

Važnost i primjena psihološke njege u svakodnevnom radu medicinskih sestara

Mesić, Jasmina

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:404384>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**

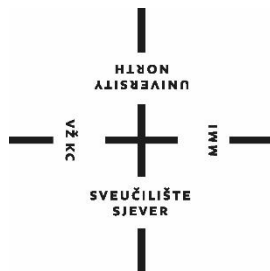


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



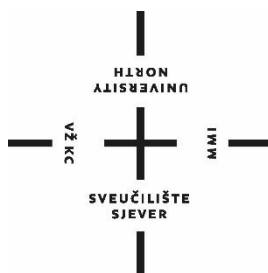
DIPLOMSKI RAD br. 053/SSD/2020.

**VAŽNOST I PRIMJENA PSIHOLOŠKE
NJEGE U SVAKODNEVNOM RADU
MEDICINSKIH SESTARA**

Jasmina Mesić

Varaždin, listopad 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 053/SSD/2020.

**VAŽNOST I PRIMJENA PSIHOLOŠKE
NJEGE U SVAKODNEVNOM RADU
MEDICINSKIH SESTARA**

Student:
Jasmina Mesić, 0871/336D

Mentor:
prof. dr. sc. Andreja Brajša- Žganec

Varaždin, listopad 2020.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
103. Brijunske s. 101-10000 Varaždin

KLASIFIKACIJSKI
KOD

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRESTUPNIK	Jasmina Mesić	MATICNI BROJ	0871/336D
datum	28.09.2020.	KOLEGIJ	Suvremene teme iz psihologije
NASLOV RADA	Važnost i primjena psihološke njege u svakodnevnom radu medicinskih sestara		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The importance and application of psychological care in the daily work of nurses		
MENTOR	Prof. dr. sc. Andreja Brajša-Žganec	EXAMINIRANJE	Redovita profesorica u trajnom zvanju
ČLANOVCI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik 2. prof. dr. sc. Andreja Brajša-Žganec, mentor 3. doc.dr.sc. Rosana Ribić, član 4. doc.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BRN	053/SSD/2020
OPIS	<p>Tema ovog diplomskog rada je isticanje važnosti primjene psihološke njege u svakodnevnom radu medicinskih sestara. Psihološka njega nije pasivni, već aktivni čin koji podrazumijeva individualni i sveobuhvatni pristup te ulaženje u pacijentovo stanje radi poboljšanja ishoda psihofizičkog zdravlja. Kroz devet poglavlja, u radu se obrađuju teme relevantne za psihološku njegu. U prvom dijelu dan je kratak osvrt na početke psihološke njege u sestrinstvu. Zatim je opisan utjecaj psihologije na razvoj znanja i prakse sestrinstva. Prikazane su teorije za isticanje važnosti psihološke njege kako bi se osiguralo da ta njega bude temeljena na dokazima. Definirana je povezanost psihologije i sestrinstva te su razrađena četiri ključna psihološka modela ljudskog ponašanja. Nadalje, objašnjene su definicije, modeli i preduvjeti psihološke njege. U drugom dijelu rada, definirane su potrebne kvalitete, vještine i znanja za uspješnu primjenu psihološke njege te su opisani temeljni uvjeti za učinkovit pomagački odnos. Obraduju se interpersonalne vještine u kontekstu zdravstvene njege – komunikacijske vještine, vještine psihološke procjene, vještine emocionalne njege, vještine savjetovanja i pružanja informacija. Razmatrana su interna i eksterna ograničenja koja mogu negativno utjecati na pružanje psihološke njege. Na kraju, slijedi zaključno razmatranje i opis stavova do kojih se došlo obrađujući temu.</p>
datum	28.09.2020.



[Handwritten signature]

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici prof. dr. sc. Andreji Brajša-Žganec na razumijevanju, povjerenju, stručnoj potpori i uloženom vremenu pri izradi ovog diplomskog rada.

Također, zahvaljujem se asistentu Luki Zlatiću, mag. psych. na nesebičnoj pomoći i sugestijama tijekom izrade ovog rada.

Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji i dragim ljudima koji su mi pružali podršku tijekom studiranja.

Hvala Vam za sve!

Sažetak

Već prvi susret s bolešću razvija brojne intenzivne emocionalne reakcije, a često i psihičku patnju. Zanemarivanje emocionalnih simptoma dovodi do izraženije progresije bolesti, manje suradljivosti pacijenta, nepovoljnijeg terapijskog odgovora te do drastičnog smanjenja kvalitete života. Svatko tko doživljava bolest ili teškoću koja zahtijeva zdravstvenu intervenciju, bez obzira na to koliko minimalnu, treba psihološku njegu. Ona obuhvaća provedbu emocionalne i psihološke dobrobiti pacijenta i članova njegove obitelji, povezujući teškoće prilagodbe na bolest, probleme samopoštovanja, socijalnog djelovanja i probleme komunikacije.

Psihološka njega se može kategorizirati trima razinama, ovisno o tome tko ih provodi i kojeg je stupnja obrazovanja. Prva razina označava svjesnost o pacijentovim psihološkim potrebama, tehnike slušanja i komunikaciju usmjerenu na pacijenta te je neophodna na svim razinama sestričkog obrazovanja. Druga razina predstavlja postupke poput psihološke procjene, praćenje psihološkog stanja, pružanja podrške, zdravstvene edukacije, pružanje informacija, savjetovanje i prikladno upućivanje prema specijaliziranijoj psihološkoj podršci. Za razinu dva je nužno više ili visoko formalno obrazovanje te pohađanje dodatne edukacije. Treća razina predstavlja psihološku podršku u vidu psihoterapije, a provoditi će je specijalizirano osoblje, poput psihoterapeuta, kliničkog psihologa ili psihijatra. Kada se identificiraju temeljne komponente pružanja psihološke njege i preduvjeti za učinkovito pružanje iste, ključno je posjedovati osobne kvalitete te imati razvijene interpersonalne i terapijske kompetencije. Prijeko potrebne kvalitete su samosvjesnost, intuicija, refleksija i empatija. Osim toga, potrebno je istaknuti znanje psihološke i socijalne percepcije, te razumijevanje pojma transfera i kontratransfera.

Medicinska sestra svakako treba znati komunicirati na neosuđujući način, pokazujući integritet i empatijski kapacitet te odlučnost u donošenju odluka o njezi. Treba znati svoja ograničenja i ujedno se ponašati kao uzor drugima. Također, medicinska sestra treba koristiti na osobu usmjeren individualni pristup

i ponašati se profesionalno kako bi osigurala da vlastita uvjerenja, predrasude i stavovi ne kompromitiraju njegu. Zbog svega navedenog, jasno je da u sustavu zdravstvene i socijalne skrbi značajan naglasak treba staviti na detektiranje i rješavanje ne samo fizičkih potreba pacijenta, već i na šire holističke potrebe njihove zdravstvene njege.

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

Ključne riječi: psihološka njega, psihološke potrebe, individualni pristup, interpersonalne vještine, osobne kvalitete

Summary

Even the first encounter with a disease develops many intensive emotional reactions, and often psychological suffering as well. Neglect of emotional symptoms leads to faster progress of the disease, lesser patient cooperation, worse response to therapeutic procedures and significant diminishing of life quality. Everyone who experiences disease or difficulty which demands intervention from the health system, regardless how minimal it was, needs psychological care. The care includes establishing of emotional and psychological welfare of the patients and members of their families, including difficulties of adaptation to the disease and problems regarding self – esteem, social functioning and communication.

The care could be categorized in three levels, depending who gives it and of level of their education. The first level is awareness of patients' psychological needs, the hearing techniques and communication towards and it is necessary on all levels of nurses' education. The second level contains procedures like psychological assessment, giving support, health education, giving information, consultation and right forwarding to specialized psychological support. For the second level is necessary higher or high formal education and attending of additional courses. The third level is psychological support in aspect of psychotherapy and it will be performed by specialized staff, like psychotherapist, clinical psychologist and psychiatrist.

When the basic components of giving psychological care are identified and the preconditions for them, it is of key importance to have personal qualities and developed interpersonal and therapeutic competencies. The features like self – awareness, intuition, reflexion and empathy are indispensable. Besides, it is needed to point out knowledge of psychological and social perception and understanding of terms of transfer and counter transfer.

A nurse has to know at any rate to communicate in a non – judging way, with showing integrity and empathetic capacity and determination in make decisions about the care. She needs to know her limitations and to behave as a model at

the same time. She has to use the individual approach direct to every person and behave professionally to make sure that her own beliefs, prejudices and attitudes wouldn't compromise the care. Because of the all which has been said, it is clear that, in the surroundings of health and social, the important accent must be put not only to identifying and solving physical needs in case of a disease, but to wider holistic needs of health care, as well.

Psychological care, as a segment of holistic approach to human health, because of the numerous positive consequences, could be neglected by no means and must be necessary component, based on the best possible evidence. It is necessary to implement strategies which will promote importance and improvement of giving psychological care.

Key words: psychological care, psychological needs, individual approach, interpersonal skills, personal qualities

Popis korištenih kratica

UK Ujedinjeno Kraljevstvo (United Kingdom)

EU Europska unija (European Union)

HEXACO honesty, emotionality, extraversion,
agreeableness, conscientiousness, open to experience

HADS hospital anxiety and depression scale

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Počeci psihološke njege u sestrinstvu.....	3
2.1. Utjecaj psihologije na razvoj znanja i prakse sestrinstva	4
2.2. Baza znanja u sestrinstvu	5
2.3. Relevantne teorije za isticanje važnosti psihološke njege.....	10
3. Psihologija i sestrinstvo	13
3.1. Psihodinamska teorija u praksi zdravstvene njege	14
3.2. Biheviorizam u praksi zdravstvene njege.....	15
3.3. Geštalt psihologija u praksi zdravstvene njege	17
4. Model psihološke njege.....	19
4.1. Preduvjeti za psihološku njegu	21
5. Kvalitete za psihološku njegu	23
5.1. Temeljni uvjeti za učinkovit pomagački odnos	25
5.2. Samosvjesnost	26
5.3. Intuicija i refleksija.....	28
5.4. Empatija.....	30
6. Interpersonalne vještine u kontekstu zdravstvene njege	33
6.1. Komunikacijske vještine.....	34
6.2. Vještine psihološke procjene	37
6.2.1. Anksioznost.....	39
6.2.2. Depresija	41
6.3. Vještine emocionalne njege	43
6.3.1. Komponente emocionalne njege.....	45
6.4. Vještine savjetovanja	49
6.5. Pružanje informacija	54

7. Znanje za psihološku njegu.....	57
7.1. Znanje za njegu utemeljenu na odnosu	60
7.1.1. Transfer i kontratransfer	62
8. Budućnost psihološke njege.....	66
9. Zaključak	69
10. Literatura	71
11. Popis slika	78
12. Popis tablica.....	79
13. Prilozi.....	80

1. Uvod

Unatoč brzom napretku znanosti i tehnologije u kontekstu zdravstvene njege, njegovanje je srž sestrinstva te se temelji na integriranom, holističkom i individualnom pristupu ljudskom zdravlju. Ne može se obavljati isključivo na fizičkoj, psihološkoj ili striktno znanstvenoj razini, već na osnovu objektivnih pokazatelja stanja pacijenta, zdravlja pojedinca ili čitave zajednice, praksom temeljenom na dokazima te kvalitetnom interakcijom s kompetentnim stručnjacima.

Sestrinska profesija je usavršila različita mjerila za vrednovanje i provedbu kvalitetne sestrinske prakse. Prožeta je znanošću i umjetnošću, ali bez osobnog poziva za požrtvovnim pomaganjem ljudima u ozbiljnim životnim situacijama i stanjima nema identiteta i dostojanstva sestrinstva, kao ni pozitivnog terapijskog ishoda. Međutim, u modernom sestrinstvu postoje brojni izazovi za optimalno pružanje usluga pacijentima, osobito u odnosu na zadovoljavanje njihovih psiholoških potreba. Psihološke su potrebe usklađene s emocionalnim, bihevioralnim i kognitivnim funkcioniranjem pojedinca, te utječu na njegove osjećaje, misli i ponašanja.

Tema ovog diplomskog rada je isticanje važnosti primjene psihološke njege u svakodnevnom radu medicinskih sestara. Psihološka njega nije pasivni, već aktivni čin koji podrazumijeva individualni i sveobuhvatni pristup te empatičko razumijevanje pacijentovog stanja, radi poboljšanja ishoda psihofizičkog zdravlja. U nastavku slijedi devet poglavlja u kojima se obrađuju teme relevantne za psihološku njegu. U prvom dijelu dan je kratak osvrt na početke psihološke njege u sestrinstvu. Zatim je opisan utjecaj psihologije na razvoj znanja i prakse sestrinstva. Prikazane su teorije za isticanje važnosti psihološke njege kako bi se osiguralo da ta njega bude temeljena na dokazima. Definirana je povezanost psihologije i sestrinstva te su razrađena četiri ključna psihološka modela ljudskog ponašanja. Nadalje, objašnjene su definicije, modeli i preduvjeti psihološke njege.

U drugom dijelu rada, definirane su potrebne kvalitete, vještine i znanja za uspješnu primjenu psihološke njege te su opisani temeljni uvjeti za učinkovit pomagački odnos. Obrađuju se interpersonalne vještine u kontekstu zdravstvene njege – komunikacijske vještine, vještine psihološke procjene, vještine emocionalne njege, vještine savjetovanja i pružanja informacija. Razmatrana su interna i eksterna ograničenja koja mogu negativno utjecati na pružanje i razvoj psihološke njege. Na kraju, slijedi zaključno razmatranje i opis stavova do kojih se došlo obrađujući temu.

2. Počeci psihološke njege u sestrinstvu

Iskonska vrijednost sestrinstva je sveobuhvatna skrb za čovjeka. Odnos medicinska sestra - čovjek je svakako složen, višedimenzionalan i interaktivan. Bolest kao proces mijenja perspektive čovjeka, ono što je do jučer bilo normalno i o čemu se uopće nije razmišljalo postaje najveća vrijednost u životu. Sve velike i male materijalne vrijednosti i sva maštanja prestaju biti važna u slučaju biološke ugroženosti i nesposobnosti za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti [1]. Bolestan čovjek često ni fiziološke potrebe ne može izvršiti bez pomoći nekoga drugoga. Važnost dodira, stiska ruke i govora, doslovno se ne zamjećuje u svakodnevnim aktivnostima, ali je od vitalnog značaja pred novim životnim izazovima. Nepoznata situacija koja dovodi do potpune psihičke i fizičke dezintegracije potiče ona pitanja s kojima su se filozofi bavili tijekom cijele povijesti filozofije – tko sam, što sam, odakle dolazim i kamo idem [1]. Takva i slična pitanja čovjek si postavlja u kritičnim i neizvjesnim periodima života, poput dijagnosticiranja teške bolesti, „kada želi ostati hrabar i priseban pored svega što se događa“ [1]. Ovisno o dijagnozi kod oboljeloga su tada prisutne brojne kognitivne i bihevioralne disfunkcije. Također se nalaze poremećaji pažnje, pamćenja, pobuđenosti i percepcije te emocionalne smetnje. Kod određenih dijagnoza može doći do izmijenjenog mentalnog statusa pa čak i do gubitka verbalnih funkcija.

Sve nabrojane teškoće znatno ograničavaju kvalitetu života i optimalno funkcioniranje oboljeloga [2]. Tada je iznimno značajna prisutnost i podrška obitelji te kvalitetna pomoć stručnjaka uz timski koordiniran rad. Visokoobrazovane medicinske sestre, kao sastavni dio terapijskog tima, kompetentne su za provođenje kvalitetne psihološke njege.

2.1. Utjecaj psihologije na razvoj znanja i prakse sestrinstva

Studenti sestrinstva tijekom svojeg obrazovnog programa stječu kompetencije definirane EU direktivama. Usmjereni su na usvajanje znanja iz sestrinstva, bazičnih znanosti te društvenih znanosti.

Od društvenih znanosti studenti stječu spoznaje iz socijalnih znanosti te psihologije. Psihologija se često podučava kroz predavačku nastavu u velikim studentskim grupama, gdje postoji malo prilike za raspravu ili primijenjeni praktični rad. Zbog toga je studentima nerijetko teško dati smisao materijalu koji im je prezentiran [3]. Također je upitno koliko to znanje studenti kasnije uspiju primijeniti u svakodnevnoj praksi, premda se sve veći naglasak stavlja na kliničku praksu i stjecanje kliničkih vještina, koje su poduprte relevantnom teorijom i istraživačkim dokazima [3]. Iako izraz „psihološka njega“ može biti zabilježen na planovima zdravstvene njege, u svakodnevnoj praksi uopće nema ili ima vrlo malo objašnjenja kako ili tko treba pružiti tu njegu. U skladu s time odgovor bi se mogao tražiti u organizacijskim jedinicama, točnije u nedostatnom broju medicinskih sestara prema broju pacijenata, gdje je onda u prvom planu ispunjavanje njihovih fizičkih potreba [4]. Zbog toga se nerijetko za razgovor s pacijentom uopće nema vremena, a njegove se psihološke potrebe ignorira. Nadalje, problem se može sagledati i iz pozicije dugogodišnje degradacije sestrinstva kao samostalne profesije gdje se na sestrinstvo percipira „kao na pomagačku profesiju, ali ne u smislu isključivog pomaganja pacijentima, već i izvršavanja liječničkih „naredbi“ koje su uglavnom fokusirane na fizičke potrebe i zadatke“ [4].

Dakle, iako bi psihološka njega trebala biti integralni dio holističkog pružanja njege, u realnosti je uglavnom dodana naknadno te će se najvjerojatnije pružiti kroz medij tjelesne njege.

2.2. Baza znanja u sestrinstvu

Tijekom posljednjih četrdeset godina, zbog želje za postizanjem jedinstvene baze znanja i prakse koja nije zajednička s ostalim profesijama, dogodio se izniman razvoj teorije sestrinstva. Osnovno pitanje je bilo po čemu se sestrinstvo razlikuje u odnosu na ostale profesije u zdravstvu - da li po vlastitoj teorijskoj osnovi ili po metodama primjene jedinstvenog teorijskog fundamenta koji povezuje i sva ostala medicinska zvanja [5]. Američka vlada je još 1962. godine nastojala materijalno poduprijeti program znanstvenog usavršavanja sestara i poticanja doktorata. Vlada u Washingtonu je te godine odobrila znanstveni program čiji je cilj bio medicinskim sestrama omogućiti studiranje srodnih znanstvenih disciplina, kako bi se na taj način oblikovale teorije sestrinstva [5]. Znanstveno zanimanje za sestrinstvo pokazalo je da postoje teorije pojedinih znanstvenih područja koje su relevantne i za sestrinstvo. Kako bi bolje razumjeli teorije koje su relevantne za sestrinstvo, odnosno sestriinsku skrb, prvo treba objasniti teorije ljudskih potreba.

Još uvijek su najistaknutije dvije teorije potreba koje u važnim segmentima oponiraju jedna drugoj. Prva je Maslowljeva hijerarhija ljudskih potreba koju preuzimaju vodeći teoretičari sestrinstva Brunner, Suddarth i Moloney [5]. Vidi Sliku 2.2.1.



Slika 2.2.1. Hijerarhija ljudskih potreba prema Abrahamu Maslowu

Izvor: <https://zgpd.hr/2018/07/31/abraham-maslow/>

Po Abrahamu Maslowu (1908.-1970.), jednom od glavnih predstavnika humanističke psihologije, ljudi imaju pet temeljnih potreba koje su u uzajamnom hijerarhijskom odnosu. Na dnu hijerarhije su temeljne ili egzistencijalne potrebe, koje uključuju disanje, hranu, vodu, homeostazu, obavljanje nužde, seksualne potrebe i slično. Odnose se na zadovoljenje fizioloških potreba te na zadovoljenje potreba povezanih s ostvarenjem životne sigurnosti [6]. Tek kada čovjek zadovolji ove osnovne potrebe, može krenuti na višu razinu piramide, a to je zadovoljavanje potrebe za sigurnošću i zaštitom.

Iznad egzistencijalnih potreba nalazi se skup psiholoških potreba. One uključuju potrebe za pripadanjem kao i potrebu za uvažavanjem. Potreba za pripadanjem uključuje ostvarenje bliskih odnosa s drugim ljudima, želju za prihvaćenošću te želju za prijateljstvom i ljubavi [6]. Ona se ostvaruje sklapanjem prijateljstva, ljubavnih veza, brakom, uključivanjem u humanitarne organizacije, religijske zajednice ili udruge. Za svaku sljedeću razinu vrijedi isti princip, sve dok se ne dođe do vrha, gdje se čovjek može baviti samoaktualizacijom [7]. Samoaktualizacija je stanje gdje ljudi žele postati bolji ili žele postići nešto više. Iako oni teže tomu, vrlo malo ljudi dostigne to stanje [7]. Ti pojedinci imaju motivaciju rasta, koja im omogućuje da se usmjere na ono što mogu biti, a ne na ono što nemaju. Oni imaju često trenutačne izuzetne ili vrhunske doživljaje, u kojima dosežu potpunu samoaktualizaciju [7]. Drugim riječima, ljudi se moraju osjećati sigurno, voljeno i prihvaćeno te biti intelektualno motivirani.

