

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S BIPOLARNO AFEKTIVNIM POREMEĆAJEM

Jekić, Ingrid

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:528656>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Ingrid Jekić

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S BIPOLARNO AFEKTIVNIM
POREMEĆAJEM

Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Ingrid Jekić

HEALTH CARE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER PATIENT

Final work

Rijeka, 2021.

Mentor rada: Radoslav Kosić, prof. rehab., bacc. med. techn.

Završni rad obranjen je dana _____ u Rijeci na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, preddiplomskom stručnom studiju sestrinstva pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA SVEUČILIŠTA U RIJECI
Studij	PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO
Vrsta studentskog rada	ZAVRŠNI RAD
Ime i prezime studenta	INGRID JEKIĆ
JMBAG	0351004649

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S BIPOLARNO AFEKTIVNIM POREMEĆAJEM
Ime i prezime mentora	RADOSLAV KOSIĆ
Datum predaje rada	9.8.2021.
Identifikacijski br. podneska	1631534392
Datum provjere rada	15.8.2021.
Ime datoteke	Bipolarni_poreme_aj-zavr_ni_rad-
Veličina datoteke	341.71K
Broj znakova	64751
Broj riječi	10584
Broj stranica	60

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	6%
Internet Source	5%
Student Paper	1%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> DA
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Nakon provjere podudarnosti pomoću Turnitin programa dobivena je podudarnost od 6%. Može se zaključiti da je Završni rad, izvorni rad studentice.

Datum

15.kolovoza 2021.

Potpis mentora

POPIS KRATICA

ADHD – Attention deficit hyperactivity disorder

BAP – Bipolarno afektivni poremećaj

CT – Kompjuterizirana tomografija

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEG – Elektroencefalogram

EKG – Elektrokardiogram

EKT – Elektrokunvulzivna terapija

FDA – Food and Drug Administration

HCL – 32 – Hypomania Check List – 32

KBT – Kognitivno – bihevioralna terapija

MAO – Inhibitori monoaminooksidaze

MDQ – Mood Disorder Questionnaire

MKB – 10 – Međunarodna klasifikacija bolesti – 10

SSRI – Selektivni inhibitori ponovnog unosa serotonina

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

TCA – Triciklički antidepresivi

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Teorijske osnove.....	2
1.2. Etiologija.....	3
1.3. Klasifikacija poremećaja raspoloženja.....	4
1.3.1. Klasifikacija Američke psihijatrijske udruge.....	4
1.3.2. Klasifikacija prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji.....	4
1.4. Vrste bipolarnog afektivnog poremećaja.....	5
1.5. Manična epizoda.....	6
1.5.1. Klinička slika manične epizode.....	6
1.5.2. Hipomanija.....	7
1.6. Depresivna epizoda.....	8
1.6.1. Klinička slika depresivne epizode.....	8
1.7. Miješana epizoda.....	11
1.8. Dijagnostika.....	12
1.9. Liječenje.....	13
1.9.1. Farmakološko liječenje.....	13
1.9.1.1. Stabilizatori raspoloženja.....	14
1.9.1.2. Antipsihotici.....	15
1.9.1.3. Antidepresivi.....	16
1.9.2. Psihoterapija.....	16
1.9.2.1. Kognitivno – bihevioralna terapija.....	17
1.9.2.2. Interpersonalna terapija.....	17
1.9.2.3. Psihoedukacija bolesnika i obitelji.....	17
1.9.3. Elektrokonvulzivna terapija.....	18
1.10. Zdravstvena njega bolesnika s bipolarnim poremećajem.....	19
1.11. Stigmatizacija bolesnika oboljelih od bipolarnog poremećaja.....	21
1.12. Zdravstveni odgoj.....	22
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	23

2.1. Cilj rada	23
2.2. Hipoteza	23
3. ISPITANICI I METODE	24
4. REZULTATI	25
5. RASPRAVA	41
6. ZAKLJUČAK	43
7. SAŽETAK	44
7.1. SUMMARY	45
8. LITERATURA	46
9. PRILOZI	49
10. ŽIVOTOPIS	54

1. UVOD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) zdravlje je „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti“ (2).

Raspoloženje je psihička funkcija koja oslikava našu unutarnju reakciju na vanjska zbivanja i u životu svakog pojedinca postoje razne faze sniženog i povišenog raspoloženja. Mentalno zdravlje pomaže u aktiviranju obrambenih mehanizama u situacijama napetosti i stresa te također utječe na donošenje važnih odluka i međuljudske odnose. Pojedinac se tijekom života nalazi u raznim situacijama koje ponekad mogu utjecati na njegove misli, osjećaje i ponašanje. Mnogo je čimbenika i stresora koji doprinose problemima mentalnog zdravlja, a neki od njih uključuju biološke faktore poput gena, životna iskustva poput trauma te pozitivna obiteljska anamneza. Upravo takav opetovani disbalans raznih komponenti ljudskog organizma može rezultirati pojavom psihičkih bolesti.

Jedan od brojnih mogućih psihičkih poremećaja koji se ubraja u 10 najvećih svjetskih javnozdravstvenih problema je bipolarni afektivni poremećaj. On pripada skupini poremećaja raspoloženja te ga karakteriziraju izmjene epizoda smanjenog raspoloženja i povišenog raspoloženja i stanje remisije. „Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, bipolarni afektivni poremećaj ima oznaku F-31“ (3).

1.1. Teorijske osnove

„Bipolarni afektivni poremećaj ili kroz povijest poznat kao manično – depresivna psihoza je patološki poremećaj raspoloženja koji se događa kada tuga ili radost imaju intenzitet ili vremensko trajanje iznad očekivanog i uobičajenog“ (4).

Bipolarni afektivni poremećaj dijeli se na dva glavna tipa: bipolarni afektivni poremećaj tipa I, bipolarno afektivni poremećaj tipa II i na dva podtipa: ciklotimija i brzo izmjenjujuće faze. U svim tipovima postoje dramatične i ekstremne promjene raspoloženja (5).

Za bipolarno afektivni poremećaj dugo se smatralo da je vrlo rijedak kod mladih, naročito kod djece no istraživanja potvrđuju da se najveći broj oboljelih od bipolarnog poremećaja pojavljuje u dobi od 12.-te do 22.-e godine života (6). Obzirom da problemi i pojava prvih simptoma započinje u tim godinama odnosno u doba adolescencije koje je obilježeno kao burno emocionalno razdoblje u kojem pojedinac izgrađuje svoj identitet vrlo je teško raspoznati radi li se doista samo o uobičajenom životnom razdoblju kao takvom ili o psihičkoj bolesti. Konačna klinička dijagnoza bipolarno afektivnog poremećaja postavlja se tek od 30.-te godine života pa nadalje što ujedno znači da bolest može ostati prikrivena i više od 10 godina.

Učestalost ovog poremećaja među spolovima je jednaka (7). Razlika je što su žene češće u fazi depresije dok su muškarci češće u fazi manije. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, tijeka bolesti i obiteljske anamneze. Pozitivna klinička slika podrazumijeva da je osoba imala barem dvije epizode značajno promijenjenog raspoloženja. Liječenje je složen i dugotrajan proces koji je potrebno započeti odmah po postavljanju dijagnoze. Nažalost, zbog prevelikog vremenskog perioda između pojave bolesti i postavljanja konačne dijagnoze, u gotovo 70% slučajeva nakon remisije dolazi do relapsa unutar 2 do 5 godina (8).

1.2. Etiologija

Bipolarni poremećaj uvrštava se u kompleksne psihičke poremećaje koji je uzrokovan raznim faktorima: biološkim, psihološkim i socijalnim (9).

Na nastanak poremećaja može utjecati predispozicija povezana s pozitivnom obiteljskom anamnezom. Učestalost poremećaja raspoloženja među rođacima povezana je putem X – vezanog gena. Ako je netko u srodstvu obolio od bipolarnog poremećaja, tada rođaci imaju 3 puta veće šanse za obolijevanje od istoga, pogotovo ako je riječ o rodbini u prvom koljenu (10). S druge strane, do poremećaja može doći zbog nagomilanog stresa s kojim se osoba ne zna pravilno suočiti. Životne situacije često su u današnje vrijeme pune stresnih događaja, bilo pozitivnih ili negativnih. Gubitak posla, razvod, financijski problemi samo su neki od životnih problema koji nepovoljno djeluju na pojedinca. Nakupljanje svakodnevnih životnih opterećenja može pospješiti pojavu bipolarno afektivnog poremećaja. Stres i opterećenje često su pokretači maničnih, depresivnih i miješanih epizoda uz pozadinu odgovarajuće biološke sklonosti, ali nisu uzrok bipolarno afektivnom poremećaju (11). Zapravo ne postoji niti jedan točan i specifičan uzrok bipolarnom poremećaju. U životu, svaka osoba prolazi kroz za nju stresno i traumatično iskustvo. Takve situacije dovode do disbalansa procesuarnih tvari u organizmu što posljedično može rezultirati pojavom manično – depresivne faze.

1.3. Klasifikacija poremećaja raspoloženja

1.3.1. Klasifikacija Američke psihijatrijske udruge

Prema klasifikaciji Američke psihijatrijske udruge, DSM – 5 (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) formiran je popis osnovnih obilježja koja moraju biti zadovoljavajuća kako bi se postavila valjana dijagnoza samog poremećaja, trajanje i odsutnost drugih simptoma. Klasifikacija uključuje bipolarni poremećaj I i bipolarni poremećaj II (10).

U bipolarnom poremećaju I javljaju se manične ili miješane epizode, ali se najviše javljaju simptomi depresije. Ukoliko je osoba prvi put oboljela i ustanovila se manična faza, kao dijagnoza se postavlja bipolarni poremećaj I.

Bipolarni poremećaj II je kada osoba ima pozitivnu obiteljsku anamnezu na postojanje bipolarno afektivnog poremećaja. Taj oblik je teže prepoznati jer se hipomanija često previdi odnosno pojedinac se osjeća radosno, poletno i pun energije, a neke ozbiljne promjene u tom trenutku nisu u potpunosti uočljive što samo pogoršava stanje pojedinca i prolongira otkrivanje poremećaja na vrijeme. Suprotno maničnom raspoloženju, stanje depresije se puno prije zamjećuje zbog toga što se osoba povlači iz društva i zatvara u sebe što bližnja okolina primjećuje i uviđa postojanje problema.

1.3.2. Klasifikacija prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB) koja je službena u Republici Hrvatskoj, objavljena je 1992. godine od SZO i koristi se u većini europskih zemalja (11). Psihijatrijske bolesti odnosno dijagnoze nalaze se u poglavlju V, označene su slovom F i čine 99 dijagnostičkih kategorija. Bipolarni afektivni poremećaj prema MKB – 10, zauzima raspon oznaka od F31.0 do F31.9.

1.4. Vrste bipolarnog afektivnog poremećaja

Bipolarni afektivni poremećaj tipa I znači da je osoba prošla kroz najmanje jednu maničnu epizodu koja je trajala 4 uzastopna dana, nakon čega mogu, ali i ne moraju uslijediti epizode depresije. Ovaj tip poremećaja može se pojaviti u bilo kojem životnom dobu. Bipolarni afektivni poremećaj tipa II dijagnosticiran je osobama koje su imale više od 1 epizode teške depresije i barem jedno 24-satno razdoblje hipomaničnih misli i ponašanja (12).

Ciklotični poremećaj obuhvaća promjene raspoloženja koje nisu odveć intenzivne, ali mogu trajati duže vrijeme. Prva faza slična je hipomaničnoj epizodi, u kojoj je bolesnikovo raspoloženje neobično povišeno, pretjerano i ekspanzivno i traje barem 4 dana. Nakon toga osoba postaje tužnom, deprimiranom pa čak i očajnom. Ovakve promjene raspoloženja moraju se pojavljivati barem jednom na svaka 2 mjeseca tijekom dviju godina kod odraslih odnosno tijekom jedne godine kod djece i adolescenata.

Brzo izmjenjujuće faze podrazumijevaju brze promjene raspoloženja odnosno barem 4 promjene unutar 12 mjeseci. Može se pojaviti u bilo kojem trenutku i trajati različito dugo. Težina simptoma i trajanje ove faze uglavnom ovisi o metodama liječenja i njihovom ispravnom primjenom. Brzo izmjenjujuća faze pojavljuje se u do 20% osoba koje boluju od bipolarno afektivnog poremećaja, a češće zahvaća žene te osobe koje boluju od bipolarno poremećaja tipa II. Osobe čije je ovo trenutno stanje bolesti, moraju biti hospitalizirane i pod što većim nadzorom zdravstvenih djelatnika obzirom da je u ovoj fazi rizik za pokušaj samoubojstva još i veći nego u bipolarno afektivnom poremećaju općenito (12).

Usponi i padovi u bipolarnom afektivnom poremećaju imaju ciklus koji se pojavljuje s učestalošću od svakih nekoliko mjeseci ili godina. Osoba može biti u fazi povišenog raspoloženja nekoliko dana ili tjedana, a tada u fazi depresije više mjeseci ili godina. Uglavnom faze depresije traju dulje nego faze manije. Više od polovice osoba oboljelih od bipolarnog poremećajem ima narušene socijalne kontakte koji podrazumijevaju neslaganje unutar obitelji i probleme na poslu.

Također, bipolarni poremećaj u većini slučajeva dolazi kao primarna bolest koja na sebe nadovezuje mnoge druge. U svakodnevnoj kliničkoj praksi pridružene bolesti su: ADHD (engl. *Attention deficit hyperactivity disorder*), poremećaj ponašanja, anksiozni poremećaj i pervazivni razvojni poremećaj. Svaki od navedenih poremećaja ima slične manifestacije kao i sam bipolarni afektivni poremećaj što dodatno otežava dijagnostiku i liječenje (13).

1.5. Manična epizoda

Manična epizoda nastaje vrlo naglo, tijekom nekoliko sati ili dana, ali može se katkad razvijati i tijekom nekoliko tjedana. U većine bolesnika je svijest očuvana dok je samo u nekih izražen ekscesivni nemir, napetost, nerazumljiv govor i poremećaj vegetativnih funkcija. Sumanute misli poput ideje moći, veličine i bogatstva prisutne su kod nekih bolesnika te se mogu svrstavati u psihoze. Vanjski izgled bolesnika je ekstravagantan (upadljiva šminka, neobične odjevne kombinacije, pretjerani nakit). Okolina odnosno prostor u kojem živi nagomilan je raznim predmetima, zidovi su oblijepljeni optimističnim slikama i uzrečicama. Neprekidno traženje kontakta iz okoline, prekomjerno trošenje, sklonost ka konzumiranju alkohola i kockanju.

Raspoloženje se opisuje kao euforično, radosno i bučno. U nekih bolesnika raspoloženje može biti iritabilno s niskim pragom tolerancije što rezultira bijesom, ljutnjom i agresijom.

