

Psihološka njega psihijatrijskih bolesnika

Štampar, Tea

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:426298>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-21**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Tea Štampar

Psihološka njega psihijatrijskih bolesnika

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2021.

„Ovaj diplomski rad izrađen je u Psihijatrija i psihološka medicina, Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Zorana Kušević i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2020/2021.“

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1 Predmet i cilj rada..... | 1 |
| 1.2 Izvori podataka i metodologije u radu | 1 |
| 1.3 Struktura rada | 2 |
| 2. PSIHOLOŠKA NJEGA I RAZVOJ PSIHOLOŠKOG ZNANJA | 3 |
| 2.1 Definiiranje psihološke njege | 3 |
| 2.2 Baza znanja u sestinstvu..... | 4 |
| 2.3 Povijest moderne psihologije..... | 6 |
| 2.3.1. Psihodinamska teorija: Freud i neofrojdovci..... | 7 |
| 2.3.2. Bihevizizam: Pavlov i Skinner | 9 |
| 2.3.3. Kognitivna psihologija u praksi zdravstvene njege: Piaget i Beck | 10 |
| 2.3.4. Humanistički model u praksi zdravstvene njege: Maslow i Rogers | 11 |
| 3. ZNANJE POTREBNO ZA PRUŽANJE PSIHOLOŠKE NJEGE | 13 |
| 3.1 Znanje potrebno za procjenu i praćenje..... | 13 |
| 3.2 Znanje potrebno za pružanje informacija | 15 |
| 3.3 Znanje za njegu utemeljenu na odnosu..... | 17 |
| 4. INTERPERSONALNE VJEŠTINE U KONTEKSTU PSIHOLOŠKE NJEGE | 19 |
| 4.1 Vještine psihološke procjene | 19 |
| 4.1.1. Anksioznost..... | 20 |
| 4.1.2. Depresija | 21 |
| 4.2 Komunikacijske vještine..... | 24 |
| 4.3 Vještine emocionalne njege | 27 |
| 4.4 Komponente emocionalne njege | 29 |
| 4.5 Vještine savjetovanja | 31 |
| 5. BUDUĆNOST PSIHOLOŠKE NJEGE | 35 |
| 6. ZAKLJUČAK | 38 |
| 7. LITERATURA | 39 |
| POPIS SLIKA | 43 |

SAŽETAK

Tema ovog diplomskog rada je Psihološka njega psihijatrijskih bolesnika. Problemi mentalnog zdravlja javljaju se u svim kulturama bez obzira na dob, a psihičkim smetnjama pogođena je petina čovječanstva. Oko 5 % populacije ima smetnje koje značajno ometaju radno i socijalno funkcioniranje. Kako bi medicinska sestra mogla pružiti kvalitetnu psihološku njegu, potrebno je da bude otvorena, iskrena, transparentna, da bezuvjetno prihvaća pacijenta te da suosjeća s njegovim problemima. Također, medicinska sestra treba znati komunicirati na neosuđujući način, pokazati integritet i empatijski kapacitet kao i odlučnost u donošenju odluka o njezi. Treba znati svoja ograničenja i ujedno se ponašati kao uzor drugima.

Neki autori su istaknuli važnost samosvijesti što se tiče vlastitih misli, znanja i želja. Važno je prihvatiti sebe sa svim manama i vrlinama kako bi mogli uspostaviti kvalitetne interpersonalne odnose. Medicinske sestre trebaju pratiti ponašanje pacijenata, prepoznati njihove stresove i kako se oni odnose prema njima. Svakako trebaju pratiti njihov izgled jer ponekad neuredan izgled može otkriti psihičko stanje pacijenta odnosno postoji li mogućnost za nastanak depresije.

Psihološka njega, kao segment holističkog pristupa ljudskom zdravlju, zbog brojnih pozitivnih posljedica nikako ne smije biti zanemarena, već neophodna komponenta, temeljena na najboljim mogućim dokazima. Nužno je uvođenje strategija koje će promovirati važnost i poboljšanje pružanja psihološke njege.

Ključne riječi: psihološka njega, sestrinstvo, interpersonalne vještine, znanje

SUMMARY

The topic of this thesis is Psychological care of psychiatric patients. Mental health problems occur in all cultures regardless of age, and one-fifth of humanity is affected by mental disorders. Furthermore, about 5% of the population has disabilities that significantly interfere with work and social functioning. For a nurse to be able to provide quality psychological care, she needs to be open, honest, transparent, to unconditionally accept the patient to empathize with his problems. Also, the nurse needs to know how to communicate in a non-judgmental way, show integrity and empathic capacity as well as determination in deciding about her. You need to know your limitations and simply act as a role model to others.

Some authors have stressed the importance of self-awareness as far as one's own thoughts, knowledge, and desires are concerned. It is important to accept yourself with all the flaws and virtues to be able to establish quality interpersonal relationships. Nurses need to monitor patients' behaviour, identify their stresses and how they are treated. Their appearance should be monitored, because sometimes a messy appearance can reveal the patient's mental state, i.e., there is a possibility of depression.

Psychological care, as a segment of a holistic approach to human health, due to its numerous positive consequences, must not be neglected, but a necessary component, based on the best possible evidence. It is necessary to introduce a strategy that will promote the importance and improve the provision of psychological care.

Key words: psychological care, nursing, interpersonal skills, knowledge

1. UVOD

Život svakog čovjeka u suvremenom svijetu prepun je čimbenika koji izazivaju frustraciju. Stres kojemu smo neminovno izloženi potiče sve veći broj psihosomatskih oboljenja koja su evidentno u porastu. Zbog navedenih oboljenja sve su veće potrebe i za psihijatrijskim intervencijama, pa s time u vezi postoji porast potreba za konzultativnom psihijatrijom. Ovaj se trend uočava i u našoj sredini, oko 30 % hospitaliziranih bolesnika ima psihičke poremećaje.

U tom smislu psihijatrijske medicinske sestre počinju naglašavati holistički pristup bolesniku kroz svakodnevni rad. Sestre koje rade na takvom odjelu konzultativno suradne psihijatrije moraju biti adekvatno educirane, kako o psihijatrijskim bolestima, tako i o tjelesnim oboljenjima, te etiologiji i njihovoj međusobnoj povezanosti koja će pridonijeti što kvalitetnijem pružanju sestrinske skrbi za bolesnika.

Sestre, također, moraju imati određeno iskustvo i adekvatno obrazovanje u radu na psihijatrijskom odjelu uz dodatnu edukaciju kroz razna predavanja i seminare kako bi adekvatno mogle prepoznati etiologiju emocionalnog odgovora na tjelesnu bolest.

1.1 Predmet i cilj rada

Tema ovog diplomskog rada je isticanje važnosti primjene psihološke njege psihijatrijskih bolesnika u radu medicinskih sestara. Psihološka njega nije pasivni, već aktivni čin koji podrazumijeva individualni i sveobuhvatni pristup te empatičko razumijevanje pacijentovog stanja, radi poboljšanja ishoda psihofizičkog zdravlja.

1.2 Izvori podataka i metodologije u radu

Podaci potrebni za izradu rada pronađeni su dijelom u stručnoj literaturi, a dijelom na internetskim stranicama. Izučavana stručna literatura bila je vezana uz psihologiju, psihološku njegu i sestrinstvo. Korištena sredstva i materijali u izradi diplomskog rada su: literatura, propisi, prospekti, internet servisi, a detaljan pregled navedenih materijala dan je na kraju diplomskog rada.

1.3 Struktura rada

U nastavku slijedi šest poglavlja u kojima se obrađuju teme relevantne za psihološku njegu psihijatrijskih bolesnika. U prvom uvodnom poglavlju određuje se predmet i cilj rada, navode se izvori podataka korišteni tijekom pisanja rada te prikazuje struktura rada.

U drugom poglavlju dan je kratak osvrt na psihološku njegu u sestrinstvu i razvoj psihološkog znanja. Prikazane su teorije kroz povijest moderne psihologije. Nadalje, objašnjene su definicije, modeli i preduvjeti psihološke njege.

U trećem poglavlju opisano je koja su znanja potrebna za pružanje psihološke njege. Ovo poglavlje sadrži tri potpoglavlja koja opisuju znanja potrebna za procjenu i praćenje, znanja potrebna za pružanje informacija te znanja potrebna za njegu utemeljenu na odnosu.

U četvrtom poglavlju definirane su potrebne vještine za uspješnu primjenu psihološke njege. Obrađuju se interpersonalne vještine u kontekstu zdravstvene njege, a to su vještine psihološke procjene, komunikacijske vještine, vještine emocionalne njege, vještine savjetovanja i pružanja informacija.

U petom poglavlju dan je osvrt na budućnost psihološke njege.

Rad završava zaključkom u kojem se iznose konačne misli o temi na osnovi cjelokupne obrade.

2. PSIHOLOŠKA NJEGA I RAZVOJ PSIHOLOŠKOG ZNANJA

U ovome poglavlju istražen je pojam i definicija psihološke njege te kako razvijanje jedinstvene baze znanja i vještina doprinosi razvoju sestrinske struke. Nadalje, poglavlje ističe različite grane psihologije i razmatra kako je psihološko znanje doprinijelo shvaćanju psiholoških aspekata tjelesnih bolesti i kako takvo znanje može pomoći zdravstvenim djelatnicima.

2.1 Definiranje psihološke njege

Prema Rimonsu psihološka uloga medicinske sestre je da „*predvidi i zadovolji emocionalne potrebe, da ostvari odnos, da komunicira i da ohrabri samopouzdanje i samostalnost, a to bi uključivalo prepoznavanje za psihijatrijskom pomoći, pokazivanja prihvatanja i spremnosti za slušanje, smirivanje, tješjenje, davanje nade*“ (1). Prema navedenom objašnjenju psihološka njega se naslanja na osobne kvalitete i međuljudske odnose.

Nichols tvrdi da psihološka njega „*uključuje pružanje izravne pomoći i kontinuirane podrške klijentima, dok se oni suočavaju s reakcijama na ozbiljnu bolest ili ozljedu*“ (2). Budući da je pružanje pomoći i njege dio rada medicinske sestre, u prethodnoj definiciji postoji teškoća s prepoznavanjem općih aspekata dobre njege i psihološke njege.

Model psihološke njege, koji služi kao vodič za pružanje psihološke njege u praksi, razvio je Nichols koji je 1993. godine definirao elemente psihološke njege (3):

- informacijska i edukacijska njega,
- emocionalna njega,
- osnovno savjetovanje te
- zastupanje.

Također, Nichols je naglasio da je preduvjet za učinkovitu psihološku njegu praćenje psihološkog stanja pacijenta te da bi djelatnici trebali imati priliku sudjelovati u sustavima podrške za djelatnike, budući da je samo pružanje psihološke njege stresno i zahtjevno (3).

Prema Nicholsu, postoje tri razine psihološke njege kako je navedeno u nastavku (4):

- Razina 1: Svjesnost
 - Svjesnost o psihološkim problemima
 - Slušanje usmjereno na pacijenta
 - Komunikacija usmjerena na pacijenta

- Svjesnost o pacijentovu psihološkom stanju; primjereno djelovanje.
- Razina 2. Intervencija
 - Praćenje i bilježenje psihološkog stanja
 - Informacije i edukacije
 - Emocionalna njega
 - Savjetovanje
 - Podrška/ zastupanje/ upućivanje.
- Razina 3:
 - Psihološka terapija.

Razina 1 prikazuje svjesnost o pacijentovim psihološkim potrebama te na ovoj razini trebaju djelovati minimalno svi njegovatelji. Nichols je smatrao da je, bez obzira na godine i iskustvo, „svjesnost“ nešto što je dostižno svim djelatnicima,.

Aktivnija razina intervencije je razina 2 koja uključuje intervencije kao što su pružanje podrške, informacije, edukacije, emocionalne njege, savjetovanja.

Napredna razina psihološke podrške je razina 3 i to u obliku psihološke terapije odnosno psihoterapije koju provodi za to specijalizirano osoblje (5).

Zaključno, psihološku njegu nije moguće adekvatno pružiti ako djelatnici ne brinu sami za sebe.

2.2 Baza znanja u sestrinstvu

Sestrinstvo je zvanje koje obavljaju medicinske sestre, a zadaća im je njega bolesnika i zaštita zdravih ljudi. Sestrinstvo kao djelatnost obuhvaća postupke, znanja i vještine zdravstvene njege. Ulogu medicinske sestre definirala je Virginia Henderson kao „...*pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti*“ (6).

- Njega; može biti imenica koja označava liječenje ili brigu za nekoga ili nešto, a može biti i glagol koji označava osjećaj brige ili interesa.
- Njegovanje; može biti imenica koja označava osjećaj naklonosti i topline, a može biti glagol koji označava osjećanje i pokazivanje brige za druge.

Uspoređujući objašnjenja raznih autora za pojam njega i njegovanje možemo zaključiti da njegovanje nije moguće do kraja objasniti jer su ponekad sestinstvo i njegovanje zasebne cjeline, a nekad sinonimi.

Definicija psihološke njega u kontekstu sestinstva jest „*psihološko funkcioniranje koje karakterizira osobna čežnja, htjenje ili želja, ili alternativno, izražavanje nelagode, lišenosti ili nedostatnosti*“ (7). Odnosno, psihološka njega obuhvaća socijalnu potrebu, potrebu za neovisnošću, kontrolom, pristupom informacijama, socijalnom interakcijom kao i potrebu za privatnošću te dostojanstvom. Navedene potrebe su rezultat izražavanja raznih emocija i ponašanja jedinstvenih svakom čovjeku. Međutim, ipak se ističu i osjećaji kao patnja, strah, frustracija, gubitak motivacije kao i osjećaj nepovjerenosti.

Sve više se suočavamo s razlikama između vještina potrebnih za njegu tijela bolesnika i onih vještina potrebnih za psihološke aspekte bolesnika, a gdje potrebe direktno utječu na osjećaje, misli i ponašanje ljudi. Tijekom sveučilišnog diplomskog studija sestinstva psihološke potrebe bolesnika zastupljene su mnogostruko više u odnosu na prvostupnice sestinstva koje tijekom svog obrazovanja stječu vještine „njegovanja“ iz procesa zdravstvene njega.

