

Značaj psihološke njege i refleksivne prakse u sestrinstvu

Buković, Ema

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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:105:529638>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-16**



Repository / Repozitorij:

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



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

Ema Buković

**Značaj psihološke njege i refleksivne prakse u
sestrinstvu**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022

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

Ema Buković

**Značaj psihološke njege i refleksivne prakse u
sestrinstvu**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022

Ovaj rad izrađen je na Katedri za medicinsku sociologiju i ekonomiku zdravstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Tee Vukušić Rukavina i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021/2022.

POPIS I OBJAŠNJENJE KORIŠTENIH KRATICA

BDI – engl. Beck Depression Inventory

EBN – engl. Evidence Based Nursing

GMC – engl. General Medical Council

HADS - engl. Hospital Anxiety and Depression Scale

HAM-A – engl. Hamilton Anxiety Assesment

KBT – kognitivno biheviorna terapija

NMC- engl. Nursing and Midwifery Council

NPR – na primjer

RPI – engl. a reflective practice intervention

Izraz medicinska sestra koji se koristi u ovom radu odnosi se na ženski i muški rod.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD.....	1
2. PSIHOLOŠKA NJEGA.....	3
2.1. Definiranje pojma.....	3
2.2. Biopsihosocijalni model	5
2.3. Relevantne teorije i konceptualni modeli koji podupiru psihološku njegu	6
2.3.1. Jean Watson – Teorija skrbi za čovjeka.....	6
2.3.2. Hildegard Peplau -Teorija interpersonalnih odnosa	8
2.3.3. Joyce Travelbee – Human to Human Relationship Theory	9
2.3.4. Model samoskrbi - Dorothea Orem	10
2.3.5. Model bihevioralnih sustava i Adaptacijski ili prilagodbeni model	10
2.3.6. Model životnih procesa	11
3. PSIHLOGIJA I ZDRAVSTVENA NJEGA.....	12
3.1. Baze znanja u sestinstvu	12
3.2. Psihodinamska teorija u zdravstvenoj njezi	12
3.3. Biheviorizam u zdravstvenoj njezi	13
3.4. Kognitivna psihologija u zdravstvenoj njezi	14
3.5. Geštalt psihologija u zdravstvenoj njezi.....	14
3.6. Humanistička psihologija u zdravstvenoj njezi	15
4. REFLEKSIVNA PRAKSA.....	15
4.1. Definiranje pojma	16
4.2. Komponente refleksivne prakse	17
4.3. Koncepti za dublje razumijevanje refleksije	18
4.3.1. Praksa.....	18
4.3.2. Kriičko biće.....	18
4.3.3. Znati više nego što možemo reći	18
4.3.4. Opasnosti refleksije.....	19
4.3.5. Sestinstvo utemeljeno na dokazima i refleksivna praksa.....	20
4.4. Modeli refleksivne prakse	20
4.4.1. Donald Schön	20
4.4.2. Kolbov (1984.) model iskustvenoga učenja	21

4.4.3.	Gibbsov reflektirajući ciklus (1998.)	22
4.4.4.	Rolfe, Freshwater, & Jasper model	24
5.	PREDUVJETI ZA PSIHOLOŠKU NJEGU I REFLEKSIVNU PRAKSU	26
5.1.	Znanje	28
5.1.1.	Znanje za procjenu i praćenje	28
5.1.2.	Znanje za emocionalnu njegu	29
5.1.3.	Znanje za pružanje informacija	30
5.1.4.	Transfer i kontratransfer	31
5.1.5.	Kritička analiza znanja	31
5.2.	Osobne kvalitete	32
5.2.1.	Samosvjesnost	33
5.2.2.	Intuicija	33
5.2.3.	Empatija	34
5.3.	Stvaranje odnosa	35
6.	PSIHOLOŠKA NJEGA I REFLEKSIVNA PRAKSA KAO TERAPIJSKI POSTUPAK	36
6.1.	Interpersonalne vještine psihološke njege	36
6.1.1.	Komunikacijske vještine	37
6.1.2.	Vještine psihološke procjene	38
6.1.3.	Vještine emocionalne njege	40
6.1.4.	Vještine savjetovanja	42
6.1.5.	Pružanje informacija	44
6.2.	Vještine refleksivne prakse	44
6.2.1.	Samosvijest	44
6.2.2.	Opis	45
6.2.3.	Istraživanje osjećaja povezanih sa situacijom	46
6.2.4.	Identificiranje i osporavanje pretpostavki	46
6.2.5.	Istraživanje alternativnih pravaca djelovanja	47
6.2.6.	Sinteza	47
6.2.7.	Evaluacija	48
6.3.	Barijere	48
6.3.1.	Za psihološku njegu	48
6.3.2.	Za refleksivnu praksu	50
6.4.	Ciljane skupine bolesnika	50
6.4.1.	Palijativni bolesnici	51

6.4.2. Onkološki bolesnici	52
6.4.3. Psihijatrijski bolesnici	54
7. PSIHOLOŠKA NJEGA I REFLEKSIVNA PRAKSA DANAS I SUTRA	55
7.1. Istraživački radovi na temu psihološke njege	58
7.2. Istraživački radovi na temu refleksivne prakse	61
8. ZAKLJUČAK	63
9. ZAHVALA.....	64
10. LITERATURA.....	65
11. ŽIVOTOPIS.....	74

SAŽETAK

Značaj psihološke njege i refleksivne prakse u sestrinstvu

Ema Buković

U današnje vrijeme svjedoci smo sve zahtjevnije skrbi koja se značajno udaljava od tradicionalnog biomedicinskog modela usmjerenog na fizičko i približava biopsihosocijalnom modelu skrbi orijentiranom na biološke, psihološke i socijalne koncepte zdravlja odnosno bolesti. Svaka osoba koja je iznenadna suočena s bolešću razvija određene psihološke reakcije, stoga možemo govoriti o značajnosti skrbi za psihološko zdravlje bolesnih. Briga za psihološko zdravlje zahtjeva određena znanja i vještine koje svaka medicinska sestra treba posjedovati bez obzira na mjesto rada. Osobne kvalitete medicinske sestre za provođenje psihološke njege su intuicija, samosvjesnost, empatijski kapacitet te izgradnja odnosa. Od znanja i vještina za provođenje potrebno je usavršavanje komunikacijskih vještina, vještina psihološke procjene, vještina emocionalne njege, vještine savjetovanja i vještine pružanja informacija. Naglasak na provođenje psihološke njege posebice je važan pri radu s osjetljivijim skupinama pacijenta poput onkoloških, psihijatrijskih i palijativnih pacijenta kod kojih individualizirana psihološka njega treba biti sastavna komponenta sestriinske njege. Da bi to bilo moguće potrebe su određene promjene u sustavu poput više edukacijskih modula, postojanja praktičnih smjernica, standardizacije plana psihološke njege te definiranje i educiranje izvršitelja psihološke njege odnosno mentora za nadzor postupka. Magistre sestrinstva svojim kompetencijama imaju značajnu ulogu u poticanju ovih promjena i zalaganju da psihološka njega postane administrativni terapijski postupak. S ciljem unapređenja sestriinske prakse, ali i olakšanja emocionalnog opterećenja koje rad s pacijentima donosi, možemo govoriti i o pojmu refleksivne prakse. Refleksivna praksa predstavlja sposobnost da medicinske sestre preispitaju svoje radnje i iskustva s ishodom nekog događaja u praksi te poboljšaju kliničko znanje. Ona uključuje analizu osjećaja i bolje razumijevanje nas samih, ali i pacijentovih potreba. Iz tog razloga u ovom radu navedeni su najosnovniji koncepti, znanja, vještine, barijere, ali i preporuke za uvođenje refleksivne prakse u područje sestrinstva.

Ključne riječi: psihološka njega, refleksivna praksa, sestrinstvo, terapijski postupak, magistre sestrinstva

SUMMARY

The importance of psychological care and reflective practice in nursing

Ema Buković

Nowadays, care is significantly shifting away from the traditional biomedical model focused on the physical aspect and approaching the biopsychosocial model of care oriented on biological, psychological and social aspects of health and disease. Every person who is suddenly faced with an illness develops certain psychological reactions and because of that we can discuss about the importance of caring for the psychological health of the sick. Caring for psychological health requires certain knowledge and skills that every nurse should acquire, regardless of the type of her workplace. The personal qualities of a nurse necessary for providing psychological care are intuition, self-awareness, empathic capacity and relationship building. Types of knowledge and skills for psychological care are improvement of communication skills, psychological assessment skills, emotional care skills, counseling skills and information provision skills. The implementation of psychological care is particularly important when working with more sensitive groups of patients such as oncology, psychiatric and palliative patients, where individualized psychological care should be an integral component of nursing care. For this to be possible, certain are needed, such as creating more educational modules, the existence of practical guidelines, the standardization of the psychological care plan, and the definition and training of psychological care executors, i.e. mentors for the supervision of the procedure. A Master's degree of nursing provides competencies that encourage these changes and advocate that psychological care becomes an administrative therapeutic procedure. In order to improve nursing practice, but also to ease the emotional burden that working with patients brings, it is important to mention the concept of reflective practice. The reflective practice represents the ability of nurses to review their actions and experiences and improve clinical knowledge. It includes an analysis of feelings and a better understanding of ourselves and the patient's needs. For this reason, the most basic concepts, knowledge, skills, barriers, as well as recommendations for the introduction of reflective practice in the field of nursing are listed in this graduate thesis.

Keywords: psychological care, reflective practice, nursing, therapeutic procedure, master's degree in nursing

1. UVOD

Do prije nekoliko desetljeća, sestrinska praksa bila je usklađena s medicinskim modelom skrbi i usko orijentirana na fizičko zdravlje. Danas, sve se više govori o psihološkom zdravlju bolesnih, a mnogi pacijenti s tjelesnim zdravstvenim problemima imaju visoku stopu psihičkog stresa što rezultira lošijom kvalitetom života, većom stopom konzultacija, većom upotrebom zdravstvenih usluga i lošim pridržavanjem liječenja. Medicinske sestre danas moraju imati znanje, vještine i kompetencije kako bi zadovoljile holističke zdravstvene potrebe pacijenata o kojima se brinu (1). S ciljem zadovoljenja potreba, psihološka njega danas postaje sve važnija komponenta sestrinske prakse, a njezini su ciljevi poboljšati psihičku i emocionalnu dobrobit, uključujući samopoštovanje, prilagodbu bolesti, komunikaciju, društveno funkcioniranje i međuljudske odnose. Iako se pružanje emocionalne podrške i psihološke skrbi najviše zahtijeva kod palijativnih, onkoloških i psihijatrijskih pacijenata, osnovne vještine i znanja o psihološkoj njezi treba posjedovati svaka medicinska sestra, a posebice magistre sestrinstva.

Pružanje psihološke njege predstavlja izazov za svaku medicinsku sestru jer osim usvojenih znanja i vještina ne postoji konkretna situacija i uputa kada, kako i kome pružiti psihološku njegu. Stoga, pružanje psihološke njege zbog emocionalnog opterećenja koje nosi na kraju postaje osobni izbor svake medicinske sestre. Stoga, kako bi unaprijedili svoju profesionalnu praksu, ali i olakšali emocionalno opterećenje te se efikasnije suočavali sa svojim emocionalnim reakcijama važno je uvođenje refleksije u vlastitu praksu. Refleksivna praksa je pojam o kojem se u sestrinstvu još uvijek puno ne govori, a bitan je atribut za razvoj autonomnih, kritičnih i naprednih praktičara. Refleksivna praksa je sposobnost da se preispitaju svoje radnje i iskustva s ishodom nekog događaja u praksi te poboljša kliničko znanje. Ona uključuje analizu vlastitih osjećaja i bolje razumijevanje nas samih, ali i pacijentovih potreba. Takvo povećanje samosvijesti i sposobnost analiziranja svojih osjećaja daje uvide koji mogu značajno poboljšati profesionalnu praksu. Refleksivna praksa utječe na sve razine sestrinstva, od učenika i studenata do medicinskih sestara u kliničkim okruženjima (2).

Tema ovog diplomskog rada je kratki pregled najvažnijih pojmova, teorija, modela, preduvjeta i vještina vezanih uz psihološku njegu i refleksivnu praksu. Rad ističe

važnost primjene navedenih znanja u svakodnevnom radu medicinskih sestara. Magistre sestrinstva imaju veliku ulogu u unapređenju i mijenjaju sestrinske prakse u skladu sa znanjima utemeljenim na dokazima, a svojim kompetencijama mogu osigurati profesionalni psihološki pristup i poticati reflektivnu radnu okolinu.

2. PSIHOLOŠKA NJEGA

Njega predstavlja srž djelovanja medicinskih sestara. Ona je kompleksan pojam koji ne podrazumijeva samo kroz brigu o fizičkom zdravlju ljudi i zadovoljavanju njihovih osnovnih fizioloških potreba nego i o zadovoljavanju psiholoških potreba svakog pojedinca. Ljudi kojima je potrebna bilo kakva zdravstvena usluga imat će i psihološke potrebe koje uvelike utječu na njihove osjećaje, misli i ponašanje (3).

2.1. Definiranje pojma

Upravo zbog kompleksnosti i širine pojma zdravstvena njega, ne postoji jedna definicija koja bi u potpunosti odrazila tu kompleksnost. Mnogi autori kroz povijest i vlastite teorije davali su različite definicije i vlastita viđenja ovog pojma.

„Zdravstvena njega je pomoć pojedincu, obitelji ili grupama kojima je pomoć potrebna, a temelji se na znanju, umijeću, razumijevanju i suosjećanju.” (definicija Ernestine Weidenbach prema Fučkar, 1995) (4).

„Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi za to imao potrebnu snagu volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti.” (definicija Virginije Henderson prema Fučkar 1995) (4).

Dorothy E. Johnson definira zdravstvenu njegu kao „...vanjski regulatorni utjecaj usmjeren poticanju i održavanju pozitivnog zdravstvenog ponašanja u zdravlju i bolesti” dok teoretičarka Florence Nightingale definira zdravstvenu njegu kao „...stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje životnih procesa” (4).

Razmatrajući ove definicije zdravstvene njege jasno je vidljivo da osim zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, postavljaju se i neka druga otvorena pitanja poput snage i volje pojedinca za zadovoljavanje svojih potreba, poticanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja, pomoć koja se temelji na suosjećanju, pojam stvaranja najpovoljnijih uvjeta i slično. Dakle, jednoznačnim instrumentalnim elementima njege (previjanje rana, kontrola vitalnih znakova) koji su srž pojma zdravstvene njege, ne mogu se dati

odgovori na sva postavljena pitanja i vidljiva je potreba za određenim djelovanjem koje se dotiče područja holizma, altruizma, empatije tj. područja psihologije.

Pitanje definicije zdravstvene njege kompleksno je i iz perspektive razlika u shvaćanju njenog značenja između pacijenata i samih medicinskih sestara. Neka istraživanja su pokazala da pacijenti i njihova obitelj visoko cijene osobnije aspekte skrbi, ponekad opisane kao „izražajni” elementi brige, kao npr. otvorenost, pažnja, slušanje i stvaranje veze s osobom koja skrbi dok s druge strane zdravstveni djelatnici skloniji su zdravstvenu njegu gledati kroz samo instrumentalno djelovanje (5). Međutim neke studije pokazuju upravo suprotno (6). U takvim studijama, pokazalo se da pacijenti pridaju veći značaj izravno vidljivim aktivnosti ili zadacima njege, nego manje opipljivijim izražajnim aktivnosti kao što su slušanje ili suosjećanje.

Postojanje ovakve rasprave vezane uz razlike u percepciji shvaćanja pojma zdravstvene njege medicinskih sestara i pacijenata sadrži implikacije za potrebom razumijevanja prirode psihološke skrbi i njene implementacije u svakodnevno djelovanje. S obzirom na spomenutu kompleksnost definiranja pojma zdravstvene njege, postoje rasprave vezane uz poteškoće stvaranje jedinstvene definicije i pojma „psihološka njega” (7). Jedna od najranijih definicija je autora Hyland i Donaldson (8) koji definiraju psihološku njegu kao „briga o pacijentovim psihološkim potrebama kroz korištenje slušanja, promatranja, suosjećanja i komunikacijskih vještina. Cilj takve njege je ublažiti psihičku patnju.”

Nadalje, autor Nichols također sa stajališta kliničke psihologije kaže da „psihološka njega uključuje izravno davanje pomoć i stalne podrške pacijentima te se bavi njihovim reakcijama na tešku bolest ili ozljedu”. Također, sugerira da bi to trebala biti takva njega trebala biti „rutinska”, a ne dodatni luksuz kada vrijeme dopušta. Psihološka njega predstavlja ujedno proširenje uloga medicinskih sestara (7).

Iz ovih ranih pokušaja definiranja psihološke njege možemo vidjeti da postoji određeni konsenzus o njezinim ključnim komponentama kao što je procjena, davanje informacija, slušanje i odgovaranje na emocije.

Britansko nacionalno vijeće za hospicij i palijativnu skrb (*engl. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care*) (9) definira psihološku njegu kao „psihičku i emocionalnu dobrobit pacijenata i njihovih obitelji/skrbnika, uključujući pitanja

samopoštovanja, uvid u prilagodbu na njihovu bolest i njezine posljedice, komunikaciju, društveno funkcioniranje i odnose”.

2.2. Biopsihosocijalni model

Modeli zdravstvene skrbi važni su za shvaćanje i oblikovanje prirode medicinskog rada, kako filozofski tako i u praksi. Jedan od najpoznatijih modela zdravstvene skrbi je biomedicinski model. Ovaj model postoji od sredine 19. stoljeća i bio je dominantan u dijagnostici bolesti. Zdravlje predstavlja slobodu boli, bolesti ili mana. U ovom modelu fokus je na fizičkim procesima kao što su biokemija, fiziologija i patologija bolesti koji ne uzimaju u obzir ulogu individualne subjektivnosti ili društvenih čimbenika (10).

Biomedicinski model pretpostavlja da je bolest u potpunosti objašnjena odstupanjima od norme mjerljivih bioloških (somatskih) varijabli, dakle ne ostavlja u svom okviru prostora za socijalne, psihološke i bihevioralne dimenzije bolesti i njime je ne moguće objasniti ikakvu potrebu za psihološkom skrbi. Vodeći se činjenicom da neki ljudi s pozitivnim laboratorijskim nalazima kojima je zapravo potrebno liječenje se osjećaju prilično dobro, dok drugi koji se osjećaju bolesno, a ne postoji objektivni dokaz bolesti, američki psihijatar George Engel (11) ističe da biomedicinski model nije dovoljan za objašnjenje zdravlja odnosno bolesti.

Iz tog razloga s ciljem davanja osnove za razumijevanje determinanti bolesti i dolaska do racionalnih tretmana i obrazaca zdravstvene skrbi, medicinski model također mora uzeti u obzir pacijenta, društveni kontekst u kojem živi i cijeli komplementarni sustav koji je osmislilo društvo. Za to je potreban biopsihosocijalni model. Engel definira biopsihosocijalni model kao model koji obuhvaća informacije s razina “ispod i iznad ljudskog bića” kako ih doživljava svaka osoba. To jest, zdravstveni djelatnik nastoji integrirati podatke s ljudske/psihološke razine s podacima s biološke razine (ispod) i podacima sa socijalne razine (gore) za konstruiranje biopsihosocijalnog opisa svakog pacijenta (11).

Važnost biopsihosocijalnog modela očituje se u njegovom tadašnjem potencijalu za daljnje razvijanje, a danas i zasluzi za okretanje ka više humanističkoj skrbi i skrbi usmjerenoj na pacijenta (12). Zbog svoje tri bitne komponente: biološke, psihološke i

socijalne ideologije koncept zdravlja se promatra kao ravnoteža između ova tri sektora. Zahvaljujući njemu potaknuta su mnoga istraživanja i napredci u kliničkoj, obrazovnoj i istraživačkoj sferi te se lakše moglo zaključiti da zapravo složenost suvremene medicine nije prikladna za samo jedan model i samo jedan pristup skrbi (12).

Biopsihosocijalni model olakšava zdravstvenim radnicima da bolje razumiju subjektivni pogled svojih pacijenata na njihovu bolest i patnju (13). Upravo je to razumijevanje preduvjet za pružanje uspješne psihološke njege, stoga nam biopsihosocijalni model pomaže bolje razumjeti što psihološke njege jest i zašto je važna njena implementacija u svakodnevnu radu medicinskih sestara.

2.3. Relevantne teorije i konceptualni modeli koji podupiru psihološku njegu

Kroz povijest pojam njege i njenih komponenata tema je rasprave među znanstvenicima i istraživačima. Kao rezultat toga nastali su različiti pristupi odnosno teorije i konceptualni modeli kojima je cilj jasnije definirati ove pojmove odnosno ukazati na kompleksnost i moguća pojašnjenja ovih pojmova.

2.3.1. Jean Watson – Teorija skrbi za čovjeka

Godine 1979. Jean Watson predstavlja svoju teoriju skrbi o čovjeku u kojoj govori o takozvanom transpersonalnom sestrinstvu. Takav transpersonalni odnos temelji se na identifikaciji i otkrivanju te povezivanju s mentalnim stanjem i stanjem duha druge osobe kroz radnje, riječi, geste, izraze lica, dodir, glas i slično. Teorija skrbi o čovjeku navodi kako se njega može podijeliti na dvije nužne komponente tj. instrumentalne i ekspresivne postupke koji bi trebali biti u ravnoteži (3). Daje općenito filozofski pogled na osobu koju navodi kao „potpuno funkcionalno integrirano ja”. Dakle, čovjeka se promatra kao „većeg i drugačijeg od zbroya njegovih ili njezinih dijelova.” Progovara o ljudskoj duhovnosti tj. pojmovima duh i duša, koji progovaraju o jedinstvenosti svakog bića, njegovom povezivanju s onim većim od nas, onim kozmičkim te o postojanju unutarnje energije i izvora ozdravljenja unutar nas samih (14). Osviještena o problemu sve većeg naglaska na liječenju nego na njegovanju, naglašava važnost „njegujućeg trenutka (engl. *caring moment*)” u sestrinstvu. To je trenutak u kojem medicinska sestra stvara i omogućuje prostor u kojem se može dogoditi povezanost s pacijentom (3).