1.5.1. Klinička slika manične epizode

Kliničkom slikom dominira izrazito dobro i povišeno raspoloženje (hipertimija) uz koje se katkad javlja emocionalna labilnost koja se izmjenjuje s fazama manije, anksioznosti i depresije u svega nekoliko minuta ili sati. Manična epizoda koja se ne liječi može trajati i do 3 mjeseca (14). Psihomotorika je ubrzana i povišena. Bolesnik ubrzano govori, pretjerano gestikulira, naglašava mimiku lica i u stalnom je pokretu. Javlja se velika sklonost za rasipništvo, zaduživanje, nepotrebno izlaganje rizičnim situacijama i opasnim radnjama. U pravilu, bolesnik u maniji nije heteroagresivan, ali je sklon donositi važne odluke olakotno i brzopleto čime ponekad može dovesti sebe i druge u opasnost. Usprkos euforičnom raspoloženju koje iziskuje puno energije, bolesnik osjeća potpunu tjelesnu snagu i kondiciju. Misaoni tijek je ubrzan, ideje naviru jedna za drugom. Govor je ispunjen rimovanjem i šalama. Obzirom da su misaoni tijek i govor ubrzani, gubi se logička usmjerenost i bolesnika postaje teško za pratiti u komunikaciji. U akutnom maničnom uzbuđenju govor može biti potpuno nerazumljiv i nelogičan. Hipervigilitet s izrazito smanjenim tenacitetom. Bolesnik preskače s jedne teme na drugu, ali ni jedan razgovor ne privodi do kraja. Izrazito je pojačana pasivna pažnja zbog koje bolesnik primjećuje sve sitne i nevažne detalje u okolini.

Perceptivne funkcije su uglavnom uredne, ali neki bolesnici mogu razviti psihotične simptome poput halucinacija. Halucinacije u većini slučajeva odgovaraju bolesnikovu raspoloženju i temama. Deluzije su gotovo uvijek povezane s doživljajem posjedovanja nadnaravnih psihičkih i fizičkih moći. Muškarci od „posebnih moći“ naglašavaju pretjeranu seksualnu moć, dok žene imaju osjećaj vlastite neodoljivosti. Pojačana voljna aktivnost (hiperbulija) bolesnika u maničnoj fazi mijenja se razmjerno brzim promjenama planova i aktivnosti. Pamćenje i inteligencija su očuvani u svih bolesnika. Nagoni su pojačani i ubrzani. Zbog povećane želje za seksualnom aktivnošću i hipererotizacije često se osoba prepušta promiskuitetnom ponašanju. Pretjerano samopouzdanje dovodi do gubitka samokontrole pa se javlja neprikladno i neprihvatljivo društveno ponašanje. Appetit je obično povećan, ali zbog pretjerane tjelesne aktivnosti i potiskivanja potrebe za hranom bolesnici zapravo gube na tjelesnoj težini. Mogućnost razlučivanja dobrih i loših postupaka je smanjena pa se osobe u stanju manije često upuštaju u nezakonite i kriminalne radnje. Osoba nema dostatan uvid u svoju bolest ili uvid uopće ne postoji zbog čega nastupaju nepovjerenje i problemi pogotovo ako je osoba u jače izraženom maničnom stanju kad odbija svaki nagovor na liječenje. Manični bolesnici su otporniji na hladnoću, pojačano se znoje, imaju pojačanu izdržljivost i mišićnu snagu, a nerijetko i povišeni krvni tlak praćen tahikardijom. Izrazito kratko spavanje još jedan je karakterističan pokazatelj da se bolesnik nalazi u maničnoj epizodi bolesti. San traje po nekoliko sati ili u potpunosti izostaje po nekoliko dana. Usprkos poremećenom bioritmu, bolesnici se osjećaju puni energije.

1.5.2. Hipomanija

Neprikladno, povišeno ili razdražljivo raspoloženje u trajanju od najmanje četiri dana obilježje je bolesnika u hipomaniji. Ostali simptomi koji su prisutni gotovo su jednaki onima koji se javljaju u maniji. Hipomanija može biti reakcija na stres ili posljedica nepotpune terapijske kontrole manije. Razlika između ova dva stanja je ta da promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju.

1.6. Depresivna epizoda

Uobičajeni afekti (tuga, bol, razočarenje) dio su svakodnevnog života pojedinca, no ponekad učestalost i intenzitet tih emocija traje iznad očekivanog i uobičajenog što krajnje može rezultirati patološkim stanjima ili poremećajem raspoloženja. Uz dominantno promijenjeno raspoloženje pojavljuje se prenadražena autonomnog živčanog sustava, anksioznost i u većine slučajeva nesanica. Značajni gubitci poput smrti, rastave braka, gubitka posla u čovjeka pobuđuju negativne emocionalne odgovore koji ne uzrokuju kliničku depresiju, osim u osoba koje imaju predispoziciju za razvoj iste. Osjećaj tuge i žalosti u svakodnevnom govoru su sinonim za depresiju, ali s druge strane depresivni bolesnici svoje emocionalno stanje opisuju kao iznimnu patnju i duševnu bol. Depresivna epizoda se jednako kao manična epizoda može razviti naglo („preko noći“), tijekom nekoliko dana ili nastaje postupno kroz više tjedana. Većina bolesnika prvo doživi depresivnu fazu koja može trajati i godinama, pa tek onda se pojavljuje prva manična ili hipomanična epizoda (14).

1.6.1. Klinička slika depresivne epizode

Depresivno raspoloženje najčešće se prepoznaje po negativnom i pesimističnom pogledu na svijet oko sebe. Osoba ne uživa u svakodnevnim životnim aktivnostima već sve doživljava kao besmisleno i naporno. Javlja se nisko samopoštovanje i gubitak osjećaja zadovoljstva (anhedonija). Orijentacija i svijest u depresivnih bolesnika su u pravilu očuvane. Bolesnik je u mogućnosti uredno se orijentirati prema vremenu, prostoru i drugim osobama. Vanjski izgled i držanje je karakteristično. Bolesnikovo lice je tužno, odaje zabrinutost, potištenost i uplašenost. Mimika ovakvog tužnog lica lako se ogleda u borama na čelu i u spuštenim kutovima usana. Bolesnik koji sjedi većinom ima vrlo oskudne pokrete, drži pognutu glavu, a pogled mu je usmjeren u pod. Suprotno tome, bolesnik može biti agitiran što se očituje nemirom, pucketanju prstima i čupanjem kose. Neki od bolesnika su u pokretu i neprestano traže pažnju i pomoć iz okoline. Plakanje je još jedan karakterističan znak u depresiji, ali se nerijetko mogu vidjeti i depresivni bolesnici koji ne mogu plakati, a željeli bi, takozvana „suha depresija“.

Većina depresivnih bolesnika je zapuštene vanjštine i izgleda, ali ima i onih koji svoje depresivno stanje negiraju, pa vrlo paze na vanjski izgled. Depresivni bolesnici proživljavaju niz neugodnih emocionalnih doživljaja, preplavljeni su strahom od budućnosti, utučeni su, ništa od svakodnevnih aktivnosti ih ne može razveseliti i dati im nadu. Depresivno raspoloženje često tjera osobu u krajnosti gdje je njezino samopoštovanje jednako nuli i konstantno osjeća krivnju. U bolesnika koji se nalaze u stanju agitirane depresije javlja se izrazit nemir i jaka anksioznost što znakovito mijenja ponašanje bolesnika. Jedan od karakterističnih znakova koji pripomaže u praktičnom razlikovanju depresije od uobičajene tuge je anhedonija. Anhedonija se opisuje kao gubitak osjećaja radosti ili osjećaj bezosjećajnosti zbog emocionalnog pada u kojem osoba vrlo malo ili čak nikako ne reagira na događaje u okolini. Depresivno raspoloženje okarakterizirano je i dnevnim oscilacijama, jutarnje i večernje pogoršanje, a sredina dana prolazi relativno „pod kontrolom“. Kretnje bolesnika mogu biti usporene što se naziva psihomotornom retardacijom ili nemirne i nervozne što se naziva agitacijom. Agitacija je u pravilu češća kod starijih bolesnika. Psihomotorna inhibicija podrazumijeva usporene pokrete, oskudnu mimiku i gestikulaciju, monoton i spor govor što sve može dovesti do depresivnog stupora. Tijek misli je vrlo usporen, a sadržajem dominiraju pesimistične i depresivne teme. Bolesnik nema perspektivnosti, razmišlja o suicidu i nihilizmu. Pažnja je smanjenog vigiliteta i pojačanog tenaciteta. U nekih bolesnika pojavljuje se sumanutost pa se to označava kao psihotična depresija. Psihotično depresivni bolesnici potpuno zanemaruju osobnu higijenu i odbijaju govoriti. Sumanute misli uključuju osjećaj krivnje, proganjanje, umišljene teške fizičke bolesti, prekomjerno znanje i veličanje. Percepcija u depresivnih bolesnika je uglavnom očuvana, dok je kod psihotično depresivnih bolesnika narušena. Psihotični bolesnici kroz slušne iluzije i halucinacije steknu uvjerenje da drugi ljudi o njima govore kako zaslužuju smrt jer su bezvrijedni. Volja bolesnika može biti snižena (hipobulija) no u nekim slučajevima može doći do potpunog gubitka volje (abulija). Svaka aktivnost pa čak i ona najmanja od njih iziskuje velike napore stoga postaju vrlo ovisni o okolini. Upravo ta ovisnost o ljudima iz njihove okoline stvara dodatan problem jer se osjećaju na teret drugima. Inteligencija i pamćenje uglavnom su bez oštećenja, no u nekim slučajevima pamćenje može biti promijenjeno kad se javljaju izvrnuta i pogrešna sjećanja (alomnezija). Posebnu pozornost treba usmjeriti k depresivnoj pseudodemenciji. Starije osobe žale se na oslabljenu koncentraciju, zaboravljivost, otežano mišljenje što su primarno obilježja demencije. Sukladno tome može doći do pogrešnog postavljanja dijagnoze.

Najveću opasnost u depresivnih bolesnika predstavljaju porivi na suicidalnost. Više od dvije trećine bolesnika pomišlja na suicid kao na moguće rješenje i okončavanje svoje patnje. Interes za seksualne aktivnosti je smanjen sve do impotencije u muškaraca i frigiditeta u žena. Appetit u depresivnih bolesnika je uglavnom smanjen što posljedično rezultira smanjenjem tjelesne mase. Samo u nekim slučajevima takozvane atipične depresije bolesnici imaju pojačan apetit, no to se događa vrlo rijetko. Uvid u bolest je očuvan. Bolesnici su upoznati i potvrđuju svoju bolest, ali je nerijetko smatraju neizlječivom. Takav stav proizlazi iz prevelike kritičnosti prema samome sebi i okolini te osjećaju da su bezvrijedni i da sve patnje kroz koje prolaze zapravo i zaslužuju. Spavanje depresivnih bolesnika izrazito je poremećeno. Glavni problemi su teško usnivanje, ranojutarnje buđenje i isprekidano spavanje. Suprotno tome, ukoliko osoba boluje od atipične depresije javlja se prevelika potreba za snom (hipersomnija). Veoma je narušena funkcija i drugih organskih sustava. U kardiovaskularnom sustavu bilježe se promjene srčanog ritma i krvnog tlaka, može se pojaviti osjećaj hladnoće i cijanoza okrajina. Respiracija može biti otežana. Zbog neadekvatnog načina prehrane odnosno izostanka apetita javljaju se tegobe gastrointestinalnog trakta poput opstipacije i suhoće usta. Pad libida, impotencija i promjene u menstrualnom ciklusu uzrokuju disbalans u genitalnom sustavu.

Od 15% do 20% neliječenih ili neadekvatno liječenih bolesnika počini samoubojstvo (15). Suicidalna razmišljanja kriju se na primjer u želji osobe da umre od neke fizičke bolesti, upuštanjem u po život opasne radnje kao što su penjanje na krov, hodanje po pruži. Planiranje samoubojstva predstavlja visok rizik za izvođenje istoga. Porivi za samoubojstvom mogu biti prolazni i ponavljajući pa je zbog toga većinom nužna prisilna hospitalizacija bolesnika.

1.7. Miješana epizoda

Bolesnik proživljava brze izmjene maničnih, hipomaničnih i depresivnih simptoma. Anamneza mora biti pozitivna za najmanje jednu maničnu ili hipomaničnu epizodu. Tipični oblici bipolarno afektivnog poremećaja temelje se na principu izmjene depresivnih i maničnih epizoda s razdobljima normalnog raspoloženja ili remisije. Stanje koje se naziva miješana epizoda podrazumijeva također izmjene simptoma manije i depresije no u tom slučaju izmjene se ne događaju postepeno kroz dulji period već se događaju iz dana u dan, pa čak i iz sata u sat. Klinička slika miješane epizode bolesti vrlo je teška i složena, a odgovor na psihofarmakološko liječenje je u pravilu lošiji.

1.8. Dijagnostika

U samom početku razvoja poremećaja za postavljanje dijagnoze više se ističu subjektivni doživljaji bolesnikove okoline koja primjećuje promjene nego objektivni kriteriji. Ponekad dolazi do pogrešnog postavljanja dijagnoze obzirom da u većine slučajeva poremećaj započinje depresivnom epizodom, teško je odmah utvrditi radi li se o dugoročnoj depresiji ili bipolarnom poremećaju. Dijagnoza se postavlja ako su prisutne najmanje dvije epizode poremećaja raspoloženja (dvije manije ili hipomanije, manija i depresija, depresija i hipomanija) između kojih je postojalo stanje potpune remisije.

Genetska predispozicija važna je komponenta u razvijanju bipolarnog poremećaja, ali ključnu ulogu imaju nepovoljni okolinski faktori. Može se reći da osoba ima predispoziciju za nastanak poremećaja, jer u obitelji ima oboljelih, ali ipak to nužno ne znači da će i ta osoba razviti poremećaj raspoloženja.

Danas se razvijaju i koriste posebni upitnici namijenjeni za osobe kod kojih se sumnja da postoji bipolarno afektivni poremećaj. Najviše se u praksi koriste HCL – 32 (engl. *Hypomania Check List*) i MDQ (engl. *Mood Disorder Questionnaire*) upitnici. HCL – 32 je upitnik za bolesnike u svrhu identifikacije hipomaničnih simptoma i postavljanja dijagnoze bipolarnog poremećaja tipa II (16). MDQ je probirni upitnik za otkrivanje bipolarnih bolesnika. Upitnik se sastoji od 15 pitanja, od kojih 13 pitanja su strukturirana da/ne i istražuju manične i hipomanične simptome, a posljednja dva pitanja odnose se na skupine simptoma i socijalnu funkcionalnost. Bolesnik koji potvrdno odgovori na prvih sedam pitanja i na posljednja dva, moguće je da boluje od bipolarno afektivnog poremećaja (17). Konačna klinička dijagnoza temelji se na navedenim upitnicima, dobro uzetoj anamnezi i ostalim laboratorijskim i kliničkim pretragama kako bi se isključile ili potvrdile neke druge bolesti ili poremećaji. Sukladno tome, rade se kompletna krvna slika, biokemijski nalazi, EKG, EEG, CT mozga i psihologijsko testiranje (18).

