

snaga sestrinstva



Glasnik medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava, Zagreb



Predstavljamo:
**KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU
ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA ZAGREB**



SADRŽAJ

RIJEČ UREDNICE.....	3
Predstavljamo: KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA	4
Razgovor s Prof.dr.sc.Lana Mužinić Marinić	4
Medicinske sestre/tehničari, Klinika za psihijatriju, Klinička bolnica Dubrava	8
STRUČNI ČLANCI.....	12
Percepcija psihičkog bolesnika od strane zdravstvenih djelatnika	12
Terapijski izleti u liječenju psihijatrijskog bolesnika	19
Uloga obitelji u klubovima liječenih alkoholičara	29
Značaj očuvanja mentalnog zdravlja u starijih osoba.....	40
Put razvoja medicinske sestre kroz formalno obrazovanje - različiti pogledi, isti kontekst: kliničke vježbe	45
IZVJEŠĆA SA STRUČNIH SKUPova I DOGAĐANJA	52
Izvješće sa 9. Hrvatskog simpozija o infekcijama povezanimi sa zdravstvenom skrb u povodu obilježavanja međunarodnog Dana higijene ruku.....	52
NAJAVE STRUČNIH SASTANAKA	53
Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega	53
UPUTE AUTORIMA	54
BILJEŠKE.....	55

IMPRESSUM

SNAGA SESTRINSTVA, Glasnik medicinskih sestara i tehničara Kliničke bolnice Dubrava

Mjesto objavljivanja: Zagreb

Godina objavljivanja: 2019.

Nakladnik: KB Dubrava, Av. Gojka Šuška 6, 10040 Zagreb

Učestalost objavljivanja: tromjesečno

Kontakt: snaga.sestrinstva@kbd.hr

Uredništvo

Glavna urednica: Ljiljana Vuković

Kontakt: ljkukovic@kbd.hr

Irena Rašić, Ružica Mrkonjić, Valentina Koščak, Milka Grubišić, Vesna Renjić, Martina Osredečki Mihoci

Lektor za hrvatski jezik: Danica Crnobrnja

Recenzenti: Snježana Čukljek, Jadranka Pavić, Štefanića Ozimec Vulinec, Ivica Matić,

Ksenija Eljuga, Tamara Salaj

Grafički dizajn i oblikovanje: Antonija Čičak

Tisak: Grafo-Amadeus, Zagreb

Fotografije preuzete sa www.freepik.com i www.123rf.com



Riječ urednice

Ljiljana Vuković, mag. med. techn.

Glavna urednica glasnika Snaga sestrinstva



Poštovane kolegice i kolege, dragi čitatelji,

pred vama je novo, jesensko i drugo ovogodišnje izdanje našeg časopisa.
U ovom broju predstavljamo Kliniku za psihijatriju Zdravstvenog veleučilišta koja je ujedno i Referentni centar Ministarstva zdravstva za poremećaje uzrokovane stresom.

Medicinske sestre i tehničari Klinike za psihijatriju predstavit će se kao ravnopravni članovi tima koji sudjeluju u rehabilitacijskom procesu liječenja naših bolesnika.

Pozivam sve čitatelje i zaposlenike KB Dubrava da se i dalje aktivno uključe u izradu našeg časopisa te da dostave svoje prijedloge i sugestije za jedno od sljedećih izdanja časopisa. Na taj način dobit ćemo časopis koji će vam biti tematski i sadržajno zanimljiv.

Zahvaljujem svima koji su nam svojim pohvalama i kritikama dali podršku u nastavku rada na poboljšanju kvalitete glasnika, a mi ćemo se truditi iz broja u broj biti što zanimljiviji, aktualniji i iscrpniji.

Srdačno vas pozdravljam!

Predstavljamo: KLNIKU ZA PSIHIJATRIJU ZDRAVSTVENOG VELEUČILIŠTA



Razgovor s predstojnicom klinike za psihiatiju zdravstvenog veleučilišta, prof. Dr. Sc. Lana Mužinić Marinić, dr. med.

Razgovor vodio: Boris Vučić, dipl. med. techn.

Obzirom da ste sudski vještak za psihiatiju, molim Vas, pojasnite nam što je forenzička psihiatija i što vas je privuklo forenzici?

Forenzička (sudska) psihiatrica

je subspecijalnost iz područja psihiatije čiji je povjesni razvoj s jedne strane išao paralelno s razvojem psihiatije, dok je s druge strane pratilo razvoj pravne znanosti. Za nju se kaže da je to psihiatrica u

službi prava, odnosno psihiatrica primijenjena u sudske svrhe. Tijekom psihiatrijskih vještačenja izrađuju se eksperțe iz područja kaznenog i građanskog prava za potrebe sudova. Osim u području dijag-

nostike i davanja procjene u svezi s počiniteljem kaznenih djela, forenzička psihiatrica bavi se i liječenjem počinitelja kaznenih djela.

Forenzička psihiatrica zainteresirala me još od vremena specijalizacije u Klinici za psihiatiju Vrapče koja ima važnu ulogu u razvoju hrvatske forenzičke psihiatije. Nakon poslijediplomskog studija iz forenzičke psihiatije te obranjene magisterske i doktorske dizertacije, prezentirala sam i objavila niz publikacija iz navedenog područja.

Kakva je percepcija društva spram psihiatrije?

Psihiatrica kao grana medicine koja se bavi psihičkim poremećajima oduvijek je bila interesantna društvu zbog svojih specifičnosti u odnosu na druge grane medicine. Obično se to potencira u situacijama kada se dogode neke situacije koje su medijski interesantne i to na žalost obično interesantne u negativnom kontekstu.

Nekada se smatralo da je uloga psihiatrike štititi društvo od psihičkih bolesnih, jer su oni smatrani čudnima, neuklopjenima ili opasnima za ostatak društva. Danas je takav stav prošlost, no nije do kraja iskorijenjen i potrebno je stalnom edukacijom, javnim nastupima i izlaganjima raditi na boljem razumijevanju što psihiatrica jest.

Uloga nas psihiatara je da, između ostalog, radimo na promociji mentalnog zdravlja i zdravih stilova života.

Kako se boriti protiv stigme koja prati psihičke bolesnike?

Borba protiv stigmatizacije psihičkih bolesnika uz liječenje i prevenciju najvažnija je zadaća svih koji rade u području mentalnog zdravlja. U odnosu na vrijeme prije 20-ak godina učinjeni su mnogi uspješni koraci kako bi se ovaj problem umanjio, iako on još uvijek postoji. Najbolji način borbe protiv stigme je edukacija, odnosno upoznavanje s problemom, jer iza svake stigme nalazi se neznanje. Cilj antistigma programa je smanjenje stereotipa i predrasuda o psihički oboljelim osobama kako bi se umanjio neopravdani strah društva od osoba s psihičkim poremećajima. Tijekom provođenja liječenja i rehabilitacije u svakodnevnom radu s pacijentima potrebno je raditi na destigmatizaciji i što boljem nošenju sa spoznjom o bolesti i stavovima okoline.

U svijetu je intencija razvoja psihiatrije u zajednici.

Koncept psihiatrike u zajednici u svijetu postoji preko 50 godina. Osnovna ideja je omogućiti psihiatrijskim bolesnicima uključenje u društveni život sukladno njihovim mogućnostima i potrebama. Široj javnosti najpoznatiji aspekt ovoga koncepta odnosi se na tendenciju deinstitucionalizacije psihiatrijskih bolesnika, što u užem smislu znači zatvaranje velikih psihiatrijskih ustanova u kojima su kronični psihiatrijski bolesnici boravili godinama. Ovakav koncept nije moguće provesti odjednom,

jer bi se na taj način veliki dio kronično bolesnih našao nezbrinut i ugrožen zdravstveno, socijalno i pravno. U Hrvatskoj su zadnjih desetljeća učinjeni pozitivni pomaci u smislu razvoja rehabilitacije u psihiatриji. Otvorene su mnoge dnevne bolnice u kojima oboljeli borave dio dana, a ostalo se vrijeme vraćaju u svoju životnu sredinu. Rehabilitacija se provodi tijekom boravka pacijenta u bolnici, tijekom izvanbolničkog liječenja, kroz ambulantni tretman, dnevne bolnice, dnevne centre i klubove pacijenata. U zadnje vrijeme radi se na formiranju mobilnih timova koji bi obilazili oboljele u njihovim kućama, a postoje i stambene zajednice u kojima borave osobe s psihičkim smetnjama u kojima žive sami uz pomoć stručnog osoblja. Sveobuhvatno liječenje koje uključuje lijekove i psihosocijalne metode dovodi do poboljšanja ishoda liječenja.

