

Bipolarni afektivni poremećaj

Serdar, Mia

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:314093>

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

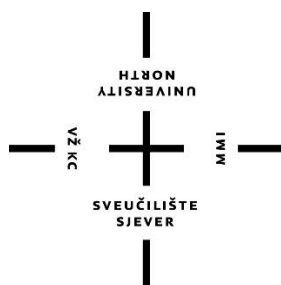
Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-29**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





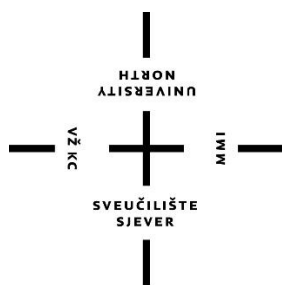
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1327/SS/2020

Bipolarni afektivni poremećaj

MIA SERDAR, 2432/336

Varaždin, rujan 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1327/SS/2020

Bipolarni afektivni poremećaj

Student

MIA SERDAR, 2432/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.teh.

Varaždin, rujan 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJSKI: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PREDAVAJKA: Mia Sendar

STATISTIČKI BROJ: 2432/336

OSTVAREN: 21.08.2020.

KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NAZIV RADA: Bipolarni afektivni poremećaj

NAZIV RADA NA ENGL. JEZIKU: Bipolar affective disorder

MENTOR: Marija Božičević, mag.med.techn.

OPREMA: predavač

ČLANOVI POKRETNOSTI:

1. doc.dr.sc. Hrvoje Hečimović, predsjednik
2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor
3. Melita Sajko, mag.med.techn., član
4. dr.sc. Jurica Veronek, zamjenski član
5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ: 1327/SS/2020

OPIS:

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je psihički poremećaj karakteriziran izmjenama povišenog i sniženog raspoloženja, koje značajno narušavaju cjelokupni život obojelih. Za postavljanje dijagnoze potrebna je jedna hipomanična ili manična faza tijekom života, bez obzira na aktualnu kliničku sliku. Simptomi poremećaja su raznoliki, od euforičnog ponašanja, nekritičnog samopouzdanja uz povišenu fizičku aktivnost u fazi manije do depresivnog raspoloženja, bezvoljnosti i gubitka motivacije u fazi depresije. Medicinske sestre/tehničari uključeni su u cjelokupan tijek liječenja, zdravstvene njega i rehabilitacije obojelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. Provede individualizirane intervencije, pomažu im da se što prije uključe u aktivnosti svakodnevnog života i razviju osobne realne ciljeve te pružaju podršku i edukaciju obojelima, članovima njihovih obitelji i zajednice.

U radu je potrebno:

- definirati pojam bipolarnog afektivnog poremećaja
- prikazati etiologiju i epidemiologiju
- opisati simptome, kliničku sliku i liječenje
- opisati intervencije medicinske sestre kod obojelih
- prikazati tijek i prognozu bolesti

ZADATAK URUČEN

09.09.2020.



Marija Božičević

Predgovor

Veliku zahvalu u prvom redu dugujem svojoj mentorici Mariji Božičević koja mi je svojim savjetima pomogla pri izradi završnog rada, i što su imale strpljenja i vremena za moje brojne upite.

Također, zahvaljujem svim svojim prijateljima i kolegama, koji su uvijek bili uz mene i bez kojih cijeli ovaj tijek studiranja ne bi prošao tako lako i zabavno.

Posebnu zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji i sestri, koji su uvijek bili tu uz mene bez obzira da li se radilo o teškim ili sretnim trenucima i bez kojih sve ovo što sam dosad postigla ne bi bilo moguće.

Veliko hvala svima!

Sažetak

Ovim radom opisan je bipolarni afektivni poremećaj. Objašnjene su učestalost i epidemiologija bolesti, te u čiji su etiologiji sudjeluju biološke, psihološke i socijalne teorije. Poremećaj se naziva bipolarnim radi promjena raspoloženja u koje se sastoje od 4 faze: manična, depresivna, miješana i hipomanična epizoda koje čine tip I i tip II bipolarnog afektivnog poremećaja. oboljelih, te ciklotimija kao blaži oblik depresivne i hipomanične epizode.

Također je opisana uloga medicinske sestre u kojoj su opisane sestrinske dijagnoze kod hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika i problemi same dijagnostike kod poremećaja. Nadalje opisana je moždana aktivnost u oboljelih kao i pojava suicidalnosti i hormonalne promjene uzrokovane samim poremećajem. Rad je zaokružen s poglavljem o stigmatizaciji bolesnika.

U zaključnom djelu izloženi su temeljni zaključci i smjernice u daljnjem pristupu liječenja bipolarnog afektivnog poremećaja kod pacijenata oboljelih od istog.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, medicinska sestra

Summary

This paper describes bipolar affective disorder. The frequency and epidemiology of the disease are explained, and the etiology of which involves biological, psychological and social theories. The disorder is called a bipolar radius of schedule changes that consist of 4 phases: manic, depressive, mixed, and hypomanic episodes that make up type I and type II bipolar affective disorder. patients, and cyclothymia as a milder form of depressive and hypomanic episodes.

The role of the nurse is also described, describing nursing diagnoses in hospitalized psychiatric patients and the problems of the diagnosis itself in disorders. Furthermore, brain activity in patients is described, as well as the occurrence of suicidality and hormonal changes caused by the disorder itself. The paper is rounded off with a chapter on patient stigmatization.

In the concluding part, the basic conclusions and guidelines in the further approach to the treatment of bipolar affective disorder in patients with the same are presented.

Keywords: bipolar affective disorder, nurse

Popis korištenih kratica

BAP	Bipolarni afektivni poremećaj
MKB-10	Međunarodne klasifikacije bolesti
HCL-32	Hypomania Checklist (Hrv. Kontrolni popis za hipomaniju)
MDQ	Mood Disorder Questionnaire (Hrv. Upitnik za poremećaj raspoloženja)
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hrv. Poremećaj raspoloženja sa hiperaktivnošću)
CT	Kompjuterizirana tomografija
CPT	Carriage paid to (Hrv. Plaćeni prijevoz)
MR	Magnetska rezonanca
SPECT	Single photo emission computed tomography (Hrv. Računalna tomografija s jednim fotonom)

Sadržaj

1.	Uvod	2
2.	Učestalost i epidemiologija	3
2.1.	Etiologija	4
2.1.1.	Biološka teorija	4
2.1.2.	Psihološka teorija	5
2.1.3.	Socijalna teorija.....	5
3.	Bipolarni afektivni poremećaj.....	6
3.1.	Manična epizoda	7
3.2.	Depresivna epizoda	7
3.3.	Hipomanična epizoda.....	8
3.4.	Miješana epizoda	8
3.5.	Ciklotimija.....	9
4.	Uloga medicinske sestre	10
4.1.	Zašto je bipolarni poremećaj teško prepoznati ?	11
4.2.	Sestrinske dijagnoze kod hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika	12
4.2.1.	Neupućenost u/s osnovnom bolesti	12
4.2.2.	Socijalan izolacija u/s osnovnom bolesti	13
4.2.3.	Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti	13
4.2.4.	Visok rizik za pad u/s sedativnim učinkom psihofarmaka	13
4.2.5.	Anksioznost u/s osnovnom bolesti	14
4.2.6.	Smanjena mogućnost brige o sebi u/s osnovnom bolesti.	15
4.2.7.	Visok rizik za ozljede u/s osnovnom bolesti, agresivnosti i uznemirenosti.	15
4.3.	Stigmatizacija bolesnika.....	16
5.	Moždana aktivnost u oboljelih od BAP-a.....	18
5.1.	Suicidalnost	21
5.2.	Hormonalne promjene.....	22
6.	Zaključak.....	23
7.	Literatura.....	24

1. Uvod

Razvojem postindustrijskog društva rađa se i veća zahtjevnost prema pojedincu unutar društva. Zbog toga povećava se i količina stresa koju pojedinac doživljava. Pretežito se razlog krije u ekonomskoj situaciji koja je uvjetovana gospodarstvom ili političkim ustrojem društva. Uz sve to promijenila se dinamika društvenih odnosa. Patrijarhalni odgoj se promijenio a s njim kao posljedica i sve manja granica između muškaraca i žena. Granica se primarno odnosila na podjelu rada a potom i na uređenost odnosa. Takav napredak pojedincima, osobito mladima predstavlja šaroliku lepezu opcija kojima se mogu baviti, ali to se često ne ostvaruje. Ljudi time paradoksalno upadaju u krize identiteta, a potom u loše odnose, ne samo prema drugima već i prema sebi samima. Od zajednice, a prvenstveno obitelji i prijatelja kao temelja društva, umjesto potpore dobivaju sve veće kriterije uspjeha koje nakon nekog vremena nije više moguće pratiti.

