

Sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnika u maničnoj fazi bipolarnog afektivnog poremećaja

Kuharić, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:380434>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1491/SS/2021

**Sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnika u maničnoj
fazi bipolarnog afektivnog poremećaja**

Valentina Kuharić, 3055/336

Varaždin, rujan, 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1491/SS/2021

Sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnika u maničnoj fazi bipolarnog afektivnog poremećaja

Student

Valentina Kuharić, 3055/336

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn., v. pred.

Varaždin, rujan, 2021. godine

Predgovor

Zahvaljujem se svojoj mentorici Mariji Božičević, mag. med. techn. na prihvaćanju mojih ideja i teme za završni rad. Hvala na uloženom trudu, izdvojenom vremenu, podršci, dobronamjernim savjetima i pomoći kod izrade završnog rada.

Hvala kolegama iz Doma za odrasle osobe Lobor-Grad na prenesenom znanju iz područja psihijatrije, podršci te ukazanom povjerenju i dozvoli za korištenjem dokumentacije potrebne za prikaz slučaja bolesnice.

Zahvala profesorima Sveučilišta Sjever na prenesenom znanju kroz protekle tri akademske godine.

Hvala kolegama studentima te kolegici i prijateljici Katarini. Uz tebe je bilo lakše prijeći sve korake u studiranju.

Neizmjereno hvala mojoj obitelji. Bili ste tu od samog početka pa do kraja školovanja, radovali se sa mnom svakom uspjehu te ohrabivali na putu prema ostvarenju željenom cilju.

Za kraj, puno hvala mojem Goroslavu, zraci sunca u svijetu punom oblaka. Tvoja energija, podupiranje i ljubav neizmjeran su vjetar u leđa.

Svi ste dio jedne slagalice.

Veliko hvala. Uz vas je bilo lakše uspjeti!

Sažetak

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je psihijatrijski poremećaj karakteriziran promjenama raspoloženja i aktivnostima koje variraju od povišenog do sniženog te prelaze granice uobičajenih promjena raspoloženja. To je složen, multifaktorijalno uzrokovan poremećaj bez sigurnih bioloških i objektivnih pokazatelja. Dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja postavlja se nakon pojavljivanja najmanje dvije epizode u kojima su aktivnost i raspoloženje osobe bili značajno poremećeni.

Manična faza bipolarnog afektivnog poremećaja predstavlja hitno stanje u psihijatriji, a karakterizirana je psihomotornim nemirom, povišenim raspoloženjem, bijegom ideja te logoroičnošću. Za ispravno i pravodobno zbrinjavanje bolesnika ključne su ispravne sestrinske intervencije. Kod pojave manične faze bolesnika često je potrebna prisilna hospitalizacija do poboljšanja stanja jer takav bolesnik može dovesti u opasnost sebe i osobe u svojoj okolini. Kod oboljelih je moguća pojava psihotičnih simptoma. To su simptomi koje karakterizira jaka uvjerenost da su stvarni i za bolesnika izgledaju tako iako nisu dokazivi u stvarnosti.

Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja razlikuje se ovisno o fazi u kojoj se bolesnik trenutno nalazi, a provodi se primjenom psihofarmaka, provedbom psihoterapije, u nekim slučajevima i elektrostimulativne terapije.

Cilj ovog završnog rada je prikazati epidemiologiju, etiologiju i klasifikaciju bipolarnog afektivnog poremećaja, opisati kliničku sliku s naglaskom na maničnu fazu poremećaja. Zatim, objasniti sestrinske intervencije i tijek zbrinjavanja bolesnika te prikazati moguće metode liječenja. Uz to je prikazan utjecaj stigmatizacije na bolesnika, obitelj te tijekom liječenja. Rad je upotpunjen prikazom slučaja bolesnice oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, manična faza, sestrinske intervencije, psihofarmaci, stigmatizacija

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJE	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Valentina Kuharić	JMBAG	3055/336
DATUM	13.08.2021.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnika u maničnoj fazi bipolarnog afektivnog poremećaja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing interventions and health care for patient in the manic phase of bipolar affective disorder		
MENTOR	Marija Božičević	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., predsjednik 2. Marija Božičević, v.pred., mentor 3. doc.dr.sc. Ivana Živoder, član 4. Ivana Herak, pred., zamjenski član 5. _____ 		

Zadatak završnog rada

PROJ	1491/SS/2021
OPIS	<p>Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je psihijatrijski poremećaj karakteriziran promjenama raspoloženja i aktivnosti, koji variraju od povišenog (hipomanija, manija) do sniženog (depresija) raspoloženja i aktivnosti, te prelaze granice uobičajenih promjena raspoloženja.</p> <p>To je složen, multifaktorijalno uzrokovan poremećaj bez sigurnih bioloških i objektivnih pokazatelja. Dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja postavlja se nakon javljanja najmanje dvije ponovljene epizode u kojima su raspoloženje i aktivnost osobe bili značajno poremećeni.</p> <p>Manična faza predstavlja hitno stanje u psihijatriji a karakterizirana je psihomotornim nemir, povišenim raspoloženjem, "bijegom" ideja i logoroičnošću.</p> <p>Za uspješno i pravodobno zbrinjavanje bolesnika ključne su ispravne sestrinske intervencije.</p> <p>Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja razlikuje se ovisno o fazi u kojoj se bolesnik trenutno nalazi. U radu će biti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - navedene epidemiologija, etiologija i klasifikacija BAP-a - opisana klinička slika s naglaskom na maničnu fazu poremećaja - prikazane metode liječenja i sestrinske intervencije te tijekom zbrinjavanja bolesnika - prikazan slučaj bolesnice oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja
ZADATAK URUČEN	POTPIS MENTORA

Popis korištenih kratica

BAP- bipolarni afektivni poremećaj

MKB-10- Medicinska klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta verzija

DSM-5- Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peta verzija

MR- magnetna rezonanca

EPS- ekstrapiramidalne nuspojave

MNS- maligni neuroleptički sindrom

EST- elektrostimulativna terapija

EEG- elektroencefalogram

EKG- elektrokardiogram

SZO- Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1.	Uvod.....	7
2.	Epidemiologija.....	8
3.	Etiologija.....	9
3.1.	Biološka teorija	9
3.2.	Psihološka teorija	9
3.3.	Socijalna teorija.....	10
4.	Klasifikacija i dijagnoza	11
4.1.	MKB-10	11
4.2.	DSM-5.....	12
5.	Klinička slika	14
5.1.	Manična i hipomanična faza	14
5.2.	Depresivna faza	15
5.3.	Psihotični simptomi.....	15
6.	Manična faza.....	17
6.1.	Prepoznavanje manične faze	17
6.2.	Zbrinjavanje bolesnika u maničnoj fazi	18
6.2.1.	Manija kao hitno stanje	18
6.2.2.	Ciljevi u skrbi za bolesnika u maničnoj fazi.....	18
6.3.	Sestrinske intervencije u maničnoj fazi.....	19
6.4.	Moguće sestrinske dijagnoze u maničnoj fazi.....	21
6.4.1.	Visok rizik za ozljede.....	21
6.4.2.	Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa	21
6.4.3.	Poremećaj misaonog procesa	22
6.4.4.	Visok rizik za nasilno ponašanje	22
6.4.5.	Poremećaj spavanja	23
7.	Liječenje.....	24
7.1.	Farmakološko liječenje	24
7.1.1.	Stabilizatori raspoloženja	25
7.1.2.	Antipsihotici.....	27
7.1.3.	Antidepresivi	29
7.2.	Elektrostimulativna terapija	30
7.3.	Psihoterapijski pristup i edukacija obitelji	31
7.3.1.	Psihoterapija.....	31
7.3.2.	Terapijska zajednica.....	32
7.3.3.	Psihoedukacija.....	32
8.	Prikaz slučaja	34
8.1.	Opći podaci	34
8.2.	Osobna anamneza.....	34
8.3.	Obiteljska anamneza	35
8.4.	Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja.....	35

8.5. Propisana terapija	37
8.5.1. Prisutnost nuspojava psihofarmaka	38
8.6. Cjelovito promatranje bolesnice.....	38
8.6.1. Stanje svijesti i prihvaćanje stanja.....	38
8.6.2. Vanjski izgled bolesnice i antropometrijska mjerenja.....	38
8.6.3. Stupanj samostalnosti	39
8.6.4. Izgled osobnog prostora	39
8.6.5. Slobodno vrijeme i navike.....	39
8.6.6. San i spavanje.....	39
8.6.7. Socijalni kontakt.....	40
8.6.8. Komunikacija	40
8.7. Sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnice.....	40
9. Stigmatizacija bolesnika	42
10. Zaključak.....	44
11. Literatura.....	45

1. Uvod

Bipolarni afektivni poremećaj je psihijatrijski poremećaj koji uključuje izmjenu faza povišenog raspoloženja te sniženog raspoloženja kod oboljelih. Epizode bolesti mogu se pojavljivati odvojeno ili zajedno, a uključuju faze manije i hipomanije te depresije [1].

Dakle, BAP spada u poremećaje raspoloženja koje karakterizira nesrazmjer između uspona i padova raspoloženja [2]. Sasvim uobičajeno je da raspoloženje varira s obzirom na unutarnja i vanjska događanja. Međutim, problemi nastaju kad raspoloženje nije u skladu s događajima te prelazi granice uobičajenog [3].

Oboljeli nisu u stanju kontrolirati varijacije raspoloženja što donosi poteškoće u funkcioniranju. Takvo ponašanje može naštetiti samom bolesniku, njegovoj obitelji te ljudima koji ga okružuju. Moguće je narušavanje dosadašnjeg funkcioniranja u privatnom i poslovnom životu. Stoga je vrlo važno što ranije prepoznavanje i liječenje te pridržavanje uputa kako bi se spriječile i ublažile posljedice bolesti te bolest mogla kontrolirati [2]. Čak i napredovanjem medicine i tehnologije, BAP se i dalje vrlo kasno ili pogrešno dijagnosticira. Najčešće se zamjećuje depresivna faza. S druge strane manična faza poremećaja često prođe nezapaženo. Dijagnoza BAP-a postavlja se nakon pojavljivanja barem dvije epizode poremećaja raspoloženja između kojih nastane stanje potpune remisije. To bi značilo da je potrebno zamijetiti pojavu dvije faze manije ili hipomanije, depresije i manije ili depresije ili hipomanije [4].

Bipolarni afektivni poremećaj već je vrlo rano bio u povijesti precizno opisan no tek u novije vrijeme je izdvojen i klasificiran u zasebnu dijagnostičku kategoriju. Prvi poznati detaljniji opis BAP-a navodi W. Griesinger u udžbeniku *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* 1845. godine. Smatrao je da je BAP specifična klinička slika koja zajedno sa shizofrenijom čini bolesni proces. Nakon toga, tek 1911. godine BAP se predstavlja kao jedinstven proces te je odvojen od shizofrenije u zasebnu kategoriju [3]. Danas se BAP dijeli na tip I i tip II [4].

Daljnji tijek rada bavit će se tematikom vezanom uz sam poremećaj. Bit će obuhvaćena epidemiologija, etiologija, dijagnostika, klinička slika te liječenje poremećaja. Naglasak će biti stavljen na maničnu fazu poremećaja te sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnika u navedenoj fazi. Nakon toga u radu će biti prikazan slučaj osobe oboljele od BAP-a, korisnice Doma za odrasle osobe Lobar-Grad.

2. Epidemiologija

Poremećaji raspoloženja spadaju u najčešće psihičke poremećaje u današnje vrijeme, a u posljednjih 15 godina zamijećen je značajan porast [4].

Uzimajući u obzir poremećaje raspoloženja, BAP se pojavljuje češće nego shizofrenija, ali rjeđe nego depresija te se javlja u 10% do 20%. Takvi poremećaji dovode do narušavanja dosadašnjeg funkcioniranja osobe te je česta pojava suicida, u 15 do 25 % slučajeva kao i česta zloupotreba psihoaktivnih supstanci koje smanjuju kvalitetu života i otežavaju liječenje [5].

