

Psihološka njega kao terapijski postupak u sestriinstvu

Pongračić, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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:105:050000>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-29**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Martina Pongračić

**Psihološka njega kao terapijski postupak u
sestrinstvu**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Martina Pongračić

**Psihološka njega kao terapijski postupak u
sestrinstvu**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc. Rudolfa Gregureka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. Uvod.....	3
2. Psihološka njega.....	4
2.1. Teorija o skrbi za čovjeka – Jean Watson.....	7
2.2. Psihološki razvoj prema Freudu.....	8
2.3. Interpersonalni proces – Heidelberg E. Peplau.....	9
2.4. Psihološka medicina.....	10
3. Proces zdravstvene njege.....	12
4. Povijest moderne psihologije.....	16
4.1. Psihodinamska teorija u praksi zdravstvene njege.....	16
4.2. Bihevizizam u praksi zdravstvene njege.....	17
4.3. Geštalt psihologija u praksi zdravstvene njege.....	18
4.4. Kognitivna psihologija u praksi zdravstvene njege.....	19
4.5. Humanistički model u praksi zdravstvene njege.....	20
5. Identifikacija problema.....	22
5.1. Maslowljeva hijerarhija potreba.....	22
5.2. Psihološke potrebe kod bolesti.....	23
5.3. Reakcija bolesnika na bolest.....	24
5.4. Holistički pristup.....	25

5.5. Emocije.....	27
5.6. Emocionalna inteligencija.....	30
5.7. Empatija.....	31
5.8. Teorija privrženosti – John Bowlby.....	33
5.9. Transfer i kontratransfer.....	34
6. Znanja i vještine.....	38
6.1. Trenutne obrazovne smjernice.....	40
6.2. Stečena psihološka znanja za procjenu i praćenje.....	48
6.3. Osobna kvaliteta medicinske sestre.....	49
6.4. Stvaranje odnosa.....	50
6.5. Interpersonalne vještine.....	51
6.6. Komunikacijske vještine.....	51
6.7. Vještine psihološke procjene.....	54
6.8. Vještine emocionalne njege.....	55
6.9. Vještine savjetovanja.....	57
6.10. Vještine aktivnog slušanja.....	58
6.11. Znanje potrebno za pružanje informacija.....	59
7. Terapijske aktivnosti.....	61
8. Ciljna skupina bolesnika.....	63
8.1. Palijativni bolesnici.....	63
8.2. Psihijatrijski bolesnici.....	65

8.3. Onkološki bolesnici.....	67
9. Uloga tima.....	71
10. Problemi prilikom pružanja psihološke njege.....	72
11. Terapijski postupak „Psihološka njega“	74
12. Mogućnost usavršavanja.....	77
13. Pregled istraživačkih radova.....	78
14. Zaključak.....	82
15. Zahvala.....	83
16. Literatura.....	84
17. Životopis.....	90

SAŽETAK

Psihološka njega kao terapijski postupak u sestrinstvu

Martina Pongračić

Danas sve više uočavamo razlike između vještina potrebnih za njegu tijela bolesnika i onih vještina potrebnih za psihološke aspekte bolesnika, potrebe koje direktno utječu na osjećaje, misli i ponašanje ljudi. Interes mi je bio opisati termin „psihološka njega“ kao vrednovani administrativni terapijski postupak koji provode prvostupnice sestrinstva, diplomirane psihijatrijske sestre te magistre sestrinstva u praksi. Medicinske sestre sastavni su dio terapijskog tima, a jedinstvene su u podupiranju bolesnog čovjeka, one postepeno izgrađuju i nadograđuju dijalog s bolesnikom te razvijaju interpersonalne odnose. Opažaju što je bolesnicima najvažnije, a što im je nedostavno, kako oni sebe doživljavaju, kako razni odnosi utječu na njih. Kako bi medicinske sestre pružale psihološku njegu potrebno je zadovoljiti nekoliko kriterija; osigurati mjesto, vrijeme i tim. Vrlo su važne i osobne kvalitete medicinske sestre kao što su: intuicija, samosvjesnost, empatijski kapacitet te izgradnja odnosa od povjerenja. Kako bi unaprijeđivale interpersonalni odnos s bolesnikom moraju praktično razvijati naučena znanja i vještine psihološke procjene, savjetovanja, pružanja informacija, verbalne i neverbalne komunikacije, vještine učenja i pamćenja, prepoznavanje transfera i kontratransfera. Ciljna skupina bolesnika na kojima bi se administrativno bilježio postupak „psihološke njege“ su palijativni, psihijatrijski i onkološki bolesnici, iako je potreba za psihološkom negom prisutna kod svih bolesnika. Krajnji željeni ishod terapijskog postupka „psihološka njega“ jest da ona dobije ulogu i značaj te implementaciju u praksi. Medicinske sestre sa petogodišnjim studijem mogu svojim kompetencijama osigurati profesionalni psihološki pristup bolesnicima.

Ključne riječi: psihološka potreba, psihološka njega, sestrińska edukacija, terapijski postupak, psihološka terapija

SUMMARY

Psychological care as a therapeutic procedure in nursing

Martina Pongračić

The differences between physical care skills and those required for patients' mental well-being, needs that directly affect patients' feelings, thoughts and behaviour, are becoming more and more apparent. With this thesis I wanted to define the term "psychological care" as a valued administrative therapeutic procedure carried out by nursing graduates, graduate psychiatric nurses and masters of nursing practice. Nurses are an integral part of any treatment team, and are unique in supporting an ill-health, they gradually establish and build a dialogue with the patient and develop interpersonal relationships. They perceive what is most important to patients and what they lack, the way they see themselves and how various concerns affect them. Nurses providing psychological care need a working environment that meets a number of criteria; a place, time and team. Personal qualities of a nurse such as: intuition, self-awareness, empathy and building relationships of trust are also very important. To achieve an interpersonal relationship with a patient a nurse must develop practical knowledge and gain skills as psychological assessment, counseling, information provision, verbal and nonverbal communication, learning and memory skills, identifying transference and counter transference. The target group of patients that would be administratively recorded for the of procedure "psychological care" are palliative, psychiatric and oncology patients, although the need for psychological care is present with all patients. The ultimate desired outcome of the therapeutic procedure "psychological care" is that it gets a role, importance and implementation in practice. Nurses that completed a five-year study are able to insure a professional psychological approach to patients using their competencies.

Key words: Psychological need, Psychological care, Nurse Education, Therapeutic procedure, Psychological therapy

1. UVOD

Prvostupnice sestrinstva, diplomirane psihijatrijske medicinske sestre te magistre sestrinstva svojim obrazovanjem stječu dužnost da promiču razumijevanje i primjenjuju psihološku pomoć u okvirima holističke njege. Kako bi medicinske sestre pružale psihološku njegu potrebno je zadovoljiti nekoliko kriterija; osigurati mjesto, vrijeme i tim. Vrlo su važne i osobne kvalitete medicinske sestre kao što su: intuicija, samosvjesnost, empatijski kapacitet te izgradnja odnosa od povjerenja. Kako bi unaprjeđivale interpersonalni odnos s bolesnikom moraju praktično razvijati naučena znanja i vještine psihološke procjene, savjetovanja, pružanja informacija, verbalne i neverbalne komunikacije, vještine učenja i pamćenja, prepoznavanje transfera i kontratransfera. Ciljna skupina bolesnika na kojima bi se administrativno bilježio postupak „psihološke njege,“ su palijativni, psihijatrijski i onkološki bolesnici, iako je potreba za psihološkom njegom prisutna kod svih bolesnika na svakom radilištu. Međutim, radi zornijeg prikaza terapijskog postupka „psihološke njege“, a uzevši u obzir realni kontekst, te mogućnost implementacije u praksi, u radu je prikazana ciljna skupina bolesnika: onkološki, psihijatrijski te palijativni bolesnici. Svaki čovjek koji se nađe u iznenadnoj situaciji koja ga suočava s bolešću razvija različite psihološke reakcije stoga je i psihološki pristup svakom bolesniku individualan.

2. PSIHOLOŠKA NJEGA

Definicije zdravstvene njege

„Uloga medicinske sestre je da pomogne čovjeku – bolesnom ili zdravom – u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, ozdravljenju ili mirnoj smrti, koje bi on radio bez tuđe pomoći kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.“ (Virginia Henderson).

„...briga i skrb za liječenje bolesnih bez lijekovitih sredstava, a lijekovima samo pod nadzorom liječnika. Svrha je njege bolesnika ponovno postizanje zdravlja. Međutim, i bolesnicima koji boluju od neizlječivih bolesti i bolesnicima pred smrt ukazuje se do posljednjeg časa pažljiva njega da se izbjegnu sve pojave koje se mogu spriječiti (dekubitus i dr.) i da se podrži koliko god je moguće subjektivno relativno dobro osjećanje, zadovoljstvo i osjećaj sigurnosti bolesnika. Prema tome, u takvim je slučajevima njega bolesnika neophodna, ne samo zbog medicinskih i estetskih nego i zbog etičnih razloga.“ (Medicinska enciklopedija)

Njega; može biti imenica koja označava liječenje ili brigu za nekoga ili nešto, a može biti i glagol koji označava osjećaj brige ili interesa.

Njegovanje; može biti imenica koja označava osjećaj naklonosti i topline, a može biti glagol koji označava osjećanje i pokazivanje brige za druge.

Uspoređujući razne autore koji objašnjavaju pojam njege i njegovanja možemo zaključiti da njegovanje možda ne možemo do kraja objasniti, nekad su sestrinstvo i njegovanje zasebne cjeline, a nekad sinonimi. Većina istraživanja naglašava upravo ekspresivno u odnosu na instrumentalno djelovanje.

Definicija psihološke njege u kontekstu sestrinstva jest „psihološko funkcioniranje koje karakterizira osobna čežnja, htjenje ili želja, ili alternativno, izražavanje nelagode, lišenosti ili nedostatnosti“ (Bach, 1995). Drugim riječima, obuhvaća socijalne potrebe, potrebu za neovisnošću, kontrolom, pristupu informacijama, socijalnom interakcijom, potrebu za privatnošću i za dostojanstvom. Te potrebe

rezultiraju izražavanjem različitih emocija i ponašanja koji su jedinstveni svakom čovjeku. Povrh toga ipak se ističu patnja, strah, anksioznost, frustracija, gubitak motivacije i nepovjerljivost.

Prvostupnici sestrinstva u svom obrazovanju stječu vještine „njegovanja“ iz procesa zdravstvene njege, a u diplomskom obrazovanju psihološke potrebe bolesnika zastupljene su mnogostruko više. Danas sve više uočavamo razlike između vještina potrebnih za njegu tijela bolesnika i onih vještina potrebnih za psihološke aspekte bolesnika, potrebe koje direktno utječu na osjećaje, misli i ponašanje ljudi. Psihološka njega uključuje brigu za bolesnikove psihološke potrebe pomoću niza vještina kao što su slušanje, opažanje, pružanje empatije i adekvatna komunikacija, a krajnji cilj je ublažavanje psihološke patnje. Psihološka uloga svake medicinske sestre je da predvidi i zadovolji emocionalne potrebe, da ostvari odnos prožet povjerenjem, da komunicira i ohrabruje samostalnost i samopouzdanje. Specifične vještine prvostupnica sestrinstva uključuju objašnjavanje bolničkih rutina, politike i načine liječenja, pokazivanje prihvaćanja i spremnosti za slušanje, smirivanje, tješjenje, savjetovanje te jačanje motivacije. Ključni element u pristupu bolesniku je psihosocijalna podrška koja uključuje kulturološko senzibilizirano pružanje psihološke, socijalne i duhovne skrbi. Medicinske sestre sastavni su dio terapijskog tima, a jedinstvene su u podupiranju bolesnog pojedinca, one postepeno izgrađuju i nadograđuju dijalog s bolesnikom kako bi unaprijedile interpersonalni odnos. Opažaju što je bolesnicima najvažnije, a što im je nedostavno, kako oni sebe doživljavaju, kako razni odnosi utječu na njih i na modeliranje njihovih odluka, te na kraju njihovu sposobnost življenja s tim odlukama u toku i nakon liječenja (Legg, 2011).

Tablica 1. Uvjeti za pružanje psihološke njege

Zadovoljenje preduvjeta	<ul style="list-style-type: none"> → mjesto, vrijeme, uvjeti → podrška cjelokupnog tima → podržavajuća emocionalna kultura → određivanje prioriteta
Osobne kvalitete bacc.med.techn.	<ul style="list-style-type: none"> → intuicija → samosvjesnost → empatijski kapacitet → izgradnja odnosa od povjerenja → refleksija
Interpersonalne vještine	<ul style="list-style-type: none"> → savjetovanje → pružanje informacija → komunikacija → emocionalna njega → kongruentnost u odnosima
Znanje	<ul style="list-style-type: none"> → stres i suočavanje → učenje i pamćenje → socijalne percepcija (stereotipi, vrijednosti, stavovi) → privrženost → prepoznavanje transfera i kontratransfera → sposobnost izrade i planova psihološke njege

2.1. Teorija Jean Watson

Teorija Jean Watson (1979, 1988.) koristila je kvalitativne metode temeljene na fenomenologiji kako bi njena teorija sestrinstva bila transparentna. Predlagala je da se sestrinstvo podijeli na dvije neophodne komponente; instrumentalne i ekspresivne postupke, koji bi međusobno trebali biti uravnoteženi. Kada je osvijestila povećanje tehnologije i birokracije u sestrinstvu što je rezultiralo naglašavanjem liječenja u odnosu na njegu, zaključila je da je nužno njegovanje kao „moralni imperativ“. Stoga je utvrdila deset „faktora njege“ koji su kombinacija znanosti i humanističkih disciplina i koje, ako to shvatimo kao cjelinu, predstavljaju način življenja. U tim faktorima naglašava ekspresivne metode njege, poput ulijevanja vjere i nade. Zdravstvenoj njezi dodala je humanu dimenziju, uzimajući bolesnika kao cjelovito, jedinstveno i neponovljivo biće koje se mijenja kako se mijenja njegova okolina.

Tablica 2. Deset faktora njege Jean Watson (Kalauz, 2012.)

→ stvaranje humano-altruističkoga sustava vrijednosti
→ stvaranje osjećaja nade i vjere
→ njegovanje osjetljivosti za sebe i druge
→ razvoj osjećaja i odnosa povjerenja
→ poticanje izražavanja pozitivnih i negativnih emocija
→ razvijanje sposobnosti sustavnog rješavanja problema
→ poticanje poučavanja, učenja kroz međuljudske odnose
→ stvaranje okružja u kojem se potiče i štiti mentalna, psihološka, društvena i duhovna dobrobit čovjeka
→ potpora u zadovoljavanju ljudskih potreba
→ potpora bolesnikove duhovnosti

Tablica 3. Teorija o skrbi za čovjeka ima tri elementarne značajke (Kalauz, 2012.)

Karitativnost	→ sustav filozofskih razmišljanja utemeljen na ideji ljubavi i altruizma koji bi trebao biti primjenjiv u praksi
Transpersonalnost	→ sposobnost prijelaza pojedinca iz osobne u širu duhovnu perspektivu koja poštuje sveukupnost života i potrebu da djeluje s više razine svjesnosti
Trenutačna skrb, prigoda skrbi	a) Trenutak skrbi (caring moment) jest vrijeme u kojem se odvija konkretna skrb i ujedno uspostavlja interakcija između medicinske sestre/tehničara i bolesnika
	b) Prigode skrbi (caring occasions) jesu interakcije medicinske sestre/tehničara i bolesnika tijekom svakodnevnih aktivnosti, pri čemu se mogu izmjenjivati zajedničke spoznaje i iskustva.

2.2. Psihološki razvoj prema Freudu

Freud (1856-1939) je među prvima osporavao ideju da možemo ostvariti pristup našim mislima i osjećajima kroz introspekciju, to je potkrijepio tvrdnjom da imamo pristup samo dijelu onoga što se događa u našem umu (svjesnom dijelu), jer mnogi naši mentalni procesi zbivaju se u nesvjesnom dijelu. Tvrdio je kako mnogi naši nesvjesni mentalni procesi imaju utjecaj na naše svakodnevne živote, iskustvo i ponašanje. Umjesto introspekcije on je utvrdio da su ljudima potrebne specifične tehnike kako bi pristupili sadržaju nesvjesnih misli. Freud je prvenstveno pristupao bolesnicima putem hipnoze, kasnije temeljem „slobodnih asocijacija“ kako bi dobili derivate nesvjesnog i interpretacijom snova. Freud je uveo termin nesvjesni um, kojim upravljaju dvije sile; *eros* i *thanatos*, pri čemu je *eros* pozitivna i kreativna sila vezana uz ljubav i seksualnost, a *thanatos* negativna sila, povezana sa smrću, destrukcijom i agresijom. Stoga je smatrao da su kod mentalno zdravih ljudi ove dvije

sile u ravnoteži te jedna ne dominira nad drugom. Ljudska ponašanja mogu se promatrati kroz rezultate konflikata između ovih dviju sila unutar našeg nesvjesnog. Da pojedinac nije svjestan ovih konflikata brinu naši obrambeni mehanizmi i njihovo međusobno djelovanje, primjerice represija ili negacija čija je svrha umanjiti osjećaj tjeskobe. Ako pak obrambeni mehanizmi zakažu, ili ne budu svrhoviti, pojedinac može iskusiti konflikt, anksioznost ili depresiju. Freud je dalje govorio da se ljudska ličnost razvije tijekom prvih nekoliko godina života i kako osnovne ljudske potrebe moraju biti zadovoljene. Dijete je egocentrično i fokusirano samo na sebe bez osjećaja za druge te ono mora biti nahranjeno, utopljeno, zbrinuto i osjećati se sigurno i ugodno. Ta sebična strana čovjeka prisutna je kroz cijeli život, a dominira „princip ugone“ tj. *Id*. Međutim kako dijete raste i postavljaju mu se određene granice, ono uči da je nemoguće uvijek dobiti ono što se poželi, razvija se svijest tj. skup moralnih vrednota koje nam omogućavaju da i mi postavljamo granice i razumijevamo i činimo kompromise. Moralnu svijest Freud je nazvao *superego*. *Ego* ili „self u realnosti“ balansira između oprečnih potreba i zahtjeva *ida* i *superega*. Isto tako opisao je i stadije psihoseksualnog razvoja. Freudove ideje su utjecale i mnogo su doprinijele idejama i teorijama Junga i Adlera koji su dalje razrađivali stadije ljudskog psihološkog razvoja. Svaki stadij u razvoju trebao bi biti uspješno završen prije napretka u iduću, u protivnom će pojedinac prenositi dalje nerazriješene probleme i konflikte koji mogu onda imati negativan utjecaj na mentalno zdravlje (Klain, 1999).

2.3. Interpersonalni proces – Heidelberg E. Peplau

Interpersonalni proces podrazumijeva interakciju između dviju ili više osoba koje imaju zajednički cilj. Identificirane su 4 sekvencijalne faze.

Tablica 4. Četiri sekvencijalne faze prema Peplau (1952.)

Faza orijentacije	proces definiranja problema
Faza identifikacije	proces pronalaženja, razumijevanja i prihvaćanja mogućih rješenja
Faza iskorištavanja	prilagođavanje tehnike intervjua bolesnika i njegovih sposobnostia sudjelovanja i razumijevanja; poticanje sposobnosti bolesnika za samostalno djelovanje i odlučivanje
Faza odlučivanja	proces zadovoljavanja bolesnikovih potreba i razvijanje shvaćanja da je međusobni odnos pridonio uzajamnom „odrastanju“, te završetak profesionalnog/terapeutskog odnosa (Kalauz, 2012).

2.4. Psihološka medicina

Prema Kandelu (1999.) psihološka medicina je pokušaj prevladavanja rascjepa između psihe i tijela, temelj ljudskog zdravlja i funkcioniranja. Temeljna načela psihološke medicine su: promatranje, istraživanje i liječenje čovjeka kao psihičkog bića, a tek onda kao tjelesnog i društvenog bića. Psihološka medicina ima dvosmjerne korijene; slijedi iskustva koja se stječu kroz zajednički život u socijalnim grupama i slijedi iskustva koja se stječu u interakciji s materijalnim svijetom. Nove spoznaje govore kako su svi mentalni procesi produkti moždanih operacija te da su geni ti koji odlučuju o uzroku veza između neurona. Psihološki medicinski pristup

liječenju donosi značajne promjene u ponašanju, a rezultat su učenja. U isto vrijeme događaju se i promjene u genskoj ekspresiji, a rezultat su strukturalne promjene u mozgu. Psihološka medicina ima za cilj izučavanje, formuliranje i sistematiziranje psihičkih pojava i fenomena. Ona izučava bolesnikove (također i liječnika i medicinske sestre) reakcije na bolest, psihosomatske reakcije, somatopsihičke reakcije, dvosmjerne psihičke procese (bolesnika i medicinske sestre) i reakciju sredine u kojoj bolesnik živi. Razvoj psihološke medicine otvara područje za nadu kako će se u budućnosti prepoznati i psihološka njega kao nešto konkretno te da će možda biti vrednovano. Potpuna posvećenost psihološkoj skrbi najosjetljivije grupacije bolesnika mogla bi se razmatrati kao objektivni terapijski postupak (Gregurek, 2011).

3. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom negom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama. Dokumentacija zdravstvene njege je i zakonska obaveza medicinskih sestara, prema Zakonu o sestrinstvu (NN br.121/2003, 117/2008 i 57/2011). Uzimanje cjelovite sestrinske anamneze tj. kompletnih anamnestičkih podataka vrlo je važno za pravilno i jasno definiranje ciljeva te planiranje intervencija zdravstvene njege. Sestrinske dijagnoze koje su specifične za psihijatrijskog bolesnika će na taj način doći do izražaja te će se poboljšati kvaliteta skrbi i daljnje intervencije vezane za bolesnika. Prema Zakonu o sestrinstvu (članak 16.) dužnost medicinske sestre je vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata. Sestrinska dokumentacija osigurava cjelovit skup podataka o bolesnikovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, napretku i rezultatima skrbi (Fučkar 1995,1996). Važno je da postoji kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata. Služi u edukacijske svrhe, a također i kao pouzdani podatci za medicinsko-pravne analize. Sestrinska anamneza i status omogućuju prepoznavanje problema, prepoznavanje uzroka te se na taj način definiraju osobitosti koje omogućuju prilagodbu ciljeva i sestrinskih intervencija bolesnikovim potrebama, navikama, očekivanjima, iskustvu i drugim osobitostima. Cilj je realni, jasno formulirani i željeni ishod zdravstvene njege i sastavljen je na način da omogućuje evaluaciju. Intervencije su utemeljene na znanju, individualizirane, usklađene s cjelokupnim planom zbrinjavanja pacijenta. Na odabir intervencija iz zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika utječe njegovo psihopatološko stanje, osobine ličnosti, dob, društveni i kulturni status bolesnika, njegove tjelesne i intelektualne sposobnosti. Evaluacija može završiti pozitivno ostvarenim ishodom, negativnim ishodom ili se može zaključiti da je stanje bez promjene. Iza toga ili revidiramo plan njege ili uočavamo novu sestrinsku dijagnozu prema prioritetu. Ovdje su izdvojena četiri primjera sestrinskih dijagnoza, pisanih prema procesu zdravstvene njege i služe kao uvid u cjelokupnost i sveobuhvatnost psihološke skrbi za bolesnika. Prema dostupnoj literaturi izdanoj od strane HKMS (Hrvatska komora medicinskih sestara)

psihološke potrebe bolesnika sagledane su svega sa četiri aspekta, ovdje navodim neke primjere.

*Tablica 5. Primjer 1. Opservacija bolesnikovog psihološkog stanja; **Anksioznost***

Anksioznost opisujemo kao nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Prikupljanje podataka o	Procijeniti stupanj anksioznosti bolesnika (simptomi mogu biti od smanjene komunikativnosti do napadaja panike praćeno fiziološkim obilježjima), procijeniti bolesnikove metode suočavanja s anksioznošću i stresom, saznati prethodna suočavanja sa sličnim stanjem, saznati od bolesnika povezanost između pojave anksioznosti i činitelja koji do nje dovode.
Kritični čimbenici	Smanjena mogućnost kontrole okoline, strah od smrti, prijetnja socioekonomskom statusu , interpersonalni konflikti, nepoznati čimbenici
Vodeća obilježja	Razdražljivost, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija, otežano suočavanje s problemom.
Mogući cilj	Bolesnik će se pozitivno suočiti s anksioznošću.
Intervencije	Stvoriti profesionalan empatijski odnos – bolesniku pokazati razumijevanje njegovih osjećaja, sadržati bolesnikove negativne emocije, stvoriti osjećaj sigurnost, biti uz bolesnika kada je to potrebno, opažati neverbalne izraze anksioznosti, stvoriti osjećaj povjerenja, omogućiti bolesniku da sudjeluje u donošenju odluka, potaknuti bolesnika da prepozna situacije (činitelje), potaknuti bolesnika da izrazi svoje osjećaje, pomoći i podučiti bolesnika vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti: vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka; vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije; okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija); humor
Evaluacija	Bolesnik se pozitivno suočava s anksioznošću – opisati / Bolesnik se negativno suočava s anksioznošću – opisati

Tablica 6. Primjer 2. Opservacija kognitivno perceptivnih funkcija bolesnika;
Neupućenost

Prikupljanje podataka o	Kognitivno perceptivnim funkcijama, dobi bolesnika dosadašnjem znanju, motivaciji, samopercepciji, ulogama i odnosima unutar obitelji, stilu života
Kritični čimbenici	Kognitivno perceptivna ograničenja, gubitak pamćenja, pogrešna interpretacija informacija, nedostatak motivacije.
Vodeća obilježja	Nepostojanje specifičnih znanja.
Mogući cilj	Bolesnik će verbalizirati specifična znanja.
Intervencije	Poticati bolesnika na usvajanje novih znanja i vještina, prilagoditi učenje bolesnikovim kognitivnim sposobnostima , podučiti bolesnika specifičnom znanju, poticati bolesnika i obitelj da postavljaju pitanja, poticati bolesnika da verbalizira svoje osjećaje.
Evaluacija	Bolesnik verbalizira specifična znanja/bolesnik nije usvojio specifična znanja.

Tablica 7. Primjer 3. Bolesnikova samopercepcija; **Strah**

Strah opisujemo kao negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti.

Prikupljanje podataka o	Činiteljima koji dovode do osjećaja straha, prijašnjim strahovima, intenzitetu straha, metodama suočavanja sa strahom, utjecaju straha na svakidašnji život bolesnika, fizičkim manifestacijama straha.
Kritični čimbenici	Smanjenje ili gubitak tjelesne funkcije, bolest, bol, prijetnje fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti, promjena stila života, nedostatak znanja.
Vodeća obilježja	Izjava bolesnika o strahu, napetost, tjeskoba, neizvjesnost, panika, osjećaj izoliranosti, manjak koncentracije.
Mogući cilj	Bolesnik će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom.
Intervencije	Stvoriti profesionalan empatijski odnos, identificirati s bolesnikom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha, poticati bolesnika da verbalizira strah, stvoriti osjećaj sigurnosti, opažati znakove straha, dogovoriti s bolesnikom koje informacije i kome se smiju reći, omogućiti mu da sudjeluje u donošenju odluka, osigurati dovoljno vremena za razgovor, podučiti bolesniku metodama

	distrakcije.
Evaluacija	Bolesnik verbalizira smanjenu razinu straha/bolesnik osjeća jednaki ili jači strah.

Tablica 8. Primjer 4. Opservacija bolesnikove uloge i odnosa s drugima; **Žalovanje**

Žalovanje opisujemo kako emocionalno stanje koje se pojavljuje kod pojedinca kao odgovor na mogući ili stvarni gubitak.

Prikupljanje podataka o	Prikupiti podatke o emocionalnom stanju bolesnika, procijeniti fazu žalovanja, prikupiti podatke o fizičkom i psihičkom stanju, prikupiti podatke o prijašnjim žalovanjima, prikupiti podatke o metodama sučeljavanja sa žalovanjem, procijeniti odnose s drugima, procijeniti postojanje nefunkcionalnog žalovanja.
Kritični čimbenici	Gubitak i bolest bliske osobe, gubitak osjećaja vlastite sigurnosti te psihološke ili fizičke stabilnosti.
Vodeća obilježja	Osjećaj tuge, plačljivost, osjećaj krivnje, ljutnja, depresija, poricanje, strah, osjećaj bespomoćnosti, promjene u stilu života, u aktivnostima te u komunikaciji.
Mogući cilj	Bolesnik će izraziti svoje osjećaje.
Intervencije	Stvoriti profesionalan empatijski odnos s bolesnikom, poticati bolesnika na suočavanje s gubitkom, potaknuti bolesnika da verbalizira svoje osjećaje, osigurati privatnost, pružiti podršku bolesniku, podučiti bolesnika metodama distrakcije, savjetovati bolesniku uključivanje u grupe za podršku, omogućiti psihološku podršku.
Evaluacija	Bolesnik izražava svoje osjećaje /bolesnik ne izražava svoje osjećaje.

Iz navedenih primjera „Sestrinske dijagnoze“ koji su sastavljeni iz službene dokumentacije HKMS-a (2011,2013) uviđamo kako je sva ostala procjena psihološkog stanja bolesnika zapravo rezultat opažanja i osobne kreacije pojedine medicinske sestre, stoga je medicinskim sestrama nužna konstantna nadogradnja znanja i vještina te iskustveno učenje kako bi bile što stručnije i adekvatnije u identifikaciji bolesnikovih psiholoških potreba.

4. POVIJEST MODERNE PSIHLOGIJE

Psihologija kao znanstvena disciplina postala je tek 1879. godine, a prije se eventualno promatrala kroz prizmu filozofije. Upoznavali smo je kroz radove Sokrata, Platona, Aristotela i dijelom Hipokrata. Različiti su bili pogledi kroz religiju, filozofiju i fiziologiju. A godine 1879, Wilhem Wundt u svom laboratoriju u Njemačkoj koristi introspekciju (način gledanja prema unutra, izvještavanje o ili ispitivanje vlastitih misli i osjećaja) kako bi pokušao razumjeti strukturu i sadržaj ljudskog uma. U to vrijeme u Americi je Wiliam James istraživao „mentalni život“, također kroz introspekciju, a 1890. zaključio je da ljudski um sadržava „osjećaje, želje, kognicije, rasuđivanje i sviđanje“. Iza toga uslijedio je čitav niz različitih teorija, modela i utjecaja, neka su se uvjerenja zadržala i danas. Dakle, psihološki model ne traži objašnjenje za ljudsko ponašanje ni u tjelesnom ni u biološkom nego unutar dječjeg razvoja i iskustva te iskustava učenja, okoline, u poimanju samog sebe, te u vlastitim mislima i osjećajima. Stoga su se danas nametnula četiri glavna psihološka objašnjenja za ljudsko ponašanje, u psihodinamskom modelu, biheviornom modelu, kognitivnom modelu te humanističkom modelu (Priest, 2012).

4.1. Psihodinamska teorija u praksi zdravstvene njege

Korijeni ove teorije sežu u kasno 19 stoljeće i rano 20. stoljeće. Glavni predstavnici su Freud (1856-1939.), Jung (1875-1961.) i Adler (1870-1937.) (Jukić, Pisk 2005). Izvorno, Freud je termin psihodinamika koristio da naglasi konflikt između suprotstavljenih intrapsihičkih snaga. Danas psihodinamski pristup podrazumijeva konceptualni okvir u kome su svi terapijski pristupi prihvatljivi, uključujući i farmakoterapiju, psihoterapiju, bolnički i dnevno-bolnički tretman, kao i grupni i obiteljski pristup. Psihodinamski je pristup u dijagnostici i liječenju karakteriziran načinom razmišljanja o obje strane uključene u terapijski proces, i bolesniku i terapeutu koji uključuje nesvjesni konflikt, deficit i distorziju intrapsihičkih struktura i objektnih odnosa (Gabbard, 1994). Freudova psihodinamska teorija imala je izravan utjecaj na psihijatriju poticajući liječnike da se usmjere na probleme koji su u

pozadini u odnosu na simptome. Uslijedio je čitav niz govornih terapija (individualna, grupna psihoterapija) te kreativnih terapija (art i psihodrama) za koje se vjeruje da pomažu u rješavanju nesvjesnih konflikata. Svaki čovjek ima svoje osobine ličnosti i shodno tome svojstvene reakcije, međutim razna okolinska zbivanja i događaji utječu na čovjeka, pobuđuju u njemu neke nove reakcije i mijenjanju ga. Čovjekovo unutrašnje krije riznicu izvora akcija i reakcija i odgovorno je za njegovo ponašanje. Pod psihodinamskim radom podrazumijevamo stalno kretanje čovjekovog unutarnjeg psihičkog života (emocije, želje i fantazije). Stoga je prvostupnicama sestrištva neophodno za pružanje psihološke njege psihodinamski razumijevati ličnost. Na taj način mogu detektirati kako misli, želje, osjećaji i fantazije utječu na ljudsko ponašanje, na njegovo pokretanje i izmjenu.

4.2. Bihevizizam u praksi zdravstvene njege

Model nastaje 30-tih godina prošlog stoljeća kao reakcija na psihodinamsko učenje u okviru psihijatrije. Temelji se na teorijama učenja Pavlova (1849-1936.) i Skinnera (1904-1990.). Psihologija, kako je bihevizist vidi, potpuno je objektivna, eksperimentalna grana prirodnih znanosti. „Njezin je teoretski cilj predviđanje i kontrola ponašanja. Introspekcija ne čini temeljni dio njezinih metoda.“ (Davison i Neale, 2004). Bihevizisti odbacuju pojam internalnih mentalnih procesa i inzistiraju na proučavanju samo onih ponašanja koja se mogu izravno promatrati. Teme vrijedne istraživanja su ljudska verbalna ponašanja te specifična ljudska ponašanja i postupci. Njihova je sugestija da se sva ponašanja događaju kao rezultat učenja te da su pod utjecajem okolinskih faktora. Poznat je Pavlovljev rad „klasično uvjetovanje“ gdje je prikazano kako ljudi uče na temelju povezivanja okolinskih podražaja i reakcija na te podražaje. Skinner je razvijao dalje tu ideju i tražio način na koji se stvaraju asocijacije između vanjskih podražaja i ljudskih reakcija. Njegova teorija poznata kao „operantno uvjetovanje“ pokazala je kako ljudi uče na temelju posljedica svog ponašanja. Ponašanje koje za rezultat ima pozitivne posljedice ujedno daje veću vjerojatnost da će se to ponašanje ponavljati, riječ je o „pozitivnom potkrjepljenju“. Suprotno je „negativno potkrjepljenje“ koje uključuje uklanjanje

neugodnih i neželjenih posljedica ponašanja i ima isti učinak u obliku ponavljanja i pojačavanja takvih ponašanja. Međutim, vrlo je važno razlikovati negativno potkrepljenje od kazne. Kazna je nepoželjna posljedica ponašanja, a usmjerena je na smanjenje učestalosti neželjenog ponašanja, a ne na učestalosti dobrog ponašanja. Imamo i teoriju „socijalnog učenja“ prema Albertu Banduri (1925-) koja nam govori da se ponašanje događa kroz opažanje i imitaciju drugih ljudi. Oni ljudi, čije ponašanje imitiramo možemo opisati kao uzore, pa se i fobije mogu pripisati promatranju i imitiranju reakcije straha kod roditelja suočenog sa zastrašujućim objektom ili situacijom. Kako su simptomi i ponašanja stečeni problem neispravnog procesa učenja, uklanjanje tih problema kroz ponovno učenje trebalo bi dovesti do rješenja. Pristup liječenja usmjeren je na mijenjanje opažljivog ponašanja. Moguće je uključiti bihevioralnu terapiju (temeljenu na Pavlovljevom radu) koja se temelji na mijenjanju neispravno naučenih asocijacija poželjnijim ponašanjem i uključuje modifikaciju ponašanja (temelj je Skinnerov rad) usmjerenu na promjenu ponašanja kroz manipuliranje posljedicama ponašanja (nagrade). Svi ciljevi rada u procesu njege bolesnika usmjereni su prema biheviorističkim ciljevima te uključuju procjenu ostvarenja ciljeva. Na taj način moguće je procijeniti stjecanje raznih vještina. U suradnji s bolesnikom razvija se zajedničko razumijevanje i identifikacija problema, te se pokušava utvrditi kako to utječe na bolesnikove misli, ponašanja i osjećaje u svakodnevnom funkcioniranju, pokušava se usuglasiti cilj. Princip je usmjeren na „ovdje i sada“ i kroz razgovor se nastoji zajednički shvatiti bolesnikov problem. Pokušava se bolesniku dati uvid kako postoje nova rješenja nekih problema, koja mogu biti korisnija i učinkovitija od sadašnjih načina suočavanja.

4.3. Geštalt psihologija u praksi zdravstvene njege

Pojavljuje se 1910. godine, ima stajalište holističkog pristupa; cjelina nije isto što i zbroj njenih dijelova, već je fundamentalno različita (Wertheimer, 1979). Navodi se da je Lewin donekle utjecao na Maslowljevu teoriju motivacije i ličnosti. Inače, Lewin (1890-1947) koristio je principe geštalta u istraživanju motivacije i ličnosti i osobite dinamike u malim grupama. Kohler je u svom istraživanju na čimpanzama zaključio

da je moguće riješiti problem učenjem kroz uvid. U psihološkoj njezi neke temeljne postavke geštalt terapije primjenjive su kao alat za pristup komunikaciji s bolesnikom na način da ga ohrabujemo kada prenosi svoje iskustvo, da prepoznamo emocije koje prate događaj, da podržimo bolesnikovo samootkrivanje, da potičemo bolesnika na prepoznavanje i preuzimanje odgovornosti za sebe, za svoje potrebe i osjećaje, da podržavamo principe svjesnosti, da podržavamo i osvijestimo trenutke „ovdje i sada“. Posebnu pozornost treba obratiti čulima, jačanju samosvijesti, zatim podržavati prepoznavanje pruženih osjeta, poticati ih da prihvaćaju svoje osjećaje i da ih iskazuju. Nadalje, poticati ih da prihvaćaju ravnopravnost svojih osjećaja (i tuga i bol su vrijedne kao i radost i sreća), uče o različitostima između njih i okoline te isto tako prepoznaju povezanost između njih i okoline, uče o praćenju dinamike vlastitih potreba, razvijaju svjesnost u situaciji u kojoj žive i donose odluke, prepoznaju trenutke koji im pomažu da se osjećaju zadovoljno, a isto tako i one koje im čine nezadovoljstvo.

4.4. Kognitivna psihologija u praksi zdravstvene njege

Pojavom novih psiholoških škola polovicom 20. st. Piaget (1896-1980.) je nastojao odrediti načine razvoja kognitivnog funkcioniranja u djetinjstvu, tu podrazumijeva misli i njihovu interpretaciju i to shvaća kao glavne odrednice ponašanja. Područje istraživanja je kako ljudi stječu, procesuiraju i pohranjuju sve informacije i unutarnje mentalne procese. Na koji način ljudi uče, misle, opserviraju, komuniciraju i pamte. Piaget je zaključio kako se djeca zasigurno rađaju sa zaštitničkim primitivnim refleksima međutim da ubrzo usvajaju i druge mentalne procese koje naziva „sheme“. Shema je zapravo ideja ili plan koji pomaže djetetu i odraslima kad se susreću s novim situacijama, objektima ili društvom da mogu spoznati o čemu se radi i što sve mogu napraviti. Broj shema se povećava s rastom i razvojem te se sheme međusobno preklapaju tj međusobnom kombinacijom izvode se razne operacije i zadaci. U novom okruženju dijete poseže za postojećim shemama, to je nazvao terminom *asimilacije*. Međutim, proces gdje se sheme mijenjaju kako bi uključili nove informacije nazvao je *akomodacija*. U zbroju asimilacije i akomodacije dobijemo

termin *ekvilibrija*. Tu se vidi zadovoljstvo djeteta jer je savladalo neki pojam ili iskustvo. Razvojem tehnologije ubrzao se razvoj istraživanja kognitivne psihologije stoga je postalo moguće objasniti kako internalni procesi djeluju u čovjeku. Korisno je imati kognitivna znanja u praksi psihološke njege jer pogrešne, a nerijetko i iracionalne misli narušavaju zdravstveno funkcioniranje pojedinca. Cilj nam je mijenjati disfunkcionalno razmišljanje. Moguće je psihološkom radu provoditi kognitivnu terapiju (utemeljitelj Aaron Beck 1979.). Danas imamo dostupne mnoge dokaze koji govore u prilog uspješnosti liječenja bolesnika kognitivnim pristupom (najčešće u kombinaciju sa bihevioralnim) stoga je postalo nezamjenjivo koristiti te tehnike u psihološkom radu s bolesnicima.

4.5. Humanistički model u praksi zdravstvene njege

Za sestrinstvo značajan je razvoj humanističke psihologije jer se ona protivila tradicionalnim, znanstvenim i kvantitativnim pristupima shvaćanju ljudskog ponašanja i iskustava. Humanistički pristup razvijen je kao alternativa stajalištu da je ljudsko ponašanje određeno ili nesvjesnim silama ili ranijim iskustvima. Humanistički teoretičari radije gledaju na ljude kao na pozitivna bića kapacitirana slobodnom voljom za donošenje odluka, izražavanje vrijednosti i određivanje vlastite svrhovitosti. Snažan utjecaj i doprinos imali su May (1909-1994.) i Maslow (1908-1970.) koji su proučavali smisao postojanja, proučavali osobne identitete i psihološki zdrave osobe. Carl Rogers (1902-1987.) otac je humanističke psihologije. Rogers (1970) podupire Maslowa u njegovom viđenju kako ljudi imaju „tendenciju k aktualizaciji“; prirodno integrirana motivacija koja nas pokreće prema konstruktivnom rastu. Isto tako razvija ideje osobnog rasta i razvoja te naglašava praktično savjetovanje usmjereno na pojedinca kao i grupe podrške. U sestrinstvu humanistički model dobiva zamah 1960-tih i 1970-tih godina, a savjetodavna uloga medicinske sestre zadržala se do danas, čak raste u obimu i značaju. S ovog gledišta psihološki zdravstveni problemi jačaju kao rezultat opstruiranog nastojanja za rastom i samoaktulizacijom. Uzrok može biti okolinski, ili nedostatak potpore i evaluacije drugih ljudi ili pak negativne procjene drugih ljudi. Posljedično čovjek može narušiti sliku o sebi tj. doživljaju sebe,

imati nisko samopoštovanje. Savjetovanju u psihološkoj njezi cilj je povećanje individualnog kapaciteta za osobnu odgovornost i izbor. Uloga terapeuta je da podržava i olakša napredak pojedinca u postizanju vlastitog realnog selfa.

5. IDENTIFIKACIJA PROBLEMA

Kako bismo se upuštali u procjenu drugih ljudi moramo najprije razumjeti prirodu socijalne percepcije i stavova. Socijalna percepcija razmatra način na koji ljudi razmišljaju o drugim ljudima i daju smisao svojim postupcima u socijalnom kontekstu, a stavovi su procjene koje radimo objektima (i ljudima) u našem socijalnom okruženju. Ta dva poimanja imaju ulogu davanja smisla; objašnjavanja sebi ponašanje drugih ljudi i reakcija.