Psihološka njega uključuje brigu za bolesnikove psihološke potrebe upotrebom niza vještina kao što su slušanje, opažanje, pružanje empatije i adekvatna komunikacija, pri čemu je krajnji cilj ublažavanje psihološke patnje. Psihološka uloga medicinske sestre je da predvidi i zadovolji emocionalne potrebe, kao i da ostvari odnos prožet povjerenjem te komunicira i ohrabruje samostalnost, ali i samopouzdanje.

U pristupu bolesniku ključni element je psihosocijalna podrška koja uključuje senzibilizirano pružanje psihološke i socijalne te duhovne skrbi. Medicinske sestre sastavni su dio terapijskog tima, a jedinstvene u podupiranju bolesnog pojedinca pri čemu postepeno izgrađuju i nadograđuju dijalog s bolesnikom kako bi unaprijedile interpersonalni odnos. Također, medicinske sestre opažaju što je bolesnicima najvažnije, što im je nedostavno te kako oni sebe doživljavaju, ali i kako razni odnosi utječu na njih i na modeliranje njihovih odluka. Na kraju opažaju i njihovu sposobnost življenja s tim odlukama tijekom i nakon liječenja (8).

2.3 Povijest moderne psihologije

Kako se u ovom radu razmatra psihološka njega u sestrinstvu, u nastavku teksta ćemo se osvrnuti na razvoj psihologije.

Psihologija je znanost koja „*nastoji opisati, razumjeti, predvidjeti i (ponekad) modificirati ponašanje*“ (4), a za koju se smatra da je postala ugledna znanstvena disciplina tek 1879. godine. Naime, te godine je Wilhelm Wundt otvorio prvi laboratorij za eksperimentalnu psihologiju u Njemačkoj. Wundt je koristio introspekciju, način gledanja prema unutra i izvještavanje o mislima i osjećajima, kako bi pokušao razumjeti strukturu i sadržaj ljudskog uma (4).

Također, Wiliam James je otprilike u isto vrijeme, u Americi, istraživao um kroz introspekciju gdje je zaključio da um sadržava osjećaje, želje, rasuđivanje i sviđanje. Nadalje, zaključio je, da ako želimo shvatiti ljudski život, trebale bi se istraživati misli i emocije (10). Psihološki modeli traže objašnjenja za ljudsko ponašanje unutar dječjeg razvoja i iskustva, učenja, okoline, misli i osjećaja. Četiri su glavna psihološka objašnjenja ljudskog ponašanja:

- psihodinamski model
- bihevioralni model
- humanistički model
- kognitivni model (4).

S ciljem stvaranja jedinstvene baze znanja i prakse tijekom osamdesetih godina 20. stoljeća došlo je do nagle pojave različitih „*teorijskih modela sestrinstva*“ koji su uglavnom preneseni iz Amerike u Veliku Britaniju. U to vrijeme Roper, Logan i Tierney razvili su „*model svakodnevnih životnih aktivnosti*“. Budući da je dio ovog modela preuzet iz medicinskog modela kritiziran je zbog isticanja bioloških potreba u odnosu na druge potrebe (9).

Međutim, i prije pojave takvih modela i teorija, sestrinstvo se oslanjalo na druge baze znanja, a sve discipline i dalje utječu na sestrinstvo, znanje i praksu zdravstvene njega. Te baze znanja su:

- anatomija
- fiziologija
- medicina
- pravo
- etika
- sociologija
- politika

- socijalna politika
- umjetnost
- obrazovanje
- psihologija (4).

2.3.1. Psihodinamska teorija: Freud i neofrejdovci

Krajem 19. i početkom 20. stoljeća pojavljuje se psihodinamska teorija. Glavni predstavnici su Freud (1856-1939.), Jung (1875-1961.) i Adler (1870-1937.) (11). Freud je među prvima smatrao da se introspekcijom ne može ostvariti pristup našim mislima i osjećajima. Tvrdio je da imamo pristup samo svjesnom dijelu mentalnih procesa, ali da nesvjesni dio ima jako veliki utjecaj na naše živote.

Freudovi su učenici (primjerice Jung, Adler, Erikson, ...) njegov rad nastavili i dopunili, ali i mijenjali te su se neke teorije razvile u zasebne psihoterapijske tehnike, no svima su im zajednički temelj grupna analiza, psihoanalitička psihoterapija, kratka dinamska psihoterapija, psihodrama itd. (12).

Nadalje, Freud je tvrdio da ljudi trebaju specijaliziranu pomoć i specifične tehnike da bi ostvarili pristup sadržaju svojih nesvjesnih misli. On je, da bi pristupio sadržaju tih nesvjesnih misli, koristio hipnozu, slobodne asocijacije i interpretaciju snova. Uspio je dokazati da je histerična paraliza više psihološki nego tjelesni problem, jer su pacijenti u hipnotiziranom stanju uspijevali pomaknuti paralizirani ud. Uveo je pojam nesvjesni um te je tvrdio da se sastoji od dvije moćne sile: *eros*, pozitivna sila povezana s ljubavlju i seksualnim izražavanjem i *tanatos*, negativna sila povezana sa smrću i destrukcijom.

Kod mentalno zdravih osoba navedene sile su u ravnoteži, a poneka ljudska ponašanja mogu se promatrati kao konflikt između spomenutih sila. Između ostalog, Freud je tvrdio da se ljudska ličnost razvija prvih nekoliko godina života te da u početku instinkti nastoje zadovoljiti sve potrebe. Stoga je dijete prve dvije godine života egocentrično, jer je usmjereno na sebe i svoje potrebe i ne može uzeti u obzir potrebe drugih ljudi. Ova „sebična“ strana ljudske prirode, kojom dominira „princip ugone“ ili *id*, nastavlja se kroz život. Međutim, kako odrastamo, učimo da ne možemo uvijek dobiti sve što želimo, inače možemo povrijediti ili uzrujati druge ljude ili čak možemo prekršiti zakon. Tako godinama razvijamo svijet ili skup moralnih vrijednosti koje nam omogućavaju da postavimo granice i prihvatimo kompromise. Freud je ovu svijest opisao kao *superego*. *Ego* ili „self u realnosti“ uravnotežuje potrebe *superega* i *ida*.

Freudove ideje su prvobitno šokirale društvo njegovog doba, no kasnije su postale visoko cijenjene te su utjecale na teorije i ideje drugih kao što su Jung i Adler. Freudova psihodinamska teorija je utjecala na psihijatriju, tvrdeći da bi se liječnici trebali usmjeriti na probleme u podsvijesti prije nego na simptome (13).

U literaturi se kao psihodinamsko objašnjenje navodi nesigurni model privrženosti, a kao kognitivno-bihevioralno manjak odlučnosti u donošenju odluka (14) koji proizlazi iz sličnog ponašanja u roditelja ili nagrađivanja „lojalnog“ djetetova ponašanja, a kažnjavanja neovisnog. Strahovi i karakteristično ponašanje obično počinju u ranoj odrasloj dobi. Primjerice, osoba očekuje od drugih da preuzmu odgovornost za njezin život, nije sposobna donijeti odluku bez tuđih savjeta, teško izražava neslaganje radi straha od neodobravanja, rijetko pokreće neku aktivnost ili se osjeća bespomoćno u samoći. Kad okončava jedan odnos, brzo ulazi u novi te je u odnosima preokupirana strahom od napuštanja. Pojedinci s ovisnim poremećajem ličnosti često zanemaruju vlastite osobne potrebe te čak toleriraju zlostavljanje ili maltretiranje. Dominantni mehanizmi obrane su premještanje i regresija.

Kognitivni simptomi dovode do trajnih ili privremenih oštećenja kognitivnih procesa. Kognitivni deficiti uključuju: poremećaj mišljenja, nekoherentan govor, gubitak asocijacija, neologizme (novostvorene riječi), oštećenje pažnje, oštećenje procesiranja informacija te pad opće inteligencije (15). Često se mogu preklapati s negativnim i afektivnim simptomima i na taj način determinirati ishod bolesti.

Osnovne odrednice psihodinamske teorije (16) su nesvjesno, rana iskustva, podjela psihičkog aparata na *ego*, *superego* i *id*, *eros* i *tanatos*.

- a) Nesvjesno kao pokretač unutarnjih motiva, postupaka, shvaćanja, što znači da brojne stvari koje činimo ili naši načini razmišljanja nisu dostupni svijesti, već se skrivaju negdje u nesvjesnim djelićima uma.
- b) Važnost ranih iskustava, što znači da nas iskustva već iz najranijeg djetinjstva oblikuju kao odrasle osobe, ne samo naša razmišljanja i stavove, već i naše unutarnje konflikte i probleme.
- c) Psihološka uzročnost, odnosno teorija da svaki, i najmanji, postupak, motiv ili osjećaj neke osobe ima unaprijed zapisan psihološki algoritam zbog kojeg se događa.
- d) Ličnost svakog čovjeka ima tri osnovne sastavnice – *id*, *ego* i *superego*, o čemu će biti riječi dalje u tekstu.
- e) Postoje dva osnovna pokretača ljudskih postupaka – *eros* (seksualni nagon i instinkt života) i *tanatos* (agresivni nagon i instinkt smrti), koji su u stalnom sukobu i u određenim situacijama jedan od njih prevladava.

Pod psihodinamskim radom se podrazumijeva stalno kretanje čovjekovog unutarnjeg psihičkog života kao što su emocije, želje i fantazije. Stoga je medicinskim sestrama neophodno za pružanje psihološke njege psihodinamski razumijevati ličnost. Na ovaj način može se detektirati kako misli, želje, osjećaji i fantazije utječu na ljudsko ponašanje, na njegovo pokretanje i izmjenu.

Moderni psihoanalitički pristup koristi psihodinamske teorije raznih škola, poput psihoanalitičke teorije objektivnih odnosa M. Klein, Fairbairna, Winnicotta i Balinta koja stavlja naglasak na interpersonalne odnose kod odgovaranja na stresore ili na primjer selfpsihologija s naglaskom na interpersonalno po Sullivanu koju je još razvio H. Kohut.

2.3.2. Biheviorizam: Pavlov i Skinner

Biheviorizam nastaje 30-tih godina prošlog stoljeća kao reakcija na psihodinamsko učenje u okviru psihijatrije. Temelji se na teorijama učenja Pavlova (1849-1936.) i Skinnera (1904-1990.). Psihologija, kako je biheviorist vidi, potpuno je objektivna, eksperimentalna grana prirodnih znanosti. „*Njezin je teoretski cilj predviđanje i kontrola ponašanja. Introspekcija ne čini temeljni dio njezinih metoda*“ (17).

Biheviorizam odbacuje ideje Freuda i Wundta, tvrdeći da bi psihologija trebala izučavati samo ponašanja koja se mogu promatrati, što znači da se mišljenja, osjećaji i rasuđivanje smatraju nevažnim. Predstavnici biheviorizma koristili su znanstvene principe kako bi pronašli vezu između postupaka i događaja u okolini i reakcija pojedinaca na te događaje. Biheviorizam tako sugerira da su sva ponašanja rezultati učenja. Nekoliko teorija učenja je izašlo iz rada biheviorista. Pavlovljev rad, poznat kao „klasično uvjetovanje“, pokazao je kako ljudi uče na temelju stvaranja veza prethodno nepovezanih stvari, to jest, povezivanjem okolinskih podražaja i reakcija na te podražaje. Najpoznatiji Pavlovljev eksperimentalni rad s probavnim procesima kod pasa u laboratoriju doveo je do spoznaje da će psi u laboratoriju prirodno sliniti na miris ili prisutnost hrane, ili da će sliniti na zvuk zvona, ako ga se dovoljni broj puta poveže s dolaskom hrane.

Skinner je razvijao navedenu ideju te je razvio teoriju poznatu kao „*operantno uvjetovanje*“ prema kojoj ljudi uče na temelju posljedica svojih postupaka što znači da kada ponašanje rezultira pozitivnim posljedicama, vjerojatno je da će se to ponašanje ponoviti te ga Skinner opisuje kao pozitivno potkrepljenje. Navedeni princip se primjenjuje jednako na loša kao i na ponašanja koja nisu poželjna. Negativno potkrepljenje je uklanjanje neželjenih posljedica ponašanja.

Albert Bandura predlaže „Teoriju socijalnog učenja“ koja pokazuje da se ponašanje događa opažanjem i imitacijom ponašanja drugih ljudi te je snimio film u kojem mlada žena fizički napada lutku klauna na napuhavanje. Film je prikazao djeci te ih je promatrao u vlastitoj igri. Djeca su imitirala agresivno ponašanje, a da nisu očekivala bilo kakvo potkrepljenje ili nagradu. Došao je do zaključka da ljudi ne uče samo putem potkrepljivanja kao što tvrdi Skinner, već da postoje i drugi načini učenja, u slučaju „Bobo“ lutke oponašanjem modela (4). Svi ciljevi rada u procesu njege bolesnika usmjereni su prema biheviorističkim ciljevima te uključuju procjenu njihova ostvarenja. Na taj način je moguće procijeniti stjecanje raznih vještina. U suradnji s bolesnikom razvija se zajedničko razumijevanje i identifikacija problema te se pokušava utvrditi kako to utječe na bolesnikove misli, ponašanja i osjećaje. Princip je usmjeren na „ovdje i sada“, a kroz razgovor se nastoji shvatiti bolesnikov problem kao i dati mu uvid u nova rješenja pojedinih problema. Ta rješenja mogu biti korisnija i učinkovitija od sadašnjih načina suočavanja.

2.3.3. Kognitivna psihologija u praksi zdravstvene njege: Piaget i Beck

Piaget (1896.-1980.) je bio najpoznatiji predstavnik kognitivne psihologije. On je polovicom 20. st. nastojao odrediti načine na koje se razvija kognitivno funkcioniranje u djetinjstvu uzimajući u obzir ljudske misli i interpretacije misli kao glavne odrednice ponašanja.

