

Zdravstvena njega oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja

Miškić, Pero

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:516086>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZDRAVSTVENA NJEGA OBOLJELIH OD BIPOLARNOG
AFEKTIVNOG POREMEĆAJA

Završni rad br. 52/SES/2021

Pero Miškić

Bjelovar, kolovoz 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Miškić Pero**

Datum: 23.04.2021.

Matični broj: 002022

JMBAG: 0314019478

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., predsjednik**
2. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **doc.dr.sc. Zrinka Puharić, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 52/SES/2021

U radu je potrebno opisati etiologiju i kliničku sliku bipolarnog afektivnog poremećaja, objasniti tipove bolesti, te se posebno osvrnuti na zdravstvenu njegu oboljelih, detaljno opisati sestriinske dijagnoze i plan zdravstvene njege.

Uloga medicinske sestre je neizostavna u zbrinjavanju bolesnika, a posebno u ranom prepoznavanju simptoma bipolarnog afektivnog poremećaja zbog visokog rizika suicida te samoozljeđivanja i u fazama depresije i u fazama hipomanije ili manije.

Zadatak uručen: 23.04.2021.

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



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj profesorici i svim ostalim profesorima na prenesenom teorijskom i praktičnom znanju, a naročitu zahvalnost dugujem mentorici prim.dr.sc. Mariji Kudumiji Slijepčević, dr.med., koja mi je bila uzor kroz period studiranja i koja me je motivirala pri odabiru završnog rada iz područja psihijatrije. Ništa ne bi bilo isto bez obitelji i prijatelja koji su mi bili vjetar u leđa kada mi je bilo najteže te ovo akademsko zvanje posvećujem upravo njima.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	5
2. CILJ RADA.....	10
3. METODE.....	11
4. RASPRAVA.....	12
4.1. Bipolarni afektivni poremećaj.....	12
4.2. Uloga medicinske sestre.....	13
4.2.1. Uloga medicinske sestre u liječenju i prevenciji pogoršanja bolesti.....	14
4.3. Tipovi bolesti.....	15
4.4. Sestrinske dijagnoze i plan zdravstvene njege.....	16
4.5. Rani znakovi bolesti i uloga medicinske sestre u otkrivanju.....	19
4.6. Rizik suicida.....	21
4.7. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja.....	22
4.7.1. Obiteljska terapija.....	24
4.7.2. Ostali vidovi terapijskih postupaka.....	25
4.8. Psihološka otpornost njegovatelja pacijenata u kućnim uvjetima.....	26
4.9. Utjecaj COVID-19 epidemije na pacijente sa BAP.....	28
4.10. Djelovanje socijalnopedagoških intervencija u stanju recidiva.....	28
4.10.1. Psihoedukativni pristup pacijentu.....	31
5. ZAKLJUČAK.....	35
6. LITERATURA.....	36
7. OZNAKE I KRATICE.....	39
8. SAŽETAK.....	40
9. SUMMARY.....	41

1. UVOD

Bipolarni afektivni poremećaj je duševna bolest u kojoj se pojavljuju epizode manije i depresije. Kroz rad su prikazane sve bitne činjenice o ovoj bolesti, simptomatologiji, epidemiologiji, načinima liječenja te zdravstvenoj njezi oboljelih. Ova bolest spada u grupu težih, endogenih duševnih poremećaja, po učestalosti javljanja odmah iza shizofrenije. Ovaj poremećaj javlja se prilično često, 0,3-0,4% (3-4 osobe na oko 1000 stanovnika). Poremećena je osjećajnost, emotivnost ili afektivnost, stoga ova bolest i nosi naziv bipolarni afektivni poremećaj. Poremećaj afekta se reflektira na ostale psihičke funkcije osobe, a češće se javlja kod osoba ženskog spola. Uglavnom je nasljednog karaktera, a tome doprinose i razne intoksikacije (trovanja živčanog sustava), metabolički poremećaji, poremećaji endokrinih žlijezda (hormonalni poremećaji), a postoji i određena sklonost koja uz endogeni faktor pomaže da se ova bolest razvije. Javlja se u dvije faze, zbog čega u nazivu ove bolesti stoji „bipolarni“ (1).

Bolest se javlja u raznim kombinacijama. Jedan tijek je manična faza nakon koje slijedi depresivna faza. Druga manifestacija ove bolesti je manična faza nakon koje slijedi period poboljšanja, a zatim se ponavlja manična faza. Moguće su i samo depresivne ili samo manične faze. Nekada se javljaju dvije depresivne, jedna manična, dvije manične, jedna depresivna faza. Ove se epizode bolesti mogu izmjenjivati, a o tome i ovisi plan zdravstvene njege i cjelokupni ishod bolesti.

Pacijent se uglavnom javlja doktoru zbog simptoma kao što su: manično ponašanje ili pak zaravnjenost ponašanja (depresivna faza). U kontekstu bipolarnog afektivnog poremećaja u žargonu se spominju „plus“ i „minus“ faza. Manija ima mnogo simptoma, a svi se temelje na hiper-stanju: sve je pojačano, u prvom redu afekti, osjećajnost, emocije koje pokreću intenzivnije reakcije ostalih psihičkih funkcija. Takve su osobe izrazito dobrog raspoloženja, uživaju u svojoj euforiji, osjećaju se moćno i smatraju da su sposobni učiniti što god poželev. Vrlo su komunikativni, pokretni, vole pričati neukusne viceve, simpatični su u komunikaciji, optimistično gledaju na budućnost, osjećaju se bogato, imaju precijenjene ideje veličine (privid milijunske uštede, zamišljaju da su velike svjetske zvijezde, povijesne osobe, svjetski poznati glazbenici...), pažnja i koncentracija su smanjene, oblače se u vesele i upadljive boje. Zbog silne energije koje osjećaju oni vrlo slabo jedu, mršave, dovode se u stanje tjelesne iscrpljenosti i gotovo da ne spavaju. Ovi se simptomi u 21. stoljeću rijetko javljaju zajedno jer su medicina i lijekovi znatno napredovali i simptome bolesti smanjili u velikoj mjeri (2).

Sa druge strane, bolest može ići iz krajnosti u krajnost, tj. pacijenti u depresivnoj fazi suprotnog su raspoloženja, emocija i ponašanja u odnosu na one u maničnoj fazi. Javlja se osjećaj bezvrijednosti, beznada, nizak je nivo samopoštovanja i nisu raspoloženi za bilo koju aktivnost. U takvom stanju pacijenti su skloni suicidalnim idejama, stoga često završe na hospitalizaciji. Kako u literaturi, tako se i laički depresija često izjednačava sa pojmom melankolije. Sve funkcije su smanjene, duševno su oslabljeni i njihova je emotivna strana osobnosti „u minusu“. Osobe su neraspoložene, bezvoljne, nezainteresirane, nemotivirane, tužne, tužnog izraza lica. Prepoznaju se po dubokim tamnim podočnjacima jer ne spavaju. Smatraju da je za njih kraj svijeta, same sebe optužuju za sve što im se događa, zapuštaju se, sklone su socijalnoj izolaciji. Svoj balans života i cijelo vlastito postojanje promatraju na jedan depresivan način.

Svaka se faza pojedinačno i individualno liječi. Kada je u pitanju liječenje bipolarnog poremećaja, na prvom mjestu su stabilizatori raspoloženja i antipsihotici, dok su antidepresivi u uporabi samo po potrebi. Problem 21. stoljeća je dostupnost lijekova. Veliki broj pacijenata liječi se antidepresivima koji se konvencionalno koriste, ali ne na svoju ruku i samostalno. Njihova upotreba u kombinaciji sa stabilizatorima raspoloženja je opravdana, ali monoterapija se ne preporučuje, točnije ona je kontraindicirana (naročito kod BAP tip 1). Lijekovi se koriste kako bi reducirali simptome manije, simptome depresije i da preveniraju relaps ili rekurentnu fazu manije, tj. relaps ili rekurentnu fazu depresije. Neracionalna upotreba lijekova pogoršava stanje pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem (2).

Bipolarni poremećaji su manje učestali od ostalih psihoza. Faktori rizika značajni za incidenciju bipolarnog poremećaja su mlađa životna dob (prije 30. godine života u 90% slučajeva). Najčešće se prvi simptomi javljaju u periodu između 15. i 19. godine života, odnosno između 20. - 24. godine. Značajno je da se 85-90% bolesnika oporavlja poslije svake epizode bolesti, odnosno ne dolazi do intelektualnog i emocionalnog pogoršanja kod bolesnika. Epizode bolesti traju od nekoliko dana do više mjeseci. Javlja se rjeđe nego depresivni poremećaj. Može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi. O uzrocima afektivnih poremećaja ne zna se mnogo, stoga su oni predmet mnogih istraživanja. Poznato je da se dovode u vezu sa biološkim, biokemijskim, endokrinim i psihosocijalnim faktorima (3).

Utjecaj imaju i biološki faktori (genetika). Ako oba roditelja boluju od bipolarnog poremećaja, izgledi da će dijete oboljeti je 50-75%, a ako boluje samo jedan roditelj izgledi za obolijevanje djeteta su značajno manji, oko 27%. Do sada je prihvaćen suvremeni model koji ukazuje da je nasljeđivanje BAP-a posljedica kombinacije više faktora, a to počinje od genetske predispozicije do utjecaja okoline (4).

Važnu ulogu u nastajanju depresije može imati serotonin, acetilkolin, GABA i noradrenalin. Podaci se baziraju na promjenama kod afektivnih poremećaja u aktivnostima neuronske regulacije. Pažnja je usmjerena na životne događaje i stres koji utječe na nastanak bolesti, kao i premorbidne karakteristike, dok bihevioralne teorije govore o depresiji kao naučenoj bespomoćnosti. Psihodinamske teorije ukazuju na osjećaj gubitka, stvarnog ili zamišljenog. Prema psihodinamskoj teoriji depresivni bolesnik je doživio u djetinjstvu gubitak ljubavi ili je nastalo stanje u kojemu je osoba krajnje senzibilna na frustracije u djetinjstvu. Senzibilna grupa su nezaposleni, niži socio-ekonomski slojevi, razvedene osobe, samci, osobe sa lošom socijalnom podrškom, žene i djeca odvojena od majke prije 11. godine. Bipolarni poremećaj najčešće počinje depresijama, a sama manija se javlja u 10-20% slučajeva (4).

Životna iskustva koja čovjeka dovode do stanja kada prekomjerno konzumira alkohol, psihoaktivne supstance, lijekove ili pak stimulira organizam na neki drugi način su predisponirajući faktori za nastanak neke od epizoda u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja. Do ove bolesti psihijatrijskog karaktera dolazi zbog toga što fiziološki mehanizmi ne funkcioniraju ispravno (5).

Manična faza kod bipolarnog poremećaja karakterizira se poremećajem psihičkih funkcija kao što su: oštećenje pažnje u smislu pojačane pažnje, brzo prenose pažnju s jednog sadržaja na drugi s nemogućnošću da je zadrže dugo na istom sadržaju (lako odvlačenje pažnje), povišeno raspoloženje s izraženom srećom, euforijom, te brzim i naglim pokretima, ubrzanom mimikom, upadljivo oblačenje i šminkanje. Takve osobe su u stalnom pokretu, a raspoloženje varira od pretjerane razdraganosti do ljutnje i bijesa. Mišljenje je poremećeno i po formi i sadržaju. Javlja se ubrzani misaoni tok s bezbroj ideja, ubrzani govor, izrazita pričljivost, te su moguće ekspanzivne sumanute ideje (6).