5.1. Maslowljeva hijerarhija potreba



Slika 1. Maslowljeva piramida hijerarhije potreba (Maslow, 1954)

Sve ljudske potrebe, osim fizioloških i potreba za sigurnošću koje nam osiguravaju preživljavanje, mogu se smatrati psihološkim po prirodi. Prema ovoj teoriji ljudska bića su samomotivirana da, barem minimalno ispune najniži stupanj potreba prije nego se mogu rješavati potrebe koje se nalaze na višem stupnju prema hijerarhiji. Kad ljudi zadovolje fiziološke potrebe i potrebe za sigurnošću, motivirani su za ispunjavanje potreba za ljubavlju i pripadnošću, samopoštovanjem, intelektualnih i estetskih potreba, ali i potreba za samoaktulizacijom. Samoaktulizacija je stanje gdje ljudi teže postići sve ono što je moguće, međutim Maslow (1954) naglašava da koliko god ljudi neprestano težili postići uvijek nešto više, ili postajanju boljim, vrlo malo ljudi u konačnici doseže to stanje. Dakle, ljudi se trebaju osjećati sigurno, voljeno i

prihvaćeno te biti intelektualno stimulirani. Idealno bi bilo da su sve psihološke potrebe pojedinca ispunjene svo vrijeme, međutim to nije do kraja realno. Ljudi su često izloženi negativnim životnim događanjima (teški gubitci, preopterećenost, narušeno zdravlje). Takva stanja će slijediti prirodne emocije i misli, strah, tugu, ljutnju, sumnju u sebe te gubitak samopouzdanja. Ljudi mogu, kao odgovor na novonastalu situaciju, mijenjati svoje ponašanje, mogu se primjerice povlačiti u sebe i napraviti distancu od obitelji i prijatelja. Međutim, ako imaju adekvatnu ljudsku podršku, bit će u mogućnosti prevladati teška iskustva na vrijeme. U današnje vrijeme (kulturološki) nije nerijetko da ljudi maskiraju reakcije na određena stanja, što može potaknuti bolesnike da negiraju svoje prave osjećaje. Međutim, medicinska sestra iskustveno i prema općim obrascima psiholoških potreba te odgovora i reakcija bolesnika na bolest može pokušati pretpostaviti (prema intuiciji) kako bi bolesnici emocionalno mogli reagirati u određenim situacijama. Kako je ljudski da su reakcije i varijabilne, medicinske sestre moraju neprestano opservirati te prepoznati i adekvatno interpretirati svaku psihološku reakciju pojedinog bolesnika. Način na koji ljudi razumiju svoju bolest će utjecati na to kako će se oni suočavati sa njom. Ozbiljna bolest može razoriti uvjerenja ljudi i narušiti svako povjerenje, nužno je naći adekvatan pristup vrsti potpore koja pomaže osvijestiti smisao, vratiti optimizam i kontrolu natrag u njihove živote kako bi pojačali proces oporavka. Primjerice, davanje odgovarajuće informacije može smanjiti tjeskobu, napetosti, simptome depresije, boli i fizičke simptome te promicati oporavak (Priest, 2010).

5.2. Psihološke potrebe kod bolesti

Psihološke potrebe opisujemo kao ljudske potrebe povezane s emocionalnim, bihevioralnim i kognitivnim funkcioniranjem. Dakle, odnose se na osjećanje, ponašanje i mišljenje. Psihološke potrebe čovjeka dominiraju u bolesti, tu nailazimo na razne termine koji se koriste kao sinonimi, primjerice „psihološka potreba“, „psihosocijalna potreba“ i „emocionalna potreba“. Fleming (1986.) je upozoravao kako medicinske sestre imaju određenih problema s identifikacijom bolesnikovih potreba koje nisu tjelesne naravi, a samim time i s korištenjem terminologije kojom bi

opisivale psihološki problem. Nešto kasnije Priest (1999.) istraživanjem viđenja psiholoških potreba kod studenata i medicinskih sestara naišla je na tumačenja psiholoških potreba primarno kao emocionalnih potreba, zatim kognitivnih te socijalnih potreba.

Psihološke potrebe bolesnika prilikom prijema na odjel, povezane su s nepoznatim okruženjem s nepoznatim ljudima, uz zabrinutost za tjelesno i/ili psihičko zdravlje, osjećaj tjeskobe i ranjivost u stranom okolišu. Mnogi teoretičari se slažu da se psihološka skrb sastoji od dva ključna elementa, jedan se bavi praktičnom i tehničkom djelatnosti, a drugi se bavi upravo načinom na koji se intervencije provode ovisno o pojedinoj medicinskoj sestri. To označavamo pod „instrumental vs. expressive care“. Već je dokazano da instrumentalna skrb sama po sebi nije dovoljna, tj ako se samo praktično izvršava zadatak bez adekvatnih ekspresija emocija i interpersonalnih vještina to ne možemo nazivati sveobuhvatnom brigom za bolesnika (Priest, 2010).

Oni bolesnici koji mogu samostalno, pravodobno i adekvatno odgovarati na određene psihološke zahtjeve, ne moraju nužno imati problem koji zahtjeva korekciju, stoga možemo reći da nemaju baš svi bolesnici (jednaku) potrebu za psihološkom skrbi.

Prema Nicholisu (2003.) doživljaj negativnih emocija ima negativan učinak na bolesnikovo zdravlje i oporavak, pa su zabilježena stanja kao što su šok, anksioznost, strah, depresija, nisko samopoštovanje, ljutnja, poricanje i ovisnost.

5.3. Reakcija bolesnika na bolest

Zdravlje i bolest potrebno je sagledati iz svih kuteva; iz tjelesnog, emocionalnog, društvenog i duhovnog kuta. Susret sa bolešću budi u bolesniku intenzivne emocionalne reakcije. Bolest je bolna stvarnost koja bolesnicima otkriva istinu; a to je da je nastalo stanje u kojem organizam ne funkcionira dobro. Bolesna osoba doživljava svoje tijelo kao manje vrijedno, posljedica toga je psihička trauma koja može producirati različite psihičke reakcije. Međutim, ono što nas boli, to nas na neki

način i liječi, motivirajući nas da poduzimamo neke radnje kako bi bol nestala, tj kako bi ozdravili. Bolest često pogoduje razmišljanju, preispitivanju, a možda i promjeni stavova i samog pogleda na život. Koje će mehanizme obrane i emocionalne reakcije bolesnik razvijati, kao psihološku reakciju na bolest, ovisi donekle i njegovim usvojenim znanjima i uvjerenjima o bolesti, o prethodnim (pozitivnim/negativnim) iskustvima s bolešću i zadovoljstvom pružene zdravstvene njege te kakav je bio odnos i pristup zdravstvenih radnika prema bolesniku, zatim koliko mu je dostupna emocionalna i socijalna podrška obitelji, a utjecaj imaju i okolišni čimbenici; kulturološka uvjerenja te okruženje u kojem se nalazi (Priest, 2005). Bolesnikova primarna emocionalna reakcija na bolest je strah, dva su regresivna straha prisutna u bolesti; separacijski strah (asocira na strah od odvajanja od primarnog objekta) i kastracijski strah (narušavanje integriteta tijela). Posljedica straha je tjeskoba, na nju ego reagira mehanizmima obrane, a o intenzitetu bolesti ovisi zrelost obrana ega. Obrane ega nisu statične, već naprotiv stalno se izmjenjuju, kombiniraju i nadopunjuju. Obično primarna nezrela obrana se u bolesti pojačava i kombinira se s drugim, zrelijim obranama.

Najčešća psihološka reakcija bolesnika na bolest je tjeskoba. (Gregurek, 2011). Ostale psihološke reakcije su: stresne reakcije na događaj i njegove posljedice, PTSP, osjećaj ugroženosti i opasnosti, doživljaj stresa zbog hospitalizacije i nadolazećih tretmana i postupaka, gubitak osobne kontrole, stvaranje loše slike o sebi, gubitak vlastitih vrijednosti, bol, tuga, žalost, ljutnja, depresija, poricanje, narušenost kvalitete odnosa s drugim ljudima, stres i osjećaj krivnje, zatim prekomjerna ovisnost ili pak neovisnost (Nichols 2003).

5.4. Holistički pristup

O holizmu je progovarao filozof Smuts, a pojam seže u 1926.godinu, međutim porijeklo seže i do Hipokrata koji slovi u narodu kao „otac moderne medicine“. U 5.st. prije Krista naglašavao je važnost okolinskih, emocionalnih i nutritivnih faktora kod bolesti i liječenja. No, u zapadnom svijetu ideje Florence Nigtingale (1820-1910.) osnivačice moderne sestrinske prakse; govore su o cjelovitosti osobe. Njene su

ideje također bile prihvaćene u definiciji SZO-e 1946. prema kojoj se zdravlje definiralo kao „stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći“ (Brown, 1995). Ovdje je zdravlje sinonim cjelovitosti. Ako se osvrnemo na medicinski model koji je dominirao na zapadu u drugoj polovici 20.st vidjet ćemo različita uvjerenja, daleko ranije Rene Descartes (1596-1650.) vjerovao je da su um i tijelo odvojive cjeline „tijelo je složeni stroj, a um dom duše“, te ideje kartezijanskog dualizma stoljećima su znatno utjecale na modernu medicinu. Federoff i Gostin (2009.) potiskuju tradicionalni medicinski model te nude da je holistički pristup prikladniji. Holističko njegovanje povezano sa sestrinštvom opisuje se kao „želja da se osjetljivo odgovori na stvarnost drugih s empatijskog stajališta“ (Warelow,1996). 1980. osnovano je Američko holističko udruženje (AHNA) kako bi obnovilo i poboljšalo umijeće njega za osobe u cjelini. Organizaciju sestrinstva shvaća i kao struku i kao životni stil, a vjeruje da pravo izlječenje dolazi iznutra. Slično tome, Britansko holističko medicinsko okruženje (BHMS, 2010) vjeruje da je uvođenje tehnologije i njeno korištenje u medicini od iznimne važnosti, međutim zdravstvena njega se ne može temeljiti na tijelu, već uzima u obzir misli i osjećaje ljudi te međusobne interakcije. Danas razumijemo da je čovjek sastavnica bio-psiho-socijalnih komponenata. Socijalni element podržava i kulturološke razlike (rasa i etnička pripadnost) i faktore okoliša (npr. kvaliteta stanovanja), također spiritualna komponenta može također biti identificirana i izražena u različitim vjerskim uvjerenjima. Riječ holizam izvedenica je od grčke riječi „holos“ što označava cjelinu. Njegova ključna načela su da svi dijelovi moraju biti integrirani kako bi se postigao sklad. Svaki poremećaj jednog segmenta doživljava se kao poremećaj u cjelini (Basford i Selvin, 2003). Kako bi ljudsko iskustvo, emocije te vrijednosti i uvjerenja koja pojedinca usmjeravaju kroz život interpretirali, treba osobu promatrati cjelovito, a to je mnogo više od samog tijela. To uključuje i kako pojedinac doživljava njegu te kako on sebe definira kroz doživljaj zdravlja i blagostanja. Iz toga proizlazi da kod pacijenta osim praćenja dijagnoze i navedenog problema treba opažati i njegove doživljaje bolesti i njegove potrebe te prethodna iskustva.

Tablica 9. Instrumentalna nasuprot ekspresivne njege (Priest, 2010)

Instrumentalna (praktična) njega uključuje	Ekspresivna (izražajna, psihološka) njega uključuje
<ul style="list-style-type: none"> → aktivnosti ili postupci koje provodi medicinska sestra → konkretne pokazatelje i organizirani klinički radni stil 	<ul style="list-style-type: none"> → stavove i osjećaje → pozitivne osobne kvalitete → pristupačnost i empatija → imati motivaciju i interes za brigu o drugima (altruizam)

Kako bi još bolje razumjeli holizam moguće ga je uspoređivati s njegovom suprotnosti, redukcionizmom; on raščlanjuje cjelinu u sastavne dijelove kako bi razumjeli svaki dio zasebno. Današnja (moderna) zdravstvena praksa dijelom se i smatra redukcionističkom, jer se prakticira usavršavanje prema određenim specijalnostima usklađenim s određenim dijelovima tijela ili funkcije. Međutim, današnji pristup u svaku specijalnost uključuje holizam kao najprikladniji pristup jer danas znamo da su um i tijelo neodvojivi. Naravno da se prvo i najvažnije zbrinjava tjelesna potreba kako bi osigurali preživljavanje, sigurnost i udobnost. To je i u skladu sa Maslow-om (1954.) (Priest, 2010).

5.5. Emocije

U današnjoj kulturi potaknuti dijelovima Freudove teorije već desetljećima se spominje korisnost spontanog iskazivanja emocija, bez jasnih granica na količinu te spontanosti. Emocionalnost se izjednačila s gubitkom kontrole nad emocijama pa tako danas imamo dvije oprečne (nezdrave) mogućnosti, ili potiskivati emocije ili im se prepustiti. Tu govorimo o osjećajnoj nezrelosti, ili osoba pretjerano izražava svoje osjećaje, bez kontrole pa vidimo pretjeranu slatkoću i izvještačenu blagost i sentimentalizam u riječima i ponašanju što vrlo lako može maskirati potisnutu agresivnost. Drugi način manifestiranja osjećajne nezrelosti jest masivno potiskivanje

svih osjećaja, što dovodi do toga da se osoba ponaša hladno, bezosjećajno i proračunato. U terapijskom radu s bolesnicima potrebno je sve više raditi na razumijevanju emocija jer emocije su neodvojive od živog bića koje ih osjeća u istoj onoj mjeri u kojoj je to biće neodvojivo od životne situacije u kojoj osjeća određenu emociju (Milivojević, 2010). Moramo pomoći bolesnicima rastumačiti što su emocije i čemu nam služe, te da ih mogu koristiti na vlastitu dobrobit na način da možemo birati što ćemo i kako s njima. Emocije nikako ne smijemo shvaćati kako prepreke, već kao vlastite informacije koje nam govore kako mi doživljavamo svijet. Primjerice, ako bolesnik osjeća neki strah, vjerojatno je u našoj okolini prisutno nešto što nas ugrožava. Međutim kako bolesnici mogu imati čitav niz predrasuda o svojim emocijama često same emocije doživljavaju kao prijetnju ili teret. Pa možemo prepoznati kako emociju straha doživljavaju kao ugroženost jer se vjeruje da je strah vrlo opasna emocija od koje se možda može i „poludjeti“. Često možemo čuti reakciju drugih kad je govor o emociji straha kako se nudi utjeha po principu odbacivanja („nemaš se čega bojati!“), ispravno bi bilo ponuditi im kao odgovor neku vrstu zaštite. O mnogim emocijama i dalje postoji čitav niz predrasuda, međutim emocije su tu da nam pomognu preživjeti i moramo ih naučiti ispravno tumačiti.

Važni događaji pokreću lavinu emocionalnih reakcija, brzo i bez odgode (na nesvjesnoj razini), zatim slijedi prorada te ponovna ocjena percepcije i motivacijsko procesuiranje u amigdalama i frontalnom korteksu. Osim što je praćeno emocionalnom reakcijom praćeno je i kognitivnom obradom (moždano stablo, hipotalamus, bazalni gangliji). Krajnji rezultat je emocionalna reprezentacija s iskustvom osjećaja (uključuje somatosenzorni i prefrontalni korteks). Emocionalna organizacija omogućava nam racionalne odluke i ima utjecaj na kognitivne procese (Gregurek, 2011). Emocionalna pobuđenost ima snažnu dominaciju nad kognitivnim mentalnim procesima, a emocionalna stanja imaju odlučujuću prevagu nad pažnjom, percepcijom, pamćenjem, donošenjem odluka, kao i pratećom svijesti (LeDoux, 2002). Emocije pretvaraju nagone u socijalne obveze i moralnost, osjećaje provode u poštovanje, a bol u savjest (Decety, 2008).

Prema rasponu ljudskih osjećaja sedam je temeljnih emocija; tuga, ljutnja, iznenađenje, strah, gađenje, prezir i, uživanje (Parrott, 2001). Te emocije možemo identificirati i u izrazima lica, čak i kod beba su prisutni u svim kulturama. Svaka ta emocija ima raspon od blagog iskustva na jednom kraju pa do ekstremnih iskustava na drugom kraju. Mnoge se emocije različito dožive iako primarno potječu iz istog korijena. Primjerice, strah možemo opisivati od bojazni pa sve do užasa, ljutnju od iritacije pa do bijesa. Snažne emocije često su popraćene mislima (negativnim), fizičkim senzacijama i određenim ponašanjem kao odgovorom.

Emocije imaju važnu ulogu u nekim bolestima (depresija, anksioznost). One povezuju osobu sa okolinom i posreduju između promjene stanja i bihevioralnog odgovora. Emocije su temeljne sheme, urođene i/ili stečene te omogućuju osobi da brzo procjenjuje situaciju i da odgovarajuće reagira, a sadrže nekoliko sastavnica:

Tablica 10. Sastavnice koje čine emociju (Gregurek, 2011.).

1.	Motoričko-ekspresivni dio → mimika
2.	Fiziološki dio → autonomne reakcije
3.	Racionalni dio → spremnost na akciju
4.	Percepcija tjelesnih reakcija → percepcija autonomnih reakcija
5.	Prepoznavanje i objašnjenje osjećaja u skladu s iskustvom, shvaćanjem i razumijevanjem situacije.

Emocije su subjektivni fenomeni koji imaju svoju biološku osnovu, a osjećaji predstavljaju najvišu razinu emocije, osobni doživljaj određenih emocija, a ispod se nalaze primarne i socijalne emocije, autonomne i nesvjesne, koje proizlaze iz motiva koji svoje izvore imaju u nagonima (Fonagy, 1999). Važno je kod bolesnika prepoznati emociju, ali i njenu dubinu. Najlakše je to činiti na način da zamolimo bolesnika da sam ocijeni svoj doživljaj ili iskustvo prema određenim skalama. Bolesnike je potrebno učiti o funkcijama i tumačenju pojedinih emocija; strah je

prisutan svakako da nas upozorava i čuva od nepredviđenih i nesigurnih situacija, tuga nam pomaže prebroditi gubitak, niti jednu emociju ne bi trebali grubo shvaćati kao opterećenje, pričati s bolesnicima o reakcijama kada se suoče s pojedinom emocijom te da nemaju doživljaj preslike reagiranja na samo jedan način. Primjerice, ako su tužni da izlaz nije po obrascu da se gubi volja za svim sadržajima iz njihove svakodnevnice te da ne znaju kako s tugom izaći na kraj, kad su prestrašeni da je doživljaj biti bespomoćan, kad su ljuti, da je obrazac posvaditi se te izgovoriti niz teških riječi koje se kasnije uglavnom požale. Svrha je psihološke njege učiti pacijente upravljanju vlastitim emocijama, jer postoji čitav niz reagiranja na određenu emociju, većina nas koristi samo jedan obrazac reakcija, uporno i dosljedno, iako je možda on destruktivan za čovjeka.

5.6. Emocionalna inteligencija

Emocionalna inteligencija podrazumijeva čitav niz vještina koje se upoznaju i uče, a polazišna točka je samosvijest, dakle upoznavanje sebe, svojih osjećaja i ponašanja. To je i znanje o emocijama i vještinama postupanja tj upravljanja s njima da budu na korist nama i u odnosima s drugim ljudima. Najvažnije komponente emocionalne inteligencije su: poznavanje, prepoznavanje i upravljanje vlastitim emocijama. Tu spada i samoinicijativa i ciljno usmjeravanje emocija, prepoznavanje i razumijevanje tuđih emocija te vještine održavanja međuljudskih odnosa (socijalna inteligencija). Lakše nam je kontrolirati emocije kada ih osvijestimo. Na samosvijest se nadovezuje zdrava samokontrola, to je ključna osobina koja pomaže da svoje emocije ispravno usmjeravamo, u vlastitu korist. Povezana je sa preuzimanjem odgovornosti za svoje emocije i postupke vezane uz njih. Na primjer, u ljutnji neki često viču i izgovaraju neprikladne riječi zbog kojih kasnije žale dok drugi pak pribjegavaju plakanju, optuživanju i svaljivanju krivnje na druge ljude. Samokontrola bi nalagala da pokušamo na tren zastati, udahnuti i promisliti, dakle dati sebi priliku za razmisliti. Bolesnike trebamo usmjeravati da pokušaju izraziti riječima svoju emociju, izravno se obratiti drugim ljudima i opisati im svoje stanje koje su prouzročili oni, neki pojedinac ili situacija. Ukazivati im i na tuđim primjerima i kroz radionice kako se fokusirati na

postupke koji nas ljute, a ne projicirati ljutnju na osobe ako nisu krive. Mi svoje emocije ne možemo birati, ali možemo birati način na koji, potaknuti tim emocijama, reagiramo. Samomotivacija uključuje snažnu bujicu emocija čiju snagu možemo iskoristi za našu dobrobit, u svrhu postizanja vlastitih ciljeva. Ona uključuje maštanje o ostvarivanju nekog cilja, planiranje, poduzimanje potrebne akcije, pronalaženje inspiracije u vlastitim željama i osjećajima kada nam ponestane životne snage. Ne smijemo zaboraviti ni poticati nagrađivanja samog sebe nakon svakog ostvarenog napretka prema našem cilju. Rad na emocionalnoj inteligenciji znači rad na sebi, na upoznavanju samog sebe i predstavlja određeni izazov za svakog bolesnika, mora biti potkrepljena upornošću, motivacijom i ustrajnošću.

5.7. Empatija

Empatija predstavlja mogućnost da se emocionalno razumiju osjećaji druge osobe. Ova definicija uključuje mogućnost, privremenost i drugu osobu, dakle, uključeni su genetsko-ekonomski aspekti te kratkotrajnost i reverzibilnost u procesima identifikacije. Pojam empatije dolazi od njemačke riječi „*einflussung*“ koja se upotrebljavala kao pojam koji opisuje estetska zapažanja, odnosno mogućnost suživljavanja promatrača s prirodom ili umjetničkim djelom. Riječ empatija izvedenica je od grčke riječi *en-u* i *pathos*-nesreća, zlo, nevolja, trpljenje (Gregurek, 2011).

Empatija nam sekundarno pomaže da budemo manje usmjereni samo na sebe. Dijeljenje našeg razumijevanja i osjećaja s dugim ljudima potpuno je prirodno, neovisno da li se odvija u nekom neposrednom odnosu s drugom osobom ili gledanjem, čitanjem, maštanjem. Kapacitet za empatiju razvija se u simbiotskom razvoju. Izvor empatije je u fazi self-objekta u kojoj roditelji imaju paradoksalnu poziciju i uronjavanja u simbiozu i poticanje diferencijacije (Kohut, 1959). Pretpostavke Margareth Mahler (1975.) bile su da se pojava empatije u razvoju prati u trećoj subfazi procesa separacije-individuacije, ponovnom zbližavanju, što odgovara dobi djeteta od 18-24 mjeseca života. Ambivalencija prethodne faze je nadvladana, a uz pad onipotencije javlja se rad „za ljubav objekta“, dakle značajna

investicija u objekt ljubavlju. Kasnija uspostava konstantnosti objekta pojačava i stabilizira empatijske odgovore. Empatija je najvažnija ljudska karakteristika koja ne omogućava samo socijalne relacije i komunikaciju, već je i osnova za stvaranje morala i inhibicije nagona, naročito agresije (Gregurek, 2011). U svakom čovjeku konstantno se zbivaju unutrašnja proživljavanja i razna iskustva koja uključuju naš doživljaj nekog događaja te naš doživljaj proživljavanja tog događaja od druge osobe. Vlastito iskustvo podrazumijeva doživljaj nas samih, a isto tako doživljaj kako nas u tom trenutku doživljava druga osoba, kao što i mi doživljavamo nju. Uvijek kad su ljudi u interakciji postoji takav subjektivni proces.