Teorija skrbi o čovjeku utvrđuje i 10 faktora njege (Tablica 1.) koji kombiniraju znanost i humanističke discipline tj. 10 elemenata koji utječu na osobu za koju se skrbi, ali i na osobu koja pruža skrb (14).

Tablica 1. Deset čimbenika skrbi Jean Watson

• Humano – altruistički sustav vrijednosti
• Osjećaj nade i vjere
• Osjetljivost za sebe i druge
• Osjećaj i odnos povjerenja, pomaganje drugima
• Iskazivanje pozitivnih i negativnih emocija
• Sustavno rješavanje problema
• Podučavanje kroz međuljudske odnose
• Ozračje koje potiče psihički razvoj
• Podrška u ostvarivanju ljudskih potreba
• Podrška „bivstvenih duhovnih sila“

Izvor: Kalauz S. Etika u sestinstvu. Zagreb: Medicinska naklada;2012. Str 182-183.

Teorija skrbi o čovjeku dakle ne predstavlja praktične smjernice za provedbu zdravstvene njege, ona predstavlja skup koncepata, ideja te teorijska načela na kojima se skrb treba temeljiti. Iako nema relevantnu praktičnu vrijednost, svakako predstavljati izazov za buduća istraživanja medicinskih sestara, bolju komunikaciju, suradnju i postizanje što učinkovitije moguće skrbi. Kroz 3 temeljne postavke (Tablica 2.) koje promovira teorija skrbi o čovjeku, a to su karitativnost, transpersonalni međuljudski odnos, trenutak skrbi odnosno prigoda skrbi (15) naziru se temelji i osnove postavke skrbi koju danas nazivamo psihološka skrbi.

Tablica 2. Tri temeljne postavke teorije o skrbi za čovjeka

Karitativnost	Sustav utemeljen na filozofskoj misli ideja o ljubavi i altruizmu koji bi trebao biti primjenjiv u praksi.
Transpersonalnost	Vještina i mogućnost prijelaza pojedinca iz osobne u širu duhovnu perspektivu uz poštivanje cjelovitost i potrebe da djeluje s više razine svjesnosti.
Trenutak skrbi, prigoda skrbi	Trenutak skrbi je trenutak kada se vrši konkretna skrb , ali istovremeno se uspostavlja međusobnu interakcija između medicinske sestre i pacijenta. Prigoda skrbi predstavlja sve interakcije između medicinske sestre i pacijenta u kojima se mogu izmjenjivati zajedničke spoznaje i iskustva.

Izvor: Kalauz S. Etika u sestinstvu. Zagreb: Medicinska naklada;2012. Str.184.

2.3.2. Hildegard Peplau -Teorija interpersonalnih odnosa

Sestrinstvo se definira kao interpersonalni, terapijski proces koji se odvija kada stručnjaci, odnosno medicinske sestre, sudjeluju u terapijskim odnosima s ljudima kojima su potrebne zdravstvene usluge (16). Peplau je teoretizirala da odnos između medicinske sestre i pacijenta mora proći kroz 4 faze (Tablica 3.) kako bi bili uspješan: faza orijentacije, identifikacije, iskorištavanja i odlučivanja (17).

Stage	Tasks
Orientation	Patient's problems and needs are clarified. Patient asks questions. Hospital routines and expectations are explained. Patient harnesses energy toward meeting problems. Patient's full participation is elicited.
Identification	Patient responds to persons he or she perceives as helpful. Patient feels stronger. Patient expresses feelings. Interdependent work with nurses occurs. Roles of both patient and nurse are clarified.
Exploitation	Patient makes full use available services. Goals such as going home and returning to work emerge. Patient's behaviours fluctuate between dependence and independence.
Resolution	Patient gives up dependent behavior. Services are no longer needed by patient. Patient assumes power to meet own needs, goals and so forth.

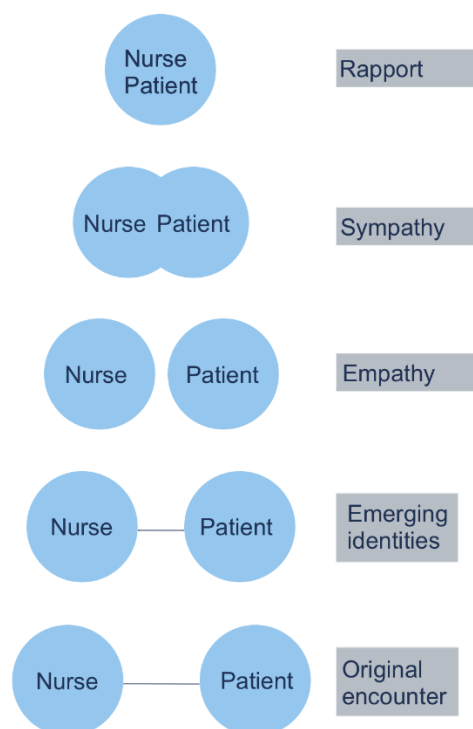
Tablica 3. Faze interpersonalnog odnosa

Izvor: Peplau H. Interpersonal relations in nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. New York: Springer Publishing Company;1991. Str.17-42.

Navedene faze interpersonalnog odnosa omogućavaju, ali i naglašavaju važnost jednostavnosti u pogledu prirodnog razvoja odnosa sestra-pacijent, što dovodi do prilagodljivosti u svakoj interakciji. Teorija interpersonalnog odnosa progovara o važnoj ulozi medicinske sestre kao inicijatora i provoditelja terapijskog odnosa te potrebi za partnerstvom. Na taj način ujedno zagovara razvitak terapijskih intervencija u kliničkom okruženju odnosno usmjerava pažnju na psihološki aspekt skrbi (16).

2.3.3. Joyce Travelbee – Human to Human Relationship Theory

Proširenje teorije interpersonalnih odnosa donosi teorija sestinstva pod nazivom „Jedan na jedan“ (engl. *Human-to-Human Relationship Theory*) teoretičarke Joyce Travelbee koja progovara o pet interakcijskih faza (Slika 2.) koje uzastopno i razvojno postižu medicinska sestra i pacijent kako se njihov međusobni odnos gradi. Te faze su izvorni sastanak, otkrivanje identiteta, empatija, simpatija i prisnost (18).



Slika 2. Pet interakcijskih faza

Prema Psych-Mental Health Hub (PMhealthNP) Joyce Travelbee Interpersonal Theory Of Nursing [Internet]. Izvor: <https://pmhealthnp.com/joyce-travelbee-interpersonal-theory-of-nursing/>. [pristupljeno 5.6.2022.].

U ovoj teoriji naglasak je na emocionalni aspektima sestrištva. Ističe se važnost terapijske upotreba sebe u komunikaciji i uspostavljanju odnosa uz pronalaženje značenja tijekom interakcija. Prepoznavanje važnosti suosjećanja, kao što je empatija pomaže razvitku odnosa (19). Travelbee (20) izražava važnost da medicinske sestre razumiju svoj koncept onoga što je ljudsko, jer će njihov odnos s drugim ljudskim bićem biti određen tim konceptom. Također naglašava važnost da medicinska sestra razumije koncepte pacijent, bolest i komunikacija jer samo pokazivanje suosjećanja i empatije medicinske sestre nije uvijek dovoljno pa je potrebno razumijevanje uzroka emocija i pacijentovog problema. Važno je da se medicinska sestra može suočiti s vlastitim negativnim emocijama kao što je bol, a ujedno je važno i prepoznavanje svih drugih opasnosti koje su povezane sa suosjećanjem, kao što je pretjerana identifikacija, iskrivljen osjećaj sažaljenja, nanošenje štete pacijentu, postajanje previše „meko srca“ ili narušavanje volje pacijenta i slično.

2.3.4. Model samoskrbi - Dorothea Orem

Model samozbrinjavanja govori o ljudskoj potrebi da se brinu sami za sebe te je svrha sestrištva pomoći pojedincu kada ne može zadovoljiti, odnosno ispuniti zahtjeve samozbrinjavanja (21). Ono što je značajno u ovom konceptualnom modelu posebice u kontekstu pružanja psihološke njege je što prikazuje holistički pogled na osobe kao jedinstvena bića, govori da ljudska bića nisu izolirana od svog okruženja i da okruženje utječe na njihovo mentalnog i fizičkog funkcioniranje. Osoba se promatra kao aktivni sudionik koji može poduzeti namjerne radnje. Neprestano se događaju razvojne promjene samozbrinjavanja i potrebe za modificiranjem samopoimanja kako bi osoba prihvatila da je u određenom zdravstvenom stanju koje zahtjeva specifične oblike zdravstvene skrbi. Ta potreba za promjenom za sobom vodi i potrebu za modifikacijom terapijskog odnosa sestra-pacijent te naglašava dinamičnost tog odnosa (22).

2.3.5. Model bihevioralnih sustava i Adaptacijski ili prilagodbeni model

Model bihevioralnih sustava Dorothy E. Johnson ističe da je ljudsko ponašanje bitna odrednica na kojoj se bazira sestriško djelovanje. Definira čovjeka kao „sustav ponašanja“ koji neprestano balansira između sebe i okoline, te se bolest događa u

trenutku kada ne uspije održati ravnotežu (23). Cilj sestinstva je održati i obnoviti osobnu ravnotežu i stabilnost sustava ponašanja ili pomoći osobi da sama postigne optimalnu razinu ravnoteže i funkcioniranja. O kontekstu balansiranja govori i adaptacijski model Sister Calliste Roy koji kaže kako je ključna upravo prilagodba pojedinca na podražaje tj. održavanje ravnoteže i stabilnosti. Osobu definira kao adaptivni sustav tj. ljudski sustav je opisan kao cjelina s dijelovima koji funkcioniraju kao jedinstvo u neku svrhu. A svrha sestinstva je procjena ponašanja i podražaja koji utječu na tu prilagodbu. Doprinos ovih modela je pružanje holističkog pogleda na osobu i objašnjenje čovjeka kao promjenjivog sustava. Prema ovim modelima ljudi predstavljaju jedinstvo u različitosti i u neprestanoj su interakciji s promjenjivim okruženjem (18).

2.3.6. Model životnih procesa

Karakteristika ovog konceptualnog modela je što gleda na sestinstvo kao umjetnost i znanost. Čovjek je jedna organska cjelina koju karakterizira pet obilježja, a to su cjelovitost, interakcija, evolucija, identitet i sposobnost. Stoga cilj sestinstva je unapređenje interakcije između pacijenta i njegova okruženja i to na način da se potiče da pacijent više koristi vlastitu energiju i potencijale (24). Ovaj model pruža način da se promatra jedinstveno ljudsko biće koje je integralno sa svemirom. Jedinstveno ljudsko biće i njegova ili njezina okolina su jedno. Sestinstvo je usmjereno na ljude i manifestacije koje proizlaze iz procesa međusobne interakcije čovjeka i okoliša. Dakle, model životnih procesa također se temelji se na holističkoj teoriji zdravlja i jedinstvu čovjekova bića (25).

3. PSIHOLOGIJA I ZDRAVSTVENA NJEGA

Najjednostavnija definicija psihologije je da je ona „znanost o mentalni procesima i ljudskom ponašanju“. Ona nastoji razumjeti, opisati, predvidjeti ponašanje te možemo reći da nam omogućuje „shvaćanje“ važnih aspekata funkcioniranja pojedinca (26). S druge strane sestrinstvo predstavlja „njegovanje“ pojedinca što podrazumijeva usmjerenost na njegovo iskustvo tj. također „shvaćanje“ ponašanja u zdravlju i bolesti. Ovo shvaćanje poveznice psihologije i zdravstvene njege detaljnije je opisano u ovom poglavlju kroz pregled najosnovnijih psiholoških teorija (3).

3.1. Baze znanja u sestrinstvu

Pitanje vezano uz priznavanje sestrinstva kao profesije tema je oko koje postoje mnogobrojne rasprave. Da bi neka struka nazvala profesijom glavna obilježja su postojanje jedinstvene baze specijaliziranog znanja, osposobljenost i licenciranje članova za prakticiranje struke te skup etičkih i pravila ponašanja kojih se članovi grupe moraju pridržavati. Zadnja dva kriterija jasno su definirana i postoje u sestrinstvu, no kriteriji vezan uz postojanje specijaliziranje baze znanja oduvijek je bila tema rasprave i teoretiziranja. Upravo iz tog razloga s ciljem da se stvori takva jedinstvena baza znanja nastali su mnogi teorijski modeli sestrinstva od kojih su neki spomenuti u prethodnom poglavlju (3).

Iako je za sestrinstvo važno da stvori svoju specijaliziranu bazu znanja, ovisnost o bazama znanja drugih profesija vidljiva je kroz povijest i značajno je utjecala na jasnije definiranje sestrinstva danas. Tako je baza znanja iz psihologije omogućila provođenje psihološke njege, odnosno razumijevanje psiholoških potreba pacijenata i odgovor na njih.

3.2. Psihodinamska teorija u zdravstvenoj njezi

Glavni predstavnici ove teorije bili su Sigmund Freud (1856-1939), Carl Gustav Jung (1875-1961) i Alfred Adler (1870-1937). Glavni termini oko koje je kreirana teorija su pojmovi: nesvjesni um, sile eros i thanatos, ego i id odnosno ličnost. Pojam psihodinamika u ovoj teoriji Freud je koristio da naglasi konflikt između suprotstavljenih intrapsihičkih snaga odnosno da je čovjekova unutrašnjoj izvor akcija i reakcija i odgovorna je za njegovo ponašanje (27). Danas psihodinamska teorija je naziv za

konceptualni okvir u kome su svi terapijski pristupi prihvatljivi, uključujući i farmakoterapiju, psihoterapiju, bolnički i dnevno-bolnički tretman, grupni i obiteljski pristup. Utjecaj psihodinamske teorije na medicinu značajan je zbog usmjeravanja same medicine na potencijalne probleme koji se nalaze u pozadini, a ne samo na simptome. Također, pod utjecajem ove teorije razvila se individualna i grupna psihoterapija te kreativna terapije kao što je art terapija (3). Značajnost psihodinamske teorije za sestinstvo odnosno psihološku njegu je upravo naglašavane važnosti razumijevanja da postoji stalno kretanje čovjekovog unutaršnjeg psihičkog života (emocija, želja i fantazija) to jest da svakog pojedinca karakterizira njegova specifična ličnost i da ona utječe na pokretanje i izmjenu njegovog ponašanja.

3.3. Biheviorizam u zdravstvenoj njezi

Biheviorizam se temelji na teorijama učenja čiji su glavni predstavnici Ivan Pavlov (1894-1936) i Burrhus Frederic Skinner (1904-1990). Pavlovljeva teorija klasičnog uvjetovanja naglašava kako ljudi uče iz okoliša na temelju stvaranja veza između prethodno nepovezanih stvari odnosno povezivanjem okolinskih podražaja i reakcija na te podražaje. Nadalje, teorija operantnog uvjetovanja B.F. Skinnera usredotočuje se na vezu između vanjskih podražaja i ljudskih reakcija i time pokazuje da ljudi uče na temelju svojih postupaka. U slučaju kada postoji nagrada (pozitivno potkrepljenje) za određeno ponašanje, veća je vjerojatnost da će se to ponašanje ponovno izvršiti. Isto se događa primjenom kazne koja predstavlja negativno potkrepljenje čiji je cilj uklanjanje negativnog ponašanja ili neželjenih posljedica (28). Važnost biheviorizma u psihološkoj njezi je što daje shvaćanje da su ljudska ponašanja i postupci vrijedni istraživanja i promatranja, da postoje potencijalne veze između događaja u okolini i reakcija pojedinca na te događaje. Takvo shvaćanje omogućuje provođenje bihevioralne terapije kojoj je za cilj mijenjanje opažljivog ponašanja odnosno modifikacija ponašanja (3). U psihološkoj njezi postavke bihevioralne terapije posebice su važne u svrhu mijenjanja loših i nezdravih obrazaca i navika ponašanja (npr. nošenje agresijom, samodestruktivno ponašanje i slično) s ciljem osiguravanje veće samostalnosti, suradljivosti i boljeg emocionalnog stanja pacijenta.

3.4. Kognitivna psihologija u zdravstvenoj njezi

Intenzivno se razvija se 1950-ih, a glavni predstavnik je Jean Piaget (1896-1980). Glavni interesi su istraživanje mišljenja, opažanja, rasuđivanja, pamćenja i procesiranja informacija. Uzevši to u obzir kognitivna psihologija smatra da su mentalni zdravstveni problemi uzrokovani i održavani pogreškama ili predrasudama u razmišljanju koje onda uzrokuju određeno ponašanje. Takve „pogrešne misli“ onda narušavaju zdravstveno funkcioniranje pojedinca. U kombinaciji s bihevioralnom terapijom nastaje kognitivno-bihevioralna psihoterapija (KBT) koja je izbor liječenja u depresiji ili anksioznosti (3). Osviještenost o utjecaju mišljenja i općenitog procesuiranja informacija na zdravlje pacijenta korisno je u provođenju psihološke zdravstvene njege. Poznavanje utjecaja različitih kognitivnih mehanizama također može pomoći i samim medicinskim sestrama da se nose s vlastitim problemima mentalnog zdravlja vezanim uz posao (29).

3.5. Geštalt psihologija u zdravstvenoj njezi

Geštalt psihologija pojavljuje se oko 1910. godine, a sama riječ „Gestalt“ u psihologijskom smislu znači „jedinствена cjelina“. Prema Wertheimeru (30) ona ističe holistički pristup prema kojem cjelina nije ista kao zbroj njezinih dijelova, nego je bazično od njih različita. Nadalje, autor Corey (31) opisuje geštalt psihoterapiju kao pokušaj da se omogući osobi da integrira fragmentirane i nepoznate dijelove svoje osobnosti, pod pretpostavkom da su ljudi sposobni nositi se sa životnim problemima. Također tvrdi da, za razliku od psihodinamske psihoterapije, geštalt psihoterapiju na neki način klijenti provode sami jer doživljavaju svoju borbu s nepoznatim ujedno osjećajući svoj sukob za razliku od pukog razgovora o njemu. Dopustiti i poticati doživljenje pacijentovog sukoba sa svojim iskustvom i nepoznatim emocijama važan je element i psihološke njege. Stoga, temeljne postavke geštalt psihologije korisne su u prakticiranju psihološke njege jer omogućava poticanje pacijenta da osvijesti svoje emocije u trenutku sada i ovdje, podržavanje svjesnosti, podržavanje i prihvaćanje vlastitih osjećaja i njihovo iskazivanje, poticanje razmatranja dinamike vlastitih potreba, prepoznavanje trenutaka koji izazivaju osjećaj sreće i zadovoljstva te trenutaka koji izazivaju negativne emocije poput tuge i nezadovoljstva. Dakle, primjenjujući principe geštalt terapije pacijente se potiče da prenose svoje iskustvo i otkrivaju sebe.

3.6. Humanistička psihologija u zdravstvenoj njezi

Na razvoj humanističke psihologije značajno su utjecali Rollo Reece May (1909-1994), Abraham Maslow (1908-1970) i Carl Rogers (1902-1987), koji se ujedno smatra ocem humanističke psihologije. Razvitak humanističke psihologije važan je za sestrinstvo jer gleda na ljude kao bića koja imaju mogućnost slobodne volje, donošenja odluka i određivanja vlastite svrhe u životu, a ne kao bića predodređena nesvjesnim silama i iskustvima (3). Humanistička psihologija usredotočena je na individualnost, urođeni potencijal i dodir duhovnosti. Ujedno, ova grana psihologije opisuje ljudsku psihu na putu kroz kontinuum koji na kraju kulminira samoaktualizacijom, što se odnosi na potpuno prihvaćanje vlastitog ja, uključujući zdravlje i bolest. Dakle, humanizam zahtijeva od medicinskih sestara da razvijaju odnose s pacijentima koji se temelje na empatičkom razumijevanju. Taj proces zahtijeva prihvaćanje individualnosti svake osobe i svakog susreta. Osim ideje samoaktualizacije, humanistička psihologija zagovara ideju savjetovanja koja je važna i u kontekstu pružanja psihološke podrške kako pojedincima tako i grupi. Savjetodavna uloga medicinske sestre kroz koju pokazuje pozitivno poštovanje i empatiju ima važnu ulogu u pomaganju pacijentima da aktivno odlučuju o svom zdravlju. Učinkovita komunikacija, pružanje podrške i poticanje aktivnog angažmana pacijentu omogućuje da lakše prihvati sebe i pruža mu motivaciju za osobnim rastom (32).

4. REFLEKSIVNA PRAKSA

Refleksija je bitan atribut za razvoj autonomnih, kritičnih i naprednih kliničara (2). Refleksivna praksa predstavlja sposobnost ispitivanja svojih radnji i iskustava te poboljšanje kliničkog znanja. Refleksivna praksa utječe na sve razine sestrinstva, od studenata sve do kliničara. Prema Chongu (33) refleksivna praksa trebala bi biti kontinuirani ciklus u kojem su iskustvo i promišljanje o iskustvima međusobno povezani. Određena istraživanja pokazale su da medicinske sestre koje uzimaju vrijeme za razmišljanje o svojim svakodnevnim iskustvima mogu pružiti bolju njegu te bolje razumjeti svoje postupke što zauzvrat razvija i usavršava njihove profesionalne vještine (34).

4.1. Definiranje pojma

Koncept refleksije i refleksivne prakse nije jednoznačan i pomalo je i težak za objasniti, stoga kroz povijest postoje različiti pokušaji definiranja i opisivanja ovih pojmova. Primjerice, Aristotel je isticao važnost promišljanja u „stvarnom svijetu“ i razvijanje iskustva o tome. Naglasio je važnost davanja pozornosti emocijama i mašti kako bismo razvili našu percepciju svijeta, tako da emocije i mašta ne budu potisnuti na neželjene samozadovoljavajuće porive ili pokvarljive utjecaje koji narušavaju „*dobro*“ racionalno razmišljanje. Na taj je način Aristotel vjerovao da je moguće razviti pravi praktični uvid, spremnost i razumijevanje (35). Nadalje, John Dewey (36), američki filozof, pedagog i socijalni reformator, bio je izuzetno utjecajan u suvremenoj raspravi o konceptu refleksije. On je rekao da refleksivno mišljenje podrazumijeva „aktivno, ustrajno i pažljivo razmatranje vjerovanja ili pretpostavljenih oblika znanja u svjetlu razloga koji ih podržavaju i daljnjih zaključaka do kojih vode.”

