

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja

Kruhoberec, Dijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:517704>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-15**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 759/SS/2016

**Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarnog
afektivnog poremećaja**

Dijana Kruhobrec, 5393/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 759/SS/2016

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja

Student

Dijana Kruhobrec, 5393/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Dijana Kruhoberec	MATIČNI BROJ	5393/601
DATUM	14.07.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of patients with bipolar affective disorder		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Rudolf Milanović, predsjednik 2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor 3. Nikola Bradić, dr.med., član 4. Marijana Neuberg, mag.med.techn., zamjenski član 5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	759/SS/2016
OPIS	<p>Bipolarni afektivni poremećaj ozbiljan je psihijatrijski poremećaj u čijoj etiologiji sudjeluju biološki faktori i faktori okoline. Poremećaj se naziva zbog toga što se bolest pojavljuje kao izmjena faza sniženog raspoloženja (depresija) i povišenog raspoloženja (manija ili hipomanija). Bipolarni poremećaj češći je od shizofrenije, a prevalencija iznosi oko 1 do 3%, dok se rjeđe javlja od depresije bez bipolarnog poremećaja. Poremećaj se još uvijek dosta kasno i pogrešno dijagnosticira i često prođe dosta vremena dok se ne uspostavi prava dijagnoza i započne liječenje. Najčešće se dijagnosticira depresija, a hipomanična faza poremećaja često prođe nezamijećena. S druge strane, to je liječiv poremećaj za čije liječenje postoji velik broj lijekova koji pomažu većini oboljelih i drugih psihosocijalnih postupaka u koje je uključena sama medicinska sestra, poput edukacije o bolesti, psihoterapije i rada s obitelji.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati bipolarni afektivni poremećaj- prikazati etiologiju bolesti- prikazati specifičnosti pojedinih faza promjena raspoloženja- prikazati dijagnozu i ciljeve- prikazati intervencije medicinske sestre u radu s oboljelima od BAP-a- prikazati liječenje bolesti



ZADATAK URUČEN

02.09.2016

POTRIS MENTORA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Marija Božičević

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn. na ukazanom povjerenju, podršci i pruženoj pomoći tijekom izrade ovog završnog rada.

Također se od srca zahvaljujem svima koji su tijekom studija bili uz mene, a posebno svojoj obitelji na neizmjerne pruženoj potpori svih ovih godina.

Sažetak

Bipolarni afektivni poremećaj je psihički poremećaj u čijoj etiologiji sudjeluju biološki faktori i faktori okoline. Na nastanak bipolarnog poremećaja može utjecati i obiteljska predispozicija, a ulogu također može imati abnormalna struktura i funkcija mozga. Poremećaj se naziva bipolarni zbog toga što se bolest pojavljuje kao izmjena faza sniženog raspoloženja (depresija) i povišenog raspoloženja (manija ili hipomanija). Češće zahvaća žensku populaciju, s naglaskom da su kod njih najčešće depresivne epizode, dok su kod muškaraca manične epizode. Da bi se postavila dijagnoza BAP-a nisu nužni objektivni kriteriji već subjektivno doživljavanje ili od drugih opažene promjene u ponašanju. To može biti razlog da se na početku bolesti ne postavi točna dijagnoza i ne započne liječenje. S druge strane, BAP je liječiv. Postoji velik broj lijekova, ali i drugih psihosocijalnih postupaka u čije provođenje je uključena i sama medicinska sestra. Postavljanjem sestrinskih dijagnoza i planiranjem intervencija, uključujući holistički pristup, medicinska sestra nastoji pomoći bolesniku u svakodnevnim aktivnostima i njihovim nošenjem sa poteškoćama s kojima se susreću. Da bi se postigli ciljevi plana zdravstvene njege, sestra bi trebala biti strpljiva i osigurati dovoljno vremena za bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: bipolarni afektivni poremećaj, depresija, manija, sestrinska skrb

Popis korištenih kratica

BAP - bipolarni afektivni poremećaj

MKB - Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders, Fourth Revision

EST - elektrostimulativna terapija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Učestalost i epidemiologija	2
1.2. Etiologija	2
2. Dijagnosticiranje bipolarnog afektivnog poremećaja	4
2.1. DSM IV klasifikacija poremećaja	4
2.2. Podjela dijagnoze prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji	5
2.3. Diferencijalna dijagnoza BAP-a.....	6
2.4. Je li mozak oboljelih od BAP-a promijenjen	6
3. Vrste poremećaja raspoloženja	8
3.1. Razlika između normalnog ponašanja i bipolarnog raspoloženja u bipolarnom poremećaju.....	8
3.2. Depresija.....	8
3.2.1. Klinička slika depresivne epizode	9
3.3. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika.....	11
3.3.1. Moguće sestrinske dijagnoze u depresivnoj epizodi	12
3.4. Manija.....	16
3.4.1. Klinička slika manične epizode	17
3.5. Zdravstvena njega maničnog bolesnika	18
3.5.1. Moguće sestrinske dijagnoze u maničnoj epizodi	19
3.6. Izmjena manične i depresivne epizode.....	20
3.7. Ciklotimija.....	20
4. Liječenje BAP-a.....	22
4.1. Prihvatanje bolesti i liječenja.....	23
4.2. Medikamentno liječenje	23
4.3. Psihološke i psihosocijalne metode liječenja	25
4.3.1. Psihoterapija	26
4.3.2. Psihoedukacija.....	26
4.3.3. Rad s obitelji.....	27
4.3.4. Elektrostimulativna terapija.....	27
5. Zaključak.....	28
6. Literatura.....	29

1. Uvod

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je već u povijesti bio vrlo rano precizno opisan. Tek u novije vrijeme izdvojen je kao poremećaj, odnosno zasebna dijagnostička kategorizacija. [1] Poremećaji raspoloženja, pogotovo depresija, poznati su već iz antičkog doba. Postoji dokaz na jednom egipatskom papirusu iz 1500 g.p.n.e., na kojem je zabilježena rasprava mudraca koji su rekli kako "duša postaje teška uz očuvana sjećanja". Već tada je bilo zabilježeno hirovito ponašanje kralja Saula kao raspoloženje koje se mijenjalo od ushićenosti do depresije. Da je danas živ, vjerojatno bi bio tretiran kao osoba s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja. [2] Prvi detaljniji opis bipolarnog poremećaja naveo je W. Griesinger u svom udžbeniku - Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten 1845. godine. Smatrao je kako je BAP zajedno sa shizofrenijom, specifična klinička slika unutar zajedničkog bolesnog procesa. [1] Samo što je bipolarni poremećaj češći od shizofrenije, a rjeđe se javlja od depresije bez bipolarnog poremećaja. [3] Od 1910. godine, dan danas iz nepoznatih razloga, broj osoba s poremećajem raspoloženja je u stalnom porastu. Neki autori smatraju da je to posljedica bolje dijagnostike, dok drugi to pripisuju pretjeranim zahtjevima koji se postavljaju pred čovjeka koji nije u stanju prilagoditi se na mnogobrojne promjene. Svima su poznati osjećaji veselja i patnje. Ti osjećaji osciliraju u svakodnevnom, normalnom životu pa tako ljudi mogu biti tužniji ili veseliji, samo što je to još uvijek unutar nekih, društveno prihvatljivih granica uz mogućnost kontrole osjećaja. [2] Međutim, promjene koje su klasificirane kao psihijatrijski poremećaji raspoloženja razlikuju se od normalnih po jačini otklona, duljini trajanja i nemogućnosti kontrole. Današnje činjenice vezane za sam poremećaj navode dvije službeno važeće glavne svjetske klasifikacije, a to su Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) koja je vezana za područje psihičkih poremećaja i klasifikaciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), vezana za psihičke poremećaje pod nazivom Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, te DSM-IV Američke psihijatrijske udruge. [1]

Bipolarni afektivni poremećaj je psihička bolest ili poremećaj u kojem ljudi imaju nesrazmjerne uspone i padove raspoloženja. Poremećaj se naziva bipolarni zbog toga što se bolest pojavljuje kao izmjena faza sniženog raspoloženja (depresija) i povišenog raspoloženja (manija ili hipomanija). Promjene raspoloženja kod nekih mogu biti jako naglašene pa je relativno lako zaključiti da je osoba bolesna i da ponašanje značajno odstupa od normalnoga, ali nekada može biti i manje primjetno. Ponašanje povezano s fazama povišenog raspoloženja ili sniženog se odražava na svakodnevni život osobe, a ta izmjena faza je vrlo individualna. Nekad se češće izmjenjuju faze povišenoga, a ponekad sniženog raspoloženja, dok s druge strane postoji mogućnost da su obje faze prisutne u istoj epizodi bolesti. Poremećaj je ponekad teško

prepoznati i zato često prođe dosta vremena dok se ne uspostavi prava dijagnoza i započne liječenje. S druge strane, poremećaj se može liječiti pošto postoji velik broj lijekova, ali i drugih psihosocijalnih postupaka u čiju važnost je uključena i sama medicinska sestra, a to je edukacija o bolesti, psihoterapija, rad s članovima obitelji. [3] Na temelju ovoga, cilj je prikazati specifičnosti pojedinih faza koje se javljaju unutar bipolarnog poremećaja i njihove karakteristike, uz moguće dijagnoze, kako se poremećaj liječi, a ujedno i koja je sama važnost medicinske sestre u radu s oboljelima od tog poremećaja.