Poremećaj se može pojaviti kod odraslih i djece. Češća pojavnost BAP- a je kod žena. Na 100 muškaraca obole 2-3 muškarca, dok na 100 žena oboli 5-10 žena. Smatra se da su razlog tome porod te hormonalne promjene [5]. U dječjoj dobi se BAP također može pojaviti. Tada se to povezuje s pojavom hiperkinetskog poremećaja (ADHD) i graničnog poremećaja ličnosti (*borderline*) [4].

Prvi simptomi pojave poremećaja najčešće počinju u periodu adolescencije i rane odrasle dobi, a poremećaj ostaje cijeli život. Dijagnosticira se tek 5-10 godina nakon prve pojave simptoma. Vrlo česta pojava je i u periodu između 20 i 50 godina života [5].

Nema velike razlike u pojavljivanju poremećaja s obzirom na rasu ili socioekonomski status, ali BAP se povezuje s bogatijim društvenim slojem, neoženjenima, rastavljenima, pripadnicima bijele rase [6]. Oboljeli od BAP-a gotovo polovinu života provedu u raspoloženju koje je u granicama normale dok u ostaloj polovini života provedu 33% u depresiji, 11% u maniji, a 6% u izmjenjivanju faza poremećaja [4].

3. Etiologija

Bipolarni afektivni poremećaj je kompleksni psihički poremećaj čiji je nastanak povezan s različitim faktorima. Nastanak se povezuje s biološkim, psihološkim te socijalnim faktorima. Spominje se da na pojavu utječe abnormalna struktura i funkcija mozga, obiteljska predispozicija te nasljeđivanje preko dominantnog gena [5].

Na pojavu BAP-a može utjecati loša interakcija između psihosocijalnih uzroka stresa i sposobnosti osobe da se nosi sa stresnim događanjima [7]. Mnoga istraživanja dokazuju da je za pojavu BAP-a dijelom odgovorna genetska komponenta, pozitivna obiteljska anamneza, stresne situacije, poremećaj neurotransmiterskih i neuroendokrinih funkcija te uporaba alkohola i droge [8].

Kad je riječ o mogućim uzrocima nastanka BAP-a najčešće se spominju: biološka, psihološka te socijalna teorija [5].

3.1. Biološka teorija

Jedna od teorija o uzrocima nastanka BAP-a je nasljeđivanje. Ukoliko u obiteljskoj anamnezi postoje roditelji, braća ili bliži rođaci oboljeli od navedenog poremećaja mogućnost za pojavljivanje u nekom razdoblju života je veća. Ukoliko je slučaj da jedan od roditelja boluje, mogućnost se povećava na 27% dok je mogućnost ukoliko oba roditelja boluju 50% do 70% [3].

Kao mogući uzroci nastanka navode se promjene na dijelovima mozga. Na MR snimkama oboljelih zamijećene su promjene. Također povezane su i promjene u području prefrontalnog korteksa koji povezuje limbički sustav i dijelove medijalnog i temporalnog režnja. U nekim literaturama navodi se da je jedan od uzroka pomanjkanje stabilnosti u prenošenju živčanih impulsa u mozgu, promjene u metabolizmu pojedinih neurotransmitera [3].

Pošto se BAP povezuje sa stresnim događajima onda se hipotalamus, hipofiza, nadbubrežna žlijezda i štitnjača također mogu povezati s navedenim poremećajem. Razlog tome je što je jedna od njihovih uloga reguliranje odgovora organizma na stres [4].

3.2. Psihološka teorija

Psihološki uzroci pokušavaju se prikazati korištenjem Freudove teorije razvoja djeteta i stavljanjem naglaska na oralnu fazu razvoja. Oralna faza traje do djetetove druge godine života i u toj fazi dijete upoznaje svijet kroz sluznicu usta te tako doživljava ugodu i neugodu [9].

Ukoliko u navedenoj fazi majka ne pruži dovoljno pažnje i ugodnih trenutaka kasnije u životu dijete će imati probleme s davanjem ljubavi, ali i dalje imati potrebu za dobivanjem tih osjećaja. Teorija pokazuje da djeca koja nemaju zadovoljene osjećaje u oralnoj fazi imaju veliki nedostatak u daljnjem razvoju, sazrijevanju i iskazivanju emocija. Zbog toga je važno naglasiti da veliku ulogu u razvoju poremećaja u životu ima odnos roditelja i djeteta već od samih početaka [3]. Ukoliko dijete već u samom početku nije zbrinuto na prikladan način kasnije može postati anksiozno, nezadovoljno, s manjkom samopoštovanja što za sobom nosi veću mogućnost pojavljivanja depresije [9].

Pojava manije je moguća kao način obrane od depresije pa tako osoba zamjenjuje osjećaj niskog samopoštovanja osjećajem više vrijednosti i sposobnosti koje nadilaze granice normale. Osoba tako negira tužne osjećaje, bespomoćnost i odlazi u drugu krajnost, maniju. Razvitku poremećaja može pridonijeti gubitak bliskih osoba i reakcija na događaje vezane uz gubitak drage osobe, s naglaskom na gubitak partnera te roditelja prije navršenih jedanaest godina [10].

3.3. Socijalna teorija

Svakodnevni stresni događaji mogu dovesti do pojave simptoma. Stoga je stres jedan od okidača za nastanak epizoda manije i depresije. Međutim ne može se nazvati točnim uzrokom nastanka poremećaja. Današnji način života svakodnevno je prožet stresnim događajima. Ljudski mozak se ne uspije uvijek pravodobno vratiti mirnom funkcioniranju pa su tako moguće pojave maničnih i depresivnih epizoda no to nužno ne znači pojavu poremećaja. Stresni događaji poput gubitka roditelja, partnera, gubitak posla mogu narušiti emocionalno funkcioniranje osobe [7]. Važnu ulogu ima okruženje u kojem se osoba nalazi, odnosi u društvu, obitelji jer uvelike utječe na mentalno funkcioniranje pojedinca [11].

4. Klasifikacija i dijagnoza

BAP je poremećaj raspoloženja koji se kod bolesnika očituje pojavom dvaju potpuno suprotnih raspoloženja. Poremećaj se teško ili pogrešno dijagnosticira što nije dobro jer postoje mnoge specifične metode liječenja pojedinih vrsta poremećaja. Kako bi se što lakše i preciznije postavila dijagnoza bitno je prepoznati postojeće simptome kod bolesnika u aktivnoj fazi, dobiti što jasnije podatke o prethodnim epizodama ako su se pojavljivale te procijeniti javljaju li se sadašnji simptomi periodično ili su promjenjivi [3].

Kako bi se neki zdravstveni problem nazvao bolešću potrebno je znati niz činjenica kao što su: etiologija, patofiziologija, klinička slika, terapija, liječenje, prognoza, tijek bolesti te oporavak. Neke od navedenih činjenica na području psihijatrije je teško sa sigurnošću utvrditi pa se tako govori o psihijatrijskim poremećajima, a ne bolestima. Isto tako se i BAP naziva poremećajem zbog nedovoljnog poznavanja bitnih činjenica. Upravo zbog toga se podjele poremećaja često mijenjaju s obzirom na nova saznanja [6].

Važnost klasifikacije je da se u idealnim uvjetima prepoznaju svi bolesnici koji boluju od određenog poremećaja, ali da pritom zbog prepoznatih simptoma bolesnik ne bude smješten u drugu dijagnostičku kategoriju. Budući da na području psihijatrije i dalje postoji mnogo nepoznanica psihijatrijski poremećaji se dijagnosticiraju prema tome što opažamo [4].

BAP već rano u povijesti biva spomenut. Prvi put ga detaljno opisuje W. Griesinger u udžbeniku *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* 1845. godine. On navodi da BAP zajedno sa shizofrenijom čini jednu bolest. Taj zaključak biva prihvaćen do 1911. godine kad E. Kraepelin uz mnoga istraživanja saznaje da to i nije najtočnije te BAP smještava u zasebnu kategoriju. To se kasnije dodatno proučava te se donose novi zaključci pri čemu se dio slaže sa Kraepelinom dok se dio priklanja mišljenju Griesingera. Ipak, najvažnije su današnje aktualne činjenice koje su navedene u dvije službene važeće međunarodne klasifikacije [3].

4.1. MKB-10

Medicinska klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) izdana od strane Svjetske zdravstvene organizacije je klasifikacijski sustav za svu humanu patologiju [4]. Danas je važeća deseta verzija te klasifikacije, MKB-10. Psihijatrijski poremećaji u MKB-10 navedeni su u skupini pod slovom F(F00-F99) pod nazivom „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja“.

Bipolarni afektivni poremećaj jedan je od poremećaja raspoloženja (afektivni poremećaji) smještenih od F30 do F39 [12]:

- ✓ F30- Epizode manije
- ✓ F31- Bipolarni poremećaj
- ✓ F32- Depresija
- ✓ F33- Povratni depresivni poremećaj
- ✓ F34- Stalni poremećaji raspoloženja
- ✓ F38- Drugi poremećaji raspoloženja
- ✓ F39- Poremećaj raspoloženja, nespecifičan [12]

Dijagnoza poremećaja postavlja se nakon utvrđivanja barem dvije različite epizode poremećaja raspoloženja između kojih postoji stanje potpune remisije. To bi značilo da se poremećaj raspoloženja dijagnosticira nakon pojavljivanja [4]:

- ✓ dvije faze manije ili hipomanije
- ✓ depresije i manije
- ✓ depresije i hipomanije [4]

4.2. DSM-5

Američko psihijatrijsko društvo izdalo je Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje čija je peta verzija danas u uporabi (DSM-5) [13]. Smatra se da priručnik daje znatan doprinos u povećanju pouzdanosti kod dijagnosticiranja psihijatrijskih poremećaja. DSM-5 u većoj mjeri nego što je to bilo prije dozvoljava mogućnost postavljanja dijagnoze u više različitih dijagnostičkih skupina kako bi se smanjio broj nejasno postavljenih dijagnoza. Primjer: Dijagnoza depresivnog poremećaja može se postaviti i kao sastavnica procesa žalovanja, anksioznost može biti udružena s bipolarnim afektivnim ili depresivnim poremećajem [4].

Prema DSM-5 BAP je podijeljen na:

- ✓ Bipolarni afektivni poremećaj tip I
- ✓ Bipolarni afektivni poremećaj tip II [13]

BAP tip I dijagnosticira se kad bolesnik doživi barem jednu manično depresivnu epizodu. Bolesnici prikazuju maničnu, miješanu ili depresivnu fazu. Ukoliko se kod bolesnika prvi put pojavila manična faza dijagnosticira se BAP tip I jer je velika vjerojatnost da će se dalje u životu dogoditi još maničnih faza. U navedenu kategoriju spadaju i bolesnici kod kojih su izraženije manične faze dok depresivne faze nisu jasno izražene [13]. Ova vrsta poremećaja moguća je u svakom razdoblju života, uključujući i početak u 60-im godinama [4].

BAP tip II je oblik poremećaja u kojem se izmjenjuju hipomanične i depresivne faze. Najčešće se zamjećuju depresivne faze dok hipomanične često prođu nezapaženo, bolesnici se dobro osjećaju pa je ne prepoznaju kao problem. Zbog toga se ovaj oblik teže prepoznaje. U tom slučaju vrlo su bitni podaci dobiveni od bolesniku bliskih osoba za lakše postavljanje dijagnoze [13]. U ovom obliku poremećaja prva epizoda može biti hipomanija, manija ili depresija nakon čega slijedi višegodišnja remisija. S vremenom pojavljivanja poremećaja epizode postaju učestalije i izraženije, a remisije kraće [4]

5. Klinička slika

Oscilacije raspoloženja normalan su dio svakodnevnog života. BAP je poremećaj kojeg karakteriziraju promjene raspoložena, no u tom slučaju one prelaze granice uobičajenog. To može postati opasno za samog bolesnika i osobe koje ga okružuju pa je vrlo bitno rano prepoznavanje, pravilno postavljanje dijagnoze te adekvatan način liječenja [1]. Kod bolesnika koji boluju od BAP-a izmjenjuju se faze manije, hipomanije te depresije. BAP se prepoznaje po pojavi dviju vrsta simptoma, maničnih i depresivnih. Između pojedinih faza poremećaja moguće su faze remisije kao i pojava miješane faze u kojoj se kod bolesnika mogu uočiti obje vrste simptoma [5]. Ponekad se faze brzo izmjenjuju pa ubrzo nakon jedne slijedi druga dok je moguće da se u isto vrijeme ispreplete povišeno i sniženo raspoloženje bolesnika. Tada ponašanje može biti vrlo rizično i nepredvidivo [1].