Filozof Donald Schön (1930 -1997) imao je veliki utjecaj na razvoj refleksije u stručnom obrazovanju. Najvažnije, Schön (37) je vjerovao da praksa treba biti središnja u profesionalnim kurikulumima stoga je dao definiciju refleksije na radnju (engl. *reflection on action*) kao: „... razmišljajući o onome što smo učinili kako bismo otkrili kako je naše znanje na djelu moglo pridonijeti neočekivanom ishodu. To možemo učiniti naknadno, u miru, ili možemo zastati usred radnje (zastani i razmisli). ”

Korištenje refleksije u stručnoj praksi i obrazovanju podržano je i kritičkom teorijom koja proizlazi iz rada Habermas (38) te iz radova vodećih pedagoga kao što su Van Manen (39), Mezirow (40) i Brookfield (41) Mulhall i Le May (42). Oni objašnjavaju da kritička teorija tvrdi da je društvo strukturirano značenjima, pravilima i navikama te je stoga svrha kritičke teorije otkriti one aspekte društva koje ograničavaju ljudsku slobodu i održavaju status quo. Središnja tvrdnja teorije je da je svatko pod utjecajem povijesnog i društvenog, pa se stoga objektivno znanje odbacuje (43).

U svjetlu toga, definiranje refleksije u kontekstu edukacije, odnosno učenja glasi (44): „Refleksija u kontekstu učenja generički je izraz za intelektualne i afektivne aktivnosti u koje se pojedinci angažiraju istražiti njihova iskustva kako bi doveli do novih razumijevanja i zahvalnosti.“

Nadalje, jedna od definicija refleksivne prakse glasi:

„Opisujem refleksiju kao svjesnost sebe, prije ili poslije iskustva, poput ogledala u koje praktičar može gledati i usredotočiti se na sebe unutar konteksta određenog iskustva, kako bi se suočio, razumio i krenuo prema rješavanju proturječnosti između nečije vizije i stvarne prakse. Kroz sukob kontradiktornost, predanost ostvarenju vlastite vizije i razumijevanja zašto su stvari takve kakve jesu, praktičar može dobiti novi uvid u sebe i biti osnažen za konkretniji odgovor u budućim sličnim situacijama.“ (45).

4.2. Komponente refleksivne prakse

Usprkos poteškoćama definiranja pojma refleksije, sklopljen je konsenzus po kojemu refleksija ima tri komponente (46, 47):

- refleksija prije akcije (engl. *reflection before action*) – uključuje razmišljanje o tome što želite postići i razumijevanje sredstava pomoću kojih će se to postići oslanjanjem na prethodno iskustvo
- refleksija tijekom akcije (engl. *reflection in action*) – odnosi se na ponašanje dok se izvršava zadatak i omogućuje mijenjati ono što radimo dok to radimo. Ovo se obično opisuje kao „razmišljanje na nogama“
- refleksija o akciji (engl. *reflection on action*) – uključuje gledanje retrospektivno na način na koji je praksa izvedena i analiziranje prikupljenih informacija u smislu znanja, novog učenja i profesionalnog razvoja

U pružanju zdravstvene njege refleksija ima veliku važnost. Većina medicinskih sestara najviše je upoznata s refleksijom o radnji tj. retrospektivnim propitivanjem postupaka, informacija, odluka i slično. Međutim, da bi refleksija bila korisna za svakodnevnu praksu važno je postojanje određenog plana refleksije, odnosno provođenje refleksije i prije i tijekom aktivnosti. Takvo strukturirano provođenje refleksivne prakse rezultira pozitivnim ishodima poput identificiranja područja u praksi koja zahtijevaju poboljšanje ili promjenu pristupa ili stava, te poboljšanje cjelokupne kvalitete zdravstvene njege, ali i zadovoljstva vlastitim poslom (48).

4.3. Koncepti za dublje razumijevanje refleksije

Refleksija pojašnjava uspjeh ili neuspjeh neke intervencije. Ona olakšava proceduralne uvide i radnje koje se mogu uzeti u obzir za buduću praksu. Da bismo jasnije razumjeli širinu njenog značenja, važno je razmotriti pojedine koncepte uz koje se veže i od kojih se sastoji.

4.3.1. Praksa

Riječ praksa izvorno potječe iz grčkog jezika te označava sviješću posredovanu djelatnost svojstvenu samo čovjeku. Filozof Paulo Friere (1921 – 1997), jedan od najznačajnijih teoretičara obrazovanja i odgoja, nalaže kako je važno razmišljati i djelovati u svijetu kako bismo ga preobrazili i razvili vlastitu kritičku svijest istog. Dakle, promišljanje je temelj promjene, a upravo pojam prakse omogućava nam da napravimo pozitivnu razliku za pacijente, tj. da se izbjegne „automatsko pilotiranje“ i razvije responzivnu i svrsishodnu praksu (43).

4.3.2. Kritičko biće

Ronald Barnett zagovarao je njegovanje pojam kritičkog bića naspram tradicionalnog pojma kritičkog mišljenja. Po svojoj prirodi, kritičko biće obuhvaća razvoj kritičkog mišljenja, ali i kritički razvoj sebe i predanost djelovanju u svijetu. Pojam kritičko biće je usko povezano uz pojam refleksije jer refleksija uključuje miješanje različitih vrsta znanja koje uključuje propozicionalno znanje, osjećaje, samosvijest i predanost djelovanju (49). Dakle, slično kritičkom biću, refleksija je više od kognitivnog procesa i uključuje kognitivno, afektivno i aktivno djelovanje. Gledano kroz prizmu kritičkog bića koje praktičar postaje refleksivnom praksom, refleksija postaje više od obične tehnike koju možemo naučiti nego postaje način postojanja kako u praksi tako i u životu (45).

4.3.3. Znati više nego što možemo reći

Ovaj koncept odnosi se na sposobnost komuniciranja prakse kao bitnog dijela refleksije. Vrste problema s kojima se susreće medicinska sestra u svom

svakodnevnom radu može biti teško ili neugodno izraziti riječima. Uloga refleksija je da se medicinskim sestrama pruži prilika da pronađu svoj osobni, ali i profesionalni glas. O toj ulozi govore i Clouder i Johns gdje kažu da refleksija može omogućiti medicinskim sestrama da razviju jezik kroz koji mogu postavljati pitanja i prenijeti svoje znanje o sestrinstvu, suprotstaviti se određenom ugnjetavanju i nepravdosti u radnoj okolini i tako „probuditi vlastiti glas“. Dakle, refleksija se može povezati s razvojem ljudi koji su sposobni postaviti pitanje i prihvatiti izazove kako bi napravili određeni napredak i pozitivnu razliku u svom profesionalnom okruženju, ali i u svijetu općenito (50,51).

4.3.4. Opasnosti refleksije

Pronalaženje vlastitog i profesionalnog glasa je važno, međutim sposobnosti artikuliranja osjećaja kritičke svijesti i dvojbi u praksi također treba promatrati s elementima opreza. Situacije u kojima postoji nedostatak sposobnosti, vještina ili moć promjene stvari mogu biti i destruktivne. Stephen Brookfield (52) govori o problemu predstavljanja javnog „lažnog ja“ (engl. *false self*) koje se događa iz poriva za preživljavanjem tj. kako bismo se drugima pokazali kao kompetentni praktičari. Također, takvo predstavljanje može uzrokovati da postanemo previše samouvjereni u svom radu i izgubimo osjećaj za profesionalnost. Nadalje, provođenje refleksije u okolini koja s njom nije upoznata može uzrokovati takozvano „kulturno samoubojstvo“ (engl. *cultural suicide*). To se događa kroz izražavanje naših iskustava i kritičko promišljanje kojim zapravo riskiramo otuđenje od kolega i organizacijskih kultura. Takvo kritičko propitivanje „konvencionalnih“ pretpostavki i prihvaćenih postupaka možemo uzrokovati isključenje iz kulture u kojoj većina ne podržava promjenu. U tom slučaju medicinske sestre koje se razvijaju kao refleksivne praktičarke viđene su kao „subverzivni izazivači problema“, i njihovo osporavanje pretpostavki o pitanjima prakse može se smatrati gotovo kao čin izdaje. Takvo otuđenje može značajno otežati svakodnevni rad, narušiti radnu atmosferu, ali i uzrokovati osobno razočaranje vidjevši da borba i naizgled oslobađajući poriv za pronalaženje određenih odgovora nisu podržani. Zaključak je da utjecaj radnih i obrazovnih organizacija i način na koji oni doživljavaju, potiču, promiču i naposljetku prakticiraju refleksivnu praksu značajno interferira s odlukama pojedinca koji će se zalagati i osjećati više ili manje ugodno za provođenje refleksije prakse u svojoj radnoj, ali i osobnoj sferi.

4.3.5. Sestrinstvo utemeljeno na dokazima i reflektivna praksa

Sestrinstvo utemeljeno na dokazima (engl. *Evidence Based Nursing, EBN*) kao savjesna, jasna i kritička primjena najboljeg znanstvenog dokaza u donošenju odluka o skrbi za pojedinog bolesnika temeljena je komponenta modernog zdravstva i kao takva značajno poboljšava kvalitetu zdravstvene njege i potiče napredak profesije. Pitanje poveznice EBN-a s reflektivnom praksom povlači se u kontekstu da li je EBN pretjerano koncentriran na poučavanje vještina kritiziranja, sinteze i primjena istraživanja u praksi, bez razmatranja nekih od njih drugi čimbenici koji su važni za kvalitetnu praksu. Autor Sackett i sur. (53) u svom radu pod nazivom „*Evidence based medicine: what it is and what it isn't* „ govore kako vanjski klinički dokazi mogu informirati, ali nikada zamijeniti, individualnu kliničku ekspertizu zdravstvenog djelatnika (npr. medicinske sestre), a to je ono što naposljetku odlučuje primjenjuju li se vanjski dokazi uopće na pojedinog pacijenta i, ako je tako, kako i na koji način sukladno individualnim karakteristikama pacijenta to treba integrirati u kliničku odluku. Reflektivna praksa u tome aspektu ima potencijal za pružanje smjera kliničke odluke. Refleksija može pomoći medicinskim sestrama kako bi razvile svoju kliničku prosudbu i istražile svoje odnose s pacijentima, osobito ako je to omogućeno reflektivnim dijalogom s drugima uključujući tim zdravstvenih djelatnika i obitelj. Kao rezultat toga, refleksija nudi mogućnost kombiniranja individualnosti pacijenta i njegovih potreba s obzirom na vanjske kliničke dokaze i učinkovitost te stvaranje međusobnog partnerstva.

4.4. Modeli reflektivne prakse

Provođenje reflektivne prakse podrazumijeva kontinuirani ciklus samopromatranja i samovrednovanja, stoga kako bi osoba koja provodi reflektivnu praksu razumjela vlastite postupke i reakcije različiti modeli služe kao pomoć i vodilja u razmišljanju i razmatranju.

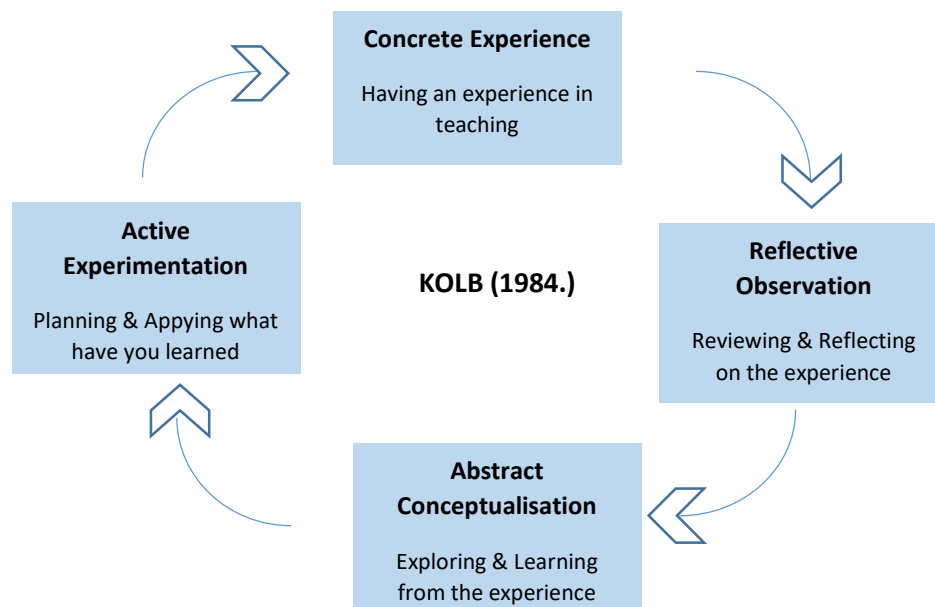
4.4.1. Donald Schön

Već spomenuti filozof Donald Schön (54) 1991. godine identificirao je dvije vrste refleksije koje su posebno važne u procesu učenja. To je refleksija tijekom akcije i

refleksija o akciji. U oba slučaja naglasak je na nadogradnji prethodnog učenja, povezujući ga sa sadašnjom i budućom praksom u kojem refleksija omogućava odmak od učenja te njegovu procjenu. Schon tvrdi kako refleksija u akciji omogućuje da se mijenja aktivnost dok se provodi. Refleksija o akciji osigurava pogled unatrag i razmatranje akcije nakon što se ona dogodila (46). Dakle, u ovoj situaciji refleksivni praktičar ne nastoji riješiti trenutni problem, već ga naknadno nastoji razumjeti, interpretirati njegovo značenje uključujući teorijsku osnovu nastalog problema. Ovaj model predstavlja osnovicu za daljnji razvoj modela refleksivne prakse (55).

4.4.2. Kolbov (1984.) model iskustvenoga učenja

Model se odvija se u četiri faze: konkretno iskustvo, promatranje i analiziranje, rekonceptualizacija i aktivno eksperimentiranje (56). Započinje konkretnim iskustvom nakon čega slijedi refleksivno razmišljanje koje potiče novo razumijevanje iskustva i spoznaje, završava aktivnim eksperimentiranjem odnosno provjerom u praksi. Ovaj četverostupanjski model podržava u razmišljanju i izvlačenju zaključaka iz praktičnog iskustvenog rada. Kombinira svakodnevno iskustvo sa znanstvenim činjenicama utemeljenim na dokazima.



Slika 3. Četiri faze Kolb ciklusa

Izvor: Kolb D. *Experiential learning*. 2 izd. New Jersey: Pearson Education, Inc.;1984.

Str. 66-68.

Konkretno iskustvo predstavlja incident ili događaj koji se događa tijekom učenja, iskustvo koje je doživljeno i koje nas je potaknulo na razmišljanje. Zatim slijedi refleksivno promatranje, a korisna pitanja za postaviti tijekom te faze su:

- Što sam pokušavao učiniti?
- Što sam učinio?
- Zašto sam to učinio?

Tijekom faze rekonceptualizacije dublje se istražuju vlastita početna razmišljanja u osmišljavanju onoga što se dogodilo. To se čini povezivanjem poduzetih radnji sa znanjem o donošenju odluka i zaključka o tome je li potrebna promjena. Ova faza se dopunjava dokazima iz istraživačke literature i/ili potporom kolegama. Naposljetku, u fazi aktivnog eksperimentiranja planirano se provodi u praksu, aktivno eksperimentira s novim idejama i strategijama, potkrijepljenim novim stečenim spoznajama.

4.4.3. Gibbsov reflektirajući ciklus (1998.)

Proširenje Kolbovog modela pruža Gibbsov refleksivni ciklus. On je sveobuhvatniji i pruža pitanja tijekom cijelog procesa. Govori kako se kroz razmišljanje o incidentu ili događaju koji je dogodilo izvlače zaključci i nakon toga stvori akcijski plan za ono što će se učiniti drugačije u budućnosti. Ovaj model također promiče osobnu refleksiju o vlastitim osjećajima u vezi s tim što se dogodilo, i što je bilo dobro ili loše u tom iskustvu (57).

U etapi „Opis“ detaljno se opisuje što se dogodilo tijekom događaja. Neka pitanja koja se mogu postaviti ovdje su:

- Gdje sam bio u to vrijeme?
- Što sam radio?
- Tko je još bio tamo i što su radili?
- Što se dogodilo?
- Koja je bila moja uloga u ovome?

- Kakav je bio rezultat?

Zatim u etapi „Osjećaji“ fokus je na emotivnoj komponenti i postavljaju se pitanja poput:

- Kako ste se osjećali kada je događaj počeo?
- O čemu ste tada razmišljali?
- Kako ste se osjećali?
- Kako su se osjećali drugi ljudi?
- Kako ste se osjećali u vezi s ishodom događaja?
- Što sada mislite o tome?

Objektivno razmatranje onoga što se smatra da je prošlo dobro ili ne tako dobro događa se tijekom etape „Evaluacija“. Ova etapa daje priliku za razmišljanje o područjima koja treba detaljnije analizirati. Analizirajući nove informacije koje su do sad prikupljene, dublja analiza u cilju traženja smisla potkrjepljuje se pretraživanjem literature.

Neka od pitanja u ovoj fazi uključuju:

- Što je dobro prošlo?
- Što sam dobro učinio?
- Što su drugi učinili dobro?
- Što nije dobro prošlo ili je ispalo kako sam planirao?
- Što sam ja ili drugi pridonijeli ovom ishodu?

Kada je istraženo vlastito iskustvo i izvučeno značenje iz njega potkrjepljeno znanstvenim dokazima, prikupljene informacije se mogu upotrijebiti za donošenje zaključka o tome što se treba učiniti da bismo se poboljšali i kako se to može postići. U završnoj fazi izrađuje se akcijski plan o tome kako namjeravamo promijeniti svoju praksu (57,58).



Slika 4. Faze Gibbs-ova ciklusa

Izvor: Gibbs G. *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. London: Further Education Unit, Oxford;1988.Str. 49-51.

4.4.4. Rolfe, Freshwater, & Jasper model

Autori predlažu takozvani „Što“ model koji se sastoji od tri jednostavna pitanja, ali koja zahtijevaju opsežne reflektirajuće odgovore. Model je u početku razvijen za obrazovanje medicinskih sestara i zdravstvenu njegu, ali je kasnije korišten i u drugim područjima, ne samo zbog jasnoće modela nego i njegove jednostavnosti korištenja (59).

Tri faze modela zahtijevaju razmatranje događaja i posljedica za buduće ponašanje. Model je cikličan, što ukazuje na kontinuitet. Promjene u ponašanju ili pristupu koje se generiraju iz refleksivne misli mogu se zatim analizirati te potom izvršiti daljnja revizija ili se u protivnom može utvrditi da su napravljene promjene bile prikladne (57). Pitanja navedena u tablici 3. su samo primjeri. Rolfe i sur. predlažu niz pitanja koja mogu proizaći iz prva tri. Svrha ovih pitanja je pročišćavanje refleksivnog razmišljanja i

izoliranje ključnih elemenata situacije ili događaja kako bi se mogli detaljnije razumjeti (Tablica 3.) (47).

Tablica 3. Primjeri pitanja za refleksivno promišljanje

<p>Što? (deskriptivno)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pitanja se bave opisivanjem događaja ili pojave o kojoj se reflektira i definiranjem vlastite samosvijesti u vezi s tim 	<p>Dakle, što? (znanje i smisao)</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizira situaciju na koju se reflektira i ocjenjuje okolnosti koje se rješavaju 	<p>Što sad? (plan djelovanja)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sinteza informacija i uvida
<ul style="list-style-type: none"> - je problem/poteškoća? - je moja uloga u toj situaciji? - sam pokušavao postići? - od radnji sam poduzeo? - su posljedice za mene? - je bio odgovor drugih? - od osjećaja je iskustvo izazvalo? - je bilo dobro/loše u vezi s iskustvom? 	<ul style="list-style-type: none"> - iskustvo govori o meni i mojim odnosima? - govori smjer mog djelovanja? - sam možda mogao promijeniti u ovoj situaciji? - od znanja sam mogao drugačije upotrijebiti? - sam naučio iz ove situacije? - je ova situacija potaknula kao moguća dodatna kontekstualna pitanja? 	<ul style="list-style-type: none"> - trebam učiniti da stvari budu bolje? - trebam izbjegavati u budućnosti? - sam naučio? - ću prepoznati unaprijed? - su drugi naučili iz ovoga? - je potrebno razmotriti ako se želi donijeti novi skup mjera i intervencija?

Izvor: Rolfe G, Jasper M and Freshwater D. Critical reflection in practice: generating knowledge for care. 2 izd. Basingstoke: Palgrave Macmillan;2010. Str. 1-10.

Prethodno su navedeni neki od modela refleksije, ono što je najvažnije je odabrati okvir modela koji je prigodan za svakog praktičara ponaosob, njegovu radnu okolinu i mogućnosti izvođenja. Posebice bitnu ulogu igra pojam vremena. Vrijeme je potrebno za uhvatiti svoje misli i osjećaje, prisjetiti se događaja i refleksivno promisliti o situacijama, a upravo njega u svakodnevnoj praksi često nedostaje. Cilj refleksije je provesti refleksivno mišljenje što je prije moguće, idealno neposredno nakon događaja. Također, radna okolina i radni tim su važni aspekti također. Perspektiva druge osobe može biti podrška i izazov jer mogu drugačije pamti događaje i drugačijim načinom reflektirati. Ako radna okolina nije upoznata s refleksivnom praksom i njenim značenjem, održavanje takve prakse za pojedinca samog može biti izazovno, a ponekad i ne moguće.

5. PREDUVJETI ZA PSIHOLOŠKU NJEGU I REFLEKSIVNU PRAKSU

Za provođenje psihološke njege, a time i refleksivne prakse koja je neizostavni dio nje, važno je da postoji određeni skup preduvjeta. Mnogi autori kroz povijest pružali su svoju verziju preduvjeta za njegu. Tako je 1979. godine Watson definirala svojih 10 njegujućih faktora za koje je smatrala da su uvjeti za uspješno njegovanje (3). Autori Fisher i Tronto (60) preduvjete su klasificirali kao preduvjete vremena, materijalnih resursa, znanja i vještina koje onda utječu na stupanj i kvalitetu njege. Dok je Saddler (61) preduvjete identificirao kao kompetencije, resurse, namjernu moralnu predanost i iskustveno učenje koje se stječe iz formalnog obrazovanja i životnog iskustva.

