Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja

Đeri Čavić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:078366

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository



Završni rad br. 1084/SS/2019

Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja

Ivana Đeri Čavić, 0613/336

Varaždin, rujan, 2019. godine



Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1084/SS/2019

Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja

Studentica:

Ivana Đeri Čavić, 0613/336

Mentorica:

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, rujan, 2019. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Ivana Đeri Čavić | MATIČNI BROJ 0613/336

DATUM 17.6.2019. | KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Attitudes and prejudices toward patients with bipolar affective disorder

MENTOR Melita Sajko mag.soc.geront. | ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Marija Božičević, mag.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko mag.soc.geront., mentor
3. Andreja Bogdan, prof., član
4. Valentina Novak, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1084/SS/2019

OPIS

Bipolarni afektivni poremećaj u općoj populaciji relativno je poznatiji po svom starijem nazivu, a to je manično depresivni poremećaj. Stari naziv bolje opisuje bolest, ali se smatra više stigmatizirajućim te se sve rjeđe upotrebljava. Karakteriziraju ga stanja povišenog i smanjenog raspoloženja kao i faze remisije. Teško ga je detektirati i dijagnosticirati pa su same dijagnoze često i pogrešne. Kao i svi mentalni pacijenti i oni oboljeli od bipolarnog afektivnog poremećaja ranjiva su skupina kada je u pitanju stigmatizacija i diskriminacija. U sklopu rada provest će se istraživanje na prigodnom uzorku medicinskih djelatnika i pripadnika opće populacije. Očekuje se da će istraživanje pokazati statistički značajnu razliku u stavovima i odgovorima između ove dvije skupine.

U radu je potrebno: * opisati bipolarni afektivni poremećaj
* navesti epidemiološke podatke vezane uz bipolarni afektivni poremećaj
* opisati dijagnostiku i liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja
* provesti istraživanje vezano uz bipolarni afektivni poremećaj
* prikazati i raspraviti rezultate dobivene istraživanjem

ZADATAK URUČEN 09.07.2019. | POTPIS MENTORA

SVEUČILIŠTE SJEVER

Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici Meliti Sajko, mag.soc.geront. što me je nesebično vodila u pisanju ovog rada. Zahvaljujem se svojim roditeljima i suprugu koji su uvijek bili uz mene.

Sažetak

Bipolarni afektivni poremećaj u općoj populaciji relativno je poznatiji po svom starijem nazivu, a to je manično depresivni poremećaj. Stari naziv bolje opisuje bolest, ali se smatra više stigmatizirajućim te se sve rjeđe upotrebljava. Karakteriziraju ga stanja povišenog i sniženog raspoloženja kao i faze remisije. Teško ga je detektirati i dijagnosticirati pa su same dijagnoze često i pogrešne. Kao i svi mentalni pacijenti i oni oboljeli od bipolarnog afektivnog poremećaja ranjiva su skupina kada je u pitanju stigmatizacija i diskriminacija. Izvor tih negativnosti jesu neznanje, neinformiranost i predrasude. Medicinska sestra ili tehničar osim direktne psihijatrijske njege mogu i trebaju provoditi edukaciju pacijenta, njegove obitelji kao i šire javnosti. Medicinske sestre i tehničari provode najviše vremena s pacijentom. One su u najboljoj poziciji za umanjenje i uklanjanje predrasuda i stereotipa vezanih uz ovaj mentalni poremećaj. U sklopu rada provedeno je istraživanje na prigodnom uzorku od 751 ispitanika o stavovima prema osobama oboljelima od ovog poremećaja. Uzorak je podijeljen na dvije skupine. Prvu su činili medicinski djelatnici i njih je bilo oko ¾ od ukupnog broja. Druga skupina pripadnika opće populacije brojila je oko ¼ svih ispitanika. Istraživanje je pokazalo statistički značajnu razliku u stavovima i odgovorima između ove dvije skupine. Te razlike u stavovima vjerojatno su posljedica neznanja opće populacije jer je oko 41% svih njihovih odgovora glasilo *Nisam siguran/sigurna.* Došlo se je do saznanja da svijest o bipolarnom afektivnom poremećaju treba širiti, ne samo u općoj populaciji. I među populacijom medicinskih djelatnika uočava se prostor za poboljšane i dodatno informiranje.

Ključne riječi: bipolarni afektivni poremećaj, manija, depresija, stigmatizacija, predrasude.

Abstract

Bipolar affective disorder is better known by its old name manic depressive disorder. Old term better describes this illness but it can be source of discriminatory behavior so its use is decreasing. It is characterized by phases of elevated and suppressed mood with remission phases between. It is hard to detect and diagnose it and diagnose is wrong in many cases. As all mental illnesses bipolar affective disorder can be reason for stigmatization and discrimination. Reason for that can be lack of knowledge, information and prejudices. Nurse and technicians perform psychological health care but also need to provide education to the patient, his family and public as well. Nurses spend most of the time with patient. That makes them most suitable for reducing (if not eliminating) prejudices and stereotypes towards patients with this mental disorder. Research in this paper has been conducted with sample of 751 persons. Questionnaire has been created to determine attitudes towards patients with bipolar affective disorder. Sample has been divided into two groups. First group consisted of medical professionals and second was taken from general population. Difference of attitudes between those two groups showed as statistically significant. That difference could be result of lack of knowledge in general population since 41% of all answers was *I'm not sure.* Bipolar affective disorder awareness should be increased but not just in general population. There's potential to do it within medical professionals as well.

Keywords: Bipolar affective disorder, mania, depression, stigmatization, discrimination.

Popis korištenih kratica

BAP – Bipolarni afektivni poremećaj

MKB-10 - 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM - Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

Sadržaj

1. Uvod ... 1
2. Definicija i epidemiološki pokazatelji ... 3
3. Dijagnoza i liječenje ... 5
   3.1. Bipolarni afektivni poremećaj tip I ... 6
   3.2. Bipolarni afektivni poremećaj tip II ... 7
   3.3. Ciklotimični poremećaj ... 8
   3.4. Klinički instrumenti dijagnostike ... 8
   3.5. Liječenje ... 9
4. Uloga medicinske sestre ... 11
5. Stigmatizacija ... 14
6. Cilj i hipoteza istraživanja ... 15
7. Materijali i metode ... 16
8. Rezultati ... 17
   8.1. Ispitanici ... 17
   8.2. Rezultati istraživanja ... 19
9. Rasprava ... 31
10. Zaključak ... 33
11. Literatura ... 34
Popis slika ... 36
Popis tablica ... 36
Popis grafikona ... 36
Prilog 1. Anketni upitnik ... 38

1. Uvod

Poremećaj je stanje narušenog reda, poretka i odnosa. U biomedicini i zdravstvu poznate su mnoge vrste poremećaja, a znatnu skupinu čine mentalni i poremećaji ponašanja. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB-10 [1] većinu svojih kategorija naziva bolestima, ali za skupinu koja se odnosi na mentalno zdravlje i ponašanje koristi naziv poremećaji. U tom dijelu nalazi se podgrupa poremećaja raspoloženja (afektivnih poremećaja). Begić i suradnici [2] raspoloženje opisuju kao osjećajno stanje koje traje dulje vrijeme, dok za afekt pišu da je to emocija koja je intenzivna, nagla i kratkotrajna te je popraćena uzbuđenjem. Dakle, razlika između raspoloženja i afekta , između ostalog, je u duljini trajanja. Afekt istovremeno prate i tjelesni fenomeni [3], a ponekad i promijenjeno stanje svijesti [4]. Pri tome se razlikuju kvantitativni (npr. depresivno raspoloženje ili osjećaj krivnje) te kvalitativni (npr. afektivna krutost ili ambivalencija) poremećaji afektivnosti. Poremećaji raspoloženja među najčešćim su mentalnim poremećajima modernog doba.

U spomenutoj skupini afektivnih poremećaja nalazi se i bipolarni afektivni poremećaj (BAP) pod klasifikacijskom šifrom F31. Poremećaj je poznat i pod svojim starijim imenom, a to je manično depresivna bolest i češće ga se pronalazi u relativno starijoj literaturi. Neki ga još i danas koriste s argumentom da bolje opisuje prirodu tog poremećaja. Naziv bipolarni afektivni poremećaj javio se kasnije i smatra se da manje stigmatizira pacijente koji ga imaju [5]. Iako je koncept BAP-a zaživio tek u 19. stoljeću, ideja o povezanosti depresije (melankolije) i manije javlja se još u antičkoj Grčkoj. Hipokrat opisuje četiri tipa ličnosti od kojih melankoliju opisuje kao patološko stanje ozbiljne tuge. Takvo stanje nastaje radi prekomjernog izlučivanja „crne žući“. Nasuprot tome, kada se pretjerano izlučuje „žuta žuć“ nastupa stanje manije. Do 19. stoljeća manija i depresija smatraju se potpuno odvojenim poremećajima kada francuz Farlet [6] stvara novi koncept u kojemu su ova dva poremećaja objedinjena. Naziva ga „kružna“ (cirkularna) bolest upravo radi toga što se ova dva poremećaja kontinuirano izmjenjuju tijekom vremena. Godine 1952. poremećaj se prvi puta kategorizira kroz dijagnostički i statistički priručnih mentalnih poremećaja (DSM) i to kao manično depresivne reakcije. U trećem izdanju priručnika 1980. godine po prvi puta se javlja naziv bipolarni poremećaj.

Osobe koje imaju dijagnozu nekog psihičkog poremećaja vrlo često su stigmatizirane. To znači da se stigmatizirane osobe predstavljaju manje vrijednima te ih se često izolira iz društva. Izuzetak nisu niti pacijenti s bipolarnim afektivnim poremećajem. Prosječan čovjek boji se takve osobe, dok je takvim pacijentima radi stigme narušena kvaliteta života i njihovo samopoštovanje. Simptomi koje iskazuju pacijenti te nepoznavanje prirode poremećaja od strane ljudi izvor su straha i stigmatizacije.

Može se reći da društvo i pojedinci mentalne bolesnike stigmatiziraju i diskriminiraju na „tradicionalnoj“ osnovi. Valja se prisjetiti da su osobe s psihičkim poremećajima oduvijek izdvajane i izolirane iz društva jer su „drugačije“. Psihijatrija utemeljena na znanstvenom pristupu relativno je mlada (19, stoljeće). I tadašnji pristup liječenju bio je zasnovan na izolaciji bolesnika, a umjesto medicinskih sestara u ustanovama su radili čuvari. Možda su predrasude o osobama s mentalnim poremećajem djelomično i dalje utemeljene na „slikama“ ovakvih ustanova iz ne tako davne prošlosti. Drugi dio uzroka valja potražiti u neznanju i neinformiranosti.

2. Definicija i epidemiološki pokazatelji

Dani su mnogi opisi (definicije) bipolarnog afektivnog poremećaja. Primjerice, to je poremećaj kojeg čine jasne promjene epizoda raspoloženja. Raspoloženje pri tome bude sniženo i povišeno uz stanja remisije [3]. Nadalje, BAP se opisuje kao stanje u kojemu se depresija izmjenjuje s manijom, a manija s normalnim raspoloženjem [7]. Jedna od definicija govori o poremećaju mozga koji uzrokuje neuobičajene promjene raspoloženja, životne energije, razine aktivnosti kao i sposobnosti nošenja sa svakodnevnim zadaćama [8]. Iz ovih nekoliko opisa i definicija za zaključiti je da je riječ o poremećaju u kojemu raspoloženje pojedinca oscilira između dva suprotna emocionalna stanja, a to su manija i depresija. Prefiks „bi“ u nazivu poremećaja naglašava postojanje dva ekstremna raspoloženja. Između tih epizoda ekstremnih raspoloženja često dolaze razdoblja koja su normalna (remisija). Postoji i blaži oblik manije koji nije tako ozbiljan (manje je intenzivan) i traje kraće te se naziva hipomanija.

Ne postoji jedan BAP nego se dijeli u nekoliko tipova. Begić i suradnici [2] govore o dva tipa ovog poremećaja, tip I i tip II. Tip I je ozbiljniji oblik bolesti kod koje manične epizode uobičajeno prethode epizodama velike depresije. Drugim riječima dešavaju se naizmjenično. Po nekim kriterijima dovoljno je da se dogodi barem jedna manična epizoda da bi se poremećaj klasificirao kao tip I [2] dok se u pojedinim slučajevima ozbiljna depresija uopće ne mora pojaviti [9, 10]. Također su moguće i miješane epizode kod kojih se pacijent osjeća nemirno i pun energije, ali također i vrlo tužno. Ovaj slučaj neki autori izdvajaju kao poseban tip poremećaja te se naziva kombinirani . Ozbiljni slučajevi poremećaja tipa I gotovo uvijek vode k hospitalizaciji. Osobe oboljele od ovog tipa poremećaja mogu izgubiti dodir s realnosti te se nalaze u visokom riziku od počinjenja samoubojstva [9]. Kod bipolarnog afektivnog poremećaja tipa II dolazi do ozbiljnih depresivnih epizoda, ali se umjesto manič nih epizoda javljaju hipomanične. U hipomaničnim epizodama često je prisutna povećana kreativnost, bolesnici su vrlo društveni i aktivni pa se bolest često i ne prepoznaje [3]. Osim ova dva tipa u literaturi se pojavljuju i tipovi nazvani ciklotimija te nespecifični BAP. Ciklotimiju karakteriziraju brojni periodi u kojima se javljaju simptomi hipomanije kao i broji periodi sa simptomima depresije, ali ne zadovoljavaju dijagnostičke kriterije da bi se nazvali hipomaničnima i depresivnim epizodama [7, 9, 10]. U nespecifični BAP ubrajaju se oni poremećaji sa simptomima koji se ne mogu ubrojiti niti u jednu od prethodne tri kategorije.