5.1. Manična i hipomanična faza

Manična faza je karakterizirana psihomotornim nemirom, povišenim raspoloženjem bolesnika uz logoroičnost te neizostavan bijeg ideja. Bolesnici u toj fazi se najčešće osjećaju sretnim, veselim, zadovoljnim te prepunim snage i pozitivne energije [6]. Pojavljuju se precijenjene ideje, ideje veličine, važnosti i sposobnosti što najčešće prelazi granice te tako dovode u pitanje svoju sigurnost [8]. Zbog svojeg rizičnog ponašanja i opasnosti za sebe i okolinu, manija se naziva hitnim stanjem u psihijatriji i bolesnik može biti prisilno hospitaliziran [14]. Ova faza može proći nezapaženo jer ju bolesnik ne prepoznaje kao problem već se u njoj osjeća najbolje do sada. Simptomi manije traju minimalno tjedan dana dok simptomi hipomanije nešto kraće, najmanje četiri dana [8].

U hipomaničnoj fazi bolesnik je svjestan svojeg stanja i ne dolazi u sukob s okolinom. Simptomi traju kratko i nisu potpuno jednaki maniji. Glavna razlika je jačina i djelovanje simptoma. Hipomanija se najčešće prikazuje kao povećana društvenost i prekomjerna povjerljivost [10].

5.2. Depresivna faza

U depresivnoj fazi bolesnik ima različite simptome koji su potpuno suprotni onima u maniji. Raspoloženje kod takvih bolesnika je sniženo, vlada manjak energije, osjećaj umora, slabosti, malaksavosti. Gube interes za uobičajenim stvarima koje su ga ranije veselile [11]. U depresivnoj fazi bolesnici teško obavljaju aktivnosti koje su do tada sa zadovoljstvom obavljali, hodaju zapušteni, ne vode brigu o osobnoj higijeni, fizičkom izgledu i odijevanju. Zanemaruje bitne ljude oko sebe, obitelj, posao, prijatelje, narušavaju društvene odnose. Većinu vremena djeluju utučeno, povučeno, obeshrabreno i tužno. Moguća je pojava osjećaja razdražljivosti i frustriranosti zbog sitnica [1].

Bolesnici u depresivnoj fazi često su usporenih pokreta i misaonog tijeka, pogleda usmjerenog prema podu. Jako teško se koncentriraju i postaju zaboravljivi, teško slijede misli i tijekom razgovora. Često gube apetit ili je smanjen dok se rjeđe apetit povećava, gube na težini. Spavanje je također vrlo često poremećeno, bolesnici se često bude rano, tijekom noći ili imaju probleme s usnivanjem. Seksualne funkcije su smanjene, dok kod žena može izostati menstruacija. Osjećaj umora može biti prisutan i bez tjelesnog napora pa tako i najmanji zadaci iscrpe puno energije [4].

Poremećaj mišljenja koji se javlja u depresivnoj fazi uključuje negativnu procjenu sebe, svijeta i budućnosti, blokadu misli te teško donošenje odluka. Takav način razmišljanja pridonosi smanjenom samopouzdanju te osjećaju bezvrijednosti i krivnje za nevažnim neuspjesima iz prošlosti [1]. Mnogi bolesnici se zbog prekomjernog negativnog razmišljanja počinju osjećati bespomoćno i pomišljaju na suicid. Razmišljanja o smrti mogu biti prolazna i ponavljana. Često razmišljaju o smrti no ne kako bi to i učinili dok s druge strane neki bolesnici razmišljaju i o samom počinjenju suicida. Zbog toga je depresivnu fazu vrlo važno pravodobno prepoznati, reagirati te liječiti. Depresivna faza traje prosječno do šest mjeseci [11].

5.3. Psihoteični simptomi

Pojava psihoteičnih simptoma kod BAP-a je moguća u svakoj fazi poremećaja. Takvi simptomi se odnose na pojave koje nisu dokazive u stvarnosti. To bi mogle biti slušne halucinacije ili vjerovanja koja nisu utemeljena na stvarnosti. Tako osoba može čuti glasove koji mogu biti ugodni, u stanju manije te neugodni, u stanju depresije. Moguć je osjećaj praćenja i progonjenja, priviđanja da su neke druge, važne, poznate osobe. Psihoteični simptomi mogu dovesti do nesporazuma s okolinom [1].

Kad se takvi simptomi pojave prvi put kod bolesnika, oni se često boje progovoriti o njima jer misle da će ih svijet proglasiti ludima. Takve simptome karakterizira jaka uvjerenost da su stvarni i za njih izgledaju vrlo stvarno. Nakon liječenja bolesnika kod kojih se pojave psihotični simptomi važno je napomenuti da to što oni doživljavaju kao stvarnost nije stvarnost nego su to simptomi bolesti te je kod njihove pojave važno zatražiti pomoć liječnika [1].

6. Manična faza

Manična faza jedna je od faza promjena raspoloženja u bolesnika koji pate od bipolarnog afektivnog poremećaja. U maničnoj fazi bolesnik je psihomotorno nemiran, povišenog raspoloženja, zadovoljan te pun snage i energije [10]. No, važno je napomenuti da se manična faza ne smije zamijeniti s dobrim osjećanjem i zadovoljstvom bolesnika nakon izlaska iz depresivne faze. Kako bi se sa sigurnošću potvrdilo da se pojavila manična faza važno je utvrditi postojanje barem tri simptoma [1].

6.1. Prepoznavanje manične faze

Bolesnik se u maničnoj fazi osjeća euforično, često može biti glasan i bučan. Ponašanje može biti popraćeno glasnim smijehom te time može ometati druge. Zbog euforičnog osjećaja ima manju potrebu za snom nego što je to uobičajeno pa je tako moguće da danima ne spava i nastavlja s nizom aktivnosti. Takvo ponašanje može dovesti do gubitka apetita, neadekvatne prehrane i gubitka kilograma. Ponašanje je popraćeno idejama veličine, precijenjenosti, važnosti pa često može postati nametljivo. Seksualne želje postaju povećane i mogu dovesti do impulzivnog i nediskretnog ponašanja čak i na javnim mjestima. Moguće je upuštanje u kontakte i odnose s nepoznatim ljudima [1].

Bolesnik može biti spreman poduzimati mnoge aktivnosti bez puno promišljanja i tako upasti u nevolje. Tako može planirati i pretjerano sudjelovati u aktivnostima koje su vrlo iscrpljujuće i teško ostvarive [1]. Isto tako se može dogoditi da čini razne poslovne pothvate koji uključuju ulaganje velike količine novaca, prodavanje imovine ili transakcije za koje misli da će biti isplative što se na kraju ne pokaže dobrim. Zbog takvih aktivnosti koje najčešće završavaju neuspjehom bolesnik može postati razdražljiv, agresivan pa i suicidalan [4]. Često nema realan uvid u svoje pothvate i stanje u kojem se nalazi, ne prepoznaje ga kao problem dok s druge strane članovi obitelji i prijatelji vide da problem zaista postoji. Zbog toga manični bolesnik dolazi u sukobe sa svojim najbližima jer oni primjećuju ponašanje van granica uobičajenog i osporavaju njegove nerealne ideje [10].

Manični bolesnik najčešće dolazi u hitnu psihijatrijsku službu zbog posljedica svog nekontroliranog ponašanja. Naime, bolesnik u takvom stanju postaje opasan za sebe i druge. Razlog tome je nekritičnost prema svojem stanju. U pravilu odbija suradnju jer stanje ne gleda kao problematično te je moguće da u bolnicu dolazi u pratnji policije [14]. Ukoliko odbija hospitalizaciju jer smatra da mu pomoć nije potrebna, može postati agresivan. U tom slučaju su potrebne mjere prisile kako bi se bolesnika hospitaliziralo te primijenila terapija [4]. Zbog

navedenog ponašanja i opasnosti za sebe i druge, stanje manije se smatra hitnim stanjem u psihijatriji. Manična faza u prosjeku može potrajati oko četiri mjeseca [14].

6.2. Zbrinjavanje bolesnika u maničnoj fazi

6.2.1. Manija kao hitno stanje

Manična faza BAP-a jedno je od hitnih stanja u psihijatriji. Bolesnik se u maniji osjeća bolje no ikad i često nema realan uvid u stanje u kojem se nalazi. Zbog navale simptoma, ponekad i psihotičnih, bolesnik nerijetko postaje razdražljiv, agresivan i samim time predstavlja opasnost za sebe i ljude koji ga okružuju. U hitnu psihijatrijsku službu nerijetko bolesnika dovodi policija. Razlog tome su posljedice nekontroliranog ponašanja u obitelji, na radnom mjestu ili javnim mjestima [4]. Bolesnik može biti nekritičan prema svojem stanju, a s druge strane obitelj i prijatelji vide da se pojavio problem. Bolesnik često odbija njihove preporuke i dobronamjerne savjete te zbog toga može doći do sukoba. Manični bolesnik može biti prepun ideja i planova te odbijati hospitalizaciju zbog potrebe za realizacijom sumanutih ideja i ne uviđa potrebu za pružanjem pomoći. Zbog spominjanja hospitalizacije može postati agresivan pa je nužna primjena mjera prisile kako bi mu se pružila potrebna pomoć [14].

Bolesnicima koji dolaze u hitnu psihijatrijsku službu u fazi manije primjenjuje se antipsihotik sa sedirajućim učinkom, primjer: Haloperidol 10mg-20mg intramuskularno. Uz to se mogu primjenjivati anksiolitici te sedativi. Lijekovi se mogu primjenjivati ponovno u intervalima od pola sata do tri sata. Nakon smirivanja akutnog stanja bolesniku se u terapiju uvode stabilizatori raspoloženja, primjer: litij, karbamazepin. Ukoliko je bolesnik prethodno bio u fazi depresije, tada se manija može pojaviti kao nuspojava antidepresiva koji se primjenjuju u liječenju depresivne faze [4].

6.2.2. Ciljevi u skrbi za bolesnika u maničnoj fazi

Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s bolesnikom i upravo zbog toga je neizostavan dio tima u zbrinjavanju bolesnika. Poželjne osobine kod medicinske sestre u radu sa psihijatrijskim bolesnicima su: humanost, odgovornost prema radu, susretljivost i strpljivost [17]. Ciljevi sestrinske skrbi kod bolesnika u maničnoj fazi bipolarnog afektivnog poremećaja su:

- ✓ osiguranje zaštite bolesnika i okoline

- ✓ promicanje i unaprjeđenje interakcije između bolesnika i okoline
- ✓ povećanje i pojačanje psihološke stabilnosti
- ✓ ohrabrivanje i poticanje obitelji bolesnika na uključivanje u aktivnosti bitnih za bolesnikovu neovisnost [17]

Najvažnije je bolesnika gledati cjelovito. Uz sve potrebe specifične za stanje u kojem se trenutno nalazi, ne smije se izostaviti važnost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba [17].

6.3. Sestrinske intervencije u maničnoj fazi

Medicinska sestra prikuplja podatke o bolesniku preko intervjua. Pošto bolesnik stanje manje često ne prihvaća kao postojeći problem dobro je podatke prikupiti od bolesniku bitnih osoba. Važno je prikupiti podatke o mogućem stresnom događaju koji bi mogao prethoditi nastanku manije, navikama spavanja, svakodnevnim aktivnostima, postojećim promjenama ponašanja [8].

Aktivno slušanje bolesnika važna je stavka u ostvarenju odnosa povjerenja i sigurnosti kojeg treba uspostaviti. Za to su važne kvalitetne komunikacijske vještine i dobra edukacija. Komunikacija i rad sa psihijatrijskim bolesnicima veoma je kompleksan i zbog toga je nužno da medicinska sestra posjeduje veliku količinu znanja, empatije, strpljenja te vještina koje se stječu radom i edukacijom. Kao što je važna verbalna tako je važna i neverbalna komunikacija. Bolesnik može vrlo dobro zamijetiti neverbalnu komunikaciju medicinske sestre što ponekad ne prihvaća i to može dovesti do razdražljivosti i agresivnog ponašanja. Potrebno je prepoznati trenutak kad se bolesniku može pristupiti, a kad bi pristupanje bilo nesigurno i moglo prouzročiti posljedice [6]. Zbrinjavanje maničnog bolesnika je kompleksno i pravilna komunikacija jako je važna za uspješnu suradnju. Medicinska sestra s bolesnikom treba stvoriti odnos utemeljen na povjerenju, samopoštovanju i samopouzdanju. Potrebno je navesti bolesnika na verbalizaciju problema kako bi mu se lakše pomoglo. Važno je aktivno slušati, poticati na razgovor i savjetovati [17].