Slično spomenutim autorima, istraživanje autorice Helen M. Priest (62,63) također je imalo utjecaj na definiranje preduvjeta psihološke njege. Cilj njenog istraživanja bio je opisati i definirati psihološku njegu tako da djeluje u sklopu sestrinstva, a kroz rezultate istraživanja preduvjete za učinkovito pružanje psihološke njege navedenih su kao:

- a) Rješavanje sukobljenih prioriteta – odnosi se na namjerni izbor trenutka provođenja psihološke njege u trenutcima kada situacija to omogućuje naspram samo rutinskog obavljanja tjelesne njege.
- b) Osiguravanje prostora za psihološku njegu – naglašava da iako se psihološka njega ponekad pruža kao usputni produkt aktivnosti tjelesne njege, ona nije

automatski proces i za njeno provođenje treba se stvoriti i prostor u svakodnevnim aktivnostima i odrediti vrijeme.

- c) Podržavajuća klinička kultura – govori da čista volja praktičara da pruža učinkovitu psihološku njegu sama po sebi nije dovoljna te ovisi o tome koliko okolina podupire usmjerenost na psihološke potrebe.
- d) Izlaganje pozitivnim modelima – odnosi se na shvaćanje dvosmjernosti procesa modeliranja u kojem iskusni djelatnici moraju prepoznati utjecaj svog ponašanja i vlastitog načina rada, a mlađi djelatnici koji promatraju modele moraju osvijestiti svoju kritičnost u razlikovanju dobre i loše njege.
- e) Prethodno postojeće osobne kvalitete – govori o posjedovanju kvaliteta kao samosvjesnosti, intuicije, refleksije, izgradnje odnosa, empatije i sl. koje olakšavaju shvaćanje i provođenje psihološke njege.
- f) Intuicija i refleksija – kao najznačajnije kvalitete koje se moraju usavršiti za pružanje psihološke njege i refleksivne prakse.
- g) Postojanje bar rudimentarnog odnosa medicinska sestra-pacijent – odnosi se na posjedovanje vještina komunikacije, vještina savjetovanja, prenošenja informacija, vještina procjene i sl.
- h) Pružanje njege kroz „male postupke“ – odnosi se na pružanje psihološke njege unatoč nedostatku vremena i prostora kroz naizgled male i trivijalne postupke koji mogu proći nezamijećeno npr. zatvaranje prozora kroz koji dolazi buka, pravljenje poveza za nošenje boce za drenažu prsišta kako bi pacijent samostalno mogao na zahod i sl.
- i) Sposobnost izrade i implementiranja planova psihološke njege – odnosi se na posjedovanje bazičnog znanja vezano uz aspekte psihološke njege, procesa zdravstvene njege i plana zdravstvene njege, vještine socijalne procjene, uzročnika stresa i načina suočavanja sa stresom, određivanja prioriteta, prepoznavanja najčešćih psiholoških potreba i sl.
- j) Samosvjesnost u odnosu na mogućnost njege i trenutka izbora – govori o važnosti procjene trenutka za pružanje njege ili ne pružanje njege i osviještenosti što su posljedice određene odluke za pacijenta ali i za samu medicinsku sestru.

5.1. Znanje

Znanje koje je potrebno za razumijevanje onog što se događa u određenoj situaciji tijekom kliničkog rada treba biti identificirano i strukturirano. Posjedovanje određenog znanja pomoći će rasvijetliti tu situaciju, istražiti kontekst, omogućiti razumijevanje i refleksiju te na posljertku dovesti do djelovanja odnosno intervencije. Iz tog razloga važno je identificirati vrste i izvore znanja koje se koriste u profesionalnoj sestrinskoj praksi. Profesionalno znanje u sestinstvu sukladno mnogim autorima može biti klasificirano na različite načine (64, 65). Jedna od najpoznatijih općih klasifikacija znanja potječe iz rada teoretičarke sestinstva Barbare A. Carper. Prema Carper postoje 4 temeljne vrste sestinskog znanja (64):

- empirijsko znanje – činjenično, deskriptivno i teorijsko znanje, često razvijeno kroz istraživanje
- estetsko znanje – znanje stečeno subjektivno, kroz jedinstvene i posebne situacije, koje se ponekad nazivaju umjetnošću njegovanja
- osobno znanje – znanje o sebi, korišteno na primjer u izgradnji terapijskih odnosa s pacijentima
- etičko znanje – bavi se razumijevanjem i prosuđivanjem o tome što je ispravno, pogrešno ili što bi trebalo učiniti u različitim situacijama

Pružanje psihološke njege zahtjeva da se osnovna baza znanja sestinstva proširi i u sebe uklopi i psihološko znanje. Iako izvori govore kako ne postoje konkretni detalji o tome koja točno vrsta psihološkog znanja je najrelevantnija i kao takva bi se trebala učiti, neka od područja na koja treba obratiti pozornost i koja najviše podupiru vještine potrebne za psihološku njegu navedena su u nastavku (3).

5.1.1. Znanje za procjenu i praćenje

Uključuje socijalnu percepciju tj. način na koji ljudi razmišljaju o drugim ljudima i daju smisao svojim postupcima u socijalnom kontekstu. U procjeni veliku ulogu ima „halo efekt“ gdje u želji da se osobu vidi na što dosljedniji način prave pretpostavke i započinje procjena često na ograničenim informacijama. Takva procjena u kojoj se

oslanjamo na prilično površne i opsegom mali broj informacija i naknadno nerado priznajemo da nismo u pravu temelji se na implicitnoj teoriji ličnosti Stoga, pri svakodnevnom radu, a posebice pri provođenju psihološke njege važno je imati na umu da su prvi dojmovi često netočni, ali i relativno otporni na promjene te stoga mogu biti uzrok nekog ponašanja (3).

Na implicitnu teoriju ličnosti oslanjamo se i kod donošenja prosudbi vezanih uz grupe ljudi. Donošenje prosudbi služi nam klasifikaciji ljudi i često rezultira negativnom generalizacijom koja se naziva stereotip. Stereotip je brza klasifikacija jer od nas ne zahtijeva da radimo individualnu prosudbu nego je brže pretpostaviti da su karakteristike tipične za sve članove određene grupe. Ono što je važno osvijestiti je veliki utjecaj stereotipa na ponašanje jer donošenje negativne prosudbe na temelju grupnog stereotipa je korak bliže diskriminaciji. U radu s pacijentima stereotipi i diskriminacija nisu pozitivni, stoga je važno osvijestiti lakoću s kojom možemo stvoriti negativnu procjenu pojedinca na temelju grupnih karakteristika i time mogućih posljedica nekvalitetne psihološke njege. Osim stereotipa na provođenje psihološke zdravstvene njege utječu i naša vjerovanja koja imamo o svijetu, stavovi i predrasude kao predispozicija o svijetu ljudima te vrijednosti kao ideje o onome što je dobro, a što je pogrešno (3).

5.1.2. Znanje za emocionalnu njegu

Odnosi se na razumijevanje mehanizama ljudskih reakcija i teorija o emocijama. Primjer jedne od emocija koja je jako česta u zdravstvenoj njezi je stres. Stres je neravnoteža zahtjeva koji se postavljaju pred nas i resursa koje posjedujemo za suočavanje s njim. Kao podražaj manifestira se u obliku vanjskih faktora (npr. odvojenost od djeteta zbog hospitalizacije) ili unutarnjih faktora tj. karakteristika koje ga predisponiraju na stres (npr. ličnost). Kao dio procjene važno je identificiranje postojanja vanjskih ili unutarnjih faktora. U praktičnom radu lakše je identificirati vanjske faktore jer su osobine ličnosti teže mjerljive, no možemo prosuđivati o tome koliko osoba dobro izražava svoje emocije i naposljetku učinkovito ili ne suočava s tim stresorima (3).

Psihološki stres ima utjecaj na emocionalno i kognitivno funkcioniranje osobe stoga je važno raspoznati da stres može imati određenu reakciju. Prema autoru Selye (66) i

njegovoj teoriji adaptacijskog sindroma stres kao tjelesna reakcija manifestira se kroz sljedeće faze:

- faza alarma – u kojoj se tijelo priprema za borba/bijeg reakciju potaknutu od simpatičkog živčanog sustava i adrenalnih hormona, te su mogući simptomi kao ubrzano disanje, ubrzani otkucaji srca, povećana napetost mišića i slično
- faza otpora – u kojoj tijelo pokušava vratiti u početno stanje, po nestanku stresora se lagano opušta, ali ostaje mobilizirano te je još prisutan njegov kapacitet za otpor i prilagodbu
- faza umora – javlja se ako se prijetnja ponavljano vraća tj. stresor je preintenzivan ili prečest tijekom duljeg razdoblja gdje dolazi do gubitka sposobnosti tijela da se odupre što posljedično rezultira smanjenim imunološkim i organskim funkcijama

Jedna od najbitnijih stavki pri psihološkoj njezi je upravo pomoći pacijentu razviti strategiju nošenja sa stresom. S obzirom na to da je bolest najčešći stresor pacijenta te ovakav oblik stresora nije tako jednostavno ukloniti važno je usmjeravati pacijenta na stvaranje vlastite strategije nošenja. Cilj pri tome je suočiti se i smanjiti negativne efekte stresa na tjelesno funkcioniranje, ponašanje, misli i emocije. Strategije mogu uključivati tehnike opuštanja, korištenje dodatnih terapija, vježbanje i slično. Najčešća tehnika suočavanja u kojoj medicinske sestre mogu imati značajnu ulogu je socijalna podrška i razgovor o situaciji koja uzrokuje stres.

5.1.3. Znanje za pružanje informacija

Odnosi se poznavanje načina na koje se odvija učenje i pamćenje. Primjerice, prilikom pružanja informacija, ali i traženja ističu se efekt primarnosti i efekt recentnosti. Kod efekta primarnosti postoji tendencija da se ljudi prisjećaju informacija koje su prezentirane na početku komunikacije, dok kod efekta recentnosti bolje su zapamćene informacije pri kraju komunikacije. U pružanju psihološke njege ove efekte važno je osvijestiti jer će određeni proces savjetovanja i informiranja teći na način da će se najvažnije informacije reći na početku razgovora i ponoviti na kraju. Također, može se pružiti popratni materijal koji će služiti za kasniju referencu (3).

5.1.4. Transfer i konratransfer

Shvaćanje ovih pojmova kritično je za razumijevanje odnosa u zdravstvenoj njezi. Proces zdravstvene njege jako je rijetko emocionalno neutralan i vrlo često će izazvati snažne transfere i konratransfere koji posljedično interferiraju s upravljanjem odnosa. Transfer može biti pozitivan ako se manifestira kroz izraze ljubavi ili divljenja ili negativan ako se manifestira izrazima neprijateljstva ili čak mržnjom. Konratransfer podrazumijeva odgovor na transfer pod utjecajem obilježja tog specifičnog transfera. Dakle u sklopu toga u odnosu medicinska sestra-pacijent mogu se javiti osjećaji ljubavi ili nesviđanja, želje da se udovolji ili izbjegne, pretjerane uključenosti u skrbi ili premale te generalni osjećaji ugone ili neugode u odnosu. Upravo zbog velike mogućnosti da takvi osjećaji interferiraju s pružanjem njege, narušavaju profesionalni odnos te općenito tada utječu na kvalitetu pružene njege važno je temeljno shvaćanje kako oni nastaju, koje poteškoće izazivaju i kako njima efikasnije upravljati. Važan je pogled unatrag odnosno refleksija na prethodno iskustvo i traženje smisla u istom kako bi se identificirale aktivnosti koje je potrebno provesti u budućnosti (3).

5.1.5. Kritička analiza znanja

Poznavanje osnovnih komponenti psihološkog znanja osim za pružanje psihološke njege važno je i za provođenje refleksivne prakse. Međutim, nakon usvojenog znanja za prakticiranje refleksije iznimno je važno i kritički identificirati vlastito znanje. Kritička analiza uključuje razdvajanje cjeline na njezine dijelove, dok analizirati nešto, bilo objekt, skup ideja ili situaciju predstavlja detaljan pregled strukture i postavljanje pitanja o sastavnim dijelovima, kako bi se potpunije razumjela njihova priroda i kako se dijelovi odnose i utječu jedan na drugog. Neki autori ističu da je kritička analiza racionalno, linearno rješavanje problema odnosno proces utemeljen na znanstvenom pristupu (npr. Fisher i Scriven 1997) (67). Međutim, sve šire je prihvaćen stav da kritička analiza i kritičko mišljenje uključuje i emocionalnu dimenziju (68, 69, 70). Priznavanje i analiziranje uvjerenja, vrijednosti i osjećaja temeljni su dio refleksije (43). Medicinske sestre kao zdravstveni profesionalci, nalaze se u različitim situacijama čije će razumijevanje i rješavanje problema ovisiti uvelike o vlastitom shvaćanju emocija, stavova i ponašanja. Stoga, prilikom bavljenja refleksivnom praksom, vještina kritičke analize znanja od velike je važnosti, a uključuje sljedeće aktivnosti (41):

- identificiranje i osvjetljavanje vlastitog postojećeg znanja koje je relevantno za situaciju
- istraživanje vlastitih osjećaja o situaciji i njezinom utjecaju na situaciju
- identificiranje i osporavanje svih pretpostavki koje ste možda napravili
- zamišljanje i istraživanje alternativnih pravaca djelovanja

5.2. Osobne kvalitete

Osobnost predstavlja jedinstven skup karakteristika i kvaliteta po kojima se razlikuje svako ljudsko biće. Postoji statični dio osobnosti, onaj koji je urođen (genetski predodređen) te dio koji se mijenja kako se razvijamo, kako rastemo i kako smo izloženi novim ljudima i situacijama. Naše osobne kvalitete omogućuju nam učinkovito korištenje naših vještina. Stoga, u odnosu na sestinstvo i njegu, može identificirati neke temeljne karakteristike osobnosti ili osobine koje će olakšati psihološku skrb i refleksivnu praksu, ali i one koje također mogu biti razvijene i poboljšane obukom i iskustvom (3). Carl Rogers (71) predstavlja sinonim za fenomenološki pristup u psihologiji koji se bavi osobnim doživljajima u kojima je čovjek subjekt koji promatra i sagledava što mu se događa. Temeljni uvjeti za učinkovit terapijski odnos kongruentnost u odnosima označava iskrenost, otvorenost, transparentnost, dakle terapeut ne pokušava biti ništa drugo nego „ono što on ili ona jest“. Nastoji omogućiti da su svi oblici komunikacije kongruentni jedni s drugima. Kongruentnost pomaže da se ne daju kontradiktorne poruke (71):

- bezuvjetno pozitivno prihvaćanje - označava doživljaj pacijenta s dostojanstvom i poštivanje osobe kao vrijednog i pozitivnog bića, bez postavljanja bilo kakvih uvjeta, očekivanja, osuđivanja mišljenja, ponašanja, stavova i slično
- empatijsko razumijevanje – sposobnost da se svijet vidi iz perspektive druge osobe, i prenošenje tog perspektivnog razumijevanja natrag pacijentu

Nadalje, istraživanje H. Priest (62) otkrilo je da je posjedovanje intuitivne prirode korisna kvaliteta u prepoznavanju i odgovaranju na psihološke potrebe pacijenata. Ostale kvalitete koje su poželjne su samosvijest, intuicija, empatija, iskrenost i pristup bez osude. U nastavku su detaljnije opisane neke od najvažnijih osobina za psihološku njegu i refleksivnu praksu.

5.2.1. Samosvjesnost

Samosvjesnost kao sposobnost poznavanja unutarnjih osobnih stanja, sklonosti, nadarenosti i pronicljivosti vrlo je važna za psihološku njegu i refleksivnu praksu. Biti samosvjesnim znači biti osjetljivim na potrebe drugih i ujedno prepoznavati vlastite pozitivne osobine, ali i vlastite pristranosti, predrasude i stereotipna vjerovanja (3). Ona omogućuje jasnu predodžbu o tome tko smo kao jedinstveni pojedinci, naše ključne karakteristike, prednosti i slabosti. Samosvijest je osobito bitna u sestrinstvu kada donosimo odluke o tome kako odgovoriti na potrebe naših pacijenata. Priestova (62) studija je pokazala da medicinske sestre i kada prepoznaju da postoji mogućnost za psihološku njegu, provođenje ovisi o njihovom izboru hoće li ili ne odgovoriti na psihološke potrebe pacijenata.

Poznavanje vlastitih vrijednosti, vjerovanja i ponašanja važno je i zbog njihovog utjecaja na druge i izgradnju terapijskog odnosa. Samosvjesnost zauzima temeljnu ulogu u refleksivnoj praksi. Iako je vlastiti interes za poznavanjem sebe dio ljudske prirode, postizanje iskrene, a za refleksivnu praksu vrlo bitne, objektivne samosvijesti je puno teže i kompleksnije te zahtjeva potpunu iskrenost kako sa samim sobom tako i pred drugim ljudima. Ono što je važno osvijestiti kod refleksivne prakse je dok je određeni stupanj osobnog uvida i samosvijesti potreban za uključivanje u refleksivnu praksu, također je važno prepoznati da previše negativne introspekcije i analize može imati štetni učinak. Stoga postoji potreba za postizanjem prave ravnoteže u prakticiranju refleksije (43).

5.2.2. Intuicija

Pomaže da znamo što se događa drugoj osobi i kojom intervencijom da potencijalno odgovorimo. U određenoj mjeri u sestrinstvu intuicija mora biti prisutna kako bi medicinske sestre dotaknule iskustvo svojih pacijenata, te identificirale i odgovorile na psihološke potrebe pacijenata. Intuicija se dakle odnosi na „razumijevanje bez obrazloženja” ili „znanje i spoznaje koje dolaze neovisno o osjetilima“ te pružaju različite oblike „dokaza“ o tome kako se netko osjeća i što mu je na temelju opažanja, objektivnih mjerenja, logike i razuma, potrebno (72). Prema istraživanju Patricije

Benner (73) te Helen Priest (62), medicinske sestre stručnjaci nisu mogle objasniti svoje sposobnosti intuicije samo kognitivnim znanjem, što je potvrda da je intuicija nešto što osoba nosi u sebi te tada prenosi u profesionalnu djelatnost, posebice u njegovanju.

Intuicija ima važnu ulogu i u donošenju klinačkih odluka jer dopušta kliničaru da se odmakne od tradicionalnih izvora znanja i da bude otvoren za situacije koje se možda isprve ne čine kao „najispravnije“. Dakle, intuicija i medicina utemeljena na dokazima su isprva dvije polarnosti, koje se se mogu promatrati u jednom simbiotskom odnosu. Intuicija je potrebna da proširi granice znanja potrebnog za rješavanje nekih nespecifičnih problem (74). Intuitivno znanje upravo se ostvaruje kroz refleksivnu praksu koja potiče „umjetnost rješavanja problema“ na način da sprječava da svakodnevna praksa postane previše tehnička i rutinska (46). Kao rezultat takvog nekorištenja može doći do profesionalnog izgaranja ili pogreški jer kliničari postanu „slijepi“ za situacije koje nisu svedene na jednostavne kategorije koje odgovaraju njihovim uskim razumijevanje profesionalne prakse. Dakle, refleksivna praksa omogućuje otvorenost rješavanju situacije koje su nisu jedinstvene ili su neizvjesne, odnosno stvaranje temelja korištenju intuitivnog znanja (75).

5.2.3. Empatija

U razmatranju osobnih kvaliteta medicinskih sestara u pružanju psihološke njege i prakticiranju refleksije empatija je neizostavna komponenta. Carl Rogers (71), Reynolds i Scott (76) opisuju empatiju kao ključnu karakteristiku terapijskog odnosa koja ima dvije komponente; sposobnost percipiranja osjećaja druge osobe i davanje smisla toj percepciji. Dakle, empatija predstavlja posjedovanje kvalitete osjećanja i razumijevanja iskustva i emocija druge osobe, odnosno viđenje svijeta kroz „oči“ pacijenta.

Prema Reynolds i Scott empatija u sestinstvu može (76):

- omogućiti medicinskim sestrama da stvore klimu povjerenja i utvrde što pacijenti percipiraju da trebaju
- omogućiti medicinskim sestrama da razumiju podrijetlo i svrhu reakcija pacijenata na zdravstvene probleme

- olakšati pozitivne zdravstvene ishode kao što je smanjenje fizioloških nelagode, anksioznosti i depresije

5.3. Stvaranje odnosa

Pružanje bilo kakvog oblika psihološke njege nije moguće bez stvaranja minimalnog odnosa. Hyaland i Donaldson (8) govore kako je prisutnost terapijskog odnosa preduvjet njegovanja, dok Rimon (77) iznosi kako kroz pokazivanje sposobnosti i spremnosti za slušanje, medicinske sestre mogu izgraditi interpersonalni odnos s pacijentom. Naime, koncept „stvaranja odnosa“ otvara pitanje da li je to osobna kvaliteta ili vještina koja se usavršava, no iz životnog iskustva može se zaključiti da je nekim ljudima lakše, a nekima teže stvoriti odnos, tako da ovaj koncept može klasificirati kao osobna kvaliteta. Postoje rasprave o tome da li su za stvaranje odnosa dovoljne samo kratke interakcije ili su potrebne višestruke i kako važnost tih interakcija shvaćanju pacijenti, ali i medicine sestre (3). Verziju odgovora dalo je istraživanje H. Priest (62) u kojem se pokazalo da bez obzira na duljinu interakcije, ona je nužna u bilo kojem obliku kako bi se postigla i najmanja povezanost a time i mogućnost psihološke njege. O naglašavanju važnosti interpersonalnog odnosa govori i već spomenuta teoretičarka Hildegard Peplau (17) koja čak ističe da učinkovit odnos medicinska sestra-pacijent može promijeniti anksioznost u energiju za rješavanje problema. Iako je njen model prvenstveno važan u kontekstu sestrištva mentalnog zdravlja, stvorio je važan okvir za razumijevanje i isticanje važnosti interpersonalnih odnosa općenito.