Puni su planova i započinju više aktivnosti istovremeno, a niti jednu ne uspiju završiti. Nekritični su i nemaju uvid u svoje stanje. Poremećaj opažanja je rijedak, pamćenje i inteligencija nisu oštećeni. Svijest nije poremećena osim kod delirantne manije kada uslijed nespavanja, loše i slabe ishrane nastupa delirantno stanje koje prate agresivnost, psovanje i vikanje te se stoga mogu javiti iluzije, halucinacije i ideje proganjanja. Javlja se i pretjerano samopouzdanje i osjećaj grandioznosti, povećana energija i aktivnost ili sniženo raspoloženje sa smanjenom energijom i aktivnošću. Moguće je da se pojavi psihomotorna agitacija i smanjena potreba za spavanjem (6).

Postoji više kriterija kojima se koriste medicinski radnici za postavljanje dijagnoze pri javljanju manične epizode i to su:

- ✓ dugo trajanje pozitivnog i razdražljivog raspoloženja (duže od tjedan dana),
- ✓ period povišenog raspoloženja kojeg prati 3 od 6 navedenih simptoma
 - (1. Povećano samopouzdanje, 2. nesаница, 3. pretjerana pričljivost, 4. ubrzane misli „bijeg ideja“, 5. vigiletet (pažnja), 6. posezanje za rizičnim aktivnostima koje se tiču brze vožnje ili nekontroliranog trošenja novca).
- ✓ Poremećaji koji dovode do radne i socijalne ograničenosti (7).

Manija se javlja u vidu hipomanije, manije bez psihotičnih i manije sa psihotičnim simptomima. Hipomanija (F30.0) podrazumijeva blažu kliničku sliku manične epizode, s blagom promjenom volje više od tri dana, sa povišenom aktivnošću i energijom, nespavanjem, preosjetljivošću, smanjenom koncentracijom, ali i sa kreiranjem planova i avantura. Manije bez psihotičnih simptoma (F30.1) karakterizira antisocijalno ponašanje u smislu pretjerano povišenog i neprimjerenog raspoloženja. Pacijenti su pohlepni, troše i zadužuju se čime nerijetko cijelu obitelj dovode do lošeg finansijskog stanja. Manija se može javiti i sa psihotičnim simptomima (F30.2), a ovakva klinička slika je nešto složenija. Raspoloženje se brzo mijenja od veselog do depresivnog. Imaju smanjenu potrebu za hranom i snom, a povećan seksualni interes. Dvije trećine maničnih bolesnika pokazuju sumanutost, osjećaj prekomjerne snage, moći i bogatstva. Neki se ponašaju prijeteće i napadački. Nemaju uvid u svoje stanje i ne prihvataju liječenje. Pacijenti su ubrzanog govora, poremećene pažnje, skaču sa teme na temu, te im se javljaju razne ideje i razni neologizmi(7).

U depresivnoj fazi bolesnik je: potišten, depresivan u većem dijelu dana, pojavljuju se tužne bore na čelu (znak omega), spuštene su im uglovi usana, pojavljuju se dupli nabori na gornjem kapku (Veraguthov znak), javlja se sklonost plaču, pognutog su držanja, pokreti su tromi, usporeni su, ne

moгу se veseliti (anhedonija), nesposobni su pružati ljubav i nesposobni su odlučivati (Lemanov trijas). Skloni su samooptuživanju, s izraženom grižnjom savijesti, te su u strahu od budućnosti.

Neki od kriterija koji su važni za postavljanje dijagnoze depresivne faze mogu se podijeliti na tjelesne, tipične i druge simptome. U grupu tjelesnih ubrajaju se: anhedonija (nemogućnost radovanja, zadovoljstva), nedostatak sna, jutarnje pogoršanje depresije, psihomotorna usporenost ili pak nemir, gubitak tjelesne težine (5% u posljednjih mjesec dana) i smanjenje seksualne želje (libido). Tipične simptome čine: depresivno raspoloženje, osjećaj beznada, te smanjena životna energija. Druge simptome čine: poremećaj sna, koncentracije, pažnje, gubitak samopoštovanja i samopouzdanja, ideje bezvrijednosti, pesimizam, suicidalne ideje... (7).

Pažnja je pojačanog tenaciteta, okupirani su svojom bolešću, pamćenje je otežano (kvalitativni poremećaj), opažanje je oštećeno uz prisutne ideje da su grešni i moguće je javljanje slušnih iluzija. Mišljenje je poremećeno i po formi i sadržaju: usporen misaoni tok sa blokadom misli, odgovori su spori, čest je tih monoton govor, uz javljanje sumanutih ideja samooptuživanja i bezvrijednosti. Takvi bolesnici se osjećaju se umorno, tromi su, iscrpljeni i nesposobni za fizičke napore. Svijest i inteligencija su očuvani, imaju uvid vlastitu u bolest, prepoznavaju ulazak u "minus" fazu i traže pomoć. Izraženi su vegetativni simptomi (promjene srčanog ritma i tlaka s opstipacijom i gubitkom menstruacije kod žena). Od ostalih simptoma prisutne su promjene kognitivnih sposobnosti, govora i vegetativnih funkcija (san, apetit, seksualna aktivnost) uz oštećenje socijalnih funkcija (8).

Ovo oboljenje započinje u ranoj životnoj dobi, a najveća sklonost je u drugom, trećem i četvrtom desetljeću života. Posljednja poglavlja u radu predviđena su za pisanje o liječenju i zdravstvenoj njezi oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. Revolucija u psihijatriji u 20. stoljeću uvela je nove lijekove, stoga je liječenje ove psihijatrijske bolesti olakšano.

Ako se na vrijeme pristupi liječenju, te ako se redovno kontrolira, pacijenti se mogu dovesti u fazu poboljšanja (remisije), pa čak i u stanje koje je sasvim normalno. Zdravstvena njega koja podrazumijeva rad medicinske sestre sa pacijentom se preporučuje jer je medicinska sestra osoba koja provodi najviše vremena sa pacijentom te kroz dobru komunikaciju, stjecanjem povjerenja, poštovanja i drugih komunikacijskih i medicinskih vještina otkrivaju postojeće promjene, unaprijeđuju stanje i funkcioniranje bolesnika, te u velikoj mjeri određuju daljnji tok liječenja. Multidisciplinarni tim ključan je za uspjeh cjelokupnog terapijskog postupka. Posljednje poglavlje čini zaključak, koji predstavlja sistematizaciju cjelokupnog rada.

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada jest ukazati na značaj zdravstvene njege oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja te da osigura detaljan prikaz etiologije, epidemiologije, kliničke slike i specifičnosti zdravstvene njege kod pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem.

3. METODE

Metodologija u radu je bibliografsko deskriptivna i empirijska, bazirana na temelju znanstvenih činjenica na osnovu kojih su izvedeni odgovarajući stavovi i zaključci koji se tiču teme ovog rada. Induktivno-deduktivnim pristupom u korištenju pisanih i elektronskih izvora teorijske građe opisani su pojedini dijelovi predmeta istraživanja bitni za realizaciju ciljeva ovoga rada.

Literatura koja se odnosi na temu ovog rada u potpunosti je obrađena i iskorištena kroz rad. Na samom kraju rada predstavljena je korištena literatura za pisanje ovog završnog rada. Kroz cjelokupan rad korištene su: metoda analize i sinteze, deskripcije, komparativna metoda te metoda indukcije i dedukcije. Metoda koja je zastupljena u najvećoj mjeri je metoda pod nazivom „desk metoda“ ili metoda sekundarnih izvora. Uz pomoć ove metode omogućuje se brže i lakše korištenje podataka, a upotrebljava se prije nego što se primijeni prikupljanje podataka iz primarnih izvora. Za pretraživanje literature korištene su sljedeće elektronske baze: *Google Scholar*, *PubMed*, *MEDLINE* i dr. Korišteni rezultati prethodnih istraživanja zadovoljavaju tematiku rada u cjelini.

4. RASPRAVA

4.1. Bipolarni afektivni poremećaj

Danas se koristi međunarodna klasifikacija bolesti, tj. deseta revizija MKB-10, za psihijatrijska oboljenja. Dijagnoza se zasniva na simptomima, anamnestičkim podacima, kao i promjenama u ponašanju. Međunarodna klasifikacija poremećaja raspoloženja (afektivne poremećaje) se dijeli na :

- ✓ Maničnu epizodu (F30),
- ✓ **Bipolarni afektivni poremećaj (F31),**
- ✓ Depresivnu epizodu (F32),
- ✓ Povratni depresivni poremećaj (F33),
- ✓ Stalni poremećaj raspoloženja (ciklotimija, distimija...) (F34),
- ✓ Drugi poremećaj raspoloženja (F38),
- ✓ Nespecifični poremećaj raspoloženja (F39) (1).

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je jedan od najozbiljnijih i najtežih poremećaja raspoloženja kod kojeg se u toku bolesti smjenjuju faze depresije i manije ili hipomanije. Poznat je i kao manična depresija. Izdvaja se kao poseban dijagnostički entitet koji se karakterizira s najmanje dvije ponovljene epizode u kojima su raspoloženje i aktivnost osobe bili značajno poremećeni. Izmjenjivanje epizoda može se očitovati kao alterni tip (manija-miran period-depresija), cirkularni tip (manija i depresija su spojene bez perioda normalnog raspoloženja), tip double forme (manija-depresija-miran period), intermitentna manija (manična faza i mirni periodi sa nekad prisutnim minimalnim depresivnim pomakom) i intermitentna depresija (depresija i miran period).

Počinja depresivnom epizodom i predstavlja kronični poremećaj. Može se javiti i nekoliko epizoda depresije prije nego što dođe do manične epizode. Kod većine se u toku bolesti izmjenjuje depresivna i manična faza, ali kod 10-20% bolesnika postoje samo manične epizode. Manične epizode obično počinju naglo u periodu od nekoliko sati ili dana. Ukoliko se ne liječe mogu trajati oko 3 mjeseca. Poremećaj pokazuje tendenciju da se epizode javljaju sve češće, dok su intervali između epizoda sve kraći, tako da se tokom vremena stabiliziraju na period od oko 6-9 mjeseci. Oporavak između epizoda je uobičajeno potpun. Često prođe i po 4 i više godina između prve i druge epizode. Obično se kasnije intervali između epizoda smanjuju. Oboljenje je endogeno i nasljedni faktor je naglašen. Kod ovih bolesnika dolazi do otuđenja od realnosti. Bazira se na poremećenom raspoloženju koje snažno utječe na kognitivne funkcije. Bolesnici od bipolarnog poremećaja imaju lošiju prognozu u odnosu na oboljele od velikog depresivnog poremećaja (2).

Ne dovodi do intelektualnog propadanja u vidu demencije. S obzirom da se u slučaju manične epizode bez dileme postavlja dijagnoza bipolarnog poremećaja, procjena može biti delikatna u slučaju diferenciranja bipolarnog i unipolarnog poremećaja. Slika 4.1. prikazuje pacijenta s bipolarnim afektivnim poremećajem te ukazuje na moguće promjene raspoloženja koje karakteriziraju ovu bolest. S kliničkog segmenta ovo je neobično važno, budući da postoji značajna razlika između dva entiteta koja zahtjevaju različiti farmakoterapijski tretman i strategiju liječenja.