Optimalno je da su psihološke potrebe pojedinca ispunjene cijelo vrijeme, ali to uglavnom nije moguće. Iako Maslowljeva teorija izgleda vrlo privlačno, upućeni su joj brojni prigovori. Ponajprije, zbog neodređenosti pojedinih pojmova te zbog činjenice da se unatoč egzistencijalnoj ugroženosti, potrebe nižeg reda mogu zatomiti u korist potreba višeg reda [6].

Po Williamu Glasseru, američkom psihijatru i vodećem predstavniku realitetne terapije, čovjek ima također pet potreba. To su „moćne sile koje nas stalno tjeraju da ih zadovoljavamo“, ali među njima nema hijerarhijskih veza, sve su one za čovjeka jednako važne [8]. Slika 2.2.2. prikazuje strukturu ljudskih potreba prema Glasseru.



Slika 2.2.2. Struktura ljudskih potreba prema Williamu Glasseru

Izvor: <http://www.slideserve.com/>

Čovjek se zalaže za fizičko samoodržanje, ali je u stanju žrtvovati život za ljubav ili ljubav za slobodu te slobodu za moć, što znači da ne postoje neke „naj“ prioritelnije potrebe koje prednjače u svim situacijama i okolnostima, iako je, naravno jasno, da čovjek mora prije svega disati odnosno zadovoljiti potrebu za disanjem da bi mogao išta drugo [8]. Nema dvojbe da je razumijevanje ljudskih potreba u kontekstu medicine i zdravstva vrlo bitno za sestrinstvo.

Uz pitanje o potrebama, u istraživanju sestrinstva važno je i pitanje je li uopće medicinska sestra samostalna, odnosno u kojoj je mjeri i na kojem području samostalna ili se još uvijek nalazi pod patronatom liječnika [5]. Iz povijesne perspektive, sedamdesete godine 20. stoljeća značile su preokret u razvoju sestričkih teorija. Pokazalo se da većina teorija, dotad zasnovanih na teorijama srodnih znanstvenih područja, u praksi nisu pomagale u rješavanju sestričkih pitanja i problema [1]. Spomenute teorije su:

- teorije učenja,
- razvojne teorije,
- teorije adaptacije, stresa i homeostaze,
- različite verzije sistemske teorije,
- socijalne teorije u širem smislu,
- teorije socijalne stratifikacije, socijalne mreže i potpore [1].

U tu svrhu, 1980-e su obilježene povećanjem broja „teorijskih modela sestinstva“, uglavnom prenesenih u Ujedinjeno Kraljevstvo (UK) iz Amerike, poput teorije deficita samozbrinjavanja Dorothee E. Orem (1959.) i modela adaptacije Caliste Roy (1980.). Model koji su za UK razvili Roper, Logan i Tierney (1980.), često označavan kao „model svakodnevnih životnih aktivnosti“, postigao je veliku popularnost i raširenu primjenu u mnogim njegujućim okruženjima u UK [3]. Iako su kasnije verzije modela isticale važnost psiholoških i drugih potreba odvojeno od tjelesnih, ovaj model je osporavan jer puno toga preuzima iz medicinskog modela [3]. Kritike upućuju da spomenuti modeli nisu bili posebno korisni medicinskim sestrama prema identificiranju psiholoških potreba i odgovaranja na njih. U Tablici 2.2.1. opisani su ključni elementi navedenih teorija.

Prije pojave takvih teorija i modela na kojima će se moći bazirati znanost i struka, sestinstvo se tradicionalno oslanjalo na druge discipline i baze znanja: anatomija, fiziologija, medicina, pravo, etika, filozofija, sociologija, politika, umjetnost, obrazovanje, psihologija [3].

Psihologija je, iako ovdje zadnja navedena, uistinu relevantna za današnje zdravstvene profesije, pa tako i za sestinstvo.

Teorije	Ključni elementi
<p style="text-align: center;">Teorija deficita samozbrinjavanja Dorothee E. Orem (1959.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Samozbrinjavanje (self-care): „svjesna, promišljena, samoinicijativna i svrhovita aktivnost pojedinca koja počiva na osobnim vrijednostima i ciljevima“ [5] - Tri vrste samozbrinjavajućih potreba: <ol style="list-style-type: none"> 1. Universalne (universal) 2. Razvojne (developmental) 3. Devijantne (health deviation) - Tri sustava djelovanja: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sustav potpune kompenzacije

	<p>2. Sustav djelomične kompenzacije</p> <p>3. Sustav edukacijske potpore [9]</p>
<p>Adaptivni model Caliste Roy (1980.)</p>	<p>- „Proces promjena - univerzalni ljudski fenomen“ [5]</p> <p>- Čovjek kao „bio-psiho-socijalno biće“ [5]</p> <p>- Razina prilagodbe određena je djelovanjem poticaja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Žarišni stimulansi 2. Kontekstualni stimulansi 3. Preostali poticaji [5]
<p>Model svakodnevnih životnih aktivnosti N. Roper, W. Logan i A. Tierney (1985.)</p>	<p>- Uključuje aktivnosti: disanje, komunikacija, konzumiranje hrane i tekućine, reduciranje štetnih utjecaja okoline, eliminacija otpadnih tvari, održavanje higijene, odijevanje, kretanje, rad i rekreacija, seksualne potrebe i aktivnosti, spavanje i umiranje</p>

Tablica 2.2.1. Ključni elementi sestrinskih teorija

2.3. Relevantne teorije za isticanje važnosti psihološke njege

Teoriju o skrbi za čovjeka profesorica Jean Watson razvija između 1975. i 1979. godine te je ujedno implementira u nastavu na Sveučilištu u Coloradu. Koristila je kvalitativne metode bazirane na fenomenologiji kako bi kreirala teorije transpersonalnog sestrinstva [3]. Pacijenta prikazuje kao sveobuhvatno i autentično ljudsko biće koje se razvija zajedno s njegovom okolinom [10]. Utvrdila je deset čimbenika skrbi koji su isprepleteni znanošću i humanističkim disciplinama te koji predstavljaju temelj sestrinske profesije (vidi Tablicu 2.3.1.) [3]. Smatrala je da su čimbenici skrbi elementi (klinički karitativni čimbenici) koji djeluju na osobu koja skrb prima, ali i osobu koja skrb pruža. Koristeći se grčkom riječi *caritas* (negovati) željela je dati snažniji naglasak svojoj teoriji [1].

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

Tablica 2.3.1. Deset čimbenika skrbi Jean Watson [1].

Teorija o skrbi za čovjeka ima 3 temeljne značajke:

- karitativnost – filozofsko razmišljanje temeljeno na ljubavi i altruizmu,
- transpersonalnost – mogućnost prijenosa pojedinca iz osobne u širu duhovnu perspektivu,
- trenutačna skrb, prigoda skrbi:

- a) trenutak skrbi (caring moment), vrijeme u kojem se zbiva konkretna skrb
- b) prigoda skrbi (caring occasions), suradnja medicinske sestre i pacijenta tijekom svakodnevnih aktivnosti [1].

Teorija o skrbi unaprjeđuje stručne savjete za provođenje zdravstvene njege [10]. Ona prezentira mnoštvo teza, promišljanja ali i teoretskih načela na kojima bi se moralo temeljiti sestrinstvo. Iako nema relevantnu praktičnu vrijednost, može biti izazov za buduća sestrinska istraživanja, bolju komunikaciju, suradnju i što učinkovitiju skrb [1].

Profesorica Heidelberg E. Peplau 1952. godine razvija teoriju interpersonalnih odnosa, u kojoj naglašava važnost interaktivnog odnosa medicinske sestre i pacijenta, u kojem se oni zajedno razvijaju, sazrijevaju i uče. Svoju je teoriju stvarala na osnovu rada američkog psihijatra Harrya Stacka Sullivana i Abrahama Maslowa [1]. Opisala je taj odnos kao „psihodinamičko sestrinstvo“ te ga je definirala kao terapijski i učinkovit proces koji je u interakciji s ostalim procesima u ljudskom organizmu zbog očuvanja ili postizanja zdravlja [11]. Naglasila je šest važnih sestrinskih uloga, koje se mogu razlikovati s obzirom na tijek skrbi i primijećene potrebe te se one kreću od početne uloge neznanca, prema ulozi informatora, učitelja, vođe, surogata i savjetnika [11]. Definirala je četiri faze interpersonalnog odnosa kroz koje se te uloge primjenjuju:

1. faza orijentacije – početni stadij međusobnog upoznavanja, razgovora, definiranja potreba, izgradnja odnosa povjerenja (uloga neznanca),
2. faza identifikacije – razumijevanje, pronalaženje i prihvaćanje mogućih rješenja, jačanje odnosa (uloga savjetnika),
3. faza eksploatacije – preuzimanje odgovornosti, korištenje svih izvora profesionalne pomoći, poticanje sposobnosti bolesnika (uloga surogata),
4. faza rješavanja – završni stadij rješavanja problema, zadovoljavanje bolesnikovih potreba, sumiranje odnosa (uloga vođe) [11].

Prednosti njezine teorije su razvijanje međuodnosa između svih četiriju faza, logična strukturiranost teorije, odnos medicinske sestre i pacijenta (koncept: osoba, zdravlje, okoliš, sestrinstvo) te postavljanje hipoteza koje se mogu istražiti. Nedostaci su slabija mogućnost primjene u obiteljskom okruženju te nemogućnost primjene kod osoba koje nemaju izražene potrebe, odnosno kod

pacijenta s kvalitativnim i kvantitativnim poremećajima svijesti [1]. Kasnije je Peplaučin model kritiziran zbog fokusiranja na interpersonalne odnose budući da nije realno sagledao šire socijalne sustave i njihov učinak na probleme pacijenta [3]. Svakako će psihološko stanje bolesne osobe biti pod utjecajem okolinskih i socijalnih faktora koje će medicinske sestre morati pažljivo razmotriti pri planiranju i pružanju zdravstvene njege.

3. Psihologija i sestrinstvo

Psihologija je skup prirodnih i društvenih znanosti koje se bave razmatranjem psihičkih procesa i ponašanja pojedinaca te nastoje opisati, objasniti, predvidjeti i mijenjati nabolje pojave koje proučavaju. Psihologija se interesira se za to kako ljudi percipiraju svoju okolinu i kako se u njoj ponašaju. Pritom se pod psihičkim procesima misli na percepciju, mišljenje, učenje, pamćenje, motivaciju, emocije i slično. Temeljem ranije spomenutih teorija, primijećeno je da se sestrinstvo odnosi na njegovanje pojedinaca, a psihologija se odnosi na shvaćanje aspekata funkcioniranja pojedinaca. Oboje, čini se mogu ići „ruku pod ruku“, jer ne možemo adekvatno njegovati ljude ako ih prije toga ne shvatimo [3]. Nadalje, medicinska sestra zbog bliskog odnosa s pacijentom mora razumjeti ljudske emocionalne reakcije kao i fizičku bolest te u konačnici zbog toga imati hitniju potrebu za psihologijom od drugih stručnjaka [12]. Iako je psihologija stara koliko i povijest, kao samostalna znanstvena disciplina počela se razvijati tek od 1879. godine. Prije se promatrala isključivo kroz religiju, filozofiju (kroz rad Sokrata, Platona, Aristotela) i fiziologiju (kroz ideje Hipokrata) [3]. Te je 1879. godine Wilhelm Wundt osnovao prvi psihologijski laboratorij u Leipzigu u Njemačkoj [13]. Koristio je introspekciju (objektivni pristup pri opisivanju sadržaja vlastitih doživljaja) kako bi mogao shvatiti funkciju i sadržaj ljudskog uma [3]. Pri kraju 19. stoljeća, William James je također kroz introspekciju zaključio da ljudski um sadržava „osjećaje, želje, kognicije, rasuđivanje i sviđanje“ [3]. Objasnio je da bi se ljudski mentalni procesi, kao što su misli i emocije, mogli i trebali istraživati ako se želi postići potpuno shvaćanje ljudskog života [13]. Nakon toga je razvoj psihologije bio brz, što je rezultiralo mnoštvom psiholoških teorija, modela i utjecaja. Istaknula su se četiri neophodna psihološka tumačenja ljudskog ponašanja:

- psihodinamski model,
- bihevioralni model,
- kognitivni model,
- humanistički model [3].

Također je važan doprinos geštalt psihologije i eklekticizma – umjetničkog ili filozofskog postupka kojim se iz različitih teorija, sustava ili stilova probiru, prihvaćaju i primjenjuju najprikladnije teze i spajaju u novu cjelinu [14]. Važno je istaknuti kako su sve relevantne psihološke škole izvršile određeni utjecaj na bazu znanja iz sestrištva i praktičnu primjenu zdravstvene njege.

3.1. Psihodinamska teorija u praksi zdravstvene njege

Glavni predstavnici psihodinamske teorije su Freud (1856.-1939.), Jung (1875.-1961.) i Adler (1870.-1937.) [3].

Sigmund Freud, liječnik koji se 1938. godine iz Austrije sklonio u Englesku kako bi izbjegao nacističku tiraniju, je utemeljitelj psihodinamske teorije, poznatije kao psihoanaliza. Zamisao da ljude pokreću skriveni porivi te da verbalne pogreške i snovi predstavljaju nesusjesne želje u velikoj mjeri održava njegov utjecaj [13]. Freud je do svog razumijevanja ljudi došao iscrpnim kliničkim razgovorima. Predložio je strukturu ličnosti koja se sastoji od svijesti, podsvijesti i nesusjesnog (id, ego i superego). Također je došao do uvjerenja da nesusjesni procesi, osobito primitivni seksualni i agresivni impulsi, imaju puno veći utjecaj na ljudsko ponašanje nego svjesno mišljenje [13].

Njegova teorija bazira se na dolje navedenim konstatacijama:

- ljudsko ponašanje određeno je impulsima, željama, motivima i konfliktima, koji su intrapsihički (unutar uma), često izvan svijesti,
- intrapsihički faktori uzrokuju normalna i abnormalna ponašanja, onesposobljavajuća anksioznost može se pripisati nerazriješenim konfliktima, vrlo otvoreno ponašanje može se tumačiti kao odraz straha od vlastite bezvrijednosti,
- temeljni ponašanja određeni su u djetinjstvu kroz zadovoljavanje ili frustraciju osnovnih potreba i impulsa,

- za razumijevanje ponašanja i uklanjanje problematičnih oblika ponašanja treba u kliničkom tretmanu naglasiti jedva zametljive aspekte intrapsihičke aktivnosti [15].

Cilj psihoanalize jest pomoći ljudima da dobiju uvid u duboko smještene konflikte i pronađu društveno prihvatljiv način izražavanja želja i zadovoljavanja potreba [13]. To je proces koji može trajati godinama. Tijekom 20. stoljeća Freudova psihodinamska teorija imala je znatan utjecaj na medicinu, posebno psihijatriju, zagovarajući usmjerenost liječnika na skrivene probleme, a ne samo na vidljive simptome bolesti [3]. Vjerovalo se kako će individualna ili grupna psihoterapija, kreativna – art terapija ili psihodrama pomoći u rješavanju nesvjesnih konflikata, najviše kod djece i u okruženjima zdravstvene njege mentalnog zdravlja [3]. Ovi terapijski pristupi koriste se i danas. Zbog svega navedenog, visokoobrazovanim medicinskim sestrama ključno je poznavanje psihodinamske teorije i psihodinamsko razumijevanje ličnosti koje nam ukazuje kako naše misli, osjećaji, težnje i maštanja utječu na naše svjesno ponašanje, razvijaju ga i mijenjaju.

3.2. Biheviorizam u praksi zdravstvene njege

Biheviorističke koncepcije i poimanje čovjeka temelje se na eksperimentalnim i teorijskim pristupima učenja. Bihevioralna psihologija razvijena je oko 1913. godine, a zasniva se na teorijama učenja koje u velikoj mjeri proizlaze iz Pavlovljeva (1849.-1936.) i Skinnerova (1904.-1990.) eksperimentalnog rada [3]. Ovaj pristup pruža radikalni zaokret u odnosu na druge pristupe 20. stoljeća te sagledava čovjeka kao praznu ploču (tabula rasa), odnosno, naglašava kako je sve u učenju, koje trebamo prihvatiti u što širem kontekstu [16]. Sam pojam “tabula rasa” se pripisuje Johnu Locku, a označava um rođenog djeteta koji je poput prazne ploče koja će se kasnije popuniti podacima dobivenim iz osjetilnog iskustva [16]. Ovaj je pojam važan u kontekstu rasprave o važnosti utjecaja nasljeđa, odgoja i obrazovanja.

Psiholog B. F. Skinner s Harvardskog sveučilišta uveo je u bihevizizam pojam potkrepljenja. Smatrao je da se organizmi uče ponašati na određeni način jer su potkrijepljeni da tako čine. Pokazao je da će laboratorijske životinje ovladati različitim jednostavnim i složenim ponašanjima upravo zbog pozitivnog ili negativnog potkrepljenja [13].

Albert Bandura (1925.) prvi predlaže teoriju socijalnog učenja, pokazujući da se ponašanje javlja kroz percipiranje i refleksiju ponašanja drugih ljudi [3]. Bandura je u svojim poznatim istraživanjima s „Bobo lutkom“ napravio film u kojem djevojka fizički napada lutku klauna na napuhavanje. Nakon prikazivanja filma djeci, očekivalo se kako će djeca imitirati ponašanje odrasle osobe, iako nisu vidjeli ili očekivali bilo kakvo potkrepljenje ili nagradu [3]. Ljudi čije se ponašanje opaža i imitira mogu se opisati kao uzori.

Bihevizizam se potvrđuje trima ključnim postavkama:

- psihologija je znanost o ponašanju (behavior),
- ponašanje se može objasniti bez znanja i pozivanja na mentalne procese ili druge psihološke procese, uzroci ponašanja su okolinski,
- teorije razvoja trebaju se prilagoditi bihevizizmu te nejasne pojmove zamijeniti s elementima bihevizizma [17].

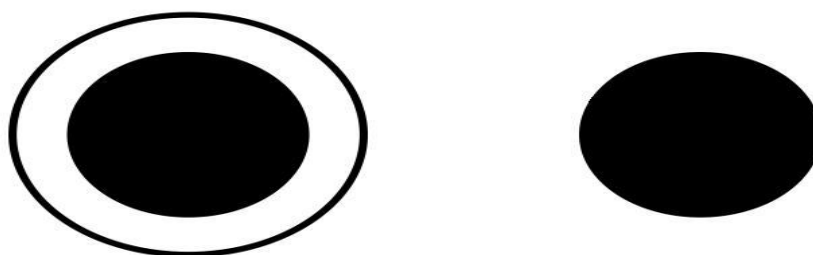
Bihevizistička škola bila je utjecajna do 1950-ih godina i u okruženjima zdravstvene njege mentalnog zdravlja i intelektualnih poremećaja. Smatrajući kako je cijelo ponašanje naučeno, bilo kroz asocijacije, posljedice ili promatranje, iz tog proizlazi da neželjeni simptomi ili ponašanja moraju biti stečeni kroz neispravne procese učenja. Stoga bi uklanjanje tih simptoma kroz proces ponovnog učenja trebalo riješiti problem [3]. Bihevizizam je svakako imao izniman utjecaj na teoriju i praksu obrazovanja, tako i u sestrinskom obrazovanju, gdje se još uvijek u velikoj mjeri koristi takav pristup podučavanja i stjecanja vještina.

3.3. Geštalt psihologija u praksi zdravstvene njege

U Njemačkoj se 1920-ih isticala još jedna škola psihologije - geštalt psihologija. Tridesetih godina tri utemeljitelja te škole Max Wertheimer (1880.-1943.), Kurt Koffka (1886.-1941) i Wolfgang Köhler (1887.-1967.) zbog nacističkih prijetnji napustili su Europu i nastavili svoj rad u Sjedinjenim Američkim Državama [13]. Svoj rad su usmjerili na percepciju i utjecaj percepcije na mišljenje i rješavanje problema. Tvrdili su da se nitko ne može nadati razumijevanju ljudske naravi usmjeravajući se samo na ponašanje te zaključili da nitko ne može objasniti ljudsku percepciju, emocije ili misaone procese pomoću bazičnih jedinica. Shvaćali su percepciju kao cjelinu koja daje značenje dijelovima [13].

