училишното образование има големо значење при утврдувањето на поврзаноста меѓу степенот на образованието, шизофреното заболување и психосоцијалното функционирање на личноста. Во нашата испитувана популација во акутната група доминираат испитаниците со средно и високо образование, додека кај хроничните пациенти доминираат испитаниците без завршено основно образование или само со основно образование. Голем број автори во своите трудови истакнуваат дека лицата со шизофренија се со помал степен на образование и невработеност. И нашите истражувачки резултати покажаа дека кај испитуваната популација доминираат невработени пациенти, пензионери или корисници на социјална помош, посебно кај испитаниците со хроничен тек на болеста.

Истовремено долго време се верувало дека луѓето од урбаните средини се изложени на поголем ризик од шизофренија за разлика од другите помали населени места, поради стресот и несигурноста на работните места, миграцијата и многу други прашања, што го потврдивме и во нашето истражување.

Веќе е јасно дека социодемографски фактори, како што се возраста, полот, брачниот статус, образованието, работниот статус и приходите постојано се идентификувани како важни фактори во објаснувањето на варијабилноста на шизофренијата и стапките на преваленција. Нашите истражувачки резултати потврдуваат дека веројатноста за

шизофренија кај мажите е поголема во споредба со жените, најчесто се јавува кај луѓето што живеат во урбана средина, додека врз основа на нивото на образование, меѓу поединци со основно или средно училиште.

Денес се смета дека шизофренијата започнува со долг асимптоматски период – од раѓањето до периодот на адолесценцијата – период во кој е зачувана функционалноста на личноста. На оваа фаза се јавува продромалната фаза – периодот на раната адолесценција и раните дваесет години од животот – кој се карактеризира со необично однесување и неспецифични негативни симптоми со благо намалување на функционалните капацитети. Потоа се јавува активната фаза на шизофрениот процес - период меѓу 20-тите и 30-тите години од животот – кога до израз доаѓаат позитивните психотични симптоми на болеста, ремисии (подобрувања) и релапси (влошувања) најчесто без погодување на нивото на функционирање пред појавата на болеста. Последната фаза на болеста започнува во 40-тите години од животот кога се јавуваат негативните и когнитивните симптоми со повремено подобрување на клиничката слика. Постепено настанува редуцирање на функционалните капацитети на личноста на социјален план, како и тераписка резистентност на невротичната терапија, но и на психосоцијалните тераписки интервенции што ни укажува на хроничниот тек на болеста. Затоа, кај пациентите со шизофренија е потребно навреме да се почне со антипсихотична терапија и психосоцијални тераписки интервенции за да може да се влијае врз природниот тек на болеста. Воедно со подолгиот временски период потребен за постигнување задоволително подобрување на психичката состојба на пациентот се продолжува секое наредно влошување на психички план. Истовремено, пациентите што покажуваат лош одговор на невротичната терапија имаат резидуални психотични симптоми што ги намалуваат функционалните капацитети на личноста. Затоа се смета дека до навремена апликација на терапија (фармаколошка, психосоцијални и психотераписки интервенции) може да се редуцираат психотичните симптоми, да се намали регресивниот тек на шизофренијата и да се спречи развојот на тераписката резистенција.

Затоа, голема е улогата на медицинската сестра како дел од здравствениот тим, која во текот на грижата и негата на пациентот со шизофренија има можност да го слуша, да ги процени неговите потреби, да реагира и да гради однос што е многу важен во процесот на лекување на пациентот. Здравствената нега има корени во основните човекови потреби. Таа е личност што му помага на пациентот во следново:

- да ја одржува личната хигиена,
- да се грижи пациентот да се чувствува пријатно и релаксирано,
- да се грижи за неговата исхрана и контрола на телесната тежина,
- да зема редовно терапија,
- да ја следи неговата ментална состојба,
- да учествува во разни креативни активности,
- да комуницира со другите заради изразување на своите потреби и емоции,
- да го подготви за дијагностичките испитувања.