Koji je značaj timskog rada u psihiatriji?

Psihiatrica, osim što je grana medicine koja se bavi prevencijom, dijagnostikom i liječenjem psihičkih poremećaja, obuhvaća i šire područje mentalnog zdravlja. Timski rad neophodan je kako bi se ovo ostvarilo. Naime, sveobuhvatni pristup liječenju psihiatrijskog bolesnika podrazumijeva izradu psihobiosocijalne formulacije kako bi se obuhvatili svi aspekti bolesnikova života – psihološki, biološki i socijalni. Psihijatar će na početku postaviti dijagnozu i odrediti tko sve treba biti uključen u rad s oboljelim radi

njegovog liječenja i oporavka. U psihijatrijskom timu sudjeluju psihijatri, medicinske sestre, psiholozi, radni terapeuti, socijalni pedagozi, defektolozi, socijalni radnici. Bez sveukupnog rada tima u psihijatriji nema niti cjelovitog, odnosno sveobuhvatnog liječenja i rehabilitacije psihičkih bolesnika. Svaki član tima pridonosi svojim znanjima i stručnošću zajednički postavljenom cilju koji se individualno procjenjuje u liječenju i rehabilitacijski svakog pacijenta prema njegovim potrebama.

Koja je uloga i značaj medicinske sestre u zdravstvenom timu?

Medicinska sestra obično je osoba koja će prva biti u kontaktu s pacijentom. U komunikaciji će pružiti razumijevanje, empatiju i podršku i potrebnu zdravstvenu njegu. Kompetencije medicinske sestre u psihijatriji je pružanje klinički sigurne i kvalitetne sestrinske skrbi psihijatrijskih pacijenata

uz vođenje sestrinske dokumentacije. Medicinska sestra član je multidisciplinarnog tima u psihijatriji. Medicinske sestre, educirane iz područja psihijatrijskog sestrinstva, sudjeluju u rehabilitacijskom procesu psihijatrijskih pacijenata.

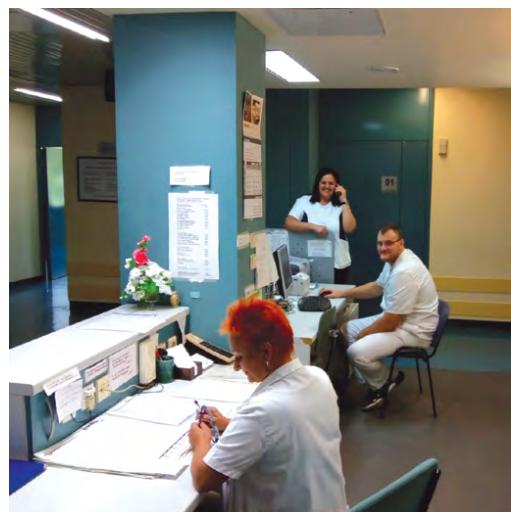
Koje su specifičnosti Klinike za psihijatriju KBD-a?

Klinika za psihijatriju KBD-a je Referentni centar za poremećaje uzrokovane stresom. Osim stresom uzrokovanih poremećaja u Klinici se liječe pacijenti s različitim dijagnostičkim entitetima. U Klinici se pacijenti mogu liječiti individualno i kroz skupne terapije, bolničkim i ambulantnim putem, kao i kroz dnevno bolnički i socio-rehabilitacijski program. U radu sudjeluje multidisciplinarni tim. Osim psihijatra uključeni su psiholozi, medicinske sestre, socijalni pedagog, defektolog i radni terapeut. Osobi se primjenjuje orijentirana terapija, postavl-

jaju se ciljevi i planovi liječenja po modelu oporavka. Osim farmakoloških intervencija primjenjuje se više vrsta psihoterapijskih tehniki kao i psihosocijalne intervencije i rehabilitacija. Klinika za psihijatriju je nastavna baza Zdravstvenog veleučilišta, nastava se odvija iz područja sestrinstva, radne terapije i fizioterapije. Sudjeluje se i u nastavi studenata socijalnog rada, psihologije i socijalnih pedagoga.

Kakva je Vaša vizija psihijatrije u budućnosti?

U budućnosti bi se trebalo raditi na što boljoj povezaniosti bolničkog i izvanbolničkog sustava mentalnog zdravlja, na razvoju dnevnih bolnica, daljnjem razvoju rehabilitacije i psihijatrije u zajednici s ciljem što boljeg oporavka i socijalnog uključivanja pacijenta u život zajednice sa što samostalnjim funkcioniranjem.



MEDICINSKE SESTRE / TEHNIČARI

Klinika za psihijatriju, Klinička bolnica Dubrava

Samka Ekić, dipl.med.techn.

Osvrt na povijest razvoja Klinike za psihijatriju KB Dubrava

Rad s traumatiziranim osobama na Klinici za psihijatriju u KB Dubrava počeo je 1991. god kada bivšu Vojnu bolnicu preuzima Republika Hrvatska. Bolnica ulazi u sustav zdravstva RH s nazivom Opća bolnica. Tadašnji rad se sastojao od pružanja pomoći traumatiziranim osobama koji su razmijenjeni s okupiranih područja.

Zbog sve intenzivnije potrebe pružanja psihološke pomoći hrvatskim braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata 1994. god, Odjel psihijatrije mijenja naziv u Odjel za Psihotraumu.

Godine 1999. u sklopu navedenog odjela otvara se Nacionalni centar za psihotraumu KB Dubrava. Nacionalni centar postaje središnja ustanova za dijagnostiku i terapiju te koordinacijska ustanova za čitavu zemlju za programe liječenja, istraživanja, edukacije i vještačenja psihotraumatiziranih osoba. Paralelno se 2002. god. otvara i Regionalni centar za psihotraumu koji radi do 2014. godine. Nacionalni centar prestaje s radom 2004. godine prelaskom na raniji organizacijski model zbrinjavanja psihotraumatiziranih osoba kroz Regionalne centre.

Obzirom na intenzitet stručnog, edukacijskog i znanstvenog rada, osobito u području stresa i stresom uzrokovanih poremećaja, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi imenovalo je 2003. godine Referentni centar za poremećaje uzrokovane stresom. U to se vrijeme Odjel preselio u novouređene prostore u kojima i danas djeluju Klinika s Odjelom psihijatrije i Odjelom psihotraume, Dnevne bolnice i Poliklinika. U sklopu Klinike djeluje i Referentni centar Ministarstva zdravstva za poremećaje uzrokovane stresom.

Ovakvim ustrojem provode se različiti bolnički i izvan bolnički programi u kojima sudjeluju različiti profili stručnjaka, a kao ravnopravni članovi tima i medicinske sestre/tehničari.

Pacijentima se pruža profesionalna pomoć, skrb i potpora dvadeset četiri sata dnevno kroz psihoterapijski i socioterapijski program.

Razvojem Klinike, razvijala se i potreba za edukacijom medicinskih sestara/tehničara koji kao ravnopravni članovi tima sudjeluju u procesu liječenja. Na Klinici je zaposleno 16 medicinskih sestara, od kojih su 3 diplomirane medicinske sestre/tehničari sa završenim specijalističkim diplomskim stručnim studijem iz psihijatrijskog sestrinstva i 1 stručna prvostupnica. Medicinske sestre/tehničari raspoređeni su na tri radilišta: Stacionar, Dnevne bolnice i Poliklinika.

Stacionarni dio Klinike za psihijatriju sastoji se od dva međusobno povezana odjela, Odjel za psihijatriju i Odjel za psihotraumu s kapacitetom 23 kreveta. Godišnje se hospitalizira oko 600 pacijenata s prosjekom boravka 12 dana. Na odjelima se, prema suvremenim dijagnostičkim i terapijskim postupcima, provodi tretman, pretežno stresom, uzrokovanih psihičkih poremećaja, ali se provode tretmani i ostalih poremećaja.

Medicinske sestre/tehničari uz zdravstvenu njegu, sudjeluju i u različitim socioterapijskim skupinama kako u timu tako i samostalno.

Izvješća koja se prate kroz DTS postupke, medicinske sestre/tehničari godišnje ostvare oko 5000 postupaka kroz socioterapijske grupe.