Friedrich S. Perls, europski psihijatar, prvi je 1947. godine ponudio fenomenološki pristup, kojim je izrazio nezadovoljstvo tradicionalnom Freudovom teorijom. Smatrao je da Freud prenaglašava seksualne instinkte, a ignorira glad; instinkt ili sklonost prema samoodržanju i samoaktualizaciji [15]. Razmišljao je o egu kao o procesu čiji je cilj smanjenje napetosti između osobe i njezina okruženja te se tijekom tog procesa osoba psihološki razvija zadovoljavajući unutarnje potrebe i vodeći istodobno računa o okolinskim zahtjevima [15].

Geštalt psiholozi su nadalje pokazali kako smo skloni zamjećivati dijelove informacija kao združene cjeline, uključujući i prisutan kontekst. Tvrdili su da se ljudska percepcija ne može objasniti temeljem bazičnih jedinica zato što imamo sklonost tumačiti naše opažanje stvari kao cjeline u sklopu prisutnog konteksta (vidi Sliku 3.3.1) [13].



Slika 3.3.1. Važnost konteksta: Jesu li krugovi u središtu jednake veličine?

Izvor: *Izvor: <http://pngwing.com.png>*

Iako je do 1920.-ih geštalt psihologija izgubila identitet glavne škole, jedan od sljedbenika, Kurt Lewin (1890.-1947.) primjenjivao je principe geštalta u istraživanju motivacije i ličnosti, posebno dinamike u malim grupama [3]. Njegovi pristupi grupne terapije obilato su se koristili u zdravstvenoj njezi, a nastavili su se koristiti i u mnogim područjima današnje prakse [3].

4. Model psihološke njege

Definicija psihološke njege u kontekstu sestinstva jest „psihološko funkcioniranje koje karakterizira osobna čežnja, htjenje, želja ili alternativno izražavanje nelagode, lišenosti ili nedostatnosti“ [18]. Ujedinjuje potrebu za neovisnošću, potrebu za privatnošću, socijalne potrebe, pristup informacijama i dostojanstvo što sve zajedno doprinosi izražavanju različitih emocija i ponašanja koji su specifični za svakog čovjeka. Uvidjeli smo kako psihološka njega podrazumijeva brigu za pacijentove psihološke potrebe pomoću niza vještina kao što su slušanje, percipiranje, komunikacija, empatiziranje, s konačnim ciljem ublažavanje ljudske patnje [3]. Također, ove vještine su temeljne za zdravstvenu njegu općenito, a ne samo za provođenje psihološke njege [3]. Potpunija definicija psihološke njege je svakako osim pružanja informacija, podučavanja i savjetovanja, sposobnost procjene i praćenje psihološkog stanja pacijenata kako bi mogli identificirati probleme i odlučiti se za prikladnu intervenciju [19].

Psihološka zadaća medicinske sestre je da uoči i ostvari emocionalne potrebe te ostvari odnos uz komunikaciju i ohrabivanje. Međutim, specifične intervencije koje su prepoznate kao dio psihološke uloge uključuju opisivanje bolničkih rutina, politike i načina liječenja [3]. Neophodno je prepoznavanje potrebe za psihološkom ili psihijatrijskom pomoći i prikladno upućivanje; pokazivanje prihvaćanja, spremnosti za slušanje, smirivanje, tješjenje, savjetovanje i davanje nade [20]. Prema tome, učinkovita psihološka njega oslanja se na osobne kvalitete i međuljudske vještine njegovatelja [20]. Tablica 4.1. prikazuje elemente sheme psihološke njege.

Sa stajališta kliničke psihologije, psihološka njega „uključuje pružanje izravne pomoći i kontinuirane podrške klijentima dok se oni suočavaju s reakcijama na ozbiljnu bolest ili ozljedu“ i trebala bi biti rutinska, a ne naknadno dodana mjera ili luksuz koji se pruža samo kada se ima dovoljno vremena [3].

Praćenje psihološkog stanja bolesnika	Vođenje prema specijaliziranoj terapiji
Psihološka njega	- Informacijska/edukacijska njega - Emocionalna njega - Osnovno savjetovanje - Zastupanje
Samozaštita osoblja	Podrška za djelatnike

Tablica 4.1. Ključni elementi sheme psihološke njege [3]

Komponente psihološke njege provode se na tri razine, prema tome tko bi ih mogao provoditi i prema stupnju potrebnog znanja i vještina:

1. razina svjesnost: svjesnost o psihološkim potrebama, slušanje i komunikacija usmjerena na pacijenta, svjesnost o pacijentovom psihološkom stanju; primjereno djelovanje,
2. razina intervencija: praćenje i bilježenje pacijentovog stanja, informiranje i edukacija, emocionalna njega, savjetovanje, podrška, zastupanje, upućivanje,
3. razina psihološke terapije [21].

Prva razina predstavlja svjesnost o pacijentovim psihološkim potrebama, razina koja bi trebala biti dostupna svim djelatnicima bez obzira na dob, stupanj obrazovanja i iskustvo [3]. Druga razina uključuje relevantne postupke za sve zdravstvene djelatnike, pružanje podrške, informiranje, educiranje i upućivanje drugima službama ukoliko je potrebno [3]. Svakako da je za razinu dva neophodno više formalno obrazovanje, minimalno na razini prvostupništva. Na kraju, treća razina obuhvaća napredni nivo psihološke podrške u vidu psihoterapije, koju će vršiti specijalizirano osoblje, poput kliničkih psihologa, psihoterapeuta i psihijatra, najčešće u bolničkom okruženju ili u okruženju primarne zdravstvene zaštite [3].

Riječ „terapija“ izvedena je od grčke riječi *therapeia* i znači „usluga“. Podrazumijeva nešto što je korisno, osnažujuće ili ljekovito i vodi k pozitivnim ili

ozdravljajućim ishodima [3]. Doslovni prijevod naziva psihoterapija je „tretman psihe“ te nam sugerira umove ili ličnosti u nevolji. Kod nekih ljudi poremećaj je toliko velik da im je onemogućeno svakodnevno funkcioniranje, postoji opasnost od samoubojstva, kod drugih su tegobe manje ekstremne, ali ipak vrlo uznemirujuće [15]. Ključna karakteristika tih problema je da najčešći postupci suočavanja kojima osoba raspolaže nisu više dovoljni te je potrebna stručna profesionalna pomoć.

Terapeutski odnos medicinska sestra – pacijent se može opisati kao umješnost medicinske sestre da smišljeno koristi vlastitu ličnost kako bi se primaknula pacijentu [4]. To nalaže razvijenu samosvijest te razumijevanje „filozofije života, smrti i cjelokupnog ljudskog postojanja“ [4]. Kod primjene psihološke njege naglasak je na primarno preventivnoj aktivnosti, iako se neka znanja i vještine koje koriste psihoterapeuti mogu izvući i koristiti u sestrinstvu.

Također, izgled medicinske sestre, stavovi i držanje mogu djelovati terapijski i imati utjecaj na dobrobit pacijenta [3]. Neophodno je koristiti osobne kvalitete, prepoznati ograničenja vlastitih sposobnosti i znati kada, kako i kome se obratiti.

4.1. Preduvjeti za psihološku njegu

Za psihološku njegu, osim temeljnih specifičnih vještina procjene, informacijsko/edukacijske njege i emocionalne njege, jednako je važan i skup preduvjeta koji omogućuje pružanje učinkovite psihološke njege. Krajem 1979. godine Watson je tvrdila da su njenih deset njegujućih faktora preduvjeti za njegu. Fisher i Toronto su posebno identificirali preduvjete vremena, materijalnih resursa, znanja i vještina koji utječu na stupanj, kvalitetu i opseg njege [3]. Kako bi se mogla pružiti kvalitetna psihološka njega, kao namjerni čin, moraju biti zadovoljeni određeni faktori koji su prikazani u tablici 4.1.1.

Zadovoljavanje preduvjeta	<ul style="list-style-type: none"> - Prostor i vrijeme - Određivanje prioriteta - Podržavajuća emocionalna kultura - Korištenje uzora - Podrška zdravstvenog tima
Osobne kvalitete	<ul style="list-style-type: none"> - Izgradnja odnosa - Samosvjesnost - Intuicija - Refleksija - Empatija
Interpersonalne vještine	<ul style="list-style-type: none"> - Komunikacija - Informacijska njega - Emocionalna njega - Vještine savjetovanja i procjena
Baza znanja	<ul style="list-style-type: none"> - Učenje i pamćenje - Socijalna percepcija - Stres i suočavanje - Privrženost i transfer

Tablica 3.1.1. Model psihološke njege [3].

Psihološka njega uključuje skrb za psihološke aspekte pacijenta te je potrebno predvidjeti i utvrditi njegove potrebe uz odnos prožet povjerenjem, poštovanjem i ohrabivanjem kako bi se pacijent osjećao shvaćeno, cijenjeno, sigurno, osnaženo, a samim time i manje anksiozno. Istovremeno i osoba koja pruža psihološku njegu osjeća zadovoljstvo, samopoštovanje i bolju povezanost s pacijentom. Iako to iskustvo može djelovati nagrađujuće, može biti i iznimno zahtjevno, što nam ukazuje na potrebu za učinkovitom podrškom i važnošću brige za samog sebe [22].

5. Kvalitete za psihološku njegu

Ključne dimenzije ličnosti su genetski predodređene ili razvijene u ranom djetinjstvu i jednom uspostavljene, one ostaju stabilne i otporne na promjenu. Premda, ličnost će se naravno mijenjati i razvijati s odrastanjem i izloženošću novim ljudima i situacijama [3]. Prema Larsenu (2008.), ličnost se opisuje kao „skup psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani i relativno trajni te utječu na interakcije i adaptacije pojedinca na okolinu“ [23]. Petofaktorski model je prevladavajući osobinski model ličnosti, koji ličnost definira kao hijerarhijski organiziranu. Dva najznačajnija petofaktorska modela su model Velikih Pet (Big Five Model) te Pet-faktorski model (Five-Factor Model). Premda ti modeli ukazuju na prisutnost pet faktora ličnosti, oni su proizašli iz različitih teorijskih okvira uz postojanje važnih sadržajnih razlika.

Na temelju leksičkih istraživanja na engleskom jeziku stvoren je model Velikih Pet te su osobine ličnosti u ovom modelu „ekstraverzija, ugodnost, emocionalna stabilnost, savjesnost i intelekt“ [24]. Pet-faktorski model stvoren je pomoću upitnika kreiranog na osnovi faktorsko-analitičke strategije te su dimenzije ličnosti koje on nameće „ekstraverzija, ugodnost, savjesnost, neuroticizam te otvorenost k iskustvima“ [23].

Tipični ekstravert je osoba koja voli promjene, raznolikost, usmjerena je prema ljudima i zbivanjima oko sebe. Ugodnost se odnosi na prosocijalnu i društvenu orijentaciju, uključuje osobine poput skromnosti, popustljivosti, altruizma i povjerenja [6]. Savjesnost predstavlja kontrolu impulsa koja potpomaže usmjerenost na zadatak ili na cilj, poput promišljanja prije djelovanja, odgađanje zadovoljenja, slijeđenje normi i pravila, planiranje, organizacija i postavljanje prioriteta [6]. Neuroticizam je povezan s načinom na koji se ljudi nose sa životnim stresovima. Odnosi se na negativnu emocionalnost: anksioznost, nervozu, tugu i napetost. Osobe s visokim neuroticizmom podložne su promjenama raspoloženja te slabijim taktikama suočavanja [6]. Najvidljivija razlika je upravo u čimbenicima „emocionalne stabilnosti i neuroticizma“, iako se oba faktora ponašaju kao oprečne strane iste dimenzije.

Glavna razlika bazira se na petom faktoru, koji je u modelu Velikih Pet objašnjen kao „intelekt“, dok je u Pet-faktorskom modelu objašnjen kao „otvorenost k iskustvima“ [25]. Pojedinci otvoreni k iskustvu/doživljaju su potpuno svjesni vlastitih osjećaja, ne potiskuju ih i djeluju na osnovi njih, ali su i dovoljno racionalni da prosude i po potrebi suspendiraju vlastitu aktivnost. Dakle, osoba otvorena doživljajima je potpuno funkcionirajuća te joj nijedna emocija ili doživljaj nije prijeteći i ne ugrožava njezinu ličnost [25].

Petofaktorski model ličnosti je godinama bio najzastupljeniji model kojim su implementirane osobine ličnosti te su brojna istraživanja koristila ovaj model. U današnje vrijeme sve je prisutniji HEXACO model ličnosti sa šest faktora [24]. Lee i Ashton (2008.) ističu sljedeće dimenzije ovog modela: „iskrenost-poniznost (iskrenost, poštenje, skromnost i izbjegavanje pohlepe), emocionalnost (bojažljivost, anksioznost, ovisnost o drugima, sentimentalnost), ekstraverzija (socijalno samopoštovanje, socijalna odvažnost, društvenost i živost), ugodnost (tendencija opraštanja, nježnost, fleksibilnost, strpljenje), savjesnost (organiziranost, marljivost, perfekcionizam i razboritost) te otvorenost k iskustvima (uvažanje estetike, radoznalost, kreativnost i nekonvencionalnost)“ [26]. Iako se po samim dimenzijama ličnosti može pretpostaviti da je ovaj model sličan Pet-faktorskom modelu i modelu Velikih Pet, HEXACO ima i istaknutih razlika [23]. Faktori ličnosti koji su gotovo identični u oba modela su „ekstraverzija, savjesnost i otvorenost k iskustvima“ [27]. Osobine „iskrenost-poniznost, emocionalnost te ugodnost“ u HEXACO modelu ličnosti ne odgovaraju u potpunosti osobinama „ugodnosti i neuroticizma“ u petofaktorskim modelima [28].

Ključne osobine ličnosti ili osobne kvalitete omogućuju da djelotvorno koristimo naše vještine. Također, u odnosu na njegovanje možemo identificirati neke ključne osobne kvalitete koje će olakšati pružanje psihološke njege te ih razviti ili poboljšati vježbom i iskustvom [3]. Međutim, prepoznato je da zahtjevi posla mogu na neki način doprinijeti gubitku ili suzbijanju potrebnih kvaliteta te je to rizik kojim se suočavaju sve medicinske sestre. Korisne kvalitete su istraživanjem dokazano posjedovanje intuitivne prirode, samosvjesnost,

empatija, iskrenost i neosuđujući pristup [3]. Nije iznenađujuće da ove kvalitete mnogi smatraju nekim od ključnih karakteristika učinkovitog savjetovanja.

5.1. Temeljni uvjeti za učinkovit pomagački odnos

Brojni radovi američkog psihologa Carls Rogersa (1902.-1987.) učinili su njegovo ime sinonimom za fenomenološki pristup psihologiji. Fenomenologija se bavi osobnim doživljajima, gdje je čovjek okarakteriziran kao originalni subjekt koji na specifičan način opaža i sagledava ono što mu se događa [29]. Na taj način kreira vlastito fenomenološko polje, sve ono što osoba momentalno doživljava [29]. To fenomenalno polje može odgovarati realnosti, ali i ne mora. Rogers je svojom na klijenta usmjerenom fenomenološkom terapijom naveo skup ključnih uvjeta koje je smatrao ključnim za bilo koji pomagački odnos [15]. Prema Rogersu temeljni uvjeti za učinkovit terapijski odnos su:

- kongruentnost u odnosima – iskrenost, otvorenost, transparentnost; terapeut ne pokušava biti ništa drugo nego „ono što on ili ona jest“, nastoji omogućiti da su svi oblici komunikacije kongruentni jedni s drugima, rast će biti zaustavljen kad ponašanje te osobe postane neusklađeno ili inkongruentno [15],
- bezuvjetno pozitivno prihvaćanje – terapijski stav koji izražava tri poruke: da je terapeutu stalo do klijenta (pacijenta), da ga prihvaća i da vjeruje u njegovu sposobnost mijenjanja [15],
- idealni oblik bezuvjetnog prihvaćanja je neposredna naklonost, koja dovodi do izražavanja pravih pozitivnih osjećaja te terapeuta spremnost za slušanje, iskazivanje poštovanja i povjerenja u klijentov potencijal za rast i rješavanje problema [15],
- točna empatija - kako bi mogao razumjeti klijentovo ponašanje i pomoći mu da ga sam shvati, terapeut mora nastojati vidjeti svijet kako ga klijent vidi, treba težiti empatičkom razumijevanju ili točnoj empatiji [3].

Navedeni uvjeti su neophodni, ali nisu dovoljni sami za sebe. Neki autori kritizirali su Rogersovo mišljenje da ne primjećuje šire socijalno i fizičko okruženje i kontekst u kojem se pojedinac nalazi [2].

Nadalje, nastojanje medicinskih sestara da ostvare psihološki kontakt ne odnosi se na stvaranje „promjene ličnosti“ već učinkovitosti pružanja psihološke njege. Često je potrebno stvaranje vrlo kratkog i prolaznog odnosa, poput kratkog kontakta očima, izmjene osmjeha ili kratke verbalne izmjene. Istraživanjem je dokazano da je postojanje odnosa, bez obzira na to koliko je kratak ili prolazan, važno u određivanju psihološke njege [30].

5.2. Samosvjesnost

Samosvjesnost je sposobnost poznavanja unutarnjih osobnih stanja, sklonosti, nadarenosti i pronicljivosti [31]. Sposobnost promatranja sebe, prepoznavanje vlastitih osjećaja, poznavanje odnosa između misli, osjećaja i reakcija [31]. Postoje i mnogi drugi aspekti samosvjesnosti, poput senzacije, seksualnosti, duhovnosti, tjelesnog stanja, izgleda, razine znanja, naših potreba i želja [3]. Svjesnost o samima sebi kao odvojenim i jedinstvenim pojedincima počinje se razvijati tijekom ranog djetinjstva i adolescencije do rane odrasle dobi. Do odraslosti većina ljudi ima razvijenu ideju o tome tko su oni kao jedinstveni pojedinci.

U pomagačkim profesijama samosvjesnost je nedvojbeno važna te se otkrivajući pokazujemo onakvima kakvi doista jesmo, a ne onakvima kakvima želimo da nas drugi vide. Nadalje, biti samosvjesnim znači biti osjetljivim na potrebe drugih i ujedno prepoznavati vlastite pozitivne osobine, ali i vlastite pristranosti, predrasude i stereotipna vjerovanja [3]. U tome uvelike može pomoći Joharijev prozor, kojeg su osmislili američki psiholozi Joseph Luft i Harrington Ingham (1955.). Joharijev prozor, prikazan na Slici 5.2.1, je psihološki model samootvaranja koji nam omogućuje da uvidimo koji dio informacija o sebi je poznat nama samima i drugim ljudima [32].



Slika 5.2.1. Joharijev prozor

Izvor: <http://poptheo.org/johari>

Model je podijeljen u četiri elemenata:

- otvoreno područje ili arena – uključuje informacije koje su znane i nama i drugima (osobni podatci, spol, religija, nacionalnost, mjesto boravka, obrazovanje),
- slijepo područje ili slijepa pjega – obuhvaća informacije koje drugi znaju o nama, ali nama nisu poznate (druge osobe mogu vidjeti našu sebičnost, oholost, pretjeranu agresivnost),
- skriveno područje ili fasada – obuhvaća informacije koje su poznate nama, ali ne i drugima (naša maštanja, fantazije, nešto čega se sramimo),
- nepoznato područje – sadrži informacije koje nitko ne zna, ni mi ni drugi ljudi [32].

U bliskom odnosu dominantno područje je arena; što se više otvaramo drugoj osobi, to će biti manja fasada. Ako druga osoba otvoreno verbalizira o nama i našim postupcima, to će smanjiti našu slijepu pjegu te na taj način dolazimo do uvida o sebi koji će smanjiti nepoznato područje [32]. Budući da dajući i primajući informacije o sebi i drugima razvijamo odnos bliskosti, uz posljedicu činjenice da tada zaista poznajemo jedno drugo [32]. Iako se u profesionalnim odnosima ne očekuje takva bliskost te je važno održati jasne granice između osobnog i profesionalnog života, potrebno se do određene mjere samootkriti kako bi uspjeli

ostvariti smisleni interpersonalni odnos. Takav odnos je ključan za kvalitetnu psihološku njegu.