Slika 4.1. Ilustrativan prikaz pacijenta sa bipolarnim afektivnim poremećajem (3)

4.2. Uloga medicinske sestre

Prilikom liječenja bolesnika sa bipolarnim afektivnim poremećajem, ali i drugih pacijenata sa drugim psihijatrijskim oboljenjima, medicinska sestra ima značajno mjesto u cijelom medicinskom timu. Stalni nadzor poboljšava sveukupni učinak terapije, a medicinska sestra je ta koja je zadužena za praćenje pacijenta. To započinje pravovremenim uzimanjem terapije, pa sve do cjelokupnog zdravstvenog statusa. Ona prati relapse i recidive, kao i moguća poboljšanja. Glavni faktor rizika za smrt ovakvih bolesnika je suicid tijekom depresivne epizode, stoga je važno na vrijeme prevenirati ovakvo ponašanje. Mnogi pacijenti odbijaju terapiju, neki od njih lijekove “skrivaju ispod jezika”, te je važno poznavati moguće manipulacije i provjeriti je li terapija uzeta. Važno je da medicinska sestra bude iskusna, koncentrirana i da reagira brže od ovakvih pacijenata (8).

Farmakoterapija pridonosi poboljšanju fizičkog funkcioniranja organizma, ali problem su misli i osjećaji koji su uglavnom depresivne prirode, a upravo oni vode prema suicidalnom ponašanju. Uspostavljeno povjerenje sa pacijentom doprinosi ugodnijem osjećaju pacijenta i ne dolazi do negiranja uzimanja terapije. Medicinska sestra je uključena u liječenje ovakvih pacijenata i u sklopu socioterapije kao što je okupacijska zajednica. Povjerenje, suosjećanje i poštovanje glavne su odrednice koje je neophodno razvijati na relaciji medicinska sestra-pacijent jer jedino tako postoji šansa da će pacijent biti emocionalno opušten te da će prihvatiti svoju bolest (8).

Za savladavanje svakodnevnih aktivnosti i postizanje postavljenih ciljeva u planu zdravstvene njege, medicinska sestra kroz strpljivost i određeno vrijeme osigurava preusmjerenje negativnih misli prema pozitivnim kod pacijenata. Bolesnika štiti od suicidalnih ideja, a za svakog se bolesnika nastoji postaviti individualni plan i program. Medicinska sestra promatra promjene raspoloženja i ponašanja te uz adekvatne postupke i vještine utječe na poboljšanje funkcioniranja pacijenata (9).

4.2.1. Uloga medicinske sestre u liječenju i prevenciji pogoršanja bolesti

Medicinske sestre imaju značajnu ulogu u liječenju i prevenciji skraćivanja životnog vijeka pacijenata. Čak 4% populacije ima bipolarni afektivni poremećaj čiji su manični ili depresivni simptomi teški i ponavljaju se tijekom života pacijenta, a stanje dovodi do značajnog opterećenja pojedinca, njegovatelja i društva.

Svijest medicinske sestre, ukoliko je ona prisutna u medicinskom timu, može povećati vjerojatnost uspješnog prepoznavanja i liječenja. Dostupni su mnogi tretmani farmakološke i nefarmakološke prirode za akutne tretmane i tretmane održavanja s mogućnošću postizanja smanjenog opterećenja simptomima i povećanog opsega funkcioniranja za mnoge pacijente. Važnost medicinske sestre očituje se i u ekonomskom aspektu. Primjerice, zdravstvo SAD-a u 2009. godini bilo je opterećeno gotovo za 120 milijardi dolara, a ti troškovi podrazumijevaju direktne troškove liječenja.

S obzirom na teret bolesti za pojedinca i društvo u cjelini, postoji hitna potreba za prepoznavanjem prvih simptoma radi prevencije te smanjenja broja simptoma kako ne bi došlo do pogoršanja bolesti u većem postotku. Većina pacijenata prvo se obraća medicinskoj sestri kao pružatelju primarne zdravstvene zaštite, ali zbog izostanka stručnosti zauzvrat ne dobiju istovremenu odgovarajuću

procjenu moguće bipolarne dijagnoze. Rano prepoznavanje od strane medicinske sestre može imati povoljan učinak, kako na kratkoročan ishod, tako i na dugoročni tok bolesti.

Psihosocijalni tretmani, uključujući individualne psihoterapije, kao i edukativne i potporne grupne terapije, sve se više smatraju sastavnim dijelom liječenja. Uobičajene komponente psihosocijalnog liječenja su edukacija o bolesti te fokus na pridržavanje liječenja i brigu o sebi. Zanimljivo je da je među psihosocijalnim tretmanima najjači dokaz efikasnosti grupna psioedukacija pacijenata i njegovatelja (medicinske sestre). Dugoročne prednosti ovog pristupa uključuju smanjenje dana sa simptomima i broj dana hospitalizacije. Druge dvije psihoterapije s dokazima koji potvrđuju njihovu učinkovitost su kognitivno-bihevioralna psihoterapija specifična za bipolarnu dijagnozu i terapija međuljudskog i društvenog ritma. Interpersonalna i socijalna ritam terapija je intervencija smišljena kako bi povećala redovitost dnevnih rutina pacijenata. Ona je zasnovana na konceptu da je poremećaj bioloških ritmova osnovna značajka poremećaja raspoloženja. Ove terapije mogu pomoći pacijentima da poboljšaju vlastito pridržavanje terapije, poboljšaju svoju sposobnost prepoznavanja pokretača epizoda raspoloženja i razviju strategije za ranu intervenciju. Kombiniranje pomoćnih psihoterapija specifičnih za bipolarnu dijagnozu s farmakološkom terapijom pokazalo se da značajno smanjuje stopu recidiva. Bipolarni afektivni poremećaj utječe na sve aspekte života osobe, uzrokujući ozbiljne poremećaje u odnosima, pri zapošljavanju i obrazovanju. Podrška medicinske sestre i ostalih pacijenata iz okruženja može biti od velike pomoći u rješavanju posljedica ovih učinaka kroz razmjenu iskustava prilikom kojih pacijenti mogu otkriti da su i drugi imali slična iskustva te se mogu nadati oporavku, stabilnosti i zadovoljavajućem životu (10).

4.3. Tipovi bolesti

Bipolarni afektivni poremećaj karakterizira izmjenjivanje epizoda depresije i manije ili javljanje epizoda pojedinačno. Varijacije se razlikuju od bolesnika do bolesnika, pa se kod nekih javlja epizoda depresije, pa epizoda manije ili obrnuto. Na osnovu simptoma javljanja, javlja se manična ili depresivna epizoda, što je već objašnjeno u radu. Ako je jednak broj depresivnih i maničnih epizoda, govori se o mješovitom tipu bipolarnog afektivnog poremećaja.

Poremećaj tip I karakterizira izmjenjivanje depresivne i manične epizode, a tip II depresivne sa hipomaničnim simptomima. U medicinskoj psihopatologiji dijagnosticira se i brzo izmjenjujući bipolarni afektivni poremećaj (11).

Ciklotimija se smatra manje teškim oblikom bipolarnog poremećaja. Prihvaća se kao urođeni poremećaj temperamenta pri čemu je značajna uloga bioloških faktora. Od 3% do 10% psihijatrijskih ambulantnih pacijenata se može dijagnosticirati kao ciklotimično, a u gotovo 75% slučajeva poremećaj počinje u razdoblju od 15 do 25 godina. Razdoblja promjena raspoloženja znatno su kraća nego kod bipolarnog poremećaja. Pojavljuju se naglo, ponekad tijekom nekoliko sati. Povremeni period dobrog raspoloženja i nepredvidiv tijek čine bolesnike osjetljivim i stalno podvrgnutim stresu iščekivanja i nepredvidivosti. U periodima preosjetljivosti može doći do sukoba s okolinom. Zlouporaba droga i alkohola je česta (12).

4.4. Sestrinske dijagnoze i plan zdravstvene njege

U cijelom medicinskom timu, može se reći da je medicinska sestra ta koja provodi najveći dio vremena sa pacijentom te u velikoj mjeri određuje napredak bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem. Uz adekvatan plan zdravstvene njege koji kreira u suradnji s ostalim članovima medicinskog tima, glavni ciljevi rada medicinske sestre definiraju se težnji poticanja adekvatne interakcije pacijenta sa životnom sredinom, povećanja psihološke stabilnosti, osiguranja zaštite, a ujedno se apelira i na obitelj te na druge bitne osobe iz pacijentova životna okruženja da potiču pacijentovo bolje funkcioniranje, kao i njegovu neovisnost.

Neke od sestrinskih dijagnoza na kojima se temelji plan zdravstvene njege su:

- ✓ Visok rizik od suicida i samoozlijeđivanja,
- ✓ Smanjena razina samopoštovanja,
- ✓ Nemogućnost brige o sebi,
- ✓ Neupućenost.

Suicidalnost kod ovakvih bolesnika varira od suicidalnih ideja do samog suicida. Suicid se definira kao autodestruktivno ponašanje s namjerom umiranja, a suicidalni se rizik kod BAP-a u dominantno depresivnim fazama javlja kod 15-20% oboljelih (12).

U kliničkoj slici prisutni su emocionalni simptomi u vidu depresivnog raspoloženja, anhedonije, anksioznosti, negativnog doživljavanja sebe i okoline što dovodi do pomisli na suicid. Također se javlja i gubitak zainteresiranosti, izbjegavanje kontakta s okolinom, osjećaj beznada i bespomoćnosti, neodlučnost, osjećaj krivice i mnogi drugi simptomi. Depresivno ponašanje vodi i prema niskoj razini samopoštovanja, pri čemu je to često zbog nezadovoljstva tijekom ili je u pitanju neki drugi uzrok.

Kada se pojave stanja u obliku samoozlijeđivanja (ubadanje, rezanje, udarci glavom, grebanje, udaranje, ponašanje povezano sa poremećajem apetita (bulimija/anoreksija), šamaranje....) svi navedeni su faktori rizika za suicid. Sestrinske intervencije koje se preporučuju: uspostavljanje odnosa povjerenja sa pacijentom, poticanje pacijenta prema izražavanju vlastitih osjećaja i teži se stvaranju osjećaja sigurnosti kod pacijenata s ovom psihijatrijskom bolešću. Za ovakve pacijente preporučuju se grupne aktivnosti i njihova obitelj se podučava o znakovima samozlijeđivanja te načinima reagiranja kada do takvih ponašanja i dođe (13).

Ambivalencija, autizam, depersonalizacija, beznade, kao i verbalno izražavanje osjećaja bezvrijednosti, ukazuju na simptome bipolarnog afektivnog poremećaja, pa pritom sestrinske intervencije ponovno dolaze do izražaja. Važna je socijalna rehabilitacija psihijatrijskih bolesnika koja podrazumijeva slušanje pacijenta i njegovo prihvaćanje. Ovakva psihosocijalna podrška ima za cilj potaknuti bolesnika na verbalizaciju svojih osjećaja te na sudjelovanje u određenim aktivnostima. Pacijentu se pruža pomoć kako bi shvatio način na koji negativne emocije smanjuju osobno poštovanje, a tijekom razgovora idu u pravcu razvijanja socijalnih odnosno društvenih vještina, radne sposobnosti, edukacije i poticanja talenata. Sveukupni cilj je kompletiranje osobnosti pacijenta što na pozitivan način doprinosi samopoštovanju.

Jedan od simptoma BAP-a je i nesposobnost samostalnog funkcioniranja bolesnika, neovisno o pomoći druge osobe. Najčešće se javljaju problemi prilikom hranjenja, održavanja osobne higijene, oblačenja, a prisutni su i gastrointestinalni simptomi u vidu opstipacije i dijareje. Sestrinske intervencije u sklopu ovih simptoma teže poticanju bolesnika prema pozitivnijim temama i idejama kroz oblačenje svjetlijih boja, kroz određen plan aktivnosti, a radi se i na povećanju dnevne aktivnosti, poticanju unosa tekućine, teži se mirnoj okolini, a prilikom obroka treba voditi računa je li pacijent agresivan jer tada treba izbjegavati serviranje noža. Prilagođeno samim sposobnostima pacijenta medicinska ga sestra potiče na mnoge aktivnosti koje mogu unaprijediti njegovo stanje (14).

