

Znanje studenata diplomskog studija Sestrinstva o bipolarno afektivnom poremećaju

Škvorc, Nevenka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:910534>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-06**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Nevenka Škvorc

**ZNANJE STUDENATA DIPLOMSKOG
STUDIJA SESTRINSTVA O BIPOLARNO
AFEKTIVNOM POREMEĆAJU**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2023.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO**

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Nevenka Škvorc

**ZNANJE STUDENATA DIPLOMSKOG
STUDIJA SESTRINSTVA O BIPOLARNO
AFEKTIVNOM POREMEĆAJU**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2023.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.

Mentor rada: Doc. dr. sc. Rajko Fureš, prim. dr. med.

Rad ima 36 listova i 9 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Ponajprije zahvaljujem svom mentoru doc. dr. sc. Rajku Furešu prim. dr. med. na prihvaćenom mentorstvu i vodstvu kroz ovaj diplomski rad.

Zahvaljujem svim profesorima i asistentima na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, na njihovom trudu i prenesenom znanju.

Hvala mojim kolegama studentima ispitanicima i radnim kolegama bez kojih ovaj rad ne bi bilo moguće ostvariti.

Na kraju veliko hvala mojoj obitelji i prijateljima koji su me podržavali svih ovih godina mojeg studentskog putovanja.

HVALA VAM SVIMA!

SADRŽAJ:

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Bipolarno afektivni poremećaj | 1 |
| 1.2. Karakteristike bipolarno afektivnog poremećaja | 2 |
| 1.3. Bipolarni poremećaj i suicid | 3 |
| 1.4. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja | 4 |
| 1.4.1. Farmakološko liječenje | 4 |
| 1.4.2. Nefarmakološko liječenje..... | 4 |
| 1.5. Sestrinska skrb za oboljele od bipolarnog poremećaja | 5 |
| 2. CILJEVI | 7 |
| 3. ISPITANICI I METODE | 8 |
| 3.1. Ustroj studije | 8 |
| 3.2. Ispitanici | 8 |
| 3.3. Metode..... | 8 |
| 3.4. Statističke metode | 9 |
| 4. REZULTATI..... | 10 |
| 5. RASPRAVA..... | 20 |
| 6. ZAKLJUČCI..... | 24 |
| 7. SAŽETAK..... | 25 |
| 8. SUMMARY | 26 |
| 9. LITERATURA..... | 27 |
| 10. ŽIVOTOPIS | 30 |

POPIS TABLICA:

| | |
|--|----|
| Tablica 1. Opće karakteristike ispitanika..... | 10 |
| Tablica 2. Opća pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju..... | 11 |
| Tablica 3. Odgovori ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju..... | 12 |
| Tablica 3a. Odgovori ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju (nastavak Tablice 3)..... | 13 |
| Tablica 3b. Odgovori ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju (nastavak Tablice 3a)..... | 14 |
| Tablica 4. Točni odgovori..... | 15 |
| Tablica 5. Znanje ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju..... | 16 |
| Tablica 6. Povezanost znanja o bipolarno afektivnom poremećaju s općim karakteristikama ispitanika..... | 17 |
| Tablica 7. Povezanost znanja o bipolarno afektivnom poremećaju s poznavanjem ispitanika osoba s bipolarnim poremećajem..... | 18 |
| Tablica 8. Povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju sa susretanjem u radu osoba s bipolarnim poremećajem..... | 18 |
| Tablica 9. Povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju sa samoprocjenom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju..... | 19 |

1. UVOD

Promjene raspoloženja uobičajene su tijekom normalnog, svakodnevnog života, a nastaju kao posljedica stresa ili ugodnih događaja. Ozbiljne i perzistentne promjene raspoloženja, koje rezultiraju psihološkim stresom i poremećajima ponašanja, mogu biti simptomi temeljnog afektivnog poremećaja. Afektivni poremećaji se klasificiraju spektrom od unipolarnih depresivnih poremećaja do bipolarnog poremećaja (1).

Pregledom dvostoljetne literature uočeno je da se bipolarni poremećaji često ponavljaju i imaju lošu prognozu. Oboljeli koji su bili hospitalizirani proveli su oko 20 % svog života, od početka poremećaja, u epizodama bipolarnog poremećaja. Pola bipolarnih epizoda traje između dva mjeseca i sedam mjeseci, s medijanom od 3 mjeseca. Razmaci između početnih epizoda se skraćuju, dok se kasnije vraćaju u nepravilnim razmacima; od oko 0,4 epizode godišnje s velikom varijabilnošću. U liječenju većine slučajeva potrebni su intenzivni antidepresivi, antimanični lijekovi i stabilizatori raspoloženja. Unatoč značajnom napretku u liječenju, ishodi u starijoj dobi još uvijek su loši, a potpuni je oporavak vrlo rijedak. Pravilo je ponavljanje epizoda s nepotpunom remisijom, dok su kroničnost i suicidi još uvijek česti (2).

1.1. Bipolarno afektivni poremećaj

Bipolarni poremećaji su kronični i ponavljajući poremećaji koji pogađaju > 1% svjetske populacije, a podjednako se javljaju kod žena i kod muškaraca (1). Prema drugom izvoru, godišnja prevalencija iznosi 2% (3). Bipolarni su poremećaji vodeći uzrok invaliditeta, osobito kod mlađih osoba, uslijed kognitivnih i funkcionalnih oštećenja i povećanog rizika od suicida i kardiovaskularnih bolesti. Često su prisutni i pridruženi psihijatrijski poremećaji, ali i nepsihijatrijske bolesti (1). Anksioznost je prisutna kod 71% osoba s bipolarnim poremećajem, uporaba tvari ovisnosti kod 56% njih, poremećaji osobnosti kod 36%, poremećaji pažnje i hiperaktivnost kod 10 do 20%, metabolički sindromi kod 37%, migrene kod 35%, pretilost kod 21%, a šećerna bolest tipa 2 kod 14% osoba s bipolarnim poremećajem (3). Poznato je da u razvoju bipolarnog poremećaja određenu ulogu imaju genski čimbenici u interakciji s okolišnim čimbenicima. Rana i točna dijagnoza u kliničkoj praksi predstavlja izazov s obzirom na to da je početak obično karakteriziran nespecifičnim simptomima, labilnostima u raspoloženju ili depresivnom epizodom koja može biti vrlo slična unipolarnoj

depresiji. Oboljeli i članovi njihovih obitelji često ne uočavaju simptome, osobito manične i hipomanične simptome, čime se odgađa rano postavljanje dijagnoze i rani početak liječenja. Osnovu dijagnostike predstavlja pažljiva klinička procjena. Hipomanični simptomi i longitudinalna klinička procjena osnova su za razlikovanje bipolarnog poremećaja od drugih stanja. Pozitivnim ishodom liječenja doprinosi rano liječenje temeljeno na dokazima i psihosocijalnim strategijama (1).

