

# Znanja i stavovi studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju

---

Ratajec, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:144:737079>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-08**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZNANJA I STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA  
VELEUČILIŠTA U BJELOVARU O BIPOLARNOM  
AFEKTIVNOM POREMEĆAJU**

Završni rad br. 59/SES/2023

Petra Ratajec

Bjelovar, kolovoz 2023.



Veleučilište u Bjelovaru  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Petra Ratajec**

JMBAG: **0314023285**

Naslov rada (tema): **Znanja i stavovi studenata sestринства Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestринство**

Mentor: **Tamara Salaj, mag. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, mag. med. techn., mentor**
3. **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn., član**

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 59/SES/2023

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Opisati epidemiologiju, etiologiju i kliničku sliku bipolarnog afektivnog poremećaja.
2. Navesti najnovije smjernice u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja.
3. Prikupiti podatke o znanjima i stavovima studenata sestринства Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju pomoću strukturiranog upitnika.
4. Analizirati prikupljene podatke o znanjima i stavovima studenata sestринства Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju.
5. Usporediti prikupljene rezultate o znanjima i stavovima studenata sestринства Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju sa sličnim istraživanjima i kritički prikazati sličnosti i razlike.
6. Opisati ulogu prvostupnika sestринства u procesu zdravstvene njege i edukaciji kod osoba oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja.

Datum: 26.05.2023. godine

Mentor: **Tamara Salaj, mag. med. techn.**



## **Zahvala**

*Želim se zahvaliti svojoj mentorici Tamari Salaj, mag. med. techn. na iskazanom strpljenju i na pomoći pri izradi ovog završnog rada. Također, hvala svim predavačima na Veleučilištu u Bjelovaru koji su na nas u ove tri godine studiranja prenijeli svoja znanja i iskustva te nas time pripremili za rad u struci.*

*Najviše se želim zahvaliti svojoj obitelji koji su mi ovo omogućili, vjerovali u mene i dok ja nisam vjerovala u sebe te mi davali podršku tijekom cijelog studiranja.*

# Sadržaj

1. UVOD .....	1
1.1. Poremećaji raspoloženja .....	2
1.2. Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) .....	3
1.2.1. Povijest bipolarnog afektivnog poremećaja .....	3
1.2.2. Epidemiologija i učestalost .....	4
1.2.3. Etiologija .....	5
1.3. Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja .....	6
1.3.1. Depresivna epizoda .....	6
1.3.2. Manična epizoda .....	7
1.3.3. Hipomanična faza .....	7
1.3.4. Miješana epizoda .....	8
1.4. Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja .....	9
1.4.1. Međunarodna klasifikacija bolesti – 10 (MKB – 10) .....	9
1.4.2. Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja (DSM-V) .....	10
1.4.3. Dijagnoza .....	11
1.4.4. Diferencijalna dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja .....	12
1.5. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja .....	14
1.5.1. Farmakoterapija .....	16
1.5.2. Psihoterapija .....	18
1.5.3. Uloga prvostupnika/ice sestrinstva u liječenju i prevenciji bipolarnog afektivnog poremećaja .....	20
2. CILJ RADA .....	22
3. METODE .....	23
4. REZULTATI .....	24
5. RASPRAVA .....	37
6. ZAKLJUČAK .....	39
7. LITERATURA .....	40

8. OZNAKE I KRATICE.....	42
9. SAŽETAK .....	43
10. SUMMARY .....	44
11. PRILOZI .....	45
11.1. Anketni upitnik .....	45
11.2. Popis slika, grafikona i tablica .....	50

## 1. UVOD

Bipolarni afektivni poremećaj (ranije poznat kao manična depresija) je mentalni poremećaj koji se karakterizira izmjenama između epizoda manije i depresije. Epizoda manije obično uključuje osjećaj euforije, prekomjernu aktivnost, impulzivno ponašanje, smanjenu potrebu za snom, teškoće u koncentraciji i povećanu socijalnu interakciju. S druge strane, epizode depresije obično uključuju dugotrajnu tugu, beznadnost, gubitak interesa za ugodne aktivnosti, umor, osjećaj bezvrijednosti, teškoće u spavanju i koncentraciji, te ponekad suicidalne misli ili pokušaje (1). Do sada još uvijek nisu razjašnjeni uzroci koji dovode do razvoja bipolarnog afektivnog poremećaja. No, postoje tri skupine faktora koji utječu na njegovo nastajanje, a to su genetski, biološki i psihosocijalni. Genetski faktori igraju ulogu u nasljeđivanju bipolarnog afektivnog poremećaja (2). Dijagnoza se postavlja na temelju prikupljenih podataka, heteropodataka te podataka iz medicinske dokumentacije. Zbog svoje primjenjive i nepredvidive kliničke slike često se kasno dijagnosticira. Danas postoje klinički instrumenti, odnosno ocjenske ljestvice koje mogu pomoći pri probiru bolesnika. Važno je naglasiti da se pomoću njih ne može dobiti definitivna dijagnoza, nego se prati intenzitet i učestalost simptoma (3). Bipolarni afektivni poremećaj je kronična bolest koja zahtijeva rano otkrivanje i uspješno liječenje. Cilj liječenja nije samo uklanjanje simptoma, već i postizanje stanja remisije, sprečavanje ponovne pojave epizoda te uspostavljanje primjerenog načina funkcioniranja. Postoji širok spektar lijekova i drugih psihosocijalnih postupaka za liječenje ovog poremećaja. Koji lijek će se davati ovisi o tome je li bolesnik u maničnoj ili depresivnoj epizodi, a to mogu biti stabilizatori raspoloženja, antidepresivi i antipsihotici (1). Važno je naglasiti da psihoterapija ima ograničenu ulogu u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. Ona zahtijeva veliki trud, dugotrajan proces liječenja i rezultati mogu biti skromni. Psihoterapija ne može biti samostalna metoda liječenja za osobe s bipolarnim afektivnim poremećajem, već se koristi kao komplementarna terapija uz farmakoterapiju (3). U sljedećim poglavljima ovog završnog rada biti će detaljno opisane faze bipolarnog afektivnog poremećaja, na koji način se prepoznaje poremećaj te opisne specifičnosti liječenja bolesnika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. U poglavlju rezultati biti će prikazani grafički rezultati istraživanja o znanjima i stavovima studenata sestrinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju te na kraju navedeni zaključci provedenog istraživanja.

## 1.1. Poremećaji raspoloženja

Poremećaji raspoloženja spadaju u skupinu psihijatrijskih poremećaja koji se razlikuju od normalnih oscilacija raspoloženja po nekoliko ključnih obilježja. Prvo, ove promjene se ističu po svojoj jačini, što znači da su intenzivnije i izraženije u odnosu na normalne fluktuacije raspoloženja koje se javljaju u svakodnevnom životu. Drugo, trajanje promjena raspoloženja kod poremećaja je dulje u usporedbi s privremenim varijacijama koje su obično prolazne. Treće, osobe s poremećajima raspoloženja često doživljavaju gubitak kontrole nad svojim emocijama. Ne mogu kontrolirati ili suzbiti ekstremne promjene raspoloženja, što može negativno utjecati na njihovu svakodnevnu funkcionalnost i kvalitetu života (1). Poremećaji raspoloženja, poput bipolarnog afektivnog poremećaja, mogu imati i psihičke i tjelesne manifestacije. Osim promjena raspoloženja, osobe s ovim poremećajima mogu doživjeti i druge psihopatološke simptome, kao i fizičke simptome koji utječu na njihove tjelesne funkcije (4). Promjene raspoloženja su dio svakodnevnog života, gdje ljudi doživljavaju različita emotivna stanja u skladu s događajima i okolnostima. Normalno je da se osjećamo veselo kada nam se nešto lijepo dogodi i da budemo tužni kada se suočavamo s neuspjesima. Međutim, kod bipolarnog poremećaja, postoji problem s raspoloženjem jer promjene nisu usklađene s objektivnom situacijom. Osobe s bipolarnim poremećajem doživljavaju ekstremna emocionalna stanja koja nisu proporcionalna stvarnim okolnostima. To znači da mogu doživjeti izraženu euforiju, uzbuđenje ili povećanu energiju čak i kada nema konkretnog razloga za to, ili pak produbljenu tugu i beznadnost bez objektivnih razloga (5). Emocije su kompleksna stanja osjećaja koja uključuju psihičko iskustvo te mogu utjecati na tjelesne reakcije i ponašanje. U slučaju bipolarnog poremećaja, posebno tijekom maničnih ili hipomaničnih epizoda, promjene raspoloženja često su uočljivije za ljude u okolini nego za samu osobu koja boluje. Osobe s bipolarnim poremećajem mogu imati smanjenu svijest o objektivnim promjenama u vlastitom ponašanju. U normalnom raspoloženju, emocionalna stanja mogu varirati u skladu s internim i eksternim situacijama. Međutim, u maničnoj epizodi osoba sebe doživljava kao iznimno privlačnu i neodoljivu osobu, vjerujući da su neki ljudi zaljubljeni u nju, dok ti ljudi možda nisu ni svjesni kakve osjećaje izazivaju u toj osobi. Kod oboljelih osoba, depresivno ili manično raspoloženje nije u ravnoteži s stvarnim situacijama ili je pak pretjerano, što dovodi do naziva poremećenog raspoloženja (6).



## **1.2. Bipolarni afektivni poremećaj (BAP)**

Bipolarni afektivni poremećaj obilježen je jasnim promjenama epizoda povišenog i sniženog raspoloženja, kao i perioda remisije. Simptomi ovog poremećaja mogu uključivati razdoblja povišenog raspoloženja, povećane energije i aktivnosti, kao i razdoblja sniženog raspoloženja s smanjenom energijom i aktivnostima (4). Bipolarni afektivni poremećaj obuhvaća nekoliko različitih vrsta promjena raspoloženja, uključujući manične epizode, depresivne epizode, hipomanične epizode i miješane epizode. Ove promjene raspoloženja mogu biti vrlo očigledne, što olakšava prepoznavanje da osoba pati od poremećaja i da njezino ponašanje odstupa od normalnog (7). U većini slučajeva bipolarnog afektivnog poremećaja, klinička slika započinje depresivnom epizodom. Kod većine oboljelih osoba, epizode depresije i manije izmjenjuju se, dok se manične epizode javljaju samo kod 10-20% pacijenata (8). Bipolarni afektivni poremećaj javlja se u dvije faze, zbog toga i naziv "bipolarni". Također, javlja se u različitim kombinacijama. Jedan tijek bolesti uključuje maničnu fazu koja se zatim smjenjuje s depresivnom fazom. Drugi oblik manifestacije uključuje maničnu fazu koja se nakon toga poboljšava, a potom se ponovno javlja manična faza. Također je moguće da se pojave samo depresivne ili samo manične faze. Epizode bolesti mogu varirati, u nekim slučajevima javljaju se dvije depresivne faze, jedna manična faza, dvije manične faze, ili jedna depresivna faza. Ove epizode mogu se izmjenjivati tijekom vremena (9).

### **1.2.1. Povijest bipolarnog afektivnog poremećaja**

Prvi opisi bipolarnog afektivnog poremećaja sežu daleko u prošlost, još iz antičkog razdoblja. Hipokrat je dao prvi opis manične depresije, dok je Aretej iz Kapadokije prvi opisao izmjene manično - depresivne epizode. Također, Hipokrat je to tumačio kao posljedicu disbalansa između crne i žute žuči u organizmu (5).

Detaljniji opis bipolarnog afektivnog poremećaja počeo se pojavljivati u 15. stoljeću, kada je Celsus u svom djelu "O melankoliji" opisao glavne simptome. U 17. stoljeću, Robert Burton je napisao "Anatomiju melankolije", značajno djelo koje se bavi maničnom depresijom. Jean-Pierre Falret je u 19. stoljeću detaljnije opisao maničnu depresiju,

nazivajući izmjene depresivnog i povišenog raspoloženja "la folie circulaire" (krug ludila). Karl Ludwig Kahlbaum je također u istom stoljeću opisao različite stadije bolesti nazvavši ih "cyclothymia" (10). W. Griesinger je dao prvi detaljan opis bipolarnog afektivnog poremećaja 1845. godine, smatrajući ga specifičnim oblikom bolesti unutar shizofrenije. Emil Kraepelin je istaknuo da se radi o zasebnoj bolesti, uvodeći naziv "manično-depresivna psihoza" za stanje u kojem se izmjenjuju faze depresije i manije. (5) U 90-ima prošlog stoljeća se smatralo da samo odrasli mogu oboljeti od bipolarnog afektivnog poremećaja, no danas je sve češće uočavanje bolesti kod djece i adolescenata (11).