Bolesnik se u bolnici može osjećati napeto, preplašeno i sumnjičavo zbog novog okruženja. Zato medicinska sestra mora upoznati bolesnika s okolinom, biti komunikativna i bez predrasuda. Dobra interakcija medicinske sestre i bolesnika te stjecanje dobrog odnosa s bolesnikom uvelike olakšava prihvaćanje bolničke sredine. Ukoliko bolesnik prihvaća okolinu, lakše će prihvatiti svoje stanje, a liječenje će biti brže i djelotvornije [17].

U radu s bolesnicima, medicinska sestra je dužna čuvati njihovu privatnost i dostojanstvo. Uloga joj je izraditi plan zdravstvene njege bolesnika, pomoći mu kod zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba te potreba specifičnih za stanje u kojem se nalazi [2].

Intervencije medicinske sestre su:

- ✓ primijeniti ordiniranu terapiju, pratiti ponašanje bolesnika i zaštititi ga od ozljeda i padova
- ✓ osigurati prehranu koja će zadovoljiti bolesnikove nutritivne potrebe, pratiti je li bolesnik prisutan u vrijeme podjele obroka, ostati uz bolesnika prilikom obroka, pomoći kod hranjenja, nastojati da pojede obrok u cijelosti, osigurati dovoljan unos tekućine
- ✓ kontrolirati eliminaciju stolice i mokraće, spriječiti dehidraciju, presvlačiti bolesnika
- ✓ dopustiti bolesniku aktivnost u kontroliranim uvjetima, ponuditi alternativne metode (npr. crtanje)
- ✓ pomoći bolesniku pri održavanju osobne higijene te osigurati privatnost i dovoljno vremena ako ju bolesnik provodi sam
- ✓ osigurati bolesniku miran san, osigurati ritam budnosti te pokušati zajedno s bolesnikom napraviti plan svakodnevnih aktivnosti
- ✓ biti strpljiv u komunikaciji, skrenuti bolesnikovu pozornost, koristiti jednostavne i kratke rečenice te ne razuvjeravati bolesnika
- ✓ pratiti interakcije, promatrati ponašanje bolesnika i promjene u ponašanju, uočavati prisutnost halucinacija i o svemu obavijestiti liječnika
- ✓ primijeniti kontinuirani nadzor, spriječiti trošenje novaca i zaduživanje, zaštititi bolesnika od mogućih sukoba s ostalim bolesnicima, objasniti drugim bolesnicima razlog takvog ponašanja, zamoliti za strpljenje i suradnju, spriječiti i rješavati sukobe
- ✓ prema potrebi primijeniti mjere prisile
- ✓ izbjegavati stresne situacije, objasniti bolesniku kućni red i raspored aktivnosti, upozoravati na potrebu pridržavanja kućnog reda, u akutnoj fazi ne uključivati bolesnika u rad u skupini, u slučaju nesuradljivosti obavijestiti liječnika i primijeniti propisanu terapiju
- ✓ pratiti ponašanje prema drugim bolesnicima, spriječiti pokušaj ostvarivanja intimnih veza i seksualnih radnji te spriječiti neugodne situacije vezane za članove obitelji i o tome odmah obavijestiti liječnika
- ✓ zadovoljiti vjerske potrebe (molitva, odlazak u kapelicu) i omogućiti posjet svećenika
- ✓ edukacija bolesnika i njegove obitelji
- ✓ upoznati bolesnika sa djelovanjem i nuspojavama lijekova te napomenuti da po pojavi simptoma potraži pomoć [17]

6.4. **Moguće sestrinske dijagnoze u maničnoj fazi**

6.4.1. **Visok rizik za ozljede**

Definicija: „Prijetuća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca [15].“

Cilj:

- ✓ Bolesnik se neće ozlijediti [15].

Intervencije:

- ✓ Osigurati odnos povjerenja i sigurnosti.
- ✓ Pokazati pacijentu razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja.
- ✓ Potaknuti pacijenta da verbalizira svoje osjećaje.
- ✓ Učiniti okolinu sigurnom.
- ✓ Uključiti pacijenta u grupe podrške.
- ✓ Podučiti bolesnika vještinama suočavanja s poteškoćama.
- ✓ Nadzirati bolesnika kontinuirano [15].

6.4.2. **Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa**

Definicija: „Ponašanje pojedinca u kojem on/ona ne prepoznaje rizike, ne traži pomoć i podršku kako bi očuvao/očuvala zdravlje i dobrobit ili ne održava dobivenu podršku i pomoć. Nezadovoljavajuća promjena dnevne rutine s ciljem ozdravljenja ili postizanja zdravstvenih ciljeva [16].“

Cilj:

- ✓ Bolesnik će izraziti želju za promjenom ponašanja [16].

Intervencije:

- ✓ Educirati bolesnika o važnosti promjene ponašanja i usvajanja znanja.
- ✓ Stvoriti odnos povjerenja, iskrenosti i suradnje.
- ✓ Osigurati miran prostor bez ometanja pri razgovoru i podučavanju.
- ✓ Omogućiti bolesniku izražavanje vlastitih želja i potreba.
- ✓ Poticati bolesnika na postavljanje pitanja.
- ✓ Uključiti obitelj i bližnje u edukaciju [16].

6.4.3. Poremećaj misaonog procesa

Definicija: „Nemogućnost točne i precizne obrade misli [16].“

Cilj:

- ✓ Bolesnik će prihvatiti pomoć [16].

Intervencije:

- ✓ Osigurati dovoljno vremena za razgovor.
- ✓ Bilježiti i izvještavati o bolesnikovim misaonim procesima.
- ✓ Poticati bolesnika da izrazi osjećaje.
- ✓ Primijeniti propisanu terapiju.
- ✓ Pratiti i bilježiti pozitivne i negativne reakcije na terapiju.
- ✓ Osigurati nadzor bolesnika.
- ✓ Koristiti sigurnosne mjere [16].

6.4.4. Visok rizik za nasilno ponašanje

Definicija: „Mogućnost fizičkog, psihičkog i/ili seksualnog nasilnog ponašanja prema drugima [16].“

Cilj:

- ✓ Pacijent će verbalizirati uzroke frustracija [16].

Intervencije:

- ✓ Omogućiti bolesniku izražavanje osjećaja.
- ✓ Osigurati dovoljno osobnog prostora bolesniku.
- ✓ Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja.
- ✓ U slučaju napada postupiti prema protokolu ustanove.
- ✓ Ukloniti predmete iz neposredne okoline kojima bi bolesnik mogao ozlijediti sebe ili druge.
- ✓ Poticati bolesnika na sudjelovanje u grupnoj terapiji [16].

6.4.5. Poremećaj spavanja

Definicija: „Nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za spavanjem i/ili odmorom [16].“

Cilj:

- ✓ Bolesnik će spavati 6 sati bez prestanka [16].

Intervencije:

- ✓ Ukloniti čimbenike iz okoline koji otežavaju usnivanje.
- ✓ Planirati primjenu lijekova koji mogu utjecati na spavanje.
- ✓ Dogovoriti s bolesnikom vođenje dnevnika spavanja.
- ✓ Omogućiti bolesniku da izrazi brige zbog kojih ne može spavati.
- ✓ Primijeniti lijekove za spavanje prema odredbi liječnika [16].

7. Liječenje

Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja uključuje više pristupa. Ponajprije, liječenju treba pristupiti pažljivo i planirati ga na duži period. Važno je odlučiti hoće li se bolesnika liječiti u bolnici ili ambulantno. Bolesnika se započinje liječiti u bolnici ukoliko postoji visok rizik za suicid u depresivnoj fazi, prisutnost agresivnog ponašanja bolesnika ili manične faze kada bolesnik predstavlja opasnost. Ako je potrebna hospitalizacija, a bolesnik ju odbija dozvoljeno ga je prisilno hospitalizirati [10].

Liječenje bolesnika uključuje primjenu lijekova te psihosocijalne postupke, u nekim slučajevima i primjenu elektrostimulativne terapije. Od lijekova se primjenjuju psihofarmaci. Važno je bolesnika uputiti na psihoterapiju i psihoedukaciju. No, bitna stavka je i uključivanje obitelji u edukaciju o bolesti i načinima pomoći. Kod bolesnika gdje primjena lijekova nema povoljnih učinaka može se predložiti elektrostimulativna terapija uz pristanak bolesnika ili skrbnika. Prihvatanje stanja, želja za poboljšanjem stanja te dobar odnos s medicinskim osobljem koje sudjeluje u liječenju bolesnika važni su faktori. Liječenje BAP-a je dugotrajan proces, a poremećaj je sklon ponavljanju. Stoga je kvalitetan odnos i suradnja vrlo bitna za postizanje povoljnog ishoda [1].

Ponajprije se bolesniku u akutnoj fazi pristupa primjenom lijekova. Lijekovi koji se primjenjuju ovise o fazi u kojoj se bolesnik nalazi, bila to depresivna ili manična faza. Ako lijekovi nemaju učinka primjenjuje se elektrostimulativna terapija. Ne smije se zanemariti važnost psihoterapijskog pristupa. Psihoterapijskim pristupom rješavaju se mogući sukobi nastali u fazama poremećaja, upoznaje se bolesnika s mogućim načinima liječenja, tijekom liječenja, educira se bolesnika te njegovu obitelj o važnosti uzimanja lijekova te pridržavanja uputa važnih u održavanju zdravlja. No, najprije je važno uspostaviti suradljiv odnos s bolesnikom i obitelji. Cilj liječenja kod bipolarnog afektivnog poremećaja je postići da poremećaj što manje narušava kvalitetu života bolesnika [10].

7.1. Farmakološko liječenje

Na temelju procjene liječnik preporučuje primjenu lijeka ili lijekova koji bi pomogli u poboljšanju zdravstvenog stanja bolesnika. Vrsta lijekova koji će biti primijenjeni odlučuje se s obzirom na fazu poremećaja u kojoj se bolesnik nalazi. S obzirom na to, razlikuju se lijekovi u akutnoj maničnoj ili depresivnoj fazi te lijekovi u stabilnoj fazi poremećaja. Najčešće se primjenjuje više lijekova, no moguća je i primjena samo jednog. Bolesniku je važno naglasiti da je poželjno da bude strpljiv i suradljiv, otvoren za isprobavanje različitih lijekova te kombinacija

lijekova dok se ne primijeti da određeni lijek ili kombinacija djeluje povoljno. Nije najvažniji broj lijekova koji se primjenjuju već doza lijeka ili kombinacija lijekova koja bolesniku uistinu poboljšava stanje. Osim povoljnih učinaka lijekova oni mogu uzrokovati i razne nuspojave. Važno je bolesnika upoznati s mogućnošću nastanka nuspojava te napomenuti da po sumnji na pojavu poteškoća koje bi mogle biti povezane s djelovanjem lijekova obavijeste liječnika koji bi trebao smanjiti ili ukinuti korištenje određenog lijeka te preporučiti drugi [1].

Za liječenje BAP-a koriste se psihofarmaci. Prije samog početka liječenja psihofarmacima potrebno je učiniti laboratorijske pretrage: kompletnu krvnu sliku, jetrene i bubrežne funkcije, funkcije štitnjače, razinu elektrolita i glukoze u krvi. Razlog tome je što primjena psihofarmaka dovodi do promjene vrijednosti navedenih laboratorijskih pokazatelja [18].