1.9. Liječenje

Liječenje bipolarnog poremećaja temelji se na lijekovima i psihosocijalnim postupcima. Liječenje ima za cilj ublažiti ili u potpunosti ukloniti simptome, povratiti socijalno funkcioniranje bolesnika te smanjiti mogućnost relapsa ili recidiva bolesti (19). Konačni cilj liječenja je da bipolarni poremećaj što manje narušava kvalitetu života. Potrebno je liječenje prilagoditi trenutnom stanju bolesnika odnosno raspoznati da li je bolesnik u maničnoj, depresivnoj ili miješanoj epizodi. Nakon potvrđenih simptoma, potrebno je razlikovati i faze liječenja: akutna, faza stabilizacije i profilaktička faza. Cilj akutne faze je smirivanje simptomatike. Tijekom liječenja akutne faze bolesnik se mora hospitalizirati zbog moguće progresije stanja. Faza stabilizacije traje otprilike od 4 do 6 mjeseci nakon akutne faze, u prvim mjesecima ove faze simptomi su još postojani, ali jenjavaju. Iako je osoba u fazi stabilizacije, rizik za ponovno pojavljivanje akutne faze i dalje postoji pa se lijekovi zadržavaju. Cilj profilaktične faze je sprječavanje daljnjih epizoda bolesti. Profilaksa se postiže kombinacijom lijekova i psihoedukativnim grupama. Osnovne skupine lijekova za liječenje bipolarnog poremećaja su stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi.

1.9.1. Farmakološko liječenje

Farmakološko liječenje dugotrajan je i zahtijevan proces koji zahtijeva strogu disciplinu bolesnika. Pravilan izbor psihofarmaka uvelike će olakšati i pospješiti tijek liječenja. Skupine lijekova koje se koriste za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja su stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi.

1.9.1.1. Stabilizatori raspoloženja

Liječenje bipolarnog poremećaja skoro uvijek započinje litijem i drugim stabilizatorima raspoloženja. Uglavnom bolesnici uvijek dođu agitirani i agresivni pa je prvi cilj stabilizacija maničnih i hipomaničnih simptoma pri čemu pomaže litij.

Litij ima kratkoročne i dugoročne učinke na stanice živčanog sustava. Pokazatelj djelotvornosti litija je euforična manija koja će se dogoditi manje od dva puta tijekom godine te pozitivan odgovor na liječenje litijem u obiteljskoj ili osobnoj anamnezi. Razine litija u krvi trebali bi se održavati između 0,8 i 1,0 mEq/L. Adolescentima su potrebne veće količine litija zbog povećane glomerularne filtracije dok je kod starijih osoba suprotno. Negativni učinci litija su tremor, mučnina, proljev, poliurija, žeđ, polidipsija i povećanje tjelesne težine. Ove nuspojave su uglavnom samo početne i prolazne. Kad se jednom uspostavi točna količina lijeka koja je potrebna, potpunu dozu najbolje je primijeniti nakon večernjeg obroka. Intoksikacija litijem očituje se glavoboljom, povraćanjem, tremorom i konfuzijom što sve može napredovati do pojave aritmija i konvulzija. Razinu litija u serumu potrebno je kontrolirati najmanje jednom mjesečno, a svakodnevno je potrebno obratiti pozornost i na količinu kuhinjske soli u hrani. Također, potrebna je velika kontrola nad uzimanjem litijevih soli jer kod trovanja ne postoji antidot što ih čini idealnim za samoubojstvo (20).

Valproična kiselina smatra se korisnom i učinkovitom u liječenju miješane epizode. U slučaju neefikasnosti uz valporat se dodaje litij. Najčešće nuspojave su probavne tegobe, a mogu se pojaviti i smetnje vida (dvoslike), gubitak kose, poremećaji pamćenja, povećanje tjelesne težine. Teške, ali na sreću vrlo rijetke komplikacije su oštećenje jetre, policistični jajnici, gubitak koštane mase, poremećaji krvne slike (21).

Karbamazepin koristi se u slučajevima neefikasnog djelovanja litija u stanju manične epizode s psihotičnim simptomima, miješanih epizoda i brzo izmjenjujućih faza. Česte nuspojave su ataksija i dvoslike, tegobe u probavnom sustavu. Teške, ali rijetke nuspojave su aplastične anemije i agranulocitoza te eritematozni kožni osipi (22).

Lamotrigin je antikonvulziv koji se koristi u prevenciji i liječenju depresivnih epizoda. Jedini stabilizator raspoloženja novije generacije koji je odobren od strane *FDA* (engl. *Food and Drug Administration*). Nuspojave ovog lijeka se očituju kao omaglice, glavobolja, dvoslike, pospanost, mučnine i kožne promjene (23).

1.9.1.2. Antipsihotici

Antipsihotici najbolje rezultate daju u liječenju akutnih faza. Klasični antipsihotici su tijekom godina davali jako dobre rezultate u liječenju, ali se zbog njihovog velikog broja neželjenih štetnih učinaka danas sve više izbacuju iz uporabe te se zamjenjuju antipsihoticima nove generacije. Uloga antipsihotika bolje se očituje u maničnim nego u depresivnim fazama. Od svih antipsihotika koji se koriste u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja, najbolji rezultati vidljivu su u primjeni olanzapina (24).

Olanzapin se koristi samostalno ili u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja u prvoj liniji liječenja. Psihoteične i manične simptome reducira u roku od sedam dana, ali za njegov puni učinak treba proći nekoliko tjedana. Najčešće nuspojave su zamagljen vid, vrtoglavica, oticanje lica, ruku i nogu, poremećaj ravnoteže i hipersalivacija (20).

Kvetiapin je atipični antipsihotik s vrlo širokom primjenom. U liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja zauzima važno mjesto u terapiji jer se koristi i pozitivno djeluje u svim fazama bolesti. Također, 1997. godine je odobren od strane FDA. Neželjeni štetni učinci su kao i kod većine antipsihotika; mučnina, povraćanje, pospanost, omaglica, palpitacije. Neke od težih komplikacija su osipi i alergijske reakcije.

Risperidon u bipolarnom poremećaju namijenjen je za liječenje manične faze pa čak i one s vrlo izraženim psihoteičnim simptomima. Od nuspojava najčešće su glavobolja, mučnina, povraćanje, i pospanost, a može doći i do porasta razine glukoze u krvi.

Benzodiazepini spadaju u skupinu anksiolitika i sedativa – hipnotika, a u praksi se najčešće daju u kombinaciji s antipsihoticima. Dužim korištenjem stvara se tolerancija te fizička i psihička ovisnost. Najčešće propisivani benzodiazepini su klonazepam, diazepam ili lorazepam (25).

1.9.1.3. Antidepresivi

Antidepresivi u liječenju bipolarnog poremećaja se obavezno koriste u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja, na primjer litij i lamotrigin.

Selektivni inhibitori ponovnog unosa serotonina (SSRI) su skupina antidepresiva koja se danas sve više preporučuje u bipolarnom afektivnom poremećaju tijekom depresivne epizode kad se koriste u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja (najčešće litij). Doziraju se jednom dnevno, a tijekom dulje uporabe pokazuju dobru podnošljivost. Uobičajene nuspojave poput mučnine, glavobolje, proljeva. Karakteristična nuspojava koja je vezana uz povećanje serotonina je smanjenje libida. Nagli prekid terapije može uzrokovati sindrom ustezanja koji se očituje omaglicom i parestezijom (26).

Inhibitori monoamino oksidaze (MAO) su antidepresivi koji se danas rijetko koriste zbog mogućih smrtonosnih interakcija s hranom i drugim lijekovima. U liječenju bipolarnog poremećaja najčešće se primjenjuju u akutnim depresivnim epizodama kod kojih nije postignut zadovoljavajući odgovor na prvu liniju lijekova. Neželjeni učinci su vezani uz ortostatsku hipotenziju, porast tjelesne težine i anorgazmiju. Naglim prekidom dolazi do sindroma ustezanja koji se prepoznaje po simptomima sličnim deliriju, psihozi i smetenosti.

Triciklički antidepresivi (TCA) danas se koriste u liječenju depresije koja nije reagirala na liječenje novijim antidepresivima iz skupine SSRI. Nuspojave su suhoća usta, retencija urina, opstipacija, ortostatska hipotenzija, smanjena seksualna funkcija.

1.9.2. Psihoterapija

Psihoterapija pomaže pojedincu u razumijevanju važnosti svog bića. Također, ima veliki značaj u životima bolesnika oboljelih od bipolarnog poremećaja. Važno je naučiti prepoznati okolnosti u životu koje dovode do progresije bolesti. Pogoršanje bolesti povezano je s osjetljivošću na stres. Kako bi sam pojedinac imao svoju bolest pod kontrolom važno je da nauči metode kojima će suzbijati stres, da vodi zdravi stil života, brine o svojoj kondiciji, prehrani i snu. Terapije koje svojim učinkom stabiliziraju bipolarni poremećaj su kognitivno – bihevioralna terapija i interpersonalna terapija.

1.9.2.1. Kognitivno – bihevioralna terapija

Cilj kognitivno - bihevioralne terapije (KBT) je edukacija bolesnika o bolesti i strategijama za suočavanje s raznim stresorima. Drugim riječima KBT zasnovana je na činjenici da čovjekove radnje nisu samo produkti koji nastaju djelovanjem vanjskih čimbenika već su primarno projekcija čovjekovih misli. Ovakva vrsta terapije daje najbrže rezultate u vidu poboljšanja simptoma bolesti i prihvatanja farmakoterapije. Princip rada kognitivno – bihevioralne terapije ističe se po tome što bolesniku ciljevi nisu nametnuti već ih on sam određuje, a medicinsko osoblje je važan faktor koji će bolesniku savjetovati kako da iste i ostvari (27).

1.9.2.2. Interpersonalna terapija

Interpersonalna terapija se temelji na radu socijalnih vještina, rješavanju konflikata, podizanju samopouzdanja. Većinom se primjenjuje u liječenju blažih depresija. Uključuje poučavanje o urednom ciklusu buđenja i spavanja, zdravoj prehrani. Interpersonalne terapije sastoji se od petnaest do dvadeset seansi u trajanju od 4 do 5 mjeseci. Terapija započinje postepeno zadobivanjem bolesnikova povjerenja, kako vrijeme odmiče na bolesnika se vrši pritisak zbog izazivanja reakcije odnosno pokušaja otkrivanja provocirajućeg faktora (27).

1.9.2.3. Psihoedukacija bolesnika i obitelji

Psihoedukacija može biti individualna ili grupna, a za cilj ima izmjenu informacija između terapeuta i pacijenta i/ili člana obitelji. Informacije o kojima se razgovora su informacije o simptomima bolesti, liječenju, o stigmati i diskriminaciji, a ono najvažnije je da usmjerava bolesnika ka pozitivnim stavovima unatoč problema koje ima. U psihoedukaciji važno je bolesniku i obitelji pružiti nadu i što bolje razumijevanje među njima samima.

1.9.3. Elektrokonvulzivna terapija

Iako se rijede koristi elektrokonvulzivna (EKT) ili elektrostimulativna terapija može pozitivno djelovati na bolest povlačenjem simptoma. Laički se ova vrsta terapije naziva „elektrošok terapija“ i često je sinonim za mučenje, što naravno nije točno. EKT se koristi kod onih bolesnika koji nepovoljno reagiraju na lijekove.

Dva osnovna tipa izvođenja terapije su nativna EKT i EKT u anesteziji (28). Nativna EKT je puštanje struje kroz mozak do trenutka zatvaranja strujnog kruga kad bolesnik gubi svijest, događaju se tonički grčevi u trajanju oko desetak sekundi potom slijede klonički grčevi koji traju nekoliko desetina sekundi dulje od toničkih, a bolesnik se nakon kratkotrajne apneje budi. EKT u anesteziji manje je dramatičan jer kao što i sam naziv kaže bolesnik se uvodi u san i miorelaksira. Ovaj tip terapije puno je ugodniji za samog bolesnika jer ne proživljava svjesno stanje epileptičnog napada izazvanog strujom.

Moguće komplikacije elektrokonvulzivne terapije jesu glavobolja, pospanost, palpitacije i hipotenzija no one u većine slučajeva spontano prolaze. Teže komplikacije koje se javljaju nakon nativne EKT mogu biti oštećenja središnjeg živčanog sustava, frakture kostiju i kralježaka pa čak i smrt do koje dolazi zbog infarkta miokarda. Kontraindikacije za provođenje terapije su bolesti kardiovaskularnog sustava i bolesti središnjeg živčanog sustava. Osobe s ugrađenim trajnim srčanim elektrostimulatorom (engl. *pace – maker*) također se ne smiju podvrgnuti elektrokonvulzivnoj terapiji.

1.10. Zdravstvena njega bolesnika s bipolarnim poremećajem

Svaki bolesnik je individua koja zaslužuje cjelovitu njegu. Holistički pristup podrazumijeva da se bolesnika promatra kao osobu sa svih aspekata; fizički, psihički i duhovno, a ne kao bolest. Temeljno načelo holizma glasi da je bolesnik aktivan i neizostavan sudionik u liječenju. Holizam kao takav iziskuje pomicanje svih granica, otvaranje svjetonazora i prihvaćanje svega onoga što je drugačije (29).

Zdravstvena njega bolesnika obuhvaća niz medicinsko – tehničkih postupaka, profesionalnu brigu o bolesniku, edukaciju bolesnika i obitelji, psihološku potporu, dokumentaciju i brojne druge karike ovog lanca koji krajnje čini djelokrug rada medicinske sestre (30). Zdravstvena njega za bolesnike kojima je dijagnosticiran bipolarno afektivni poremećaj uključuje fizičku i psihološku brigu i potporu, kontrolu terapije, praćenje napretka i uočavanje mogućih opasnosti i recidiva te poticanje i ohrabivanje bolesnikova dobrog i primjerenog terapijskog i socijalnog ponašanja.

Medicinske sestre s obzirom na djelokrug rada i kompetencije kojima raspolažu dužne su raspoznati simptome i znakove bipolarnog afektivnog poremećaja. Obzirom da su upravo medicinske sestre te koje najviše vremena provode uz bolesnike, potrebno je da s bolesnikom ostvare profesionalan odnos koji će biti zasnovan prije svega na povjerenju i razumijevanju. Nakon ostvarenja takvog odnosa, pomažu ali ne odrađuju za bolesnika njegove svakodnevne aktivnosti i zadaće.