Piaget je zaključio da se djeca rađaju sa skupom primitivnih refleksa važnih za preživljavanje, a kasnije razvijaju mentalne strukture nazvane sheme. Shema je plan koji pomaže djetetu i odraslima kad se susretnu s novim ljudima, objektima i situacijama da spozna o čemu se radi i što može napraviti. Kako rastemo, broj shema se povećava te se kombiniraju kroz izvođenje operacija. Tijekom razvoja, dijete se prema novim aspektima okoline ponaša primjenjujući već postojeće sheme. Ova pojava je poznata kao asimilacija. Ako dođe do mijenjanja shema da bi se uključile nove informacije, ovaj proces se naziva akomodacija. Asimilacija i akomodacija zajedno dovode do ekvilibrija ili ravnoteže između unutrašnjih mentalnih struktura i informacija s kojima se susreću u svakodnevnom životu (4).

Kognitivna psihologija brzo se razvijala do 1950. godine i usmjerila se na istraživanje mišljenja, pamćenja, rasuđivanja i procesiranja informacija. Aaron T. Beck doprinio je porastu kognitivne psihologije na mnogo načina. Njegova teorija otvorila je vrata mnogim novim idejama u svijetu psihologije. Beckova kognitivna teorija naglašava utjecaj načina razmišljanja na emocije i ponašanja, stoga je cilj liječenja promijeniti pogrešno mišljenje.

Princip liječenja uključuje kognitivnu terapiju, koju je razvio Beck, u kombinaciji s bihevioralnim pristupom kako bi nastala kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) (4).

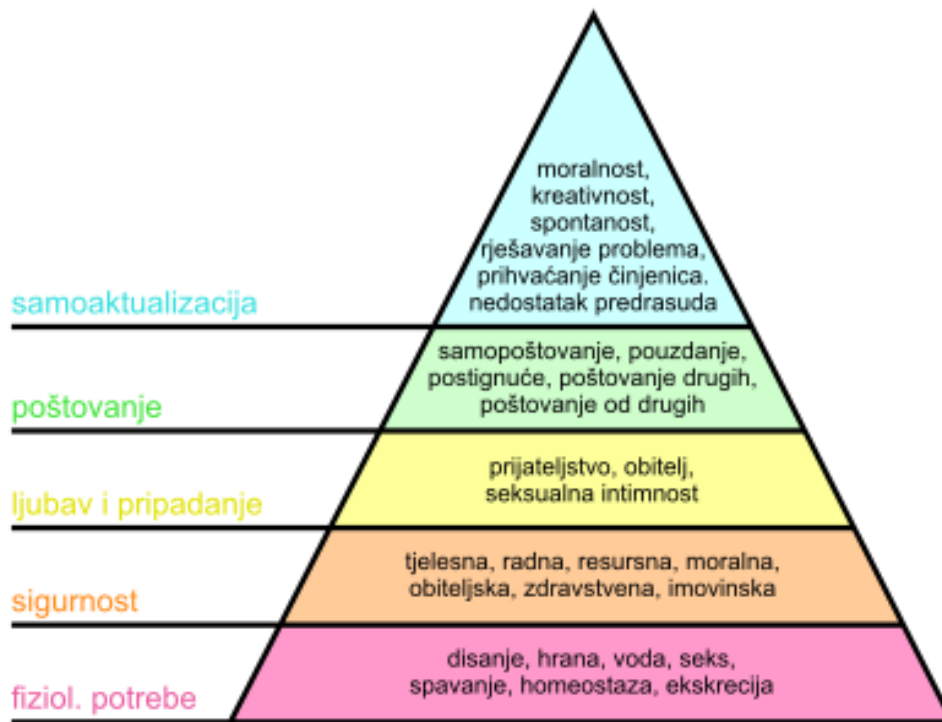
U praksi psihološke njege korisno je imati kognitivna znanja jer pogrešne, a nerijetko i iracionalne misli narušavaju zdravstveno funkcioniranje pojedinca. Slijedom navedenog, u psihološkom radu moguće je provoditi kognitivnu terapiju (utemeljitelj Aaron T. Beck 1979.). Danas su dostupni mnogi dokazi koji govore u prilog uspješnosti liječenja bolesnika kognitivnim pristupom, najčešće u kombinaciju s bihevioralnim, te je stoga postalo nezamjenjivo koristiti te tehnike u psihološkom radu s bolesnicima.

2.3.4. Humanistički model u praksi zdravstvene njege: Maslow i Rogers

Kao alternativa stajalištu da je ljudsko ponašanje određeno nesvjesnim silama ili ranijim iskustvima razvijen je humanistički pristup koji se protivio tradicionalnim, znanstvenim i kvantitativnim pristupima shvaćanju ljudskog ponašanja i iskustava.

Humanistički teoretičari gledaju na ljude kao na pozitivna bića sa slobodnom voljom za donošenje odluka, izražavanje vrijednosti i određivanje osobne svrhe. Glavni predstavnici humanističke psihologije sa snažnim utjecajem i doprinosom bili su May (1909-1994.) i Maslow (1908-1970.) koji su proučavali smisao postojanja i osobne identitete te psihološki zdrave osobe.

Prema Maslowu sve ljudske potrebe, osim fizioloških i potreba za sigurnošću, a koje osiguravaju fizičko preživljavanje su psihološke po prirodi. Maslovljeva hijerarhija potreba tvrdi da je čovjek motiviran da ispuni najniže dijelove hijerarhije kako bi mogao ispuniti više stupnjeve. Slika 1. prikazuje Maslovljevu hijerarhiju potreba.



Slika 1. Maslovljeva hijerarhija potreba

(Izvor: https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva_hijerarhija_potreba)

Po navedenoj hijerarhiji prvo trebaju biti ispunjene fiziološke potrebe i potrebe za sigurnošću. Kada se navedeno ispuni, ljudi su motivirani za ispunjavanje potreba za ljubavlju i pripadanjem, zatim poštovanjem i potrebom za samoaktualizaciju. Samoaktualizacija je moralnost, kreativnost, spontanost, rješavanje problema, prihvaćanje činjenica itd. Ovo je stanje pri kojem pojedinci postižu sve što su mogli postići, no Maslow tvrdi da jako malo ljudi postiže ovo stanje (18).

Uzrok ovome može biti okolinski, nedostatak potpore i evaluacije drugih ljudi ili pak negativne procjene ljudi. Posljedično čovjek može narušiti sliku o sebi odnosno može imati nisko samopoštovanje. Savjetovanju u psihološkoj njezi cilj je povećanje individualnog kapaciteta za osobnu odgovornost i izbor.

3. ZNANJE POTREBNO ZA PRUŽANJE PSIHOLOŠKE NJEGE

U ovome poglavlju istražena su psihološka znanja koja mogu podržati psihološku procjenu i praćenje, emocionalnu njegu, informacijsku njegu i njegu koja se temelji na odnosu.

Tijekom godina prenijeti su razni pogledi na to koje znanje zdravstveni djelatnici trebaju kako bi bili kompetentni i efikasni pružatelji psihološke njege. Prema Wellsu (1983.) medicinske sestre bi trebale znati relativno veliki broj te raznolike psihološke činjenice koje bi trebale moći povezati sa situacijama njegovanja i na taj način procijeniti psihološke potrebe i riješiti probleme (4).

Barnett (1983.) je pretpostavljao da je „*psihološka njega slabo shvaćen i neuspješan aspekt sestrištva... medicinske sestre trebale bi istraživati i iskoristavati psihologiju da poboljšaju njegu*“. Prema navedenom, one trebaju preciznu procjenu psihološkog znanja i vještine za primjenjivanje principa na individualne pacijente (4).

Nadalje, Webster (1991.) je vjerovao da bi dodavanje psihološkog znanja bazi znanja u sestrištvu, uz poboljšanje kvalitete sestrišne prakse, također pozitivno utjecalo na istraživanje, rukovođenje i obrazovanje (4).

3.1 Znanje potrebno za procjenu i praćenje

Kako bi što bolje procijenili potrebe drugih, potrebno je definirati prirodu socijalne percepcije i stavova. Socijalna percepcija proučava kako stvaramo dojmove o drugim ljudima i kako donosimo zaključke o njima (19). Drugim riječima, bavi se time kako ljudi percipiraju, obraćaju pažnju, pamte stvari o sebi samima kao i drugim ljudima te kako različite društvene situacije utječu na takve spoznajne procese.

Nadalje, istraživanje je pokazalo da ljudi odabiru različite modele ponašanja na koja obraćaju pažnju, tumačenje istog ponašanja često je različito, kao i utjecaj motivacije na percepciju ponašanja drugih (20). Osim toga, snažan utjecaj na percepciju ima i okolina u kojoj je osoba odgojena i u kojoj živi. Witkin i suradnici (1966.) pokazali su kako sposobnost ljudi da percipiraju likove skrivene u slikama može imati posljedice na to kako se ponašaju u društvenom svijetu i kako ga percipiraju što je stvorilo osnovicu za dimenziju ličnosti nazvanu ovisnost o polju/neovisnost o polju (20). Ljudi neovisni o polju percipiraju sebe kao odvojene od drugih ljudi i vide mnoge razlike između sebe i drugih, dok ljudi ovisni o polju percipiraju sebe kao slične drugima budući da svoj identitet promatraju u odnosu na druge, a ne prema sebi kao individui (20).

Međutim, uobičajena i svakodnevna aktivnost kojom se bavimo je stvaranje dojmova o drugim ljudima i samima sebi. Ti prvi dojmovi, iako se čine važnima često su netočni i održavaju grub i vrlo isključiv pogled na stvarne značajke neke osobe. Takva procjena temelji se na implicitnoj teoriji ličnosti, vrsti sheme kojom se ljudi koriste kako bi grupirali različite osobine ličnosti koje se javljaju zajedno (4).

Navedene teorije se sastoje od naših ideja o tome koje se osobine ličnosti pojavljuju zajedno (19) jer ako je osoba ljubazna, naša teorija ličnosti kaže nam da je ona vjerojatno i velikodušna. Ako je osoba škrta, često je okarakterizirana i kao razdražljiva.

Dok su dojmovi o drugim ljudima pojednostavljene percepcije koje pokušavaju dati točnu procjenu neke osobe, stereotipi su pokušaji „guranja“ ljudi u određene kategorije. Predstavljaju izobličenja stvarnosti, ne uspijevaju se prilagoditi stvarnim osobama, a mogu rezultirati pristranostima i predrasudama. Međutim, ipak opstaju jer nude način pojednostavljenog predviđanja ljudskog ponašanja (20).

Stereotipi pridonose smanjenju količina informacija koje je neophodno znati o nekoj osobi jer služe kao svojevrsna membrana kroz koju propuštamo određene informacije i vidimo samo ono što želimo vidjeti (21). Mogu biti korisni jer omogućuju memoriranje novih podražaja na temelju ranijih informacija i donošenja odluka, olakšavaju pohranjivanje nejasnih informacija i općenito organiziraju naše znanje i vjerovanja. Štetni su ako se generaliziraju određena obilježja na sve pripadnike određene skupine te ako se pojedinci procjenjuju u skladu sa stereotipom ili ako utječu na procjenu nečije izvedbe (19).

Stereotipiziranje tj. korištenje stereotipnog znanja u stvaranju dojmova o pojedinačnoj osobi, nije nužno emocionalno te ne vodi uvijek diskriminaciji. Ipak, ako nas stereotip čini slijepima za individualne razlike unutar grupe ljudi, on je neadaptivan, nepravedan i potencijalno zlostavljajući (19).

Tako je poznat stereotip o medicinskim sestrama koje su često u medijima prikazivane kao „namrgođena baba“, „služeći anđeo“, „zločesta medicinska sestra“ ili „liječnikova služavka“. Iako su takvi nazivi uglavnom netočni i često šaljivi, ukazuju na moć stereotipa i mogu voditi k donošenju ozbiljnijih prosudbi na temelju individualne pripadnosti određenoj etničkoj ili drugoj identifikacijskoj grupi (4). Također se medicinske sestre uglavnom smatra ženama te su medicinski tehničari u medijima često prikazani kroz eksplicitne stereotipe muškosti i spolnosti te se dovodi u pitanje njihov izbor karijere (22).

Međutim, rezultati istraživanja provedenog 2016. pokazuju da većina pacijenata odbacuje tvrdnje da je sestrinstvo ženska profesija iako nešto manje od polovice još uvijek gaji

stereotipne stavove o sestrinstvu kao ženskoj profesiji. Pri tome, većini ispitanika gotovo nikada zdravstvenu njegu nije pružao medicinski tehničar (22).

Za razliku od stereotipa, pojam predrasuda odnosi se na opću strukturu stava i njegovu emocionalnu sastavnicu. Iako može uključivati pozitivne i negativne osjećaje, izraz predrasuda rezerviran je, primarno, za negativne stavove o drugima (19).

Predrasuda se može definirati kao neprijateljski ili negativni stav prema prepoznatljivoj grupi ljudi, koji se temelji isključivo na njihovu članstvu u toj grupi. Stavovi su isključivo procjenjivački, nije moguće imati neutralan stav prema nekome ili nečemu. Unatoč tome, stavovi nisu prediktori ponašanja, jer ljudi ne rade uvijek ono što se može pretpostaviti na temelju izraženog stava. Naši stavovi i predrasude često se mogu pokazati kroz „neverbalno curenje“, kao što su naši izrazi lica, udaljenosti koju stvaramo između nas i pacijenata te naše korištenje, odnosno nekorištenje dodira (4).

U konačnici, svi smo mi ljudi i samo zato što se bavimo pomagačkom profesijom ne znači da smo imuni na stvaranje negativnih procjena ljudi zasnovanih na našoj implicitnoj teoriji ličnosti, stereotipima, stavovima i predrasudama. Neizmjereno je važno tretirati pacijente s poštovanjem, humanošću, integritetom i autonomnošću i kada se ne slažemo s onim što naši pacijenti rade.