### **1.2.2. Epidemiologija i učestalost**

Bipolarni poremećaj ima veću prevalenciju od shizofrenije, ali je rjeđi od depresije bez bipolarnog poremećaja. U skupini poremećaja raspoloženja bipolarni afektivni poremećaj prisutan je u 10 do 20% slučajeva. Procjenjuje se da 1% - 3,5% stanovništva boluje bipolarnog afektivnog poremećaja. Poremećaj se najčešće javlja u mlađoj odrasloj dobi i traje tijekom cijelog života. Može se razviti i kod djece i kod odraslih (6). Prevalencija bipolarnog afektivnog poremećaja je veća kod žena u usporedbi s muškarcima. Statistički podaci pokazuju da od 100 muškaraca oboli otprilike 2 – 3 muškarca, dok od 100 žena oboli otprilike 5 – 10 žena. Ova razlika u stopi oboljenja između spolova sugerira da žene imaju veću predispoziciju za razvoj bipolarnog poremećaja. Razlozi za ovu razliku nisu u potpunosti razumljivi i mogu uključivati biološke, hormonalne, genetske i sociokulturalne čimbenike (12). U muškaraca se najprije javlja manična epizoda, dok je kod žene prva depresivna epizoda (4). Trajanje pojedinih faza bipolarnog poremećaja može varirati. Manične epizode mogu trajati nekoliko dana, tjedana ili čak mjeseci, dok depresivne epizode mogu imati slično trajanje (5). Broj epizoda koje se javljaju u prvih deset godina bolesti može varirati, ali u prosjeku se javlja oko četiri epizode. Potrebno je imati na umu da su ovi podaci prosječne vrijednosti te da se stvarni broj epizoda može razlikovati od osobe do osobe (2). Neadekvatno tretirane epizode mogu imati produljeno trajanje ili se ponavljati. Mogu se primijetiti oscilacije raspoloženja koje su povezane s godišnjim dobima, pri čemu manične epizode češće nastupaju tijekom ljetnih mjeseci, dok su depresivne epizode u većoj mjeri prisutne tijekom zimskih mjeseci (5).

### 1.2.3. Etiologija

Bipolarni afektivni poremećaj je kompleksan psihički poremećaj koji je povezan s različitim faktorima. Iako uzroci bipolarnog poremećaja još uvijek nisu potpuno razumljivi, smatra se da obiteljska predispozicija može imati ulogu u njegovom razvoju, te da abnormalnosti u strukturi i funkciji mozga također mogu utjecati na nastanak poremećaja. Faktori koji doprinose razvoju bipolarnog afektivnog poremećaja mogu se podijeliti u tri kategorije: biološke, genetske i psihosocijalne (2). Nasljeđivanje bipolarnog afektivnog poremećaja moguće je putem dominantnog gena (X-vezanog ili autosomnog). Ukoliko majka i otac pate od bipolarnog afektivnog poremećaja, mogućnost da njihovo dijete oboli iznosi 50-75%, dok je mogućnost obolijevanja djeteta oko 27% ako samo jedan roditelj ima poremećaj (11). S druge strane pak, poremećaj može nastati u situacijama nepovoljne interakcije između vanjskih psihosocijalnih stresora i individualnih sposobnosti suočavanja s istim. Stres se odnosi na različite događaje koji mogu izazvati promjene, bilo da su one pozitivne ili negativne. Različite situacije kao što su gubitak posla, razvod ili financijski problemi mogu nepovoljno utjecati na život pojedinca. Nakupljanje svakodnevnih manjih opterećenja može pogodovati pojavljivanju simptoma manije, depresije ili miješanih epizoda. Stres i opterećenje često djeluju kao okidači za takve epizode, uz prethodno prisutnu biološku sklonost, ali nisu sami po sebi uzrok bipolarnom afektivnom poremećaju (7). Trenutno nema definitivno dokazanog uzroka bipolarnog poremećaja, no neka istraživanja sugeriraju da postoji veza s disfunkcijom u prenošenju živčanih impulsa u mozgu, što može rezultirati nedostatkom stabilnosti. Promjene se mogu primijetiti u određenim biološkim tvarima u mozgu koje su povezane s regulacijom raspoloženja. Biološki problemi na razini mozga mogu učiniti da osobe s bipolarnim poremećajem budu osjetljivije na emocionalno i fizičko opterećenje. Tijekom života, svatko se suočava s različitim stresnim iskustvima, kao što su uporaba psihoaktivnih tvari, nedostatak sna ili druge prekomjerne stimulacije. U tim situacijama, normalni mehanizmi za povratak mozga u ravnotežu ne djeluju uvijek ispravno, što može rezultirati pojavom maničnih ili depresivnih epizoda (5).

## **1.3. Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja**

### **1.3.1. Depresivna epizoda**

Depresija je mentalni poremećaj koji se karakterizira stalnom prisutnošću tužnog ili praznog raspoloženja, gubitkom interesa ili zadovoljstva u gotovo svim aktivnostima, promjenama u apetitu, poremećajima spavanja, umorom, smanjenom koncentracijom, osjećajem bezvrijednosti ili krivnje, ponavljajućim mislima o smrti ili suicidalnosti (5).

Depresivna epizoda se očituje sniženim raspoloženjem, osjećajem malaksalosti i gubitkom interesa za nekada omiljene aktivnosti. Smanjuje se energija i volja, a javlja se intenzivan osjećaj krivnje, samooptuživanja i problema s koncentracijom. Depresija može uzrokovati poremećaj spavanja, buđenje tijekom noći, probleme sa usnivanjem ili predugim spavanjem te se može javiti poremećaj apetita. Osoba često ima poteškoće s održavanjem osobne higijene, što rezultira zapuštenim vanjskim izgledom. Također, javljaju se izazovi pri obavljanju svakodnevnih zadataka koji su nekada bili jednostavni za obavljanje. Osoba osjeća nesposobnost za obavljanje aktivnosti, kao što su kuhanje ili pospremanje. Depresivno stanje prevladava veći dio dana, gotovo svakodnevno, i može biti uočljivo i drugima. Gubitak interesa i užitka očituje se kroz nedostatak zanimanja za aktivnosti koje su nekada donosile radost, poput druženja s prijateljima i obitelji i oboljela osoba se povlači i izolira od drugih. Depresija može uzrokovati psihomotoričku nemirnost ili usporavanje, često prati smanjenu koncentraciju, probleme sa pamćenjem i umor čak i pri obavljanju jednostavnih zadataka. Poremećaji mišljenja uključuju negativnu sliku o sebi, svijetu i budućnosti te probleme prilikom donošenja odluka. To može rezultirati smanjenim samopouzdanjem, osjećajem krivnje, bespomoćnosti te čestim razmišljanjima o smrti i suicidu (4). Čak 75% oboljelih razmišlja o suicidu, dok 10-15% njih stvarno poduzima takve pokušaje. Kod žena se mogu javiti promjene u menstrualnom ciklusu ili potpuni izostanak menstruacije (amenoreja). Više od 90% oboljelih, bez obzira na spol, doživljava gubitak libida tijekom depresivnih epizoda (1).

### **1.3.2. Manična epizoda**

Tijekom manične epizode, raspoloženje je potpuno suprotno depresivnom, što znači da se javlja povišeno raspoloženje. Osobe u maničnom stanju često su euforične i imaju nisku toleranciju na frustraciju, što lako dovodi do osjećaja ljutnje i neprijateljstva. Misli se ubrzavaju, javlja se obilje ideja i pretjerano samopouzdanje. Osobe u maničnoj epizodi govore brzo i ne daju drugima priliku da dođu do izražaja. Njihova pažnja neprestano skače s teme na temu, i nisu u mogućnosti razložiti nijednu ideju do kraja. Kako manija napreduje, govor postaje toliko brz da postaje nejasan, često se pojavljuje "salata od riječi" i stvaraju se neologizmi, tj. nove riječi koje je osoba izmislila i imaju posebno značenje za nju (1). Osobe u maničnom stanju obično nemaju svijest o svom stanju i odbijaju svaki prijedlog za liječenje. Manična epizoda obično dolazi iznenada. Tijekom nje, svijest obično ostaje sačuvana, dok vanjski izgled osobe postaje upečatljiv. Moguće je primijetiti pretjeranu šminku, neobične kombinacije odjeće, obuće i nakita, kao i neuobičajeno uređenje prostora (na primjer, nagomilavanje predmeta). Osobe u maničnoj epizodi često traže društvo, troše novac prekomjerno, skloni su kockanju i mogu imati povećanu sklonost konzumiranju alkohola. Osoba u maničnoj epizodi može sebe smatrati izuzetno privlačnom i neodoljivom, vjerujući da su neki ljudi zaljubljeni u nju, iako ti ljudi možda nisu ni svjesni što izazivaju u njoj (4).

### **1.3.3. Hipomanična faza**

Bolesnici u hipomaničnoj fazi imaju slične simptome onima u maničnoj fazi, ali blažeg intenziteta. Bolesnik ima povećanu energiju i aktivnost, postaje društveniji, pričljiviji, s povećanom seksualnom energijom i smanjenom potrebom za snom. Također, javlja se brzo izražavanje ideja i impulzivno ponašanje. Ponekad se mogu primijetiti i razdražljivost i agresivno ponašanje kod bolesnika. Ove fluktuacije raspoloženja i promjene u funkcioniranju su značajno različite od uobičajenog ponašanja osobe i lako su primjetne okolini. Međutim, za razliku od manične epizode, hipomanija ne dovodi do ozbiljnih oštećenja u radnom i društvenom životu, nema prisustvo halucinacija ili sumanutih ideja te obično ne zahtijeva hospitalizaciju (1).

#### **1.3.4. Miješana epizoda**

Miješana epizoda je oblik bipolarnog poremećaja koji se karakterizira brzim izmjenjivanjem ili istovremenim pojavljivanjem simptoma manije, hipomanije i depresije. Simptomi mogu varirati u intenzitetu, učestalosti i kvaliteti te se mogu razlikovati kod svake osobe (4).

## **1.4. Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja**

Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija (MKB-10) i američka klasifikacija "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition" (DSM-5) su najpoznatije i najčešće korištene klasifikacije za sistemsko prikazivanje različitih psihičkih poremećaja. Obje klasifikacije, MKB-10 i DSM-5, imaju svoje prednosti i ograničenja te se koriste kao referentni standardi u psihijatriji i kliničkoj praksi kako bi se olakšala dijagnoza i istraživanje psihičkih poremećaja (12).

### **1.4.1. Međunarodna klasifikacija bolesti – 10 (MKB – 10)**

Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) je sustavna klasifikacija bolesti koju je razvila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i koristi se diljem svijeta. Ona sadrži opise i kodove za različite bolesti, uključujući psihičke poremećaje. MKB-10 pruža strukturirani okvir za dijagnosticiranje i klasificiranje bolesti, uključujući simptome, kriterije za postavljanje dijagnoze i smjernice za liječenje. Poremećaji raspoloženja, uključujući bipolarni afektivni poremećaj, klasificirani su prema kraticama od F30 do F39. Podtipovi bipolarnog afektivnog poremećaja prikazani su pod dijagnozama unutar skupine F31. Slika 1.4. prikazuje podtipove bipolarnog afektivnog poremećaja, tako na primjer postoji dijagnoza za maničnu epizodu s ili bez psihotičnih simptoma i svaka se vodi kao zasebna dijagnoza. Također, teška depresivna faza bez psihotičnih simptoma ima oznaku F31.4, dok se depresivna faza s psihotičnim simptomima označava kao F31.5. Ako nije moguće odrediti točan podtip bipolarnog afektivnog poremećaja, koristi se nespecificirana dijagnoza označena kao F31.9.

<b>F31 Bipolarni poremećaj</b>	
F31.0	Bipolarni afektivni poremećaj, hipomanična epizoda
F31.1	Bipolarni afektivni poremećaj, manijska epizoda bez simptoma psihoze
F31.2	Bipolarni afektivni poremećaj, manijska epizoda sa simptomima psihoze
F31.3	Bipolarni afektivni poremećaj, blaga ili umjerena depresijska epizoda
F31.4	Bipolarni afektivni poremećaj, teška depresijska epizoda bez simptoma psihoza
F31.5	Bipolarni afektivni poremećaj, teška depresijska epizoda sa simptomima psihoze
F31.6	Bipolarni afektivni poremećaj, mješovita epizoda
F31.7	Bipolarni afektivni poremećaj, u remisiji
F31.8	Drugi bipolarni afektivni poremećaj
F31.9	Bipolarni afektivni poremećaj, neoznačeno

**Slika 1.4.** Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja prema MKB – 10 (8)

#### **1.4.2. Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja (DSM-V)**

DSM-V, s druge strane, je klasifikacija koju je razvio Američki psihijatrijski savez (APA). Ona također pruža dijagnostičke kriterije, opise i kodove za različite psihičke poremećaje. DSM-V je važan izvor informacija i smjernica za dijagnozu i liječenje mentalnih poremećaja diljem svijeta. Podjela prema DSM – V uključuje bipolarni afektivni poremećaj tip I i tip II te ciklotimiju (12).

Bipolarni afektivni poremećaj tip I obuhvaća minimalno jednu maničnu ili miješanu epizodu, koja može biti praćena i teškom depresivnom epizodom, iako ta epizoda nije obvezna za postavljanje dijagnoze. Za postavljanje dijagnoze ovog tipa poremećaja, osoba treba doživjeti barem jednu maničnu ili miješanu epizodu s i najmanje tri simptoma manije (poput brzog govora, impulzivnog ponašanja i povećane energije). Navedeni simptomi moraju biti prisutni najmanje sedam dana i obično zahtijevaju bolničko liječenje (13).