Uzimanjem anamnestičkih podataka, medicinska sestra prikuplja osobne podatke bolesnika (generalije), informacije o prijašnjim bolestima, razlog sadašnjeg dolaska na liječenje, popis lijekova koje bolesnik uzima, moguće ovisnosti i drugo. Nakon prikupljene anamneze, medicinska sestra izrađuje individualan plan zdravstvene njege za određenog bolesnika u svrhu postizanja određenih ciljeva. Napredak bolesnika potrebno je evaluirati svakodnevno, a plan zdravstvene njege odnosno sestrinske dijagnoze i intervencije moguće je modificirati sukladno bolesnikovom stanju. Prilikom uzimanja anamneze, medicinska sestra obraća pažnju na bolesnikov izgled, stanje svijesti, pokretljivost i gestikulacije.

Ukoliko se bolesnik trenutno nalazi u maničnoj epizodi, medicinska sestra dužna je to prepoznati i pravilno djelovati. Pomoći bolesniku u obavljanju osobne higijene, poticati bolesnika na uzimanje hrane jer bolesnici u maniji često „zaborave“ jesti. Paziti na bolesnikovo ponašanje i upozoriti ga ako narušava mir i privatnost drugih bolesnika. Redovita podjela ordinirane terapije i prisutnost dok bolesnik uzima lijekove. Ponekad bolesnici u maniji mogu imati vrlo izražene duhovne potrebe pa se na njihov zahtjev može pozvati svećenik.

Bolesnici u depresivnoj fazi bolesti imaju smanjenu volju za većinu svakodnevnih aktivnosti što ponekad dodatno otežava posao medicinskih sestara. Prvo i osnovno je pomoći bolesniku u obavljanju osobne higijene i hranjenju što nerijetko depresivni bolesnici odbijaju. U ovoj fazi bolesti, medicinska sestra mora uložiti jako puno truda ne bi li pridobila bolesnikovo povjerenje i poriv za otvaranjem. Suicidalne ideje karakteristična su pojava u depresiji, a čak do 20% bolesnika izvrši suicid. Posljedično tome, depresivna faza bolesti iscrpljujuća je i za medicinsko osoblje koje mora provoditi konstantan nadzor nad bolesnikom i njegovom okolinom. Zbog smanjenog kretanja i smanjenog apetita često se javljaju problem u eliminaciji. Bolesnici u depresiji većinom su upoznati sa svojim problemom i prihvaćaju ga, ali s druge strane odbijaju liječenje jer smatraju da je njihovo stanje kazna koju zaslužuju.

Medicinska sestra dužna je bolesniku pristupati profesionalno i holističkim pristupom te sve postupke dokumentirati. Ovisno o fazi bolesti u kojoj se bolesnik nalazi treba se prilagoditi i sukladno tome djelovati. Krajnji cilj zdravstvene njege u kojem veliku ulogu ima medicinska sestra je podizanje kvalitete života bolesnika odnosno pristupanje čovjeku kao cjelini tijela, uma i duha. Rad s bipolarno afektivnim bolesnicima nije nimalo lagan i zahtijeva posebna znanja i vještine iz psihijatrijske njege i neizostavnu snagu i volju medicinske sestre.

1.11. Stigmatizacija bolesnika oboljelih od bipolarnog poremećaja

Osobe oboljele od psihičkih bolesti često su u društvu okarakterizirane poput opasnih, poremećenih ljudi koje treba izopćiti iz društva i zaključati u psihijatrijske ustanove.

Stigma je riječ grčkog podrijetla koja znači „naglasiti, istaknuti, označiti“. Upravo iz tog prijevoda proizlazi poznato „etiketiranje“ kojim se pravi razlika između pojedinih skupina ljudi koja objektivno ne mora postojati (31).

Psihijatrijske bolesnike se kroz povijest pa i dan danas uvijek gledalo kao da su manje vrijedni i manje sposobni ljudi koji su sami krivi za probleme i bolesti koje imaju. Jedni od ljudi oboljelih od psihijatrijskih bolesti su upravo ljudi oboljeli od bipolarno afektivnog poremećaja koji se svakodnevno susreću s diskriminacijom i stigmatizacijom počevši od svoje obitelji, prijatelja pa sve do potpunih neznanaca. Bipolarno afektivni poremećaj težak je poremećaj u kojem pojedinac izmjenjuje faze sniženog i povišenog raspoloženja što je okolini teško za razumjeti i prihvatiti. Okolina često izbjegava kontakte s bolesnicima zbog straha od njihove reakcije. Posljedično tome, bolesnici nailaze na niz prepreka u životu kojima im se dodatno narušava zdravlje i egzistencija. Ograničeno im je tržište rada, često imaju problema s pronalaskom mjesta za stanovanje, teško osnivaju obitelj, a ponekad znaju i nepravomoćno biti optuženi za kaznena djela samo radi dijagnoze koju imaju. Stigmatizacija postaje najveći problem kad bolesnik zbog straha od odbacivanja i izrugivanja odbija otići liječniku, pogotovo kad je riječ o psihijatrima. Često iz tog razloga bolesnici dolaze po pomoć kad je njihova bolest već uvelike uznapredovala i samim time otežala i produljila liječenje. Negativno djelovanje stigmatizacije samo dodatno otežava bolesnicima socijalno funkcioniranje i općenit oporavak, ali nažalost ljudska civilizacija vrlo malim koracima napreduje prema prihvaćanju i uvažavanju različitosti stoga će biti potreban još jako dugi niz godina da stvari krenu na bolje. Stigmatizacija iako rijetko, ali ponekad može imati i pozitivne učinke na pojedinca koji će imati dovoljno jaku snagu uma, duha i tijela da se izdigne iz tog kruga odbacivanja i u svojoj bolesti pronađe prednosti i lijepe trenutke.

1.12. Zdravstveni odgoj

Cilj zdravstvenog odgoja je pomoći pojedincu da postane svjestan važnosti svoga zdravlja i odgovornosti prema istome.

Otkrivanje simptoma poremećaja u ranoj fazi te traženje profesionalne pomoći može znatno promijeniti tijek bolesti. Terapija bipolarno afektivnog poremećaja sastoji se od farmakološke i psihosocioedukativne komponente. Pravilna kombinacija ovih dviju komponenti znatno usporava progresiju poremećaja. Medicinska sestra ima vrlo važnu ulogu u zdravstvenom odgoju jer je ona ta koja svoje bolesnike educira o njihovoj bolesti, simptomima, terapiji koju uzimaju, metodama za samopomoć i brojnim drugim teorijskim osnovama i praktičnim smjernicama. Također, medicinska sestra potiče aktivnu i kreativnu stranu bolesnika kako bi ponekad „zaboravili“ na svoju bolest. Osim toga važno je bolesniku objasniti da je potpuno u redu izjaviti svoje misli, osjećaje, potrebe i ideje.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Cilj rada

Ovim istraživanjem se ispitivalo znanje redovnih i izvanrednih studenata o teorijskim osnovama bipolarno afektivnog poremećaja te se istraživalo općenito mišljenje studenata o psihijatrijskim bolesnicima.

Specifični cilj je bio utvrditi postoji li značajna razlika između znanja o bipolarno afektivnom poremećaju između redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci.

2.2. Hipoteza

Hipoteza 1 – općenito mišljenje studenata sestrinstva o psihijatrijskim bolesnicima će biti pozitivno

Hipoteza 2 – izvanredni studenti će u odnosu na redovne studente pokazati veće znanje o teorijskim osnovama bipolarno afektivnog poremećaja s obzirom na radno iskustvo

3. ISPITANICI I METODE

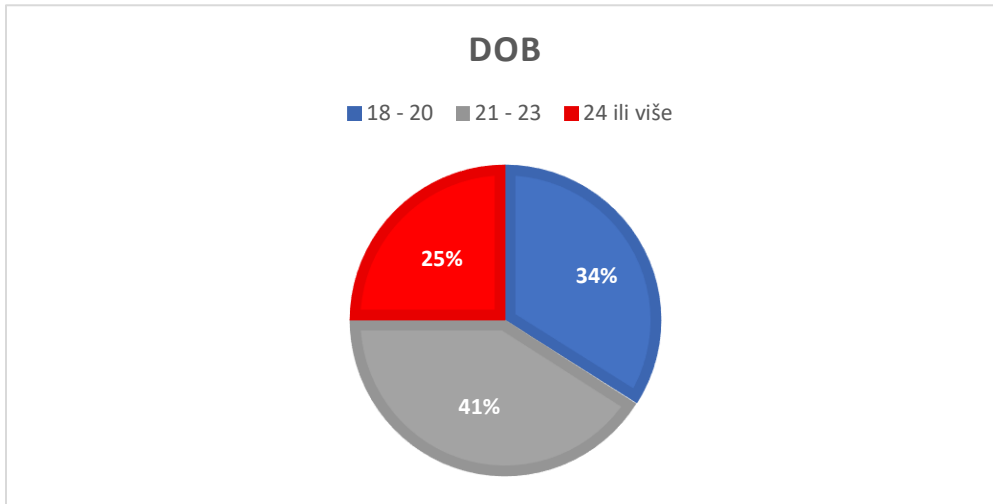
U ovome istraživanju su bili uključeni redovni i izvanredni studenti/ce prve, druge i treće godine studija sestrištva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. Ukupno je sudjelovalo 143 studenata, od čega je 69 redovnih i 74 izvanrednih studenata. Istraživanje je provedeno tijekom lipnja 2021. godine. Ispitivanje je provedeno uz pomoć Google obrasca odnosno anketnog upitnika koji je bio proslijeđen studentima od strane provoditelja istraživanja. Ispunjavanje upitnika bilo je potpuno anonimno i dobrovoljno, a svi dobiveni podatci korišteni su izričito u svrhu izrade završnog rada. Svi ispitanici bili su obaviješteni o cilju ovog istraživanja.

Instrument istraživanja bio je strukturirani anketni upitnik od ukupno 20 pitanja, koji je izrađen samo za potrebe ovog rada. Prva skupina bila je sastavljena od četiri pitanja općih podataka (dob, spol, završena srednja škola, trenutna godina studiranja). Druga skupina bila je sastavljena od jednog pitanja vezano za strah od psihijatrijskih bolesnika, jednog pitanja vezano uz asocijaciju na pojam »psihijatrija« koje je bilo slobodnog tipa odgovora te 14 pitanja koja su bila isključivo za provjeru znanja o bipolarno afektivnom poremećaju.

Dobiveni podatci prikazani su grafički.

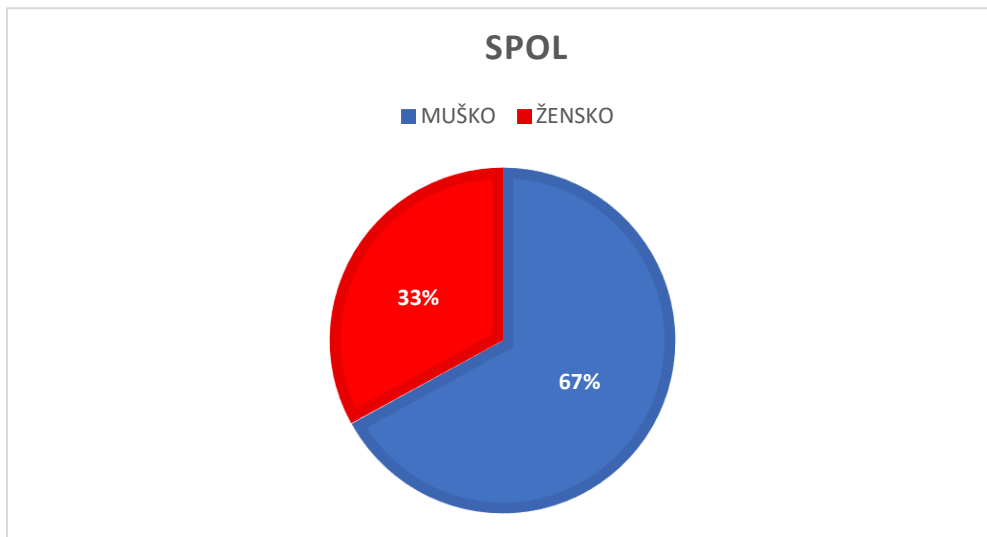
Za statističku obradu podataka korišten je program Microsoft Excel (verzija 2019., Microsoft Corporation, SAD).

4. REZULTATI



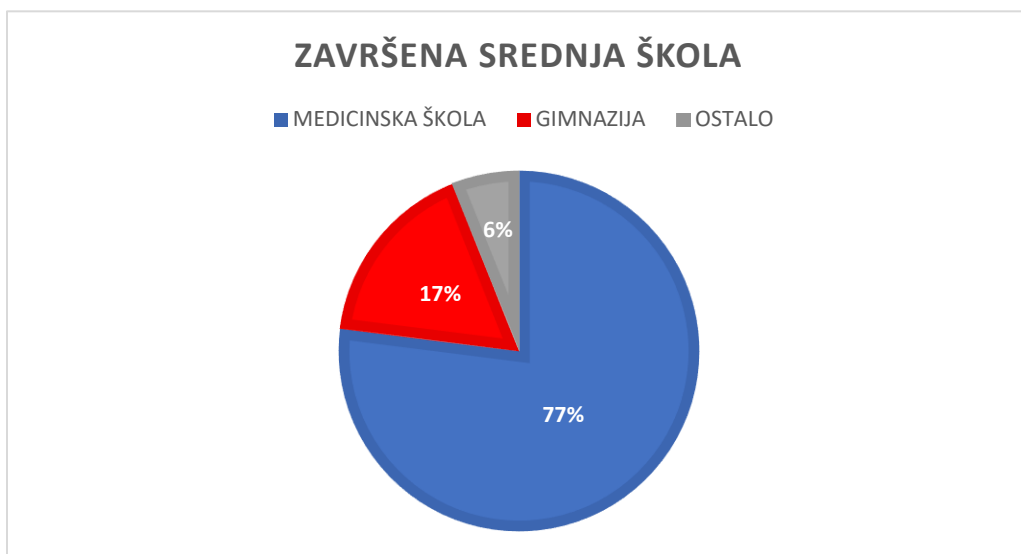
Grafikon 1. Omjer ispitanika po dobi

U istraživanju je sudjelovalo 143 sudionika, njih 49 (34%) od 18 do 20 godina, 58 (41%) od 21 do 23 godine te 36 (25%) od 24 ili više godina (Grafikon 1.).