Epidemiološki podaci dosta variraju i razlikuju se od studije do studije. Nekakav prosjek govori da je životna prevalencija bipolarnog afektivnog poremećaja tipa I oko 1% u općoj populaciji [11]. Procijenjena prevalencija za razdoblje od 12 mjeseci na području SAD je oko 0,6%, dok je za tip II oko 0,8%. U svijetu je ta prevalencija nešto manja. Tako se za tip I u 11 država kreće od 0% do 0,6%, a za tip II širom svijeta oko 0,3%. Životna prevalencija ciklotimičnog poremećaja kreće se u rasponu od 0,4% do 1%[10]. Smatra se da etnička pripadnost, kulturološki faktori, dijagnostički kriteriji te metodologija istraživanja utječu na rezultate epidemioloških istraživanja i njihovu veliku varijaciju. Uzevši u obzir sve tipove BAP-a, neke procjene govore da do 3% populacije ima ovaj poremećaj [3]. Incidencija prve manične epizode BAP-a na godišnjoj razini je oko 5 na 100.000 stanovnika, a postiže svoj maksimum između navršenih 21 i 25 godina života. Podjednako obolijevaju i žene i muškarci, ali se pokazalo da muškarci u prosjeku obolijevaju 5 godina prije žena [11].

Uzroci nastanka afektivnih poremećaja općenito još su uvijek nedovoljno poznati. Nastoje se objasniti brojnim biološkim i psihosocijalnim teorijama i čimbenicima [2, 3]. U biološke čimbenike ubrajaju se genska predispozicija te promjene u metabolizmu nekih neurotransmitera. Psihosocijalni čimbenici nastoje se protumačiti kroz niz teorija koje smatraju da životni događaji imaju ulogu na nastanak afektivnih poremećaja. Primjerice to su psihodinamska teorija, bihevioralna teorija ili kognitivna teorija.

3. Dijagnoza i liječenje

Depresivna epizoda se javlja kao prva u 60% pacijenata oboljelih od BAP-a, a bilo da se radi o maničnoj ili depresivnoj epizodi njihov tijek je kroničan [12]. Klinička slika depresivne epizode može obuhvatiti [13]:

- Depresivno raspoloženje,
- Anhedoniju i gubitak interesa,
- Psihomotornu agitaciju,
- Psihomotornu usporenost,
- Slabljenje vitalne energije i umor,
- Kognitivne poremećaje,
- Psihotične poremećaje u skladu s raspoloženjem,
- Bespomoćnost i suicidalnost te
- Vegetativne poremećaje.

Dakle, oblici u kojima se manifestira kreću se od pretjerane osjetljivosti pa sve do potpune neosjetljivosti, a vrlo su važni za klasificiranje bolesti. Klinička slika manije u suprotnosti je s onom depresivne epizode. Karakteriziraju ju [12]:

- Povišenje raspoloženja,
- Emocionalna labilnost i razdražljivost,
- Psihomotorno ubrzanje,
- Bijeg ideja,
- Impulzivno ponašanje,
- Hiposomnija,
- Poremećaju prehrane,
- Seksualno ponašanje,
- Kognitivne funkcije,
- Grandioznost, nedostatak uvida i
- Deluzije.

Klinička slika manije može biti i bez psihotičnih simptoma. Pacijenti su hiperaktivni, govorljivi te imaju smanjenu potrebu za spavanjem. Samopouzdanjem im je visoko, a izostaju normalne socijalne inhibicije. U maničnim stanjima dijagnoza je jasna dok za hipomanične epizode to

nije slučaj. Bipolarni afektivni poremećaj nije lako dijagnosticirati. Prema nekim podacima ispravno se dijagnosticira samo u 20% slučajeva dok se u 49% slučajeva uopće ne dijagnosticira. U preostalih 31% slučajeva postavlja se kriva dijagnoza [12].

3.1. Bipolarni afektivni poremećaj tip I

Da bi se bi se određeni tip BAP-a dijagnosticirao moraju biti zadovoljeni određeni kriteriji. Njih donosi Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje poznatiji kao DSM-5 [10]. Za maničnu epizodu bipolarnog poremećaja tipa I ti kriteriji su:

A. Određeni period nenormalnog i trajno povišenog raspoloženja i aktivnosti koje traje najmanje tjedan dana, veći dio dana i gotovo svaki dan.
B. U razdoblju smetnji raspoloženja i povišene energije tri od navedenih simptoma značajno su uočljivi:
    1. Pretjerano samopoštovanje ili grandioznost
    2. Umanjena potreba za snom
    3. Razgovorljivost veća od prosjeka
    4. Bijeg ideja
    5. Pažnja je rastresena
    6. Pojačavanje aktivnosti usmjerenih ka cilju
    7. Pretjerano angažiranje oko aktivnosti koje čune ugodu
C. Smetnja raspoloženja djeluje socijalno i radno destruktivno, a može zahtijevati i hospitalizaciju.
D. Simptomi nisu posljedica droge ili lijeka (psihoaktivnih tvari).

Kriteriji hipomanične epizode su slijedeći:

A. Određeni period nenormalnog i trajno povišenog raspoloženja te intenzivnih aktivnosti koje traje najmanje 4 dana, veći dio dana.
B. Najmanje 3 simptoma koji se jasno razlikuju od uobičajenog ponašanja, a navedena su u točki B kriterija za maničnu epizodu.
C. Jasne promjene u funkcioniranju u odnosu na razdoblje kada nema simptoma.
D. Mogućnost da i drugi uočavaju ove smetnje raspoloženja
E. Epizoda ne uzrokuje bitna oštećenja socijalne i radne sposobnosti.
F. Epizoda nije posljedica uzimanja psihoaktivnih tvari.

Pri tome valja imati na umu da je hipomanična epizoda česta pojava u bipolarnom afektivnom poremećaju, ali njena pojava nije nužna za postavljanje dijagnoze. Veliku depresivnu epizodu karakteriziraju:

A. Prisutnost pet ili više od slijedećih simptoma:
    1. Depresivno raspoloženje prisutno je veći dio dana
    2. Značajno smanjeno zanimanje i uživanje u aktivnostima
    3. Značajan gubitak ili povećanje tjelesne mase koji nije posljedica ciljanih aktivnosti (dijeta)
    4. Nesanica ili pretjerano spavanje
    5. Psihomotorni nemir ili usporenost
    6. Umor i gubitak energije
    7. Osjećaj bezvrijednosti ili krivnje
    8. Smanjena sposobnost mišljenja i koncentracije
    9. Razmišljanja o smrti koja se ponavljaju
B. Posljedica simptoma je klinički značajna patnja ili socijalna i radna oštećenja.
C. Epizoda i simptomi ne mogu se pripisati učincima psihoaktivnih tvari.

Kada su zadovoljeni navedeni kriteriji za najmanje jednu maničnu epizodu, a pojava manične ili depresivne epizode ne može se primjerenije pojasniti shizoafketivnim poremećajem, shizofrenijom, sumanutim ili nekim drugim poremećajem iz spektra shizofrenije, ostvareni su uvjeti za dijagnosticiranje BAP-a tip I. Popratna obilježja mogu govoriti u prilog dijagnozi. Primjerice, osobe u maničnoj epizodi ne prepoznaju da su bolesne ili da trebaju liječničku pomoć, a kod nekih se razvija agresija i suicidalna nastrojenost [10].

3.2. Bipolarni afektivni poremećaj tip II

Da bi se dijagnosticirao bipolarni afektivni poremećaj tipa II moraju biti zadovoljeni slijedeći kriteriji:

A. Mora se pojaviti najmanje jedna hipomanična epizoda i jedna velika depresivna epizoda.
B. Nikada nije postojala manična epizoda

C. Pojave hipomanične i depresivne epizode ne mogu se bolje objasniti shizofrenijom, shizoafektivnim, sumanutim ili nekim drugim poremećajem iz spektra shizofrenije.
D. Posljedica simptoma je klinički značajna patnja ili socijalna i radna oštećenja.

Pri tome su kriteriji za hipomaničnu i veliku depresivnu epizodu identični onima navedenim za bipolarni poremećaj tip I. Popratni simpomi koji pomažu u dijagnosticiranju tipa II ovog poremećaje jesu impulzivnost, poremećaji uzimanja psihoaktivnih tvari, ali i povišena razina kreativnosti.

3.3. Ciklotimični poremećaj

Važno obilježje ovog poremećaja je kronična, izmjenjujuća smetnja raspoloženja. Karakteriziraju ga mnogobrojna razdoblja hipomaničnih kao i depresivnih simptoma ali odvojena jedna od drugih. Za cikotimični proemećaj navode se slijedeći kriteriji:

A. Najmanje dvije godine pojavnosti mnogobrojnih hipomaničnih i depresivnih simptoma. Pri tome hipomanični simptomi ne zadovoljavaju kriteriji za hipomaničnu epizodu niti depresivni simptomi za veliku depresivnu epizodu.
B. Tijekom dvogodišnjeg razdoblja simptomi moraju biti prisutni barem polovinu vremena, a izostanak simptoma ne smije biti dulji od dva mjeseca.
C. Kriteriji za maničnu, hipomaničnu niti veliku depresivnu epizodu nisu nikada bili ostvareni.
D. Simptomi prvog kriterije ne mogu se bolje objasniti shizofrenijom, shizoafektivnim, sumanutim ili nekim drugim poremećajem iz spektra shizofrenije.
E. Ovi simptomi ne nastaju radi fiziološkog učinka psihoaktivnih tvari kao što su npr. droge ili lijekovi.

3.4. Klinički instrumenti dijagnostike

Dijagnostičke klasifikacije, kao što je prethodno spomenuti DSM-5, nisu sveobuhvatne jer prva epizoda nužno ne upućuje na cijeli poremećaj ili simptomi BAP-a mogu ostati prikriveni. Kako samo pravilna dijagnoza znači primjenu adekvatnog liječenja, razvijaju se klinički ocjenski instrumenti. Koristi se kako bi se stvarno kliničko stanje prikazalo što objektivnije. Instrumenti

su prvobitno razvijeni u istraživačke svrhe, ali se ukazuje potreba za njihovom svakodnevnom primjenom. Neki važniji dijagnostički instrumenti za psihičke poremećaje jesu [14]:

- Složeni međunarodni dijagnostički intervju (Composite International Diagnostic Interview, CIDI),
- Protokol za dijagnostički intervju (Diagnostic Intervju Schedule, DIS),
- Mini međunarodni neuropsihijatrijski registar (Mini International Neuropsychiatric Inventory, MINI),
- Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) i
- Strukturirani klinički intervju za Os I DSM-IV (Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders, SCID)

Za procjenu pojavnosti i intenziteta simptoma, monitoring poremećaja i rezultata terapije BAP-a koriste se neki specifični insturumenti, a to su [14]:

- Bech-Rafaelsonova ljestvica za maniju,
- Ljestvica za procjenu maničnog stanja i
- Youngova ljestvica za procjenu manije

Mogu se koristiti i samoocjenske ljestvice kao što su HCL-32-R1 ili Upitnik za afektivne poremećaje. Kao što im ime govori (samoocjenski) ispunjavaju ga pacijenti. Jednostavni su za primjenu i procjenu subjektivnog stanja, ali su manje pouzdani.

3.5. Liječenje

Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja temelji se na psihofarmacima. U pravilo ono započinje uzimanjem stabilizatora raspoloženja (psihostabilizatori) od kojih je najstariji litij. Pored njega mogu se koristiti antikonvulzivi kao što su: karbamazepin, valproat i lamotrigin [15, 16]. Za razliku od novijih psihostabilizatora kod litija može doći i do nuspojava kao što su tremor i mučnine te oštećenje bubrega i štitnjače. Monoterapija često nije dovoljna pa se u maničnoj fazi psihostabilizatori kombiniraju s antipsihoticima, a u depresivnoj fazi s antidepresivima. Temeljni principi liječenje BAP-a dani su u tablici 3.5.1.

Osim u maničnim epizodama antipsihotici se koriste i kao terapija održavanja. Korištenje antidepresiva u osoba s dijagnosticiranim BAP-om po nekima je upitna jer može dovesti do

destabilizacije raspoloženja prema maniji. No, njihovo korištenje opravdano je mnogim studijama kao i činjenicom da je depresija prevladava u BAP-u [17].

1. Prva linija liječenja su antimanični lijekovi/stabilizatori raspoloženja neovisno o fazi BAP-a.
2. Ne preporučuje se korištenje antidepresiva kao monoterapije, već uvijek kao konkomitantne terapije stabilizatorima raspoloženja
3. Sadašnja znanja o liječenju depresije BAP-a nisu dovoljna
4. Sadašnja znanja o liječenju miješane epizode i rapid cycling BAP-a nisu dovoljna
5. Hipomanija se liječi na isti način kao i manija
6. Litij, valproati, karbamazepin i antipsihotici učinkovitiji su u liječenju manije nego depresije, dok je lamotrigin učinkovitiji u liječenju depresije nego manije.

Tablica 3.5.1. Temeljni principi pri liječenju BAP-a. Izvor: Hotujac Lj, Rojnić Kuzman M. Liječenje akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja.