Osnovni lijekovi koji se primjenjuju u liječenju su:

- ✓ stabilizatori raspoloženja
- ✓ antipsihotici
- ✓ antidepresivi [18]

7.1.1. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja koji se najčešće primjenjuju u liječenju BAP-a zbog svoje djelotvornosti su:

- ✓ valproat
- ✓ karbamazepin
- ✓ lamotrigin
- ✓ litij
- ✓ topiramet [18]

Neki stabilizatori raspoloženja djelotvorniji su u liječenju manične dok drugi u liječenju depresivne epizode. Tako se u liječenju mogu kombinirati stabilizatori raspoloženja s antidepresivima ili antipsihoticima. Kod primjene stabilizatora raspoloženja važno je pratiti koncentraciju lijeka u krvi zbog određivanja prave doze koja će biti djelotvorna u uklanjanju simptoma i ponovnoj pojavi novih. Pet dana nakon postignute željene doze lijeka preporuča se ponovna kontrola razine lijeka u krvi. Kako bi se određeni lijek smatrao djelotvornim, važno je da bude djelotvoran u tretiranju maničnih, depresivnih i mješovitih epizoda te u prevenciji pojave novih doza tijekom dužeg vremenskog perioda [1].

Tablica 1: Nuspojave stabilizatora raspoloženja

	Valproat	Karbamazepin	Lamotrigin	Litij	Topiramet
Poremećaj pokreta	tremor	distonija diskinezija	-	tremor	tremor
Endokrinološke nuspojave	-	smanjenje razine T3 i T4 hormona, povišena razina spolnih hormona	-	promjene u oslobađanju T3 i T4 i perifernoj razgradnji hormona štitnjače	-
Seksualne nuspojave	impotencija	-	poremećaj menstrualnog ciklusa	poremećaj seksualne želje	poremećaj menstrualnog ciklusa
Kardiovaskularne nuspojave	-	hipertenzija, hipotenzija, aritmija	-	hipotenzija, aritmija, bradikardija, promjene u EKG-u (zaravnjeni ili inverzni T valovi)	-
Gastrointestinalne nuspojave	mučnina, povraćanje, abdominalna bol, dijareja, konstipacija	mučnina, povraćanje, abdominalna bol, dijareja, konstipacija	mučnina, povraćanje, dispepsija	mučnina, povraćanje, abdominalna bol, dijareja, konstipacija	-
Hematološke nuspojave	trombocitopenija, poremećaj funkcije trombocita, produženo vrijeme krvarenja	leukocitoza, leukopenija, eozinofilija, agranulocitoza, aplastična anemija, pancitopenija	-	-	-
Dermatološke nuspojave	alopecija	urtikrija, fotosenzitivne reakcije, alopecija	kožni osip (makulopapulozni)	akne, kožni osip	-
Okulističke nuspojave	zamućenje vida, dvoslike	-	dvoslike, zamućenje vida	zamućenje vida	zamućenje vida, dvoslike
Promjene tjelesne težine	smanjenje tjelesne težine	-	smanjenje tjelesne težine	porast tjelesne težine	smanjenje tjelesne težine
Ostale nuspojave	pospanost, tromost, umor	vrtočlavlava, pospanost, glavobolja, umor, ataksija, poremećaj bubrežne funkcije, parestezija	vrtočlavlava, pospanost, glavobolja, umor	ataksija, tinitus, vrtočlavlava, konfuzija, gubitak pamćenja, inkontinencija, epileptički napadaji, spastični grčevi, koma	-

Tablica 1 prikazuje najčešće nuspojave koje se pojavljuju kod najčešće primjenjivanih stabilizatora raspoloženja u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja [18].

7.1.2. Antipsihotici

Antipsihotici su lijekovi koji ublažavaju ili uklanjaju pojavu psihotičnih simptoma te djeluju kao stabilizatori raspoloženja. Zbog toga su važni u liječenju BAP-a [1].

U liječenju se primjenjuju:

- ✓ Antipsihotici 1. generacije
- ✓ Antipsihotici 2. generacije
- ✓ Antipsihotici 3. generacije [18]

Neki od antipsihotika 1. generacije koji se primjenjuju su: promazin, perazin, flufenazin, haloperidol, tioridazin. Antipsihotici 2. generacije su: sulpirid te klozapin. U antipsihotike 3. generacije učinkovite kod liječenja BAP-a spadaju: risperidon, olanzapin, kvetiapin, ziprasidon.

Tablica 2: Nuspojave antipsihotika

	Antipsihotici 1. generacije	Antipsihotici 2. generacije	Antipsihotici 3. generacije
Poremećaji pokreta	parkinsonizam, akatizija	distonija, akatizija	distonija, tardivna diskinezija
Promjene tjelesne težine	rjeđi porast tjelesne težine	porast tjelesne težine	porast tjelesne težine
Metaboličke promjene	prolazno povećanje jetrenih enzima	hiperglikemija, prolazno povećanje jetrenih enzima	hiperglikemija, porast kolesterola i triglicerida, prolazno povećanje jetrenih enzima
Endokrinološke nuspojave	hiperprolaktinemija	(sulpirid) hiperprolaktinemija	(ziprasidon) prolazno povišenje serumskog prolaktina
Seksualne nuspojave	smetnje potencije (haloperidol), poremećaj ejakulacije	(sulpirid) galaktoreja, amenoreja, anovulacija, ginekomastija, azospermija, impotencija	(risperidon) poremećaj erekcije i ejakulacije
Kardiovaskularne nuspojave	produženje QT intervala, depresija ST spojnice	(klozapin) tahikardija, hipotenzija	(ziprasidon) produživanje QT intervala (kvetiapin) ortostatska hipotenzija

Gastrointestinalne nuspojave	suhoća usta, opstipacija, mučnina, povraćanje, žutica	-	(risperion) opstipacija, mučnina, povraćanje, abdominalna bol
Hematološke nuspojave	agranulocitoza, trombocitopenična i netrombocitopenična purpura, hemolitička anemija, pancitopenija	agranulocitoza, trombocitopenična i netrombocitopenična purpura, hemolitička anemija, pancitopenija	agranulocitoza, trombocitopenična i netrombocitopenična purpura, hemolitička anemija, pancitopenija
Dermatološke nuspojave	alergijski dermatitis, fotosenzitivnost	kožne reakcije	-
Okulističke nuspojave	zamagljen vid, midrijaza (tioridazin) ireverzibilna pigmentacija retine	-	zamagljen vid
Ostale nuspojave	retencija urina, sedacija, MNS	sedacija (klozapin) hipersalivacija, vrtoglavica, hipertermija (sulpirid) uznemirenost, poteškoće koncentracije, MNS	sedacija (risperidon) nesanica, nemir, glavobolja, MNS

Tablica 2 prikazuje najčešće nuspojave koje se pojavljuju kod primjene antipsihotika te specifične nuspojave za određene lijekove ukoliko one postoje [18].

Kao poremećaji pokreta pojavljuju se ekstrapiramidalne nuspojave (ESP) koje uključuju parkinsonizam, akineziju, distoniju, akatiziju te tardivnu diskineziju kao najteži oblik EPS-a. Češća je pojava kod primjene antipsihotika 1. generacije. Parkinsonizam se pojavljuje u obliku ujednačenog, ritmičnog tremora koji je vidljiv i u mirovanju. Može se pojaviti unilateralno, bilateralno ili naizmjenično. Akinezija je stanje slabije spontanosti motoričkih aktivnosti. Kod bolesnika se pojavljuje usporenost pokreta, sporost kod započinjanja i izvođenja pokreta. Bolesnici se mogu žaliti na bezvoljnost te ograničenost u izvođenju svakodnevnih aktivnosti. Distonija se pojavljuje kao posljedica sporih i trajnih mišićnih kontrakcija ili spazma te se očituje u obliku nevoljnih pokreta vrata, čeljusti, jezika, očiju i cijelog tijela. Akatizija u bolesnika uzrokuje subjektivni osjećaj nelagode koji izaziva agitaciju, neprekidno koraćanje te brzo i uzastopno izmjenjivanje sjedenja i stajanja. Bolesnik pokrete ne može kontrolirati svojom voljom. Tardivna diskinezija kao najteži oblike ESP-a karakteriziraju nevoljni, ritmični pokreti jezika, čeljusti i udova [18].

Maligni neuroleptički sindrom (MNS) je životno ugrožavajuća komplikacija koja se može pojaviti kao nuspojava terapije antipsihoticima. Često se pojavljuje kod primjene kombinacije više antipsihotika. MNS zahtjeva hitnu medicinsku intervenciju. Uzrokuje smrtnost između 10% i 20%. Stoga je vrlo važno uočiti simptome te pravovremeno reagirati [18].

Simptomi koji karakteriziraju MNS su:

- ✓ mišićna rigidnost, distonija, akinezija, mutizam, agitacija
- ✓ autonomni živčani sustav: hiperpireksija, znojenje, ubrzan puls, povišen krvni tlak
- ✓ laboratorijski nalazi: povišenje kreatinin fosfokinaze, leukocita, jetrenih enzima, mioglobina u plazmi
- ✓ zatajenje bubrega [18]

7.1.3. Antidepresivi

Antidepresivi su lijekovi koji su korisni u liječenju depresivne faze BAP-a. Međutim, važno je naglasiti da ih je u liječenje potrebno uvoditi pažljivo te uz česte kontrole. To je važno iz razloga što bolesnik može upasti u maničnu fazu. Primjena se preporučuje i kod depresivnih faza u kojima stabilizatori raspoloženja nisu djelotvorni. Nakon popravljivanja raspoloženja, liječenje antidepresivima se u pravilu prekida te se nastavlja liječenje stabilizatorima raspoloženja [1].

Serotonin je tvar koju proizvodi mozak te je važna za održavanje raspoloženja. Zbog toga se u liječenju depresivne faze najčešće koriste selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) [18].

Tablica 3: Nuspojave antidepresiva

Poremećaji pokreta	tremor jezika i gornjih udova, psihomotorička agitacija, mioklonički trzaji, parkinsonizam, tardivna diskinezija, akatizija
Promjene tjelesne težine	gubitak ili dobivanje na težini
Endokrinološke nuspojave	hiperprolaktinemija, promjene u razini kortizola u plazmi, prolaktina i tiroidnih hormona kod žena
Kardiovaskularne nuspojave	palpitacije, tahikardija, hipotenzija, zaravnjenje T vala u EKG-u, ortostatska hipotenzija, ekstrasistola, prekordijalna bol
Seksualne nuspojave	povišenje serotonina, sniženje dopamina, povišenje koncentracije prolaktina, galaktoreja, amenoreja, odgođena ejakulacija, impotencija, smanjenje libida
Gastrointestinalne nuspojave	suhoća usta, mučnina, povraćanje, opstipacija, dijareja, abdominalna bol

Hematološke nuspojave	agranulocitoza, leukocitoza, leukopenija, eozinofilija
Dermatološke nuspojave	kožni osip, svrbež, urtikarija, akne, fotosenzibilnost, eritem, petehije
Okulističke nuspojave	fotofobija, akutni glaukom, zamagljen vid
Ostale nuspojave	tjeskoba, uznemirenost, nesаница, umor, znojenje, glavobolja, vrtoglavica, kašalj, sedacija, retencija urina, bol u mišićima i zglobovima, konvulzije, poremećaj koordinacije

U tablici 2 su prikazane najčešće nuspojave koje se mogu pojaviti kod primjene bilo koje vrste antidepresiva.

7.2. Elektrostimulativna terapija

Elektrostimulativna terapija (EST) je terapijski postupak kod kojeg se primjenjuje djelovanje električne struje na moždanu aktivnost. Na taj način dolazi do promjene aktivnosti neuroprijenosnika čija je promjena aktivnosti odgovorna za mnoge psihijatrijske poremećaje [1]. EST je često okarakterizirana kao mučenje pacijenta no to nije točno. Koristi se za liječenje bolesnika koji ne reagiraju povoljno na primjenu lijekova i dovodi do pozitivnih učinaka. Pozitivni učinci EST su povlačenje simptoma i značajno poboljšanje bolesnikova stanja [1].

EST se provodi u bolnici. Prije provođenja postupka bolesniku se naprave laboratorijske pretrage, EKG, EEG, fundus te pregled interniste [19]. EST se primjenjuje tri puta na tjedan pod utjecajem kratkotrajne anestezije. Bolesnik ne smije ništa jesti dvanaest sati prije postupka i piti osam sati prije. Provođenje postupka zajedno s uvođenjem bolesnika u anesteziju i buđenjem traje svega pet do deset minuta. Postupak je bezbolan, bolesniku se postavljaju elektrode obostrano na područje sljepoočnica u trajanju od nekoliko sekundu. Sveukupno se kod jednog bolesnika primjenjuje osam do deset tretmana, u nekim slučajevima do dvanaest [20].