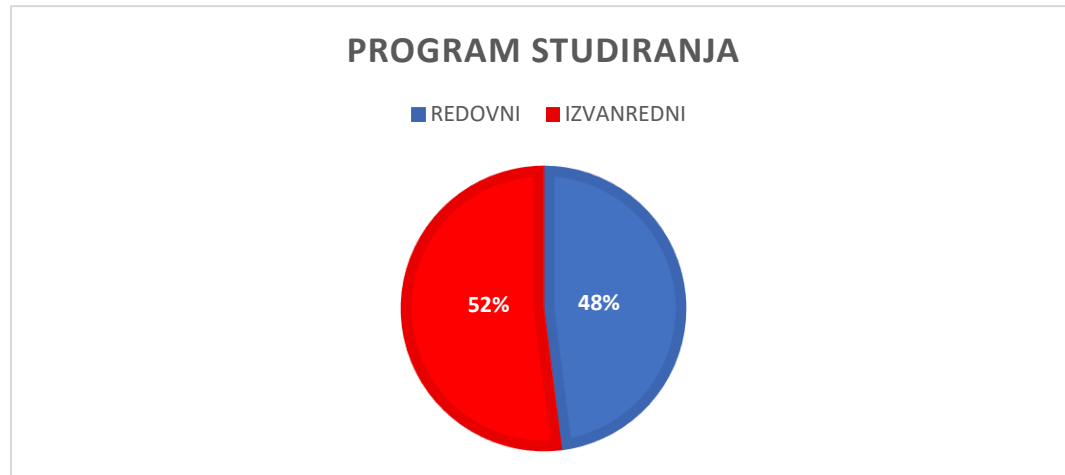
Grafikon 2. Omjer ispitanika po spolu

U istraživanju je sudjelovalo sveukupno 143 sudionika, od kojih je 95 (67%) bilo ženskog spola, a 47 (33%) muškog spola (Grafikon 2.).



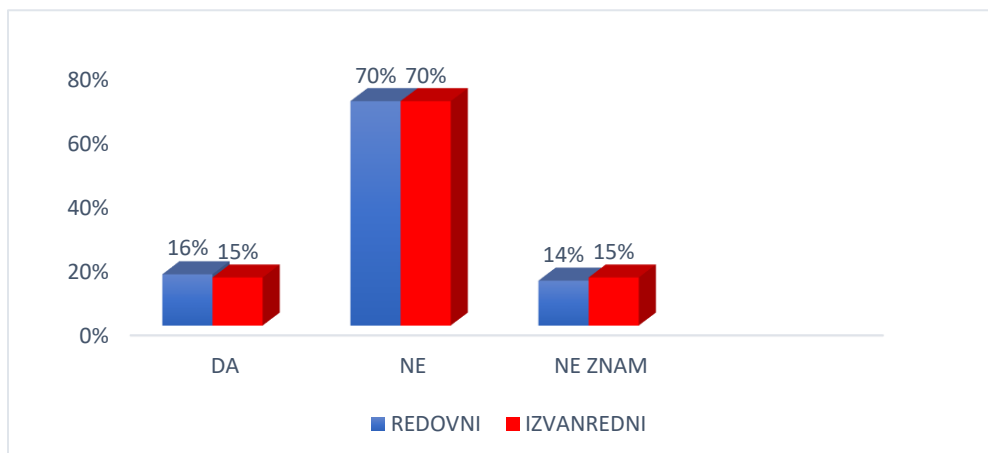
Grafikon 3. Omjer ispitanika prema završenoj srednjoj školi

Od ukupno 143 sudionika, njih 110 (77%) završilo je medicinsku školu, 25 (17%) ispitanika je završilo gimnaziju, a 8 (6%) ih je završilo neko drugo srednjoškolsko obrazovanje (Grafikon 3.).



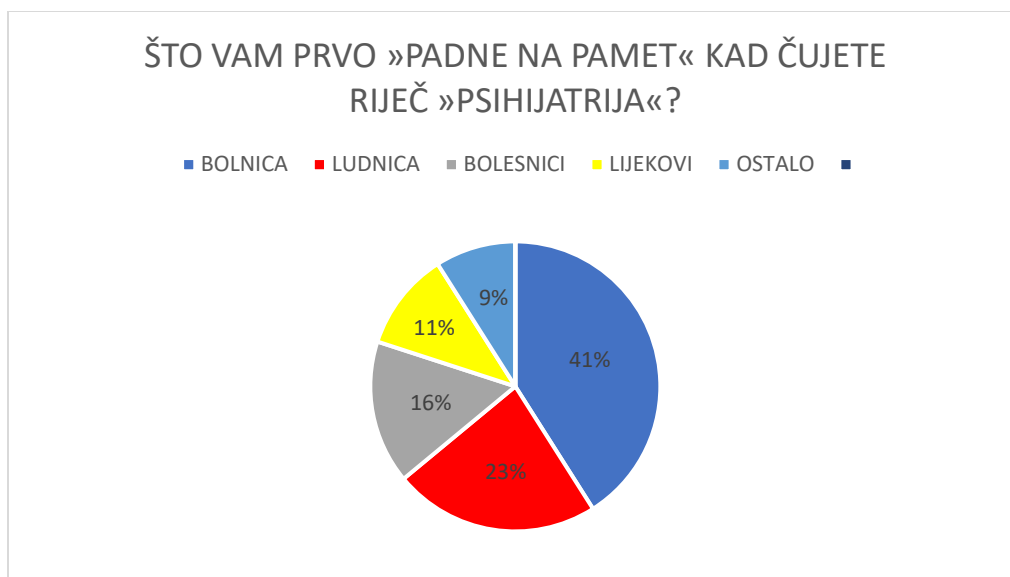
Grafikon 4. Prikaz studenata s obzirom na program studija

Prikaz odgovora za 143 sudionika, od kojih ukupno 69 (48%) pohađa studij po redovnom programu te ukupno 74 (52%) pohađa izvanredni program studija (Grafikon 4.).



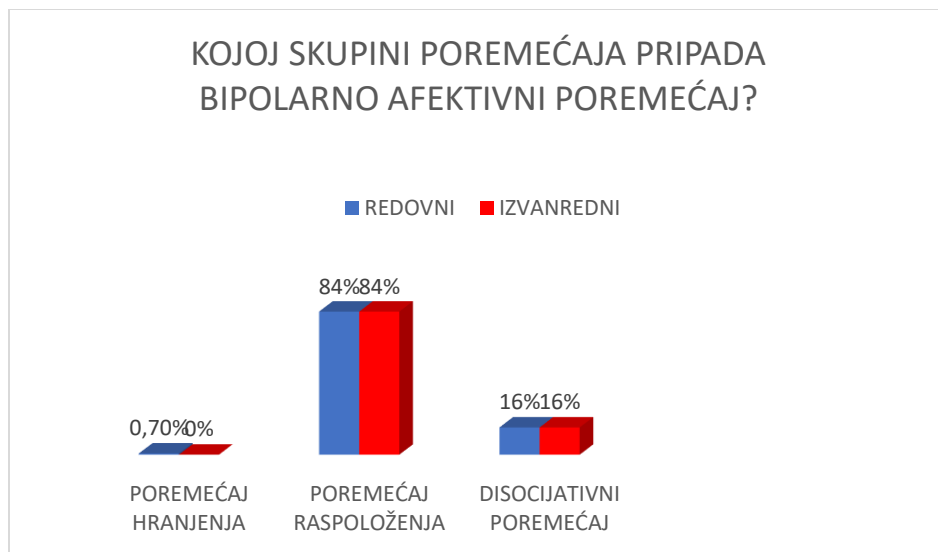
Grafikon 5. Prikaz odgovora na pitanje Imate li strah od osoba oboljelih od psihičke bolesti?

11 (16%) redovnih studenata je odgovorilo „Da“, 48 (70%) ih je odgovorilo „Ne“, a 10 (14%) je odgovorilo „Ne znam“, dok je 11 (15%) izvanrednih studenata odgovorilo „Da“, 52 (70%) je odgovorilo „Ne“, a 11 (15%) je odgovorilo „Ne znam“ (Grafikon 5.).



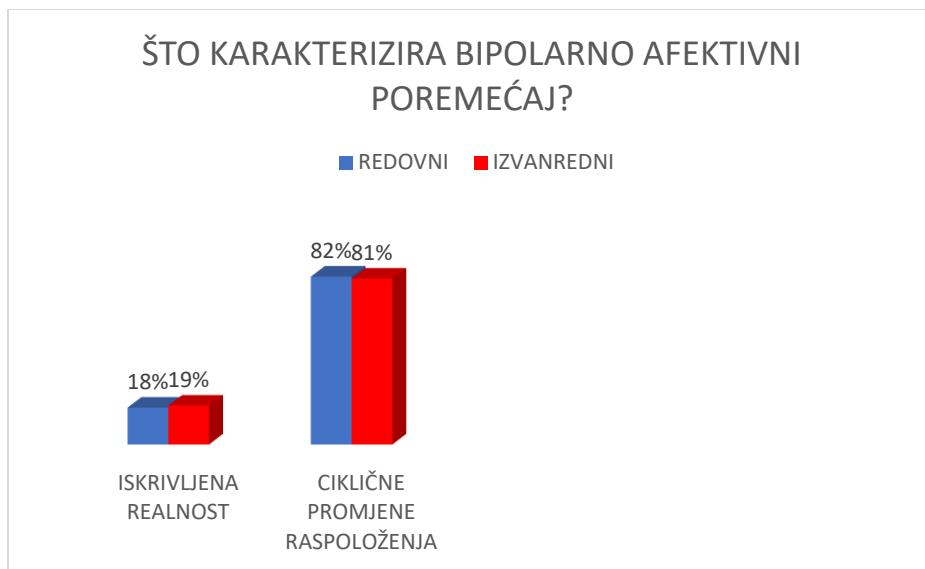
Grafikon 6. Prikaz odgovora na pitanje Što Vam prvo »padne na pamet« kad čujete riječ „psihijatrija“?

Od ukupno 143 sudionika, njih 58 (41%) odgovorilo je „Bolnica“, njih 33 (23%) odgovorilo je „Ludnica“, 23 (16%) njih je odgovorilo „Bolesnici“, 16 (11%) ih je odgovorilo „Lijekovi“, a njih 13 (9%) napisalo je neke ostale odgovore (Grafikon 6.).



Grafikon 7. Prikaz odgovora na pitanje Kojoj skupini poremećaja pripada bipolarno afektivni poremećaj?

1 (0,70%) redovnih studenata odgovorilo je „Poremećaj hranjenja“, njih 58 (84%) odgovorilo je „Poremećaj raspoloženja“, a njih 11 (16%) odgovorilo je „Disocijativni poremećaj“. Od izvanrednih studenata, 0 (0%) ih je odgovorilo „Poremećaj hranjenja“, njih 62 (84%) odgovorilo je „Poremećaj raspoloženja“, a njih 11 (16%) odgovorilo je „Disocijativni poremećaj“ (Grafikon 7.).



Grafikon 8. Prikaz odgovora na pitanje Što karakterizira bipolarno afektivni poremećaj?

12 (18%) redovnih studenata odgovorilo je Iskrivljena realnost, 56 (82%) odgovorilo je Ciklične promjene raspoloženja. Od izvanrednih studenata, njih 14 (19%) odgovorilo je Iskrivljena realnost, a njih 60 (81%) odgovorilo je Ciklične promjene raspoloženja (Grafikon 8.).



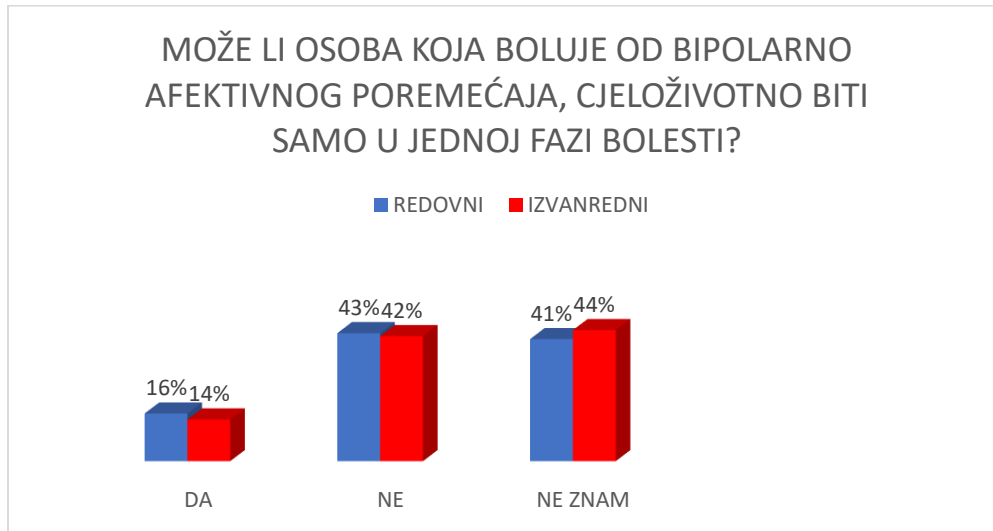
Grafikon 9. Prikaz odgovora na pitanje Jeste li se ikad susreli s osobom oboljelom od bipolarno afektivnog poremećaja?

33 (48%) redovnih studenata reklo je „Da“, a 36 (52%) ih je reklo „Ne“. Od izvanrednih studenata njih 38 (51%) je reklo „Da“, a 36 (49%) je reklo „Ne“ (Grafikon 9.).



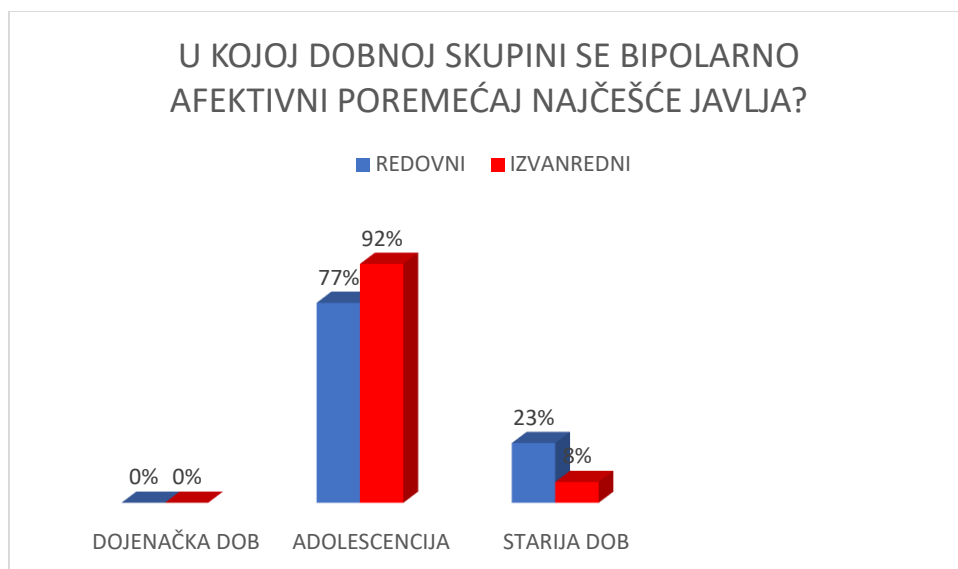
Grafikon 10. Prikaz odgovora na pitanje Izmjena faza raspoloženja može se dogoditi „preko noći“?