Nadalje, samosvjesnost je vrlo važna u sestrinstvu i zdravstvenoj njezi kod donošenja odluka o tome kako odgovoriti na potrebe pacijenata. Istraživanje je pokazalo da medicinske sestre prepoznaju da uvijek postoji mogućnost za psihološku njegu, ali da isto tako postoji mogućnost hoće li ili neće odgovoriti na psihološke potrebe pacijenata [3]. Briga za pacijentove psihološke potrebe postavlja pred medicinsku sestru/tehničara emocionalne zahtjeve te ukoliko ona osjeća da ih ne može riješiti može doživjeti anksioznost i konflikt. Stoga će nam samosvjesnost omogućiti da promatramo našu razinu stresa i suočavanja te da znamo kada zatražiti pomoć ili podršku [3]. Mnoga radna mjesta zdravstvenih djelatnika su izrazito zahtjevna i stresna. Primjetno je kako medicinske sestre višeg stupnja samosvjesnosti koriste više strategija suočavanja sa stresom te doživljavaju nižu razinu stresa na poslu i lakše se nose s organizacijskim zahtjevima od onih s niskim samopoštovanjem [33]. U skladu s time može se zaključiti kako kvaliteta skrbi nije isključivo ovisna o razini stručnog znanja zdravstvenih djelatnika, već i o njihovim osobnim značajkama.

Kvalitetan timski rad i klinička supervizija mogu biti načini na koje medicinske sestre mogu primiti podršku i utjehu u svojim aktivnostima. Nažalost, nema mnogo kliničkih okruženja koji pružaju standardizirani sustav podrške ili kliničke supervizije za medicinske sestre, a to u konačnici otežava pružanje psihološke njege [30].

5.3. Intuicija i refleksija

Osim procesa odlučivanja na temelju činjenica i dokaza, mnogi stručnjaci smatraju da je donošenje odluka na temelju intuicije osobita vrsta umijeća, posebno u hitnim situacijama. Iako je za većinu stručnjaka usvajanje intuitivnih odluka dezorijentirajuće i nestručno ponašanje kojeg podcjenjuju u odnosu na znanstveno i racionalno prosuđivanje, mnogi psiholozi slažu se da je intuicija „suptilna sposobnost stjecanja znanja bez jasnog upletanja ili shvaćanja procesa“

[34]. Zaključuje se da je intuicija „šesto osjetilo“ ili „instinkt“ koji nam pomaže da otkrijemo što se događa drugoj osobi i možda kako da prikladno odgovorimo [3]. Mozak konstantno uspoređuje aktualna iskustva s prošlima i traži sličnosti u sjećanju te može u djeliću sekunde zaključiti je li trenutna situacija povoljna ili nije. Dakle, „intuicija je premosnica do linearnog racionalnog promišljanja čija je posljedica nemogućnost razložnog objašnjenja“ [34]. Postoji jedanaest tipova intuicije: predosjećaji, dubok osjećaj u trbuhu, trenutci iznenadne spoznaje, vizije, instinkti, iritantan osjećaj koji nikako ne prolazi, dodir, miris, sluh, tjelesni znakovi i telepatija [35]. Rezultati istraživanja psihološke njege pokazali su da medicinske sestre nisu mogle obrazložiti svoje kompetencije samo kognitivnim znanjem, već su isticale intuiciju koja proizlazi iz njihova iskustva [30]. Prema tome, znanje i iskustvo su neizmjerljivo važni u intuitivnom procesu te moramo imati sposobnost reflektiranja o svojim postupcima te ih prema potrebi mijenjati na odgovarajući način.

Termin „refleksija“ obuhvaća široko područje različitih shvaćanja. Refleksija najčešće znači osvrt na pojedine događaje, postupke, okolnosti i ostalo što može biti predmetom interesa osobe koja vrši refleksiju. U Rječniku stranih riječi termin „refleksija“ je definiran kao „razmišljanje, rasuđivanje, razmatranje, prenošenje pozornosti s objekta promatranja na subjekt i razmatranje odnosa u kojem se nalazi subjekt prema objektu“ [36]. Obrazovni programi općenito, pa tako i u sestrinstvu sve češće imaju za jedan od svojih ciljeva razvoj refleksivnih praktičara. Refleksivna se praksa smatra kritičkim procesom kojim se poboljšavaju profesionalna umijeća [37]. Važna je ne samo zbog toga što omogućava ispitivanje pristupa praksi već i zbog toga jer omogućuje osvještavanje i razumijevanje uvjerenja koja se nalaze u pozadini procesa, a utječu na naš pristup [37]. Pojam refleksivne prakse nije jednoznačno konceptualiziran, za nekoga jednostavno znači razmišljanje o nečemu, dok je za druge riječ o praksi koja podrazumijeva vrlo specifična znanja i povezane radnje [37].

Schön (1930.-1997.), teoretičar iskustvenoga učenja opisuje proces refleksivne prakse kroz:

- refleksiju u akciji (reflection in action),

- refleksiju o akciji (reflection on action), što predstavlja osnovicu za daljnji model refleksivne prakse [37].

Nadalje, refleksivna praksa se često prikazuje kao „krug“ te uključuje faze:

- konkretno iskustvo – učenici se uključuju u potpunosti, slobodno i bez pristranosti o novom iskustvu,
- refleksivno opažanje – učenici ohrabreni da izađu iz „djelovati“ i uđu u reflektiranje i analiziranje svog iskustva iz mnogo perspektiva i podijele svoje misli s drugima,
- apstraktna konceptualizacija – učenici dublje razmišljaju i pokušavaju interpretirati, razumjeti i napraviti poveznice i usporedbe između iskustva i onoga što već znaju,
- aktivno eksperimentiranje – učenici razmatraju kako će pretvoriti u praksu to što su naučili i razumjeli, donose odluke i rješavaju probleme [3].

Iako je refleksivna praksa poznat i priznat koncept koji se koristi u gotovo svim znanstvenim područjima, važno je navesti kako nije jasna razlika između refleksije kao „osobne kvalitete“ i „vještine“. Činjenica je da je refleksija sama po sebi sredstvo za poboljšanje učenja te je nešto što se može naučiti i kasnije primijeniti u sestrinskoj praksi [3].

5.4. Empatija

Empatija je izraz koji prvi put koristi E. B. Titchener (1867.-1927.), engleski psiholog, a fokusira se na „sposobnost pojedinca da prepozna osjećaje koje trenutno doživljava neka druga osoba“ [38]. Iako ta interpretacija jasno izražava što bi empatija bila, ona do danas nije sasvim objašnjena. Sigmund Freud je 1905. godine riječ empatija opisao kao proces postavljanja u položaj nekog drugog, svjesno ili nesvjesno [39]. Carl Rogers navodi da je empatija razumijevanje druge osobe iz njezine točke gledišta [23]. Ona se zasniva na svijesti o vlastitoj ličnosti te što smo susretljiviji prema vlastitim emocijama, to ćemo biti spretniji u tumačenju osjećaja [31]. Nadalje, empatija se upravo zbog nejasne interpretacije poistovjećuje s izrazima poput mimikrije, suosjećanja,

sažaljenja ili emocionalne zaraze [37]. Mimikrija je izvorno tehničko značenje riječi *empathy* [23].

Lučanin (2010.) u kontekstu zdravstvene komunikacije, empatiju opisuje kao „sposobnost što točnijeg razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te sposobnost da se to razumijevanje pokaže“ [33]. Empatija kakva se danas istražuje i mjeri dijeli se na dvije osnovne komponente:

1. kognitivna empatija – najznačajnija je u raspoznavanju emocionalnih stanja drugih,
2. afektivna empatija – emocionalna empatija za primjereno emocionalno reagiranje na tuđe emocije [40].

Kognitivna i afektivna empatija se poprilično razlikuju, ali u praksi su oba oblika empatije čvrsto povezana. Osobe koje naglašavaju empatiju prilagodljivije su diskretnim društvenim signalima koji ukazuju na potrebe ili želje drugih [31]. Uspješnije su na rukovodećim funkcijama, u izvođenju nastave, u pomagačkim strukama pa tako i na svim razinama u sestinstvu.

Rezultati istraživanja pokazuju na to da se korijeni empatije mogu pratiti od rane dobi. Razvojni psiholozi objasnili su da već i mala djeca osjećaju suosjećajnu uzrujanost čak i prije nego što uvide da postoje odvojeno od drugih ljudi [31]. Druga istraživanja su pokazala da se empatija može efikasno naučiti. Istraživači su mjerili empatijsku sposobnost prije i poslije vježbanja savjetovanja drugih. Otkrili su da je program vježbanja, koji je naglašavao vještine slušanja, doveo do znatnog poboljšanja u ukupnim rezultatima empatije [23]. Vježbanje je osobito pomoglo studentima i srednjoškolcima da poboljšaju svoje sposobnosti preuzimanjem perspektive drugih ljudi i razumijevanje briga drugih. Također, istraživači su otkrili da se muškarce i žene, iako su studentice u početku imale više početne empatijske sposobnosti, može jednako podučiti [23]. Naravno, postoje ljudi s višim stupnjem ili većom količinom empatije i ljudi koji su manje sposobni da suosjećaju [40]. Novija istraživanja su pokazala da visoko empatične osobe pokazuju manju agresivnost, veću spremnost za pomaganjem, veći stupanj moralnog razvoja, kao i da je bolje rješavanje konflikata kod takvih ili između takvih pojedinaca [41].

U kontekstu sestrištva istraživanje pokazuje da je sposobnost empatiziranja kao osobna kvaliteta za pružanje psihološke njege; odnosno, osjećaj ili posjedovanje „empatijske mape“ stvarnosti i iskustva što znači biti pacijent, kao i izazova i teškoća te uloge [3]. Nije moguće sasvim „ući u unutarnji svijet osobe“, ali se može pokušati doći što bliže [3]. Reynolds i Scott (2000.) opisuju empatiju kao ključnu karakteristiku pomagačkog odnosa koja ima dvije komponente: sposobnost percepcije osjećaja druge osobe i davanje smisla toj percepciji [3]. U svojim istraživanjima navode da empatija može pomoći medicinskim sestrama kod:

- kreiranja odnosa povjerenja i istraživanja pacijentovih potreba,
- razumijevanja korijena i svrhe reakcija pacijenata na medicinske probleme,
- poboljšanja pozitivnih zdravstvenih ishoda - što sve zajedno dovodi do smanjenja anksioznosti, fiziološke nelagode i depresivnosti [3].

Empatiju je moguće doživjeti i izraziti na velikom broju razina. Carkhuff (1969.) je prikazao sljedeće razine empatije:

- razina 1 – emocije ni sadržaji nisu prepoznati,
- razina 2 – lagana refleksija o osjećajima ili sadržaju,
- razina 3 – osjećaji i sadržaji su točno reflektirani,
- razina 4/5 – osjećaji i/ili sadržaji su prepoznati prije nego što je klijent govorio o njima ili prije nego ih je potpuno svjestan [3].

Međutim, u mnogim istraživanjima različitih zdravstvenih profesija uočeno je da zdravstveni djelatnici, uključujući medicinske sestre, ne pokazuju mnogo empatije i stoga većinu vremena djeluju na razini jedan ili dva [3]. Ako pacijenti smatraju da nisu dovoljno shvaćeni, kao posljedica se mogu pojaviti neželjeni zdravstveni ishodi. Također, razina četiri ili pet u kojoj se izražavaju „dublje“ razine empatije ne daju nužno povoljne empatijske odgovore.

6. Interpersonalne vještine u kontekstu zdravstvene njege

Iako možemo očekivati da svatko tko se bavi zdravstvenom djelatnošću već ima dobro razvijene interpersonalne vještine i kompetencije, to ne mora uvijek biti točno. Pojam interpersonalnih vještina predstavlja skup vještina i kompetencija koje svakom pojedincu omogućuju uspješan i skladan rad s drugima, kvalitetno upravljanje sukobima, rad u timovima, procjenu i prihvaćanje odgovornosti, uspješno međudjelovanje s drugima bez obzira na razlike u mišljenju [42]. Interpersonalne vještine obuhvaćaju povezanost dvoje ili više ljudi i grupa te njihovu međusobnu interakciju [3]. Posjedovanje interpersonalnih vještina olakšava suradnju i komunikaciju s drugima, omogućuje bolje razumijevanje vlastitih i tuđih potreba, ciljeva i načina za njihovo postizanje [43]. Mogu se podijeliti u četiri kategorije:

1. vještine razvijanja dobrih odnosa i suradnje,
2. vještine utjecanja na druge,
3. vještine savjetovanja,
4. vještine umrežavanja [43].

Ovladavanje njima također znači kako se dobro prilagoditi radnom i bilo kojem drugom okruženju. Osim toga, posjedovanje interpersonalnih vještina temelj je pružanja kvalitetne zdravstvene njege. U kontekstu zdravstvene njege temeljne interpersonalne vještine su:

- komunikacijske vještine,
- vještine psihološke procjene,
- vještine emocionalne njege,
- vještine savjetovanja,
- vještine pružanja informacija [3].

Za razliku od osobnih kvaliteta koje su u velikom stupnju urođene, interpersonalne vještine su naučene i mogu se razviti vježbom dok se ne postigne kompetentnost, nakon čega se mogu stalno usavršavati.

6.1. Komunikacijske vještine

Riječ „komunikacija“, jedinstvena mnogim jezicima, izvedena je od latinskoga pridjeva *communis* u značenju „javni“, „koji dijele mnogi“ [44]. Dijeljenje i razmjena informacija, jedno je od značajnih svojstava ljudskih bića jer je život čovjeka kao društvenoga bića nezamisliv bez komunikacije s drugim ljudima [44]. Komunikacija je dakle presudna za formiranje osobnoga identiteta budući da svijest o njemu nastaje tek stupanjem u interakciju s drugima, pri čemu se preuzimaju povratne informacije te je moguće uspoređivati sebe s drugima [45]. Ključne komunikacijske vještine su:

- vještine dijeljenja vlastitih ideja i osjećaja drugima kako bi ih oni mogli shvatiti na objektivnan način,
- vještine slušanja i promatranja drugih te razumijevanje njihovih poruka [45].

Prema tome, u različitim se tekstovima opisuje „abeceda“ komunikacijskih vještina koja upućuje na percipiranje ponašanja i neverbalnu komunikaciju učesnika komunikacijskog procesa, aktivno slušanje, davanje JA-poruke i postavljanja pitanja, ali tek se u novijim radovima veća pažnja posvećuje njihovoj specifičnoj primjeni u zdravstvenim djelatnostima [45]. Komunikacija je neophodan dio pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite i temelj učinkovite zdravstvene njege. Iznimno je važan cilj profesionalne komunikacije s pacijentima odnos u kojem će im medicinske sestre omogućiti da bez bojaznosti i dvoumljenja javljaju svoje želje, potrebe i nadanja [46]. Nažalost, pacijenti često upućuju kritike zdravstvenim djelatnicima zbog nedovoljno iscrpne komunikacije. Pacijenti izjavljuju kako dobivaju premalo obavijesti o svojoj bolesti, kako su one često banalne i nejasne te brzo zaboravljive [47].

Nezadovoljstvo pacijenata komunikacijom proizlazi iz dva glavna izvora:

1. oskudna komunikacija uopće, nedostatno razumljiva komunikacija i nedovoljan broj obavijesti o bolesti, načinima liječenja i prognozi bolesti,
2. premalo sadržaja komunikacije o obiteljskim, socijalnim i psihološkim problemima bolesnika izazvanim bolešću i/ili načinima liječenja [47].

Zbog svega navedenog uspješna komunikacija između medicinske sestre i pacijenta je poželjna terapijska intervencija jer pacijentima omogućuje da izraze svoje psihološke i emocionalne potrebe, postavljaju pitanja i podrazumijevaju bolju angažiranost u proces liječenja, steknu osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem i liječenjem te razviju povjerenje i poštovanje u procesu ozdravljenja [46].

Ne smije se zanemariti činjenica da se uspješnom komunikacijom smanjuju troškovi zdravstvene zaštite dovodeći do brže i točnije dijagnoze, smanjuju se potrebe za brojnim specijalističkim pretragama, povećava se motivacija bolesnika za uzimanje lijekova i pridržavanje zdravstvenih savjeta te se djeluje na promjene životnog stila pacijenta usvajanjem novih zdravih načina života [47]. Općenito u kontekstu zdravstvene njege komunikacija može imati sve ili neku od navedenih funkcija, koje su prikazane u tablici 6.1.1.

Izvršavanje zadatka	Završavanje nečega zbog našeg vlastitog dobra
Kontrola	Traženje nekoga da napravi nešto za vlastito dobro
Izmjena informacija	Davanje i primanje informacija
Izražavanje misli i osjećaja	Razvijanje empatije
Smanjivanje anksioznosti	„Podijeljeni problem je prepolovljeni problem“
Društvenost/zadovoljstvo	Iskustvo je poboljšano ukoliko je podijeljeno
Ritual	Prihvatljivi način odgovaranja u danim situacijama

Tablica 6.1.1. Općenite komunikacijske funkcije [3]

Neke od ovih funkcija je jednostavnije od drugih primijeniti u praksi. Većina bi se zdravstvenih stručnjaka odmah identificirala s funkcijom „izmjena informacija“ jer se događa često u većini konteksta - pacijenti pružaju informacije o svojim

osobnim okolnostima, a stručnjaci dijele informacije o tome što će im se dogoditi tijekom provođenja zdravstvene njege [3]. Potrebno je naglasiti kako se navedene funkcije uvijek koriste u pozitivnom kontekstu, za ublažavanje često pojačanih emocija. Funkcija poput „kontrola“ može djelovati grubo, ali više je nego korisna u hitnim situacijama u kojima treba usmjeriti ljude da promptno poduzmu akciju [3]. Opisane komunikacijske funkcije uključuju verbalnu komunikaciju (oralnu koja podrazumijeva govor i pisanu). Zdravstveni djelatnici koriste pisanu riječ da bi komunicirali, poput pisanja planova zdravstvene skrbi, odnosno sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija koristi se kao komunikacijska metoda kojom uzajamno komuniciraju svi koji su uključeni u zdravstveni sustav i skrb oko pacijenata [48].

Jasno je da je ono što govorimo riječima samo dio spektra komunikacije jer izgovorene riječi čine samo 30% ljudske komunikacije te je prema tome neverbalna komunikacija najdominantniji i najutjecajniji oblik komunikacije [3]. Upravo zbog toga je potrebno voditi računa o načinima prenošenja poruka i povezanosti onoga što se govori s onim kako se govori. Naime, istraživanjem je dokazano da pacijenti ne razumiju čak 50% od onoga što im zdravstveni djelatnici govore [46]. Zbog toga, zdravstveni bi se djelatnici trebali koristiti razumljivim jezikom s manje latinskih izraza i bez stranih riječi.

Nadalje, neverbalna komunikacija se koristi i za isticanje izgovorene riječi i u mnogim slučajevima kao zamjena za njih [3].

Sastoji se od bezbroj značajnih elemenata. Kod tumačenja neverbalnog ponašanja druge osobe uvijek treba uzeti u obzir i vlastite emocije, jer one tijekom doživljaja vanjskog svijeta reduciraju objektivnost opažanja. Osobe oko sebe ljude ne vide onakvima kakvi oni doista jesu, već ih ovisno o emocijama vide „vlastitim dioptrijama“ [49].

Neverbalni znakovi komunikacije mogu se podijeliti na statične i dinamične. U statične se ubrajaju „udaljenost tijela, međusobni položaj između osoba, stav

tijela i tjelesni kontakt“ [49]. Dinamični neverbalni znakovi su „izraz lica, geste i kontakt očima“ [49].

Ukazujući na komunikacijske kanale, neverbalna komunikacija se dijeli na vizualnu komunikaciju, izraze lica, govor tijela, osobni prostor, prikazivanje sebe i parajezik [49].

Također, karakterne crte, vanjski izgled, rasna i etnička pripadnost, spol, konstitucija i visina osobe imaju iznimno značajne, a često i ključne utjecaje na neverbalnu komunikaciju i na stvaranje potpunog dojma o određenoj osobi ili nama samima [49].

S obzirom da bi komunikacija uvijek trebala biti dvosmjernan proces, trebamo uzeti u obzir ne samo to kako pacijenti koriste različite oblike komunikacije u svojim interakcijama sa zdravstvenim djelatnicima, nego također i to kako zdravstveni djelatnici koriste vlastite komunikacijske vještine u interakcijama s pacijentima [3]. Komunikacija u svim svojim oblicima promiče pružanje kvalitetne psihološke njege i omogućuje nam da definiramo i prikladno odgovorimo na psihološke potrebe naših pacijenata [3].

6.2. Vještine psihološke procjene

Budući da je vanjsko, vidljivo ponašanje postojalo mnogo prije pojave govora, opažanje je vjerojatno bilo prvi izvor podataka o drugim ljudima. U pretpovijesnim vremenima, ljudi koji su preživjeli sigurno su bili pojedinci koji su naučili na temelju akcija prosuđivati namjere drugih ljudi. Važnost opažanja nije se smanjila razvojem govora. U zapadnom svijetu praksa interpretiranja tjelesnih značajki i ponašanja nazvana je *fiziognomikom* (pokušaj prosuđivanja sposobnosti i osobina ličnosti na temelju crta i izraza lica) [15]. Pitagora, Hipokrat, Platon, Aristotel i Galen, raspravljali su o odnosu između vidljivog ponašanja i ličnosti. Već i Biblija sadrži upute za procjenu ljudi na temelju opažanja [15].