Bipolarni afektivni poremećaj tip II obuhvaća izmjenu jedne velike depresivne epizode s minimalno jednom hipomaničnom epizodom. Promjene raspoloženja redovito se događaju "preko noći", gdje osoba odlazi na spavanje u depresivnom raspoloženju, ali se probudi u hipomaniji. Simptomi hipomanične epizode moraju trajati najmanje 4 dana i uključuju poremećaj spavanja, prejedanje, povećanu aktivnost i energiju, iako nisu tako izraženi kao kod manične epizode. Hipomanična epizoda obično ne uzrokuje ozbiljne poremećaje u poslovnom, društvenom i obiteljskom funkcioniranju, ali može uzrokovati osobne poteškoće (7,13).

Ciklotimija je oblik poremećaja karakteriziran izmjenom hipomaničnih epizoda s fazama blage depresije koje traju najmanje dvije godine. Simptomi su manje intenzivni, što često dovodi do dijagnoze tek kada se poremećaj razvije u puni bipolarni poremećaj. Tijekom hipomanične faze, osobe pokazuju povećanu energiju i aktivnost, dok se u depresivnoj fazi javlja poremećaj spavanja, socijalna izolacija i pasivnost (7). Ciklotimija može imati različite ishode kod pojedinaca - neki mogu postići uspjeh na poslovnom planu, razviti kreativnost i postignuća, dok drugi mogu doživjeti neuspjeh u svakodnevnom životu. Ponekad poremećaj nije primijećen zbog međuljudskih i socijalnih poteškoća koje može izazvati. To može uključivati ponavljane neuspjehe u braku ili partnerskim odnosima, promiskuitetno ponašanje, česte promjene škola, poslova i prebivališta, te zloupotrebu alkohola i/ili droga (13).

### **1.4.3. Dijagnoza**

Dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja postavlja se na temelju prikupljenih podataka koji uključuju anamnezu dobivenu tijekom intervjua, medicinsku dokumentaciju i heteropodatake. Važno je pažljivo procijeniti prisutne simptome i simptome u prošlosti, kao i vrijeme i način njihovog početka te trajanje poremećaja. Također je bitno dobiti informacije o eventualnim psihičkim poremećajima u obitelji. Potrebno je razmotriti kako poremećaj utječe na socijalno, radno i obiteljsko funkcioniranje pacijenta, kao i na njegovo tjelesno zdravlje, jer ti faktori imaju utjecaj na ozbiljnost simptoma i planiranje terapije. Za dijagnozu F31 bipolarnog afektivnog poremećaja potrebno je da osoba doživi najmanje dvije epizode bolesti. To može uključivati različite vrste epizoda, kao što su manična epizoda,

hipomanična epizoda ili mješovita epizoda, zajedno s depresivnom epizodom. Dakle, da bi se postavila dijagnoza F31, potrebno je da oboljela osoba doživi najmanje dvije od tih epizoda (12). Prema epidemiološkim istraživanjima, samo 20% pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem dobiva dijagnozu na vrijeme, u 31% slučajeva postavlja se dijagnoza depresivnog poremećaja, dok kod 49% slučajeva dijagnoza nije ni postavljena (14).

Bipolarni afektivni poremećaj često se kasno i krivo dijagnosticira zbog njegove promjenjive i nepredvidive kliničke slike. Najčešća pogreška je da se poremećaj pogrešno prepoznaje kao depresivni poremećaj, jer manične epizode rijetko dovode bolesnike do liječnika. Također, može se zamijeniti s drugim psihijatrijskim poremećajima poput anksioznog poremećaja ili poremećaja hranjenja. Dodatno, bipolarni poremećaj može imati duge periode remisije kada pacijenti nisu pod terapijom, što dodatno otežava dijagnostiku. Kako bi se olakšalo postavljanje ispravne dijagnoze, koriste se probirni instrumenti poput *Hypomania Check List - 32 (HCL-32)* i *Mood Disorder Questionnaire (MDQ)*, iako se još uvijek premalo koriste u praksi. Klinički instrumenti, kao ocjenske ljestvice, razvijeni su kako bi objektivizirali trenutno kliničko stanje, razlikovali simptome, procijenili njihov intenzitet i pratili njihov tijek tijekom liječenja. Iako su obično korišteni u istraživanjima, sve se više prepoznaje njihova važnost u svakodnevnoj praksi. Mogu se koristiti od strane educiranih ispitivača ili kao samoocjenjivanje. Važno je napomenuti da ovi instrumenti nisu namijenjeni za postavljanje konačne dijagnoze, već služe kao probirni alati za prepoznavanje pacijenata koji zahtijevaju daljnju evaluaciju (14). Dijagnosticiranje bipolarnog afektivnog poremećaja je složen proces zbog različitih tijekova bolesti i raznolikosti kliničke slike, stoga primjena samoocjenskih ljestvica može biti korisna u procjeni simptoma i praćenju tijeka liječenja, zbog svoje jednostavnosti primjene (15).

#### **1.4.4. Diferencijalna dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja**

Dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja često je izazovno, što može rezultirati nedovoljno prepoznatom ili pogrešno postavljenom dijagnozom, kao što je shizoafektivna psihoza. Budući da trenutno ne postoje pouzdani biološki markeri za dijagnozu, primjenjuje

se sustavan klinički pristup. Važno je detaljno istražiti sve prisutne psihopatološke simptome tijekom trenutnih epizoda, kao i prikupiti informacije o prethodnim epizodama. Također je bitno procijeniti jesu li trenutni simptomi periodični ili variraju. Proučavanje obiteljske povijesti u vezi s poremećajem raspoloženja i odgovorom na terapiju, kako kod pacijenta tako i u obitelji, također je važno. Koristeći ove metode, cilj je dobiti cjelovitu sliku psihopatoloških simptoma i njihovog tijeka kako bi se postavila što preciznija dijagnoza. Istraživanje prethodnih epizoda, obiteljske povijesti i reakcije na terapiju pomaže u razumijevanju i identificiranju bipolarnog afektivnog poremećaja, pridonoseći adekvatnom tretmanu i skrbi za pacijenta (2).

## 1.5. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja

Bipolarni afektivni poremećaj je kronična bolest koja zahtijeva rano otkrivanje i uspješno liječenje. Tipično, farmakološko liječenje uključuje kombinaciju različitih lijekova. Iako postoje standardni algoritmi za uspješno liječenje, postoje određeni faktori koji mogu negativno utjecati na ishod terapije. Neprepoznavanje bolesti i netočna dijagnoza mogu predstavljati probleme i dovesti do kašnjenja ili odgode procesa liječenja. To može rezultirati prelaskom u drugu epizodu bolesti ili brzim izmjenjivanjem epizoda, poznatim kao *rapid cycling*. Zatim, organski uzroci bolesti jer se bipolarni afektivni poremećaj ponekad može javiti kao posljedica određenog medicinskog stanja ili neurološke bolesti. Prisutnost drugih komorbiditeta, poput zloupotrebe droge može otežati liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja. Nedostatak suradnje pacijenta, kao što je nedovoljno pridržavanje propisane terapije ili nepoštivanje preporuka liječnika, može biti ozbiljan čimbenik koji otežava postizanje uspješnog ishoda liječenja. Sve ove čimbenike treba uzeti u obzir prilikom liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja kako bi se osigurao što bolji terapijski učinak i poboljšala kvaliteta života pacijenata (16).

Prva faza u liječenju bipolarnog poremećaja je odabir između ambulantnog ili bolničkog liječenja. Hospitalizacija je potrebna u slučajevima visokog rizika od suicida, nesposobnosti pacijenta da se brine o sebi, kao što je osnovna briga o prehrani, odjeći i osobnoj higijeni, te kada je potrebno provesti dijagnostičku evaluaciju stanja. Potrebno je temeljito procijeniti rizik od potencijalnog suicidalnog ponašanja, budući da pacijenti često ne izražavaju takve misli samoinicijativno, stoga je važno postavljati izravna pitanja. Ne treba osjećati strah da bi takva pitanja mogla povrijediti pacijenta ili ih potaknuti na suicidalno razmišljanje. Naprotiv, otvorena komunikacija može pomoći u procjeni rizika i pružanju odgovarajuće skrbi. Nesuradnja obitelji također može predstavljati dodatnu prepreku za hospitalizaciju. Ambulantno liječenje je moguće za bolesnike s blažim simptomima i odsustvom izraženih suicidalnih ideja, kao i za one s hipomanijom. U takvim slučajevima, važno je da pacijent ima adekvatnu podršku od obitelji ili prijatelja. Međutim, u slučajevima izražene manije, pacijenti često odbijaju liječenje te ih može biti potrebno prisilno hospitalizirati radi njihove sigurnosti (1).

U liječenju bipolarnog poremećaja, cilj je ne samo uklanjanje simptoma već i postizanje stabilne remisije, što znači odsutnost aktivne faze bolesti ili prolazno smanjenje

simptoma kod pacijenata. Također je važno spriječiti nove epizode bolesti (relapse) i uspostaviti normalno funkcioniranje na razini prije pojave poremećaja. Lijekovi su često ključni dio liječenja bipolarnog poremećaja. U fazama depresije i manije, pacijentima se obično propisuju različiti psihofarmacijski lijekovi. To mogu uključivati antipsihotike, antidepresive, anksiolitike, sedative i stabilizatore raspoloženja. Svaki lijek ima svoje specifične funkcije i može se prilagoditi individualnim potrebama pacijenta. Kombinacija psihoterapije i psihofarmakološke terapije također može biti važna strategija u liječenju bipolarnog poremećaja. Psihoterapija može pomoći pacijentima u razumijevanju i suočavanju s njihovim emocionalnim i mentalnim izazovima te u razvoju vještina za upravljanje simptomima i prevenciju relapsa. Važno je napomenuti da je svaki pacijent jedinstven i da će tretman biti prilagođen individualnim potrebama. Redoviti pregledi i praćenje od strane stručnjaka, kao i otvorena komunikacija između pacijenta i liječnika, ključni su za uspješno liječenje bipolarnog poremećaja (13).

Cilj tijekom akutne faze liječenja bipolarnog poremećaja je smirivanje simptoma, bez obzira na vrstu epizode (manija, hipomanija, depresija ili miješana epizoda). Ova faza često zahtijeva bolničko liječenje u psihijatrijskoj klinici kako bi se osigurala adekvatna skrb. Glavni ciljevi su sprječavanje pogoršanja stanja, kao što je prijelaz iz hipomanije u potpunu maniju ili pojava dodatnih psihotičnih simptoma. Nakon akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja, slijedi faza stabilizacije raspoloženja koja traje otprilike 4 do 6 mjeseci. Tijekom ove faze, iako se simptomi još mogu javljati, znatno su poboljšani u odnosu na akutnu fazu. Unatoč tome, postoji kontinuirani rizik od novih epizoda bolesti, što može zahtijevati nastavak korištenja dodatnih lijekova koji su se koristili tijekom akutne faze. Glavni cilj liječenja je sprječavanje daljnjih epizoda bolesti. To se može postići na različite načine, kao što su primjena odgovarajućih lijekova i sudjelovanje u psihoedukativnim grupama (17).

U terapiji akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja, farmakološki pristup uglavnom uključuje upotrebu stabilizatora raspoloženja kao prvog izbora. Međutim, ako se primijeti nedovoljan odgovor na prvotno odabrani lijek, postoje različite alternative i strategije. Jedna od mogućnosti je kombinacija više vrsta stabilizatora raspoloženja, antipsihotika druge generacije ili antidepresiva. Na taj način se pokušava postići bolji terapijski učinak i kontrola simptoma u akutnoj fazi bipolarnog afektivnog poremećaja (16).

### 1.5.1. Farmakoterapija

U farmakološke načine liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja spadaju stabilizatori raspoloženja (litij), antidepresivi novije generacije, antiepileptici (karbamazepin, lamotrigine) te antipsihotici (olanzepin). (18) Farmakološkim metodama nastoje se umanjiti simptomi epizoda, prevenirati ponovno vraćanje epizode te poboljšati kvaliteta života oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (17).

U terapiji depresivne faze bipolarnog afektivnog poremećaja, antidepresivi se primjenjuju u kombinaciji s stabilizatorima raspoloženja, umjesto kao samostalna terapija. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), poput citaloprama, fluoksetina, paroksetina i drugih, često se koriste kao najčešći antidepresivi (1). Važno je upozoriti pacijente da će poboljšanje raspoloženja biti primjetno tek nakon 3 do 4 tjedna, zbog zakašnjelog djelovanja ovih lijekova. Ako nema poboljšanja nakon 6 do 8 tjedana redovnog uzimanja lijeka, doza se može povećati ili se može razmotriti zamjena lijeka s antidepresivom iz druge skupine. Ponekad se antidepresivi mogu kombinirati s malim dozama litija (4). Pacijentima treba objasniti da antidepresivi mogu izazvati neugodne nuspojave, ali to je znak da lijek djeluje u organizmu i da će ubrzo početi djelovati. Također, važno je napomenuti da poboljšanje sna i apetita može biti rani znak oporavka, dok će depresivno raspoloženje najčešće posljednje popraviti. Antidepresivna terapija obično traje najmanje 9 do 12 mjeseci nakon povlačenja simptoma depresije (1).