Neupućenost pacijenta zahtijeva dodatne sestrinske intervencije jer izostaju znanja i vještine koje je neophodno poznavati kada se govori o problemu psihijatrijske prirode. Suportivna terapija u obliku sestrinskih intervencija pruža pacijentu pomoć kroz podršku prilikom usvajanja novih znanja i vještina. Zasniva se na dobrom kontaktu između pacijenta i sestre i kvalitetnom radnom savezu, te se pacijentu prenose specifična znanja i specifične vještine. Također, potiče se obitelj na postavljanje pitanja prilikom kojih pacijent odgovara verbaliziranjem svojih osjećaja. Primjenom sestrinskih

intervencija moguće su pozitivne promjene jer pacijenti shvaćaju svoje unutrašnje probleme i realnije se odnose prema njima (14).

Kada se govori o sestrinskim dijagnozama, jasno je da sestra teži zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba. Dijagnoze se kreiraju za svakog bolesnika individualno, na osnovu njegovih potreba i individualnih karakteristika. U fazi depresivne epizode bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem sestra uglavnom prepoznaje prisutnost osjećaja praznine, tjeskobe uz unutarnji nemir i napetost, osamljenost sa smanjenjem volje i zainteresiranosti, zabrinutost s neprestanim osjećajem živčane napetosti, a najčešće je prisutna krivnja koja dovodi do nefunkcionalnosti pacijenta s ovim poremećajem. U sestrinske dijagnoze ove faze bolesti ubraja se i sram s osjećajem obeshrabrenosti, potištenost sa izostankom podrške ili s dubokim osjećajem beznada. Često se javlja apatija s osjećajem praznine, krivnja zbog gubitka emocija, te anksioznost zbog nedostatka informacija (15).

Također se, u okviru BAP-a, javljaju i bihevioralni simptomi koji upućuju na veći broj sestrinskih dijagnoza. Od simptomatologije javlja se gubitak interesa i uživanja u omiljenim aktivnostima, izbjegavanje druženja sa prijateljima i rodbinom, psihomotorna agitacija i retardacija.

Sestrinske dijagnoze su sljedeće:

- ✓ Bezvoljnost,
- ✓ Napetost s negativnim predviđanjem ishoda bolesti,
- ✓ Nemir s osjećajem gušenja i pritiskom u grudima,
- ✓ Smanjenje tjelesne aktivnosti zbog umora,
- ✓ Smanjenje verbalne komunikacije,
- ✓ Gubitak samopoštovanja (osjećaj manje vrijednosti),
- ✓ Gubitak socijalnih kontakata zbog socijalne izolacije (16).

Od tjelesnih (vegetativnih) simptoma javlja se umor bez tjelesnog napora, nesanica, isprekidan san, povećanje ili smanjenje apetita, bulimija ili anoreksija. Sestrinske dijagnoze podrazumijevju umor sa smanjenjem životne energije, nesanica zbog straha od noćnih mora, pretjerano spavanje, smanjen unos hrane, otežano gutanje i gušenje, pothranjenost (smanjen unos hrane), smanjen unos tekućine, pretilost sa prekomjernim unosom namirnica itd.

Od kognitivnih simptoma prisutna je poremećena koncentracija, poremećaj u pamćenju i mišljenju, pacijenti su neodlučni, umanjuju vlastitu vrijednost, gube samopoštovanje, a javlja se i osjećaj potpune bezvrijednosti i omalovažavanja, uz negativne misli i osjećanja.

Sestrinske dijagnoze su sljedeće (16):

- ❖ Osjećanje bezvrijednosti (nerealistična procjena vlastite vrijednosti),
- ❖ Neodlučnost sa smetnjama koncentracije,
- ❖ Osjećaj krivnje s izmišljenim pogreškama u prošlosti i tokom života,
- ❖ Tjeskoba s negativnim mislima,
- ❖ Tmuran i pesimističan pogled na budućnost,
- ❖ Negativno predviđanje i gubitak nade.

S druge strane, kada se javlja manija, odnosno kontrastna faza depresivnoj fazi, tada sestra najčešće postavlja sljedeće dijagnoze:

- ✓ Pretjerana hiperaktivnost,
- ✓ Suicidalne ideje,
- ✓ Povišeno raspoloženje uz prenaplašen smijeh, poziranje i teatralno ponašanje,
- ✓ Smanjena potreba za spavanjem, puni su energije,
- ✓ Smanjeno i nepravilno se hrane,
- ✓ Povećanje seksualnih ambicija.

4.5. Rani znakovi bolesti i uloga medicinske sestre u otkrivanju

Probleme na društvenom planu medicinske sestre vide kao glavnu posljedicu bolesti. Predisponirajući faktori su: gubitak prihoda, gubitak samopoštovanja, gubitak kontakata, gubitak mjesta stanovanja, itd. Pacijenti s bipolarnim poremećajem uglavnom su doživjeli neku sramotnu situaciju, izgubili su blisku osobu, duguju novac, stigmatizirani su iz nekog razloga i skloni nerazumijevanju od strane drugih osoba iz okruženja. Posljedica toga jest izbjegavanje društvenih situacija.

Još jedan problem je što se medicinske sestre ponekad ne usuđuju razgovarati sa pacijentom jer one ne znaju kako se nositi s trenutnom situacijom. Često su prisutni problemi na poslu, a medicinske sestre navode da se problemi javljaju zbog smanjenja koncentracije, nemogućnosti planiranja, netolerancije na stres, a smanjen je i nivo energije. Medicinske sestre navode kako većina pacijenata radi ispod svog nivoa inteligencije, što može biti doživljeno kao ponižavajuće. Između ostalog, pacijenti od medicinske sestre često traže pomoć u pisanju pisama društvenoj zajednici jer se boje da

će biti prisiljeni raditi posao koji ne mogu podnijeti. Ovakvi pacijenti otkazuju mnogo planiranih aktivnosti, što je obrazac ove bolesti, a sve ovisi o epizodi bolesti koja se u tom trenutku javi (17).

Medicinske sestre isto tako obraćaju pažnju na neverbalne znakove i simptome bolesti. Vodi se računa o tome ima li kod pacijenta svjetlucaja u očima, je li on nemiran ili depresivan, je li pacijentovo prisustvo očigledno ili je izgubljen u vlastitim mislima, je li njegov govor brži, sporiji, glasniji ili tiši nego inače, je li rukovanje pacijenta jako ili slabo?. Ostali simptomi tiču se vanjskog izgleda pacijenta. Promatra se stanje osobne higijene, kako je odjeven i ističe li se nešto posebno u njegovom izgledu.

Stanje eutimičnog raspoloženja je glavni željeni ishod koji medicinske sestre postavljaju svojim pacijentima. Evaluacija uključuje procjenu, između ostalog i stanje raspoloženja, ponašanja u snu, povećanja ili gubitka težine, uporabu lijekova i pojavu životnih događaja.

Drugi pokazatelji koji se koriste za procjenu raspoloženja jesu: serumske koncentracije lijekova u krvi pacijenta, neverbalni znakovi i obrazac dnevnih aktivnosti. Pacijenti medicinskim sestrama često govore da su postepeno otkrivali važnost redovnog dnevnog obrasca za njihov život. Samokontrola je također željeni ishod i definirana je kao sposobnost pojedinca da integrira bolest u svoje svakodnevne životne aktivnosti. Većina medicinskih sestara je prijavila slabu procjenu samokontrole u smislu sposobnosti pacijenta da prepozna rane znakove ili simptome epizode (hipo) manije ili depresije. U borbi s bolešću važna je pristupačnost medicinske sestre koja je potvrđena kao najčešća sestrinska intervencija. S obzirom da se promjene raspoloženja javljaju u kratkim vremenskim intervalima, kontakt s medicinskom sestrom trebao bi biti moguć u roku od nekoliko sati. Ovaj kontakt može se ostvariti telefonski, licem u lice ili putem e – pošte (17).

Medicinske sestre naglašavaju važnost više utrošenog vremena na pregled pacijenta. Kontinuitet u odnosu pacijent - medicinska sestra od kritične je važnosti. Sestre to primjećuju jer relacija pacijent - medicinska sestra nije samo terapijski odnos, već je i pitanje povjerenja. Pacijenti trebaju slobodno govoriti o strahovima i problemima koji ih muče, isto tako postavljati pitanja i pričati vlastite priče. Prema tome, medicinske sestre moraju biti otvorene, zainteresirane, zabrinute i empatične. Trebaju razgovarati sa pacijentom kao da su ravnopravni i koristiti jasno razumljiv jezik. Medicinske sestre izvještavaju o širokoj upotrebi samootkrivanja. Kontakt sa pacijentima treba biti siguran i zaštićen. Medicinske sestre nebi trebale osuđivati svoje pacijente, već pokušavati prilagoditi se percepciji pacijenta. Drugim riječima, medicinska sestra mora biti pouzdana, puna razumijevanja, ujednačena i mirna. U Nizozemskoj se primjenjuje Maastrichtski model za grupni psihoedukacijski trening. Ovaj

model ispituje simptome poremećaja, karakteristike, tok, ishode, psihofarmakologiju, pravna pitanja te se pruža razmjenjena kontakata sa pacijentima s istim problemom koji su članovi udruženja pacijenata bipolarnim afektivnim poremećajem (17).

4.6. Rizik suicida

Smatra se da bipolarni afektivni poremećaj pripada kategoriji vodećih psihijatrijskih poremećaja koji donose rizik za suicidalno ponašanje. Statistički gledano, čak 10-15% pacijenata svoje životno doba završi samoubojstvom, stoga se teži utvrđivanju predisponirajućih rizičnih faktora koji do toga dovode. Bitan je pravilan tretman i prevencija suicidalnog ponašanja. Hospitalizacija je često indicirana ako su afektivne epizode ozbiljne i/ili ako postoji rizik od samoubojstva. Važno je promatrati bolesnika u ranim fazama bolesti kako bi se odredili osnovni faktori povezani sa suicidom. Psihijatrijske medicinske sestre postaju sve prisutnije i uključeniije u pružanje njege ovakvoj grupi pacijenata, a u mnogim zemljama posebna pažnja je posvećena razvoju i implementaciji programa zaštite mentalnog zdravlja. Medicinske sestre prijavljuju neprihvatanje bolesti, posebice onih pacijenata kod kojih ne postoji nada za izlječenje. S druge strane, postoje pacijenti koji su uvjereni da je njihovo stanje privremeno, usprkos tome što su im doktori i medicinske sestre rekli da boluju od kronične bolesti. Ostali simptomi koje prijavljuju medicinske sestre tiču se pacijentovog zanemarivanja savjeta o liječenju, neupotrebi propisanih lijekova te ne pojavljivanje na zakazanim razgovorima. Do samoubojstva nerijetko dolazi zbog neuzimanja lijekova jer pacijenti uglavnom misle da su lijekovi nepotrebni nakon što im se stanje poboljša.