Svaka psihološka procjena počinje s upoznavanjem svih onih teškoća i problema koji mogu utjecati na dobrobit i kvalitetu života pacijenta i njegove obitelji, odnosno osoba koje o njemu skrbe. Temelji se na prikupljanju informacija,

detektiranju unutarnjih snaga, resursa i potreba, individualno za svakog pacijenta [50]. Psiholozi su prepoznatljiviji u zdravstvenom sustavu po psihodijagnostičkoj procjeni i po kompletnoj psihološkoj skrbi koja obuhvaća jačanje emocionalne i psihološke dobrobiti pacijenta te članova obitelji, povezujući probleme samopoštovanja, poteškoće prilagodbe na bolest, probleme komunikacije, socijalnog funkcioniranja i stvaranja socijalnih odnosa [50].

U kontekstu zdravstvene njege, procjena je skup informacija o pacijentovom zdravstvenom statusu, koje medicinska sestra analizira, interpretira te stvara početne procjene ili konstatacije potreba holističke njege i stvaranje planova za zadovoljavanje tih potreba [3]. Procjena se uglavnom smatra jednom od najznačajnijih interakcija koju medicinska sestra ima s pacijentom te postavlja temelj za sve buduće interakcije [3]. U odnosu na psihološke potrebe, proces procjene nastoji „odrediti normalne psihološke funkcije na koje utječe trenutni zdravstveni status, s ciljem identificiranja specifičnih psiholoških potreba“ [3]. Neophodno je i svakodnevno praćenje pacijentova stanja u svim aktivnostima između medicinske sestre i pacijenta te pravovremeno predvidjeti probleme i ispravno postupiti.

Psihološka procjena započinje prikupljanjem sljedećih podataka:

- biografski/demografski podatci – datum i mjesto rođenja, stupanj obrazovanja, podatci o užoj obitelji, bračni status, interesi, hobiji,
- procjena tjelesnog izgleda – pokazatelj psihičkog stanja (dotjeranost, zapuštenost, stav, mimika),
- procjena kognitivnog statusa – obuhvaća procjenu intelektualnih sposobnosti, procjenu verbalnog pamćenja, sposobnosti zadržavanja pažnje, procjenu koncentracije,
- socijalna procjena – obuhvaća procjenu neformalne socijalne podrške i potpore (stupanj socijalne podrške koju primaju od članova uže obitelji, prijatelja, susjeda s kojima je pacijent u bližim odnosima [50]).

Nadalje, psihološka se procjena, osim opažanja te primjenom intervjua, vrši i korištenjem psiholoških testova i upitnika. Kako bi se odredila prisutnost depresije ili anksioznosti može se koristiti Upitnik općeg zdravlja (General Health Questionnaire, Goldberg, Huxley) te Bolnička skala anksioznosti i depresije

(Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond, Snaith 1983.) [3]. Ukoliko posjedujemo dobre vještine opažanja i temeljno shvaćanje najčešće doživljavanih emocionalnih stanja, točna procjena pacijentova izgleda, ponašanja, kognitivnih i emocionalnih stanja je neophodna vještina u pružanju psihološke njege. Iako se od medicinskih sestara ne očekuje da identificiraju ili dijagnosticiraju psihičke bolesti, važno je točno prepoznati postojanje anksioznosti ili depresije jer su to praktično svakodnevne emocije u kontekstu zdravstvene njege te su stoga opisane u sljedećim potpoglavljima [3].

6.2.1. Anksioznost

Anksioznost se može definirati kao patološko stanje karakterizirano osjećajem ustrašenosti, praćeno somatskim znakovima koji ukazuju na prekomjernu aktivnost vegetativnoga živčanog sustava te se diferencira od straha koji je normalna fiziološka pojava [51]. Prevladava više različitih manifestacija anksioznosti, uključujući panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i fobije [3]. Učestalost anksioznih poremećaja kreće se od 0,05% (opsesivno-kompulzivni poremećaj) do 5% (generalizirani anksiozni poremećaj) te se češće javlja kod žena [52].

Glavna karakteristika anksioznog ili izbjegavajućeg poremećaja ličnosti jest prožimajući osjećaj nedoraslosti, ekstremni strah od kritike ili odbacivanje od strane drugih [23]. Takve osobe mogu ograničiti svoje aktivnosti kako bi izbjegle potencijalne neugodnosti te u pravilu imaju nisko samopoštovanje i osjećaju se nedorasle mnogim svakodnevnim životnim izazovima [23]. Tablica 6.2.1.1. prikazuje glavne karakteristike izbjegavajućeg poremećaja ličnosti te nekoliko čestih misli i vjerovanja koje se pojavljuju kod osoba s anksioznošću.

Obilježja osobe s izbjegavajućim poremećajem ličnosti
osjećaj nedoraslosti osjetljivost na kritiku ograničavanje aktivnosti kako bi se izbjegla sramota nisko samopoštovanje
Tipične misli i vjerovanja
„socijalno sam nespretni i nepoželjan“ „volio bih da ti se sviđam, ali mislim da me zaista mrziš“ „moram izbjegavati neugodne situacije pod svaku cijenu“ „ne želim privlačiti pažnju na sebe“

Tablica 4.2.1.1. Glavna obilježja osobe s anksioznim poremećajem [23].

Nadalje, anksiozne osobe su osjetljive na ono što drugi misle o njima, lako im je povrijediti osjećaje, čine se ranjive i inhibirane u društvenim interakcijama; iz straha da će biti ismijane, zadržavaju za sebe svoje stavove, mišljenje ili osjećaje [23]. Anksioznost je često adaptivna reakcija na stresni događaj i mnogi će se ljudi povremeno osjećati anksiozno, ali će zahvaljujući svojim unutarnjim resursima i sposobnostima uspješno nadvladati te osjećaje. Kada ipak prevlada osjećaj nemogućnosti suočavanja, uz intenzivni osjećaj straha i zabrinutosti, javljaju se tjelesni, psihološki i kognitivni simptomi. Najučestaliji su simptomi poput poremećaja spavanja, smetnje koncentracije, umora, glavobolje, mučnine, vrtoglavice, znojenja, učestalog mokrenja, poremećaja psihomotorike te pobudljivosti [51].

Kod nekih pacijenata prisutna je hipertenzija, tahikardija ili tahipneja. Moguće je verbaliziranje straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, pojačano suočavanje s problemom te smanjena komunikativnost [53]. Anksiozni poremećaji imaju veliki broj simptoma, koji se uzajamno isprepliću i najčešće dolaze u komorbiditetu s velikim depresivnim poremećajem.

6.2.2. Depresija

Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji), osobito depresivni poremećaj, često se susreću u kliničkoj praksi. Depresija je jedna od najranije prikazane bolesti u medicini i može se utvrditi da je stara koliko i sama naša civilizacija. Sam pojam depresija dolazi od latinskog izraza *deprimere*, što znači potisnuti, pogurati prema dolje. Tako se nastoji i slikovito opisati što depresija radi ljudskoj psihi [54]. Depresivnim raspoloženjem opisujemo onu promjenu raspoloženja koja je patološki snižena. Razlikuje se od uobičajenog po jačini, duljini trajanja i nemogućnošću kontroliranja takvog raspoloženja [55]. Po incidenciji je depresivni poremećaj na četvrtom mjestu u ukupnoj populaciji te zastupa i drugi najrašireniji zdravstveni problem kod ženske populacije [56]. Veća pojavnost afektivnih poremećaja kod žena nije do kraja istražena. Smatra se da tome pridonose hormonalne promjene, trudnoća te predodređenost životnih uloga [57]. Također, zasigurno je da muškarci depresiju liječe na drugačiji način, najčešće ovisnošću o alkoholu. Smatra se da su oni tijekom odrastanja bolje naučili nositi se sa stresom i biti manje bespomoćni, dok su žene sklonije pasivnom pristupu i naučenoj bespomoćnosti [54]. Oboljeti od depresije znači doživjeti teško iskustvo patnje te je svakodnevno funkcioniranje ozbiljno narušeno ili onemogućeno. Bolest se dijagnosticira kada se osoba konstantno osjeća tužno, veći dio dana, dva tjedna ili duže i kada je ništa ne može razveseliti [55]. Zahvaća sva područja funkcioniranja:

- tjelesno,
- psihološko (emocionalno i kognitivno),
- bihevioralno i socijalno [3].

Oboljele osobe često zanemaruju vanjski izgled i higijenu. Teško se koncentriraju, neodlučne su, brzo gube pozornost. Imaju izražene smetnje spavanja, ne mogu zaspati ili se rano bude. Kod drugih pacijenata je opet prisutna pretjerana potreba za snom. Česte su i promjene apetita i težine, od pretjerane potrebe za jelom i pićem ili gubitka teka i težine [3]. Nadalje, karakteristično je za depresivni poremećaj da pacijenti nakon jutarnjeg buđenja imaju najvidljivije simptome, a kako dan odmiče, osjećaju se sve bolje, da bi navečer bili normalnog

raspoloženja [54]. Prisutni su simptomi poput sniženog raspoloženja, apatije, ravnodušnosti, bezidejnosti. Često je prisutan nemir, pojačana napetost i razdražljivost [57]. Depresivna osoba ima karakterističan izgled: zabrinuti i sumorni izraz lica sa specifičnim naborima na čelu (omega bore), kopcima (Veragutov nabor) te spuštene usne kutove. Također se javlja Lemanov trijas, koji onemogućuje doživljavanje radosti i ljubavi te donošenje odluka [58]. Misaoni tijek je obično usporen, pacijenti su zaokupljeni sumornim i pesimističnim pogledima na budućnost, idejama gubitka, krivnje, samooptuživanja, bezvrijednosti [54]. Pacijenti mogu strahovati nad svojim životom, sve gledati crno, optuživati se za pogrešne životne poteze, izraženi su osjećaji krivnje, suicidalne misli, pa i pokušaji suicida [54]. Smatra se da 2/3 depresivnih pacijenata razmišlja o samoubojstvu, a 15% njih ga doista počine [58]. Žene su sklonije pokušavanju suicida, a muškarci ga češće uspijevaju učiniti [59].

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

- psihotična depresija – prisutnost sumanutih ideja (ideje bezvrijednosti, beznađa, grešnosti), čulnih obmana, gubitak realiteta,
- agitirana depresija – prisutan je psihomotorni nemir, gubitak apetita, mršavljenje, nesanica, anksioznost, vegetativna pobuđenost,
- atipična depresija – javlja se opća slabost, umor, apatija, pretjerana potreba za jelom i snom
- maskirana depresija – uključuje probavne smetnje, poremećaje urogenitalnog sustava, smetnje libida, nemogućnost kontroliranja tlaka, probadanje u prsnom košu, promjena srčane frekvencije, poremećaj menstrualnog ciklusa kod žena [58].

Također, rezultati provedenih istraživanja pokazuju da se kod oboljelih od kroničnih tjelesnih bolesti često u komorbiditetu javljaju psihičke bolesti, a depresivni poremećaji su najučestaliji. Prevalencija depresije u pacijenata koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti kreće se od 14 do 56% ovisno o vrsti tjelesne bolesti, duljini njezina trajanja te o nazočnosti boli što još nekoliko puta povećava učestalost depresije [59]. Tako se prevalencija depresije u oboljelih od plućnih bolesti kreće od 25 do 35%, u bolesnika koji su preboljeli infarkt miokarda

prevalencija iznosi od 45 do 50%. U oboljelih od karcinoma prevalencija iznosi 48%. Prevalencija depresije u oboljelih od dijabetesa iznosi oko 35%, a u neuroloških pacijenata 40% [59].

Nadalje, rezultati istraživanja iz 2011. pokazali su da liječnici često ne prepoznaju i ne liječe depresivnost i anksioznost što je vidljivo iz malog broja liječenih (8,2% liječenih zbog anksioznosti i 2% zbog depresivnosti [60]. Navedeni podatci pokazuju na neophodnost preciznog i pravodobnog otkrivanja depresije u kroničnih pacijenata kako bi se multidisciplinarnim pristupom u liječenju i zdravstvenoj njezi smanjio broj suicida i unaprijedila kvaliteta života.

6.3. Vještine emocionalne njege

Emocije su ključni elementi ljudskog ponašanja bez kojih ne možemo pojmiti čovjeka ni društvo. Emocije su impulsi koji nas stimuliraju na djelovanje. Potiču nas na suočavanje sa životnim izazovima koje nam je nametnula evolucija [31]. Također je u samome korijenu riječi emocija, riječ *motere*, glagol koji na latinskome znači „kretati se“, dok prefiks „e“ upućuje na odmicanje, što znači da svaka emocija uključuje sklonost djelovanju [31]. Emocije se često opisuju i kao „osjećaji“, poput sreće, ljutnje, tuge, radosti, začuđenosti...

U današnje vrijeme na području istraživanja emocija dominira rad Paula Ekmana, američkog psihologa. Njegova hipoteza „da su specifične facijalne ekspresije univerzalno povezane sa specifičnim emocijama“ dokazana je mnogim istraživanjima, u kojima je često korištena zbirka fotografija lica [61]. Od „normalnih“ se ljudi očekuje da znaju percipirati te emocije na jednak način onima izraženim na fotografijama, ali i da ih ispravno percipiraju i interpretiraju na licima drugih [61]. Ekman je identificirao „specifične emocije“: sreća, tuga, gađenje, iznenađenje, ljutnja i strah, koje su prihvaćene kao „temeljne emocije“, zajedničke svim ljudima. Također se posljednjih godina u istraživanjima emocija sve češće primjenjuju metode iz neuroznanosti i genetike. Prema Jaak Pankseppu, estonskom neuroznanstveniku, ljudski se um može podijeliti na tri sustava:

- primarni afektivni sustav koji obuhvaća senzorne, homeostatske te emocionalne afekte (emocionalno-nagonski sustav, pruža temelj života),
- sekundarni bihevioralno kondicionirajući sustav koji se nalazi u podlozi implicitnog učenja i pamćenja te je posve nesvjestan (utemeljen je na znanju i učenju),
- tercijarni kognitivno-jezični sustav koji obuhvaća kognitivne funkcije, planiranje, refleksiju, regulaciju emocija i slobodnu volju [62].

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

1. POTRAGA – pojavljuje se u podlozi svih sustava, odlikuje ga želja za eksploracijom te anticipacija uzbuđenja,
2. BIJES – sustav koji se pokreće kada dođe do frustracije, odnosno do blokade sustava potrage, očituje se u obliku ljutnje, mržnje i ljubomore,
3. STRAH – sustav koji štiti čovjeka od boli i smrti, zbog interakcije s bijesom može dovesti do reakcije „bori se ili bježi“ (fight-or-flight).
4. POŽUDA – identičan konceptu libida, njezino neregulirano pobuđivanje dovodi do različitih neurotskih smetnji, parafilija te antisocijalnih ponašanja,
5. BRIGA – temeljni zadatak ovog sustava je osigurati emocionalni rast u interpersonalnim odnosima, te činjenje dobra drugima (poznatima ili strancima),
6. PANIKA/ŽALOST – sustav koji formira privrženost, nalazi se u podlozi depresivnih smetnji i fobija,
7. IGRE – važna uloga u socijalnoj adaptaciji pojedinca [62].

Kao što primjećujemo negativne emocije su relativno dobro istražene i poznata je njihova funkcija (prilagodba, zaštita i preživljavanje). Uloga pozitivnih emocija nije tako jasna ni tako dobro istražena. Profesorica Elizabeth J. Carter i suradnici predstavili su rezultate istraživanja u kojem su koristili magnetsku rezonancu, kako bi konstatirali koji se dijelovi mozga aktiviraju kada subjekt prepozna izraz sreće ili ljutnje na licima [63]. Dokazano je kako pogled na ljutito lice aktivira amigdalnu i gornji temporalni žlijeb, dok pogled na sretno lice aktivira druge regije lica [63].

Profesorica Barbara L. Fredrickson nastojala je svojim istraživanjima razjasniti ulogu pozitivnih emocija te je na osnovu dobivenih rezultata definirala teoriju proširenja i izgradnje [64]:

- proširenje izričaja mišljenja i ponašanja: negativne emocije dovode do sužavanja izričaja ponašanja jer se fokusiramo isključivo na izbjegavanje opasnosti (takvo ponašanje je ograničeno i reaktivno, usmjereno na trenutno „preživljavanje“), a pozitivne emocije javljaju sigurnost, nadograđuju izričaj ponašanja pojedinca i jamče izgradnju novih obrazaca ponašanja (kreativnije mišljenje, usmjerenost na rješavanje problema i tolerantnost),
- izgradnja psihološkog izričaja za budućnost: pozitivne emocije povećavaju broj mogućih obrazaca ponašanja za koje nas pripremaju, na taj način izgrađujemo osobine koje će nam biti korisne u budućnosti, korisni učinci u vidu promjena crta ličnosti, društvenih veza i sposobnosti traju i u budućnosti,
- poništavanje štetnih djelovanja negativnih emocija: pozitivne emocije ne pobuđuju reakciju kardiovaskularnog sustava kao negativne emocije, već smanjuju postojeće fiziološke reakcije koje su posljedica tih emocija,
- poticanje uzlazne razvojne spirale pozitivnih emocija: pozitivne emocije mogu potaknuti uzlaznu spiralu koja dovodi do efektivnije emocionalne dobrobiti i osobnog rasta i razvoja [64].

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

6.3.1. Komponente emocionalne njege

Razvoj emocionalne njege odvija se kroz četiri komponente:

1. određivanje temeljnih emocija,
2. određivanje dubine emocija – kontinuum ljudskih emocionalnih odgovora,

3. olakšavanje emocionalnog izražavanja,
4. pružanje emocionalne podrške [3].

Uglavnom je najdjelotvorniji način određivanja emocija direktno pitati o njima. Međutim, trebali bismo uvijek biti svjesni da mnogi pacijenti „usvajaju kulturu maskiranih reakcija“, pa ne bismo trebali pretpostaviti da se, zato što pacijent kaže „Dobro sam, hvala“, on zaista i osjeća dobro [3]. Osim vještina identificiranja i interpretiranja neverbalne komunikacije, potrebno je istražiti misli, tjelesne senzacije i ponašajne odgovore koji ih prate i tako indirektno razumjeti emociju [3]. Također, možemo koristiti sredstva za opažanje koja će nam pomoći da odredimo emocije koje pacijenti doživljavaju kad ih ne mogu izraziti riječima. Ljestvica opaženih emocija (Observed Emotion Scale) primjenjuje crteže niza lica s pratećim opisima za usporedbu s pacijentima koji ne mogu verbalno komunicirati [65]. Nakon što je određena temeljna emocija, potrebno je odrediti snagu ili dubinu te emocije [3]. Ne postoje potpuno točni i netočni odgovori, jer riječi ne mogu prenijeti emocionalno stanje. Riječi možemo pokušati rangirati na kontinuumu u rasponu od slabo do jako. Na primjer, za emociju „strah“: strahovanje, nervoza, briga, zabrinutost, tjeskoba, strah, panika, užas. Također, ukoliko želimo dodati riječ kako pokriti nepostojanje te emocije možemo umetnuti emociju „mirnoća“ na početku kontinuuma [3].

Nadalje, dostupne su mnoge ljestvice procjene koje nastoje objektivizirati dubinu doživljene emocije. Poput HADS, samoprocjenske ljestvice koja se koristi za otkrivanje simptoma te ocjenu stupnja depresivnosti i anksioznosti [66]. Sadrži 14 pitanja od kojih se sedam odnose na depresivnost, a sedam na anksioznost. Pitanja se odnose na to kako su se osjećali prošli tjedan, a odgovori se boduju na četiri razine od 0 do 3. Rezultati mogu odstupati od 0 do 21 za depresivnost i isto tako za anksioznost [66]. Također se može jednostavno pitati pacijenta za funkcionalan prikaz, tako da kada kaže da je anksiozan rangira svoju anksioznost na skali od 0 do 10, gdje je 0 „potpuna mirnoća“, a 10 „najjača anksioznost“. Na ovaj način može se dobiti jasnija slika o njihovoj percepciji emocije i kako su je doživjeli u to vrijeme te je poželjno koristiti ovu mjeru za usporedbu kako se osjećaju u kasnijim prilikama [3].

Međutim, neki neverbalni znakovi mogu objektivnije od verbalnih uočavati podatke o prirodi i jačini emocija. Priroda emocije neverbalno se pokazuje ponajviše znakovima povezanim s glavom, na primjer (npr.), stiskanje čeljusti, grimase lica, stiskanje očiju [67]. Jačina emocije pokazuje se tijelom i to znakovima povezanim s glavom i tijelom, npr. ukočenošću mišića [67].