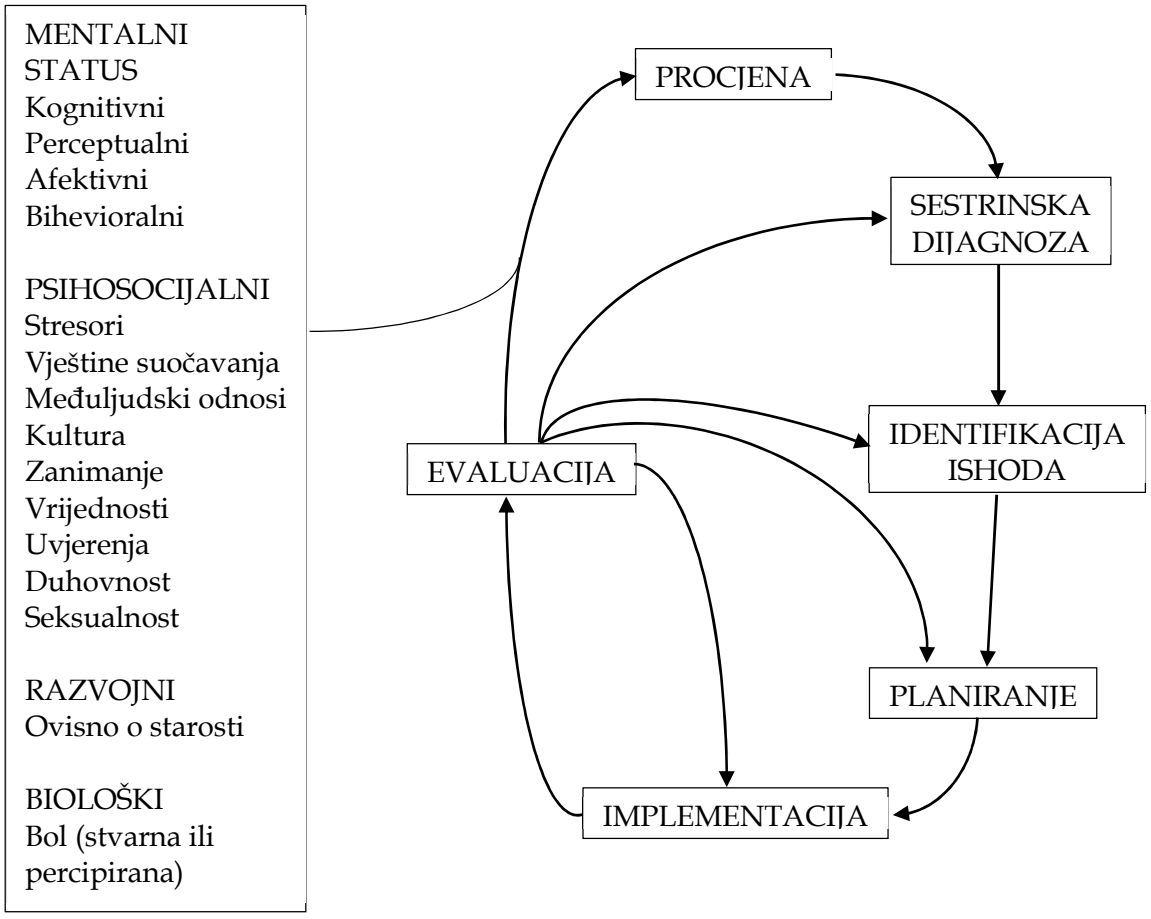
Psihoterapija je također korisna metoda u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja. U pitanju je liječenje emocionalnih problema psihološkim putem. Temelji se na odnosu kojeg educirani profesionalac uspostavlja s pacijentom. Cilj tog odnosa je uklanjanje, mijenjanje ili ublažavanje intenziteta pacijentovih simptoma kao i promjene poremećenih obrazaca ponašanja. Govori se o četiri ključne skupine psihoterapijskih pravaca i to su [18]:

1. Psihoanalitičko-psihodinamska škola,
2. Bihevioralno -kognitivna škola,
3. Humanističko-egzistencijalna škola i
4. Integrativna psihoterapija.

Psihoterapijski pravci uglavnom su se razvili radi liječenja lakših poremećaja. Stoga primjena psihoterapije kod težih poremećaja kao što je BAP izazovna. No primjenom farmakoterapije pacijenti postaju suradljiviji. Dakle, farmakoterapija i psihoterapija imaju sinergijski učinak u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja.

4. Uloga medicinske sestre

U temeljima sestrinske skrbi za psihijatrijskog bolesnika nalaze se određena načela. To su holistički pristup, privatnost i dostojanstvo, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, uključivanje klijenata te pomoć pri učinkovitoj prilagodbi [19]. U biti to znači da psihijatrijska medicinska sestra pacijenta treba promatrati kao cjelovito biće u određenom okruženju (socijalno, kulturnom, biološkom itd.), prihvaća ga kakav jest te s njime razvija partnerski odnos. Pri tome uvažava slobodu njegova izbora, potiče samopoštovanje i čuva njegove tajne, pruža pomoć bez osude i pomaže u prilagodbi na novonastale situacije. Zadatak je medicinske psihijatrijske sestre stvaranje terapijskog okruženja, osmišljavanje i korištenje terapijskih potencijala kao i stvaranje pozitivnog ozračja na bolničkom odjelu. Ciklička i dinamička priroda procesa zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika prikazana je na slijedećoj slici [20]:



Slika 4.1. Ciklička i dinamička priroda procesa zdravstvene njege. Izvor: Fortinash KM. Holoday Worret PA. Psychiatric Nursing Care Plans.

Plan sestrinske njege kod depresivne epizode obuhvaća rizik od samoubojstva, narušenu socijalnu interakciju, kronično nisko samopoštovanje, nedjelotvorno suočavanje, beznađe, osjećaj bespomoćnosti i nedostatnu sposobnost pacijenta da brine o sebi samome [20]. Ovisno o identificiranom riziku pacijenti se pokušavaju ozlijediti, verbaliziraju suicidalne namjere, odbijaju hranu, bolest nastavlja napredovati, smanjuju aktivnost, neadekvatno se suočavaju sa stvarnošću, osjećaju se ranjivo, zavaravaju se itd. Sestrinske intervencije u takvim slučajevima obuhvaćaju čitav niz aktivnosti od kojih se ovdje navode samo neke: provjera da pacijent nije u posjedu stvari kojima bi si mogao nauditi (oštri predmeti, čarape, remeni i sl.), praćenje ponašanja pacijenta i slušanje onoga što govori, neosuđivanje, poticanje samopoštovanja, ohrabrivanje pacijenta da traže pomoć, poticanje na provođenje osobne higijene itd. Ishodi takvog procesa zdravstvene njege trebali bi biti da pacijent iskazuje riječima volju za životom te druge pozitivne misli, uključuje se u interakciju s medicinskim osobljem i samo započinje komunikaciju, traži pomoć i provodi osobnu higijenu. Da bi se ovo postiglo, medicinska sestra treba biti strpljiva, razvijati osjetljivost u promatranju pacijentova stanja, prihvatiti pacijenta kao dostojanstveno ljudsko biće i ne popuštati iracionalnim zahtjevima.

U maničnoj epizodi BAP-a nastaje rizik od nasilja koje je usmjereno na sebe i druge, te od samoozljeđivanja. Socijalna interakcija je narušena kao i misaoni procesi. Dolazi do pojave defenzivnog suočavanja, a prehrana je neuravnotežena (manja od dnevnih potreba organizma). Pacijent ima zabilježene pokušaje da si naudi ili da napadne druge te verbalizira takove namjere, hiperaktivan je i impulzivno reagira. Iskazuje netočna uvjerenja o sebi i drugima, uvjeren je da ga drugi žele ubiti ili ozlijediti. Deluzivan je, grandiozan i pun sebe. Sestrinske intervencije sastoje se od aktivnog praćenja takvih pacijenata, usmjeravanja, davanja jednostavnih i konkretnih objašnjenja, čestog nuđenja hrane i tekućine, procjene nutritivnog statusa i sl. Adekvatan ishod takvog procesa jest pacijent koji je svjestan okoline u kojoj se nalazi, reagira sporije i primjerenije, rješava probleme i donosi primjerene odluke. Pacijent se primjereno oblači, nije vulgaran i ne vrijeđa ostale te uzima dovoljno kalorija za svoje dnevne potrebe.

Često se ovakvi bolesnici (a posebice u maničnoj fazi) hospitaliziraju kao hitni, te tom prilikom iskazuju neki oblik agresije (fizičke, verbalne, latentne itd.). Kod zbrinjavanja agresivnih bolesnika bitno je osobu ponovno uključiti u socijalnu zajednicu kako bi ponovo uspostavila odnose s drugim ljudima. Da bi to bilo postignuto medicinska sestra primjenjuje slijedeće [19]:

- Stvara odnos koji se zasniva na empatiji i iskrenosti,
- Gradi odnos u kojemu pacijent može izraziti ljutnju ali bez agresije,

- Rješava konflikte,
- Primjenjuje individualni pristup,
- Poštuje pacijentove potrebe,
- Smanjuje rizike za ozljeđivanje,
- Eliminirati izvore straha iz pacijentove okoline,
- Primjereno komunicira,
- Ne zanemaruje osobnu sigurnost,
- Slijedi vlastiti osjećaj prisutne opasnosti i
- Djeluje po modelu: Promatrati, Planirati, Djelovati.

Kao i svaka bolest, ni BAP ne pogađa samo pacijenta već i njegovu obitelj kao i krug ljudi s kojima živi i radi. Uloga medicinske sestre nije samo u provođenju zdravstvene njege opisane u prethodnom tekstu. Ona je i edukator koja pacijente i njihove članove obitelji uči o prepoznavanju simptoma, ispravnim reakcijama na njihovu pojavu te tehnikama za suočavanjem i nošenjem s ovom bolešću.

5. Stigmatizacija

Stigmatizacije je negativno obilježavanje bolesnih osoba, a najčešće se odnosi upravo na psihijatrijske bolesnike. Predrasude koje okolina ima prema mentalnim pacijentima utemeljene su na neznanju i strahu odnosno na pogrešnim informacijama. Stigma pacijentu nanosi nepravdu, komplicira tijek bolesti te reducira kvalitetu pacijentova života kao i njegove obitelji. Posljedice stigmatizacije nije samo narušena percepcija mentalnog bolesnika u njegovoj socijalnoj okolini nego se javlja i diskriminatorno ponašanje okoline koja toj osobi čini direktnu štetu. Stigmatizacija se može odvijati na tri razine i to: strukturnoj, socijalnoj kao i na samome sebi (samostigmatizacija) [21]. Strukturnu stigmatizaciju provode ustanove koje imaju položaj moći. One sustavno narušavaju i ograničavaju prava mentalno oboljelih osoba. Socijalna se odnosi na društvene grupe koje potiču i odobravaju stereotipe prema ljudima na koje se stigmatizacija odnosi. Posljednja, kako joj i ime govori, usmjerena je na samog sebe kroz negativne osjećaje i neprikladno ponašanje. Potaknuta je negativnom percepcijom društva i iskustva koje stigmatizirani pacijent proživljava u takvom okruženju. Kako se BAP smatra ozbiljnijim psihičkim poremećajem tako nije izuzet od stigmatizacije. Istraživanja pokazuju da je stigmatizacija osoba oboljelih od BAP-a jednako ozbiljna kao i za shizofrene osobe i da je ta pojava svakodnevna [21].

Psihijatrijske medicinske sestre nalaze se u situaciji da i same budu dio socijalne okolne koja provodi stigmatizaciju mentalnih pacijenata. Istovremeno mogu biti i žrtve predrasuda i stereotipa upravo jer rade s mentalno oboljelim pacijentima. Kako od opće socijalne okoline, etiketiranje dolazi i od kolegica i kolega drugih specijalizacija. Posljedice stigmatizacije za pacijenta mogu biti pogoršanje tijeka bolesti, neučinkovitost terapijskih postupaka, smanjenje kvalitete života pa sve do suicidalnih namjera. Medicinske sestre koje rade s takvim pacijentima za posljedicu imaju diskriminaciju, etiketiranje i predrasude koje ih čine manje efikasnima i posvećenima poslu, izlaz traže u promjeni radnog mjesta, a stres koji im se radi toga javlja utječe i na privatne aspekte njihova života.

6. Cilj i hipoteza istraživanja

Cilj pisanja ovog završnog rada je dobiti uvid u stavove opće populacije te populacije medicinskih djelatnika o bipolarnom afektivnom poremećaju kao i utvrditi postoje li razlike između te dvije skupine. Na temelju rezultata i eventualnih razlika moguće je utvrditi smjer daljnjeg djelovanja i edukacije prema obje skupine.

Hipoteza 1: Stavovi medicinskih profesionalaca o bipolarnom afektivnom poremećaju bitno se razlikuju od stavova u općoj populaciji.

Hipoteza 2: Nedostatak informiranosti opće populacije o bipolarnom afektivnom poremećaju znatno utječe na razlike u stavovima u odnosu na medicinske profesionalce.

7. Materijali i metode

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 16.-18.1.2019. na prigodnom uzorku od 751 ispitanika. Elektronski anketni upitnik napravljen je pomoću mrežne aplikacije Google Forms te podijeljen ispitanicima putem društvene mreže Facebook. Ispunjavanje ankete bilo je dobrovoljno i anonimno.

Upitnik se sastojao od 14 pitanja i tvrdnji od kojih su 4 opća, a 10 ih se odnosilo na stavove ispitanika o bipolarnom afektivnom poremećaju. Pitanja navedena u upitniku mogu se pronaći u prilogu ovog završnog rada. Prijepis elektronske verzije upitnika može se naći u prilogu na kraju ovog rada.

Rezultati ankete obrađeni su pomoću programa Microsoft Excel. Statističko testiranje razlika provedeno je X^2 (hi kvadrat) testom uz razinu značajnosti od 0,05. Drugim riječima, sve p vrijednosti dobivene statističkim testiranjem koje su manje od 0,05 smatrane su statistički značajnima. Za provođenje X^2 testa korištene su mrežne stranice Social Science Statistics [22] i Quantpsy [23].

8. Rezultati

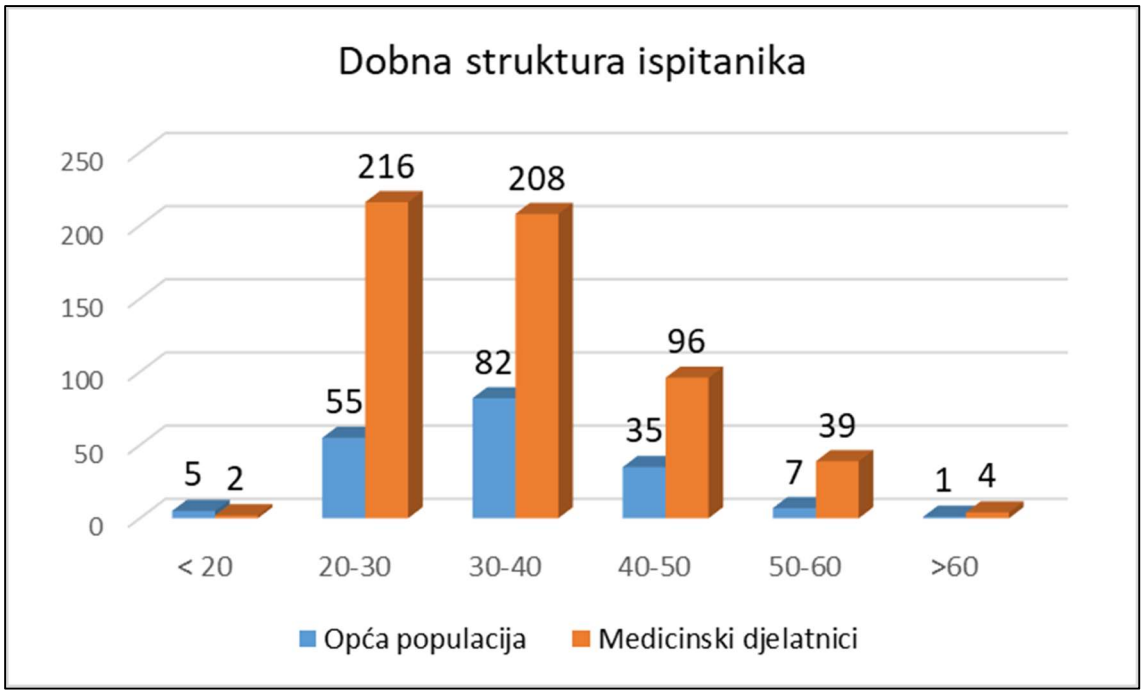
Nakon provedenog istraživanja podaci dobiveni anketiranjem dali su rezultate koji su podijeljeni u dvije skupine. Prva skupina rezultata odnosila se na demografske odlike ispitanika, a druga na ispitivanje stavova i mišljenja.