3.2 Znanje potrebno za pružanje informacija

Pacijenti često osjećaju da nisu dovoljno informirani i uključeni u svoje liječenje jer imati relevantnu i pravodobnu informaciju o vlastitom zdravlju spada među bazična ljudska prava. Ravnopravni odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, uz kvalitetnu međusobnu komunikaciju, pacijentu omogućuje aktivniju ulogu u svome liječenju čime se stvaraju uspješniji uvjeti za unaprjeđenje zdravstvenih ishoda. Pacijentu svakako treba omogućiti pristup informacijama koje moraju biti točne, relevantne i sveobuhvatne.

Prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata, članak 8., pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost (23):

- *„o svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,*
- *preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,*

- *svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima, mogućim zamjenama za preporučene postupke, tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života,*
- *pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava“ (23).*

Članak 9. definira da pacijent ima pravo primiti obavijesti na razumljiv način, s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti (23):

- *„obavijesti iz članka 8. stavka 1. ovoga Zakona na usmeni zahtjev pacijenta obvezan je dati zdravstveni djelatnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge“ (23).*

Među zdravstvenim djelatnicima je još uvijek uvriježeno mišljenje da liječnik najbolje zna što treba raditi s pacijentom u slučaju bolesti te da pacijent ne treba mnogo znati o detaljima vezanima uz njegovu bolest, niti o postupcima koji će biti primijenjeni tijekom liječenja (24).

Poznati su pozitivni učinci adekvatnog pružanja informacija i smanjivanja ozbiljnosti tjelesnih simptoma anksioznosti i depresivnosti; smanjivanja duljine bolničkog boravka; smanjivanje stresa i pesimističnih očekivanja; pa čak i sprječavanje bolesti (4).

Iako je pružanje informacija suštinska komponenta psihološke njege, ljudi se iznimno razlikuju po svojim sklonostima i potrebama za informacijama (4).

U provedbi postupka informiranja potrebno se usredotočiti na čimbenike koji mogu djelovati na razumijevanje informacija: stupanj pacijentova obrazovanja, jezik kojim se on služi te autonomiju u odlučivanju. Također, značajna je i količina informacija koja je ukazana pacijentu. Previše proceduralnih i stručnih informacija, može preopteretiti i najobrazovanijeg pacijenta te ga spriječiti u kritičkom razmišljanju. Nasuprot tome, oskudne informacije mogu dovesti do toga da pacijent donese odluku bez razumijevanja (25).

Uspješnom komunikacijom i pružanjem informacija postiže se povoljan učinak na smanjenje troškova zdravstvene zaštite. Uspješna komunikacija dovodi do brže i preciznije dijagnoze, smanjuje potrebu za brojnim specijalističkim pretragama, povećava motiviranost pacijenta za uzimanjem lijekova i pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa. Također, pozitivno djeluje na promjene životnog stila.

3.3 Znanje za njegu utemeljenu na odnosu

U istraživanju psihološkog znanja koje promiče učinkovito pružanje psihološke njege, usmjeravamo našu pažnju na njegu utemeljenu na odnosu. Prema Nolanu i sur. (2001.) trebaju se istražiti i definirati elementi zadovoljavajućeg zdravstvenog odnosa jer „*pružanje njege se može razumjeti samo u kontekstu odnosa*“ i „*čak i prolazni odnosi*“ (u zdravstvenoj njezi) mogu dovesti do emocionalne povezanosti (4).

Da bismo što bolje razumjeli odnos koji pacijenti ostvaruju sa zdravstvenim djelatnicima potrebno je istaknuti teoriju privrženosti kao i dva pojma transfer i kontratransfer, koji su ključni za razvijanje i održavanje odnosa uključujući i psihološku njegu.

Privrženost je urođena, snažna emocionalna veza pojedinca u odnosu na značajne druge osobe. Jedna od istaknutijih teorija u ovom području je teorija privrženosti koju je od kraja pedesetih godina prošlog stoljeća razvijao britanski psihoanalitičar John Bowlby. Prema Bowlbyu „*stvaranje ranih veza skrbnika i djeteta u dojenačkoj dobi predstavlja temelj za kasnije funkcioniranje pojedinca i formiranje privrženog ponašanja*“ (26). U primjeni teorije Bowlby je opisao da je potreba male djece za roditeljima analogna njihovoj potrebi za hranom te da značajnije odvajanje ili gubitak roditelja uzrokuje psihološke traume za dijete (26).

Kada se govori o djeci, privrženost se odnosi na emocionalnu povezanost između roditelja/skrbnika i djeteta. Značajan doprinos konceptualizaciji stilova privrženosti dala su ispitivanja ponašanja djece u tzv. „nepoznatoj situaciji“ Mary Ainsworth i sur. (1974.) gdje su se razvile tri kategorije privrženosti (26):

- Sigurna privrženost, ishod interakcije dijete – majka. Ovdje je majka osjetljiva na potrebe svog djeteta i svoje ponašanje prilagođava ponašanju djeteta. Sigurno privrženost djeca razvijaju „bazično povjerenje“ – očekuju da je svijet sigurno mjesto i da su odnosi s bliskim osobama izvor zadovoljstva (26).
- Anksiozno/izbjegavajuća privrženost, javlja se u slučajevima kada roditelji konstantno odbacuju dijete na način da ne zadovoljavaju njegove potrebe pri čemu dijete razvija emocionalnu distancu koja ga štiti od boli zbog odvajanja ili odbacivanja od strane roditelja. Dijete formira radni model sebe kao egzistencijalno samog i neželjenog te ne traži bliskosti u odnosima, a kod njega se javlja niz destruktivnih modela ponašanja (26).
- Dezorganizirano/dezorijentirana privrženost, ponašanje djeteta je označeno s dva suprotstavljena motiva: pristupiti i pobjeći od roditelja/skrbnika. Npr. nakon povratka roditelja, dijete mu može sjediti u krilu i istovremeno odvrćati pogled te imati

ukočene noge i ruke, dijete se može smiješiti i istovremeno pokazivati zastrašenost.

Ova djeca su doživjela puno trauma u odnosu s figurama privrženosti (26).

Od pedesetih godina 20. stoljeća pa do danas privrženost se od koncepta koji se koristio primarno za opis emocionalne veze između dojenčeta i majke proširio u širi koncept koji ima značaj za razumijevanje ponašanja pojedinca tijekom cijelog životnog vijeka (26). Bowlby je otkrio da su posljedice privrženosti i ranog vezivanja trajale do odrasle dobi te su definirale sigurnost interpersonalnih odnosa odraslih (4).

Istraživanja na području privrženosti u odrasloj dobi oslanjaju se na dvije Bowlbyeve pretpostavke: da je privrženost stečena u ranom djetinjstvu relativno stabilna kroz čitav život i da su veze s romantičnim partnerima prototip privrženosti u odrasloj dobi (27).

Sigurna baza, koju u djetinjstvu predstavljaju roditelji, u adolescenciji je važna u nekim kriznim situacijama, u vrijeme prijetnje ili bolesti (27).

Hazanova i Shaver (1987.), ističu da se identična tri tipa privrženosti koja postoje u djetinjstvu mogu prepoznati i u odrasloj dobi (sigurni, izbjegavajući, dezorganizirani tip privrženosti). Osim toga, privrženost se pokazala važnom komponentom za tumačenje mnogih doživljaja i ponašanja koji ukazuju na više ili manje funkcionalnu prilagodbu pojedinca različitim životnim događajima (28).

Dakle, smatra se da sustav privrženosti u djetinjstvu nastavlja utjecati na ponašanje, misli i osjećaje u odrasloj dobi. U kontekstu sestrinstva možemo zaključiti da obrasci ponašanja naših pacijenata ukazuju na siguran ili nesiguran stil privrženosti, što u konačnici utječe na vrstu odnosa koji oni stvaraju s nama i mi s njima.

4. INTERPERSONALNE VJEŠTINE U KONTEKSTU PSIHOLOŠKE NJEGE

4.1 Vještine psihološke procjene

Budući da je vanjsko, vidljivo ponašanje postojalo mnogo prije pojave govora, opažanje je vjerojatno bilo prvi izvor podataka o drugim ljudima. U pretpovijesnim vremenima, ljudi koji su preživjeli sigurno su bili pojedinci koji su naučili na temelju akcija prosuđivati namjere drugih ljudi. Važnost opažanja nije se smanjila razvojem govora. U zapadnom svijetu praksa interpretiranja tjelesnih značajki i ponašanja nazvana je fiziognomikom (pokušaj prosuđivanja sposobnosti i osobina ličnosti na temelju crta i izraza lica) (29). Pitagora, Hipokrat, Platon, Aristotel i Galen, raspravljali su o odnosu između vidljivog ponašanja i ličnosti. Također i Biblija sadrži upute za procjenu ljudi na temelju opažanja (29).

Svaka psihološka procjena počinje s upoznavanjem svih onih teškoća i problema koji mogu utjecati na dobrobit i kvalitetu života pacijenta i njegove obitelji, odnosno osoba koje o njemu skrbe. Temelji se na prikupljanju informacija, detektiranju unutarnjih snaga, resursa i potreba, individualno za svakog pacijenta (30). Psiholozi su prepoznatljivi u zdravstvenom sustavu po psihodijagnostičkoj procjeni i po kompletnoj psihološkoj skrbi koja obuhvaća jačanje emocionalne i psihološke dobrobiti pacijenta te članova obitelji, povezujući probleme samopoštovanja, teškoće prilagodbe na bolest, probleme komunikacije, socijalnog funkcioniranja i stvaranja socijalnih odnosa (30).

U kontekstu zdravstvene njege, procjena je skup informacija o pacijentovom zdravstvenom statusu koje medicinska sestra analizira, interpretira te stvara početne procjene ili konstatacije potreba holističke njege i stvaranje planova za zadovoljavanje tih potreba (4). Procjena se uglavnom smatra jednom od najznačajnijih interakcija koju medicinska sestra ima s pacijentom te postavlja temelj za sve buduće interakcije (4). U odnosu na psihološke potrebe, proces procjene nastoji „*odrediti normalne psihološke funkcije na koje utječe trenutni zdravstveni status, s ciljem identificiranja specifičnih psiholoških potreba*“ (4). Neophodno je i svakodnevno praćenje pacijentova stanja u svim aktivnostima između medicinske sestre i pacijenta te pravovremeno predvidjeti probleme i ispravno postupiti. Psihološka procjena započinje prikupljanjem sljedećih podataka:

- biografski/demografski podatci – datum i mjesto rođenja, stupanj obrazovanja, podatci o užoj obitelji, bračni status, interesi, hobiji
- procjena tjelesnog izgleda – pokazatelj psihičkog stanja (dotjeranost, zapuštenost, stav, mimika)

- procjena kognitivnog statusa – obuhvaća procjenu intelektualnih sposobnosti, procjenu verbalnog pamćenja, sposobnosti zadržavanja pažnje, procjenu koncentracije
- socijalna procjena – obuhvaća procjenu neformalne socijalne podrške i potpore, stupanj socijalne podrške koju primaju od članova uže obitelji, prijatelja, susjeda s kojima je pacijent u bližim odnosima (30).

Osim opažanjem te primjenom intervjua, psihološka procjena se vrši i korištenjem psiholoških testova i upitnika. Kako bi se odredila prisutnost depresije ili anksioznosti može se koristiti Upitnik općeg zdravlja (*General Health Questionnaire, Goldberg, Huxley*) te Bolnička skala anksioznosti i depresije (*Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond, Snaith*) (4). Dobre vještine opažanja i temeljno shvaćanje najčešće doživljavanih emocionalnih stanja, točna procjena pacijentova izgleda, ponašanja, kognitivnih i emocionalnih stanja su vrlo važni u pružanju psihološke njege. Iako se od medicinskih sestara ne očekuje da identificiraju ili dijagnosticiraju psihičke bolesti, važno je točno prepoznati postojanje anksioznosti ili depresije, jer su to praktično svakodnevne emocije u kontekstu zdravstvene njege te su stoga opisane u sljedećim potpoglavljima (4).

4.1.1. Anksioznost

Anksioznost se može definirati kao patološko stanje karakterizirano osjećajem ustrašenosti, praćeno somatskim znakovima koji ukazuju na prekomjernu aktivnost vegetativnoga živčanog sustava te se diferencira od straha (31). Prevladava više različitih manifestacija anksioznosti, uključujući panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i fobije (4). Učestalost anksioznih poremećaja kreće se od 0,05 % (opsesivno-kompulzivni poremećaj) do 5 % (generalizirani anksiozni poremećaj) te se češće pojavljuju kod žena (32).

Glavna karakteristika anksioznog ili izbjegavajućeg poremećaja ličnosti jest prožimajući osjećaj nedoraslosti, ekstremni strah od kritike ili odbacivanje od strane drugih (33). Takve osobe mogu ograničiti svoje aktivnosti kako bi izbjegle potencijalne neugodnosti te u pravilu imaju nisko samopoštovanje i osjećaju se nedorasle mnogim svakodnevnim životnim izazovima (33).

Nadalje, anksiozne osobe su osjetljive na ono što drugi misle o njima, lako im je povrijediti osjećaje, čine se ranjive i inhibirane u društvenim interakcijama; iz straha da će biti ismijane, zadržavaju za sebe svoje stavove, mišljenje ili osjećaje (33). Anksioznost je često adaptivna reakcija na stresni događaj i mnogi će se ljudi povremeno osjećati anksiozno, ali će zahvaljujući svojim unutarnjim resursima i sposobnostima uspješno nadvladati te osjećaje.

Kada ipak prevlada osjećaj nemogućnosti suočavanja, uz intenzivni osjećaj straha i zabrinutosti, pojavljuju se tjelesni, psihološki i kognitivni simptomi. Najučestaliji su simptomi poremećaji spavanja, smetnje koncentracije, umor, glavobolja, mučnina, vrtoglavica, znojenje, učestalo mokrenje, poremećaji psihomotorike te pobudljivost (31).

4.1.2. Depresija

Depresija je jedna od najranije prikazane bolesti u medicini i može se utvrditi da je stara koliko i sama naša civilizacija. Sam pojam depresija dolazi od latinskog izraza *deprimere*, što znači potisnuti, pogurati prema dolje. Tako se nastoji i slikovito opisati što depresija radi ljudskoj psihi (34). Depresivnim raspoloženjem opisujemo onu promjenu raspoloženja koja je patološki snižena. Razlikuje se od uobičajenog po jačini, duljini trajanja i nemogućnošću kontroliranja takvog raspoloženja (35).