Strah od stigmatizacije pojavljuje se kao razlog skrivanja problema što pacijente frustrira, dovodi do njihovog preopterećenja te konačno rezultira gubitkom posla. Povjeravaju se medicinskim sestrama o problemima emotivne prirode, te pritom nerijetko okrivljuju upotrebu lijekova za nastanak istih. Tokom epizoda manije povećan je libido, a tokom depresivne epizode dolazi do gubitka seksualne zainteresiranosti. Ostali simptomi su: gubitak povjerenja, usamljenost, osjećaj zanemarivanja od strane partnera, sukobi i zanemarivanje bolesti od strane partnera. Često se prijavljuju razvodi, što je čest razlog samoubojstva ili pak pokušaja samoubojstva. Mnoge sestre razvijaju grupni model za pacijente, a to je jednostavan način da se uključe partneri u borbu protiv prisutne bolesti. Medicinske sestre pružaju i usluge pružanja informacija pacijentima i njihovoj rodbini. Važna je podrška i savjetovanje. Sestre pomažu pacijentima da strukturiraju njihovu svakodnevicu. Motiviraju pacijenta da bude aktivniji ili da uspori, a to sve ovisi o njegovom raspoloženju. Često se savjetuje pacijentima

da produže pauzu za ručak. Pauza im pomaže da uredi svoje misli, te im se tokom pauze pružaju savjeti o mogućnostima rješavanja problema. Sve su ovo strateški planovi koji za cilj imaju sprječavanje pogoršanja bolesti i eventualno pojave suicida. Sestre s vremena na vrijeme koordiniraju zdravstvenom zaštitom te, ako je potrebno, savjetuju se s drugim stručnjacima iz ovog područja medicine. Akcijski plan medicinske sestre podrazumijeva i shvaćanje da postoje znaci ranog upozoravanja na duševnu nestabilnost te se tada teži intervencijama za vraćanje stabilnosti (17).

Kako bi se djelovalo pravovremeno, neophodni su redovni pregledi, a svaki novi recidiv pruža informacije za buduću prevenciju mogućeg recidiva. Sve medicinske sestre pažljivo prate nivo serumskih stabilizatora raspoloženja i prate moguće nuspojave koje pacijenti često ne prijavljuju. Medicinske sestre su primijetile da su pacijenti prema njima otvoreniji nego prema psihijatrima jer se s medicinskim sestrama osjećaju ravnopravnije u odnosu na njihove medicinske kolege, a i one provode više vremena sa samim pacijentom. Pacijenta se promatra izvana i iznutra. Medicinska sestra je zapravo produžena ruka pacijenta te je vrlo sposobna za predviđanje nestabilnosti koje mogu dovesti do suicida. Činjenica je da se medicinske sestre ne fokusiraju na samu bolest, već na posljedice bolesti koje utječu na svakodnevni život pacijenta. Razgovaraju o društvenim i poslovnim problemima u ljubavnoj vezi. Procesi djelovanja medicinske sestre imaju za cilj postići dobrobit pacijentovog zdravstvenog statusa te osigurati društveno funkcioniranje i smanjen teret koji doživljavaju pacijenti i njihove obitelji. Na ovaj se način smanjuje rizik od suicidalnih misli, ideja i izvršenje istog (17).

4.7. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja

Liječenje je kompleksno i zahtijeva timski rad izabranog doktora opće medicine, medicinske sestre, psihijatra, psihologa i doktora druge specijalnosti (endokrinologa, ginekologa, kardiologa, gastroenterologa, nutricionista). Psihoterapija uključuje individualnu psihoterapiju, kognitivno-bihevioralni pristup, osobnu terapiju (najčešće stabilizatore raspoloženja). Otkrivanje i pravilna dijagnostika u ranom uzrastu, uz želju osobe da riješi problem, predstavljaju uvjet za potpuni oporavak na fizičkom i emocionalnom planu. Povoljna prognoza također ovisi o uzrastu kada je dijagnosticiran poremećaj, zdravim odnosima unutar obitelji, terapijskom pravcu i podršci prijatelja i okoline. Sestra ili terapeut mogu savjetovati hospitalizaciju ukoliko se stanje ne popravlja, a bitno ugrožava zdravlje ili život.

Liječenje se prilagođava svakom bolesniku individualno, a napredovanjem farmaceutske industrije otvorila se mogućnost primjene velikog broja lijekova. Primjenjuje se psihoterapija, individualno ili grupno (pritom je najčešće uključena obitelj), edukacija, te farmakoterapija propisana od strane psihijatra. Za suzbijanje simptomatologije u sklopu bipolarnog afektivnog poremećaja koriste se: litij, valproična kiselina, karbamazepin, okskarbazepin i lamotrigin (antikonvulzivni lijekovi). Medicinske sestre su važne jer imaju najbolji uvid u pacijentovo stanje, a vještine psihoterapije omogućuju njihovo bolje funkcioniranje i djelovanje (17).

Terapijski pristup vidi se kroz multidisciplinarnost. Redovno se primjenjuje terapija, a u slučaju farmakorezistencije, koristi se više lijekova i preporučuje se elektrostimulacijska terapija. Kao što je prethodno navedeno, primjenjuju se stabilizatori raspoloženja s naglaskom na litij, točnije na njegove soli, a u kombinaciji sa psihoterapijskim i socioterapijskim mjerama. Kod maničnih bolesnika dodaju se i benzodiazepini s ciljem smanjenja pretjerane razdražljivosti bolesnika, ali zbog nuspojava rijetko se preporučuju (17). Pacijenti teže hospitalizaciji pri prvom javljanju epizode bolesti jer je do tada pacijentu to nepoznata pojava, a kasnije, u slučaju neredovitog uzimanja terapije, može doći do hospitalizacije, uglavnom zbog neželjenih nuspojava koje su posljedica lijekova ili zbog posljedica neuzimanja terapije na svoju ruku. Mali je broj pacijenata kojima stabilizatori raspoloženja ne djeluju na simptome i bolest (18). Psihoterapija utječe na povećanje povjerenja bolesnika u uspjeh liječenja i motivira ga na redovno uzimanje lijekova. U liječenju depresije uspješne su interpersonalna, kognitivna i bihevioralno - kognitivna terapija. Bolničko liječenje je neophodno i kada postoji rizik od suicida.

Medicinske sestre imaju sposobnost da značajno utječu na uspješnost njege ovih pacijenata. Njihova uloga je da prepoznavanjem i procjenom bipolarnog afektivnog poremećaja, upravljanjem i liječenjem odgovarajućim stabilizatorima raspoloženja i terapijama, kao i edukacijom pacijenata i njihovih obitelji značajno pridonose boljoj zdravstvenoj njezi. Pogrešno postavljena dijagnoza i faktori životnog stila mogu povećati rizik od recidiva (19). Bolesnika s depresivnom epizodom medicinska sestra potiče na održavanje komunikacije s ostalim pacijentima te na neverbalan način ukazuje na postojanje suosjećanja i razumijevanja. Strpljivo objašnjava svrhu razgovora, te pokušava dobiti odgovore na kognitivna pitanja, zašto je nešto učinio i sjeća li se on toga. Sva pitanja potkrepljuje s odgovorima poput: "Vidim da Vam je teško o tome govoriti.". Kako bi ostvarila razgovor s pacijentom, medicinska sestra treba težiti tome da se sam razgovor temelji na povjerenju, razumijevanju, otvorenosti i empatiji. Pažljivo se procjenjuju moguće suicidalne ideje, vodeći se time da pitanja neće pogoršati postojeće stanje. S bolesnikom se direktno razgovara, pa se čak i suicidalne

namjere drugih bolesnika predočuju bolesniku sa BAP-om jer se na taj način stvara osjećaj manje socijalne izolacije i napuštenosti, a pacijentu se objašnjava i približava ponašanje ostalih pacijenata (20).

4.7.1. Obiteljska terapija

S obzirom da je obitelj pacijentovo prirodno i neposredno okruženje, važno je da svi članovi budu pravovremeno educirani tijekom faze aktivne bolesti, ali i u periodima remisije. Glavni cilj je oporavak pacijenta, a kada terapija bude prekinuta, može doći do pogoršavanja bolesti. Česta je potraga za krivcem nastanka bolesti što doprinosi nastanku anksioznosti, a roditelji su nerijetko prekomjerno zaštitnički nastrojeni. Veliki broj duševnih bolesnika je stigmatiziran, a samim tim je stigmatizirana i obitelj. Neophodna je pravovremena edukacija obitelji o samom nastanku bolesti, te kako se može protektivno djelovati na takve bolesnike i cjelokupnu zajednicu (20).

Ovaj vid terapije predstavlja intervenciju baziranu na dokazima za odrasle i djecu sa bipolarnim poremećajem, ali i za njihove njegovatelje koji se obično preporučuju zajedno sa farmakoterapijom nakon epizode bolesti. Tretman se sastoji od zajedničkih sesija psihoedukacije, obuke za poboljšanje komunikacije i obuke vještina rješavanja problema. Ovakva terapija stabilizira raspoloženje, smanjuje recidive i smanjuje nivo ozbiljnosti simptoma u usporedbi s kraćim oblicima psihoedukacije i lijekovima tijekom jedne do dvije godine. Efekti su veći kod pacijenata s izraženijim osjećajima. Obiteljska terapija koja se primjenjuje za liječenje oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja pozitivno utječe na mentalno zdravlje u zajednici (21).

Tijekom liječenja bolesnika s bipolarnim poremećajem provodi se više postupaka liječenja koji su bitni s aspekta zdravstvene njege. Liječenje traje oko devet mjeseci. Liječenje obuhvaća provođenje treninga psihoedukacije jednom dnevno tijekom tri mjeseca. Potom slijede trening komunikacijskih vještina (jednom, a kad bolest već duže traje i dvaput dnevno) i trening rješavanja problema (jednom dnevno, a onda jednom mjesečno do kraja terapijskog postupka). Sve aktivnosti provode se u dogovoru s obitelji, a tretmani se izvode u domu bolesnika. Glavni cilj je postići dobar ishod terapije i dovesti do promjena u ponašanju koje se smatraju pozitivnim (22).

Ova vrsta terapije bazira se na sistemsko - relacijskom razumijevanju individue, parova i obitelji i pod utjecajem je psihosocijalnih, relacijskih, obiteljskih i prirodnih utjecaja. Medicinsko - obiteljska

terapija ili timska obiteljska zdravstvena zaštita podrazumijeva odnos suradnje između različitih profesionalaca koji su angažirani u domeni zdravlja. Ova vrsta terapije ima za cilj povezivanje medicinskog i sistemskog pristupa, a vrši se kreiranjem i primjenom intervencija koje su od pomoći pacijentima, obiteljima i sustavu zdravstvene zaštite. Terapeuti koji pripadaju ovom modelu smatraju da su složeni dinamički sustavi koji uključuju biološku, psihološku, interpersonalnu i institucionalnu razinu, kao i razinu zajednice u cjelini, u podlozi svih terapijskih intervencija u ovom kontekstu.

4.7.2. Ostali vidovi terapijskih postupaka

Čak i obrazovani ljudi skloni su da smatraju da je psihoterapija svaki razgovor u međusobnom kontaktu ljudi, razgovor sa rodbinom, prijateljima, kolegama na radnom mjestu i sl. Nažalost, to su velike zablude jer to nije psihoterapija, niti ti postupci imaju bilo kakve dodirne točke s psihoterapijom. Zapravo, psihoterapija je oblik medicinskog liječenja za čiju primjenu su potrebni uvjeti i pravila, kao i kod svih drugih oblika liječenja.

Psihoterapijska situacija se bazira na specifičnom ljudskom susretu koji ima i moralno značenje, stoga se mora regulirati etika individualizma, osobne autonomnosti i slobode, kako pacijenta, tako i terapeuta. Terapeut se ne upušta ni u kakav oblik direktnog sugeriranja i izbjegava bilo kakvo izricanje mišljenja, poticanje, davanje savjeta ili aktivnog miješanja u život oboljelog.

Umjesto toga, on psihološki tumači iskaze i smetnje koje pacijent navodi u terapijskom procesu, kao i odnos koji se stvorio i stalno stvara između njega i sebe.