Интервенциите на медицинската сестра кај пациентот со шизофренија се насочени кон олеснување на комуникацијата преку следново:

- при комуникација со пациентот многу е важно трпението и почитувањето,
- пациентот треба да се поттикнува да даде што поопширни одговори, да воспостави социјален контакт и да почне да комуницира со другите пациенти,
- треба да се утврди што се крие зад суманутите идеи или халуцинации (страв или чувство на беспомошност),
- емпатичноста е многу важна, бидејќи пациентот кон медицинската сестра или друг член од тимот ќе развие доверба што влијае врз нивниот натамошен контакт во процесот на лекување.

Важно е да истакнеме дека од квалитетот на интеракцијата што се создава меѓу медицинската сестра и пациентот ќе зависи дали и на кој начин пациентот ќе ја прифати болничката средина и каков терапевски однос ќе се развие меѓу нив, самиот однос не е однапред одреден и се гради при престојот на пациентот во болницата. Многу е важно медицинската сестра што работи на психијатриското одделение да има позитивен став кон шизофрениот пациент, без предрасуди и страв. Хуманоста, трпението и одговорноста при работата се најважни карактеристики на сестрата што работи со овој вид пациенти, при што не смее да го заборава етичкиот кодекс и почитувањето на правата на пациентот со шизофренија. Пациентот мора да стекне доверба дека сестрата сака да му помогне во надминувањето на неговата болест и неговите тешкотии.

Карактеристично е дека со напредување на болеста, пациентот со шизофренија се наоѓа во состојба да живее во согласност со своите преостанати физички способности, така

што неговото соматско и ментално здравје слабее, со што се укажува на неопходноста од активно справување со грижата и задоволување на потребите на пациентите од страна на здравствениот тим, нивното семејство и општествената заедница.

Важно е секоја личност да биде сфатена целосно, во просторот и во времето во кое живее, а тоа посебно се однесува на болната личност кај која зголемената болка и негативните емотивни реакции доведуваат до нејзино зголемено страдање (Kurtz, 2008). Затоа, откако ќе се сфати личноста со присутно ментално нарушување, како што е шизофреното растројство, потребно е да се применат специфични терапевтски мерки, а тоа се следниве:

- Промени во однесувањето и промени во животниот стил (совет за начин на живот, релаксација, зголемена активност).
- Фармаколошки (најчесто антипсихотични, антидепресивни и анксиолиитични медикаменти).
- Специфични психолошки интервенции (групна, семејна, когнитивно-бихевиорална).
- Работни и социјални интервенции (адекватно соочување со стресот, решавање на проблемот, окупациска терапија).

На ваков начин се намалува бројот на хоспитализациите на пациентите со шизофренија, се зголемува квалитетот на нивниот живот, како и се намалува дестигматизацијата на менталното растројство и деинституционализацијата.

ЗАКЛУЧОК (CONCLUSION)

Современата клиничка психологија денес се обидува да ги интегрира различните психолошки теории и концепти со современите неврофизиолошки откритија. Врз ова се засноваат сите обиди и тенденции да се интегрираат различните психотераписки и фармакотераписки интервенции.

Познато е дека внатрешната репрезентација на личниот простор може да се модифицира со искуството. Искуството се модифицира не само преку психичките доживувања, туку и со мозочното функционирање и мозочната архитектура. Сето тоа заедно со единствениот генетски материјал ја констатира биолошката база на личноста. Биолошката основа ги генерира нашите емоции, доживувања и однесување, но и искуството на актуелните активности на мозокот ги реформира во мозочната структура. За разлика од некогашните сознанија, по најновите, структурата на мозокот е променлива и флексибилна, а нашиот ум комплексен, биолошки, историски, културен и социјален феномен.

Според најсовремените психолошки теории, се смета дека психичките феномени што се јавуваат при соматските и менталните заболувања настануваат поради нарушената саморегулација на личноста. Точно е дека сè што се случува во нас, нашиот внатрешен живот, емоции, нашите имагинации, управуваат со нас и влијаат врз нашето однесување. Внатрешниот живот на човекот е многу богат и важен извор за неговите акции, реакции, однесување. Овој концепт одговара на најновите сознанија, на кој дури сега му претстои развој и подобра обработка, кој се заснова врз доказите, кои би дале специфични одговори на сè уште присутната енигма на меѓуодносот и меѓусебното влијание на психолошкото и биолошкото, соматското и церебралното, при функционирањето, реагирањето и однесувањето на личноста.