1.2. Karakteristike bipolarno afektivnog poremećaja

Glavna karakteristika koja razdvaja bipolarne poremećaje od drugih afektivnih poremećaja je prisutnost ponavljajućih maničnih ili hipomaničnih epizoda, koje se mogu izmjenjivati s depresivnim epizodama. Bipolarni poremećaj I definiran je očitim maničnim epizodama koje obuhvaćaju pretjerano samopouzdanje, grandioznost, ukočenost, pričljivost, izrazitu dezinhibiciju, razdražljivost, smanjenu potrebu za snom i vrlo povišeno raspoloženje. Deluzije i halucinacije prisutne su u 75% maničnih epizoda. Psihosocijalno funkcioniranje osobe može biti ugroženo do te mjere da je hospitalizacija neophodna. Bipolarni poremećaj II karakteriziraju uglavnom epizode depresije koje se pojavljuju češće s hipomanijom, nego li s manijom. Manične epizode nižeg su intenziteta u usporedbi s bipolarnim poremećajem tipa I. Ciklotimijski poremećaj, odnosno blaži oblik bipolarnog poremećaja, karakteriziraju ponavljajuća depresija i hipomanična stanja koja traju najmanje dvije godine, a ne odgovaraju dijagnostici velike afektivne epizode; izmjenjuju se razdoblja hipomanije i blage depresije. U razdoblju povišenog raspoloženja paradoksalno mogu biti prisutni simptomi depresije. Za postavljanje dijagnoze manične epizode simptomi moraju biti prisutni najmanje jedan tjedan, a za dijagnozu depresivne epizode dva tjedna. Uobičajeno prvo nastupi epizoda depresije. Tijekom razvoja poremećaja depresivne epizode traju značajno dulje od maničnih ili hipomaničnih epizoda. Nepravovremeno postavljanje dijagnoze jedna je od prepreka uspješnog liječenja (3).

U kliničkoj slici depresivne epizode prisutno je sniženo raspoloženje, malaksalost, gubitak energije, gubitak interesa za aktivnosti koje su prije veselile osobu, osjećaj krivnje, samooptuživanje, poteškoće u samokonzraciji, gubitak teka, problemi sa spavanjem, a svakodnevne aktivnosti koje je osoba prije obavljala s lakoćom sada su joj otežane. Također mogu

biti prisutni i simptomi psihomotornog nemira kao što su napetost, nervoza, nemir, a moguća je i psihička i fizička usporenost. Česti su problemi s koncentracijom, zaboravljivost, bježanje misli i otežano praćenje razgovora. Oboljeli mogu navoditi i stalni umor bez prisutnosti fizičkog napora, pri čemu su im i najmanji napori vrlo zahtjevni. Oboljele osobe negativno procjenjuju same sebe, svijet, budućnost te osjećaju poteškoće u donošenju odluka. Prisutno je smanjeno samopouzdanje, uz osjećaj krivnje, bespomoćnosti i učestala promišljanja o suicidu i smrti (4, 5).

U kliničkoj slici manične epizode prisutni su povišena energija i raspoloženje, euforičnost, izostanak potrebe za spavanjem, nekritičnost uz izostanak uvida u vlastito stanje, nametljivost, iritabilnost, agresivno reagiranje, ideje grandioznosti, bijeg ideja, psihomotorička agitacija, niski prag na frustraciju (ljutnja, bijes, agresija), emocionalna nestabilnost, ubrzano ramišljanje, izmjena ideja, nerazumljiv govor, poteškoće u održavanju pažnje, česte izmjene planova i aktivnosti, pretjerana aktivnost, smanjena potreba za hranom uz posljedični gubitak tjelesne mase (4, 5).

1.3. Bipolarni poremećaj i suicid

Otprilike 6 do 7% osoba s bipolarnim poremećajem počini suicid te je dokazano da je stopa suicida kod osoba s bipolarnim poremećajem 20 do 30 puta veća nego li u općoj populaciji (6). Određeni sociodemografski i klinički čimbenici mogu doprinijeti otkrivanju povećanog rizika za suicid kod osoba s bipolarnim poremećajem (6, 7).

Čimbenici rizika za pokušaj samosuicida su: ženski spol, mlađa ili starija životna dob, manjinska rasa ili etnička pripadnost kod mlađih oboljelih, bipolarni poremećaj tipa I, samački život, samohrano roditeljstvo, prevladavajuće depresivne epizode, veći broj epizoda ili njihova ozbiljnost, brzi ciklusi, anksioznost, suicidalne ideje, koegzistirajuća psihijatrijska stanja, kao što su ovisnost o drogama, anksiozni poremećaj, poremećaji prehrane, granični i drugi poremećaji, pušenje cigareta, konzumacija kave, pretilost i prekomjerna tjelesna masa, srodnici u prvom koljenu koji su počinili suicid, prethodni pokušaji suicida, traume u djetinjstvu, prisutnost stresa ili sukoba, društvena izolacija i seksualna disfunkcija (6).

Čimbenici rizika za letalni ishod uslijed suicida su: ženski spol, starija životna dob, depresivna epizoda, epizoda miješanog indeksa ili epizoda maničnog indeksa s psihotičnim simptomima, prisutnost beznađa i psihomotorne agitacije, koegzistirajući anksiozni poremećaj, prisutnost

srodnika u prvom koljenu koji je počinio suicid, prijašnji pokušaji suicida, prisutnost međuljudskih sukoba unazad tjedan dana, prisutnost profesionalnih problema, žalosti ili društvene izolacije (6, 7).

1.4. Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja

Cilj liječenja bipolarnog poremećaja je uklanjanje simptoma ili barem njihovo smanjivanje, uspostava općeg, radnog i socijalnog funkcioniranja, smanjivanje rizika relapsa ili recidiva te poboljšanje kvalitete života. Liječenje se razlikuje ovisno o tome koji simptomi u određenom trenu prevladavaju (depresivni, manični ili miješani). Liječenje se razlikuje i ovisno o fazi liječenja (akutna, stabilizacijska i profilaktička). U liječenju se koriste farmakološke i nefarmakološke metode. U akutnoj je fazi liječenje usmjereno smanjivanju simptoma i obično se provodi u psihijatrijskoj klinici. Faza stabilizacije traje četiri mjeseca do šest mjeseci, simptomi su još prisutni, ali su značajno manji, a rizik od nove epizode je još uvijek prisutan. Tijekom profilaktičke faze provodi se sprečavanje razvoja bolesti. Osnovu farmakološkog liječenja čine stabilizatori raspoloženja i antipsihotici, dok se u depresivnoj epizodi primjenjuju antidepresivi (8).

1.4.1. Farmakološko liječenje

Farmakološko liječenje provodi se primjenom stabilizatora raspoloženja (valproat, karbamazepin, lamotrigin, litij), antidepresiva (lurasidon, olanzapin + fluoksetin, kvetiapin) i antipsihotika. Određeni stabilizatori raspoloženja doprinose stabilizaciji simptoma manije, a drugi stabilizaciji simptoma depresije. Isti se mogu i kombinirati, a moguća je i njihova kombinacija s antidepresivima ili antipsihoticima. Najpoznatiji i najčešće korišteni stabilizator raspoloženja je litij, koji je vrlo učinkovit u epizodama manije pri povišenom, euforičnom raspoloženju. Ima i jedinstvene učinke antisuicidalnih učinaka. Također se mogu primjenjivati i određeni antikonvulzivi, kao što su karbamazepin, divalproeks ili lamotrigin (9). Liječnici propisuju terapiju, a medicinske sestre/medicinski tehničari je primjenjuju, prate njihovu djelotvornost i moguće neželjene učinke (10).