S obzirom na ove karakteristike, psihoanaliza i psihoanalitička psihoterapija smatraju se dubinskim oblicima liječenja. Ti oblici liječenja dovode do restrukturiranja psihičkih procesa koji postaju skladniji i konstruktivniji. Psihoanalitička bolest ima svoj smisao, smisao kojeg sam čovjek koji pati od te iste psihičke bolesti nije svjestan. Sama analitička procedura osmišljena je kako bi ljudi, usprkos otporima, zajedno s pacijentom na svojevrstan način došli do potisnutog smisla bolesti. Njen cilj nalazi se u tome da se čovjek samog sebe razumije, objasni i prihvati ono što je potisnuto te to učini integrativnim dijelom pacijentovog samosvjesnog bića. Ako bolest podrazumijeva zastoje, odnosno fiksaciju općeg procesa individualizacije, osnovni terapijski cilj psihoanalize je da pomogne pacijentu da krene dalje, da prebrodi zastoj u vlastitom biću. Zato se smatra dubinskom psihoterapijom, čiji je cilj da dovede do restrukturiranja čitave osbnosti pacijenta. Kada oni postanu usklađeni na jedan nov i konstruktivniji način, osoba više neće imati problema sa simptomima. Jedna od uloga terapeuta jest

da osmisli eksperimente koji će povećati pacijentovu svijest o tome kako i što čini. Ovo rezultira uvidom u sebe, prihvaćanjem sebe, poznavanjem okoline, preuzimanjem odgovornosti za vlastite izbore i poboljšanjem sposobnosti za uspostavljanje kontakta sa drugima.

Elektrostimulacijska terapija ima pozitivan efekt jer poboljšava postojeće stanje, a dovodi i do regresije simptoma tijekom bolesti. Sinonim za ovaj vid bolesti naziva se “elektrošok terapija”, a s obzirom da je dokazano da ne djeluje negativno, primjenjuje se kod pacijenata kod kojih se javlja neefikasnost nakon primjene lijekova (23).

4.8. Psihološka otpornost njegovatelja pacijenata u kućnim uvjetima

Bipolarni poremećaj (BD) je iscrpljujuća bolest koja nanosi patnju mnogim pacijentima. Istraživanje koje su proveli znanstvenici u Hong Kongu pokazalo je da je prevalencija ovog poremećaja u Kini općenito niža od one koje su prijavile zapadne zemlje. Broj ljudi pogođenih ovom bolešću i dalje je značajan s obzirom na brojnost kineskog stanovništva. Ovaj psihološki poremećaj složene je prirode i često ga miješaju sa shizofrenijom i depresijom koja predstavlja zasebni entitet ove bolesti. Razvojem dijagnostičkih procedura, uz nove mogućnosti liječenja, postavljanje dijagnoze postaje preciznije. Doktori i istraživači teže predviđanju ovog poremećaja kako bi se djelovalo pravovremeno. Liječenje pacijenata u kućnim uvjetima povećava teret brige njihovih obitelji, utječe na mentalno i fizičko zdravlje u različitim stupnjevima što rezultira padom kvalitete života (23).

Istraživanja svjetskih znanstvenika potvrdile su da je smanjenje tereta skrbi za pacijente s bipolarnim poremećajem značajno u smislu poboljšanja kvalitete života pacijenata i sprečavanja recidiva. Otpornost spada u kategoriju pozitivne psihologije. Nekada je ovaj poremećaj povezan s genetikom, te se smatrao urođenom crtom ličnosti, ali i da nastaje prilikom neadaptacije. Razlog je nemogućnost suočavanja s nedaćama koje se mogu pojaviti u različitim životnim fazama, a one se razlikuju od situacije do situacije. Članovi obitelji prilikom zdravstvene njege oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja teže prilagodljivosti. Povećanje psihološke otpornosti od pozitivnog je značaja pri poboljšanju mentalnog zdravlja pacijenata i njihovih obitelji. Većina obitelji čiji član ima bipolarni poremećaj ima iskustvo u vidu tereta prilikom pružanja brige. Teret se otprilike poistovjećuje s depresivnim bolesnicima. Važno je znati da pacijenti s bipolarnim poremećajem u periodu remisije imaju relativno normalnu sposobnost samofunkcioniranja, te u tim periodima članovi obitelji osjećaju razliku u nivou opterećenja zbog karakterističnog ponašanja (24).

Kako se produžuje vrijeme trajanja bolesti, tako raste i teret njege koji osjećaji njegovatelji. Na sve ovo dodatno utječu i medicinski troškovi, pa kućnu njegu bolje podnose one obitelji čija je socio - ekonomska pozadina bolja. Ovi pacijenti spadaju u visokorizičnu grupu kada se govori o suicidu i suicidalnim idejama, dok pacijenti koji žive kod kuće su u relativno stabilnom psihičkom stanju u kojemu je rizik od nasilja i samoubojstva nizak. Ono što dovodi do pogoršanja stanja i kliničkih simptoma jesu obiteljski procesi, poput pitanja bračnog statusa.

Česte su promjene raspoloženja, nekontrolirano ponašanje, samoozlijeđivanje, što uzrokuje emocionalni stres svih članova obitelji. Nekada su njegovatelji stručne osobe, ali su u većini slučajeva to zapravo članovi obitelji jer obiteljski staretelji izražavaju sumnju u sposobnosti i kvalifikacije onih koji pružaju podršku mentalnom zdravlju na nivou zajednice. Ovakvi slučajevi ovise o hitnoj psihijatrijskoj službi jer ako bi se stanje pogoršalo, neophodno je pacijenta hospitalizirati. Članovi obitelji nerijetko podrede osobne potrebe zbog člana s ovom bolešću. Svoj život i zaposlenje stavljaju kao zadnju točku. Problem se javlja kada nedostaje znanje o poremećaju i zalaganje obiteljskih članova oboljelih. Kada bi se razvio sustav podrške u zajednici s namjerom rješavanja ovih prepreka, intenzivno bi se ponašanje usmjerilo na potragu za zdravljem, a time bi se i ishodi pacijenata poboljšali. (25).

Pacijenti s mentalnim poremećajima i njihove obitelji generalno imaju osjećaj srama i stigmatizacije, što u većini slučajeva ometa njihovu slobodu pri traženju pomoći. Također, ponovljena hospitalizacija snižava povjerenje obitelji u oporavak. Potencijalno opasni događaji uzrokovani pacijentovim nestabilnim stanjem također su učinili skrbnicima teže prilagodljivim situaciji. Stoga, negativne emocije i pritisak sredine rezultiraju slabim mentalnim zdravljem i pacijenta i njegovatelja, što smanjuje šanse za oporavak.

Rad s njegovateljima bazira se na kognitivnim, bihevioralnim, sustavnim ili psihoanalitičkim principima. Podrazumijeva psihoedukaciju ili obiteljsku psihoterapiju. Ovaj postupak se izvodi pojedinačno ili u grupi. Glavni cilj je da se osigura potpora članu obitelji koji je u deficitu, kako fizičkom, tako i psihološkom potporom. Uputa pacijenta na liječenje u zajednici važna je za: nezainteresirane pacijente s učestalim recidivima, pacijente s poteškoćama u kontroli ponašanja koji proizlaze iz simptoma bolesti, za pacijente sa trajnijim socijalnim oštećenjima, pacijente s komorbiditetnim anksioznim poemećajima, pacijenti s povišenim rizikom od suicida, agresivne pacijente te socijalno zapuštene pacijente (26).

4.9. Utjecaj COVID-19 epidemije na pacijente sa BAP

Kao katastrofa neviđenih razmjera, sveprisutne društvene, financijske i psihološke posljedice epidemije COVID-19 (koronavirus) nisu dobro poznate. Zbog troškova financijske prirode došlo je utjecaja na mentalni status ljudi, pored fizičkog oštećenja do kojeg dovodi sam virus. Prisilna fizička izolacija dovela je do prekida veze s obitelji i prijateljima, te je ograničeno uključivanje u značajan broj aktivnosti. Posljedice epidemije odražavaju se i na zdravlje bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem. Kod ovakvih pacijenata povećan je nivo psihološkog stresa u usporedbi s pacijentima bez psihičkog poremećaja. Oni s bipolarnim poremećajem žalili su se na višu razinu stresa, depresije i financijske zabrinutosti nego osobe s depresivnim poremećajem. Kontinuirano se javljaju promjene sna, povećano je konzumiranje alkohola i opijata kao posljedica smanjenog društvenog kontakta. Negativne emocije i nepovoljne promjene načina života šireg su opsega kao odgovor na postojeću epidemiju. Neki od njih koriste psihološku podršku, iako je, prema određenim istraživanjima, u kriznim situacijama ovo angažiranje svedeno na minimum. Kod pacijenata s bipolarnom dijagnozom povećani su trendovi samoubilačkih misli, a smanjenjena je subjektivna kvaliteta života (27).

Evidentno je povećanje anksioznosti ovakvih pacijenata, kao i stresa. Učestalost i težina depresije u ozbiljnom su porastu. U grupi pacijenata s bipolarnim poremećajem, subjektivna kvaliteta života je smanjena i povećana je razina depresije, stresa i suicida koji su blisko povezani s epidemijom, a javlja se i subjektivno kognitivno oštećenje, te se javljaju i subjektivne kognitivne disfunkcije. U ovakvim slučajevima važno je osigurati adekvatnu mentalnu podršku kroz određene službe koje se bave ovom problematikom (27).

4.10. Djelovanje socijalnopedagoških intervencija u stanju recidiva

Uz sinergističko djelovanje i istovremeni razvoj pedagogije i socijalnog rada, došlo je do razvoja socijalne pedagogije. Osnova je teorije i praktične primjene, na području osnažujućeg, socio - terapeutskog i usmjeravajućeg rada sa različitim pojedincima ili sa grupama ljudi. Promatra se individualni aspekt rada s pojedincem, a njegov socijalni razvoj je stigmatiziran, deprivilegiran ili na neki drugi način ometen u svom radu i razvoju. Socijalni pedagog predstavnik je ove mlade znanstvene discipline i ima utjecaj na obrazovne, odgojne, korektivne, te socioterapeutske intervencije. Modeli intervencije u krizi podrazumijevaju postupke rada socijalnih pedagoga s

oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja koji imaju poteškoće u socijalnoj integraciji. Intervencije su različito teorijski utemeljene (28).

Mnoga su područja sociopedagoških intervencija koja su obuhvaćena radom socijalnih pedagoga. Ona se realiziraju kroz razne aspekte, a svima im je zajednički cilj razvoj doživljavanja, samospoznaje i ponašanja. Osigurava se podrška pri rješavanju problema, a utječe se na razvoj zrelosti, autonomnosti, individualne kompetentnosti i otklanjanju smetnji te raščlanjivanju konflikata. Neki od društvenih ciljeva koji se očekuju od socijalnih pedagoga odnose se na razvoj sposobnosti socijalne integracije, participaciju u društvu, ali i razvoj i povećavanje autonomnosti kvalitete života za pojedinca i grupe ljudi. Spremnost i želja za promjenama, spremnost za mijenjanjem, uz povjerenje, ostvaren kontakt i suglasnost uspostavljanja odnosa od velike su vrijednosti (28).

Specifična stanja koja se karakteriziraju osjećajem bespomoćnosti, kognitivne neorganiziranosti i izmijenjenog ponašanja osnova su djelovanja sociopedagoških intervencija. Nerijetko, pacijenti s bipolarnim poremećajem upadaju u krize, pri čemu se javlja osjećaj snažnog straha, bespomoćnosti, noćne more, emocionalna otupjelost, povlačenje od ljudi, izbjegavanje fizičkih aktivnosti, smetnje pažnje i koncentracije, te vegetativna prenadraženost. U okviru ovog poremećaja česti su panični napadi, agresivnost, depresija ili čak suicidalne ideje. Jako je bitna kvaliteta socijalne podrške jer intenzitet i opseg ovog poremećaja uveliko ovisi o modelu intervencije (30).

