Razlika u pojavnosti bipolarnog poremećaja u odnosu na spol

Tomljanović, Ivona

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:307652

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ivona Tomljanović

RAZLIKA U POJAVNOSTI BIPOLARNOG POREMEĆAJA S OBZIROM NA SPOL

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentorica rada: izv. prof. dr. sc. Dunja Degmečić, prim. dr. med.

Rad ima 25 listova i 8 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentorici, izv. prof. dr. sc. Dunji Degmečić, prim. dr. med., koja je pratila proces pisanja završnog rada i koja me svojim znanjem savjetovala tijekom provođenja istraživanja i pisanja rada te me usmjeravala prema završetku studija. Također zahvaljujem obitelji na podršci tijekom cijelog školovanja i završetka studija.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Etiologija poremećaja raspoloženja 2
1.2. Klinički znakovi i tijek bolesti 2
1.3. Dijagnoza 3
1.4. Liječenje 3
1.5. Zdravstvena njega 4
1.5.1. Zdravstvena njega, prehrana i terapija u maničnog bolesnika 4
1.5.2. Zdravstvena njega, prehrana i terapija u depresivnog bolesnika 5
2. HIPOTEZA 7
3. CILJ ISTRAŽIVANJA 8
4. ISPITANICI I METODE 9
4.1. Ustroj studije 9
4.2. Ispitanici 9
4.3. Metode 9
4.4. Statističke metode 9
5. REZULTATI 10
6. RASPRAVA 15
7. ZAKLJUČAK 19
8. SAŽETAK 20
9. SUMMARY 21
10. LITERATURA 22
11. ŽIVOTOPIS 24
12. PRILOZI 25

1. UVOD

Bipolarni poremećaj je poremećaj raspoloženja koji karakterizira izmjena depresivnih i maničnih faza. Smjenjivanje faza je neodređeno pa dolazi do kraćih maničnih i dugih depresivnih razdoblja, ili obrnuto. Od bipolarnog poremećaja boluje oko 1 % opće populacije, pojavljuje se uglavnom u adolescentnoj ili mlađoj odrasloj životnoj dobi, ozbiljnije narušavajući kvalitetu života i normalno funkcioniranje bolesnika, ali i njegove obitelji. Zbog nama nepoznata razloga, broj osoba s depresivnim poremećajima kontinuirano se povećava negdje od 1910. godine svakog desetljeća u svim industrijaliziranim zemljama svijeta. Smatra se da to nije isključivo posljedica bolje dijagnostike, nego stvarno povećanje učestalosti tog poremećaja, koji svojom učestalošću zauzima prvo mjesto među takozvanim „velikim“ psihijatrijskim poremećajima. Ne samo što broj depresivnih osoba raste, nego se i dob nastupanja depresije pomiče prema mlađim dobnim skupinama (1). U 5 do 10 % oboljelih se nakon višegodišnjeg razdoblja (obično 6 do 10 godina) u kojem su se pojavljivale samo depresivne epizode, konačno pojavi manična epizoda. Tada je riječ o bipolarnom afektivnom poremećaju koji je prognostički lošiji. Trećina oboljelih ima kronični tijek i značajno oštećenje socijalnog funkcioniranja. Čak 10 do 19 % oboljelih završi život samoubojstvom. To je ujedno i najveća stopa suicida među psihijatrijskim poremećajima (2). Za razliku od unipolarnog poremećaja kod kojeg je depresija dvostruko češća kod žena, često postoji pretpostavka da je podjednaka učestalost bipolarnog poremećaja po spolu pokazatelj da ne postoje značajne razlike između muškaraca i žena. Međutim, moguće je da postoje važne razlike između spolova koje se moraju uzeti u obzir pri liječenju bipolarnog poremećaja. Te razlike mogu istaknuti važna razmatranja koja bi trebala biti dio dijagnoze ili plana liječenja te također mogu dati indiciju prema etiologiji poremećaja (3).

Razlike u pojavnosti i kliničkoj slici bipolarno-afektivnog poremećaja između pripadnika muške i ženske populacije oboljelih nisu često proučavane te su rezultati rijetkih istraživanja proturječni. Bipolarni poremećaj u žena je izazov za prepoznavanje, liječenje te još veći izazov predstavlja zadovoljavanje potreba iz biopsihosocijalne perspektive kako bi u konačnici doveli do poboljšanja kvalitete zdravstvene njege u osoba oboljelih od bipolarnog poremećaja. Rano prepoznavanje problema koji se događaju u određenoj fazi bolesti te njihovo pravovremeno rješavanje je najvažnije u sprečavanju dugoročnih posljedica koje promjene raspoloženja imaju na čovjeka i njegovu okolinu. U tri istraživanja otkrilo se da

žene češće obolijevaju od depresivne faze te da muškarci češće obolijevaju od manične faze bolesti, ali druga istraživanja nisu pronašla spolne razlike u pojavnosti bolesti. Stoga se u radu istražuje prevalencija bipolarno-afektivnog poremećaja u oba spola u razdoblju od 2010. do 2015. godine u KBC-u Osijek.

1.1. Etiologija poremećaja raspoloženja

I ovdje je, kao i u većini drugih psihijatrijskih poremećaja, nepoznata etiologija poremećaja. Nepoznavanje prave etiologije obilno nadoknađuju brojne teorije o mehanizmu nastajanja poremećaja raspoloženja, no većina se može prikazati unutar dviju osnovnih podskupina: biokemijske i psihosocijalne teorije. Genetička istraživanja upućuju na veliku ulogu genetičkih čimbenika u nastajanju ovih poremećaja. Osim noradrenalina i serotonina, smatra se da važnu ulogu u nastajanju depresije mogu imati i acetilkolinergički, dopaminergički i gabaergički neurotransmitorski sustav. Psihodinamičke teorije u središte pozornosti stavljaju osjećaj gubitka, stvarnog ili zamišljenog, visoko vrjednovane osobe, situacije ili predmeta, prema čemu bolesnik gaji ambivalentne osjećaje. U socijalnim teorijama veliku ulogu ima stres, pa se tako pretpostavlja da niz stresnih situacija predodređuje osobu za razvoj depresije (1).