1.1. Učestalost i epidemiologija

Bipolarni poremećaj češći je od shizofrenije, a rjeđe se javlja od depresije bez bipolarnog poremećaja. Prevalencija je da oko 1% do 3.5 % stanovništva ima taj poremećaj. [3] Bipolarni poremećaj često počinje u kasnim tinejdžerskim ili ranoj odrasloj dobi i bolest obično traje cijeli život. Kod djece i odraslih se također može razviti bipolarni poremećaj. [4] Učestalost poremećaja raspoloženja raste, posebno u starijoj dobi. Rizik oboljenja tijekom života za žene je 10% do 25%, a u muškaraca 5% do 12,5%. Sama stopa oboljenja je veća u žena, 2:1 u odnosu na muškarce. [5] Što se tiče izmjena raspoloženja, u 20% slučajeva kod oboljelih se javlja primarno manična faza. Ako se u obzir uzme postotak od 50% do 60% maničnih epizoda, prije ili poslije se pojavljuje depresivna epizoda. Kod mnogih oboljelih osoba nema vremenske povezanosti između maničnih i depresivnih epizoda što znači da između svake epizode mogu proći mjeseci pa čak i godine. Prvih deset godina bolesti pojave se u prosjeku 4 epizode. Kod muškaraca je to češće manija, dok su kod žena češće na početku depresivne epizode. Može doći do oscilacija koje su uvjetovane i godišnjim dobima, pa tako se manija više pojavljuje u ranim ljetnim, dok depresivne epizode u zimskim mjesecima. Pojedine faze mogu trajati danima, tjednima ili mjesecima, a ako se ne liječe najčešće i potraju. [6]

1.2. Etiologija

Bipolarni poremećaj se može uvrstiti u kompleksne psihičke poremećaje koji je povezan s različitim faktorima: biološkim, psihološkim i psihosocijalnim. [3]

Uzroci bipolarnog poremećaja nisu uvijek jasni. Na nastanak bipolarnog poremećaja može utjecati obiteljska predispozicija, a ulogu također može imati abnormalna struktura i funkcija mozga. [4] Učestalost poremećaja raspoloženja među bliskim rođacima može utjecati na stvaranje stava o nasljednoj predispoziciji, s time da je kod bipolarnog poremećaja nasljeđe povezano putem jednog dominantnog gena (X-vezanog ili autosomnog). [5] Ako je netko u rodbini obolio od BAP-a tada rođaci imaju visok rizik za poremećaj raspoloženja, pogotovo ako

je riječ o rodbini u prvom koljenu. [6] S druge strane, do poremećaja može doći i u trenutku nepovoljne interakcije između vanjskih psihosocijalnih stresora i kapaciteta osobe da se nosi sa stresnim događajima. Stres se odnosi na stresne događaje koji su povezani s nekom promjenom, bila ona pozitivna ili negativna. Postoje različite situacije koje nepovoljno utječu na život pojedinca (gubitak posla, razvod, financijski problemi). To nakupljanje svakodnevnih, manjih opterećenja može pospješiti pojavu manično - depresivnih simptoma. Stres i opterećenje su često okidači za manične, depresivne i miješane epizode uz pozadinu odgovarajuće biološke sklonosti, ali nisu uzrok BAP-u. [6] Ne postoji nijedan dokazani uzrok bipolarnog poremećaja, no neka istraživanja pokazuju kako se radi o povezanosti s pomanjkanjem stabilnosti u prenošenju živčanih impulsa u mozgu. Neke biološke tvari u mozgu koje su povezane s raspoloženjem mogu biti promijenjene. Biološki problem na razini mozga može dovesti do toga da su ljudi s bipolarnim afektivnim poremećajem ranjiviji na emocionalna i fizička opterećenja. U životu, svaka osoba prolazi kroz uznemiravajuće životno iskustvo, bilo da je to uporaba psihoaktivnih tvari (alkohola, prekomjerno uzimanje lijekova), pomanjkanje sna ili neka druga prekomjerna, neobična stimulacija. U takvoj situaciji normalni mehanizmi za vraćanje mirnog funkcioniranja mozga ne rade uvijek ispravno pa dolazi do pojave manične ili depresivne faze. [3]

2. Dijagnosticiranje bipolarnog afektivnog poremećaja

Za postavljanje dijagnoze bipolarnog poremećaja nisu nužne depresivne faze, a za liječenje je važna točna dijagnoza jer o tome ovisi koja metoda liječenja se preporučuje. Ne postoje objektivni kriteriji nego subjektivno doživljavanje ili od drugih opažene promjene u ponašanju. Može se dogoditi da se na početku bolesti ne postavi točna dijagnoza, osobito ako se najprije pojave simptomi depresije jer se ne može odmah ukazati da li se radi o dugoročnoj depresiji ili bipolarnom poremećaju. [6] Da bi se postavila dijagnoza trebaju biti prisutne najmanje dvije epizode bolesti koje uključuju bilo koju epizodu: maničnu, hipomaničnu ili mješovitu i depresivnu epizodu. Drugim riječima, dijagnoza poremećaja raspoloženja proizlazi iz kliničke slike, tijeka bolesti i poznavanja obiteljske anamneze. [5] U knjizi o bipolarnom poremećaju, autorica navodi kako se zdravstveno osoblje u njihovim grupama samopomoći susrelo s mnogim osobama kod kojih je u obitelji bilo oboljelih od BAP-a, a kod drugih ih nije bilo. Ističe kako je važno poznavati rezultate dosadašnjih istraživanja koji mogu pomoći u razjašnjavanju nekih stvari. Istraživanja nisu pronašla neki specifični gen za bipolarni poremećaj. Pretpostavlja se kako postoji više gena koji su povezani s ovom bolešću, ali njihova snaga za pokretanje bolesti nije toliko jaka ako u okolini ne postoje neki nepovoljni uvjeti (stres, loši mehanizmi za nošenje sa stresom). Radi se o kompleksnom poremećaju u kojem postoji predispozicija u genima, ali moraju biti prisutni i nepovoljni vanjski faktori kako bi došlo do pojave bolesti. Može se reći da netko može imati predispoziciju za bolest, jer primjerice u obitelji ima oboljelih, ali ne mora doći do pojave bolesti kod te osobe. [3]

Promjene raspoloženja mogu kod nekih oboljelih biti jako naglašene i tada je lakše zaključiti da je osoba bolesna, a ponašanje neprikladno i značajno odstupa od normalnoga. Ponekad ga je teško prepoznati i zato često prođe dosta vremena dok se ne uspostavi prava dijagnoza i započne liječenje. Dijagnozu bipolarnog poremećaja postavlja psihijatar nakon višekratnih razgovora s oboljelom osobom i članovima obitelji. Također ju može postaviti liječnik obiteljske medicine koji oboljelog može uputiti psihijatru zbog potvrđne dijagnoze i liječenja. U cilju postavljanja dijagnoze, postavljaju se pitanja vezana uz uobičajeno raspoloženje i ponašanje, promjenu raspoloženja i ponašanja te pitanja o svakodnevnom životu. [3]

2.1. DSM IV klasifikacija poremećaja

Prema klasifikaciji Američke psihijatrijske udruge, DSM IV objedinjuje dosadašnje činjenice koje su dobivene istraživanjima na području psihijatrije. Navodi popis osnovnih karakteristika koje moraju biti prisutne u pojedinom slučaju kako bi se mogla odrediti točna dijagnoza samog

poremećaja, kao i trajanje i odsutnost drugih simptoma koji je kao takvu dijagnozu, isključuju. [7] Podjela uključuje bipolarni I poremećaj i bipolarni II poremećaj.

U bipolarni I poremećaj uključena je manično - depresivna dijagnoza gdje oboljeli pokazuju manične ili miješane epizode, a najčešće depresivne faze. Temelji se na tome da ako je neka osoba prvi put oboljela i pri tome se ustanovila manična faza, kao dijagnoza se postavlja bipolarni I poremećaj. Razlog tome je da je veća vjerojatnost kako će se u budućnosti pojaviti druge manične faze. Također se ta dijagnoza koristi kada su za tijek bolesti primarno karakteristična manična stanja, a depresivne faze nisu jasno izražene. Bipolarni II poremećaj je kada se osobi i njezinom rođaku postavi dijagnoza BAP-a; a u anamnezi se mogu utvrditi hipomanične i depresivne epizode, dok potpuno izražene manične faze nisu nastupile. Taj oblik je teže prepoznati pošto se hipomanija često previdi jer se osoba osjeća dobro, radosno i puna energije, a ne pojavljuju se ozbiljne poteškoće, pa se o tome ne izvješćuje. Profesionalna pomoć se traži samo za depresiju. Na temelju toga može nastati problem, pogotovo ako se mišljenja stručnjaka razilaze, pa kod liječenja samo antidepresivima mogu se izazvati hipomanične faze. [6]

2.2. Podjela dijagnoze prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji

Svjetska zdravstvena organizacija predstavila je psihijatrijsko- psihološku podjelu bipolarnog afektivnog poremećaja koja je prihvaćena od većine europskih zemalja. [6] Poremećaji raspoloženja, prema MKB-10, u tablici su svrstani pod kraticama od F30 do F39.