Različiti modeli intervencija u krizi omogućavaju uspostavljanje psihološkog balansa, kontrole i opće funkcionalnosti pojedinca, na način da se prevenira razvoj dodatnih poremećaja. Reagiranje u takvim situacijama ovisi o individualnoj organizaciji osobe koja podrazumijeva neurofiziološku, kognitivnu i afektivnu komponentu osobnosti (29).

Osnovni cilj ovih intervencija je pomoć ljudima kako bi lakše podnijeli neku stresnu situaciju, a to je u ovom slučaju "nošenje" s bolešću koju je ujedno potrebno integrirati u svoje životno iskustvo kako bi svoj ostatak života proveli neometano. U svom profesionalnom angažmanu socijalni radnici obavljaju kratke razgovore rasterećenja, tzv. psihološka „prva pomoć” ili se primjenjuju neki kompleksniji modeli intervencije u krizi. Odabir modela intervencije varira ovisno o težini poremećaja i same individue. U pogledu strukture intervencije, vremena implementacije i evaluacije efikasnosti, postoje mnoga neslaganja, te svaki socijalni radnik ima individualan pristup prema liječenju pojedinca. Čest je vid intervencije s članovima obitelji kako bi djelovali pozitivno na pojedinca (30).

Glavni cilj krizne intervencije i modela jest pomoći ljudima pri podnošenju bolesti i da nastave normalno živjeti. Predstavljaju preventivan postupak kojim se sprječavaju teže posljedice već postojećih događaja, a nisu psihoterapija koja zalazi u dubinu nečijih psihičkih teškoća i doživljava. Imaju za cilj pomoći ljudima osloboditi se i priznati osjećaje; sam naziv naglašava da je vrijeme za odlučivanje. Krize su sastavni dio života svih ljudi, svih starosnih struktura, svih naroda i svih rasa. Iznenadan i rijedak događaj osnova je krize, često je uznemirujući i stresan za većinu ljudi, stoga ga ljudi često ne mogu sami savladati, već traže pomoć stručnih osoba. Razni događaji pokretači su kriza, a krize se dijele na osnovu toga jesu li događaji predvidivi ili nepredvidivi te na osnovu intenziteta događaja koji prethodi krizi. Glavni ciljevi krizne intervencije jesu smanjenje intenziteta stresa, zaštita od dodatnih stresora, pružanje stručne psihosocijalne podrške te da se na što lakši način uspostavi sustav funkcioniranja kao u periodu prije krize, ali i da se budući emocionalni slomovi ili neprilagođena ponašanja izbalansiraju (31).

Ne postoji idealan model intervencije koji bi odgovarao svakoj vrsti bolesti. Neki autori naglašavaju značaj pravovremenog djelovanja i kreiranje modela na osnovu potreba i kapaciteta pojedinaca koji su preživjeli traumu. Svaka osoba pristupa problemu na jedinstven način. Tako su neke osobe primarno kognitivne u kriznoj situaciji jer teže uspostavljanju kontrole i rješavanju problema, dok druge osobe reagiraju afektivno i neophodna im je suosjećajnost. Socijalni radnik ili neka druga osoba stručna za ovaj problem bira strategiju krizne intervencije za svaki traumatski događaj koji je sam po sebi specifičan, te tu strategiju implementira u datom trenutku (32).

Postoje istraživanja koja ukazuju na to da se veliki broj ljudi oporavi od pogoršanja simptoma nakon što prođe određen period, najčešće su to tri mjeseca, čak i bez ikakvog tretmana u sklopu intervencije u stanju kada se pacijent ne osjeća dobro. Svakoj osobi treba pružiti izbor, ali samo je 10% onih koji su preživjeli traumu, kao što je trauma zbog bipolarnog afektivnog poremećaja. Njima je potreban odabir socijalnog radnika, psihologa ili psihijatra s kojim mogu razgovarati o svom traumatskom iskustvu te na taj način potraže pomoć. Inzistiranje na razgovoru o osobnim emocijama, razmišljanjima i iskustvima s osobama koji su preživjeli stresni događaj može imati kontraefekt. Na taj način povećava se rizik od preplavljenosti osobnim traumatskim iskustvom. Pojam „krizna intervencija“ svoje je mjesto prvi put našla u Beču krajem 19. stoljeća od strane Labergerovog spasilačkog udruženja, a u Londonu je početkom 20. stoljeća osnovan „Odjel protiv samoubojstava“, čije se djelovanje ostvaruje s ciljem sprječavanja suicida i izlaženja iz suicidalnih kriza (33).

Prevenција u bipolarnom afektivnom poremećaju od velikog je značaja, osobito kod pacijenata kod kojih dolazi do pogoršanja simptoma. Postoje različiti načini pripreme. To može biti vježbanje s ciljem stjecanja osnovnih vještina suočavanja, kao što je samopouzdanje, tolerancija, te se radi na podizanju kvalitete komunikacijskih vještina kako bi se problem riješio. Ipak ako modeli prevencije ne urode plodom, pristupa se metodi savladavanja stresa, kao još jednom modelu čiji je glavni cilj smanjenje patnje te očuvanje osjećaja samopoštovanja usprkos strahu, ljutnji i bespomoćnosti. Cilj je pojedinca usmjeriti prema pozitivnim stranama, a stres čije je ishodište sama bolest preokrenuti prema većoj produktivnosti i kreativnosti (34).

4.10.1. Psihoedukativni pristup pacijentu

Razlikuju se četiri tipa psihoedukacije:

1. psihodinamska,
2. bihevioralna
3. sociološka i
4. ekološka.

Iako je rijetkost, kod djece sa BAP zbog emocionalnih problema i nezadovoljenih potreba, pristupa se s aspekta psihodinamskih poremećaja. Zbog nefunkcionalnosti i naučenog ponašanja, pristupa se s aspekta bihevioralnog modela strategije. Djeca koja imaju određene poremećaje u ponašanju smatraju se „neprilagođenim“ zbog utjecaja vršnjaka s negativnim vrijednostima i ponašanjem te podliježu sociološkom modelu intervencije. Ekološki vid psihoedukacije podrazumijeva osobe s poremećajima u ponašanju zbog konflikata prouzrokovanih iz okruženja. Naglasak na rješavanje unutrašnjih konflikata osnova je psihodinamske edukacije, a jedan od prvih teoretičara i praktičara tog modela je Redl Fritz. Primjenjuje se veći broj tehnika za savladavanje neprilagođenim ponašanjem, a najpoznatija je ona koja se odnosi na razgovor u životnoj situaciji. U području rada s roditeljima i pacijentom primjenjuje se bihevioralna psihoedukacija koja se u većini slučajeva izjednačava sa psihoedukacijom (35).

Sociološka psihoedukacija podrazumijeva grupne programe koji se koriste za rješavanje pratećih problema osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem. Tijekom pristupa pacijentu s ovim poremećajem, koji je uključen u primjenu modela intervencije, važno je da ostvari dobre međuljudske odnose jer snižena empatičnost i nepovjerenje je veoma izraženo. Sve to negativno utječe na

smanjenje prisutnih tegoba i mnogi će segmenti ostati prikriveni te dojam o problemu neće biti vjerodostojan. Preduvjet za primjenu bilo kojeg modela je kvalitetan odnos socijalnog radnika i osobe s problemom. Sigurnost, povezanost, razumijevanje, spontanost i iskrenost osigurat će i fizičku i psihičku blizinu, kvalitetnu komunikaciju s adekvatno odabranim modelom intervencije i s odgovarajućim pomagačem. Sve prethodno navedeno je perspektivan doprinos tretmanskome okruženju koji je od velike važnosti u međuljudskim odnosima. Postoji cijeli niz elemenata kvalitetnog odnosa, a kvalitetna komunikacija od presudnog je značaja. Psihoedukativni model vodi se idejom da se i svakodnevno, ali i odstupajuće ponašanje promatra u kontekstu svakodnevnog okruženja u kojem pacijent ostvaruje brojne interakcije s mnogim pojedincima, strukturama i sustavima (36).

Odnos između potreba i ponašanja naglašen je u psihoedukativnom modelu, a interakcija je ključna. Prostor motivacijskih mehanizama je enormno širok, pa je procjena ponašanja ispitanika i pomagača složen zadatak koji zahtijeva visoko profesionalne kompetencije.

Danas postoje mnoge zdravstvene politike čiji su ciljevi unaprijeđenje i zaštita mentalnog zdravlja. Mentalna funkcionalnost odražava se u svim aspektima ljudskog ponašanja, a pri tome označava i balansiranost svih životnih okolnosti. U provođenju mjera prevencije, mnogi psihijatri i psiholozi posežu za farmakoterapijom čime se troše enormna financijska sredstva. No, ljudima s narušenim mentalnim zdravljem dovoljna je samo topla riječ jer su najčešće uzroci svih problema stres, teškoće pri prilagođavanju, poremećaji unutar međuljudskih odnosa (poslovnih odnosa, unutar obitelji...) , zbog preopterećenosti, životnih tragedija itd. Takvim osobama neophodna je stručna pomoć koja će im pokazati pravi put prema izlazu iz problema. Tzv. „brza“ rješenja ne postoje, lijekovi samo prikrivaju trenutno stanje, a istovremeno ga i produbljuju dok vremenom razvijena tolerancija zahtijeva i veću upotrebu lijekova, tako da to, sveobuhvatno, nije rješenje. Psihološki orijentirani timovi mogu imati pozitivan utjecaj na ovakve pacijente. Utjecaj na promjenu stila života, navika ili drugačijim odnošenjem prema problemima moguće je ublažiti simptome koji donose probleme koji se tiču mentalnog zdravlja (37).

Kod pacijenata s bipolarnim poremećajem prilikom saznanja o bolesti i narušenosti kvalitete života, pacijent prolazi kroz sljedeće faze (38) :

- ✓ **Faza poricanja** - javlja se nevjerica, odbacivanje činjenica, neprihvatanje stvarnosti. Osobu treba pustiti da se brani kako joj je najlakše i ne smije joj se predbacivati niti proturječiti, te s njom treba biti strpljiv.

- ✓ **Faza gnjeva i bijesa** – javlja se radi poremećenih planova, javlja se ljubomora, mržnja prema onima koji mogu uživati u životu, osjećaj odbačenosti (često može biti usmjerena prema sestrama i medicinskom osoblju).
- ✓ **Faza cjenkanja** – ovdje dolazi do “pregovaranja s Bogom”: zavjetuju se, obećavaju da će se promijeniti, preobratiti i sl.
- ✓ **Faza depresije** – osoba postaje svjesna sebe u novoj ulozi i žali za propuštenim šansama u vrijeme zdravlja. Javlja se osjećaj srama i krivice, moguć je suicid. Preporučuje se biti u blizini pacijenta, bez pretjeranog uvjeravanja “bit će bolje”, jer je i on svjestan da neće.
- ✓ **Faza prihvatanja** – prihvaća se sudbina, realnost, nastoje iskoristiti što se može, prihvaćaju rehabilitaciju, razvijajući preostale sposobnosti i novi stil života. Oni traže svoj mir, te ih ne treba zamarati sa svakodnevnim problemima. Pomoć je potrebna obitelji.

