

USVOJENA TEORIJSKA ZNANJA STUDENATA SESTRINSTVA O BIPOLARNOM AFEKTIVNOM POREMEĆAJU I SHIZOFRENIJI U SVRHU KVALITETNE ZDRAVSTVENE NJEGE

Mureta, Sara

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:369367>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-24**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Sara Mureta

USVOJENA TEORIJSKA ZNANJA STUDENATA SESTRINSTVA O BIPOLARNOM
AFEKTIVNOM POREMEĆAJU I SHIZOFRENIJI U SVRHU KVALITETNE
ZDRAVSTVENE NJEGE

Diplomski rad

Rijeka, 2022. godina

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY
OF PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Sara Mureta

THEORETICAL KNOWLEDGE OF NURSING STUDENTS ABOUT BIPOLAR
AFFECTIVE DISORDER AND SCHIZOPHRENIA FOR THE PURPOSE OF QUALITY
HEALTH CARE

Master thesis

Rijeka, 2022. godina

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija
Studij	DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMOCIJA I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Sara Mureta
JMBAG	6019832103510048366

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	USVOJENA TEORIJSKA ZNANJA STUDENATA SESTRINSTVA O BIPOLARNOM AFEKTIVNOM POREMEĆAJU I SHIZOFRENIJI U SVRHU KVALITETNE ZDRAVSTVENE NJEGE
Ime i prezime mentora	Izv.prof.prim.dr.sc. Marija Vučić Peitl
Datum predaje rada	02.09.2022.
Identifikacijski br. podneska	1892162100
Datum provjere rada	09.09.2022.
Ime datoteke	SVOJENA_TEORIJSKA_ZNANJA_STUDENATA_SESTRINSTVA_O_B...
Veličina datoteke	812.41K
Broj znakova	102,400
Broj riječi	16,300
Broj stranica	99

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	9 %
-----------------	-----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

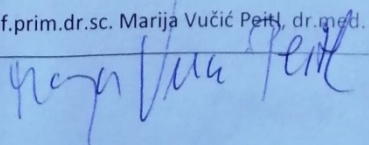
Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

09.09.2022.

Potpis mentora

Izv.prof.prim.dr.sc. Marija Vučić Peitl, dr.med.



Rijeka, 6. april 2022.

Odobrenje nacrtu diplomskog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
odobrava nacrt diplomskog rada:

Usvojena teorijska znanja studenata sestinstva o bipolarnom
afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege

Theoretical knowledge of nursing students about bipolar affective disorder and schizophrenia for
the purpose of quality health care

Student: Sara Mureta

Mentor: doc.dr.sc. Marije Vučić Peitl, dr.med.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

Diplomski sveučilišni studij Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

Sadržaj

1. UVOD.....	5
2. TEORIJSKE OSNOVE BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA.....	7
3. ETIOLOGIJA BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA.....	8
4. VRSTE BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA	9
5. MANIČNA EPIZODA	10
6. HIPOMANIJA	12
7. DEPRESIVNA EPIZODA.....	13
8. MIJEŠANA OBILJEŽJA.....	14
9. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI	15
10. LIJEČENJE.....	16
10.1. Farmakološko liječenje	16
10.2. Elektrokonvulzivna terapija.....	18
10.3. Psihoterapija.....	19
11. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S BIPOLARNO AFEKTIVNIM POREMEĆAJEM.....	20
12. TEORIJSKE OSNOVE SHIZOFRENIJE	22
13. ETIOLOGIJA SHIZOFRENIJE	23
14. SIMPTOMI SHIZOFRENIJE.....	24
14.1. Pozitivni simptomi shizofrenije	24
14.2. Negativni simptomi shizofrenije.....	26
14.3. Kognitivni simptomi shizofrenije	27
14.4. Afektivni simptomi shizofrenije.....	27
15. VRSTE SHIZOFRENIJE.....	28
16. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI	30
17. LIJEČENJE.....	31
18. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE	33
19. ZDRAVSTVENI ODGOJ	35

20. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	36
21. ISPITANICI I METODE	37
21.1. Ispitanici.....	37
21.2. Postupak i instrumentarij	37
21.3. Statistička obrada podataka	38
22. ETIČKI ASPEKTI	40
23. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	41
23.1. Analiza znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju.....	41
23.2. Analiza znanja o shizofreniji	61
23. RASPRAVA	75
24. ZAKLJUČAK	77
LITERATURA	78
PRIVITCI	82
ŽIVOTOPIS	95

POPIS KRATICA

BAP – Bipolarno afektivni poremećaj

CT – Kompjuterizirana tomografija

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEG – Elektroencefalogram

EKG – Elektrokardiogram

EKT – Elektrokonzulzivna terapija

HCL – 32 – Hypomania Check List – 32

MAO – Inhibitori monoaminooksidaze

MDQ – Mood Disorder Questionnaire

MR – Magnetska rezonanca

RTG – Rendgensko snimanje

SSRI – Selektivni inhibitori ponovnog unosa serotonina

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

TCA – Triciklički antidepresi

SAŽETAK

Mentalno zdravlje je značajan aspekt zdravlja te je ono preduvjet i temeljna značajka kvalitete samog življenja. Isto kao što osoba čuva i njeguje svoje fizičko zdravlje potreba za očuvanjem i promicanjem mentalnog, ista je, ako ne i veća. Ponekad se u osobe pojave mentalni poremećaji bilo zbog pozitivne obiteljske anamneze, preživljavanja određene traume, nemogućnosti nošenja sa stresom svakodnevnog života, nemogućnošću doprinosa zajednici u onoj mjeri u kojoj individua to želi i sl. Shizofrenija i bipolarno afektivni poremećaj samo su neki od psihičkih poremećaja od kojih osoba može bolovati.

Cilj ovog istraživanja jest uvidjeti razinu teorijskog znanja studenata sestrinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege.

Ispitanici i metode: Istraživanje se provodi nad redovnim i izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskih stručnih studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu. Ukupno sudjeluje 80 ispitanika, izabranih neprobabilističkom metodom, prigodnim uzorkom te se razina njihovog znanja ispituju kroz online upitnike o ovim poremećajima.

Rezultati: Provedenim istraživanjem potvrdila se hipoteza 4 koja govori o tome da studenti oba studija u Rijeci i Varaždinu imaju veća znanja o shizofreniji nego o bipolarnom afektivnom poremećaju.

Istraživanjem nije potvrđena hipoteza 1 koja je zastupala da je razina znanja manja među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta.

Hipoteza 2: razina znanja je veća među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na redovne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu također nije prihvaćena kao ni hipoteza 3 da je razina znanja veća među izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Zaključak: Analizom podataka dokazana je statistički značajna razlika te je potvrđeno da studenti preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu imaju veća usvojena znanja o shizofreniji nego o bipolarnom afektivnom poremećaju.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, shizofrenija, studenti, znanje

SUMMARY

Mental health is an important aspect of health and it is a prerequisite and fundamental feature of the quality of life itself. Just as a person preserves and nurtures his physical health, the need to preserve and promote mental health is the same, if not greater. Sometimes mental disorders appear in people either because of a positive family history, surviving a certain trauma, inability to cope with the stress of everyday life, inability to contribute to the community to the extent that the individual wants to, etc. Schizophrenia and bipolar affective disorder are just some of the mental disorders from which a person can suffer from.

The aim of this research is to see the level of theoretical knowledge of nursing students about bipolar affective disorder and schizophrenia for the purpose of quality health care.

Subjects and methods: The research is conducted on full-time and part-time students of the 3rd year of undergraduate nursing studies in Rijeka and Varaždin. A total of 80 respondents, chosen by a non-probabilistic method, a convenient sample, participate, and their level of knowledge is tested through online questionnaires about these disorders.

Results: The conducted research confirmed hypothesis 4, which states that students of both studies in Rijeka and Varaždin have more knowledge about schizophrenia than about bipolar affective disorder.

The research did not confirm hypothesis 1, which stated that the level of knowledge is lower among full-time students in the 3rd year of undergraduate professional nursing studies in Rijeka and Varaždin compared to part-time students in the 3rd year of the same universities.

Hypothesis 2: the level of knowledge is higher among full-time students of the 3rd year of undergraduate professional studies in Rijeka compared to full-time students of the 3rd year of undergraduate professional studies in Varaždin was also not accepted, as was hypothesis 3 that the level of knowledge is higher among part-time students of the 3rd year of undergraduate professional studies of professional studies in Rijeka in relation to part-time students of the 3rd year of undergraduate professional studies in Varaždin.

Conclusion: The analysis of the data proved a statistically significant difference, and it was confirmed that the students of the undergraduate study of nursing in Rijeka and Varaždin have more acquired knowledge about schizophrenia than about bipolar affective disorder.

Key words: bipolar affective disorder, schizophrenia, students, knowledge

1. UVOD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) zdravlje je »stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti« (1). Mentalno zdravlje je poseban no vrlo značajan aspekt zdravlja. Ono je uvjet i temeljna odrednica kvalitete života. SZO je definirala mentalno zdravlje kao »stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban(na) pridonositi svojoj zajednici« (1). Mentalno zdravlje zapravo utječe na način na koji razmišljamo, osjećamo, djelujemo, komuniciramo, zarađujemo za život i uživamo u životu.

Kroz život osobe se susreću s mnogim preprekama koje doprinose narušavanju mentalnog zdravlja. Nekada zbog bioloških čimbenika, životnih iskustava ili pozitivne obiteljske anamneze, pojedinca mogu zateći problemi s mentalnim zdravljem koji počinju utjecati na njegovo razmišljanje, raspoloženje i djelovanje (2). Shizofrenija i bipolarni afektivni poremećaj jedni su od niza psihijatrijskih bolesti.

Shizofrenija je psihotični poremećaj karakteriziran halucinacijama, deluzijama, smetnjama u mišljenju, percepciji i ponašanju (3). Ona može uključivati pozitivne simptome, kao što su halucinacije, deluzije, formalni poremećaji mišljenja te negativne simptome poput anhedonije, siromaštva govora i nedostatka motivacije. Iako ne postoji specifični lijek za ovu bolest, farmakoterapijom i psihoterapijom se većina simptoma uvelike poboljša (4).

»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« (5). On je karakteriziran kombinacijom maničnih, hipomaničnih i depresivnih epizoda. Kako bi se postavila dijagnoza, osoba mora imati barem dvije epizode značajno promijenjenog raspoloženja.

U ovome istraživanju ispitivati će se razina teorijskog znanja redovnih i izvanrednih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege. Specifični ciljevi jesu utvrditi je li razina znanja manja u redovnih u odnosu na izvanredne studente sestrinstva, je li razina znanja o shizofreniji veća u odnosu na bipolarno afektivni poremećaj te postoji li razlika u znanju između redovnih i izvanrednih studenata iz Rijeke u odnosu na one iz Varaždina.

Prema istraživanju *Jekić I.* pod nazivom „*Zdravstvena njega bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem*“ iz 2021. godine ispitalo se među ostalom teorijsko znanje redovnih i izvanrednih studenata prve, druge i treće godine preddiplomskog studija sestrinstva u Rijeci. Uvidjelo se kako je prilikom razrade istraživanja potvrđena hipoteza s početka rada te postojanje statistički značajne razlike u teorijskom znanju o bipolarnom afektivnom poremećaju. Iako mala, ali postojana razlika dokazuje viši nivo znanja izvanrednih studenata u odnosu na redovne.

Ova tema istraživanja doprinosi struci u analizi razine znanja studenata i u slučaju potrebe dodatne edukacije o psihijatrijskim bolestima. Vrlo je važno da studenti sestrinstva znaju prepoznati takve bolesti, ukazati na njih te educirati građanstvo o njihovom postojanju, načinima pomoći i zdravstvenoj skrbi.

2. TEORIJSKE OSNOVE BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Bipolarno afektivni poremećaj je kronični složeni poremećaj raspoloženja koji je karakteriziran kombinacijom maničnih, hipomaničnih i depresivnih epizoda (5). To je mentalni poremećaj koji uzrokuje neobične promjene raspoloženja, energije, koncentracije, razine aktivnosti i sposobnosti obavljanja svakodnevnih planova i ciljeva.

Prema DSM-IV iz 1994. godine, postoje četiri glavna tipa ovog poremećaja i to su bipolarni poremećaj tip I, bipolarni poremećaj tip II, ciklotimija i nespecificirani bipolarni poremećaj. U novijoj klasifikaciji DSM-V izdanoj u svibnju 2013. godine, navode se bipolarni poremećaj tip I, bipolarni poremećaj tip II, ciklotimija i bipolarni poremećaj koji nije drugdje uvršten.

Važno je naglasiti da različite vrste ovog poremećaja različito utječu na osobu, ali sve uključuju jasne promjene raspoloženja, energije i razine aktivnosti. Ova raspoloženja variraju od razdoblja izrazito uzbuđljivog, oduševljenog i ushićenog ponašanja do vrlo tužnog, spuštenog, ravnodušnog i bezizlaznog razdoblja.

Učestalost bipolarno afektivnog poremećaja u oba spola bez obzira na nacionalnost, rasu i socioekonomski status procjenjuje se kao i kod shizofrenije, oko 1% (6). Najčešće se javlja između 15. i 30. godine života, iako se može javiti i u starijoj životnoj dobi (7). Prva epizoda kod BAP-a I najčešće se javlja između 12. i 20. godine dok se prva epizoda u BAP-u II javlja nešto kasnije. S obzirom da pojava prvih simptoma počinje u burnom dobu adolescencije, nerijetko je teško otkriti radi li se o životnom razdoblju ili početku psihičke bolesti. Konačna klinička dijagnoza postavlja se oko 30.-te godine života što znači da bolest ostaje prekrivena više od 10 godina.

Pozitivna obiteljska anamneza je glavni čimbenik rizika te ima veliku ulogu u ovome poremećaju. Ukoliko roditelji boluju od bipolarno afektivnog poremećaja, osoba ima 5 do 10 puta veći rizik za oboljenje u odnosu na zdravu populaciju (8).

Bipolarno afektivni poremećaj nerijetko se zamijeni unipolarnom depresijom, a tek kada se uoči manija posumnja se na kompleksniji poremećaj raspoloženja. Liječenje je složeni proces s kojim se treba započeti što ranije, a to se jedino može ukoliko se dijagnosticira na vrijeme.

3. ETIOLOGIJA BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Bipolarno afektivni poremećaj može biti uzrokovan mnogobrojnim biološkim i psihosocijalnim čimbenicima.

Neki od bioloških čimbenika jesu genetski i imunološki faktori, strukturne i funkcionalne promjene mozga, defekti u biogenim aminima te neravnoteža hormonske regulacije. Iako psihijatrijski poremećaji imaju genetsku podlogu, bipolarno afektivni poremećaj tip I ima najveću genetsku vezu od svih psihijatrijskih bolesti. Rizik od bipolarnog poremećaja iznosi 10-25% ukoliko jedan roditelj ima poremećaj raspoloženja, a mnogobrojne studije su pokazale 70-90% stope podudarnosti kod monozigotnih blizanaca (5).

Kod psihosocijalnih čimbenika ubrajaju se značajniji životni stresori koji mogu dovesti do određenih neuronskih promjena. Ukoliko kod osobe dođe do prevelikog nakupljanja stresa i nemogućnosti nošenja s istim poput rastave braka, gubitka posla ili smrti drage osobe, kod takvog pojedinca može se pojaviti bipolarno afektivni poremećaj. Iako ovakva stresna opterećenja mogu dovesti do BAP-a, oni nisu uzroci istoga poremećaja.

U životu svaka individua prolazi kroz određena traumatična iskustva što uzrokuje određeni disbalans hormona u organizmu koji mogu djelovati na pojavu manično-depresivne faze, ali točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnog poremećaja još uvijek ostaje nerješiv.

4. VRSTE BIPOLARNO AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Bipolarni afektivni poremećaj tip I je definiran maničnim epizodama koje traju najmanje 7 dana ili maničnim simptomima koji su toliko jaki da je osobi potreba hitna bolnička skrb. Uz manične, javljaju se i depresivne epizode koje obično traju najmanje dva tjedna. Uz ove osnovne, moguće je i pojavljivanje epizode depresije s mješovitim obilježjima što podrazumijeva istodobnu pojavu depresivnih i maničnih simptoma (9). Za dijagnosticiranje ovog tipa potrebna je barem jedna manična ili mješovita epizoda povišenog raspoloženja s barem tri simptoma manije poput brzog govora, kratkog spavanja, povišene razine energije i aktivnosti, impulzivnog ponašanja itd.

Bipolarni poremećaj tip II definiran je depresivnim i hipomaničnim epizodama u trajanju od najmanje četiri dana, intenzitetom slabije od maničnih epizoda tipičnih za BAP I. Hipomanični simptomi ne dovode do degradiranih obiteljskih, poslovnih ili drugih odnosa, ali se očituju kroz poremećaje spavanja, bezvoljnosti, povećane aktivnosti i sl.

Poremećaj ciklotimije (ciklotimija) definiran je razdobljima hipomaničnih simptoma kao i simptoma depresije koji traju najmanje dvije godine bez pojave psihotičnih simptoma. Za dijagnozu ciklotimije, osoba mora imati barem tri simptoma od njih osam poput smanjene energije i aktivnosti, smanjene pričljivosti, socijalne izolacije, pojave pesimizma i sl (10). Razlika u dijagnosticiranju leži u nepotpunom zadovoljavanju dijagnostičkih kriterija za veliku depresivnu epizodu.

5. MANIČNA EPIZODA

Manična epizoda predstavlja razdoblje koje započinje vrlo naglo, nastaje tijekom nekoliko sati, dana ili čak tjedana. To razdoblje je karakterizirano euforičnim ponašanjem koje nije u skladu s okolnostima.

Većina bolesnika ima očuvanu svijest, izrazito ubrzan i glasan govor koji je teško prekinuti te ubrzano mišljenje s često nelogičnim idejama. Oboljeli u ovoj fazi često preskaču s teme na temu te imaju problem s dovršavanjem određenih razgovora ili aktivnosti. Oni su uvijek u pokretu, puni su energije i optimizma, a potreba za snom i hranom se odjednom smanjuje što posljedično dovodi do gubitka tjelesne težine.

Takve osobe su upadljive vanjštine, ekstravagantno se oblače, pretjerano šminkaju i suviše kite nakitom. Kod njih je pojačan seksualni libido i nerijetko se dovode u neugodne situacije. Donose nepromišljene odluke, skloni su rasipništvu, konzumaciji alkohola i kockanju.

U pravilu takvi bolesnici nisu heteroagresivni međutim zbog brzopletih i nepromišljenih odluka nerijetko sebe i svoje bližnje dovode u opasnost. Kako je smanjena mogućnost razlučivanja dobrih i loših aktivnosti često se upuštaju u nezakonite i kriminalne radnje.

Kod nekih bolesnika mogu se javiti sumanute misli poput ideja veličine, moći ili bogatstva što se svrstava u psihoze. Ukoliko su prisutne halucinacije one u većini slučajeva odgovaraju bolesnikovom raspoloženju i temama dok su deluzije povezane s psihičkim i fizičkim nadnaravnim moćima. Muškarci od „svojih moći“ naglašavaju seksualnu moć dok žene vlastitu neodoljivost. S obzirom na izraženost simptoma, manična epizoda može biti hipomanična, manična epizoda bez psihotičnih simptoma i manična epizoda sa psihotičnim simptomima.

Maničnim bolesnicima su vegetativne funkcije pojačane stoga se jače znoje, otporniji su na hladnoću, imaju pojačanu mišićnu snagu i izdržljivost te je često prisutan povišeni krvni tlak i tahikardija.