Treća komponenta emocionalne njege je motiviranje pacijenata da istaknu svoje osjećaje. Temeljna sposobnost na ovoj razini je otvorenost prema osjećajima, bili oni ugodni ili neugodni. Jedino ako je osoba svjesna svojih osjećaja i otvorena prema njima, može o njima nešto i naučiti. To je ujedno najsloženija sposobnost najviše razine emocionalne inteligencije koja uključuje i sposobnost refleksivnog praćenja emocija u odnosu na druge, sposobnost upravljanja emocijama u sebi i drugima ublažavanjem negativnih emocija i pojačanjem ugodnih, a da se ne umanjuje ili prenapregne informacija koju one prenose [68].

Iako su neugodne emocije uobičajena reakcija na stresne događaje, različiti pristupi obradi tih emocija mogu imati izrazite posljedice. Negativne emocije mogu pojačati tjelesne simptome, naglasiti bol i usporiti oporavak [3]. Zbog toga, suočavanje emocionalnim pristupom može biti korisno, odnosno priznavanje, razumijevanje i izražavanje emocija dokazano smanjuju stres te potiču brojne zdravstvene koristi [69]. Normalno je i uobičajeno da ljudi doživljavaju snažne emocije kada se susreću sa stresnim situacijama poput bolesti ili gubitka te izražavanje ovih emocija ima važnu terapijsku funkciju [3]. Ali neprekidno razmišljanje o stresoru i prikladnosti emocionalnog odgovora može produžiti patnju i odgoditi fiziološki oporavak [70].

Posljednja komponenta emocionalne njege je pružanje emocionalne podrške. Potrebno je dopustiti pacijentima da izraze svoje osjećaje u podržavajućoj i sigurnoj atmosferi, pokazati razumijevanje i prihvaćanje. Pacijentima treba dopustiti da verbaliziraju o svojoj bolesti, da izraze osjećaje anksioznosti i da razumiju povezanost između simptoma i bolesti [3].

Nadalje, poznato je kako gubitak zdravlja izaziva ne samo psihološke već i prilagodbene poteškoće, pogotovo kada je zdravlje nepovratno oštećeno. Iako, većina autora ističe da proces adaptacije na bolest, to jest gubitak zdravlja, ne bi

trebalo prikazivati u fazama, u praksi se često taj proces prikazuje modelom Elisabeth Kübler-Ross [71].

Faze u adaptaciji na gubitak zdravlja:

- Negiranje – uglavnom prva emocionalna reakcija nakon dijagnosticiranja bolesti. Iskazuje se u neprihvatanju dijagnoze i traženju drugog mišljenja [71]. Negiranje može umanjiti početni šok i pomoći pacijentima da nastave svakodnevne aktivnosti. Pacijentu je potrebno pružiti relevantne i istinite informacije o bolesti, usmjeriti ga na budućnost i konkretiziranje ciljeva izvan zdravstvenog okruženja [71].
- Bijes/ljutnja – javlja se spoznaja o gubitku na kojeg pacijenti često emotivno reagiraju. Dolazi do idealizacije izgubljenog [71]. Za fazu bijesa je karakteristično pitanje: „Zašto ja?“. Ljutnja može biti usmjerena na obitelj, zdravstvene djelatnike, ali i na sve zdrave ljude. Pacijentima će se pomoći poticanjem na preuzimanje odgovornosti za vlastito ponašanje i spremnosti da traži i prihvati pomoć [71]. U svladavanju srdžbe i agresije korisnima su se pokazale tehnike relaksacije [71]. Često već tijekom ove faze dolazi do depresije.
- Cjenkanje/pregovaranje – pacijenti pokušavaju odgoditi zahtjeve bolesti. Cjenkanje se uglavnom odnosi na pitanje može li pacijent nekim postupkom ili promjenom u stilu života nadomjestiti gubitak zdravlja. U tom razdoblju je potrebno, u komunikaciji s pacijentom koristiti parafraziranje i reflektivne tehnike kako bi pacijent osvijestio i realno analizirao svoje želje u sigurnom okruženju. Važno je i informirati pacijenta o bolesti kako bi bio što bolje upoznat sa svim aspektima bolesti [71].
- Tuga/potištenost – depresivno raspoloženje prisutno je kroz cijeli proces tugovanja, pacijent svoje stanje vidi kao beznadno i svoj daljnji život besmislenim. Potrebno je ohrabrivati verbalizaciju pacijentovih osjećaja te pomoći u definiranju smislenih ciljeva.
- Prihvatanje/prilagodba – pacijent shvaća da je dijagnoza prisutna i da treba svoje resurse usmjeriti prema kontroli svog stanja. Pacijent postaje manje zaokupljen izgubljenim, a povećava se njegova zainteresiranost za aktivnosti svakodnevnog života [71].

6.4. Vještine savjetovanja

Pojam „savjetovanje“ primjenjuje se na raznovrsne načine, ali jedna od dimenzija tog pojma se svakako odnosi na ljude koji pružaju savjetodavne usluge. Praktično svi savjetovatelji smatraju da je za efikasan rad s pacijentom ključan dobar savjetodavni odnos te da su za uspostavu takvog odnosa potrebne takozvane (tzv.) „sržne osobine“ savjetovatelja kao što su „empatijsko razumijevanje, prihvaćanje pacijentovih mogućnosti da upravlja svojim životom te kongruentnost ili autentičnost“ [67].

Janković (2004.) savjetovanje definira kao metodu pružanja pomoći trenutačno neuspješnim osobama u njihovom osobnom rastu, razvoju, sazrijevanju i prilagođavanju životnim uvjetima radi njihova osposobljavanja za samostalno rješavanje aktualnih i budućih problema [72].

Kraljević (2007.) savjetovanje povezuje s psihoterapeutskim radom naglašavajući razlike: „ako psihoterapija teži mijenjanju ličnosti, ciljevi su savjetovanja usredotočeni na poticanje rasta i razvoja ličnosti te se odnose na trenutno stanje osobe koja je u procesu“ [73]. Mnogi istaknuti savjetovatelji bili su psiholozi; među najpoznatijima Rogers i Ellis te su njihove intervencije odraz teorijskog usmjerenja: psihoanalitički usmjereni, racionalno-emocionalno-bihevioralno usmjereni, geštalt ili eklektički usmjereni [67].

Prema Burnardu (2005.) koji je istraživao i pisao o terminu „savjetovanje“ u kontekstu zdravstvene njege, savjetovanje je proces „u kojem jedna osoba pomaže drugoj da razjasni njegovu ili njenu životnu situaciju i da odluči o daljnjim linijama djelovanja“ [3].

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

Nadalje, savjetovanje ima veliku važnost u okruženjima u kojima se ljudi moraju nositi s velikim promjenama ili adaptacijama: životno ugrožujuće bolesti,

stanja deformiranosti, invaliditet i gubici različitih oblika (gubitak funkcije, gubitak budućnosti, gubitak partnera ili rođaka) [3].

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

Savjetovanje o životnim vještinama je usredotočeno na osobu, odnosno usredotočeno je na raznovrsne sposobnosti i vještine koje su svim ljudima potrebne za opstanak, održavanje i unaprjeđenje kvalitete života [67].

Postoje četiri ključna polazišta ovog pristupa:

- većina teškoća koje pacijenti (klijenti) donose savjetovatelju posljedica su njihova prethodnog učenja,
- postoji utjecaj vanjskih činitelja, ali pacijenti sami održavaju svoje teškoće zato što imaju nedostatke ili slabosti u tome kako misle i postupaju,
- savjetovatelji su najučinkovitiji kada, unutar dobrog savjetodavnog odnosa, podučavaju pacijente prema potrebnim vještinama razmišljanja i postupanja,
- krajnji cilj jest samopomoć, održavanje i razvijanje jakih strana svojih razmišljanja i postupanja, ne samo da bi nadvladali trenutne poteškoće, već i da bi spriječili i rješavali buduće [67].

Prema Burnardu temeljni preduvjet savjetovateljskog procesa je da pojedinac mora biti voljan sudjelovati u savjetovateljskom odnosu i imati želju za promjenom, čak i ako je to samo mirenje s teškom situacijom [3]. Prema tome, savjetovanje je iznimno korisna aktivnost, ali inicijativa mora dolaziti od pacijenta, a ne od savjetovatelja.

Ključni elementi procesa savjetovanja su:

1. stvaranje pomagačkog odnosa: kreiranje okoline, komuniciranje „osnovnih uvjeta“ (kongruencija, empatija, bezuvjetno prihvaćanje) – uspostava radnog odnosa,
2. istraživanje problema pomoću sudjelovanja, opažanja, slušanja (uključujući parafraziranje, reflektiranje, pojašnjavanje, sažimanje) – procjena problema,

3. postizanje zajedničkog razumijevanja – postavljanje ciljeva,
4. djelovanje – odabir i primjena intervencija,
5. završavanje – završetak savjetovanja i praćenje pacijenta [3], [74].

Kad jednom započne, svaka od tih faza postaje trajnim dijelom procesa te uspostava odnosa trajno ostaje na savjetovateljevu i klijentovu (pacijentovu) dnevnom redu neovisno o tome što je dobar odnos već uspostavljen [74].

Uspostavom pomagačkog odnosa osigurava se emocionalno okruženje u kojem će pacijent osjećati da se može otvoriti u izražavanju svojih problema. Naglasak je na uspostavi prisnog odnosa. Prisnost je priprema za pozitivan psihološki rast i razvoj, a kad je nema, vodi neželjenim, pa čak i štetnim ishodima [74]. Druga faza obuhvaća prikupljanje i svrstavanje podataka povezanih s pacijentovom situacijom i razlozima zbog kojih traži savjetovanje. Ona ovisi o savjetovateljevu stručnom pristupu na ljudske teškoće, o čimbenicima povezanim s pacijentovom situacijom, o kulturalnom okviru u kojem pacijent živi te o uvjetima koje taj okvir postavlja na pacijentov pogled na svijet [74].

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

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

- zamjećivanje pacijentova općeg stanja anksioznosti ili neugode,
- provedbu specifičnog dojma o pacijentovu kulturalnom kontekstu,
- opažanje gesta ili pokreta koji ukazuju na emocionalne ili tjelesne disfunkcije,
- slušanje kako pacijent govori o svojem problemu,
- prepoznavanje pacijentovih verbalnih i neverbalnih komunikacijskih obrazaca [74].

Prema tome, pažljivo opažanje pacijenta kao osobe ključna je komponenta u fazi procjene problema. Jednako je važno postavljanje pitanja. Postavljanje pitanja je vještina traženja pojedinosti, detalja koji se nalaze u pozadini zbivanja ili

informacija koje daju smisao nekom događaju. Otvorena pitanja istražuju procese, a zatvorena nas pitanja opskrbljuju specifičnostima [74]. Iznimno je važna i sposobnost usmjerivanja pažnje na drugu osobu te je to temeljni preduvjet za vještine slušanja. Nadalje, vježbom možemo poboljšati naše vještine sudjelovanja koristeći se neverbalnom komunikacijom.

Egan (2001) je zagovarao SONOO poziciju, koja je prikazana u Tablici broj 6.4.1.

Ravno S jedenje	<ul style="list-style-type: none"> - Uspravno sjedenje - Jasno predstavljanje lica drugoj osobi
Održavanje O tvorenog držanja	<ul style="list-style-type: none"> - Bez prekriženih ruku i stisnutih šaka
Naginjanje N aprijed	<ul style="list-style-type: none"> - Lagano naginjanje prema drugoj osobi
Ostvarivanje kontakta O čima	<ul style="list-style-type: none"> - Više od 20 sekundi izravnog kontakta očima doživljava se kao nelagodno ili čak ugrožavajuće
O puštenost	<ul style="list-style-type: none"> - Razviti vlastitu poziciju u kojoj se osjećate ugodno

Tablica 6.4.1. Sono0 pozicija prema Eganu [3]

Slušanje je osnovna komunikacijska vještina, ali u savjetovanju se trebamo usmjeriti na parajezik, neverbalne poruke i tišinu. Učinkovito slušanje je svakako aktivno, jer slušač pokušava ne samo čuti nego i prilagoditi i percipirati ono što je preneseno kroz verbalni i neverbalni kanal [3]. Dakle, slušač ne sluša samo činjenice koje sugovornik iznosi već želi razumjeti i pridodane im vrijednosti, stavove i osjećaje [33]. Postoji mnogo tehnika koje mogu poboljšati slušanje, one uključuju:

- postavljanje potpitanja – pitanjima iskazujemo interes, usmjeravamo razgovor, pomažemo sugovorniku da se izrazi,
- facilitacija (olakšavanje) – pokazujemo prisutnost i uvažavanje, koristeći razne verbalne i neverbalne znakove, npr. osmijeh, gledanje u oči, podizanje obrva, korištenje izraza odobravanja (da...aha...),
- pojašnjavanje nejasnih ili nepotpunih tvrdnji – tražiti od sugovornika da objasni ili pojasni nešto što je rekao, a što nam se čini nejasno ili nepotpuno, prepoznavanje neizrečenih misli ili emocija – obratiti pažnju na metaporuke,
- reflektiranje – naglašavamo najvažniju riječ ili ono što je sugovornik posljednje izgovorio, to pomaže sugovorniku da dalje razvija misao i nastavi pričati,
- parafraziranje – na neki način parafraziranje je proširena refleksija, ponavlja se sugovornikova najvažnija misao ili poruka, ali sažetije i drugim riječima [33].

Nadalje, u procesu savjetovanja i uspješnom aktivnom slušanju potrebno je opažati neverbalnu komunikaciju pacijenta kao i osvijestiti vlastitu neverbalnu komunikaciju. Direktna neverbalna komunikacija je podjednako značajna kao i verbalna. Ponekad se takvim direktnim neverbalnim porukama vjeruje više nego verbalnima jer ih se ne može zloupotrijebiti. Dobar dio neverbalnih poruka kao što su somatske ili fiziološke reakcije, znakovi određenih emocionalnih stanja, reakcija na određenu situaciju, kao što su suze, tremor, mioza, nije moguće izazvati tako jednostavno kao što se može ispričati neistina [75].

Indirektna neverbalna komunikacija također se realizira putem tjelesnih reakcija, ali su znakovi tjelesne i fiziološke promjene trenutno ili dugoročno potisnuti. Zbog suviše dubokog potiskivanja problema, vrlo intenzivnog emocionalnog doživljaja određenih situacija, konvertiraju se psihološke poteškoće u području somatike na tjelesnu razinu (kardiovaskularnog, respiratornog, probavnog ili nekog drugog sustava) [75].

U procesu savjetovanja važno je uočiti razliku između savjetovanja koje primjenjuju psiholozi i psihoterapeuti te korištenja vještina savjetovanja za učinkovitu komunikaciju, što mogu provoditi medicinske sestre. Međutim,

raspravlja se o tome trebaju li sve medicinske sestre posjedovati i primjenjivati vještine savjetovanja ili je to viša razina komunikacijskih vještina koju trebaju visokoobrazovane medicinske sestre [3]. U svakom slučaju, smatra se da korištenje vještina savjetovanja s fizički bolesnim osobama donosi brojne pozitivne učinke koje ne mogu biti precijenjene [3].

6.5. Pružanje informacija

Imati relevantnu i pravodobnu informaciju o vlastitom zdravlju spada među bazična ljudska prava. Međutim, pacijenti se često ne osjećaju dovoljno informirani i uključeni u svoje liječenje te žele veći udio u donošenju odluka. Ravnopravni odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, uz kvalitetnu međusobnu komunikaciju, pacijentu omogućuje aktivnu ulogu u vlastitom liječenju čime se stvaraju uspješniji uvjeti za unaprjeđenje zdravstvenih ishoda. Pacijentu svakako treba omogućiti pristup informacijama koje moraju biti točne, relevantne i sveobuhvatne. Prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata, članak 8., pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost [76]:

- „o svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
- preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
- svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima, mogućim zamjenama za preporučene postupke, tijekom postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, daljnjem tijekom pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života,
- pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava“ [76].

Pacijent ima pravo primiti obavijesti na razumljiv način, s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti [76]

Članak 9.:

- „obavijesti iz članka 8. stavka 1. ovoga Zakona na usmeni zahtjev pacijenta obvezan je dati zdravstveni djelatnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge“ [76].

Među zdravstvenim djelatnicima je još uvijek uvriježeno mišljenje da liječnik najbolje zna što treba raditi s pacijentom u slučaju bolesti te da pacijent ne treba mnogo znati o detaljima vezanima uz njegovu bolest, niti o postupcima koji će biti primijenjeni tijekom liječenja [77].

Također, nisu rijetke nedoumice zdravstvenih djelatnika moraju li pacijentu uopće reći istinu o njegovu zdravstvenom stanju. Ovo je pitanje prvenstveno istaknuto kao nedoumica onih koji prihvaćaju, ali i promiču nasljeđe tradicionalnih odnosa, u kojima je pacijent u podređenom položaju [78]. Neosporno je da se ovdje radi o kršenju ljudskih prava. Pacijenti prihvaćaju neravnopravnost, ali ne svojevoljno, kako se nastoji prikazati, već zbog straha jer se često osjećaju „ucijenjenima“. Osjećaju se izrazito diskriminirano te su u stanju i štititi onoga tko im degradira ljudsko dostojanstvo [78].

Druga razina problematike povezana je s pravnim čimbenicima o informiranju i obaviještenom pristanku, informiranom pristanku i pojmu prava na suodlučivanje. Ovdje je naglasak na suradnji zdravstvenog djelatnika i pacijenta, uz obvezu pacijentove autonomije. Surađujući provode proces informiranja o bolesti, dijagnostičke testove i odabiru adekvatan medicinski tretman [79].

Iako je pružanje informacija suštinska komponenta psihološke njege, ljudi se iznimno razlikuju po svojim sklonostima i potrebama za informacijama [3].

U provedbi postupka informiranja potrebno se usredotočiti na čimbenike koji mogu djelovati na razumijevanje informacija: stupanj pacijentova obrazovanja, jezik kojim se on služi te autonomiju u odlučivanju.

Značajna je i količina informacija ukazana pacijentu. Previše proceduralnih i stručnih informacija, može preopteretiti i najobrazovanijeg pacijenta te ga spriječiti u kritičkom razmišljanju, dok oskudne informacije mogu dovesti do toga da pacijent donosi odluku bez razumijevanja [79].

Idealno bi bilo postupno informirati pacijenta, od općenitih do preciznijih pojašnjenja, ovisno o pacijentovoj individualnoj potrebi da se dalje informira.

Ove potrebe mogu biti kompatibilne s njegovim stilom suočavanja ili „lokusom kontrole“ [3]. Pacijent s internalnim lokusom kontrole (vjeruje da može kontrolirati događaje) može tražiti specifične, temeljite informacije o određenoj problematici, a pacijent s eksternalnim lokusom kontrole (vjeruje da su događaji izvan njegove kontrole) može preferirati relativno jednostavne informacije u što bližem vremenu, tako da do posljednje minute izbjegne potencijalno neugodne informacije nad kojima osjeća da nema kontrole [3].

Također, način na koji je informacija prikazana utječe na to što će pacijent od nje upamtiti. Bolesne i anksiozne osobe vjerojatno će procesirati informacije na atipičan način, jer su njihove uobičajene strategije slušanja i zapamćivanja promijenjene [3]. Efikasna i prihvatljiva komunikacija moguća je samo ako su sadržaji poruka prihvatljivi pacijentu.

Nadalje, poznati su pozitivni učinci adekvatnog pružanja informacija i smanjivanja ozbiljnosti tjelesnih simptoma anksioznosti i depresivnosti; smanjivanja duljine bolničkog boravka; smanjivanje stresa i pesimističnih očekivanja; pa čak i sprječavanje bolesti [3].

Pozitivan terapijski učinak informiranja pacijenata o bolesti i kvalitetne komunikacije s pacijentom uopće, postiže se izravnim i neizravnim djelovanjem [80]. Izravnim djelovanjem postiže se povoljan:

- psihološki učinak (bolje suočavanje sa stresom),
- neurološki učinak (pobuđivanje rada autonomnog živčanog sustava),
- endokrinološki učinak (uspostavljanje metaboličkog balansa),
- imunološki učinak (jačanje imunskog sustava) [80].

Neizravno djelovanje odvija se putem pravovremenog informiranja i učinkovite komunikacije na stvaranje pozitivnih oblika zdravstvenog ponašanja i pridržavanja zdravstvenih savjeta i uputa [80].