Raspored aktivnosti na odjelu

Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak	Subota	Nedjelja
07:15 – 8:30 <i>Tjelovježba Doručak Podjela terapije</i>	07:15 – 8:30 <i>Tjelovježba Doručak Podjela terapije</i>	07:15 – 8:30 <i>Tjelovježba Doručak Podjela terapije</i>	07:15 – 08:30 <i>Tjelovježba Doručak Podjela terapije</i>	07:15 – 08:30 <i>Tjelovježba Doručak Podjela terapije</i>	07:15 – 08:30 <i>Doručak Podjela terapije</i>	07:15 – 08:30 <i>Doručak Podjela terapije</i>
	09:00 - 10:00 <i>Vizita</i>	09:00 - 10:00 <i>TRE vježbe/ Radna terapija</i>	09:00 - 10:00 <i>Vizita</i>	09:00 - 10:00 <i>Planiranje vikenda</i>		
10:00 -10:45 <i>Analiza vikenda</i>	10:00 - 11:00 <i>Radna terapija</i>			10:00 -11:00 <i>Nošenje sa stresom (grupa)</i>		
	11:00 - 11:45 <i>STZ</i>		11:00-11:45 <i>STZ</i>			
11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>	11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>	11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>	11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>	11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>	11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>	11:30 – 12:00 <i>Ručak</i>
	12:00-12:30 <i>Vježbe relaksacije</i>		12:00-12:30 <i>Vježbe relaksacije</i>	12:30-13:30 <i>Radna terapija</i>		
13:00 – 14:00 <i>Biblioterapija</i>	13:00 – 14:00 <i>Opservacijska grupa</i>		13:00 – 14:00 <i>Opservacijska grupa</i>			
			14:00-15:00 <i>Mala grupa</i>			
14:00 – 14:30 <i>Podjela terapije</i>	14:00 – 14:30 <i>Podjela terapije</i>	14:00 – 14:30 <i>Podjela terapije</i>	14:00 – 14:30 <i>Podjela terapije</i>			
16:30 - 17:00 <i>Posjete</i>	16:30 - 17:00 <i>Posjete</i>	16:30 - 17:00 <i>Posjete</i>	16:30 -17:00 <i>Posjete</i>	16:30 -17:00 <i>Posjete</i>	16:30 -17:00 <i>Posjete</i>	16:30 -17:00 <i>Posjete</i>
	17:00 – 17:45 <i>Edukativna grupa</i>	17:00 – 17:45 <i>Edukativna grupa</i>				
18:00 – 18:30 <i>Večera</i>	18:00 – 18:30 <i>Večera</i>	18:00 – 18:30 <i>Večera</i>	18:00 – 18:30 <i>Večera</i>	18:00 – 18:30 <i>Večera</i>	18:00 – 18:30 <i>Večera</i>	18:00 – 18:30 <i>Večera</i>
18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>	18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>	18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>	18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>	18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>	18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>	18:30 - 19:00 <i>Vizita</i>
21:00 – 21:30 <i>Podjela terapije</i>	21:00 – 21:30 <i>Podjela terapije</i>	21:00 – 21:30 <i>Podjela terapije</i>	21:00 – 21:30 <i>Podjela terapije</i>			

Programi ambulantnog liječenja provode se kroz **dvije Dnevne bolnice, Sociorehabilitacijski program, Intermittentno liječenje, psihoterapijske i socioterapijske grupe.**

Dnevne bolnice

Programi dnevnih bolnica temelje se na psihoterapijskim i socijalnim vještinama i vremenski su strukturirani. Mogu biti prijelazni oblik između bolničkog i ambulantnog načina liječenja, ali i alternativa bolničkom liječenju. Na takav oblik liječenja upućuju se pacijenti koji imaju potrebu za intenzivnijim terapijskim intervencijama koje nismo u mogućnosti pružiti u ambulantnim uvjetima. Tijekom 2018. godine kroz program Dnevnih bolnica zaprimljeno je 260 pacijenata.

Raspored aktivnosti u dnevnim bolnicama

	Ponedjeljak	Utorak	Srijeda	Četvrtak	Petak
08:00-08:15	Vizita medicinske sestre				
08:15-08:50	Tjelovježba				
09:00-10:00	Analiza vikenda	Psihoterapijska grupa			Radna terapija / Terapijski izlazak
10:00-11:00	Radna terapija	Slobodne aktivnosti	STZ	Slobodne aktivnosti	
11:00-12:00	Skupina Komunikacijske vještine	Psihoterapijska grupa	Psihoterapijska grupa	Skupina Komunikacijske vještine	
12:00-13:00	Ručak				
13:00-14:00	Individualni razgovor				

Poliklinika

Uz standardnu djelatnost u poliklinici se provode i različiti izvanbolnički programi kojega provodi multidisciplinarni tim stručnjaka:

Sociorehabilitacijski program provodi se na Klinici 10 godina.

Rehabilitacija psihijatrijskih bolesnika sveobuhvatan je i složeni proces koji teži vođenju zdravog života, unatoč postojanju bolesti.

Kroz različite skupine u Sociorehabilitacijskom programu nastoji se poboljšati funkciranje bolesnika i ojačati njegove sposobnosti prilagodbe, poboljšati kvalitetu života, što dulju remisiju bolesti i uspostavljanje funkciranja u zajednici.

Sociorehabilitacijski program održava se dva puta tjedno. Tijekom ciklusa koji traje tri mjeseca održavaju se različite terapijske aktivnosti kao što su: komunikacijske vještine, organizacija aktivnosti svakodnevnog života, trening socijalnih vještina, glazbena radionica, informatička grupa, nošenje sa stresom, tehnike disanja, edukativne grupe (nuspojave psihofarmaka) radna terapija, wellness, biblioterapiju, psihoterapijske grupe.

Intermitentno liječenje je nastavak ambulantnog liječenje nakon hospitalizacije. Radi se o jednodnevnom liječenju koji se sastoji od pregleda psihijatra te tretmana u psihoterapijskim i socioterapijskim grupama.

U izvanbolničkom programu se svakodnevno održavaju psihoterapijske i socioterapijske grupe.

Vježbe relaksacije, otpuštanje traume i stresa iz tijela - TRE (Tensionand Trauma ReleaseExercise).

Medicinske sestre/tehničari kroz programe Dnevnih bolnica ostvare 20 000 postupaka, a kroz programe u Poliklinici samostalno ostvare oko 1100 DTP postupaka godišnje.

Uz svakodnevni rad s bolesnicima na Klinici za psihijatriju, medicinske sestre/tehničari aktivno sudjeluju i u nastavi, edukaciji i radu različitih povjerenstava u KB Dubrava: Povjerenstvu za kvalitetu, Povjerenstvu za unutarnju ocjenu i Radnoj skupini za unaprjeđivanje komunikacijskih vještina.

Klinika za psihijatriju nastavna je baza za vježbe iz zdravstvene rješenje psihijatrijskih bolesnika Zdravstvenom veleučilištu Zagreb, Sveučilištu Sjever Varaždin i Katoličkom sveučilištu Zagreb.

Medicinske sestre/tehničari aktivno sudjeluju u trajnom stručnom usavršavanju medicinskih sestara/tehničara KB Dubrava u sklopu psihijatrijske struke, educiraju novouposlene medicinske sestre/tehničare i sudjeluju na stručnim skupovima i znanstvenim projektima.



STRUČNI ČLANCI

PERCEPCIJA PSIHIČKOG BOLESNIKA OD STRANE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA

Boris Vučić, dipl.med.techn.
Samka Ekić, dipl.med.techn.

Stigma psihičke bolesti

Stigma dolazi iz grčkog jezika čije je značenje naglasiti, istaknuti, označiti. Negativno značenje riječi pojavljuje u latinskom jeziku i označava sram ili degradaciju. Stigmatizacija (Fink, Tasman, 1992; Corrigan, Lundin, 2001; Farina, 1998.) osobe s psihičkom bolesću predstavlja marginaliziranje i izbjegavanje te ima negativne posljedice ne samo za oboljelog jer povećava osjećaj manje vrijednosti i otuđenje koje nepovoljno utječe na tijek bolesti, već i za članove njegove obitelji i samu psihijatriju kao struku.

Predrasude (Corrigan, Lundin, 2001.) su unaprijed doneseni negativni stavovi, čvrsto ukorijenjeni, određeni na temelju nedovoljnog znanja o predmetu predrasude koji se ne temelje na iskustvu pojedinca nego na naučenim stavovima. Vrlo su otporne na promjene što znači da smo mnogo predrasuda usvojili još kao djeca od svojih roditelja (Zvonarević, 1998.). Predrasuda ima afektivni naboј a diskriminacija je bhevioralna reakcija (Corrigan, Lundin, 2001.).