Дотогаш на клиничарите им останува личното верување и знаење, личното искуство, интеракција и способности при средба со личноста што има соматски или психолошки симптоми, реакција и патологија и која со право од нив очекува помош.

Шизофренијата претставува хронично психичко заболување, клинички синдром каде што се присутни специфични психички симптоми, индивидуални варирања во однос

на клиничката слика, одговор на терапијата и текот на болеста, како и намалување на функционалните капацитети на личноста на сите планови – личен, семеен, работен и социјален.

Во самиот процес на лекувањето, од големо значење е улогата на медицинската сестра, која голем дел од времето го поминува со пациентот со шизофренија во хоспитални услови, па затоа таа е единствената што може да ги забележи проблемите поврзани со здравствената нега. За да може да го реши проблемот, медицинската сестра употребува соодветни интервенции што се насочени на пациентот и индивидуализирани лично за него. Добриот и квалитетниот однос на доверба меѓу медицинската сестра и пациентот претставува најважна карактеристика за задоволителна здравствена нега.

Затоа рехабилитацијата е свртена кон градење вештини потребни за секојдневен живот и работа во заедницата, а се темели врз принципите на заздравување и зајакнување, ја поттикнува автономијата на болниот со поттикнување на способноста за работа и намалувајќи ја неспособноста, ја подобрува самодовербата, социјалното функционирање и квалитетот на животот. Медицинската сестра како дел од здравствениот тим му приоѓа на секој пациент според потребата од здравствената нега, земајќи ги предвид основните потреби на личноста и специфичноста на менталната состојба во која се наоѓа пациентот.

Затоа, од голема важност е формирање на центрите за ментално здравје, кои се предвидени да ги стимулираат пациентите на учество во најразлични рехабилитациски и ресоцијализирани активности, рекреативни активности, да им се обезбеди психофармаколошка терапија, совети, интервенции во кризни состојби, можности за средби со пријатели и активности за преквалификација, како и најразлични видови поддршка заради остварување на сопствените потенцијали.

Добиените резултати во нашето истражување може да бидат од значење за превенција, откривање и лекување на шизофреното растројство. Овие резултати може да бидат насочени и во правец да се помогне при лекувањето на шизофреното заболување, со цел спречување или надминување на веќе настанатите негативни придружни последици. Со адекватна психијатриска и психолошка помош, во вид на советување и психотераписка работа, може да им се помогне на заболените полесно да ја прифатат и да ја надминат болеста. Секако дека овие резултати може да им помогнат и на семејствата на заболените,

но и на стручните лица што се занимаваат со третман на шизофренијата, преку советување и психотерапија во адаптација на болеста, во создавањето нов начин на живеење, како и редовна употреба на невролептична терапија.

KORISTENA LITERATURA (REFERENCES)

- Addington, J., Devoe, D.J., & Santesteban-Echarri, O. (2019). Multidisciplinary treatment for individuals at clinical high risk of developing psychosis. *Curr Treat Options Psychiatry*, 6, 1–16. doi 10.1007/s40501-019-0164-6.
- Adebiyi, M.O., Mosaku, S.K., Irinoye, O.O., & Oyelade, O. (2018). Socio-demographic and clinical factors associated with relapse in mental illness. *IJANS*, 8, 149–53. doi:10.1016/j.ijans.2018.05.007.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 257–266. doi:10.1016/j.schres.2010.10.013.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision). Washington DC: Author.
- Andreasen, N.C. (2002). Negative symptoms of schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 39, 784-792.
- Anderson, V. M., Goldstein, M. E., Kydd, R. R., & Russell, B. R. (2015). Extensive gray matter volume reduction in treatment-resistant schizophrenia. *The international journal of neuropsychopharmacology; 18(7)*, pyv016. doi:10.1093/ijnp/pyv016
- Arbanas, G. (2008). *Psihijatrija*. Zagreb: Naklada Slap.
- Bellak, A.S., Mueser, T.J., & Argesta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step by step guide*. New York-London: The Guilford Press.
- Blanchard, J.J., & Cohen, A.S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for assessment. *Sch Bulletin*, 32(2), 238-244.
- Blom, J. D., & Mangoenkarso, E. (2018). Sexual Hallucinations in Schizophrenia Spectrum Disorders and Their Relation With Childhood Trauma. *Frontiers in psychiatry*, 9, 193. doi:10.3389/fpsy.2018.00193
- Bobes, J., Alvarez, E., & Novick, D. (2021). Clinical meaningful outcomes in schizophrenia: remission and recovery. *Schizophrenia Research*, 4:53-65.