1.2. Klinički znakovi i tijek bolesti

Bolesnici s povišenim raspoloženjem ekspanzivni su, puni energije, smanjene potrebe za snom, prepuni planova, s bujicom grandioznih ideja, uz izrazito samoprecjenjivanje i osjećaj goleme snage, moći i sposobnosti (1). Manična epizoda obično započinje naglo i može trajati od dva tjedna do 5 mjeseci, medijan trajanja je oko 4 mjeseca (4). Depresivni je bolesnik potišten, smanjene energije, interesa i volje, s jakim osjećajem krivnje i samooptuživanja, poremećajima koncentracije, gubitkom sna i apetita, često sa suicidalnim razmišljanjima ili pokušajima (1). Depresivno raspoloženje karakteriziraju bezrazložna žalost, utučenost, plakanje, osjećaj beznadnosti uz sniženo samopoštovanje. Bolesnike ništa ne može obradovati, gube sposobnost uživanja u uobičajenim aktivnostima koje su prije doživljavali kao ugodne (5). Depresija ima tendenciju dužeg trajanja, medijan trajanja je oko 6 mjeseci, ali može trajati i dulje od godine dana, osobito u starijih osoba (4). Klinička slika bipolarnog poremećaja razlikuje se u muškaraca u odnosu na žene. Podatci iz literature pokazuju da žene u sklopu bipolarnog poremećaja češće imaju depresivne epizode i one su dužeg trajanja i rezistentnije na terapiju. Sam tijek bolesti razlikuje se u odnosu na oba spola. U žena je početak bolesti kasniji, najčešći početak bolesti je u petoj dekadi života.

Također, bipolarni poremećaj brzo izmjenjujućeg tijeka, koji se definira s pojavnošću četiri ili više epizoda promjena raspoloženja godišnje, dva do tri je puta češći u žena nego u muškaraca. Žene također češće pokazuju sezonski obrazac poremećaja raspoloženja u usporedbi s muškarcima, a u žena se depresivne epizode češće pojavljuju u jesen i zimu. Žene s bipolarnim poremećajem mogu imati predmenstrualni relaps ili egzacerbaciju simptoma. U studiji Blehara i suradnika iz 1998. godine oko 66 % žena iz studijske populacije žena s bipolarnim poremećajem opisalo je redovito pogoršavanje simptoma raspoloženja tijekom menstrualnog ili predmenstrualnog perioda (6).

1.3. Dijagnoza

Dijagnoza poremećaja raspoloženja postavlja se na osnovi anamnestičkih podataka, kliničke slike i tijeka bolesti. Pritom se pridržava dijagnostičkih smjernica danih u klasifikacijskom sustavu. Za dijagnozu mogu poslužiti i mjerni instrumenti kao što su psihijatrijske ljestvice procjene. Najpoznatija je Hamiltonova ljestvica procjene za depresiju, zatim postoji Montgomery-Asbergova ljestvica za depresiju, Youngova ljestvica za procjenu manije. Postoje i ljestvice samoprocjene gdje bolesnici sami ispunjavaju upitnik. Nezaobilazne dijagnostičke postupke čine fizikalni i neurološki pregled te osnovne laboratorijske pretrage, a kad god je moguće, i CT mozga. Ovi postupci su bitni za diferencijalnu dijagnostiku, odnosno eventualno utvrđivanje tjelesnih poremećaja u pozadini psihičkih simptoma (2). Čini se da je bipolarni poremećaj u žena duže vremena neprepoznat i neliječen, s prosječnim odlaganjem liječenja od 11 godina u žena te 6 godina u muškaraca oboljelih od BAP-a (7).

1.4. Liječenje

Osnovu u liječenju predstavljaju lijekovi, iako ne treba zaboraviti da najbolji rezultat daje kombinacija farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera. Liječenje depresije treba započeti jednim od novijih antidepresiva, tipa selektivnih inhibitora pohrane serotonina, ili novijih antidepresiva mješovita djelovanja. Ako nakon 4 do 6 tjedana nema zadovoljavajućeg poboljšanja, treba promijeniti lijek. Katkad se može posegnuti za dodatkom tiroksina ili litija tijekom dva do tri tjedna. Ako ovi terapijski pokušaji ostanu bez odgovarajućeg uspjeha, u terapiji se može primijeniti elektrostimulativna terapija (1). Lijek izbora u blažim formama manije jest monoterapija litijem, ili alternativno valproat te antipsihotik nove generacije (olanzapin). Kod teških maničnih epizoda psihotične razine, indicirani su i antipsihotici prve

generacije, najčešće haloperidol, ali i klozapin. U izuzetno teškim maničnim stanjima u obzir dolazi i elektrostimulativna terapija (2).

Spolne razlike u kliničkoj slici, tijeku bolesti, fiziologiji, konkomitativnim lijekovima i reproduktivnoj fazi ciklusa moraju se uzeti u obzir kada se odlučuje o terapijskoj opciji za liječenje bipolarnog poremećaja u žena. Žene koje uzimaju litij pod povećanim su rizikom za razvoj hipotireoidizma induciranog uzimanjem litija te se stoga obavezno treba kontrolirati funkcija štitnjače svakih šest mjeseci. Neke studije ukazuju na povećan rizik za razvoj policističnih jajnika u žena s bipolarnim poremećajem koje koriste valproat u terapiji. Određeni antipsihotici (risperidon, haloperidol) mogu uzrokovati amenoreju ili poremećaje menstrualnog ciklusa, galaktoreju, anovulaciju i seksualnu disfunkciju posljedično povećanoj koncentraciji prolaktina u plazmi (6). Medicinska sestra ima odgovornu ulogu u terapijskom i rehabilitacijskom postupku, podjeli i kontroli uzimanja terapije, aktiviranju bolesnika u terapijskom postupku, praćenju kako bolesnik prihvaća terapijske postupke te uočavanju nuspojava psihofarmakološke terapije (5).