Diskriminacija je stavljanje osobe u nepovoljni položaj na temelju određenih karakteristika (gubitak posla, degradirajuće radno mjesto i sl.) što u konačnici ima nepovoljni utjecaj na ionako bolešcu otežano psihičko funkcioniranje (Lauber i sur., 2004.). Diskriminacija je zakonski kažnjiva.

Stigma psihičke bolesti je prepoznata kao prepreka uspješnom liječenju i rehabilitaciji (Kadri, Sartorius, 2005.) utoliko da oboljeli odgađa traženje pomoći, liječenje i pokušava prikriti bolest u nakani izbjegavanja srama i izolacije (Corrigan, Lundin, 2001; Hocking, 2003.).

WHO preporučuje pokretanje nacionalnih programa za borbu protiv stigme kako bi se oboljelima omogućio ravnopravni život u zajednici (Sartorius, 1997; Sartorius, Shulze, 2005.). Stigmatizirani su svi oboljeli od psihičkog poremećaja bez obzira na dijagnozu (Corrigan, 2000.), dok su osobe koje boluju od psihotičnih poremećaja više stigmatizirane od onih koji boluju od depresivnih i anksioznih poremećaja (Pescosolido i sur. 1999.).

Kriterij uspješnog liječenja nije samo nestanak simptoma duševne bolesti već i borba protiv stigme koja djeluje negativno na kvalitetu života u zajednici.

Stavovi o psihičkoj bolesti

Predrasude prema psihičkim bolesnicima nisu samo odlika javnosti. Takve stavove imaju i sami pacijenti (Wahl, 1999.), djelatnici u zdravstvu pa čak i zaposleni u psihijatrijskoj struci (Ivezic, 1999.; Lai, Hong, Chee, 2001.; Eker 1985.; Fryer, Cohen, 1988.). Prema istraživanju znanstvenika iz Zapadne Europe dokazano je da svako ponašanje koje odskače od normi etiketira se kao poremećeno a osoba se smatra psihički bolesnom. Isto istraživanje je pokazalo da različite psihičke bolesti nisu stigmatizirane na isti način. Međutim, liječenje u psihijatrijskoj bolnici je stigmatizirano bez obzira na dijagnozu. Tako javnost bolesne najčešće doživjava kao (Rabakin 1974.; Weiner,

Perry, Magnusson, 1988.; Brockington i sur., 1993.; Crisp i sur., 2000; Angermeyer, 2000.):

1. opasne (shizofrenija, liječeni u psihijatrijskoj bolnici)
2. nesposobne za samostalni život (shizofrenija, liječeni u psihijatrijskoj bolnici)
3. slabe osobe krive za svoju bolest (depresija, anksiozni poremećaji)
4. lijene (negativni simptomi shizofrenije, depresija)
5. neizlječive (shizofrenija, liječeni u psihijatrijskoj bolnici)

Veliku ulogu u negativnom doživljavanju psihičkih bolesnika igraju mediji pisanjem i filmovima gdje zbog senzacionalizma i gledanosti podržavaju stigmu opasnosti (Wahl, 1995.; Duckworth i sur., 2003.). Najčešće se jedna incidentna situacija generalizira na sve oboljele. Iako je činjenica da u pojedinim slučajevima osobe koje nisu liječene od psihotičnih poremećaja pokazuju veći rizik od opasnosti u odnosu na opću populaciju (Walsh, Buchanan, Fahy, 2002.), s druge strane oni su često žrtve nasilja (Hodgins, 2008.) što nije praćeno senzacionalnim naslovima u tiskovinama.

Psihički bolesne osobe su svjesne stigme, izbjegavanja i osjećaja da su nepoželjni, da ih se doživljava kao opasne, nesposobne, agresivne, simulante koji traže korist i sl. To izaziva sniženo samopoštovanje, samopouzdanje, socijalnu izolaciju, izbjegavanje liječenja gdje još više tonu u svoju bolest i tako se vrte u začaranom krugu, povećavaju samostigmatizaciju i smanjuju kvalitetu života.

Metodologija

U svrhu istraživanja percepcije psihijatrijskih bolesnika od strane zdravstvenih djelatnika, korišten je modificirani upitnik iz studije Ogunsemi O. i sur. (Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. Ann Gen Psychiatry 2008.) koji se sastoji od 16 pitanja podijeljenih u dvije kategorije. Dio se odnosi na osobnu interakciju s psihičkim bolesnikom a drugi na javni, tj. socijalni kontakt. Ponašeni odgovori su *da/ne/ne znam* a obzirom da su pitanja postavljena u negaciji, odgovor ne zapravo predstavlja pozitivni stav, odnosno nepostojanje predrasude.

Istraživanje je provedeno među izvanrednim studentima Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu u veljači 2016. godine.

Rezultati

Tablica 1: Karakteristike ispitivane skupine

Dob (godina) 33±7		N	%
Spol	Ž	9	87,6%
	M	2	12,4%
Prebivalište (stanovnika)	do 5000	1	14,3%
	5-50 000	5	28,6%
	50 000 - 100 000	0	7,6%
	iznad 100 000	8	47,6%
	nema podataka	2	1,9%
Radna jedinica	nema podataka	4	46,7%
	psihiatrija	1	10,5%
	kirurgija	1	9,5%
	interna	6	5,7%
	JIL	4	3,8%
	Okulistika	3	2,9%
	Koronarna jed.	3	2,9%
	Pedijatrija	2	1,9%
	nNurologija	2	1,9%
	Kardiologija	2	1,9%
	Urologija	1	1,0%
	Trauma	1	1,0%
	Rađaonica	1	1,0%
	Postint. skrb	1	1,0%
	Ortopedija	1	1,0%
	ORL	1	1,0%
	Opekline	1	1,0%
	OP blok	1	1,0%
	Onkologija	1	1,0%
	Ginekologija	1	1,0%
	Dermatologija	1	1,0%
	Bolničke inf.	1	1,0%
	Anestezija	1	1,0%

Istraživanje je provedeno na uzorku od 105 ispitanika čija je prosječna starosna dob 33 godine. Žene su bile zastupljene u značajnije većem postotku od 87,6%, odnosno 92 vs 13 muškaraca.

Nešto manje od 50% ispitanika dolazi iz gradova s više od 100 000 stanovnika, a najmanje iz gradova

veličine 50 000 - 100 000 stanovnika, s tim da 2 ispitanika nisu navela mjesto prebivališta.

Određeni broj ispitanika, 46,7% nije navelo svoju radnu jedinicu, dok od onih koji jesu, najzastupljenija je psihijatrija s 10,5%.

Tablica 2

		pozitivan stav		negativan stav			
		NE		DA		NE ZNAM	
1	Osjećao bih nelagodu da sjedim pokraj psihičkog bolesnika u javnom prijevozu	5 4	51,4%	3 4	32,4%	1 7	16,2%
2	Uznemiravalo bi me kupovati u trgovini u kojoj radi psihički bolesnik	8 2	78,1%	6	5,7%	1 7	16,2&
3	Bilo bi mi nelagodno iznajmiti mu smještaj	2 0	19,0%	3 9	37,1%	4 6	43,8%
4	Bilo bi mi nelagodno da je kućepazitelj u zgradi u kojoj živim	5 2	49,5%	2 4	22,9%	2 9	27,6%
5	Smetalo bi mi nazočiti socijalnom događanju na kojem je nazočan i psihički bolesnik	9 3	88,6%	2	1,9%	1 0	9,5%
6	Odbio bih igrati društvene igre s njim	8 1	77,1%	7	6,7%	1 7	16,2%
7	Odbio bih razgovarati o političkim pitanjima s njim	7 8	74,3%	9	8,6%	1 8	17,1%
8	Bilo bi mi nelagodno pričati s psihičkim bolesnikom o svojim privatnim stvarima	3 5	33,3%	4 2	40,0%	2 8	26,7%
9	Smetalo bi me da mi je psihički bolesnik prvi susjed	7 8	74,3%	7	6,7%	2 0	19,0%
10	Smetalo bi me da mi je psihički bolesnik frizer	3 9	37,1%	3 5	33,3%	3 1	29,5%
11	Smetalo bi me raditi na istom radnom mjestu s njim	6 5	61,9%	1 9	18,1%	2 1	20,0%
12	Smetalo bi me dijeliti ured s njim	5 0	47,6%	2 5	23,8%	3 0	28,6%
13	Smetalo bi me kad bi moj brat/sestra želio/la se oženiti/udati za psihičkog bolesnika	1 8	17,1%	4 9	46,7%	3 8	36,2%
14	Psihički bi me opterećivalo prijateljstvo s njim	5 9	56,2%	1 5	14,3%	3 1	29,5%
15	fizički bi me zamaralo prijateljstvo s njim	6 7	63,8%	1 3	12,4%	2 5	23,8%
16	Druženje s njim bi imalo negativan utjecaj na moje zdravlje	7 5	71,4%	6	5,7%	2 4	22,9%

Tablica 2. prikazuje zbroj, obzirom na dob, spol i mjesto prebivališta, pitanja koja izazivaju najviše a koja najmanje predrasude. Pitanje 3., 8., 10.,

12., 13., 14., 15. i 16. predstavljaju osobni kontakt i odnose se na stigmatizaciju u bliskoj interakciji kada odnos zahtijeva veći stupanj intimnosti.