Empatija nam je jednim dijelom prirođena, a mi je možemo tijekom života dodatno razvijati. Sposobnost za empatiju ili sposobnost za suosjećanje nastaje u onom razdoblju terapeutovog života kad se s njim suosjećalo. Za razvoj empatijskog kapaciteta neophodno je dobro simbiotsko iskustvo u onoj fazi života kada je empatija u paru majka – dijete bitna za unapređivanje razvoja. Kao i kontratransfer, empatija je doživljaj terapeuta, odnosno njegova kreacija kojom komunicira s bolesnikom u terapiji. Zajedničko im je da su emocionalne kategorije koje se stvaraju u odnosu s bolesnikom u situaciji „ovdje i sada“, a tu se i manifestiraju. Pomažu uglavnom terapeutu, ali i bolesniku. Na taj način i empatija i kontratransfer pomažu razvoju oba učesnika u terapiji (Gregurek, 2011). Medicinske sestre u svom radu primjenjuju empatiju na vrlo osjetljiv način, a upravo primjena tog znanja razlikuje profesionalca od laika. Bolesnici mogu osvijestiti što sve može biti psihološka skrb tek nakon što shvate da su im neki elementi odsutni, tj. da im je nešto nedostatno npr. potrebne informacije, objašnjenja, odabir riječi prilikom dijaloga, pažljivo slušanje bolesnika, ljudski kontakt, utjeha, suport (Priest, 2010). Može se ovako zaključiti, da se empatija odnosi na iskustvo druge osobe prije nego na to kako bi se mi osjećali u toj situaciji i da je empatija više usmjerena na emocije koje podržavaju to iskustvo nego na samo iskustvo.

5.8. Teorija privrženosti – John Bowlby

Kao novorođenčad vođeni smo da budemo privrženi drugim ljudima kako bismo zadovoljili svoje fiziološke potrebe. Privrženost uključuje mnogo više od zadovoljenja prehrambenih potreba i osjećaja sigurnosti, to je konstantna težnja traženja odnosa s drugim. Bowlby (1969) utvrdio je da djeca koja doživljavaju sigurnost i ugodnost kod osobe koja ga njeguje stvara privrženu vezu s tom osobom (figura privrženosti). Normalno je da djeca imaju hijerarhiju preferiranih figura privrženosti, a kada su uznemirena tražit će bliskost i protestirati ako im nije dostupna primarna figura privrženosti (uglavnom je to majka). Afektivne veze s majkom nisu posljedica satisfakcije niti potrebe za hranom nego posebna i trajna tendencija traženja odnosa s drugim te ima i funkciju zaštite od napadača. Bowlby je smatrao da dijete ima prirodenu potrebu za objektom, bez obzira na to zadovoljava li objekt njegove potrebe ili ne. Primarna figura služi im kao sigurna baza od koje se dalje istražuje svijet. Jednostavnije emocionalne reakcije kao što su: plač, sisanje, držanje za majku kasnije se, tijekom razvoja integriraju u vrlo složene sustave koji onda pridonose boljem povezivanju s majkom. Djeca su rođena s genetički određenom sposobnošću koja ih vodi da traže kontakt s ljudima, a isto tako da vizualno traže ljudske likove te ih pomoću asocijacija nauče prepoznavati kao poznate. Dijete koje se povezaloz uz figuru majke, u doživljaju separacije pokazuje bolnu uznemirenost koja se pojačava ako su prethodile nepovoljnije okolnosti odvajanja. Tada dijete može manifestirati ponašanje koje dijelimo u faze očaja, protesta i odvajanja. Takvo dijete će kasnije, kad god prijeti odvajanje, reagirati anksiozno. Treba naglasiti da faza očaja dolazi s boli i žalovanjem, faza protesta sa separacijskom anksioznošću, a faza odvajanja uključuje obrane. Dakle, Bowlby je pokazao da priroda privrženosti koju stvorimo kao djeca može imati snažan utjecaj na naš razvoj kasnije te na kapacitet za stvaranje odnosa, naša iskustva privrženosti utjecat će na naše mentalno zdravlje u odrasloj dobi. Oblici ponašanja koja se očituju kod djeteta nakon što smo ga kratko odvojili od majke klasificiraju se kao: sigurno, nesigurno izbjegavajuće, nesigurno ambivalentno i dezorganizirajuće funkcioniranje. Sigurno dijete veselo je pri povratku majke (iako je prethodno bilo uznemireno), traži njenu pažnju, zatim se vraća igri. Nesigurno dijete reagira nesigurno izbjegavajućem ponašanjem; ignorira i majčino napuštanje i njen

povratak, u bliskom kontaktu dijete majku izbjegava ili pokazuje indiferentnost ili reagira nesigurno ambivalentnim ponašanjem; dijete se ljutito priljubljuje uz majku te mogu biti jako uznemirena i na kratko udaljavanje majke. Dezorganizirano dijete pokazuje i sigurno i nesigurno ponašanje, oscilirajuće je iz sigurnog u nesigurno i rezultira slomom funkcioniranja. Zaključno, nesigurna privrženost može donijeti ozbiljne posljedice za kognitivni, bihevioralni, socijalni i emocionalni razvoj djece. Bolwby je pokazao da su učinci ranog vezivanja i iskustva privrženosti trajali do odraslosti pa su mogli određivati prirodu i sigurnost interpersonalnih odnosa odraslih. Isto tako, vjerovao je da će sigurno privrženo dijete (kasnije odrasla osoba) vjerovati da su drugi ljudi poštene i pouzdani.

5.9. Transfer i kontratransfer

Važan pojam u shvaćanju terapijskog odnosa je transfer, što prema Freudu znači „most“ i smatra se usko povezanim a ranom privrženosti. Opisujemo ga kao nesvjestan proces donošenja i prenošenja osjećaja koji potječu iz drugog odnosa u trenutačni odnos. Obrasci formirani tijekom ranog razvoja ponavljaju se u sadašnjosti. Transfer možemo shvatiti kao pozitivni, negativni ili miješani. Pozitivni se može manifestirati u izrazima ljubavi i divljenja, a negativni transfer može rezultirati neprijateljstvom ili čak mržnjom. Osnovni transfer pacijenta karakteriziran je regresijom, ambivalencijom i promjenjivošću. Kontratransfer je odgovor na transfer pod utjecajem obilježja tog specifičnog transfera. Terapeut treba imati sposobnost regresirati jednim dijelom svoje ličnosti i tako doći u rezonanciju s bolesnikovim nesvjesnim, odnosno, terapeut bi trebao imati sposobnost rascijepiti svoj ego na iskustveni i opservirajući dio. Iskustveni dio ulazio bi u odnos s bolesnikom i grupom, zajedno s njima proživljavao događaje koji se zbivaju tijekom seanse, a opservirajući ego analizirao bi emocionalne događaje koji se zbivaju tijekom grupne seanse. Tijekom seanse voditelj mora stalno biti svjestan svog kontratransfera i stalno ga analizirati kako bi mogao modificirati sebe i svoje ponašanje u grupi. Foulkes je, kao i mnogi drugi analitičari, pisao kako je poželjno i indicirano da voditelj analizira svoj kontratransfer u grupi. Općenit stav i preporuka o tome je da to može biti vrlo

značajno i korisno, ali ne smije postati rutina. U cjelini gledano, voditelj treba štedjeti ovakav način analize svoga kontratransfera. Kada je to preporučljivo raditi? Onda kada je voditelj postao svjestan kako je uzrok nekom otporu u grupi ili kada smatra da je njegova ličnost u samom centru grupnog otpora.

S druge strane W. R. Bion upozorava na kontratransferne opasnosti u koje bi terapeut mogao doći ne prepoznavajući svoje vlastite projekcije. Bion naglašava da interpretacije koje idu iz osobnih reakcija terapeuta, a nemaju svoju osnovu u grupnim zbivanjima, mogu se objasniti jedino psihopatologijom voditelja grupe. Isto tako Bion naglašava potrebu da sve reakcije terapeuta moraju biti proživljene u njegovom emocionalnom i biti izraz njegovih pravih osjećaja, pri čemu mora biti ostvaren niz preduvjeta: dobro prorađen i pročišćen kontratransfer, ostvaren ljudski i profesionalni identitet, empatijski kapacitet, tj da je postignuta zrelost terapeuta. Važno je naglasiti da se terapeutov kontratransfer nalazi pod jakom kontrolom i utjecajem superega. Ako je terapeutov superego strog i krut, njegov kontratransfer biti će pod jakom kontrolom takvog superega te će terapeut teško podnositi sadržaje koji su u disproporciji s njegovim očekivanjima.

Terapeutova ličnost i kontratransfer

M. Balint je napisao: Ličnost terapeuta najbitniji je dio njegove terapijske tehnike, a Foukes je rekao: Grupa je onakva kakav je njen voditelj.

Poželjne osobine terapeuta:

1. Terapeut treba biti dobar model za identifikaciju – odnosno trebao bi biti dobar transferni objekt
2. Treba imati dobro razvijenu intuiciju – imati sposobnost prepoznati što se zapravo zbiva u grupi
3. Treba imati razvijenu sposobnost empatiziranja – suosjećanja koje ne potpada pod utjecaj nagonskih pulzija
4. Terapeut ne bi smio biti pretjerano narcističan – treba imati sposobnost liječenja, ali i sposobnost suočiti se s neuspjehom

5. Treba imati dobar sadržavajući kapacitet – sposobnost kontejniranja emocionalnih sadržaja
6. Treba imati dobru toleranciju na frustracije
7. Treba biti iskren i to njegovati kod svojih bolesnika.

Otvaranje terapeutovog kontratransfera pred medicinskim timom:

Ako shvaćamo kontratransfer kao ključ za razumijevanje nesvjesnih psihičkih procesa bolesnika, ne smijemo previdjeti da je potrebna kompleksna emocionalna i kognitivna transformacija za prijelaz iz kontratransfera u empatičko razumijevanje. U praksi se, međutim, kontratransfer i empatija jako isprepliću. Postoji konstantno njihanje između empatičke i kontratransferne pozicije. Važno je u medicinskom timu otvarati kontratransferne reakcije na koje terapeut nailazi u svom radu jer je neizbježno da u grupi terapeut čini pogreške. Iznošenjem kontratransfernih reakcija u timu izbjegava se stav bezgrešnosti i otvaraju se nova područja za napredak u terapijskom radu s bolesnicima. Značajne teškoće koje se mogu javiti tijekom grupne psihoterapije, a koje mogu biti izuzetno bolne za terapeuta jest primjerice situacija da bolesnik interpretira njegov kontratransfer i situacije koje dovode do jačanja bliskosti terapeuta s bolesnicima u grupi.

Zaključno, ako se u terapijskom radu s bolesnikom nađemo u poziciji da možemo upotrijebiti svoje nesvjesno kao instrument u terapiji, uvjet je da ne smijemo imati otpore koji priječe nesvjesnom sadržaju da proдре u svjesno. Emocije koje se jave kod terapeuta mogu biti vrijedne za bolesnika ako ih koristimo kao uvid u njegove nesvjesne konflikte i obrane i kad bismo ih ispravno tumačili i proradili. Kontratransfer je u terapijskom radu uvijek prisutan, a mi moramo naučiti tolerirati one neugodne kontratransferne osjećaje prema bolesnicima. Dapače, trebalo bi ih cijeliti i shvatiti kao dodani prostor za komunikaciju koji može imati pozitivne učinke. Shvaćanje oba pojma ključno je za razumijevanje odnosa u psihološkoj njezi zato što su međusobni odnosi rijetko emocionalno neutralni, stoga će medicinske sestre biti suočene s jakim transferima i kontratransferima. U praktičnom radu medicinske sestre uobičajeni su primatelji materinskog transfera od strane bolesnika, a zauzvrat one mogu primjerice

odgovoriti na način koji izaziva njihovo iskustvo njegovanja vlastite djece. Transfer i kontratransfer mogu djelovati na razne načine u odnosu medicinska sestra-bolesnik. Oni mogu uključivati osjećaje ljubavi ili nesviđanja, želju da se udovolji ili izbjegne, pretjeranu ili premalu uključenost, osjećaj ugone ili neugode s drugom osobom.

6. ZNANJA I VJEŠTINE

Kako bi prvostupnice sestrinstva pružale kvalitetnu psihološku njegu moraju posjedovati određena znanja neophodna za prepoznavanje bolesnikovih reakcija na bolest te vještine kako bi odabrale prikladne intervencije. Nasuprot tome, izrazito je važno da svaka prvostupnica sestrinstva može u svakom trenutku prepoznati svoja ograničenja, dakle gdje su granice njezinih kompetencija, te treba imati uvid o svom znanju te svijest o sebi kako bi prepoznala kad neki aspekt pružanja psihološke njege prelazi njenu trenutnu razinu vještina i znanja. Još je Henderson (2002.) uviđala potencijalni jaz u edukaciji medicinskih sestara između akademske nastave koja naglašava holistički pristup i birokratske organizacije njege koja je usredotočena na troškove i mjere ishoda (Priest, 2005). Za neke brižna je ona osoba koja ima urođene kvalitete, drugi smatraju da se brižnost može stjecati osobnim rastom i razvojem i kroz profesionalna iskustva, a neki smatraju da se može steći kroz posebne obrazovne strategije, npr. igranje uloga (Biley, 2005).

S obzirom da je u nastavnom kurikulumu za sestrinstvo uglavnom fokus na njegovanju, u praksi najvažnije je razvijati vještine koje moraju biti potkrijepljene osobnim i stručnim razvojnim strategijama, kako bi omogućile medicinskim sestrama individualne psihološke reakcije. Strategija učenja i podučavanja trebala bi biti još više iskustvena i uključivati: razvoj vještina aktivnosti kao što su igre, vježbe vještina savjetovanja, scenarij prikaza slučaja, igranje uloga, rad s audio-video medijima za simulacije pacijentima, osobne i profesionalne aktivnosti razvoja kao što su neke samospoznajne igre, feedback, poticanje pozitivnog poželjnog ponašanja, self-care aktivnosti; vještine upravljanja stresom, trening relaksacije, grupni suport, vještine asertivnosti.

Tablica 11. Predloženi okvirni kurikulum za psihološku njegu prema Priest (2005.)

ZNANJE
- definiranje psihološke potrebe
- manifestacija psiholoških potreba u fizičkoj bolesti
- komponente psihološke pomoći kao odgovor na bolesnikove potrebe
- učinci psihološke njege
VJEŠTINE
- slušanje
- sudjelovanje
- olakšavanje emocionalnog izražavanja
- osmišljavanje i provedba planova zdravstvene psihološke njege
- prioritetne sestrinske intervencije
- njega kroz „mala djela“
PROFESIONALNA ULOGA I INTEGRACIJA VLASTTE OSOBNOSTI
- svijest o sebi – mogućnosti za psihološku njegu; trenutak izbora
- centralno usmjerena njega
- elementi koji olakšavaju med. sestri pružanje pomoći, npr. davanje informacija
- osiguravanje zasebnog prostora za psihološku pomoć
- briga o sebi
- istraživanje granica uloge medicinske sestre

Baza znanja usredotočila bi se na one koncepte koji će sestrama omogućavati da prepoznaju i adekvatno odgovore na psihološke potrebe bolesnika (emocionalne ili kognitivne prirode ili je riječ o nekom obrascu ponašanja). Vještine će se usredotočiti na one sposobnosti koje su identificirane kao podrška snazi pružanja psihološke

njege, a osim toga akcentira se važnost psihološke skrbi i kroz činjenje malih ustupaka. Posebnu pozornost trebalo bi posvetiti i dizajnu i korištenju planova zdravstvene njege koji bi olakšali detekciju psiholoških potreba te evaluaciju psihološke pomoći.

6.1. Trenutne obrazovne smjernice

Godine 2015. u Hrvatskoj je donesen „Nacionalni plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015-2020.“ kojim se planira riješiti dio organizacijskih problema sestrinske skrbi. Organizacija sestrinske skrbi u Hrvatskoj na različitim razinama zdravstvene zaštite vrlo je kvalitetna i u usporedbi s Europskim sustavima sestrinske skrbi ne postoje znatne razlike. No postoje potrebe za unaprjeđenjem koordinacije sestrinske skrbi. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti propisano je da svaka zdravstvena ustanova mora imati pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo, time je organizacija sestrinske skrbi podignuta na razinu uprava zdravstvenih ustanova. Kako se u Hrvatskoj i drugim zemljama EU povećava postotak starije populacije, sukladno tome raste i potreba za kvalificiranim medicinskim sestrama s užim specijalnostima kako zbog sigurnosti bolesnika tako zbog unaprjeđenja kvalitete i radnih uvjeta medicinskih sestara. Prema broju medicinskih sestara na 100 000 stanovnika za EU i Hrvatsku (izvor: Atlas of health in europe , WHO 2nd edition 2008.) Hrvatska zauzima nisko 22 mjesto s brojem 526 sestara, a prosjek je 801 medicinska sestra. Prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva za razdoblje od 2012-2020. najvažnija direktiva za zdravstvo i medicinske sestre u EU jest Direktiva Europskog parlamenta o priznavanju stručnih kvalifikacija.

U Engleskoj je naziv psihijatrijska sestra/tehničar promijenjen u sestra/tehničar za psihičko zdravlje. U Irskoj postoji sličan program dok u SAD-u i Kanadi postoje tri nivoa sestrinstva u psihijatriji: licencirana stručna sestra/tehničar (sudjeluje u podjeli terapije i skupljanju podataka što se tiče klijenta), registrirana psihijatrijska sestra/tehničar (ima dodatni djelokrug rada za izvršavanje procjene i može osigurati druge oblike terapije kao što su savjetovanje i socioterapija) te napredna

sestra/tehničar za rad u struci koja ima magisterij (ona postaje i preuzima ulogu kliničke sestre/tehničara specijalista ili sestre/tehničara praktičara). One procjenjuju potrebu za zdravstvenom njegom, postavljaju dijagnoze, rade s bolesnicima i njihovim obiteljima, osiguravaju potpun niz usluga iz područja zdravstvene njege psihičkog zdravlja pojedincima, obiteljima, grupama i zajednici, rade kao psihoterapeuti, edukatori, savjetnici, procjenjivači (case manageri) i administratori, a u mnogim zemljama SAD-a imaju ovlasti propisivati lijekove. Sestre/tehničari s doktoratom, često rade kao profesori na studijima za sestre/tehničare, na istraživanjima ili vođenju administrativnih dijelova u bolnicama ili školama za medicinske sestre/tehničare (Kovačević, Čukelj, 2012).

Pregledom programa dodiplomskog studija, diplomskog studija i sveučilišnog studija u RH izdvojena su samo ona predavanja koja su usko povezana i korisna u stjecanju znanja za psihološku skrb bolesnika. Isto tako izdvojeni su prateći ishodi učenja, ciljevi programa te one kompetencije medicinskih sestara, ovisno o stupnju obrazovanja, koje se tiču pružanja psihološke skrbi za bolesnika.

STUDIJSKI PROGRAM STRUČNOG STUDIJA SESTRINSTVA

Ishodi učenja omogućavaju prvostupnicama sestrinstva razumjeti utjecaj različitih socijalnih i kulturnih faktora u procesu provođenja skrbi, demonstrirati komunikacijske vještine i vještine vođenja u osiguranju bolesnikove sigurnosti i osiguranju kvalitete u timskom radu, koristiti komunikacijske vještine u skrbi za pacijente i obitelj, te u suradnji s ostalim članovima tima. Također i provoditi zdravstveno prosvjeđivanje i savjetovanje opće populacije, provoditi zdravstvenu njegu na holističkim principima te provoditi edukaciju pacijenta i obitelji.

Kompetencije prvostupnica sestrinstva:

Prvostupnica sestrinstva će vladati vještinama sestriinske prakse kao što su: primjena procesa sestriinske skrbi, komunikacija s bolesnicima i članovima tima, vođenje sestriinske dokumentacije, osiguravanje sigurnosti i udobnosti bolesnika, primjena principa podučavanja i učenja, organiziranje sestriinske skrbi za različite bolesnike, primjenjivanje principa donošenja odluka, kritičkog mišljenja i rješavanja problema,

primjena principa "socijalne pravde", sudjelovanje u provođenju dijagnostičkih i terapijskih postupaka, sagledavanje cjelokupne bolesnikove situacije (obiteljske, psihološke, duhovne, socijalne) vezane uz skrb za bolesnika. Prvostupnice sestrinstva su osposobljene primijeniti usvojena znanja u praksi, prepoznati potrebu za učenjem u novim situacijama, primjereno se prilagoditi novim situacijama, pripremljene su za samostalan rad te osiguravati najvišu moguću kvalitetu pružene skrbi. Isto tako, pružaju zdravstvenu njegu usmjerenu zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba bolesnicima svih životnih dobi s različitim zdravstvenim problemima. Prvostupnice sestrinstva mogu procijeniti potrebe za edukacijom i primijeniti načela i tehnike podučavanja pojedinca, obitelji i zajednice, zatim pružiti emocionalnu podršku i prepoznati kada je potrebno uključiti druge stručnjake u skrb te primijeniti adekvatnu i učinkovitu komunikaciju (uključujući i uporabu tehnologije) s bolesnicima, obiteljima, članovima tima i drugima, omogućiti bolesnicima i obitelji da iskažu svoje brige i primjereno reagirati, uspješno komunicirati sa osobama s komunikacijskim teškoćama.