1.5. Zdravstvena njega

1.5.1. Zdravstvena njega, prehrana i terapija u maničnog bolesnika

U maničnog bolesnika medicinska sestra mora zdravstvenu njegu usmjeriti na osobnu njegu i vanjski izgled, afektivnost, psihomotoriku, seksualnost, kontrolu vitalnih znakova i fizioloških funkcija, bolesnikovo ponašanje i prehranu. Bolesnici s manićnim sindromom su često upadljive vanjštine, mogu biti pretjerano našminkani, ekstravagantno odjeveni u žive boje, što je u skladu s njihovim raspoloženjem. Zbog pretjerane aktivnosti zanemaruju osobnu higijenu. Medicinska sestra mora uz nagovor i strpljivost osigurati dovoljno vremena za uspostavljanje i održavanje osobne higijene i poboljšanje bolesnikova vanjskog izgleda. Ako bolesnik sam obavlja osobnu higijenu, medicinska sestra će ga kontrolirati ili će mu pomagati. Afektivnost se očituje euforičnim raspoloženjem (veselost, razdraganost, smijeh, spremnost na pjesmu i šalu). U nekih se bolesnika susreće disforično i svadljivo raspoloženje praćeno ljutnjom i bijesom, bolesnici često dolaze u sukobe s drugim bolesnicima zbog verbalne i fizičke agresije. Medicinska sestra mora pokušati rješavati sukobe, ali ne ulaziti s bolesnikom u konflikt. Sukobi koji nastaju među bolesnicima mogu se razriješiti na sastanku terapijske zajednice. Psihomotorika je otkočena i povišena, bolesnici su hiperaktivni, živahne mimike, logoroični su, stalno su u pokretu, gotovo neprestano poduzimaju nove aktivnosti, ali ih gotovo nikada ne dovrše do kraja, nude svoju pomoć svima. Medicinska sestra mora pokušati

smanjiti bolesnikovu aktivnost te ga okupirati aktivnostima koje smiruju (rad, tjelesne aktivnosti i sl.). Poremećeni spolni nagon očituje se pretjeranim erotizmom, libidom, razgolićenošću i promiskuitetom zbog čega osobe mogu zapasti u neugodne situacije. Medicinska sestra mora nastojati sprječavati ovakve pojave u interesu samog bolesnika i ostalih bolesnika na odjelu.

Spavanje može biti vrlo kratko, samo dva do tri sata, i bolesnici tvrde da se nakon spavanja osjećaju odmorni. Medicinska sestra mora kod poremećaja spavanja bolesnika obavijestiti liječnika koji će odrediti noćnu medikaciju. Zbog pretjerane aktivnosti bolesnik često zanemaruje uzimanje hrane. Tek je u maničnih bolesnika pojačan, ali nerijetko ne stignu uzeti dovoljno hrane što može rezultirati gubitkom na težini. Medicinska sestra mora osigurati pojačani obrok i unos više tekućine jer bolesnici zbog svoje hiperaktivnosti gube više energije. Medicinska sestra mora biti strpljiva i biti uz bolesnika dok ne pojede svoj obrok. Terapija je, u prvom redu, psihofarmakološka. Kada dođe do smirivanja simptoma, bolesnika se uključuje u razne oblike psihoterapije i socioterapije (5).

1.5.2. Zdravstvena njega, prehrana i terapija u depresivnog bolesnika

Zdravstvena njega bolesnika s depresivnim sindromom ovisi o težini bolesti i prisutnosti pojedinih simptoma. U depresivnog će bolesnika medicinska sestra zdravstvenu njegu usmjeriti na osobnu higijenu i vanjski izgled, depresivno raspoloženje, psihomotoriku, poremećaj spavanja, opstipaciju, suicidalnost, socijalne kontakte, prehranu i terapiju. Bolesnik zbog gubitka interesa i zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima, povlačenja, pasivnosti, pojačanog umora i gubitka energije zapušta osobnu higijenu i vanjski izgled. Medicinska sestra mora biti izuzetno strpljiva, uporna, ne obazirati se na bolesnikov otpor, davati mu na znanje da ga razumije i želi pomoći. Medicinska sestra stalno i strpljivo mora nuditi bolesniku razumijevanje za njegove probleme, potporu, određivati male ciljeve (za određene aktivnosti), pohvaliti ga nakon obavljene aktivnosti, pružati pomoć pri obavljanju osnovnih radnji, poticati bolesnika da govori o svojim problemima, pomoći mu u pronalaženju rješenja.

Psihomotorika može biti zakočena. Bolesnik ima oskudne kretnje, oskudnu mimiku, tih, usporen, monoton govor. Stanje može progredirati do depresivnog stupora. Zbog pada voljnih dinamizama bolesnici su ovisni o okolini, što u njima može produbiti osjećaj krivnje da su teret drugima. Bolesnici često odbijaju hranu zbog osjećaja bezvrijednosti i mišljenja da nisu zaslužili hranu. Medicinska sestra mora biti prisutna kod obroka, mora poticati i nagovarati

bolesnika na uzimanje hrane uz izuzetnu strpljivost i upornost. Psihomotorika može biti i otkočena (agitacija) kada su izrazito nemirni i anksiozni. Medicinska sestra mora osigurati kontinuirani nadzor u agitiranih bolesnika i upozoriti liječnika na to.

Poremećaj spavanja očituje se kao insomnija (nezadovoljavajuća kvaliteta ili kvantiteta spavanja) ili hipersomnija (bolesnik spava preko noći i preko dana). Bolesnici s insomnijom obično se bude dva do tri sata ranije nego drugi bolesnici, često imaju problem s usnivanjem. Medicinska sestra uočava probleme nesanice te upozorava liječnika koji će odrediti noćnu medikaciju, brine se da okolina za spavanje bude ugodna, da odlazak na spavanje bude u određeno vrijeme, bolesnika savjetuje da ne uzima stimulirajuća sredstva prije spavanja (crna kava, čaj). U bolesnika s hipersomnijom medicinska sestra će buditi bolesnika te ga uključivati u dnevni program na odjelu i u obavljanje osnovnih aktivnosti. Opstipacija je uvjetovana tjelesnom pasivnošću, poremećajem u prehrani, ali može biti i nuspojava primjene psihofarmaka. Medicinska sestra mora kontrolirati učestalost defekacije te osigurati bolesniku laksativna sredstva, ako je to potrebno (5).