Pitanje 1., 2., 4., 5., 6., 7., 9. i 11. predstavljaju javni kontakt, odnosno distancu i diskriminaciju na razini društvene svijesti pojedinca.

Tako su ispitanici najmanje negativno doživjeli nazočnost socijalnom događaju na kojem se nalazi i psihički bolesnik, gdje je pozitivni stav iskazalo 88,6% ispitanika. Pretpostavka je da nazočnost

događaju i ostalih „normalnih“ ljudi daje sigurnost pojedincu – psihičkom bolesniku u skupini.

Najnegativnije je ocijenjena mogućnost da nečiji brat/sestra sklopi brak s psihički bolesnom osobom, odnosno mogućnost da takva osoba postane dio uskog kruga obitelji. Pozitivni stav prema tome ima svega 17,1% ispitanika.

Tablica 3: Stigma pripisana u javnom i osobnom kontaktu u odnosu na karakteristike ispitivane skupine (n- frekvencija odgovora)

		Kontakt	pozitivan stav n (%)	negativan stav n (%)	X ²	P
Spol	M	javni osobni	83 (80) 73 (70)	21 (20) 31 (30)	2,56	0,109
	Ž	javni osobni	500 (68) 290 (39)	236 (32) 446 (61)	120,49	<0,001
Prebivalište	do 5000	javni osobni	83 (65) 43 (34)	45 (35) 85 (66)	25,000	<0,001
	5000 - 50000	javni osobni	156 (65) 90 (38)	84 (35) 150 (62)	36,32	<0,001
	50000 - 100 000	javni osobni	55 (86) 41 (64)	9 (14) 23 (36)	8,17	0,004
	iznad 100 000	javni osobni	282 (72) 186 (48)	110 (28) 206 (52)	48,86	<0,001
Radna jedinica	Psihijatrija	javni osobni	78 (89) 62 (70)	10 (11) 26 (30)	8,94	0,0027
	Ostale	javni osobni	505 (67) 301 (40)	247 (33) 451 (60)	111,26	<0,001
Svi		javni osobni	583 (69) 363 (43)	257 (31) 477 (57)	117,10	<0,001

Muškarci su češće iskazivali pozitivan stav u osobnom kontaktu u odnosu na žene (70% vs 39%, X²=35,72, p<0,001)

Tablica 3. prikazuje razlike u predrasudama u javnom i osobnom kontaktu obzirom na spol, prebivalište i radnu jedinicu. Zajedničko je da i muškarci i žene imaju manje predrasuda prema psihičkim bolesnicima u javnom nego u osobnom kontaktu s tim da muškarci općenito imaju pozitivniji stav u većem postotku od žena, naročito u osobnom kontaktu i to 70% vs 39% i javnom 80% vs 68%.

Obzirom na radnu jedinicu vidljivo je da djelatnici na psihijatriji ipak imaju pozitivniji stav u većem postotku od zaposlenih u drugim radnim jedinicama. U osobnom kontaktu 70% vs 40% te javnom 89% vs 67%.

predrasuda prema psihičkim bolesnicima od onih s prebivalištem u maloj sredini. Najveća je razlika u prebivalištima do 100 000 stanovnika i onih do 5000 stanovnika i to u osobnom kontaktu 64% vs 34% te javnom 86% vs 65%.

Odstupanja u rezultatima su moguća iz sljedećih razloga:

- mogućeg odgovora *ne znam* koji ne definira jasni stav, već predstavlja politički korektni odgovor, jer razvijeni stav ne stvara nedoumicu, stoga sve što nije jasno definirano kao pozitivno stajalište u istraživanju vodilo se kao predrasuda, odnosno negativni stav,
- na psihičkog bolesnika se referira kao na NJEGA

Tablica 4: Usporedba odgovora na poslu

		SPOL				
		Ž		M		
		COUNT	COLUMN n %	COUNT	COLUMN n %	
1	Osjećao bih nelagodu da sjedim pokraj psihičkog bolesnika u javnom prijevozu	DA / NE ZNAM	44	47,8%	7	53,8%
		NE	48	52,2%	6	46,2%
2	Uznemiravalo bi me kupovati u trgovini u kojoj radi psihički bolesnik	DA / NE ZNAM	22	23,9%	1	7,7%
		NE	70	76,1%	12	92,3%
3	Bilo bi mi nelagodno iznajmiti mu smještaj	DA / NE ZNAM	76	82,6%	9	69,2%
		NE	16	17,4%	4	30,8%
4	Bilo bi mi nelagodno da je kućepazitelj u zgradu u kojoj živim	DA / NE ZNAM	48	52,2%	5	38,5%
		NE	44	47,8%	8	61,5%
5	Smetalo bi mi nazočiti socijalnom događanju na kojem je nazočan i psihički bolesnik	DA / NE ZNAM	12	13,0%	0	0,0%
		NE	80	87,0%	13	100,0%
6	Odbio bih igrati društvene igre s njim	DA / NE ZNAM	21	22,8%	3	23,1%
		NE	71	77,2%	10	76,9%
7	Odbio bih razgovarati o političkim pitanjima s njim	DA / NE ZNAM	26	28,3%	1	7,7%
		NE	66	71,7%	12	92,3%
8	Bilo bi mi nelagodno pričati s psihičkim bolesnikom o svojim privatnim stvarima	DA / NE ZNAM	65	70,7%	5	38,5%
		NE	27	29,3%	8	61,5%
9	Smetalo bi me da mi je psihički bolesnik prvi susjed	DA / NE ZNAM	24	26,1%	3	23,1%
		NE	68	73,9%	10	76,9%
10	Smetalo bi me da mi je psihički bolesnik frizer	DA / NE ZNAM	62	67,4%	4	30,8%
		NE	30	32,6%	9	69,2%
11	Smetalo bi me raditi na istom radnom mjestu s njim	DA / NE ZNAM	39	42,4%	1	7,7%
		NE	53	57,6%	12	92,3%
12	Smetalo bi me dijeliti ured s njim	DA / NE ZNAM	52	56,5%	3	23,1%
		NE	40	43,5%	10	76,9%

umjesto NJEGA/NJU, pa je osobama suprotnog spola izazivalo veću razinu nelagode te posljedično i negativnih stavova, naročito u osobnom kontaktu i stoga jer su žene kao ispitanice bile zastupljene sa 87,6%,

- 46,7% ispitanika nije navelo radnu jedinicu,
- činjenica da iz mjesta prebivališta koje je iskazalo najpozitivniji stav prema psihičkim bolesnicima dolazi svega 7,6% ispitanika.

Tablica 4. pokazuje usporedbu odgovora po spolu, gdje je vidljivo da u skoro svim pitanjima muškarci imaju pozitivniji stav prema psihičkim bolesnicima od žena, izuzev prvog pitanja gdje je mala razlika.

Znakovita je razlika u 13. pitanju koje i inače ukupno ima najnegativniji stav, a gdje bi samo 12% žena odobravalo takvu vezu naspram 53,8% muškaraca.

Tablica 4. ukazuje da muškarci imaju manje predrasuda prema psihičkim bolesnicima od žena. Uz opasku, da su pitanja postavljana u muškom rodu. Na psihičkog bolesnika se referira kao na NJEGA umjesto NJEGA/NJU pa su žene negativnije u stavovima prema psihičkim bolesnicima suprotnog spola, naročito u osobnom kontaktu.