F 30	Manična epizoda
F 30.0	Hipomanija
F 30.1	Manija bez psihotičnih simptoma
F 30.2	Manija sa psihotičnim simptomima
F 31	Bipolarni afektivni poremećaj
F 31.0	BAP, sadašnja hipomanična epizoda
F 31.1	BAP, sadašnja manična epizoda bez psihotičnim simptomima
F 31.2	BAP, sadašnja manična epizoda sa psihotičnim simptomima
F 31.3	BAP, sadašnja epizoda blage ili umjerene depresije
F 31.4	BAP, sadašnja epizoda teške depresije bez psihotičnih simptoma
F 31.5	BAP, sadašnja epizoda teške depresije sa psihotičnim simptomima
F 31.6	BAP, sadašnja epizoda mješovita

F 31.7	BAP, remisija
F 31.8	Ostali BAP
F 31.9	BAP nespecifični
F 32	Depresivna epizoda
F 32.0	Blaga depresivna epizoda
F 32.1	Srednje teška depresivna epizoda
F 32.2	Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma
F 32.3	Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima
F 32.9	Depresivna epizoda, nespecifična
F 33	Povratni depresivni poremećaj
F 34	Trajni poremećaj raspoloženja
F 34.0	Ciklotimija
F 38	Ostali poremećaji raspoloženja
F 39	Poremećaj raspoloženja, nespecifičan

Tablica 2.2.1. Podjela poremećaja raspoloženja prema MKB-10 [7]

2.3. Diferencijalna dijagnoza BAP-a

Kao što se navelo da je samo dijagnosticiranje bipolarnog poremećaja često neprepoznatljivo, odnosno, većinom se teško dolazi do potvrdne dijagnoze, sve to može dovesti do posljedica što se tiče samog tretiranja pojedinog poremećaja. Tako se bipolarni poremećaj često dijagnosticira kao shizoafektivna psihoza. Pošto u rutinskoj praksi još uvijek ne postoje biološki markeri kao najbolji izbor za postavljanje dijagnoze, uzima se sistematični klinički pristup. Detaljno se istražuju svi prisutni psihopatološki simptomi sadašnjih epizoda, a ujedno je važno dobiti i podatke o epizodama koje su bile u prošlosti. Također treba procijeniti da li se sadašnji simptomi javljaju periodički ili su promjenjivi. Dobro je unutar svega toga ispitati i obiteljsku povijest s obzirom na poremećaj raspoloženja i sam odgovor na lijekove kod pacijenta ili obitelji. [1]

2.4. Je li mozak oboljelih od BAP-a promijenjen

Današnja dostignuća tehnologije daju mogućnost da se promatraju zbivanja u samom mozgu osobe koja je oboljela od bipolarnog poremećaja. Istraživanja koja su se provela na samom mozgu tih osoba su pokazala da postoje promjene u područjima mozga koje su odgovorne za

raspoloženje. Također postoje promjene i na kemijskoj razini i na razini neuroprijenosnika koje sudjeluju u prenošenju podražaja u područjima mozga koja su povezana s raspoloženjem. Lijekovi koji djeluju na kemijski poremećaj uspostavljaju povoljniju ravnotežu neuroprijenosnika u mozgu koja ujedno pomaže stabilizaciji raspoloženja i povlačenju simptoma. Na taj način mozak bolje funkcionira. Danas se drži kako lijekovi djeluju na sinaptičku neurotransmisiju i utječu na neuroplastičnost, odnosno stvaranje novih sinapsi i na taj način pomažu boljem funkcioniranju mozga. [3]

3. Vrste poremećaja raspoloženja

3.1. Razlika između normalnog ponašanja i bipolarnog raspoloženja u bipolarnom poremećaju

Prije samog prikaza specifičnih promjena unutar bipolarnog poremećaja, usporedit će se razlika između normalnog raspoloženja koji je dio svakodnevnice nasuprot poremećaju raspoloženja.

Oscilacije promjena raspoloženja su dio života. Ljudi se vesele kad im se dogodi nešto ugodno ili razmišljaju o veselim stvarima, a tužni su kad im nešto ne ide i sve je to normalno. Problem s raspoloženjem nastaje kada promjene raspoloženja nisu u skladu s okolnostima. Poremećaj raspoloženja u bipolarnom poremećaju utječe na iskustvo emocija koje nisu u skladu s realnom situacijom. Na primjer, osoba nema velikih razloga da se osjeća veselo ili tužno, ili su oni nedovoljni da bi se opravdalo tako veliko ushićenje ili depresivno raspoloženje. Emocije su kompleksno stanje osjećaja koje uključuju psihički doživljaj, mogu dovesti do promjene u tijelu i ponašanja koje iz toga proizlazi. Kada se radi o bipolarnom poremećaju, posebno o maniji/hipomaniji, promjenu u raspoloženju često mogu bolje zapaziti osobe koje tu osobu poznaju, nego sama oboljela osoba. Umanjena je procjena objektivnih promjena vlastitog ponašanja. Normalno raspoloženje ima normalne uspone i padove emocija, u skladu s unutarnjim i vanjskim proživljavanjem. Tako da osoba u maniji može doživjeti sebe kao iznimno privlačnu osobu kojoj nitko ne može odoljeti i smatra da su neke osobe zaljubljenije u nju, a da u stvarnosti ta osoba za koju vjeruje da je u njih zaljubljena nema o tome pojma. Kod oboljelih depresivno i povišeno raspoloženje nije u skladu s okolnostima ili je pretjerano i zbog toga se naziva poremećenim raspoloženjem. Kako je osobi, koja boluje od bipolarnog poremećaja, osobito u maniji, teško zaključiti da se radi o bolesnom raspoloženju, preporuča se savjet o tome kako je dobro uvijek promisliti da li je prisutno raspoloženje prikladno situaciji u kojoj se osoba nalazi te da li to stvara osobi poteškoće u svakodnevnom životu. Pošto je u maniji vrlo često smanjena kritičnost, osoba često vjeruje da je s njom sve u redu, a da drugi pretjeruju, stoga je dobro poslušati mišljenje dobronamjernog člana obitelji ili prijatelja pa zatražiti savjet liječnika. [3]

3.2. Depresija

Simptomi depresije su odraz poremećaja različitih procesa koji se odvijaju u organizmu. Osnovni simptomi su promjene raspoloženja, a bazični simptomi u svim stanjima depresije su depresivno raspoloženje i gubitak interesa. Smetnje bi trebale trajati najmanje dva tjedna da bi se

potvrdila depresivna epizoda. Od ostalih simptoma mogu biti prisutni poremećaji spavanja, gubitak apetita i tjelesne težine, osjećaj bezvrijednosti kao i suicidalna razmišljanja. Za postavljanje dijagnoze su najvažniji osnovni simptomi, dok pridruženi simptomi određuju težinu depresivne epizode. Sliku teške depresije predstavlja suicidalno razmišljanje i pokušaji suicida. [5] Vrlo je važno znati razliku između tugovanja kao normalne reakcije i same prerade duboke tuge - depresije. Normalno tugovanje treba ohrabrivati i poticati, a ujedno završava unutar razdoblja od nekoliko mjeseci do godine dana bez profesionalne pomoći. Za razliku od depresije koja nema ograničeno vrijeme trajanja, a simptomi ne prestaju bez profesionalne pomoći i vrlo je opasna za bolesnike zbog mogućnosti suicida. Proces tugovanja prema Američkom udruženju psihologa sadržava 6 faza, a to su šok, nevjerica, gubitak orijentacije i osjećaj nestvarnosti, pomanjkanje koncentracije, srdžba usmjerena prema svima koji su pridonijeli gubitku voljene osobe te tuga i na kraju prihvaćanje činjenice. [2]

3.2.1. Klinička slika depresivne epizode

Kod osobe u depresiji prisutni su simptomi suprotni onima u maniji. Raspoloženje je sniženo, prisutna je malaksalost, gubitak interesa za stvari koje su osobu ranije veselile. [3] Smanjena je energija i volja s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, smetnjama samokoncentracije, gubitkom sna i teka. Česte su suicidalne misli i pokušaji suicida. [2] Depresija nije isto što i tužno raspoloženje nakon što se osobi nešto neugodno dogodilo, nego je to skup različitih simptoma koji dovode do toga da osoba teško obavlja aktivnosti koje je do tada dobro obavljala. Ovisno o težini depresije, osoba ima poteškoće s održavanjem osobne higijene, oko poslova koje je ranije radila s lakoćom, a sad ih obavlja s poteškoćom. [3] Depresivno raspoloženje prevladava veći dio dana i to gotovo svaki dan te se navodi kao subjektivna žalost ili to primjete druge osobe ili rodbina. [8] Gubitak interesa i zadovoljstva izražava se gubitkom interesa i uživanja u stvarima koje su osobi ranije bile zanimljive. Psihomotorni nemir se iskazuje kroz simptome napetosti, nervoze i nemira. Mogu se javiti kod jednog broja oboljelih, češće fizička i psihička usporenost. Često je prisutna slaba koncentracija i zaboravljivost, tako da se osoba teško koncentrira, bježe joj misli i teško prati razgovor. Dolazi do slabljenja vitalne energije i umora pa osoba može govoriti o stalnom umoru bez tjelesnog napora pri čemu čak i najmanji zadaci zahtjevaju napor. Poremećaji mišljenja kod depresije uključuju negativnu procjenu sebe samih, svijeta i budućnosti, blokadu misli i poteškoće kod donošenja odluka. Taj način razmišljanja se odražava na smanjeno samopouzdanje koji je praćen osjećajem pretjerane krivnje, bespomoćnošću i učestalim razmišljanjem o smrti i samoubojstvu. [3] U tablici je navedeno 9 simptoma kojima bi se depresija kao takva mogla prikazati.