Važno je naglasiti da takvo razdražljivo ponašanje mora trajati najmanje tjedan dana i smetnje u raspoloženju mora pratiti još najmanje tri simptoma poput potrebe za neprestanim pričanjem, prisustvo bijega ideja, napuhano samopoštovanje, uključivanja u razne aktivnosti te smanjena potreba za snom.

Katkada se postavlja dijagnoza unipolarne manije čime se označuje poremećaj u kojem se pojavljuje isključivo manija, bez depresivnih epizoda, međutim, sukladno prethodno navedenim kriterijima i ovaj poremećaj svrstavamo među bipolarne. (11)

6. HIPOMANIJA

Hipomanija je razdoblje trajnog i nenormalno povišenog, ekspanzivnog ili razdražljivog ponašanja s abnormalnom, postojanom, povećanom aktivnošću usmjerenom ka cilju koja traje najmanje četiri dana (5). Iako su simptomi slični simptomima u maniji, oni su manjeg intenziteta i različitog djelovanja na osobu. Razlika između manije i hipomanije leži u pacijentovoj funkcionalnosti. Promjene u raspoloženju i funkcioniranju se razlikuju od normalnog i uobičajenog funkcioniranja, ali za razliku od manije, promjene u hipomaniji ne dovode do velikih oštećenja u radnom i socijalnom životu, ne karakteriziraju je halucinacije niti sumanutosti te ne zahtijeva hospitalizaciju (12).

Hipomanija može biti uvod u maniju zato treba s liječenjem započeti što ranije.

7. DEPRESIVNA EPIZODA

Iako su bol i tuga neizostavne emocije u životu svakog pojedinca, ponekad njihova učestalost i intenzitet mogu biti iznad uobičajenog što može uzrokovati patološka stanja i probleme u funkcioniranju osobe. Depresija je puno više od tuge, ona nije osjećaj prolaznog neraspoloženja već je to bolest koja narušava svakodnevni život individue. Bolesnici depresiju opisuju kao osjećaj tužnog raspoloženja, osjećaj nemoći, žale se na bolove i težinu u ekstremitetima, nemaju volje za aktivnosti koje su im do sada donosile radost, žale se na prekomjerno spavanje i sl (13). Oni svoje emocionalno stanje opisuju kao iznimnu patnju i duševnu bol. Poznato je da je depresija više izražena ujutro zbog čega imaju poteškoća s ustajanjem iz kreveta i obavljanja osnovnih životnih potreba. Kako dan odmiče, osjećaju se bolje te ponekad navečer budu i normalno raspoloženi.

Velika depresivna epizoda uključuje simptome koji su dovoljno jaki da izazovu primjetne poteškoće u svakodnevnim aktivnostima kao što su posao, škola, društvene aktivnosti ili odnosi. Kako bi se dijagnosticirala Velika depresivna epizoda prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi iz 1996. godine, ona mora trajati najmanje dva tjedna, a osoba mora doživjeti najmanje četiri simptoma iz popisa kao što su promjene psihomotoričkih aktivnosti, spavanja, apetita, tjelesne težine i sl.

Prema DSM-V osoba mora imati pet ili više simptoma prisutnih tijekom dvotjednog razdoblja i predstavljati promjenu od ranijeg funkcioniranja. Barem jedan od simptoma je depresivno raspoloženje ili gubitak interesa za zadovoljstvom. Neki dijagnostički kriteriji za depresivnu epizodu jesu depresivno raspoloženje veći dio dana gotovo svaki dan, nesanica ili hipersomnija gotovo svaki dan, umor ili gubitak energije gotovo svaki dan, značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje težine, psihomotorna agitacija ili retardacija gotovo svaki dan i sl.

Depresija može uzrokovati gubitak interesa za uobičajene aktivnosti, osobe postaju razdražljive, teško se koncentriraju i teško donose važne životne odluke. One mogu izgubiti samopouzdanje, osjećati se pretjerano krivima i imati misli o beznađu, smrti ili samoubojstvu. Simptomi koji se najčešće javljaju u osobe jesu slabo ili depresivno raspoloženje, osjećaj beznađa, gubitak energije, osjećaj krivnje, nemogućnost koncentracije, gubitak interesa za uživanje u uobičajenim aktivnostima, poremećaji spavanja, smanjeni libido i gubitak apetita te pokušaji povrjeđivanja sebe.

Kako takve osobe gube interes za ispunjavanje svakodnevnih aktivnosti i potreba, nerijetko su zapuštenog vanjskog izgleda i oskudne higijene. Njihova psihomotorika je usporena, oskudna mimikom i gestikulacijom uz spor i monoton govor najčešće kratkim i oskudnim rečenicama.

U depresivnih pojedinaca izraženo je siromaštvo spontanih pokreta, sagnut položaj tijela s pogledom prema dolje, evidentan pretjerani umor, reduciran govor, subjektivan osjećaj da vrijeme sporo prolazi ili da je stalo, oslabljena koncentracija i zaboravljivost uz prisjećanje na bolna iskustva (14).

Oko 60-70% bolesnika s akutnom depresijom ima suicidalne ideje, a njih čak 15-20% neliječenih ili neadekvatno liječenih počini samoubojstvo. S obzirom na izraženost simptoma, depresivna epizoda može biti blaga, teška bez psihotičnih simptoma i teška sa psihotičnim simptomima.

Iako je farmakološko liječenje antidepresivima i/ili stabilizatorima raspoloženja najuspješniji pristup izbjegavanju rizika od suicidalnog ponašanja, neizostavan dio su psihoterapijske i psihosocijalne intervencije.

8. MIJEŠANA OBILJEŽJA

U DSM-IV postojala je miješana epizoda kao zasebna epizoda BAP-a, a u DSM-V uvode se „miješana obilježja” kao dodatno obilježje svake epizode poremećaja raspoloženja: manične, velike depresivne i hipomanične epizode (15). Simptomi oba polariteta su istovremeno prisutni, a prisustvo miješanih obilježja kliničku sliku čini složenijom i težom pa je odgovor na farmakoterapiju lošiji.

9. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

Psihijatrijske bolesti obično se prvenstveno dijagnosticiraju pažljivom procjenom ponašanja u kombinaciji sa subjektivnim izvješćima o abnormalnim iskustvima radi grupiranja pacijenata u kategorije bolesti (16).

Da bi se potvrdila dijagnoza bipolarno afektivnog poremećaja obavlja se fizički pregled osobe te laboratorijski testovi (KKS, biokemijski nalazi te hormoni štitnjače) kako bi se isključili mogući organski uzroci. U svrhu isključenja mogućih tjelesnih oboljenja radi se i EEG, EKG, CT i MR mozga.

Osim fizičkog pregleda, psihijatar obavlja psihijatrijsku procjenu koja je temelj dijagnostike ovoga poremećaja. Ovdje psihijatar doznaje o samim osjećajima bolesnika, njegovom raspoloženju, obrascima ponašanja i sl. Neizostavni dio čine i heteroanamnestički podaci koji upotpunjuju cijelu sliku i psihijatru pomažu u postavljanju dijagnoze.

Ponekad nažalost dolazi do pogrešnog postavljanja dijagnoze unipolarne depresije jer većinu puta ovaj poremećaj započinje depresivnom fazom. BAP se ispravno dijagnosticira u samo 20% slučajeva. „Kod 31% bolesnika postavi se kriva dijagnoza ponavljano depresivnog poremećaja, a u 49% slučajeva dijagnoza nije postavljena (6).“

Danas se koriste posebni upitnici koji olakšavaju psihijatru postavljanje dijagnoze. Najviše se u praksi koriste upitnici HCL-32 (engl. *Hypomania Check List*) i MDQ (engl. *Mood Disorder Questionnaire*). HCL-32 je upitnik za samoprocjenu razvijen za identifikaciju hipomaničnih komponenti u bolesnika s velikim depresivnim epizodama dok je MDQ upitnik koji pokazuje veću osjetljivost s visokom preciznošću za otkrivanje „lakših“ slučajeva BAP-a (17). Oba mjerna instrumenta jesu razvijena i primjenjiva za pacijente u depresivnoj epizodi bolesti.

10. LIJEČENJE

10.1. *Farmakološko liječenje*

Liječenje bipolarno afektivnog poremećaja treba započeti odmah po postavljanju dijagnoze. Ovaj poremećaj je doživotno stanje, a liječenje je usmjereno na suzbijanje simptoma. Obzirom na faze bolesti, potrebno je prilagoditi i ciljeve liječenja.

U akutnoj fazi bolesti primarni su ciljevi osigurati pacijentu sigurnost, postići kliničku i funkcionalnu stabilnost uz što manje štetnih učinaka. Stabilizatori raspoloženja i antipsihotici su temelj liječenja ove faze bolesti. Stabilizatori raspoloženja djeluju na kontrolu maničnih ili hipomaničnih epizoda te se koriste kako bi se smirili simptomi bolesti. Najpoznatiji predstavnik ove grupe lijekova jest litij. On ima kratkoročne i dugoročne učinke na stanice živčanog sustava. Pokazatelji dobrog odgovora na litij uključuju euforičnu maniju kao dio primarnog poremećaja raspoloženja, a ona će se dogoditi manje od dva puta u godini. Budući da litij ima odgođeno razdoblje djelovanja od četiri do deset dana, u početku može biti potreban antipsihotik. Iako su se prema dosadašnjim istraživanjima litijeve soli pokazale s najboljim terapijskim učinkom, one imaju podosta nuspojava. U početku se može javiti proljev, glavobolja, mučnina, fini tremor, polidipsija i poliurija, ali ovi učinci su prolazni i često odgovaraju na smanjenje doze. Toksičnost litija se očituje grubim tremorom, trajnom glavoboljom, povraćanjem i konfuzijom, a vjerojatnost toksičnosti je veća u starijih osoba zbog smanjene glomerularne filtracije (18). Svakodnevno je potrebno pratiti unos kuhinjske soli u organizam te samo uzimanje litija jer za njega ne postoji antidot što ga čini idealnim za samoubojstvo (19).

Karbamazepin, valproična kiselina i lamotrigin su antikonvulzivi koji također imaju učinak stabilizacije raspoloženja i također se koriste u ovoj fazi bolesti. Valproat se smatra prvom linijom liječenja miješane manije, a kombiniranjem litija i valproične kiseline dobiva se najefikasnija i najsigurnija kombinacija. Kod osoba koje ne reagiraju na litij, uvodi se karbamazepin koji djeluje na manične epizode s psihotičnom simptomatologijom. Prema istraživanju iz 2012. godine (Chia-Hui & Shih-Ku), karbamazepin je pokazao bolju podnošljivost u kroničnoj primjeni. Zadnji, ali možda i najvažniji antikonvulziv jest lamotrigin koji se pokazao najuspješnijim u liječenju akutne depresivne epizode (14).

Antipsihotici imaju neizmjernu ulogu u liječenju akutnih faza bolesti kao i u terapiji održavanja. Danas se više koriste antipsihotici novije generacije iako su klasični antipsihotici imali bolje djelovanje na samu bolest, ali nažalost kod bolesnika su uzrokovali neugodne

nuspojave. U suvremenom liječenju najčešće se koriste olanzapin, kvetiapin i risperidon. Olanzapin je antipsihotik koji se koristi samostalno ili uz određeni stabilizator raspoloženja. On djeluje na psihotične simptome bolesti, a opasnost od ekstrapiramidalnih učinaka je minimalna. Najčešće nuspojave ovoga lijeka jesu porast tjelesne težine, kolesterola ili čak razvoj dijabetesa. Važno je naglasiti da se ovaj lik mora uzimati i nakon stišavanja simptoma, a najmanje vrijeme uzimanja lijeka iznosi dvije godine. Kvetiapin je atipični antipsihotik koji pozitivno djeluje u svim fazama bolesti. Nuspojave ovoga lijeka jesu povraćanje, glavobolja, proljev, debljanje, pospanost i omaglica. Risperidon je također antipsihotik novije generacije i on je prvi bio dostupan kao depo preparat. Nuspojave risperidona očituju se kroz vrtoglavice, vrućicu, ukočenost mišića, krvne ugruške i sl. Važno je naglasiti kako ovi lijekovi ne uzrokuju ovisnost te omogućavaju bolesniku kvalitetniji život bez psihotičnih simptoma.

Hipnotici su skupina lijekova koji se također koriste u liječenju BAP-a i to u kombinaciji s antipsihoticima. Najčešće korišteni lijekovi iz ove skupine jesu benzodiazepini i to diazepam, lorazepam i klonazepam. Negativna strana ove skupine lijekova jest što dugotrajnom konzumacijom uzrokuju fizičku i psihičku ovisnost u pojedinca.

Antidepresivi jesu lijekovi koji se nikada ne smiju koristiti kao monoterapija. Oni se uvijek moraju upotrebljavati uz stabilizatore raspoloženja. Najpoznatija skupina antidepresiva jesu selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI). Ovi lijekovi uzrokuju manje neugodnih nuspojava i manja je vjerojatnost da će uzrokovati probleme u većim terapijskim dozama u odnosu na ostale vrste antidepresiva. Najčešći neželjeni učinci SSRI jesu seksualna disfunkcija, glavobolja, mučnina i aritmija (20).

Inhibitori monoaminoooksidaze (MAO) su skupina antidepresiva koji se koriste rjeđe jer mogu izazvati ozbiljne po život ugrožavajuće nuspojave. Iako se mogu prepisivati, njihovo korištenje zahtijeva strogu dijetu. U interakciji s hranom kao što su određeni sirevi, kiseli krastavci, vina te neki analgetici mogu uzrokovati smrt osobe (21). Naglim prekidom uzimanja ovih lijekova može doći do sindroma ustezanja.

Triciklički antidepresivi (TCA) uvrštavaju se među najranije razvijene antidepresive. Iako su učinkoviti zamijenjeni su skupinama koje uzrokuju manje nuspojava. U određenim slučajevima depresije gdje SSRI nisu djelovali, oni ublažuju simptome. Nuspojave koje se mogu pojaviti kod korištenja jesu zamagljen vid, pospanost, suhoća usta, pad krvnog tlaka i retencija urina (22).

10.2. *Elektrokonvulzivna terapija*

Ponekad se dogodi da lijekovi ne djeluju na bolesnika i njegove simptome usprkos redovitom uzimanju terapije. Kod takvih bolesnika može se koristiti elektrokonvulzivna terapija (EKT) u općoj anesteziji. Ona se najčešće koristi u bolesnika s teškom depresijom, bipolarno afektivnim poremećajem i katatonim oblikom shizofrenije. EKT označava primjenu električne struje na području glave, radi izazivanja toničko-kloničke konvulzije u cilju ublažavanja simptoma navedenih bolesti (23).

Kontraindikacije ove terapije jesu naravno bolesti kardiovaskularnog sustava, ishemične cerebrovaskularne bolesti, demencije, traume glave, epilepsija, Parkinsonova bolest i sl. Prije terapije bolesnik priprema hematološke i biokemijske pretrage, EKG, EEG, CT mozga, RTG pluća te obavlja internistički i anesteziološki pregled. Ovakva detaljna analiza pojedinca, bolesniku pruža sigurnost i nadu za smirivanje simptoma.

Moguće neželjene reakcije jesu kognitivne nuspojave, glavobolja, bolovi u mišićima, mučnina i sl. Kognitivne nuspojave se javljaju neposredno nakon aplikacije, a mogu se očitovati kao retrogradna i anterogradna amnezija te kao najteža nuspojava u vidu delirija. Glavobolje su najčešće blage, češće u mlađih osoba i najčešće se javljaju u frontalnom dijelu mozga.

Statistički podaci dokazuju da u osoba mlađih od 65 godina, nuspojave su zabilježene u manje od 1% bolesnika (24). Nažalost, iako je danas negativno prikazana u javnosti i vrlo stigmatizirana, EKT ne izaziva trajna oštećenja kognitivnih funkcija već dokazuje smirivanje simptomatike, poboljšavanje pažnje i koncentracije.

10.3. Psihoterapija

Nakon smirivanja akutne faze bolesti farmakološkim metodama, bolesnika treba uključiti u psihoterapiju. Dobivanje podrške od svojih najmilijih bolesniku ulijeva sigurnost i dobiva nadu za boljim sutra. Danas postoji nekoliko vrsta terapija od kojih se najčešće koriste kognitivno – bihevioralna terapija, interpersonalna terapija te psihoedukacija pacijenata i obitelji.

Kognitivno– bihevioralna terapija je vrsta terapije razgovorom gdje bolesnik zajedno sa svojim psihoterapeutom postaje svjestan netočnog ili negativnog razmišljanja, uči se boljem savladavanju stresa te može jasnije sagledati izazovne situacije i odgovoriti na njih na učinkovitiji način. Ova terapija pomaže bolesniku u upravljanju simptomima mentalne bolesti, sprječavanju povratka simptoma, omogućava osobi da se nosi s teškim životnim situacijama, tugom ili gubitkom te pomaže u prevladavanju tih emocionalnih zavrzlami. Glavni cilj ove terapije jest pomaganje bolesniku u postizanju ciljeva koje si je sam postavio.

Interpersonalna terapija je vremenski ograničen, fokusiran pristup liječenju utemeljen na dokazima. Glavni cilj jest poboljšati kvalitetu bolesnikovih međuljudskih odnosa i društvenog funkcioniranja. Psihoterapeutu je ovdje cilj pomoći bolesniku da identificira svoje vlastite probleme, suoči se s njima i razriješi ih.

Psihoedukacija pacijenata i obitelji ima neizmjernu ulogu u bipolarno afektivnom poremećaju. Bolesnika i njegovu obitelj se informira o simptomima bolesti, liječenju, mogućim nuspojavama lijekova, pravilnoj prehrani, bioritmu budnosti i spavanja te naravno educira ih se o stresnim situacijama s kojima se bolesnik može suočiti i kako će ih razriješiti. Ova psihoedukacija bolesniku pruža možda i najveću sigurnost jer njegovi voljeni direktno sudjeluju u liječenju.

11. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S BIPOLARNO AFEKTIVNIM POREMEĆAJEM

Djelokrug rada medicinskih sestara ima neizmjernu ulogu i od vitalnog je značaja za pacijenta. One su te koje najviše vremena provedu uz bolesnika i upravo zato moraju biti educirane kako bi pružale što bolju zdravstvenu skrb. One moraju poznavati bolesti, simptome, načine liječenja, nuspojave mogućih lijekova, pružati psihološku potporu, pratiti napredak bolesnika te poticati ga na zdrav način života i reintegraciju u društvo. Osim potrebnog znanja, medicinske sestre su s bolesnikom dužne ostvariti profesionalan odnos pun povjerenja.

Zdravstvena njega obuhvaća niz medicinsko-tehničkih postupaka, njegu bolesnika, edukaciju bolesnika i njegove obitelji, dokumentaciju, psihološku potporu cijele zajednice i sl.

Medicinske sestre obzirom na djelokrug rada i kompetencije moraju razumjeti simptome i znakove bipolarno afektivnog poremećaja. Jedna od glavnih zadaća jest uzimanje anamneze kako bi se izradio individualni plan zdravstvene njege u svrhu postizanja specifičnih ciljeva. Prilikom uzimanja anamneze, ona promatra bolesnikove neverbalne znakove, gestikulaciju, mimiku lica, pokretljivost, izgled i stanje svijesti, a sama anamneza obuhvaća generalije bolesnika, informacije o prijašnjim hospitalizacijama, razlog sadašnje hospitalizacije, uzimanje određenih lijekova, kognitivno-percepcijske poteškoće, moguće ovisnosti, fizičke aktivnosti, načine odmora i kvalitetu spavanja. Plan zdravstvene njege moguće je doraditi sukladno bolesnikovom stanju, a napredak ili moguće nazadovanje bolesnika potrebno je evaluirati na svakodnevnoj razini.