Slika 5. Principi Peplauičina modela interpersonalnih odnosa u sestrištvu

- medicinska sestra i pacijent sudjeluju u odnosu
- odnos sam po sebi može biti terapijski; odnos je oblik liječenja
- odnos pruža temelj za sestrištvu procjenu
- on omogućava pacijentima da nauče produktivnije i uspješnije obrasce ponašanja
- odnos smanjuje anksioznost

Izvor: Priest H. An Introduction to Psychological Care in Nursing and the Health Professions. Abingdon: Routledge; 2012. Str. 137.

6. PSIHOLOŠKA NJEGA I REFLEKSIVNA PRAKSA KAO TERAPIJSKI POSTUPAK

Sastavni dio kontinuiranog napretka sestrinske prakse je potreba za evaluacijom i poboljšanjem zdravstvene njege koja se stalno mijenja i suočava s novim izazovima. Udio značajnosti provođenja psihološke njege i refleksivne prakse u postizanju veće kvalitete skrbi pacijenata je neizostavan, a krajnji cilj je implementacija znanja iz ovih područja u proces zdravstvene njege svih profila pacijenata, a ne samo unutar nekih užih područja kao što je npr. psihijatrijsko sestrinstvo. Da bi to bilo moguće važno je zadovoljiti neke preduvjete, a jedan od njih je posjedovanje znanja i vještina za provođenje psihološke njege te refleksivne prakse u svakodnevnom radu.

6.1. Interpersonalne vještine psihološke njege

Njega u sebi reflektira emocionalnu predanost i kao takva zahtjeva istinski interes za dobrobit drugoga. Drugim riječima, interpersonalna dimenzija skrbi neizostavni je dio sestrinstva. Da bi se ova dimenzija mogla uspješno ostvariti medicinska sestra mora biti interpersonalno kompetentna odnosno posjedovati određene vještine koje mora neprestano usavršavati (78). Interpersonalne vještine predstavljaju skup vještina i kompetencija koje omogućuju uspješan rad u harmoniji s drugima, kvalitetno upravljanje sukobima, timski rad, procjenu i prihvaćanje odgovornosti te uspješnu interakciju s drugima bez obzira na različita mišljenja (79). Za razliku od ostalih vještina koje se izvode samostalno, interpersonalne vještine uvijek uključuju povezanost dvije ili više ljudi ili grupa i njihovu međusobnu uključenost (3).

Unutar zdravstvene njege temeljne interpersonalne vještine su (3):

- komunikacijske vještine
- vještine psihološke procjene
- vještine emocionalne njege
- vještine savjetovanja
- vještine pružanja informacija

6.1.1. Komunikacijske vještine

Komunikacija predstavlja proces koji uključuje smislenu razmjenu između najmanje dvoje ljudi, a cilj je prijenos činjenica, misli, emocija, osjećaja i drugih informacija. Odvija se verbalnim ili neverbalnim putem i jedan od osnovnih je alata psihološke zdravstvene njege (80). Neke od funkcija komunikacije su izvršavanje zadataka, kontrola (traženje da netko napravi nešto za naše vlastito dobro), izmjena informacija, izražavanje misli ili osjećaja, smanjenje anksioznosti, društvenost ili ritual (poznavanje prihvatljivih načina odgovaranja u danim situacijama). U praksi zdravstvene njege komunikacija ima najveću funkciju u dvosmjernoj izmjeni informacija, dok funkcija smanjenja anksioznosti posebice je bitna u kontekstu pružanju psihološke njege. Dakle, uspješna komunikacija između medicinskih sestara i pacijenata idealna je terapijska intervencija jer omogućuje pacijentima da izraze svoje psihološke i emocionalne potrebe, postavljaju pitanja i predlažu bolji angažman u procesu liječenja, te općenito preuzmu kontrolu nad vlastitim zdravljem i liječenjem te stvore povjerenje i poštovanje u vlastitom ozdravljenju (81).

Iako se čini kako je verbalna komunikacija (pisana i oralna) najčešći oblik komunikacije, prema podacima ona zauzima svega 30% spektra komunikacije, dok neverbalna komunikacija čini najrasprostranjeniji, a ujedno i najmoćniji oblik komunikacije (3). Stoga, učinkovita komunikacija ovisi i o sposobnosti medicinske sestre da prepozna i koristi neverbalne oblike komunikacije. Neverbalni oblici komunikacije su:

- parajezik – način na koji se izražavamo verbalno; ton glasa, visina tona, brzina govora
- kinezika - način na koji koristimo naše tijelo; kontakt očima, izraz lica, geste i držanje tijela
- proksemika – način na koji koristimo prostor između nas i sugovornika
- način na koji koristimo dodir
- način na koji prezentiramo sebe vanjskom svijetu

Neverbalna komunikacija većinom je nesvjestan proces, teže je njome upravljati ili je sakriti. U pružanju psihološke zdravstvene njege neverbalna komunikacija pacijenta je važan aspekt procjene. Postoji mogućnost da će pacijent na upit kako je, reći da je sve

dobro, no njegove geste ili izrazi lica govorit će da postoji problem ili pitanje koje ga muči. Faulkner (82) potiče ideju da pacijenti često daju neverbalne znakove o tome kako se osjećaju i navode da bi medicinske sestre trebale biti prijemčivije za takve znakove jer oni često mogu dovesti do vrijednih prilika za komunikaciju. Osim toga, za adekvatno odgovaranje na psihološke potrebe pacijenta važno je da medicinska sestra sama osvijesti svoje neverbalne izraze komunikacije i da oni budu u skladu s verbalnim.

6.1.2. Vještine psihološke procjene

Odnose se na razvitak vještina opažanja koje omogućuju da se skup dobivenih informacija o pacijentu analizira, interpretira te potom stvori plan zdravstvene njege. Kada govorimo o psihološkoj njezi, procjena se odnosi na određivanje normalnih psiholoških funkcija koje utječu na trenutni zdravstveni status, te identificiranje specifičnih psiholoških potreba koje treba zadovoljiti. Stoga, osim vještine procjene potrebno je imati bazično shvaćanje „normalnog psihološkog funkcioniranja“ kako bi se identificirao način na koji narušeno zdravlje utječe na pojedinca (83, 84).

Elementi opažanja mogu biti tjelesni, emocionalni i kognitivni. Opažanje tjelesnog zdravstvenog statusa odnosi se na identifikaciju elemenata poput tjelesnog izgleda npr. čist, uhranjen, uredan, prljav, očuvan integritet kože i slično. Također, opažati se može pacijentovo ponašanje poput uzrujanosti, prisutnosti nemira i hodanja gore-dolje. Element procjene je i emocionalno stanje poput interesa za ono što se događa, povučenosti, usmjerenosti na sebe, ravnodušnosti, oscilacije raspoloženja i slično. Kognitivni elementi koji ukazuju na psihološko funkcioniranje pojedinca su koliko dobro pacijent može biti koncentriran i usmjeren na ono što govorimo, koliko je usmjeren na svoju okolinu, koliko je dobro orijentiran na okolinu, procjena uvida u vlastiti situaciju, procjena pamćenja i slično (3). Svi ovi elementi mogu biti indikativa za identifikaciju psihološkog stanja pacijenta, a ono na što posebno treba obratiti pozornost su elementi koji ukazuju na stanja poput anksioznosti ili depresije s obzirom na to da su te emocije uobičajene u kontekstu zdravstvene njege.

Oxfordski priručnik za mentalno zdravlje u sestinstvu (engl. *Oxford Handbook of Mental Health Nursing*) nudi prošireni okvir elemenata procjene od kojih je korisno u obzir uzeti i elemente poput (85):

- socijalnog konteksta - kako osoba komunicira s drugima i obitelji, to jest stupanj socijalne podrške
- duhovni kontekst – uvjerenja, nade, religioznost, moral osobe
- trenutne financijske, društvene, okolišni čimbenike funkcioniranja

Nakon točne procjene psiholoških potreba, sljedeća faza u procesu skrbi je plan zdravstvene njege. Iako psihološka zdravstvena njege ne uključuje identifikaciju i dijagnostiku mentalnih zdravstvenih problema, postojanje plana psihološke zdravstvene njege je nužno za lakše identificiranje psiholoških potreba te poduzimanje potrebnih aktivnosti. Odlike dobrog plana zdravstvene njege je usmjerenost na pacijenta, zajedničko donošenje odluka, te osnaživanje terapijskog saveza (85). Jedan od primjera mogućeg plana zdravstvene njege uključuje 5 elemenata (62):

1. Procjena psiholoških potreba – uključujući emocionalne i psihološke potrebe
2. Što bi mogao/li biti razlog(zi) za ovo? – uključuje privremene interpretacije koje se temelje na znanju o pacijentovoj pozadini/obitelji; zapažanje i ispitivanje prema potrebi
3. Kako se obično ova potreba iskazuje – uključuje zapažanja kao što su plakanje, traženje sigurnosti, agresija, nemir itd.
4. Intervencija(e) psihološke njege za zadovoljavanje ove potrebe – uključuje specifične intervencije kao što su davanje vremena, slušanje, savjetovanje, davanje informacija, povezivanje s obitelji, upućivanje drugim službama.
5. Evaluacija - koliko je intervencija bila učinkovita, može li se nešto promijeniti, unaprijediti

Prikupljanje podataka, osim opažanjem i intervjuom, u situacijama gdje je to potrebno, može se odviti i pomoću različitih upitnika koji će omogućiti detaljniju analizu emocionalnih i kognitivnih stanja. Neki od dostupnih upitnika su (85):

- Upitnik općeg zdravlja (engl. *General Health Questionnaire*) – pogodan za otkrivanje psihijatrijskih poremećaja

- Kratki upitnik o zdravlju – 12 (engl. *12- Item Short Form Survey (SF-12)*) – upitnik procjene općeg psihičkog i mentalnog zdravlja koji zahtjeva samo 2 minute bolesnikovog vremena
- Beckov inventar depresije (engl. *Beck Depression Inventory, BDI*) – procjena depresivnih simptoma
- Bolnička skala anksioznosti i depresije (engl. *Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*)
- Hamiltova skala za procjenu anksioznosti (engl. *Hamilton Anxiety Assessment HAM-A*) - dizajnirana za mjerenje ozbiljnosti anksioznih poremećaja pacijenta.

Rezultati ovih i sličnih upitnika procjene osiguravaju brze pokazatelje potreba za daljnjim intervencijama i upućivanjem, odnosno omogućavaju lakše identificiranje problematičnih područja. Iako, neki od upitnika zahtijevaju posebnu obuku i kompetencije da bi se mogli primjenjivati u skrbi, ako su dostupni kao pacijentova dokumentacija ili korišteni od strane drugih zdravstvenih stručnjaka, korisno je poznavati njihovu svrhu i biti svjestan njihovih rezultata (3).

6.1.3. Vještine emocionalne njege

Podrazumijevaju vještine potrebne za razumijevanje pacijentovih emocija. Emocionalno stanje tijekom bolesti vrlo je promjenljivo i ima velik utjecaj na kvalitetu skrbi stoga u sklopu praćenja psiholoških potreba pacijenta važno ga identificirati i pružiti adekvatan odgovor. Tijekom pružanja psihološke njege zadatak je odrediti točnu emociju ili skup emocija koje pacijent doživljava. Izvođenje vještina emocionalne njege ostvaruje se kroz 5 faza emocionalne njege (3):






- a) Određivanje temeljnih emocija – moguće je izravno postaviti pitanje osobi kako se osjeća, a ako pacijent nije u stanju verbalno se izraziti važno je interpretirati neverbalnu komunikaciju, tjelesne senzacije, ponašajne odgovore i slično koji će nam pomoći da indirektno saznamo emociju koju pacijent osjeća (84). Osim ovim načinom, moguće se koristi sredstvima opažanja poput skale opaženih emocija (engl. *Observed Emotion Scale*) koja sadrži niz izraza lica s pratećim opisima za usporedbu s promatranim pacijentima koji ne mogu verbalno komunicirati (*Slika 6*).

b) Određivanje dubine emocija – označava određivanje snage ili dubine emocije. S obzirom na to da je dubinu emocije teško odrediti riječima i da ne apsolutno točni ili netočni odgovori, riječi možemo pokušati rangirati na kontinuumu u rasponu od slabo do jako. Primjerice emociju strah možemo rangirati kao strahovanje, nervoza, briga, zabrinutost, tjeskoba, strah, panika, užas. Također, radi lakše objektivizacije dubine doživljene emocije postoje skale poput HADS (engl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*), samoprocjenske ljestvice koja se koristi za otkrivanje simptoma te ocjenu stupnja depresivnosti i anksioznost. Skala sadrži 14 pitanja od kojih se sedam odnose na depresivnost, a sedam na anksioznost. Prema rezultatima skale, dobije se jasnija slika o pacijentovoj percepciji emocije i kako su je doživjeli.

OBSERVED EMOTION RATING SCALE

RESIDENT'S NAME _____ UNIT: _____ OBSERVER'S NAME: _____ DATE: _____ TIME: _____

Please rate the extent or duration of each affect over a ten-minute period. Some possible signs of each emotion are listed. If you see no sign of a particular feeling, rate "Never."

		7	1	2	3	4	5
		Not in view	Never	Less than 16 sec.	16-59 sec.	1-5 min.	more than 5 min.
PLEASURE Signs: Laughing; singing; smiling; kissing; stroking or gently touching other; reaching out warmly to other; responding to music (only counts as pleasure if in combination with another sign).							
ANGER Signs: Physical aggression; yelling; cursing; berating; shaking fist; drawing eyebrows together; clenching teeth; pursing lips; narrowing eyes; making distancing gesture.							
ANXIETY/FEAR Signs: Shrieking; repetitive calling out; restlessness; wincing/grimacing; repeated or agitated movement; line between eyebrows; lines across forehead; hand wringing; tremor; leg jiggling; rapid breathing; eyes wide; tight facial muscles.							
SADNESS Signs: Crying; frowning; eyes drooping; moaning; sighing; head in hand; eyes/head turned down and face expressionless (only counts as sadness if paired with another sign).							
GENERAL ALERTNESS Signs: Participating in a task; maintaining eye contact; eyes following object or person; looking around room; responding by moving or saying something; turning body or moving toward person or object.							

Slika 6. Skala opaženih emocija (engl. *Observed Emotion Scale*)

Preuzeto sa <https://abramsonseniorcare.org/media/1199/observed-emotion-rating-scale.pdf> (pristupljeno, 1.7.2022.) Izvor: Lawton MP, Van Haitsma K, Klapper JA.

Observed Emotion Rating Scale;1999.

c) Olakšavanje emocionalnog izražavanja - odnosi se na poticanje pacijenta da izrazi svoje emocije tj. pomaganje u suočavanju s neugodnim emocijama koje potencijalno narušavaju oporavak. Ovakvo pomaganje predstavlja kompleksnu

vještinu koja zahtjeva viši stupanj emocionalne inteligencije, a ujedno uključuje i sposobnost refleksivnog praćenja emocija u odnosu na sebe i druge, sposobnost upravljanja emocijama u sebi i drugima te ublažavanjem negativnih emocija i naglašavanje onih ugodnih (86).

- d) Pružanje emocionalne podrške – odvija kroz poticanje pacijenata da izraze svoje osjećaje u sigurnoj i podržavajućoj atmosferi. Medicinska sestra pomaže pacijentima da dođu u doticaj sa svojim emocijama, pokazuje im razumijevanje i prihvaćanje, te njihove emocije reflektira s emocijama drugih bolesnika sa sličnim poteškoćama radi stjecanja boljeg uvida, te kako se ne bi osjećali izolirano sa svojim problemima (3). Emocionalna podrška dakle vrši se kroz slušanje, savjetovanje, odgovaranje na pitanja, objašnjenjem nesporazuma te poticanjem i razvitkom strategija suočavanja.

6.1.4. Vještine savjetovanja

Savjetovanje označava pristup usmjeren na osobu kojim pacijentima pomažemo da nauče vještine samopomoći. Pojam „savjetovanje” koristi se na različite načine, i stoga postoje i različite definicije. Janković definira savjetovanje kao „metodu pružanja pomoći trenutačno neuspješnim osobama u njihovu osobnom rastu, razvoju, sazrijevanju i prilagođavanju životnim uvjetima radi njihova osposobljavanja za samostalno rješavanje aktualnih i budućih problema“ (87). Autor Pažin-Ilakovac (88) savjetovanje vidi kao profesionalno djelovanje koje predstavlja oblik pomoći u orijentaciji i odlukama, dok autor Burnardu (89) savjetovanje u zdravstvenoj njezi definira kao proces u „kojem jedna osoba pomaže drugoj da razjasni svoju životnu situaciju i odlučiti o daljnjim pravcima djelovanja“. Dakle, savjetovanje predstavlja proces, a ne jednokratnu aktivnost i ono zahtijeva kombinaciju vještina, osobnih kvaliteta i postupka. Savjetovanje kao uloga medicinske sestra je važno iz razlog što se pacijenti često nalaze u okruženju u kojima se moraju nositi s velikim promjenama ili adaptacijama na promijenjene životne okolnosti poput životno ugrožavajuće bolesti, stanja deformiranosti, invaliditeta i slično (3).

Ciljevi savjetovanja u psihološkoj zdravstvenoj njezi je pomoći pacijentima da razumiju i prihvate da su određeni osjećaji koji se javljaju radi bolesti ili ozljede normalni, da

lakše podnesu promjene, donesu odluke te razrješenje krize (90). No, prije svega glavni cilj savjetovanja je omogućiti pacijentima da osjete slobodu da podijele svoje emocije o situaciji u kojoj se nalaze. Iako je savjetovanje koristan element zdravstvene njege, ono se ne može odviti protiv nečije volje, stoga inicijativa mora postojati i od strane pacijenta, a ne samo medicinske sestre (89). Kao ključni elementi savjetovanja mogu se navesti (91):

- stvaranje pomagačkog odnosa – podrazumijeva kreiranje okoline u kojoj će se odviti savjetovanje i komuniciranje „osnovnih uvjeta“ (kongruencija, empatija i bezuvjetno pozitivno prihvaćanje)
- istraživanje pacijentova problema pomoću – sudjelovanja (usmjeravanje pažnje na drugu osobu), opažanja, slušanja (uključujući parafraziranje, reflektiranje, pojašnjavanje, sažimanje)
- postizanje zajedničkog razumijevanja – uključuje postizanje zajedničkih ciljeva
- djelovanje – podrazumijeva odabir i primjenu intervencija
- završavanje – završetak savjetovanja, evaluacija i daljnje praćenje pacijenta

Kao specifične vještine savjetovanja mogu se izdvojiti vještine slušanja, opažanja i sudjelovanja. Slušanje podrazumijeva aktivnost kojom se osim na verbalni iskaz fokusiramo i na parajezik (visina, ton, brzina), neverbalne poruke i tišinu (ono što nije rečeno). Tijekom opažanja opažamo geste, pokrete, izraze lica i tijela koji ukazuju na tjelesnu ili emocionalnu disfunkciju (91). Naposljetku, vještina sudjelovanja odnosno usmjeravanja „nepodijeljene pažnje“ na drugoga je ujedno vještina koja se mora vježbati i usavršavati. Prikladna neverbalna komunikacija omogućuje unapređenje vještine sudjelovanja u razgovoru, a jedan od načina za njeno uvježbavanje je tzv. SONOO pozicija (92):

- ravno **S**jedenje – podrazumijeva uspravno sjedenje tijekom kojeg jasno predstavljamo lice drugoj osobi
- održavanje **O**tvorenog držanja- držanje kojem dajemo dojam zainteresiranosti, bez prekriženih ruku i stisnutih šaka
- **N**aginjanje naprijed – blago naginjanje također pokazuje zainteresiranost i empatiju

- ostvarivanje kontakta **Očima** – mora biti na prikladnoj razini (više od 20 sekundi izravnog kontakta očima smatra se nelagodno)
- **Opuštenost** – vlastita pozicija u kojoj se osoba osjeća ugodno, razvija se i usavršava iskustvom

6.1.5. Pružanje informacija

U članku 8. *Zakona o zaštiti prava pacijenata*, pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost. Informiranost o vlastitom zdravstvenom stanju temeljno je ljudsko pravo, no nedoumice se javljaju u kojoj količini i kakvom sadržaju je potrebno pružiti informacije. Prema istraživanjima (93,94 i 95) pozitivni učinci informiranja uključuju promicanje oporavka, smanjivanje ozbiljnosti simptoma anksioznosti i depresije, brži oporavak, smanjivanje duljine bolničkog boravka i smanjenje stresa. Iako je pružanje informacija suštinska komponenta psihološke njege, važno je osvijestiti da se ljudi jako razlikuju po svojim preferencijama i općenito potrebama za informacijama. Stoga, pružanje informacija je aktivnost koju treba prilagoditi svakom pacijentu individualno na temelju učinjene procjene o njegovim potrebama. Na individualnoj razini potrebno je razmotriti (3):

- sadržaj informacija
- kome ih dajemo
- vrstu informacija (strukturu, format, medij)
- količinu informacija
- kada dati informacije
- koliko često davati informacije
- tko još treba/može znati

6.2. Vještine refleksivne prakse

6.2.1. Samosvijest

Refleksivno promišljanje o onome što radimo zahtjeva prije svega iskrenost prema sebi samom. Samosvijest se može opisati kao temeljna vještina na kojoj se gradi

refleksivna praksa. Ona podupire cijeli proces refleksije jer nam omogućuje da sebe vidimo u određenoj situaciji i da iskreno promatramo kako smo utjecali na nju i kako je situacija utjecalo na nas (43). Jack i Smith (96) u svom radu govore kako je refleksivan praktičar osoba koja je opremljena za upravljanje emocija i osjećajima na kontroliran način za razliku od toga da je njima preplavljena i da oni upravljaju njome. Razumijevanje kako situacije i osjećaji mogu utjecati na svakodnevni rad medicinskih sestara pomaže im planirati i pripremiti se za buduću praksu. Stoga, samosvjesnost omogućuje miran i empatičan pregled vlastitih emocija. Opće medicinsko vijeće (engl. *General Medical Council, GMC*) i Britanska komora medicinskih sestara i primalja (engl. *Nursing and Midwifery Council, NMC*) naglašavaju važnost rješavanja problema na otvoren način te tvrde kako bi svaki zdravstveni radnik mora biti otvoren i iskren prema pacijentima kad nešto krene pogrešno vezano uz njihovo liječenje ili njegu što uzrokuje, ili ima potencijal uzrokovati, naštetiti ili ih uznemiriti. Dakle, biti samosvjestan trebalo bi se smatrati obveznim s ciljem unaprjeđenja sestrinske prakse i održavanja standarda kvalitete potrebnih za učinkovitu njegu. Samosvijest nam omogućuje analizu vlastitih osjećaja, uvjerenja i vrijednosti, kao dio društvenog svijeta, i bitan je dio refleksivnog procesa (43).