U terapiji depresivne epizode bipolarnog afektivnog poremećaja, antipsihotici se uvode kada pacijenti pokazuju izražene psihotične simptome. Antipsihotici imaju prednost u odnosu na antidepresive jer smanjuju rizik od prelaska u maničnu epizodu. Postoje dvije glavne kategorije antipsihotika: tipični i atipični. Atipični antipsihotici se češće koriste u terapiji depresivne faze bipolarnog afektivnog poremećaja jer imaju manje nuspojava poput ekstrapiramidalnih simptoma (zakočenost tijela, tremor, spor hod itd.) (1). U liječenju manične faze, tipični antipsihotici poput haloperidola, klorpromazina i flufenazina se primjenjuju kao antimanični lijekovi, iako njihova upotreba može biti ograničena zbog brojnih nuspojava (13). Umjesto njih, često se koriste atipični antipsihotici koji imaju manje nuspojava. Olanzapin prvi atipični antipsihotik druge generacije koji je odobren za liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja. Često se koristi kao početna terapija, pojedinačno ili sa stabilizatorima raspoloženja. Olanzapin brzo smanjuje psihičke i manične simptome već

unutar tjedan dana primjene. Međutim, potrebno je nekoliko tjedana liječenja kako bi se postigao potpuni učinak na ponašanje, uključujući poboljšanje kognitivnih funkcija i stabilizaciju raspoloženja. (19) Drugi antipsihotici koji se primjenjuju u liječenju manične epizode uključuju kvetiapin, risperidon, ziprasidon, aripiprazol, klozapin, sulpirid, zotepin i druge (16).

Stabilizatori raspoloženja su ključni za terapiju bipolarnog afektivnog poremećaja, pri čemu je litij najčešće korišten lijek prvog izbora za liječenje maničnih epizoda još od 1970-ih. Međutim, terapija litijem zahtijeva detaljan pregled pacijenta radi procjene stanja organa i organskih sustava koji mogu biti osjetljivi na njegovo djelovanje (1). Važno je pratiti koncentraciju litija u krvi, a prvo određivanje se obično vrši 4 – 5 dana nakon početne doze. Optimalna razina litija u terapiji održavanja je obično između 0,65 – 0,75 mmol/L, dok su za liječenje maničnih epizoda potrebne više koncentracije. Koncentracija litija preko 1,5 mmol/L ukazuje na intoksikaciju, dok koncentracija preko 3,5 mmol/L može dovesti do smrti (20). Litij pokazuje pozitivno djelovanje u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. Smanjuje rizik od recidiva te ima preventivno djelovanje u maničnim epizodama, stabilizirajući manične i hipomanične simptome (18). Nuspojave litija mogu uključivati gastrointestinalne smetnje poput mučnine, proljeva, bolova u trbuhu, kao i poliuriju (pojačano mokrenje), polidipsiju (pojačanu žeđ), brzo umaranje, mišićnu slabost, promjene u ponašanju i tremor ruku (20). Dugogodišnja primjena litija može dovesti do poremećene funkcije bubrega. Prilikom pojave svake nuspojave potrebno je provjeriti koncentraciju litija u krvi (1).

Antikonvulzivi kao stabilizatori raspoloženja mogu se podijeliti na prvu i drugu generaciju. U prvu generaciju spadaju karbamazepin (Tegretol) i valproat (Diprozin), dok u drugu generaciju spadaju lamotrigin, gabapentin i topirmat (21). Valproat je indiciran kod liječenja maničnih i miješanih epizoda te kod bolesnika sa brzim izmjenama faza. Može se primjenjivati pojedinačno ili sa litijem ili karbamazepinom. Učinak valproata na depresivne faze nije klinički potvrđen (21). Valproat može uzrokovati određene nuspojave koje uključuju tremor (drhtanje ruku ili drugih dijelova tijela), mučninu, proljev, sedaciju (osjećaj pospanosti) i porast razine jetrenih enzima, što se može otkriti analizom kompletnog krvnog nalaza i hepatograma. Preporučuje se da se kroz prva dva mjeseca primjene terapije redovito provjerava kompletna krvna slika i jetreni enzimi kako bi se pravovremeno otkrile eventualne promjene u vrijednostima tih parametara (17). Karbamazepin učinkovit je kod

liječenja maničnih epizoda bipolarnog afektivnog poremećaja, kod bolesnika koji su rezistentni na litij te bolesnika sa brzim izmjenama faza. Daje se samostalno ili u kombinaciji sa litijem ili valproatom (21). Karbamazepin može uzrokovati određene nuspojave koje uključuju glavobolju, nekontrolirane pokrete tijela (ataksiju), osjećaj omamljenosti (sedacija), nistagmus (brzi, ritmički pokreti očiju), osip na koži i smanjenje razine bijelih krvnih stanica (leukopenija). Isto tako, važno je kontrolirati krvnu sliku i jetrene enzime u prva dva mjeseca primjene (17). Lamotrigin je antikonvulziv (antiepileptik) koji je temeljito istražen i pokazao se kao učinkovit lijek u liječenju depresivnih epizoda bipolarnog afektivnog poremećaja. On se preporučuje kao sredstvo za prevenciju depresivnih epizoda. U kombinaciji s olanzapinom, lamotrigin pokazuje visoku učinkovitost u liječenju depresivnih epizoda koje uključuju psihotične simptome. Također, lamotrigin može biti koristan kao samostalni lijek u terapiji bipolarnog afektivnog poremećaja s brзом izmjenom epizoda, pri čemu dominira depresija. Među nuspojavama, najčešća je pojava osipa, a mogu se javiti i glavobolja, mučnina i usporenost (17).

### **1.5.2. Psihoterapija**

Psihoterapija je terapijski pristup koji pomaže ljudima u razumijevanju i promjeni svog psihološkog funkcioniranja. U kontekstu bipolarnog afektivnog poremećaja, psihoterapija se pokazala učinkovitom u pružanju podrške i tretiranju simptoma bolesti. Jedan od ključnih ciljeva psihoterapije u liječenju bipolarnog poremećaja je naučiti prepoznati okolnosti u životu koje mogu pogoršati simptome bolesti. Ova vrsta terapije može pomoći osobama da postanu svjesne svojih okidača i razviju strategije za bolje suočavanje s njima. Psihoterapija također može pomoći osobama s bipolarnim poremećajem da razviju vještine suočavanja sa svakodnevnim poteškoćama i stresnim situacijama. Kroz terapijski proces, klijenti mogu naučiti nove tehnike za upravljanje stresom, rješavanje problema i poboljšanje emocionalne stabilnosti. Osim toga, psihoterapija može pružiti podršku u promicanju zdravog načina života. Terapeuti mogu raditi s klijentima na usvajanju pravilne prehrane, redovitoj tjelesnoj aktivnosti, održavanju normalnog ritma spavanja i razvijanju planova za budućnost (5). Važno je napomenuti da psihoterapija obično ide ruku pod ruku s farmakološkim liječenjem, kao dio sveobuhvatnog pristupa liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. Kombinacija psihoterapije i lijekova često se koristi kako bi se postigla najbolja



moćna terapijska korist i dugoročni rezultati (17). Psihosocijalni postupci i psihoterapija moraju biti uključeni u individualni plan liječenja bolesnika, a oni su sljedeći psihoedukacija, rad s obitelji i case management (terapija u zajednici) (3).

Psihoedukacija je terapijski pristup koji uključuje razmjenu informacija između terapeuta i pacijenta ili člana obitelji s ciljem pružanja relevantnih znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju. Svrha je educirati pacijente o bolesti, njenom liječenju, pristupu prema bolesti, suradnji u terapiji, prepoznavanju prvih simptoma, prepoznavanju zaštitnih i rizičnih čimbenika te prevenciji recidiva. Psihoedukacija također uključuje rad na razumijevanju uzroka bolesti, suočavanju sa stigmom i diskriminacijom te pružanju pacijentima vještina, strategija i alata za uspješno upravljanje bipolarnim afektivnim poremećajem. Ovaj terapijski pristup ima ključnu ulogu u osnaživanju pacijenata i omogućava im da aktivno sudjeluju u vlastitom liječenju (3).

Rad s obitelji u vezi s bipolarnim afektivnim poremećajem može uključivati individualne seanse ili terapijske grupne sastanke te obuhvaća psihoedukaciju i/ili obiteljsku psihoterapiju. Poseban naglasak stavlja se na prepoznavanje emocionalnih čimbenika koji su povezani s povećanim rizikom od ponovnih epizoda poremećaja te na rješavanje obiteljskih problema. Obiteljska psihoterapija ima za cilj optimizirati kapacitete članova obitelji kako bi pružili podršku bolesnom članu, ali i kako bi sami dobili pomoć kada im je potrebna. Terapijski pristup može se temeljiti na kognitivnim, bihevioralnim, sistemskim ili psihoanalitičkim principima, ovisno o odabranom terapeutu i specifičnim potrebama obitelji (3).

Pacijenti koji se suočavaju s teškoćama u suradnji, čestim recidivima, poteškoćama u kontroliranju ponašanja zbog simptoma bolesti, dugotrajnim socijalnim oštećenjima, komorbidnim anksioznim poremećajima, povećanim rizikom od suicida, agresivnim ponašanjem ili socijalnim zapuštanjem, trebali bi biti upućeni na liječenje timu u zajednici. *Case management* pristup koristi se u planiranju liječenja kako bi se odražavale biopsihosocijalne potrebe pacijenta te kako bi se odredili postupci potrebni za promjenu stanja i poboljšanje pacijentovog kvaliteta života (3).

Kognitivno-bihevioralna terapija i interpersonalna terapija su terapijski pristupi koji su pokazali dobar učinak u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. Cilj kognitivno-bihevioralne terapije je pružiti bolesniku edukaciju o bolesti i tretmanu te ga naučiti

kognitivno-bihevioralne tehnike za učinkovito suočavanje s psihosocijalnim stresorima. Tijekom terapije potiče se suradnja u uzimanju lijekova i praćenje pojave i ozbiljnosti simptoma (3). Interpersonalna terapija usredotočuje se na rješavanje interpersonalnih konflikata, promjenu uloga, proces žalovanja, razvoj socijalnih vještina i njihov utjecaj na trenutne simptome, emocije i probleme. Cilj terapije je smanjiti simptome kroz rješavanje interpersonalnih problema i poboljšanje svakodnevne rutine kako bi se smanjio rizik od ponovnog javljanja simptoma. Terapija uključuje poučavanje o zdravom ciklusu spavanja-budnosti, pravilnoj prehrani i održavanju zadovoljavajućeg socijalnog života (17).

### **1.5.3. Uloga prvostupnika/ice sestinstva u liječenju i prevenciji bipolarnog afektivnog poremećaja**

Jedna od važnih uloga prvostupnika sestinstva je procjena pacijenta. Oni moraju temeljito procijeniti fizičko, emocionalno i socijalno stanje pacijenta kako bi razumjeli njihove specifične potrebe i izazove s kojima se suočavaju. To uključuje praćenje raspoloženja, ponašanja i kognitivnih funkcija pacijenta tijekom epizoda manije i depresije. Prvostupnici sestinstva također sudjeluju u razvoju individualiziranih planova zdravstvene njege za pacijente s bipolarnim afektivnim poremećajem. Oni surađuju s pacijentom i multidisciplinarnim timom kako bi postavili ciljeve liječenja i intervencije koje će pomoći pacijentu da postigne stabilnost i kontrolu nad svojim stanjem. Ovi planovi mogu uključivati farmakoterapiju, psihoterapiju, edukaciju o poremećaju, strategije upravljanja stresom i podršku obitelji i socijalnoj mreži pacijenta (5). Tijekom provedbe planova zdravstvene njege, prvostupnici sestinstva pružaju podršku i edukaciju pacijentima o njihovom poremećaju i načinima suočavanja s epizodama manije i depresije. Oni mogu pružiti informacije o lijekovima i njihovim nuspojavama, educirati pacijente o važnosti pravilne prehrane, tjelesne aktivnosti i redovitog sna te podučavati tehnike upravljanja stresom i rješavanja problema. Osim toga, prvostupnici sestinstva prate pacijente tijekom cijelog procesa liječenja. Oni provode redovite evaluacije stanja pacijenta, prate učinkovitost terapije i prilagođavaju planove njege prema potrebama pacijenta. Također su tu da pruže emocionalnu podršku i poticaj pacijentima i njihovim obiteljima kako bi se nosili s izazovima koje bipolarni afektivni poremećaj može donijeti (2).

Prevenција ponovnih epizoda bipolarnog poremećaja ima ključnu ulogu u održavanju stabilnosti pacijenata. Prvostupnik sestrinstva ima važnu ulogu u provedbi tih preventivnih mjera, pružajući podršku i edukaciju pacijentima. Jedan od ključnih aspekata prevencije je edukacija pacijenata o upravljanju stresom. Prvostupnik sestrinstva pruža informacije o tehnikama opuštanja, disanja i strategijama suočavanja sa stresom. Pacijenti uče prepoznati stresne situacije i razvijaju vještine za njihovo prevladavanje, čime se smanjuje rizik od epizoda bipolarnog poremećaja. Važna komponenta prevencije je i praćenje uzimanja propisanih lijekova. Prvostupnik sestrinstva prati pacijente kako bi se osiguralo da redovito uzimaju propisane lijekove. Pravilno uzimanje lijekova pomaže u stabilizaciji raspoloženja i smanjenju mogućnosti za ponovne epizode manije ili depresije. Rano prepoznavanje znakova upozorenja također je važan element prevencije. Prvostupnik sestrinstva educira pacijente o znakovima koji ukazuju na moguću epizodu bipolarnog afektivnog poremećaja, kao što su promjene raspoloženja, poremećaji spavanja ili promjene u tjelesnim simptomima. Osiguravanje da pacijenti razumiju ove znakove omogućuje im da brzo reagiraju i zatraže potrebnu pomoć kako bi se spriječilo pogoršanje epizode (5). Potpora obitelji i socijalna podrška također su važni u prevenciji. Prvostupnik sestrinstva uključuje obitelj pacijenta u proces prevencije, pružajući im edukaciju o bipolarnom poremećaju i strategijama podrške. Obiteljska podrška može pridonijeti stvaranju poticajnog okruženja koje pruža stabilnost pacijentu. Suradnja s drugim zdravstvenim profesionalcima, poput psihijatarata i terapeuta, također je bitna u prevenciji. Prvostupnik sestrinstva radi u timu kako bi osigurao koordinaciju i integraciju različitih terapijskih pristupa, psihoterapije i drugih oblika podrške. Ovaj multidisciplinarni pristup pomaže u pružanju sveobuhvatne skrbi i sprječavanju ponovnih epizoda bipolarnog poremećaja (2).