8.1. Ispitanici

Prvo pitanje u upitniku može se nazvati kvalifikacijskim pitanjem. To je stoga što su na temelju odgovora na prvo pitanje ispitanici podijeljeni u dvije skupine. Prvu skupinu činili su medicinski profesionalci i njih je bilo 565. Drugu skupinu činili su pripadnici opće populacije kojih je bilo 185. U poglavlju o materijalima i metodama navedeno je da je u istraživanju sudjelovao 751 ispitanik. Međutim, jedan ispitanik je izjavio kako je medicinski profesionalac sa završenom osnovnom školom. Stoga su njegovi odgovori smatrani nepouzdanima te eliminirani iz daljnje obrade.

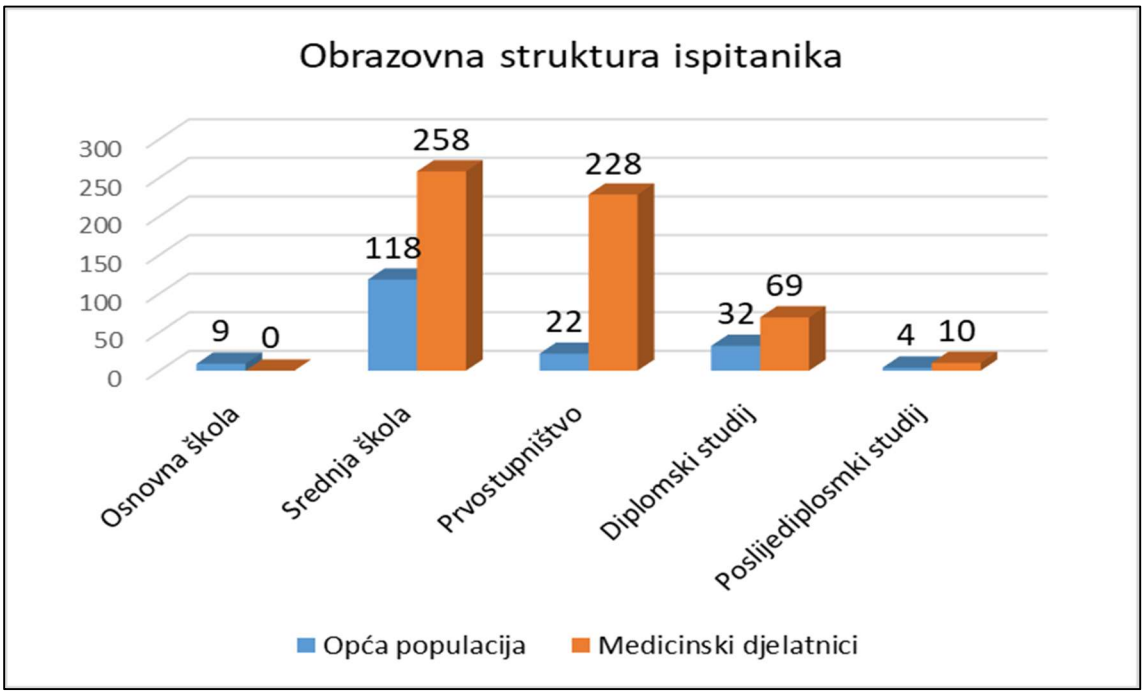
Slijedeća tri pitanja odnosila su se na opće podatke kao što su starost ispitanika, spol te razina obrazovanja. „Prosječni“ ispitanik iz skupine medicinskih profesionalaca je ženska osoba starosne dobi između 20 i 40 godina te ima završenu srednju školu ili preddiplomski studij. Što se tiče opće populacije, „prosječni“ ispitanik također je ženska osoba, ali nešto starija, između 30 i 40 godina te ima završenu srednju školu.

Kako je prikazano na grafikonu 8.1.1. distribucija ispitanika prema starosti je različita u dvije skupine ispitanika što je utvrđeno i statističkim testiranjem ($P = 0,0080$). Vidljivo je da u prvoj skupini podjednako dominiraju ispitanici starosti od 20 do 30 te 30 do 40 godina. U drugoj skupini prevladavaju ispitanici od 30 do 40 godina starosti i čine 44,3% svih ispitanika.



Grafikon 8.1.1. dobna struktura ispitanika dvaju skupina. Izvor: autorica.

Grafikon 8.1.2. daje uvid u obrazovnu strukturu ispitanika prema skupinama. Osoba koja ima završenu samo osnovnu školu može raditi u zdravstvenoj ustanovi, ali je jasno da se ne može baviti pružanjem nekog oblika zdravstvene skrbi. Stoga se takve osobe ne pojavljuju u prvoj skupini ispitanika.

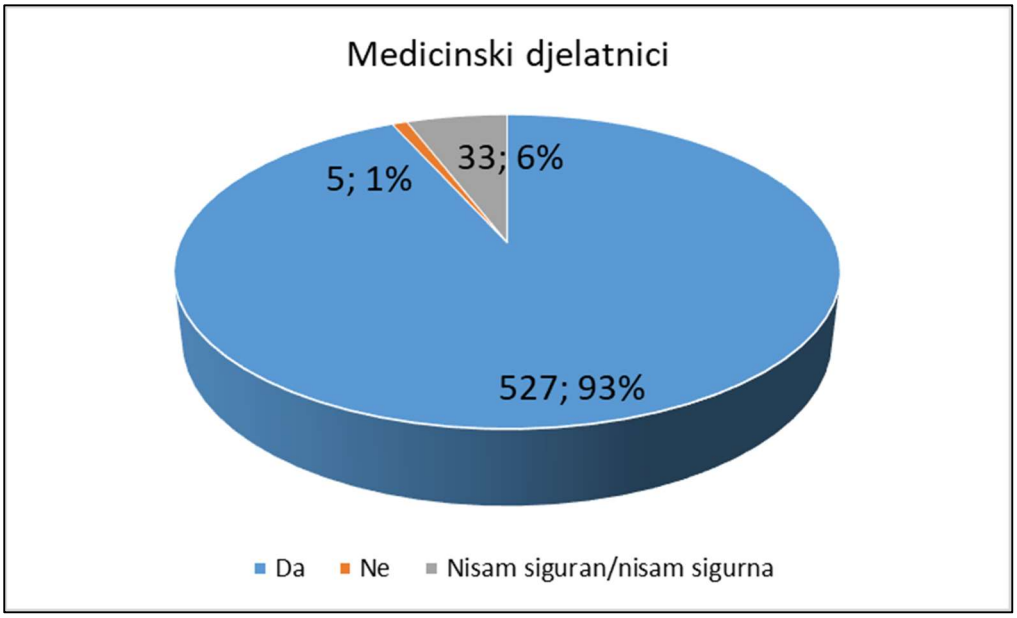


Grafikon 8.1.2. obrazovna struktura ispitanika dvaju skupina. Izvor: autorica.

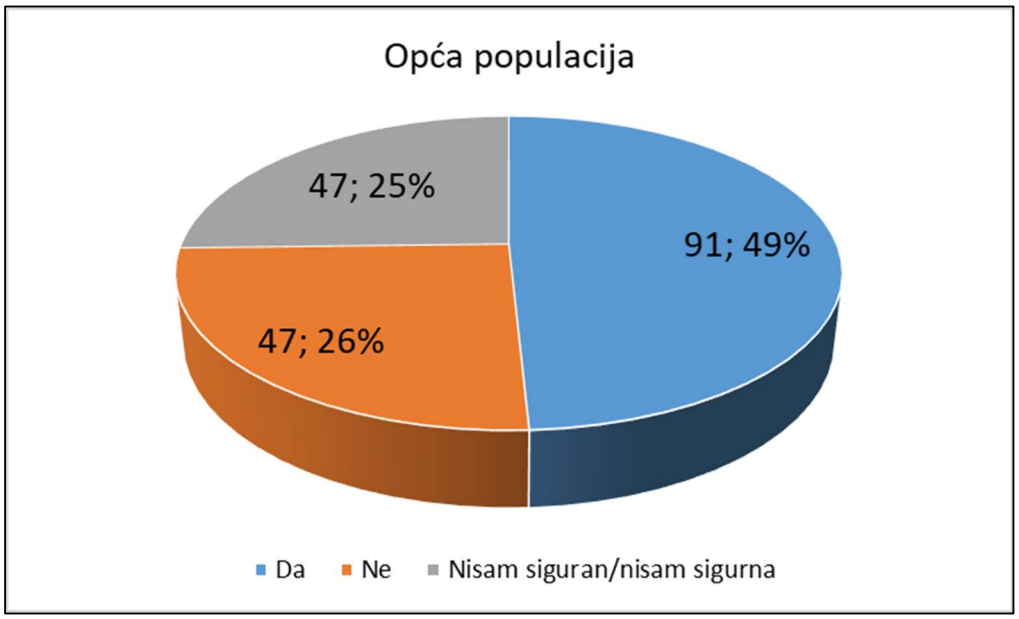
Lako je uočljivo da i ovdje postoji razlika u distribuciji ($P < 0,0001$). U ispitanicima iz opće populacije dominira obrazovanje na razini srednje škole. U prvoj skupini gotovo je jednak broj srednjoškolaca i prvostupnika. Za istaknuti je da među općom populacijom ima više osoba sa završenim diplomskim i poslijediplomskim studijem (19,1%) nego u skupini medicinskih djelatnika (14,3%).

8.2. Rezultati istraživanja

Pitanja pet do 14 bavila su se izravno stavovima i mišljenjima ispitanika. Peto pitanje anketnog upitnika glasilo je jednostavno *Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj?* Odgovori na ovo, ali i slijedeća pitanja biti će prikazani grafički, ali odvojeno za svaku ispitivanu skupinu. Struktura odgovora na peto pitanje prikazana je na grafikonima 8.2.1. i 8.2.2.



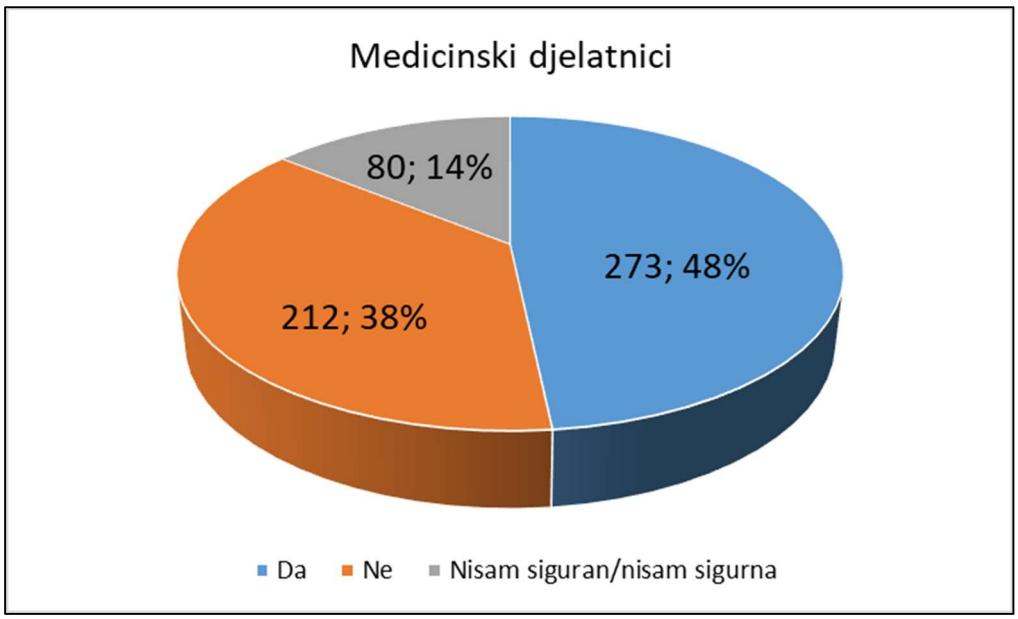
Grafikon 8.2.1. Raspodjela odgovora na pitanje Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj? u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



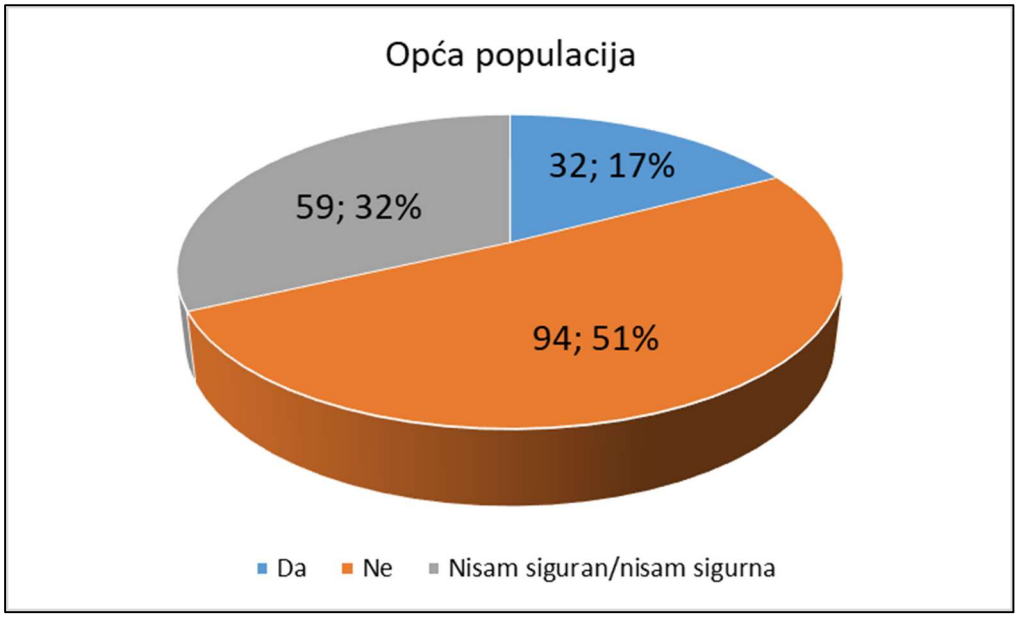
Grafikon 8.2.2. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj? u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Uočljiva je razlika u raspodjeli odgovora gdje samo mali broj medicinskih djelatnika ne zna što je BAP ili nije siguran. Za razliku od njih više od polovice ispitanika iz opće populacije ne zna ili nije siguran.