Depresija, prema Bleichmar, može biti: a) Samostalan entitet koji dominira cjelokupnim mentalnim životom: osjećaj bespomoćnosti/nemoći prožima reprezentaciju i funkcioniranje ličnosti pri čemu želja doživljena kao neispunjiva ima važnu ulogu u libidinalnoj ekonomiji subjekta. Takva depresija uključuje depresivno stanje, restorativne pokušaje, komplikacije depresije i sekundarnu dobit. Valja naglasiti da se etiologija depresije ne može svesti samo na neispunjenu želju jer bi ispunjenje želje dovelo do nestanka depresije, što kliničko iskustvo ne potvrđuje. Depresija kao poremećaj može koegzistirati s drugim poremećajem, ali ima neovisno podrijetlo. b) Aspekt različitih vrsta poremećaja, gdje je depresija simptom koji proizlazi iz pacijentova osjećaja bespomoćnosti/nemoći da prebrodi teret koji proizlazi iz temeljnih elemenata poremećaja. Komponente temeljnog poremećaja u prvom su planu, dok depresija oslikava poremećaj kao pozadinsko raspoloženje, mada povremeno može biti istaknuta (36).

Melanie Klein prva je definirala pojam „depresivne pozicije“ kao jednog od važnih razvojnih momenata koji se prvi put doživljava krajem prve godine života. Prema Melanie Klein normalan razvoj djeteta i njegova sposobnost za ljubav uvelike počiva na djelovanju *ega*. To se opetovano revidira i usavršava tijekom ranog djetinjstva i povremeno tijekom života. Središnja pozicija u razvoju ostvarenje je osjećaja mržnje i fantazija o voljenom objektu, prototipično prema majci. Tomu prethodi doživljaj dvaju odvojenih objekata, idealnog i voljenog; progonjenog i nevoljenog. U ovom ranom razdoblju glavna uznemirenost odnosi se na opstanak selfa (36).

Po incidenciji je depresivni poremećaj na četvrtom mjestu u ukupnoj populaciji te drugi najrašireniji zdravstveni problem kod ženske populacije (37). Veća pojavnost afektivnih poremećaja kod žena nije do kraja istražena. Smatra se da tome pridonose hormonalne promjene, trudnoća te predodređenost životnih uloga (38). Također, zasigurno je da muškarci depresiju liječe na drugačiji način, najčešće ovisnošću o alkoholu. Smatra se da su oni tijekom odrastanja bolje naučili nositi se sa stresom i biti manje bespomoćni, dok su žene sklonije pasivnom pristupu i naučenoj bespomoćnosti (34).

Oboljeti od depresije znači doživjeti teško iskustvo patnje te je svakodnevno funkcioniranje ozbiljno narušeno ili onemogućeno. Bolest se dijagnosticira kada se osoba konstantno osjeća tužno, veći dio dana, dva tjedna ili duže i kada je ništa ne može razveseliti (35). Zahvaća sva područja funkcioniranja:

- tjelesno
- psihološko (emocionalno i kognitivno)
- bihevioralno i socijalno (4).

Oboljele osobe često zanemaruju vanjski izgled i higijenu. Teško se koncentriraju, neodlučne su, brzo gube pažnju. Imaju izražene smetnje spavanja, ne mogu zaspati ili se rano bude. Kod drugih pacijenata je opet prisutna pretjerana potreba za spavanjem. Česte su i promjene apetita i težine, od pretjerane potrebe za jelom i pićem ili gubitka teka i težine (4). Nadalje, karakteristično je za depresivni poremećaj da pacijenti nakon jutarnjeg buđenja imaju najvidljivije simptome, a kako dan odmiče, osjećaju se sve bolje, da bi navečer bili normalnog raspoloženja (34).

Prisutni su simptomi poput sniženog raspoloženja, apatije, ravnodušnosti, bezidejnosti. Često je prisutan nemir, pojačana napetost i razdražljivost (38). Depresivna osoba ima karakterističan izgled: zabrinuti i sumorni izraz lica sa specifičnim naborima na čelu (omega bore), kopcima (Veragutov nabor) te spuštene usne kutove. Također se javlja Lemanov trijas, koji onemogućuje doživljavanje radosti i ljubavi te donošenje odluka (39). Misaoni tok je obično usporen, pacijenti su zaokupljeni sumornim i pesimističnim pogledima na budućnost, idejama gubitka, krivnje, samooptuživanja, bezvrijednosti (34). Pacijenti mogu strahovati nad svojim životom, sve gledati crno, optuživati se za pogrešne životne poteze, izraženi su osjećaji krivnje, suicidalne misli, pa i pokušaji suicida (34). Smatra se da 2/3 depresivnih pacijenata razmišlja o samoubojstvu, a 15 % njih ga doista počine (39). Žene su sklonije pokušavanju suicida, a muškarci ga češće uspijevaju učiniti (40).

Prema skupinama simptoma koji prevladavaju kliničkom slikom postoji nekoliko oblika depresije:

- psihotična depresija – prisutnost sumanutih ideja (ideje bezvrijednosti, beznada, grešnosti), čulnih obmana, gubitak realiteta
- agitirana depresija – prisutan je psihomotorni nemir, gubitak apetita, mršavljenje, nesanica, anksioznost, vegetativna pobuđenost
- atipična depresija – javlja se opća slabost, umor, apatija, pretjerana potreba za jelom i snom
- maskirana depresija – uključuje probavne smetnje, poremećaje urogenitalnog sustava, smetnje libida, nemogućnost kontroliranja tlaka, probadanje u prsnom košu, promjene srčane frekvencije, poremećaj menstrualnog ciklusa kod žena (39).

Rezultati istraživanja iz 2011. pokazali su da liječnici često ne prepoznaju i ne liječe depresivnost i anksioznost što je vidljivo iz malog broja liječenih (8,2 % liječenih zbog anksioznosti i 2 % zbog depresivnosti) (41). Navedeni podatci pokazuju na neophodnost preciznog i pravodobnog otkrivanja depresije u kroničnih pacijenata kako bi se multidisciplinarnim pristupom u liječenju i zdravstvenoj njezi smanjio broj suicida i unaprijedila kvaliteta života.

Prema Z. Kušević i sur. od početka 20. stoljeća psihoanaliza je učinila značajne iskorake u tumačenju depresije. Depresija je promatrana kao očajnički krik za ljubavlju, agresija prema selfu, kao konflikt *ega*, fiksacija na iskustva bespomoćnosti i kao izraz neurotične strukture ličnosti. Depresija se vrlo često povezuje s agresijom, tjeskobom, krivnjom i značajnim padom libidinalnog ulaganja u reprezentaciju selfa što podvlači njegovu narcističnu osnovu. Narcizam također igra ulogu u samopredstavljanju konceptima „narcistične pozicije“ i „objekta narcistične aktivnosti“.

Psihoanalitičke teorije s kraja 20. stoljeća dijele depresiju s obzirom na psihopatologiju na anaklitičku i introjektivnu, s primarnom instinktivnom usredotočenošću, prirodom svjesnih i nesvjesnih konflikata, vrstama obrambene organizacije i prevladavajućim karakterom kao glavnom razlikom. U 21. su stoljeću autori dokazali neurohormonsku, neurokemijsku i neuroimunološku pozadinu depresije, na neki način potvrđujući neke od klasičnih psihoanalitičkih teorija (34).

Globalna pandemija uzrokovana novim koronavirusom ugrozila je ne samo tjelesno zdravlje velikog broja ljudi diljem svijeta, već i mentalno zdravlje na individualnoj razini te razini funkcioniranja obitelji i širih društvenih skupina. Premda učinci pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje još uvijek nisu sustavno istraženi, opažene reakcije javnosti i zdravorazumska očekivanja nalažu potrebu priprema na značajno narušeno mentalno zdravlje, a prva istraživanja već pokazuju povišene razine depresije, stresa, anksioznosti, paničnih i

bihevioralnih poremećaja. U Republici Hrvatskoj provedeno je istraživanje s ciljem procijene razine stresa s kojom se susreću zdravstveni djelatnici u Republici Hrvatskoj i njihovu percepciju rizika od zaraze koronavirusom, kao i prediktore navedenih zavisnih varijabla (42). Istraživanje je pokazalo da zdravstveni djelatnici percipiraju rizik od zaraze koronavirusom visokim. Usporedba podataka zdravstvenih djelatnika i opće populacije ukazuje na statistički značajne razlike u razini percepcije rizika na način da zdravstveni djelatnici rizik od zaraze koronavirusom procjenjuju višim u odnosu na nezdravstvene djelatnike. Osobno znanje, društveno znanje, stupanj informiranosti, prosocijalnost, povjerenje u politiku, znanost i zdravstvo, procjene osobne i kolektivne učinkovitosti također su statistički značajno više kod zdravstvenih djelatnika, dok je kod nezdravstvenih djelatnika u prosjeku značajno viša razina individualističkih stavova. Viša razina obrazovanja povezana je s višom procjenom osobne i kolektivne učinkovitosti u borbi protiv pandemije koronavirusa. Izravno iskustvo sa zarazom značajno negativno korelira sa povjerenjem u zdravstvo, znanost i politiku u ispitivanom uzorku (42).

4.2 Komunikacijske vještine

Riječ „komunikacija“, jedinstvena mnogim jezicima, izvedena je od latinskoga pridjeva *communis* u značenju „javni“, „*koji dijele mnogi*“ (43). Dijeljenje i razmjena informacija, jedno je od značajnih svojstava ljudskih bića jer je život čovjeka kao društvenoga bića nezamisliv bez komunikacije s drugim ljudima (43). Komunikacija je proces koji uključuje smislenu razmjenu između najmanje dvoje ljudi s ciljem da se prenesu činjenice, potrebe, mišljenja, misli, osjećaji ili druge informacije i to verbalnim i neverbalnim putem, uključujući i licem u lice i pisanu riječ. Komunikacija je dakle presudna za formiranje osobnoga identiteta budući da svijest o njemu nastaje tek stupanjem u interakciju s drugima, pri čemu se preuzimaju povratne informacije te je moguće uspoređivati sebe s drugima (44).

Ključne komunikacijske vještine su:

- vještine dijeljenja vlastitih ideja i osjećaja drugima kako bi ih oni mogli shvatiti na objektivan način
- vještine slušanja i promatranja drugih te razumijevanje njihovih poruka (44).

Sva komunikacija treba imati neke određene elemente kao što su; poruka koju se prenosi između dvoje ili više ljudi, pošiljatelja poruke, primatelja poruke i prijenosni kanal ili oblik kojim će se poruka slati. U psihološkom radu s bolesnicima možemo koristiti pisanu riječ

(pisanje planova psihološke njege, stvaranje edukativnog materijala). I oralna i pisana komunikacija spada pod verbalnu jer uključuje riječi.

Neverbalnu komunikaciju koristimo za pojačavanje pisane riječi. Definira se kao način kojim ljudi komuniciraju bez riječi; namjerno ili nenamjerno. Neverbalna komunikacija u velikoj je mjeri nesvjesna, teže je s njome upravljati ili je prikrivati od drugih. Sposobnost komuniciranja nije stečena sposobnost, već vještina koju bismo kao zdravstveni djelatnici trebali učiti i redovito prakticirati. Vrste komunikacijskih vještina dijele se na:

- vrste povezane sa sadržajem; ono o čemu zdravstveni profesionalci komuniciraju, osnovna tema njihovih pitanja i odgovora, informacije koje traže i daju, liječenja o kojima diskutiraju
- procesne vještine; kako to čine, način na koji se komunicira s bolesnikom, kako dati informacije, verbalne i neverbalne vještine koje se koriste, kako izgraditi odnos s bolesnikom i način organiziranja i strukturiranja komunikacije (zatvorena i otvorena pitanja, postavljanje pitanja)
- perceptualne vještine; što razmišljaju i osjećaju, unutarnje donošenje odluka i vještine rješavanja problema, stavovi, svjesnost o osjećajima i razmišljanjima o bolesniku, o bolesti i drugim povezanim pitanjima, svijest o vlastitu konceptu i povjerljivosti, pogreškama i interakcijama.

Još uvijek, dosta ljudi nije dovoljno osjetljivo na neverbalne znakove, prepoznaju ih, ali ih ne interpretiraju adekvatno, stoga često i izostane odgovor. Neverbalni signali, kao i riječi, upotrebljavaju se na više načina i u različitim značenjima; neverbalni signali imaju denotativno i konotativno značenje. Također, neverbalni signali imaju aktivnu ulogu u komuniciranju naklonosti, moći i responzivnosti. Ekman (1965) je identificirao sljedeće:

1. Ponavljanje – neverbalna komunikacija može, ponoviti ono što je verbalno rečeno.
2. Proturječenje – verbalni i neverbalni signali mogu međusobno odstupati na više načina. Mogu odašiljati dvije proturječne poruke koje izgledaju nekongruentne ili suprotstavljene jedna drugoj. U oba se slučaja percipiraju dvije poruke koje izgledaju nedosljedne jedna drugoj. Prilično je uobičajeno (i vjerojatno funkcionalno) imati različita mišljenja o nekim stvarima. Vjerojatnije je da ćemo primijetiti one proturječnosti koje su uočljivije. U nekim slučajevima to je prirodan odgovor na situaciju u kojoj se oni koji komuniciraju percipiraju da su u nepoželjnoj situaciji. Ne žele reći istinu, a ne žele ni lagati. Kao rezultat toga, njihova ambivalencija i frustriranost stvaraju poruku koja je diskrepantna.