Nadalje, u radu je prikazan izdvojen (djelomični) program, koji direktno prikazuje korisnost u stjecanju znanja i vještina za provođenje postupka „psihološke njege“. Osim prikaza predmeta, izdvojena su predavanja, vježbe te broj ostvarenih ECTS bodova, kako bi dobili uvid u stjecanje kompetencija prvostupnica sestrinstva, diplomiranim psihijatrijskih medicinskih sestara te magistra sestrinstva iz tih specifičnih područja.

Tablica 12. Popis značajnijih predmeta, seminara, vježba i ECTS bodova na ZVU, Zagreb

PREDMET	PREDAVANJA	SEMINARI	VJEŽBE	UKUPNO	ECTS
Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika	30	15	60	105	8
Komunikacijske vještine	15		30	45	3
Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja	15		30	45	3,5
Razvojna psihologija	15		15	30	2

Zdravstvena psihologija	30		15	45	3
Sociologija	15			15	1,5
IZBRONI PREDMETI					
Psihologija boli	15		15	30	2
Rad s grupom u sestrinstvu	15		15	30	2
Biološke osnove ponašanja	15		15	30	2
Palijativna skrb	15		15	30	2
Zdravstvena njega onkoloških bolesnika	15		15	30	2
Zdravstvena njega bolesnika u jedinici intenzivnog liječenja	15		15	30	2

SPECIJALISTIČKI DIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ – PSIHIJATRIJSKO SESTRINSTVO (ZVU, Zagreb)

Opći ciljevi programa

1. Promicanje profesionalnog statusa sestara u psihijatriji:

- proširiti znanja i vještine studenata u području zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika (uključujući u svoj rad bolesnikovu obitelj, ali i širu društvenu zajednicu)
- osposobiti studenta za samostalno provođenje socioterapijskih metoda skrbi (terapijska zajednica, rekreativna terapija, igra, ples, muzikoterapija)
- osposobiti studenta za provođenje grupne terapije uz osiguranu superviziju
- kod studenata razvijati analitičko kritički način razmišljanja kako bi se mogla pružiti najkvalitetnija razina zdravstvene njege psihijatrijskim bolesnicima (promovirati praksu zasnovanu na dokazima)
- osposobiti studenta sa timski rad i suradnju sa svim stručnjacima koji rade u području liječenja i zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika

- osigurati studentu najvišu razinu obrazovanja, integrirana znanja iz teorije i prakse, kako bi se mogao profesionalno razvijati kroz različite oblike cijeloživotnog obrazovanja
2. Provedba okvirnih načela ENNO (European Network of Nursing Organisation) radi ujednačenog obrazovanja i sukladno tome stvaranje mogućnosti za slobodan protok djelatnika u EU (Rimski kriteriji)
 3. Promicanje ujednačenih visokih normi psihijatrijskog sestinstva u EU

Kompetencije diplomiranih psihijatrijskih sestara

Psihijatrijske medicinske sestre posjeduju specifična znanja iz:

- suvremene organizacije psihijatrijske službe; osnova različitih pristupa u psihijatriji, psihopatologije duševnih poremećaja i oboljenja, epidemiologije duševnih bolesti te faktora utjecaja na njihov nastanak; načina sprječavanja ili suzbijanja poremećaja i duševnih oboljenja; društveno pravnog statusa duševnih bolesnika i njihovih prava
- posjedovati specifična znanja iz kliničkih područja psihijatrije: duševnih poremećaja organskog podrijetla; mentalnih i biheviornalnih poremećaja kao posljedice uporabe psihoaktivnih tvari; shizofrenije, shizotipnih i drugih sumanutih poremećaja, afektivnih poremećaja i poremećaja raspoloženja, poremećaja ličnosti, neurotskih poremećaja kao posljedice izloženosti stresu; intelektualnih teškoća, poremećaja psihološkog razvoja, biheviornalnih i emocionalnih poremećaja dječje dobi i u adolescencije; urgentna stanja u psihijatriji; psihofarmakoterapija
- posjedovati specifična praktična i teoretska znanja iz područja zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika
- znati utvrditi potrebe duševnih bolesnika i procijeniti prioritete njihovog zbrinjavanja
- znati provesti specifične intervencije iz djelokruga rada i ovlasti medicinske sestre
- znati procijeniti uspješnost izvedenih intervencija, te pratiti opće pokazatelje uspješnosti liječenja i zdravstvene njege

- znati komunicirati s duševnim bolesnikom i članovima njegove obitelji
- samostalno prakticirati terapijske metode u okviru kompetencija
- provoditi mjere za unaprjeđenje mentalnog zdravlja u zajednici

Tablica 13. Popis značajnih predmeta, seminara, vježba i broj ects bodova na specijalističkom diplomskom stručnom studiju psihijatrijskog sestrinstva, ZVU Zagreb

PREDMET	PREDAVANJA	SEMINARI	VJEŽBE	UKUPNO	E C T S
Alkoholizam i ovisnosti	15		30	45	4
Bioetika i prava psihijatrijskih bolesnika	15	15		30	3
Biološke metode liječenja	15		15	30	3
Dječja i adolescentna psihijatrija	15		15	30	3
Grupna psihoterapija	15		45	60	5
Komunikacije u psihijatriji	15	15	15	45	4
Opća psihopatologija i odabrana područja specijalne psihopatologije	15	15	30	60	5
Psihički poremećaji u starijoj životnoj dobi	15		15	30	3
Psihoterapijski i socioterapijski postupci	15	15	15	45	4
Rehabilitacija i resocijalizacija psihičkih bolesnika	15	30	15	60	6
Stres i psihotrauma	15		30	45	4
Unaprjeđenje mentalnog	15	15	15	45	4

IZBORNI PREDMETI	PREDAVANJA	SEMINARI	VJEŽBE	UKUPNO	E C T S
zdravlja i prevencija psihičkih poremećaja					
Crtež u dijagnostici i terapiji psihičkih poremećaja	5	10	15	30	3
Liasonska psihijatrija i zdravstvena psihologija	5	10	15	30	3
Obiteljska terapija	5	10	15	30	3

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA, MF ZAGREB

Kompetencije magistra sestrinstva:

1. Pružanje izravne i neizravne skrbi pojedincima, obiteljima, populacijskim skupinama sa specifičnim potrebama, zajednicama i stanovništvu
2. Promicanje zdravlja, kreiranje, upravljanje i koordiniranje procesa pružanja skrbi
3. Očuvanje i unaprjeđenje zdravlja i radne sposobnosti u odnosu na uvjete i način rada.

Završetkom studija polaznik će biti osposobljen:

- temeljiti praksu na trenutno postojećem znanju, teoriji i istraživanju
- preuzeti obvezu i odgovornost za svoju praksu
- stvoriti partnerski odnos s pacijentima i s ostalim medicinskim osobljem
- biti član i voditelj unutar interdisciplinarnih medicinskih timova
- komunicirati, surađivati, i pregovarati
- primjenjivati praksu u raznolikim okruženjima i među raznolikom populacijom

- imati pristup zdravstvenim informacijama, prikupiti ih i procijeniti
- zauzeti se za pacijente unutar sustava zdravstvene skrbi
- određivati i nadzirati aktivnosti pacijenata
- raspodijeliti i upravljati fizičkim, fiskalnim i ljudskim resursima
- procjenjivati ishode medicinske skrbi
- sudjelovati u istraživanjima i upotrebljavati otkrića tih istraživanja
- preuzeti odgovornost po pitanju vlastitog dugogodišnjeg učenja i planirati razvoj vlastite profesionalne karijere
- sudjelovati u procesima koji se tiču politike sustava zdravstvene skrbi
- sudjelovati u formiranju sustava pružanja zdravstvene skrbi
- obrazovati svoje vlastite kadrove: na sekundarnoj razini, stručni studij sestrinstva
- mentorirati učenike i studente
- izrađivati programe cijeloživotnog učenja

Tablica 14. Pregled značajnih predmeta sa Sveučilišnog diplomskog studija, MF, Zagreb

PREDMET	BROJ SATI	ECTS
Znanost, filozofija i teorija u sestrinstvu	125	10
Teorije odgoja i obrazovanja	125	10
Psihologija sestrinstva	125	10
IZBORNI PREDMET		
Gerijatrija i gerontologija u sestrinstvu i palijativna skrb	90	4

Mentalna higijena i psihosomatska medicina	90	4
Socijalna skrb i zdravlje	60	3

6.2. Stečena psihološka znanja za procjenu i praćenje

Dodavanje psihološkog znanja bazi znanja u sestinstvu poboljšava kvalitetu sestriinske prakse. Dodavanje valoriziranog i vrednovanog psihološkog rada medicinskih sestara pružanjem psihološke njege kao odgovor na psihološke potrebe bolesnika diže sestriinsku profesiju na viši nivo. Medicinske sestre u RH koje rade sa psihijatrijskim bolesnicima u specijalnim zdravstvenim ustanovama imale su ekskluzivnu priliku prolaziti programe edukacije iz grupne psihoterapije medicinskih sestara/tehničara. Edukacija uključuje pripremnu izobrazbu i izobrazbu iz grupne psihoterapije

Tablica 15. Program edukacije iz grupne psihoterapije medicinskih sestara/tehničara

Pripremna izobrazba		Izobrazba iz grupne psihoterapije	
Grupne terapije	40-60 školskih sati	Grupna analiza	Najmanje 150 školskih sati
Teorijski seminari iz psihodinamike	40 školskih sati	Teorijska izobrazba	80 školskih sati
		Grupna supervizija	120 školskih sati

Učinak terapijskog djelovanja moćniji je u grupi nego u individualnoj terapiji. Edukacija je medicinskim sestrama u grupnoj analizi omogućila da s bolesnicima uspostavljaju grupnu terapiju kao redovitu terapijsku tehniku.

6.3. Osobne kvalitete medicinskih sestara

Samosvjesnost je iznimno važna kvaliteta za psihološki rad. Svjesnost o samom sebi počinje se razvijati u ranom djetinjstvu kad djeca počinju prepoznavati sebe, iza toga razvoj selfa i osobnog identiteta odvija se brzo do adolescencije i rane odrasle dobi. Postoje mnogi aspekti nas samih kojih možemo biti samosvjesni; to su naše misli, potrebe, želje, osjećaji, senzacije, seksualnost, duhovnost, tjelesno stanje, izgled i razina znanja (Burnard, 2005). S obzirom da imamo različite elemente svjesnosti, imamo i različite načine na koje možemo povećati samosvjesnost u interakcijama s drugima. Bez znanja o tome kako mi funkcioniramo kad imamo nekih teškoća ili smo pod stresom ne možemo znati kako se drugi mogu osjećati u sličnim situacijama. U radu važno je prepoznavati svoje pozitivne osobine, svoje pristranosti, predrasude i stereotipna vjerovanja te paziti kako oni ne bi utjecali na naše pružanje njege. Ako sami slušamo, vjerujemo i pozitivno odgovaramo na feedback drugih, možemo mnogo toga naučiti o sebi samima te imati manje nepoznatog unutar sebe. Samosvjesnost i uvid možemo povećavati kroz samootkrivanje; namjerni čin dijeljenja aspekata sebe s drugim ljudima sa svrhom boljeg upoznavanja. Blizak pojam je i samoprihvatanje; prihvatanje samih sebe onakvima kakvi jesmo, sa svim našim nedostacima. Također, medicinske sestre dužne su voditi brigu o samima sebi kako zbog velikog emocionalnog angažmana u radu s bolesnicima ne bi osjećali anksioznost i ulazili u konflikte. Potrebno je promatrati vlastitu razinu stresa i pratiti strategije suočavanja te pravovremeno reagirati u slučaju prekapacitiranosti. Nadalje, u psihološkom radu značajan je i dobar intuitivni osjećaj. Smatra se da je intuicija zapravo instinkt koji nam može pomoći da shvatimo što se događa s drugom osobom i shodno tome pružamo adekvatan odgovor. Drugim riječima, intuicija bi bila shvaćanje bez racionalne osnove. Intuicija se rađa i gradi negdje na pola puta od pozicije medicinske sestre početnika pa do iskusnog praktičara. Sa prepoznavanjem intuicije i njenom primjenom moramo biti fleksibilni i oprezni tako da možemo i odbaciti naše intuitivne odluke jer ne moraju biti točne. Ponekad nije lako moguće objasniti sposobnosti pojedinih medicinskih sestara samo kroz kognitivno znanje, nekad je naglasak na intuiciji proizašoj iz iskustva. Kako bi razvijali sposobnost intuicije moramo razvijati sposobnost reflektiranja o svojim postupcima kako bi ih

prema potrebi izmjenjivali na odgovarajući način. Refleksija uključuje davanje smisla iskustvima kako bi mogli učiti iz njih. Taylor (2005.) je definirao refleksiju u odnosu na praksu zdravstvene njege kao „vraćanje misli i sjećanja pomoću kognitivnih radnji kao što su razmišljanje, kontemplacija, meditacija i bilo koji drugi oblik pažljivog razmatranja kako bi im se dao smisao i napravile kontekstualno odgovarajuće promjene ako su potrebne“. Kvalitete medicinskih sestara rastu sa činjenicom da su u stanju razmišljati o svojim intervencijama i interakcijama i prilagođavati ih za vrijeme događanja. Još je nedovoljno jasna razlika između refleksije tumačene kao osobna kvaliteta ili vještina. Također u razmatranju osobnih kvaliteta medicinskih sestara u pružanju psihološke njege empatija je neizostavna komponenta. Ključna karakteristika u terapijskom odnosu je biti sposoban percipirati osjećaje drugih ljudi i dati im smisao.

6.4. Stvaranje odnosa

Prije spomenuto samootkrivanje važno je za razvoj interpersonalnih odnosa, međutim trebalo bi biti recipročno, kako bi jačali uzajamno povjerenje. U profesionalnim odnosima ne očekuje se takva uzajamnost jer nije primjereno dijeliti puno osobnih informacija. Ipak, neke nepreosobne informacije trebali bi podijeliti, jer to jača temelje za pružanje dobre psihološke njege. Stvaranje terapijskog odnosa preduvjet je za psihološko njegovanje. Unutar terapijskog odnosa potrebno je da medicinska sestra svakog bolesnika gleda individualno, ostvaruje određenu prisnost, podržava otvorenu i jasnu komunikaciju te nastoji kvalitetno dijeliti informacije, bude ljubazna, suosjećajna i osjetljiva, zatim dostupna te da osigura dovoljno vremena za bolesnika. Terapijski odnos je nešto u čemu se održavaju višestruke interakcije, bez obzira na dužinu odnosa. Teoretičarka Peplau (1952.) uvela je pojam interpersonalnih odnosa kao temelj za proučavanje i prakticiranje sestrištva. Terapijski odnos napreduje kroz nekoliko faza (fazu orijentacije, identifikacije, eksploatacije, rješavanja i faze završavanja). Uloga je medicinske sestre prihvatiti bolesnika, ne osuđivati ga i uspostavljati povjerenje. Medicinska sestra je izvor informacija i mora komunicirati s bolesnikom na način da dijeli svoje

relevantno znanje, vještine i iskustvo. Može pomoći bolesniku u postavljanju novih ciljeva, može zastupati bolesnika oko nekih postupaka te pomagati bolesniku da raspravi i suoči se sa osjećajima koje stvara iskustvo bolesti.

6.5. Interpersonalne vještine

Nije dovoljno samo pokupiti bolesnikove emocije i potrebe, oni neće imati osjećaj da ih se čulo ili razumjelo ako im se to ne izverbalizira. Empatiju je ponekad dovoljno izraziti i neverbalno, verbalno se koristi parafraziranje, ponavljanje nečega što bolesnik govori vlastitim riječima, to se može učiniti i upitnim tonom. Bolesnik će dobiti dojam da ga se sluša te pokušava razumjeti do kraja što se govori. U isto vrijeme dopušta se bolesniku da bolje pojasni ako nešto nije ispravno shvaćeno. Interpersonalna kompetentnost sastoji se od vještina poput upoznavanja, uspostavljanja povjerenja, predviđanja potrebe i ulaganja dodatnog truda. Medicinske sestre da bi bile učinkoviti praktičari s vremenom bi trebale naučiti nesvjesno spajati vještine u procesu pružanja psihološke njege, prvo će naučiti, vježbati pa internalizirati svaku od njih (Priest, 2012).

6.6. Komunikacijske vještine

Komunikacija je proces koji uključuje smislenu razmjenu između najmanje dvoje ljudi s ciljem da se prenesu činjenice, potrebe, mišljenja, misli, osjećaji ili druge informacije i to verbalnim i neverbalnim putem, uključujući i licem u lice i pisanu riječ. Sva komunikacija treba imati neke određene elemente kao što su; poruka koju se prenosi između dvoje ili više ljudi; pošiljalca poruke; primatelja poruke; i prijenosni kanal ili oblik kojim će se poruka slati. U psihološkom radu s bolesnicima možemo koristiti pisanu riječ (pisanje planova psihološke njege, stvaranje edukativnog materijala). I oralna i pisana komunikacija spada pod verbalnu jer uključuje riječi. Neverbalnu komunikaciju koristimo za pojačavanje pisane riječi. Definira se kao način kojim ljudi komuniciraju bez riječi; namjerno ili nenamjerno. Neverbalna

komunikacija može se izraziti na više načina; paraverbalno (način na koji se verbalno izražavamo; ton glasa, visina tona, brzina govora), kinezikom (način na koji koristimo naše tijelo (kontakt očima, izraz lica, geste i držanje tijela), proksemikom (način na koji koristimo prostor između nas i onih s kojima komuniciramo, način na koji koristimo ili ne koristimo dodir, način na koji prezentiramo sebe u vanjskom svijetu ,odijevanje, posjedovanje). Neverbalna komunikacija u velikoj je mjeri nesvjesna, teže je s njome upravljati ili je prikrivati od drugih. Sposobnost komuniciranja nije stečena sposobnost, već vještina koju bismo kao zdravstveni djelatnici trebali učiti i redovito prakticirati. Vrste komunikacijskih vještina dijele se na:

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

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

1. Ponavljanje; neverbalna komunikacija može, ponoviti ono što je verbalno rečeno.

2. Proturječenje; Verbalni i neverbalni signali mogu međusobno odstupati na više načina. Mogu odašiljati dvije proturječne poruke koje izgledaju nekongruentne ili suprotstavljene jedna drugoj. U oba se slučaja percipiraju dvije poruke koje izgledaju nedosljedne jedna drugoj. Prilično je uobičajeno (i vjerojatno funkcionalno) imati različita mišljenja o nekim stvarima. vjerojatnije je da ćemo primijetiti one proturječnosti koje su uočljivije. U nekim slučajevima to je prirodan odgovor na situaciju u kojoj se oni koji komuniciraju percipiraju da su u nepoželjnoj situaciji. Ne žele reći istinu, a ne žele ni lagati. Kao rezultat toga, njihova ambivalencija i frustriranost stvaraju poruku koja je diskrepantna. Ovo pokazivanje nekongruentnih ili suprotnih signala može se dogoditi na različite načine. Katkad dva neverbalna signala mogu pokazati neslaganje (npr. glasovni i vizualni), ali se verbalni i neverbalni signali mogu kombinirati na nekoliko načina: pozitivan ton i negativne riječi, negativan ton i pozitivne riječi, pozitivan izraz lica i negativne riječi, negativan izraz lica i pozitivne riječi.
3. Dopunjavanje; Neverbalno ponašanje može modificirati ili dalje pojasniti verbalne poruke. Kad se verbalni i neverbalni kanal ne sukobljavaju nego dopunjuju, naše se poruke obično točnije dekodiraju. Neki nalazi sugeriraju da komplementarni neverbalni signali također mogu pomoći da se verbalna poruka zapamti.
4. Zamjenjivanje; Neverbalno ponašanje također može zamjenjivati verbalne poruke. Ono može indicirati značajke koje su permanentnije (spol, dob), umjereno trajne značajke (ličnost, stajališta, grupna pripadnost) i relativno kratkotrajna stanja.
5. Isticanje/Ublažavanje; Neverbalno ponašanje može istaknuti (pojačati) ili ublažiti (prigušiti) dijelove verbalne poruke. Isticanje je umnogome poput podcrtavanja ili pisanja riječi u kurzivu kako bi se naglasile. Pokreti glave i ruku često se rabe za isticanje verbalne poruke.
6. Reguliranje; Neverbalno se ponašanje također upotrebljuje za reguliranje verbalnog ponašanja. To činimo na dva načina:

- a) Koordiniranjem svog verbalnog i neverbalnog ponašanja pri produciranju vlastitih poruka,
- b) Koordiniranjem vlastitih verbalnih i neverbalnih poruka s ponašanjem svojih partnera u interakciji.

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

Ako pogledamo ulogu neverbalnih signala u terapijskim situacijama vidimo da se terapeuti koriste neverbalnim ponašanjem kako bi izgradili dobar odnos s bolesnicima (Tickle-Degnen, Rosenthal, 1992). Sposobnost čitanja neverbalnih signala povezanih s bolesnikovim problemima zasigurno im pomaže u postavljanju dijagnoze i liječenju. Dovoljna je mala promjena u tonu glasa ili skretanje pogleda u stranu od bolesnika u krivom trenutku da terapeut prenese poruku koja je vrlo različita od one koju je kanio prenijeti (Buller i Street, 1992). Od iznimnog je značaja da medicinske sestre postanu što vještije u identifikaciji, interpretaciji i odgovaranju na neverbalnu komunikaciju, naročito kad je u sukobu s onim što osoba izgovara. Poznato je kako bolesnici koriste razne oblike komunikacije u interakciji s medicinskim sestrama. Shvaćanje strukture, funkcija, oblika i procesa ljudske komunikacije pomaže shvaćanju i pružanju učinkovite psihološke njege.