6.2.2. Opis

Opisati nešto, bilo da je riječ o osobi, objektu, situaciji ili apstraktnom pojmu znači navesti njegove karakteristike, izgled i slično bez iznošenja ikakve predrasude i zaključka. U profesionalnoj praksi nužne su dobre opisne sposobnosti kada usmeno komuniciramo sa svojim kolegama o pacijentima i kada pišemo jasan i točan izvještaj o pacijentu tj. kada vodimo bilješke. Kada se koristi refleksija, opis je vještina kojom se prisjećamo važnih događaja i obilježja situacije. Dobar opis znači davanje jasnog i sveobuhvatnog izvještaja situacije. Stoga, opis je važan dio refleksivne prakse i trebao bi sadržavati sljedeći ključne elemente:

- značajni pozadinski čimbenici (kontekst)
- događaji kako su se odvijali u situaciji
- o čemu smo razmišljali u tom trenutku
- kako smo se osjećali u tom trenutku
- koji je ishod situacije

Opis treba pomoći rekonstruirati situaciju i nekome tko nije bio tu omogućiti da je shvati iz naše pozicije. Takav opis omogućit će preispitivanje situacije nama samima, ali i drugima. U opisu treba razlikovati relevantne od nebitne informacije. Dobar opisni prikaz, dakle, pokazuje potpuno i jasno razumijevanje relevantnih i važnih pitanja, te je dobro strukturiran i koncizan. Da bismo drugoj osobi olakšali razumijevanje situacije, treba prezentirati sve relevantne čimbenike dovoljno detaljno. Uobičajeni problem koji se javlja je budući da smo bili uključeni u određenu situaciju možemo izostaviti pojedinosti. Također, problem može biti i teško prisjećanje svih ključnih čimbenika u situaciji jer nam je vlastita memorija jedini izvor informacija, stoga najnovije situacije se najlakše opisuju. Iako reflektivni opis nije integriran kao sastavni dio svakodnevne sestrinske prakse, vođenje osobnog dnevnika profesionalne prakse u kojem slijedimo prethodno navedene smjernice može nam pomoći jasnije odrediti osjećaje s kojima se susrećemo, identificirati nedostatke u praksi, lakše prenijeti situaciju drugoj osobi te općenito poboljšati našu profesionalnu skrb (43).

6.2.3. Istraživanje osjećaja povezanih sa situacijom

U reflektivnoj praksi potrebno je postići odgovarajuću ravnotežu između analize potrebnih znanja za provođenje refleksije i analize osjećaja. Važno je usredotočiti se na svoje pozitivne osjećaje, kao i pokušati se nositi s negativnim osjećajima (44). Osim osviještenosti o tome kako naši osjećaji utječu na njegu koju pružamo, da bismo bili reflektivni, također moramo biti svjesni svojih emocija, i dosljedno ih koristiti.

6.2.4. Identificiranje i osporavanje pretpostavki

Identificiranje naših pretpostavki znači prepoznavanje kada nešto poduzimamo „zdravo za gotovo“ ili prihvaćamo samo zato što drugi predstavljaju nešto kao činjenicu bez potkrepljujućih dokaza. Stoga, za refleksiju važan je razvoj kritičkog pristupa. Kada se analizira neka situacija, može biti korisno ako se postave pitanja poput: „Što se ovdje uzima zdravo za gotovo?“ ili „Reflektiram li se na pravu sliku situacije?“ Osporavanje pretpostavki odnosno postavljanje pitanja od kuda su one zapravo došle važno je za sestrinsku praksu. Svi događaji su većinom ugrađeni u određeni kontekst, dakle važno je moći ispitati ideje ljudi iz različitih perspektiva kako bi lakše otkrili prave uzroke određenog ponašanja ili razvoja događaja. Kada identificiramo i osporavamo svoje pretpostavke, važno je da budemo skeptični prema bilo kakvim tvrdnjama o

univerzalnoj istini. Činjenica da određeni način zadovoljavanja pacijentovih potreba (određena intervencija) je svakodnevna praksa i u većini slučajeva je ista, ne znači da je najbolja i najprimjerenija za tog pacijenta. Prilikom reflektiranja na određeni događaj važno je biti otvorenog uma i što je više moguće ne voditi se vlastitim pretpostavkama i mišljenjima drugih, kako bi što objektivnije sagledali situaciju onakvom kakva jest (97, 43).

6.2.5. Istraživanje alternativnih pravaca djelovanja

Odnosi se na stalno traženje novih načina razmišljanja i novih načina rada. Takvi novi načini rada omogućuju kreativnost i rast te odmak od rutinizacije i stagnacije, a posljedično povećavaju osobno zadovoljstvo poslom i veću kvalitetu rada što je ujedno i svrha refleksivne prakse. Moguća pitanja za postaviti s ciljem napretka su: „Radim li još uvijek na isti način kao što sam radio prije dvije godine? Je li to i dalje prikladno? Što želim učiniti po pitanju toga?“. Ovaj aspekt kritičke analize također zahtijeva da se osvrnemo na znanja i perspektive koje nisu samo naše. Vlastito iskustvo je vrijedan izvor znanja, međutim potrebno je istražiti u kojoj mjeri nam to znanje pomaže razumjeti situaciju, posebice jer su neka znanja stečena na temelju principa pokušaja i pogreške. Profesionalna praksa utemeljena na dokazima zahtijeva da formalno znanje mora biti ključni izvor razumijevanja i važno je da naše razumijevanje bilo koje situacije uključuje i znanje temeljeno na spoznajama. Stoga, potrebno je identificirati naše formalno znanje i neprestano ga nadograđivati. Takvo istraživanje i upotpunjavanje formalnog znanja otvara prostor novim spoznajama, novim pravcima djelovanja te općenito većem napretku vlastite refleksivne prakse (43).

6.2.6. Sinteza

Sinteza je proces izgradnje zasebnih elementa, osobito ideja, u povezanu i koherentnu cjelinu. Ona dakle govori o umijeću naše profesionalne prakse i o kreativnosti. Često uključuje originalno razmišljanje o novim rješenjima. Na razini sestrinske prakse, osmišljavanje plana skrbi o pacijentu primjer je sinteze informacija iz raznih izvora. Dobar plan zdravstvene njege jedinstven je za svakog pojedinog pacijenta, dinamičan

i promjenjiv. U refleksiji, sinteza predstavlja sposobnost kojom integriramo nova znanja, osjećaje ili stavove s prethodnim znanjem, osjećajima ili stavovima. Taj proces je neophodan kako bi se razvio novi uvid ili nova perspektiva na situaciju. Stoga vještina sinteze je potrebna kako bi se postigao zadovoljavajući rezultat refleksije (43).

6.2.7. Evaluacija

Predstavlja sposobnost da donesemo sud o vrijednosti nečeg. Ona podrazumijeva pogled unatrag, a sam zaključak se donosi pozivanjem na unaprijed definirane kriterije ili standarde npr. utvrđivanje je li pacijent postigao određene ciljeve i reviziju opsega do kojih su razina ciljevi postignuti. U refleksivnoj praksi osobito je bitna samoevaluacija. Ona predstavlja osobni proces u kojem preispitujemo sami svoje postupke, stavove i vrijednosti tijekom vremena. Cilj samoevaluacije nije fokusiranje na prošlost i vlastite pogreške nego na budućnost i potrebne promjene kako bi se usavršila svakodnevna profesionalna praksa. Potencijalne stavke evaluacije su vlastita vjerovanja i stavovi, problemi koje postoje u praksi, ciljevi za budućnost, trenutne strategije provođenja refleksije, mjesta za unapređenja vještina refleksije, sustavi podrške i slično (43).

6.3. Barijere

6.3.1. Za psihološku njegu

Za pružanje učinkovite psihološke njege potrebno je izgraditi odnos s pacijentom, međutim za izgradnju tog odnosa potrebno je zadobiti povjerenje. No, kao i za svaki odnos, kontakt između medicinske sestre i pacijenta treba biti redovit, što je u svakodnevnom radnoj okolini, posebice na nekim radilištima teško postići uzimajući u obzir da za istog pacijenta skrbi više osoba. Nedostatak komunikacije među timom također može biti potencijalni problem za provođenje psihološke njege. Naime, nedostatak komunikacije može se odraziti tako što osoblje izostavi reći informacije vezane uz pacijentovo psihološko stanje, ili sama predaja smjene postane automatizirana i za neke informacije se smatra da nisu važne za prenijeti. Količina posla i nedostatak vremena također su faktori koji pridonose zanemarivanju psiholoških aspekata njege (98). Istraživanje koju su proveli Botti i suradnici (99) otkrilo je da se veliko radno opterećenje i nedostatak raspoloživog vremena navode kao

potencijalne prepreke koje ograničavaju mogućnost medicinske sestre da sjedne i sudjeluje u razgovoru s pacijentima kako bi saznala njihove specifične potrebe. Nadalje, istraživanje autora Mishra i suradnika (100) otkrilo je da su liječnici i medicinske sestre izjavili da se ne žele raspitati o psihološkom utjecaju dijagnoze i liječenja, posebice kod onkoloških bolesnika, jer su bili zabrinuti da se možda neće moći nositi s problemom koji bi mogli izazvati i ako naiđu na isti trebalo bi im previše vremena za rješavanje. Slično govore i Kenny i suradnici 2007. godine (101) koji tvrde da medicinske sestre često koriste radni pritisak kao „taktiku blokiranja“ koja sprječava pacijente da odaju informacije u vezi kojih medicinske sestre ne osjećaju sposobnost nositi se.

Problem koji se javlja ako se i provodi neki oblik psihološke njege je postavljanje profesionalnih granica (102). Profesionalne granice predstavljaju ograničenja u ponašanju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata (103). Primjerice, kronična priroda raka kod onkoloških pacijenata znači da je veća vjerojatnost da će zdravstveni djelatnici imati dugotrajan terapijski odnos s pacijentima i njihovim obiteljima što potencijalno otežava održavanje ravnoteže između kvalitetnog pružanja psihološke njege i emocionalne iscrpljenosti. Medicinske sestre koje rade u onkološkim kliničkim okruženjima imaju visoku razinu percipiranog stresa, emocionalne iscrpljenosti i profesionalnog izgaranja, a izvješće autora Barretta i Yatesa navodi da više od 70% njihovog uzorka onkoloških medicinskih sestara doživljava umjeren do jak stres (102).

Problem je i nepostojanje „debrifinga“ u profesionalnom okruženju što rezultira prenošenjem neriješenih problema u osobno okruženje. Watts i suradnici raspravljali su o tome da se većim iskustvom stječe veća sposobnost ostavljanja „posla na poslu“ te da su stoga mlađe medicinske sestre osjetljivije na negativna iskustva pacijenata (102). Također, same medicinske sestre mogu biti ograničene u pružanju učinkovite psihološke skrbi. Ukoliko medicinske sestre ne brinu o vlastitom psihosocijalnom stanju, možda neće moći dati puno sebe svojim pacijentima. U prilog bijegu od emocionalnog izlaganja govori i istraživanje Mishra i suradnici koje otkriva da liječnici i medicinske sestre češće koriste strategije intervjuiranja koje su osmišljene kako bi intervju bio emocionalno neutralan umjesto postavljanja prikladnijih pitanja o psihološkoj prilagodbi pacijenta ili njegovom nedostatku. Utvrđeno je da upotreba ovih taktika distanciranja uobičajena i kod liječnika i kod medicinskih sestara (100).

6.3.2. Za reflektivnu praksu

Provođenje reflektivne prakse također sadrži brojne barijere, a kao 5 najčešćih navodi se „nedostatak vremena” (68,9%), „nedostatak obuke” (41,5%), „nedostatak smjernica” (36,8%), „nedostatak znanja” (35,8%); i "ne podržavajuća organizacijska kultura" (34,9%) (104). Istraživanje Mantzoukas & Jasper (2) također ističe „ograničenost moći“ kao barijeru da medicinske sestre pokrenu ikakve promjene u svom kolektivu, a kao glavna prepreka navodi se odnos moći između medicinskih sestara i liječnika. Istraživači su otkrili da se medicinske sestre često osjećaju omalovaženi i obezvrijeđeni od strane onih s više moći (2). Ovo se smatra kao velika prepreka jer općenito sprječava medicinske sestre da raspravljaju o svojim mislima i idejama i širenju važnih znanja (33). Nedostatak kulture promišljanja o refleksiji kako u kliničkim okruženjima, prisutan je i u edukacijskom okolini odnosno obrazovnim institucijama. Prijedlozi promjena mogu ići u smjeru (105):

- razvitka pozitivnog stava učenika i studenta prema reflektivnom promišljanju,
- reflektivna praksa treba biti uključena u nastavni plan i program medicinskih sestara
- provedba radionica ili konferencija te educiranje profesora o pravilnoj reflektivnoj praksi
- poticanje edukacija i radionica unutar kliničkih okruženja
- prepoznavanje trenutnih prepreka koje postoje s reflektivnom praksom unutar određenog radilišta (npr. nedostatak vremena, osoblja) te sukladno tome poticati promjene za pozitivne rezultate i uspjeh
- veća podrška za reflektivno djelovanje od strane vodećih kadrova

6.4. Ciljane skupine bolesnika

Potreba za psihološkom skrbi i reflektivnijom praksom prisutna je kod svih skupina bolesnika, međutim postoje značajne razlike u količini psiholoških potreba i vremenskom periodu potrebnom za njihovo zadovoljavanje. Tijek bolesti razlikuje se kod svih i svaka bolest ima svoje faze tijekom koje se smanjenje funkcionalnosti i

povećavanje potreba događa sporije ili brže. Primjerice, kod kardiovaskularnih bolesnika sa zatajenjem srca slabljenje funkcionalnosti je više postupno i isprekidano epizodama akutnog reverzibilnog pogoršanja dok kod primjerice onkoloških bolesnika smanjenje funkcionalnosti i kvalitete života može nastupiti u vrlo kratkom vremenu te je stoga i vrijeme za psihološku prilagodbu znatno kraće. Skupine bolesnika kod kojih se funkcionalnost rapidno smanjuje, a znatno povećavaju potrebe predstavljaju veliki izazov za medicinsku sestru. Ovakva skrb zahtjeva da osim iskusnih vještina psihološke skrbi, medicinska sestra bude prije svega reflektivni praktičar. Vrijeme za provođenje psihološke njege nastupa brzo, intervencije koje se provode trebaju imati jasan cilj i efektivan ishod, a svjesnost o tome kako razmišljamo, osjećamo i djelujemo vrlo je važna.

Cilj provođenja intervencija psihološke njege je poboljšanje psihičkog i emocionalnog stanja bolesnika. Neke od najčešćih psiholoških potreba su (106):

- razumijevanjem simptoma i naravi bolesti
- razumijevanje procesa umiranja,
- samopoštovanje i prihvaćanje bolesnika
- aktivno uključivanje u donošenje odluka
- osjećaj sigurnosti, osjećaj pripadnosti
- ljubav i pokazivanje emocija
- duhovnost i nada za poboljšanjem bilo kojeg aspekta života

6.4.1. Palijativni bolesnici

Palijativna skrb podrazumijeva skrb na kraju života tj. u užem smislu sveobuhvatnu skrb o umirućim bolesnicima u posljednjim satima ili danima života. Skrb je orijentirana na psihičko i emocionalno stanje bolesnika i njegove obitelji/skrbnika, uključujući pitanja prilagodbe na bolest i njezine posljedice, komunikaciju, socijalno funkcioniranje i odnose, psihološko funkcioniranje i odnose, psihološka iskustva gubitka i suočavanja sa smrću u bolesnika i njemu bliskih osoba, rad na egzistencijalnim pitanjima bolesnika te analizu utjecaja duhovnosti, kulture, vrijednosti i socijalnih čimbenika (107). Dakle, središnji cilj palijativne skrbi je podrška, postizanje i očuvanje najbolje kvalitete života (108).

Psihološka njega orijentirana je na pravodobno davanje relevantnih informacija bolesniku u skladu s njegovim potrebama, savjetovanje, omogućavanje pacijentu da slobodno izrazi svoje emocije, misli, strahove, očuvanje privatnosti i dostojanstva, omogućiti aktivno sudjelovanje te zaštitu pacijentovih interesa. Svrha psihološke njege je dostupnost, prihvaćanje, razumijevanje i slušanje (108). Medicinske sestre moraju imati dobro razvijene vještine psihološke procjene, komunikacijske vještine i prije svega vještine emocionalne njege kako bi mogle adekvatno odgovoriti na pacijentove potrebe. Tijekom rada suočavaju se s velikom količinom širokog spektra emocija, tako da sama skrb može biti zahtjevna i iscrpljujuća. Važno je reflektivno provoditi skrb, a posebice fokusirati se na pozitivne aspekte vlastite skrbi koji će dati snagu za dalje kako ne bi zapali u zamku neprestane negativne kritičke analize.

6.4.2. Onkološki bolesnici

Psihološka skrb za onkološke bolesnike je kompleksna i medicinska sestra ima važnu psihosocijalnu ulogu u tretmanu onkološkog bolesnika. Na samom početku važno je stvoriti kvalitetan odnos temeljen na povjerenju. Većina onkoloških bolesnik na početku ima poteškoće suočavanja s novonastalom dijagnozom stoga su važne komunikacijske vještine, posebice vještine informiranja i savjetovanja te vještine procjene kako bi procijenili početnu sposobnost suočavanja i pacijentove slabije i snažnije strane. Dakle, u komunikaciji uzimamo u obzir pacijentove potrebe, perspektive i individualna iskustva te dajemo pacijentu mogućnost sudjelovanja u njezi. Također, u početku važno je davati pisane informacije o bolesti jer pacijenti teže usvajaju nove. Uz verbalnu komunikaciju uloga neverbalne kod onkoloških bolesnika je izrazito važna, te nijansiranje izraza lica, grimase, tupi pogled mogu otkriti puno više informacija o tome što pacijent osjeća i govori. Šutnja je također oblik komunikacije i važno ju je uvažiti. Teški trenutci često uzrokuju zatvaranje u sebe, stoga kao dio psihološke skrbi dovoljan je i mali znak pažnje, poput dodira po ramenu ili stiska ruke i osmjeha. U početnom stadiju bolesti javlja se regresija. Iako se čini da ona otežava prilagodbu važno je znati da je normalna reakcija. Frustracija je također normalna reakcija, ona se često prenosi na medicinsko osoblje, posebice na medicinske sestre koje su najviše u kontaktu s pacijentom, stoga je važno agresivne ispade ne uzimati osobno (109,110).

Bez obzira na različite individualne snage suočavanja, normalna reakcija na novonastalu dijagnozu je strah, tjeskoba i anksioznost. Osim toga javljaju se osjećaji napuštenosti, samoće, straha od unakaženosti te nemoći, straha od boli, od gubitka kontrole nad tjelesnim funkcijama, od ovisnosti o drugoj osobi, strah od odbacivanja i odvajanja i straha od smrti. Psihološka njega onkoloških bolesnika sastoji se u tome da im se pruža prilika da govore o svojoj bolesti, da izražavaju i identificiraju osjećaje anksioznosti, da razumiju povezanost između simptoma i bolesti kroz slušanje, savjetovanje, odgovaranje na pitanja, objašnjavanje nesporazuma te identificiranje osobnih resursa i strategije suočavanja. Cjelovita psihološka zdravstvena njega treba se baviti i pacijentovom duhovnošću. Duhovnost je značajan element emocionalnog i funkcionalnog blagostanja osobe i stoga je potrebno obratiti pozornost i na pacijentova vjerovanja, iskustva, pretpostavke, snove, misli i emocije te općenito duhovne želje poput želja za oprostom, pomirenjem i slično (98).

U skrbi važno se orijentirati na dostižne ciljeve koji promiču osjećaj osobne kontrole i smisla i koji omogućuju povećanje kvalitete života. Važno je pronaći ravnotežu između istine i poticanja nade, ali nikada ne davati lažnu nadu (98). Ukoliko je moguće važno je osobu uključiti u grupe podrške gdje će imati priliku susresti se sličnim iskustvima i nošenjem s problemima, poticanjem emocionalnog rasterećenja, smanjivanje osjećaja usamljenosti i izoliranosti kroz druženje u grupi, te općenito omogućiti lakše razumijevanje sebe.

Veliku ulogu u nošenju s dijagnozom ima i pacijentova obitelj. Važno je tijekom psihološke zdravstvene njege uzeti u obzir pacijentov odnos s obitelji i razmotriti potencijalne snažne strane tog odnosa. Način na koji će se nositi s terapijom bolesnog člana ovisi o načinu komunikacije, načinu izražavanja osjećaja, sposobnosti suosjećanja i potisnutim negativnim emocijama. Ako su članovi obitelji bliski i povezani, o bolesti će se otvoreno govoriti pa nema prostora za nepovjerenje, usamljenost i bespomoćnost, što može biti vrlo snažan sustav podrške (111). Tijek maligne bolesti je dinamičan uz različite faze pogoršanja i poboljšanja, ponovljenih liječenja i medicinskih intervencija. O tome treba osvijestiti obitelj, pravodobno ih informirati i savjetovati, pokazivati empatiju prilikom davanja novih informacija o pacijentu, omogućiti postavljanje pitanja o nedoumicama, iskazivanje emocija te ukoliko je potrebno zajedno s pacijentom uputiti na sustave podrške (110). Pri

provođenju psihološke zdravstvene njege refleksija je dosta važna s obzirom na težinu pacijentovih problema i odgovornosti koju medicinska sestra nosi. Refleksivna praksa pomoći će lakše analizirati pristup pacijentu, vidjeti da li postoji prilika za unapređenjem odnosa, da li su sagledani svi aspekti pacijentova ponašanja i što nam oni govore, postoji li neka druga intervencija koja bi možda više potaknula pacijenta na suradnju i slično. Osim toga refleksivna praksa ponovo nam pomaže da se usmjerimo na ono pozitivno u našoj praksi i da tražimo male uspjehe i pozitivne stvari koje nas potiču da postanemo bolji medicinski djelatnik odnosno uspješniji profesionalac.