Uvjetovano ovim činjenicama dolazi do porasta broja psihičkih oboljenja [1]. Problem se u suštini može svesti na razne i pogrešno interpretirane perspektive koje pojedinac ima prema svijetu. Osim njih postoje i neki genetski faktori koje mogu utjecati na razvoj mentalnih oboljenja. U okviru ovoga rada biti će objašnjen bipolarni afektivni poremećaj (BAP) i uloga medicinske sestre u njegovu liječenju.

Ovaj završni rad sastoji se od šest poglavlja. U drugom poglavlju biti će izložena učestalost i epidemiologija bipolarnog afektivnog poremećaja. Treće poglavlje sadrži opis faza od kojih se sastoji bipolarni poremećaj dok je u petom poglavlju opisana uloga medicinske sestre u procesu liječenja oboljelih. Šesto poglavlje prikazuje promjene u moždanoj aktivnosti kod oboljelih, a zadnje poglavlje je zaključak.

2. Učestalost i epidemiologija

Bipolaran poremećaj tzv. BAP je zanimljiva studija jer se može povezati između depresije i psihotičnih poremećaja. Psihodinamska teorija ga objašnjava kao odraz ranjivog „ja“ i deficitarnog ega. Karakterizira ga njegova nestabilnosti i dinamika stalnih promjena u osobnosti. „Borba“ sa stalnim promjenama raspoloženja i izmjenjivanju različitih faza, odnosno epizoda. Bipolarni poremećaj vraća bolesnu osobu u krug te je iz toga razloga dijagnoza lošija od samog depresivnog poremećaja. Prema tome se može pretpostaviti i veća incidencija suicida kod oboljelih osoba.

Poremećaj koji se nažalost još uvijek dosta kasno dijagnosticira, a često ima i pogrešne dijagnostike zbog nemogućnosti uočavanja svih simptoma koji su slični depresiji. Iako još nedovoljno istražen, on je ozbiljan psihijatrijski poremećaj u kojem su presudni biološki faktori i okolina.



Slika 1 Virginia Woolf

Slika 1 prikazuje Virginiu Woolf, poznatu spisateljicu koja je bolovala od bipolarnog poremećaja za koji se vjeruje da je uvelike utjecao na njezin jedinstveni stil pisanja [2].

Prema Hotunjac (2006) poremećaji raspoloženja su među najčešćim poremećajima kod psihijatrijskih poremećaja te se javljaju češće kod žena. Iako se u oba slučaja javlja oko 1% smatra se da su žene sklonije obolijevanju zbog hormonalnih promjena te poroda [3]. Najčešće

se javlja u životnom periodu između 20. i 50. godine rođenja. Često se pojavljivanje BAP – a povezuje s osobama u bogatijem sloju društva i samecima, ali to nije znanstveno dokazano.

2.1. Etiologija

Uzroci bipolarnog poremećaja nakon 100 godina istraživanja, mehanizmi koji stoje iza poremećaja nisu u potpuno razumljivi, ali se dovodi u vezu s psihološkim i biološkim čimbenicima. Rizik od bolesti je najviše povezan s prolongacijom epizodama BAP-a kroz obiteljskog stabla. Poremećaj je često ne prepoznat, a najčešće dijagnosticiran kao shizoafektivna psihoza [5]. Jasna je time povezanost genetike tj. određenih skupina gena sa učestalošću pojave bolesti. Važan čimbenik je i okruženje u kojemu se pojedinac nalazi. Prema istraživanjima u Danskoj pokazalo se da stresni događaji poput gubitka bliske osobe, pogotovo majke, povezani su s početnim razvojem simptoma [4].

Prema Hotujcu (2006) kod bipolarnog poremećaja se najčešće spominju tri osnovne skupine uzroka povezane s biološkim, psihološkim i socijalnim teorijama [3].

2.1.1. Biološka teorija

Kod pacijenata sa bipolarni poremećajem imaju poremećaje raspoloženja kod koje su očitane različite promjene temeljene na studijama MR i neurokemijske MR spektroskopije (MRS). Promjene raspoloženja mogu biti povezane s promjenama u području prefrontalnog korteksa koji povezuju limbički sustav i dijelove medijalnog i temporalnog režnja i striatuma [6].

Bolesnici koji imaju vidne promjene raspoloženja u obliku nasilja, nasrtljivosti ili čak suicidalnih pokušaja imaju u organizmu sniženu razinu 5 –HIAA u cerebrospinalnoj tekućini. Kada je bolesnik aktivan očitana je veća razina aktivnosti biogenih amina dok je u depresivnim fazama smanjena. Posljedica abnormalnosti koje se događaju je najvjerojatnije poremećaj kod ulaza amina u hipotalamus koji onda izbacuje povećanu sekreciju kortizola i stvara hiperaktivnu hipotalamičku – hipofiznu osovinu [7].

Nasljeđivanje psihičkim poremećaja nije nepoznata činjenica. Postoje različite studije i postoci koji određuju mogućnost nasljeđivanja različitih bolesti pa tako i psihičkih.

Bipolarni poremećaj kod djeteta čiji jedan od roditelja ima tu bolest rizik povećava za 25%. Kod oba roditelja rizik je povećan za čak 50 do 70% [7].

2.1.2. Psihološka teorija

Psihološke promjene koje se događaju pokušavaju se objasniti kroz teorije koje je Freud predstavio pod nazivom „oralne fiksacije“. Za vrijeme njegovih studija tvrdio je povezanost između „oralne fiksacije“ i manično – depresivnom psihozom tzv. BAP – om.

Prema njegovoj teoriji, djeca koja u prvoj godini ne dožive dovoljno „oralne“ ugone od strane majke imati će problema tijekom cijelog života s davanjem ljubavi, a u suprotnom imati potrebu za tim osjećajima. Osjećaji koji nisu zadovoljeni u prvoj fazi djetetova rođenja imaju veliki nedostatak u daljnjem razvoju i sazrijevanju [8].

2.1.3. Socijalna teorija

Niz znanstvenih teorija nije pronašlo ključan dokaz u socijalnim kontaktima. Pretpostavlja se da razlog razvoja bolesti leži u stresu. Danas je stres uzročnik mnogih bolesti. Ne samo psihičkih nego i ostalih. Zbog velike količine lučenja hormona u tijelu svaka osoba ima drugačiju reakciju na stresne situacije koje se dovode u vezu s BAP – om. Stalne stresne situacije povezuju se s depresivnim raspoloženjima.

Prema pojedinim izvorima socijalna teorija BAP – a navodi povezanost između gubitka roditelja prije navršenih jedanaest godina, gubitka partnera te pojavu depresije [2].

3. Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni poremećaj je poremećaj raspoloženja koji se često krivo dijagnosticira. Emocionalno stanje bolesnika je promijenjeno na način da mijenja mišljenje, ponašanje i doživljavanje svijeta koji je oko njega. Povezuje se s depresijom, ali je u pravilu puno teži poremećaj koji se zbog kasnih simptoma ne zamjećuje na vrijeme.

Postoje različiti znakovi koji mogu ukazivati na bipolarni poremećaj, ali se dijagnoza postavlja kada postoje barem dvije epizode koje su se događale bolesniku. Može se raditi o kombinaciji manije i hipomanije, depresije i manije ili depresije i hipomanije. Postoje tri vrste bipolarnog poremećaja tipa I i tipa II te ciklotimija. Kod tipa I događa se izmjena maničnih i depresivnih epizoda te mogućnost obolijevanja nema dobnu granicu. Tip II ima izmjenu faza depresije i hipomanije, a često je prisutna i impulzivnost [9]. Ljudi koji imaju dijagnosticiran tip II su skloni suicidu, povećanoj kreativnosti i većem broju aktivnosti. Osobi se može kroz život, a najčešće u vrijeme adolescencije, javiti period s hipomaničnim i depresivnim simptomima. Simptomi mogu trajati do dvije godine, ali ne zadovoljavaju dijagnostičku obradu. Kod postavljanja dijagnoza vrlo često se kao prve dijagnoze javljaju manija i depresija. U današnje vrijeme postoje različiti instrumenti za postavljanje dijagnoza koji omogućuju da se manija prepozna i prije depresivnog stanja. Međutim, ne postoje biološki određeni markeri za postavljanje dijagnoza već se kroz predložene metode za BAP treba utvrditi postojanje obadviju bolesti iz kriterija MKB – 10. Zbog nedovoljne dijagnostike još uvijek je teško odrediti postojanje bipolarnog poremećaja, ali se kao pomoć mogu koristiti HCL-32 i MDQ instrumenti koji nisu u tolikoj upotrebi pri dijagnostici BAP – a [9].

Znakovi koji se javljaju kod bolesnika nazivaju se „epizode raspoloženja“. Takve epizode znatno se razlikuju od uobičajenog ponašanja osobe.

Simptomi mogu trajati tokom čitavog dana, ali i kroz duži vremenski period od nekoliko dana ili tjedana. Za liječnika je velik izazov postavljanje dijagnoze. Osobe ponekad mogu imati nerealna uvjerenja da su slavni i poznati ili imaju mnogo novaca. S druge strane javljaju se halucinacije, lažna uvjerenja o financijskoj propasti, počinjenu zločina ili umišljenim bolestima. Uobičajeno je da takvi bolesnici boluju od anksioznosti, ADHD – a, imaju poremećaje u prehrani, zloupotrebljavaju drogu ili alkohol. Velika je mogućnost da osobe s BAP – om imaju bolesti štitnjače, dijabetes, migrene, pretilost i druge bolesti. Na žalost, osim što imaju bipolarni poremećaj, bolesnici mogu uz njega imati i druge mentalne poremećaje [10].

Simptomi bipolarnog afektivnog poremećaja su razdražljivo ili povišeno raspoloženje, razgovorljivost i hiperaktivnost ili manija te epizode depresije. U većini slučajeva prođe od 3 do

čak 10 godina između pojave prvih simptoma depresivne i manične epizode i dijagnoze bipolarnog poremećaja što u krajnjem slučaju otežava i sam postupak liječenja [2].

3.1. Manična epizoda

Maničnu epizodu karakteriziraju tri simptoma koja se sastoje od povišena raspoloženja, ubrzanog govora i povećane motoričke sposobnosti. Svijest je u pravilu očuvana ali bolesnici imaju karakterističan izgled. Izgled obilježava upadljiva kozmetika i odjeća s jarkim bojama. Ponašanje je upadljivo bez socijalne distance. Takvi bolesnici u svojim maničnim epizodama mogu biti entuzijastični a velikim brojem aktivnosti koje mogu biti opasne po život. S druge strane vole stvarati veliki broj socijalnih kontakata u nastojanju da dožive intenzivniju emociju.

Psihomotorika je izrazito naglašena i ubrzana. Bolesnici imaju problem zadržavanja na jednom mjestu ili sa opuštanjem jer najčešće osjećaju nemir i nelagodu, što im potiče maštu na razna osmišljanja aktivnosti. Aktivnosti su najčešće ekscesivne prirode, poprilično stresne za osobe iz bliže okoline. Ekscesivno ponašanje karakterizira brza vožnja, bezrazložno trošenje novca, promiskuitet, iznenadni noćni posjeti i pozivi. Također, zbog pretjerane ubrzanosti su najčešće pothranjene. Za svoje ponašanje imaju nekritičko mišljenje.

Razmišljanje karakterizira niz ekscesivnih ideja. Govor maničnog bolesnika je brz i glasan s neprekidnim pauzama. Zabavni su, pričaju niz viceva igraju se riječima, ali su preokupirani nevažnim detaljima. Prisutnost ideje veličine i abnormalnosti nisu strana. Osjećaju se kao uvažene povijesne ili javne ličnosti. Njihov pristup i nastup zna biti teatralan u smislu da pjevaju ili drže govore do promuklosti. Pamćenje i inteligencija su očuvani.

Kriteriji za maničnu epizodu mogu se podijeliti na povišeno i razdražljivo raspoloženje koje traje najmanje tjedan dana ili tijekom razdoblja povišenog raspoloženja u kojem su prisutna najmanje tri simptoma [11].

3.2. Depresivna epizoda

Depresija nije trajno stanje, već se pojavljuje kao faza i može se vrlo različito doživljavati. Obilježavaju je sniženo raspoloženje i gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti. Zbog prethodno navedenih razloga vanjski izgled je često zapušten, pognuta držanja sa tužnim izrazom lica. Konstantna pristupnost očaja, beznada te osjećaja niže vrijednosti.

Psihomotorika može biti agitirana gdje je osoba uznemirena , zapomaže traži pomoć. Zbog svoje usporenosti bolesnici ne mogu obavljati svoje svakodnevne zadatke i većinu dana provode ležeći. Također, osoba se susreće sa poteškoćama spavanja, problemi usnivanja ili održavanje sna te gubitak apetita ili povećan apetit.

Razmišljanje zahtjeva dozu koncentracije koju je depresivnom bolesniku poprilično teško ostvariti. Prevladava osjećaj nesigurnosti što dovodi bolesnika da nemogućnosti da donese najjednostavnije odluke. U razgovoru se često susreću teme smrti, bezvrijednosti života, općeg propadanja, samookrivljanja.

Suicidalne ideje se mogu pokazati u različitim oblicima. Prekomjerno konzumiranje tableta i alkohola znak je prekrivene suicidalnosti.

Barem pet od navedenih simptoma mora biti prisutni najmanje 2 tjedna da bi se govorilo o depresiji u kliničkom smislu. Simptomi moraju biti izraženi da čine znatnu promjenu od čovjekovog uobičajenog stanja [12].

3.3. Hipomanična epizoda

Kod ove faze simptomi relativno kratko traju. Pravilo je da razdoblje povišenog ili razdražljivog ponašanja traju 4 dana. Hipomanični simptomi vrlo su slični simptomima manije, ali nisu posve jednaki. Glava razlika između manije i hipomanije je u jačini i djelovanju simptoma. U maniji uočava se dalekosežni gubitak socijalnih zapreka, dok se u hipomaniji prikazuje kao povećana društvenost ili prekomjerna povjerljivost.