SIMPTOMI	OPIS
<p>Depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan</p>	<p>Depresivno, tužno, beznadno ili utučeno. U nekim slučajevima tuga se ispočetka negira, ali se kasnije prepoznaje tijekom svakodnevnog razgovora (osoba izgleda kao da će se rasplakati). Neke osobe radije naglašavaju tjelesne tegobe nego osjećaj tuge.</p>
<p>Značajno smanjeno zanimanje i uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima veći dio dana</p>	<p>Članovi obitelji primjećuju socijalno povlačenje i zanemarivanje ugodnih aktivnosti. U nekih je prisutno i značajno smanjenje prijašnjih stupnjeva seksualnog zanimanja i želje.</p>
<p>Značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini (promjena više od 5 posto tjelesne težine u mjesec dana), smanjenje ili povećanje teka</p>	<p>Apetit je obično smanjen i mnoge osobe osjećaju da se moraju prisiliti na jelo. Druge osobe, osobito one na ambulatnom liječenju, mogu imati povećan tek i žudjeti za određenom hranom.</p>
<p>Nesanica ili hipersomnija</p>	<p>Najveća smetnja povezana s depresivnim poremećajem raspoloženja. Obično se bude usred noći i imaju teškoće s ponovnim usnivanjem (središnja) ili se bude prerano i više ne mogu zaspati (terminalna).</p>
<p>Psihomotorička agitacija</p>	<p>Nesposobnost da se mirno sjedi, čupkanje ili trljanje kože, odjevnih predmeta.</p>
<p>Umor ili gubitak energije</p>	<p>Stalni umori bez tjelesnog napora. Osoba se često tuži da joj jutarnje umivanje i odijevanje uzrokuje dvostruko veći napor.</p>
<p>Osjećaj bezvrijednosti</p>	<p>Doživljavaju se manje vrijednima uz jak osjećaj krivnje i samooptuživanja. Osjećaju da</p>

	nemaju za što živjeti i da nisu sposobne postići bilo što u životu. Osjećaji bezvrijednosti onemogućuju stvaranje socijalnih odnosa i to može dovesti do socijalne izolacije i još niže razine samopoštovanja.
Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije	Mnoge osobe govore o oštećenoj sposobnosti da misle, koncentriraju se ili da donose odluke.
Ponavljajuća razmišljanja o smrti, samoubilačke ideje bez specifičnog plana ili pokušaji samoubojstva	<p>Razmišljanja variraju od uvjerenja da bi drugima bilo bolje da je osoba mrtva do prolaznih, ponavljajućih razmišljanja o izvršenju samoubojstva.</p> <p>Osobe s jako izraženim samoubilačkim idejama mogu nabavljati predmete koje će upotrijebiti prilikom izvršenja samoubojstva i mogu odrediti mjesto i vrijeme kada će biti izolirani od drugih tako da mogu izvršiti samoubojstvo.</p>

Tablica 3.2.1. Simptomi depresivnog raspoloženja [2]

3.3. Zdravstvena njega depresivnog bolesnika

Depresivno raspoloženje se može javiti kao odgovor na različite vrste gubitka kao što je gubitak tjelesnih funkcija, dijela tijela, socio - ekonomskog statusa, u slučajevima neizlječivih organskih bolesti. Iako nema velike razlike u simptomima, ne može se odmah reći kako je riječ o poremećaju raspoloženja - depresiji. Medicinske sestre bi trebale prepoznati razliku između normalne reakcije koja se zove tugovanje i patološke prerade duboke tuge - depresije. Važno je znati da normalno tugovanje treba ohrabrivati i poticati te da završava unutar razdoblja od nekoliko mjeseci do godine dana bez profesionalne pomoći. Dok s druge strane, depresija nema ograničeno vrijeme trajanja, simptomi ne prestaju bez profesionalne pomoći i vrlo je opasna za bolesnike zbog mogućnosti suicida. Zbog toga, da bi sestrinska skrb za bolesnike bila primjerena, nužno je poznavanje tih razlika u simptomima koji određuju depresivni poremećaj raspoloženja. [2]

Glavna zadaća medicinske sestre je pomoći bolesniku u svakodnevnim aktivnostima s ciljem smanjivanja osjećaja bezvrijednosti i bespomoćnosti. Da bi se postigli postavljeni ciljevi, sestra bi trebala biti strpljiva i osigurati dovoljno vremena za bolesnika, prihvatiti pacijenta kao vrijedno ljudsko biće i podržavati samopoštovanje. Dobro bi bilo osigurati primjerenu prehranu i tjelesnu aktivnost radi održavanja fiziološke stabilnosti. Pomoći oboljelome u obavljanju svakodnevnih aktivnosti na način koji podupire osjećaj samopoštovanja, poticati postavljanje pitanja i ostvarivanja malih ciljeva. Pružati podršku i pohvaliti za svaku odluku koju je pacijent sam donio, preusmjeravati negativne misli prema pozitivnim aktivnostima, spriječiti izolaciju i otuđenje, pomno pratiti sve što može upućivati na suicidalnost, podučavati pacijenta i obitelj o bolesti i liječenju. Najvažnije načelo u zbrinjavanju bolesnika je zaštita od samoubilačkih poriva pošto se suicidalnost može pojaviti u bilo kojoj fazi depresije. Važan je individualan pristup u zbrinjavanju za svakog bolesnika. Posebnu pozornost treba posvetiti promatranju raznih promjena ponašanja i raspoloženja bolesnika kao što su iznenadna veselost ili naglo smirivanje, pripremanje radnje za suicid ili verbalizacija suicidalnosti, rano buđenje ili teško uspavljivanje. Za sve to je potrebno mnogo znanja, strpljivosti i empatije. Za postizanje željenih ciljeva nužno je stvaranje terapijskog odnosa, socioemocionalnog ozračja na odjelu i terapijska komunikacija. [2]

3.3.1. Moguće sestrinske dijagnoze u depresivnoj epizodi

Sestrinske dijagnoze koje mogu prisutne u depresivnoj epizodi su:

1. KRONIČNO/AKUTNO SNIŽENO SAMOPOUZDANJE
2. UMOR
3. SOCIJALNA IZOLACIJA
4. VISOK RIZIK ZA SUICID

1. KRONIČNO SNIŽENO SAMOPOUZDANJE [9]

DEFINICIJA: dugotrajne negativne samoprocjene/osjećaji o sebi ili svojim sposobnostima

OBILJEŽAVAJUĆE KARAKTERISTIKE: odbija pozitivne povratne informacije o sebi (dugotrajno ili kronično), oklijevanje u isprobavanju novih stvari (dugotrajno ili kronično), izraz srama/krivnje (dugotrajno ili kronično), osoba sebe procjenjuje kao nesposobnu za nošenje s događanjima, nedostatak kontakta očima, neasertivnost/ pasivnost, česti nedostatak uspjeha na poslu ili životu, ovisnost o tuđim mišljenjima, neodlučnost

POVEZANI FAKTORI: kronična bolest, trajna mentalna bolest, trajni problemi u vezama, trajni socijalni problemi

ŽELJENI ISHODI: pokazati poboljšanje sposobnosti za interakciju s drugim ljudima (održavanje kontakta očima, uključivanje u razgovor, izražavanje misli/osjećaja); verbaliziranje povećanog samoprihvatanja kroz pozitivne izjave o sebi; prepoznavanje vlastitih dostignuća i vrijednosti; prepoznavanje i rad na malim, dostižnim ciljevima; poboljšanje samostalnosti u donošenju odluka i vještina u rješavanju problema

SESTRINSKE INTERVENCIJE: aktivno slušanje i poštovanje; procjena okoline pacijenta, njegovih svakodnevnih stresora, uključujući brigu o fizičkom zdravlju i potencijalnom zlostavljanju; procjena snage i sposobnosti, poboljšanje pozitivne samopercepcije s kojom se pacijent poistovjećuje (održavanje optimizma kojim se smanjuje ljutnja i negativnost); identifikacija i ograničavanje pacijentove negativne samoprocjene; poticanje realnih i ostvarivih ciljeva te evaluacija izvora i prepreka za ostvarivanje; demonstracija i promoviranje djelotvornih komunikacijskih tehnika, provođenja vremena s pacijentom; poticanje samostalnosti u donošenju odluka razmatranjem opcija i mogućih posljedica s pacijentom; korištenje neuspjeha kao priliku za dobivanje korisnih informacija; promicanje pozitivne okoline i aktivnosti koje poboljšavaju samopoštovanje; procjena pacijenta procjenjujući utjecaj obitelji i prijatelja na osjećaje vrijednosti; podupiranje socijalizacije i komunikacije; poticanje pisanje dnevnika kao sigurnog načina izražavanja emocija; pomoć kod povećanja osjećaja pripadnosti

EDUKACIJA OBITELJI: dati informacije obitelji o ustanovama za psihoterapeutsko savjetovanje; uputiti ih o psihoedukacijskim grupama o smanjenju stresa; grupama samopomoći [9]

AKUTNO SNIŽENO SAMOPOUZDANJE:

DEFINICIJA: razvoj negativne percepcije samovrijednosti kao odgovor na novonastalu situaciju

OBILJEŽAVAJUĆE KARAKTERISTIKE: verbalno izražavanje trenutne situacije o samovrijednosti; neodlučno, neasertivno ponašanje; evaluacija sebe kao nesposobnog za nošenje sa događajima; izraz bespomoćnosti i beskorisnosti

POVEZANI FAKTORI: razvojni poremećaji; poremećena slika o tijelu; funkcionalni poremećaj; gubitak; promjena socijalne uloge; ranije naučena bespomoćnost; zlostavljanje, zanemarivanje

ŽELJENI ISHODI: Pacijent će (u željenom vremenu) izreći utjecaj životnih događaja na vlastite emocije; prepoznati prisutnost krivnje i prestati kriviti sebe ako je neki događaj bio povezan s procjenom druge osobe; potražiti pomoć ako će biti potrebno

SESTRINSKE INTERVENCIJE: procjeniti znakove i simptome depresije i samoubojstva i/li nasilja, ako postoje, obavijestiti nadležne; aktivno slušanje, iskazivanje poštovanja i prihvatanje

pacijenta; procjena identifikacije problema i okolnih čimbenika koji doprinose problemu, prihvaćanje pacijentovog ritma u borbi s tugom ili krizom; pružanje informacija o grupama samopomoći i podrške; pružanje psihoedukacije pacijentu i njegovoj obitelji; utvrditi utjecaj prošlih iskustva na samopoštovanje te rad na mjerama poboljšanja