1.4.2. Nefarmakološko liječenje

Bipolarni poremećaj je kroničan i ponavljajući te rezultira značajnim psihosocijalnim oštećenjima. Kako bi se smanjio njihov učinak razvijene su različite metode nefarmakološkog liječenja koje doprinose poboljšanju kvalitete života oboljelih. Neke od tih metoda su: psihosocijalne metode, psihoterapija, psihoedukacija, obiteljske intervencije (rad s obitelji) i elektrostimulativna terapija. Navedene nefarmakološke metode medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima za mentalno zdravlje omogućuju pristupe koji se temelje na dokazima u poboljšanju sestrinske skrbi za osobe s bipolarnim poremećajem (11). Dokazi za uobičajenu primjenu litija, antiepileptika koji stabiliziraju raspoloženje, antipsihotika i antidepresiva, osobito u starijoj životnoj dobi, su i dalje rijetki, dok preliminarni rezultati podupiru elektrostimulativnu terapiju, psihoterapiju i psihosocijalne intervencije (12). Sustavnim pregledom uočeno je da su manualizirani tretmani bili povezani s nižim stopama recidiva od kontrolnih tretmana, psihoedukacija s vođenim vježbanjem vještina upravljanja bolešću u obiteljskom ili grupnom formatu sa smanjenjem recidiva u usporedbi s istim strategijama u individualnom formatu, kognitivna bihevioralna terapija i obiteljska terapija, kao i interpersonalna terapija sa stabilizacijom simptoma depresije u usporedbi s uobičajenim metodama liječenja (13).

S obzirom na to da se radi o kroničnom poremećaju s kroničnim tijekom, liječenjem i ishodima, oboljeli kroz psihoedukaciju mogu naučiti strategije življenja s poremećajem, prepoznavanje ranih znakova pojedinih epizoda, što doprinosi njihovom lakšem nošenju s poremećajem. Psihoedukacija je usmjerena na poboljšanja u razumijevanju poremećaja, razvijanju planova prevencije i liječenja, na bolju terapijsku suradnju i eliminaciju stigmatizacije (14).

1.5. Sestrinska skrb za oboljele od bipolarnog poremećaja

Sestrinska skrb se pruža kroz proces sestrinske skrbi uz poštivanje etičnih načela i profesionalni pristup (10, 15). Medicinske sestre/medicinski tehničari moraju biti educirani prepoznati razlike između normalnih i patoloških reakcija. Sestrinska skrb se razlikuje ovisno o prisutnosti depresivne, odnosno manične epizode. Dok je normalno tugovanje, koje obično završava u razdoblju od nekoliko mjeseci do godine dana, potrebno poticati i ohrabrivati, depresija nije vremenski ograničena i ne prestaje bez profesionalne pomoći, a ujedno predstavlja i veliki rizik za suicid. Sestrinska skrb u razdoblju depresivne faze obuhvaća pružanje neposredne fizičke pomoći

u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, osiguravanju fiziološke stabilnosti kroz primjerenu prehranu i fizičku aktivnost, smanjivanje osjećaja bezvrijednosti i bespomoćnosti, podizanje samopoštovanja, pružanje emocionalne podrške, sprečavanje izolacije i samootuđenja te edukaciju oboljelog i njegovih članova obitelji. Posebna se pozornost posvećuje uočavanju simptoma i znakova suicida i njegovom sprečavanju (10).

U maničnoj epizodi sestrinska skrb je usmjerena smanjivanju simptoma, zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba i zaštiti okoline oboljelog, savjetovanju i podučavanju. Kroz planiranje dnevnih aktivnosti pruža pomoć u ostvarivanju odnosa u okruženju na način da oboljelog štiti od netrpeljivosti drugih osoba i postavlja ograničenja kada je oboljeli zahtjevan i dosađuje drugima te pruža pomoć u kontroli hiperaktivnosti. Neizostavan dio je edukacija oboljelog i njegovih bližnjih kako o samoj bolesti, prepoznavanju znakova i simptoma tako i o načinima liječenja, praćenju djelovanja lijekova i mogućim neželjenim učincima (10).

2. CILJEVI

Cilj ovog istraživanja je ispitati znanje studenata diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek o bipolarno afektivnom poremećaju.

Specifični ciljevi su:

- Ispitati opće karakteristike ispitanika (spol, životnu dob, bračni i radni status, mjesto življenja te godinu diplomskog studija).
- Ispitati poznavanje ispitanika i njihovo susretanje u radu s osobama s bipolarnim poremećajem.
- Ispitati samopercepciju ispitanika o vlastitom znanju o bipolarnom poremećaju.
- Ispitati povezanost znanja o bipolarnom poremećaju s promatranim općim karakteristikama ispitanika.
- Ispitati povezanost znanja o bipolarnom poremećaju s poznavanjem i susretanjem u radu ispitanika s osobama s bipolarnim poremećajem.
- Ispitati povezanost znanja o bipolarnom poremećaju sa samopercepcijom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje (16).

3.2. Ispitanici

Ispitanike su činili svi studenti Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, dislociranog u Svetoj Nedelji, Bilo je 96 ispitanika koji su dobrovoljno pristali ispuniti online Upitnik o znanju studenata diplomskog studija Sestrinstva o bipolarno afektivnom poremećaju. Kriteriji uključenja bili su status studenta diplomskog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, dislociranog u Svetoj Nedelji, dobrovoljan pristanak za sudjelovanje u istraživanju, popunjavanje Upitnika online u razdoblju od 1.3.2023. godine do 1.4.2023. godine, a kriteriji isključenja odbijanje sudjelovanja u istraživanju i nepotpuno ispunjen upitnik.

3.3. Metode

Podaci su prikupljeni Upitnikom o znanju studenata diplomskog studija Sestrinstva o bipolarno afektivnom poremećaju, sastavljenim za potrebe ovog diplomskog rada. Upitnik se sastojao od tri dijela. U prvom su dijelu prikupljeni podaci o općim karakteristikama ispitanika: spolu, životnoj dobi, bračnom i radnom statusu, mjestu življenja (klasificirano: selo, naselje, grad) i godini diplomskog studija. Drugi se dio sastojao od tri pitanja o poznavanju i susretanju s osobama s bipolarnim poremećajem u svom radu i pitanja o samopercepciji vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju. Treći se dio sastojao od 18 pitanja o teoretskom znanju o bipolarnom poremećaju. Na svako su pitanje bila ponuđena tri odgovora od kojih je samo jedan bio točan. Od ispitanika se tražilo da zaokruže jedan točan odgovor. Veći postotak točnih odgovora upućivao je na višu razinu znanja, a 50 % točnih odgovora i manje (9 i manje) upućivalo je na nedostatak specifičnog znanja; više od 50 %, a manje od 88,9 % (10 do 16) točnih odgovora upućivalo je na dobro znanje, a više od 88,9 % (17 do 18) točnih odgovora na odlično znanje o bipolarnom poremećaju. Upitnik je online bio dostupan svim studentima prve i druge godine diplomskog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, dislociranog u Svetoj Nedelji.