3.4. Miješana epizoda

Karakterizira ju izmjena maničnih i depresivnih simptoma koji su istovremeno prisutni ili se brzo izmjenjuju. Izmjene simptomatskih faza mogu unutar par minuta ili pak veća dnevna oscilacija. Miješana epizoda može izazvati nepredvidivo i vrlo rizično ponašanje, pogotovo u trenutku kad se osoba osjeća bespomoćno i obuzimaju je suicidalne misli dok je u isto vrijeme puna energije i uzbuđenja.

3.5. Ciklotimija

S jedne strane ovdje se radi o lakšem obliku bipolarnog poremećaja, ali s druge strane o kroničnom poremećaju. Odnosno događa se konstantna izmjena lakših depresivnih i hipomaničnih stanja. Dijagnoza se teško uspostavlja zbog dugotrajne prekrivenosti simptoma. Također, lakši depresivni i hipomanični simptomi moraju biti prisutni najmanje dvije godine. Da bi smo govorili o ciklotimjiskom poremećaju faza depresije ne doseže svoj vrhunac kao kod bipolarnog tipa I i II. Promjene raspoloženja jedva da imaju duža razdoblja u kojima oboljeli imaju stabilno raspoloženje. Točan broj oboljelih ljudi koji imaju ciklotimija nije istraženo.

Simptomi mogu biti:

- Promjene između smanjene i povišene energije te aktivnosti
- Zbog promjene raspoloženja ne mogu održati interes za nove stvari
- Problemi u stvaranju društvenih kontakata radi poteškoća koncentriranja
- Promjene kod razmišljanja koje je ubrzano ili neuobičajeno
- Poteškoće sa spavanjem, osoba ponekad teško može zaspati, a ponekad teško ustati iz kreveta

4. Uloga medicinske sestre

U skrbi i liječenju psihijatrijskog bolesnika medicinska sestra ima veliku ulogu. Jedno od vrlo važnih područja zdravstvene njege koja zahtijevaju posebna stručna znanja je i zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Produžetak godina života, ekonomski i socijalni uvjeti značajno utječu na porast broja psihijatrijskih oboljenja, te je potrebno povećati razinu obrazovanja zdravstvenih radnika.

Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi psihijatrijskoj ustanovi :

- Stalna prisutnost uz bolesnika.
- Sudjelovanje u terapijskim, dijagnostičkim i rehabilitacijskim postupcima.
- Zajedno sa bolesnikom napraviti plan života u terapijskoj zajednici.
- Stvarati pozitivne, optimističke atmosfere u psihijatrijskoj ustanovi.

Kada se osoba nađe na hospitalizaciji ima mnoštvo problema s kojima se suočava. Doživljaji koji se javljaju kod pacijenta su najčešće nepovjerenje, strah, napetost. Način na koji medicinsko osoblje pristupa bolesniku ovisi o njegovoj brznoj ili sporijoj prilagodbi.

Dobra interakcije medicinske sestre omogućuje lakše prihvaćanje bolničke sredine u kojoj je pacijent. Pacijent mora prihvatiti liječenje kako bi promijenio i stav prema svojoj bolesti. Neki bolesnici odbijaju činjenicu da su bolesni i potrebna im je pomoć da to prihvate. Odnos bolesnika i sestre može biti terapijski, antiterapijski i neutralan. Neutralni odnos ne utječe na ni jedan aspekt pacijentovog liječenja, a antiterapijski djeluje negativno i može se odraziti na pacijentu. Najbolji odnos je terapijski. U tom odnosu medicinska sestra uspostavlja dobar kontakt s bolesnikom. Djeluje pozitivno na aspekte njegova liječenja i suočavanja s bolešću. Potrebno je vrijeme kako bi se stvorio takav odnos tijekom boravka pacijenta u bolnici. Bolesnik može i ne mora prihvatiti određeni odnos. On može biti neutralan prema sestri, konfliktan, ignorirati je, pokazati agresivnost. S druge strane može pokazati pretjeranu povezanost i intimnost. Osobine koje medicinska sestra mora posjedovati su humanost, strpljivost i odgovornost prema radu. Naročito kada se radi na odjelima u kojima se liječe psihijatrijski bolesnici. Medicinska sestra mora biti susretljiva i odgovorna u svom poslu kako bi kod bolesnika dobila pozitivan stav pritom ne zaboravljajući na etički kodeks kojeg se mora držati. Privatnost i dostojanstvo pacijenta je na prvom mjestu. Kod pacijenata je potrebno stvoriti samopoštovanje i samopouzdanje. Na taj način medicinske sestre pridonose u njihovu liječenju. Duševni bolesnici su nepovjerljivi i moraju steći povjerenje kod medicinskog osoblja. Medicinsko osoblje prihvaća pacijenta s svim njegovim osobinama. Bez obzira na rasu, političku

pripadnost, vjeru ili pak njegove društvene i gospodarske prilike. Komunikacija je najvažnija kod tih pacijenata. Pristup medicinske sestre mora biti uvijek ohrabrujući i komunikativan. Medicinska sestra ne može davati objašnjenja za stanja u kojima se pacijent nalazi, ali može slušati, savjetovati i razgovarati .

Terapijska komunikacija podrazumijeva[13]:

- a) Nova znanja i vještine bolesnika koje uči
- b) Povećanje samosvijesti kod bolesnika
- c) Povećanje samopouzdanja i povjerenja
- d) Autonomija bolesnika
- e) Smanjenje anksioznosti
- f) Otklanjanje agresivnog ponašanja
- g) Željena promjena ponašanja
- h) Orijentacija bolesnika u prostoru i vremenu.

Osim verbalne komunikacija bitna je i ona neverbalna koju pruža medicinsko osoblje. Neverbalna komunikacija može se prepoznati u: ponašanju tijela, mimici, očnom kontaktu, govornom ponašanju, gestikulaciji, dodirivanju, odijevanju, prostornom i vremenskom ponašanju. Pacijent primjećuje sve te znakove i neke od njih prihvaća, a neki mogu postići razdražljivost i neugodu. Pacijent ne voli pokazivanje kažiprsta i mahanje rukama. Jednako tako je i s dodirima [13]. Neki bolesnici ne vole dodire, a nekima je potrebno više kontakta. Potrebno je osjetiti vrijeme u kojem se pacijentu možemo obratiti i vrijeme u kojem nismo „dobrodošli“ u njegovoj okolini .

4.1. Zašto je bipolarni poremećaj teško prepoznati ?

Bipolarni afektivni poremećaj ispravno se dijagnosticira u 20% slučajeva. Kod 31% bolesnika se postavi kriva dijagnoza radi sličnosti simptoma sa drugim bolestima. Zbog preklapanja simptoma vodi se velika rasprava kako razlikovati bipolarni poremećaj, depresivni i shizofreni poremećaj. Prije desetak godina u 86% slučajeva se dijagnosticirali depresiju no danas se stvara velika skupina ljudi s mnogostrukim i složenim simptomima koje ne možemo svesti pod poznate dijagnostičke kategorije. Svi takvi bolesnici pripadaju tzv. skupini bipolarnog spektra [15].

Kod miješanja simptoma raspoloženja i psihotičnih simptoma teško je zaključiti imali bolesnik shizofreniju ili bipolarni poremećaj. Prema Krepelinu, kaže da je shizofrenija kronična

bolest s lošim funkcionalnim ishodom, dok je bipolarni poremećaj ciklički poremećaj s boljim funkcionalnim ishodom.

Osim preklapanja s depresijom i shizofrenijom zna se preklapati s nekim drugim psihijatrijskim poremećajem. To su najčešće poremećaj hranjenja, razni anksiozni poremećaji te ovisnosti o pojedinim psihoaktivnim stvarima. Radi ovakvih stanja klinička slika je često zamagljena te odgađaju vrlo bitno faze ranog dijagnosticiranja bolesti. Također, ne treba zanemariti ni stigmatizirano djelovanje psihijatrijskog poremećaja, što prvobitno ometa dijagnosticiranje.