## **2. CILJ RADA**

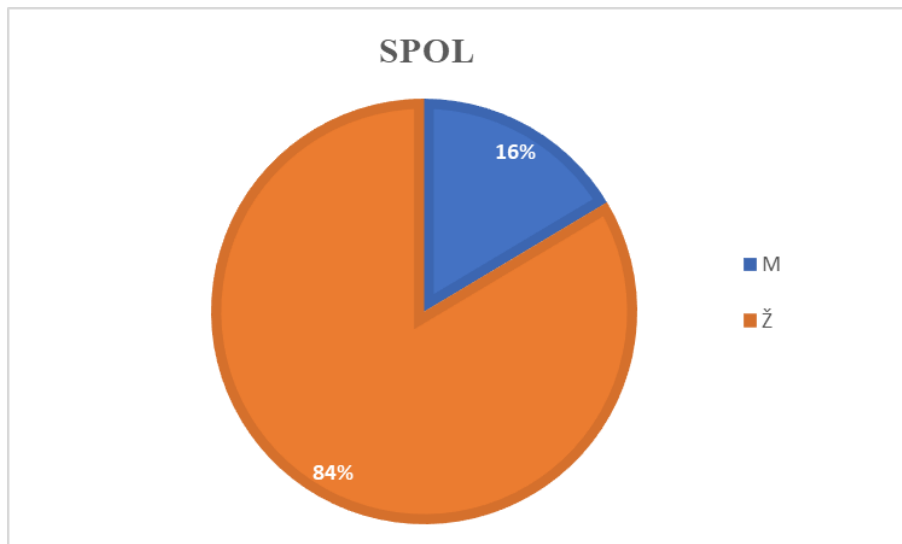
Cilj ovog završnog rada je opisati i razumjeti epidemiologiju, etiologiju i kliničku sliku bipolarnog afektivnog poremećaja. Nadalje, bit će iznesene najnovije smjernice u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja te pregled različitih terapija i strategija koje se primjenjuju u tretmanu liječenja. Također, cilj je provesti istraživanje među studentima sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru kako bi se prikupili podaci o njihovom znanju i stavovima o bipolarnom afektivnom poremećaju. Za tu svrhu će se koristiti strukturirani upitnik koji će omogućiti sistematiziranu analizu dobivenih podataka. Nakon prikupljanja podataka, provedena analiza će se usredotočiti na znanja i stavove studenata sestrinstva. Dalje, prikupljeni rezultati će biti uspoređeni s rezultatima sličnih istraživanja kako bi se identificirale sličnosti i razlike u znanju i stavovima o bipolarno afektivnom poremećaju među studentima sestrinstva. Ova usporedba omogućit će kritički prikaz rezultata i identifikaciju eventualnih trendova ili nedosljednosti u percepciji poremećaja. Na kraju, bit će opisana uloga prvostupnika sestrinstva u procesu zdravstvene njege i edukaciji osoba oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja.

### 3. METODE

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 15.05. do 01.06. 2023. godine u kojem je sudjelovalo 67 ispitanika. Podaci ispitanika bili su prikupljeni anonimnim anketnim upitnikom koji je napravljen pomoću mrežne aplikacije *Google Forms*. Upitnik je bio podijeljen putem aplikacije *Gmail* studentima sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru, a sastojao se je od 15 pitanja. Upitnik je dostupan u poglavlju *Prilozi*. Ispitanici su bili redovni i izvanredni studenti 1., 2. i 3. godine sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru. Znanja studenata mjerena su mogućnošću odabira točnog odgovora, dok su stavovi studenata mjereni Likertovom ljestvicom od pet stupnjeva, od 1 – „u potpunosti se ne slažem“ do 5 – „slažem se u potpunosti“. Prikupljeni podaci obrađeni su metodama deskriptivne statistike u programu *Excel* te su prikazani tablicama, kružnim i stupčastim grafikonima.

## 4. REZULTATI

Ovom istraživanju je pristupilo 67 ispitanika. Većinu ispitanika čini ženski spol, čak 84%, dok muški spol čini 16%, što se može vidjeti na grafikonu 4.1. Od cjelokupnog broja ispitanika, 56 osoba je ženskog spola i 11 osoba muškog spola.



**Grafikon 4.1.** Ispitanici prema spolu

U tablici 4.1. može se vidjeti raspodjela ispitanika prema dobnim skupinama. Prema toj raspodjeli najveći broj ispitanika je u dobi od 18 – 25 godina, čak 59,7 %, zatim slijede ispitanici dobne skupine od 26 – 40, njih 32,8 % te 7,5 % ispitanika je u dobi od 41 i više.

**Tablica 4.1.** Ispitanici prema dobnim skupinama

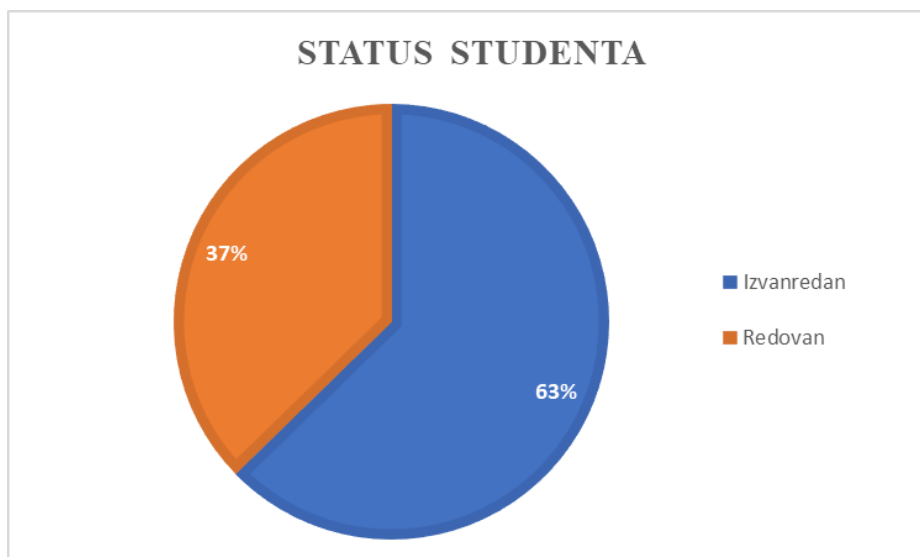
<b>Dobna skupina</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>Postotak</b>
18 – 25 godina	40	59,7%
26 – 40 godina	22	32,8%
41 i više	5	7,5%
<b>UKUPNO:</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Tablica 4.2. prikazuje kako ima najviše ispitanika treće godine, čak više od 50%, točnije 55,2%, zatim su ispitanici druge godine, njih 25,4% te je manji dio ispitanika prve godine, njih 19,4%.

**Tablica 4.2.** Ispitanici prema godini studija

<b>Godina studija</b>	<b>Broj ispitanika</b>	<b>Postotak</b>
1.	13	19,4%
2.	17	25,4%
3.	37	55,2%
<b>UKUPNO:</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

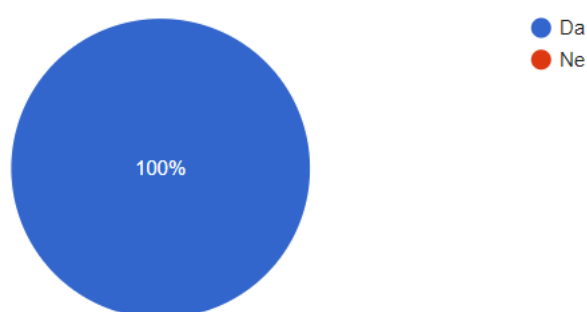
Prema statusu studenta, najviše ispitanika je odabralo status „izvanredan“, njih 42 (63%), dok manji dio čine ispitanici koji su odabrali status „redovni“, njih 25 (37%), što je vidljivo na grafikonu 4.2.



**Grafikon 4.2.** Ispitanici prema statusu studiranja

Na pitanje „ Jeste li ikad čuli za bipolarni afektivni poremećaj?“ svi ispitanici su odabrali odgovor „da“, odnosno njih 100%. Od ponuđenih odgovora još je bilo „ne“, no taj odgovor nije nitko odabrao, što je vidljivo na grafikonu na 4.3.

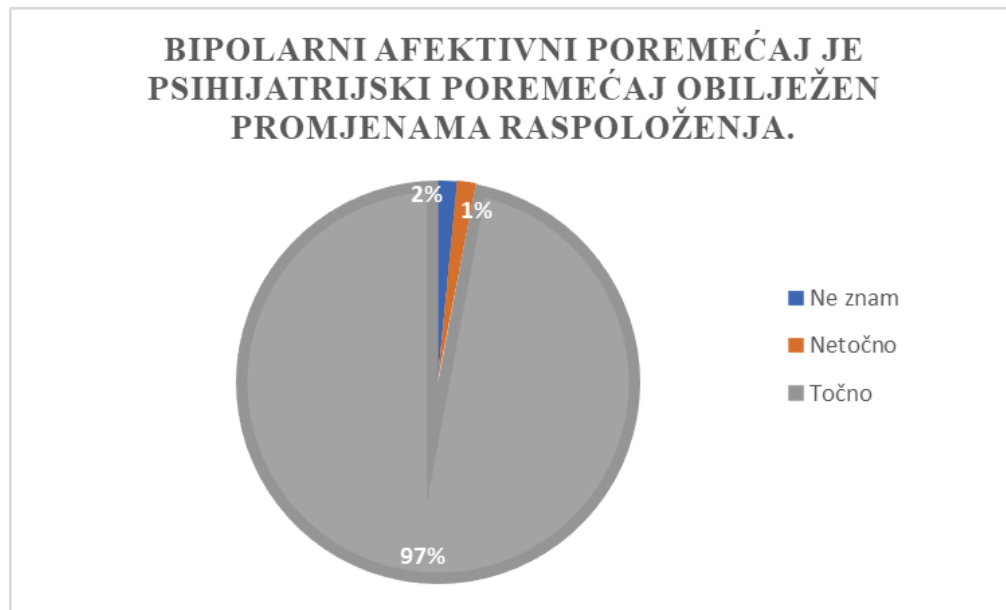
**Jeste li ikad čuli za bipolarni afektivni poremećaj?**



**Grafikon 4.3.** Jeste li ikad čuli za bipolarni afektivni poremećaj?

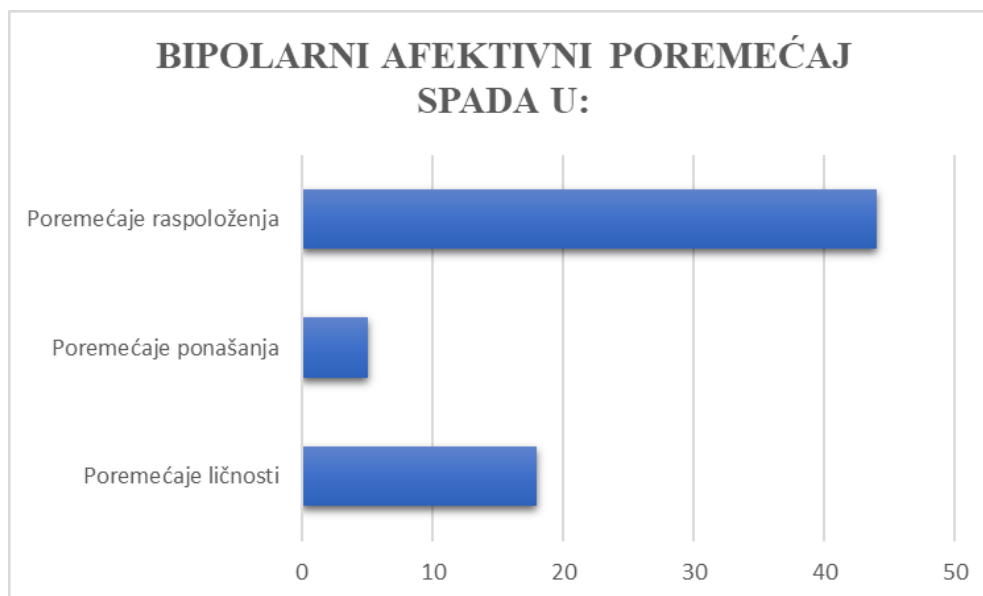


Na ponuđenu definiciju bipolarnog afektivnog poremećaja bili su ponuđeni odgovori „točno“, što je odabralo 64 (97%) ispitanika, odgovor „ne znam“ odabralo je samo 2 (2%) ispitanika, dok je samo 1 osoba, odnosno 1% ispitanika odabralo odgovor „netočno“, što je vidljivo na grafikonu 4.4.