Bolesnik treba biti dobro pripremljen za primjenu EST i pod utjecajem anestezije. Na taj način nuspojave su rijetke. Moguća je pojava glavobolje, mučnine, zbunjenosti, dezorijentacije, poremećaj srčanog ritma, gubitak pamćenja. Nuspojave su kratkotrajne i prolazne. Gubitak pamćenja je nuspojava koja može potrajati i duže vrijeme [19].

7.3. Psihoterapijski pristup i edukacija obitelji

Uspostavljanje dobrog terapijskog odnosa s bolesnikom neizostavna je stavka u liječenju bolesti, a naročito liječenju psihijatrijskih poremećaja. Dobar i kvalitetan odnos donosi napredak te bolji ishod liječenja u kraćem vremenskom roku. Uspostava povjerenja u odnosu ključna je za dobro liječenje. Pošto je cilj poučiti bolesnika kontroli bolesti te kako se prilagoditi i naučiti živjeti, to nije moguće dok se ne uspostavi dobar odnos utemeljen na povjerenju [21].

Dobar terapijski odnos često je jedino što bolesnika motivira na prihvaćanje stanja te liječenje. Takav odnos treba biti utemeljen na povjerenju, poštovanju, optimizmu, empatiji, nadi za oporavak, zajedničkom planiranju ciljeva i stvaranju terapijskog saveza. Vrlo je važno da bolesnik osobu koja mu pruža pomoć doživi kao osobu od povjerenja, osobu koja mu pruža podršku, nadu te pomoć potrebnu u rješavanju problema [21].

Ciljevi psihoterapijskih metoda su stjecanje znanja o:

- ✓ poremećaju i znakovima pogoršanja
- ✓ faktorima rizika i zaštitnim faktorima
- ✓ načinima kako prepoznati stres i kako se nositi u stresnim situacijama
- ✓ planu prevencije ponovne epizode
- ✓ učinkovitoj komunikaciji s obitelji i okolinom [1]

7.3.1. Psihoterapija

Psihoterapija je jedan od najstarijih načina liječenja psihijatrijskih bolesnika. Osnovni instrument koji se koristi je komunikacija. To obuhvaća verbalnu i neverbalnu komunikaciju, budući da jedno prati drugo. Psihoterapija se može primjenjivati kao zasebna metoda ili kao kombinirano liječenje, često uz primjenu lijekova [17].

Psihoterapija kao metoda liječenja BAP-a veoma je zahtjevna za izvesti. Teško je postići bolesnikovu suradnju kako u depresivnoj tako i maničnoj fazi poremećaja. Zahtjeva veliki trud te na kraju daje male rezultate. Zbog toga nikako ne može biti jedina metoda liječenja BAP-a već se može primjenjivati u kombinaciji s lijekovima. Važno je naglasiti da je i nužno potrebna za liječenje. Ukoliko bolesnik odbija primjenu lijekova, pogotovo u maničnoj fazi kada je mišljenja da problem ne postoji te da mu liječenje ne treba, do bolesnikove suradnje je važno pokušati doći preko psihoterapije [19].

Ciljevi psihoterapije su pomoć bolesniku kod shvaćanja vlastitog psihološkog funkcioniranja, prepoznavanja okolnosti i uzroka koji dovode do pogoršanja stanja. Pošto je stres moguć uzrok

nastanka poremećaja, a u današnje vrijeme svi su pretjerano okruženi stresom, važno je bolesnika naučiti metodama suočavanja sa svakodnevnim poteškoćama. Potrebno je skrenuti pažnju na prednosti svakodnevnog zdravog stila života [21].

7.3.2. Terapijska zajednica

Terapijska zajednica je metoda socioterapije koja koristi socioterapijsku i psihoterapijsku tehniku za liječenje oboljelih od psihičkih poremećaja neovisno o dijagnozi bolesti. To je način organiziranja terapijske sredine na bolesničkim odjelima, dnevnim bolnicama, dnevnim centrima, stacionarnim ustanovama gdje su bolesnici i medicinsko osoblje u formalnoj i neformalnoj interakciji. Načela terapijske zajednice su: demokracija, permisivnost, zajedništvo i sučeljavanje s realitetom. Navedena načela na terapijskim zajednicama moraju poštovati svi članovi koji sudjeluju. Važnost terapijske zajednice je poštivanje osobe, prepoznavanje djeluju li bolesnik s osobljem kao cjelina, ima li njihov odnos terapijsku ulogu i razumijevanje dinamike male i velike grupe. Središnji događaj terapijske zajednice je redoviti sastanak na kojem su prisutni svi bolesnici i članovi osoblja. Redoviti sastanci pridonose stjecanju osjećaja stabilnosti, sigurnosti, povjerenja i kontinuiteta. Svrha sastanaka je komunikacija i organiziranje svakodnevnog života, aktivnosti te je jedan od načina liječenja [21].

7.3.3. Psihoedukacija

Edukacija je proces stjecanja znanja, umijeća, navika, sposobnosti [22]. Psihoedukacija obuhvaća razmjenu informacija između terapeuta i bolesnika ili članova obitelji. Važno je u razgovor uključiti važne informacije o poremećaju, tijeku, načinima nastanka i liječenja, važnosti dobrih odnosa i suradnje u liječenju i postizanju bržeg i boljeg ishoda, razumijevanje nastanka poremećaja te nade za oporavkom [21]. Važno je bolesniku i obitelji pružiti podršku. Bolesnika je potrebno naučiti nešto više o mogućim simptomima u pojedinim fazama poremećaja, mogućim nuspojavama lijekova te kako prepoznati pojavu određene epizode, način postupanja i kome se obratiti za pomoć u navedenim situacijama [17].

Obitelj i skrbnici osobe su koje brinu o bolesnicima po izlasku iz bolnice. Takve osobe trebale bi biti osobe od povjerenja te dovoljno educirane, ponajprije o poremećaju kako bi znale poteškoće koje se mogu javiti. Važno je bolesniku pružiti podršku, osjećaj sigurnosti i razumijevanja. Bolesniku se ne smije lagati već mu pružiti obećano. U slučaju pogoršanja stanja,

ukoliko bolesnik počinje biti opasan za sebe i okolinu, važno je znati postupati. Poželjno je s bolesnikom osmisliti dnevni raspored aktivnosti no toga se držati i ne narušavati ga. Na taj način će bolesnik lakše funkcionirati. Želje bolesnika dobro je uvažavati no samo kad su one realne i izvedive. Ukoliko to nije moguće dobro je pokušati pronaći alternativno rješenje. Članovima obitelji može se predložiti obiteljska psihoterapija koja se provodi individualno ili u grupi. Cilj obiteljske psihoterapije je pomoć i edukacija članovima obitelji kako bi bili u mogućnosti pružiti potporu bolesnom članu [21].

8. Prikaz slučaja

U nastavku će biti prikazan slučaj bolesnice oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja koja je smještena u Domu za odrasle osobe Lobr-Grad.

8.1. Opći podaci

Gospođa K. P. Š. rođena 24. 06. 1971. godine u Fojnici (BiH). Slijedom ratnih zbivanja preselila je u Zagreb. Završila je srednjoškolsko obrazovanje za zanimanje stolar te taj posao radila deset godina. Udavala se dva puta te oba puta ostala udovica. Iz prvog braka ima dva sina kojima odlazi u posjetu. Od 04. 09. 2012. godine smještena je u Dom za odrasle osobe Lobar-Grad.

8.2. Osobna anamneza

Bolesnici K. P. Š. 2007. godine dijagnosticirana je postpartalna depresija. Liječena je u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ Zagreb. Kasnije joj je dijagnosticiran bipolarni afektivni poremećaj. Među dokumentacijom nema detaljnijih podataka o nastanku poremećaja. Do smještavanja u Dom za odrasle osobe Lobar- Grad 2012. godine, u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ Zagreb bila je hospitalizirana 14 puta zbog pogoršanja stanja.

Bolesnica je pretila. Jedna od dijagnoza od kojih boluje je dijabetes tipa II kojem pretilost ne pogoduje. Navodi da shvaća u čemu je problem no ne može se baš uvijek kontrolirati jer voli puno jesti. Appetit joj je povećan. Pojačano se znoji. Unatrag nekoliko godina u nekoliko navrata je pokušala smanjiti tjelesnu težinu, bila je vrlo motivirana. Uz korigiranje prehrane tjelesna težina je varirala +/- 3 kilograma. Boluje od arterijske hipertenzije. Propisana joj je terapija koju redovito uzima, a pod djelovanjem terapije krvni tlak varira između 130-140/90-95 mmHg, u iznimnim slučajevima 170/100 mmHg. Uz to, bolesnica ima gastroezofagealnu refluksnu bolest. Zbog čestih i obilnih menstruacija dijagnosticirana joj je mikrocitna anemija. U ožujku 2017. godine pala je na skliskim pločicama te zadobila edem i hematoma na medijalnoj strani lijevog lakta. Preporučeni su joj hladni oblozi te analgetici po potrebi. Ostalih bolesti i hospitalizacija nije bilo.

8.3. Obiteljska anamneza

Majka K. P. Š. bolovala je od arterijske hipertenzije, dijabetesa tipa 2 i bila je pretila. Dijagnosticiran joj je rak štitnjače od kojeg je preminula u vrijeme kada je K. P. Š. bila prvi put hospitalizirana zbog depresivne epizode. U obiteljskoj anamnezi pojavljuje se podatak o postojanju psihijatrijskog poremećaja. Naime, djed K. P. Š. bolovao je od shizofrenije te počinio suicid zbog pojave halucinacija. Druge značajne podatke bolesnica ne navodi.

8.4. Klinička slika bipolarnog afektivnog poremećaja

2007. godine K. P. Š. prvi puta je hospitalizirana u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ Zagreb te je tada liječena zbog postpartalne depresije. Iz postojeće dokumentacije mogu se izdvojiti podaci o tome kako je bolesnica u navedenoj ustanovi hospitalizirana 14 puta zbog liječenja pogoršanja stanja bipolarnog afektivnog poremećaja. Detaljnijih podataka o nastanku BAP-a, izmjenama epizoda i liječenju u tih 14 hospitalizacija nema.

U periodu od 27. 04. 2012. do 04. 09. 2012. bolesnica je posljednji put hospitalizirana u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ Zagreb. Smještena je zbog pogoršanja stanja pod dijagnozom bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda teška depresija sa psihotičnim simptomima. Kod prijema je bolesnica bila pri svijesti, orijentirana, urednog kontakta, sniženog osnovnog raspoloženja, urednog mišljenja. Bolesnica je negirala suicidalne i heteroagresivne misli. Imala je smanjenu volju za obavljanjem osnovnih aktivnosti. Bila je djelomično upućena u svoje stanje, suradljiva te je pristala na liječenje. Za vrijeme hospitalizacije pokrenut je postupak lišenja poslovne sposobnosti i imenovanja skrbnika. Smještena je na odjel za liječenje i psihosocijalnu rehabilitaciju u heteroobiteljima. Tamo joj je korigirana psihofarmakoterapija, sudjelovala je u psihoterapiji te je smještena u heteroobitelj. U takvim uvjetima, pod kontrolom bolničkog tima, dobro se adaptirala te uredno funkcionirala nakon određenog vremena. Nakon djelomičnog poboljšanja stanja i pronalaska trajnog smještaja u Domu za odrasle osobe Lobar- Grad, odlazi u dom pod pratnjom socijalne radnice.

Zdravstveno stanje vezano uz dijagnozu BAP-a se kod bolesnice K. P. Š. održavalo u granicama normale, uz redovna ambulantna liječenja, korigiranje terapije, sudjelovanje u terapijskoj zajednici, psihoterapiji te raznim aktivnostima koje pruža smještaj u Domu za odrasle osobe Lobar-Grad.