S obzirom na fazu bolesti u kojoj se bolesnik nalazi, medicinska sestra ima drugačije pristupe prema pojedincu. U maničnoj fazi cilj je smiriti akutne simptome bolesnika. Medicinska sestra pomaže pojedincu u traženju načina smirivanja ili kontrole hiperaktivnosti, educira ga metodama relaksacije i verbalizacije osjećaja. Ona mora paziti na ponašanje bolesnika te spriječiti ga ukoliko narušava mir ostalih pacijenata na odjelu. Također, brine o njegovom ritmu spavanja jer je za tu fazu karakteristično da im je dovoljno tek nekoliko sati sna kako bi se osjećali odmorni. Osim spavanja, brine i o samoj prehrani osobe jer oni nerijetko ignoriraju potrebu za jelom. Neizostavni dio skrbi za bolesnika leži u samoj ordiniranoj terapiji. Medicinska sestra mora pratiti vrijeme davanja terapije i obavezno biti uz bolesnika kako bi se uvjerila da je terapiju zaista i primio.

U depresivnoj fazi bolesti, sama skrb medicinskih sestara ima možda i najveću ulogu u oporavku bolesnika. One su te koje provode 24 sata uz bolesnika te prate njegovo

raspoloženje, kretnje, pokušavaju saznati njegove misli, osjećaje i sl. Medicinska sestra brine o svim fiziološkim potrebama bolesnika, a posebno o njegovoj prehrani, higijeni i eliminaciji. Zbog smanjenog unosa hrane i potrebitih vlakana, često se javlja opstipacija, a zbog smanjenog raspoloženja higijena je zanemarena pa su često zapuštenog vanjskog izgleda.

U ovoj fazi, bolesnici su najosjetljiviji te stručno osoblje ima veliku odgovornost u samom praćenju bolesnika, moraju saznati i djelovati na moguća suicidalna promišljanja koja se javljaju u depresivnog bolesnika.

Medicinska sestra je dužna stvoriti profesionalan odnos utemeljen na povjerenju te sagledavati osobu kao individuu kroz načela holističkog pristupa. Holistički pristup podrazumijeva sagledavanje osobe kao cjeline kroz fizičke, psihičke i duhovne aspekte, a ne kao bolest. Temeljno načelo holizma leži u tome da je pacijent aktivan sudionik liječenja te kao takav doprinosu svojem izlječenju.

Rad s bipolarno afektivnim bolesnicima zahtjeva veliku požrtvovnost medicinskih sestara, a krajnji cilj je pomoći osobi reintegrirati ju u zajednicu te podići kvalitetu njenog života na najveću moguću razinu.

12. TEORIJSKE OSNOVE SHIZOFRENIJE

„Shizofrenija je psihička bolest, složeni poremećaj funkcije mozga uslijed kojeg oboljela osoba ima iskrivljenu sliku stvarnosti i nije u mogućnosti razlikovati realne od nerealnih doživljaja (25).“ Ova bolest utječe na razmišljanje, osjećaje i ponašanje osobe, a nerijetko mogu izgubiti i dodir sa stvarnošću što djeluje vrlo uznemirujuće na njih, njihovu obitelj i prijatelje.

Uzrok ove bolesti još nije objašnjen, ali je dokazana genetska predispozicija za oboljenje. Naime, statistički podaci pokazuju ukoliko brat, sestra ili jedan roditelj boluje od ove bolesti, rizik za oboljenje je veći za 10% u odnosu na pojedince bez pozitivne obiteljske anamneze. Ukoliko oba roditelja boluju od shizofrenije rizik je veći za oko 40%. „Kod dvojajčanih blizanaca šansa je između 10 i 25% dok je u jednojajčanih rizik čak 47% (26).“ Procjenjuje se da u svijetu 1% populacije boluje od ove bolesti, a učestalost među spolovima je jednaka.

Simptomi shizofrenije počinju se javljati u adolescentnoj ili mlađoj odrasloj dobi, najčešće između 15. i 25. godine, a vrlo rijetko se može pojaviti kod djece. Simptomi se mogu razlikovati od osobe do osobe, ali općenito se svrstavaju u četiri skupine i to u pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome.

Shizofrenija se dijagnosticira pomoću promatranja bolesnika, uzimanja anamneze, postojanjem specifičnih simptoma i znakova bolesti, a obavezno se provode testovi kako bi se otklonila mogućnost organskog oboljenja.

Liječenje u prvom redu zauzima farmakološka terapija odmah po potvrđenoj dijagnozi, a nju obavezno prate psihosocijalne metode koje će pomoći bolesniku u prihvaćanju svoje bolesti te adaptaciji u zajednicu.

13. ETIOLOGIJA SHIZOFRENIJE

Osim poznate genetske predispozicije, stručnjaci otkrivaju promjene u biokemijskim, fiziološkim i psihološkim aspektima iako nijedna teorija još nije potvrđena što čini ovu bolest još uvijek nedovoljno istraženom i nepoznatom. Stručnjaci i dalje tragaju za dokazima koji bi potkrijepili uzroke ove bolesti.

Postoje čvrsti dokazi da pozitivna obiteljska anamneza i okolišni čimbenici imaju veliku ulogu u nastanku shizofrenije. Okolišni čimbenici se odnose na opstetričke komplikacije poput prijevremenog poroda, niske porođajne težine, preeklampsije i hipoksije kao i prenatalno ili gestacijsko izlaganje infekciji.

Biokemijske promjene odnose se na vrijednosti dopamina i serotonina. To su neurotransmiteri koji imaju veliku ulogu u shizofreniji. Dopamin je jednostavna molekula koja otpuštena neuromodulacijom djeluje na neurone. On je odgovoran za postojanje pozitivnih simptoma bolesti jer njegova pretjerana aktivnost u shizofrenih bolesnika uzrokuje iskrivljeno ponašanje, krivu percepciju i govor. Serotonin je neurotransmiter koji se smatra prirodnim stabilizatorom raspoloženja te su njegove vrijednosti također povišene kod shizofrenih osoba. On pomaže u regulaciji raspoloženja, smanjuje depresiju i regulira anksioznost.

Osim biokemijskih promjena, postoji nekoliko teorija o samim promjenama i biološkim nepravilnostima mozga. Naime, stručnjaci tvrde kako se kod shizofrenih bolesnika javlja gubitak ukupnog volumena sive tvari, frontalnog i temporalnog režnja te smanjenje ukupne veličine mozga (27). Prilikom izvođenja psiholoških zadataka ne zabilježava se pojačana aktivnost u tim regijama mozga kao kod zdravih osoba.

14. SIMPTOMI SHIZOFRENIJE

Shizofrenija se može razvijati polako, a prva epizoda psihoze se obično javlja u adolescentnoj dobi. Istraživanja pokazuju da se postupne promjene u razmišljanju, raspoloženju i društvenom funkcioniranju često pojavljuju prije prve psihotične epizode. Simptomi ove bolesti se svrstavaju u četiri kategorije: pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne.

14.1. *Pozitivni simptomi shizofrenije*

Pozitivni simptomi podrazumijevaju izrazito pretjerane ideje, percepcije ili radnje koje pokazuju kako osoba ne može razlikovati stvarne od nestvarnih doživljaja ili događanja i upravo zbog njih oboljeli gubi dodir s realitetom. Simptomi koji spadaju u ovu skupinu jesu halucinacije, deluzije ili sumanute ideje i formalni poremećaji mišljenja.

Halucinacije se dijele na auditivne, vizualne, olfaktorne, taktilne, cenestetske te genitalne. Auditivne ili slušne halucinacije podrazumijevaju zvukove koje osoba čuje u svojoj glavi. Oni su često uvredljivog ili kritičnog karaktera, ali ponekad su prijateljski raspoloženi i razgovorljivi. Iako su glasovi najčešće omalovažavajućeg karaktera, katkada mogu osobi naređivati što treba učiniti te se tada nazivaju zapovjednim halucinacijama. Statistički podaci pokazuju kako se više od 70% oboljelih žali na auditivne halucinacije (28).

Vizualne halucinacije označavaju pojave poput svjetla, predmeta ili ljudi kojih zapravo nema. Shizofreni bolesnici najčešće vide nepostojeće osobe, insekte kako gmižu, predmete pogrešnog oblika, bljeskove svjetlosti, sotonu, čudovišta i sl.

Olfaktorne i gustatorne (njušne i okusne) halucinacije se odnose na neugodne mirise i okuse koji dolaze iz okoline ili iz vlastitog tijela. Osoba može vjerovati kako ih netko truje te odbija jesti hranu.

Taktilne halucinacije bolesnik opisuje kao formikaciju odnosno gmizanje crva, insekata ili kukaca iznad ili ispod kože.

Cenestetske halucinacije su vrste somatskih halucinacija koje bolesnik definira kao tjelesni osjećaj koji doživljava unutar tijela i uključuje visceralne organe. Shizofrena osoba se žali na osjećaje u krvnim žilama, imaju osjećaj da im gori mozak, da ih netko zrači ili izaziva elektricitet u organima.

Genitalne halucinacije su najzanemareniji tip halucinacije jer je osobi neugodno razgovarati o njima. Pacijenti ponekad prijavljuju olfaktorne halucinacije koje oponašaju mirise i okuse povezane snošajem, opisuju zbujujući osjećaj promjene u osobu suprotnog spola ili doživljavaju orgazmičke halucinacije koje ozbiljno narušavaju njihovu sposobnost funkcioniranja.

Sumanute ideje

Sumanute ideje ili deluzije su neistinita uvjerenja koja su u sukobu s realitetom. Osoba vjeruje u nešto neobjektivno i neutemeljeno. Prema DSM-V deluzije su fiksna uvjerenja koja se ne mogu promijeniti u svjetlu oprečnih dokaza (29). Postoji nekoliko vrsta deluzija, a to su paranoidne, erotomanske, somatske, grandiozne, religiozne i nihilističke.

Najčešće su paranoidne ili deluzije progona. One uzrokuju duboki strah i tjeskobu kod bolesnika, a on ih opisuje kao osjećaj proganjanja od strane Vlade, institucija, organizacija, prijatelja, prolaznika i sl.

Erotomanske deluzije jesu neuobičajen oblik ideja u kojem pojedinac ima neutemeljeno vjerovanje kako je druga osoba najčešće višeg statusa zaljubljena u njega.

Osobe sa somatskim deluzijama potpuno su uvjerenе kako s njima nešto nije u redu na medicinskoj, fizičkoj ili biološkoj razini te su u mogućnosti doživjeti niz simptoma koji će potvrditi te njihove strahove. Oni vjeruju da su im organi oštećeni, da pate od neke vrste bolesti, da im je fizički izgled na neki način promijenjen ili iskrivljen.

Grandiozne deluzije označavaju nerealno uvjerenje osobe u sposobnosti i talente koje posjeduje. Bolesnik vjeruje da je poznat, bogat ili na neki način vrlo moćan.

Religiozne ideje su vrlo česte u kliničkoj praksi i označavaju bolesnikova uvjerenja da razgovara s Bogom ili da ga je uzvisio iznad ostalih ljudi. Moguće su i religijske paranoidne deluzije u kojima bolesnik misli da ga gledaju demoni, prate ili čekaju da ga kazne, ako učini nešto što im se ne sviđa.

Posljednja skupina jesu nihilističke deluzije u kojima oboljeli vjeruje da ne postoji, mrtav je ili čak nikada nije niti postojao. Ovdje osoba još može smatrati da će doći do neke velike katastrofe poput smaka svijeta.

Formalni poremećaji mišljenja

Formalni poremećaji mišljenja obuhvaćaju neorganizirani način razmišljanja koji dovodi do nerazumnog načina izražavanja tijekom komunikacije i pisanja. Osim formalnog poremećaja mišljenja postoji i sadržajni koji se odnosi na sumanute ideje bolesnika.

Prema Eugen Bleuleru, disocirano mišljenje naziva se još i shizofrenim mišljenjem te se smatra patognomoničnim znakom ove bolesti. Tijek mišljenja, govora i izražavanja je smeten te ne postoji uobičajeni slijed asocijacija. Raspon disociranosti razlikuju se po stupnju. Pri najblažem obliku bolesnik će govoriti o jednoj temi, a zatim prelazi na drugu. Nakon nekoliko rečenica vezanih za drugu temu prelazi iz nepoznatih razloga na treću. Teme međusobno nisu logično povezane. U srednje teškoj disociranosti osoba izgovara jednu do dvije rečenice o jednoj prelazivši odmah na drugu temu dok u najtežem obliku disociranosti na određenu temu govori tek nekoliko riječi međusobno nesvršishodnih. Taj govor je potkrijepljen neologizmima i verbigeracijama, a naziva se „salata od riječi“. Ponekad se dogodi da osoba usred rečenice zastane, zaboravi o čemu priča te kako nastaviti istu. Taj fenomen se naziva „blokom misli“ koji može trajati do nekoliko minuta, a nakon toga oboljela osoba nastavlja s konverzacijom, ali temom koja nije bila aktualna.

14.2. *Negativni simptomi shizofrenije*

Negativni simptomi uključuju gubitak motivacije, interesa ili uživanja u svakodnevnim aktivnostima, povlačenje iz društvenog života, poteškoće u pokazivanju emocija i poteškoće s normalnim funkcioniranjem. Oni nisu uvijek jasno vidljivi i te ih je teže liječiti u odnosu na pozitivne simptome. Najčešći negativni simptomi jesu anhedonija, avolicija, alogija te tupi ili zaravnjeni afekt.

Anhedonija je nemogućnost bolesnika da osjeti ili pokaže zadovoljstvo. Stvari koje su ga nekada činile sretnima više nisu zabavne niti ugodne. Postoje dvije glavne vrste anhedonija, a to su socijalna i fizička. Socijalna anhedonija označava želju osobe da ne provodi vrijeme s drugim ljudima upravo zbog toga što je nagrada za uživanjem nestala dok se fizička odnosi na izbjegavanje fizičkih senzacija.

Avolicija je potpuni nedostatak motivacije zbog čega je teško započeti ili završiti jednostavne svakodnevne zadatke. Ona označava nemogućnost započinjanja, a potom i održavanja cilju

usmjerena ponašanja (30). Vrlo je važno liječiti avoliciju upravo zato što ona pogađa sve aspekte života pojedinca i njegovo funkcioniranje u društvu.

Alogija ili „siromaštvo govora“ predstavlja nedostatak govora. Bolesnik je usporenog misaonog tijeka, govori kratkim rečenicama s tek nekoliko riječi. Alogija spada u negativne simptome shizofrenije jer oduzima sposobnosti osobi da nešto učini.

Tupi ili zaravnjeni afekt označava izrazito smanjen emocionalni izraz osobe. Takav pojedinac nije zainteresiran za svoju okolinu pa nema primjerene emocionalne odgovore na određene situacije. Primjeri zaravnjenog afekta jesu nekontrolirano plakanje čak i kada se osoba ne osjeća tužno, pojava emocija koje ne odgovaraju stvarnosti, pojava agresije bez ikakvih vanjskih provokacija i sl. Osim zaravnjenog afekta u kvalitativne poremećaje afektivnosti spadaju paratimija i paramimija. Paratimija označava izražavanje suprotnih emocija od onih koje situacija zahtijeva npr. čovjek se osjeća sretno, ali ima tužan izraz lica dok paramimija označava neprimjerene emocionalne reakcije na sadržaje iz okoline npr. čovjek se smije kada je zapravo tužan.

14.3. Kognitivni simptomi shizofrenije

Kognitivni simptomi shizofrenije uključuju smetnje pamćenja, apstraktnog mišljenja i smetnje pozornosti te mogu biti jednako onesposobljavajući kao i ostali simptomi. Pojava kognitivnih i negativnih simptoma počinju biti uočljivi tek kada se lijekovima smire i stave pod kontrolu pozitivni, psihotični simptomi shizofrenije, a prva uočljiva kognitivna oštećenja ubrajaju pad uključivanja u intelektualne aktivnosti koje su nekada bile izvor zabave npr. čitanje knjige, rješavanje križaljki i sl. U kognitivne simptome spadaju neorganizirane misli, poteškoće s koncentracijom i pamćenjem, usporeno mišljenje te poteškoće u izvršavanju zadataka i izražavanju misli.

14.4. Afektivni simptomi shizofrenije

Afektivni simptomi shizofrenije se odnose na emocionalne promjene osobnosti pojedinca te variraju u pojedinim fazama bolesti. U početku bolesti, tipičan simptom je gubitak emocionalne topline zbog čega osobe izgledaju emocionalno hladno. Osim što djeluju nepristupačno, oni su nažalost i sami svjesni te osjećajne udaljenosti spram drugih ljudi.

15. VRSTE SHIZOFRENIJE

Iako prema DSM-V više ne postoje podtipovi shizofrenije kao zasebni klinički poremećaji, mogu i dalje pomoći u planiranju liječenja. Pet klasičnih podtipova prema DSM-IV jesu:

- Paranoidna shizofrenija
- Hebefrena shizofrenija
- Katatona shizofrenija
- Nediferencirana shizofrenija
- Rezidualna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija smatra se najčešćim podtipom shizofrenije i ona uključuje simptome poput halucinacija i/ili deluzija. Prisutnost pozitivnih simptoma ne znači prisutnost i negativnih jer kod osobe može biti očuvan govor i emocionalna ekspresija. Za razliku od ostalih podtipova, ona se može javiti kasnije u životu. Osobe koje boluju od paranoidne shizofrenije mogu biti vrlo sumnjičave spram drugih ljudi jer su dominantne deluzije progona. Takve deluzije utječu na obiteljsko funkcioniranje, zadržavanje posla, obavljanje zadataka, stjecanje i održavanje prijateljstava i sl.

Hebefrena ili dezorganizirana shizofrenija se obično javlja između 15. i 25. godine. Simptomi uključuju disocirane misli i ponašanje uz moguće kratkotrajne deluzije i halucinacije. Disocirane misli očituju se kroz koncentraciju i održavanje tijeka misli što se naposljetku odražava u načinu govora. Oboljeli mogu govoriti nekoherentno, odgovarati na pitanja nepovezanim odgovorima, govoriti nelogično i često mijenjati temu. Disocirano ponašanje je posljedica odgovora na traumu u kojem se osoba želi odvojiti od teških sjećanja i osjećaja. Upravo zato, kod ovih osoba karakterističan simptom je poremećeni afekt te one pokazuju malo ili nimalo emocija u svojim izrazima lica, tonu glasa ili manirima.

Katatona shizofrenija je najrjeđi podtip ove bolesti. Nju karakteriziraju neobični, ograničeni i nagli pokreti. To upečatljivo motoričko ponašanje uključuje značajno smanjenje voljnih pokreta ili hiperaktivnost i agitaciju, a može trajati minutama, satima, čak i danima. Simptomi koji se javljaju jesu katatoni stupor, katatoni nemir, katalepsija (voštana fleksibilnost), negativizam (nedostatak odgovora na podražaje), stereotipija (ponavljajući pokreti), manirizam (neobični i pretjerani pokreti), mutizam (nedostatak verbalnog odgovora), agitacija (stanje psihomotornog nemira), eholalija (besmisleno ponavljanje riječi druge osobe),

ehomimija (ponavljanje tuđe mimike) i ehopraksija (besmisleno ponavljanje pokreta druge osobe) (31). Katatoni stupor ili otupljenost je psihičko stanje u kojem osoba ne odgovara na podražaje već reagira samo na fizičku stimulaciju kao što je bol ili trljanje po prsima. Takve osobe ne doživljaju okolinu, leže ili sjede te ne uzimaju hranu niti tekućinu. Katatoni nemir je razdoblje izrazitog nemira i pretjerane motoričke aktivnosti bez vanjskog podražaja koji bi opravdao takvo ponašanje.