3. Dopunjivanje – neverbalno ponašanje može modificirati ili dalje pojasniti verbalne poruke. Kad se verbalni i neverbalni kanal ne sukobljavaju nego dopunjuju, naše se poruke obično točnije dekodiraju. Neki nalazi sugeriraju da komplementarni neverbalni signali također mogu pomoći da se verbalna poruka zapamti.
4. Zamjenjivanje – neverbalno ponašanje također može zamjenjivati verbalne poruke. Ono može indicirati značajke koje su permanentnije (spol, dob), umjereno trajne značajke (ličnost, stajališta, grupna pripadnost) i relativno kratkotrajna stanja.
5. Isticanje/moderiranje – neverbalno ponašanje može istaknuti (pojačati) ili ublažiti (prigušiti) dijelove verbalne poruke. Isticanje je umnogome poput podcrtavanja ili pisanja riječi u kurzivu kako bi se naglasile. Pokreti glave i ruku često se rabe za isticanje verbalne poruke.
6. Reguliranje – neverbalno se ponašanje također upotrebljuje za reguliranje verbalnog ponašanja. To činimo na dva načina:
 - a) koordiniranjem svog verbalnog i neverbalnog ponašanja pri produciranju vlastitih poruka
 - b) koordiniranjem vlastitih verbalnih i neverbalnih poruka s ponašanjem svojih partnera u interakciji.

Produkciju vlastitih poruka reguliramo na razne načine. Katkad se neverbalnim znakovima koristimo za to da odijelimo segmente interakcije. Promjene držanja mogu označiti promjenu teme, gesta može upozoriti na predstojeće verbaliziranje određene ideje, stanke mogu pomoći u organiziranju izgovorenih informacija u jedinice.

Ako pogledamo ulogu neverbalnih signala u terapijskim situacijama vidimo da se terapeuti koriste neverbalnim ponašanjem kako bi izgradili dobar odnos s bolesnicima (45). Sposobnost čitanja neverbalnih signala povezanih s bolesnikovim problemima zasigurno im pomaže u postavljanju dijagnoze i liječenju. Dovoljna je mala promjena u tonu glasa ili skretanje pogleda u stranu od bolesnika u krivom trenutku da terapeut prenese poruku koja je vrlo različita od one koju je kario prenijeti (46). Od iznimnog je značaja da medicinske sestre postanu što vještije u identifikaciji, interpretaciji i odgovaranju na neverbalnu komunikaciju, naročito kad je u sukobu s onim što osoba izgovara.

Poznato je kako bolesnici koriste razne oblike komunikacije u interakciji s medicinskim sestrama. Shvaćanje strukture, funkcija, oblika i procesa ljudske komunikacije pomaže shvaćanju i pružanju učinkovite psihološke njege.

4.3 Vještine emocionalne njege

Emocije su ključni elementi ljudskog ponašanja bez kojih ne možemo pojmiti čovjeka ni društvo. Emocije su impulsi koji nas stimuliraju na djelovanje. Potiču nas na suočavanje sa životnim izazovima koje nam je nametnula evolucija (47). Također je u samome korijenu riječi emocija, riječ *motere*, glagol koji na latinskome znači „kretati se“, dok prefiks „e“ upućuje na odmicanje, što znači da svaka emocija uključuje sklonost djelovanju (47). Emocije se često opisuju i kao „osjećaji“, poput sreće, ljutnje, tuge, radosti, začuđenosti itd.

U današnje vrijeme na području istraživanja emocija dominira rad Paula Ekmana, američkog psihologa. Njegova hipoteza „*da su specifične facijalne ekspresije univerzalno povezane sa specifičnim emocijama*“ dokazana je mnogim istraživanjima, u kojima je često korištena zbirka fotografija lica (48). Od „normalnih“ se ljudi očekuje da znaju percipirati te emocije na jednak način onima izraženim na fotografijama, ali i da ih ispravno percipiraju i interpretiraju na licima drugih (48). Ekman je identificirao „specifične emocije“: sreća, tuga, gađenje, iznenađenje, ljutnja i strah, koje su prihvaćene kao „temeljne emocije“, zajedničke svim ljudima. Također se posljednjih godina u istraživanjima emocija sve češće primjenjuju metode iz neuroznanosti i genetike.

Prema Jaak Pankseppu, estonskom neuroznanstveniku, ljudski se um može podijeliti na tri sustava:

- primarni afektivni sustav koji obuhvaća senzorne, homeostatske te emocionalne afekte (emocionalno-nagonski sustav, pruža temelj života)
- sekundarni bihevioralno kondicionirajući sustav koji se nalazi u podlozi implicitnog učenja i pamćenja te je posve nesvjestan (utemeljen je na znanju i učenju)
- tercijarni kognitivno-jezični sustav koji obuhvaća kognitivne funkcije, planiranje, refleksiju, regulaciju emocija i slobodnu volju (49).

Nadalje Panksepp ističe da prevladava sedam primarnih emocionalnih sustava smještenih u supkortikalnim regijama:

1. POTRAGA – pojavljuje se u podlozi svih sustava, odlikuju je želja za eksploracijom te anticipacija uzbuđenja
2. BIJES – sustav koji se pokreće kada dođe do frustracije, odnosno do blokade sustava potrage, očituje se u obliku ljutnje, mržnje i ljubomore,
3. STRAH – sustav koji štiti čovjeka od boli i smrti, zbog interakcije s bijesom može dovesti do reakcije „bori se ili bježi“ (*fight-or-flight*).

4. POŽUDA – identičan konceptu libida, njezino neregulirano pobuđivanje dovodi do različitih neurotskih smetnji, parafilija te antisocijalnih ponašanja
5. BRIGA – temeljni zadatak ovog sustava je osigurati emocionalni rast u interpersonalnim odnosima te činjenje dobra drugima (poznatima ili strancima)
6. PANIKA/ŽALOST – sustav koji formira privrženost, nalazi se u podlozi depresivnih smetnji i fobija,
7. IGRE – važna uloga u socijalnoj adaptaciji pojedinca (49).

Kao što primjećujemo negativne emocije su relativno dobro istražene i poznata je njihova funkcija (prilagodba, zaštita i preživljavanje). Uloga pozitivnih emocija nije tako jasna ni tako dobro istražena. Profesorica Elizabeth J. Carter i suradnici predstavili su rezultate istraživanja u kojem su koristili magnetsku rezonanciju, kako bi konstatirali koji se dijelovi mozga aktiviraju kada subjekt prepozna izraz sreće ili ljutnje na licima (50). Dokazano je kako pogled na ljutito lice aktivira amigdalnu i gornji temporalni žlijeb, dok pogled na sretno lice aktivira druge regije lica (50).

Profesorica Barbara L. Fredrickson nastojala je svojim istraživanjima razjasniti ulogu pozitivnih emocija te je na osnovu dobivenih rezultata definirala teoriju proširenja i izgradnje (51):

- proširenje izričaja mišljenja i ponašanja: negativne emocije dovode do sužavanja izričaja ponašanja jer se fokusiramo isključivo na izbjegavanje opasnosti (takvo ponašanje je ograničeno i reaktivno, usmjereno na trenutno „preživljavanje“), a pozitivne emocije javljaju sigurnost, nadograđuju izričaj ponašanja pojedinca i jamče izgradnju novih obrazaca ponašanja (kreativnije mišljenje, usmjerenost na rješavanje problema i tolerantnost)
- izgradnja psihološkog izričaja za budućnost: pozitivne emocije povećavaju broj mogućih obrazaca ponašanja za koje nas pripremaju, na taj način izgrađujemo osobine koje će nam biti korisne u budućnosti, korisni učinci u vidu promjena crta ličnosti, društvenih veza i sposobnosti traju i u budućnosti
- poništavanje štetnih djelovanja negativnih emocija: pozitivne emocije ne pobuđuju reakciju kardiovaskularnog sustava kao negativne emocije, već smanjuju postojeće fiziološke reakcije koje su posljedica tih emocija
- poticanje uzlazne razvojne spirale pozitivnih emocija: pozitivne emocije mogu potaknuti uzlaznu spiralu koja dovodi do efektivnije emocionalne dobrobiti i osobnog rasta i razvoja (51).

Osim identificiranja i odgovaranja na cijeli raspon emocija, trebamo utvrditi točnu emociju ili skup emocija koje pacijent doživljava, dubinu emocije, pronaći adekvatne načine da pomognemo pacijentu da izraze što emocionalno doživljavaju te na kraju odgovoriti na emociju.

4.4 Komponente emocionalne njege

Razvoj emocionalne njege odvija se kroz četiri komponente:

1. određivanje temeljnih emocija
2. određivanje dubine emocija – kontinuum ljudskih emocionalnih odgovora
3. olakšavanje emocionalnog izražavanja
4. pružanje emocionalne podrške (4).

Uglavnom je najdjelotvorniji način određivanja emocija direktno pitati o njima. Međutim, trebali bismo uvijek biti svjesni da mnogi pacijenti „usvajaju kulturu maskiranih reakcija“, pa ne bismo trebali pretpostaviti da se, zato što pacijent kaže „Dobro sam, hvala“, on zaista i osjeća dobro (4). Osim vještina identificiranja i interpretiranja neverbalne komunikacije, potrebno je istražiti misli, tjelesne senzacije i ponašajne odgovore koji ih prate i tako indirektno razumjeti emociju (4).

Također, možemo koristiti sredstva za opažanje koja će nam pomoći da odredimo emocije koje pacijenti doživljavaju kad ih ne mogu izraziti riječima. Ljestvica opaženih emocija (*Observed Emotion Scale*) uspoređuje crteže niza lica s pratećim opisima kod pacijenata koji ne mogu verbalno komunicirati. Nakon što je određena temeljna emocija, potrebno je odrediti snagu ili dubinu te emocije (4). Ne postoje potpuno točni i netočni odgovori, jer riječi ne mogu prenijeti emocionalno stanje. Riječi možemo pokušati rangirati na kontinuumu u rasponu od slabo do jako. Na primjer, za emociju „strah“: strahovanje, nervoza, briga, zabrinutost, tjeskoba, strah, panika, užas.

Nadalje, dostupne su mnoge ljestvice procjene koje nastoje objektivizirati dubinu doživljene emocije. Poput skale hospitalne anksioznosti i depresivnosti (HADS) , samoprocjenske ljestvice koja se koristi za otkrivanje simptoma te ocjenu stupnja depresivnosti i anksioznosti (52). Sadrži 14 pitanja od kojih se sedam odnose na depresivnost, a sedam na anksioznost. Pitanja se odnose na to kako su se osjećali prošli tjedan, a odgovori se boduju na četiri razine od 0 do 3. Rezultati mogu odstupati od 0 do 21 za depresivnost i isto tako za anksioznost. Također se može jednostavno pitati pacijenta za funkcionalan prikaz, tako da kada kaže da je anksiozan rangira svoju anksioznost na skali od 0 do 10, gdje je 0 „potpuna mirnoća“, a 10

„najjača anksioznost“. Na ovaj način može se dobiti jasnija slika o njihovoj percepciji emocije i kako su je doživjeli u to vrijeme te je poželjno koristiti ovu mjeru za usporedbu kako se osjećaju u kasnijim prilikama (4).

Međutim, neki neverbalni znakovi mogu objektivnije od verbalnih uočavati podatke o prirodi i jačini emocija. Priroda emocije neverbalno se pokazuje ponajviše znakovima povezanim s glavom, na primjer stiskanje čeljusti, grimase lica, stiskanje očiju. Jačina emocije pokazuje se tijelom i to znakovima povezanim s glavom i tijelom, npr. ukočenošću mišića (53).

Treća komponenta emocionalne njege je motiviranje pacijenata da istaknu svoje osjećaje. Temeljna sposobnost na ovoj razini je otvorenost prema osjećajima, bili oni ugodni ili neugodni. Jedino ako je osoba svjesna svojih osjećaja i otvorena prema njima, može o njima nešto i naučiti. To je ujedno najsloženija sposobnost najviše razine emocionalne inteligencije koja uključuje i sposobnost refleksivnog praćenja emocija u odnosu na druge, sposobnost upravljanja emocijama u sebi i drugima ublažavanjem negativnih emocija i pojačanjem ugodnih, a da se ne umanjuje ili prenapregne informacija koju one prenose (53).

Iako su neugodne emocije uobičajena reakcija na stresne događaje, različiti pristupi obradi tih emocija mogu imati izrazite posljedice. Negativne emocije mogu pojačati tjelesne simptome, naglasiti bol i usporiti oporavak (4). Normalno je i uobičajeno da ljudi doživljavaju snažne emocije kada se susreću sa stresnim situacijama poput bolesti ili gubitka te izražavanje ovih emocija ima važnu terapijsku funkciju (4). Ali neprekidno razmišljanje o stresoru i prikladnosti emocionalnog odgovora može produžiti patnju i odgoditi fiziološki oporavak.

Posljednja komponenta emocionalne njege je pružanje emocionalne podrške. Potrebno je dopustiti pacijentima da izraze svoje osjećaje u podržavajućoj i sigurnoj atmosferi, pokazati razumijevanje i prihvaćanje. Pacijentima treba dopustiti da verbaliziraju o svojoj bolesti, da izraze osjećaje anksioznosti i da razumiju povezanost između simptoma i bolesti (4).

Nadalje, poznato je kako gubitak zdravlja izaziva ne samo psihološke već i prilagodbene teškoće, pogotovo kada je zdravlje nepovratno oštećeno. Iako, većina autora ističe da proces adaptacije na bolest, to jest gubitak zdravlja, ne bi trebalo prikazivati u fazama, u praksi se često taj proces prikazuje modelom Elisabeth Kübler-Ross (55).

Po tom modelu faze u adaptaciji na gubitak zdravlja su:

- Negiranje – uglavnom prva emocionalna reakcija nakon dijagnosticiranja bolesti. Iskazuje se u neprihvatanju dijagnoze i traženju drugog mišljenja. Negiranje može umanjiti početni šok i pomoći pacijentima da nastave svakodnevne aktivnosti. Pacijentu je potrebno pružiti relevantne i istinite informacije o bolesti, usmjeriti ga na budućnost i konkretiziranje ciljeva izvan zdravstvenog okruženja.