50 (72%) redovnih studenata reklo je Da, a 19 (28%) ih je reklo Ne. Od izvanrednih studenata njih 53 (73%) je reklo Da, a 20 (27%) je reklo Ne (Grafikon 10.).



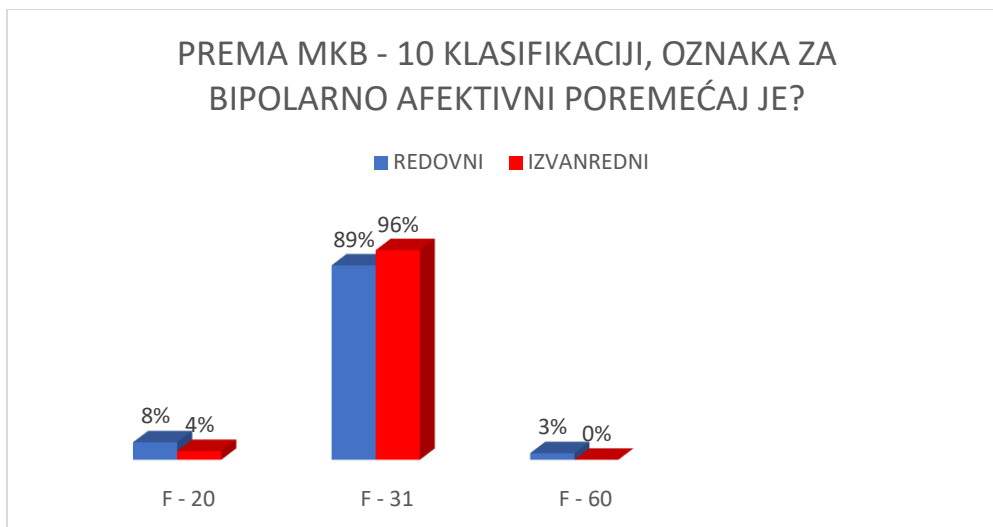
Grafikon 11. Prikaz odgovora na pitanje Može li osoba koja boluje od bipolarno afektivnog poremećaja, cjeloživotno biti samo u jednoj fazi bolesti?

11 (16%) redovnih studenata je odgovorilo „Da“, 30 (43%) ih je odgovorilo „Ne“, a 28 (41%) je odgovorilo „Ne znam“, dok je 11 (14%) izvanrednih studenata odgovorilo „Da“, 32 (42%) je odgovorilo „Ne“, a 31 (44%) je odgovorilo „Ne znam“ (Grafikon 11.).



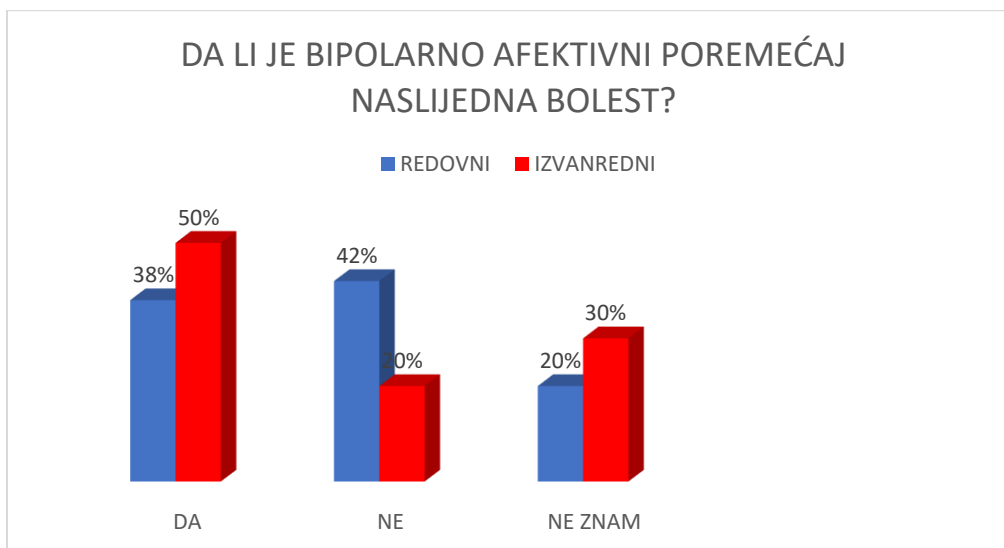
Grafikon 12. Prikaz odgovora na pitanje U kojoj dobnj skupini se bipolarno afektivni poremećaj najčešće javlja?

Od redovnih studenata, njih 0 (0%) odgovorilo je „Dojenačka dob“, njih 53 (77%) odgovorilo je „Adolescencija“, a njih 16 (23%) odgovorilo je „Starija dob“. Od izvanrednih studenata, njih 0 (0%) odgovorilo je „Dojenačka dob“, njih 68 (92%) odgovorilo je „Adolescencija“, a njih 6 (8%) odgovorilo je „Starija dob“ (Grafikon 12.).

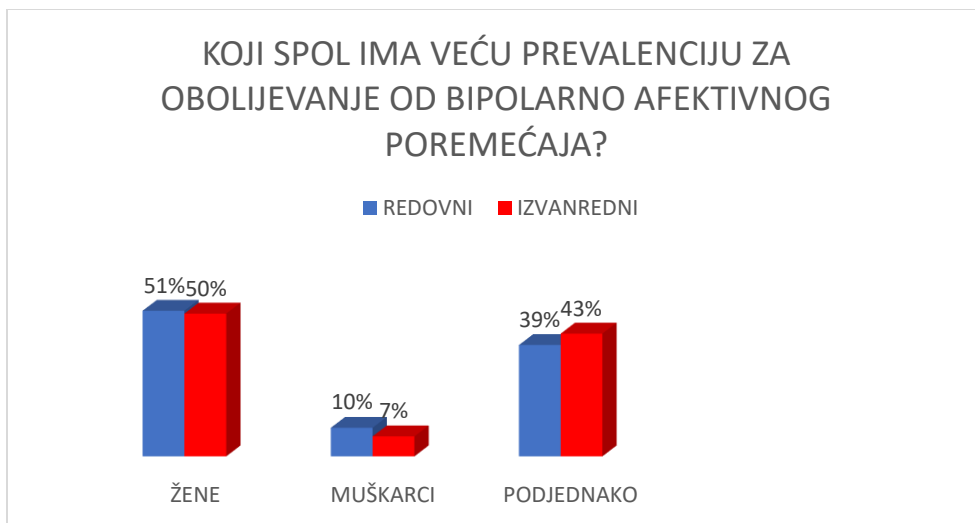


Grafikon 13. Prikaz odgovora na pitanje Prema MKB – 10 klasifikaciji, oznaka za bipolarno afektivni poremećaj je?

6 (8%) redovnih studenata odgovorilo je „F – 20“, njih 61 (89%) odgovorilo je „F – 31“, a njih 2 (3%) odgovorilo je „F – 60“. Od izvanrednih studenata, njih 3 (4%) odgovorilo je „F – 20“, njih 71 (96%) odgovorilo je „F – 31“, a njih 0 (0%) odgovorilo je „F – 60“ (Grafikon 13.).

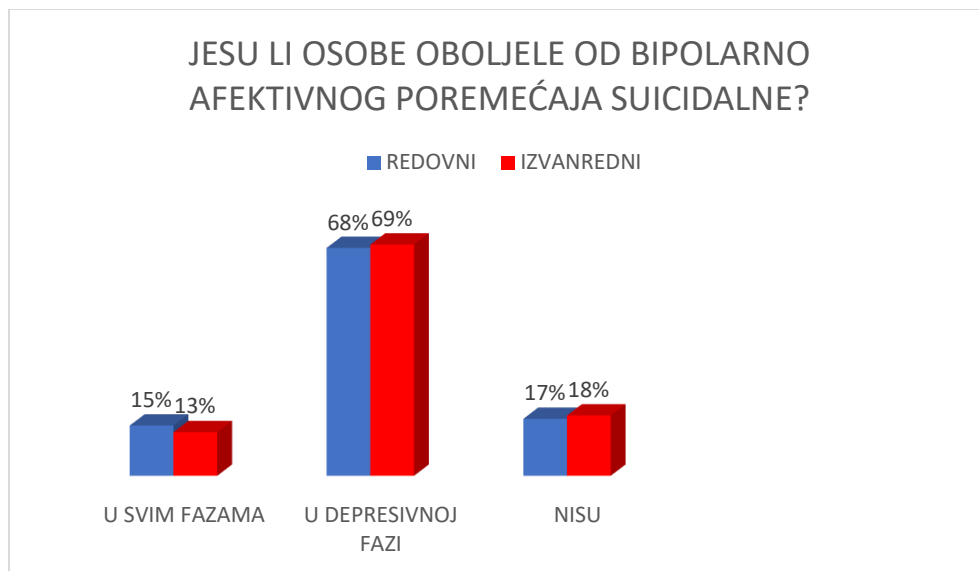


Grafikon 14. Prikaz odgovora na pitanje Da li je bipolarno afektivni poremećaj nasljedna bolest? 24 (38%) redovnih studenata odgovorilo je „Da“, 27 (42%) odgovorilo je „Ne“, a 13 (20%) odgovorilo je „Ne znam“. Od izvanrednih studenata, njih 37 (50%) odgovorilo je „Da“, 15 (20%) odgovorilo je „Ne“, a 22 (30%) odgovorilo je „Ne znam“ (Grafikon 14.).



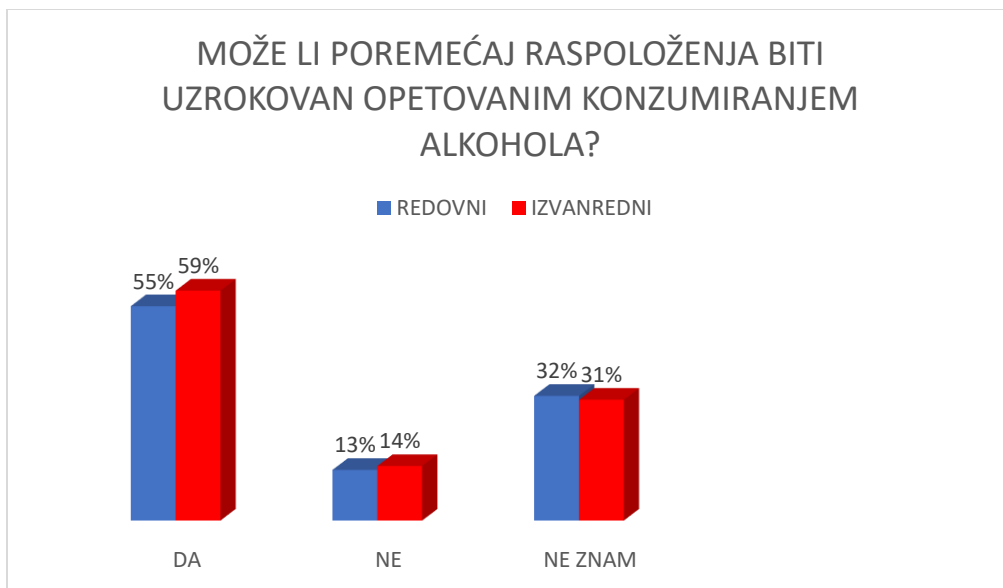
Grafikon 15. Prikaz odgovora na pitanje Koji spol ima veću prevalenciju za obolijevanje od bipolarno afektivnog poremećaja?

35 (51%) redovnih studenata odgovorilo je „Žene“, njih 7 (10%) odgovorilo je „Muškarci“, a 27 (39%) odgovorilo je „Podjednako“. Od izvanrednih studenata, njih 37 (50%) odgovorilo je „Žene“, 5 (7%) odgovorilo je „Muškarci“, a 32 (43%) odgovorilo je „Podjednako“ (Grafikon 15.).



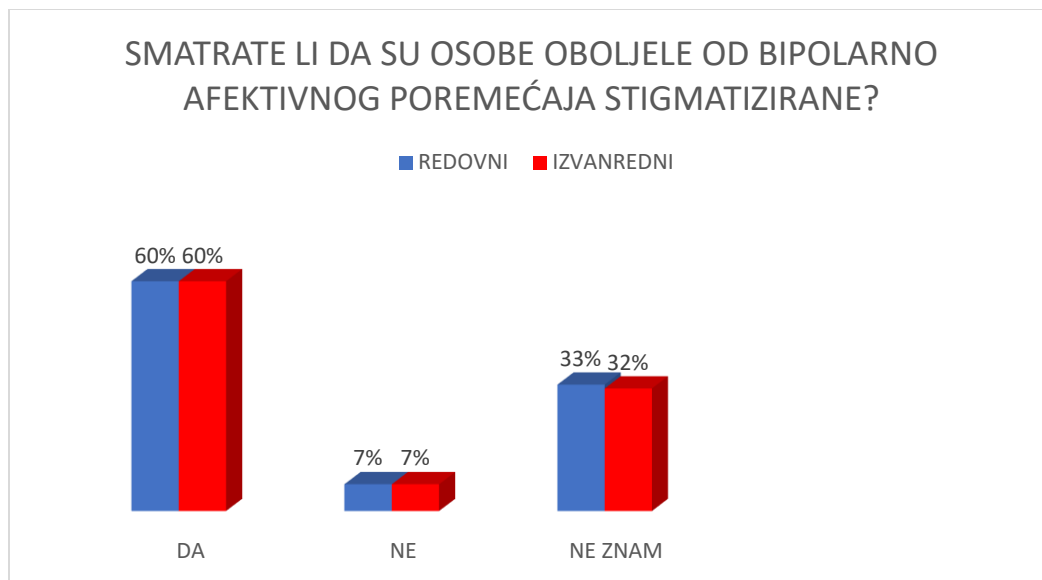
Grafikon 16. Prikaz odgovora na pitanje Jesu li osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja suicidalne?

10 (15%) redovnih studenata odgovorilo je „U svim fazama“, 47 (68%) odgovorilo je „U depresivnoj fazi“, a 12 (17%) odgovorilo je „Nisu“. Od izvanrednih studenata, njih 10 (13%) odgovorilo je „U svim fazama“, 51 (69%) odgovorilo je „U depresivnoj fazi“, a njih 13 (18%) odgovorilo je „Nisu“ (Grafikon 16.).