Osim toga, uspješnom komunikacijom i pružanjem informacija postiže se i povoljan učinak na smanjenje troškova zdravstvene zaštite. Uspješna komunikacija dovodi do brže i preciznije dijagnoze, smanjuje potrebu za brojnim specijalističkim pretragama, povećava motiviranost pacijenta za uzimanjem lijekova i pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa te djeluje na promjene životnog stila života [80].

7. Znanje za psihološku njegu

Tijekom godina prenijeti su razni pogledi na to koje znanje zdravstveni djelatnici trebaju kako bi bili kompetentni i efikasni pružatelji psihološke njege. Wells (1983.) je smatrao da bi medicinske sestre trebale znati relativno velik broj i raznolike psihološke činjenice te bi ih trebale moći povezati sa situacijama negovanja jer je to potrebno kako bi mogle procijeniti psihološke potrebe i tako riješiti probleme [3].

Barnett (1983.) je pretpostavljao da je „psihološka njega slabo shvaćen i neuspješan aspekt sestrinstva...medicinske sestre trebale bi istraživati i iskorištavati psihologiju da poboljšaju njegu“; prema tome, one trebaju preciznu procjenu psihološkog znanja i vještine za primjenjivanje principa na individualne pacijente [3].

Nadalje, Webster (1991.) je vjerovao da bi dodavanje psihološkog znanja bazi znanja u sestrinstvu, uz poboljšanje kvalitete sestriinske prakse, također pozitivno utjecalo na istraživanje, rukovođenje i obrazovanje [3].

Kako bi mogli što bolje procijeniti potrebe drugih, potrebno je spoznati prirodu socijalne percepcije i stavova.

Socijalna percepcija proučava kako stvaramo dojmove o drugim ljudima i kako donosimo zaključke o njima [81]. Dakle, bavi se time kako ljudi percipiraju, obraćaju pažnju, pamte stvari o sebi samima i drugim ljudima te kako različite društvene situacije utječu na takve spoznajne procese.

Nadalje, istraživanjem je dokazano da ljudi odabiru različita ponašanja na koja će obraćati pažnju, tumačenje istog ponašanja često je vrlo različito, kao i utjecaj motivacije na percepciju ponašanja drugih [82]. Osim toga, okolina u kojoj je osoba odgojena i u kojoj živi ima snažan utjecaj na percepciju. Witkin i suradnici (1966.) pokazali su kako sposobnost ljudi da percipiraju likove skrivene u slikama može imati posljedice na to kako se ponašaju u društvenom svijetu i kako ga percipiraju [82].

To je stvorilo osnovicu za dimenziju ličnosti nazvanu ovisnost o polju/neovisnost o polju. Ljudi neovisni o polju percipiraju sebe kao odvojene od

drugih ljudi i vide mnoge razlike između sebe i drugih. Nasuprot tome, ljudi ovisni o polju percipiraju sebe slične drugima jer svoj identitet promatraju u odnosu na druge, a ne prema svojim individualnim aspektima [82].

Također, stvaranje dojmova o drugim ljudima i samima sebi predstavlja uobičajenu, svakodnevnu aktivnost kojom se bavimo. Ti prvi dojmovi, iako se čine važnima često su netočni i održavaju grub i vrlo selektivan pogled na stvarne značajke neke osobe. Takva procjena temelji se na implicitnoj teoriji ličnosti, vrsti sheme kojom se ljudi koriste kako bi grupirali različite osobine ličnosti koje se javljaju zajedno [3].

Ove teorije se sastoje od naših ideja o tome koje se osobine ličnosti pojavljuju zajedno [81]. Npr. ako je osoba ljubazna, naša teorija ličnosti kaže nam da je ona vjerojatno i velikodušna. Ako je osoba škrta, često je okarakterizirana i kao razdražljiva.

Dok su dojmovi o drugim ljudima pojednostavljene percepcije koje pokušavaju dati točnu procjenu neke osobe, stereotipi su pokušaji uguravanja ljudi u određene kategorije. Predstavljaju izobličenja stvarnosti, ne uspijevaju se prilagoditi stvarnim osobama, mogu rezultirati pristranostima i predrasudama ali ipak perzistiraju jer nude način pojednostavljenog predviđanja ljudskog ponašanja [82].

Stereotipi pridonose smanjenju količina informacija koje je neophodno znati o nekoj osobi jer služe kao svojevrsna membrana kroz koju propuštamo određene informacije i vidimo samo ono što želimo vidjeti. Dakle, stereotipi su vrsta mentalnih prečaca, odnosno heuristika (donošenje prosudbe na temelju lakoće kojom se možemo nečeg dosjetiti) [83].

Mogu biti korisni jer omogućuju memoriranje novih podražaja na temelju ranijih informacija i donošenja odluka, olakšavaju pohranjivanje nejasnih informacija i općenito organiziraju naše znanje i vjerovanja. Štetni su ako generaliziramo određena obilježja na sve pripadnike određene skupine te ako pojedince procjenjujemo u skladu sa stereotipom ili ako utječu na procjenu nečije izvedbe [81].

Stereotipiziranje (korištenje stereotipnog znanja u stvaranju dojmova o pojedinačnoj osobi) nije nužno emocionalno i ne vodi uvijek diskriminaciji, ali ako

nas stereotip čini slijepima za individualne razlike unutar grupe ljudi, on je neadaptivan, nepravedan i potencijalno zlostavljački [81].

Tako je poznat stereotip o medicinskim sestrama koje su često u medijima prikazivane kao „namrgođena baba“, „služeći anđeo“, „zločesta medicinska sestra“ ili „liječnikova služavka“. Iako su takvi nazivi uglavnom netočni, često šaljivi, ukazuju na moć stereotipa i mogu voditi k donošenju ozbiljnijih prosudbi na temelju individualne pripadnosti određenoj etničkoj ili drugoj identifikacijskoj grupi [3]. Također se medicinske sestre uglavnom smatra ženama te su medicinski tehničari u medijima često prikazani kroz eksplicitne stereotipe muškosti i spolnosti te se dovodi u pitanje njihov izbor karijere [84].

Ipak, rezultati istraživanja provedenog 2016. pokazuju da većina pacijenata odbacuje tvrdnje da je sestrištvo ženska profesija; iako nešto manje od polovice još uvijek gaji stereotipne stavove o sestrištvu kao ženskoj profesiji, pri čemu većini ispitanika gotovo nikada zdravstvenu njegu nije pružao medicinski tehničar [84]. Osim toga, stereotipna vjerovanja često rezultiraju nepravednim postupcima, odnosno diskriminacijom. Diskriminacija se definira kao „neopravdano negativno ili štetno ponašanje prema članovima grupe, samo zbog njihove pripadnosti toj grupi“ [81].

Za razliku od stereotipa, pojam predrasuda odnosi se na opću strukturu stava i njegovu emocionalnu sastavnicu. Iako može uključivati pozitivne i negativne osjećaje, socijalni psiholozi su izraz predrasuda rezervirali za primarno negativne stavove o drugima [81].

Stoga, predrasuda se može definirati kao neprijateljski ili negativni stav prema prepoznatljivoj grupi ljudi, koji se temelji isključivo na njihovu članstvu u toj grupi. Stavovi su isključivo procjenjivački, nije moguće imati neutralan stav prema nekome ili nečemu. Stječu se kroz različite procese, uključujući socijalno učenje (promatranje i oponašanje stavova drugih ljudi), operantno uvjetovanje (zadržavamo stavove koji su potkrijepljeni) te kroz socijalnu usporedbu (uspoređivanje sebe s drugima kako bismo prosudili je li naše viđenje „točno“) [3]. Unatoč tome, stavovi nisu prediktori ponašanja, jer ljudi ne rade uvijek ono što se može pretpostaviti na temelju izraženog stava.

Nadalje, važno je istaknuti da se naši stavovi i predrasude često mogu pokazati kroz „neverbalno curenje“, npr. kroz naše izraze lica, kroz udaljenost koju stvaramo između nas i pacijenata te naše korištenje, odnosno nekorisćenje dodira [3].

U konačnici, mi smo svi ljudi i samo zato jer se bavimo pomagačkom profesijom ne znači da smo imuni na stvaranje negativnih procjena ljudi zasnovanih na našoj implicitnoj teoriji ličnosti, stereotipima, stavovima i predrasudama. Ne moramo se bezuvjetno složiti s onim što naši pacijenti rade, ali neizmjerljivo je važno tretirati ih s poštovanjem, humanošću, integritetom i autonomnošću.

7.1. Znanje za njegu utemeljenu na odnosu

Naposljetku, u istraživanju psihološkog znanja koje promiče učinkovito pružanje psihološke njege, usmjeravamo našu pažnju na njegu utemeljenu na odnosu. Prema Nolanu i sur. (2001.) trebaju se istražiti i definirati elementi zadovoljavajućeg zdravstvenog odnosa jer „pružanje njege se može razumjeti samo u kontekstu odnosa“ i „čak i prolazni odnosi“ (u zdravstvenoj njezi) mogu dovesti do emocionalne povezanosti [3].

Kako bismo bolje razumjeli odnos koji pacijenti ostvaruju sa zdravstvenim djelatnicima ovdje treba istaknuti teoriju privrženosti te pojmove transfera i kontratransfera, koji su ključni za razvijanje i održavanje odnosa uključujući i psihološku njegu.

Privrženost je urođena, snažna emocionalna veza pojedinca u odnosu na značajne druge osobe. Jedna od istaknutijih teorija u ovom području je teorija privrženosti koju je od kraja 50-ih razvijao John Bowlby, britanski psihoanalitičar. Naglasio je kako „stvaranje ranih veza skrbnika i djeteta u dojenačkoj dobi predstavlja temelj za kasnije funkcioniranje pojedinca i formiranje privrženog ponašanja“ [85]. U primjeni teorije Bowlby je opisao da potreba male djece za

roditeljima je analogna njihovoj potrebi za hranom te da značajnije odvajanje ili gubitak roditelja uzrokuje psihološke traume za dijete [85].

Specifično, kada se govori o djeci, privrženost se odnosi na emocionalnu povezanost između roditelja/skrbnika i djeteta. Značajan doprinos konceptualizaciji stilova privrženosti dala su ispitivanja ponašanja djece u tzv. „nepoznatoj situaciji“ Mary Ainsworth i sur. (1974.) [85].

Autorica je razvila tri kategorije privrženosti:

- Sigurna privrženost, ishod interakcije dijete - majka u kojoj je majka osjetljiva na potrebe svog djeteta i svoje ponašanje prilagođava ponašanju djeteta. Sigurno privržena djeca razvijaju „bazično povjerenje“ – očekuju da je svijet sigurno mjesto i da su odnosi s bliskim osobama izvor zadovoljstva [85].
- Anksiozno/izbjegavajuća privrženost, javlja se u slučajevima kada roditelji konstantno odbacuju dijete, ne zadovoljavaju njegove potrebe, dijete razvija emocionalnu distancu koja ga štiti od boli zbog odvajanja ili odbacivanja od strane roditelja. Dijete formira radni model sebe kao egzistencijalno samog i neželjenog, ne traži bliskosti u odnosima, a kod njega se javlja niz destruktivnih modela ponašanja [85].
- Dezorganizirano/dezorijentirana privrženost, ponašanje djeteta je označeno s dva suprotstavljena motiva: pristupiti i pobjeći od roditelja/skrbnika. Npr. nakon povratka roditelja, dijete mu može sjediti u krilu i istovremeno odvrćati pogled te imati ukočene noge i ruke, dijete se može smiješiti i istovremeno pokazivati zastrašenost. Ova djeca su doživjela puno trauma u odnosu s figurama privrženosti [85].

Od 50-ih godina 20. stoljeća pa do današnjih dana privrženost se od koncepta koji se koristio primarno za opis emocionalne veze između dojenčeta i majke proširio u širi koncept koji ima značaj za razumijevanje ponašanja pojedinca tijekom cijelog životnog vijeka [85]. Bowlby je otkrio da su posljedice privrženosti i ranog vezivanja trajale do odrasle dobi te su definirale sigurnost interpersonalnih odnosa odraslih [3].

Istraživanja na području privrženosti u odrasloj dobi oslanjaju se na dvije Bowlbyeve pretpostavke: da je privrženost stečena u ranom djetinjstvu relativno

stabilna kroz čitav život i da su veze s romantičnim partnerima prototip privrženosti u odrasloj dobi [86].

Sigurna baza, koju u djetinjstvu predstavljaju roditelji, u adolescenciji je važna u nekim kriznim situacijama, u vrijeme prijetnje ili bolesti [86].

Nadalje, Hazanova i Shaver (1987.), ističu da se identična tri tipa privrženosti koja postoje u djetinjstvu mogu prepoznati i u odrasloj dobi (sigurni, izbjegavajući, dezorganizirani tip privrženosti). Osim toga, privrženost se pokazala važnom komponentom za tumačenje mnogih doživljaja i ponašanja koji ukazuju na više ili manje funkcionalnu prilagodbu pojedinca različitim životnim događajima [87].

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

7.1.1. Transfer i kontratransfer

Iznimno važan čimbenik u razumijevanju terapijskog odnosa je pojam transfera i njegova suprotnost, pojam kontratransfera.

Transfer ili prijenos je premještanje osjećaja, poriva, fantazija i obrana sa značajnih osoba u djetinjstvu (majka, otac, brat, sestra) na analitičara [88].

Termin transfer u psihoanalitičkom smislu daje nekoliko tumačenja: „prenošenje sadržaja iz jednog psihičkog prostora u drugi, stvaranje jednog smisla iz drugog i ponavljanje jednog sadržaja iz prethodnog vremena, u sadašnje vrijeme“ [89]. Nagoni, emocije, želje, misli i sl. koji su bili aktivni i prije, samo potisnuti u podsvijest, su prenijeti na odnos s terapeutom, poboljšavajući time taj odnos [89]. Transfer je prvotno najčešće pozitivan, jer pacijent ima visoka očekivanja i analitičara doživljava kao pozitivnog autoriteta. To se vremensko razdoblje može produžiti na nekoliko mjeseci, a naziva se „medeni mjesec psihoanalize“ [88].

Nadalje, klijent počinje terapeutu pripisivati prijateljske, hostile ili često ambivalentne stavove i osjećaje, koje je ranije imao prema svojim roditeljima ili drugim važnim osobama iz prošlosti [15]. Zbog toga se ponavljaju primarni

konflikti iz ranih obiteljskih odnosa, koji mogu biti istraženi u terapijskom odnosu. U klasičnoj psihoanalizi, analitičar kako bi potaknuo transfer je pasivan i udaljen. Međutim, suvremeni psihoanalitičari skloniji su humanijem stajalištu odnosa klijent – terapeut te savjetuju da analitičar ne bude toliko udaljen ili neutralan prema klijentovim potrebama da mu pacijent prestane vjerovati kao pomagaču [15].

Osim navedenog, za transfer je specifična prolazna regresija, koja se manifestira na različite načine, ona je reverzibilna i ograničena [90]. Regresija je obrambeni mehanizam koji vodi u raniju fazu razvoja, a dubina regresije ovisi o težini psihičkoga poremećaja.

Regresiju treba prepoznati, prihvatiti, analizirati te ponekad interpretirati [90].

Nadalje, pozitivan transfer predstavlja različite načine izražavanja libidnog: sviđanje, voljenje, poštovanje te je ponekad erotiziran. Negativan transfer je predstavljen različitim agresivnim manifestacijama kao što su ljutnja, mržnja, prezir, najčešće prema analitičaru [88].

Za zdravstvene djelatnike je puno ugodniji pozitivan transfer, kada se pacijent povjerava, a katkad i otvoreno iskazuje svoje osjećaje [91].

Međutim, nerijetko se pacijent žali liječniku na medicinsku sestru, što doista znači da se tuži ocu na majku jer mu nije napravila nešto što je tražio [91]. Pacijent često negoduje da mu sestra u noćnoj smjeni nije dala lijek prema potrebi na što on smatra da ima pravo [91].

Također, u negativnom transferu pacijent može optužiti medicinsku sestru za nešto te ju verbalno ili fizički napasti (to se nerijetko događa u psihijatrijskim ustanovama) [91].

Kontratransfer ili protuprijenos je iznimno važno sredstvo u psihoanalizi te je uglavnom prisutan u većem ili manjem obliku. Jedna od najznačajnijih definicija je definicija Paule Heimann koja ističe da je kontratransfer kompletna emocionalna i najvećim dijelom nesvjesna reakcija analitičara na pacijenta, da predstavlja kreaciju pacijenta, ali i da se na određeni način ugrađuje u ličnost pacijenta [88].

Emocije izazvane u psihoterapeutu, bit će osobito važne za pacijenta ukoliko se upotrijebe kao uvid u pacijentove nesvjesne konflikte i obrambene mehanizme te kada se uoče i detektiraju [91].

Posljedice te detekcije su promjene pacijentova ega i razvijanje osjećaja za stvarnost, tako da pacijent vidi psihoterapeuta kao ljudsko biće [91].

Nadalje, terapeut ne može potpuno isključiti vlastite kontratransferne osjećaje, kao što ni pacijent ne može isključiti svoje transferne osjećaje [92].

Ekstreman i dosljedan stav prema pacijentu može rezultirati dominacijom kontratransfera (terapijski je tijekom tada određen ponajprije terapeutovom prošlošću umjesto prošlošću pacijenta) [91]. Stoga je vidljivo da dokle terapeut može doživjeti pacijentove osjećaje, bez osjećaja ugroze, oni neće za njega predstavljati problem.

Kontratransferni procesi očituju se mogućnošću detektiranja i upotrebe osjetne (vizualne, auditivne, taktilne, kinestetičke i olfaktorne) i afektivne kvalitete koje pacijent stvara u psihoterapeutu [91]. Osim toga, svaka transferna situacija izaziva kontratransfernu situaciju.

Razumijevanje oba pojma neophodno je za shvaćanje odnosa u zdravstvenoj njezi dijelom zato što su ti odnosi rijetko emocionalno neutralni i prema tome će vjerojatno izazvati snažne transfere i kontratransfere [3].

Npr. pacijenti većinom ovise o zdravstvenim djelatnicima da se brinu o njima kada su bolesni te mogu na njih prenijeti osjećaje ovisnosti o roditelju kada su bili djeca.

Unatoč tome, potrebno je istaknuti kako je pacijent često u indiferentnom položaju prema zdravstvenim djelatnicima koji se njime bave.

Tada je iznimno važno ne uvrijediti samopoštovanje pacijenta i biti prema njemu tolerantan i kada je on ambivalentan i kada razvija negativan transfer. Ovdje dolazi do izražaja sposobnost terapeuta (medicinsku sestru) da razvija veći empatijski kapacitet [91].

Dakle, medicinska sestra treba pokazati razumijevanje, prepoznati pacijentove osjećaje, ne umanjivati ih ili ulaziti u diskusije s njim. Potrebno je uvidjeti da pacijent u takvim slučajevima nije ljut na medicinsku sestru već je ljut zbog novonastale situacije koja je potakla razvoj neke od emocionalnih reakcija.

Pokazivanje razumijevanja, pacijentu pruža osjećaj sigurnosti. Poticanje na razgovor ohrabruje pacijenta na izražavanje svojih misli i osjećaja [4]. Promatranjem pacijentove verbalne i neverbalne komunikacije može se dobiti određena slika o njegovom stanju, mogu se zapaziti potencijalne psihičke teškoće [4]. Upotrebom tišine daje se pacijentu vremena da sabere misli, da sagleda situaciju, refleksijom se pomaže pacijentu da razjasni svoje osjećaje i njihov intenzitet na određenu situaciju itd. [4].

8. Budućnost psihološke njege

U kontekstu zdravstvene njege 21. stoljeća postoje brojni izazovi za pružanje adekvatnih usluga pacijentima, naročito u odnosu na zadovoljavanje njihovih potreba psihološke njege.

Zdravstveni sustav je sve tehnički napredniji, tržišno ekonomski sustav vrši pritisak na zdravstvene službe da „naprave više s manje“, a zahtjevan „emocionalan rad“ često dovodi do profesionalnog sagorijevanja [3]. Jedna od važnijih prepreka u pružanju psihološke njege je povećana uporaba tehnologije u procesu zdravstvene njege.

U svom utjecajnom radu Watson (1988.) navodi: „Kako rastu prijetnje ljudima iz biotehnologije, znanstvenog inženjeringa, fragmentiranog liječenja, birokracije i depersonalizacije i šire se na naš sustav pružanja zdravstvene njege, mi moramo povećati i proširiti filozofiju humane njege, znanja i prakse u našem sustavu“ [3]. Dakle, Watson zaključuje da je neophodno postići harmoniju između liječenja i njegovanja te gledati na njegovanje kao na „moralni imperativ“ [3].