6.7. Vještine psihološke procjene

Procjena uključuje sve skupljene informacije o bolesnikovom zdravstvenom stanju koje se onda analiziraju i interpretiraju stvaranjem određene formulacije potreba psihološke njege i sastavljanje planova za zadovoljavanje tih potreba. Da bismo adekvatno prepoznali potrebe moramo imati dobre vještine opažanja te mogućnost njihove inkorporacije u strategiju procjene bolesnika. Sama procjena nije dostatna već je potrebno kontinuirano praćenje bolesnikovog psihološkog stanja, prepoznavanje problema te uključivanje prikladnih intervencija i drugih služba

(Nichols, 1993). Prati se izraz lica, tjelesni izgled, kakvo je raspoloženje prilikom razgovora, a kakvo spontano, odgovara li ponašanje situaciji u kojoj se bolesnik nalazi, je li ono oscilirajuće? Zatim se promatra kognitivno psihološko funkcioniranje, koliko su bolesnici koncentrirani, koliko mogu usmjeravati pažnju na okolinu i na ono što im govorimo, kako se doima, imaju li uvida o svojoj situaciji i budućnosti, prepoznaju li svoje emocije, koja su im očekivanja? To nam daje uvid u procjenu koje aktivnosti psihološke njege bi mogli poduzimati. Medicinske sestre nisu kompetentne identificirati tj. dijagnosticirati mentalne zdravstvene probleme, međutim moraju biti u stanju procijeniti postojanje anksioznosti ili depresije, jer su to glavne emocije u kontekstu psihološke njege. Kako bi se ispravo procijenila prisutnost depresije ili anksioznosti dostupno je mnoštvo sredstava za procjenu (upitnici, skale procjene). Dakle, uz prikupljena i snimljena opažanja i informacije koji se pojavljuju možemo napraviti individualan plan psihološke njege i/ili skalu procjene.

6.8. Vještine emocionalne njege

Emocija je reakcija koja zahvaća čitavo naše tijelo, dakle opsežno neurokemijsko zbivanje u mozgu i u mišićima. To je zbirna reakcija na našu procjenu situacije u kojoj smo se zatekli. Emocije nisu automatska reakcija, između samog događaja koji ju potiče i emocije kao odgovora, u djeliću sekunde mi procjenjujemo našu okolinu i njene signale, stoga nakon procjene slijedi emocija. Ona nam je ujedno i reakcija i poruka, te nam pomaže u prilagodbi na okolinu. Osim dobre vještine identifikacije emocija moramo dobro i odgovarati na cijeli raspon emocija koje se mogu javiti kao rezultat bolesti. Emocije nam dolaze u simbiozi s tjelesnim reakcijama, mislima i ponašanjima. Osim što se može pokušati odrediti emocija, može se određivati i njena dubina. Potrebno je naći načine za pomoć bolesnicima da izraze to što emocionalno doživljavaju. U konačnici mi moramo u nekim situacijama odgovoriti na tu emociju. Kako bi odredili o kojoj je emociji riječ najučinkovitiji način je pitati bolesnika o njima. Način na koji možemo određivati temeljne emocije jest istraživati misli, tjelesne senzacije te ponašajne odgovore koji ih prate te tako indirektno dotaknuti emocije (moguća je i upotreba skala). Iako, emocionalne reakcije i svijest

dvije su potpuno odvojene psihičke funkcije. Osoba ne mora znati koje stimulanse opaža, ne mora biti svjesna pripisanog značenja, kao ni relevantnog vrednovanja, ne mora biti svjesna tjelesne reakcije, kao ni akcijskih tendencija, kao ni toga da se emocionalna reakcija odražava u njenom ponašanju. Ako bi čovjekova osjećanja podijelili u „pozitivna“ (ugodna) osjećanja i „negativna“ (neugodna) osjećanja onda bi ugodna osjećanja bila zadovoljstvo, sreća, radost, ljubav, nada, a javljaju se kada stimulaturna situacija afirmira neku subjektivu vrijednost (Milivojević, 2010). Negativna osjećanja osjećaju se u situacijama kada je subjekt procijenio da je ugrožena neka njegova vrijednost. Sljedeće što nas zanima je kako odrediti dubinu i snagu neke emocije. Osnovno pravilo koje vrijedi za intenzitet osjećanja jest; što se neka stimulaturna reakcija opaža kao značajnija, to se osjeća intenzivnije osjećanje. Procjena intenziteta osjećanja jedan je od parametara na osnovu kojih se određuje adekvatnost nekog osjećanja. Emocionalna reakcija može biti po svom intenzitetu ocjenjena kao adekvatna, neadekvatno snažna ili neadekvatno slaba reakcija. Zsiguro ne postoje apsolutno točna odrednica, međutim spektrom osnovnih riječi može se primarna emocija poredati prema snazi od slabo do jako (npr. strah; strahovanje, nervoza, briga, zabrinutost, tjeskoba, panika i užas, zatim tuga; sumornost, nezadovoljstvo, tuga, depresija, patnja, jad, itd.) Danas su dostupne mnoge skale procjene koje nastoje objektivizirati dubinu doživljene emocije. Medicinske sestre u radu pružaju emocionalnu podršku na način da potiču bolesnike da izraze svoje osjećaje u sigurnoj, podržavajućoj atmosferi, zatim pomažu bolesnicima da dođu u doticaj sa svojim emocijama, pokazuju im razumijevanje i prihvaćanje, njihove emocije reflektiraju s osjećanjima drugih bolesnika sa sličnim poteškoćama radi stjecanja boljeg uvida, te kako se ne bi osjećali izolirano sa svojim problemima (Priest, 2012). Znamo da kod bolesnika postoji tendencija javljanja straha, ali i svih drugih osjećaja koji se mogu javiti u odnosima. Stoga je osnova razumijevanja u mogućnosti medicinske sestre da se identificira s bolesnikom, da poistovjeti svoj ego s egom bolesnika tj. da poistovjeti dijelove svoje ličnosti s odgovarajućim psihološkim dijelovima bolesnika, svoj id s idom bolesnika, svoj superego sa superegom bolesnika pod uvjetom da ta poistovjećivanja zadrži u svjesnom dijelu. Dakle, medicinska sestra morala bi imati određena znanja kako bi

psihodinamski mogla razumijevati kontratransfer u odnosu s bolesnikom. Emocije koje se pobude u terapeutu svakako mogu biti vrlo vrijedne za bolesnika ako se ispravno upotrijebe kao uvid u bolesnikove nesvjesne konflikte i obrane kako bi ih mogli tumačiti.

6.9. Vještine savjetovanja

Savjetovanje je proces u kojem jedna osoba pomaže drugoj da razjasni njenu životnu situaciju i da odluči o daljnjim linijama djelovanja (Burnard, 2005). Savjetovanjem možemo pomoći bolesnicima da razumiju i prihvate da su određeni osjećaji normalne posljedice njihove bolesti (Harrison, 2001). To su prije svega vještine slušanja i odgovaranja kako bi potakli bolesnike da dijele svoje emocije o situaciji u kojoj se nalaze. Savjetovanje je proces i zahtjeva kombinaciju vještina, osobnih kvaliteta i postupaka. Vještine savjetovanja imaju važnost u onim kontekstima gdje se ljudi moraju suočavati s velikim promjenama ili prilagodbama; životno ugrožavajuće bolesti, stanja deformiranosti, invaliditeti i razni gubici (funkcije, partnera, potencijala itd.) Dakako, jasno je da savjetovanje ne može riješiti problem, međutim može biti oslonac, pomoć osobi da istraži svoju situaciju i misli i osjećaje koji ju okružuju u atmosferi razumijevanja. Postoje mnogi pristupi savjetovanju; psiho-dinamski, kognitivno-bihevioralni, humanistički itd.. Ključne vještine su parafraziranje i reflektiranje, pojašnjavanje i sažimanje. Također vještine sudjelovanja je moguće izvježbati, misli se na korištenje neverbalne komunikacije, to djeluje podržavajuće na bolesnika. Egan (2001.) opisao je SONOO poziciju prilikom slušanja.

Tablica 15 : SONOO pozicija slušanja prema Egan (2001.)

Ravno sjedenje, uspravno (ne konfrontirajuće licem u lice)	→ mogućnost jasnog predstavljanja lica drugoj osobi
Otvoreno držanje	→ ruke i noge nisu prekrížene, pokazuje otvorenost i zainteresiranost
Naginjanje naprijed	→ lagano, prema drugoj osobi, ali bez pretjerivanja; pokazuje empatiju
Ostvarivanje kontakta očima	→ socijalna vještina, mora biti na prikladnoj razini (više od 20 sekundi je nelagodno, čak može djelovati ugrožavajuće)
Opuštenost	→ ulijeva osjećaj povjerenja, sigurnosti

Postoji razlika između formalnog savjetovanja koje za sada pružaju profesionalni savjetovatelji i terapeuti i korištenja vještina savjetovanja za olakšavanje učinkovite komunikacije što prakticiraju sve medicinske sestre. Treba naglasiti i da savjetovanje nikako nije prenošenje informacija i plastično davanje savjeta, ono ne uključuje rješavanje bolesnikovog problema, ne uključuje preuzimanje odgovornosti za njih, ili davanje lažne sigurnosti.

6.10. Vještine aktivnog slušanja

Vještine aktivnog slušanja uključuju usmjeravanje pažnje na parajezik (način na koji se riječi govore), na neverbalne poruke, da slušamo emocije koje podupiru ono što je rečeno i tišinu, ono što nije izrečeno. Učinkovito slušanje treba biti aktivno, medicinska sestra slušajući mora prilagođavati i interpretirati ono što je preneseno kroz verbalni i neverbalni kanal. Moramo izbjegavati selektivno slušanje; pseudoslušanje (slušanje samo onoga što nam je interesantno) prikrivajući se kroz držanje, govor tijela i prikladne izraze lica, a zapravo smo usmjereni na vlastite misli i interese. Sljedeći izazov je dopustiti tišinu, ne prekidajući je našim komentarima, jer tišina može biti terapijska, dopušta slušaču da skupi svoje misli, reflektira i razmatra

kako dalje. Ipak, ni tišina ne bi trebala trajati predugo, treba procjenjivati granice. Vještine aktivnog slušanja uključuju: korištenje minimalnih verbalnih i neverbalnih poticaja, parafraziranje, često je dovoljno samo ponavljanje nekoliko posljednjih riječi pacijenta kako bi potaknuli nastavak priče, reflektiranje, interpretacija riječi i emocionalnog izraza koji bi mogao biti u pozadini priče (Priest, 2012).

6.11. Znanje potrebno za pružanje informacija

Nije dovoljno samo rutinski davati jednake informacije svim bolesnicima na isti način. Želje i potrebe uvelike se razlikuju od bolesnika do bolesnika. Važno je i spomenuti teoriju lokusa kontrole. Lokus kontrole (lat. *locus*: mjesto i franc. *contrôle*: nadzor), opći je naziv u psihologiji za doživljeni izvor kontrole osobnoga ponašanja i posljedica koje iz njega proizlaze. Osoba s *unutarnjim lokusom kontrole* sklona je preuzimanju odgovornosti za vlastita djela i najčešće vjeruje da je sama odgovorna za ono što joj se u životu događa. Osoba s *vanjskim lokusom kontrole* pripisuje svoje uspjehe i neuspjehe vanjskim silama, okolnostima, djelovanju drugih ljudi i sl. Lokus kontrole ne mjeri stvarno postojanje ili nepostojanje kontrole osobnoga ponašanja, već percepciju pojedinca o njegovu izvoru kontrole. Ispituje se ljestvicom internalnosti–eksternalnosti. Dakle, prema teoriji lokusa kontrole, ljudi sa internim lokusom kontrole vjeruju da su osobno odgovorni, a oni sa eksternim lokusom kontrole vjeruju da su vanjski događaji odgovorni i da su iznad njihove kontrole. Primjerice, bolesnik s internim lokusom kontrole, koji ima predviđen kirurški zahvat, može zahtijevati specifične i detaljne informacije prije operacije te što sve može očekivati za vrijeme zahvata i iza, kako bi možda mogli proučiti još neka istraživanja te imati vid kontrole događaja. Bolesnik s eksternim lokusom kontrole može zahtijevati relativno jednostavne informacije o zahvatu i umirujuće savjete neposredno prije samog čina sa željom da izbjegnu široke informacije da mu ne stvaraju neugodan osjećaj i pritisak (Priest, 2010).

Postoji čitav niz pitanja koja si moramo postaviti prije pružanja informacija; Koju količinu informacijskog sadržaja dati ?, Tko daje određene informacije?, Koja je vrsta,

struktura, oblik podataka?, Koliko informacija (podataka) dati?, Pravovremenost kada dati informaciju?, Frekvencija, koliko često davati informacije?, Povjerljivost, tko treba ili može znati informaciju?

Zdravstveni radnici trebaju imati na umu određena načela prilikom pripreme i pružanja informacija te edukacije bolesnika kako bi se osigurali da su potkrijepljene njihove specifične potrebe. Neka načela su: priprema okoline (privatnost, udobnost, vrijeme), otkrivanje bolesnikovih uvjerenja te razumijevanje istih, predznanje bolesnika te prethodna iskustva i sadašnja očekivanja, davanje specifičnih informacija, izbjegavanje preopćenitih informacija, važne (stresne) informacije ponavljati prema potrebi, najvažniju informaciju dati prvu te je ponoviti i kao posljednju. Provjeriti razumljivost dane informacije, omogućiti edukativni materijal (pisane informacije, slike, dijagrame, demonstracije, prezentacije), pružiti priliku za postavljanje pitanja te parafrazirati važan sadržaj ako je potrebno (Priest, 2010).

7. TERAPIJSKE AKTIVNOSTI (intervencije psihološke njege)

Primjeri psihološke terapije koju provode medicinske sestre za mentalno zdravlje navedeni prema zastupljenosti su: KBT, savjetovanje, rješenju usmjerena terapija, model oporavka, grupna terapija, Dijalektična terapija ponašanja, psihoanalitička terapija.

Prema Nicolasu (2003.) identificirane su temeljne komponente psihološke brige: 1. Informativna i obrazovna uloga, 2. emocionalna skrb, 3. bazično savjetovanje, 4. zagovaranje, uz to dodaje da je potrebno neprekidno praćenje.

Psihološka skrb može se isporučivati na tri razine (nivoa): 1. najniži nivo: osvješćivanje (informiranost) dakle promatranje, slušanje, komunikacijske vještine, sestre moraju osvijestiti bolesnikove psihološke potrebe. 2. intervencije. 3. psihološka terapija (specijalizirane medicinske sestre) (Priest, 2010).

O terapijskoj komunikaciji govorimo kada ona pridonosi:

- usvajanju novih znanja i stjecanju novih vještina od strane bolesnika
- povećanju uvida bolesnika u problem i porastu samosvijesti
- porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja bolesnika u sebe i druge
- autonomiji ličnosti bolesnika i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
- smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja
- otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja bolesnika
- željenoj promjeni u ponašanju bolesnika
- boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama.

Drugim riječima, kroz terapijsku komunikaciju djelujemo na osjećaje, misli i ponašanje bolesnika mijenjajući ih u pozitivnom smjeru. Također, značajni su ciljevi kojima težimo prilikom grupnog psihoterapijskog rada sa bolesnicima.

Ciljevi površinske psihoterapije u grupi:

1. pospješuje se ispoljavanje skrivenih i potisnutih osjećaja
2. osjećaj pripadnosti (osjećaj da nešto dijeli s drugima, da je dio sredine)
3. iskustvo realnosti (bolesnici se počinju zanimati za ambijentalnu realnost, postepeno otkrivaju različite vrijednosti socijalne prilagođenosti)
4. redukcija anksioznosti (osvješćuje da i drugi imaju slične bolesne ideje, slične strahove, impulzivne potrebe)
5. prihvaćanje vlastite ličnosti (prihvaćen od drugih, prihvaća sebe)
6. prihvaćanje drugih ljudi (smanjuje se unutrašnja napetost i bolesnik postaje sposoban više obraćati pažnju na ljude oko sebe)
7. razvija se sazrijevanje ličnosti
8. terapijska grupa kao „idealna obitelj“ (sličnost s obiteljskom zajednicom jedna je od glavnih karakteristika terapijske grupe, bolesti vuku korijene iz odnosa u primarnoj obiteljskoj zajednici, trebaju biti naglašeni oni elementi koji su nedostajali u primarnoj grupi).

8. CILJNA SKUPINA BOLESNIKA

Medicinske sestre moraju posjedovati znanja o pitanjima uobičajenih bolesti koje ograničavaju život, pa imamo bolesnike koji boluju od metastatske onkološke bolesti sa prognozom preživljenja između 12-18 mjeseci s monofazičnim pogoršanjem 2-3 mjeseca prije same smrti. Drugačiji tijek bolesti imaju bolesnici koji umiru od bolesti zatajenja organa (srce, jetre, bubrega), jer je primarna vrijednost funkcionalnog statusa niža i slabljenje je više postupno i isprekidano epizodama akutnog reverzibilnog pogoršanja. Samo trajanje bolesti je dulje, u pravilu oko 2-5 godina. Smrt najčešće nastupa kao posljedica akutne epizode. Treća putanja odnosi se na starije osobe krhkoga zdravlja. Početno funkcionalno stanje znatno je niže, ali se unatoč povremenim fluktuacijama ne mijenja puno. Razdoblje preživljenja je dulje, često 8-10 godina te je teško predvidjeti kad će nastupiti smrt jer joj ne prethodi jasan događaj koji je ubrzava (Braš, 2016). Četvrti je slučaj iznenadna smrt, inače zdrave osobe (srčani, moždani udar, sepsa, trauma, itd), takve su smrti neočekivane pa je i uloga psihološke skrbi mala, osim kao podrška onima koji žaluju.

Psihološke intervencije imaju cilj poboljšanje psihičkog i emocionalnog stanja ove skupine bolesnika, a uključuje potrebu za: razumijevanjem simptoma i naravi bolesti, razumijevanje procesa umiranja, prihvaćanjem, samopoštovanjem bolesnika, uključivanjem u donošenje odluka, osjećajem sigurnosti, osjećajem pripadnosti, ljubavlju i pokazivanjem emocija, duhovnošću i nadom za poboljšanjem bilo kojeg aspekta života.

8.1. Palijativni bolesnici

Približno 1-5 % stanovništva, ovisno o dobnoj skupini i porastu, čine osobe koje imaju progresivne neizlječive bolesti sa smrtnim ishodom kako što su: neizlječivi karcinomi, IV. stadij srčanog zatajivanja, teški oblik KOPB-a, ovisnost o dijalizi zbog bubrežne bolesti, teški oblik demencije itd. Takvim osobama potrebno je liječenje boli, ublažavanje tjeskobe i depresije, komunikacija o dugoročnoj skrbi, o kvaliteti

života, te podrška i stvaranje osjećaja sigurnosti unutar zdravstvenog sustava (Braš, 2016).

Dostojanstveno suočavanje osobe i članova njezine obitelji s neizlječivom i smrtonosnom bolešću pitanje je civilizacijskog dosega današnjice. Intenzivne promjene vezane uz medicinsku etiku dovele su do postupnih promjena uloge bolesnika i razvoja modela suradnog partnerstva te do napuštanja paternalističkog odnosa. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću, prevencijom i olakšanjem patnje ranim prepoznavanjem te suzbijanjem boli i drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. Pristup palijativnoj skrbi mora biti multidisciplinarnan te obuhvaća obitelj, bolesnika i zajednicu (Brajković i sur., 2016). Definicija palijativne i hospicijske skrbi prema EAPAC (European Association for Palliative Care) glasi: Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb o bolesniku čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite; zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti. U Europskoj regiji u svakom trenutku više od 320.000 onkoloških i 285 000 neonkoloških bolesnika treba skrb.

Kada ljudi proživljavaju završnu fazu svojega života različito emocionalno reagiraju. Čovjekova pozornost sve je usmjerena prema sebi, tražeći svrhu i smisao života. Bolesnici su zabrinuti za svoje obitelji i žele im smanjiti teret. Intervencije se ne usmjeravaju samo na oboljeloga već i na obitelj, a nastavljaju se i nakon bolesnikove smrti u obliku suporta žalujućima.

Intervencije psihološke njege kod palijativnog bolesnika, stručna komunikacija koja povećava skrb za bolesnika, pravodobno davanje relevantnih informacija bolesniku u skladu s njegovim potrebama, savjetovanje, uloga zastupnika korisnikovih interesa. Temeljna uloga je dostupnost, prihvaćanje, razumijevanje i slušanje. Odgovornost

medicinske sestre je štititi bolesnika i njegovu sigurnost, osigurati mu privatnost i očuvati dostojanstvo te štititi bolesnikova prava, načela i vrijednosti (Braš 2016).

Psihološka skrb omogućuje pojedincu da slobodno izrazi svoje misli, osjeća je i nedoumice i strahove koji se odnose na bolest, a uključuje sestrinsku procjenu individualnih potreba i resursa za suočavanje s bolešću. Kod bolesnika s neizlječivom bolešću nastojimo postići što aktivnije suočavanje u svrhu uspješne prilagodbe situaciji. Medicinske sestre moraju biti pripremljene za izražavanje najrazličitijih emocija kod teških i neizlječivih bolesnika. U akutnim reakcijama, bolesnici mogu pokazivati nevjericu, biti u stanju emocionalnog šoka, anksiozni, depresivni, imati snažan osjećaj krivnje, biti u sanju potiskivanja, poricanja, imati velike projekte u planu itd. Sve te emocije treba prihvaćati sa uvažavanjem, prepoznavati im uzrok. Bolesnik može biti i prezahtjevan, ljutiti se, biti u stanju distresa, regresivan, nesposoban za donošenje odluka, i tu je pristup identičan, potrebno je aktivno pružati podršku. Kronične emocionalne reakcije s kojima se možemo susretati su patnja i demoralizacija. Patnja se često poistovjećuje sa boli, takvog bolesnika treba pokušati reintegrirati. Kroz grupne terapije intervencije medicinskih sestara pružaju osjećaj jednakosti, univerzalnosti, osjećaj da pomažu sebi kroz pomaganje drugima, osjećaj pripadanja velikoj skupini. Potporne, relaksacijske i kognitivne terapije mogu i smanjivati bol. Terapija tišinom nastupa na kraju života, kada je prekasno za riječi i za sve terapijske intervencije i kada tijelo mirno prestaje sa funkcioniranjem, tada je potrebno pružati podršku tišinom i samo sjediti pored bolesnika.