- Bijes/ljutnja – javlja se spoznaja o gubitku na kojeg pacijenti često emotivno reaguju. Dolazi do idealizacije izgubljenog. Za fazu bijesa je karakteristično pitanje: „Zašto ja?“. Ljutnja može biti usmjerena na obitelj, zdravstvene djelatnike, ali i na sve zdrave ljude. Pacijentima će se pomoći poticanjem na preuzimanje odgovornosti za vlastito ponašanje i spremnosti da traži i prihvati pomoć. U svladavanju srdžbe i agresije korisnima su se pokazale tehnike relaksacije. Često već tijekom ove faze dolazi do depresije.
- Cjenkanje/pregovaranje – pacijenti pokušavaju odgoditi zahtjeve bolesti. Cjenkanje se uglavnom odnosi na pitanje može li pacijent nekim postupkom ili promjenom u stilu života nadomjestiti gubitak zdravlja. U tom razdoblju je potrebno, u komunikaciji s pacijentom koristiti parafraziranje i reflektivne tehnike kako bi pacijent osvijestio i realno analizirao svoje želje u sigurnom okruženju. Važno je i informirati pacijenta o bolesti kako bi bio što bolje upoznat sa svim aspektima bolesti.
- Tuga/potištenost – depresivno raspoloženje prisutno je kroz cijeli proces tugovanja, pacijent svoje stanje vidi kao beznažno i svoj daljnji život besmislenim. Potrebno je ohrabrivati verbalizaciju pacijentovih osjećaja te pomoći u definiranju smislenih ciljeva.
- Prihvaćanje/prilagodba – pacijent shvaća da je dijagnoza prisutna i da treba svoje resurse usmjeriti prema kontroli svog stanja. Pacijent postaje manje zaokupljen izgubljenim, a povećava se njegova zainteresiranost za aktivnosti svakodnevnog života.

4.5 Vještine savjetovanja

Pojam „savjetovanje“ primjenjuje se na raznovrsne načine, ali jedna od dimenzija tog pojma se svakako odnosi na ljude koji pružaju savjetodavne usluge. Praktično svi savjetovatelji smatraju da je za efikasan rad s pacijentom ključan dobar savjetodavni odnos te da su za uspostavu takvog odnosa potrebne takozvane „sržne osobine“ savjetovatelja kao što su „empatijsko razumijevanje, prihvaćanje pacijentovih mogućnosti da upravlja svojim životom te kongruentnost ili autentičnost“ (53).

Janković (2004.) savjetovanje definira kao metodu pružanja pomoći trenutačno neuspješnim osobama u njihovom osobnom rastu, razvoju, sazrijevanju i prilagođavanju životnim uvjetima radi njihova osposobljavanja za samostalno rješavanje aktualnih i budućih problema (56).

Kraljević (2007.) savjetovanje povezuje s psihoterapeutskim radom naglašavajući razlike: „*ako psihoterapija teži mijenjanju ličnosti, ciljevi su savjetovanja usredotočeni na poticanje rasta i razvoja ličnosti te se odnose na trenutno stanje osobe koja je u procesu*“ (57). Mnogi istaknuti savjetovatelji bili su psiholozi; među najpoznatijima Rogers i Ellis te su njihove intervencije odraz teorijskog usmjerenja: psihoanalitički usmjereni, racionalno-emocionalno-bihevioralno usmjereni, geštalt ili eklektički usmjereni (53).

Prema Burnardu (2005.) koji je istraživao i pisao o terminu „savjetovanje“ u kontekstu zdravstvene njege, savjetovanje je proces „u kojem jedna osoba pomaže drugoj da razjasni njegovu ili njenu životnu situaciju i da odluči o daljnjim linijama djelovanja“ (4).

Dakle, savjetovanje je proces, ne jednokratna aktivnost i iziskuje kombinaciju vještina, osobnih kvaliteta i postupaka. Iako medicinska sestra nije terapeut, ona stručnim osposobljavanjem i formalnom visokom naobrazbom svakako stječe kompetencije koje omogućuju provođenje savjetovanja pacijenata i prema potrebi njihovih obitelji.

Savjetovanje u području vještina je pristup usmjeren na osobu kojim se pacijentima (klijentima) pomaže da nauče vještine samopomoći. Ovdje se odbacuje psihološka terminologija i radi se unutar jednostavnog i izravnog edukativnog okvira.

Savjetovanje o životnim vještinama je usredotočeno na osobu, odnosno usredotočeno je na raznovrsne sposobnosti i vještine koje su svim ljudima potrebne za opstanak, održavanje i unaprjeđenje kvalitete života (53).

Postoje četiri ključna polazišta ovog pristupa:

- većina teškoća koje pacijenti (klijenti) donose savjetovatelju posljedica su njihova prethodnog učenja
- postoji utjecaj vanjskih činitelja, ali pacijenti sami održavaju svoje teškoće zato što imaju nedostatke ili slabosti u tome kako misle i postupaju
- savjetovatelji su najučinkovitiji kada, unutar dobrog savjetodavnog odnosa, podučavaju pacijente prema potrebnim vještinama razmišljanja i postupanja
- krajnji cilj jest samopomoć, održavanje i razvijanje jakih strana svojih razmišljanja i postupanja, ne samo da bi nadvladali trenutačne teškoće, već i da bi spriječili i rješavali buduće.

Prema Burnardu temeljni preduvjet savjetovateljskog procesa je da pojedinac mora biti voljan sudjelovati u savjetovateljskom odnosu i imati želju za promjenom, čak i ako je to samo mirenje s teškom situacijom (4). Prema tome, savjetovanje je iznimno korisna aktivnost, ali inicijativa mora dolaziti od pacijenta, a ne od savjetovatelja.

Ključni elementi procesa savjetovanja su:

1. stvaranje pomagačkog odnosa: kreiranje okoline, komuniciranje „osnovnih uvjeta“ (kongruencija, empatija, bezuvjetno prihvaćanje) – uspostava radnog odnosa
2. istraživanje problema pomoću sudjelovanja, opažanja, slušanja (uključujući parafraziranje, reflektiranje, pojašnjavanje, sažimanje) – procjena problema
3. postizanje zajedničkog razumijevanja – postavljanje ciljeva
4. djelovanje – odabir i primjena intervencija
5. završavanje – završetak savjetovanja i praćenje pacijenta (4, 58).

Kad jednom započne, svaka od tih faza postaje trajnim dijelom procesa te uspostava odnosa trajno ostaje na savjetovateljevu i klijentovu (pacijentovu) dnevnom redu neovisno o tome što je dobar odnos već uspostavljen (58).

Uspostavom pomagačkog odnosa osigurava se emocionalno okruženje u kojem će pacijent osjećati da se može otvoriti u izražavanju svojih problema. Naglasak je na uspostavi prisnog odnosa. Prisnost je priprema za pozitivan psihološki rast i razvoj, a kad je nema, vodi neželjenim, pa čak i štetnim ishodima (58). Druga faza obuhvaća prikupljanje i svrstavanje podataka povezanih s pacijentovom situacijom i razlozima zbog kojih traži savjetovanje. Ona ovisi o savjetovateljevu stručnom pristupu na ljudske teškoće, o čimbenicima povezanim s pacijentovom situacijom, o kulturalnom okviru u kojem pacijent živi te o uvjetima koje taj okvir postavlja na pacijentov pogled na svijet (58).

U trećoj fazi neophodno je postavljanje ciljeva, kako bismo znali koliko dobro savjetovanje napreduje i kad ga treba završiti. Pacijent treba biti uključen u razmišljanje i odlučivanje o tome što će se zbivati u savjetovanju. Sljedeća faza je odabir prikladne intervencije, ovisno o teškoćama i na kraju postupno završavanje.

Specifične vještine korištene u procesu savjetovanja su opažanje, sudjelovanje i slušanje.

Opažanje uključuje:

- zamjećivanje pacijentova općeg stanja anksioznosti ili neugode
- provedbu specifičnog dojma o pacijentovu kulturalnom kontekstu
- opažanje gesta ili pokreta koji ukazuju na emocionalne ili tjelesne disfunkcije
- slušanje kako pacijent govori o svojem problemu
- prepoznavanje pacijentovih verbalnih i neverbalnih komunikacijskih obrazaca (58).

Prema tome, pažljivo opažanje pacijenta kao osobe ključna je komponenta u fazi procjene problema. Jednako je važno postavljanje pitanja. Postavljanje pitanja je vještina traženja pojedinosti, detalja koji se nalaze u pozadini zbivanja ili informacija koje daju smisao nekom događaju. Otvorena pitanja istražuju procese, a zatvorena nas pitanja opskrbljuju specifičnostima (58). Iznimno je važna i sposobnost usmjeravanja pažnje na drugu osobu te je

to temeljni preduvjet za vještine slušanja. Nadalje, vježbom možemo poboljšati naše vještine sudjelovanja koristeći se neverbalnom komunikacijom.

Slušanje je osnovna komunikacijska vještina, ali u savjetovanju se trebamo usmjeriti na parajezik, neverbalne poruke i tišinu. Učinkovito slušanje je svakako aktivno, jer slušač pokušava ne samo čuti nego i prilagoditi i percipirati ono što je preneseno kroz verbalni i neverbalni kanal (4). Dakle, slušač ne sluša samo činjenice koje sugovornik iznosi već želi razumjeti i pridodane im vrijednosti, stavove i osjećaje. Postoji mnogo tehnika koje mogu poboljšati slušanje, one uključuju:

- postavljanje potpitanja – pitanjima iskazujemo interes, usmjeravamo razgovor, pomažemo sugovorniku da se izrazi
- facilitacija (olakšavanje) – pokazujemo prisutnost i uvažavanje, koristeći razne verbalne i neverbalne znakove, npr. osmijeh, gledanje u oči, podizanje obrva, korištenje izraza odobravanja (da...aha...)
- pojašnjavanje nejasnih ili nepotpunih tvrdnji – tražiti od sugovornika da objasni ili pojasni nešto što je rekao, a što nam se čini nejasno ili nepotpuno, prepoznavanje neizrečenih misli ili emocija – obratiti pažnju na metaporuke
- reflektiranje – naglašavamo najvažniju riječ ili ono što je sugovornik posljednje izgovorio, to pomaže sugovorniku da dalje razvija misao i nastavi pričati
- parafraziranje – na neki način parafraziranje je proširena refleksija, ponavlja se sugovornikova najvažnija misao ili poruka, ali sažetije i drugim riječima (59).

Nadalje, u procesu savjetovanja i uspješnom aktivnom slušanju potrebno je opažati neverbalnu komunikaciju pacijenta kao i osvijestiti vlastitu neverbalnu komunikaciju. Direktna neverbalna komunikacija je podjednako značajna kao i verbalna. Ponekad se takvim direktnim neverbalnim porukama vjeruje više nego verbalnima jer ih se ne može zloupotrijebiti. Dobar dio neverbalnih poruka kao što su somatske ili fiziološke reakcije, znakovi određenih emocionalnih stanja, reakcija na određenu situaciju, kao što su suze, tremor, mioza, nije moguće izazvati tako jednostavno kao što se može ispričati neistina (60).

U procesu savjetovanja važno je uočiti razliku između savjetovanja koje primjenjuju psiholozi i psihoterapeuti te korištenja vještina savjetovanja za učinkovitu komunikaciju, što mogu provoditi medicinske sestre. Međutim, raspravlja se o tome trebaju li sve medicinske sestre posjedovati i primjenjivati vještine savjetovanja ili je to viša razina komunikacijskih vještina koju trebaju visokoobrazovane medicinske sestre. U svakom slučaju, smatra se da korištenje vještina savjetovanja s fizički bolesnim osobama donosi brojne pozitivne učinke koje ne mogu biti precijenjene (4).

5. BUDUĆNOST PSIHOLOŠKE NJEGE

U kontekstu zdravstvene njege 21. stoljeća postoje brojni izazovi za pružanje adekvatnih usluga pacijentima, naročito u odnosu na zadovoljavanje njihovih potreba psihološke njege. Zdravstveni sustav je tehnički sve napredniji, tržišno ekonomski sustav vrši pritisak na zdravstvene službe da „naprave više s manje“, a zahtjevan „emocionalan rad“ često dovodi do profesionalnog sagorijevanja (4). Jedna od važnijih prepreka u pružanju psihološke njege je povećana uporaba tehnologije u procesu zdravstvene njege.

U svom radu Watson (1988.) navodi: „*Kako rastu prijatnje ljudima iz biotehnologije, znanstvenog inženjeringa, fragmentiranog liječenja, birokracije i depersonalizacije i šire se na naš sustav pružanja zdravstvene njege, mi moramo povećati i proširiti filozofiju humane njege, znanja i prakse u našem sustavu*“ (4). Dakle, Watson zaključuje da je neophodno postići harmoniju između liječenja i njegovanja te gledati na njegovanje kao na „moralni imperativ“ (4).

Vrsta okoline u kojoj se izvodi njega, a u kojoj je izvršavanje tjelesnih zadataka i obraćanje pažnje na tehničku opremu ima prioritet, opisivana je kao „psihološka pustinja“, a djelatnici u takvom okruženju često doživljavaju pritisak izvršavanjem praktičnih zadataka ili sudjelovanjem u bezličnim aktivnostima (4). Nadalje, Bernard i Sandelowski (2000.) u svom radu analiziraju jesu li tehnologija i humana njega zapravo nepomirljive u suvremenim okruženjima zdravstvene njege. Oni sugeriraju da nije tehnologija (poput medicinskih strojeva i opreme) sama po sebi to što je problem; prije je to kako se tehnologija koristi te predlažu da se prigrlje tehnološka dostignuća i tako premoste jaz između tehnologije i zdravstvene njege (4).

U skladu s time medicinske sestre podupiru razvijanje robotike i uvođenje artificijelne inteligencije u okruženje zdravstvene njege (61). Uskoro će biti uobičajeno vidati robote u kliničkim okruženjima, koji pomažu u sestrinskim postupcima. Pozitivne strane uvođenja robotike su manji ekonomski troškovi i manja potreba za profesionalnim zdravstvenim kadrom (61).

S obzirom na sve veći odljev zdravstvenih djelatnika u inozemstvo, roboti nisu prijatnija već fizička pomoć i podrška sestrinstvu. Shodno tomu medicinske sestre podržavajući promatraju i uključuju se u razvoj i primjenu novih tehnologija (61).