**Grafikon 4.4.** Bipolarni afektivni poremećaj je psihijatrijski poremećaj obilježen promjenama raspoloženja.

Grafikon 4.5. prikazuje odgovore na pitanje „Bipolarni afektivni poremećaj spada u?“, gdje je najveći broj ispitanika, točnije njih 44 (65,7%) odabralo da BAP spada u poremećaje raspoloženja, odgovor „poremećaj ličnosti“ odabralo je 18 ispitanika (26,9%) te mali broj ispitanika, njih 5 (7,5%) odabralo je odgovor „poremećaj ponašanja“.



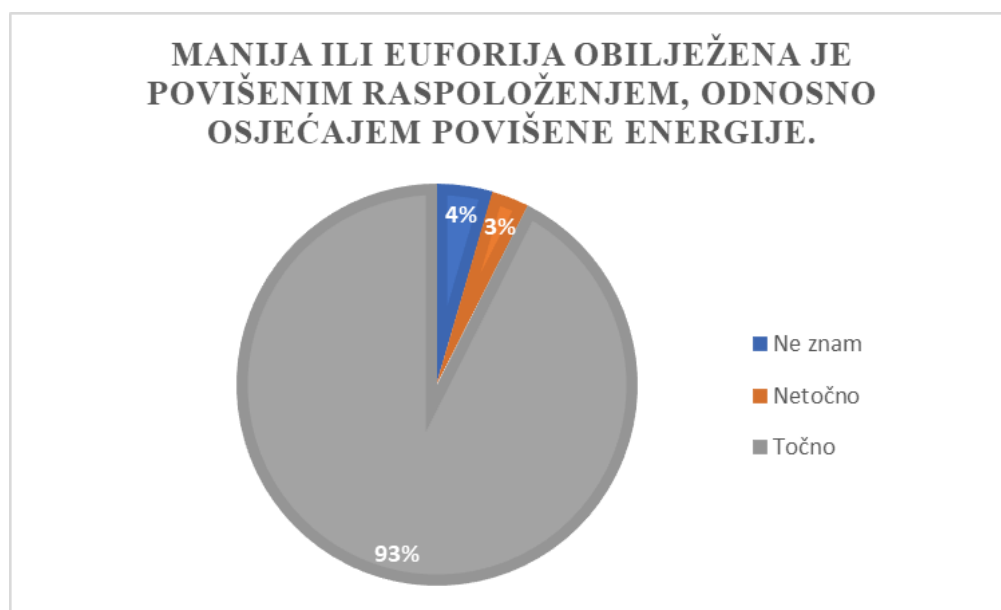
**Grafikon 4.5.** Bipolarni afektivni poremećaj spada?

Na grafikonu 4.6. vidljivo je kako na ponuđenu definiciju „Depresivno raspoloženje karakterizira smanjenje energije, osjećaj bezvrijednosti, smanjeno raspoloženje.“, najveći udio ispitanika, njih 65 (97%) odabralo je da je ponuđena definicija točna, odnosno odgovor „točno“. Odgovor „netočno“ odabrala su samo 2 ispitanika (3%). Uz ova dva ponuđena odgovora bio je još ponuđen odgovor „ne znam“, no za taj odgovor nije se odlučio nitko od ispitanika.



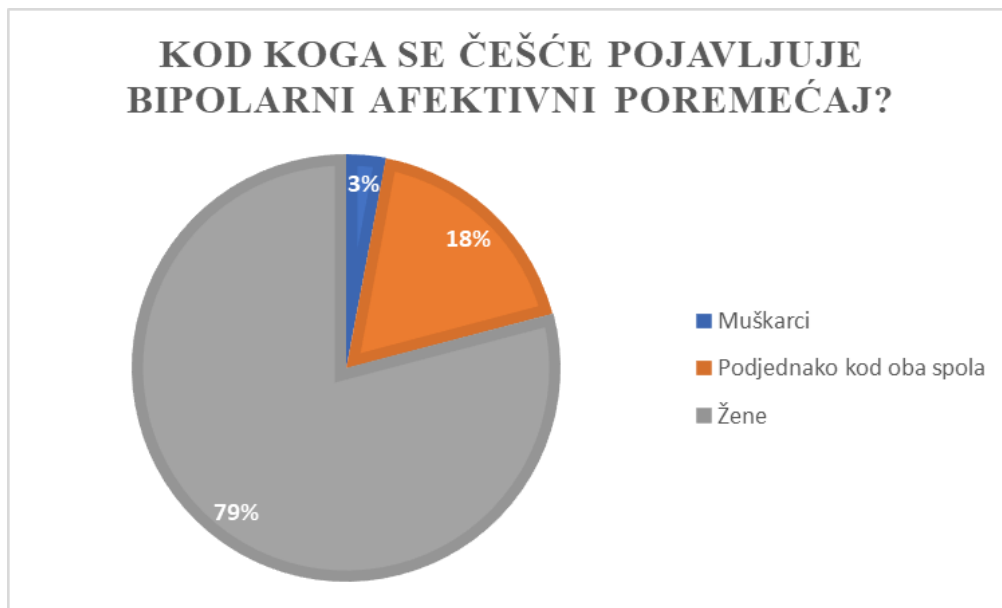
**Grafikon 4.6.** Depresivno raspoloženje karakterizira smanjenje energije, osjećaj bezvrijednosti, smanjeno raspoloženje.

Grafikon 4.7. prikazuje odgovore na ponuđenu definiciju „Manija ili euforija obilježena je povišenim raspoloženjem, odnosno osjećajem povišene energije.“, najviše ispitanika, njih 62 (93%) odabralo je odgovor „točno“, za odgovor „netočno“ odlučila su se 2 (3%) ispitanika, dok je odgovor „ne znam“ odabralo 3 (4%) ispitanika.



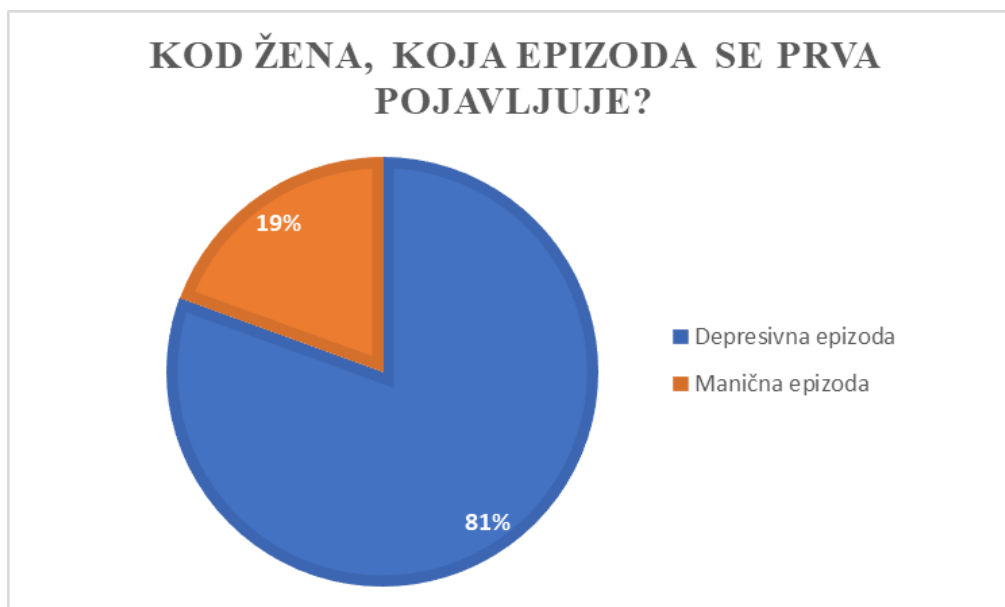
**Grafikon 4.7.** Manija ili euforija obilježena je povišenim raspoloženjem, odnosno osjećajem povišene energije.

Na grafikonu 4.8., prikazani su odgovori na pitanje „Kod koga se češće pojavljuje bipolarni afektivni poremećaj?“, odgovor „žene“ odabrao je najveći udio ispitanika, njih 53 (79%). Za odgovor „podjednako kod oba spola“ odlučilo se je 12 (18%) ispitanika, dok su 2 (3%) ispitanika odabrala odgovor „muškarci“.



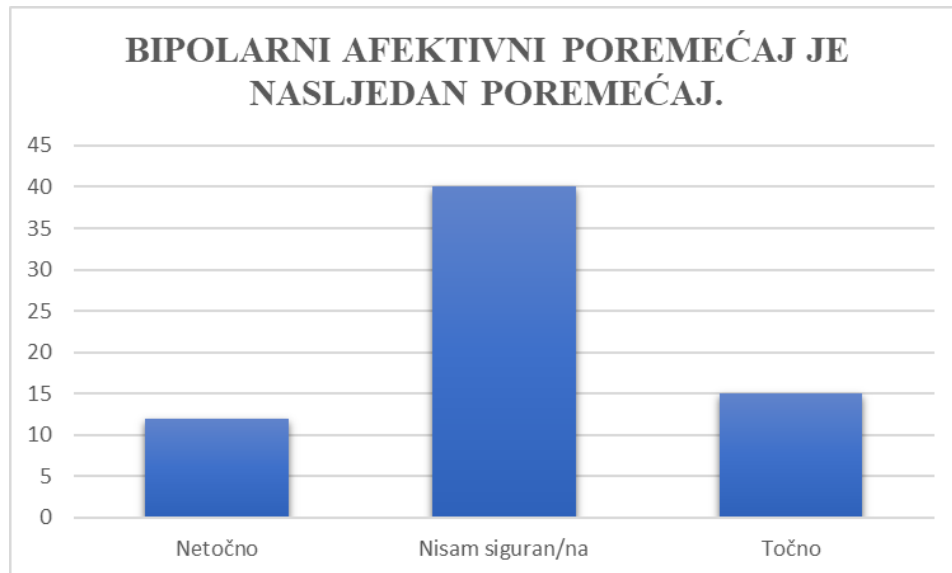
**Grafikon 4.8.** Kod koga se češće pojavljuje bipolarni afektivni poremećaj?

Grafikon 4.9. prikazuje odgovore na pitanje „Kod žena, koja se epizoda prva pojavljuje?“, gdje je najveći broj ispitanika, njih 54 (81%) odabralo odgovor „depresivna epizoda“, dok je odgovor „manična epizoda“ odabralo 13 (19%) ispitanika.



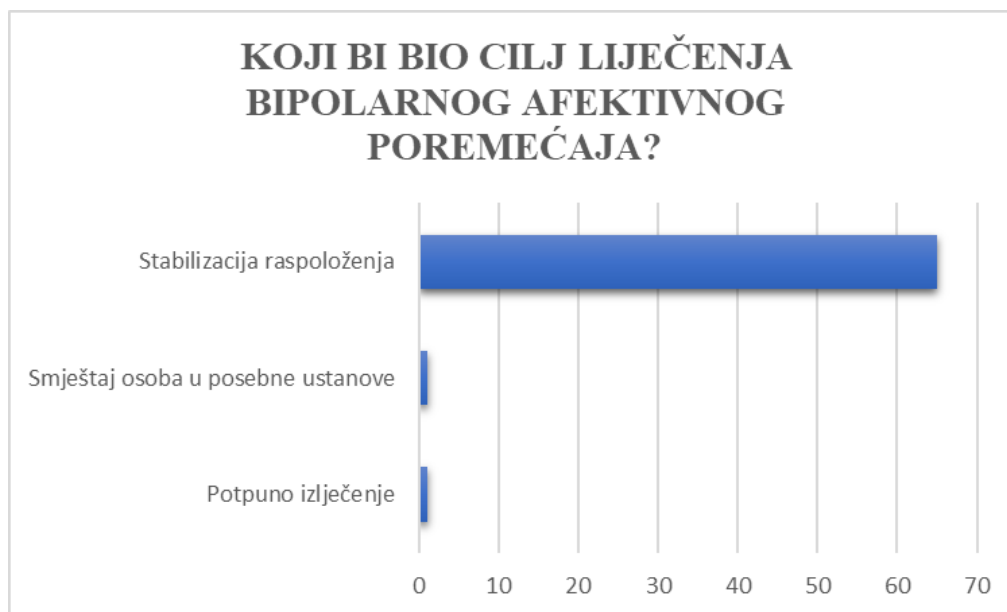
**Grafikon 4.9.** Kod žena, koja se epizoda prva pojavljuje?

Na grafikonu 4.10. vidljivi su odgovori na ponuđenu definiciju „Bipolarni afektivni poremećaj je nasljedan poremećaj.“, gdje se za odgovor „nisam siguran/na“ odlučio najveći broj ispitanika, njih 40 (59,7%). Odgovor „tačno“ izabralo je 15 (22,4%) ispitanika, dok je 12 (17,9%) ispitanika odabralo odgovor „netočno“.



**Grafikon 4.10.** Bipolarni afektivni poremećaj je nasljedan poremećaj.

Na pitanje „Koji bi bio cilj liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja?“, najveći broj ispitanika, njih 65 (97%) odabralo je kao odgovor „stabilizacija raspoloženja“. Po jedna osoba, odnosno po 1,5% ispitanika se odlučio za odgovor „smještaj u posebne ustanove“ i „potpuno izlječenje“, što je vidljivo na grafikonu 4.11.