2. HIPOTEZA

Bipolarni afektivni poremećaj javlja se s većom učestalošću u osoba ženskog spola.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj je utvrditi postoji li razlika u prevalenciji s obzirom na spol te opisati razlike u kliničkoj slici i tijeku bolesti u žena i muškaraca oboljelih od bipolarnog poremećaja.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao retrospektivna kohortna studija.

4.2. Ispitanici

Analizirali su se dostupni podaci iz povijesti bolesti pacijenata s postavljenom dijagnozom bipolarno-afektivnog poremećaja koji su bolnički liječeni na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 2010. do 2015. godine.

4.3. Metode

Podaci su se prikupljali iz arhive Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek te se zato koristio obrazac sastavljen u svrhu ovog istraživanja, a sadržavao je sljedeće opće podatke o pacijentu: dob, spol, bračni status, broj djece, stupanj obrazovanja i radni status. Osim općih podataka, obrazac je sadržavao pitanja vezana za BAP: dužina trajanja liječenja, broj hospitalizacija, je li pacijent verbalizirao suicidalne ili autodestruktivne misli, je li postojao pokušaj suicida te ako da, na koji način, je li postojao ponovljeni pokušaj suicida te ako da, na koji način, broj epizoda depresije, broj epizoda manije, broj miješanih epizoda, broj hipomanih epizoda, komorbiditetne dijagnoze te somatske bolesti.

4.4. Statističke metode

Za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli koristile su se deskriptivne statističke metode. Srednje vrijednosti kontinuiranih varijabli izražavaju se aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom za normalno distribuirane varijable te medijanom i rasponom za varijable koje se ne raspodjeljuju normalno. Normalni pokazatelji su prikazani raspodjelom učestalosti po skupinama i udjelom. Za utvrđivanje razlika između dva nezavisna uzorka koristio se t-test (neparametrijski, Mann-Whitneyev test), a za više od dva nezavisna uzorka ANOVA kao parametrijski ili Kruskal Wallis kao neparametrijski test. Za utvrđivanje razlika među proporcijama koristio se X^2 test i Fisherov egzaktni test. Za ocjenu značajnosti dobivenih rezultata odabrana je razina značajnosti alfa = 0,05. Podaci prikupljeni iz povijesti bolesti bit će statistički obrađeni SPSS programom (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

5. REZULTATI

U istraživanje je bio uključen 121 bolesnik s postavljenom dijagnozom bipolarno-afektivnog poremećaja, od toga 39 (32,2 %) muškaraca i 82 (67,8 %) žene. Aritmetička sredina dobi za muškarce iznosi 50,28 sa standardnom devijacijom od 12,48, a za žene aritmetička sredina dobi iznosi 54,96 sa standardnom devijacijom od 9,97. Pronađena je statistički značajna razlika pomoću Independent samples T testa, P = 0,028.

Oženjenih bolesnika u uzorku je bilo 25 (64,1 %), a udanih bolesnica 44 (53,7 %), neoženjenih bolesnika bilo je 11 (28,2 %), a neudanih bolesnica 10 (12,2%). Razvedenih je bolesnika u uzorku bilo 3 (7,7 %), a 20 (24,4 %) razvedenih bolesnica. Niti jedan muškarac u uzorku nije bio udovac, udovica je bilo 8 (9,8 %). Pronađena je statistički značajna razlika pomoću Pearson Chi-Square testa, P = 0,007.

Djecu nije imalo 12 (30,8 %) muškaraca te 20 (24,4 %) žena. Najviše bolesnika, i to 16 (41 %) muškaraca i 33 (40,2) žene, imalo je dvoje djece. Nije pronađena statistički značajna razlika Pearson Chi-Square testom (P = 0,461).

Dvije bolesnice (3,6 %) nisu imale završenu osnovnu školu, 11 bolesnica (20 %) je završilo samo osnovnu školu, dok su tri (10,3 %) bolesnika završila samo osnovnu školu. Srednju školu završilo je 16 (55,2 %) bolesnika i 30 (54,5 %) bolesnica. 10 (34,5 %) bolesnika i 12 (21,8 %) bolesnica je završilo fakultet ili viši stupanj obrazovanja. Za 37 bolesnika nije bio poznat stupanj obrazovanja. Nije pronađena statistički značajna razlika Fisherovim egzaktnim testom (P = 0,411).

Zaposlenih muškaraca u uzorku bilo je 13 (33,3 %), a žena 16 (19,5 %). Nezaposlenih muškaraca je bilo 9 (23,1 %) i 25 nezaposlenih žena (30,5 %). 16 bolesnika (41 %) bilo je umirovljeno, dok je umirovljenih bolesnica bilo 29 (35,4 %). Fisherovim egzaktnim testom nije pronađena statistički značajna razlika (P = 0,144).

Dužina trajanja liječenja u KBC-u Osijek zbog bipolarnog poremećaja nije se razlikovala između muškaraca i žena (t-test, P = 0,447). U Tablici 1. prikazan je broj hospitalizacija po spolu zbog bipolarnog poremećaja u KBC-u Osijek.

Tablica 1. Broj hospitalizacija zbog BAP-a u KBC-u Osijek

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
1 hospitalizacija	9 (23,1)	25 (30,5)	34 (28,1)	0,608*
2 hospitalizacije	11 (28,2)	20 (24,4)	31 (25,6)	
3 hospitalizacije	4 (10,3)	14 (17,1)	18 (14,9)	
4 hospitalizacije	4 (10,3)	8 (9,8)	12 (9,9)	
5 ili više hospitalizacija	11 (28,2)	15 (18,3)	26 (21,5)	
Ukupno	39 (100)	82 (100)	121 (100)	

*Pearson Chi-Square

Suicidalne ili autodestruktivne misli tijekom minimalno jedne hospitalizacije zbog BAP-a verbaliziralo je 13 bolesnika (33,3 %) i 19 bolesnica (23,2 %). Nije utvrđena statistički značajna razlika Pearson Chi-Square testom (P = 0,236). Pokušalo je počiniti suicid 7 bolesnika (17,9 %) i 7 bolesnica (8,5 %). Nije pronađena statistički značajna razlika pomoću Fisherova egzaktnog testa (P = 0,141). U Tablici 2. su navedeni načini kojima su bolesnici pokušali počiniti suicid.