EDUKACIJA OBITELJI: procjeniti sistem podrške (obitelj, prijatelji, zajednica); edukacija pacijenta i obitelji o procesu tugovanja; uputiti obitelj i pacijenta prema centrima za krizne intervencije, grupama podrške i grupama samopomoći. [9]

2. UMOR

DEFINICIJA: silan, kontinuiran osjećaj iscrpljenosti i smanjene mogućnosti za fizički i mentalni rad na uobičajnoj razini

OBILJŽAVAJUĆE KARAKTERISTIKE: nemogućnost obnove energije čak ni nakon sna; smanjenje energije ili nemogućnost održavanja normalne razine fizičke aktivnosti; povećana potreba za snom; umor; nemogućnost izvođenja rutinskih radnji; pospanost i neraspoloženost; smanjena koncentracija; nezainteresiranost za okolinu; osjećaj krivnje zbog nemogućnosti izvršavanja zadataka; slabost

POVEZANI FAKTORI: psihološki (stres, anksioznost, depresija, dosada); okolinski (vlažnost, buka, jako svjetlo, temperatura); fiziološki (manjak sna, trudnoća, slabo fizičko stanje, bolesti (rak, HIV, multipla skleroza), povećan fizički napor, anemija, neuhranjenost)

ŽELJENI ISHODI: pacijent će identificirati potencijalne faktore koji pogoršavaju umor; izreći stanje povećanja energije

SESTRINSKE INTERVENCIJE: procjena umora na skali od 0 do 10; procjeniti učestalost umora (broj dana u tjednu i vrijeme dana); utvrditi aktivnosti i simptome koji vode povećanju umora (bol); mogućnost koncentracije i izvođenja uobičajnih aktivnosti; procjena prehrane i sna (drijemanje kroz dan, nemogućnost spavanja), poticanje pacijenta na kvalitetan san, ograničavanje drijemanja tokom dana (osobito poslijepodne), korištenje rasporeda spavanja i buđenja, balansirana dijeta i pijenje najmanje 8 čaša vode dnevno; odrediti postoji li primarni uzrok umora (bol, elektrolitski disbalans, hipotireoza, depresija); poticanje pacijenta da izrazi osjećaje o umoru, uključujući i njegovo mišljenje zašto se umor javlja, i moguće intervencije u smanjenju umora; poticanje pacijenta da vodi dnevnik aktivnosti, simptoma umora, emocije, uključujući kako umor utječe na svakodnevni život; poticanje vježbanja uz savjetovanje sa fizioterapeutom

EDUKACIJA: uputiti obitelj o umoru i kako s njim živjeti, uključujući potrebu za ohrabrenjem; podučiti pacijenta o strategijama očuvanja energije (sjedenje umjesto stajanja tokom tuširanja); uputiti pacijenta na nošenje kalendara i bilježenje aktivnosti; edukacija o

važnosti pravilne prehrane i zdravog načina života; podučiti o tehnikama smanjenja stresa (duboko disanje, slušanje glazbe). [9]

3. SOCIJALNA IZOLACIJA

DEFINICIJA: samoća doživljena od pojedinca i percipirana kao nametnuta od drugih i kao negativno i ugrožavajuće stanje

OBILJEŽAVAJUĆE KARAKTERISTIKE: OBJEKTIVNE: odsutnost podrške od bliskih osoba (obitelj, prijatelji), agresivnost u glasu i ponašanju; povlačenje; smanjenja želja za komunikacijom; želja za samoćom; ponavljajuće i beznačajne aktivnosti; zaokupljenost vlastitim mislima; nedostatak kontakta očima; neprikladne ili nezrele aktivnosti

SUBJEKTIVNE: osjećaj usamljenosti nametnut od drugih, osjećaj odbijenosti, neprikladan ili odsustan interes za životnom svrhom; nemogućnost ispunjavanja tuđih očekivanja; nesigurnost u javnosti

POVEZANI FAKTORI: promjene u mentalnom statusu; nemogućnost angažiranja u zadovoljavajućoj vezi; neprihvatljive socijalne vrijednosti; neprihvatljivo socijalno ponašanje; nezreli interesi; promjene u fizičkom izgledu; promjenjivo zdravstveno stanje

ŽELJENI ISHODI: pacijent će prepoznati osjećaje izolacije; vježbati socijalne i komunikacijske vještine potrebne za interakciju s drugima; sudjelovati u aktivnostima i programima prema nivou sposobnosti i želja

SESTRINSKE INTERVENCIJE: promatrati barijere socijalne interakcije (bolest, inkontinencija, smanjenja sposobnost održavanja veza); razmotriti uzroke prividne ili stvarne izolacije; promicanje socijalne interakcije; uspostava povjerenja; poticanje fizičke bliskosti; upućivanje na grupe podrške. [9]

4. VISOK RIZIK ZA SUICID

DEFINICIJA: rizik za vlastito nanošenje životno opasnih ozlijeda

POVEZANI FAKTORI: Bihevioralni: raniji pokušaj samoubojstva; impulzivno ponašanje; kupnja vatrenog oružja; sakupljanje lijekova; sastavljanje ili mijenjanje oporuke; dijeljenje imovine; iznenadno euforično ponašanje nakon depresije; izražene promjene u ponašanju, stavu ili školskom uspjehu

Verbalni: prijetnje o samoubojstvu; izražavanje želje za smrću

Situacijski: živi sam, mirovina, selidba, institucionalizacija, ekonomska nestabilnost, gubitak samostalnosti/neovisnosti, prisutnost vatrenog oružja u kući

Psihološki: samoubojstvo u obitelji, alkoholizam i uzimanje droge, psihijatrijska dijagnoza (depresija, shizofrenija, bipolarni poremećaj), krivnja

Demografski: dob (stariji, mladi muškarci, adolescenti), rasa (bijelci, Indijanci), spol (muški), bračni status (razvedeni, udovci/udovice)

Fizički: fizička bolest, terminalna bolest, kronična bol

Socijalni: gubitak važne veze, disfunkcionalna obitelj, tuga, teži gubitak, loš sustav potpore, usamljenost, beznadanost, bezpomoćnost, socijalna izolacija, legalni problemi, grupna samoubojstva

ŽELJENI ISHODI: pacijent neće podlijeći samoranjavanju; održavati će veze; raspravljati će o ideji samoubojstva ako postoji; izraziti smanjenje anksioznosti i kontrolirati impulzivne radnje, razgovarati o osjećajima; ukloniti objekte kojima bi se mogao raniti; održavati samokontrolu bez nadzora

SESTRINSKE INTERVENCIJE: ustanoviti terapijski odnos s pacijentom; ne davati obećanja koja se ne mogu ispuniti; nadgledati, dokumentirati i izvjestiti o riziku za samoubojstvo; pripaziti na znakove koji upućuju na samoubojstvo (izjave poput 'Ne mogu više.' 'Ništa više nije važno.' 'Da sam bar mrtav/mrtva. '), značajna promjena u ponašanju, stavu ili izgledu, korištenje droga ili alkohola); ozbiljno shvatiti oproštajna pisma; utvrditi prisutnost i stupanj rizika za samoubojstvo; premjestiti pacijenta u sobu najbližu sestrinskoj sobi; ukloniti sve predmete koji bi mogli poslužiti kod ranjavanja/samoubojstva; povećan nadzor nad pacijentom pogotovo kad je osoblje smanjeno (prilikom sastanka, promjene smijene); promatranje, bilježenje i izvještaj o promjenama raspoloženja ili ponašanja koji bi mogli indicirati o pokušaju samoubojstva; nadzor prilikom uzimanja lijekova; pojačani nadzor kad god je propisano uzimanje antidepresiva, ili prilikom povećanja doze antidepresiva; ograničiti pristup prozorima; komunikacija s pacijentom (razlozi iza depresije, pokušaja samoubojstva); orijentirati se na sadašnjost i budućnost, te izbjegavati spominjanje predhodnih incidenata više nego potrebno; grupe podrške; uključivanje obitelji u proces oporavka; prilikom otpusta iz bolnice, osigurati određenu dozu lijekova; u slučaju uspjelog samoubojstva, uputiti obitelj u terapijske zajednice. [9]

3.4. Manija

Manično stanje karakterizira povišeno raspoloženje, odnosno osjećaj povišene energije, nekritičnost, redukcija spavanja i sve to može varirati od blagog (jedva primjetno), koje se ne smatra patološko, pa sve do psihotične razine. [3] Osobe s maničnim poremećajem ne prihvaćaju svoj poremećaj i opiru se liječenju. Najčešće se javlja oko dvadesete godine života. Počinje iznenada s potpunim razvojem simptoma unutar nekoliko dana, a traje nekoliko dana do nekoliko tjedana. Često je u pozadini pojave poremećaja psihosocijalni stres. [2] Bolesnik

najčešće ne želi prihvatiti da se radi o poremećaju nego je uvjeren kako se nalazi u najboljem stanju. Sama nemogućnost uvida u problem i nekritičnost mogu dovesti do opasnog psihotičnog stanja kada se pojavljuje nametljivost, osoba reagira agresivno i iritabilno. Manična faza zahtjeva hitno bolničko liječenje, a primjena antipsihotika je neizbježna. Za daljnji tijek bolesti vrlo je važna edukacija bolesnika i uspostava suradnje. [5]

3.4.1. Klinička slika manične epizode

Uz depresiju, drugi najčešći oblik bipolarnog afektivnog poremećaja je manija. Da bi se dijagnosticirao (DSM IV) manični poremećaj, simptomi koji moraju biti prisutni tijekom određenog razdoblja (najmanje tjedan dana) su nenormalno i trajno povišeno ili razdražljivo raspoloženje. Tijekom razdoblja promijenjenog raspoloženja prisutno je tri ili više simptoma: samopoštovanje ili grandioznost, smanjena potreba za spavanjem, potreba da stalno govori, bijeg ideja, psihomotorička agitacija. [2]