4.2. Sestrinske dijagnoze kod hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika

Prvi korak medicinske sestre u liječenju je izrada plan zdravstvene njege postavljajući sestrinske dijagnoze koje će joj pomoći pri odabiru prioriteta kod liječenja pacijentovog stanja. Nesposobnost za održavanje osobne higijene, uključujući prehranu, oblačenja, rizik od suicida te potrebe za dijagnostičkim razjašnjavanjem zahtjeva hospitalizaciju.

- Neupućenost u/s osnovnom bolesti
- Socijalna izolacija u/s osnovnom bolesti
- Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti
- Visok rizik za pad u/s sedativnim učinkom psihofarmatika
- Anksioznost u/s osnovnom bolesti
- Smanjena briga o sebi u/s osnovnom bolesti i hospitalizacijom
- Visok rizik za ozljede u/s osnovnom bolesti, agresivnosti i uznemirenosti

4.2.1. Neupućenost u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Bolesnik će biti upoznat sa svojom bolesti tijekom hospitalizacije
- Bolesnik će verbalizirati procedure i postupke koje će se provoditi

Sestrinske intervencije:

1. Poticati pacijenta na usvajanje novih znanja i vještina
2. Prilagoditi učenje pacijentovom kognitivnim sposobnostima
3. Pohvaliti pacijenta
4. Poticati pacijenta i obitelj da postavljaju pitanja

5.Omogućiti pacijentu da demonstrira specifične vještine

4.2.2. Socijalan izolacija u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima

Sestrinske intervencije

- 1.Upoznati bolesnika sa suportivnim grupama
- 2.Poticati pacijenta na izražavanje emocija
- 3.Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- 4.Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
- 5.Poticati pacijenta na razmjenu iskustva s drugim pacijentima

4.2.3. Visok rizik za samoubojstvo u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Bolesnik neće izvršiti samoubojstvo za vrijeme hospitalizacije
- Pacijent će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje

Sestrinske intervencije:

- 1.Osigurati sigurnu okolinu pacijentu- ukloniti potencijalno opasne predmete
2. Učestalo kontrolirati ormariće i prostor u kojem bolesnik boravi
- 3.Osigurati odnos povjerenja temeljen na empatiji i na aktivnom slušanju
- 4.Prepoznati stanja disimulacije bolesti
- 5.Poticati komunikaciju u kojoj će pacijent izraziti svoje negativne emocije
- 6.Spriječiti samoizolaciju i otuđivanje od ljudi
- 7.Poticati članove obitelji da održe iskrene odnose sa svojom obitelji bez obzira na njegove misli, ponašanje ili ideje

4.2.4. Visok rizik za pad u/s sedativnim učinkom psihofarmaka

Cilj:

- Bolesnik neće pasti tijekom boravka u bolnici

Sestrinske intervencije:

1. Uputiti pacijenta u postojanje rizika za pad.
2. Upoznati bolesnika sa nepoznatom i novom okolinom.
3. Staviti zvono na dohvata ruke.
4. Ukloniti prepreke iz bolesnikove okoline.
5. Nadzirati pacijenta pri prvom ustajanju iz kreveta nakon medicinsko- dijagnostičkih intervencija.
6. Koristiti zaštitne ograde na krevetu.
7. Podučiti bolesnika da prije ustajanja iz kreveta nekoliko minuta sjedi, a potom ustane pridržavajući se.
8. Podučiti bolesnika o korištenju pomagala i rukohvata.

4.2.5. Anksioznost u/s osnovnom bolesti

Cilj:

- Pacijent će smanjiti razinu anksioznosti i prepoznati čimbenike rizika tijekom hospitalizacije.

Sestrinske intervencije:

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos – pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
2. Stvoriti osjećaj sigurnosti. Biti uz pacijenta kada je to potrebno.
3. Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
4. Upoznati pacijenta s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima.
5. Educirati pacijenta o bolesti.
6. Poučiti bolesnika o tretmanu i planiranim postupcima.
7. Poticati bolesnika na izražavanje emocija.
8. Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede).
9. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.

4.2.6. Smanjena mogućnost brige o sebi u/s osnovnom bolesti.

Cilj:

- Bolesnik će zadovoljiti svoje nutritivne potrebe svaki dan tijekom hospitalizacije
- Bolesnik će biti čist, bez neugodnih mirisa svaki dan tijekom hospitalizacije.
- Bolesnik će sudjelovati u provođenju sobne higijene sukladno stupnju samostalnosti.
- Bolesnik će pokazivati želju i interes za presvlačenjem odjeće/ dotjerivanje
- Bolesnik će prihvatiti pomoć druge osobe.

Sestrinske intervencije:

1. Procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika.
2. Osigurati obroke uvijek u isto vrijeme.
3. Smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj: visoki Fowlerov.
4. U slučaju boli primijeniti analgetik 30 min prije hranjenja.
5. Definirati kada bolesnik treba pomoć pri obavljanju osobne higijene.
6. U dogovoru sa bolesnikom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene.
7. Poticati bolesnika da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima.
8. Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada.
9. Definirati situacije kada bolesniku treba pomoć u postupcima oblačenja i dotjerivanja.
10. Poticati pozitivan stav i želju za napredovanjem.
11. Osigurati privatnost.
12. Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja.

4.2.7. Visok rizik za ozljede u/s osnovnom bolesti, agresivnosti i uznemirenosti.

Cilj:

- Bolesnik se neće ozlijediti tijekom boravka u bolnici.

Sestrinske intervencije.

1. Upoznati pacijenta s nepoznatom okolinom.
2. Objasniti pacijentu sustav za poziv u pomoć te procijeniti sposobnost pacijenta da ga koristi
3. Osigurati uporabu noćnog svijetla

4. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta i zajedno s njim izraditi plan dnevne aktivnosti.
5. Objasniti pacijentu da izbjegava podizanje stvari sa poda.
6. Ukloniti iz prostorije sve nepotrebne stvari u kojima u kojem pacijent boravi.
7. Primijeniti propisane sedative.
8. Nadzirati bolesnika kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika.

4.3. Stigmatizacija bolesnika

Osobe koje boluju od psihičkih bolesti su često osuđivane i imaju „križ“ kojim su obilježeni. Unatoč tome što se svakodnevno bore sa svojim „ja“ nailaze na društvena osuđivanja, neugodne poglede i izbjegavanja. Bolesnici koji boluju od BAP – a imaju neprekidnu borbu s raspoloženjima na koje uvelike može utjecati i okolina u kojoj se osoba nalazi. Ljudska potreba za osuđivanjem i upiranjem prstom ne donosi dobro ljudima koji boluju od psihičkih, ali i drugih bolesnika. Medicinski djelatnici svojim znanjem uvelike mogu doprinijeti razvijanju svijesti o toj bolesti. Svatko tko se prvi puta suočava s tom bolešću pun je pitanja i nepoznatih činjenica. Počevši od podrške koju medicinski djelatnici daju pa sve do i koje mogu pružiti bolesniku ali i obitelji.

Stigmatizacija na grčkom znači opekotina. U Grčkoj su se tako označavale osobe koje su se smatrale moralno lošima: robovi, kriminalci i izdajnici [16]. Stigma je u to vrijeme nastojala takve ljude izdvojiti iz društva zbog svojih činova. Danas se stigma može opisati kao dodavanje negativnih obilježja koji etiketiraju jednu osobu zbog bolesti s kojom se bori. Negativni identitet koje te osobe dobivaju obilježava ih i pridaje drugačiji odnos društva prema njima. Goffman (1963) navodi tri vrste stigmi [16]:

- Plemenska stigma – rasna i etička pripadnost
- Tjelesna stigma – tetovaža, invaliditet, tjelesna unakaženost, debljina
- Individualna stigma – ovisnost, delikvencija, teškoće mentalnog zdravlja.