Grafikoni 8.2.3. i 8.2.4. daju raspodjelu odgovora na šesto pitanje brojem i postotnim udjelom. Ono je glasilo *Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja?*



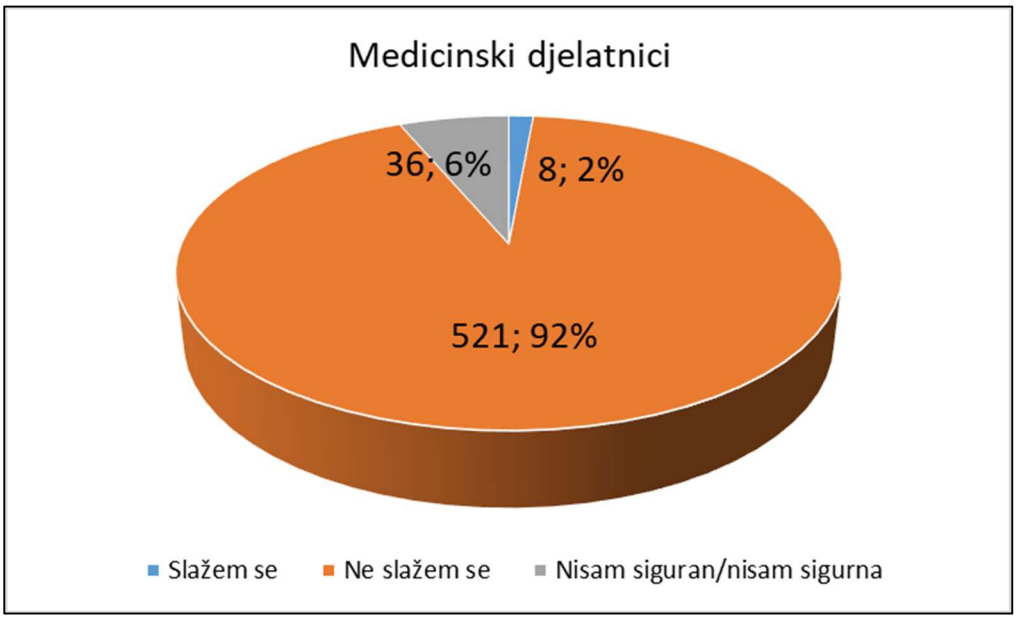
Grafikon 8.2.3. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja? u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



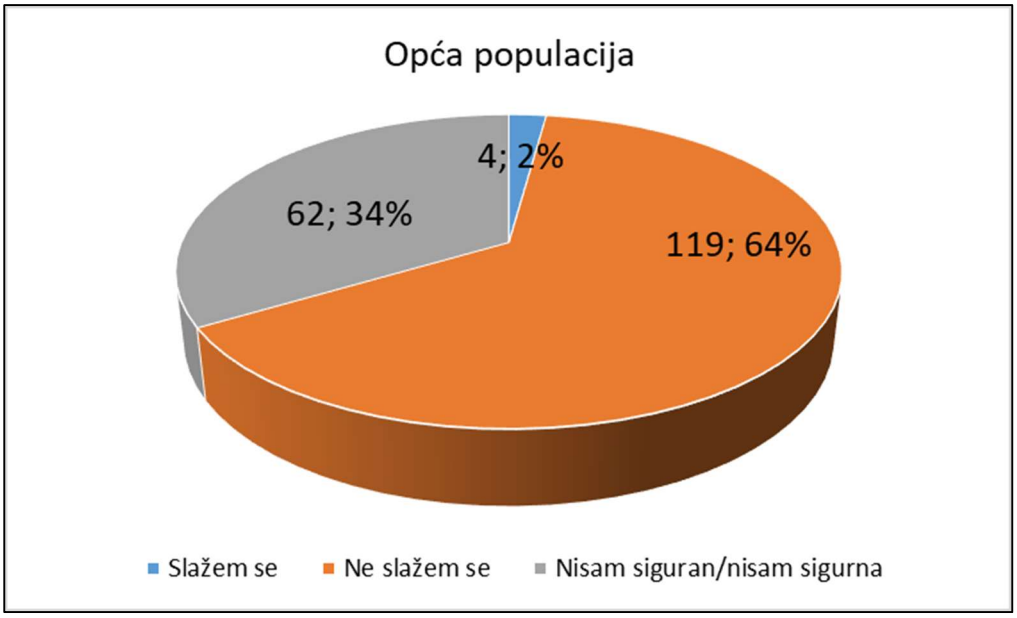
Grafikon 8.2.4. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja? U skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Raspodjela odgovora nešto je sličnija u obje skupine ali je statistički značajna razlika ipak utvrđena ($P < 0,001$).

Sedmo pitanje otvorilo je skupinu pitanja gdje su ispitanici iznosili svoje osobne stavove koji su mogli biti utemeljeni na znanju ili neznanju o bipolarnom afektivnom poremećaju. To pitanje je bilo *Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest?*, a distribucija odgovora je prikazana na grafikonima 8.2.5. i 8.2.6.



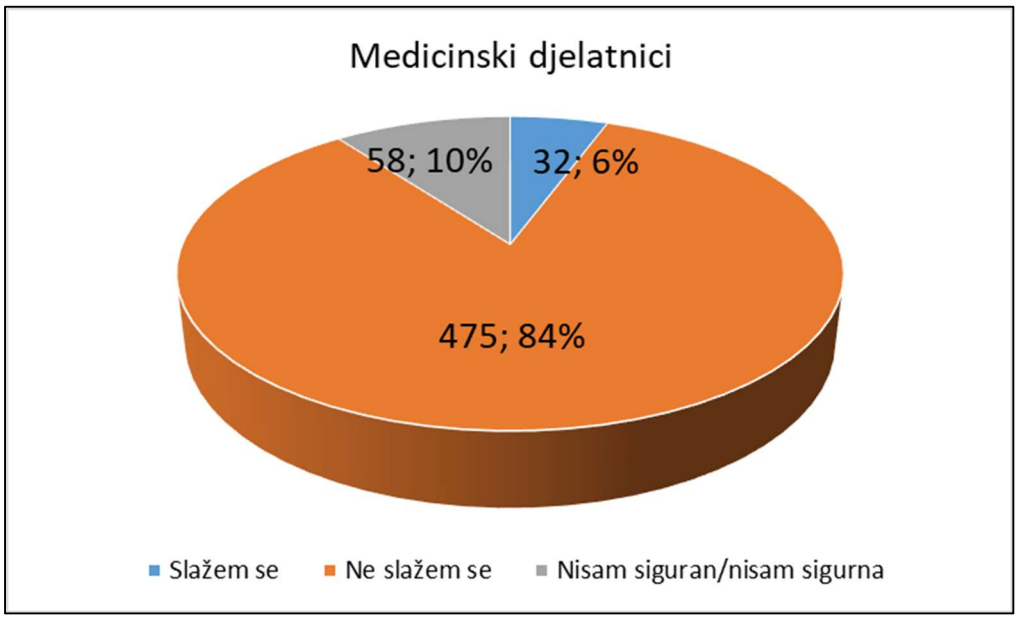
Grafikon 8.2.5. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest? u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



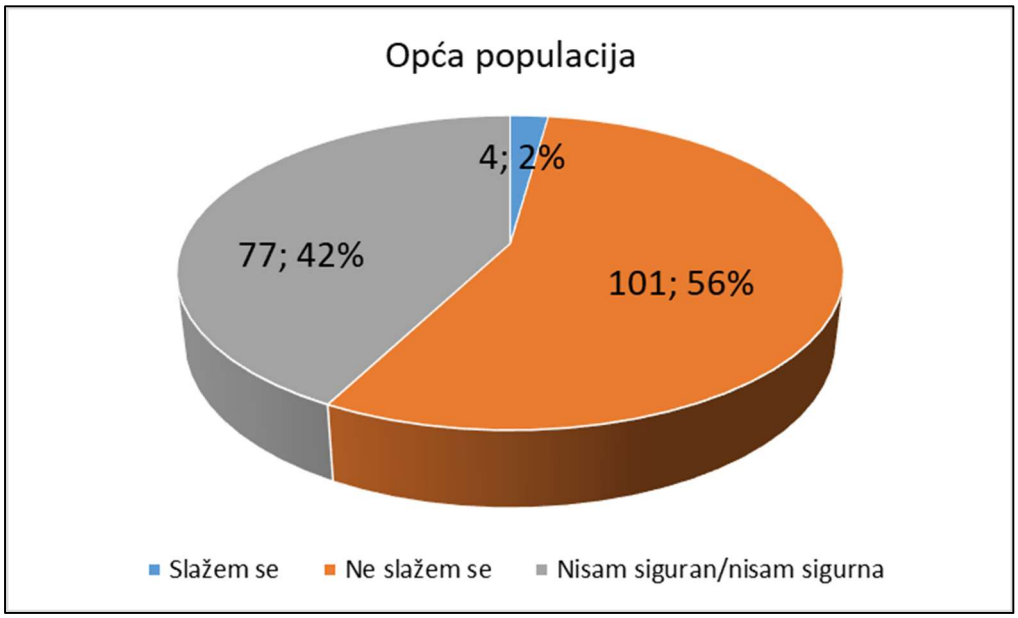
Grafikon 8.2.6. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest? u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Bilo je za očekivati da se većina ispitanika prve skupine ne slaže s ovom tvrdnjom, kao i da je značajan dio (34%) ispitanika druge skupine bio nesiguran.

Slijedeći grafikoni (8.2.7. i 2.2.8.) daju uvid u raspodjelu stavova na tvrdnju da su *osobe oboljele od BAP-a „lude“ i agresivne.*



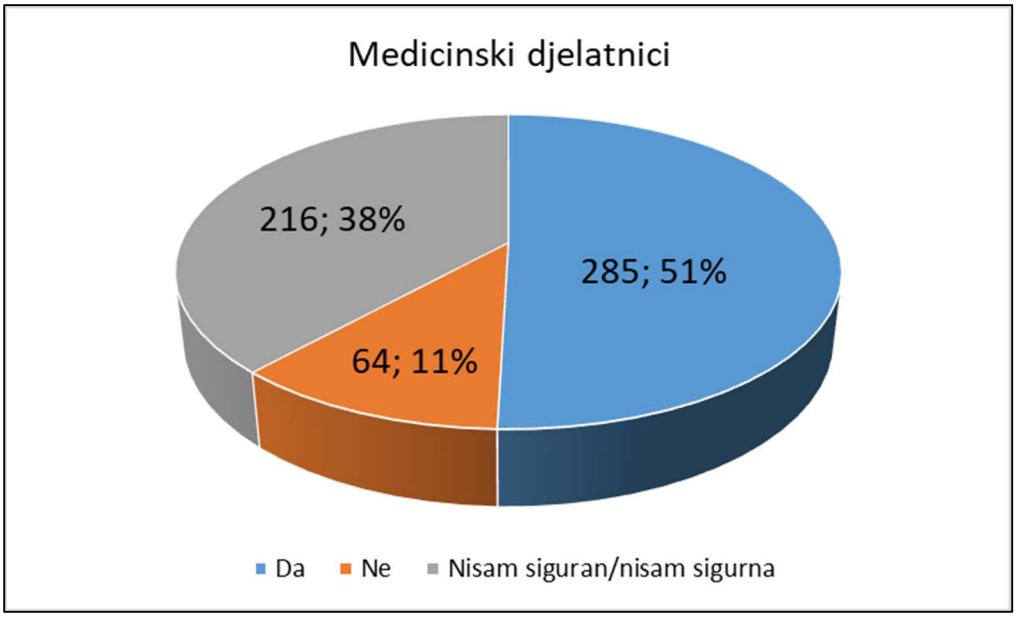
Grafikon 8.2.7. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a su „lude“ i agresivne u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



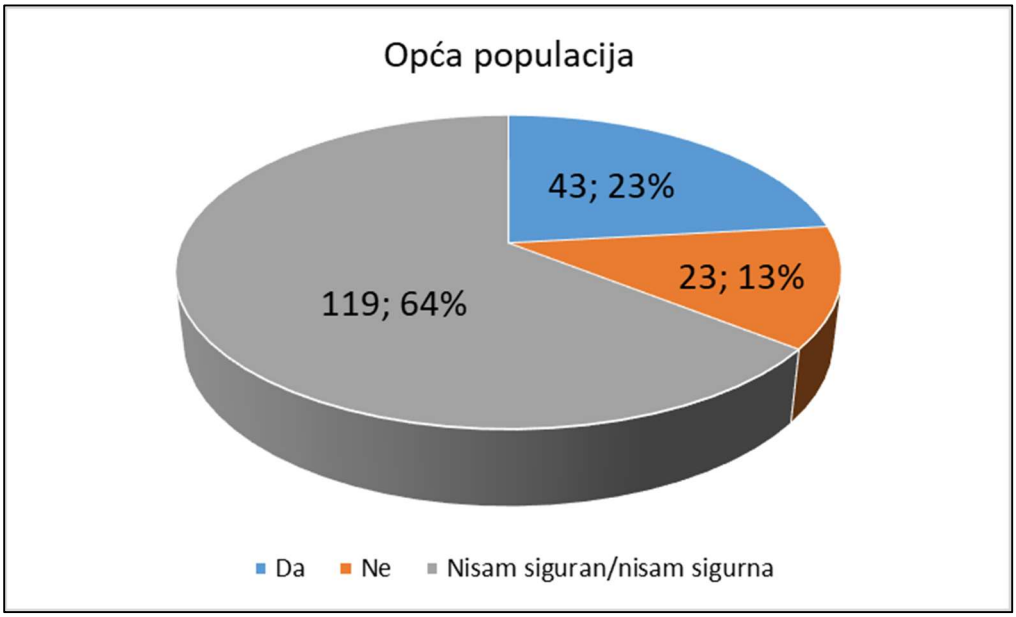
Grafikon 8.2.8. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a su „lude“ i agresivne u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Stavovi opće populacije i dalje slijede određeni uzorak po kojemu bitan dio ispitanika nije siguran. Zanimljivo je da se broj onih koji se slažu ili nisu sigurni u prvoj grupi udvostručio u odnosu na prethodno pitanja. Moguće je da ovo pitanje i nije najbolje postavljeno. Dok je agresivnost objektivan simptom ovog poremećaja, „ludost“ je negativna etiketa neke osobe.