Kod sumnje na maniju, a opet na samu razliku od hipomanije, kao neka vrsta pomoći, dobro dođu pitanja na koja oboljela osoba mora odgovoriti. Za potvrdu manije moraju biti potvrdna tri odgovora na postavljena pitanja. Pitanja su sastavljena prema DSM IV i MKB-10. [Tablica 3.4.1.1.] Uz to je važno napomenuti kako stanje manije treba trajati minimalno jedan tjedan, dok za hipomaniju minimalno četiri dana, ali se tu ne očekuju ideje grandioznosti i bijeg ideja, koji su karakteristični za maniju. Kao uvod u nadolazeća pitanja, osobu se naprije upita da li je ikad imala razdoblje promjene raspoloženja minimalno četiri dana za redom ili tjedan dana kada je bila zaprimljena u bolnicu (manija), a raspoloženje je bilo povišeno ili razdražljivo. [3]

1. Jeste li bili aktivniji nego obično, bilo društveno, na poslu, kod kuće ili fizički nemirni?
2. jeste li bili pričljiviji nego inače ili ste osjećali pritisak da neprestano pričate?
3. Jesu li Vam misli jurile ili ste govorili tako brzo da je ljudima bilo teško pratiti što govorite?
4. Jeste li lako stupali u kontakte s ljudima s kojima niste bili u bliskim odnosima?
5. Jeste li trebali manje sna nego inače, a nakon buđenja ste se osjećali puni energije?
6. Jeste li imali osjećaj da ste vrlo važna osoba, imali specijalne planove, talente?
7. Je li Vaš seksualni nagon bio povišen, jeste li nepromišljeno ulazili u seksualne avanture?

Tablica 3.4.1.1. Pitanja za maničnu epizodu [3]

Što se tiče same psihomotorike osobe sa maničnim poremećajem, ona je ubrzana sa živahnom motorikom, ubrzan je govor i osobe su u stalnom pokretu, sklone rizičnim radnjama. Subjektivno su dobrog zdravlja i kondicije. Raspoloženje je izrazito povišeno (euforično), neprimjereno okolnostima. Kod osoba u maničnoj fazi problem predstavlja nesаница gdje je uslijed povišene energije skraćeno spavanje. [8] Budi se nekoliko sati ranije nego obično. Ponekad može provesti i nekoliko dana bez spavanja i da pri tome ne osjeća nikakav umor. [2] Osobe imaju niski prag na frustraciju što ujedno dovodi do ljutnje, bijesa i agresije. Također su emocionalno labilne. Mišljenje u maničnoj fazi je ubrzano, sa brzim izmjenama ideja i nerazumljivog govora. Teško održavaju pažnju i često mijenjaju svoje planove i aktivnosti. [8] U ekstremnim slučajevima aktivnost može biti toliko ubrzana da ne postoji povezanost između raspoloženja i ponašanja, a takav oblik agitacije se naziva delirantna manija. [5] Zbog pretjerane aktivnosti i nedostatka vremena smanjen je nagon za hranom što dovodi do gubitka tjelesne težine. Svijest je uglavnom očuvana kao i pamćenje i inteligencija. Kritičnost je smanjena ili odsutna te nemaju uvida u svoje stanje pa odbijaju svaki razgovor za liječenje. [8] Seksualne želje su često povećane i mogu dovesti do seksualno impulzivnog i nediskretnog ponašanja. [3] Kod izrazito agitiranih bolesnika moguća je povišena tjelesna temperatura, povišenje kolesterola i pojava glukoze u urinu. [8]

3.5. Zdravstvena njega maničnog bolesnika

Ciljevi sestrinske skrbi usmjereni su smanjenju simptoma bolesti i zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba te zaštiti okoline bolesnika. Medicinska sestra je ta koja prikuplja podatke na temelju intervjua u radu sa psihičkim bolesnicima, kao metodu uvida u stanje bolesnika, a istovremeno omogućuje primjenu vještina nagovaranja, savjetovanja i podučavanja. Tijekom razgovora sestra prikuplja podatke o mogućem stresu koji je mogao biti uzrok trenutnog stanja, organskim oštećenjima, svakodnevnim uobičajenim aktivnostima, podatke o spavanju, znakovima hiperaktivnosti (vikanje, psihomotorna agitacija). Provodi intervencije koje uključuju pomoć bolesniku da na adekvatan način izrazi misli i osjećaje, a prilikom toga je važno da sestra aktivno sluša bolesnika. Pomaže bolesniku da stvori odnos u okruženju tako da ga zaštiti od netrpeljivosti drugih bolesnika i da postavi ograničenja u slučaju da je bolesnik zahtjevan i dosađuje drugima, pomoć bolesniku u traženju načina smanjenja ili kontrole hiperaktivnosti tako da odredi ograničenja i svakodnevno kontrolira bolesnika. Planira dnevni plan aktivnosti. [2] Što se tiče prehrane na temelju pretjerane aktivnosti oboljeloga, sestra treba provjeravati da li je zaista pojeo dati obrok. Zbog te situacije, osobe često zanemaruju potrebu za jelom. [3] Bolesnik s maničnim poremećajem iznimno je težak bolesnik za sve članove zdravstvenog tima. Budući

da je medicinska sestra gotovo 24 sata uz bolesnika, mora naći mogućnosti relaksacije i verbalizacije problema kako bi mogla pomoći bolesniku. Važna je i edukacija bolesnika koja je usmjerena na djelovanje i nuspojavu primijenjenog lijeka. Također je važno da se vodi briga za osnovne ljudske potrebe (uzimanje hrane i tekućine, tjelesna aktivnost) kao i o načinu traženja pomoći u slučaju pojave simptoma. [2]

3.5.1. Moguće sestrinske dijagnoze u maničnoj epizodi

Sestrinske dijagnoze koje mogu biti vezane uz maničnu epizodu su:

1. VISOK RIZIK ZA OZLJEDE
2. NESANICA U/S HIPERAKTIVNOŠĆU

1. VISOK RIZIK ZA OZLJEDE [10]

DEFINICIJA- Visok rizik za ozljede jest prijeteća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca

OČEKIVANI ISHOD- tijekom boravka u bolnici pacijent se neće ozlijediti

FOKUS NA: ponašanje, emocije, znanje

INTERVENCIJE I OBRAZLOŽENJE:

Odrediti: Pomoći pacijentu prepoznati situacije i opasnosti koje mogu uzrokovati nesreće kako bi mogao povećati svoju svijest o potencijalnim opasnostima.

Izvođenje: Rasporediti okolinu pacijenta i upozoriti na aktivnosti tijekom dana kako bi se smanjila opasnost od ozljeda. Identifikacija rizika, nadzor. [10] Objasniti pacijentu nuspojave lijekova. Ukloniti iz prostora u kojem pacijent boravi sve nepotrebne stvari. Rasporediti namještaj tako da ne smeta pacijentu. Poticati pacijenta na sudjelovanje u izradi plana održavanja fizičke pokretnosti, uravnoteženog odmora i aktivnosti. Nadzirati pacijenta kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika [11]

2. NESANICA [10]

DEFINICIJA: Poremećaj u količini i kvaliteti sna koji narušava funkcioniranje

DEFINIRAJUĆA OBILJEŽJA: • izvješća o promjenama u raspoloženju

- izvješća o poteškoćama sa spavanjem i boravkom u snu
- izvješća o nezadovoljstvu spavanja
- izvješća o rano jutarnjim buđenjima

POVEZANI FAKTORI: Depresija, manija, strah, neodgovarajuća higijena spavanja, lijekovi, psihička nestabilnost, rasporedaktivnosti

OČEKIVANI ISHODI: Pacijent će postići spavanje u trajanju od 6 sati bez prekida

INTERVENCIJE I OBRAZLOŽENJA:

Utvrđiti: Procjena pacijentove dnevne hiperaktivnosti i obrasce rada; normalno vrijeme za spavanje; problemi povezani sa spavanjem; kvaliteta sna; okruženje u kojem spava; osobna uvjerenja o spavanju; korist od lijekova. Informacije o procjeni mogu pomoći u odabiru odgovarajuće intervencije.

Izvesti: Pitati pacijenta za pomoć oko promjene okruženja koje će promicati spavanje. To omogućava pacijentu da ima aktivnu ulogu u liječenju. Davati ordinirane lijekove koji će omogućiti maksimalan odmor. Osigurati pacijentu pomagala za spavanje, kao što su jastuci, kupka prije spavanja, hranu ili piće. Napraviti dnevnik spavanja zajedno s pacijentom kako bi se opisale i pratile smetnje sna i funkcioniranje tijekom dana. Dnevnik pomaže i pacijentu i medicinskoj sestri za procjenu napretka u ocjenjivanju obrasca spavanja. .

Prisustvovanje: Poslušati pacijentov opis nesanice. Pitati pacijenta da svaki dan opiše svoju kvalitetu sna. [10]

3.6. Izmjena manične i depresivne epizode

Ponekad, unutar BAP-a može doći i do brze izmjene faze manije i depresije. Godišnje može nastupiti po četiri pa i više afektivnih epizoda. Brzo slijede jedna iza druge ili su čak i povišeno i sniženo raspoloženje prisutni u istoj fazi. Kod ovog oblika poremećaja vrlo je važno oprezno postupati s lijekovima, osobito s antidepresivima. Ti lijekovi ujedno mogu potaknuti ubranu izmjenu faza. Za ovakav oblik treba dosta strpljenja u pronalasku lijekova koji stabiliziraju stanje, a ujedno da se i uoče okolnosti koje provociraju brzu izmjenu faza kod bipolarnog poremećaja. [3]

3.7. Ciklotimija

Ciklotimiju karakteriziraju kronični ili povratni poremećaji raspoloženja koji uključuju brojne epizode hipomaničnog ponašanja i blage ili umjerene depresije, ali sa slabijim intenzitetom simptoma tako da se nikad točno ne može dijagnosticirati BAP. Životna prevalencija ciklotimije je od 0,4% do 1,0 %. [5] Dostupnost epidemioloških i kliničkih podataka pokazala je čestu povezanost ciklotimije s tjeskobom, zluporabom droga, grupom poremećaja osobnosti. To ujedno ukazuje na visoku učestalost u kliničkim uzorcima i potporu njegove valjanosti kao poseban oblik bipolarnosti. [12] Za postavljanje dijagnoze ciklotimije, afektivna nestabilnost mora trajati najmanje dvije godine bez međurazdoblja normalnoga afekta. Klinička slika je slična manično-depresivnoj bolesti, ali od nje se razlikuje po smanjenom intenzitetu.