Kod osoba gdje su vidljive određene karakteristike jako brzo dolazi do „vrednovanja“ te osobe. Stigmatizacija se odvija automatski i mozak to postiže bez puno napora. Konvencija o pravima osoba s invaliditetom omogućava takvim osobama da budu ravnopravno uključene u društvo ali bez obzira na to postoje različite predrasude. Takve osobe imaju različitih poteškoća s

uključivanjem u društvo i pronalaskom posla. Osobe koje imaju psihičke poremećaje koji nisu vidljivi mogu prekrivati tu činjenicu kako ih se ne bi razotkrilo. Takva stanja ih dovode do težih posljedica od početno oboljelog stanja [16].

Stigmatizacija kod bolesnika BAP – a ne nanosi posljedice samo pacijentu već se odražava na cijelu obitelj koja se bori s bolešću. Svaka stigma komplicira tijek bolesti i ometa put pronalaženja „izlječenju“ i borbi s bolešću. Tri su razine na kojima se može odvijati stigmatizacija. Prva razina odnosi se na strukturu, druga se odnosi na socijalnu strukturu, a treća podrazumijeva samostigmatizaciju. Prava oboljelih se narušavaju zbog struktura i ustanova koje narušavaju njihova prava. Društvene grupe sklone su različitim stereotipima koji rade predrasude prema pacijentima. Pojava stigmatizacije je svakodnevna i uspoređuje se kao kod bolesnika s shizofrenijom. Kada se kreće iz institucija u kojima rade medicinski djelatnici postavlja se pitanje količine znanja i informacija kojima raspolaže neka institucija [17].

Medicinske sestre koje rade na odjelima s takvim bolesnicima nalaze se u specifičnim okolinama. Moguće je da naiđu na predrasude te i same budu žrtve stigmatizacije zbog posla koji obavljaju. Kako medicinske djelatnice rade s osobama koje imaju mentalna oboljenja nailaze na predrasude i unutar svog posla od strane drugih kolega. Često zbog tih stigmatizacija i same pronalaze načine da se izmaknu od tog posla jer podnose veliku količinu stresa. Efikasnost rada je smanjena. To ne utječe samo na njihov posao. Medicinske sestre stres nose kući i utječe na njihov privatni život stvarajući im neugodu i diskriminaciju.

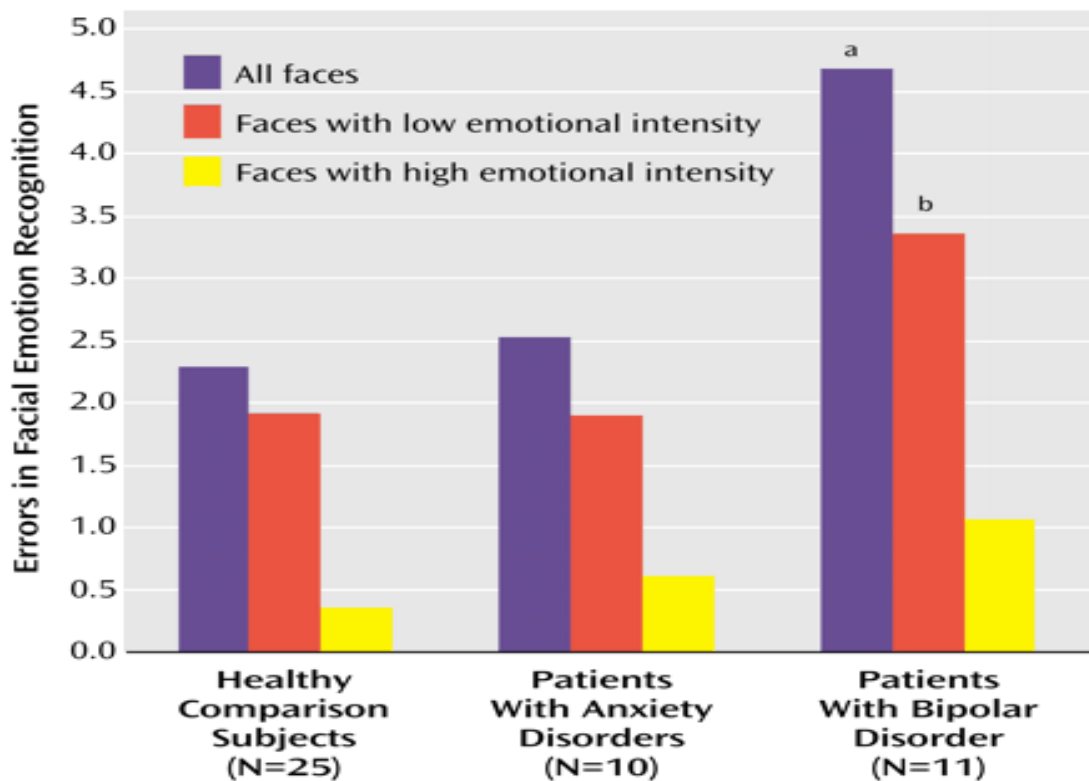
5. Moždana aktivnost u oboljelih od BAP-a

Zahvaljujući napretku medicine odnosno boljim tehnologijama dijagnostike postoji mogućnost uviđanja u moždanu aktivnost oboljelih. Koristeći CT (računalna tomografija) ili MRI (magnetska rezonancija) za dijagnostiku te specijalizirane testove moguće je vidjeti razliku u moždanoj aktivnosti osoba oboljelih od BAP-a i kontrolne grupe tj. normalnih pojedinaca. S obzirom da se izmjenjuju faze manije i depresije bitan čimbenik na koji se stavlja fokus su kognitivne neuropsihološke funkcije. Među promatranim funkcijama koje su detaljno proučene su pažnja, emocije i izvršne funkcije.

Pažnja je psihička funkcija koja se sastoji od dvije komponente: prva komponenta se odnosi na sposobnost prebacivanja pažnje s jednog na drugi objekt, a druga funkcija odnosi se na usmjeravanje i usredotočenost [18]. Ova neuropsihološka funkcija mjerljiva je putem kontinuiranog testa preformansi (CPT). CPT se koristi prilikom neuropsihološkog testiranja pažnje. Od nekolicine različitih vrsta CPT-a najčešće se koriste integrirani vizualni i audiatvni test varijabli pažnje (TOVA), Connersov CPT III i CPT IVA 2 [19]. Koristeći CPT pouzdano je dokazano da pojedinci koji su imali maničnu fazu lošije rješavaju test. Ovime je takav dokaz odličan prediktor manije. Osim toga pokazao se deficit kod ciljanog otkivanja u bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem i dalje prisutan no ne u mjeri kao kod pacijenata s manijom.

Izvršne funkcije reguliraju i usmjeravaju kognitivne funkcije. One su samo – regulirajuće i organiziraju ponašanje. Tako omogućavaju osobi da nezavisno i svrhovito ponaša. Ovi procesi usko su povezani sa prefrontalnim korteksom [20].