**Grafikon 4.11.** Koji bi bio cilj liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja?

U tablici 4.3. prikazani su stavovi ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju u kojoj se može vidjeti kako se 55 (82,1%) ispitanika se ne slaže sa tvrdnjom „Osoba oboljela od bipolarnog afektivnog poremećaja sama je kriva za svoju bolest.“. Sa sljedećim tvrdnjama „Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja treba smjestiti u posebne ustanove.“, „Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja nesposobne su za samostalan život.“ te „Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja ne bi smjele odgajati djecu.“ više od pola ispitanika se ne slaže, dok se čak mali dio ispitanika, njih 4 (6%) sa ovim tvrdnjama slaže u potpunosti.

**Tablica 4.3.** Stavovi ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju

<b>ODGOVOR</b>	<b>Uopće se ne slažem</b>	<b>Djelomično se ne slažem</b>	<b>Niti se slažem niti se ne slažem</b>	<b>Djelomično se slažem</b>	<b>Slažem se u potpunosti</b>	<b>UKUPNO:</b>
Osoba oboljela od bipolarnog afektivnog poremećaja sama je kriva za svoju bolest.	55 (82,1%)	4 (5,9%)	7 (10,5%)	1 (1,5%)	0 (0%)	67 (100%)
Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja su "lude" i agresivne.	45 (67,2%)	11 (16,4%)	8 (11,9%)	3 (4,5%)	0 (0%)	67 (100%)
Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja treba smjestiti u posebne ustanove.	33 (49,3%)	15 (22,4%)	16 (23,8%)	2 (3%)	1 (1,5%)	67 (100%)
Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja nesposobne su za	34 (50,7%)	11 (16,4%)	17 (25,4%)	3 (4,5%)	2 (3%)	67 (100%)

samostalan život.						
Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja ne bi smjele odgajati djecu	29 (43,3%)	13 (19,4%)	19 (28,3%)	5 (7,5%)	1 (1,5%)	67 (100%)

Tablica 4.4. također prikazuje stavove ispitanika o navedenim tvrdnjama vezanim za bipolarni afektivni poremećaj. Velik broj ispitanika, njih 49 (73,1%) u potpunosti se slaže sa tvrdnjom „Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja trebaju biti uključene u rad i zajednicu.“, iako se čak 2 (3%) ispitanika sa tom tvrdnjom uopće ne slaže. Što se tiče tvrdnje da je bipolarni afektivni poremećaj izlječiv, 25 (37,3%) ispitanika se odabralo odgovor „niti se slažem niti se ne slažem“, dok se 28 (41,7%) ispitanika slaže sa tvrdnjom da je psihoterapijsko liječenje bolje od terapije lijekovima. Što se tiče stigme i bipolarnog afektivnog poremećaja velik broj ispitanika, oko 60% smatra kako stigma negativno utječe na oboljele osobe, ali isto tako i na članove obitelji oboljelog.



**Tablica 4.4.** Stavovi ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju

<b>ODGOVOR</b>	<b>Uopće se ne slažem</b>	<b>Djelomično se ne slažem</b>	<b>Niti se slažem niti se ne slažem</b>	<b>Djelomično se slažem</b>	<b>Slažem se u potpunosti</b>	<b>UKUPNO:</b>
Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja trebaju biti uključene u rad i zajednicu.	2 (3%)	0 (0%)	4 (6%)	12 (17,9%)	49 (73,1%)	67 (100%)
Bipolarni afektivni poremećaj je izlječiv.	4 (6%)	8 (11,9%)	25 (37,3%)	22 (32,8%)	8 (11,9%)	67 (100%)
Psihoterapijsko liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja bolje je od liječenja lijekovima.	2 (3%)	1 (1,5%)	18 (26,9%)	28 (41,7%)	18 (26,9%)	67 (100%)
Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja mogu se oporaviti dovoljno da bi imali dobru kvalitetu života kao i drugi ljudi.	0 (0%)	2 (3%)	8 (11,9%)	25 (37,3%)	32 (47,8%)	67 (100%)

Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja mogu obavljati iste poslove jednako kvalitetno kao i drugi ljudi.	2 (3%)	2 (3%)	13 (19,4%)	25 (37,3%)	25 (37,3%)	67 (100%)
Bipolarni afektivni poremećaj stigmatiziran je u društvu.	0 (0%)	1 (1,5%)	10 (14,9%)	12 (17,9%)	44 (65,7%)	67 (100%)
Stigma stvara osjećaj niskog samopoštovanja i strah od odbacivanja, pa se oboljele osobe same izoliraju od drugih.	1 (1,5%)	1 (1,5%)	5 (7,4%)	16 (23,9%)	44 (65,7%)	67 (100%)
Osim oboljelih osoba, stigmatizacija utječe i na obitelj oboljele osobe.	0 (0%)	0 (0%)	6 (9%)	21 (31,3%)	40 (59,7%)	67 (100%)

## 5. RASPRAVA

U provedenom istraživanju je sudjelovalo 67 ispitanika u razdoblju od 15. svibnja do 01. lipnja 2023. godine. Istraživanje se provodilo s ciljem prikupljanja znanja i procjene stavova studenata sestrištva Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju. Procjenom dobivenih rezultata studenti sestrištva imaju ograničeno znanje, odnosno uočeno je kako mali broj ispitanika ne zna što je bipolarni afektivni poremećaj. Stavovi pokazuju kako mali broj studenata i dalje ima negativne stavove prema oboljelim osobama. Kako bi se ti negativni stavovi promijenili, potrebna je veća edukacija studenata, odnosno budućih, ali i sadašnjih zdravstvenih radnika.

Slično istraživanje je provedeno na Fakultetu zdravstvenih studija, Sveučilišta u Rijeci u sklopu završnog rada Macolić Stele na temu „Stavovi studenata sestrištva o bipolarnom afektivnom poremećaju“. U istraživanju je sudjelovalo 140 studenata redovnog i izvanrednog studija. Većina ispitanika je ženskog spola te najviše ispitanika u dobi između 18 – 25 godina. Ovo istraživanje baziralo se samo na stavove studenata o bipolarnom afektivnom poremećaju. Procjenom njihovih stavova može se zaključiti kako većina ispitanika ima pozitivne stavove te smatraju da osoba može voditi normalan život unatoč poremećaju. Dok, s druge strane, mali broj ispitanika i dalje ima negativne stavove o oboljelim osobama te smatraju da oboljelu osobu treba smjestiti u posebne ustanove. Pri usporedbi istraživanja studentice Macolić Stele sa istraživanjem provedenim među studentima sestrištva Veleučilišta u Bjelovaru uočena je razlika u ukupnom broju studenata. U istraživanju koje je provedeno na Veleučilištu u Bjelovaru sudjelovalo je 67 ispitanika, redovnog i izvanrednog studija. Unatoč toj razlici, u oba istraživanja najveći broj ispitanika je ženskog spola te je većina ispitanika u dobi između 18 – 25 godina. Pri usporedbi stavova u oba istraživanja uočeno je dosta sličnosti. U oba spomenuta istraživanja, dobiveni rezultati ukazuju na potrebu uključivanja oboljelih osoba u život i zajednicu. Isto tako, u oba istraživanja, mali broj ispitanika ima negativne stavove. Mogući razlog za to može biti povezan s pretpostavkom da studenti treće godine, koji u oba istraživanja čine većinu ispitanika imaju veći broj kontakata s psihijatrijskim pacijentima, poput obavljanja kliničkih vježbi na odjelima psihijatrije, što rezultira manjim strahom i pozitivnijim stavovima u usporedbi s studentima prve godine koji još nisu imali kontakte s psihijatrijskim bolesnicima (7).

Istraživanje "Knowledge and attitudes towards bipolar disorder among nursing students: A multicenter study" (Znanje i stavovi prema bipolarnom afektivnom poremećaju među studentima sestrinstva: multicentrična studija) je multicentrična studija koja je imala za cilj istražiti znanja i stavove o bipolarnom afektivnom poremećaju (BAP-u) među studentima sestrinstva u različitim zemljama. Studija je uključivala više sestrinskih fakulteta ili visokih škola sestrinstva iz različitih dijelova svijeta. Metodologija istraživanja uključivala je korištenje strukturiranog upitnika koji je bio distribuiran studentima sestrinstva kako bi se prikupili podaci o njihovom znanju i stavovima o bipolarnom afektivnom poremećaju. Upitnik je sadržavao pitanja koja su se odnosila na različite aspekte poremećaja, uključujući epidemiologiju, etiologiju, kliničku sliku, dijagnostičke kriterije i terapijske pristupe. Također su postavljena pitanja koja su se odnosila na stavove prema osobama s bipolarnim poremećajem. Rezultati istraživanja ukazuju na nedostatak adekvatnog znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju među studentima sestrinstva. Također su primijećene varijacije u stavovima prema oboljelim osobama. Pri usporedbi spomenutog istraživanja provedenog među studentima sestrinstva diljem svijeta i istraživanja provedenog nad studentima sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru može se uočiti kako u oba istraživanja studenti imaju ograničena znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju, ponajprije u tome što ne znaju u koju skupinu poremećaja spada bipolarni afektivni poremećaj. Također, stavovi su podjednaki, u oba spomenuta istraživanja još uvijek postoje negativni stavovi prema oboljelim osobama. Ovi rezultati ukazuju na potrebu za poboljšanjem edukacije o bipolarnom afektivnom poremećaju među studentima sestrinstva kako bi se osiguralo da budući sestrinski stručnjaci budu dobro informirani i osposobljeni za pružanje adekvatne skrbi oboljelim osobama (22).

## 6. ZAKLJUČAK

Bipolarni afektivni poremećaj je dugotrajna bolest koja zahtijeva rano otkrivanje i uspješno liječenje. Osobe koje boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja doživljavaju poremećeno raspoloženje koje nije u skladu s okolnostima ili je pretjerano. Naziv "bipolarni" odnosi se na izmjenu faza depresije (sniženog raspoloženja) i manije ili hipomanije (povišenog raspoloženja). Ovaj poremećaj ima značajan utjecaj na sve aspekte života oboljelih osoba te dovodi do poremećaja obiteljskog, socijalnog i radnog funkcioniranja. Napredak u farmakoterapiji pruža nadu za uspješno liječenje bipolarnog poremećaja putem psihofarmaka, dok psihoterapija igra važnu ulogu u obnovi psihosocijalnog funkcioniranja i prevenciji ponovnih epizoda bolesti.

Na temelju provedenog istraživanja i analizom dobivenih podataka studenti sestrinstva imaju nedostatan znanje o bipolarnom afektivnom poremećaju, ponajprije u tome što, 34,4% ispitanika smatra da bipolarni afektivni poremećaj spada u poremećaj ličnosti ili poremećaj ponašanja, iako im sama definicija govori kako je to poremećaj raspoloženja. Iznenadujuće je to što 1,5% ispitanika, iako je mali broj, smatra kako se oboljele osobe treba smjestiti u posebne ustanove. Također, velik dio ispitanika, njih 59,7% nije sigurno je li bipolarni afektivni poremećaj nasljedan, iako dijete može naslijediti poremećaj od roditelja isto kao da je u pitanju neki drugi poremećaj. Isto tako, depresivno raspoloženje karakterizirano je sniženim odnosno smanjenim raspoloženjem, no 3% ispitanika smatra da to nije točno, također manija ili euforija što i sama riječ govori, to je stanje povišene energije, dok 7,5% ispitanika smatra da to nije točno ili da ne zna što je to. Što se stavova tiče, iako mali broj, 6% ispitanika ima negativne stavove prema oboljelim osobama, što se može primijetiti analizom stavova dobivenih istraživanjem. Tih 6% ispitanika smatra kako oboljele osobe ne bi smjele odgajati djecu niti da oboljele osobe mogu voditi samostalan život. Čak 1 (1,5%) ispitanik misli da je osoba sama kriva za svoju bolest. Sa druge strane, ima i pozitivnih stavova, gdje više od polovine ispitanika smatra kako oboljele osobe trebaju biti uključene u rad i zajednicu te da se mogu oporaviti dovoljno dobro da mogu voditi normalan život i raditi jednake poslove kao drugi ljudi.

Potrebna je veća edukacija javnosti i medija o psihijatrijskim poremećajima, kako bi se smanjila stigmatizacija prema oboljelim osoba te samim time smanjila društvena izolacija.