Tablica 2. Način pokušaja suicida

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
Medikamentima	5 (71,4)	6 (85,7)	11 (78,6)	0,462*
Ubodna rana	2 (28,6)	0 (0)	2 (14,3)	
Solna kiselina	0 (0)	1 (14,3)	1 (7,1)	
Ukupno	7 (100)	7 (100)	14 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Ponovno počiniti suicid pokušala su četiri bolesnika (10,3 %) te jedna bolesnica (1,2 %). Pronađena je statistički značajna razlika pomoću Fisherova egzaktnog testa (P = 0,037). U Tablici 3. prikazani su načini kojima su bolesnici ponovno pokušali počiniti suicid.

Tablica 3. Način ponovljenog pokušaja suicida

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
Medikamentima	3 (75)	0 (0)	3 (60)	0,400*
Ubodna rana	1 (25)	0 (0)	1 (20)	
Rez podlaktica	0 (0)	1 (100)	1 (20)	
Ukupno	4 (100)	1 (100)	5 (100)	

*Fisherov egzaktni test

U sljedećim tablicama navedeni su brojevi epizoda depresije, manije, miješanih i hipomanih epizoda po spolu. U tablice su uvrštene epizode dijagnosticirane pri svakoj od hospitalizacija.

Tablica 4. Broj epizoda depresije

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
0	14 (35,9)	32 (39)	46 (38)	0,166*
1	7 (17,9)	24 (29,3)	31 (25,6)	
2	6 (15,4)	10 (12,2)	16 (13,2)	
3	6 (15,4)	3 (3,7)	9 (7,4)	
4 ili više	6 (15,4)	13 (15,9)	19 (15,7)	
Ukupno	39 (100)	82 (100)	121 (100)	

*Pearson Chi-Square

Tablica 5. Broj epizoda manije

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
0	16 (41)	42 (51,2)	58 (47,9)	0,617*
1	14 (35,9)	25 (30,5)	39 (32,2)	
2	5 (12,8)	6 (7,3)	11 (9,1)	
3 ili više	4 (10,3)	9 (11)	13 (10,7)	
Ukupno	39 (100)	82 (100)	121 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 6. Broj miješanih epizoda

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
0	31 (79,5)	51 (62,2)	82 (67,8)	0,070*
1	5 (12,8)	21 (25,6)	26 (21,5)	
2	2 (5,1)	10 (12,2)	12 (9,9)	
3 ili više	1 (2,6)	0 (0)	1 (0,8)	
Ukupno	39 (100)	82 (100)	121 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Tablica 7. Broj hipomanih epizoda

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
0	34 (87,2)	75 (91,5)	109 (90,1)	0,647*
1	4 (10,3)	6 (7,3)	10 (8,3)	
2	1 (2,6)	1 (1,2)	2 (1,7)	
Ukupno	39 (100)	82 (100)	121 (100)	

*Fisherov egzaktni test

U Tablici 8. prikazane su komorbiditetne dijagnoze po spolu. Pronađena je statistički značajna razlika pomoću Fisherova egzaktnog testa (P = 0,015).

Tablica 8. Komorbiditetne dijagnoze

	Broj muškaraca (%)	Broj žena (%)	Ukupno (%)	P
PTSP	11 (61,1)	1 (10)	12 (42,9)	**0,015***
Panični poremećaj	1 (5,6)	2 (20)	3 (10,7)	
Alkoholizam	3 (16,7)	3 (30)	6 (21,4)	
Ovisnost o opijatima	1 (5,6)	1 (10)	2 (7,1)	
Ovisnost o anksioliticima i sedativima	0 (0)	1 (10)	1 (3,6)	
Poremećaj prilagodbe	0 (0)	2 (20)	2 (7,1)	
Shizoafektivni poremećaj	2 (11,1)	0 (0)	2 (7,1)	
Ukupno	18 (100)	10 (100)	28 (100)	

*Fisherov egzaktni test

U uzorku je 5 bolesnika (27,8 %) i 10 bolesnica (22,7 %) bolovalo od *diabetes mellitusa*, 10 bolesnika (55,6 %) i 27 bolesnica (61,4 %) je bolovalo od hipertenzije. Od hiperlipidemije su bolovala tri bolesnika (16,7 %) te četiri bolesnice (9,1 %), a od hipotireoze su bolovale tri bolesnice (6,8 %). Nije utvrđena statistički značajna razlika pomoću Fisherova egzaktnog testa (P = 0,645).

6. RASPRAVA

Pronađena je statistički značajna razlika u dobi između muškaraca i žena. Žene oboljele od BAP-a su u prosjeku 5 godina starije od muškaraca oboljelih od BAP-a. U proučavanim istraživanjima nije uočena statistički značajna razlika u dobi između muškaraca i žena. Između muškaraca i žena je pronađena statistički značajna razlika u bračnom statusu. Znatno više bolesnica u uzorku je bilo razvedeno. Niti jedan muškarac u uzorku nije bio udovac, dok je udovica bilo osam.

Nije pronađena statistički značajna razlika u dužini trajanja liječenja zbog BAP-a po spolu. Lars Vedel Kessing je u istraživanju ustanovio da su žene značajno duže ostale na odjelu psihijatrije pri prvoj hospitalizaciji. To nije bilo zbog komorbidne zlouporabe tvari jer je zlouporaba bila prevladavajuća kod muškaraca (8). Žene su zbog BAP-a najčešće hospitalizirane samo jednom dok su muškarci najčešće zbog BAP-a hospitalizirani dva puta ili pet i više puta.