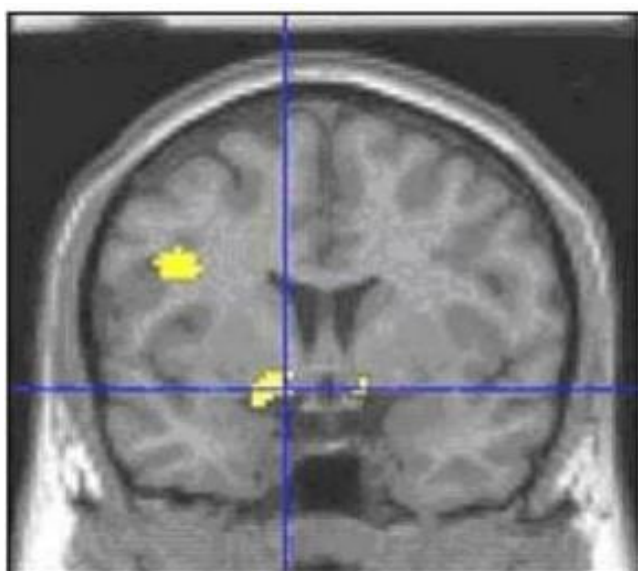
Emocije su naziv za čovjekovu reakciju na neki događaj. Emocije koje uviđamo i o kojima pričamo s ostalima obično imaju interval trajanja od po nekoliko minuta ili sati, pa sve do nekoliko dana ili tjedana. S druge strane pak emocionalni poremećaji traju mjesecima ili godinama (primjer depresija, anksioznost i sl.) [21]. Prilikom manične faze oboljeli imaju promjene u emocionalnom ponašanju kao i u prosuđivanju rizika i ocjeni nagrade. Jedna od hipoteza je povezanost tih emocija sa orbitalnim sektorom prefrontalnog korteksa pri čemu se smatra da lezijama u tom području dolazi do manifestacije pogoršanja u navedenim emocijama [22].



Slika 2 Pogreške prilikom prepoznavanja emocija u izrazima lica

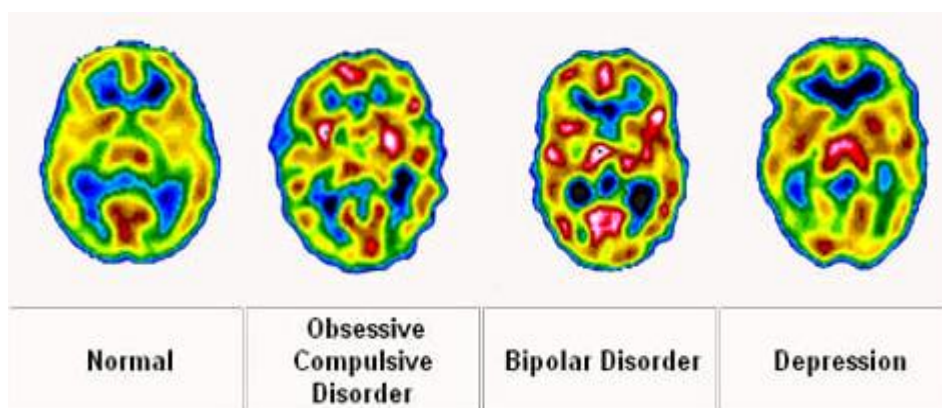
Slika 2 prikazuje studiju izvršenu na 46 ispitanika kojim se željelo dokazati lošu izvedbu prosuđivanja emocija kod ispitanika s bipolarnim poremećajem pri maničnom stanju [23]. Nedvojbeno je da svi rade pogreške no vidljivo je da su te pogreške češće kod oboljelih od bipolarnog poremećaja u odnosu na kontroliranu skupinu i skupinu sa anksioznošću.

Osim prefrontalnog korteksa bitnu ulogu kao indikator bipolarnog poremećaja igra i amigdala. Vjeruje se da je upravo loša komunikacija između ovih regija mozga glavni čimbenik razvoja same bolesti [24].



Slika 3 Strukturni MRI s funkcionalnim MRI podacima

Slika 3 prikazuje strukturni MR s funkcionalnim MR podacima. Navedeni podaci prikazuju područja unutar mozga koja aktivno rade. Lijeva amigdala te središta straha i srodne strukture aktivnije su u osoba s bipolarnim poremećajem doli onih zdravih. Lijeva amigdala i presijecanje plavih linija koje označavaju srodne strukture sio su mozga koji regulira emocije.



Slika 4 Usporedba zdravog mozga u odnosu sa mozgom oboljelih osoba

Osim MR snimanja moguće je i korištenje drugih metoda snimanja s kojima bi razlika u funkcioniranju mozga došla do izražaja. Jedna od takvih metoda je i SPECT (jedno fotonska računalna tomografija), a koja se koristi gama zraka prilikom izrade tomografske slike [25]. Slika 4 tako prikazuje SPECT modalitet kojim se pokazuje protok krvi i obrasci funkcioniranja u mozgu. Tako se potvrđuje da je bipolarni poremećaj biološki poremećaj a koji se ovime može dijagnosticirati na fizičkoj razini.

5.1. Suicidalnost

Pokušaji i izvršeni suicid su tragične manifestacije u osoba oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, ali sa pravovremeno prepoznavanjem rizičnih faktora značajno se smanjuje nastanak štetnih posljedica bolesti. Obzirom na rizike suicidalnog ponašanja kod psihijatrijskih poremećaja BAP zauzima vodeće mjesto. Jedan od najmoćnijih prediktora budućih pokušaja samoubojstva su predhodni pokušaji ubojstva. Također, razdoblje nakon otpuštanja iz bolnice je izuzetno rizično za oboljelog i njegovu okolinu. Osim toga, rizik za samoubojstvo se povećava s čestim hospitalizacijama. Pokušaji suicida su najčešće depresivne i miješane epizode, dok je manje kod manije i hipomanije. Međutim, neki noviji rezultati pokazuju da ne postoji povećani rizik od suicida tijekom miješane faze zbog rizika koji se može prepisati njegovoj depresivnoj komponenti. Podaci pokazuju da 25%- 50% oboljelih od BAP-a pokuša suicid, dok 10% - 15% izvrši suicid [26].

U anamnestičkom pogledu, veća stopa samoubojstva je kod muškaraca, dok je prema nekim istraživanjima veća stopa suicida kod žena. Razlike kod BAP-a u samoubojstvu su slične kod onih koji su razvedeni, neoženjeni, samohrani roditelji ili u socijalnoj izolaciji. Problemi na poslu i nezaposlenost kao i nedaće u prošlosti ili akutni stresori poput doživljavanja seksualnog ili fizičkog zlostavljanja također su važni čimbenici za pokušaj samoubojstva.

Bitno je poznavati zaštitne čimbenike kao što je dobra obiteljska i socijalna podrška te uporaba prilagodljivih strategija. Nadalje, snažan percipirani smisao života i timski afektivni temperament također su zaštitni čimbenici.

Zadnje, ali ne i najmanje bitno, važno je napomenuti da je liječenje ima vrlo bitnu ulogu kao zaštitni čimbenik jer smanjiva znatnu stopu samoubojstava. Farmakološko liječenje provodi se stabilizatorima raspoloženja litijem.. Neki rezultati sugeriraju da litiji posjeduje najveći-samoubilački preventivni rizik od suicida, sekundarno primjenjivana terapija je antiepilepticima kao što je karbamazepin, valproati, lamotrigini.

Strategije prevencije uključuju pružanje psihoedukacije putem informativnih letaka i/ili članova zdravstvenog osoblja. Također je važno educirati obitelj i prijatelje oboljelog kako bi bili sposobni prepoznati znakove suicidalnog ponašanja i biti svjesni razdoblja rizika i važnosti pridržavanja liječenja, poticani na druženje odnosno izbjegavati izolaciju [28].