Nije bilo pogoršanja stanja te potreba za hospitalizacijom do srpnja 2017. godine kada je kolima hitne pomoći uz pratnju medicinske sestre odvežena na hitni prijem Klinike za psihijatriju Vrapče. Medicinska sestra navodi kako je K. P. Š. inače marljiva, vrijedna, tiha no

unatrag nekoliko dana veoma psihomotorno nemirna te ne obavlja aktivnosti kao uobičajeno. Bolesnica navodi kako joj je u domu vrlo dobro, mirno, no veoma ju je uznemirio nedavni događaj kojem je svjedočila. Navodi kako je svjedočila pokušaju ubojstva, jedna korisnica je pokušala ubiti drugu. Čim je to vidjela prijavila je događaj nadležnim službama i čeka policiju kako bi dala iskaz. Pri svijesti je, orijentirana, kontakt je moguće uspostaviti, psihomotorno je blaže uznemirena, napeta, kroz razgovor u nekoliko navrata ponavlja sjećanje na nedavni događaj. Suradljiva je te nije agresivna. Nije hospitalizirana zbog nepostojanja suicidalnih misli te agresivnosti. Preporučena je kontrola nadležnog psihijatra, korigiranje terapije, a u slučaju pogoršanja ponovni dolazak na hitni prijem.

Nekoliko dana nakon navedenog događaja ponovno odlazi na hitni prijem Klinike za psihijatriju Vrapče gdje ostaje na hospitalizaciji 8 dana. Po prijemu je bolesnica blago uznemirena, orijentirana, moguće je uspostaviti kontakt. I dalje navodi sjećanje na nedavni događaj pokušaja ubojstva kojem je svjedočila pa zbog toga ne može normalno spavati i osjeća se uznemireno. Za vrijeme hospitalizacije bila je suradljiva, uglavnom neproblematičnog ponašanja no sklona povremenim verbalnim napadima na druge bolesnice. Nakon korigiranja psihofarmakoterapije i provedbe psihoterapije postala je postupno smirenija, adekvatnije je obavljala svakodnevne aktivnosti te surađivala. U poboljšanom stanju vraćena je u dom.

U lipnju 2019. godine dolazi do pojave manične epizode i ponovne hospitalizacije u Klinici za psihijatriju Vrapče. Dovežena je kolima hitne medicinske pomoći uz pratnju medicinske sestre koja navodi kako je unatrag mjesec dana u hipomaničnom stanju i slabije spava. Unatrag nekoliko dana ima sumanute ideje, logoroična je, psihomotorno nemirna, premješta stvari po domu te je aktivna većinom noću. Bolesnica kod prijema navodi kako je došla na pregled zbog nesanice unatrag dvadeset dana, žali se na usamljenost, jak osjećaj samoće te tjeskobe. Ističe kako zna da boluje od bipolarnog afektivnog poremećaja pa je zbog toga tjeskobna, brine kako će se financijski brinuti za djecu. Pri svijesti je, orijentirana, logoroična, sudjeluje u razgovoru, ali uz usmjeravanje. Blažeg je uznemirenog raspoloženja, misli su joj ubrzanog tijeka, u razgovoru ne iznosi sumanute ideje. Negira suicidalne misli i nije agresivna. Suraduje te pristaje na liječenje. Po smještaju na odjel korigirana joj je psihofarmakoterapija i pružena joj je psihoterapija. Uz navedeno dolazi do postepenog poboljšanja stanja, regulacije sna, redukcije tjeskobe i straha, stabilizacije raspoloženja. Za vrijeme hospitalizacije je bila uključena u socioterapijske i radnookupacijske aktivnosti. Uredno je sudjelovala u aktivnostima. Za vrijeme boravka na odjelu nisu zamijećeni psihotični simptomi i suicidalne misli. Nakon poboljšanja stanja otpuštena je natrag na smještaj u dom uz nastavak redovnog ambulantnog liječenja.

8.5. Propisana terapija

Bolesnica K. P. Š. boluje od bipolarnog afektivnog poremećaja. Uz navedenu dijagnozu boluje od dijabetesa melitusa tipa II, arterijske hipertenzije, pretila je te ima anemiju. Iz propisane terapije može se vidjeti da sukladno bolestima od kojih boluje, bolesnica ima propisano ukupno 14 lijekova.

Tablica 4: Popis propisane terapije

NAZIV LIJEKA	SKUPINA LIJEKA	DNEVNA DOZA
Q-pin 100 mg	antipsihotik 3. generacije	1, 1, 0
Q-pin 200 mg	antipsihotik 3. generacije	0, 0, 3
Rivotril 2 mg	antiepileptik	1, 1, 1
Leponex 100 mg	antipsihotik 2. generacije	0.5, 0.5, 2
Depakine Chrono 500 mg	stabilizator raspoloženja	0, 0, 1
Cerson 5 mg	sedativ	0, 0, 1
Brufen 600 mg	nesteroidni protuupalni lijek	1, 0, 1
Acipan 40 mg	antacid	1, 0, 0
Heferol 350 mg	antianemik	0, 0, 1
Bisobel 5 mg	beta blokator	1, 0, 0
Fenolip 160 mg	fibrat	0, 0, 1
Indamid SR 1, 5 mg	diuretik	1, 0, 0
Lasix 40 mg	diuretik	1, 0, 0
Kalinor	pripravak koji djeluje na probavni sustav i metabolizam	1, 0, 0
Siofor 850 mg	bigvanid	1, 1, 1
Glika 60 mg	antidiabetik	1, 0, 0

U tablici 4 prikazana je propisana terapija koja se primjenjuje kod bolesnice K. P. Š., u koju skupinu lijekova pojedini lijek spada te dnevna doza svakog pojedinog propisanog lijeka. U liječenju BAP-a primjenjuju se psihofarmaci. Ovisno o stanju bolesnika, navedena dijagnoza može se liječiti kombinacijom psihofarmaka. Primjer toga je upravo bolesnica K. P. Š. kod koje se za liječenje primjenjuju antipsihotici 2. i 3. generacije, antiepileptik, stabilizator raspoloženja te sedativ.

8.5.1. Prisutnost nuspojava psihofarmaka

U liječenju BAP-a primjenjuju se psihofarmaci. Kao i ostali lijekovi, psihofarmaci imaju svoje dobrobiti no njihova primjena utječe na pojavu nuspojava. Kod bolesnice K. P. Š. primjenjuju se: Q-pin, Rivotril, Leponex, Depakine Chrono i Cerson. U dokumentaciji nema podataka o pojavi ekstrapiramidalnih nuspojava i malignog neuroleptičkog sindroma.

Nuspojave koje su prisutne kod bolesnice su:

- ✓ porast tjelesne težine
- ✓ porast kolesterola i triglicerida
- ✓ poremećaj menstrualnih ciklusa, obilne menstruacije
- ✓ hipertermija i pojačano znojenje

8.6. Cjelovito promatranje bolesnice

8.6.1. Stanje svijesti i prihvaćanje stanja

Bolesnica K. P. Š. očuvane je svijesti. Orijentirana je u vremenu i prostoru. Svjesna je svojeg zdravstvenog stanja i prihvaća ga. Znanje o poremećaju i terapiji je djelomično stečeno. Bolesnica je educirana o načinu života, međutim ne pridržava se svih preporuka.

8.6.2. Vanjski izgled bolesnice i antropometrijska mjerenja

Koža bolesnice je uredno hidrirana i bez oštećenja. Glava normalne veličine te uredne pokretljivosti. Toraks je simetričan, abdomen mekan na dodir. Gornji ekstremiteti su simetrični. Na donjim ekstremitetima mogu se zamijetiti edemi. Tjelesna visina iznosi 172 cm, a tjelesna težina 147,5 kg. Indeks tjelesne mase iznosi 49,7. Navedeni podaci ukazuju na problem pretilosti kod bolesnice. Navodi da je svjesna pretilosti i kako to ne djeluje dobro na njezino zdravlje no ne može si svaki put pomoći jer voli jesti pa se ponekad ne pridržava uputa.

Voli brigu o vanjskom izgledu. Tušira se svaku večer prije podjele večernje terapije, a kosu pere jednom tjedno. Zube pere ujutro i navečer. Odjeću mijenja ovisno o potrebi i godišnjem dobu, a donje rublje svakog dana.

8.6.3. Stupanj samostalnosti

Samostalna je u obavljanju higijene, eliminacije, odijevanja te hranjena. Nije joj potrebna pomoć. Nisu joj potrebna pomagala za hodanje. Vid i sluh su dobro očuvani.

8.6.4. Izgled osobnog prostora

Prostor u kojem svakodnevno boravi uredno je posložen. Krevet slaže svako jutro nakon ustajanja, a na noćni ormarić složi odjeću za spavanje. Na noćnom ormariću, uz odjeću ima bocu s vodom za popiti lijekove. Iznad kreveta nalaze se police na koje uredno složi pribor za osobnu higijenu. Ormar u kojem drži odjeću zaključan je jer ne vjeruje u potpunosti ostalim bolesnicima. U ormaru je sve uredno složeno. Može se zaključiti da vodi brigu o svom osobnom prostoru.

8.6.5. Slobodno vrijeme i navike

U slobodno vrijeme voli raditi goblene, gledati televiziju i družiti se s ostalim bolesnicima. Pošto je samostalna, u dogovoru sa stručnim djelatnicima svakodnevno odlazi pomoći hraniti bolesnike na ostale odjele gdje je pomoć potrebna. Kao nagrada za pomoć jednom mjesečno dobije džeparac. Navodi da nema štetne navike kao što su pušenje cigareta i konzumiranje alkohola. Voli se počastiti slatkišima i kolačima iako joj nije preporučeno s obzirom na zdravstveno stanje.

8.6.6. San i spavanje

K. P. Š. boravi u spavaćoj sobi s još dvije bolesnice. Navodi kako u tome ne vidi problem jer obje mirno provedu noć i spavaju. Nema problema s usnivanjem. Nakon večernje terapije još neko kraće vrijeme provede gledajući televiziju i odlazi u krevet. Ubrzo nakon toga zaspe i prespava cijelu noć. Ujutro se budi oko 7:30 sati. Često ima snove no nisu uznemirujući, a ujutro se sadržaja snova najčešće ne sjeća.

8.6.7. Socijalni kontakt

U Domu za odrasle osobe Lobor-Grad K. P. Š. je smještena na odjel gdje su bolesnici samostalni. Samostalno obavljaju higijenu, odijevaju se, uređuju osobni prostor, odlaze na obroke u tzv. restoran. Medicinska sestra/ tehničar ima ulogu bolesnicima podijeliti terapiju te odlaziti u obilasku tokom noći. Bolesnica svakodnevno na vrijeme dolazi na podjelu terapije i obroka. Dobro se odnosi prema ostalim bolesnicima. Redovito je prisutna na terapijskim zajednicama.

Prije pandemije koronavirusom bolesnica je odlazila na dopuste te u posjete sinovima. Sada se često čuju preko telefona. U telefonskom kontaktu je i sa starijim bratom koji živi u Beogradu pa ne može tako često dolaziti. Mlađi brat ne želi stupiti u kontakt od kada je saznao za njezin poremećaj. Navodi kako ju je mnogo prijatelja odbacilo od kad su saznali da je smještena u dom između kojih je i njezina najbolja prijateljica, po zanimanju medicinska sestra. Preko telefona se redovito čuje sa susjedom iz Zagreba.

8.6.8. Komunikacija

Bolesnica govori razgovjetno, bez teškoća. Razgovorljiva je, vedra i nasmijana. Često prva pokreće razgovor no nije upadljiva i neugodna. Verbalna komunikacija poklapa se s neverbalnom. Nije agresivna i nema suicidalnih misli. Suradljiva je. Pridržava se pravila na odjelu. Osobni prostor drži urednim, pridržava se osobne higijene i oblačenja. Pravilne prehrane se ne pridržava uvijek no pokušava što je češće moguće. Ne ulazi u sukobe s drugim bolesnicima ni djelatnicima. Vrijedna je, marljiva i željna pomoći. Govori umjerenom brzinom, tonom i razgovjetno. Mimika lica i gestikulacije su umjerene. Nema nikakvih tikova i neželjenih pokreta. Psihomotorika je adekvatna, pokreti su u skladu s verbalnom komunikacijom. Ne izbjegava kontakt s drugim bolesnicima, već voli provoditi slobodno vrijeme u društvu.

8.7. Sestrinske intervencije i zbrinjavanje bolesnice

Bolesnica je zbog svojeg zdravstvenog stanja smještena na odjelu gdje samostalno brine o svojoj osobnoj higijeni, prostoru, odijevanju uz povremenu provjeru.