Arianna Diflorio i Ian Jones u preglednom članku (3) navode da je u većini istraživanja pronađena gotovo jednaka prevalencija bipolarnog poremećaja po spolu te da su samo dva istraživanja izvijestila o razlikama između spolova, sa značajno višim stopama bipolarnog poremećaja tipa I u muškaraca. O bipolarnom afektivnom poremećaju tipa I govorimo kada se u afektivnom poremećaju pored jedne afektivne epizode pojavi barem još jedna manična epizoda. To znači da i ponavljanje samo maničnih epizoda predstavlja taj tip poremećaja (nazivamo ga još i bipolarna manija) (2). Nadalje, Diflorio i Jones u članku opisuju više proturječnih istraživanja od kojih neka pokazuju veću učestalost bipolarnog poremećaja tipa II i hipomanije u žena (3). O bipolarnom poremećaju tipa II govorimo kada se uz depresivne epizode pojavi barem jedna hipomanična epizoda (2). Rezultati ovog istraživanja ukazuju na veću pojavnost BAP-a u ženskog spola.

Pojedinci s bipolarnim poremećajem obično imaju rizik za počinjenje suicida od 10 do 19 %, to je oko 15 puta veća stopa rizika koju ima opća populacija (9). Nešto više bolesnika oboljelih od BAP-a, za razliku od žena oboljelih od BAP-a, je verbaliziralo suicidalne ili autodestruktivne misli prilikom minimalno jedne hospitalizacije. Suicid je pokušalo počiniti više muškaraca oboljelih od BAP-a. Bottlender i suradnici su u

istraživanju ispitali suicidalnost kao i počinjene suicide u bipolarnih i unipolarnih pacijenata. Otkrili su da je ženski spol bio povezan s nižom vjerojatnosti suicidalnih tendencija u trenutku prijema (10). Bolesnici oboljeli od BAP-a najčešće pokušaju počiniti suicid koristeći veće količine medikamenata od propisanih. Pronađena je statistički značajna razlika u ponovljenom pokušaju suicida između dva spola. Više muškaraca je pokušalo ponoviti suicid. Barnes i Mitchell u istraživanju (7) nisu pronašli razliku među spolovima u smislu stopa počinjenih suicida kod pacijenata s bipolarnim poremećajem, za razliku od opće populacije u kojoj su stope za suicid muškaraca tri do četiri puta veće od stopa za suicid žena.

Depresivni bolesnici često razmišljaju o smrti, ispunjeni su strahom od budućnosti. Medicinska sestra mora osigurati kontinuirani nadzor nad takvim bolesnicima, ukloniti oštre o opasne predmete, češće kontrolirati njihov noćni ormarić, a kod podjele lijekova nadzirati njihovo uzimanje jer postoji opasnost od sakupljanja lijekova u svrhu suicida. Medicinska sestra će pravilnim pristupom bolesniku uz pružanje psihološke potpore i razumijevanja pomoći spriječiti pokušaje samoubojstva i pokušati prepoznati disimulaciju u bolesnika. Depresivan bolesnik zbog specifične simptomatologije i težine bolesti teško uspostavlja kontakte s ostalim bolesnicima i osobljem te se povlači u sebe. Medicinska sestra kroz terapijsku komunikaciju mora poticati bolesnika na komuniciranje s drugim bolesnicima. Čim se bolesnikovo stanje poboljša, potrebno ga je uključiti u aktivnosti socioterapije i pomagati mu u obavljanju dnevnih aktivnosti (5).

Nije pronađena statistički značajna razlika u broju epizoda depresije po spolu. Diflorio i Jones u preglednom članku (3) navode starija istraživanja koja su potvrdila veću prevalenciju depresivnih epizoda u žena te nadalje navode i novija istraživanja u kojima se nije pokazala razlika u broju depresivnih epizoda po spolu. U istraživanju Goodwin i Jamisona (11) utvrđeno je da depresivne epizode duže traju kod žena te da su otpornije na liječenje.

U provedenom istraživanju nije pronađena statistički značajna razlika u broju epizoda manije po spolu kao ni u preglednom članku autora Diflorio i Jones (3). Poneki autori su izvijestili o spolnim razlikama u simptomatologiji manije te navode da su muškarci češće hiperaktivni, poduzimaju rizično ponašanje i imaju simptome grandioznosti, a žene češće opisuju da im „misli jure“ i imaju smanjenu pažnju (7). Muškarci oboljeli od bipolarnog poremećaja češće boluju od manije koju slijedi depresija

(12). McElroy i suradnici su to pokušali objasniti tako što tvrde da se muškarci češće hospitaliziraju tijekom manične epizode, a žene tijekom depresivne epizode pod pretpostavkom različite simptomatologije između dva spola (13). Nije pronađena razlika između muškaraca i žena u težini depresivnih ili maničnih epizoda (8).

Iako nije pronađena statistički značajna razlika u broju miješanih epizoda između muškaraca i žena, žene su češće hospitalizirane pod dijagnozom miješane epizode. U preglednom članku autora Diflorio i Jones (3) prikazana su istraživanja u kojima je utvrđeno da žene češće boluju od miješane epizode BAP-a. U Arnoldovu istraživanju (14) utvrđeno je da su miješane epizode češće u žena posebno kada su definirane po kriterijima kao što su manija sa sindromom velike depresije.

U provedenom istraživanju nije pronađena statistički značajna razlika u broju hipomanih epizoda po spolu kao ni u drugim istraživanjima (3, 8, 14).

Podaci u Leibenluftovu istraživanju jasno pokazuju da je brza izmjena epizoda češća u bipolarnih žena. Podaci u istom istraživanju također sugeriraju da bipolarne žene imaju više depresivnih epizoda i manje maničnih epizoda (15).