Vrsta okoline njege u kojoj izvršavanje tjelesnih zadataka i obraćanje pozornosti na tehničku opremu ima prioritet, opisivana je kao „psihološka pustinja“, a djelatnici u takvom okruženju često doživljavaju pritisak izvršavanjem praktičnih zadataka ili sudjelovanjem u bezličnim aktivnostima [3]. Nadalje, Bernard i Sandelowski (2000.) u svom radu analiziraju jesu li tehnologija i humana njega zapravo nepomirljive u suvremenim okruženjima zdravstvene njege. Oni sugeriraju da nije tehnologija (poput medicinskih strojeva i opreme) sama po sebi to što je problem; prije je to kako se tehnologija koristi te predlažu da se prigrlje tehnološka dostignuća i tako premoste jaz između tehnologije i zdravstvene njege [3].

U skladu s time medicinske sestre podupiru razvijanje robotike i uvođenje artificijelne inteligencije u okruženje zdravstvene njege [93]. Uskoro će biti uobičajeno viđati robote u kliničkim okruženjima, koji pomažu u sestričkim postupcima. Pozitivne strane uvođenja robotike su manji ekonomski troškovi i manja potreba za profesionalnim zdravstvenim kadrom [93].

S obzirom na sve veći odljev zdravstvenih djelatnika u inozemstvo, roboti nisu prijetnja već fizička pomoć i podrška sestrinstvu. Shodno tomu medicinske sestre podržavajući promatraju i uključuju se u razvoj i primjenu novih tehnologija [93].

Osim navedenog, važno je razmotriti neka moguća interna ograničenja pružanju psihološke njege. Isabel Menzies Lyth je pisala o važnosti shvaćanja sestrinstva u kontekstu okoline u kojoj se prakticira [3]. Odredila je bolnicu kao socijalni sustav za koji je očigledno da će stvoriti anksioznost među svojim djelatnicima s obzirom na psihofizičke zahtjeve posla.

Primijetila je kako se medicinske sestre nastoje zaštititi od anksioznosti „stvaranjem zaštitnih ljuski, projiciranjem negativnih stavova ili obrambenim ponašanjem“ [3].

Možda i zato, prema Gregureku (1998.) zdravstveni djelatnici ne pokazuju veliki interes za osnovne psihodinamske koncepte, kao što su već spomenute razine svjesnosti, regresije, empatiziranja, a ujedno koriste mehanizme obrane koji su proizvod nesvjesnih dijelova ega, poput izolacije, poricanja, premještanja i intelektualizacije [94].

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

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

Emocionalni rad se može definirati kao „upravljanje osjećajima“, odnosno događa se kada medicinske sestre „upravljaju“ svojim snažnim i često sukobljenim emocijama, potiskujući ih kada je potrebno, kako bi ostavile brižan vanjski dojam prema pacijentu i tako preživjele u emocionalno zahtjevnom svijetu sestriinske prakse [3].

Dakle, problem nastaje kad postoji neslaganje između stvarnih emocija koje medicinska sestra doživljava i emocije za koje osjeća da ih treba doživjeti. Npr. medicinska sestra navodi da je ljuta na pacijenticu zbog neprovođenja vježba pokretljivosti, ali je svjesna da treba empatizirati s njom jer se ona osjeća loše i ima nisko samopoštovanje [3].

Također, teška bolest (pacijenta) može kod medicinske sestre putem procesa identifikacije pokrenuti intenzivne separacijske strahove ili depresivne reakcije [92]. Pojedine medicinske sestre pokušavaju ublažiti bolest te kod pacijenta bude prekomjernu nadu, dok neke žele što manje znati o pacijentovim patnjama i zbog toga se usredotočuju samo na tjelesni nalaz.

Iza prividno površnog ili „nehumanog“ odnosa zdravstvenih djelatnika prema pacijentu često se zapravo krije strah ili osjećaj bespomoćnosti [92].

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

Nadalje, za studente i mlađe djelatnike je očito da opažanjem strategija starijih kolega oblikuju svoje upravljanje sukobljenim emocijama i time potiču širenje emocionalnog rada [3]. Ovdje treba istaknuti i primjenu kliničke supervizije, odnosno, utvrđeno je da ona ima koristan učinak na djelatnike, a tamo gdje nije uvedena mjerljivi su štetni učinci. Implikacija je da će se bez prikladne supervizije smanjiti refleksivne sposobnosti medicinskih sestara, a to će u konačnici spriječiti pružanje psihološke njege [3].

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

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

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

9. Zaključak

Svaka bolest, a naročito hospitalizacija, psihofizički mijenja čovjeka te je vidljivo da svi pacijenti za boravka u bolnici regradiraju do određene razine. Suočivši se s bolešću i često složenim načinima liječenja, pacijentima ostaje mogućnost nalaženja sigurnosti u regresivnom vraćanju u ranije životne faze, u trenutke kada su se osjećali sigurno i zaštićeno.

Zbog potrebe za osjećajem sigurnosti ponekad se javljaju teškoće koje se mogu prevladati jedino terapijskim odnosom i holistički usmjerenom pristupu.

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

Nadalje, za kvalitetnu primjenu psihološke njege ključno je motivirati medicinske sestre da ne budu samo izvršioци liječnikovih naloga, već ravnopravni suradnici zdravstvenog tima.

Za realizaciju toga cilja neophodno je visoko formalno obrazovanje, cjeloživotno učenje te razvijanje osobnih kvaliteta poput samosvjesnosti, empatije, intuicije, refleksije i izgradnje odnosa. Također, nužno je posjedovanje interpersonalnih vještina, psihološkog znanja, znanja socijalne percepcije i razumijevanje pojma transfera i kontratransfera.

Slijedom navedenog, optimalno je da se psihološka njega provede kao planirani postupak.

Međutim, zbog organizacijskih teškoća, odnosno zbog nedovoljnog broja medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu, sve većeg broja pacijenata te sve većih zahtjeva i obaveza, psihološka njega se često provodi usputno i vrlo lako se previdi.

Zbog toga je nužno standardizirati postupke psihološke njege, izraditi plan, provedeno točno i kompletno dokumentirati te na taj način osigurati dokaz da je

medicinska sestra primijenila svoje znanje, vještine i procjene sukladno profesionalnim standardima.

Dokazano je da su posljedice primjene pravovremene i učinkovite psihološke njege za pacijente brojne; njihova psihološka dobrobit je održana ili poboljšana, anksioznost je smanjena, javlja se osjećaj sigurnosti i prihvaćenosti, skraćuje se boravak u zdravstvenoj ustanovi te je smanjena upotreba ostalih medicinskih usluga.

Istovremeno, osoba koja pruža psihološku njegu osjeća zadovoljstvo, vlastitu vrijednost i bolju povezanost s pacijentom. Međutim, iako to iskustvo može djelovati inspirativno, uglavnom je iznimno zahtjevno, što ukazuje na potrebu za učinkovitom podrškom i supervizijom.

U Varaždinu, 26. listopada 2020.

Potpis:

10. Literatura

- [1] S. Kalauz: Etika u sestrinstvu, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
- [2] J. C. Holland: Psycho – oncology, Oxford University Press, New York, 2010.
- [3] H. Priest: Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i zdravstvenim strukama, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.
- [4] T. Cikač, M. Neuberg, I. Canjuga: Psihološka skrb i terapijski odnos medicinska sestra -pacijent, Zbornik radova unmfz konferenca 2018., Novo Mesto 2018., str. 102-107
- [5] I. Šegota: Etika sestrinstva, Pergamena, Zagreb, 1997.
- [6] D. Miljković, M. Rijavec, V. V. Štetić, V. V. Vidović: Psihologija obrazovanja, IEP/VERN, Zagreb, 2014.
- [7] A. H. Maslow: Motivacija i ličnost, Nolit, Beograd, 1982.
- [8] W. Glasser: Teorija kontrole, Alineja, Zagreb, 1997.
- [9] D. E. Orem: Nursing: Concept of Practice, Mosby, Philadelphia, 2001.
- [10] J. Watson: Nursing: human science and human care a theory of nursing, National League of Nursing, New York, 1987.
- [11] H. E. Peplau: Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice, Nursing Science Quarterly, br. 5, siječanj 1992., str. 13-18
- [12] J. G. Gilbert, R. W. Weitz: Psychology for the profession of nursing, Ronald Press, New York, 1949.
- [13] S. A. Rathus: Temelji psihologije, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2000.
- [14] <https://www.enciklopedija.hr/natuknica>, dostupno 15.8.2020.
- [15] M. T. Nietzel, D. A. Bernstein, R. Milich: Uvod u kliničku psihologiju, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2001.
- [16] J. Locke: An essay concerning humane understanding, Thomas Basset, London, 1690.

- [17] G. Milas: Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005.
- [18] S. Bach: Psychology in practice, South Bank University Distance Learning Centre, London, 1995.
- [19] J. Wilson-Barnett: Patient teaching or patient counselling?, Journal of Advanced Nursing, br. 13, 1988., str. 215-222
- [20] D. Rimon: Nurses perception of their psychological role in treating rehabilitation patients, Journal of Advanced Nursing, br. 4, 1979., str. 403- 413
- [21] K. Nichols: Psychological care for ill and injured people, Open University Press, Maidenhead, 2003.
- [22] A. Griffin: A philosophical analysis of caring in nursing, Journal of Advanced Nursing, br. 8, 1995., str. 289-295
- [23] R. J. Larsen, D. M. Buss: Psihologija ličnosti, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008.
- [24] L. R. Goldberg: An alternative „description of personality“, the big-five factor structure, Journal of Personality and Social Psychology, br. 6, 1990., str. 1216-1229
- [25] A. Fulgosi: Psihologija ličnosti, teorije i istraživanja, Školska knjiga, Zagreb, 1983.
- [26] K. Lee, M. C. Ashton: The HEXACO personality factors in the indigenous personality lexicons of English and 11 others languages, Journal of Personality and Social Psychology, br. 5, 2008., str. 1001-1054
- [27] M. C. Ashton, K. Lee: Honesty-humility, the Big Five, and the five-factor model, Journal of Personality, br. 5, 2005., str. 1321-1345
- [28] M. C. Ashton, R. E. De Vries: The HEXACO Honesty-Humility Agreeableness and Emotionality factors, A review of research and theory, Personality and Social Psychology Reviews, br. 2, 2014., str. 139-152
- [29] S. Repišti : Psihologija ličnosti, teorija i empirija, Indeks Line, Podgorica, 2016.
- [30] H. Priest: The phenomology of psychological caregiving in nursin, International Journal for Human Caring, br. 6, 2002., str. 8-14

- [31] D. Goleman: Emocionalna inteligencija: zašto je važnija od kvocijenta inteligencije, Mozaik knjiga, Zagreb, 2013.
- [32] D. Miljković, M. Rijavec: Srce moje i tvoje u ljubavi stoje: psihologija ljubavi, IEP d.o.o., Zagreb, 2002.
- [33] D. Lučanin, J. D. Lučanin: Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010.
- [34] S. Kalauz: Etička promišljanja medicinskih sestara u zajednici, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, br. 33, siječanj 2013., str. 22-38
- [35] D. Brandon: Intuicija za početnike, Leo commerce, Beograd, 2015.
- [36] N. Klaić, Š. Anić, Ž. Domović: Rječnik stranih riječi, Sani-Plus, Zagreb, 2002.
- [37] S. Bilač: Refleksivna praksa – čimbenik utjecaja na profesionalni razvoj, mijenjanje odgojno-obrazovne prakse i kvalitetu nastave, Časopis za interdisciplinarna istraživanja u odgoju, br. 4, 2015., str. 447-460
- [38] V. Gallese: The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and neural basis of intersubjectivity, Psychopathology, br. 4., ožujak 2003., str. 171-180
- [39] V. Jukić, Z. Pisk: Psihoterapija: škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
- [40] M. H. Davis: A multidimensional approach to individual differences in empathy, Catalog of selected documents in psychology, br. 10, 1980., str. 85-103
- [41] V. Takšić, T. Mohorić, R. Munjas: Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom, Društvena istraživanja, br. 4/5, 2006., str. 729-752
- [42] D. Goleman, R. Boyatzis, A. McKee: Emocionalna inteligencija u liderstvu, Asee, Novi Sad, 2008.
- [43] F. Bahtijarević-Šiber, P. Sikavica, N. Pološki-Vokić: Suvremeni menadžment, Školska knjiga, Zagreb, 2008.
- [44] I. Skelac, S. Tubbs: Komunikacija – principi i konteksti, Sociologija i prostor: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja, br. 53, 2015., str. 186-190

- [45] A. Žižak, V. Vizek Vidović, M. Ajduković: Interpersonalna komunikacija u profesionalnom kontekstu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb, 2012.
- [46] J. Starc: Učinkovita komunikacija i rješavanje sukoba između medicinske sestre i pacijenta, Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti, br. 2, 2016., str. 133-146
- [47] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Zagreb, 2002.
- [48] M. Šilje: Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima, Sestrinski glasnik, br. 3, 2018., str. 173-180
- [49] V. Đorđević, M. Braš: Osnovni pojmovi o komunikaciji u medicini, Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, br. 92/93, ožujak 2011., str. 12-14
- [50] L. Brajković, M. Braš, V. Đorđević :Psihološka procjena neurološkog bolesnika u palijativnoj medicini, Neurologica Croatica, br. 3-4, 2011., str. 113-116
- [51] D. Crnković: Anksioznost i kako ju liječiti, Medicus, br. 2, 2017., str. 185-191
- [52] <https://www.zzjzpgz.hr>, dostupno 31. 8. 2020
- [53] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara: Sestrinske dijagnoze, Alfacommerce d.o.o., Zagreb, 2011.
- [54] D. Karlović: Depresija: klinička obilježja i dijagnoza, Medicus, br. 2, 2017., str. 161-165
- [55] M. Maj, N. Sartorius: Depressive Disorders, John Wiley & Sons, Chichester, 2002.
- [56] J. L. C. Murray, A. D. Lopez: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study, Lancet, br. 349, 1997., str 1498-1504
- [57] Lj. Hotujac, I. Filipčić, J. Grubišin, D. Marcinko: Živjeti s depresijom, Pliva, 2003.
- [58] P. Filaković i suradnici: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2014.

- [59] I. Filipčić: Učestalost depresije i utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2008.
- [60] D. Vadla: Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih osoba, Disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2011.
- [61] B. H. Rosenwein: Problemi i metode istraživanja povijesti emocija, Historijski zbornik, br. 2, 2015., str. 437-458
- [62] M. Čorlukić, J. Krpan: Što su emocije? – Suvremene neuroznanstvene teorije, Socijalna psihijatrija, br. 1, 2020., str. 50-71
- [63] E. J. Carter, K. A. Pelphrey: Friend or Foe? Brain Systems Involved in the Perception of Dynamic Signals Of Menacing and Friendly Social Approaches; Social Neuroscience, br. 3, 2008., str. 151-163
- [64] M. Rijavec: Pozitivne emocije – možemo li biti sretniji?, Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, br. 91, 2016.,
- [65] <https://www.abramsonseniorcare.org/media/1199/observed-emotiong-rating-scale.pdf>, dostupno 3. 9. 2020.
- [66] A. S. Zigmond, R. P. Snaith: The Hospital Anxiety Scale, Acta Psychiatrica Scandinavica, br. 67, 1983., str. 361-370
- [67] R. Nelson Jones: Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju: opis modela savjetovanja o životnim vještinama i vježbe za njegovu primjenu, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007.
- [68] Z. Hercigonja: Emocionalna inteligencija u odgoju i obrazovanju, Fronta Impress, Varaždin, 2018.
- [69] J. F. Brosschot, S. Pieper, J. F. Thayer: Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition, Psychoneuroendocrinology, br. 10, 2005., str. 1043-1049
- [70] A. L. Stanton, S. Danoff-Burg, C. L. Cameron, M. Bishop, C. A. Collins, S. B. Kirk, L. A. Sworowsky: Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer, Journal of Consulting and Clinical Psychology, br. 5, 2000., str. 875-882

- [71] <https://www.istrazime.com/zdravstvena-psihologija/kako-se-nositi-s-bolescu/>, dostupno 5. 9. 2020.
- [72] J. Janković: Savjetovanje – psihodinamski pristup, Et cetera, Zagreb, 2004.
- [73] R. Kraljević: Savjetovanje roditelja djece s posebnim potrebama: mogućnosti i prepreke, Hrvatska udruga za stručnu pomoć djeci s posebnim potrebama, Zagreb, 2007.
- [74] H. L. Hackney: Savjetovatelj – stručnjak, procesni vodič kroz pomaganje, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2012.
- [75] J. Janković: Savjetovanje u psihosocijalnom radu, Et cetera, Zagreb, 2004.
- [76] <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-zaštiti-prava-pacijenata>, dostupno 10.9.2020.
- [77] Đ. Rušinović Sunara: Pravo pacijenta na istinu i odluku, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, br. 6., travanj 2006.
- [78] <https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2004/zbornik/zbornik.pdf>
- [79] D. Pichler: Obaviješteni pristanak u obrascima suglasnosti kojima se prihvaća preporučeni dijagnostički odnosno terapijski postupak Kliničkog bolničkog centra Osijek i njihova usklađenost s propisima i međunarodnom praksom, Pravni vjesnik, br. 1., 2014., str. 89-114.
- [80] <https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2004/program/DamirLucanin.pps>, dostupno 10. 9. 2020.
- [81] E. Aronson, T. D. Wilson, R. M. Akert: Socijalna psihologija, Mate d.o.o., Zagreb, 2005.
- [82] D. C. Pennington: Osnove socijalne psihologije, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1997.
- [83] G. W. Allport: The nature of prejudice, Addison-Wesley, Oxford, 1954.
- [84] <https://hrcak.srce.hr/file/228045>, dostupno 15. 9. 2020.
- [85] M. Ajduković, K. Kregar Orešković, M. Laklija: Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad, Ljetopis socijalnog rada, br. 1., 2007., str. 59-91

- [86] T. Jakovina: Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom, Disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb, 2017.
- [87] Ž. Kamenov: Značaj privrženosti u odrasloj dobi: ima li razloga za pesimizam ili optimizam?, Dani psihologije, Zadar, 2006. str. 9-9
- [88] V. Jukić, Z. Pisk: Psihoterapija, škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
- [89] T. Vukosavljević Gvozden i sur. : Psihoanaliza nakon Freuda – razvoj i relacione perspektive, Centar za primjenjenu psihologiju, Beograd, 2007.
- [90] Lj. Erić: Psihoterapija, Medicinska knjiga, Beograd, 2002.
- [91] E. Klein, R. Gregurek: Grupna psihoterapija – za medicinske sestre i tehničare, Medicinska naklada, Zagreb, 2007.
- [92] R. Gregurek i sur.: Suradna i konzultativna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2006.
- [93] B. Rimac: O sestrinstvu, zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti, Zbornik sveučilišta Libertas, br. 4., 2019., str. 135-154
- [94] R. Gregurek: Suradna (liaison) psihijatrija, Psihoterapija, br. 28., 1998., str. 33-64

11. Popis slika

Slika 2.2.1. Hijerarhija ljudskih potreba prema Abrahamu Maslowu.....	5
Slika 2.2.2. Struktura ljudskih potreba prema Williamu Glasseru	7
Slika 3.3.1. Važnost konteksta Jesu li krugovi u središtu jednake veličine?17	
Slika 5.2.1. Joharijev prozor	27

12. Popis tablica

Tablica 2.2.1. Ključni elementi sestriških teorija	9
Tablica 2.3.1. Deset čimbenika skrbi Jean Watson [1].	10
Tablica 4.1. Ključni elementi sheme psihološke njege [3]	20
Tablica 4.1.1. Model psihološke njege [3].	22
Tablica 6.6.1. Općenite komunikacijske funkcije [3]	35
Tablica 6.2.1.1. Glavna obilježja osobe s anksioznim poremećajem [23]....	40
Tablica 6.4.1. Sonoo pozicija prema Eganu [3]	52

13. Prilozi

|
IZJAVA
AUTORSTVA
|

Sveučilište
Sjever

+

SVEUČILIŠTE
SJEVER
|

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovoran za štampatost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjige, časopisi, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih izvora. Svi dijelovi tuzh radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nesakonitno upotrebljenim tuđeg intelektualnog ili stvarnog rada. Sukladno navedenom, studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Jasmina Mezić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Važnost i primjena psihološke nega u svakodnevnom radu medicinskih sestara (upisati naslov te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravih citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
J. Mezić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o stvaralačkoj djelatnosti i visokom obrazovanju sveučilišne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javno dostupnoj i besplatnoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javno dostupnu bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih smjerovskih studija koji se realiziraju kroz zajednička osvajanja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Jasmina Mezić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Važnost i primjena psihološke nega u svakodnevnom radu medicinskih sestara (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
J. Mezić
(vlastoručni potpis)