3.4. Statističke metode

Pri obradi podataka korištene su metode deskriptivne statistike. Kategorijski su podaci prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama, a numerički su podaci prikazani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Razlike ili povezanost kategorijskih varijabli testirane su Hi-kvadrat testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom.

Sve su P vrijednosti dvostrane, a razina značajnosti postavljena na 0,05. Statistička analiza rađena je programskim sustavom *MedCalc* (inačica 14.12.0, *Med Calc Software bvba*).

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 96 medicinskih sestra i tehničara, studenata Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, dislociranog u Svetoj Nedelji.

Tablica 1 prikazuje opće karakteristike ispitanika. Većina ispitanika bila je ženskog spola (89,6 %), mlađa od 42 godine (86,5 %), u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici (72,9 %), zaposlena (99 %), s mjestom življenja u gradu (66,7 %) te na drugoj godini studija (71,9 %). Prosječna dob ispitanika bila je $33,29 \pm 6,76$ (aritmetička sredina \pm standardna devijacija) godina. Ispitanici su bili u rasponu od 24 do 51 godine.

Tablica 1. Opće karakteristike ispitanika

| Demografske karakteristike | | Broj ispitanika (%) |
|----------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Spol | Ženski | 86 (89,6) |
| | Muški | 10 (10,4) |
| Životna dob | < 42 godine | 83 (86,5) |
| | 42 i više godina | 13 (13,5) |
| Bračni status | U bračnoj ili izvanbračnoj zajednici | 70 (72,9) |
| | Samci | 26 (27,1) |
| Radni status | Zaposlen/zaposlena | 95 (99,0) |
| | Nezaposlen/nezaposlena | 1 (1,0) |
| Mjesto življenja | Na selu | 21 (21,9) |
| | U mjestu | 11 (11,5) |
| | U gradu | 64 (66,7) |
| Godina diplomskog studija | Prva | 27 (28,1) |
| | Druga | 69 (71,9) |
| Ukupno | | 96 (100,0) |

Tablica 2 prikazuje odgovore na opća pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju. Većina ispitanika nije poznavala osobu koja boluje od bipolarno afektivnog poremećaja (67,7 %), više

ispitanika se u svom radu susretalo s osobama s bipolarno afektivnim poremećajem (52,1 %), a istovremeno ih je većina smatrala da nema dovoljno znanja za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi osobama s bipolarno afektivnim poremećajem (82,3 %).

Tablica 2. Opća pitanja o bipolarno afektivnom poremećaju

| Pitanja | Broj ispitanika (%) | |
|--|---------------------|-----------|
| | Da | Ne |
| Poznajete li osobu koja boluje od bipolarno afektivnog poremećaja? | 31 (32,3) | 65 (67,7) |
| Susrećete li se u svom radu s osobama s bipolarno afektivnim poremećajem? | 50 (52,1) | 46 (47,9) |
| Smatrate li da imate dovoljno znanja za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi osobama s bipolarno afektivnim poremećajem? | 17 (17,7) | 79 (82,3) |

Tablice 3, 3a i 3b prikazuju odgovore ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju. Točni odgovori označeni su crveno. Najvišu razinu znanja ispitanici su iskazali točnim odgovorima na četvrto ((87,5 %), treće (85,4 %), trinaesto (85,4 %) i sedamnaesto (85,4 %) pitanje, a najnižu razinu znanja točnim odgovorima na deveto (21,9 %), četrnaesto (39,6 %), deseto (42,7 %) i osamnaesto (43,8 %) pitanje.

Tablica 4 prikazuje broj točnih odgovora na pojedina pitanja. Prosječan broj točnih odgovora bio je $61,88 \pm 17,84$ (aritmetička sredina \pm standardna devijacija), s rasponom od 21 do 84 točna odgovora.

Tablica 3. Odgovori ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju

| Pitanje | Odgovor | Broj ispitanika (%) |
|--|--|---------------------|
| 1. U koju skupina poremećaja spada bipolarni poremećaj? | Poremećaji raspoloženja | 50 (52,1) |
| | Poremećaji ličnosti | 40 (41,7) |
| | Poremećaji osobnosti | 6 (6,2) |
| 2. Koliki postotak svjetske populacije pogađa bipolarni poremećaj? | 1 % | 30 (31,2) |
| | Manje od 1 % | 5 (5,2) |
| | Više od 1 % | 61 (63,5) |
| 3. Što karakterizira bipolarni poremećaj? | Izmjena depresivnih i maničnih epizoda | 82 (85,4) |
| | Derealizacija i depersonalizacija | 13 (13,5) |
| | Prisutnost slušnih i vidnih halucinacija | 1 (1,0) |
| 4. Što spada među rizike razvoja bipolarnog poremećaja? | Stres, genetika, uporaba psihoaktivnih tvari | 84 (87,5) |
| | Prisutnost srodnika s bipolarnim poremećajem u drugom i trećem koljenu | 12 (12,5) |
| | Muški spol i crna rasa | 0 (0,0) |
| 5. Što uzrokuje bipolarni poremećaj? | Još uvijek nije poznato | 80 (83,3) |
| | Okolišni čimbenici | 4 (4,2) |
| | Genetika | 12 (12,5) |
| 6. U kojoj prosječnoj životnoj dobi se javlja bipolarni poremećaj? | U srednjoj odrasloj dobi | 39 (40,6) |
| | U ranoj odrasloj dobi | 57 (59,4) |
| | U starijoj životnoj dobi | 0 (0,0) |
| 7. U kojoj je epizodi povećan rizik za suicid kod osoba s bipolarnim poremećaje? | Podjednak je u depresivnoj i u maničnoj epizodi | 18 (18,7) |
| | U maničnoj epizodi | 9 (9,4) |
| | U depresivnoj epizodi | 69 (71,9) |
| 8. Što karakterizira maničnu epizodu bipolarnog poremećaja? | Bezvoljnost i umor | 3 (3,1) |
| | Grandioznost i nizak prag euforije | 78 (81,2) |
| | Promišljanja o suicidu i smrti | 15 (15,6) |