Zaključak

Zaključak istraživanja provedenog među studenima Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu o percepciji psihičkih bolesnika je da skupine ispitivane po spolu, prebivalištu i radnoj jedinici imaju zajedničko da pozitivnije doživljavaju psihičke bolesnike u javnom nego osobnom kontaktu.

Gledano po spolu, u javnom kontaktu muškarci imaju pozitivniji stav od žena u omjeru 80% vs 68% dok je u osobnom kontaktu razlika mnogo veća i opet u korist muškaraca ali ovaj put 70% vs 39%. Iz navedenoga se zaključuje da muškarci pozitivnije percipiraju psihičke bolesnike od žena, naročito u osobnom kontaktu.

Obzirom na mjesto prebivališta, najliberalniji stav prema psihijatrijskim bolesnicima imaju zdravstveni djelatnici koji dolaze iz mjesta do 100 000 stanovnika naspram onih do 5000 i to u javnom kontaktu 86% vs 65% te u osobnom 64% vs 34%.

Gledano na radnu jedinicu, očekivano najpozitivniji stav imaju djelatnici psihijatrijskih ustanova. U odnosu na sve ostale u javnom kontaktu razlika je 89% vs 67% te osobnom 70% vs 40%.

Pitanje koje je ocijenjeno najnegativnije u upitniku je tolerancija zasnivanja bračnog odnosa člana obitelji s psihijatrijskim bolesnikom.

Borba protiv stigme

Metode borbe protiv stigme koje su se pokazale učinkovitim su kombinacija edukacije, kontakata s predstvincima stigmatizirane skupine i protesta na svim razinama: građani svih dobnih skupina, mediji, profesionalci koji sudjeluju u liječenju i sami pacijenti.

Učinkovito liječenje utjecat će na smanjenje samostigmatizacije edukacijom o bolesti koja uključuje prepoznavanje simptoma bolesti. Podučiti pacijente da su jedino oni ti koji odlučuju hoće li i kome će reći dijagnozu svoje bolesti, kako reagirati kada se događa stigmatizacija, podučiti ih da je diskriminacija zakonom zabranjena te da mogu potražiti pravnu zaštitu.

U kontaktu s osobama prema kojima imamo predrasude stječemo iskustvo koje nam može pomoći mijenjati stavove. Ono je uspješnije ako uključuje statusnu jednakost i institucionalnu potporu, tj. da psihički bolesni osobe uključimo u program borbe protiv stigme.

Važno je psihičku bolest prikazati realistično i optimistično i istaknuti etičku dimenziju da promjenom stavova pomažemo u liječenju i postajemo humaniji.

Ispitivanjem se otkrilo da je 1/3 psihički bolesnih osoba opterećeno stigmom. Doživljaj socijalne podrške smanjuje doživljaj stigmatizacije, osobito nakon prve epizode bolesti. Strategije koje potiču osnaživanje mogu reducirati samostigmatizaciju.

U programu borbe protiv stigme treba raditi s emocijama srama i krivnje, jasno prenijeti informaciju da psihička bolest nije sramota i da se radom na razumijevanju vlastite bolesti može u budućnosti prevenirati ponašanje koje drugi stigmatiziraju.

Na kraju, najvažnije je prenijeti pacijentima da psihička bolest sama po sebi ne određuje karakter čovjeka i ne umanjuje ljudske vrijednosti njega kao osobe.

Literatura:

1. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand. Suppl.* 2000; 102:63-7.
2. Brockington I., Hall P., Levings J., Murphy C. The community tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry.* 1993; 162:93-9.
3. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology - Science and Practice.* 2000;7:48-67.
4. Corrigan P, Lundin R. Coping with stigma of mental illness Champaign. Illinois, 2001.
5. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 2000; 177:4-7.
6. Duckworth K, Halpern JH, Schutt RK, Gillespie C. Use of schizophrenia as a metaphor in US newspapers. *Psychiatr Serv.* 2003; 54:1402-4.
7. Eker D. Attitudes of Turkish and American clinicians and Turkish psychology students towards mental patients. *Int. J Soc Psychiatry.* 1985;31:223-9.
8. Farina A. Stigma. In: Mueser KT Tarrier N (Edt.). *Handbook of social functioning in schizophrenia* Boston. Allyn&Bacon, 1998; 247-79.
9. Fink PJ, Tasman A. (Edt.). *Stigma and Mental illness* Washington. DC: American Psychiatric Press; 1992.
10. Fryer JH, Cohen L. Effects of labeling patients „Psychiatric“ or „medical“: favorability of traits ascribed by hospital staff. *Psychol Rep.* 1988; 62:779-93.
11. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody business. *Med J Aust.* 2003;178:47-8.
12. Hodgins S. Violent behavior among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2008; 363:2505-18.
13. Ivezic S, Bajs Bjegović M, Maroević S, Jagodić-Kuterovac G, Ljubimir V. Stigma of Schizophrenia and Mental Health Professionals 39 th International Neuropsychiatric Symposium Pula. 1999 *Neurol Croat.* 1999; 48:22-3.
14. Kadri N, Sartorius N. The Global Fight against the Stigma of Schizophrenia. 2005; *PLoS Med* 2(7):e136.
15. Lai YM, Hong CP, Chee C. Y. Stigma of mental illness Singapore. *Med J.* 2001; 42:111-4.
16. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Comm Ment Health J.* 2004; 40:265-74.
17. Ogunsemi O, Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Ann Gen Psychiatry.* 2008.
18. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Publ Health.* 1999; 89:1339-45.
19. Rabakin J. Public attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Psychological Bulletin.* 1974;10:9-33.
20. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma: A new World Psychiatric Association educational program. *Br J Psychiatry.* 1997;170:297.
21. Sartorius N, Schulze H. A report from a Global Program of the World Psychiatric Association. Cambridge (UK): Cambridge University Press. 2005.
22. Wahl OF, Mental health consumers experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin.* 1999; 25:467-78.
23. Wahl OF. Media madness: Public images of mental illness New Brunswick: Rutgers University press. 1995.
24. Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry.* 2002; 180:490-5.
25. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas, *J Personal Soc Psychol.* 1988; 55:738-48.
26. Zvonarević M. *Socijalna psihologija.* Zagreb: Školska knjiga; 1998; 123-33.

TERAPIJSKI IZLETI U LIJEĆENJU PSIHJATRIJSKOG BOLESNIKA

Antonija Vuković, dipl. med. techn.

Jelica Matišin, bacc. med. techn.

Sažetak: Cilj rada je prikazati terapijski izlet kao važnu socioterapijsku metodu koja se primjenjuje u fazi resocijalizacije psihiatrijiskog bolesnika.

U procesu resocijalizacije bitno je aktivno sudjelovanje bolesnika u svakoj fazi programa liječenja. Kroz različite aktivnosti pridonosi se boljim odnosima pacijenta i njegove okoline kako u skupini tako i u njegovoj društvenoj zajednici. Dokazan je pozitivni učinak tjelesne aktivnosti na smanjenje simptoma depresije što se posebno reflektira kroz terapijske izlete. Nadalje, znanstvena istraživanja potvrđuju da su terapijski izleti učinkoviti i kod smanjenja simptoma anksioznosti.

U nastavku poglavljaju objašnjeni su glavni ciljevi i aspekti terapijskog izleta.

Prikazi slučajeva psihiatrijiskih bolesnika liječenih u dnevnoj bolnici KB Dubrava pokazuju učinkovitost terapijskih izleta u provođenju socio-rehabilitacijskog programa.

Ključne riječi: terapijski izlet, dnevna bolnica, socio-rehabilitacijski program, depresija, anksioznost

Uvod

Terapijski izleti su dio rekreacijske terapije koji se svrstavaju u socioterapiju. Mogli bismo je opisati kao različite aktivnosti koje se primjenjuju u fazi resocijalizacije, odnosno rehabilitacije psihiatrijiskih bolesnika. Terapijski izleti omogućuju pacijentu emocionalno sazrijevanje na relaciji pojedi-

nac - društvena sredina. Važan su dio liječenja psihiatrijiskog pacijenta.