Nediferencirana ili atipična shizofrenija ima znakove paranoidne, hebefrene ili katatone shizofrenije, a ti različiti simptomi ne zadovoljavaju kriterije samo jednog podtipa bez obzira, ako je osoba doživjela psihotične simptome, nije ispunjavala kriterije za druge podtipove shizofrenije.

Rezidualni podtip shizofrenije je kroničnog karaktera, a dijagnosticira se, ako su u osobe prisutni ireverzibilni negativni simptomi. Iako je pozitivna anamneza, takvi bolesnici više ne doživljavaju psihotične simptome (32).

16. DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI

Dijagnoza shizofrenije se postavlja isključivo nakon dobivanja iscrpne psihijatrijske anamneze, isključujući druge uzroke psihoze. Anamneza se smatra najvažnijim dijagnostičkim instrumentom u kojoj psihijatar doznaje problematiku, simptome i znakove bolesti koje oboljelom narušavaju sposobnost funkcioniranja. Uz razgovor s bolesnikom, liječnik uzima i heteroanamnestičke podatke od strane obitelji, prijatelja ili skrbnika kako bi dobio potpuni uvid u bolesnikovo stanje.

Prema DSM-IV za postavljanje dijagnoze shizofrenije, osoba mora imati najmanje jedan od karakterističnih simptoma poput sumanutih ideja, halucinacija, disociranog govora, ponašanja ili katatonog ponašanja te negativnih simptoma u razdoblju od jednog mjeseca ili duže. Ukoliko nije prisutan jedan jasan simptom, potrebno je potvrditi najmanje dva ili više manje jasna simptoma. Prema DSM-V broj simptoma je promijenjen te je sada potrebno potvrditi najmanje dva, a jedan od njih moraju biti halucinacije, deluzije ili dezorganizirani govor. Također prema novoj klasifikaciji, mora postojati socijalna ili profesionalna disfunkcija, a znakovi poremećaja moraju trajati najmanje šest mjeseci, uključujući najmanje mjesec dana simptoma (3).

Nakon potpune anamneze, potrebno je provesti temeljiti fizikalni pregled i psihijatrijsku procjenu mentalnog statusa gdje je potrebno procijeniti izgled, ponašanje, raspoloženje, govor, prisutnost halucinacija ili deluzija, gestikulacije, zjenice i sl. Iako je prvenstveno dijagnoza klinička, rabe se specifične laboratorijske i radiološke pretrage korisne za isključenje potencijalnog fizičkog uzroka.

Služeći se laboratorijskim pretragama, psihijatar pokušava otkloniti moguće sumnje zlouporabe alkohola i droga te postojanje organskih oboljenja. Obavlja se kompletna krvna slika, urea i elektroliti, kalcij u serumu, glukoza, toksikološki pregled urina te obavezno testovi funkcije štitnjače i serološke pretrage za HIV i sifilis jer postojanje ovih infekcija može uzrokovati simptome slične shizofreniji. Pregled funkcije štitnjače radi se bez obzira na mogući uvod u psihotični poremećaj ili akutnu psihotičnu reakciju jer depresivni simptomi mogu biti povezani s hipotireozom i može se manifestirati psihotičnim reakcijama.

Naravno, u slučaju sumnje na neurološke abnormalnosti potrebno je učiniti EEG, CT glave te MR kako bi sa sigurnošću potvrdili ovu dijagnozu.

17. LIJEČENJE

Antipsihotici su lijekovi koji zauzimaju najveću ulogu u liječenju shizofrenije. S obzirom na fazu bolesti razlikuje se akutno i kronično liječenje. Akutna farmakološka faza podrazumijeva uvođenje ili ponovno uvođenje lijekova za ublažavanje pogoršanja psihoze. Ova faza je obično praćena povećanjem pozitivnih simptoma međutim ponekad može doći i do povećanja negativnih što uzrokuje izrazito povlačenje bolesnika. Akutna faza može biti brza ili podmukla u početku, a oblik i sadržaj simptoma mogu se mijenjati vremenom. Nema sumnje da su antipsihotici glavni modalitet u liječenju akutne epizode ili akutnog pogoršanja bolesti, a glavna razmatranja u akutnom farmakološkom liječenju jesu izbor lijeka, doziranje, moguće nuspojave i djelovanje popratnih ili pomoćnih lijekova.

U kroničnoj fazi bolesti, cilj liječenja predstavlja kontrolu simptoma, prevenciju recidiva, smanjenje količine stresa, suportivnu psihoterapiju, poboljšanje funkcioniranja i kvalitete života (33). U ovoj fazi se kombinira farmakološka terapija s psihoterapijom kako bi ishod za bolesnika bio što pogodniji te kako bi se što ranije reintegrirao u zajednicu. Osim psioedukacije i bihevioralno-kognitivne terapije, ovdje veliku ulogu ima i potporna (suportivna) psihoterapija. Ona ne podrazumijeva specifičnu terapiju razgovorom već osoba dobiva opću potporu, pomoć u organiziranju svakodnevnog života, sluša se o njihovim problemima te ih se potiče na razmišljanje, djelovanje i njihovo rješavanje. Upućuje ih se i educira na aktivnosti i zdrav način života. Prema Hrvatskim smjernicama za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja preporučuje se terapija održavanja antipsihoticima od najmanje tri godine nakon prve psihotične epizode, a doze lijekova se mogu smanjiti nakon postizanja stabilne remisije na doze održavanja što je najčešće nakon šest mjeseci liječenja (34).

Moguće nuspojave antipsihotika starije generacije poput haloperidola, flufenazina, promazina i levomepromazina jesu ekstrapiramidne (akutna distonija, akatizija, tardivna diskinezija i neuroleptički maligni sindrom), metaboličke (hiperlipidemija, dijabetes, porast tjelesne težine) i endokrinološke (vezane uz seksualne funkcije) nuspojave.

Ponekad zbog nuspojava ili stišavanja simptoma shizofrenije, bolesnik odluči samovoljno prekinuti farmakološku terapiju. Kod nesuradljivih bolesnika mogu se koristiti antipsihotici u dugodjelujućoj formi tzv. depot preparati. Smatra se da je terapijski tijek depot preparata učinkovitiji u odnosu na oralnu primjenu lijekova kod osoba koje su sklone nepridržavanju terapije iako se procjenjuje da samo 20% osoba oboljelih od shizofrenije prima ovakav oblik

terapije (35). Ovakva intramuskularna terapija se aplicira u intervalima od 2 do 4 tjedna jer se kroz to razdoblje postupno otpušta ista.

Katkada, antipsihotici ne djeluju na simptome bolesnika te se tada može razmišljati o elektrokonvulzivnoj terapiji. Ona se pokazala vrlo učinkovitom kod katatonih oblika shizofrenije. Iako je niskorizična za bolesnika, nažalost je još uvijek stigmatizirana i nedovoljno prikazana javnosti.

18. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE

Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od shizofrenije usmjerena je na fizičke i psihičke simptome osobe. Medicinska sestra primarno mora znati prepoznati shizofreniju, obratiti pozornost na karakteristične znakove i simptome, uključujući sve četiri skupine simptoma. Specifičnosti rada s ovakvim bolesnicima leže upravo u pojavi pozitivnih simptoma koji dominiraju. Iako su naglašeniji pozitivni simptomi, ne smije zanemariti pojavu negativnih, afektivnih i kognitivnih.

Tijekom akutne faze bolesti, usmjerena je na stišavanje bolesnikovih simptoma primjenjujući ordiniranu terapiju, prepoznavanju mogućih nuspojava, praćenju ponašanja te pružanju zdravstvene skrbi. U kroničnoj fazi bolesti je usmjerena na planiranje zdravstvene njege potičući bolesnika na obavljanje iste te suportivnu terapiju uspostavljajući povjerljivi odnos s bolesnikom. Ona mora promicati bolesnikovu suradljivost, educirati ga o bolesti, poticati ga na reintegraciju u društvo te promovirati zdravi način života. Cilj skrbi je podići kvalitetu života pojedinca na najveću moguću razinu.

Osobitosti shizofrenih bolesnika leže u njihovoj nezainteresiranost za nikakvu tjelesnu aktivnost. Kod njih se javlja smanjena mogućnost brige o sebi kao i smanjena mogućnost odijevanja i dotjerivanja. Oni su nerijetko zapušteni, očigledno bez osnovne higijene, masne kose, neurednih noktiju te upravo ovdje medicinska sestra ima najveću ulogu. Izradom plana njege, potiče ga i pomaže mu u daljnjem održavanju. Na svaki čak i mali korak njegovog truda obavezna je pohvala i poticanje na nastavak.

Prisutnost mogućih olfaktornih i gustatornih halucinacija može dovesti do slabijeg ili nikakvog unosa hrane pa se često javljaju problemi s eliminacijom zbog smanjenog unosa vlakana i tekućine, nuspojave farmakoterapije ili same smanjene tjelesne aktivnosti. Medicinska sestra ovdje mora strogo pratiti i prevenirati pojavu opstipacije i dehidracije te pravovremeno djelovati.

Prisutnost pozitivnih simptoma bolesti kod osoba može isto tako dovesti do poremećaja sna i odmora. Zbog pojave halucinacija i deluzija, osobe imaju poteškoće pri usnivanju pa nerijetko mijenjaju dan za noć, teško se nose s ritmom svakodnevnog života u obitelji i izvan nje. Medicinska sestra preuzima ulogu kroz razgovor educirati pojedinca o važnosti bioritma budnosti i spavanja, preporučiti mu odlazak u krevet uvijek u isto vrijeme, čitanje knjige ili ispijanje čaja i tehnike relaksacije, a ukazati kako pojačana tjelesna aktivnost, gledanje uzbudljivih i uznemirujućih sadržaja na raznim uređajima može ometati usnivanje i miran san.

Zadovoljavanjem osnovnih ljudskih potreba i suportivnim odnosom, medicinska sestra zasigurno pomaže bolesniku tijekom hospitalizacije i njegovom bržem oporavku jer su u češćem međusobnom kontaktu nego je to sa liječnikom. Sestra direktno prati i uočava bolesnikove pomake na bolje ili lošije i prva je koja će uočiti bilo kakva odstupanja od njegovog prijašnjeg stanja ili ponašanja. U slučaju potrebe alarmirati će nadležnog liječnika koji će pravovremeno reagirati i stabilizirati njegovo stanje. To je svakako timski rad jer medicinsko osoblje ima za cilj da bolesnik što brže bude u remisiji i vrati se svojoj obitelji i normalnom životu.

19. ZDRAVSTVENI ODGOJ

Zdravstveni odgoj čine aktivnosti koje provodi medicinska sestra, a imaju za cilj podići razinu znanja pojedinca o bolesti, simptomima, načinu liječenja, mogućim nuspojavama lijekova, pojavi recidiva i sl. Osim edukacije o bolesti, medicinska sestra provodi aktivnosti usmjerene na prevenciju bolesti, promociju zdravog načina života, metodama samopomoći i sl. Cilj je pomoći pojedincu da postane svjestan i odgovoran za svoje zdravlje te da se zdravlje smatra visokom zdravstvenom vrijednošću.

Osim edukacije bolesnika, medicinska sestra promovira zdravi način života koji uključuje fizičku aktivnost i pravilnu prehranu kako bi se osobe mogle lagodnije reintegrirati u zajednicu. Osim fizičkih aktivnosti veoma je važno poticati bolesnika na izražavanje svojih misli, osjećaja i razmišljanja kako bi se osjećao vrijednim članom društva.

20. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je bio uvidjeti razinu teorijskog znanja o shizofreniji i bipolarno afektivnom poremećaju kod redovnih i izvanrednih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u svrhu kvalitetne zdravstvene njege.

Specifični cilj 1 bio je utvrditi je li razina znanja manja među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta.

Specifični cilj 2 je bio utvrditi je li razina znanja veća među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na redovne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Specifični cilj 3 je bio utvrditi je li razina znanja veća među izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Specifični cilj 4 je bio utvrditi postoji li razlika u teorijskom znanju studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu o shizofreniji u odnosu na bipolarni afektivni poremećaj.

Hipoteza 1: razina znanja je manja među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta.

Hipoteza 2: razina znanja je veća među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na redovne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Hipoteza 3: razina znanja je veća među izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Hipoteza 4: razina znanja studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu jest veća o shizofreniji u odnosu na bipolarni afektivni poremećaj.

21. ISPITANICI I METODE

21.1. *Ispitanici*

U ovome istraživanju sudjelovalo je 80 pojedinaca, od čega je 20 redovnih i 20 izvanrednih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci te 20 redovnih i 20 izvanrednih studenata preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Varaždinu.

Kriteriji isključenja bili su redovni i izvanredni studenti ostalih godina preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu jer bi takve osobe mogle narušiti samo istraživanje i dati mu lažne rezultate zbog svog stečenog znanja ove tematike.

Istraživanje se provelo tijekom svibnja 2022. godine na području grada Rijeke, Primorsko-goranska županija i području grada Varaždina, Varaždinska županija.

Ispitanici su izabrani neprobabilističkom metodom, prigodnim uzorkom. Ono se provelo na način da su se online upitnici prosljediti ispitanicima u Rijeci i Varaždinu putem Google Docs platforme, a ispunjavanje anketa bilo je potpuno anonimno i dobrovoljno te svi dobiveni podaci ostaju anonimni i koriste se isključivo u svrhu ovog istraživanja. Samo provođenje ankete bilo je kontrolirano tako što je provoditelj odabrao sudionike istraživanja, poslao im poveznicu za anketu izbjegavajući na taj način moguća kompromitiranja, pad sustava i sl.

Svi ispitanici ovog uzorka bili su obaviješteni o ciljevima istraživanja od strane provoditelja te izričito pitani žele li sudjelovati i to putem online ankete. Prije samog rješavanja ankete na početnoj stranici nalazio se informativni pristanak koji je uputio i objasnio ispitanicima sam postupak, svrhu i ciljeve istraživanja.

21.2. *Postupak i instrumentarij*

Instrumenti istraživanja bila su dva originalna strukturirana anketna online upitnika koja su se sastojala od dva dijela. U prvom upitniku o razini usvojenog teorijskog znanja studenata o bipolarno afektivnom poremećaju, prvi dio se sastojao od 4 pitanja koja obuhvaćaju demografska obilježja ispitanika, dok su drugu skupinu činila 32 pitanja višestrukog izbora. U drugom online upitniku o razini usvojenog teorijskog znanja studenata o shizofreniji, prvi dio se sastojao od 4 pitanja koja također obuhvaćaju demografska obilježja ispitanika, dok je drugu skupinu činilo 18 pitanja višestrukog izbora. Upitnici su u prilogu (Prilog B i Prilog C).

Anketni upitnici izrađeni su od strane provoditelja istraživanja, a sveukupno su se sastojali od 58 zatvorenih pitanja višestrukog izbora koja ispituju razinu usvojenog teorijskog znanja redovnih i izvanrednih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege.

Za samo rješavanje upitnika bilo je potrebno izdvojiti 15-25 minuta, a ukupni podaci prikupili su se u periodu od 14 dana. Nominalnom ljestvicom utvrđivao se spol, dob i završena srednja škola, a ordinalnom ljestvicom godina studija. U drugom dijelu anketnog upitnika zatvorena (strukturirana) pitanja višestrukog izbora ispitivala su se nominalnom ljestvicom.

Na prvoj stranici upitnika nalazila se sama uputa za ispunjavanje ankete, a rješavanje je bilo individualno i anonimno. Svi podaci analizirani su od strane provoditelja istraživanja.

Kvaliteta je osigurana diskrecijom i povjerljivošću te je nedozvoljeno koristiti ove podatke u drugim istraživanjima. Za moguće korištenje podataka u druge svrhe, provoditelj istraživanja može kazneno i krivično odgovarati kaznenom Sudu Republike Hrvatske.

Problemi koji su se mogli javiti prilikom provedbe ovog istraživanja jesu neistinito odgovaranje na tvrdnje i prikriivanje pravih informacija što se nažalost ne može konstatirati.

21.3. Statistička obrada podataka

Podaci su bili obrađeni u programu statističke obrade IBM SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences, version 24.0., SPSS Inc, Chicago IL*). Rezultati su bili prikazani deskriptivno (učestalost, standardna devijacija i srednje vrijednosti), grafički i tabelarno dok su grafikoni bili izrađeni u MS Excelu.

Prije određivanja statističkog testa proveden je Kolmogorov Smirnov test kako bi se utvrdila normalnost distribucije podataka te su se sukladno rezultatima koristili parametrijski testovi: t-test za zavisne i t-test nezavisne uzorke.

Usporedile su se sljedeće grupe studenata s obzirom na broj točnih odgovora na pojedine tvrdnje i s obzirom na ukupan broj točnih odgovora u cijelom upitniku:

- redovni studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta

-izvanredni studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta

Za usporedbu svake skupine studenata koristio se χ^2 -test (u slučajevima kada su očekivane učestalosti odgovora bile manje od 5, koristio se Fisherov test).

Nezavisne varijable:

- spol (muško, žensko)
- dob (18-20 godina, 21-23 godina, 24 godine ili više)
- završena srednja škola (Medicinska škola, Gimnazija, ostalo)
- godina studiranja (3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci – redovni, 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci – izvanredni, 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Varaždinu – redovni, 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Varaždinu – izvanredni)

Zavisne varijable:

- razina znanja ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju: broj točnih odgovora na svaku tvrdnju i ukupan broj točnih odgovora u cijelom upitniku
- razina znanja ispitanika o shizofreniji : broj točnih odgovora na svaku tvrdnju i ukupan broj točnih odgovora u cijelom upitniku

Statistička značajnost određena je na $p < 0,05$.

22. ETIČKI ASPEKTI

Svi podaci ovog istraživanja bili su prikupljeni zahvaljujući privoli etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci i Sveučilišta Sjever-Sveučilišni centar Varaždin. Provoditelj istraživanja osiguravao je potpunu anonimnost te koristio dobivene podatke samo u svrhu ovog istraživanja. Ukoliko dođe do zloupotrebe podataka, provoditelja se može sukladno članku 1. i članku 8. Zakona o tajnosti podataka, Kaznenog zakona Republike Hrvatske kazneno i krivično goniti. Istraživanje je provedeno u skladu s biomedicinskim načelima autonomnosti, neškodljivosti, dobročinstva i pravednosti.

Ispunjavanjem anketnog upitnika sudionici su postali suglasni da se podaci koriste isključivo za ovo istraživanje. Ono je bilo anonimno, a njihovo sudjelovanje dobrovoljno i slobodno te su se bez ikakvih posljedica mogli povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga.

Pristup podacima ima isključivo provoditelj istraživanja, a cijeli dokument je pohranjen na CD-u i arhiviran kod autora ovog istraživanja.

23. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

23.1. *Analiza znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju*

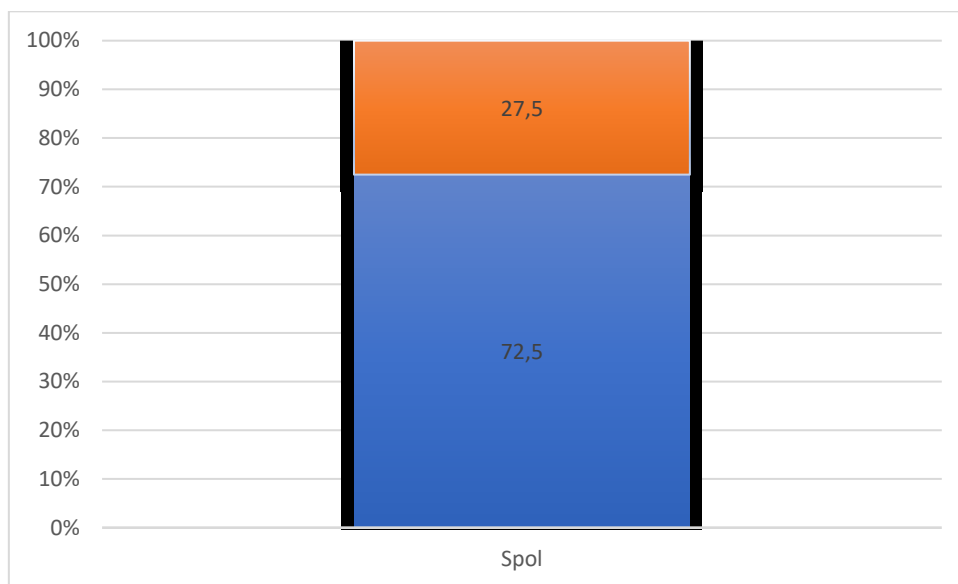
U istraživanju je sudjelovalo 80 ispitanika od čega 72,5% ženskih, a 27,5% muških (slika 1.). Nešto više ispitanika nalazi se u starosnoj skupini starijih od 24 godine (53,8%) nego onih starih od 21 do 23 godina. Najveći broj ispitanika (80%) dolazi iz Medicinske škole, dok je svaki 8. ispitanik gimnazijalac. Broj studenata na pojedinom studiju sestrinstva u Rijeci i Varaždinu uniformno je raspoređen. Četvrtina ispitanika redovni su studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci, četvrtina su izvanredni studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci, dok su četvrtina ispitanika redovni studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Varaždinu, a četvrtina izvanredni studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Varaždinu.

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Karakteristika	N	%
Spol		
Ženski	58	72,5
Muški	22	27,5
UKUPNO	80	100,0
Dob		
21-23	37	46,3
24 i više	43	53,8
Total	80	100,0
Završena srednja škola		
Medicinska škola	64	80,0
Gimnazija	10	12,5
Ostalo	6	7,5
UKUPNO	80	100,0
Studij sestrinstva		
G PSSS RI-R	20	25,0
G PSSS RI-IZV	20	25,0
G PSSS VŽ-R	20	25,0
G PSSS VŽ-IZV	20	25,0
UKUPNO	80	100,0

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem



Slika 1. Struktura ispitanika prema spolu

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

U sljedećim tablicama dan je postotak točnih odgovora na pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju te je ispitano postoji li statistički značajna razlika u odgovorima na pitanja s obzirom na vrstu (redovni/izvanredni) i mjesto studija (Rijeka/Varaždin).

Tablica 2. Općenita pitanja o bipolarnom poremećaju

R.br	Pitanje	Odgovori	N	%
5.	Kojoj skupini poremećaja pripada bipolarni afektivni poremećaj?	Poremećaj hranjenja	2	2,5%
		Poremećaj raspoloženja	66	82,5%
		Disocijativni poremećaj	12	15,0%
6.	Što karakterizira bipolarni afektivni poremećaj?	Iskrivljena realnost, nemogućnost razlikovanja stvarnih od nestvarnih doživljaja ili iskustava	15	18,8%

		Ciklične promjene raspoloženja od depresivnih do maničnih epizoda	65	81,3 %
7.	Jeste li se ikada susreli s osobom koja ima dijagnosticira bipolarno afektivni poremećaj?	Da	47	58,8 %
		Ne	33	41,3 %
8.	Izmjena faza raspoloženja može se dogoditi "preko noći"?	Da	51	63,8 %
		Ne	29	36,3 %
9.	Može li osoba koja boluje od bipolarno afektivnog poremećaja, cjeloživotno biti samo u jednoj fazi bolesti?	Da	23	28,8 %
		Ne	37	46,3 %
		Ne znam	20	25,0 %
10.	U kojoj dobnoj skupini se bipolarni afektivni poremećaj najčešće javlja?	Dojenačka dob	3	3,8%
		Adolescencija	72	90,0 %
		Starija životna dob	5	6,3%
11.	Učestalost među spolovima je jednaka.	Da	21	26,3 %
		Ne	30	37,5 %
		Ne znam	29	36,3 %
12.	Postoji li točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnom poremećaju?	Da	11	13,8 %
		Ne	38	47,5 %
		Ne znam	31	38,8 %

				%
13.	Prema MKB 10 klasifikaciji, oznaka za bipolarno afektivni poremećaj je:	F-20	19	23,8 %
		F-31	51	63,8 %
		F-60	10	12,5 %
14.	Je li bipolarni afektivni poremećaj nasljedna bolest?	Da	35	43,8 %
		Ne	23	28,8 %
		Ne znam	22	27,5 %
15.	Koji spol ima veću prevalenciju za obolijevanje od bipolarno afektivnog poremećaja?	Žene	49	61,3 %
		Muškarci	6	7,5%
		Podjednako	25	31,3 %

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 3. Postotak točnih odgovora na općenita pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju

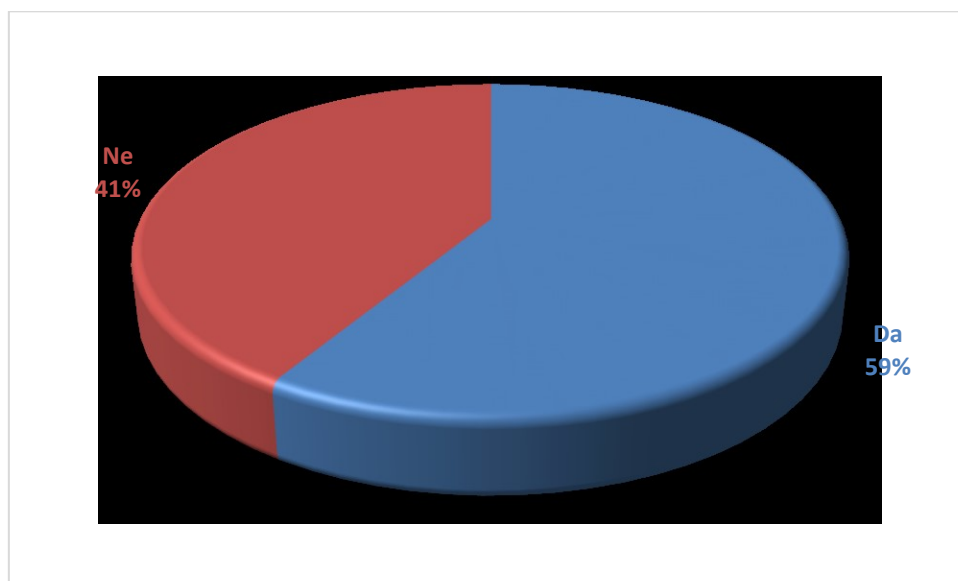
R.br	Pitanje	N	%	$\chi^2(P)$
5.	Kojoj skupini poremećaja pripada bipolarni afektivni poremećaj?	66	82,5%	3,117 (0,374)
6.	Što karakterizira bipolarni	65	81,3%	4,841 (0,184)

	afektivni poremećaj?			
8.	Izmjena faza raspoloženja može se dogoditi "preko noći"?	51	63,8%	0,162 (0,983)
9.	Može li osoba koja boluje od bipolarno afektivnog poremećaja, cjeloživotno biti samo u jednoj fazi bolesti?	23	28,8%	6,185 (0,103)
10.	U kojoj dobnoj skupini se bipolarni afektivni poremećaj najčešće javlja?	72	90,0%	5,556 (0,135)
11.	Učestalost među spolovima je jednaka:	21	26,3%	1,227 (0,747)
12.	Postoji li točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnom poremećaju?	38	47,5%	8,221 (0,042)
13.	Prema MKB 10 klasifikaciji, oznaka za bipolarno afektivni poremećaj je:	51	63,8%	1,460 (0,691)
14.	Je li bipolarni afektivni poremećaj nasljedna bolest?	23	28,8%	8,482 (0,037)
15.	Koji spol ima veću prevalenciju za obolijevanje od bipolarno afektivnog poremećaja?	49	61,3%	1,843 (0,565)

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Na pitanje *Jeste li se ikada susreli s osobom koja ima dijagnosticiran bipolarno afektivni poremećaj?* većina ispitanika je odgovorila potvrdno (slika 2.).



Slika 2. Učestalost susretanja ispitanika s bipolarno afektivnim poremećajem

Napomena: N=80

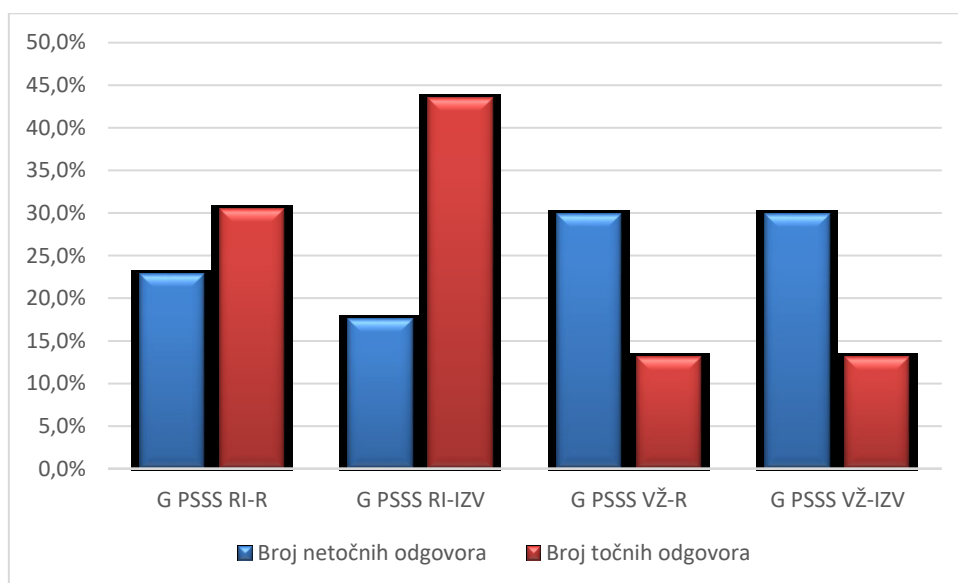
Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Od općenitih pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju najviše točnih odgovora ispitanici su dali na pitanje *U kojoj dobnoj skupini se bipolarno afektivni poremećaj najčešće javlja?* na koje je čak 90% ispitanika odgovorilo ispravno da se javlja u adolescenciji.

Nadalje, ispitanici su najsigurniji bili u odgovorima da bipolarno afektivni poremećaj pripada poremećaju raspoloženja (82,5% ispitanika odgovorilo je točno) te da bipolarno afektivni poremećaj karakteriziraju ciklične promjene raspoloženja od depresivnih do maničnih epizoda (81,3% točnih odgovora).

Na pitanje *Učestalost među spolovima je jednaka* gotovo dvije trećine ispitanika izjasnilo se da ne zna ili je pogrešno odgovorilo, dok je samo 26,3% njih točno odgovorilo da je učestalost među spolovima jednaka.

Da bipolarno afektivni poremećaj nije nasljedna bolest ispravno se izjasnilo 28,8% ispitanika. Na ovo pitanje statistički značajno ($\chi^2 = 8,482, P = 0,037$) su točno odgovorili izvanredni studenti studija sestrinstva u Rijeci (43,5%) i studenti redovnog studija u Rijeci (30,4%), dok je četiri puta manje (13,0%) redovnih studenata sestrinstva u Varaždinu te isto toliko izvanrednih studenata sestrinstva u Varaždinu na to pitanje znalo odgovor (slika 3.).



Slika 3. Postotak točnih odgovora na pitanje *Je li bipolarni afektivni poremećaj nasljedna bolest?* prema načinu i mjestu studiranja

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 4. Distribucija odgovora na pitanje: *Je li bipolarno afektivni poremećaj nasljedna bolest?*

14. Je li bipolarni afektivni poremećaj nasljedna bolest?		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	13	10	17	17	57
	%	22,8%	17,5%	29,8%	29,8%	100,0%
Broj točnih odgovora	N	7	10	3	3	23
	%	30,4%	43,5%	13,0%	13,0%	100,0%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Kako žene imaju veću prevalenciju za obolijevanje od bipolarno afektivnog poremećaja ispravno je znalo 61,3% ispitanika.

Na pitanje da ne postoji točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnom poremećaju odgovorio je ispravno značajno veći broj studenata iz Rijeke od svojih Varaždinskih kolega. (tablica 5.)

Tablica 5. Postoji li točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnom poremećaju?

12. Postoji li točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnom poremećaju?		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	6	11	10	15	42
	%	14,3%	26,2%	23,8%	35,7%	100,0%
Broj točnih odgovora	N	14	9	10	5	38
	%	36,8%	23,7%	26,3%	13,2%	100,0%

Tablica 6. Pitanja o simptomatologiji bipolarno afektivnog poremećaja

R.br	Pitanje	Odgovori	N	%
16.	Ukoliko se ne liječi, manična epizoda može trajati i do tri mjeseca?	Da	67	83,8%
		Ne	3	3,8%
		Ne znam	10	12,5%
17.	Koji je jedan od karakterističnih pokazatelja manične epizode bolesti?	Izrazito kratko spavanje	48	60,0%
		Halucinacije	16	20,0%
		Deluzije	16	20,0%
18.	Hipomanija je neprikladno, povišeno ili razdražljivo raspoloženje u trajanju od	Da	44	55,0%

	najmanje četiri dana?	Ne	20	25,0 %
		Ne znam	16	20,0 %
19.	Promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju?	Da	34	42,5 %
		Ne	35	43,8 %
		Ne znam	11	13,8 %
20.	Većina bolesnika prvo doživi depresivnu fazu bolesti?	Da	60	75,0 %
		Ne	7	8,8%
		Ne znam	13	16,3 %
21.	Koji je jedan od karakterističnih znakova koji pripomaže u praktičnom razlikovanju depresije od uobičajene tuge?	Avolicija	22	27,5 %
		Anhedonija	46	57,5 %
		Afagija	12	15,0 %
22.	Depresivne epizode traju dulje od maničnih epizoda?	Da	52	65,0 %
		Ne	10	12,5 %
		Ne znam	18	22,5 %
23.	Miješana epizoda podrazumijeva brzu izmjenu maničnih i depresivnih simptoma, a izmjene se događaju iz dana u dan pa čak i iz sata u sat?	Da	59	73,8 %
		Ne	7	8,8%
		Ne znam	14	17,5 %

24.	Jesu li osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja suicidalne?	Da, u svim fazama podjednako	4	5,0%
		Da, ali više u depresivnoj fazi	72	90,0%
		Ne, nisu suicidalne	4	5,0%
25.	Čak 15% do 20 % neliječenih ili neadekvatno liječenih bolesnika počini samoubojstvo?	Da	35	43,8%
		Ne	12	15,0%
		Ne znam	33	41,3%
26.	Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem velikih količina alkohola?	Da	48	60,0%
		Ne	12	15,0%
		Ne znam	20	25,0%
27.	Danas se razvijaju i koriste posebni upitnici namijenjeni za osobe kod kojih se sumnja da postoji bipolarno afektivni poremećaj?	Da	57	71,3%
		Ne	1	1,3%
		Ne znam	22	27,5%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 7. Postotak točnih odgovora na pitanja o simptomatici bipolarno afektivnog poremećaja

R.br.	Pitanje	N	%	$\chi^2(P)$
16.	Ukoliko se ne liječi, manična epizoda može trajati i do tri mjeseca?	67	83,8%	4,684 (0,196)
17.	Koji je jedan od karakterističnih pokazatelja manične epizode bolesti?	48	60,0%	5,417 (0,144)
18.	Hipomanija je neprikladno, povišeno ili razdražljivo raspoloženje u trajanju od najmanje četiri dana?	44	55,0%	1,212 (0,750)
19.	Promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju?	34	42,5%	13,708 (0,003)
20.	Većina bolesnika prvo doživi depresivnu fazu bolesti?	60	75,0%	3,733 (0,292)
21.	Koji je jedan od karakterističnih znakova koji pripomaže u praktičnom razlikovanju depresije od uobičajene tuge?	46	57,5%	0,614 (0,893)
22.	Depresivne epizode traju dulje od maničnih epizoda?	52	65,0%	2,198 (0,532)
23.	Miješana epizoda podrazumijeva brzu izmjenu maničnih i depresivnih simptoma, a izmjene se događaju iz dana u dan pa čak i iz sata u sat?	59	73,8%	5,876 (0,118)
24.	Jesu li osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja suicidalne?	72	90,0%	2,222(0,528)
25.	Čak 15% do 20 % neliječenih ili neadekvatno liječenih bolesnika počini samoubojstvo?	35	43,8%	2,590 (0,459)

26.	Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem velikih količina alkohola?	48	60,0%	9,167 (0,027)
27.	Danas se razvijaju i koriste posebni upitnici namijenjeni za osobe kod kojih se sumnja da postoji bipolarno afektivni poremećaj?	57	71,3%	4,577 (0,206)

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Najveći broj ispitanika, njih 90% ispravno misli da su osobe oboljele od bipolarno afektivnog poremećaja suicidalne u depresivnoj fazi. Više od četiri petine ispitanika točno se izjasnilo da ukoliko se ne liječi, manična epizoda može trajati i do tri mjeseca. Dvostruko manje ispitanika znalo je odgovore na pitanja da 15% do 20 % neliječenih ili neadekvatno liječenih bolesnika počini samoubojstvo te da promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju.

Redovni studenti preddiplomskog studija u Rijeci imali su 1,5 puta više netočnih odgovora od izvanrednih studenata istog fakulteta za razliku od njihovih kolega u Varaždinu gdje su studenti redovnog preddiplomskog studija imali 2,5 puta više točnih odgovora od izvanrednih studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Varaždinu (tablica 8.).