- Bora, E., Akdede, B.B., & Alptekin K. (2017). The relationship between cognitive impairment in schizophrenia and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, 47, 1030–1040. Doi : 10.1017/S0033291716003366.
- Borod, J.C. (2000). *The neuropsychology od emotion*. Oxford, UK: University Press.
- Brissos, S., & Dias, V.V. (2011). The importance of measuriong psychosocial functioning in schizophrenia. *Annals of General Psychiatry*, 10, 12-23.
- Brown, G.W., & Monck, E. (2002). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry*, 16, 55-73.
- Brüne, M., Sonntag, C., Abdel-Hamid, M., Lehmkämpfer, C., Juckel, G., & Troisi, A. (2008). Nonverbal Behavior During Standardized Interviews in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Journal of Nervous and Psychic Disease*, 196 (4), 282-288. doi:10.1097/NMD.0b013e31816a4922
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, K. J., Irrarazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, R. D. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 2. doi:10.1007/s11920-017-0756-z
- Cannon, T.D., Medrick, S.A., & Parmas, J. (2009). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive symptom schizophrenia in high risk population. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 622-632.
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C. Y., & Barnett, J. H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 84, 92-99. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.11.014
- Curley, A., Agada, E., Emechebe, A., Anamdi, C., Ng, X.T., & Duffy, R. (2016). Exploring and explaining involuntary care: the relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *Int J Law Psychiatry*, 47, 53–9. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.02.034.
- De Jonge, J. C., Vinkers, C. H., Hulshoff Pol, H. E., & Marsman, A. (2017). GABAergic Mechanisms in Schizophrenia: Linking Postmortem and In Vivo Studies. *Frontiers Psychiatry*; 8, 118. doi:10.3389/fpsyt.2017.00118

- DeLisi, L. E., Szulc, K. U., Bertisch, H. C., Majcher, M., & Brown, K. (2006). Understanding structural brain changes in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, *8*(1), 71-78. doi:10.31887/DCNS.2006.8.1/ldelisi.
- Dickenson, F., & Ringel, N. (1999). Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *37*, 13-20.
- Driver, D. I., Thomas, S., Gogtay, N., & Rapoport, J. L. (2020). Childhood-Onset Schizophrenia and Early-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: An Update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *29*(1), 71-90. doi:10.1016/j.chc.2019.08.017.
- Dudbridge, F. (2013). Power and predictive accuracy of polygenic risk scores. *Public Library of Science genetics*, *9*(3), doi:10.1371/journal.pgen.1003348
- Green, M.H., Olivier, B., & Penn, D.L. (2005). Social disfunction in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, *121*, 114-132.
- Haro, J.M., Novick, D., & Roca, M. (2008). Predictors of the course of illness in outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Pharmacology and Biological Psychiatry*, *32*, 1287-1294.
- Hayes, R.I., & Halford, W.K. (2019). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, *26*, 433-443.
- Henriksen, M. G., Nordgaard, J., & Jansson, L. B. (2017). Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations. *Frontiers in human neuroscience*, *11*, 322. doi:10.3389/fnhum.2017.00322
- Hotujac LJ. (2006). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska Naklada.
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet psychiatry*, *4*(4), 295-301. doi:10.1016/S2215-0366(17)30078-0.
- Hunter, R., & Barry, S. (2012). Positive and negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry*, *26*, 432-439.
- Junginger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, I. (2008). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*, *49*, 218-228.
- Kendler, K. S., & Mishara, A. (2019). The Prehistory of Schneider's First-Rank Symptoms: Texts From 1810 to 1932. *Schizophrenia bulletin*, *45*(5), 971-990. doi:10.1093/schbul/sbz047.
- Kring, M. A., & Campellone, T. R. (2012). Emotion Perception in Schizophrenia: Context Matters. *Emotion Review*, *4*(2), 182-186. doi:10.1177/1754073911430140.