Općenito o terapijskom izletu

Rekreacijska terapija je, uz skupnu terapiju, terapijsku zajednicu i radnu terapiju, dio socioterapije. Rekreacijska terapija podrazumijeva fizičku aktivnost pacijenta i medicinskog osoblja u koju mogu biti uključeni i članovi pacijentove obitelji. Kako bi pacijentov oporavak bio što uspješniji, terapeut s pacijentom procjenjuje koje bi od planiranih aktivnosti bile korisnije za podizanje opće razine funkciranja s ciljem što bolje adaptacije na život i radnu sredinu bolesnika. Uključuje različite sportske i rekreacijsko-zabavne aktivnosti u koje se ubrajaju i izleti.

Izleti mogu biti različiti. Najčešće se pod pojmom izlet misli na odlazak u prirodu. Dio terapijskog izleta je i posjet knjižnicama koje organiziraju satove čitanja na određenu tematiku.



Na terapijskom izletu dolazi do spontanih kontaktata članova skupine što pomaže u razvijanju ili poboljšavanju socijalnih vještina. Potiče se komunikacija, razvijaju osjećaji pripadnosti skupini. Pacijenti se nalaze u neformalnoj okolini, drugačijoj od bolničke. Opušteniji su nego u bolničkom okruženju te se s takvim načinom rada pojačava suradljivost pacijenata u dalnjem liječenju i rehabilitaciji. Takvi zajednički odlasci na terapijske

izlete pridonose bržem i lakšem međusobnom upoznavanju i emocionalnoj povezanosti članova psihoterapijske skupine što se odražava na snižavanju razine tjeskobe unutar terapijskog rada.

Tijekom izleta, odnosno fizičke aktivnosti, dolazi do ubrzavanja rada srca i disanja, vazodilatacije, ubrzanja i poboljšanja cirkulacije a u mozgu do otpuštanja neuroprijenosnika endorfina koji dovodi od osjećaja ugode, zadovoljstva i poboljšanja raspoloženja.

Tijekom izleta može se stvoriti ugodna, vesela i opuštena atmosfera „na trijezno“, odnosno bez konzumacije alkohola, što je vrlo važna pretpostavka u tretmanu liječenja ovisnika o alkoholu (Jurina, 2010.).



Pacijentima dnevne bolnice i socioterapijskog programa to je jedan od dražih oblika socioterapijskih aktivnosti. Često se na takvima izletima dobije drugačija slika o pacijentu jer i terapeuti i pacijenti imaju priliku da se dožive na drugačiji način.

U Kliničkoj bolnici Dubrava u sklopu rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika organiziraju se izleti s vodičima u Zoološki vrt, park Maksimir, uži centar grada Zagreba, Botanički vrt te razne muzeje i izložbe grada Zagreba.

Glavni ciljevi terapijskih izleta

U terapiji psihijatrijskog pacijenta bitno je aktivno sudjelovanje samog pacijenta. Terapijski izleti već u fazi dogovaranja potiču stvaranje odnosa suradnje pacijenta, osoblja i okoline. Razvijaju se prihvativi modeli ponašanja koji se uče u interakciji s drugim članovima skupine. Stoga se terapijski izleti koriste kao sredstvo uspostavljanja i razvoja osjećaja za suradnju među članovima, za razvijanje osjećaja pripadnosti skupini kao i međusobnog povjerenja među članovima skupine neovisno o tome zbog čega su primljeni u dnevnu bolnicu.

Najkraće rečeno, **terapijski izlet se definira kao skup edukativno-rekreativnih ili zabavno-rekreativnih aktivnosti kojima je cilj stvaranje zajedništva ili osnaživanje i poboljšanje međuljudskih odnosa u postojećoj skupini kako bi se dosegli zajednički ciljevi.**

Tijekom izleta medicinsko osoblje potiče pacijente na inicijativu i spontanu komunikaciju. Stavlja se fokus na prilagodbu pacijenta na okolinu te se potiče promjena stavova koji su razlog konflikata s okolinom i aktivno rješavanje problema.

U procesu rehabilitacije kroz terapijske izlete, pacijenti su usmjereni na stvaranje socijalnih mreža i kvalitetno provođenje slobodnog vremena. Naslovi ih se potaknuti na aktivnosti pomoću kojih bi nešto naučili i obogatili se. Također ih se potiče na osvještavanje odgovornosti za vlastito zdravlje i bolje razumijevanje ostalih članova skupine.

Terapijskim izletima izvan prostora dnevne bolnice ili socio-rehabilitacijskog programa postiže se to da prostori u kojima se inače odvijaju programi postaju ugodnije mjesto za rad, dolazi do povećane motivacije i efikasnosti pacijenata. Na taj način pacijenti također uče jedni o drugima te se pridaje važnost svakom pojedincu u skupini. Jedan od ciljeva je i duševni odmor koji se postiže kroz fizičku aktivnost i boravak u prirodi na svježem zraku.

Sveobuhvatnim pristupom pacijentima u kojemu se potiče zajedništvo i usmjerava na zajedničko korištenje blagodati prirode, izgrađuje se povjerenje i smanjuju konflikti te poboljšava komunikacija. Bilo da su pacijenti na početku ciklusa liječenja ili na kraju bitno je posvetiti pažnju nji-

hovoj komunikaciji te ih usmjeriti na postizanje zajedničkog cilja. To je odličan način oslobođanja stresa i poboljšanja neformalne komunikacije.

Aspekti terapijskog izleta

Kakav će se izlet ili aktivnost organizirati ovisi o preferencijama i budžetu ali ono što je bitno je da ista mora biti zanimljiva svim članovima skupine a da pritom pozitivno utječe na komunikaciju i suradnju između pacijenata.

Tijekom terapijskog izleta razvijaju se različiti aspekti, npr. orijentiranost na zadatke, uloge i podržavajuće odnose. Povezivanje članova skupine olakšano je u atmosferi koja je opuštenija od bolničke, što je vrlo korisno za nove članove skupine. Pored toga, lakše je uočiti određene karakteristike nekih članova tima koje se mogu iskoristiti kako bi skupina bila produktivnija.

Definirane su neke smjernice za organiziranje terapijskih izleta.

- Obzirom na to da bolesnici većinu vremena provode u zatvorenom prostoru bilo bi dobro kada bi aktivnosti bile na otvorenom.
- Ne bi smjelo biti nikakvih hijerarhija u ovakvim aktivnostima te bi svi članovi trebali sudjelovati u organizaciji.
- Aktivnosti bi trebale biti zabavnog i edukativnog karaktera, uključivati različite sadržaje prilagođene potrebama i interesima skupine. Mogu sadržavati edukaciju o pravilnoj prehrani i zdravim stilovima života, zdravim navikama, o odgoju djece, partnerskim odnosima, konzumaciji alkohola, sredstvima ovisnosti, o rizičnim ponašanjima, psihologiji čovjeka i slično. U program se može uključiti i gledanje edukativnih dokumentarnih filmova. Ove skupine mogu uključivati i različite poduke, npr. iz stranog jezika koristeći potencijal i znanje bolesnika (Brečić, 2013.).
- Značajni dio sadržaja terapijskog izleta čine sportske aktivnosti. Kroz njihovo provođenje pacijent se potiče na aktivnost, komunikaciju, druženje, osjećaj pripadnosti i odgovornosti u skupini. Povećana aktivnost, koordinacija pokreta i određeni stupanj napetosti pridonose smanjenju psihičke i fizičke napetosti i pomažu boljoj integraciji ličnosti.

Uloga terapeuta tijekom terapijskog izleta je vrjednovanje i nagrađivanje aktivnosti pacijenta i poticanje identifikacijskih procesa i pripadnost skupini. U okviru svakodnevnih terapijskih aktivnosti, medicinske sestre mogu organizirati i sudjelovati u različitim rekreativnim aktivnostima pacijenata. Svakoj aktivnosti medicinska sestra treba prići odgovorno i profesionalno, imajući uvijek u vidu njezine terapijske i rehabilitacijske mogućnosti. Iskustvo pokazuje da najosnovniji oblici rekreativne terapije i u najskromnijim uvjetima mogu biti redovne tjelesne vježbe, literarne večeri, recitiranja, kvizovi, debate, društvene igre, kao što su šah i sl, zatim posjete izložbama, muzejima, likovnim galerijama, koncertima, projekcijama filmova u kinu ili na odjelu. U kulturno-zabavni život pacijenti se uključuju prema svojim sklonostima. Organiziranje druženja u obliku zabave i plesa zajedno s članovima obitelji, pri čemu dolazi do izražaja odnos pacijenta prema drugima, spontanost i stupanj spremnosti za život u široj društvenoj zajednici (Zlopaša, 2018.).