## 7. LITERATURA

- (1) Hotujac LJ. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
- (2) Novak I. Zdravstvena skrb za bolesnike oboljele od bipoalnog afektivnog poremećaja (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2017.
- (3) Štrkalj – Ivezić S., Urlić I., Mihanović M., Restek – Petrović B. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix. 2008; 77 (Supl 1): 67 – 71.
- (4) Moro LJ., Frančišković T. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- (5) Kruhoberec D. Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (Završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2016.
- (6) Štrkalj-Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Psihoedukacija između informacije i psihoterapije Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- (7) Macolić S. Stavovi studenata sestrinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju (Završni rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2022.
- (8) Ostroški M. Kako uspješno dijagnosticirati bipolarni poremećaj (Završni rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.
- (9) Karlović D. Psihijatrija. Zagreb: Naklada Slap; 2019.
- (10) Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2021.
- (11) Kolarić A. Bipolarni afektivni poremećaj (Završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2020. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:006366> (02.5.2023.)
- (12) Folnegović – Šmalc V., Štrkalj – Ivezić S., Mimica N. Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix. 2008; 77 (Supl 1): 13 – 18 .
- (13) Černi S. Bipolarni afektivni poremećaj (Završni rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2011.
- (14) Mihaljević – Peleš A., Šagud M., Bajs Janović M. Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj? Medicus. 2017; 26(2):167-172
- (15) Bajs M., Janović Š., Štrkalj – Ivezić S., Kalember P. Klinički instrumenti u dijagnostici bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix. 2008; 77 (Supl 1): 19 – 25.
- (16) Hotujac LJ., Rojnić – Kuzman M. Liječenje akutne epizode bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix. 2008; 77 (Supl 1): 26 – 32
- (17) Sever L. Bipolarni afektivni poremećaj (Završni rad). Bjelovar: Visoka tehnička škola Bjelovar; 2017.

- (18) Bečir A. Suvremeni principi liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja (Završni rad). Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2014.
- (19) Novoselović B. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja (Završni rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015.
- (20) Šagud M. Stabilizatori raspoloženja u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. *Medix*. 2008; 77 (Supl 1): 45 – 53.
- (21) Mihaljević – Peleš A., Šagud M., Jakovljević M. Antiepileptici kao stabilizatori raspoloženja. *Medicus* 2002. Vol. 11, No. 2, 171 – 175.
- (22) Wiley. *Perspectives in psychiatric care* 2022. Vol. 58, No. 4

## **8. OZNAKE I KRATICE**

BAP – bipolarni afektivni poremećaj

MKB – 10 – medicinska klasifikacija bolesti, deseto izdanje

DSM – V – dijagnostički i statistički mentalni priručnik, peto izdanje

HCL – 32 - *Hypomania Check List – 32*

MDQ – *Mood Disorder Questionnaire*



## 9. SAŽETAK

Bipolarni afektivni poremećaj je psihijatrijski poremećaj obilježen promjenama raspoloženja koje variraju od depresivne epizode (sniženo raspoloženje) do manične epizode (povišeno raspoloženje) te periode remisije. Uzrok nastanka bipolarnog afektivnog poremećaja nije još uvijek u potpunosti razjašnjen, no postoji nekoliko čimbenika koji pospješuju njegov nastanak. Za postavljanje dijagnoze F31 bipolarnog afektivnog poremećaja potrebno je da osoba doživi najmanje dvije epizode bolesti. Žena će najprije doživjeti depresivnu epizodu, dok će muškarac najprije doživjeti maničnu epizodu. Zbog svoje promjenjive i nepredvidive kliničke slike bipolarni afektivni poremećaj se često kasno i krivo dijagnosticira. Bipolarni afektivni poremećaj nije izlječiv. Cilj liječenja nije samo uklanjanje simptoma već i postizanje remisije odnosno odsutnosti aktivne faze bolesti. Najbolje rezultate liječenja daje kombinacija farmakološke i psihološke terapije.

U sklopu ovog završnog rada, provedeno je *online* istraživanje putem anonimne ankete, u kojem je sudjelovalo 67 studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru. Anketni upitnik bavio se temom bipolarnog afektivnog poremećaja te je cilj bio saznati kakva znanja posjeduju i kakve stavove imaju ispitanici o bipolarnom afektivnom poremećaju. Upitniku je pristupilo 84% ispitanika ženskog spola i 16% ispitanika muškog spola, od kojih samo 3% ne zna što je to bipolarni afektivni poremećaj. Poražavajuće je to što među budućim, ali i među sadašnjim medicinskim djelatnicima postoje predrasude prema osobama oboljelim od bipolarnog afektivnog poremećaja. Upravo zbog toga, potrebna je veća edukacija kako medicinskog osoblja tako i javnosti o nažalost, sve češćim psihijatrijskim poremećajima.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, dijagnoza F31, depresivna epizoda, manična epizoda, liječenje

## 10. SUMMARY

Bipolar affective disorder is a psychiatric disorder characterized by mood changes that range from depressive episodes (low mood) to manic episodes (elevated mood) and periods of remission. The exact cause of bipolar affective disorder is not fully understood, but there are several factors that contribute to its development. To diagnose bipolar affective disorder (F31), a person needs to experience at least two episodes of the illness. Women usually experience a depressive episode first, while men often experience a manic episode first. Due to its variable and unpredictable clinical presentation, bipolar affective disorder is often diagnosed late or misdiagnosed. Bipolar affective disorder is not curable. The goal of treatment is not only to alleviate symptoms but also to achieve remission, which means the absence of an active phase of the illness. The best treatment outcomes are achieved through a combination of pharmacological and psychological therapy.

As part of this final paper, an online survey was conducted using an anonymous questionnaire involving 67 nursing students from the Bjelovar University of Applied Sciences. The questionnaire focused on bipolar affective disorder, aiming to assess the participants' knowledge and attitudes toward the disorder. The survey had a participation rate of 84% female respondents and 16% male respondents, with only 3% reporting that they were unfamiliar with bipolar affective disorder. It is concerning that among future and current healthcare professionals, there are still prejudices towards individuals with bipolar affective disorder. Therefore, greater education is needed for both healthcare staff and the general public about the increasingly common psychiatric disorders.

Keywords: bipolar affective disorder, diagnosis F31, depressive episode, manic episode, treatment

## 11. PRILOZI

### 11.1. Anketni upitnik

#### **Znanja i stavovi studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju**

Poštovani,

u nastavku se nalazi anketni upitnik koji se provodi u svrhu pisanja završnog rada na temu "Znanja i stavovi studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju".

Anketa je u potpunosti anonimna. Podaci dobiveni anketom biti će iskorišteni isključivo za izradu završnog rada. Za ispunjavanje je potrebno 2 - 3 minute.

Unaprijed se zahvaljujem.

1. Odaberite spol.\*

- M
- Ž
- Ne želim se izjasniti

2. Označite dob.\*

- 18 - 25
- 26 - 40
- 41 i više

3. Odaberite godinu studija.\*

- 1.

- 2.
- 3.

4. Odaberite status studenta.\*

- Redovan
- Izvanredan

Sljedeća pitanja odnose se na Vaša znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju.

5. Jeste li ikad čuli za bipolarni afektivni poremećaj?\*

- Da
- Ne

6. Bipolarni afektivni poremećaj je psihijatrijski poremećaj obilježen promjenama raspoloženja.\*

- Točno
- Netočno
- Ne znam

7. Odaberite.

Bipolarni afektivni poremećaj spada u:\*

- Poremećaje ličnosti
- Poremećaje ponašanja
- Poremećaje raspoloženja

8. Depresivno raspoloženje karakterizira smanjenje energije, osjećaj bezvrijednosti, smanjeno raspoloženja.\*

- Točno
- Netočno
- Ne znam

9. Manija ili euforija obilježena je povišenim raspoloženjem, odnosno osjećajem povišene energije.\*

- Točno
- Netočno
- Ne znam

10. Kod koga se češće pojavljuje bipolarni afektivni poremećaj?\*

- Žene
- Muškarci
- Podjednako kod oba spola

11. Kod žena, koja epizoda se prva pojavljuje?\*

- Depresivna epizoda
- Manična epizoda

12. Bipolarni afektivni poremećaj je nasljedan poremećaj.\*

- Točno

- o Netočno
- o Nisam siguran/na

13. Odaberite.

Koji bi bio cilj liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja?\*

- o Potpuno izlječenje
- o Stabilizacija raspoloženja
- o Smještaj osoba u posebne ustanove

Sljedeća pitanja odnose se na Vaše stavove o bipolarnom afektivnom poremećaju.

Kod svake tvrdnje nalaze se brojevi od 1 do 5, prema Vašem mišljenju označite broj sa kojim se slažete.

- 1 - uopće se ne slažem
- 2 - djelomično se ne slažem
- 3 - niti se slažem niti se ne slažem
- 4 - djelomično se slažem
- 5 - slažem se u potpunosti

14. Odaberite.\*

- o Osoba oboljela od bipolarnog afektivnog poremećaja sama je kriva za svoju bolest.
- o Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja su "lude" i agresivne.

- Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja treba smjestiti u posebne ustanove.
- Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja nesposobne su za samostalan život.
- Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja ne bi smjele odgajati djecu.

15. Odaberite.\*

- Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja trebaju biti uključene u rad i zajednicu.
- Bipolarni afektivni poremećaj je izlječiv.
- Psihoterapijsko liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja bolje je od liječenja lijekovima.
- Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja mogu se oporaviti dovoljno da bi imali dobru kvalitetu života kao i drugi ljudi.
- Osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja mogu obavljati iste poslove jednako kvalitetno kao i drugi ljudi.
- Bipolarni afektivni poremećaj stigmatiziran je u društvu.
- Stigma stvara osjećaj niskog samopoštovanja i strah od odbacivanja, pa se oboljele osobe same izoliraju od drugih.
- Osim oboljelih osoba, stigmatizacija utječe i na obitelj oboljele osobe.

## 11.2. Popis slika, grafikona i tablica

Slika 1.4. Klasifikacija bipolarnog afektivnog poremećaja prema MKB – 10 (8).....	8
Grafikon 4.1. Ispitanici prema spolu .....	23
Tablica 4.1. Ispitanici prema dobnim skupinama.....	24
Tablica 4.2. Ispitanici prema godini studija .....	24
Grafikon 4.2. Ispitanici prema statusu studiranja .....	25
Grafikon 4.3. Jeste li ikad čuli za bipolarni afektivni poremećaj? .....	25
Grafikon 4.4. Bipolarni afektivni poremećaj je psihijatrijski poremećaj obilježen promjenama raspoloženja.....	26
Grafikon 4.5. Bipolarni afektivni poremećaj spada?.....	27
Grafikon 4.6. Depresivno raspoloženje karakterizira smanjenje energije, osjećaj bezvrijednosti, smanjeno raspoloženje.....	28
Grafikon 4.7. Manija ili euforija obilježena je povišenim raspoloženjem, odnosno osjećajem povišene energije.....	28
Grafikon 4.8. Kod koga se češće pojavljuje bipolarni afektivni poremećaj? .....	29
Grafikon 4.9. Kod žena, koja se epizoda prva pojavljuje? .....	29
Grafikon 4.10. Bipolarni afektivni poremećaj je nasljedan poremećaj. ....	30
Grafikon 4.11. Koji bio bio cilj liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja? .....	31
Tablica 4.3. Stavovi ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju .....	32
Tablica 4.4. Stavovi ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju .....	34





Na temelju odredbi Etičkog kodeksa Veleučilišta u Bjelovaru, predsjednica Etičkog povjerenstva, Zdravka Bilić, mag. admin. publ. dana 11. svibnja 2023. godine donosi

### MIŠLJENJE O IZDAVANJU SUGLASNOSTI ZA PROVOĐENJE ISTRAŽIVANJA/KORIŠTENJA PODATAKA

#### Članak 1.

Etičko povjerenstvo povodom prijave i zamolbe za odobrenjem u svrhu istraživanja/korištenja podataka koje se provodi u svrhu izrade završnog rada, a nosi naslov „Znanja i stavovi studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju “ koju je podnijela dana 10. svibnja 2023. godine studentica **Petra Ratajec**, razmotrilo je dostavljenu zamolbu iz koje je vidljivo da nema rizika istraživanja, koje će se provesti online putem anonimne ankete izrađene u alatu Google Forms obliku distribuiranog putem linka na mail adrese studenata VUB-a.

Ispitanici će biti studenti stručnog prijediplomskog studija Sestrinstvo na 1., 2. i 3. godini studija. Istraživanje će se provesti u periodu od 15. svibnja do 1. lipnja 2023. godine. Ispitivanje stavova će se provesti ponuđenim pitanjima s višestrukim odgovorom uz pomoć Likertove ljestvice od 1 do 5.  
Očekivani doprinos: Saznati i utvrditi postojeća znanja i stavove studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru o bipolarnom afektivnom poremećaju.

#### Članak 2.

Na elektronskoj sjednici Etičkog povjerenstva Veleučilišta u Bjelovaru, odlučeno je da se istraživanje **odobri**.

#### Članak 3.

Na temelju provedenog postupka, Povjerenstvo je odlučilo da je predmetno istraživanje u skladu s odredbama Etičkog kodeksa koji reguliraju istraživanja na ljudima u znanstvenom, istraživačkom i stručnom radu i etičkim načelima Helsinške deklaracije.

#### Članak 4.

Ova odluka stupa na snagu danom donošenja od kada se i primjenjuje.

Dostaviti:

- Petra Ratajec
- Arhiv Etičkog povjerenstva VUB-a

KLASA: 602-01/23-01/03  
URBROJ: 2103-1-21-02-23-8

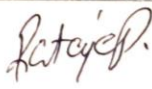
Bjelovar, 11. svibnja 2023. godine

Veleučilište u Bjelovaru  
Predsjednica Etičkog povjerenstva  
Zdravka Bilić, mag. admin. publ.



## 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, 21.8.2023.	PETRA RATAJEC	

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

PETRA BATAJEC  
ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponudenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon \_\_\_\_\_ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 21.8.2023.

  
potpis studenta/ice