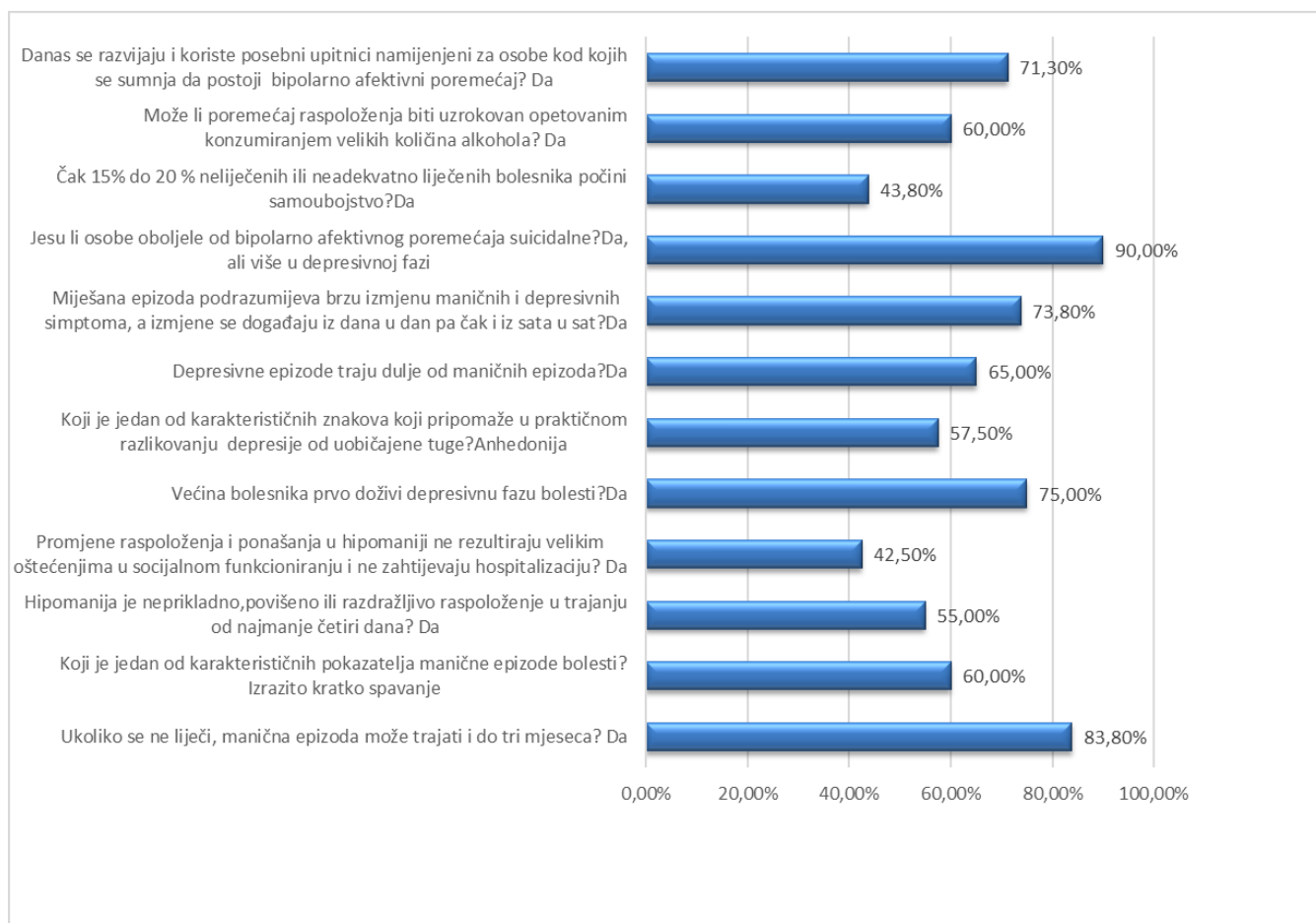
Tablica 8. Distribucija odgovora na pitanje: *Promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju?*

19. Promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju?		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	18	12	8	18	12
	%	39,1%	26,1%	17,4%	39,1%	26,1%
Broj točnih odgovora	N	2	8	12	2	8
	%	5,9%	23,5%	35,3%	5,9%	23,5%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Na slici 4. prikazani su točni odgovori o simptomatologiji bipolarno afektivnog poremećaja.



Slika 4. Točnost odgovora o simptomatologiji bipolarno afektivnog poremećaja

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Redovni studenti studija sestrinstva u Varaždinu imali su statistički značajno ($\chi^2 = 13,708, P = 0,003$) veći udio netočnih odgovora na pitanje *Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem velikih količina alkohola* na koje je pogrešno odgovorilo 40,6% studenata tog studija.

Tablica 9. Distribucija odgovora na pitanje: *Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem velikih količina alkohola?*

26. Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem velikih količina alkohola?		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	5	5	13	5	5
	%	15,6%	15,6%	40,6%	15,6%	15,6%
Broj točnih odgovora	N	15	15	7	15	15
	%	31,3%	31,3%	14,6%	31,3%	31,3%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 10. Pitanja o liječenju bipolarno afektivnog poremećaja

R.br.	Pitanje	Odgovori	N	%
28.	Koje se skupine lijekova koriste za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?	Stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi	66	82,5%
		Stabilizatori raspoloženja i antipsihotici	8	10,0%
		Antipsihotici i antidepresivi	6	7,5%
29.	Što je važno kod uzimanja litijevih soli?	Paziti na količinu soli u hranu	5	6,3%
		Obratiti pozornost na moguću zlouporabu	21	26,3%
		Oba odgovora su točna	54	67,5%
30.	Kod adolescenata su potrebne veće količine litija nego kod	Da	34	42,5%

	starijih osoba?	Ne	18	22,5 %
		Ne znam	28	35,0 %
31.		Da	36	45,0 %
		Ne	24	30,0 %
	Za litijeve soli postoji antidot?	Ne znam	20	25,0 %
32.		Da	56	70,0 %
	Uloga antipsihotika bolje se očituje u maničnim nego u depresivnim fazama?	Ne	7	8,8%
		Ne znam	17	21,3 %
33.		Da	51	63,8 %
	Antidepresivi u liječenju bipolarno afektivnog poremećaja se obavezno koriste u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja?	Ne	7	8,8%
		Ne znam	22	27,5 %
34.		Da	54	67,5 %
	Elektrokonvulzivna (EKT) ili elektrostimulativna terapija može pozitivno djelovati na bolest povlačenjem simptoma?	Ne	4	5,0%
		Ne znam	22	27,5 %
35.		Smirivanje simptomatike	52	65,0 %
	Koji je cilj akutne faze liječenja?	Sprječavanje daljnjih epizoda bolesti	28	35,0 %
36.		Da	73	91,3 %
	Smatrate li da su farmakoterapija i psihoterapija podjednako važne za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?	Ne, smatram da je farmakoterapija važnija	2	2,5%

		Ne, smatram da je psihoterapija važnija	5	6,3%
--	--	---	---	------

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 11. Postotak točnih odgovora na pitanja o liječenju bipolarno afektivnog poremećaja

R.br	Pitanje	N	%	$\chi^2(P)$
28.	Koje se skupine lijekova koriste za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?	66	82,5%	3,810 (0,283)
29.	Što je važno kod uzimanja litijevih soli?	54	67,5%	2,507 (0,474)
30.	Kod adolescenata su potrebne veće količine litija nego kod starijih osoba?	34	42,5%	1,023 (0,796)
31.	Za litijeve soli postoji antidot?	24	30,0%	9,048 (0,029)
32.	Uloga antipsihotika bolje se očituje u maničnim nego u depresivnim fazama?	56	70,0%	1,429 (0,699)
33.	Antidepresivi u liječenju bipolarno afektivnog poremećaja se obavezno koriste u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja?	51	63,8%	4,922 (0,178)
34.	Elektrokonvulzivna (EKT) ili elektrostimulativna terapija može pozitivno djelovati na bolest povlačenjem simptoma?	54	67,5%	1,140 (0,768)
35.	Koji je cilj akutne faze liječenja?	52	65,0%	3,077 (0,380)
36.	Smatrate li da su farmakoterapija i psihoterapija podjednako važne za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?	73	91,3%	2,975 (0,396)

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Na pitanja o liječenju bipolarno afektivnog poremećaja ispitanici su uglavnom pokazali sigurnost u odgovorima na općenita pitanja o liječenju, dok su o specifičnom načinu

korištenja farmakologije pokazali slabije rezultate. Primjerice, 82,5% ispitanika točno je odgovorilo da se pri liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja koriste stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi, 91,3% se ispravno složilo s tvrdnjom da su i farmakoterapija i psihoterapija podjednako važne za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja, ali na pitanje da su kod adolescenata potrebne veće količine litija nego kod starijih osoba točno je odgovorilo manje od polovice ispitanika (42,5%).

Nadalje, da za litijeve soli ne postoji antidot znalo je svega trećina ispitanika (30%), od toga su statistički značajno ($\chi^2 = 9,048$; $P = 0,029$) veći udio pogrešnih odgovora dali redovni studenti sestrinstva iz Varaždina (tablica 12.).

Na nešto općenitija pitanja o liječenju antidepresivima i EKT-om odgovor je znao svaki šesti ispitanik od 10 ispitanika. To samo govori u prilog činjenici da je znanje ispitanika o liječenju bipolarno afektivnog poremećaja površno.

Tablica 12. Distribucija odgovora na pitanje: *Za litijeve soli postoji antidot?*

31. Za litijeve soli postoji antidot?		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	12	10	17	12	10
	%	21,4%	17,9%	30,4%	21,4%	17,9%
Broj točnih odgovora	N	8	10	3	8	10
	%	33,3%	41,7%	12,5%	33,3%	41,7%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

23.2. Analiza znanja o shizofreniji

Tablica 13. Pitanja o simptomatologiji shizofrenije-I.dio

Red.br.	Pitanje	Odgovor	N	%
5.	Simptomi se najčešće javljaju tijekom puberteta ili mlađe odrasle dobi?	Da	70	87,5%
		Ne	8	10,0%
		Ne znam	2	2,5%
6.	Simptomi shizofrenije se dijele na:	Pozitivne i negativne simptome	29	36,3%
		Kognitivne i afektivne simptome	4	5,0%
		Pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome	41	51,3%
		Pozitivne, negativne i afektivne simptome	6	7,5%
7.	U pozitivne simptome spadaju:	Halucinacije	12	15,0%
		Sumanute ideje	3	3,8%
		Formalni poremećaji mišljenja	8	10,0%
		Sve je točno	57	71,3%
8.	Za što su vezane cenestetske halucinacije?	Okuse hrane	10	12,5%
		Zbivanja u organima	54	67,5%
		Mirise hrane	16	20,0%
9.	Što je alogija?	Nesposobnost bolesnika da osjeti ili pokaže zadovoljstvo	9	11,3%
		Nesklad mimike i gestikulacije	20	25,0%
		Siromaštvo govora	51	63,8%
10.	Prema kliničkoj slici shizofrenija se dijeli na:	Paranoidnu i katatonu shizofreniju	11	13,8%
		Jednostavnu (simplex) i	6	7,5%

		dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju		
		Paranoidnu, katatonu, jednostavnu i dezorganiziranu shizofreniju	63	78,8%
11.	Paranoidna shizofrenija je najčešći oblik ove bolesti?	Da	57	71,3%
		Ne	3	3,8%
		Ne znam	20	25,0%
12.	Koje su najčešće halucinacije kod paranoidne shizofrenije?	Slušne halucinacije	59	73,8%
		Vidne halucinacije	16	20,0%
		Olfaktorne halucinacije	5	6,3%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Ispitanici su najbolje upoznati s činjenicom da se simptomi shizofrenije javljaju tijekom puberteta ili mlađe odrasle dobi, te je 87,5% ispitanika na to pitanje ispravno odgovorilo. Također, 78,8% ispitanika točno je podijelilo shizofreniju na paranoidnu, katatonu, jednostavnu i dezorganiziranu shizofreniju, a 71,3% ispravno je odgovorilo da je paranoidna shizofrenija najčešći oblik ove bolesti. Isti broj ispitanika ispravno je naveo da su pozitivni simptomi shizofrenije halucinacije, sumanute ideje i formalni poremećaji mišljenja. Međutim, tek nešto više od polovice ispitanika znalo je da se simptomi shizofrenije dijele na pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome. Ujedno je na to pitanje statistički značajno više redovnih studenata studija sestrinstva u Varaždinu točno odgovorilo ($\chi^2 = 8,555, P = 0,036$) (tablica 14.).

Tablica 14. Podjela simptoma shizofrenije s obzirom na postotak točnih odgovora redovnog i izvanrednog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu

6. Simptomi shizofrenije se dijele na:		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	11	14	5	9	39
	%	28,2%	35,9%	12,8%	23,1%	100,0%
Broj točnih odgovora	N	9	6	15	11	41
	%	22,0%	14,6%	36,6%	26,8%	100,0%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 15. Postotak točnih odgovora na pitanja o simptomatologiji shizofrenije-I.dio

R.br.	Pitanje	N	%	$\chi^2(P)$
5.	Simptomi se najčešće javljaju tijekom puberteta ili mlađe odrasle dobi?	70	87,5%	0,457 (0,928)
6.	Simptomi shizofrenije se dijele na:	41	51,3%	8,555 (0,036)
7.	U pozitivne simptome spadaju:	57	71,3%	2,624 (0,453)
8.	Za što su vezane cenestetske halucinacije?	54	67,5%	5,698 (0,127)
9.	Što je alogija?	51	63,8%	3,191 (0,363)
10.	Prema kliničkoj slici shizofrenija se dijeli na:	63	78,8%	4,407 (0,221)
11.	Paranoidna shizofrenija je najčešći oblik ove bolesti?	57	71,3%	3,112 (0,375)
12.	Koje su najčešće halucinacije kod paranoidne shizofrenije?	59	73,8%	1,227 (0,747)

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 16. Pitanja o simptomatologiji shizofrenije-II.dio

Red.br.	Pitanje	Odgovor	N	%
13.	Što je karakteristično za nihilističke deluzije?	Osoba smatra da će doći do neke velike katastrofe	48	60,0%
		Osoba smatra da ima vrhunske sposobnosti, talent ili slavu	15	18,8%
		Osoba vjeruje da komunicira s bogom	17	21,3%

14.	Što je karakteristično za erotomanske deluzije?	Žena vjeruje da je trudna usprkos oprečnim dokazima	22	27,5%
		Osoba osjeća proganjanje	16	20,0%
		Osoba vjeruje da je netko od slavnih osoba zaljubljen u nju	42	52,5%
15.	Što je katatoni stupor?	Stanje u kojem se pacijent besciljno kreće, katkad više, a bez realnog podražaja	19	23,8%
		Stanje u kojem pojedinac ne reagira, doživljava realitet i ne odgovara na podražaje	61	76,3%
16.	Koja skupina simptoma je karakteristična za jednostavnu (simplex) shizofreniju?	Pozitivni simptomi	49	61,3%
		Negativni simptomi	31	38,8%
17.	Što je točno za dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju?	Uvijek su prisutne erotomanske halucinacije	12	15,0%
		Dominira disocirano ponašanje	54	67,5%
		Uvijek su prisutne cenestetske halucinacije	14	17,5%
18.	Kako se postavlja dijagnoza shizofrenije?	Anamnezom	2	2,5%
		Testovima projekcije	4	5,0%
		Anamnezom i testovima projekcije	3	3,8%
		Anamnezom, testovima projekcije, fizikalnim pregledom, psihijatrijskom procjenom, laboratorijskim pretragama	71	88,8%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Visoki postotak točnih (88,8%) odgovora ispitanici su dali na pitanje da se dijagnoza shizofrenije postavlja anamnezom, testovima projekcije, fizikalnim pregledom, psihijatrijskom procjenom i laboratorijskim pretragama. Najslabije su upoznati da je za jednostavnu (simplex) shizofreniju karakteristična skupina negativnih simptoma (38,8% točnih odgovora), dok je tek nešto više od polovice ispitanika znalo odgovoriti da je za erotomanske deluzije karakteristično da osoba vjeruje da je netko od slavnih osoba zaljubljen u nju.

Tablica 17. Postotak točnih odgovora o simptomatologiji shizofrenije-II.dio

R.br.	Pitanje	N	%	$\chi^2(P)$
13.	Što je karakteristično za nihilističke deluzije?	48	60,0%	5,417 (0,144)
14.	Što je karakteristično za erotomanske deluzije?	42	52,5%	0,602 (0,896)
15.	Što je katatoni stupor?	61	76,3%	2,416 (4,91)
16.	Koja skupina simptoma je karakteristična za jednostavnu (simplex) shizofreniju?	31	38,8%	2,265 (0,519)
17.	Što je točno za dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju?	54	67,5%	10,256 (0,017)
18.	Kako se postavlja dijagnoza shizofrenije?	71	88,8%	7,387 (0,061)

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Da ispitanici nešto lošije poznaju simptome shizofrenije ide u prilog i podatak da trećina ispitanika nije znala da kod dezorganizirane (hebefrene) shizofrenije dominira disocirano ponašanje (tablica 23.), pri čemu su najmanje točnih odgovora na to pitanje dali izvanredni studenti u Varaždinu ($\chi^2 = 10,256, P = 0,017$).

Tablica 18. Odgovori na pitanja o dezorganiziranoj (hebefrenoj) shizofreniji obzirom na postotak točnih odgovora redovnog i izvanrednog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu

17. Što je točno za dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju?		G PSSS RI-R	G PSSS RI-IZV	G PSSS VŽ-R	G PSSS VŽ-IZV	UKUPNO
Broj netočnih odgovora	N	6	5	3	12	6
	%	23,1%	19,2%	11,5%	46,2%	23,1%
Broj točnih odgovora	N	14	15	17	8	14
	%	25,9%	27,8%	31,5%	14,8%	25,9%

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Tablica 19. Pitanja o liječenju shizofrenije

Red.br.	Pitanje	Odgovor	N	%
19.	Kako se liječi shizofrenija?	Farmakoterapijom	4	5,0%
		Psihoterapijom	1	1,3%
		Elektrokonvulzivnom terapijom	0	0,0%
		Sve je točno	75	93,8%
20.	Najvažniju ulogu u liječenju shizofrenije ima koja skupina lijekova?	Antipsihotici	74	92,5%
		Antidepresivi	4	5,0%
		Antiepileptici	2	2,5%
21.	Elektrokonvulzivna terapija je vrlo uspješna kod:	Paranoidne shizofrenije	22	27,5%
		Katatone shizofrenije	39	48,8%
		Jednostavne shizofrenije	9	11,3%
		Dezorganizirane shizofrenije	10	12,5%
22.	Tijekom liječenja bolesnika važno je educirati obitelj o	Da	80	100,0%
		Ne	0	0,0%

	shizofreniji, njenim simptomima, mogućnostima liječenja te komunikaciji s oboljelim?	Ne znam	0	0,0%
--	--	---------	---	------

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Svi ispitanici su potvrdno odgovorili da je tijekom liječenja bolesnika važno educirati obitelj o shizofreniji, njenim simptomima, mogućnostima liječenja te komunikaciji s oboljelim.