Intervencije medicinske sestre kod bolesnice:

- ✓ razgovor s bolesnicom

- ✓ primjenjivanje peroralne terapije
- ✓ mjerenje vitalnih funkcija
- ✓ vađenje krvi za laboratorijske pretrage
- ✓ mjerenje glukoze u krvi
- ✓ provjeravanje urednosti osobnog prostora
- ✓ provjeravanje redovitosti održavanje osobne higijene
- ✓ provjeravanje pridržava li se bolesnica pravilne prehrane
- ✓ obilasci tokom noći
- ✓ prisustvovanje na terapijskoj zajednici
- ✓ primjećivanje psihotičnih simptoma
- ✓ primjećivanje pogoršanja stanja
- ✓ obavještavanje liječnika o primijećenim promjenama
- ✓ u slučaju pogoršanja stanja pratiti bolesnicu u drugu ustanovu

Bolesnica je trenutno u dobrom stanju, poremećaj je u remisiji i samostalno obavlja svakodnevne aktivnosti. Iz dokumentacije se može zaključiti da je medicinska sestra upravo osoba koja prva može zamijetiti da je kod bolesnice došlo do promjene stanja. Medicinska sestra najviše vremena provodi s bolesnicima pa je potrebno da reagira na vrijeme. U dom jednom tjedno u posjetu dolazi psihijatar pregledati bolesnike. Prema tome, uloga medicinske sestre je prepoznati potrebu za pregledom te bolesnike uputiti na pregled. U dokumentaciji je navedeno da je prije svake hospitalizacije bolesnice medicinska sestra zamijetila promjenu u raspoloženju unatrag određenog vremena te bila pratnja bolesnici na odlasku u hitni prijem.

9. Stigmatizacija bolesnika

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji zdravlje je „*stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti*“ [23]. Iz definicije se može zaključiti da je za potpuno zdravlje pojedinca nužno da on bude fizički, psihički te socijalno zadovoljan. Dakle, sve navedene komponente podjednako su bitne i neizostavne za potpuno zdravlje pojedinca. Kako je važno fizičko i socijalno blagostanje tako je važno da je pojedinac psihički zdrav. Tu se ne napominje nikakva razlika između psihičkih i fizičkih bolesti. Međutim, u društvu vlada drukčije razmišljanje. Društvo često smatra da je fizička bolest sasvim normalna pojava, dok s druge strane psihičke bolesti smatraju nečim neprihvatljivim. Psihijatrijski bolesnici su i dalje stigmatizirani te pod povećalom društva [23].

„Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje oboljelih zato što imaju psihičku bolest.“ [24]

Negativni stavovi, vjerovanja koja vladaju u društvu dovode do toga da se bolesnike odbacuje, izbjegava te diskriminira zbog njihovog stanja. Stigmom čine četiri komponente:

1. društvo razlikuje i etiketira ljudske različitosti
2. dominantna vjerovanja povezuju označenu osobu s neželjenim karakteristikama
3. etiketiranu osobu stavlja se u posebnu kategoriju i razdvaja od društva
4. etiketirana osoba doživljava gubitak statusa i diskriminaciju koja dovodi do nejednakosti [24]

Pošto su bolesnici oboljeli od psihijatrijskih poremećaja stigmatizirani od strane društva svakodnevno nailaze na poteškoće. Često, bolesnici kod kojih poremećaji nisu toliko izraženi i vidljivi, pokušavaju prekriti svoje stanje kako bi zaštitili sami sebe od stigmatizacije, osuđivanja, neugodnih pogleda te izbjegavanja. No, to nije zdravo za funkcioniranje pojedinca jer može uzrokovati pogoršanje stanja. Karakteristika BAP-a su promjene raspoloženja koje prelaze granice uobičajenog. Bolesnici već samim time što boluju od BAP-a imaju poteškoće sa raspoloženjima i prilagodbom u društvu. Kada društvo takvog bolesnika dodatno odbacuje i izbjegava, to može ostaviti velik utjecaj na njegovo stanje. Bolesnicima je od vrlo velike važnosti prihvaćanje i podrška obitelji i okoline što često ne dobiju. To nikako ne doprinosi oporavku već samo pogoršanju stanja. Osim što negativno djeluje na bolesnika, odražava se i na cijelu bolesnikovu obitelj [25].

Stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika vrlo je proširena u svijetu, a predstavlja glavnu prepreku u liječenju i oporavku te vraćanju u svakodnevni zadovoljavajući život. To donosi samo negativne posljedice i glavni je uzrok ne postizanja ponovnog kvalitetnog života mnogih oboljelih. Problem stigmatizacije prepoznat je na razini Svjetske zdravstvene organizacije. Zbog

toga se provode brojni programi borbe protiv stigme psihijatrijskih bolesnika. Također, provode se i edukacije koje uključuju informacije o psihijatrijskim poremećajima čiji je cilj povećanje razine znanja građana te suprotstavljanje netočnim informacijama koje prevladavaju i podržavaju stigmom. Društvo to prihvaća do granice kada bi trebali stupiti u kontakt s osobom koja je oboljela. Kontaktom se smatra interakcija između članova društva i oboljelih. Brojna istraživanja pokazuju da se stigma smanjuje kada postoji mogućnost kontakta društva s oboljelima, a osobito onima koji funkcioniraju, rade i žive kao dobri susjedi, poznanici u zajednici. Važno je smanjiti stigmatizaciju u društvu jer bi to bilo od velike koristi bolesnicima te bi im veoma olakšalo put do liječenja, oporavka te ponovnog povratka u svakodnevno okruženje i funkcioniranje [24].

10. Zaključak

Bipolarni afektivni poremećaj je psihijatrijski poremećaj koji spada u poremećaje raspoloženja. Uobičajeno je da raspoloženje varira no BAP je karakteriziran promjenama raspoloženja koje prelaze granice uobičajenog. Pojavljuju se faze manije, hipomanije i depresije. Moguća je i pojava miješane faze. Za dijagnosticiranje BAP-a potrebno je javljanje dvije različite faze između kojih dolazi do remisije.

Depresivna faza poremećaja karakterizirana je sniženim raspoloženjem, manjkom energije, bezvoljnošću, usporenošću pokreta i misaonog tijeka. Bolesnici u toj fazi često imaju suicidalne misli, manjak samopouzdanja i osjećaj bezvrijednosti. Manična faza karakterizirana je povišenim raspoloženjem, logoroičnošću, bijegom ideja te psihomotornim nemirom. To je jedno od hitnih stanja u psihijatriji, bolesnik je često nekritičan prema svojem stanju i ne vidi da mu je pomoć potrebna. Moguće je da bolesnik postane agresivan. Najvažnije u skrbi za takvog bolesnika je osigurati zaštitu njega samoga te okoline.

Liječenje bolesnika oboljelih od BAP-a ovisi o fazi u kojoj se bolesnik nalazi. Uključuje više pristupa, a to su: primjena psihofarmaka, psihoterapija, psihoedukacija, elektrostimulativna terapija. Od lijekova se primjenjuju stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi. Nije nužna primjena jednog lijeka. Moguća je i kombinacija lijekova. Od velike važnosti je psihoterapijski pristup bolesniku. Razgovor, dobra suradnja i odnos od povjerenja temeljni su za brže liječenje i bolji ishod.

Važno je napomenuti kako je stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika u današnje vrijeme jako proširena u društvu. Vlada mišljenje kako su psihijatrijski poremećaji drugačiji od fizičkih bolesti. Definicija SZO o zdravlju pojedinca govori da su za potpuno zdravlje bitne tri komponente, fizičko zdravlje, psihičko zdravlje i socijalno zdravlje. Prema tome, može se zaključiti kako je psihičko zdravlje jednako važna komponenta kao i fizičko zdravlje. Psihijatrijski bolesnici svakodnevno nailaze na osuđivanje što nikako ne doprinosi njihovom oporavku. Dakle, stigmatizacija otežava tijek liječenja i ponovno vraćanje u sredinu u kojoj je bolesnik boravio prije pojave poremećaja. Važno je pokušati smanjiti stigmatizaciju kako bi se psihijatrijskim bolesnicima olakšalo već dovoljno otežano vraćanje u svakodnevni život i funkcioniranje.

11. Literatura

- [1] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Psihoedukacija između informacije i psihoterapije, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] S. Štrkalj-Ivezić, L. Bauman: Bipolarni afektivni poremećaj, Tvoj priručnik za život s bipolarnim poremećajem, Udruga Svitanje, Zagreb
- [3] V. Folnegović Šmalc, D. Štrkalj Ivezić, A. Bagarić, N. Mimica: Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja, MEDIX, broj 77, lipanj 2008.
Dostupno na: [505847.MEDIX Supplement 1.pdf \(irb.hr\)](#) (06.08.2021.)
- [4] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada Zagreb, 2015.
- [5] LJ. Hotujac i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.
- [6] T. D. Meyer: Bipolarni poremećaj (manično-depresivni poremećaj), Naklada slap, Zagreb, 2008.
- [7] Lj. Moro: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [8] Guy Goodwin, Gary Sachs: Bipolar Disorder, Health press, Oxford, 2004.
Dostupno na: [\(PDF\) Fast Facts: Bipolar Disorder Fast Facts: Bipolar Disorder \(researchgate.net\)](#)
(06.08.2021.)
- [9] H. Bratić: Cjeloviti razvoj djeteta-očekivanja i mogućnosti, završni rad, Sveučilište u Splitu, 2020.
Dostupno na: [view \(unist.hr\)](#) (07.08.2021.)
- [10] V. Jukić: Psihijatrijske teme za nepsihijatre (i psihijatre), Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
- [11] S. Štrkalj Ivezić: Kako prebroditi depresiju i pobijediti osamljenost, Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje, Zagreb, 2010.
- [12] Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta verzija, Medicinska naklada, 1994.
- [13] American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, American psychiatric publishing, 2013.
Dostupno na: [DSM-5.pdf - Google disk](#) (09.08.2021.)
- [14] V. Jukić, D. Ostojić: Hitna stanja u psihijatriji, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
- [15] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011.
- [16] Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb, 2015.
- [17] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb,

2007.

[18] S. Uzun, O. Kozumplik, N. Mimica, V. Folnegović-Šmalc: Nuspojave psihofarmaka, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.

[19] 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.

[20] [ELEKTROSTIMULATIVNA TERAPIJA \(EST\) UPUTE \(kbc-zagreb.hr\)](#) (11.08.2021.)

[21] S. Štrkalj- Ivezić i suradnici: Rehabilitacija u psihijatriji, Psihobiosocijalni pristup, Hrvatski liječnički zbor, Udruga Svitanje, Zagreb, 2010.

[22] [edukacija | Hrvatska enciklopedija](#) (12.08.2021.)

[23] World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report.

Dostupno na: [untitled \(who.int\)](#) (13.08.2021.)

[24] S. Štrkalj- Ivezić: Život bez stigme psihičke bolesti, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

[25] L.D. Hawke, S.V. Parikh, E.E. Michalak: Stigma and bipolar disorder, A review of the literature, Journal of Affective Disorders, 2013.

Dostupno na: [Stigma and bipolar disorder: a review of the literature - PubMed \(nih.gov\)](#)

(16. 08. 2021.)

Popis tablica

Tablica 1: Nuspojave stabilizatora raspoloženja	26
Tablica 2: Nuspojave antipsihotika	27
Tablica 3: Nuspojave antidepresiva.....	29
Tablica 4: Popis propisane terapije.....	37

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 stručnog rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, VALENTINA KUHARIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKE INTERVENCIJE I ZBRINJAVANJE BOLESNIKA U MANIČNOJ FAZI BIPOLARNOG AFKATIVNOG POREMEĆAJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica: VALENTINA KUHARIĆ
(upisati ime i prezime)

Kuharić Valentina
(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, VALENTINA KUHARIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SESTRINSKE INTERVENCIJE I ZBRINJAVANJE BOLESNIKA U MANIČNOJ FAZI BIPOLARNOG AFKATIVNOG POREMEĆAJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica: VALENTINA KUHARIĆ
(upisati ime i prezime)

Kuharić Valentina
(vlastoručni potpis)