Ovaj psihijatrijski poremećaj često je udružen sa rizikom od samoozlijeđivanja (kod depresije) ili ozlijeđivanja drugih (kod manije). Ukoliko klinička slika ukazuje da postoje takve mogućnosti, potrebno je analizirati misli, nagone i djela koja otkrivaju potencijalne namjere za izvršavanje suicida ili homocida. Procjena rizika obično se vrši na kraju razgovora, kada se uspostavi terapijski odnos. Mnogi pacijenti osjete olakšanje pri povjeravanju doktoru što ih plaši, a što ne mogu podijeliti sa članovima obitelji. Sklonost prema samoozlijeđivanju je depresivan fenomen. Dolazi do slabljenja ili gubitka osnovnih životnih pokretača, smanjena je želja za životom, raste sklonost prema samoozlijeđivanju i suicidu. Isto tako dolazi i do poremećaja prehrane i poremećaja seksualnog nagona. Preko 90% pacijenata ima depresivna raspoloženja sa suicidalnim mislima i tendencijama (38).

Neka ponašanja koja su karakteristična za ove pacijente jesu:

- ✓ povučенost u sebe,
- ✓ uznemirenost i nervoza,
- ✓ strah od reakcija članova obitelji,
- ✓ inferiornost,
- ✓ često plakanje,
- ✓ usamljenost i rastrojenost,
- ✓ sram i strah za budućnost.

Prihvatanje emocija i načini izražavanja na pozitivan način utječu na pojedince. Na socio - emocionalni razvoj pacijenta utječe i obitelj, kao i okruženje. Uključenost u društvene igre doprinosi razvoju prihvaćenosti kao osjećaja, te dolazi do smanjenja agresivnosti, a time se jača i samopouzdanje. Roditeljska uloga ima velik značaj za obrazovanje osobe i razvoj mentalnog sklopa. Ukoliko postoji nezainteresiranost za obrazovanje, onda postoje i problemi. Svaka promjena treba ujediniti cjelokupno stručno osoblje s roditeljima u rješavanju problema kod pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem (39).

5. ZAKLJUČAK

Jasno je da je polovica ljudi s bipolarnim poremećajem potražila mišljenje bar tri stručnjaka prije nego što je postavljena točna dijagnoza. Nekada je potrebno i deset godina od pojave simptoma bipolarnog poremećaja da bi osoba započela liječenje. Ovaj poremećaj kronične je prirode. Široko je rasprostranjen u populaciji, ali se rijetko dijagnosticira. Promjene raspoloženja sastavni su dio ljudskih života, ali problem nastaje kada promjene raspoloženja nisu u skladu s promjenama u životima ljudi. Osobe s bipolarnim poremećajem često imaju cikluse sa sniženim raspoloženjem, kao i periode povišenog raspoloženja koji odgovara opisu manične depresije. Često dolazi do najtežih komplikacija, odnosno pokušaj i realizacija suicida. Kada je osoba u fazi manije, pretjerano je pričljiva, razdražljiva i nerijetko je u sukobu s drugima. Povišeno raspoloženje odlikuje euforičnost, neobično dobro raspoloženje i radost. U depresivnoj fazi osoba ima simptome suprotne onima u maniji. Čak se javlja i agresivna faza koja je socijalno neprihvatljiva.

Postoji mogućnost prenošenja s roditelja na dijete, što znači da postoji genetska veza, koja je veća 4 do 5 puta. Najveći broj prvih srodnika koji imaju u obiteljskoj anamnezi oboljele od psihijatrijskih bolesti, ima u obitelji slučajeve ne samo bipolarnih poremećaja, već i drugih psihijatrijskih bolesti. Na raspolaganju je više tretmana koji poboljšavaju život ovakvih bolesnika. Oni uključuju liječenje, savjetovanje i promjene životnog stila. Na raspolaganju su lijekovi koji imaju dobar profil neželjenih efekata te ovu bolest drže pod kontrolom. Uz kombiniranu terapiju, osigurava se kvalitetan život bez mnogo neželjenih učinaka.

6. LITERATURA

1. Hotujac LJ. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
2. Karlović D. i suradnici. Psihijatrija. Jastrebarsko: Naknada Slap; 2019.
3. Rosandić H. Šta je bipolarni poremećaj?
Dostupno na: <http://www.zenasamja.me/zdravlje/1052/sta-je-bipolarni-poremecaj>,
Pristupljeno: 30.07.2021. godine
4. Marić J. Klinička psihijatrija. Jedanaesto prerađeno i dopunjeno izdanje. Beograd: Samostalni izdavač Jovan Marić; 2005.
5. Folnegović Šmalc V., Štrkalj Ivezić S, Bagarić A, Mimica N. Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix. Specijalizirani medicinski dvomjesečnik. 2008; br. 77, supl. 1, str. 14-15.
6. Štrkalj-Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj. Psihoedukacija između informacije i psihoterapije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
7. Mihaljević-Peleš A., Šagud M., Janović-Bajs M. Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj? Do We Recognize and Diagnose Bipolar Affective Disorder? Psihijatrija danas – odabrane teme / Psychiatry Today – Selected Topics. Medicus 2017;26(2):167-172.
8. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4, Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
9. Kruhobrec D. Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (završni rad). Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2016.
10. McCormick U, Murray B, McNew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. J Am Assoc Nurse Pract. 2015. 27(9): 530–542.
11. Begić D. Psihopatologija, Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
12. Paladin M. Alkoholizam kao komorbiditetno stanje depresije (diplomski rad). Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2018.
13. Lukić B., Peruničić I., Mandić-Moravić V., Toševski-Lečić, D. Odnos agresivnosti i suicidalnosti kod pacijenata sa afektivnim poremećajem. Istraživački rad. Psihijat.dan. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2009.41/1-2/17-27.
14. Townsend M.S. Nursing in Psychiatric- Nursing care Plans and Psychotropic Medications, eighth edition, Philadelphia, 2011.

15. Novak I. Zdravstvena skrb za bolesnike oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja (Završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever. Sveučilišni centar Varaždin. Odjel za biomedicinske znanosti; 2017.
16. HUMS. (2011). Hrvatsko psihijatrijsko društvo medicinskih sestara i tehničara. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. Zbornik radova. HUMS: Plitvička jezera.
17. Goossens, P.N.J., Beentjes, T.A.A. Leeuw, J.A.M. i saradnici (2008). The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What Nurses Actually Do. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 22, No. 1. : pp 3–11. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941707002166>, Pristupljeno: 27.09.2021. godine
18. Štrkalj-Ivezić S., Urlić I., Mihanović M., Restek-Petrović B. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX, broj 77, lipanj 2008; str. 67-69
19. Moro Lj., Grančičković T. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
20. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2007.
21. Tugrul K.R.N. The nurse's role in the assessment and treatment of bipolar disorder. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Vol. 9, Issue 6, Pages 180-186. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1078390303002799>, Pristupljeno: 28.07.2021. godine
22. Štrkalj Ivezić S. Rehabilitacija u psihijatriji. Štrkalj Ivezić S, urednik. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga „Svitanje“; 2010.
23. Reinares M, Colom F, Martinez-Aran A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic Interventions Focused on the Family of Bipolar Patients. Psychother Psychosom. 2002.;71:2–10.
24. Miklowitz D.J., Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. National Library of Medicine. Fam process. 2016 Sep;55(3):483-99. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27471058/>, Pristupljeno: 29.07.2021. godine
25. Meyer T.D. Bipolarni poremećaj (Manično-depresivni poremećaji). Zagreb: Naklada Slap; 2008.
26. Sua, I.J., Liua, H., Li, A., Chen, J.F. (2021). Investigation into the psychological resilience of family caregivers burdened with in-home treatment of patients with bipolar disorder. Vol.3. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915320300597>, Pristupljeno: 20.09.2021. godine
27. Karantonis, J.A., Rosell, S.L., Berk, M., Rheenen, T.E.V. (2021). The mental health and lifestyle impacts of COVID-19 on bipolar disorder. Vol. 282. P. 442-447. Dostupno na:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720332766>, Pristupljeno:
20.09.2021. godine

28. Štrkalj-Ivezić, S., Urlič, I., Mihanović, M., Restek-Petrović, B. (2008). Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. MEDIX br. 77. Supplement 1. Str. 67-69.
29. Kobolt, A. (1998). Teorijske osnove socijalno pedagoških intervencija – drugi dio. Kriminologija i socijalna integracija, Pedagoški fakultet Univerziteta u Ljubljani.
30. Marjanović, S., Račić, M. (2016). Psihijatrija za ljekare porodične medicine. Univerzitet Istočno Sarajevo: Medicinski fakultet Foča.
31. Arambašić, L., Ajduković, M., Vidović, V. (2000). Psihološke krizne intervencije: psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
32. Everly, G. S. (2000). Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention, *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(1), 1-4.
33. Dattilio, F., Freeman, A. (2011). Kognitivno - bihevioralne strategije u kriznim Intervencijama. Zagreb: Naklada Slap.
34. Ayalon, O. (1995). Spasimo djecu. Zagreb: Školska knjiga.
35. Žižak, A. (2010). Teorijske osnove intervencija – socijalnopedagoška perspektiva, Sveučilište u Zagrebu: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
36. Brendtro, L. K. and Ness, A. E. (1983). The interpersonal relationships: reaching the reluctant. *Reeducating troubled youth: Environments for teaching and treatment*. New York: Aldine de Gruyter.
37. Božićević, V., Brlas, S., Gulin, M. (2012). Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije.
38. Khan, M.M. (1998). Suicide and Attempted Suicide in Pakistan. *Crisis* 19(4).
39. Sulojdžić, A., Rudan, V. i Delucia, A. (2006). Adolescencija i mentalno zdravlje. Zagreb: Institut za antropologiju.

7. OZNAKE I KRATICE

1. BAP - Bipolarni afektivni poremećaj
2. GABA – gama-aminomaslačna kiselina
3. MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti

8. SAŽETAK

Ova bolest psihijatrijske prirode veoma je učestala, te dovodi do otežanog funkcioniranja osoba svih uzrasnih struktura. Postoji više tipova bipolarnog poremećaja koji su prikazani kroz rad, a ono što je karakteristično jesu epizode depresije i manije koje se izmjenjuju tokom bolesti. Ova bolest se liječi primjenom farmakoterapije, no u posljednje vrijeme poseban značaj pridaje se obiteljskoj terapiji, a u liječenju na vrhu piramide nalazi se medicinska sestra, koja je u velikom postotku uključena u planiranje zdravstvene njege oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. U ovom završnom radu prikazan je detaljan opis bipolarnog afektivnog poremećaja, etiologija, klinička slika, važnost medicinske sestre, te su prikazane mogućnosti liječenja kroz trajanje ove bolesti. Liječenje može dovesti do poboljšanja kliničke slike, čemu se i teži.

Ključne riječi: *bipolarni poremećaj, depresija, manija, medicinska sestra, zdravstvena njega*

9. SUMMARY

This disease of a psychiatric nature is very common and leads to difficult functioning of persons of all ages. There are several types of bipolar disorder that have been shown through work, and what is characteristic are the episodes of depression and mania that change during the illness. This disease is treated with pharmacotherapy, although recently special importance is given to family therapy, and in the treatment at the top of the pyramid is a nurse, who is involved in a large percentage in health care planning for people with bipolar disorder. In this final paper, a detailed description of bipolar affective disorder, etiology, clinical picture, the importance of the nurse, and treatment options for the duration of this disease are presented. Treatment can lead to an improvement in the clinical picture, which is what it is striving for.

Key words: *bipolar disorder, depression, mania, nurse, health care*

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>15. rujna 2021.</u>	PERO MIŠKIĆ	Pero Mišić

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

PERO Miškic

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 15. rujna 2021.

Pero Miškic

potpis studenta/ice