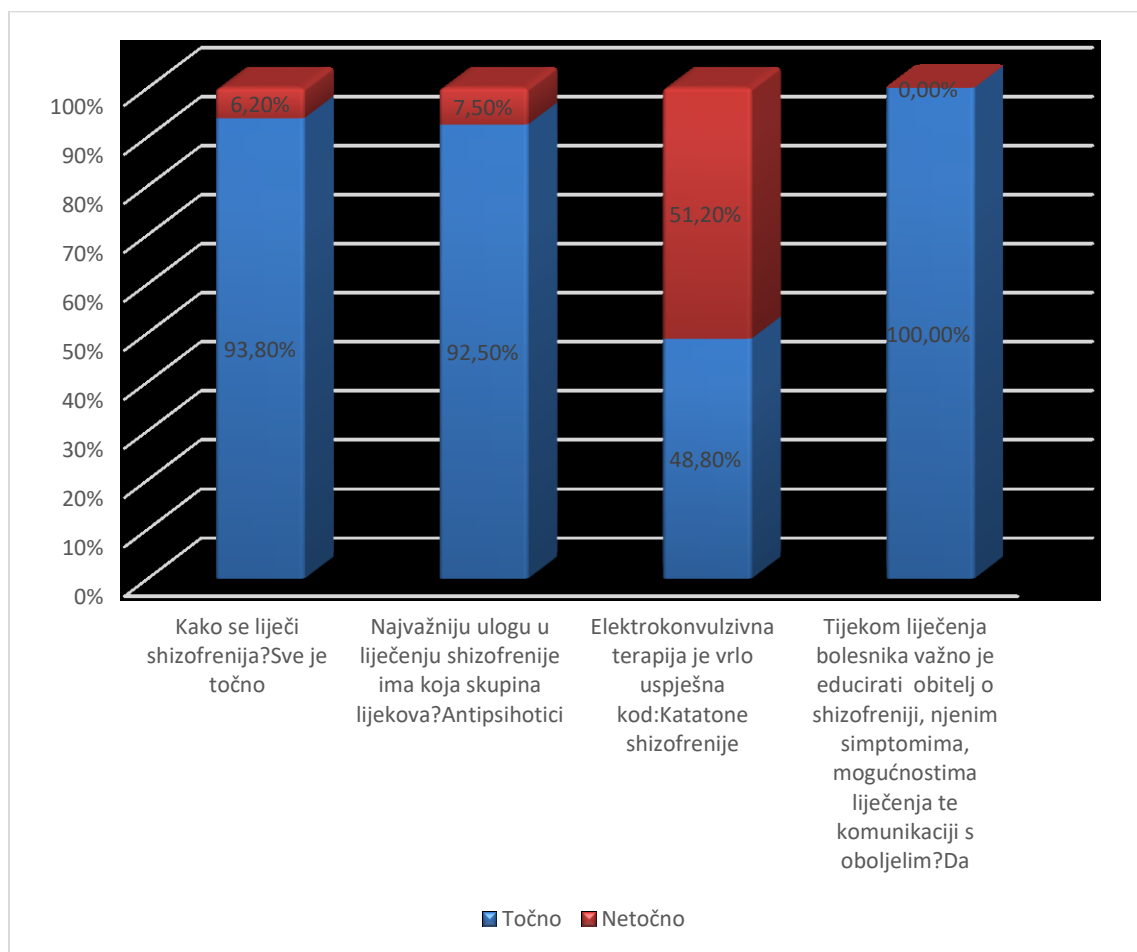
Tablica 20. Postotak točnih odgovora na pitanja o liječenju shizofrenije

R.br.	Pitanje	N	%	$\chi^2(P)$
19.	Kako se liječi shizofrenija?	75	93,8%	2,347 (0,504)
20.	Najvažniju ulogu u liječenju shizofrenije ima koja skupina lijekova?	74	92,5%	3,604 (0,308)
21.	Elektrokonvulzivna terapija je vrlo uspješna kod:	39	48,8%	0,550 (0,908)
22.	Tijekom liječenja bolesnika važno je educirati obitelj o shizofreniji, njenim simptomima, mogućnostima liječenja te komunikaciji s oboljelim?	80	100,0%	¹ P=1

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

¹ Svi ispitanici odgovorili su ispravno pa razlika u odgovorima ne postoji



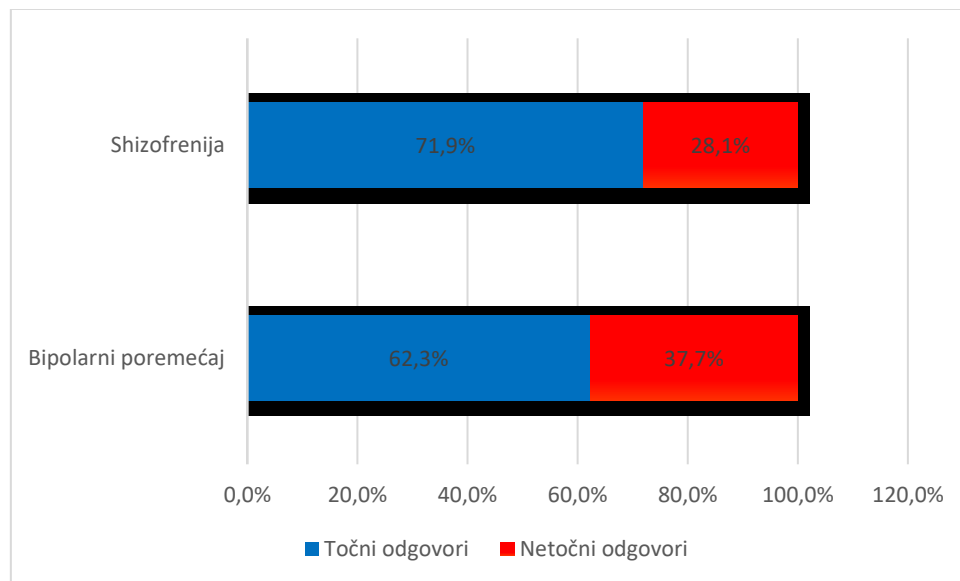
Slika 5. Usporedba točno i pogrešno odgovorenih pitanja o liječenju o shizofreniji

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Deset od 10 ispitanika znali su odgovoriti na pitanje da se shizofrenija liječi farmakoterapijom, psihoterapijom i elektrokonvulzivnom terapijom pri čemu glavnu ulogu imaju antipsihotici. Međutim, kod invazivnih terapija, ispitanici su pokazali nesigurnost te je tek svaki drugi ispitanik znao da je elektrokonvulzivna terapija vrlo uspješna kod katatonih oblika shizofrenije.

Studenti su na pitanja o shizofreniji odgovarali točnije u odnosu na pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju (slika 6.).



Slika 6. Struktura točnih odgovora o bipolarnom poremećaju i shizofreniji

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Na pitanja o shizofreniji točno je odgovorilo 71,9% ispitanika, dok je na pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju odgovorilo 62,3% ispitanika.

Koliko je ta razlika statistički značajna te ovisi li ona o načinu i mjestu studiranja, odgovoreno je nakon što je napravljen Kolmogorov-Smirnov Z test o normalnosti točnih odgovora s obzirom na tražene varijable. Kao zavisna varijabla za hipoteze 1-3 uzet je ukupan broj točnih odgovora za bipolarno afektivni poremećaj i shizofreniju po svakom ispitaniku. Za hipotezu 4 s obzirom da konstrukti znanje o bipolarnom poremećaju i razina znanja o shizofreniji nemaju isti broj čestica, uzet je prosječan broj točnih odgovora za svaki od konstrukata. Temeljem ovog testa odabrani su parametrijski testovi za analizu hipoteza.

Hipoteza 1: razina znanja je manja među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta.

Tablica 21. T-test za nezavisne uzorke – razlike u znanju o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji između redovnih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta.

Preddiplomski studij	AS ± SD	T	P
G PSSS RI i VŽ-R	33,23±5,142	1,486	0,141
G PSSS RI i VŽ -IZV	31,30±6,382		

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – empirijska t vrijednost; p - statistički značajno na razini $p < 0,05$

Razina znanja o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji redovnih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta je varijabla koja slijedi normalnu raspodjelu (K-S Z= 0,671; P=0,759). Redovni studenti u Rijeci i Varaždinu pokazali su neznatno višu razinu znanja s prosječnim brojem točnih odgovora koji je iznosio 33,23 dok su izvanredni studenti u Varaždinu imali 1,93 boda manje pa dobiveni rezultat nije unutar statističke značajnosti (t=1,486, p=0,141).

Stoga hipotezu 1, kako je razina znanja manja među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta odbacujemo u potpunosti.

Hipoteza 2: razina znanja je veća među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na redovne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Razina znanja redovnih studenata u Rijeci i Varaždinu slijedi normalnu raspodjelu (K-S Z= 0,632; P=0,819) pa je proveden parametrijski t test za nezavisne uzorke. Studenti preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu (tablica 22.) nemaju statistički različiti broj točnih odgovora. Međutim, iako to nije statistički značajno (t=-0,827,

p=0,414), redovni studenti u Rijeci imaju nešto višu razinu znanja i to u prosjeku za 1,35 bod od svojih varaždinskih kolega.

Tablica 22. T-test za nezavisne uzorke – razlike u znanju o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji između redovnih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu

Preddiplomski studij	AS ± SD	t	p
G PSSS RI-R	33,90±5,647	0,827	0,414
G PSSS VŽ-R	32,55±4,628		

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – empirijska t vrijednost; p - statistički značajno na razini p<0,05

Unatoč tome, zbog nedostatka statistički signifikantne razlike, hipotezu 2: *razina znanja je veća među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na redovne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu* odbacujemo.

Hipoteza 3: razina znanja je veća među izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu.

Tablica 23. T-test za nezavisne uzorke – razlike u znanju o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji između izvanrednih studenata 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu

Preddiplomski studij	AS ± SD	t	P
G PSSS RI – IZV	32,15±6,055	0,839	0,407
G PSSS VŽ -IZV	30,45±6,739		

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Legenda: AS – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; t – empirijska t vrijednost; p - statistički značajno na razini $p < 0,05$

Znanje o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji izvanrednih studenata u Rijeci u odnosu na izvanredne studente studija sestrinstva u Varaždinu varijabla je koja je normalno distribuirana (K-S $Z=0,632$, $P=0,819$). Redovni studenti u Rijeci imaju u prosjeku 32,15 točnih odgovora, a izvanredni 30,45. Iako izvanredni studenti 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu imaju u prosjeku veću razinu znanja za 1,7 boda ta razlika nije statistički signifikantna ($t=0,839$, $p=0,407$) stoga hipotezu 3, da je razina znanja veća među izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu odbacujemo.

Hipoteza 4: razina znanja studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu jest veća o shizofreniji u odnosu na bipolarno afektivni poremećaj.

Studenti preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu imali su 62,3% točnih odgovora na pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju te 71,9% točnih odgovora na pitanja o shizofreniji. S obzirom da su isti ispitanici ispunjavali oba testa, napravljen je t test za zavisne uzorke pri čemu je s obzirom na različiti broj pitanja izračunat prosječan broj točnih odgovora.

Jedan uzorak predstavljao je prosječan broj točnih odgovora na BAP testu za 31 pitanje (pitanje 7. je izostavljeno jer se odnosilo na preferenciju, a ne točnost), a na testu o shizofreniji za 18 pitanja čine se dobio udio točnih odgovora za svaki konstrukt.

Dobiveni su sljedeći rezultati.

Tablica 24. T-test za zavisne uzorke - razina znanja studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu o shizofreniji u odnosu na bipolarno afektivni poremećaj

Poremećaj	<i>AS ± SD</i>	t	P
Shizofrenija	71,94±15,958	4,481	0,000
Bipolarni afektivni poremećaj	62,30±14,586		

Napomena: N=80

Izvor: podaci dobiveni istraživanjem

Ispitanici su u prosjeku imali 9,64% više točno odgovorenih pitanja o shizofreniji u odnosu na pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju. Ta je razlika statistički značajna ($t=4,481$, $p=0,000$) pa možemo prihvatiti hipotezu 4 da je razina znanja studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu veća o shizofreniji u odnosu na bipolarno afektivni poremećaj.

23. RASPRAVA

Ovim istraživanjem provedenim na 80 ispitanika ispitano je znanje studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji. Ono je provedeno na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci i Sveučilištu Sjever u Varaždinu tijekom svibnja 2022. godine. Sudjelovalo je 20 ispitanika (25%) s redovnog preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Rijeci, 20 ispitanika (25%) s izvanrednog preddiplomskog stručnog studija u Rijeci, 20 ispitanika (25%) s redovnog preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu te 20 ispitanika (25%) s izvanrednog preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Varaždinu. Analizom dobivenih podataka odbačene su sve hipoteze osim one kojom se utvrdila statistički značajna razlika koja potkrepljuje da studenti imaju veća znanja o shizofreniji nego o bipolarnom afektivnom poremećaju.

Ovo istraživanje se može usporediti s istraživanjem koje je proveo Puljić (2020.) pod naslovom „*Znanje i stavovi studenata Sveučilišta u Splitu o psihijatrijskim bolestima*“. U tom istraživanju je sudjelovalo 280 ispitanika, a znanje se uspoređivalo između studenata zdravstvenih studija i studenata nezdravstvenih studija. Ukupno je sudjelovalo osam sastavnica Sveučilišta u Splitu i to: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija (SOZS), Medicinski fakultet (MEFST), Filozofski fakultet (FFST), Kineziološki fakultet (KIFST), Pravni fakultet (PFST), Ekonomski fakultet (EFST), Fakultet elektrotehnike, strojarstva i brodogradnje (FESB) te Kemijsko-tehnološki fakultet (KTF). Iako je potvrđena hipoteza kako studenti zdravstvenih studija imaju veći stupanj znanja o psihijatrijskim bolestima nego li studenti nezdravstvenih studija, hipoteze koje se odnose na razlike u znanju prema dobi i spolu ostaju neprihvaćene. U ovome istraživanju je također odbačena hipoteza koja se odnosila na dob točnije ona koja je zastupala kako studenti izvanrednih studija imaju veća znanja o ovim bolestima u odnosu na redovne studente.

Istraživanje Catherine Gamble (1994.) pod naslovom „*Učinci obiteljske radne edukacije na stav i znanje medicinskih sestara za mentalno zdravlje o shizofreniji*“ također ima zajedničke karakteristike te se cilj ovog istraživanja može povezati s istraživanjem medicinske sestre Gamble. Naime u tom istraživanju je sudjelovalo 12 educiranih medicinskih sestara za mentalno zdravlje iz četiri različite ustanove. Učestvovalo je 6 muškaraca te 6 žena koji rade u zajednici osim dvoje koji su radili na akutnim psihijatrijskim odjelima. Istraživanje je ispitivalo znanje i stav prema shizofrenim bolesnicima prije i poslije tečaja osposobljavanja za obiteljski rad s takvim osobama i njihovim obiteljima. Tečaj je vodila medicinska sestra

osposobljena za mentalno zdravlje u ovakvom modelu obiteljskog rada. On je trajao 9 mjeseci, a uključivao je teorijsku pozadinu povezujući ju s praktičnim aspektima obiteljskog rada kao i kliničkim vještinama kroz didaktičku nastavu. Polaznici su ocjenjivani na početku tečaja, nakon uvodnog bloka (3 mjeseca) te na kraju tečaja (9 mjeseci) pomoću upitnika o znanju, stavovima i uvjerenjima vezanih uz shizofreniju. Rezultati su pokazali poboljšanje znanja vezanih uz ovu bolest nakon 3 mjeseca, a to povećanje je održano i nakon 9 mjeseci praćenja. Osim samog znanja, uvjerenja i stavovi ovih pojedinaca su također unaprijeđeni i to u pravcu obiteljskog rada i shizofrenije. Iako je veličina uzorka mala, rezultati ovog istraživanja pružaju dokaze o utjecaju edukacije na poboljšanje znanja medicinskih sestara educiranih za mentalno zdravlje i njihovog stava prema obiteljskom radu i shizofreniji. Ovim istraživanjem se također dokazala povećana potreba za edukacijom medicinskih sestara te se može povezati s istraživanjem Catherine Gamble. Svakom novom edukacijom ili tečajem nivo znanja raste, a povećanjem znanja se smanjuje moguća razina stigmatizacije shizofrenih bolesnika i upravo na taj način zdravstvena skrb se uzdiže na jedan novi nivo.

Prema istraživanju Čavić (2019.) pod naslovom „*Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja*“ kojim su se istraživali stavovi opće populacije te populacije medicinskih djelatnika o bipolarnom afektivnom poremećaju uvidjela se sličnost s ovim istraživanjem. Naime u tome istraživanju sudjelovalo je 750 ispitanik te se upitnikom od 14 pitanja ispitivao stav pojedinaca o osobama koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja. Analizom podataka utvrdila se statistički značajna razlika između stavova medicinskih profesionalaca od stavova opće populacije. Ovaj rad je potvrdio i drugu hipotezu te je dokazano da nedostatak informiranosti opće populacije o ovome poremećaju znatno utječe na razlike u stavovima u odnosu na medicinare. Međutim također se dokazalo da iako su pozitivniji stavovi medicinskih djelatnika prema takvim osobama, podaci i dalje upućuju na to da ima prostora za poboljšanje njihove edukacije, što se pokazalo i u ovom istraživanju.

Preporuke za daljnja istraživanja uključivale bi ispitivanje znanja studenata sestrinstva na preddiplomskom i diplomskom studiju, uključivanje više smjerova na određenom studiju te ispitivanje razine znanja medicinskih sestara koje rade na psihijatrijskim odjelima i sestara koje rade na ostalim radilištima.

24. ZAKLJUČAK

Ovim istraživanjem se uspoređivala razina teorijskog znanja studenata sestrištva o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji. Na početku rada izdvojene su četiri sljedeće hipoteze. Hipoteza 1: razina znanja je manja među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu u odnosu na izvanredne studente 3. godine istih sveučilišta. Hipoteza 2: razina znanja je veća među redovnim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na redovne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu. Hipoteza 3: razina znanja je veća među izvanrednim studentima 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Rijeci u odnosu na izvanredne studente 3. godine preddiplomskog stručnog studija u Varaždinu. Hipoteza 4: razina znanja studenata preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu jest veća o shizofreniji u odnosu na bipolarni afektivni poremećaj.

Tijekom provedbe statističkih podataka nisu potvrđene hipoteze, osim hipoteze 4. Ovdje postoji statistički značajna razlika te je potvrđeno da studenti preddiplomskog stručnog studija sestrištva u Rijeci i Varaždinu imaju veća usvojena znanja o shizofreniji nego o bipolarnom afektivnom poremećaju.

S obzirom na uočene činjenice kako je nivo znanja o shizofreniji značajno viši od znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju za predložiti je da se tijekom nastave iz kolegija vezanih uz psihijatriju i njene poremećaje dodatno obrađuju poremećaji raspoloženja. Većim znanjem medicinskih sestara sama prepoznatost ovog poremećaja kao i brže djelovanje bi svakako pridonijelo pravovremenom liječenju i visokoj skrbi takvih pojedinaca.

LITERATURA

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalnozdravstvena pismenost nije rezervirana samo za stručnjake, ona je važna za svakog pojedinca [Internet]. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2020. [pristupljeno 20.02.2022.] Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/mentalnozdravstvena-pismenost-nije-rezervirana-samo-za-strucnjake-ona-je-vazna-za-svakog-pojedinca/>
2. What is mental health? [Internet]. MentalHealth.gov; 2022. [pristupljeno 20.02.2022.]. Dostupno na: <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health>
3. Hany M., Rehman B., Azhar Y., Chapman J. Schizophrenia [Internet]. National Library of Medicine; 2021. [pristupljeno: 20.02.2022.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
4. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga; 2014.
5. Jain A., Mitra P. Bipolar Affective Disorder [Internet]. US National Library of Medicine; 2022. [pristupljeno: 09.05.2022.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>
6. Mihaljević-Peleš A., Šagud M., Bajs Janović M. Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarno afektivni poremećaj? Psihijatrija danas – odabrane teme / Psychiatry Today – Selected Topics. Medicus 2017;26(2):167-172
7. Prološćić J. Bipolarni afektivni poremećaj – BAP [Internet]. PLIVAZDRAVLJE; 2019. [pristupljeno 05.05.2022.] Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/32721/Bipolarni-afektivni-poremecaj-BAP.html>
8. Kovak Mufić A. Epidemiologija, dijagnostika i klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja [Internet]. 2015. [pristupljeno 05.05.2022.] Dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/epidemiologija/epidemiologija-dijagnostika-i-klinicka-slika-bipolarnog-afektivnog-poremecaja-18220>
9. National Institute of Mental Health. Bipolar Disorder [Internet]. US National Library of Medicine. MedlinePlus; 2020. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>

10. Ničea Gruber E. Ciklotimični poremećaj [Internet]. Cybermed; 2006. [pristupljeno 09.05.2022.]. Dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/ciklotimicni_poremecaj
11. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006;166.
12. Hotujac Lj. i sur. Bipolarni afektivni poremećaj. Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatsko društvo za biologijsku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora; 2007. [pristupljeno 09.05.2022.]
13. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza [Internet]. Zagreb: Hrvatsko katoličko učilište; 2017. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/278583>
14. Štrkalj Ivezić S., Urlić I., Mihanović M., Restek Petrović B. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarno afektivnog poremećaja [Internet]. Zagreb: Medix, br.77.; 2008. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: [file:///C:/Users/Denis%20Mureta/Downloads/505847.MEDIX_Supplement_1%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Denis%20Mureta/Downloads/505847.MEDIX_Supplement_1%20(3).pdf)
15. Haznadar A. Bipolarni poremećaj [Internet]. 2021. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: <https://www.abc-doctors.com/bipolarni-poremecaj>
16. Phillips M., Kupfer D. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions [Internet]. US National Library of Medicine; 2018. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858935/>
17. Kounseok L., Hyeji O., Eun-Ho L., Joo Hyun K., Ji-Hae K., Kyung S. Investigation of the clinical utility of the hypomania checklist 32 (HCL-32) for the screening of bipolar disorders in the non-clinical adult population [Internet]. US National Library of Medicine; 2016. [pristupljeno: 09.05.2022.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855804/>
18. Bipolarni poremećaji [Internet]. Split: MSD priručnik dijagnostike i terapije; 2014. [pristupljeno: 09.05.2022.]. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/poremecaji-raspolozenja/bipolarni-poremecaji>
19. Katzung BG. Temeljna i klinička farmakologija: Antipsihotici i Litij. Zagreb: Medicinska naklada, 2011;487-507.
20. Šagud M., Mihaljević-Peješ A., Muck-Šeler D., Pivac N. Mehanizam djelovanja antidepresiva. U: Antidepresivi u kliničkoj praksi. Medicinska naklada; 2009., str 19-30.