Deveto pitanje je glasilo *Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a?* Odgovori na njega prikazani su u grafikonima 8.2.9. i 8.2.10.



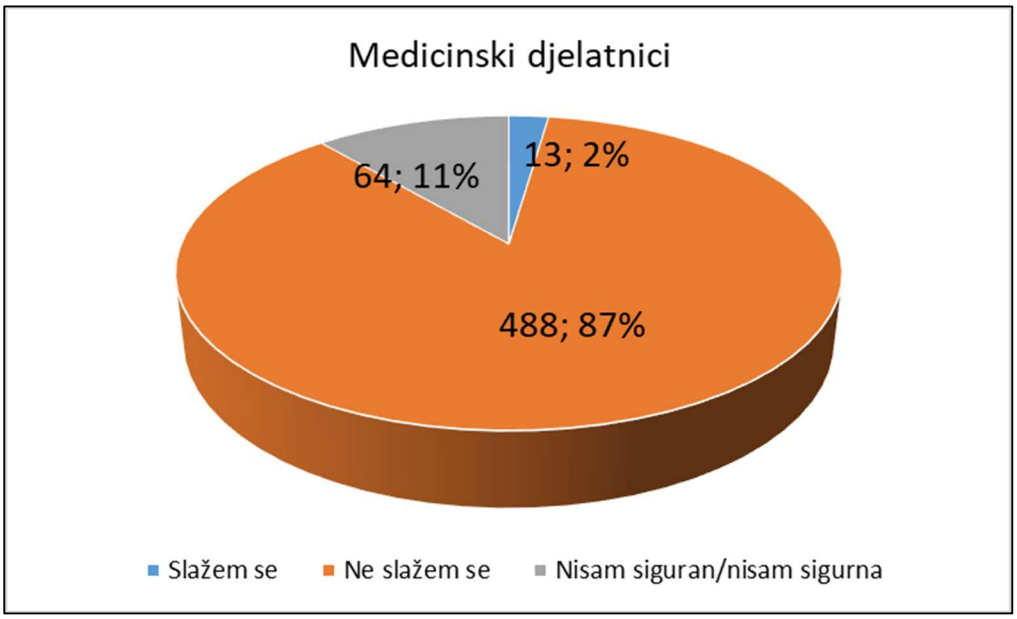
Grafikon 8.2.9. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a? u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



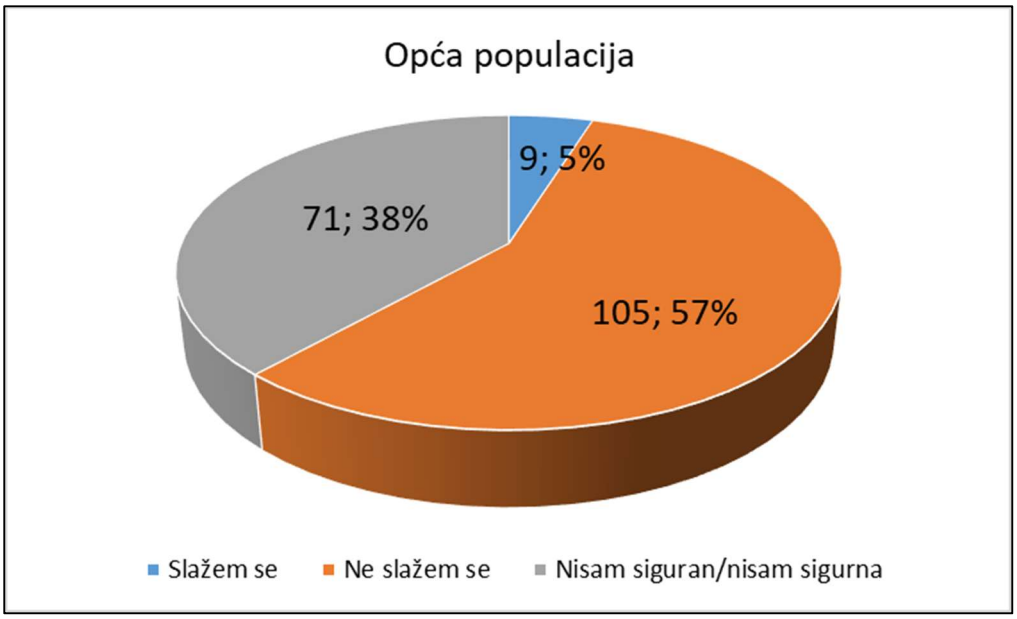
Grafikon 8.2.10. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a? u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Više od pola ispitanika prve skupine (51%) izjasnilo se pozitivno. U drugoj je to samo 23%. Veliki je udio nesigurnih u obje skupine ispitanika.

Distribucija odgovora na tvrdnju da *Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama* nalazi se na Grafikonima 8.2.11. i 8.2.12.



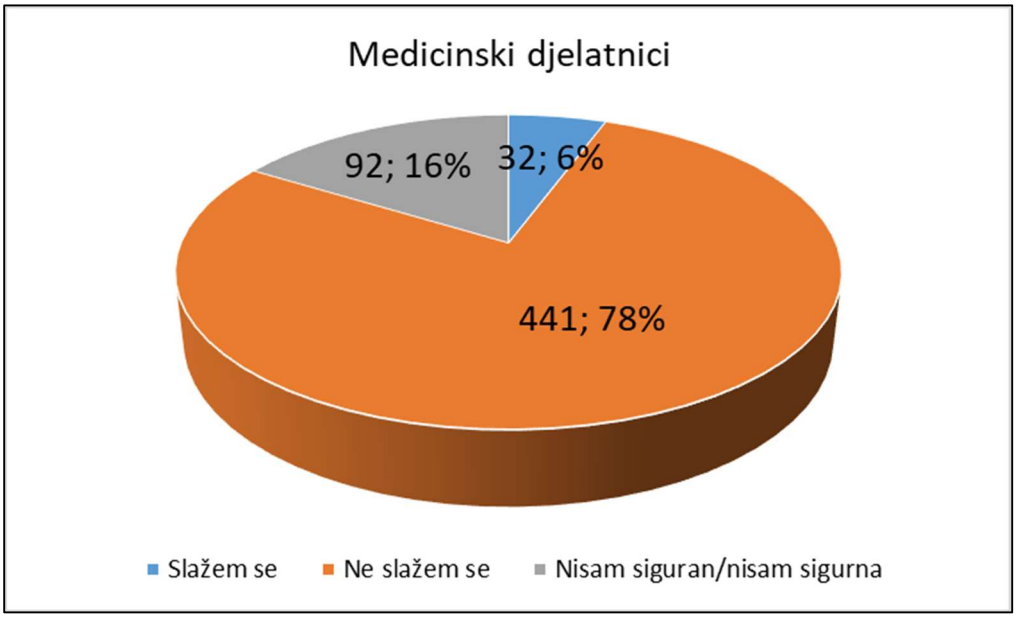
Grafikon 8.2.11. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



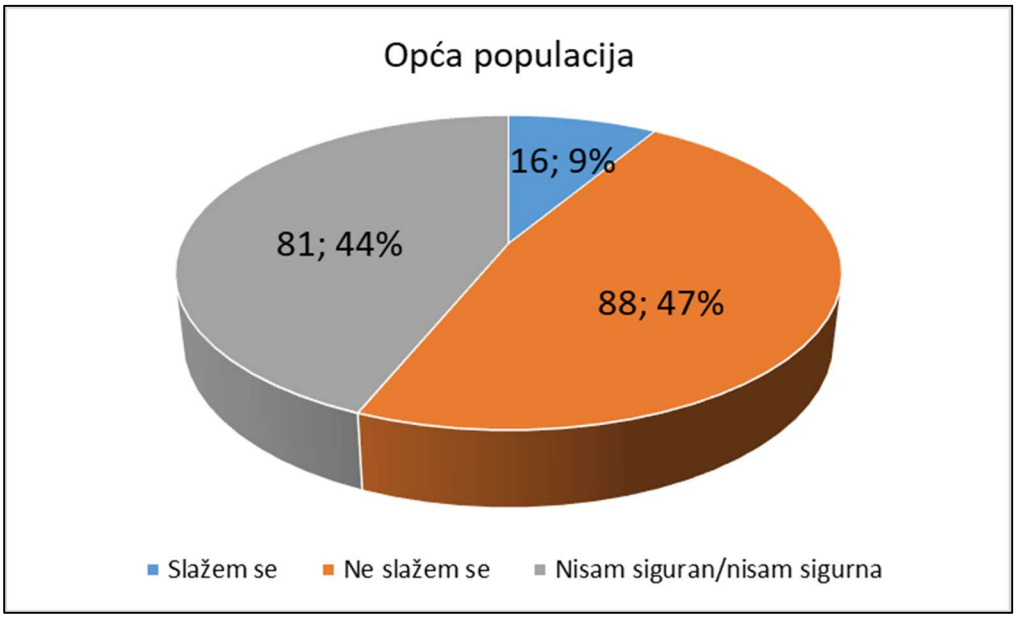
Grafikon 8.2.12. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Vrlo mali broj svih ispitanika se slaže da oboljele treba izolirati u ustanovama. Dobra je činjenica da se i većina svih ispitanika s time ne slaže.

Tvrdnja pod brojem 11. glasila je *Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život*. Kako su se o toj tvrdnji složile dvije skupine ispitanika moguće je vidjeti na slijedeća dva grafikona:



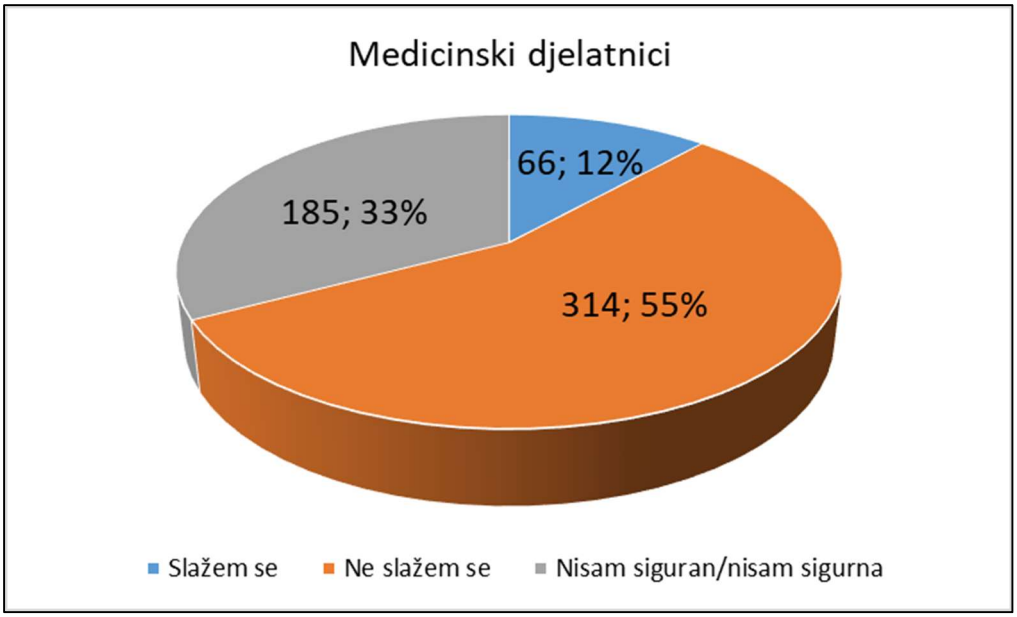
Grafikon 8.2.13. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



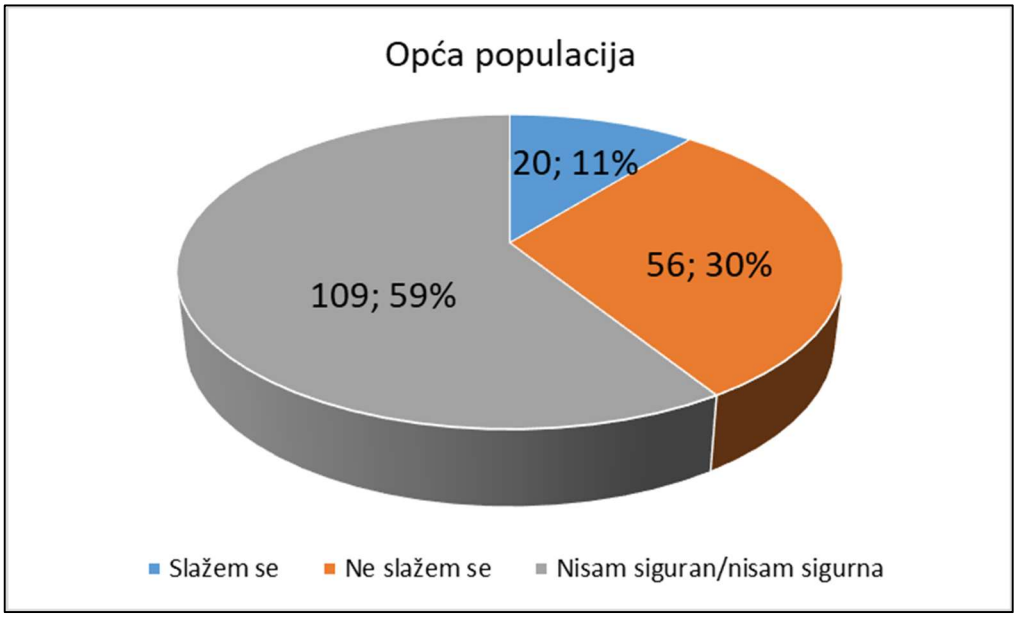
Grafikon 8.2.14. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

I ovdje se vidi educiranost te iskustvo zdravstvenih djelatnika jer se većina njih ne slaže s ovom tvrdnjom. Razlika u odnosu na opću populaciju statistički je značajna (P > 0, 0001).

Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu. Tako je gasila tvrdnja pod rednim brojem 12., a rezultati su prikazani na Grafikonu 8.2.15. i 8.2.16.



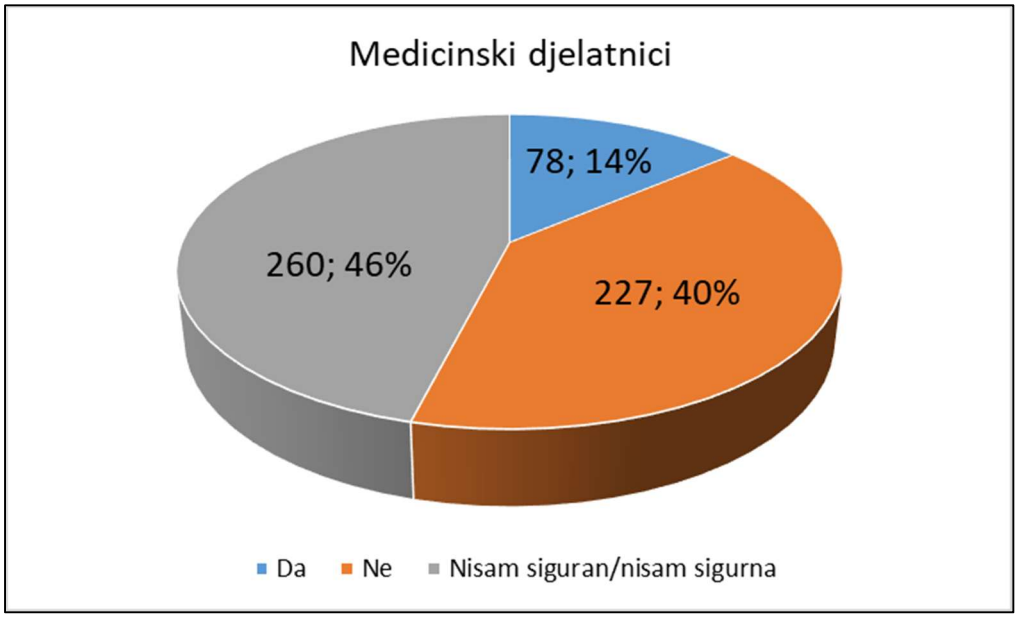
Grafikon 8.2.15. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



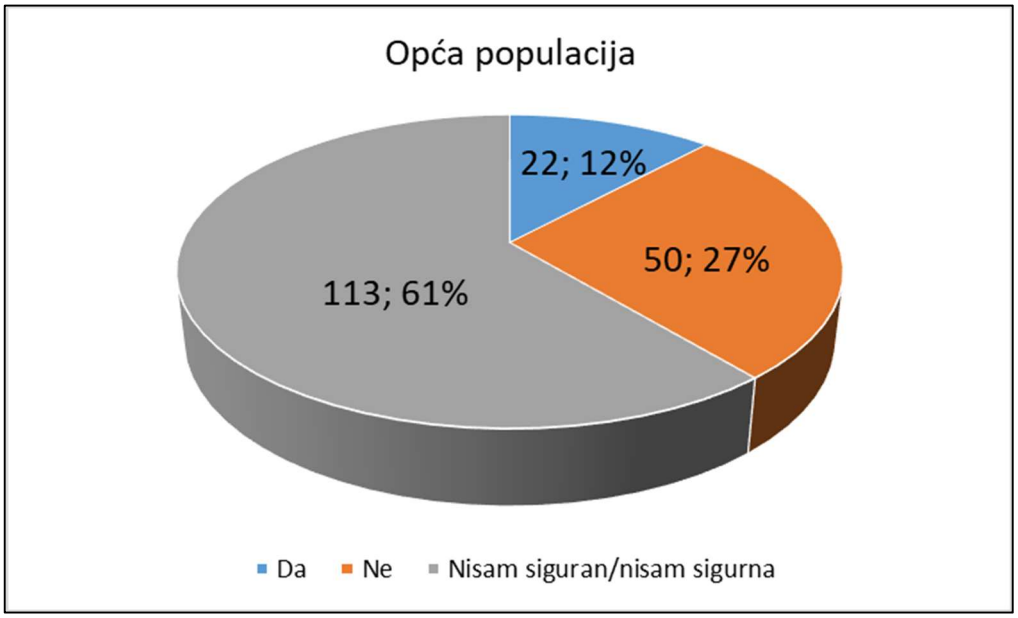
Grafikon 8.2.16. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Vizualno je vidljivo da je razlika među ispitanicima velika što je i dokazano statističkim testiranjem (P > > 0, 0001).

Pod rednim brojem 13. nalazilo se pitanje *Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a?* Grafikoni 8.2.17. i 8.2.18. prikazuju raspodjelu odgovora.



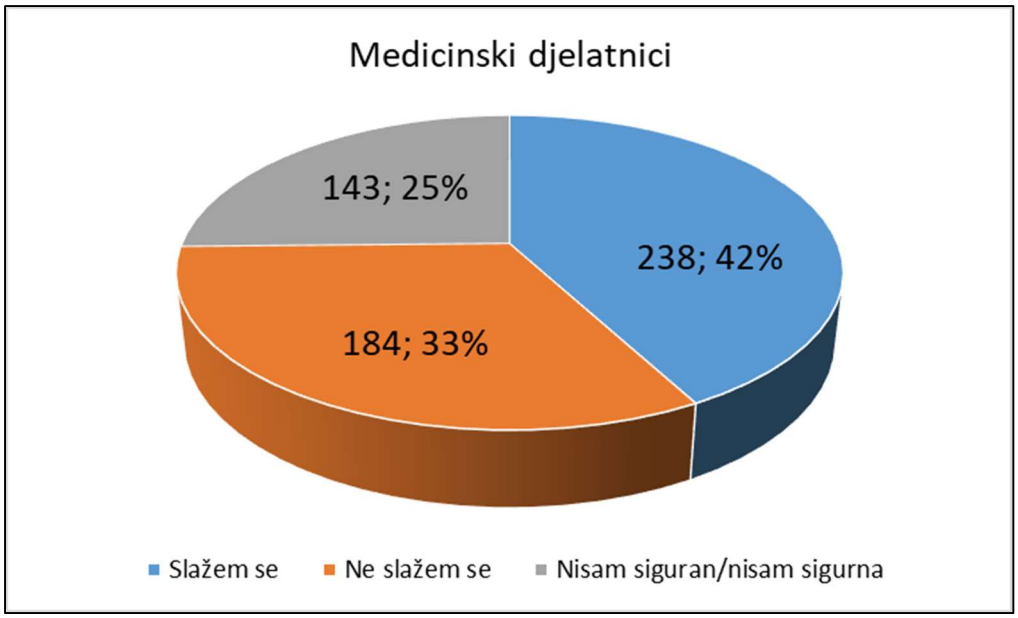
Grafikon 8.2.17. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a? u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



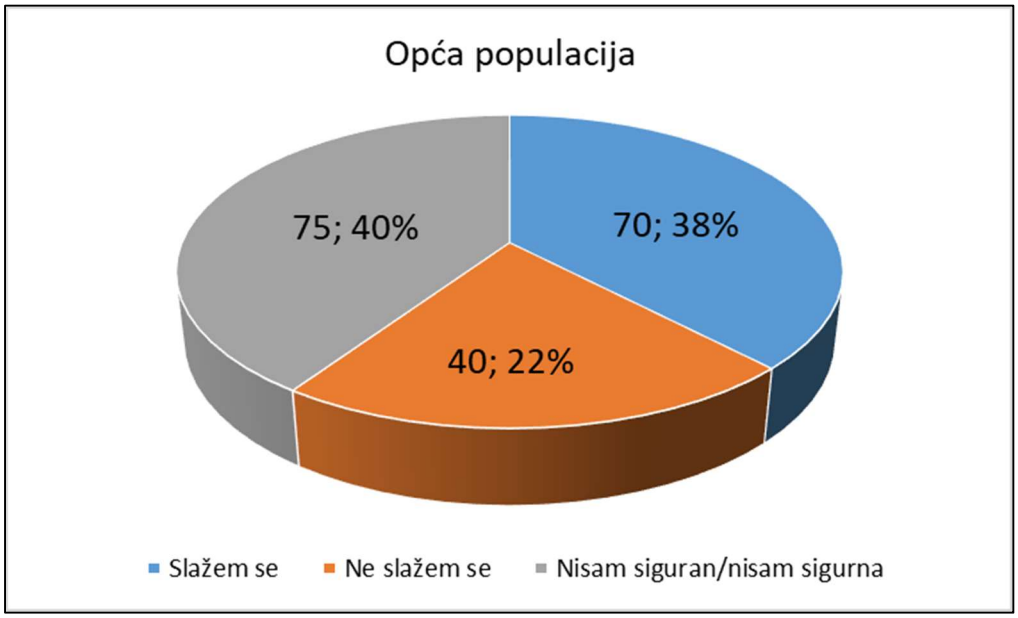
Grafikon 8.2.18. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a? u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Iako je razlika među grupama statistički utvrđena (P = 0,0132) ovo pitanje imalo je „najblažu“ razliku u stavovima.

Posljednja tvrdnja u upitniku glasila je Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje a odgovori su prikazani na grafikonima 8.2.19. i 8.2.20.



Grafikon 8.2.19. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje u skupini medicinskih djelatnika. Izvor:autorica.



Grafikon 8.2.20. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje u skupini iz opće populacije. Izvor:autorica.

Vizualno je distribucija odgovora obje skupine ispitanika dosta slična, no statistička razlika je ipak utvrđena (P = 0,0002).

Statistička značajnost razlike u odgovorima između dvije skupine ispitanika ispitivana je pomoću X^2 testa. U Tablici 8.2.1. prikazane su P vrijednosti testa za pitanja i tvrdnje od 5. do 14.

Pitanje/tvrdnja	P vrijednost
5. Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj?	> 0, 0001
6. Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja?	> 0, 0001
7. Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest.	> 0, 0001
8. Osobe oboljele od BAP-a su „lude“ i agresivne.	> 0, 0001
9. Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a?	> 0, 0001
10. Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama.	> 0, 0001
11. Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život.	> 0, 0001
12. Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu.	> 0, 0001
13. Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a?	0,0132
14. Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje.	0,0002

Tablica 8.2.1. Statistička značajnost razlike u pitanjima 5.-14. Izvor: autorica.

Teško je tvrditi koja razlika je najznačajnija jer statistički test daje P vrijednost manju od 0,0001 na sva pitanja od petog do dvanaestog. No, može se izdvojiti 13. pitanje kao ono u kojemu je utvrđena najmanja statistička razlika.

9. Rasprava

Objašnjenje zašto kod ispitanika prevladavaju medicinski profesionalci i ženski spol leži u činjenici da je autorica rada ženska osoba i medicinska sestra. Za zaključiti je kako autorica na društvenim mrežama ima više kontakata ženskog spola te osoba koja se bave medicinom kao profesijom što je i bilo za očekivati s obzirom da je uzorak prigodan. Izborom slučajnog uzorka vjerojatno bi se dobili znatno reprezentativniji rezultati kao i drugačija raspodjela.

Kada je u pitanju poznavanje pojma bipolarni afektivni poremećaj većina ljudi koji se bave biomedicinom i zdravstvom tvrdi da zna što to jest (93%). Nasuprot njima, ostali ispitanici u preko 50% slučajeva kažu da ne znaju ili nisu sigurni. Razlog tome možda leži u činjenici da je poremećaju promijenjen naziv iz manične depresije u BAP. Kada je postavljeno pitanje da li ispitanik poznaje oboljelu osobu u prvoj skupini 48% ispitanika dalo je potvrdan odgovor. Prilikom sagledavanja ovog odgovora treba imati na umu da se BAP teško prepoznaje i dijagnosticira te se često zamjenjuje s drugim poremećajima [12]. Pozitivan odgovor na isto pitanje u drugoj skupini gotovo je tri puta manji (17%) što ne iznenađuje uzevši u obzir da većina niti ne zna što taj poremećaj je. Gotovo zanemariv broj ispitanika obje skupine (2% i jedni i drugi) misle kako je osoba oboljela od bipolarnog poremećaja sama kriva za svoju bolest. Taj podatak je dobar jer bi veći postotak bio razlog za zabrinutost jer ta tvrdnja nije točna. Ono u čemu se ove dvije skupine razlikuju je da oko 92% medicinski profesionalaca tvrdi da osobe nisu same krive, ali oko jedne trećine osoba iz druge skupine nije sigurna.

Gotovo polovica (46%) ispitanika duge skupine misli da su osobe s BAP-om „lude i agresivne“ ili nisu sigurne, a u prvoj skupini njih je 16%. To znači da gotovo svaki peti medicinski djelatnik ima ili potencijalno ima predrasude prema takvim pacijentima što nije zanemarivo. Iako se statistički značajno razlikuju dvije skupine ispitanika, samo polovica prvih (51%) i tek 23% drugih tvrdi da bi se osjećala sigurno pored takvih osoba. No, ohrabruje podatak da je na pitanje *Treba li takve osobe izolirati u mentalnim ustanovama* pozitivno odgovorili tek 2% prvih i 5% drugih ispitanika. Više od polovice (53%) osoba koje se ne bave medicinom smatra da osobe oboljele od BAP-a nisu sposobne za samostalan život dok je takvih u prvoj skupini gotovo četvrtina (22%). Iako nisu svi pacijenti sposobni za samostalan život, ova tvrdnja daleko je od istine. Cilj liječenja (psihoformacima, psihoterapijom i psihosocijalnim tehnikama) nije samo smanjenje i uklanjanje simptoma već i povećanje sposobnosti da pacijent samostalno vodi svoj život [24]. Pacijenti mogu biti sposobni za rad i njihova radna sposobnost je multidimenzijski procjenjuje. Psihički poremećaj treba se promatrati kao oblik invaliditeta pa takve osobe mogu

imati smanjenu sposobnost za rad [25]. Javlja se problem koliko je socijalna i društvena okolina spremna pružiti priliku za rad oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja.