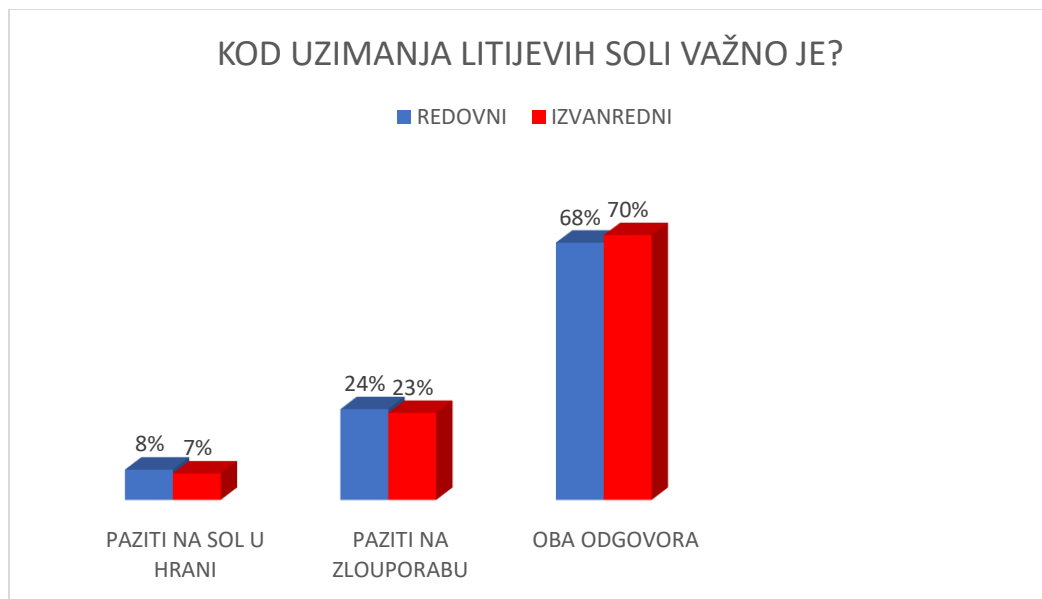
Grafikon 17. Prikaz odgovora na pitanje Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem alkohola?

38 (55%) redovnih studenata odgovorilo je „Da“, 9 (13%) odgovorilo je „Ne“, a 21 (32%) odgovorilo je „Ne znam“. Od izvanrednih studenata, njih 41 (59%) odgovorilo je „Da“, 10 (14%) odgovorilo je „Ne“, a njih 23 (31%) odgovorilo je „Ne znam“ (Grafikon 17.).



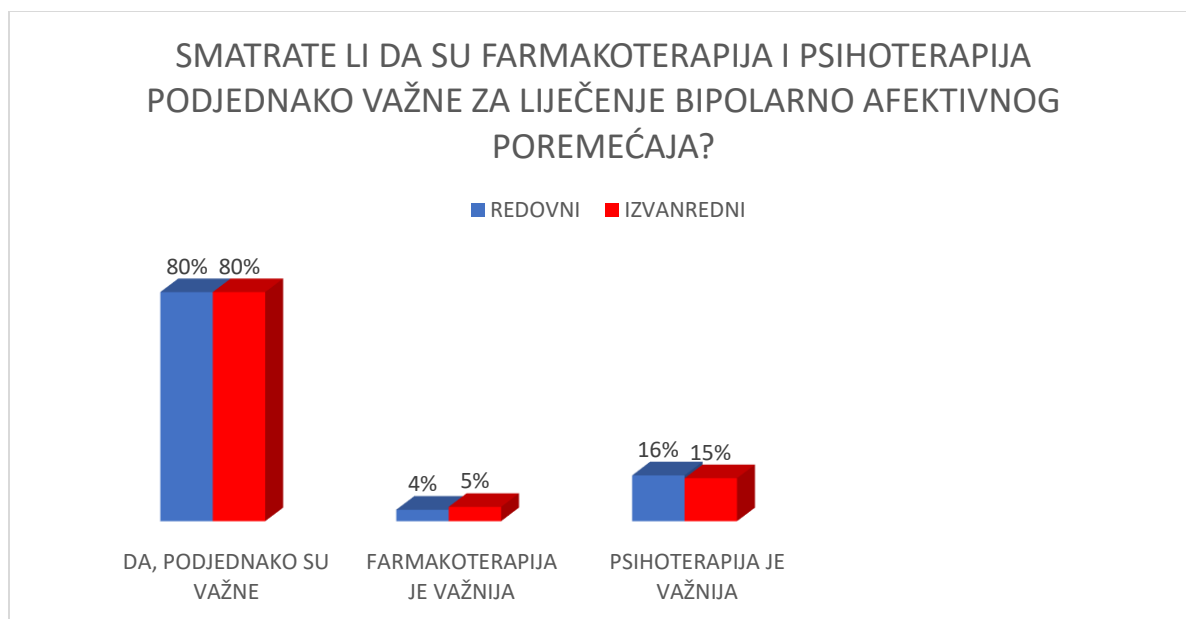
Grafikon 18. Prikaz odgovora na pitanje Smatrate li da su osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja stigmatizirane?

41 (60%) redovnih studenata odgovorilo je „Da“, 5 (7%) odgovorilo je „Ne“, a 23 (33%) odgovorilo je „Ne znam“. Od izvanrednih studenata, njih 44 (60%) odgovorilo je „Da“, 5 (7%) odgovorilo je „Ne“, a 24 (32%) odgovorilo je „Ne znam“ (Grafikon 18.).



Grafikon 19. Prikaz odgovora na pitanje Kod uzimanja litijevih soli važno je?

5 (8%) redovnih studenata odgovorilo je „Paziti na sol u hrani“, 16 (24%) odgovorilo je „Paziti na zlouporabu“, 47 (68%) odgovorilo je „Oba odgovora“. Od izvanrednih studenata, njih 5 (7%) odgovorilo je „Paziti na sol u hrani“, 17 (23%) odgovorilo je „Paziti na zlouporabu“, a 50 (70%) njih je odgovorilo „Oba odgovora“ (Grafikon 19.).



Grafikon 20. Prikaz odgovora na pitanje Smatrate li da su farmakoterapija i psihoterapija podjednako važne za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?

55 (80%) redovnih studenata odgovorilo je „Da, podjednako su važne“, njih 3 (4%) odgovorilo je „Farmakoterapija je važnija“, a njih 10 (16%) odgovorilo je „Psihoterapija je važnija“. Od izvanrednih studenata, njih 59 (80%) odgovorilo je „Da, podjednako su važne“, njih 3 (5%) odgovorilo je „Farmakoterapija je važnija“, a njih 11 (15%) odgovorilo je „Psihoterapija je važnija“ (Grafikon 20.).

5. RASPRAVA

Istraživanje je provedeno u Rijeci, na Fakultetu zdravstvenih studija tijekom lipnja 2021. godine. U istraživanju su sudjelovali redovni i izvanredni studenti I., II. i III. godine preddiplomskog stručnog studija sestriinstva. Prema rezultatima istraživanja, anketnom upitniku je pristupilo više osoba ženskog spola što ujedno i potvrđuje nepisanu činjenicu kako su ovom zanimanju više naklonjene žene. Također, većina ispitanika ima završenu srednju medicinsku školu što znači da su im pojmovi i pristup vezani uz njegu psihijatrijskog bolesnika odveć poznati.

Iz provedene online ankete može se vidjeti da se gotovo polovina ispitanika nikad nije susrela s osobom koja ima dijagnosticiran bipolarno afektivni poremećaj. Usprkos tome, većina studenata znala je temeljne teorijske osnove o ovom poremećaju ponašanja. Također zanimljiva činjenica potkrijepljena rezultatima iz provedene ankete pokazuje da ukupno 72 (50%) redovnih i izvanrednih studenata misli da su žene te koje češće obolijevaju od bipolarno afektivnog poremećaja dok je pobol zapravo podjednak.

Pitanje „Što Vam prvo padne na pamet kad čujete riječ psihijatrija“? je pitanje koje je bilo otvorenog tipa odnosno studenti su imali priliku upisati bilo koju asocijaciju. Odgovori su bili vrlo raznoliki te je većina istih prikazana u grafikonu 6. Odgovori koji su istome grafikonu navedeni pod „Ostalo“ su: bolest, stres, luđaci, žuta zgrada, rešetke, vezanje, kraj života, bolnica za posebne potrebe, poremećaj, luđačka košulja, nestabilnost, depresija i ljudi izvan kontrole. Analizirajući ove odgovore odaje se dojam kako studenti sestriinstva zapravo povezuju dosta negativnih konotacija s osobama oboljelih od psihičkih bolesti. Suprotno tome su na pitanje „Smatrate li da su osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja stigmatizirane“? ukupno, njih 85 (59%) odgovorilo potvrdno što zapravo čini paradoks između ova dva pitanja. Javlja li se ovakva mišljenja zbog stvarno nedovoljnog obrazovanja mladih generacija o psihičkim poremećajima ili je problem u općoj populaciji koja vrši izravni pritisak na mlade te oni počinju usvajati negativne stavove ne bi li se uklopili u društvo u kojem se nalaze.

Ovo istraživanje može se usporediti s istraživanjem koje je proveo Puljić (2020.), pod naslovom *Znanje i stavovi studenata Sveučilišta u Splitu o psihijatrijskim bolestima*. U tom istraživanju sudjelovalo je 280 ispitanika od čega su 219 (78,21%) osoba ženskog spola, a 61 (21,79%) osoba muškog spola. Zajedničko i jednom i drugom istraživanju je ta da je većina ispitanika ženskog spola, no razlika nastupa u rezultatima između studenata sestriinstva (32).

Naime, po prethodno navedenim asocijacijama na riječ „psihijatrija“ može se reći da su studenti sestrinstva u Rijeci zatvoreniji odnosno skloniji „etiketiranju“ i stigmi psihičkih bolesnika nego li studenti sestrinstva u Splitu što potkrepljuje rezultat od 131 (47%) studenta koji smatraju da su psihički oboljele osobe posve jednake i ravnopravne s potpuno zdravim osobama ili osobama koje boluju od neke fizičke bolesti. Također, niti uz psihijatrijske bolesnike niti psihijatriju kao ustanovu ne vezuju negativne asocijacije.

Nedostaci ovog istraživanja su što je provedeno samo između studenata sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, a nije provedeno na nekom drugom zdravstvenom studiju te je većina sudionika bila ženskog spola pri čemu nedostaje mogućnost usporedbe stavova i znanja po spolu. Preporuke za daljnja istraživanja bi bile uključenje više zdravstvenih studija na razini Republike Hrvatske, razlika između stavova i znanja studenata sestrinstva i laika te razlika između stavova i znanja sestara koje rade na psihijatrijskom odjelu i sestara koje rade na drugim radilištima.

Zaključno, iako je obrazovanje studenata sestrinstva opširno i dotiče se svake teme vezane uz ljudsko postojanje te se sastoji od puno sitnih koraka počevši od zadovoljavanja osnovnim ljudskih potreba pa nadalje, čini se da će u budućnosti dio obrazovanja o psihičkim bolestima i očuvanju mentalnog zdravlja te prihvaćanju različitosti ipak biti potrebno doraditi.

6. ZAKLJUČAK

Hipoteza 1 se odbacila jer su redovni i izvanredni studenti sestrinstva povezali dosta asocijacija negativnog tipa uz psihijatrijske bolesnike i psihijatriju kao ustanovu.

Rezultatima istraživanja nije se utvrdila značajna razlika između stavova redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva.

Hipoteza 2 se potvrdila jer je statističkom obradom podataka utvrđeno bolje znanje izvanrednih studenata u odnosu na redovne studente o teorijskim osnovama bipolarno afektivnog poremećaja. Postavljeni cilj istraživanja se potvrdio, iako mala razlika, ali ipak postojana dokazuje bolje znanje izvanrednih studenata u odnosu na redovne.

Zaključno, svaka osoba ima emocionalne uspone i padove tijekom života i to je ono što je čini svjesnom svoga postojanja. Osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja prolaze kroz ista takva emocionalna iskustva samo što ih proživljavaju na intenzivniji način s kojim se nažalost ponekad ne znaju nositi. Svaki zdravstveni djelatnik bi bolesniku trebao pristupati holistički uzimajući u obzir da se tijekom epizoda mijenja psihološka, socijalna i duhovna osobnost bolesnika.

7. SAŽETAK

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresorima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici“ (1).

Mentalno zdravlje svakog pojedinca ujedno je najjača, ali i najranjivija komponenta organizma. Linija između održavanja i narušavanja mentalnog zdravlja je vrlo tanka i zato je treba njegovati s posebno puno pažnje i ljubavi prema samom sebi, a onda i drugima. Jedna od mnogih psihijatrijskih bolesti je bipolarno afektivni poremećaj za koji bi se moglo reći da daje vrlo osebujan primjer ljudskog raspoloženja, emocija te stanja uma i tijela. Drugim riječima, bipolarno afektivni poremećaj pruža uvid u obje krajnosti mentalnog zdravlja, jedna krajnost je vesela i idilična dok je druga tmurna i umorna.

Cilj ovog rada bio je ispitati razinu znanja redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o bipolarno afektivnom poremećaju. Sveukupno je sudjelovalo 143 studenta, od toga 69 redovnih i 74 izvanrednih. Za potrebe provođenja istraživanja koristio se online anonimni anketni upitnik od 20 pitanja izrađen samo za potrebe ovog istraživanja. Anketni upitnik kreiran je putem Google obrasca. Prva skupina pitanja bila je sastavljena od četiri pitanja općih podataka (dob, spol, završena srednja škola, trenutna godina studiranja). Druga skupina pitanja bila je sastavljena od jednog pitanja vezano za strah od psihijatrijskih bolesnika, jednog pitanja vezano uz asocijaciju na pojam „psihijatrija“ koje je bilo slobodnog tipa odgovora te 14 pitanja koja su bila isključivo za provjeru znanja o bipolarno afektivnom poremećaju. Rezultati istraživanja pokazuju da su studenti većinom upoznati s teorijskim osnovama o bipolarno afektivnom poremećaju, no iznenađujuće je što većina studenata povezuje negativne asocijacije s psihijatrijskim bolesnicima te psihijatrijom kao ustanovom. Zaključno, stavovi studenata sestrinstva kao budućih zdravstvenih djelatnika odražavaju se na opću populaciju te će se time na teži način iskorjeniti diskriminacija i stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika.

Ključne riječi: bipolarno afektivni poremećaj, mentalno zdravlje, studenti

7.1. SUMMARY

„Sound mental health and wellbeing of each individual is defined by social inclusion, stress free living and working environment, as well as opportunities to learn and grow in society according to the World Health Organization definition“ (1).