21. Antidepressants: Selecting one that's right for you [Internet]. Mayo Clinic; 2019. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20046273>
22. Tricyclic antidepressants and tetracyclic antidepressants [Internet]. Mayo Clinic; 2022. [pristupljeno 09.05.2022.] Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20046983>
23. Šagud M., Goluža E., Mihaljević-Peš A., Kosanović Rajačić B., Bradaš Z., Božičević M. Elektrokonvulzivna terapija: osamdeset godina iskustva u Hrvatskoj i u svijetu [Internet]. Zagreb: Liječnički vjesnik; 2020. [pristupljeno 11.05.2022.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/353604>
24. Blumberger DM, Seitz DP, Herrmann N i sur. Low medical morbidity and mortality after acute courses of electroconvulsive therapy in a population-based sample. Acta Psychiatr Scand 2017;136(6):583–93.
25. Županijska specijalna bolnica za psihijatriju i rehabilitaciju Insula. Shizofrenija [Internet]. Rab: 2009. [pristupljeno 11.05.2022.] Dostupno na: <https://www.bolnicarab.hr/hr/shizofrenija/31/105>
26. Folnegović Šmalc V. Etiologija shizofrenije [Internet]. Cybermed; 2010. [pristupljeno 11.05.2022.] Dostupno na: [Etiologija shizofrenije / Shizofrenija / Centri A-Z - Cybermed.hr](http://www.cybermed.hr/Etiologija_shizofrenije/Shizofrenija/Centri_A-Z)
27. Benson K., Feinberg I. Principles and Practice of Sleep Medicine [Internet]. ScienceDirect; 2011. [pristupljeno 11.05.2022.] Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/etiology-of-schizophrenia>
28. Hugdahl K., Løberg E., Specht K., M. Steen V., Wageningen H., Jørgensen H. Auditory Hallucinations in Schizophrenia: The Role of Cognitive, Brain Structural and Genetic Disturbances in the Left Temporal Lobe [Internet]. US National Library of Medicine; 2008. [pristupljeno 11.05.2022.] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2525988/>
29. Nall R. Schizophrenia Delusions: Definition, Types, and Treatments [Internet]. Symptom Media; 2020. [pristupljeno 12.05.2022.] Dostupno na: <https://symptommedia.com/delusions-associated-with-schizophrenia-ce-course-preview/>

30. Jaspers K. Opća psihopatologija. Zagreb: Matica hrvatska; 2015.
31. Legg T., Frothingham S. Catatonic Schizophrenia [Internet]. Healthline; 2018. [pristupljeno 12.05.2022.] Dostupno na: <https://www.healthline.com/health/catatonic-schizophrenia#symptoms>
32. Washington N., Huizen J. What to know about undifferentiated schizophrenia [Internet]. MedicalNewsToday; 2021. [pristupljeno 13.05.2022.] Dostupno na: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/undifferentiated-schizophrenia#what-it-is>
33. Kane J., Kishimoto T., Correll C. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry. 2013. Oct;12(3):216-26
34. Ostojić D., Silić A., Šagud M., Savić A., Karlović D., Rojnić Kuzman M., Peitl V., Sabljarić A., Pavlović A. Hrvatske smjernice za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja [Internet]. 2019. [pristupljeno: 14.05.2022.]. Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2019/11/HRVATSKE-SMJERNICE-ZA-LIJE%C4%8CENJE-SHIZOFRENIJE-I-DRUGIH-PSIHOTI%C4%8CNIH-POREME%C4%86AJA.pdf>
35. Kane JM, Aguglia E, Altamura AC, Ayuso Gutierrez JL, Brunello N, Fleischhacker WW, i sur. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. Elsevier B.V. 1998;8:55–66.

PRIVITCI

Privitak A: Informirani pristanak

INFORMIRANI PRISTANAK

Znanstveno istraživanje: Usvojena teorijska znanja studenata sestinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege

Ustanove: Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci i Sveučilište Sjever-Sveučilišni centar Varaždin

Provoditelj istraživanja: Sara Mureta, bacc.med.techn.

Poštovani/na,

Pozivam Vas da sudjelujete u istraživanju „Usvojena teorijska znanja studenata sestinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege“. Cilj rada je prikupiti podatke i saznanja redovnih i izvanrednih studenata sestinstva. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i anonimno te se u bilo koje vrijeme bez navođenja razloga možete povući iz istraživanja. Rezultati ankete koristiti će se jedino i isključivo u svrhu izrade diplomskog rada.

S poštovanjem,
Sara Mureta, bacc.med.techn.

Privitak B: Anketni upitnik o bipolarnom afektivnom poremećaju

Usvojena teorijska znanja studenata sestrinstva o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege:

1. Dob:
• 18 – 20
• 21 – 23
• 24 ili više
2. Spol:
• Muško
• Žensko
3. Završena srednja škola:
• Medicinska škola
• Gimnazija
• Ostalo
4. Godina studiranja:
• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci – redovni
• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci – izvanredni
• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Varaždinu – redovni
• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Varaždinu – izvanredni
5. U kojoj grupi poremećaja se nalazi bipolarno afektivni poremećaj?
• Poremećaj prehrane
• Poremećaj raspoloženja
• Disocijativni poremećaj

6. Koje su karakteristike bipolarno afektivnog poremećaja?
<ul style="list-style-type: none"> • Nemogućnost prepoznavanja realnih od nerealnih iskustava ili doživljaja
<ul style="list-style-type: none"> • Epizode promjene raspoloženja od maničnih do depresivnih
7. Jeste li imali susrete ili iskustva s osobama koje boluju od bipolarno afektivnog poremećaja?
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
8. Mogu li se promjene raspoloženja dogoditi preko noći?
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne, potreban je duži period
9. Može li osoba cijeli svoj život provesti samo u jednoj fazi bolesti?
<ul style="list-style-type: none"> • Da, moguće je
<ul style="list-style-type: none"> • Ne, nije moguće
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
10. Kada se javljaju prvi simptomi bipolarno afektivnog poremećaja?
<ul style="list-style-type: none"> • U dojenačkoj dobi
<ul style="list-style-type: none"> • U dobi adolescencije
<ul style="list-style-type: none"> • U starijoj životnoj dobi
11. Je li incidencija među spolovima jednaka?
<ul style="list-style-type: none"> • Da, podjednaka je
<ul style="list-style-type: none"> • Ne, nije ista
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
12. Postoji li točan i specifičan uzrok bipolarno afektivnom poremećaju?
<ul style="list-style-type: none"> • Da

<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>13. Koja oznaka po MKB klasifikaciji označava bipolarno afektivni poremećaj?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • F-20
<ul style="list-style-type: none"> • F-31
<ul style="list-style-type: none"> • F-60
<p>14. Je li točna tvrdnja da je bipolarno afektivni poremećaj nasljedna bolest?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da, nasljedna je
<ul style="list-style-type: none"> • Ne, nije istinita tvrdnja
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>15. Koji spol ima veću predispoziciju za obolijevanje od ovog poremećaja?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ženska populacija
<ul style="list-style-type: none"> • Muška populacija
<ul style="list-style-type: none"> • Predispozicija je jednaka
<p>16. Ukoliko se ne liječi, manična epizoda može trajati i do tri mjeseca?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>17. Koji je jedan od karakterističnih pokazatelja manične epizode bolesti?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Izrazito kratko spavanje
<ul style="list-style-type: none"> • Halucinacije
<ul style="list-style-type: none"> • Deluzije
<p>18. Hipomanija je neprikladno, povišeno ili razdražljivo raspoloženje u trajanju od najmanje četiri</p>

dana?
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>19. Promjene raspoloženja i ponašanja u hipomaniji ne rezultiraju velikim oštećenjima u socijalnom funkcioniranju i ne zahtijevaju hospitalizaciju?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>20. Većina bolesnika prvo doživi depresivnu fazu bolesti?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>21. Koji je jedan od karakterističnih znakova koji pripomaže u praktičnom razlikovanju depresije od uobičajene tuge?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avolicija
<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonija
<ul style="list-style-type: none"> • Afagija
<p>22. Depresivne epizode traju dulje od maničnih epizoda?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>23. Miješana epizoda podrazumijeva brzu izmjenu maničnih i depresivnih simptoma, a izmjene se događaju iz dana u dan pa čak i iz sata u sat?</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>24. Javljaju li se suicidalne misli kod oboljelih od bipolarno afektivnog poremećaja?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da, podjednako u svim fazama bolesti
<ul style="list-style-type: none"> • Da, više u fazi depresije
<ul style="list-style-type: none"> • Ne, ne javljaju se suicidalne misli
<p>25. Čak 15% do 20% neliječenih ili neadekvatno liječenih bolesnika počini samoubojstvo?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>26. Može li poremećaj raspoloženja biti uzrokovan opetovanim konzumiranjem velikih količina alkohola?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da, svakako
<ul style="list-style-type: none"> • Ne, nema utjecaja
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>27. Danas se razvijaju i koriste posebni upitnici namijenjeni za osobe kod kojih se sumnja da postoji bipolarni afektivni poremećaj?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>28. Koje se skupine lijekova koriste za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi

<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizatori raspoloženja i antipsihotici
<ul style="list-style-type: none"> • Antipsihotici i antidepresivi
<p>29. Na što treba obratiti pozornost prilikom uzimanja litijevih soli?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pripaziti na ograničen unos kuhinjske soli
<ul style="list-style-type: none"> • Paziti na pravilan unos ordinirane terapije
<ul style="list-style-type: none"> • Sve je točno
<p>30. Kod adolescenata su potrebne veće količine litija nego kod starijih osoba?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>31. Za litijeve soli postoji antidot?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>32. Uloga antipsihotika bolje se očituje u maničnim nego u depresivnim fazama?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam
<p>33. Antidepresivi u liječenju bipolarno afektivnog poremećaja se obavezno koriste u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam

34. Elektrokonvulzivna (EKT) ili elektrostimulativna terapija može pozitivno djelovati na bolest povlačenjem simptoma?

• Da

• Ne

• Ne znam

35. Koji je cilj akutne faze liječenja?

• Smirivanje simptomatike

• Sprječavanje daljnjih epizoda bolesti

36. Mislite li da jednaku važnost u uspješnom liječenju imaju farmakoterapija i psihoterapija?

• Da

• Ne, mislim da je bitnija farmakoterapija

• Ne, mislim da je bitnija psihoterapija

Privitak C: Anketni upitnik o shizofreniji

Usvojena teorijska znanja studenata sestrinstva o bipolarno afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege	
1. Dob:	
	<ul style="list-style-type: none">• 18 – 20
	<ul style="list-style-type: none">• 21 – 23
	<ul style="list-style-type: none">• 24 ili više
2. Spol:	
	<ul style="list-style-type: none">• Muško
	<ul style="list-style-type: none">• Žensko
3. Završena srednja škola:	
	<ul style="list-style-type: none">• Medicinska škola
	<ul style="list-style-type: none">• Gimnazija
	<ul style="list-style-type: none">• Ostalo
4. Godina studiranja:	
	<ul style="list-style-type: none">• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci – redovni
	<ul style="list-style-type: none">• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci – izvanredni
	<ul style="list-style-type: none">• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Varaždinu – redovni
	<ul style="list-style-type: none">• 3. godina preddiplomski stručni studij sestrinstva u Varaždinu – izvanredni
5. Simptomi se najčešće javljaju tijekom puberteta ili mlađe odrasle dobi?	
	<ul style="list-style-type: none">• Da
	<ul style="list-style-type: none">• Ne
	<ul style="list-style-type: none">• Ne znam
6. Simptomi shizofrenije se dijele na:	
	<ul style="list-style-type: none">• Pozitivne i negativne simptome
	<ul style="list-style-type: none">• Kognitivne i afektivne simptome
	<ul style="list-style-type: none">• Pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome
	<ul style="list-style-type: none">• Pozitivne, negativne i afektivne simptome

7. U pozitivne simptome spadaju:
• Halucinacije
• Sumanute ideje
• Formalni poremećaji mišljenja
• Sve je točno
8. Za što su vezane cenestetske halucinacije?
• Okuse hrane
• Zbivanja u organima
• Mirise hrane
9. Što je alogija?
• Nesposobnost bolesnika da osjeti ili pokaže zadovoljstvo
• Nesklad mimike i gestikulacije bolesnika sa njegovim stvarnim duševnim stanjem
• Siromaštvo govora
10. Prema kliničkoj slici shizofrenija se dijeli na:
• Paranoidnu i katatonu shizofreniju
• Jednostavnu (simplex) i dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju
• Paranoidnu, katatonu, jednostavnu (simplex) i dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju
11. Paranoidna shizofrenija je najčešći oblik ove bolesti?
• Da
• Ne
• Ne znam
12. Koje su najčešće halucinacije kod paranoidne shizofrenije?
• Slušne halucinacije
• Vidne halucinacije
• Olfaktorne halucinacije
13. Što je karakteristično za nihilističke deluzije?
• Osoba smatra da će doći do neke velike katastrofe npr. smaka svijeta
• Osoba smatra da ima vrhunske sposobnosti, talent ili slavu
• Osoba vjeruje da komunicira s Bogom

14.Što je karakteristično za erotomanske deluzije?
<ul style="list-style-type: none"> • Žena vjeruje da je trudna usprkos oprečnim dokazima
<ul style="list-style-type: none"> • Osoba osjeća proganjanje od strane prijatelja, roditelja ili institucija
<ul style="list-style-type: none"> • Osoba vjeruje da je netko od slavni osoba zaljubljen u nju
15.Što je katatoni stupor?
<ul style="list-style-type: none"> • Stanje u kojem se pacijent besciljno kreće, trči, katkad viče, a bez realnog podražaja
<ul style="list-style-type: none"> • Stanje u kojem pojedinac ne reagira, ne doživljava realitet i ne odgovara na podražaje
16.Koja skupina simptoma je karakteristična za jednostavnu (simplex) shizofreniju?
<ul style="list-style-type: none"> • Pozitivni simptomi
<ul style="list-style-type: none"> • Negativni simptomi
17.Što je točno za dezorganiziranu (hebefrenu) shizofreniju?
<ul style="list-style-type: none"> • Uvijek su prisutne erotomanske halucinacije
<ul style="list-style-type: none"> • Dominira disocirano mišljenje
<ul style="list-style-type: none"> • Uvijek su prisutne cenestetske halucinacije
18.Kako se postavlja dijagnoza shizofrenije?
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnezom
<ul style="list-style-type: none"> • Testovima projekcije
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnezom i testovima projekcije
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnezom, testovima projekcije, fizikalnim pregledom, psihijatrijskom procjenom, dijagnostičkim kriterijima i laboratorijskim pretragama
19.Kako se liječi shizofrenija?
<ul style="list-style-type: none"> • Farmakoterapijom
<ul style="list-style-type: none"> • Psihoterapijom
<ul style="list-style-type: none"> • Elektrokonvulzivnom terapijom
<ul style="list-style-type: none"> • Sve je točno
20.Najvažniju ulogu u liječenju shizofrenije ima koja skupina lijekova?
<ul style="list-style-type: none"> • Antipsihotici

<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivi
<ul style="list-style-type: none"> • Antiepileptici
<p>21. Elektrokonvulzivna terapija je vrlo uspješna kod:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Paranoidne shizofrenije
<ul style="list-style-type: none"> • Katatone shizofrenije
<ul style="list-style-type: none"> • Jednostavne (simplex) shizofrenije
<ul style="list-style-type: none"> • Dezorganizirane (hebefrene) shizofrenije
<p>22. Tijekom liječenja bolesnika važno je educirati obitelj o shizofreniji, njenim simptomima, mogućnostima liječenja te komunikaciji s oboljelim?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Da
<ul style="list-style-type: none"> • Ne
<ul style="list-style-type: none"> • Ne znam

Doc. prim. dr. sc. Marija Vučić Peitl, dr. med.

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

Krešimirova 42, 51000 Rijeka

marija.vucic.peitl@uniri.hr

Izjava mentora o etičnosti istraživanja za istraživanja niskog rizika

Izjavljujem i potpisom potvrđujem, kao mentor predloženog istraživanja „Usvojena teorijska znanja studenata sestrinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege“ kojeg u izradi svog diplomskog rada provodi Sara Mureta, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo - promicanje i zaštita mentalnog zdravlja, kako je predloženo istraživanje u potpunosti u skladu s etičkim standardima propisanim za istraživanja u medicini i zdravstvu, uključujući osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14), Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08) i Zakon o zaštiti osobnih podataka (GDPR).

Kao mentor predloženog istraživanja obvezujem se nadzirati provođenje samog istraživanja, kao i izradu diplomskog rada pristupnika.

Preuzimajući punu odgovornost, te u skladu s navedenim primjerima Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija, Sveučilišta u Rijeci, izjavljujemo da je predloženo istraživanje minimalnog i/li niskog rizika te se obvezujemo na njegovu provedbu u skladu s uobičajenim standardima dobre akademske prakse.

Ime i prezime, potpis (mentor/ica) Doc.prim.dr.sc.Marija Vučić Peitl

Doc.prim.dr.sc. Marija Vučić Peitl
specijalist psihijatar
subspes. biologije i socijalne psihijatrije

Ime i prezime, potpis (kandidat/kinja) Sara Mureta

Sara Mureta

Rijeka, 12.4.2022.

ŽIVOTOPIS

Moje ime je Sara Mureta, rođena 07. studenog 1997. godine u Rijeci gdje sam pohađala osnovnu školu. Moj jedini izbor za nastavak školovanja bila je srednja Medicinska škola u Rijeci koju sam završila s odličnim, nakon čega odmah upisujem preddiplomski stručni studij *Sestrinstva* na *Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci*. Diplomirala sam u srpnju 2020. godine. Tijekom svog obrazovanja volontirala sam na više mjesta: u Udruzi „Nada“, Centru za rehabilitaciju "Fortica" i Dječjem domu „Ivana Brlić Mažuranić“ u Lovranu što smatram odličnim iskustvom koje mi je otvorilo nove vidike u životu pa su i to razlozi za dodatnim edukacijama i napredovanjem.

Tema završnog rada u srednjoj školi kao i na fakultetu je bila vezana uz psihijatriju jer je upravo ona postala moja najveća strast i područje interesa. Smatram kako na jednom psihijatrijskom odjelu mogu dati najbolje od sebe i pružiti cjelovitu skrb bolesnicima. U želji da se moje znanje dodatno nadogradi i usmjeri, upisala sam odmah a sada upravo i završavam diplomski studij *Sestrinstva*, smjer *Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja* jer smatram kako je psihičko zdravlje jednako važno kao i fizičko, nadopunjava se i samo u njihovoj savršenoj korelaciji tijelo može biti doista zdravo. Potpuno sam sigurna sam da mi je diplomski studij ove tematike pomogao u svakodnevnom radu iako ne radim sa psihičkim bolesnim osobama.

Od studenog 2020. godine netom nakon upisa na studij, stalno sam zaposlena u *Specijalnoj bolnici Medico u Rijeci* kao dermatološka i kirurška sestra gdje svoje dodatno znanje i iz mentalnog područja mogu na najbolji mogući način odmah primijeniti.