- Kurtz, M. M., & Tolman, A. (2011). Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: what is their relationship? *Schizophrenia research*, *127(1-3)*, 157-162. doi:10.1016/j.schres.2010.12.004
- Lee, H. J., Preda, A., Ford, J. M., Mathalon, D. H., Keator, D. B., Van Erp, T. G., Potkin, S. G. (2015). Functional Magnetic Resonance Imaging of Motor Cortex Activation in Schizophrenia. *Journal of Korean Medical Science*, *30(5)*, 625-631. doi:10.3346/jkms.2015.30.5.625
- McGlashan, T.H., & Fenton, W.S. (2012). The positive-negative disfunction in schizophrenia: review of natural history validators. *Arch Gen Psychiatry*, *49*, 63-72.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*; *30*, 67-76.
- Melle, I., Larsen, T.K., & Haarhr, U. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in acute and chronic schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry*, *65*, 634-640.
- Meehan, T., Stedman, T., Parker, S., Curtis, B., & Jones, D. (2017). Comparing clinical and demographic characteristics of people with mental illness in hospital - and community - based residential rehabilitation units in Queensland. *Health Promot J Austr*, *41*, 139-43. doi: 10.1071/AH15207.
- Messias, E., Chen, C. Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of schizophrenia: Review of findings and myths. *The Psychiatric clinics of North America*, *30(3)*, 323-328. doi:10.1016/j.psc.2007.04.007
- Mimica, N., & Folnegovič-Šmalc, V. (2006). Epidemiologija Shizofrenije. *Medix*, *12*, 74-75. Retrieved from www.researchgate.net/publication/299533681 Epidemiologija shizofrenije
- Moller, H.J. (2007). Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, *22*, 380-386.
- Muller, B.L., Darby, A., Benson, D.F., & Cummins, J.L. (1997). Aggressive, socially disruptive and antisocial behavior associated with fronto-temporal dementia. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 150-155.
- Pattij, T., & Vanderschuren, L.J.M.J. (2008). The neuropharmacology of impulsive disorder. *Trends in Pharmacological Sciences*, *29*, 192-199.
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, *2*, 167-182.
- Puri, B., & Treasaden, I. (2010). Psychiatry. Bo B. Puri, & I. Treasaden, *An Evidence-Based Text* (crp. 3-23). London: Edward Arnold (Publishers) Ltd.

- Rabinowitz, J., & Levine, S.Z. (2009). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research*, 42, 167-175.
- Racenstein, J.M., Harrow, M., & Reed, R. (2002). The relationship between positive symptoms and work functioning in schizophrenia: a 10 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 56, 95-103.
- Racenstein, J.M., & Harrow, M. (2014). The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia. *Schizophr Res*, 56, 95-103.
- Rocca, P., & Zappin, S. (2014). Negative symptoms and every day functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 3, 284-289.
- Ристевска, С. (2005). *Здраестеена иега*. Битола.
- Ross, C.A., Margolis, R.I., Reading, S.A., & Platnikov, M (2006). Neurobiology of schizophrenia, *Neuroscience*, 52:139-152.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., & Vaughn, C. (1998). The community management of schizophrenia. A controlled trial of behavioral intervention with families to reduce relaps. *Br J Psychiatry*, 153, 532-546.
- Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Sheridan Rains, L., & Leverton M. (2017). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry*, 6, 1039–53. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30406-7.
- Wible, C.G., Anderson, J., & Shenton, M.E. (2011). Prefrontal cortex, negative symptoms and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 108, 65-78.
- Williams, A., & Farrell, M. (2004). Substance use and psychosis. *Psychiatry*, 3, 52-56.
- Winters, J., & Ballouk, A. (2004). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 533-535.
- WHO. (2013). *DSM-5;Diagnostic and Statistica Nanual of Psychic Disorders*. Washington,London: American Psychiatric Association.