8.2. Psihijatrijski bolesnici

Hospitalizacija za psihijatrijskog bolesnika predstavlja čitav niz psiholoških doživljaja, najčešće su to strah, nepovjerenje, napetost i bezvoljnost. Bolesnik s psihičkim tegobama često je nekritičan spram svoje bolesti, vrlo dobro opaža okolinu i prilično je osjetljiv na neverbalne poruke medicinske sestre i drugih članova terapijskog tima. Prati našu mimiku i prema njoj zaključuje kakvo je naše stvarno mišljenje o onome o

čemu govorimo. O kvaliteti interakcija s medicinskom sestrom i njenom odnosu prema bolesniku, uvelike ovisi kako će bolesnik prihvatiti bolničku sredinu. Prihvatanjem bolničke sredine bolesnik ujedno prihvaća liječenje koje mu je potrebno i time se obično njegov odnos prema bolesti i samom sebi mijenja u pozitivnom smjeru. Nerijetko psihijatrijski bolesnici razvijaju i komorbiditete bolesti stoga je nužno cjelovito promatranje, uočavanje i praćenje bolesnika (Lončar, 2007). Primjerice, bolesnici oboljeli od PTSP-a većinom imaju klinički prepoznatljive simptome anksioznog ili depresivnog poremećaja, a rjeđe i bolest ovisnosti (Kušević, 1999).

Cjelovito promatranje bolesnika i praćenje stanja duševnog bolesnika medicinske sestre čine kroz:

- praćenje vanjskog izgleda, držanja i ponašanja
- analizu verbalne i neverbalne komunikacije (brzina govora, fluentnost/tečnost, prisutnost bizarnih sadržaja, intonacija, ritam, pogled, mimika, gestikulacije, stereotipije)
- promatranje bolesnika s obzirom na njegove kognitivne funkcije (stanje svijesti). Razlikujemo kvalitativni poremećaj svijesti (delirij, sumračna stanja, fuge, somnambulizam) i kvantitativni poremećaj svijesti (somnialencija, sopor, koma).
- praćenje i uočavanje prominentnih psihijatrijskih simptoma: poremećaj mišljenja – formalni poremećaj mišljenja (oduzimanje misli, disocirano mišljenje, „salata od riječi“, raspad jasnoće pojmova) i sadržajni poremećaj mišljenja (sumanute misli, nerealne misli); obmane osjetila – uočavanje halucinacija kod bolesnika (vidne, slušne, tjelesne, njušne)
- procjene raspoloženja i afektivno-voljnih funkcija (hipobulija, abulija, ambivalencija, afektivna krutost, mržnja, bijes, strah, anksioznost, paratimija i paramimija)
- promatranje bolesnika s obzirom na psihomotoriku (hipokinezija, akinezija, hiperkinezija, katatoni nemir, stereotipije, manirizmi)

- uočavanje nuspojava psihofarmakoterapije
- praćenje bolesnikova uključivanja u oblike socioterapije
- promatranje bolesnika s obzirom na njegove vitalne funkcije i eventualne somatske bolesti.
- uočavanje simulacije, agravacije, disimulacije.

Simulacija je prikazivanje simptoma bolesti koji stvarno ne postoje (npr. bolesnik tvrdi da ima povišenu temperaturu). Simulacijom bolesnik obično nastoji postići neki cilj, npr. izbjeći otpust iz bolnice. Važno je razlikovati simulaciju od hipohondrijskih ideja - zbog kojih bolesnik doista vjeruje da je teško bolestan.

Agravacija je prikazivanje simptoma težim nego što stvarno jesu.

Disimulacija je prikazivanje svog stanja znatno blažim ili boljim nego što ono stvarno jest. Osoba može imati i djelomičan uvid u svoje stanje (uvid je kritičnost bolesnika prema svojim tegobama), može primjećivati svoje simptome, a ne tražiti pomoć ili ne prihvaćati liječenje (Begić, 2014). Karakteristično je za suicidalne bolesnike da disimuliraju kako bi bili otpušteni iz bolnice i učinili suicid, ovisnici također. Paranoidni bolesnici imaju osjećaj da ih netko progoni (to može biti i medicinska sestra ili liječnik), disimuliraju kako bi „pobjegli od nekoga“, bili otpušteni iz bolnice.

8.3. Onkološki bolesnici

U praksi se pokazalo značajno i neophodno pružiti sveobuhvatnu kvalitetnu edukaciju o samoj bolesti te čitav niz informacija kao i konstantnu psihološku i emocionalnu skrb. Medicinske sestre kompetentne su pružati verbalnu i pisanu informaciju i savjete kao i suport. Kod onkoloških bolesnika iznimno je važna upravo pisana informacija, naročito kod novo dijagnosticiranih bolesnika koji zbog iznimne razine stresa ne mogu zadržati mnogo novih informacija. Upravo medicinske sestre imaju ključnu psihosocijalnu ulogu u tretmanu onkološkog bolesnika od postavljanja dijagnoze pa do krajnjeg palijativnog liječenja. U radu s onkološkim bolesnicima

neophodno je biti dobar komunikator i imati dobre vještine procjene kako bi s bolesnikom i obitelji razvili kvalitetan, stručan i odnos temeljen na povjerenju. Bolesnici u takvom podržavajućem odnosu mogu smanjiti psihološku napetost i neke fizičke simptome te povećavati kvalitetu života. Mogu jačati mehanizme suočavanja s bolešću te često kroz razgovor sa sestrama i drugim pacijentima prorađivati svoju zabrinutost te načine kako se psihološki nositi s boli te ostalim neugodnim simptomima bolesti. Prema jednoj studiji (Kenny, 2007) nađeno je kako 60 % bolesnika s onkološkom dijagnozom ima većih teškoća sa psihološkim problemima, što nije uvijek prepoznato i adekvatno liječeno. U njezi onkoloških bolesnika osim tjelesnih simptoma uključujemo i socijalne, kognitivne, duhovne, emocionalne potrebe te teškoće u svakodnevnom funkcioniranju. Isto tako teškoće u psihološkoj simptomatiki te pojavu boli. Strukturirana procjena sestara omogućuje rano identificiranje onih bolesnika kod kojih postoji rizik za slabiju prilagodbu. To nas usmjerava na korištenje onih intervencija koje će poticati osjećaj optimizma te u konačnici poboljšati kvalitetu života s ostalim članovima obitelji. Medicinske sestre su u jedinstvenoj poziciji stalnog nadziranja onkološkog bolesnika, isto tako u konstantnom je praćenju odnos njegove obitelji. Teškoće emotivne naravi mogu se javiti u bilo koje vrijeme tretmana, neovisno o napretku liječenja ili oporavku. Definiramo ih kao promjenu u razmišljanju, osjećajima i ponašanju, a javljaju se kao odgovor na dijagnozu, prognozu, liječenje i/ili neke druge događaje u tijeku tretmana. (Grimm, 2005).

Kao što je bolesnik individua za sebe tako je i put i tijek bolesti jedinstven i nema univerzalnog pristupa i odgovora na liječenje svih bolesnika s istim tipom raka. Da bi pružali dobru psihološku skrb onkološkim bolesnicima najvažnije su komunikacijske vještine, kako verbalne tako i neverbalne. Komunikacija u kontekstu onkološke bolesti uključuje opće interakcijske vještine, transfer empatije i podrške te pružanje onih informacija koje bolesnik može primiti, razumjeti i zadržati. Odnos koji se izgrađuje s bolesnikom temeljen je na povjerenju, otvoren je i iskren, uključuje razumijevanje, osjećaj prisutnosti, osjećaj poštovanja. Postavljaju se zajednički ciljevi i pruža se psihološka podrška; suport (Ritchie 2001.) Neverbalna komunikacija je iznimno naglašena u radu s onkološkim bolesnicima, oni će jako pratiti nijanse na

našim licima, grimase te geste kako bi uočavali pokazatelje dobrih ili loših vijesti. Kvaliteta odnosa između medicinske sestre i onkološkog bolesnika varirat će ovisno o dobi i spolu, stoga može biti razlike u taktici tj. pristupu u raspravi o problemu bolesnika različite dobi. Najčešće psihološku bol bolesnicima uzrokuju simptomi anksioznosti i depresije, zatim osjećaj socijalne izoliranosti, beznađa, očaja, nisko samopoštovanje te poremećena seksualnost. Javljaju se i osjećaji straha od napuštenosti, samoće, preplavlivanja, straha od unakaženosti te nemoći, od gubitka kontrole nad tjelesnim funkcijama, strah od boli, od ovisnosti o drugoj osobi, strah od odbacivanja i odvajanja, strah od smrti. Često su problemi seksualne naravi marginalizirani, medicinske sestre trebaju češće raspravljati o tom problemu s bolesnicima, biti otvorenije i senzibiliziranije. Prepreke koje ustručavaju sestre od rasprave su: strah od zadiranja, strah da ne povrijede bolesnika, pogrešno uvjerenje da su onkološki bolesnici previše bolesni, da nisu zainteresirani, uvjerenja da njihova tijela koja su bila podvrgnuta operacijama nisu dovoljno atraktivna, nedostatak odgovarajućeg iskustva tj. vještina, kulturološki problemi (homoseksualni bolesnici), dob pacijenta, prisutstvo treće osobe, strah od otkrivanja potencijalno dubljeg problema, npr. zlostavljanje ili teških odnosa). Emocionalna podrška onkoloških bolesnika sastoji se u tome da im se daje prilika da govore o svojoj bolesti, da izražavaju i identificiraju osjećaje anksioznosti i da razumiju povezanost između simptoma i bolesti, medicinske sestre to čine na način da slušaju, savjetuju, odgovaraju na pitanja i objašnjavaju nesporazume te da zajedno identificiraju osobne resurse i strategije za suočavanje.

Duhovno blagostanje je subjektivno iskustvo koje se događa unutar ili izvan tradicionalnih religijskih sustava te se posebno pobuđuje „na kraju života“ kad bolesnici traže svrhu i smisao, stoga i problemu duhovnosti treba proaktivno pristupati u bolnicama. Duhovnost je najjači prediktor socijalne dobrobiti, a i značajan prediktor emocionalnog i funkcionalnog blagostanja u kvaliteti života onkološkog bolesnika i njegove obitelji (Mazanec i sur., 2010). Elementi duhovnosti su vrijednosti i vjerovanja, iskustva, pretpostavke, životni dosezi, snovi, odnosi, misli i emocije, tada se javljaju mnoge duhovne želje; želja za pomirenjem, oprostom, želja da ostanu u

svježem sjećanju. Razvijaju se i mnogi duhovni strahovi, strah od smrti, strah od boli, od otuđivanja, usamljenosti, nepoznatog i strah od napuštanja.

Bolesnici imaju različite stilove suočavanja: optimisti imaju tendenciju da koriste strategiju aktivnog rješavanja problema kada se suoče sa stresorom dok pesimisti uglavnom koriste izbjegavanje suočavanja sa problemom. Ako medicinske sestre interveniraju na način da jačaju optimizam smanjivanjem negativnih misli, možda bi to moglo pomoći u adaptacijskim mehanizmima suočavanja bolesnika s dijagnozom tumora. Naime, ako dobro procijenimo tj. identificiramo strategije suočavanja svakog bolesnika zasebno, možemo planski utvrditi koju vrstu i obim psihološke skrbi mu trebamo omogućiti. Plan psihološke skrbi uključuje refleksiju, reevaluaciju ciljeva, pronalaženje smisla i razvoj novih ciljeva. Ciljeve moramo revidirati na način da su fleksibilniji i realniji te da pobude motivaciju kod bolesnika da postiču dostižne ciljeve. Cilj nikako nije biti isključivo zdrav ili koristiti samo lijek, već postizanje najbolje moguće kvalitete života. Fokusiranje na dostižne ciljeve može promicati osjećaj smisla i osobne kontrole. Medicinske sestre moraju pronaći ravnotežu između surove istine i njegovanja i podupiranja nade, ali nikako ne bi smjele poticati lažnu nadu u izlječenje kada to nije moguće (Legg, 2011). Kako simptomi bolesti te posljedice i nuspojave liječenja uzrokuju značajne promjene u tjelesnom izgledu, kognitivnom, socijalnom i psihičkom funkcioniranju, oboljelim bolesnicima vrlo je teško priviknuti se na novu sliku vlastitog tijela kao i prihvatiti da nisu jednako uspješni u obavljanju nekih zadataka kao ranije.

U suportivnim grupama psihološke njege mogu se obrađivati teme poput komunikacije (sa liječnicima, obitelji, kolegama na poslu i prijateljima), promjene u odnosima i ulogama, promjene u ponašanju, problemi seksualne naravi, kako se nositi sa stresom i frustracijom, kako sliku imaju o sebi, kako postavljati nove ciljeve, revidirati prioritete, ukazivati im na tuđa iskustva i nošenje sa problemima, poticanje katarze (emocionalnog rastereta), smanjivanje osjećaja usamljenosti, izoliranosti kroz druženje u grupi, te im davati uvid kako da bolje razumiju sebe.

9. ULOGA TIMA

Bolna proživljavanja bolesnika zbog iznenadnih onkoloških bolesti ili pak dugoročnih kroničnih oboljenja praćena su strahom od smrti. Takav vid patnje zasigurno je praćen stresom. Bolesnici se često nađu nepripremljeni za novonastale situacije, stoga im se rapidno narušava samopouzdanje, a mogu im se javiti i reaktivna sjećanja na prijašnja bolna iskustva ako su ih imali. Slijedom toga, jedini mogući ispravni pristup bolesniku je sveobuhvatni, interdisciplinarni. Suradnja bi trebala biti u kontinuitetu i uključivati čitav niz stručnjaka zaduženih za određene segmente medicinskog djelovanja. Medicinski tim obuhvaća grupu koja uključuje članove nadopunjujućih znanja i vještina, a koji imaju zajednički cilj koji trebaju doseći, pritom su članovi međusobno odgovorni jedni drugima. Medicina je timski rad u kojem liječnici i medicinske sestre s ostalim zdravstvenim djelatnicima žive i dijele zajedničke uspjehe i neuspjehe, pritom proživljavajući teške trenutke bolesti svojih bolesnika, dijeleći svoje emocije i intimu s drugim članovima tima, isto tako dijeleći svoje i prihvaćajući uspjehe drugih bez osjećaja rivalstva i kompeticije. Nužno je kreirati timsko ozračje pogodno za zajedničko dijeljenje skrbi i brige za bolesnika, a ono ovisi o dobroj i pravodobnoj komunikaciji i sposobnosti članova medicinskog tima da dijele o bolesniku specifične i važne informacije, kao i odgovarajuće medicinsko znanje (Schwartz, 2000). Kako se ovdje radi o timu stručnjaka različitih profila koji rade prema određenim pravilima u determiniranoj organizaciji s jasno određenim ciljem, prilika je da se medicinske sestre profiliraju kao ravnopravni stručnjaci koji mogu aktivno sudjelovati i timski doprinostiti u okviru svojih kompetencija za koje su sve stručnije i za koje posjeduju licence. Medicinske sestre trebale bi biti adekvatno uključene u psihološkoj skrbi za bolesnika jer imaju višestruka stečena znanja i vještine, međutim, u realnom kontekstu današnjice još je potrebno zadobiti povjerenje od ostalih stručnjaka (psihologa, psihijatara i ostalih zdravstvenih stručnjaka). Vrijeme je da svoje stečene kompetencije medicinske sestre i primjenjuju te da se dokazuju kroz praktični rad. Uska suradnja i maksimalna iskorištenost kompetentnog kadra zasigurno ima benefite u terapijskom radu s bolesnikom.

10. PROBLEMI PRILIKOM PRUŽANJA PSIHOLOŠKE NJEGE

Često se nameću pitanja; da li se mogu te sposobnosti naučiti ili se razvijaju kroz iskustvo? Mogu li svi razviti sposobnost pružanja psihološke njege? Kako bi zdravstveni stručnjaci trebali biti pripremljeni da razumiju i odgovore na psihološke potrebe?

1. Prema nekim istraženim slučajevima uviđa se problem loše komunikacije i razmjene potrebnih informacija između stručnjaka i bolesnika, ali i u međusobnoj komunikaciji stručnjaka i to u većoj mjeri nego eventualno loše liječenje ili zdravstvena skrb.
2. Postoji mogućnost sukoba između stručnjaka različitih profila, primjerice klinički psiholozi preispituju prava medicinskih sestara na korištenje psiholoških instrumenata jer ih smatraju isključivo područjem psihologije. Takva neslaganja oko prirode posla pojedinih struka stopiraju napredak u kvaliteti pružanja psihološke skrbi, stoga je neophodno smanjiti negativni utjecaj profesionalnih razlika prilikom pružanja skrbi.
3. Vještine slušanja, opažanja, pružanja empatije i komunikacije mogu se svrstati kao temelj za njegovu općenito, a ne samo specifično za pružanje psihološke njege. Međutim još je Wilson-Barnett (1988.) smatrao da je pružanje informacija, podučavanje i savjetovanje tipične psihološke intervencije te da pružatelji moraju biti sposobni procijeniti i opservirati psihičko stanje bolesnika kako bi identificirali problem i praktično intervenirali.
4. Isto tako, medicinske sestre su identificirale i druge barijere u provođenju psihološke terapije; nedostatak povjerenja, niskomoralne osobine osoblja, nedostatak međusobne potpore između sestara, niža razina obrazovanja osoblja, nemogućnost usavršavanja, neadekvatna podrška sestara u menadžmentu (Priest, 2005).
5. Strategija obrazovanja poprilično je skupa u smislu ljudskih i materijalnih resursa.

6. Stjecanje vještina unutar nastavnog plana i programa teže je dokazati tj težinski poistovjetiti sa praktičnim i kliničkim vještinama.
7. Nedostatak praktičnih smjernica uzrokuje poteškoće u pretvaranju pojma psihološke njege u praktične alate u terapijskom radu.
8. Ekonomski pritisci u zdravstvu

11. TERAPIJSKI POSTUPAK „PSIHOLOŠKA NJEGA“

Psihološka njega različita je u mnogočemu od psihoterapije, međutim možemo reći da je ona njena preventivna aktivnost. Profesionalni pristup u individualnom radu prema bolesniku postiže se korištenjem vještina empatije, razumijevanja, tehnikama umirenja bolesnika, refleksijom, pružanjem suporta, savjetovanjima te komunikacijskim vještinama (Legg, 2011). Isto tako, neophodne su vještine psihološke procjene, vještine emocionalne njege, vještine aktivnog slušanja te adekvatno pružanje informacija. Ako je medicinska sestra educirana za neki vid grupnog terapijskog rada važno je da razumije glavne značajke grupe za pacijenta. Prema Samson and Marthas (1990.) funkcije grupnog rada su: 1. socijalizacija 2. suport 3. izvršenje zadatka 4. razvijanje prijateljstva 5. davanje/primanje informacija 6. usvajanje normi 7. osnaživanje 8. upravljanje sobom.

Tablica 16. Definirani postupak „psihološke njege“ uključuje:

INDIVIDUALNI RAD	GRUPNI RAD
→ psihološka procjena	a) edukacijske grupe o osnovnoj bolesti → bolesnika → obitelji
→ savjetovanje (suport)	b) psihoedukacijske grupe bolesnika
→ aktivno slušanje	c) suportivne grupe → bolesnika → obitelji
→ davanje informacija	d) grupna psihoterapija (završena edukacija)
→ poticanje suočavanja	e) relaksacijske grupe, grupni autogeni trening (završena edukacija)
→ edukacija o osnovnoj bolesti (edukativne grupe)	f) grupna kognitivno- bihevioralna terapija (završena edukacija)
→ problemu usmjerene aktivnosti	

Tablica 17. Implementacija „psihološke njege“ u praksi

Implementacija psihološke njege u praksi;	
Broj postupaka „psihološke njege“	→ bilježi se 1 terapijski postupak u danu
Gdje se vrši postupak „psihološke njege“:	→ na odjelima gdje se skrbi o psihijatrijskim bolesnicima, onkološkim bolesnicima te palijativnim bolesnicima (potkrijepljeno adekvatnom dijagnozom prema MKB-u), iako je potreba za psihološkom njegom nužna svim bolesnicima, na svakom radilištu
Izvršitelji postupka „psihološke njege“	→ prvostupnica sestrinstva uz mentora → prvostupnica sestrinstva samostalno → diplomirane psihijatrijske medicinske sestre → magistre sestrinstva
Mentori provedbe postupka „psihološke njege“	→ magistre sestrinstva → diplomirane psihijatrijske medicinske sestre

Ako prvostupnice sestrinstva u samostalnom radu s onkološkim, psihijatrijskim i palijativnim bolesnicima imaju manje od tri godine iskustva predlažem da su pod mentorskim supervizijom narednih godinu dana. Tada postaju punopravne članice tima koje su potpuno kompetentne izvršavati i registrirati postupak „psihološke njege“.

Krajnji željeni ishod terapijskog postupka „psihološke njege“ jest da ona dobije svoj značaj i ulogu u praksi, da se ozbiljno shvati takva vrsta psihološkog pristupa bolesniku, te da se upotrebljavaju sve gore nabrojene kompetencije naših medicinskih sestara. Imamo značaj broj educiranih medicinskih sestara sa petogodišnjim studijima, krajnje je vrijeme da se aktualizira zdravstveni sustav i da se

učine korekcije. Korist bi osjetili i ostali članovi zdravstvenog tima u svakodnevnom radu, a krajnji korisnici usluga, bolesnici, će nadam se na budućim istraživanjima moći izražavati svoja mišljenja.

Predlažem kao buduće korake:

- izrada dodatnog edukativnog modula za pojačavanje znanja i kompetencija potrebnih za širenje palete usluga kroz postupak „psihološke njege“
- aplikacija terapijskog postupka „psihološke njege“ prema HZZO-u (Ministarstvu zdravlja) za odobrenje šifre vrednovanja
- pravnu implementacija u praksi
- administrativni unos obračuna postupka za pojedinog bolesnika prema navedenim kriterijima
- veću dostupnost izobrazbi medicinskih sestara za usavršavanje u grupnom radu
- mogućnost pojačanu uključenost medicinskih sestara u grupno-terapijski rad kao koterapeute, radi stjecanja iskustva

Idealno bi bilo, kada govorimo o budućim vremenima, da su na radilištima gdje se pruža skrb onkološkim, psihijatrijskim i palijativnim bolesnicima tokom smjene bila dostupna barem jedna prvostupnica sestrinstva ili diplomirana medicinska sestra kako bi bolesnici primati konstantnu psihološku skrb.