6.4.3. Psihijatrijski bolesnici

Psihijatrijski bolesnici često zbog različitih psihopatoloških doživljavanja i oštećenja ličnosti nisu u mogućnosti adekvatno testirati realitet i participirati u socijalnoj sredini. Stoga, u radu sa psihijatrijskim pacijentima stvaranje odnosa povjerenja i prihvaćanja važno je za uspješno zadovoljenje potreba. Psihijatrijski bolesnici često teško artikuliraju probleme koji ih muče ili ih nisu svjesni, tako da je važno stvoriti dobro ozračje i pokazati bolesniku da smo spremni slušati. Pri tome je važna je dobra volja i vrijeme koje će medicinska sestra odvojiti za razgovor s bolesnikom, tako da može razgovarati bez žurbe i da pri tome ne radi ništa drugo nego posvećuje punu pažnju bolesniku. Komunikacija sa psihijatrijskim bolesnikom može biti teška i medicinska sestra mora biti spremna čuti mnogo toga što bi ostale moglo šokirati, biti nelogično i slično. Iz zbog toga razloga važno je ne osuđivati i ne shvaćati osobno, već razumjeti da su određena ponašanja i reakcije dio dijagnoze odnosno simptomi kojima se bolest manifestira. Psihološka njega podrazumijeva stvaranje terapijskog okruženja u kojem je bolesnik prihvaćen bez obzira na njegove sposobnosti, mogućnosti, navike i na kulturološku sredinu iz koje dolazi. Temelj psihološke zdravstvene njege kod psihijatrijskih bolesnika je terapijska komunikacija. Ona povećava stupanj bolesnikova povjerenja i osigurava prihvaćenost. Odvija se kroz slušanje, potporu, davanje savjeta te stvaranje uvjete za promjenu stavova i ponašanja. Omogućuje pacijentu jasniji uvid u problem i porast samosvijesti, samopoštovanja i povjerenja bolesnika u sebe i u druge. Bolesniku omogućava usvajanju novih znanja i stjecanja novih vještina, autonomiju ličnosti i njegovu neovisnosti i samostalnosti. Terapijska komunikacija ima veliku ulogu u smanjenju anksioznosti i popravljajući raspoloženja odnosno otklanjanju autoagresivnog i heteroagresivnog ponašanja te motivaciji za željenu promjenu u

bolesnikovu ponašanju. Dakle, ona omogućuje djelovanje na bolesnikove osjećaje, misli i ponašanje mijenjajući ih u pozitivnom smjeru (112).

Dio psihološke njege je i procjena pacijenta koja je prvenstveno bazirana na praćenje i uočavanje prominentnih psihijatrijskih simptoma, na procjene raspoloženja i afektivno-voljnih funkcija, promatranje bolesnika s obzirom na psihomotoriku i procjenu kognitivnih funkcija (113).

Znanje i vještine procjene mentalnog stanja su važne za prepoznavanje simulacije (prikazivanje simptoma bolesti koji stvarno ne postoje), agravacije (prikazivanje simptoma težim nego što stvarno jesu), disimulacije (prikazivanje svog stanja znatno blažim ili boljim nego što ono stvarno jest) (92). Uloga refleksije u pružanju psihološke zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika je olakšavanje kontrole svojih emocionalnih reakcija (kontratransfer), preispitivanje učinkovitosti intervencija i potencijalno emocionalno rasterećenje posebice ako postoji podržavajuća kultura refleksivnog promišljanja i rasprave.

7. PSIHOLOŠKA NJEGA I REFLEKSIVNA PRAKSA DANAS I SUTRA

Psihološka njega kao terapijski postupak danas i dalje nije na zadovoljavajućoj razini. Ne postojanje pravnih implementacija, šifre vrednovanja od strane HZZO, službene dokumentacije poput plana psihološke njege, edukacijskih modula i praktičnih smjernica za terapijski rad govori u prilog tome da psihološka njega i dalje postupak koji se provodi ili ne provodi usputno i da nije implementirana kao obvezni dio procesa zdravstvene njege. Implementacija terapijskog postupka psihološke njege je nužna na svakom radilištu, a posebice na odjelima gdje se skrbi o psihijatrijskim bolesnicima, onkološkim bolesnicima te palijativnim bolesnicima (114).

Preporuke za unapređenje prakticiranja psihološke njege:

- stvaranje edukacijskih modula psihološke njege u obrazovnim institucijama te programa usavršavanja za stjecanje više znanja i kompetencija u kliničkim okruženjima
- postojanje praktičnih smjernica koje omogućavaju da pojam psihološke njege postane praktični alat u praksi

- stvaranje osnovnog i proširenog plana psihološke njege ovisno o radilištu i potrebama za psihološkom njegom. Osnovni plan sadržavao bi stavke koje je potrebno procijeniti na svakom radilištu i kod svakog pacijenta, dok bi prošireni plan psihološke njege bio namijenjen odjelima s većim psihološkim potrebama poput onkoloških, psihijatrijskih ili palijativnih.
- definiranje i educiranje izvršitelja psihološke njege i mentora za nadzor postupka i evaluaciju – osobe koje imaju stečena dodatna znanja i kompetencije za navedeno, prvostupnice sestrinstva, magistre sestrinstva, diplomirane medicinske sestre
- dostupnost programa edukacije i usavršavanja komunikacijskih vještina, vještina psihološke procjene, vještina emocionalne njege, vještina savjetovanja i vještina pružanja informacija
- na radilištima gdje je to potrebno programi edukacije iz grupne psihoterapije, terapijskih tehnika, različitih terapijskih pravaca (npr. KBT) i sl.

Refleksija predstavlja važan dio psihološke zdravstvene njege, ali i općenite svakodnevne sestrinske prakse. Ona omogućuje bolje razumijevanje situacije i kako je ona utjecala na nas te omogućuje identifikaciju područja za učenje i razvoj profesionalne prakse. Podržava dijeljenje i učenje od drugih stručnjaka. Refleksivna praksa je alat za razmišljanje kako promjenama i poboljšanjima prevesti u konkretno djelo. Današnje stanje u sestrinstvu okarakterizirano modernom tehnologijom, većim obujmom posla, a sve manjim brojem osoblja ostavlja ništa ili jako malo prostora za bavljenje refleksijom kao sastavnim dijelom procesa zdravstvene njege. Stoga njeno provođenje moguće stvaranjem podržavajuće radne okoline koja potiče refleksivno promišljanje i raspravu (utjecaj voditelja odjela i slično), ili osobnom motivacijom i željom za olakšanjem i unapređenjem vlastitog profesionalnog rada.

Preporuke za provođenje i implementaciju refleksivne prakse (115) :

- 1) **Postojanje pisanog reflektirajućeg izvješća** - pisani reflektirajući izvještaji trebali bi se temeljiti na slučajevima ili kombinaciji povratnih informacija, najčešćih događaja ili iskustva u svakodnevnoj praksi. U njima treba razmišljati i o pozitivnom i o konstruktivnom iskustvu, a ne samo provoditi kritičku analizu. Pisana izvješća trebala bi biti regularna i trebale bi ih ispunjavati sve medicinske

sestre primjerice najmanje jednom godišnje ili češće ovisno o mogućnostima. U njima bi se trebalo sve do sada naučeno iz prakse, kako se promijenila ili poboljšali vlastita praksa i kako se ovakva iskustva iz stvarnog života povezuju s načelima sestrijskog kodeksa (prioritetno s poštivanjem pacijenta kao ljudskog bića, čuvanjem sigurnosti, promicanjem profesionalnost i povjerenje). Navedena načela promišljanja iznad korisna su za usmjeravanje razmišljanja. Takvi pisani reflektirajući izvještaji ne smiju sadržavati nikakve informacije koje bi mogle identificirati pojedinca, bilo da je ta osoba živa ili umrla. To znači da sve informacije moraju biti zabilježeni na način da se nijedan pacijent, kolega ili druga osoba ne može identificirati iz informacija.

- 2) **Postojanje edukacijskog modula** - o znanjima i vještinama refleksivne prakse u obrazovnim institucijama, u sklopu kliničkih okruženja, pri HKMS-u i slično.
- 3) **Definiranje izvršitelja** – osoba koja će potaknuti i pratiti pisanja izvješća, refleksivne rasprave, edukacije i slično – to može biti voditelj odjela (glavna medicinska sestra) ili nekad druga zadužena osoba koja je dodatno educirana o području.
- 4) **Odabir refleksivnog partnera** – ako postoji podržavajuća okolina koja potiče refleksivnu praksu, korisno je da svaka osoba ima partnera za raspravu. Partner je potreban jer kolektivne refleksivne rasprave mogu biti teže održive i manje učinkovite zbog izloženosti većoj grupi ljudi i zbog teškog pronalaženja kolektiva u kojoj se svaka osoba osjeća jednako sigurno da iznosi svoja promišljanja. Važno je da je partner osoba koja poštuje iste profesionalne i etičke standarde struke (dakle također medicinska sestra). Odabir refleksivnog partnera nije jednostavan jer da se održava vjerodostojnost i objektivnost rasprave treba vodi računa o bilo kakvom osobnom ili poslovnom odnosu koji može stvoriti sukob interesa. Uz to važna je ugodna atmosfera, kako bi se vodila otvorena i iskrena raspravu. Neki drugi čimbenici koje treba uzeti u obzir pri odabiru partnera za raspravu uključuju:
 - Koliko ih dobro poznajete: možda biste radije razgovarali s kolegom s kojim radite s redovito ili s nekim s kim ste manje upoznati.

- Obavljaju li istu vrstu prakse kao i vi: možda će vam biti od pomoći razgovarajte o svojim razmišljanjima s nekim tko je imao slična iskustva kao i vi, ili netko s drugačijim iskustvima.
- Bez obzira na to jesu li za vas stariji ili mlađi, ili na istoj razini: biste li smatrali vrijednim da imate uvid od nekoga tko je radio na različitoj razini zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna zdravstvena zaštita) ili općenitoj različitoj zahtjevnosti radilišta različito od vašeg?

5) **Definiranje smjernica refleksivne rasprave**– smjernice mogu uvelike olakšavati tijek rasprave i usmjeriti je u željenom pravcu. Neke od mogućih tema smjernica su razmjena informacija i iskustava, izvještavanje nakon incidenta, sagledavanje perspektive druge osobe o situaciji, razmišljanje o ciljevima profesionalnog razvoja.

6) **Evaluacija rasprave i ispunjavanje obrasca**- sažetak rasprave treba biti zabilježen na formuliranom obrascu zajedno s podacima sudjelovatelja rasprave i njihovim potpisom koji potvrđuje sudjelovanje.

7) **Smjernice za vlastito refleksivno promišljanje i vođenje osobnog dnevnika** – smjernice, brošure i edukativni materijal koji promiče osobnu refleksiju također može biti koristan. Osobna refleksija odvija se prikupljanjem informacija koje mogu doći od pacijenata i korisnika usluga. te njihove obitelji. Takve informacije pomažu da se usredotoči na ono što je pacijentima važno, što će zauzvrat poboljšati njegu koja se pruža. Takve opservacije mogu se zabilježiti u obliku osobnog dnevnika. Smjernice pomažu medicinskoj sestri da izvrši vlastitu refleksiju, a mogući smjerovi tog procesa su primjerice opis neke situacije, što ste razmišljali i osjećali u tom trenutku, što je bilo dobro i loše u toj situaciji, koji je svrha i zašto promišljate o toj situaciji, što ste učinili, a što ste mogli drugačije učiniti, ako se nađete ponovo u istoj situaciji što ćete učiniti drugačije.

7.1. **Istraživački radovi na temu psihološke njege**

S ciljem pružanja primjera istraživačkih radova vezanih uz provođenje psihološke njege u sestrinstvu pretražena je baza podataka PubMed. Radi jasnijeg definiranja

istraživanih pojmova kao traženi pojmovi odabrani su pojmovi „psychological care“ i „nursing“, a rezultati pretraživanja filtrirani su prema godinama publikacije 2019. do 2022. Pojmovi su povezani „AND“ Booleovim operatorom. Ukupno je pronađeno 104 rezultata od kojih su ovdje izdvojena 3 rada.

Primjer 1. Utjecaj psihološke njege kod ženama koje su bile podvrgnute histerektomiji prije i nakon operacije na simptome depresije, anksioznost i tjelesnu sliku (2019)

Rezultati istraživanja Erdogan i sur. (116) otkrili su da psihološka njega koja se pruža ženama prije i nakon histerektomije smanjuje anksioznost i povećava pozitivnu percepciju tijela. Iz tog razloga, psihološka skrb za žene koje su podvrgnute histerektomiji trebala bi biti dio rutinske sestrinske njege i trebala bi se započeti odmah pri hospitalizacije pacijentice. Psihološka njega pružena je koristeći vještine slušanja, promatranja, empatije i komunikacije prema pacijenticama. Istaknuta je važnost stvaranja dobrog odnosa na samom početku kroz pažnju, prihvaćanje, poštovanje, povjerenje i ne osuđujući stav. Isprva cilj je bio smanjiti anksioznost pacijentica kroz vještine slušanja i empatije te potaknuti na iskazivanje emocija i misli vezanih uz nadolazeći zahvat. Kada su pacijentice dijelile emocije poput straha i zabrinutosti, potpuna pažnja posvećena je toj osobi. Kao značajno istaknuto je i informiranje o postupku i davanje prostora za pitanja i nedoumice. U istraživanju je prilikom davanja informacija korištena pripremljena brošura. U zadnjoj fazi pružanja psihološke njege prije same operacije dane su informacije o okruženju operacijske sobe i svim postoperativnim postupcima.

Primjer 2. Primjena psiholoških intervencija u njezi bolesnika s karcinomom rektuma (2021)

Cilj rada Wang i sur. (117) bio je istražiti utjecaj psiholoških intervencija u njezi bolesnika s karcinomom rektuma koji su podvrgnuti operaciji stome. Rezultati su pokazali da skupina pacijenata koja je bila tretirana specifičnim psihološkim intervencijama ostvaruje manje bodova na mjernim skalama anksioznosti i depresije te veći broj bodova odnosno veću kvalitetu života na upitniku koji analizira socijalnu funkciju, mentalno zdravlje, emocionalnu funkciju i fizičku funkciju. Također, tretirana skupina imala je značajno manje postoperativnih komplikacija. Od intervencija psihološke njege obavljeno je preoperativno psihološko savjetovanje s ciljem da se

pacijentima omogućiti aktivna suradnja s medicinskim osobljem u liječenju. Nadalje, pacijentima je osigurana demonstracija iskusnog stručnjaka za stoma da pruži smjernice na licu mjesta kako bi se povećala svijest o stoma svakog pacijenta, a sestrično osoblje podučavalo je obitelji svakog pacijenta o raku rektuma tako da je obitelj svakog pacijenta u potpunosti razumjela važnost operacije i aktivno pomagala u njezi pacijenta. Medicinske sestre usmjeravale su pacijente da svladaju ispravnu metodu čišćenja stome nakon operacije, kako bi pacijenti mogli samostalno upravljati svojim stomama. Aktivnim slušanjem i procjenom pružene su individualizirane psihološke intervencije i smjernice svakom pacijentu nakon operacije kako bi se obnovilo povjerenje i samopouzdanje pacijenta. Pacijentima je dan prostor za postavljanje pitanja i iznošenje nedoumica.

Primjer 3. Percepcije medicinskih sestara o pružanju psihološke skrbi za starije štićenike u ustanovama za dugotrajnu skrb - kvalitativna studija (2019)

Istraživanje autora Kuo i sur. (118) primjer je istraživanja koje ukazuje na nedostatak edukacija i znanja iz područja psihološke njege. Cilj studije bio je istražiti percepcije medicinskih sestara o pružanju psihološke zdravstvene skrbi starijim štićenicima u ustanovama za dugotrajnu skrb (engl. *long-term care facilities*). Istraživanje je potaknutom činjenicom da su usamljenost i depresivni simptomi često opaženi među starijom populacijom ljudi koja žive u staračkim domovima. Sukladno tome pojavila se sve veća potreba medicinskih sestara da pružaju holističku skrb, zadovoljavajući fizičke, psihičke i socijalne aspekte skrbi. Metoda istraživanja bio je polustrukturirani intervju jedan na jedan. Ukupno je intervjuirana 21 medicinska sestra, a rezultati su pokazali da medicinske sestre smatraju da nisu adekvatno pripremljene za rješavanje psiholoških problema starijih osoba o kojima se brinu, niti prije početka svoje karijere niti tijekom rada. Iz rezultata generirana su četiri kritična područja, a to su : „nedovoljne kompetencije za psihološku njegu”, „imati voljno srce, ali ne i odgovarajuću podršku”, „odnos s obitelji igra bitnu ulogu u raspoloženju štićenika” i „model tjelesno usmjerene skrbi”. Medicinske sestre su ukazale na nedostatke stručnog obrazovanja koje nije fokusirano na pitanja psihološke njege, također istaknule su nemotiviranost institucije u kojoj rade za unapređenjem vještina. Istaknut je problem rutinske njege koja se uglavnom fokusira na liječenje, lijekove i fizičku njegu tijekom njihove smjene te nedostatak motivacije ostalih članova tima za prakticiranje aspekata psihološke njege. Također, kao problem se ističe nedostatak osoblja i vremena te slaba uključenost

obitelji u skrbi. Kao problem naglašen je i općeniti nedostatak evaluacije psiholoških aspekata skrbi u ustanovama za dugotrajnu skrb te prevladavajući model tjelesno usmjerene skrbi.

7.2. Istraživački radovi na temu refleksivne prakse

Primjer 1. Učinci refleksivne prakse na stres, anksioznost i kompetentnost studenata prvostupništva sestrinstva - sustavni pregled

U sustavnom pregledu autora Contreras i sur. (119) naglašava se važnost upoznavanja s refleksivnom praksom od samih početaka, kroz edukacijske programe. Cilj rada bio je odgovoriti na pitanja koji su učinci refleksivne prakse na studente sestrinstva smatrajući da je važno da studenti kroz edukacijski proces budu osposobljeni upravljati stresom i svojim emocijama. Također, uključujući refleksivnu praksu u nastavni plan i program sestrinstva studentima pruža se prilika da studenti uče procesuirati svoje emocije kako bi se nosili s emocionalnim stresom povezanim s profesijom. Uz to, refleksivna praksa poboljšava učenje i povećava kompetenciju studenata. Najčešće uočeni postupci refleksivne prakse bili su refleksivno pisanje, refleksivna diskusija, verbalna refleksija i refleksija pomoću fotografije. Rezultati sinteze literature pokazali su da refleksivna praksa među studentima sestrinstva ima pozitivan utjecaj na sposobnost upravljanja stresom i tjeskobom. Također, utječe na povećanje studentskog učenja, kompetencija i samosvijesti. U analiziranim radovima najčešće su se koristile pisane refleksije, dok drugi oblici refleksije, kao što su verbalna diskusija i fotografija, također su se pokazale učinkovitima. Navodi se da iako refleksivne prakse koje su proizašle iz analiziranih radova uglavnom se provode u akademskim okruženjima, imaju potencijal koji još nije u potpunosti prepoznat kao oblik profesionalnog razvoja.

Primjer 2. Nova intervencija refleksivne prakse poboljšava kvalitetu skrbi u hitnoj službi (2021)

S obzirom na to da se većina intervencija za poboljšanje kliničkih ishoda u hitnoj službi temelji na strukturnim promjenama autor Saban i sur. (120) proveli su istraživanje čiji je cilj bio otkriti utjecaj intervencija refleksivne prakse na kvalitetu skrbi u hitnoj službi smatrajući da timska refleksija pomaže timovima medicinskih sestara u rješavanju problema koji se javljaju u svakodnevnoj praksi te time poboljšava kvalitetu skrbi

pacijenata. Sukladno tome mjerene stavke, su točna trijaža, vrijeme do odluke o prihvatu ili otpust pacijenta, stope hospitalizacije, duljina boravka u bolnici i stope smrtnosti. Poduzete intervencije odnosile su se na sljedeća načela refleksivne prakse, a to su obraćanje pažnje na različite znakove u sadašnjem trenutku namjerno i bez prosuđivanja i otpornost na pogreške i bliske pogreške te učenje iz njih. Sljedeći ova načela, nove intervencije konstruirane su tako da medicinske sestre obraćaju stalnu pozornost na klinički status bolesnika ponovnom procjenom znakova i simptoma, da potiču raspravu o kliničkim opcijama s članovima tima te time lakše donose kliničke odluke. Takav novi sustav intervencija na refleksivnoj praksi (engl. *a reflective practice intervention, RPI*) je za cilj imao zaustaviti rutinski rad, povećati timski rad, ponovno procijeniti status pacijenta, preispitati liječenje i sukladno tome omogućiti raspravu i buduće procese učenja među timovima. U tu svrhu dodatna edukacija provodila se dvaput. Na prvom susretu provedena je radionica refleksivne prakse koja uključuje uvod u načela refleksivne prakse i kako se oni mogu ugraditi u kliničko okruženje. Također medicinske sestre upoznate su s novorazvijenim elektroničkim obrascem za evidenciju nakon čega je uslijedilo samoosposobljavanje medicinskih sestara. U drugom susretu medicinske sestre su raspravljale o scenarijima gdje bi ponovna procjena stanja pacijenta sukladno novom RPI sustavu mogla poboljšati stanje pacijenata i sukladno tome njegu. Sveukupno tijekom studije provedeno je 19 sastanaka osoblja na kojima su medicinske sestre i liječnici potaknuti da pokrenu i raspravljaju o slučajevima u kojima je ponovna evaluacija procesa trijaže dovela do otkrivanja skorog promašaja, pogrešaka ili rasipanja resursa. Time bi RPI sustav mogao omogućiti budućnost procesi učenja među timovima hitne službe. Rezultati su pokazali da se prilagođavanjem intervencija načelima refleksivne prakse u hitnoj službi i uvođenje RPI sustava ostvaruje značajno poboljšanjem procesa rada, učinkovitije korištenje bolničkih resursa, stručnije performanse i kvalitetniji rezultati skrbi za pacijenta.