Osim navedenog, važno je razmotriti neka moguća interna ograničenja pružanju psihološke njege. Isabel Menzies Lyth je pisala o važnosti shvaćanja sestrinstva u kontekstu okoline u

kojoj se prakticira (4). Odredila je bolnicu kao socijalni sustav za koji je očigledno da će stvoriti anksioznost među svojim djelatnicima s obzirom na psihofizičke zahtjeve posla.

Primijetila je kako se medicinske sestre nastoje zaštititi od anksioznosti „*stvaranjem zaštitnih ljuski, projiciranjem negativnih stavova ili obrambenim ponašanjem*“ (4).

Možda i zato, prema Gregureku (1998.) zdravstveni djelatnici ne pokazuju veliki interes za osnovne psihodinamske koncepte, kao što su već spomenute razine svjesnosti, regresije, empatiziranja, a ujedno koriste mehanizme obrane koji su proizvod nesvjesnih dijelova ega, poput izolacije, poricanja, premještanja i intelektualizacije (62).

Vidljivo je da je ovaj oblik samozaštite jedna od pretpostavki preživljavanja u odnosu s pacijentom, kako bi se što lakše opstalo raditi na psihofizički zahtjevnim bolničkim odjelima.

Nadalje, razvijajući ovu temu James (1992.), Smith i Gray (2001.) istražuju pojam „emocionalnog rada“ kao načina suočavanja sa stresom zbog njegovanja.

Emocionalni rad se može definirati kao „upravljanje osjećajima“, odnosno događa se kada medicinske sestre „upravljaju“ svojim snažnim i često sukobljenim emocijama, potiskujući ih kada je potrebno, kako bi ostavile brižan vanjski dojam prema pacijentu i tako preživjele u emocionalno zahtjevnom svijetu sestrinske prakse (4).

Dakle, problem nastaje kad postoji neslaganje između stvarnih emocija koje medicinska sestra doživljava i emocije za koje osjeća da ih treba doživjeti. Npr. medicinska sestra navodi da je ljuta na pacijenticu zbog neprovođenja vježba pokretljivosti, ali je svjesna da treba empatizirati s njom jer se ona osjeća loše i ima nisko samopoštovanje (4).

Također, teška bolest (pacijenta) može kod medicinske sestre putem procesa identifikacije pokrenuti intenzivne separacijske strahove ili depresivne reakcije (63). Pojedine medicinske sestre pokušavaju ublažiti bolest te kod pacijenta bude prekomjernu nadu, dok neke žele što manje znati o pacijentovim patnjama i zbog toga se usredotočuju samo na tjelesni nalaz.

Iza prividno površnog ili „nehumanog“ odnosa zdravstvenih djelatnika prema pacijentu često se zapravo krije strah ili osjećaj bespomoćnosti (63).

Prema tome, upravljanje osjećajima je iznimno zahtjevno te može dovesti do otuđenja djelatnika, izgaranja, stresa i općenito slabe poslovne učinkovitosti.

Nadalje, za studente i mlađe djelatnike je očito da opažanjem strategija starijih kolega oblikuju svoje upravljanje sukobljenim emocijama i time potiču širenje emocionalnog rada (4). Ovdje treba istaknuti i primjenu kliničke supervizije, odnosno, utvrđeno je da ona ima koristan učinak na djelatnike, a tamo gdje nije uvedena mjerljivi su štetni učinci. Implikacija je da će se bez prikladne supervizije smanjiti refleksivne sposobnosti medicinskih sestara, a to će u konačnici spriječiti pružanje psihološke njege (4).

Pružanje i praćenje visokokvalitetne zdravstvene njege smatraju se najvažnijima za osiguravanje usluga zdravstvene i socijalne njege 21. stoljeća, uz visoko vrednovanje komunikacije, poštovanja i dostojanstva te uvjeta u kojima se njega vrši.

Također, ključno je da bi se zdravstvena njega trebala pružiti sa suosjećanjem i empatijom, na uljudan i neosuđujući pristup, direktno podržavajući potrebu za interpersonalnim vještinama i osobnim kvalitetama.

U skladu s time, jasno je da je u procesu zdravstvene skrbi 21. stoljeća naglasak stavljen na detektiranje i rješavanje ne samo fizičkih potreba kod bolesti, već i šire holističke potrebe zdravstvene njege.

6. ZAKLJUČAK

Za razliku od psihoterapije, gdje je svrha liječenja promjena ličnosti, cilj psihološke njega je primarno preventivna aktivnost te uspostavljanje psihičke ravnoteže. Psihološka njega kao segment holističkog pristupa podrazumijeva skrb za pacijentove psihološke potrebe pomoću brojnih vještina kao što su procjena, slušanje, opažanje, pružanje informacija, verbalno i neverbalno komuniciranje, s krajnjim ciljem ublažavanja psihološke patnje.

Primjena psihijatrijskog sestринstva (zdravstvena njega) u zajednici zahtijeva proširene vještine, veći nivo znanja i sposobnosti koji traže siguran i kvalitetan rad. Vještine zdravstvene njega poboljšavaju stručnost, samostalnost u individualnom radu i terapijskom djelovanju.

Za kvalitetnu primjenu psihološke njega medicinske sestre nisu samo izvršioци liječnikovih naloga, već ravnopravni suradnici zdravstvenog tima. Da bi ovaj cilj bio realiziran neophodno je visoko formalno obrazovanje, cjeloživotno učenje te razvijanje osobnih kvaliteta poput samosvjesnosti, empatije, intuicije, refleksije i izgradnje odnosa. Stoga je razumljiva tendencija da se medicinske sestre kontinuirano educiraju tokom cijelog profesionalnog života kako bi mogle odgovoriti na zadatke i zahtjeve koji se pred njih postavljaju. Edukacija medicinskih sestara pomaže da i sestre mijenjaju svoje stavove i navike te da zauzimaju ravnopravno mjesto u stručnom timu. Također, nužno je posjedovanje interpersonalnih vještina, psihološkog znanja kao i znanja socijalne percepcije.

Zbog nedovoljnog broja medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu i organizacijskih teškoća, sve većeg broja pacijenata te sve većih zahtjeva i obaveza, psihološka njega se često provodi usputno i vrlo lako se previdi. Zato je nužno standardizirati postupke psihološke njega, izraditi plan, provedeno dokumentirati te na taj način osigurati dokaz da je medicinska sestra primijenila svoje znanje, vještine i procjene sukladno profesionalnim standardima.

Dokazano je da su posljedice primjene pravovremene i učinkovite psihološke njega za pacijente brojne; njihova psihološka dobrobit je održana ili poboljšana, anksioznost je smanjena, javlja se osjećaj sigurnosti i prihvaćenosti, skraćuje se boravak u zdravstvenoj ustanovi te je smanjena upotreba ostalih medicinskih usluga. Istovremeno, osoba koja pruža psihološku njegu osjeća zadovoljstvo, vlastitu vrijednost i bolju povezanost s pacijentom. Međutim, iako to iskustvo može djelovati inspirativno, uglavnom je iznimno zahtjevno, što ukazuje na potrebu za učinkovitim podrškom i supervizijom.

7. LITERATURA

1. Reynolds W, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *J Adv Nurs* 2000; 31: 226-234.
2. Nichols K. Psychological care by nurses, paramedical and medical staff: essential developments for the general hospitals. *Br J Med Psychol* 1985; 58:231-240.
3. Nichols K. *Psychological Care in Physical Illness* (2nd ed.). London: Chapman and Hall, 1993.
4. Priest H. *Uvod u psihološku njegu u sestriinstvu i drugim zdravstvenim strukama*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
5. Nichols K. *Psychological Care for Ill and Injured People*. Maidenhead: Open University Press, 2003.
6. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
7. Bach S. *Psychology in Practice*. London: South Bank University Distance Learning Centre, 1995.
8. Legg MJ. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Aust J Adv Nurs* 2011; 28(3): 61-67.
9. Aggleton P, Chalmers H. *Nursing Models and Nursing Practice* (2nd ed). Basingstoke: Macmillan, 2000.
10. James W. *Principles of psychology*. New York: Holt and Co., 1890.
11. Jukić V, Pisk Z (2008) *Psihoterapija: škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas*. Zagreb: Medicinska naklada.
12. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
13. Klain E i sur. *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden Marketing, 1999.
14. Begić D. *Psihopatologija*. Drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
15. Begić D. *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
16. McLeod S. *Simply Psychology: Saul McLeod 2007 – Psychodynamic Approach*
Dostupno na: <https://www.simplypsychology.org/psychodynamic.html> (pristupljeno 27.08.2021).
17. Davison GC, Neale JM. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
18. Maslow A. *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row, 1954.
19. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Socijalna psihologija*. Zagreb: Mate d.o.o., 2005.

20. Pennington DC Osnove socijalne psihologije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1997.
21. Allport GW. The nature of prejudice. Oxford: Addison-Wesley, 1954.
22. Licul R, Popović S. Stavovi pacijenata opće bolnice Pula prema sestринstvu kao rodno/spolno obilježenoj profesiji. Attitudes of the Pula General Hospital patients towards nursing as a sex/gender marked profession. Pula: Služba za kirurške bolesti, Opća bolnica Pula, 2016.
23. Zakon o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine br. 169/2004)
24. Rušinović Sunara Đ. Pravo pacijenta na istinu i odluku, Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2006; 6.
25. Pichler D. Obaviješteni pristanak u obrascima suglasnosti kojima se prihvaća preporučeni dijagnostički odnosno terapijski postupak Kliničkog bolničkog centra Osijek i njihova usklađenost s propisima i međunarodnom praksom, Pravni vjesnik 2014; 1: 89-114.
26. Ajduković M, Kregar Orešković K, Laklija M. Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad, Ljetopis socijalnog rada 2007; 1: 59-91.
27. Jakovina T. Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnika s bulimijom nervozom, Disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb, 2017.
28. Kamenov Ž. Značaj privrženosti u odrasloj dobi: ima li razloga za pesimizam ili optimizam? Dani psihologije, Zadar, 2006. str. 9-9.
29. Nietzel MT, Bernstein DA, Milich R. Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2001.
30. Brajković L, Braš M, Đorđević V. Psihološka procjena neurološkog bolesnika u palijativnoj medicini. Neurologica Croatica 2011; 3-4: 113-116.
31. Crnković D. Anksioznost i kako ju liječiti. Medicus 2017; 2: 185-191.
32. <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/25/neuroza.htm> pristupljeno: 10.07.2021.
33. Larsen RJ, Buss DM. Psihologija ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
34. Karlović: Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. Medicus 2017; 2: 161-165.
35. Maj M, Sartorius N. Depressive Disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 2002.
36. Kušević Z, Frišić T, Babić G, Jurić Vukelić D. Depression in the Light of Some Psychoanalytic Theories. Soc. psihijat. 2020; 48(1): 72-103.
37. Murray JLC, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-1504.
38. Hotujac Lj, Filipčić I, Grubišić J, Marčinko D. Živjeti s depresijom. Zagreb: Pliva, 2003.

39. Filaković P i sur. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet, 2014.
40. Filipčić I. Učestalost depresije i utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti. Disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2008.
41. Vadla D. Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih osoba. Disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2011.
42. Marčinko D i sur. Stres u kliničkoj medicini – biologijski, psihodinamski i socijalni faktori. Zagreb: Medicinski fakultet, 2021.
43. Skelac I, Tubbs S. Komunikacija – principi i konteksti. Sociologija i prostor 2015; 53: 186-190.
44. Žižak A, Vizek Vidović V, Ajduković M. Interpersonalna komunikacija u profesionalnom kontekstu. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2012.
45. Tickle-Degnen L, Rosenthal R. Nonverbal aspects of therapeutic rapport. U: Feldman RS (Ur.). Applications of nonverbal behavioral theories and research. Hillsdale: Erlbaum, 1992
46. Buller DB, Street RL Jr. Physician-patient relationships. U: Feldman RS. (ur.) Applications of nonverbal behavioral theories and research. Hillsdale: Erlbaum, 1992.
47. Goleman D. Emocionalna inteligencija: zašto je važnija od kvocijenta inteligencije. Zagreb: Mozaik knjiga, 2013.
48. Rosenwein BH. Problemi i metode istraživanja povijesti emocija. Historijski zbornik 2015; 2: 437-458.
49. Čorlukić M, Krpan J. Što su emocije? – Suvremene neuroznanstvene teorije. Socijalna psihijatrija 2020; 1: 50-71
50. Carter EJ, Pelphrey KA. Friend or Foe? Brain Systems Involved in the Perception of Dynamic Signals Of Menacing and Friendly Social Approaches. Social Neuroscience 2008; 3: 151-163.
51. Rijavec M. Pozitivne emocije – možemo li biti sretniji? Medix 2016; 91.
52. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361-370.
53. Nelson Jones R. Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju: opis modela savjetovanja o životnim vještinama i vježbe za njegovu primjenu. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2007.

54. Hercigonja Z. Emocionalna inteligencija u odgoju i obrazovanju. Varaždin: Fronta Impres, 2018.
55. <https://www.istrazime.com/zdravstvena-psihologija/kako-se-nositi-s-bolescu/> pristupljeno 12.07.2021.
56. Janković J. Savjetovanje – psihodinamski pristup. Zagreb: Et cetera, 2004.
57. Kraljević R. Savjetovanje roditelja djece s posebnim potrebama: mogućnosti i prepreke. Zagreb: Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama, 2007.
58. Hackney HL. Savjetovatelj – stručnjak, procesni vodič kroz pomaganje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2012.
59. Lučanin D, Lučanin JD. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2010.
60. Janković J. Savjetovanje u psihosocijalnom radu. Zagreb: Et cetera, 2004.
61. Rimac B. O sestrinstvu, zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti. Zbornik sveučilišta Libertas 2019; 4: 135-154.
62. Gregurek R. Suradna (liaison) psihijatrija. Psihoterapija 1998; 28: 33-64.
63. Gregurek R i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2006.

POPIS SLIKA

Slika 1. Maslovljeva hijerarhija potreba (Izvor:
https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva_hijerarhija_potreba)