12. MOGUĆNOST USAVRŠAVANJA

Prijedlog programa za nastavak edukacija medicinskih sestara:

- 1) Programi edukacije izobrazbe iz grupne psihoterapije medicinskih sestara i tehničara.
- 2) Programi edukacije iz KBT-a
- 3) Programi edukacije tehnika relaksacije (autogeni trening)
- 4) Dodatna edukacija iz psiholoških znanja

Magistre sestrinstva također stječu određena znanja korisna za pisanja projekata, stoga predlažem hrabrost, kreativnost i motiviranost za izradu istih s ciljem unaprjeđivanja sestrinske profesije.

Predlažem u budućnosti provesti Upitnik o motiviranosti medicinskih sestara (prvostupnica sestrinstva, diplomiranih medicinskih sestara te magistra sestrinstva) o pohađanju daljih edukacija iz područja psihološke njege.

13. PREGLED ISTRAŽIVAČKIH RADOVA

Primjer 1.

U istraživačkom radu J.E.Fishera (2014.) razmatra se prakticiranje psihološke terapije od strane medicinskih sestara za mentalno zdravlje (MHNs) u staračkom domu kod osoba sa ozbiljnom mentalnom bolešću. U radu su odabrane dvije metode istraživanja; Delphi istraživanje korisnika psihološke terapije i stručnih medicinskih sestara za mentalno zdravlje te online anketni upitnik za medicinske sestre za mentalno zdravlje koje provode KBT u praksi. Istraživanje je provedeno na 528 MHNs u Australiji (oko 5 % od ukupno MHNs). To predstavlja adekvatno reprezentativan uzorak iako nije uzorak slučajan. Upitnik je razvijen iz Delphi ankete i prethodnih istraživanja te procjenjuju korištenje i stavove, prema psihološkoj terapiji i KBT-u, koje provode medicinske sestre za mentalno zdravlje. Rezultati ukazuju da je 93 % MHNs izrazilo podršku u primjeni psihološke terapije. Zaključili su kako postoji snažna i opravdana potražnja za obrazovanjem i osposobljavanjem u primjeni psihološke terapije. Isto tako, identificirali su brojne prepreke za provođenjem psihološke terapije. U rezultatima drugih studija korisnika vidljivo je da su bolesnici, koji su bili podvrgnuti KBT terapiji, imali ishodišno bolji uvid u svoje stanje te manje negativnih simptoma. Kada gledamo medicinske sestre za mentalno zdravlje, njih 23 % ispitanih izrazilo je želju za korištenjem psihološke terapije u svojoj svakodnevnoj praksi, 74 % ispitanih već imaju formalnu obuku za primjenu psiholoških tehnika, a 94 % čitalo je određenu literaturu (članke, časopise, knjige) o psihološkoj terapiji unazad godinu dana. Problem u pružanju KBT je taj da nemaju svi identično formalno obrazovanje u javnim i privatnim ustanovama. Također, 48 % ispitanih složilo se da ne rade savjetovanja jer smatraju da nemaju sposobnosti ili vještine (njih 44 %), nadalje, 85 % ispitanih smatra da bi edukacija o KBT trebala biti na raspolaganju svim MHNs i vježbenicima i medicinskim sestrama koje moraju imati određeno znanje da bi provodile savjetovanja.

U zaključku MHNs priznaju neravnotežu između biomedicinske skrbi u praksi i povećanih administrativnih zahtjeva. MHNs su opazile da na kvalitetu njihove njege utječu faktori na koje one ne mogu utjecati, stoga se tu zadire u njihove moralna

načela. Medicinske sestre su motivirane provoditi psihološku terapiju u praksi, također medicinske sestre zauzele su stajalište da su bolnice na skrb o mentalnom zdravlju usredotočene uglavnom na liječenje i upravljanje rizicima što znači da sestrinska praksa još uvijek dominira uglavnom kroz primjenu lijekova i vođenje prekomjerne dokumentacije te praćenje pacijenata. (J.E.Fisher 2014.).

Primjer 2.

H.M. Priest (2005.) navodi kako je univerzalno prihvaćeno da se sestrinska njega oslanja na pojam holističke njege, tu se medicinske sestre ne oslanjaju samo na fizičke potrebe već i na njihove psihološke, socijalne i duhovne potrebe. Međutim, medicinske sestre praksi ne prepoznaju uvijek sve psihološke potrebe bolesnika niti adekvatno na njih odgovaraju. To može biti dijelom zato što ne razumiju u potpunosti koncept psihološke skrbi.

H. M. Priest (2005.) u svom radu koji pomaže studentima sestinstva da prepoznaju i odgovaraju na potrebe tjelesno oboljelih bolesnika te predlaže implikacije za izradu kurikuluma. Priest također ističe da treba napraviti projekt za poseban pristup u kurikulumu jer u osnovnom obrazovanju, gdje je tradicionalni linearni pristup, pruža se malo prilika studentima da samostalno istraže kako bi se mogli nositi sa iznenadnim zahtjevima, nepredvidivim ili nejasnim situacijama. Takve situacije zahtijevaju da se nauče nositi sa vlastitim intuitivnim osjećajima te ih onda konstruktivno koristiti u praksi. Postoje mogućnosti za razvijanje vještina komunikacije, davanje informacija, vještine opserviranja kroz vježbe i uz feedback. Isto tako, vježbe asertivnosti dobar su alat za medicinske sestre u izazovima koje pruža bolesnikovo okruženje. Dobro bi bilo proći što više iskustvenih grupa, radionica (učenja) da imaju i osobno psihološko iskustvo. Skrb, tj njegovanje moguće je simulirati i kroz igranje uloga ili putem „problemu usmjerene nastave“, međutim, osobni i profesionalni razvoj uvelike bio olakšan ako bi se imalo iskustvo malih grupa. Zaključno, prema istraživanu Priest (2005.) medicinske sestre koje su pružale pravovremenu i učinkovitu psihološku njegu, osigurale su da je dobrobit za bolesnike bila održana, a anksioznost smanjena. Bolesnici su osjećali određenu sigurnost i bili osnaživani unutar okvira osnovne bolesti.

Primjer 3.

Pam Smith i Benjamin Gray (2001.) u svom istraživačkom radu govore o emocionalnom naporu sestara. Prema metodološkoj pilot studiji praćenoj 6 mjeseci sažeta su tri empirijska kvalitativna načina prikupljanja podataka iz tradicionalnih društvenih znanosti:

1. Etnometodologija - grana sociologije koja proučava svakodnevne ljudske reakcije, strukturu i međusobne interakcije unutar određene grupe. Ovdje se opaža mišljenje članova i njihove svakodnevne životne aktivnosti, istražuje se način na koji ljudi doživljavaju smisao života i doživljaj drugih ljudi oko sebe. To znači da se treba usredotočiti na način na koji sestre pružaju njegu pacijentima i reflektira se na brigu koju oni pružaju bolesnicima.

2. Utemeljena teorija je kolekcija činjenica temeljena na sestrinskoj osnovi te daju uvid u procese povezane sa emocionalnim radom.

3. Feminističke metode u zdravlju su osobito relevantne, jer su većine ispitanih u istraživanjima žene, feminizam je zato koristan kao pogled na rodnu podjelu rada, zanimljivo je vidjeti usporedbu sa radom u nekom drugom zanimanju, a isto tako i očekivanja drugih vezano za uglavnom „žensko zanimanje-medicinska sestra“.

U nalazima kvalitativne analize podataka studenata i medicinskih djelatnika kako vide emocionalni rad i kako bi ga opisali i definirali dobili su se ovi odgovori. Medicinske sestre emocionalni rad opisivale su kao „kontinuirani kontakt“, osjećaj 24-satne dostupnosti bolesniku i njegovoj okolini te pružanje bolesnicima osjećaj sigurnosti, te osjećaj ugone kao da su kod kuće. Sestre moraju promatrati i prepoznavati kako se bolesnik osjeća da bi im pružale adekvatnu potporu u pravom trenutku. Ključni dio posla u emocionalnom radu je shvatiti bit što bolesnik hoće, tj. koja je njegova nužna emocionalna potreba.

Emocionalni rad identificiran je kao socijalni i društveni jer bolesniku treba stvoriti osjećaj kao da je kod kuće tj. odjelno okruženje trebalo bi se temeljiti na nekom „kućnom, obiteljskom modelu“ kako bi se osjećali ugodnije i sigurnije. Dobar mentor u

praksi će moći prezentirati ostalim studentima (radnicima bez iskustva) kako se profesionalno postaviti kod raznim emocionalnih stanja bolesnika, prepoznavati kako profesionalno okruženje utječe na obiteljsko okruženje, dakle kako povezivati privatna i javna emocionalna reagiranja u struci. Treba praktično pokazati kako prepoznavati i intervenirati u raznim emocionalnim stanjima bolesnika jer različiti su zahtjevi bolesnika, a pristup je individualni, stoga je ulaganje u mentorstvo je korisno uloženi novac.

Fokus rada na psihijatrijskom odjelu je definiran oko odnosa i osjećaja i kako njima sustavno upravljati. Nerijetko se razmatra i kako bolesnikov problem utječe na osjećaje medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu u usporedbi s drugim odjelima, izuzev onkoloških odjela gdje je psihološka skrb za bolesnika usmjerena jednako bez obzira na prouzročene osjećaje kod medicinske sestre. Mogući problem je javljanje burn-out sindroma kod medicinskih sestara i tada one više ne mogu pružiti ništa emocionalno bolesniku, što je značajno u terapijskom radu.

Istražuje se emocionalna skrb, dakle ono što se često vidi kao prešutno i kao vještine temeljne na iskustvu, a koje nisu sistematizirane. Nužno je osigurati sustavnu podršku i inovativan pristup u praksi i obrazovanju razvijen od pružatelja usluga i predavača kako bi imali što kvalificiranije osoblje koje će praktično djelovati u svome radu.

Svako daljnje istraživanje i komplementarni okviri dužni su uhvatiti se u koštac s konceptualnom složenošću definiranja psihološke njege. Potrebno je razvijati dobre teorijske okvire, kako bi razumjeli specijalizirane vještine upravljanja emocijama i kako bi mogli ilustrirati različite načine emocionalne skrbi u odnosu medicinska sestra-bolesnik. Navode se dva komplementarna modela: 1. „Critical Companionship“ – mentorski odnos temeljen na povjerenju i podršci, gdje mentor pod pretpostavkom da ima više iskustva mentorira onog kolegu sa manje. To je jedan od načina da medicinske sestre steknu znanje i vještine za adekvatnu njegu oko bolesnika. 2. „Containment“ – energetski prostor između terapeuta i bolesnika, to je atmosfera (ugodaj) koju terapeut stvara kako bi ulio osjećaj sigurnosti i kako bi se bolesnik lakše suočavao sa vlastitim emocijama. (Smith i Gray, 2001).

14. ZAKLJUČAK

Medicinske sestre psihološkom njegom razvijaju bolji terapijski odnos izgrađen kroz psihološku, socijalnu i duhovnu skrb. Osnaživanja bolesnika kroz podršku, edukaciju i psihoedukaciju omogućava im osjećaj kontrole. Psihološko zdravlje pojedinca je briga medicinskih sestara na svim razinama; srednjih, prvostupnica sestrinstva, diplomiranih psihijatrijskih medicinskih sestara te magistra sestrinstva. Profesionalni pristup u radu postiže se korištenjem vještina empatije, razumijevanjem transfera i kontratransfera, te razumijevanjem vlastitih emocija kako bi mogli razumjeti bolesnikove emocije i ispravno ih tumačili, zatim korištenjem tehnika umirenja bolesnika, refleksije, psihoedukacije, savjetovanja, suporta te komunikacijskih vještina.

Doživljaj psihološke potrebe ne smije biti samo po sebi nepoželjno stanje tj nedostatak koji nužno iziskuje korektiv. Sama potreba ne predstavlja nužno problem, ako može biti zadovoljena i prihvaćena na adekvatan način te rezultirati pozitivnim ponašanjima i emocijama.

Prikladne intervencije doprinose bržem oporavku, poboljšava se zadovoljstvo bolesnika, skraćuje se boravak u bolnici te je smanjeno korištenje drugih medicinskih usluga. Prema istraživanu Priest medicinske sestre koje su pružale pravovremenu i učinkovitu psihološku njegu, dobrobit je bila održana, a anksioznost smanjena. Bolesnici su osjećali određenu sigurnost i bili osnaživani unutar okvira osnovne bolesti. Sve medicinske sestre učinkovitom i pravovremenom primjenom psihološke njege doprinose smanjenju morbiditeta u ukupnom zdravlju pojedinca.

15. ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru prof.dr.sc. Rudolfu Gregureku na stručnom vođenju i savjetima te podršci prilikom izrade ovog diplomskog rada. Također, zahvaljujem se svojoj obitelji, kolegama i prijateljima koji su dali doprinos na svoj način.

16. LITERATURA

1. Arbiser S, Schneider J (Ur.) (2013) On Freuds "Inhibitions, symptoms and anxiety". London: Karnac Books.
2. Bach S (1995) Psychology in practice. London: South Bank University Distance Learning Centre.
3. Bandura A (1989) Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Psychologist* 2:411-424.
4. Begić D (2014) Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Bowlby J (1969) Attachment and loss: attachment, vol. 1. New York: Basic Books. Dostupno na: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>.
6. Božičević V, Brlas S, Gulin M (2012) Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja: priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije.
7. Brajković L, Pavić J, Ozimec Vulinec Š, Grahovac I, Grgić O, Kraljević N, Nikić M (2016) Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi. *Medix* 22(119/120):83-88.
8. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vučević V (2016) Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. *Medix* 22(119/120):69-75.
9. Braš M, Đorđević V, Marinić R, Kandić-Splavski B, Filipčić I, Devčić S (2016) Psihijatrijsko/psihološki aspekti u palijativnoj medicini. *Medix* 22(119/120):141-149.
10. Brkljačić M (2013) Etički aspekti komunikacije u zdravstvu. *medicina fluminensis*. 49(2):136-143.
11. Brown P (1995) Florence Nightingale. Zagreb: Illyricum.
12. Buller DB, Street RL Jr. (1992) Physician-patient relationships. U: R.S. Feldman (Ur.) Applications of nonverbal behavioral theories and research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

13. Burnard P (2005) *Counselling Skills for Health Professionals*. 4th ed. Cheltenham: Nelson Thomas.
14. Corey G (2004) *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Zagreb: Naklada Slap.
15. Davinson GC, Neale JM (2004) *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jasrebarsko: Naklada Slap.
16. Decety J, Meyer M (2008) From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account. *Dev Psychopathol* 20(4):1053-80.
17. Direktiva 2005/36/EZ Europskoga parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005 o priznavanju stručnih kvalifikacija. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1400850725_360_mala_Direktiva-2005-36-EZ.pdf. Pristupljeno 11.6.2016.
18. Egan G (2001) *The skilled helper: a problem-management and opportunity-development approach to helping*. 7th ed. Stamford: Wadsworth.
19. Ekman P (2004) *Emotions revealed: understanding faces and feelings*. London: Phoenix.
20. Federoff HJ, Gostin LO (2009). Evolving from reductionism to holism: is there a future for systems medicine? *JAMA* 302(9):994-996.
21. Fisher JE (2011) *The therapeutic role of the mental health nurse: implications for the practice of psychological therapies [disertacija]*. Lismore: Southern Cross University.
22. Fisher JE (2014) *The use of psychological therapies by mental health nurses in Australia*. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21(3):264-270.
23. Fonagy P (1999) Memory and therapeutic action. *Int J Psychoanal* 80:215-223.
24. Frančišković T, Moro Lj i sur. (2009) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
25. Freud S (1905) *Three essays on the theory of sexuality*. London, UK: Hogarth Press.
26. Freud S (1973) *Inhibitions, symptoms and anxiety*. London, UK: Hogarth Press.

27. Fučkar G (1995) Proces zdravstvene njege. Zagreb: A.G. Matoš.
28. Fučkar G (1996) Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju.
29. Gabbard GO (1994) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. American Psychiatry Press, Washington, DC.
30. Galić S, Tomasović Mrčela N i sur. (2013) Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek.
31. Gregurek R i sur. (2006) Suradna i konzultativna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga.
32. Gregurek R (2011) Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada.
33. Grimm P (2005) Coping: psychosocial issues. U: Itano J and Taoka KN. Core Curriculum for Oncology Nurses. 4th en. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
34. Harrison A (2001) The mental health needs of patients in physical care settings. Nurs Stand 15(51):47-54.
35. James W (1890) Principles of psychology. New York: Holt and Co.
36. Jukić V, Pisk Z (2008) Psihoterapija: škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas. Zagreb: Medicinska naklada.
37. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piskorjanac S, Vico M (2013) Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.
Dostupno na:
http://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf. Pristupljeno 15.5.2016.
38. Kalauz S (2012) Etika u sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada.
39. Kandel E (1999) Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 156:505-524.
40. Kenny A., Endacott R, Botti M, and Watts R (2007) Emotional toil: psychosocial care in rural settings for patients with cancer. J Adv Nurs 60(6): 663-672.
41. Klain E i sur. (1999) Psihološka medicina. Zagreb: Golden Marketing.

42. Klain E, Gregurek R i sur. (2007) Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare. Zagreb: Medicinska naklada.
43. Klain E i sur. (2008) Grupna naliza- analitička grupna psihoterapija. 2.izd. Zagreb: Medicinska naklada.
44. Kohut H (1959) Introspection, empathy and psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 7:459-483.
45. Kušević Z, Vukušić H, Lerotić G, Jokić Begić N, Bencerić Z (1999) Prevalence of chronic PTSD in Croatian War veterans. Psychiatria Danubina 11(1-2):19-24
46. LeDoux J (2002) The synaptic self. New York: Viking Penguin.
47. Legg M J (2011) What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. Aust j adv nurs 28(3):61-67.
48. Lončar M, Henigsberg N i sur. (2007) Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada.
49. Mahler M, Pine F, Bergman A (1975) The psychological birth of the human infant. London: Hutchinson & Co.
50. Maslow A (1954) Motivation and Personality. New York: Harper and Row.
51. Milivojević Z (2010) Emocije: psihoterapija i razumijevanje emocija. Zagreb: Mozaik knjiga.
52. Nichols K (2003) Psychological care for ill and injured people. Maidenhead: Open University Press.
53. Peplau H (1952) Interpersonal relations in nursing. New York: G.P. Putnam and Sons.
54. Priest H (1999) Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. Nurse Educ Today 19(1):71-78.
55. Priest H (2006) Helping student nurses to identify and respond to the psychological needs of physically ill patients: Implications for curriculum design. Nurse Educ Today 26:423-429.
56. Priest H (2010) Effective psychological care for physically ill patients in hospital. Nurs Stand 24(44):48-56.

57. Priest H (2012) An introduction to psychological care in nursing and the health professions. Abingdon: Routledge.
58. Richie M (2001) Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues Compr Pediatr Nurs* 24(3):165-175.
59. Rogers C (1970) On becoming a person: a therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
60. Schwartz RW, Pogge C (2000) Physician leadership essential skill in changing environment. *Am J Surg* 180:187-192.
61. Smith P, Gray B (2001) Emotional labour of nursing revisited: caring and learning 2000. *Nurse Educ Practise* 1(1):42-49.
62. Stuart G.V. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
63. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Turina A (2011) Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf. Pristupljeno 12.6.2016.
64. Taylor BJ. (2005). Reflective practice: a guide for nurses and midwives. 2nd ed. Buckingham: Open University Press.
65. Tickle-Degnen L, Rosenthal R (1992) Nonverbal aspects of therapeutic rapport. U: Feldman RS (Ur.). Applications of nonverbal behavioral theories and research. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
66. Tikvić M (2016) Usporedba organizacije sestrinske skrbi u Hrvatskoj i drugim zemljama Europske unije. *Medix* 22(119/120):224-228.
67. Townsend MC (2015) Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice. 8th ed. Philadelphia: F.A.Davids Company.
68. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Dostupno na: <http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/423339.pdf>. Pristupljeno: 7.5.2016.
69. Warelow P (1996) Is caring the ethical ideal? *J Adv Nurs* 24(4):655-661.

70. Watson J (1979) Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Little & Brown.
71. Watson J (1988) Nursing: human science and human care: a theory of nursing. 2nd ed. New York: National League for Nursing.
72. Wertheimer M (1979) A brief history of psychology. 2nd ed. New York: Holt, Rinehart and Winston.
73. Wilson-Barnett J (1988) Patient teaching or patient counseling? J Adv Nurs 13:215-222.
74. Zakon o sestrinstvu: pročišćeni tekst zakona (2011) Dostupno na: <http://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>. Pristupljeno 11.6.2016.

17. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 10.4. 1985. u Zagrebu. 1999. godine upisala sam srednju medicinsku školu u Bjelovaru te 2003. i stekla zvanje medicinske sestre. 2007. godine upisala sam Zdravstveno veleučilište u Zagrebu te 2011. stekla zvanje prvostupnice sestrinstva. 2014. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu upisala sam Diplomski studij sestrinstva. Pripravnički staž u razdoblju od 2003.-2004. odradila sam u Neuropsihijatrijskoj bolnici „dr. Ivan Barbot“ u Popovači. Iza toga kratko sam radila u Domu zdravlja Vrbovec u Hitnoj ambulanti. Od 2005.- 2012. radim kao medicinska sestra u Neuropsihijatrijskoj bolnici u Popovači na Odjelu za gerontopsihijatriju, Odjelu za produljeno liječenje i rehabilitaciju/ženski, Odjelu za subakutnu psihijatriju/ženski te na Odjelu za psihotraumu. Od 2012. godine zaposlena sam kao prvostupnica sestrinstva na odjelu Dnevne bolnice za psihijatriju u svojstvu glavne sestre. 2014. godine završila sam pripremnu izobrazbu iz Grupne psihoterapije medicinskih sestara/tehničara za naziv: „Medicinska sestra/tehničar - grupni terapeut“. Aktivno sam sudjelovala na stručnim skupovima HUMS-a 2008., 2009., 2010. i 2012. Sažeci radova ili cjeloviti radovi objavljeni su u Zbornicima radova. Od 2015. godine članica sam Hrvatske udruge za oboljele od tumora mozga „GLIA“ te djelujem kao volonter.