Tablica 3a. Odgovori ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju (nastavak Tablice 3)

| Pitanje | Odgovor | Broj ispitanika (%) |
|--|--|---------------------|
| 9. Što karakterizira hipomaniju? | Promjene u hipomaniji ne dovode do velikih oštećenja u radnom i socijalnom životu | 21 (21,9) |
| | Prisutne su halucinacije i sumanitosti | 14 (14,6) |
| | Obično se javlja nakon manične epizode | 61 (63,5) |
| 10. Što karakterizira depresivnu epizodu? | Simptomi depresije koji se povlače unutar nekoliko mjeseci do jedne godine | 25 (26,0) |
| | Simptomi depresije koji se ne povlače bez profesionalne pomoći | 41 (42,7) |
| | Simptomi depresije koji bez profesionalne pomoći prolaze unutar tri mjeseca | 30 (31,3) |
| 11. Koja tvrdnja je točna? | Tijekom depresivne epizode više trpi oboljeli, a tijekom manične obitelj i okolina | 68 (70,8) |
| | Tijekom depresivne epizode više trpi obitelj i okolina, a tijekom manične oboljeli | 15 (15,6) |
| | Oboljeli i obitelj uz okolinu najviše trpe u hipomaničnoj epizodi poremećaja | 13 (13,5) |
| 12. Koji je glavni uzrok kasnog dijagnosticiranja bipolarnog poremećaja? | Nepostojanje probira | 10 (10,4) |
| | Nedostatak dijagnostičkih metoda kojima bi se dijagnoza potvrdila | 22 (22,9) |
| | Nekritičan uvid u vlastito stanje | 64 (66,7) |
| 13. Koji su glavni ciljevi liječenja bipolarnog poremećaja? | Eliminacija ili barem smanjivanje simptoma, uspostava općeg funkcioniranja | 7 (7,3) |
| | Uspostava radnog i socijalnog funkcioniranja uz smanjivanje rizika relapsa, recidiva | 7 (7,3) |
| | Sve navedeno | 82 (85,4) |

Tablica 3b. Odgovori ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju (nastavak Tablice 3a)

| Pitanje | Odgovor | Broj ispitanika (%) |
|---|--|----------------------------|
| 14. Koje su faze liječenja bipolarnog poremećaja? | Akutna, stabilizacijska i profilaktična | 38 (39,6) |
| | Početna i održavajuća | 12 (12,5) |
| | Bolničko liječenje, ambulantno liječenje i liječenje u zajednici | 46 (47,9) |
| 15. Što čini osnovu farmakološkog liječenja? | Antipsihotici i antidepresivi | 7 (7,3) |
| | Stabilizatori raspoloženja | 16 (16,7) |
| | Stabilizatori raspoloženja, antipsihotici i antidepresivi | 73 (76,0) |
| 16. Koji je najpoznatiji stabilizator raspoloženja? | Litij | 56 (58,3) |
| | Karbamezapin | 25 (26,0) |
| | Valproat | 15 (15,6) |
| 17. Doprinosu li psihosocijalne intervencije i psihoterapija boljim rezultatima liječenja oboljelih od bipolarnog poremećaja? | Da | 82 (85,4) |
| | Ne | 2 (2,1) |
| | Možda | 12 (12,5) |
| 18. Doprinosi li elektrostimulativna terapija povlačenju simptoma i poboljšanju kod oboljelih od bipolarnog poremećaja? | Nije dokazano | 46 (47,9) |
| | Da | 42 (43,8) |
| | Ne | 8 (8,3) |
| Ukupno | | 96 (100,0) |

Tablica 4. Točni odgovori

| Pitanje | Broj točnih odgovora (%) |
|---|--------------------------|
| 1. U koju skupina poremećaja spada bipolarni poremećaj? | 50 (52,1) |
| 2. Koliki postotak svjetske populacije pogađa bipolarni poremećaj? | 61 (63,5) |
| 3. Što karakterizira bipolarni poremećaj? | 68 (70,8) |
| 4. Što spada među rizike razvoja bipolarnog poremećaja? | 84 (87,5) |
| 5. Što uzrokuje bipolarni poremećaj? | 80 (83,3) |
| 6. U kojoj prosječnoj životnoj dobi se javlja bipolarni poremećaj? | 57 (59,4) |
| 7. U kojoj je epizodi povećan rizik za suicid kod osoba s bipolarnim poremećaje? | 69 (71,9) |
| 8. Što karakterizira maničnu epizodu bipolarnog poremećaja? | 78 (81,2) |
| 9. Što karakterizira hipomaniju? | 21 (21,9) |
| 10. Što karakterizira depresivnu epizodu? | 41 (42,7) |
| 11. Koja tvrdnja je točna? | 68 (70,8) |
| 12. Koji je glavni uzrok kasnog dijagnosticiranja bipolarnog poremećaja? | 64 (66,7) |
| 13. Koji su glavni ciljevi liječenja bipolarnog poremećaja? | 82 (85,4) |
| 14. Koje su faze liječenja bipolarnog poremećaja? | 38 (39,6) |
| 15. Što čini osnovu farmakološkog liječenja? | 73 (76,0) |
| 16. Koji je najpoznatiji stabilizator raspoloženja? | 56 (58,3) |
| 17. Doprinosu li psihosocijalne intervencije i psihoterapija boljim rezultatima liječenja oboljelih od bipolarnog poremećaja? | 82 (85,4) |
| 18. Doprinosi li elektrostimulativna terapija povlačenju simptoma i poboljšanju kod oboljelih od bipolarnog poremećaja? | 42 (43,8) |
| Prosječan broj točnih odgovora | 61,88 ± 17,84* |

* aritmetička sredina ± standardna devijacija

Tablica 5 prikazuje znanje ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju. Većina ispitanika, njih 82,3 %, iskazala je dobro znanje o bipolarnom afektivnom poremećaju (10 do 16 točnih odgovora); kod 17,7 % ispitanika bio je vidljiv nedostatak znanja (0 do 9 točnih odgovora), dok niti jedan ispitanik nije posjedovao odlično znanje (17 do 18 točnih odgovora).

Tablica 5. Znanje ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju

| Znanje ispitanika | Broj ispitanika (%) |
|--------------------------|----------------------------|
| Nedostatak znanja | 17 (17,7) |
| Dobro znanje | 79 (82,3) |
| Odlično znanje | 0 (0,0) |
| Ukupno | 96 (100,0) |

Tablica 6 prikazuje povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju s općim karakteristikama ispitanika. Nije uočena značajna povezanost znanja s promatranim općim karakteristikama ispitanika.

Tablica 6. Povezanost znanja o bipolarno afektivnom poremećaju s općim karakteristikama ispitanika

| Demografske karakteristike | | Broj ispitanika (%) | | P* |
|----------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|--------|
| | | Nedostatak znanja | Dobro znanje | |
| Spol | Ženski | 16 (18,6) | 70 (81,4) | 0,68 |
| | Muški | 1 (10,0) | 9 (90,0) | |
| Životna dob | < 42 godine | 17 (20,5) | 66 (79,5) | 0,12 |
| | 42 i više godina | 0 (0,0) | 13 (100,0) | |
| Bračni status | U bračnoj ili izvanbračnoj zajednici | 10 (14,3) | 60 (85,7) | 0,23 |
| | Samci | 7 (26,9) | 19 (73,1) | |
| Radni status | Zaposlen/zaposlena | 17 (17,9) | 78 (82,1) | > 0,99 |
| | Nezaposlen/nezaposlena | 0 (0,0) | 1 (100,0) | |
| Mjesto življenja | Na selu | 5 (23,8) | 16 (76,2) | 0,08 |
| | U mjestu | 4 (36,4) | 7 (63,6) | |
| Godina diplomskog studija | Prva | 5 (18,5) | 22 (81,5) | > 0,99 |
| | Druga | 12 (17,4) | 57 (82,6) | |
| Ukupno | | 17 (17,7) | 79 (82,3) | |

* Fisherov egzakti test

Tablica 7 prikazuje povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju s poznavanjem ispitanika osoba s bipolarnim poremećajem. Nije uočena značajna povezanost (Fisherov egzakti test, $P = 0,40$) znanja s poznavanjem ispitanika osoba s bipolarnim poremećajem.