Obično su ciklusi kratki i alterirajući. [5] Ciklotimija se najbolje identificira kao preuveličavanje ciklotimičkog temperamenta (osnovno raspoloženje i emocionalna nestabilnost) s ranim početkom i ekstremnom reaktivnošću raspoloženja koji su povezani s interpersonalnom osjetljivošću i odvojenosti, učestalim miješanim značajkama depresivne faze, višestrukim oboljenjima i visokim rizikom za impulzivno ponašanje i suicid. Kod prikladne terapije stabilizatorima raspoloženja i pomoću specifičnih psiholoških pristupa i edukacije, mogu se zagarantirati značajne promjene u dugoročnoj prognozi ciklotimije. Ali da bi se to ostvarilo, važno ju je što ranije otkriti i liječiti. [13]

4. Liječenje BAP-a

U liječenju bipolarnog poremećaja koriste se lijekovi i psihosocijalni postupci. Cilj liječenja je umanjiti ili ukloniti simptome, uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje te smanjiti mogućnost relapsa ili recidiva bolesti. [5] Ovisno o stanju pacijenta, može se koristiti samo jedan lijek, ali je to znatno rjeđe jer obično treba više lijekova kako bi se samo stanje stabiliziralo. Kod liječenja je važna strpljivost i suradnja s liječnikom zbog odabira učinkovite terapije koja će pomoći u smanjenju ili uklanjanju simptoma depresije ili manije. Također pomaže i da razdoblja stabilnog raspoloženja budu što duža. Ujedno, konačni cilj liječenja je da bipolarni poremećaj što manje remeti kvalitetu života. [3]

Važno je prilagoditi liječenje pojedinom stanju, a to znači da se ono razlikuje po tome da li prevladavaju trenutno manični, depresivni ili miješani simptomi. Uz te simptome nužno je razlikovati i tri faze liječenja: akutnu, fazu stabilizacije i profilaktičku fazu. Cilj u akutnoj fazi je da se smiri simptomatika, neovisno o kojoj epizodi se radi (maničnoj, hipomaničnoj, depresivnoj ili miješanoj). Liječenje akutne faze se najčešće odvija tijekom boravka u psihijatrijskoj klinici. Radi se na sprječavanju pogoršanja stanja, na primjer prelaz iz hipomaničnog stanja u potpuno izraženu maniju ili pojavu dodatnih psihotičnih simptoma. U fazi stabilizacije koja traje otprilike 4 do 6 mjeseci nakon akutne faze, u prvim mjesecima simptomi su još prisutni, ali su se znatnije popravili. S druge strane još postoji rizik od ponavljanja bolesti pa se ponekad zadržavaju dodatni lijekovi koji su se koristili u akutnoj fazi. Cilj profilaktičke faze je sprječavanje daljnjih epizoda bolesti. Profilaksa se postiže kombinacijom različitih elemenata liječenja (lijekovi, psihoedukativne grupe). [6]

Osnovni lijekovi za liječenje BAP-a su stabilizatori raspoloženja i antipsihotici, a u depresivnoj se fazi mogu koristiti i antidepresivi. U primjeni antidepresiva treba biti oprezan i isključiti ih čim se raspoloženje popravi, osobito kod osoba koje pokazuju brzu izmjenu maničnih i depresivnih faza, kada faze idu jedna za drugom. Ovisno o fazi bolesti i zdavstvenom stanju, liječenje se može započeti jednim lijekom ili kombinacijom lijekova. Preporuka za uzimanje lijekova je povezana s učestalošću poremećaja i težinom same bolesti. Ako se radi o prvoj epizodi bolesti pa je nakon godinu ili dvije došlo do potpunog poboljšanja, liječnik može preporučiti i prekid liječenja. S druge strane, ako je bilo više epizoda, lijekovi se mogu preporučiti na dužu uporabu. [3]

4.1. Prihvaćanje bolesti i liječenja

Većina osoba oboljelih od psihičkog poremećaja ima poteškoća s prihvaćanjem dijagnoze jer najčešće zbog stigme povezuju dijagnozu s nekim defektom u ličnosti. Druga poteškoća je što mnogi oboljeli od bipolarnog poremećaja imaju smanjeni uvid u bolest pa teško prepoznaju da njihovo ponašanje proizlazi iz bolesti. Prva reakcija bolesnika kad liječnik potvrdi dijagnozu bipolarnog poremećaja vezana je za liječenje i kako ono nije potrebno. Mnogi teško prihvaćaju činjenicu da su bolesni bez obzira radi li se o psihičkoj ili tjelesnoj bolesti, stoga treba vremena da osoba prihvati kako se radi o bolesti i surađuje u liječenju. BAP je bolest za koju postoji liječenje. Važno je da samo razdoblje traje što kraće i da se liječenje primjeni što ranije jer se tada postižu najbolji rezultati. [3]

4.2. Medikamentno liječenje

U liječenju bipolarnog poremećaja najčešće se upotrebljavaju tri vrste lijekova:

- ✓ stabilizatori raspoloženja
- ✓ antidepresivi
- ✓ antipsihotici [6]

Od stabilizatora raspoloženja najčešće se koriste valproat, karbamezapin, lamotrigin i litij. Ti lijekovi su djelotvorni i uspješni u liječenju bipolarnog poremećaja. Neki stabilizatori su uspješniji u stabiliziranju manije, a neki depresije pa liječnik može preporučiti kombiniranje stabilizatora ili kombinaciju s nekim antidepresivom i antipsihotikom. Kod kombinacije stabilizatora raspoloženja i antipsihotika, učinkovitost je bolja kod većine osoba oboljelih od bipolarnog poremećaja. Kod primjene stabilizatora raspoloženja u liječenju treba pratiti koncentracije lijeka u krvi radi uspostave i određivanja prave doze koja će biti učinkovita u uklanjanju simptoma bolesti i sprječavanju ponovne pojave. Stabilizatori raspoloženja kada se primjenjuju zajedno mogu utjecati na koncentracije lijeka u krvi i tako utjecati na propisanu dozu lijeka. Preporučuje se prva kontrola razine lijeka u krvi pet dana nakon što je postignuta željena doza. Kako bi se lijek uopće zvao stabilizatorom raspoloženja, mora biti učinkovit u tretiranju maničnih, mješovitih i depresivnih epizoda bipolarnog poremećaja i/ili prevenirati nove epizode tijekom dužeg vremena. [3]

Litij - 1949. godine otkrio ga je psihijatar John Cade kao sredstvo protiv manije. Najpoznatiji je i najčešće upotrebljavani stabilizator raspoloženja. Nedostatak litija kod ljudi s manično - depresivnim poremećajem nije utvrđen kao mogući uzrok bolesti. Najbolje djeluje kod povišenog, euforičnog raspoloženja u maniji koje nije primarno razdražljivo, ako je u rodbini prisutno više slučajeva bipolarnog poremećaja, kod jasno ocrtane epizode s malo simptoma u

zdravim periodima. Dnevna doza je između 300 i 2400 miligrama. Litij se može dobiti i u Republici Hrvatskoj pod tržišnim imenom Litij karbonat. [6]

Karbamazepin - antikonvulziv koji se primjenjuje i kod epileptičkih napada. Kod bipolarnog poremećaja se koristi kada terapija litijem nije dovoljna ili postoji kontraindikacija za primjenu litija. Dnevna doza je između 600 i 1800 miligrama, a najpoznatiji je Tegretal.

Valproat - masna kiselina i djeluje kao antikonvulziv. Dnevna doza je između 1500 i 3600 miligrama. [6]

Lamotrigin - kod bipolarnog poremećaja sve češće upotrebljavani antikonvulziv. Koristi se za liječenje depresivnih simptoma u okviru bipolarnog poremećaja. Može se koristiti i kao alternativa litiju, iako je on prvi lijek izbora, samo što litij djeluje jače antimanični, a lamotrigin jače antidepresivno. [6] Važno ga je uvoditi postupno zbog rizika alergijskih reakcija. [3]

Antidepresivi se uvode pažljivo i uz česte kontrole zbog mogućnosti da osoba padne u maniju ili mješovito stanje; stanje brzih izmjena raspoloženja. Preporučuju se kod tvrdokornih depresivnih epizoda kad stabilizatori raspoloženja nisu dovoljna pomoć. Najčešće se koriste antidepresivi novijih skupina, rijetko starijih skupina, a dosta česti su antidepresivi SIPPS skupine. To su antidepresivi koji djeluju na ponovnu pohranu serotonina. Serotonin je tvar koju proizvodi svaki mozak i njegova količina prisutna u organizmu igra važnu ulogu u održavanju raspoloženja. Količina serotonina može biti smanjena i tada se koriste antidepresivi. Kada se raspoloženje popravi, liječenje antidepresivima se najčešće prekida, a nastavlja se sa stabilizatorima raspoloženja. [3]

Antipsihotici djeluju kao stabilizatori raspoloženja i mogu se dati kad osoba nema psihotične simptome. Noviji antipsihotici često imaju dvostruku ulogu: pomažu kao stabilizatori raspoloženja i kao sredstvo koje ublažava i/ili uklanja pojave psihotičnih simptoma. Uzimanje antipsihotika ne ukazuje na pogoršanje bolesti ili na postojanje psihotičnih simptoma već kako će profil simptoma (agitiranost/uzbuđenost, smetnje razmišljanja, nemir, brza izmjena epizoda) bolje reagirati s tim lijekovima, nego samo uz stabilizatore raspoloženja. [3]

Radi boljeg pregleda i shvaćanja, u tablici je dati prikaz osnovnog principa liječenja dviju epizoda BAP-a, manije i depresije.