Oko 65 % bolesnika oboljelih od bipolarnog poremećaja ima psihijatrijski ili tjelesni komorbiditet (16). Strakowski i suradnici su prilikom ispitivanja stopa komorbiditeta kod manije u prvoj hospitalizaciji otkrili da žene imaju 2,7 puta veću vjerojatnost da imaju komorbidnu dijagnozu (7). Pronađena je statistički značajna razlika u komorbiditetnim dijagnozama između muškaraca i žena. U uzorku je 18 muškaraca i 10 žena s komorbiditetnom dijagnozom. Najčešći komorbiditet je PTSP. Jedanaest muškaraca i jedna žena oboljela od BAP-a također boluju od PTSP-a. Zanimljivo je kako je u istraživanju A. Diflorio i I. Jonesa (3) ustanovljeno da je PTSP češće prisutan u žena oboljelih od BAP-a. Jedan muškarac i dvije žene oboljele od BAP-a također su oboljeli od paničnog poremećaja. Tri muškarca (16,7 %) i tri žene (30 %) koji imaju komorbiditet su ovisni o alkoholu. U istraživanju A. Diflorio i I. Jonesa ustanovljeno je da muškarci češće imaju komorbiditetnu dijagnozu ovisnosti o alkoholu nego žene (3). Osim za poremećaj zlouporabe tvari, žene s bipolarnim poremećajem su sklonije tjelesnim bolestima i psihijatrijskim komorbiditetima. Poremećaji zlouporabe supstanci kao komorbiditet je zastupljeniji u muškaraca. Međutim, uspoređujući s muškarcima koji nisu bipolarni, rizik od zlouporabe tvari je veći u bipolarnih žena, osobito alkoholizam. Istraživači iz Stanley

Foundation Bipolar Network (SFBN) su otkrili zanimljiv nalaz suprotan prethodnim istraživanjima – da je rizik od alkoholizma veći kod žena koje imaju BAP u usporedbi s muškarcima koji imaju BAP (17).

U ovom istraživanju nije pronađena statistički značajna razlika u pojavnosti somatskih bolesti između muškaraca i žena. Proučavane bolesti su bile *diabetes mellitus*, hipertenzija hiperlipidemija i hipotireoza. Hipotireozu kao komorbiditet su imale tri žene i niti jedan muškarac. Ozerdem i suradnici samostalno izvještavaju o značajno višoj stopi abnormalnih vrijednosti TSH u bolesnika oboljelih od bipolarnog poremećaja, posebno u žena, u usporedbi s ostalim psihijatrijskim pacijentima i pacijentima s fizičkim stanjima (18). Potrebna su daljnja istraživanja te veći uzorak kako bi se ispitao utjecaj lijekova koji se koriste u liječenju BAP-a na štitnjaču.

Istraživanja koja ispituju spolne razlike pomoću upitnika o zdravstvenoj kvaliteti života pokazuju da žene s bipolarnim poremećajem izvješćuju nižu kvalitetu života od muškaraca s bipolarnim poremećajem u različitim populacijama (19).

Glavna razlika između muškaraca i žena s bipolarnim poremećajem je utjecaj koji reproduktivni događaji, osobito porođaj, imaju na žene s ovom dijagnozom. Povezanost porođaja i aktivacije teških postpartalnih epizoda u bipolarnom poremećaju jedna je od najsnažnijih asocijacija u psihijatriji. Ta asocijacija ima važne kliničke implikacije i glavni je čimbenik koji žene i njihovi partneri moraju razmotriti prilikom razmišljanja o započinjanju obitelji (3). Analiza polariteta raspoloženja postpartalnih epizoda pokazala je da je velika depresivna epizoda najčešći oblik postpartalnog morbiditeta (79,7%), iako su se (hipo)manične i miješane epizode pojavile u oko 20 % žena (20).

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata, mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Bipolarni afektivni poremećaj javlja se s većom učestalošću u osoba ženskog spola.

2. Žene oboljele od BAP-a su u prosjeku 5 godina starije od muškaraca oboljelih od BAP-a.

3. Značajno više žena oboljelo od BAP-a je razvedeno ili su udovice.

4. Značajno više muškaraca oboljelih od BAP-a je pokušalo ponoviti suicid.

5. Broj epizoda depresije, manije, miješanih i hipomanih epizoda nije se razlikovao po spolu.

6. Žene oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja su sklonije psihijatrijskim komorbiditetima.

7. Žene oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja češće u komorbiditetu boluju od bolesti štitnjače u vidu hipotireoidizma.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: utvrditi postoji li razlika u prevalenciji s obzirom na spol te opisati razlike u kliničkoj slici i tijeku bolesti u žena i muškaraca oboljelih od bipolarnog poremećaja.

Ustroj studije: retrospektivna kohortna studija.

Ispitanici i metode: analizirali su se dostupni podaci iz povijesti bolesti pacijenata s postavljenom dijagnozom bipolarno-afektivnog poremećaja koji su bolnički liječeni na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 2010. do 2015. godine. U istraživanje je bio uključen 121 ispitanik, od toga 39 (32,2 %) muškaraca i 82 (67,8 %) žene.

Rezultati: pronađena je statistički značajna razlika u dobi i bračnom statusu bolesnika po spolu. U uzorku je 7 bolesnika (17,9 %) i 7 bolesnica (8,5 %) pokušalo počiniti suicid, a četiri bolesnika (10,3 %) i jedna bolesnica (1,2 %) su pokušali ponoviti suicid te je pronađena statistički značajna razlika u drugoj skupini. PTSP i shizoafektivni poremećaji su učestaliji kod muškaraca, dok su ostali psihijatrijski komorbiditeti učestaliji kod žena oboljelih od BAP-a. Od hipotireoze su bolovale tri bolesnice (6,8 %) te nijedan muškarac.

Zaključak: rezultati ovog istraživanja ukazuju na veću pojavnost bipolarnog afektivnog poremećaja u osoba ženskog spola. Žene oboljele od BAP-a su u prosjeku 5 godina starije od muškaraca oboljelih od BAP-a. Broj epizoda depresije, manije, miješanih i hipomanih epizoda nije se razlikovao po spolu. Značajno više muškaraca je pokušalo ponoviti suicid. Žene oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja su sklonije psihijatrijskim komorbiditetima i češće u komorbiditetu boluju od bolesti štitnjače u vidu hipotireoidizma.