Tablica 7. Povezanost znanja o bipolarno afektivnom poremećaju s poznavanjem ispitanika osoba s bipolarnim poremećajem

| Poznavanje osoba s bipolarnim poremećajem | Broj ispitanika (%) | | P* |
|--|---------------------|--------------|------|
| | Nedostatak znanja | Dobro znanje | |
| Da | 7 (22,6) | 24 (77,4) | 0,40 |
| Ne | 10 (15,4) | 55 (84,6) | |
| Ukupno | 17 (17,7) | 79 (82,3) | |

* Fisherov egzakti test

Tablica 8 prikazuje povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju sa susretanjem osoba s bipolarnim poremećajem u svom radu. Nije uočena značajna povezanost (Fisherov egzakti test, $P = 0,79$) znanja sa susretanjem osoba s bipolarnim poremećajem u radu.

Tablica 8. Povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju sa susretanjem u radu osoba s bipolarnim poremećajem

| Susretanje u radu s osobama s bipolarnim poremećajem | Broj ispitanika (%) | | P* |
|--|---------------------|--------------|------|
| | Nedostatak znanja | Dobro znanje | |
| Da | 8 (16,0) | 42 (84,0) | 0,79 |
| Ne | 9 (19,6) | 37 (80,4) | |
| Ukupno | 17 (17,7) | 79 (82,3) | |

* Fisherov egzakti test

Tablica 9 prikazuje povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju sa samoprocjenom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju. Nije uočena značajna povezanost (Fisherov egzakti test, $P = 0,29$) znanja sa samoprocjenom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju.

Tablica 9. Povezanost znanja ispitanika o bipolarno afektivnom poremećaju sa samoprocjenom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju

| Samoprocjena vlastitog znanja | Broj ispitanika (%) | | P* |
|------------------------------------|---------------------|--------------|------|
| | Nedostatak znanja | Dobro znanje | |
| Smatraju da imaju dovoljno znanja | 1 (5,9) | 16 (94,1) | 0,29 |
| Smatraju da nemaju dovoljno znanja | 16 (20,2) | 63 (79,8) | |
| Ukupno | 17 (17,7) | 79 (82,3) | |

* Fisherov egzaktni test

5. RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovalo 96 medicinskih sestra i tehničara, studenata Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, dislociranog u Svetoj Nedelji. Ispitanici su većim dijelom bili ženskog spola, mlađi od 42 godine, u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, zaposleni, s mjestom življenja u gradu i na drugoj godini diplomskog studija sestrinstva.

U ovom je istraživanju 32,3% ispitanika poznavalo barem jednu osobu s bipolarno afektivnim poremećajem, dok je u istraživanju stavova populacije 48% medicinskih djelatnika poznavalo osobu s bipolarnim poremećajem (17). Niski udio ispitanika koji poznaju barem jednu osobu s bipolarno afektivnim poremećajem dijelom se može objasniti njegovom niskom prevalencijom (oko 1 %), ali i njegovim rijetkim ranim ispravnim dijagnosticiranjem (1). Bipolarni poremećaj često se prepoznaje kao veliki depresivni poremećaj; depresivna je faza često zbog svojih specifičnosti prepoznata, dok manična faza često ostaje neprepoznata (18).

Nešto više od pola ispitanika u svom se radu susretalo s osobama s bipolarnim poremećajem. U istraživanju provedenom na studentima preddiplomskog studija sestrinstva u Rijeci i Varaždinu, također se nešto više od pola (58,8 %) studenata susretalo s osobama s bipolarnim poremećajem (19). Djelatnici sestrinske profesije, neovisno o radnom mjestu, susreću se s osobama s bipolarnim poremećajem jer su kod oboljelih često prisutni psihijatrijski i nepsihijatrijski komorbiditeti (3).

Više od 80% ispitanika smatralo je da nema dovoljno znanja za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi osobama s bipolarno afektivnim poremećajem. Istraživanje provedeno u Novom Zelandu potvrđuje nedostatak znanja medicinskih sestra iz područja mentalnog zdravlja (20). Drugo istraživanje provedeno u Švedskoj također potvrđuje nedovoljno samopercipirano znanje za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi oboljelima od psihičkih poremećaja (21). Nisko samopercipirano znanje potvrđuje nedostatak znanja, ali i nesigurnost u stečeno znanje. Nedostatak znanja, nesigurnost u stečeno znanje (i negativni stavovi) ograničavaju rano prepoznavanje i pravovremeno započinjanje liječenja (u ranoj fazi bolesti) bipolarnog poremećaja, ali i drugih psihičkih poremećaja (22). Tijekom formalnog školovanja medicinskih sestara potrebno je više pažnje posvetiti sestrinskoj skrbi za osobe s psihičkim poremećajima, posebice bipolarnim poremećajem koji je često u ranim fazama neprepoznat, pa i neliječen (1).

Ispitanici su u prosjeku točno odgovorili na nešto manje od dvije trećine pitanja, čime su iskazali prosječno dobru razinu znanja, ali ne i vrlo dobru i odličnu, što ostavlja dovoljno prostora za planiranje intervencija tijekom formalnog školovanja, ali i tijekom cjeloživotnog rada, koje bi doprinijele višoj razini znanja. Dobro znanje bilo je prisutno kod 82,3 % ispitanika, a nedostatak znanja kod 17,7 % ispitanika. Nisu pronađena druga istraživanja o znanju studenata sestinstva i medicinskih sestra o bipolarnom poremećaju s kojima bi se rezultati dobiveni ovim istraživanjem mogli usporediti. Dosadašnja istraživanja uglavnom su se bavila samopercepcijom znanja te stavovima, stigmatizacijom i znanjima o psihičkim poremećajima, ali ne i konkretno znanjima o bipolarnom poremećaju (20 – 25).

Najvišu razinu znanja ispitanici su iskazali o čimbenicima rizika, o glavnoj značajki bipolarno afektivnog poremećaja (izmjena depresivnih i maničnih epizoda), o poznavanju glavnih ciljeva liječenja te o doprinosu psihosocijalnih intervencija i psihoterapije liječenju bipolarnog poremećaja.