Korak	Manična epizoda	Depresivna epizoda	
1. opći pregled bolesnika	Opće funkcioniranje, isključivanje tjelesnih uzroka stanja, prekid uzimanja antidepresiva, edukacija	Opće funkcioniranje, edukacija, bihevioralne strategije	
2. početak liječenja	Prva linija liječenja (monoterapija ili kombinacija litij/ valproati+antipsihotici)	Prva linija liječenja (monoterapija ili kombinacija stabilizator raspoloženja/ antipsihotik + SSRI)	
Ako nema terapijskog učinka	3.	Kombinacija lijekova ili promjena dosadašnje monoterapije	
	4.	Kombinacija karbamazepinom, klozapinom ili EST	Promjena jednog ili više lijekova drugim mogućim – nove kombinacije
	5.	Kombinacija eksperimentalnim lijekovima (fenitoin, tamoksifen, omega-3 masnim kiselinama, kalcitonin)	EST (elektrostimulativna terapija)

Tablica 4.2.1. Prikaz osnovnog principa liječenja manične i depresivne epizode BAP-a [14]

4.3. Psihološke i psihosocijalne metode liječenja

Početak i učestalo vraćanje bolesti povezano je s faktorima okoline ili načinima kako pojedinac reagira na pojedine životne događaje. Dobro bi bilo da se što više sazna o bolesti i da se prepozna koji vanjski faktori pridonose ponovnoj pojavi bolesti ili zašto ona duže traje. Upravo se psihosocijalne metode koriste da osoba nauči nešto više o svojoj bolesti i ranim znakovima pogoršanja, o faktorima rizika i zaštitnim faktorima, o načinima kako prepoznati stres i kako se s njime učinkovitije nositi. Planu prevencije ponovne epizode bolesti, učinkovitoj komunikaciji u obitelji koja pomaže u održavanju zdravlja. [3]

Psihoterapija i psihosocijalni postupci indicirani su u kombinaciji s psihofarmakološkim liječenjem u akutnoj fazi i u fazi održavanja. Ako pacijent, osobito u maničnoj fazi odbija

farmakološko liječenje, a nije indicirano prisilno liječenje, mogu se samostalno primijeniti. U depresivnoj fazi, blaže do umjerene težine, primjena psihoterapije bez antidepresiva pokazuje dobre rezultate u prevenciji prijelaza u maničnu fazu i brzu izmjenu faza te izbjegavanje nuspojava antidepresiva. [15]

4.3.1. Psihoterapija

Psihoterapija pomaže u razumijevanju vlastitog psihološkog funkcioniranja i pokazala se učinkovita u liječenju bipolarnog poremećaja. Važno je naučiti prepoznavati okolnosti u životu koje dovode do pogoršanja bolesti. Pogoršanje bolesti povezano je s osjetljivošću na stres i zbog toga je dobro naučiti neke uspješne metode kako se bolje nositi sa svakodnevnim poteškoćama u životu. Također je važan i zdravi stil života koji uključuje pravilnu prehranu, redovitu fizičku aktivnost, normalni ritam sna i budućnosti. [3] Dvije vrste psihoterapije koje imaju dobar učinak na bipolarni poremećaj su kognitivno-bihevioralna terapija i interpersonalna terapija. Cilj kognitivno - bihevioralne terapije je edukacija pacijenta o bolesti i liječenju, poučavanje kognitivno - bihevioralnih strategija za suočavanje sa psihosocijalnim stresorima te poticanja suradnje kod uzimanja lijekova. [15] Podiže motivaciju za uzimanje lijekova. Interpersonalna terapija se temelji na radu na interpersonalnom konfliktu, žalovanju, socijalnim vještinama. [15] Primjenjuje se u liječenju blažih depresija. [5] Uključuje poučavanje o urednom ciklusu budnost-spavanje, urednoj prehrani i sadržajnom socijalnom životu. [15]

4.3.2. Psihoedukacija

Psihoedukacija je individualni ili grupni postupak koji uključuje izmjenu informacija u interakciji terapeuta i pacijenta ili člana obitelji. Isprepliću se edukativni, psihosocijalni i psihoterapijski elementi. Uključuje informacije o bolesti i liječenju, suradnju u liječenju, otkrivanje ranih simptoma bolesti. Obuhvaća i rad koji je povezan sa razumijevanjem nastanka bolesti, stigmom i diskriminacijom. U psihoedukaciji važan je i koncept nade, osnaživanja i oporavka. Životni savjeti se također mogu smatrati dijelom edukacije o bolesti. Odnose se na različite savjete: izbjegavanje aktivnosti u rano jutro, savjeti za liječenje nesаницe i postupak sa stresom, identificiranje „okidača“ relapsa ili recidiva bolesti, traženje dobre socijalne potpore. [15]

4.3.3. Rad s obitelji

Rad s obitelji može biti baziran na kognitivnim, bihevioralnim, sistemskim ili psihoanalitičnim principima. Uključuje psihoedukaciju i/ili obiteljsku psihoterapiju, a odvija se individualno ili u grupi. Također se radi na prepoznavanju emocionalnih faktora koji su povezani s većim rizikom relapsa poremećaja te na rješavanju problema. Cilj obiteljske psihoterapije je da se optimaliziraju kapaciteti članova obitelji za potporu bolesnom članu. [15]

4.3.4. Elektrostimulativna terapija

Elektrokonvulzivna ili elektrostimulativna terapija može dovesti do pozitivnih učinaka u smislu značajnog poboljšanja stanja i povlačenja simptoma bolesti. Iako se rijede koristi, dobro ju je navesti kao takvu. Terapija se obično naziva "elektrošok terapija" i vrlo često je negativno obilježavana, kao neka vrsta mučenja pacijenta, što u stvarnosti nije točno. Koristi se kod manje skupine pacijenata koji povoljno ne reagiraju na lijekove. [3]

5. Zaključak

Normalno raspoloženje ima normalne uspone i padove emocija i oni su u skladu s unutarnjim i vanjskim proživljavanjem. Kod oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, depresivno i povišeno raspoloženje nije u skladu s okolnostima ili je pretjerano i zbog toga se naziva poremećenim raspoloženjem. Osoba često ne prihvaća potvrđenu dijagnozu, a to ujedno zna biti i jedan od problema, što se tiče samog započinjanja liječenja. Pogotovo ako se u obzir uzima podatak kako je BAP danas u samom porastu, a k tome treba i vremena da se postavi konačna i točna dijagnoza. Pojedina faza poremećaja donosi svoje poteškoće. Depresija unutar BAP-a kao takva, nema ograničeno vrijeme trajanja, simptomi ne prestaju bez profesionalne pomoći i vrlo je opasna za bolesnike zbog mogućnosti suicida. S druge strane, kao kontrast, tu je manična epizoda. Bolesnik najčešće ne želi prihvatiti da se radi o poremećaju nego je uvjeren kako se nalazi u najboljem stanju. Kod samog pristupa oboljelome, medicinska sestra bi se trebala pridržavati holističkog načela, pošto se tijekom epizoda mijenja psihološka, socijalna i duhovna dimenzija čovjekova postojanja te ga prihvatiti kao vrijedno ljudsko biće.

6. Literatura

- [1] V. Folnegović Šmalc, D. Štrkalj Ivezić, A. Bagarić, N. Mimica: Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX broj 77, Supplement 1, lipanj 2008, str. 13-18
- [2] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [3] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [4] <https://medlineplus.gov/bipolardisorder.html>, dostupno 27.7.2016.
- [5] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [6] T. D. Meyer: Bipolarni poremećaj (manično-depresivni poremećaj), Naklada slap, 2008.
- [7] LJ. Hotujac i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [8] K. Smolčić, B. Štrbić: Sestrinske dijagnoze i intervencije kod oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, Zbornik radova Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskih bolesnika, Plitvička jezera, 2011., str. 128-129
- [9] G. B. Ladwig, B. J. Ackley: Mosby`s guide to nursing diagnosis, Mosby`s elsevier, 2006.
- [10] <https://mson2014.wikispaces.com/file/view/Sparks+and+Taylor+NursDiagnosis1582557330.pdf>, dostupno 17.8.2016.
- [11] http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf, dostupno 20.8. 2016.
- [12] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27312721>, dostupno 17.8.2016.
- [13] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26005206>, dostupno 17.8.2016.
- [14] Lj. Hotujac, M. Rojnić Kuzman: Liječenje akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX broj 77, Supplement 1, lipanj 2008, str. 27
- [15] S. Štrkalj-Ivezić, I. Urlić, M. Mihanović, B. Restek-Petrović: Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX broj 77, Supplement 1, lipanj 2008, str. 67-69

Sveučilište
SjeverIZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DIJANA KRUGHBEREC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDR.NJ. BOLESNIKA OČLI. OD BIPOL. AF. POREM. (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Krughberec Dijana
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DIJANA KRUGHBEREC (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDR.NJ. BOL. OČLI. OD BIPOL. AF. POREM. ČLANAKA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Krughberec Dijana
(vlastoručni potpis)