KLJUČNE RIJEČI: bipolarno-afektivni poremećaj, spol, zdravstvena njega

9. SUMMARY

Gender differences in prevalence of bipolar disorder.

Aim: To determine whether there are gender differences in prevalence of bipolar disorder and to describe differences in medical signs, symptoms and the course of the disease amongst women and men with bipolar disorder.

Study design: Retrospective cohort study.

Patients and methods: Data available from patient history was analysed. Patients with bipolar disorder hospitalised at the Psychiatric Clinic in KBC Osijek in the period from 2010 to 2015 were included in the study. The study included 121 patients with a diagnosed bipolar disorder, out of whom 39 (32.2%) were men and 82 (67.8%) were women.

Results: Statistically significant differences were found concerning the age and marital status amongst male and female patients. Seven male patients (17.9%) and seven female patients (8.5%) attempted to commit suicide, whilst four male patients (10.3%) and one female patient (1.2%) repeated the suicide attempt; moreover, statistically significant difference was found in the second group. PTSD and schizoaffective disorders as comorbidities are more common in men while other psychiatric comorbidities are more common in women with bipolar disorder. Three female patients (6.8%) and no male patients had hypothyroidism in addition to bipolar disorder.

Conclusion: The results of this study indicate a greater prevalence of bipolar disorder amongst women. Women suffering from bipolar disorder were on average 5 years older than men with bipolar disorder. The number of episodes of depression, mania, mixed and hypomanic episodes did not differ by gender. Significantly more men showed repeated suicidal behaviour. Women suffering from bipolar disorder are more prone to psychiatric comorbidities and they more frequently suffer from thyroid disease in the form of hypothyroidism.

KEY WORDS: Bipolar disorder, gender, nursing

10. LITERATURA

1. Hotujac Lj. Psihijatrija. 1. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.

2. Filaković P. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet Osijek; 2014.

3. Diflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. Int Rev Psychiatry. 2010; 22:437–452.

4. Jakovljević M. Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor: A. G. Matoš; 1995.

5. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. 4. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2008.

6. Degmečić D. Mentalno zdravlje žena. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

7. Barnes C, Mitchell P. Considerations in the management of bipolar disorder in women. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39:662–673.

8. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2004; 6:421–425.

9. Harris EC, Barraclough B. Suicide as and outcome for mental disorders: a meta-analysis. BJPsych Int. 1997; 170:205–228.

10. Bottlender R, Jager M, Straub A i sur. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000; 250:257–261.

11. Goodwin FK, Jamison KR, ur. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press; 1990.

12. Zornberg GL, Pope HG Jr. Treatment of depression in bipolar disorder new directions for research. J Clin Psychopharmacol. 1993; 13:397–408.

13. McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr i sur. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. Am J Psychiatry. 1992; 149:1633–1644.

14. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. Psychiatry Clin North Am. 2003; 26: 595–620.

15. Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. Am J Psychiatry. 1996; 153:163–173.

16. Sasson Y, Chopra M, Harrari E, Amitai K, Zohar J. Bipolar comorbidity; from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. Int J Neuropsychopharmacol. 2003; 6:139–144.

17. Parial S. Bipolar disorder in women. Indian J Psychiatry. 2015; 57:252-63.

18. Ozerdem A. Women with bipolar disorder: a lifetime challenge from diagnosis to treatment. Bipolar Disord. 2014; 16:1–4.

19. Cruz MSD, Lai Z, Goodrich DE, Kilbourne AM. Gender differences in health-related quality of life in patients with bipolar disorder. Arch Womens Ment Health. 2013; 16:317–323.

20. Maina G, Rosso G, Aguglia A, Bogetto F. Recurrence rates of bipolar disorder during the postpartum period: a study on 276 medication-free Italian women. Arch Womens Ment Health. 2014; 17:367–372.

11. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ivona Tomljanović

Datum i mjesto rođenja: 19. 8. 1994. Osijek, Hrvatska.

Adresa: Bele Bartoka 71, Osijek

Telefon: 095/392-5539

E-mail: tomljanovicivona031@gmail.com

Obrazovanje:

2013. – 2016. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2009. – 2013. Medicinska škola Osijek

2001. – 2009. Osnovna škola Retfala, Osijek

Članstva:

Hrvatska udruga studenata Sestrinstva

12. PRILOZI

Prilog 1.: Obrazac za prikupljanje podataka

Prilog 1.: Obrazac za prikupljanje podataka

OPĆI PODATCI

1. Dob u godinama: _____

2. Spol:
   a) muško
   b) žensko

3. Bračni status:
   a) oženjen/udana
   b) neoženjen/neudana
   c) razveden/a
   d) udovac/ica

4. Broj djece:
   a) nema djece
   b) 1
   c) 2
   d) 3 i više

5. Stupanj obrazovanja
   a) nezavršena osnovna škola
   b) osnovna škola
   c) srednja škola
   d) fakultet i viši stupanj obrazovanja

6. Radni status:
   a) zaposlen/a
   b) nezaposlen/a ili na čekanju
   c) domaćica
   d) učenik/student
   e) umirovljenik/ca

PITANJA VEZANA ZA BAP

7. Dužina trajanja liječenja u godinama: _____

8. Broj hospitalizacija:

a) 1
b) 2
c) 3
d) 4
e) 5 ili više

9. Verbalizira li pacijent suicidalne ili autodestruktivne misli?

a) da
b) ne

10. Je li postojao pokušaj suicida:

a) da
b) ne

Ako je na prethodno pitanje odgovor DA, na koji način:

_____

11. Je li postojao ponovljeni pokušaj suicida:

a) da
b) ne

Ako je na prethodno pitanje odgovor DA, na koji način:

_____

12. Broj epizoda depresije:_____

13. Broj epizoda manije:_____

14. Broj miješanih epizoda:_____

15. Broj hipomanih epizoda:_____

16. Komorbiditetne dijagnoze:

_____

17. Somatske bolesti:

_____