Gotovo jednak broj ispitanika (11% i 12%) smatraju da pacijenti s bipolarnim poremećajem ne bi smjeli odgajati djecu. Zakonska regulativa koja bi nekome zabranila ili ograničila pravo reprodukcije u RH ne postoji. Ipak valja napomenuti da oboljeli roditelji često trebaju pomoć u odgoju djece. Djeca oboljelih roditelja imaju genetski i psihosocijalni rizik za razvoj psihijatrijskih bolesti [26]. U ekstremnim slučajevima depresivnih epizoda pacijenti gube emocije prema djeci i svojim partnerima [13]. Nažalost, skrbništvo nad djecom može se dokinuti, pa i iz razloga mentalnih poremećaja. Manji broj ispitanika obje skupine (14% i 12%) izjavljuje da bi mogao biti u ljubavnoj vezi s osobama koje pate od BAP-a. Simptomi poremećaja su oni koji utječu na ljubavne odnose kada je jedna od osoba u vezi oboljela i takve veze su u većem riziku od neuspjeha. No, podrška intimnog partnera može pozitivno djelovati na stanje oboljelog. Istraživanje koje su proveli Boyers i Simpson Rowe [27] pokazalo je pozitivnu korelaciju između socijalne podrške partnera oboljelog od BAP-a i zadovoljstva tom vezom.

Moguće je da empatija i sažaljenje nisu jednako „vrijedni“ osjećaji pa je posljednja tvrdnja (Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje) u istraživanju možda malo i krivo postavljena. Empatija je u zdravstvenih djelatnika, ali i drugih osoba u okruženju pacijenta s mentalnim poremećajem, poželjna reakcija. Nasuprot tome, pacijenti vjerojatno ne trebaju sažaljenje. Ipak, pozitivno je da su u manjini ispitanici koje ovaj poremećaj emotivno ostavlja ravnodušnima (33% i 22%).

Oko 17% svih odgovora ispitanika koji se bave medicinskom profesijom bio je *Nisam siguran/sigurna* što je gotovo svaki pet ispitanik. Iako njih 93% tvrdi da zna što je bipolarni afektivni poremećaj, ovih 17% govori da još ima puno prostora da se bolje upoznaju s poremećajem. Preko 41% svih odgovora opće populacije glasilo je *Nisam siguran/sigurna*. Za zaključiti je da se u općoj populaciji prilično malo zna o ovom poremećaju, nisu dovoljno informirani ili nemaju jasne stavove kao rezultat neznanja. Pridodavši tome i veći postotak negativnih odgovora u općoj populaciji može se tvrditi da je potvrđena hipoteza 2. Kako je navedeno u tablici 2. ispitana je statistička značajnost razlike u odgovorima i tvrdnjama između medicinskih profesionalaca i ostalih ispitanika. Značajnost razlike se pokazala izrazitom čime je dokazana hipoteza 1. Rad je ispunio svoj cilj. Na nemalom uzorku (750 ispitanika) dobiven je uvid o stavovima medicinske i opće populacije o bipolarnom afektivnom poremećaju.

10. Zaključak

Bipolarni afektivni poremećaj ubraja se u skupinu težih mentalnih poremećaja. Kao i sve mentalne bolesti može biti uzrok stigmatizacije i diskriminacije koji se temelje na stereotipima, predrasudama i neznanju. Istraživanje koje je provedeno u sklopu ovog završnog rada pokazalo je da medicinski profesionalci imaju jasnije i primjerenije stavove o oboljelima od BAP-a u odnosu pripadnike opće populacije. Struktura odgovora ispitanika opće populacije upućuje da im je znanje o ovoj problematici skromno i da su stavovi izrečeni u anketi utemeljeni na neznanju. Struktura njihovih odgovora bitno je različite od medicinskih profesionalaca, dok je 41% svih odgovora *Nisam siguran/sigurna*. Manjak opredijeljenih odgovora (*Slažem se/Ne slažem se*) u općoj populaciji indirektno upućuje na nedostatak znanja o bipolarnom afektivnom poremećaju. Potvrda ovoga mogla bi se provesti proširivanjem ovog istraživanja u smjeru ispitivanja znanja dok se ovaj rad uglavnom bavio stavovima.

Uloga psihijatrijske medicinske sestre ili tehničara nije samo provedba zdravstvene njege poštujući pravila procesa zdravstvene njege korištenjem modernih medicinskih metoda i tehnika. Medicinska sestra je edukator pacijenta, njegove obitelji i pacijentove životne okoline. Ona je i promotor zdravlja i kvalitete života. Neodređenost stavova opće populacije u ovom istraživanju mogao bi biti putokaz medicinskim sestrama i tehničarima u psihijatrijskoj medicini u kom pravcu djelovati. To je obrazovanje populacije da osobe s ovom vrstom poremećaja nisu „lude“, da se bolest može kontrolirati, razbijanje stereotipa i predrasuda. Podaci dobiveni u populaciji medicinskih profesionalaca također upućuju na to da ima prostora za poboljšanje u vidu njihove edukacije. Istraživanje ima potencijala za proširenje. Tako bi se primjerice moglo ispitati da li stupanj obrazovanja ili godine starosti ispitanika utječu na stavove.

U Varaždinu, 20. rujna 2019. Ivana Đeri Čavić

11. Literatura

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Zagreb: Medicinska naklada; 2012. [pristup 22.5.2019.] Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44081/9789241547666_hrv.pdf;jsessionid=7EDD2608A607CE27182B91680F7E98D8?sequence=1
2. D. Begić, V. Jukić, V. Medved, ur.: Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada, 2015.
3. Lj. Moro i sur.: Psihijatrija – udžbenik za više zdravstvene studije, Rijeka, Glosa, 2004.
4. V. Muačević i sur.: Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada, 1995.
5. N. Burton: A Short History of Bipolar Disorder, Psychology Today, 2017. [pristup 22.5.2019.] Dostupno na: https://www.psychologytoday.com/intl/blog/hide-and-seek/201206/short-history-bipolar-disorder
6. B.L. Mason, E: Sherwood Brown, P.E. Croarkin: Historical Underpinnings of Bipolar Disorder Diagnostic Criteria. Behavioral Sciences, 2016 Sep, 6(3), 14.
7. D. Begić: Psihopatologija, Zagreb, Medicinska naklada, 2011.
8. National Institute of Mental Health, Bipolar Disorder . [pristup 22.5.2019.] Dostupno na: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml
9. J. Peacock: Bipolar disorder, Mankato, Capstone Press, 2000.
10. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
11. T.A. Rowland, S. Marwaha: Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Therapeutic Advances in Psychopharamacology, 2018 Sep, 8(9), 251–269.
12. A. Mihaljević-Peleš, M. Šagud, M. Bajs Janović: Znamo li prepoznati i dijagnosticirati bipolarni afektivni poremećaj?, Medicus, 2017, 26(2), 167-172.
13. V. Folnegović Šmalc, S. Štrkalj Ivezić, A. Bagarić, N. Mimica: Klasifikacija i dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja, Medix, 2008, 14 (77), 13-18.
14. M. Bajs M, Š. Janović, S. Štrkalj Ivezić, P. Kalember: Klinički instrumenti u dijagnostici bipolarnog afektivnog poremećaja, Medix, 2008, 14 (77), 19-23.
15. V. Folnegović Šmalc: Liječenje bipolarnog poremećaja. [pristup 5.6.2019.] Dostupno na:https://www.cybermed.hr/centri_a_z/bipolarni_poremecaj/lijecenje_bipolarnog_poremecaja

16. B. Novoselić: Liječenje bipolarnog afektivnog poremećaja, Zagreb, diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2015. [pristup 5.6.2019.] Dostupno na: https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A864
17. Lj. Hotujac, M- Rojnić Kuzman: Liječenje akutne faze bipolarnog afektivnog poremećaja, Medix, 2008, 14 (77), 26.-30.
18. D. Kozarić-Kovačić, T. Frančišković, ur.: Psihoterapijski pravci, Zagreb, Medicinska naklada, 2014.
19. B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zagreb, Zdravstveno veleučilište, 2007.
20. K.M. Fortinash, P.A. Holoday Worret: Psychiatric Nursing Care Plans. St.Louis, Mosby, 2003.
21. L.D. Hawke, S.V. Parikh, E.E. Michalak: Stigma and bipolar disorder, A review of the literature, Journal of Affective Disorders, 2013, 150(2), 181–191.
22. Social Science Statistics [pristup 6.6.2019.] Dostupno na: https://www.socscistatistics.com/
23. Quantpsy [pristup 6.6.2019.] Dostupno na: http://www.quantpsy.org
24. S. Štarkalj-Ivezić, I. Urlić, M. Mihanović, B. Restek Petrović: Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja, Medix, 2008, 14 (77), 67.-70.
25. V. Jukić, S. Štarkalj-Ivezić, M. Kušan Jukić: Procjena radne sposobnosti osoba s dijagnozom psihotičnog poremećaja, Medix, 2008, 14 (77), 71.-75.
26. American Psychiatric Association. Practice guidelines for bipolar disorder. Am J Psychiatr,. 1994, 151(Suppl 12), 1-36.
27. G.B. Boyers, L. Simpson Rowe: Social Support and Relationship Satisfaction in Bipolar Disorder, Journal of Family Psychology, 2018; 32 (4): 538 –543.

Popis slika

Slika 4.1. Ciklička i dinamička priroda procesa zdravstvene njege. 11

Popis tablica

Tablica 3.5.1. Temeljni principi pri liječenju BAP-a. 10

Tablica 8.2.1. Statistička značajnost razlike u pitanjima 5.-14. Izvor: autorica. 30

Popis grafikona

Grafikon 8.1.1. Dobna struktura ispitanika. 18

Grafikon 8.1.2. Obrazovna struktura ispitanika. 18

Grafikon 8.2.1. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj?* u skupini medicinskih djelatnika. 19

Grafikon 8.2.2. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj?* u skupini iz opće populacije. 20

Grafikon 8.2.3. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja?* u skupini medicinskih djelatnika. 21

Grafikon 8.2.4. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja?* u skupini iz opće populacije. 21

Grafikon 8.2.5. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest* u skupini medicinskih djelatnika. 22

Grafikon 8.2.6. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest* u skupini iz opće populacije. 22

Grafikon 8.2.7. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a su „lude" i agresivne u* skupini medicinskih djelatnika. 23

Grafikon 8.2.8. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a su „lude" i agresivne* u skupini iz opće populacije. 23

Grafikon 8.2.9. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a?* u skupini medicinskih djelatnika. *24*

Grafikon 8.2.10. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a?* u skupini iz opće populacije. *24*

Grafikon 8.2.11. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama u* skupini medicinskih djelatnika.. 25

Grafikon 8.2.12. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama* u skupini iz opće populacije. 25

Grafikon 8.2.13. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život* u skupini medicinskih djelatnika. 26

Grafikon 8.2.14. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život* u skupini iz opće populacije. 26

Grafikon 8.2.15. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu* u skupini medicinskih djelatnika. 27

Grafikon 8.2.16. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu* u skupini iz opće populacije. 27

Grafikon 8.2.17. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a?* u skupini medicinskih djelatnika. 28

Grafikon 8.2.18. Raspodjela odgovora prema skupinama na pitanje *Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a?* u skupini iz opće populacije. 28

Grafikon 8.2.19.. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje* u skupini medicinskih djelatnika. 29

Grafikon 8.2.20. Raspodjela odgovora prema skupinama na tvrdnju *Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje* u skupini iz opće populacije. 29

Prilog 1. Anketni upitnik

1. Jeste li Vi zdravstveni djelatnik (medicinska sestra/tehničar, liječnik, farmaceut, fizioterapeut, itd.)?
   a. Da
   b. Ne

2. Koliko godina imate?
   a. < 20
   b. 20-30
   c. 30-40
   d. 40-50
   e. 50-60
   f. > 60

3. Vaš spol je:
   a. Žensko
   b. Muško

4. Koja je razina Vašeg obrazovanja?
   a. Bez završene osnovne škole
   b. Završena osnovna škola
   c. Završena srednja škola
   d. Završen preddiplomski studij
   e. Završen diplomski studij
   f. Završen poslijediplomski studij

5. Znate li što je bipolarni afektivni poremećaj?
   a. Da
   b. Ne
   c. Nisam siguran/sigurna

6. Poznajete li osobu oboljelu od bipolarnog afektivnog poremećaja?
    a. Da
    b. Ne
    c. Nisam siguran/sigurna

7. Osoba oboljela od BAP-a je sama kriva za svoju bolest.
    a. Slažem se
    b. Ne slažem se
    c. Nisam siguran/sigurna

8. Osobe oboljele od BAP-a su „lude“ i agresivne.
    a. Slažem se
    b. Ne slažem se
    c. Nisam siguran/sigurna

9. Biste li se osjećali sigurno i ugodno u društvu osobe oboljele od BAP-a?
    a. Da
    b. Ne
    c. Nisam siguran/sigurna

10. Osobe oboljele od BAP-a treba izolirati u specijaliziranim ustanovama (bolnicama, domovima i sl.).
    a. Slažem se
    b. Ne slažem se
    c. Nisam siguran/sigurna

11. Osobe oboljele od BAP-a su nesposobne za samostalan život.
    a. Slažem se
    b. Ne slažem se
    c. Nisam siguran/sigurna
12. Osobe oboljele od BAP-a ne bi smjele odgajati djecu.
    a. Slažem se
    b. Ne slažem se
    c. Nisam siguran/sigurna

13. Biste li mogli biti u ljubavnoj vezi s osobom oboljelom od BAP-a?
    a. Da
    b. Ne
    c. Nisam siguran/sigurna

14. Osoba s BAP-om u meni budi empatiju i sažaljenje.
    a. Slažem se
    b. Ne slažem se
    c. Nisam siguran/sigurna

UNIVERSITY
NORTH

Sveučilište
Sjever

VŽ KC

MMI

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, Ivana Đeri Čavić _____ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja _____ *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ivana Đeri Čavić
_____
(vlastoručni potpis)

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

Ja, Ivana Đeri Čavić _____ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Stavovi i predrasude prema osobama oboljelima od bipolarnog afektivnog poremećaja _____ *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Ivana Đeri Čavić
_____
(vlastoručni potpis)