8. ZAKLJUČAK

Psihološka njega i refleksivna praksa važan su dio sestrinstva. Osim poboljšanja mentalnog zdravlja pacijenta kroz interpersonalne vještine poput savjetovanja i komunikacije, informiranja, psihološke procjene i pružanja emocionalne njege, psihološka njega potiče kvalitetniju skrb i napredak profesionalne prakse. Zalaganje za psihološko zdravlje pojedinca zadaća je medicinskih sestara na svim razinama, no veliku ulogu u poticanju promjena u sustavu i podizanju motivacije za standardiziranje postupaka psihološke njege imaju upravo magistre sestrinstva. Važnost uvođenja aspekata psihološke njege kod svih pacijenata, a posebice kod osjetljivijih skupina kao što su palijativni, psihijatrijski i onkološki pacijenti, iskazuje se i u povećanju zadovoljstva pacijenata skrbi, kraćem boravku u bolnici te smanjenjem korištenja drugih medicinskih usluga. Svakodnevna sestrinska praksa puna je izazova koji nose veliko emocionalno opterećenje. U napretku sestrinske prakse, ali i olakšavanju emocionalnog opterećenja svakodnevnog rada bitnu ulogu ima prakticiranje refleksivne prakse. Refleksivna praksa omogućuje razvijanje vještina analize i procjene svojih radnji i iskustva u praksi te identifikaciju područja za učenje i razvoj profesionalne prakse. Važnost refleksivne prakse iskazuje se u smanjenju rutinizacije prakse, smanjenju broja pogrešaka, jačanju timskog rada, omogućavanju rasprava i budućih procesa učenja među timovima, povećanju osobnog zadovoljstva poslom te povećanju sposobnosti upravljanja stresom i tjeskobom. Osim u kliničkim okruženjima refleksivne vještine važno je razvijati i kod studenata gdje pozitivno utječu na povećanje sposobnosti učenja, razvijanje vještina diskusije, povećanje samosvijesti i efektivnije upravljanje emocijama.

Današnje stanje u sestrinstvu okarakterizirano je sve modernijom tehnologijom, sve većim obujmom posla, nedostatkom vremena i sve manjim brojem osoblja. Ovakvo stanje ostavlja ništa ili jako malo prostora za bavljenje psihološkim njegovanjem ili refleksijom kao sastavnim dijelovima procesa zdravstvene njege. Nasuprot tome, svjedoci smo sve većeg broja narušenog mentalnog zdravlja i povećanih psiholoških potreba koje se javljaju u populaciji. Iz tog razloga, važno je poticati rasprave o ovom problemu, omogućiti potrebne edukacije i promjene u sustavu te osvijesti važnost psihološke skrbi i refleksivnog načina rada kako u sestrinstvu, tako i u zdravstvu općenito.

9. ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izv. prof. dr. sc. Tei Vukušić Rukavina na stručnom vođenju i savjetima prilikom izrade ovog diplomskog rada. Također, zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima koji su mi pružali podršku i motivaciju za završetak studija.

10. LITERATURA

1. Currid T. Meeting the psychological needs of the physically ill. *Nurs. Times*. 2011; 108(46): 7-24.
2. Mantzoukas S, Jasper MA. Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *J. Clin. Nurs*. 2004;13(8):925-33. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x.
3. Priest H. An introduction to psychological care in nursing and the health professions. Abingdon: Routledge; 2012. Str. 20-225.
4. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet; 1995. Str. 7-32.
5. Philpot T. Clean, modern, inhuman. *Nurs.Times*. 2001;97(4): 28–9.
6. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of „Good” and „Not so Good” quality care. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):456–66.
7. Priest H. Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. *Nurse Educ. Today*. 1999; 19(1):71-8.
8. Hyland M, Donaldson M. Psychological care in nursing practice. London: Scutari Press;1989. Str.12-5.
9. Williams Lyod M. Psychological issues in palliative care. New York: Oxford University Press;2003. Str. 3
10. UKEssays. Biomedical and Biopsychosocial Models of Healthcare [Internet]. 2018 [pristupljeno 1.6.2022.]. Dostupno na:<https://www.ukessays.com/essays/psychology/biomedical-biopsychosocial-models-6132.php?vref=1>.
11. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry*. 1980;137: 535–44.
12. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ. Couns*. 2013;91:265–70.
13. Taukeni SM. Biopsychosocial model of health. *Psychol and Psychiatry*. 2020;4(1):1-3.

14. Krajnović F, Franković S, Radošević D, Tepavac M. Filozofsko i znanstveno utemeljenje njege/njegovanja: osvrt na teoriju Jean Watson. *Sestrinski glasnik*. 2008;13(1):15-22.
15. Kalauz S. *Etika u sestinstvu*. Zagreb: Medicinska naklada;2012. Str. 182-184.
16. Nursing Times. Hildegard Peplau- developed the concept of psychodynamic nursing [Internet]. 2010 [pristupljeno 5.6.2022.]. Dostupno na: <https://www.nursingtimes.net/archive/hildegard-peplau-developed-the-concept-of-psychodynamic-nursing-01-03-2010/>.
17. Peplau H. *Interpersonal relations in nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing Company;1991. Str. 17-42.
18. Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 8 izd. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc;2013. Str 50-1, 240-1.
19. Psych-Mental Health Hub (PMhealthNP). Joyce Travelbee interpersonal theory of nursing [Internet]. [pristupljeno 5.6.2022.]. Dostupno na: <https://pmhealthnp.com/joyce-travelbee-interpersonal-theory-of-nursing/>.
20. Shelton G. Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *J Adv Pract in Oncol*. 2016;7(6):657-66.
21. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice (5th ed.)*. St. Louis, MO: C. V. Mosby;1995. Str. 82.
22. Tomey A, Alligood M. *Nursing theorists and their work*. Mosby, St. Louis, Missouri, United States of America;2002.Str. 241-9.
23. Johnson DE. *The behavioral system model for nursing*. U: McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 5 izd. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 1980. Str. 23-32.
24. McEwen M, Wills M. E. *Theoretical basis for nursing*. 4 izd. 146-49.
25. Nursing Theory. Martha Rogers - Nursing theorist [Internet]. [pristupljeno 15.5.2022.]. Dostupno na: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Martha-E-Rogers.php>.
26. Spencer AR. *Temelji psihologije*. 5 izd. Jastrebarsko: Naklada Slap;2016. Str.4
27. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinicial practice: The DSM-IV Edition*. American Psychiatry Press, Washington, DC;1994.Str. 33-35.
28. Ormrod JE. *Human learning*.7 izd. England: Pearson;2020. Str.53.

29. Sampson M, Melnyk B, Hoying J. Intervention effects of the mindbodystrong cognitive behavioral skills building program on newly licensed registered nurses' mental health, healthy lifestyle behaviors, and job satisfaction. *JONA*. 2019;49(10):487- 495.
30. Guberman S. Gestalt theory rearranged: back to Wertheimer. *Frontiers in psychology*. 2017;8:17-82.
31. Corey G. *Theory and practice of counselling and psychotherapy*. California, Rinehart Holt. covert power game. *J. Clin. Nurs*. 2011;12: 925-933.
32. Scanlon A. Humanistic principles in relation to psychiatric nurse education: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(6):758-64.
33. Chong MC. Is reflective practice a useful task for student nurses? *ANR*. 2009;3(2):111-119.
34. Hansebo G, Kihlgren M. Carers' reflections about their video-recorded interactions with patients suffering from severe dementia. *J. Clin. Nurs*. 2001;10(6):737-47.
35. Nussbaum MC. *Love is Knowledge: Essays on philosophy and literature*. Oxford: Oxford University Press;1990. Str. 75-97.
36. Dewey J. *How we think: a restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Boston, MA: D.C. Heath & Co Publishers;1933.Str.9.
37. Schön DA. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987. Str. 26.
38. Habermas J. *Knowledge and human interests*. Boston: Beacon Press; 1977.Str. 13-31.
39. Van Manen M. Linking ways of knowing with ways of being practical. *Curriculum Inquiry*. 1977;6(3):205–228.
40. Mezirow J. *A critical theory of adult learning and education*. *Adult Educ*. 1981; 32(1):3–24.
41. Brookfield SD. *Developing critical thinkers: challenging adults to explore alternative ways of thinking and acting*. U: Bulman C & Schutz S. *Reflective practice in nursing*. Hoboken: Wiley Blackwell;2013. Str. 37
42. Mulhall A and Le May A. Bridging the research–practice gap: a reflective account of research work. *Int J Palliat Nurs*. 2001 Aug;7(8):389-94. doi: 10.12968/ijpn.2001.7.8.9010.

43. Bulman C & Schutz S. Reflective practice in nursing. Hoboken: Wiley Blackwell;2013. Str. 2-119.
44. Boud D, Keogh R and Walker D. Promoting reflection in learning: a model. U: Boud, D, Keogh, R and Walker, D. Reflection: Turning Experience into Learning. Kogan Page, Nichols Publication; London: 1985.Str.19.
45. Johns C. Becoming a reflective practitioner. 3 izd. Oxford: Wiley Blackwell;2009. Str. 2-15.
46. Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. U: Bulman C & Schutz S. Reflective practice in nursing. Hoboken: Wiley Blackwell;2013. Str. 3-5.
47. Rolfe G, Jasper M and Freshwater D. Critical reflection in practice: generating knowledge for care. 2 izd. Basingstoke: Palgrave Macmillan;2010.Str. 1-10.
48. Nicol JS, Dosser I. Understanding reflective practice. Nurs Stand. 2016;4;30(36):34-42.
49. Barnett R. A curriculum for critical being. U: Davies, M., Barnett, R. The Palgrave handbook of critical thinking in higher education. New York: Palgrave Macmillan;2015. Str.87.
50. Clouder L and Sellars J. Reflective practice and clinical supervision: an interprofessional perspective. J. Adv. Nurs. 2004;46(3):262–269.
51. Johns C. Becoming a reflective practitioner. 2 izd. Oxford: Blackwell ;2004.
52. Brookfield SD. On impostership, cultural suicide, and other dangers: How nurses learn critical thinking. J. Contin. Educ. Nurs.1993; 24(5):197–205.
53. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71–72.
54. Bilač S. Refleksivna praksa – čimbenik utjecaja na profesionalni razvoj, mijenjanje odgojno-obrazovne prakse i kvalitetu nastave. Napredak. 2015; 156(4):447-460.
55. Šagud M. Odgajatelj kao refleksivni praktičar. Petrinja: Visoka učiteljska škola;2006. Str. 14-5.
56. Kolb D. Experiential learning. 2 izd. New Jersey: Pearson Education, Inc.;1984. Str. 66-68.

57. UKEssays. Models of reflective practice lecture [Internet]. 2018. [pristupljeno 15.5.2022.]. Dostupno na: <https://www.ukessays.com/lectures/education/best-practice/reflective/?vref=1>.
58. Gibbs G. Learning by doing: a guide to teaching and learning methods. London: Further Education Unit, Oxford;1988.Str. 49-51.
59. Rolfe G. "Reflective practice: Where now?". Nurse Educ. Pract. 2002;2(1): 21-29.
60. Fisher B, Tronto J. Toward a feminist theory of care. U: Abel E, Nelson M. Circles of Care: Work and identity in women's lives (pp. 34–62). Albany, NY: State University of New York Press;1990.Str. 36-62.
61. Sadler JJ. Defining professional nurse caring: A triangulated study. IJHC. 1997;1(3): 12–21.
62. Priest HM. Psychological care in nursing: the public and the private face. Unpublished doctoral thesis, Keele University;2001.
63. Priest H. The phenomenology of psychological caregiving in nursing. IJHC. 2002; 6(3): 8–14.
64. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv. Nurs. Sci. 1978;1:13–23.
65. Higgs J, Titchen A. A practice knowledge and expertise in the health professions;2001. Str. 151-61.
66. Selyé H. The stress of life. New York: McGraw-Hill;1956.Str. 116-120.
67. Glopper K. Fisher Alec and Scriven Michael (1997), Critical Thinking. Its Definition and Assessment. Argumentation. 2002;16: 247-251. 10.1023/A:1015597228975.
68. Brookfield SD. The development of critical reflection in adulthood. New Education. 1991;13 (1): 39-48.
69. Daly WH. Critical thinking as an outcome of nursing education. What is it? Why is it important to nursing practice? J. Adv. Nurs. 1988;28(2): 323–331.
70. Light G, Cox R. Learning and teaching in higher education: the reflective professional. 2 izd. London: Paul Chapman Publishing;2009.
71. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. Consult. Psychol. 1957;21(2):95–103.
72. Benner P, Tanner C. How expert nurses use intuition. Am J Nurs. 1987;87(1):23–31.

73. Benner P. From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company;1984.Str. 403-6.
74. Biswas A. Gut feeling: Does it have a place in the modern physician's toolkit? Med. Teach. 2015; 37:309–311.
75. Mickleborough T. Intuition in medical practice: A reflection on Donald Schön's reflective practitioner. Med. Teach. 2015;37(10):889–891.
76. Reynolds W, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? J. Adv. Nurs.2000; 31(1):226–234.
77. Rimon D. Nurses' perception of their psychological role in treating rehabilitation patients: a study employing the critical incident technique. J Adv Nurs.1979; 4:403–413.
78. Rojas Reyes J, Rivera Alvarez LN. Concept analysis of interpersonal skills in nursing. Aquichan.2022; 22(1):3-15.
79. We mean career. How to improve interpersonal skills. [pristupljeno 30.6.2022.] Dostupno na: <https://wemeancareer.com/interpersonal-skillspristup>
80. Department of Health. Making a difference: strengthening the nursing, midwifery, and health visiting contribution to health and healthcare. London: Department of Health;1999.
81. Starc J. Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta. Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti.2016; 2:133-146.
82. Faulkner A. Effective interactions with patients. Nurs Stand. 1993;7(24):41-42. doi: 10.7748/ns.7.24.41.s49
83. Bach S. Psychology in practice. U: Priest H, An introduction to psychological care in nursing and the health professions. Abingdon: Routledge; 2012. Str.152.
84. Nichols K. Psychological care in physical illness. (2 izd).U: Priest H. An introduction to psychological care in nursing and the health professions. Abingdon: Routledge; 2012. Str. 152-161.
85. Callaghan P, Waldock H. Oxford handbook of mental health nursing. (1.izd). Oxford;2006.Str. 30-36.
86. Hercigonja Z. Emocionalna inteligencija u odgoju i obrazovanju. Varaždin: Fronta Impress;2018.

87. Ružić M. Samoprocjena i stjecanje kompetencija školskih pedagoga za savjetodavni rad s učenicima [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet; 2019. Str. [pristupljeno 15.7.2022.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:513016>
88. Pažin-Ilakovac R. Od savjetodavnoga rada do pedagoškog savjetovanja u školi. *Magistra ladertina*. 2015;10(1):49-63.
89. Burnard P. *Counselling skills for health professionals* (2. izd). Cheltenham: Nelson Thornes;1994. Str.9
90. Nelson-Jones R. *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju*, poglavlja [internet]. 4 izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap;2007. Str.6. [pristupljeno 18.7.2022] Dostupno na: <https://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Prakticne%20vjezbe%20u%20psiholoskom%20savjetovanju%20-%20poglavlja.pdf>
91. Hackney HL. *Savjetovatelj – stručnjak, procesni vodič kroz pomaganje*. Jastrebarsko: Naklada Slap;2012. Str. 4-19.
92. Šilje M, Glavinić N. *Potrebna znanja i vještine medicinske sestre/tehničara: vještine postavljanja pitanja potrebne za savjetovanje i metode koje pomažu u prihvaćanju dijagnoze*. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2017 [pristupljeno 16.7.2022.];22(1):18-22. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2017.22.004>
93. Bennett P. *Psychological care of the coronary patient*. *J Ment Health*. 1994; 3(4):477–484.
94. Boore J. *A prescription for recovery*. London: Royal College of Nursing;1978.
95. Hayward J. *Information: a prescription against pain*. London: Royal College of Nursing;1975. Str. 125-132
96. Jack K, Smith A. *Promoting self-awareness in nurses to improve nursing practice*. *Nurs Stan*. 2007;21;32: 47-52.
97. Jarvis P. *Reflective practice and nursing*. *Nurse Educ. Today*. 1992;12:174–181.
98. Legg MJ. *What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients*. *AJAN*.2011; 28(3):61-67.
99. Botti M, Endicott R, Watts R, Cairns J, Lewis K, Kenny A. *Barriers in providing psychosocial care for patients with cancer*. *Cancer Nurs*. 2006; 29(4):309-316.
100. Mishra S, Bhatnagar S, Philip F, Singhal V, Rana S, Upadhyay S, Chauhan G. *Psychosocial concerns in patients with advanced cancer: an*

- observational study at regional cancer centre, India. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010; 27(5):316-319.
101. Kenny A, Endacott R, Botti M & Watts R. Emotional toil: psychosocial care in rural settings for patients with cancer. *J. Adv. Nurs*. 2007;60(6):663-672.
102. Watts R, Botti M & Hunter M. Nurses' perspectives on the care provided to cancer patients. *Cancer Nurs*.2010; 33(2):1-8.
103. Lancaster T. The practicalities and challenges of providing psychosocial care. U: Hodgkinson K, Gilchrist J. *Psychosocial Care of Cancer Patients*. 2008; 2:13-22.
104. Miller JM. Reflective practice and health sciences librarians: engagement, benefits, and barriers. *JMLA*. 2020; 108(1):17–28.
105. Famutimi EO. Reflective practice: implication for nurses. *IOSR-JNHS*. 2015;4: 28-33.
106. Lloyd Williams M. *Psychosocial issues in palliative care – 2 izd.* Oxford University Press;2010. Str.5
107. Kissane D, Finlay I, Phyllis B, Bultz B. *Handbook of communication in oncology and palliative care*. New York: Oxford University Press;2010.
108. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vučevac V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi: terminologija i definicije. *Medix*.2016;119/120:70–71.
109. Havelka M. *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap;2002.
110. Paravlić F. *Riječ kao lijek*. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo;2006. Str. 56-59.
111. Host I, Pavlović-Ružić I i sur. *Vodič kroz kemoterapiju - priručnik za pacijente i članove njihovih obitelji*. Rijeka: Liga protiv raka Primorsko-goranske županije;2005. Str. 48-49.
112. Ribarić S, Vidoša A. *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja*. Zagreb: Medicinska naklada.;2014.
113. Moro LJ, Frančišković T i sur. *Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, 2. izd.* Zagreb: Medicinska naklada;2018.
114. Pongračić M. *Psihološka njega kao terapijski postupak u sestrinstvu [Internet]*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. [pristupljeno 25.6.2022.] Dostupno na:

<https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1043/datastream/PDF/view>

115. Nursing & Midwifery Council (NMC). Guidance sheet reflective practice[Internet]. [pristupljeno 26.6.2022.] Dostupno na: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/revalidation/reflective-practice-guidance.pdf>.
116. Erdoğan E, Demir S, Çalışkan BB, Bayrak NG. Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels. *J Obstet Gynaecol.* 2020 ;40(7):981-987.
117. Wang S, Tian H, Xue R. Using psychological interventions in the nursing care of rectal cancer patients. *Am. J. Transl. Res.* 2021;15;13(6):7282-7287.
118. Kuo CL, Wang SY, Tsai CH, Pan YF, Chuang YH. Nurses' perceptions regarding providing psychological care for older residents in long-term care facilities: A qualitative study. *Int J Old People Nurs.* 2019;14(3):e12242.
119. Contreras JA, Edwards-Maddox S, Hall A, Lee MA. Effects of reflective practice on baccalaureate nursing students' stress, anxiety and competency: an integrative review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2020; 17(3):239-245.
120. Saban M, Drach-Zahavy A, Dagan E. A novel reflective practice intervention improves quality of care in the emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2021;56: 100977. doi: 10.1016/j.ienj.2021.100977.

11. ŽIVOTOPIS

Ema Buković rođena 24.11.1997. u Zagrebu. Osnovnu školu završava 2012. godine, potom upisuje Opću gimnaziju u Bjelovaru koju završava s odličnim uspjehom. 2016. godine upisuje Zdravstveno veleučilište u Zagrebu u status redovnog studenta. Po završetku preddiplomskog stručnog studija, školovanje nastavlja 2020. godine na Diplomskom studiju sestrinstva pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Tijekom školovanja aktivno sudjeluje u publiciranju te objavljuje ukupno 3 publikacije. Pregledni rad pod nazivom "*Intervencije medicinske sestre u sprječavanju postoperativnih komplikacija – Hipotermija*" objavljen u časopisu Shock te dva sustavna pregledna članka pod nazivima "*The Importance of Oral Hygiene in Reducing the Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia – a Systematic Review*" objavljen u časopisu Croatian Nursing Journal i "*Suradljivost zdravstvenih djelatnika pri provedbi higijene ruku u sprječavanju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi – sustavni pregled literature*" objavljen u Časopisu za primijenjene zdravstvene znanosti.

Aktivno sudjeluje na 18. konferenciji medicinskih sestara i tehničara i 4. konferenciji zdravstvenih profesija u Opatiji - *Global Nursing and Healthcare*, 28.-29.3.2019. s istraživačkim radom na temu „*Percepcija medicinskih sestara/tehničara o standardizaciji i postojećem statusu sestrinskih uniformi*“. Kao pasivan sudionik sudjeluje na još dvije konferencije, konferencija "*Kulturom zdravlja do zdravlja mozga*" (2018) te "*Konferencija o naprednoj tehnologiji za djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom*" (2019). Za vrijeme studija volontira na dvije javnozdravstvene akcije pod nazivima "*UMSTNKH Križobolja - prevencijom do zdravlja*" i "*Javnozdravstvena akcija uoči Međunarodnog dana sestrinstva, Sestrinski glas za život*".

Članica je Hrvatske komore medicinskih sestara.