Stres, genetika i uporaba psihoaktivnih tvari prepoznati su kao čimbenici rizika razvoja bipolarnog poremećaja. Uloga nasljednosti u razvoju bipolarnog poremećaja procjenjuje se na 70 do 90%. Prva se epizoda obično pojavljuje nakon izlaganja stresoru, dok se kasnije epizode mogu javljati neovisno o prisutnosti stresora. Epigenetski mehanizmi, deregulacija mitohondrijske funkcije, smanjena neuroplastičnost, upale i povećanje oksidativnog i nitrozativnog stresa predloženi su kao čimbenici neuroprogresije bipolarnog poremećaja (3). Različiti stresori, uključujući fizičko i seksualno nasilje u ranoj životnoj dobi, povezani su s povećanim rizikom za razvoj bipolarnog poremećaja. Gubitak roditelja prije petog rođendana povećava rizik za 2,4 puta (26). Dansko istraživanje potvrđuje upotrebu psihoaktivnih tvari kao čimbenikom rizika razvoja bipolarnog poremećaja. Čak 32,2% pacijenata s psihozom izazvanom uzimanjem psihoaktivnih tvari razvilo je bipolarni poremećaj ili poremećaj iz spektra shizofrenije. Najveći postotak bio je među pacijentima koji su koristili kanabis. Psihoza izazvana psihoaktivnim tvarima obično se unutar 4,4 godine razvija u bipolarni poremećaj (27). Sustavnim pregledom literature utvrđeno je da je 66,7% istraživanja, koja su procjenjivala upotrebu psihoaktivnih tvari, utvrdilo da su one čimbenik rizika razvoja bipolarnog poremećaja (28).

Liječenje bipolarnog poremećaja samo psihofarmacima je nedovoljno te se nadopunjuje psihoterapijom, psihosocijalnim intervencijama te drugim oblicima nefarmakološkog liječenja

(13). Samo farmakološko liječenje povezano je s ograničenom privrženosti, niskim stopama remisije, povećanom mogućnošću recidiva i zaostalih simptoma, uslijed čega psihoterapijske intervencije specifične za bipolarni poremećaj sve više dobivaju na značaju (14). Dokazano je da specifične dodatne psihoterapije poboljšavaju ishod bolesti. No, još uvijek nije jasno koji će pacijenti imati najviše koristi i kada provoditi dodatno liječenje nefarmakološkim metodama. U liječenju bipolarnog poremećaja svoju učinkovitost pokazali su kognitivno-bihevioralna terapija, psihoedukacija, terapija interpersonalnog, socijalnog ritma i obiteljska intervencija, funkcionalna remedijacija i kognitivna terapija temeljena na svjesnosti (29).

Najnižu razinu znanja ispitanici su iskazali nepoznavanjem karakteristika hipomanije, nepoznavanjem karakteristika depresivne epizode, faza liječenja i značaja elektrostimulativne terapije kod bipolarnog poremećaja. Nepoznavanje simptoma i znakova epizoda bipolarnog poremećaja uzrokom je njegova kasna dijagnosticiranja i nepravovremeno započetog liječenja. Kod skoro jedne trećine oboljelih, dijagnoza bipolarnog poremećaja postavlja se tek 10 godina nakon pojave prvih simptoma (3).

Elektrostimulativna terapija koristi se kao dodatak ili alternativa postojećim tretmanima oboljelih od bipolarnog poremećaja. Postoji nekoliko metoda elektrostimulativne terapije. Transkranijalna magnetska stimulacija koristi magnetsko polje za depolarizaciju površinskih neurona i izazivanje akcijskih potencijala u mozgu. Može se usmjeriti na određeno mjesto u mozgu i ne zahtijeva davanje anestetika ili relaksansa mišića. Transkranijalna magnetska stimulacija mijenja neuralnu aktivnost u relativno žarišnim regijama mozga. Postoji sve veća baza dokaza za učinkovitost transkranijalne magnetske stimulacije u liječenju bipolarnog poremećaja, posebice stanja depresije, hipomanije, manije i mješovitih stanja, međutim, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se identificirali optimalni parametri liječenja i karakteristike bolesnika za stratifikaciju liječenja. Transkranijalna stimulacija istosmjernom strujom mijenja ekscitabilnost kortikalnog tkiva primjenom slabe istosmjerne struje preko elektroda na tjemenu koje prekrivaju ciljana kortikalna područja. Postoje dokazi o učinkovitosti, iako su potrebna dodatna istraživanja (30). Medicinske sestre moraju biti upoznate s mogućnostima dodatnog ili alternativnog liječenja jer su upravo one te od kojih oboljeli nakon konzultacija s liječnicima traže dodatne informacije.

U ovom istraživanju znanja ispitanika o bipolarnom poremećaju nisu bila povezana s promatranim općim karakteristikama ispitanika, poznavanjem ispitanika osoba s bipolarnim poremećajem,

susretanjem u radu osoba s bipolarnim poremećajem, niti sa samoprocjenom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju.

Zanimljiv je podatak da je 17,7% ispitanika smatralo da ima dovoljno znanja, a istovremeno ih je 82,3 % iskazalo dobro znanja, dok je 82,3 % smatralo da nema dovoljno znanje, a 17,7 % ih je iskazalo nedovoljno znanje o bipolarnom poremećaju. Ovaj nalaz upućuje na činjenicu da kada se o određenoj problematici stekne određeno znanje, tek se onda razvije svijest o nedostatku znanja. Prema velikom kineskom filozofu Confuciusu potrebno je poprilično znanja da bi se shvatili razmjeri vlastitog neznanja (31).

6. ZAKLJUČCI

Na temelju provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Ispitanici su većim dijelom bili ženskog spola, mlađi od 42 godine, u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, zaposleni, s mjestom življenja u gradu i na drugoj godini diplomskog studija Sestrinstva.
- Većina ispitanika nije poznavala ni jednu osobu s bipolarnim poremećajem, iako ih se većina s njima susretala u svom svakodnevnom radu.
- Samo 17,7 % ispitanika je smatralo da ima dovoljno znanja za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi osobama s bipolarno poremećajem.
- Prosječan broj točnih odgovora bio je $61,88 \pm 17,84$ (aritmetička sredina \pm standardna devijacija), od mogućih 96 točnih odgovora.
- Većina ispitanika (82,3%) iskazala je dobro znanje, dok je kod ostalih bio prisutan nedostatak znanja.
- Znanja nisu bila povezana s promatranim općim karakteristikama ispitanika, poznavanjem osoba s bipolarnim poremećajem, susretanjem s njima u svakodnevnom radu, niti sa samoprocjenom vlastitog znanja o bipolarnom poremećaju.
- Kod ispitanika je bilo prisutno prosječno dobro znanje što ostavlja dovoljno prostora za planiranje intervencija tijekom formalnog školovanja, ali i tijekom cjeloživotnog rada koje bi doprinijele višoj razini znanja i kvalitetnijoj sestrinskoj skrbi za osobe s bipolarnim poremećajem.

7. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA: Ispitati znanje studenata Diplomskog sveučilišnog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek o bipolarno afektivnom poremećaju.

USTROJ STUDIJE: Provedeno je presječno istraživanje.

METODE: Ispitanike je činilo 96 studenata Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva, Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, dislociranog u Svetoj Nedelji. Podaci su prikupljeni Upitnikom o znanju studenata diplomskog studija Sestrinstva o bipolarno afektivnom poremećaju, sastavljenim za potrebe ovog diplomskog rada.