5.2. Hormonalne promjene

Hormoni imaju mnoštvo uloga u tijelu, a među tim ulogama je i utjecaj na raspoloženje. Hormonalne promjene primijećene su češće u žena nego li u muškaraca. Razlog tome je najvjerojatnije taj što žene prolaze nekolicinu hormonalnih promjena tokom svog života. Odlika ovoga je teže liječenje bipolarnog poremećaja kod žena jer dolazi do pojava tjelesnih i mentalnih bolesti istovremeno. Zajedno s bipolarnim poremećajem kod žena je također primijećeno i često pojavljivanje migrena, problema sa kilogramima ili štitnjačom. Osim toga još je nekolicina razlika kao npr. više depresivnih epizoda, bipolarni poremećaj tipa II, brže promjene između faza manije i depresije [27].

Važnu ulogu u hormonalnom balansu čini štitnjača. Proizvodnjom hormona T3, T4 i kalcitonina uključena je u metabolizam a time i u utjecaj na težinu, otkucaje srca i ostale važne tjelesne funkcije. Poremećaji sa radom štitnjače primijećeni su manje kod muškaraca a češće kod žena i oboljelih od bipolarnog poremećaja [27]. Uzrok tome nije u potpunosti shvaćen no potvrđeno je da su problemi sa štitnjačom povezani sa bilo kojim oblikom poremećaja raspoloženja.

6. Zaključak

Bipolarni afektivni poremećaj je teški mentalni poremećaj kojeg karakteriziraju iracionalne misli, zablude te ciklična izmjena dvaju potpuna suprotna stanja. To je rijetka i vrlo skupa bolest kod koje su emocije, mišljenja i ponašanja konstanto mijenjaju. Danas radi većeg interesa ljudi za istraživanjem etiologije omogućuje nam bolji uvid u dijagnozu i sto točnije odrediti terapiju. Simptomi BAP-a su raznoliki, a dijagnoza se postavlja nakon dvije epizode koje su se dogodile bolesniku. Mnogo ljudi osjećaju se usamljeno i misle da su sami s tim problemom. Što se dulje odgađa liječenje, veća je vjerojatnost nastanka oštećenja na socijalnoj i fizičkoj razini. Posebno se treba naglasiti da je velika važnost u interakciji između pacijenata sa istim psihotičnim poremećajem, a uvažavanje od strane obitelji je integralni dio procesa liječenja.

Medicinska sestra je nezaobilazan čimbenik u liječenju. Pri pomoći pacijentu potrebno je izraditi plan zdravstvene njege koje će joj pomoći u skrbi za pacijenta. Uz pomoć obitelji i njegove volje da sudjeluje i edukacijom pacijent odnosno bolesnik će brzo doći do željenog stanja, a to je ozdravljenje. Stoga konstantna edukacija i potpora su važan čimbenik liječenja kod svake bolesti pa tako i kod BAP-a.

Radi ubrzanog načina života u kojem je stres sve prisutniji otežani su uvjeti oboljelom pri ozdravljenju i razgovoru o bolesti. Stres često zna biti okidač kod suicidalnih misli pri čemu je bitna pomoć obitelji i prijatelja. Također je bitno poznavati njezine znakove rizika jer je bolest često prikrivena, a poznavanjem određenog stanja poboljšava nam kvalitetu života. Cilj jest da pacijent u nekom trenutku postane sam sebi terapeut odnosno da dođe do stanja prepoznavanja mogućih stanja rizika i aktivno ih iskušava.

7. Literatura

- [1] <https://www.nationalelfservice.net/mental-health/rapid-increase-global-mental-illness-fake-news/>, dostupno 10.08.2020.
- [2] <https://www.everydayhealth.com/bipolar-disorder-pictures/famous-people-with-bipolar-disorder.aspx>, dostupno 10.08.2020.
- [3] Hotujac L.J., Begić D., Folnegović Šmalc V. i sur. Psihijatrija. Medicinska naklada Zagreb, 2006
- [4] <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/208120>, dostupno 11.08.2020.
- [5] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011
- [6] Oruč LJ, Memić A, Škobić H. Biološka osnova bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix 77 (2008); 77:8-1
- [7] Kaplan H. I, Sandock B. J. Priručnik kliničke psihijatrije. Naklada Slap. Jasterbarsko, 1998
- [8] Arnabas G. Psihijatrija. Naklada Slap. Zagreb, 2008
- [9] Šagud M, Mihaljević - Peleš A, Janović Š. Stabilizatori raspoloženja u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. Medix 77 (2008); 77:45-9
- [10] <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>, dostupno 13.8.2020
- [11] <https://core.ac.uk/download/pdf/198100179.pdf>, 13.08.2020
- [12] Thomas D. Meyer: Bipolarni poremećaj (manično depresivni poremećaj). Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008. Str 12-26
- [13] https://www.cybermed.hr/clanci/ciklotimicni_poremecaj, dostupno 14.8.2020.
- [14] https://www.google.hr/webhp?sourceid=chromeinstant&rlz=1C1VQGG_enHR557HR558&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=odnos+prema+psihijatrijskom+bolesniku, dostupno 16.08.2020
- [15] https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=278585&fbclid=IwAR0gJ37M0IV9LJGwkHJfjKYeZKJN1efoboSZpB-2znnC5FdN3r4N6bZFSfl, dostupno 17.08.2020
- [16] <https://zgpd.hr/2019/05/28/stigmatizacija/>, dostupno 17.8.2020
- [17] L.D. Hawke, S.V. Parikh, E.E. Michalak: Stigma and bipolar disorder, A review of the literature, Journal of Affective Disorders, 2013, 150(2), 181–191
- [18] <https://hr.wikipedia.org/wiki/Pa%C5%BEnja>, dostupno 18.8.2020.
- [19] https://en.wikipedia.org/wiki/Continuous_performance_task, dostupno 18.8.2020.
- [20] https://ldap.zvu.hr/~mirna/NEUROPSIH%20PREDAV%20WEB/Izvrzne%20funkcije_2012.pdf, dostupno 18.8.2020.

- [21] <https://hr.wikipedia.org/wiki/Osje%C4%87aji>, dostupno 19.8.2020.
- [22] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181872/>, dostupno 19.8.2020.
- [23] <https://psycheducation.org/the-biologic-basis-of-bipolar-disorder/1035-2/>
- [24] <https://www.bipolar-lives.com/bipolar-brain-imaging.html>, dostupno 19.8.2020
- [25] https://en.wikipedia.org/wiki/Single-photon_emission_computed_tomography, dostupno 20.8.2020.
- [26] Marčinko D. Suicidalnost u bipolarnom afektivnom poremećaju. Medix 77 (2008);54-58
- [27] <https://www.helixtreatment.com/blog/how-hormones-impact-bipolar-disorder/>, dostupno 20.8.2020.
- [28] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6723289/?fbclid=IwAR2i9oeqFRazwACV1ikWv_7gAW1qAgdupCUcwyJsCAC1BcOfePTqg5wie2Y, dostupno 20.8.2020.

Popis slika

Slika 1 Virginia Woolf Izvor: https://psihoblog.files.wordpress.com/2014/04/virginia-woolf-001.jpg	3
Slika 2 Pogreške prilikom prepoznavanja emocija u izrazima lica Izvor: https://psycheducation.org/wp-content/uploads/2014/09/adolescents_with_facial_recognition_errors_AJP_2005.gif	19
Slika 3 Strukturni MRI s funkcionalnim MRI podacima Izvor: https://www.bipolar-lives.com/wp-content/uploads/2015/03/brain2.jpg	20
Slika 4 Usporedba zdravog mozga u odnosu sa mozgom oboljelih osoba Izvor: https://www.bipolar-lives.com/wp-content/uploads/2015/03/innerviews.jpg	20



IZJAVA 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 MA SERDAR (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica (završnog/diplomskog) (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom BIPOLARNI AFKTIVNI PORUČENJE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mia Serdar

(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 MA SERDAR (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom (završnog/diplomskog) (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom BIPOLARNI AFKTIVNI PORUČENJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Mia Serdar

(vlastoručni potpis)