The mental health is at the same time the strongest, as well as the most fragile state for each individual. Good mental health starts with love and care for oneself and then others. Bipolar affective disorder is one of many psychiatric illnesses, but at the same time, an illness that gives most peculiar example of the human mood, emotions, and state of mind and body unique to each individual. Bipolar affective disorder studies are providing us with insights into both extremes of individuals mental health, from extremely cheerful and idyllic to gloomy, tired and aggressive at time on the other end.

Objective of this work about bipolar affective disorder was to conduct the survey and examine the level of knowledge among nursing students of University of Rijeka, Faculty of health studies, for both, full-time and part-time nursing students. A total of 143 nursing students participated in survey, out of which, 69 were full-time and 74 part-time students. For the purpose of survey, Google online forms were used to create anonymous 20-questions survey. The questionnaire was divided into three groups of questions that offered a choice of one answer from several options, and one question for which it was necessary to enter an answer. The first group consisted of 4 generic questions (age, gender, completed high school, and current year of study). The second group consisted of only two questions, the first concerned the fear of the psychiatric patient, and the second offered the possibility of a free interpretation of the term “psychiatry”. The third group of questions consisted of 14 questions that relate exclusively to testing students' knowledge of bipolar affective disorder. The research showed that most students are familiar with the theoretical foundations of bipolar affective disorder, however, the research also showed greater than expected negative connotations of students towards psychiatric patients as well as psychiatric nursing homes. In conclusion, the attitudes of nursing students as future health professionals are reflected in the general population, which will make it harder to eradicate discrimination and stigmatization of psychiatric patients.

Key words: bipolar affective disorder, mental health, nursing students

8. LITERATURA

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalnozdravstvena pismenost nije rezervirana samo za stručnjake, ona je važna za svakog pojedinca [Internet]. 2020. [pristupljeno 3.7.2021.] Dostupno na: [https://Mentalnozdravstvena pismenost nije rezervirana samo za stručnjake, ona je važna za svakog pojedinca | Hrvatski zavod za javno zdravstvo \(hzjz.hr\)](https://Mentalnozdravstvena_pismenost_nije_rezervirana_samo_za_strucnjake_ona_je_vazna_za_svakog_pojedinca_|_Hrvatski_zavod_za_javno_zdravstvo_(hzjz.hr))
2. World Health Organization [Internet]. Geneva: Mental Health Atlas; 2019. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019 – 2023): Universal Health Coverage for Mental Health. [pristupljeno 3.7.2021.] Dostupno na: [https://WHO Special Initiative for Mental Health](https://WHO_Special_Initiative_for_Mental_Health)
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. [Internet]. Svjetska zdravstvena organizacija: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta verzija, 2. izdanje; 2008. [pristupljeno 3.7.2021.] Dostupno na: **Pogreška! Referenca hiperveze nije valjana.**
4. Prološćić J. Bipolarni afektivni poremećaj – BAP. Pliva Zdravlje [Internet]. 2019. [pristupljeno 3.7.2021.] Dostupno na: [https://Bipolarni afektivni poremećaj - BAP - PLIVAZdravlje](https://Bipolarni_afektivni_poremećaj_-_BAP_-_PLIVAZdravlje)
5. American Psychiatric Association. [Internet]. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5. izdanje; 2013. [pristupljeno 7.7.2021.] Dostupno na: [https://The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition \(DSM V\) \(delaware.gov\)](https://The_Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders,_Fifth_Edition_(DSM_V)(delaware.gov))
6. National Institute of Mental Health. [Internet]. US National Library of Medicine. MedlinePlus; 2020. [pristupljeno 7.7.2021.] Dostupno na: [https://Bipolar Disorder: MedlinePlus](https://Bipolar_Disorder:MedlinePlus)
7. Medved V. Bipolarni afektivni poremećaj: Neurologija bipolarnog afektivnog poremećaja. Zagreb: Belupo d.d. 2007;21-3.
8. Oruč L, Memić A, Škobić H. Biološka osnova bipolarno afektivnog poremećaja. [Internet]. Medix br. 77. [pristupljeno 8.7.2021.] Dostupno na: https://505847.MEDIX_Supplement_1.pdf

9. Štrkalj Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj. Psihoedukacija između informacije i psihoterapije. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;191-250.
10. Moro LJ, Frančišković T, i suradnici. Psihijatrija: Psihijatrijska propedeutika Zagreb: Medicinska naklada, 2011;49-51.
11. Meyer TD. Bipolarni poremećaj (manično – depresivni poremećaj). Zagreb: Naklada slap, 2008.
12. Yatham L, Malhi G. Bipolar Disorder (Oxford Psychiatry Library) [Internet]. University Press; 2011. [pristupljeno 8.7.2021.] Dostupno na: <https://The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core>
13. Begić D. Psihopatologija: Specijalna psihopatologija – psihički poremećaji i bolesti. Drugo dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2014;267-88.
14. Dodig G. Bipolarni afektivni poremećaj: Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja raspoloženja. Zagreb: Belupo d.d. 2007;43-9.
15. Štrkalj Ivezić S, Jukić V, Jakovoljević M. Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja. [Internet] Medix, br. 1 [pristupljeno 8.7.2021] Dostupno na: [https://Medix_106_supl_smjernice_depresija_t3.pdf \(hlz.hr\)](https://Medix_106_supl_smjernice_depresija_t3.pdf (hlz.hr))
16. Angst J., Adolfsson R., Benezzi F. i sur. The HCL – 32: towards a self – assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. [Internet] Journal of Affective Disorders 2005. [pristupljeno 8.7.2021.] Dostupno na: [https://The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients - PubMed \(nih.gov\)](https://The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients - PubMed (nih.gov))
17. Weber – Rouget B., Gervasoni N., Dubuis V. i sur. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). [Internet]. Journal of Affective Disorders 2005. [pristupljeno 8.7.2021.] Dostupno na: [https://Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire \(MDQ\) - PubMed \(nih.gov\)](https://Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) - PubMed (nih.gov))
18. Hotujac L. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.
19. Moro Lj, Frančišković T. i sur. Psihijatrija: Psihijatrijski poremećaji. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;78-80.
20. Katzung BG. Temeljna i klinička farmakologija: Antipsihotici i Litij. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;487-507.

21. Bowden CL, Singh V. Valporate in bipolar disorder. USA: Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, 2005;(426):13-20.
22. Katzung BG. Temeljna i klinička farmakologija: Karbamazepin. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;405-06.
23. Katzung BG. Temeljna i klinička farmakologija: Lamotrigin. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;409.
24. Mihaljević Pelješ A, Šagud M. Antipsihotici u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
25. Katzung BG. Temeljna i klinička farmakologija: Anksiolitici i sedativi – hipnotici. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
26. Mihaljević Pelješ A, Šagud M. Antidepresivi u kliničkoj praksi. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
27. Štrkalj Ivezić S, Urlić I, Mihanović M, Restek Petrović B. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarno afektivnog poremećaja. [Internet] Medix, br. 77. [pristupljeno 5.8.2021.] Dostupno na: https://505847.MEDIX_Supplement_1.pdf
28. Šagud M, Goluža E, Mihaljević Pelješ A. i sur. Elektrokonvulzivna terapija: osamdeset godina iskustva u Hrvatskoj i u svijetu. Zagreb, 2020.
29. Ostojić B. Ne liječiti bolest, već čovjeka. [Internet]. Narodni zdravstveni list. [pristupljeno 5.8.2021.] Dostupno na: [https://NARODNI_ZDRAVSTVENI_LIST\(zzjzpgz.hr\)](https://NARODNI_ZDRAVSTVENI_LIST(zzjzpgz.hr))
30. Ribarić S, Vidoša A. Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
31. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. [Internet] [pristupljeno 6.8.2021.] Dostupno na: <https://stigma | Hrvatska enciklopedija>
32. Puljić Z. Znanje i stavovi studenata Sveučilišta u Splitu o psihijatrijskim bolestima. Sveučilište u Splitu – Diplomski rad, 2020.

9. PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Grafikoni

Grafikon 1. Omjer ispitanika po dobi.....	25
Grafikon 2. Omjer ispitanika po spolu	25
Grafikon 3. Omjer ispitanika prema završenoj srednjoj školi.....	26
Grafikon 4. Prikaz studenata s obzirom na program studija.....	26
Grafikon 5. Prikaz odgovora na pitanje Imate li strah od osoba oboljelih od psihičke bolesti? .	27
Grafikon 6. Prikaz odgovora na pitanje Što Vam prvo »padne na pamet« kad čujete riječ „psihijatrija“?	28
Grafikon 7. Prikaz odgovora na pitanje Kojoj skupini poremećaja pripada bipolarno afektivni poremećaj?	29
Grafikon 8. Prikaz odgovora na pitanje Što karakterizira bipolarno afektivni poremećaj?	30
Grafikon 9. Prikaz odgovora na pitanje Jeste li se ikad susreli s osobom oboljelom od bipolarno afektivnog poremećaja?	31
Grafikon 10. Prikaz odgovora na pitanje Izmjena faza raspoloženja može se dogoditi „preko noći“?	31
Grafikon 11. Prikaz odgovora na pitanje Može li osoba koja boluje od bipolarno afektivnog poremećaja, cjeloživotno biti samo u jednoj fazi bolesti?	32
Grafikon 12. Prikaz odgovora na pitanje U kojoj dobnoj skupini se bipolarno afektivni poremećaj najčešće javlja?.....	33
Grafikon 13. Prikaz odgovora na pitanje Prema MKB – 10 klasifikaciji, oznaka za bipolarno afektivni poremećaj je?	34
Grafikon 14. Prikaz odgovora na pitanje Da li je bipolarno afektivni poremećaj nasljedna bolest?	34
Grafikon 15. Prikaz odgovora na pitanje Koji spol ima veću prevalenciju za obolijevanje od bipolarno afektivnog poremećaja?	35
Grafikon 16. Prikaz odgovora na pitanje Jesu li osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja suicidalne?	36

Grafikon 17. Prikaz odgovora na pitanje Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem alkohola?	37
Grafikon 18. Prikaz odgovora na pitanje Smatrate li da su osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja stigmatizirane?.....	38
Grafikon 19. Prikaz odgovora na pitanje Kod uzimanja litijevih soli važno je?.....	39
Grafikon 20. Prikaz odgovora na pitanje Smatrate li da su farmakoterapija i psihoterapija podjednako važne za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?.....	40

Prilog B: Anketni upitnik

Poštovani/na,

Pozivam Vas da sudjelujete u istraživanju »Zdravstvena njega bolesnika s bipolarno afektivnim poremećajem«. Cilj ovog rada je prikupiti podatke, iskustva, stavove, mišljenja i saznanja redovnih i izvanrednih studenata sestrinstva. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i anonimno te se u bilo koje vrijeme bez navođenja razloga možete povući iz istraživanja. Obzirom da je cilj istraživanja isključivo vezan za pisanje završnog rada, možete biti sigurni da se ti podatci neće zloupotrebjavati niti će imati neke štetne posljedice. Hvala Vam na pomoći i utrošenom vremenu!

1. Dob:
 - a) 18 – 20
 - b) 21 – 23
 - c) 24 i više
2. Spol:
 - a) Muško
 - b) Žensko
3. Završena srednja škola:
 - a) Medicinska škola
 - b) Gimnazija
 - c) Ostalo
4. Godina studiranja:
 - a) 1. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva – redovni
 - b) 2. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva – redovni
 - c) 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva – redovni
 - d) 1. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva – izvanredni
 - e) 2. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva – izvanredni
 - f) 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva – izvanredni
5. Imate li strah od osoba oboljelih od nekih psihičkih bolesti?
 - a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam

6. Što Vam prvo „padne na pamet“ kad čujete „psihijatrija“:
-
7. Kojoj skupini poremećaja pripada bipolarni afektivni poremećaj?
- Poremećaj hranjenja
 - Poremećaj raspoloženja
 - Disocijativni poremećaj
8. Što karakterizira bipolarni afektivni poremećaj?
- Iskrivljena realnost, nemogućnost razlikovanja stvarnih od nestvarnih doživljaja ili iskustava
 - Ciklične promjene raspoloženja, od depresivnih do maničnih epizoda
9. Jeste li se ikada susreli s osobom koja ima dijagnosticiran bipolarni afektivni poremećaj?
- Da
 - Ne
10. Izmjena faza raspoloženja može se dogoditi „preko noći“?
- Da, moguće je
 - Ne, izmjena faza raspoloženja je proces koji traje tjednima ili mjesecima
11. Može li osoba koja boluje od bipolarnog afektivnog poremećaja, cjeloživotno biti samo u jednoj fazi bolesti?
- Da
 - Ne
 - Ne znam
12. U kojoj dobnoj skupini se bipolarni afektivni poremećaj najčešće javlja:
- Dojenačka dob
 - Adolescencija
 - Starija životna dob
13. Prema MKB 10 klasifikaciji, oznaka za bipolarni afektivni poremećaj je:
- F-20
 - F-31
 - F-60

14. Da li je bipolarni afektivni poremećaj nasljedna bolest?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam
15. Koji spol ima veću prevalenciju za obolijevanje od bipolarnog afektivnog poremećaja?
- a) Žene
 - b) Muškarci
 - c) Podjednako
16. Jesu li osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja suicidalne?
- a) Da, u svim fazama podjednako
 - b) Da, ali više u depresivnoj fazi
 - c) Ne, nisu suicidalne
17. Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan alkoholom?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam
18. Smatrate li da su osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja stigmatizirane?
- a) Da
 - b) Ne
 - c) Ne znam
19. Kod uzimanja litijevih soli važno je:
- a) Paziti na sol u hrani
 - b) Obratiti pozornost na moguću zlouporabu (predoziranje)
 - c) Oba odgovora su točna
20. Smatrate li da su farmakoterapija i psihoterapija podjednako važne za uspješno liječenje?
- a) Da
 - b) Ne, smatram da je farmakoterapija važnija
 - c) Ne, smatram da je psihoterapija važnija

10. ŽIVOTOPIS

Zovem se Ingrid Jekić, rođena sam 27.7.1997. u Rijeci. Završila sam osnovnu školu Fran Franković, a zatim srednju Medicinsku školu u Rijeci, smjer medicinska sestra/tehničar opće njege. Nakon toga sam nastavila školovanje na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci kao redovna studentica preddiplomskog stručnog studija sestrinstva. Oduvijek sam imala želju biti ovo što uskoro i postajem, biti medicinska sestra. Smatram da svaki čovjek zaslužuje bezbrižan i sretan život, potpunu njegu i ljubav, pravo na znanje, rast i razvoj i na kraju na dostojanstvenu i mirnu smrt kako bi se zaokružila priča života dok za sobom ostavljamo tek poneke djeliće našeg postojanja tek onoliko da se zna da smo jednom bili ovdje i napravili najbolje što smo znali.