REZULTATI: Ispitanici su većim dijelom bili ženskog spola, mlađi od 42 godine, u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, zaposleni, s mjestom življenja u gradu i na drugoj godini studija. Većina ispitanika nije poznavala ni jednu osobu s bipolarnim poremećajem, iako se većina s njima susretala u svom svakodnevnom radu. Samo 17,7 % ispitanika je smatralo da ima dovoljno znanja za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi osobama s bipolarno poremećajem. Prosječan broj točnih odgovora bio je $61,88 \pm 17,84$ (aritmetička sredina \pm standardna devijacija), od mogućih 96 točnih odgovora. Većina ispitanika (82,3 %) je iskazala dobro znanje, dok je kod ostalih bio primijećen nedostatak znanja. Znanja nisu bila povezana s promatranim općim karakteristikama ispitanika, poznavanjem osoba s bipolarnim poremećajem, susretanjem s njima u svakodnevnom radu, niti sa samoprocjenom vlastitog znanja.

ZAKLJUČAK: Kod ispitanika je bilo prisutno prosječno dobro znanje što ostavlja dovoljno prostora za planiranje intervencija tijekom formalnog školovanja, ali i tijekom cjeloživotnog rada koje bi doprinijele višoj razini znanja i kvalitetnijoj budućoj sestrinskoj skrbi za pacijente s bipolarnim poremećajem.

KLJUČNE RIJEČI: bipolarno afektivni poremećaj; studenti sestrinstva; znanje.

8. SUMMARY

Knowledge of Nursing graduate students about bipolar affective disorder

AIMS: To examine the Nursing Graduate Students' Knowledge of Bipolar Affective Disorder in the Graduate University Study Programme in Nursing at the Faculty of Dental Medicine and Health Osijek.

TYPE OF STUDY: A cross-sectional survey was conducted.

METHODS ISSUED: The respondents were 96 students of the Graduate University Study Programme in Nursing at the Faculty of Dental Medicine and Health Osijek, located in Sveta Nedelja. The data was collected using a Questionnaire on the Nursing Graduate Students' Knowledge of Bipolar Affective Disorder, created for the needs of this thesis.

RESULTS: The respondents were mostly female, under the age of 42, married or cohabiting, employed, living in the city and in their second year of study. Most of the respondents did not know a single person with bipolar disorder, although most of them had encountered them in their daily work. Only 17,7 % of the respondents believed that they had enough knowledge to provide quality nursing care to people with bipolar disorder. The average number of correct answers was $61,88 \pm 17,84$ (arithmetic mean \pm standard deviation), out of a possible 96 correct answers. The majority of the respondents (82,3 %) demonstrated a good knowledge of bipolar affective disorder, while the rest showed a lack of knowledge. Their knowledge was not related to the observed general characteristics of the respondents, to knowing people with bipolar affective disorder, to encountering them in everyday work nor to their self-assessments of knowledge.

CONCLUSION: The respondents had average good knowledge, which leaves enough room for planning interventions during formal education, but also during lifelong work, which would contribute to a higher level of knowledge and better future nursing care for patients with bipolar affective disorder.

KEY WORDS: bipolar affective disorder; knowledge; nursing students.

9. LITERATURA

1. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, i sur. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18008.
2. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:445-57.
3. Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar Disorder. *N Engl J Med*. 2020;383(1):58-66.
4. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, i sur. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020;396(10265):1841-56.
5. McIntyre RS, Calabrese JR. Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. *Curr Med Res Opin*. 2019;35(11):1993-2005.
6. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, i sur. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2019;242:111-22.
7. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH i sur. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:63.
8. Frančišković T, Moro LJ, ur. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
9. Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez GH. Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2019;24(2):198-217.
10. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
11. Mirabel-Sarron C, Giachetti R. Non pharmacological treatment for bipolar disorder. *Encephale*. 2012;38(4):160-6.
12. Ljubic N, Ueberberg B, Grunze H, Assion HJ. Treatment of bipolar disorders in older adults: a review. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):45.

13. Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, Scott J, McLaren R, Geddes JR, i sur. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(2):141-50.
14. Erdelyi-Hamza B, Elek L, Gonda X. Can you get off the rollercoaster? Psychotherapeutic interventions in bipolar disorder. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2021;23(3):296-307.
15. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. 2. neizmjenjeno izdanje. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta; 1995.
16. Lukić IK, Sambunjak I. Vrste istraživanja. U: Marušić M, urednik. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. str. 38-55.
17. Đeri Čavić I. Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2019. str. 21.
18. Mihaljević-Peješ a, Šagud M, Bajs Janović M. Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj? *Medicus*. 2017;26(2):167-72.
19. Mureta S. Usvojena teorijska znanja studenata Sestrinstva o bipolarnom afektivnom poremećaju i shizofreniji u svrhu kvalitetne zdravstvene njege (diplomski rad). Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Diplomski sveučilišni studij promicanje i zaštita mentalnog zdravlja; 2022. str. 43.
20. Prince A, Nelson K. Educational needs of practice nurses in mental health. *J Prim Health Care*. 2011;3(2):142-9.
21. Todorova L, Johansson A, Ivarsson B. Perceptions of ambulance nurses on their knowledge and competence when assessing psychiatric mental illness. *Nurs Open*. 2021;8(2):946-56.
22. Szajna A, Udapi G, Nandagaon V, Sogalad M, Kamat A, Khande A, i sur. Exploring the convergence of knowledge, attitudes, and practice towards mental illness among nurses in South India: A cross-sectional analysis. *Asian J Psychiatr*. 2021;62:102696.
23. Kigozi-Male NG, Heunis JC, Engelbrecht MC. Primary health care nurses' mental health knowledge and attitudes towards patients and mental health care in a South African metropolitan municipality. *BMC Nurs*. 2023; 22(1):25.

24. Shahif S, Idris DR, Lupat A, Rahman HA. Knowledge and attitude towards mental illness among primary healthcare nurses in Brunei: A cross-sectional study. *Asian J Psychiatr.* 2019;45:33-7.
25. Dickens GL, Schoultz M, Hallett N. Mental health nurses' measured attitudes to people and practice: Systematic review of UK empirical research 2000-2019. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022;29(6):788-812.
26. Marangoni C, Faedda GL, Baldessarini RJ. Clinical and Environmental Risk Factors for Bipolar Disorder: Review of Prospective Studies. *Harv Rev Psychiatry.* 2018;26(1):1-7.
27. Kejser Starzer MS, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *Am J Psychiatry.* 2018;175(4):343-50.
28. Lalli M, Brouillette K, Kapczynski F, de Azevedo Cardoso T. Substance use as a risk factor for bipolar disorder: A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2021;144:285-95.
29. Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *J Affect Disord.* 2014;156:46-55.
30. Mutz J. Brain stimulation treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2023;25(1):9-24.
31. Confucius. Brainy Quote. Dostupno na adresi:
https://www.brainyquote.com/quotes/confucius_101037. Datum pristupa: 26,4.2023.