Terapijski izlet i depresija

Tjelesna aktivnost utječe na raspoloženje što je potvrđeno i u mnogim znanstvenim istraživanjima. U tretiranju depresije tjelesna aktivnost ima isti učinak kao i antidepresivi, te još važnije, redovita tjelesna aktivnost direktno je povezana sa smanjenjem tjeskobe, stresa i neprijateljskog raspoloženja (Otto ,Smits, 2011.).

U tijelu se događaju fiziološko-bioķemiske promjene pod utjecajem tjelesne aktivnosti tako da na prirođan način podižu razinu noradrenalina i serotonina. To su i sastojci lijekova s kojima se liječi depresija. Tjelesnom aktivnošću podiže se tjelesna temperatura i utječe na poboljšanje raspoloženja i potiče izlučivanje endorfina koji ublažuje bol. Bolni doživljaj može imati senzornu (nociceptornu), emocionalnu i kognitivnu sastavnicu te svakako ima značajan utjecaj na funkciranje u svakodnevnom životu čovjeka i na kvalitetu života (Jurinić, 2008.).

Pacijente koji boluju od depresivnog poremećaja potiče se da kroz terapijske izlete pronađu zadovoljstvo. Pokušava ih se odmaknuti od ponašanja koje podržava depresivni poremećaj.

Osjećaji bespomoćnosti, iscrpljenosti i beznadnosti sastavni su dio depresivnog poremećaja i kao takve ih treba prihvati.

Osjećaj pripadnosti skupini i motiviranost koja se postiže kroz zajedništvo na terapijskim izletima može značajno pridonijeti pozitivnim promjenama u svakodnevnom funkcioniranju i smanjenju depresije.

Pacijentima je potrebno društvo i aktivnost. Stoga opseg tjelesne aktivnosti treba postupno povećavati jer previše obveza i aktivnosti može kod pacijenta dovesti do umora i nezadovoljstva i pojačati osjećaj neuspjeha.

Terapijski izlet i anksioznost

Kod bolesnika koji imaju anksiozni poremećaj terapijski izleti pomažu u razvijanju osjećaja upravljanja vlastitim simptomima. Jedna od uspješnih metoda nošenja s anksioznim poremećajem kod pacijenta je skretanje pozornosti. Terapijski izleti uvelike mogu pomoći i kod određenih fobičnih strahova.

Fobični strahovi dovode do izbjegavanja različitih situacija koji su sadržaj fobije što značajno može ograničavati život bolesnika i smanjiti kvalitetu života. Zato je važno pokušati svladati strahove postupnim izlaganjem u stvarnim situacijama. Naravno, ovo izlaganje je potrebno raditi postupno. Kao uvod u izlaganje u stvarnoj situaciji u prijelaznom razdoblju može se koristiti i izlaganje u mašti situacije koje se osoba plaši i koju izbjegava.

Da bi bolesnici vježbali izlaganje, prvo moraju svladati tehnike disanja i relaksacije kako bi u svakom trenutku mogli kontrolirati svoju tjeskobu. (Štrkalj Ivezic, 2007.).

Ako osoba ima nelagodu pri putovanju javnim prijevozom i napravi prvi korak u društvu skupine koja joj je poznata i podržavajuća, to može pozitivno utjecati na razvoj osjećaja sigurnosti i spremnosti da počne samostalno putovati javnim prijevozom.

Terapijski izlet kao dio programa dnevne bolnice i socio-rehabilitacijskog programa

Program dnevne bolnice temelji se na psihoterapijskim i socijalnim vještinama te je vremenski strukturiran. To može biti prijelazni oblik između bolničkog i ambulantnog načina liječenja ali može biti i alternativa bolničkom liječenju. Na takav oblik liječenja upućuju se pacijenti koji imaju potrebu za intenzivnijim terapijskim intervencijama koje se ne mogu pružiti u ambulantnim uvjetima.

Liječenje kroz dnevnu bolnicu odvija se uz skupni psihološki tretman kako bi pojedinac mogao razviti svoje osobne potencijale. Osim toga, ovaj tretman je namijenjen razumijevanju i učinkovitijem upravljanju emocijama te razumijevanju bolesti. Pomoću skupnog psihološkog tretmana potiču se zdrave navike i radi se na poboljšanju komunikacijskih i drugih socijalnih vještina.

Sveukupni program prilagođen je potrebama pacijenta a pod njim mislimo na:

- terapijsku zajednicu,
- psihoedukacije,
- radno-okupacijsku terapiju,
- skupnu psihoterapiju,
- individualnu psihoterapiju,
- individualnu terapiju ponašanja,
- socioterapiju i rekreativnu terapiju u koju spada i terapijski izlet.

Socioterapijski program potiče poboljšanje kvalitete života i socijalno funkcioniranje. Aktivno uključuje pacijenta u proces oporavka te smanjuje potrebu za čestim hospitalizacijama. Sastoji se od niza socioterapijskih tehnika između kojih je i terapijski izlet. Cilj im je održavanje remisije i poboljšanje socijalnih vještina koje dovode do poboljšanja kvalitete života.

PRIKAZ SLUČAJA 1

Sestrinska anamneza i status:

Podaci su prikupljeni medicinskom dokumentacijom, promatranjem i intervjuom. Bolesnica NN, stara 57 godina, rastavljena, bez djece, aktualno živi sama, nezaposlena unazad 3 godine. Dolazi na prvi pregled psihiatra, upućena od LOM-a.

Kao vodeći razlog navodi činjenicu da je ostala bez posla, od tada izrazito potištena, osjeća se beskorisno, socijalno izolirana. Brine za bolesnu majku. Noću slabo spava, apetit je izrazito smanjen, ne puši, negira konzumiranje alkohola. Odrasla je u cijelovitoj primarnoj obitelji kao kćer jedinica. Školovanje je proteklo uredno. Zaposlila se relativno brzo u struci nakon školovanja. Nekoliko godina nakon toga odlazi u inozemstvo gdje se i udaje. U braku biva psihički i fizički zlostavljava te se nakon nekoliko godina rastaje i vraća u Hrvatsku. Pacijentica je svjesna, uredno orientirana, kontakt se uspostavlja i održava, psihomotorno usporena, sniženog raspoloženja, tužnog izraza lica, tijek misli uredan ali nešto usporeniji.

DG: depresivne epizode.

Uvodi se farmakoterapija i naručuje se na kontrolu za mjesec dana.

Kontrolni pregled:

Bolesnica navodi da se ne osjeća ni bolje ni lošije od prethodnog pregleda, nezadovoljna je te ne zna kako si pomoći.

DG i terapija ista.

Preporučuje se liječenje po tipu Dnevne bolnice te kontrola nakon završene iste. Tijekom liječenja u Dnevnoj bolnici bila je uključena u skupnu psihoterapiju, socioterapiju, radno okupacionu terapiju, relaksacijske tehnike i terapijske izlete. Redovito dolazi na skupine ali u skupini je pasivna, distancirana, povremeno nemirna i ne uspijeva uspostaviti socijalni kontakt u skupini. Preporučuje se nastavak liječenja po tipu Dnevne bolnice (intenzivno i svakodnevno praćenje). Kod bolesnice se opservira kronični osjećaj nezadovoljstva, nedostatak motivacije i inicijative, sniženog je raspoloženja, anksiozna. Iznosi probleme s nesanicom unatoč uzimanju terapije ne spava pa se ujutro osjeća umorno i iscrpljeno. Sve životne odluke donosi sama ali je ništa ne motivira. Većinu vremena o sebi misli loše i ima osjećaj gubitka kontrole nad životom. Pretežno je depresivnog raspoloženja, stalno je u kući, otežanog kontakta, nema partnera, nema volje za izlascima i druženjima te joj to predstavlja teret. Izbjegava gužvu, ne nalazi zadovoljstvo u stvarima kojimima se ranije veselila. Prisutne su ideje besperspektivnosti i besmislenosti.

Nakon prikupljenih podataka promatranjem, intervencijom i analizom postojeće dokumentacije kod bolesnice su utvrđeni problemi iz područja zdravstvene njegе:

1. Anksioznost
2. Socijalna izolacija
3. Nesanica

Anksioznost – nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinač ne može suočiti.

Vodeća obilježja	<ul style="list-style-type: none"> Razdražljivost Otežano suočavanje s problemom
Ciljevi	<ul style="list-style-type: none"> Pacijentica će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti Pacijentica će se pozitivno suočiti s anksioznošću Pacijentica će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti Pacijentica neće ozlijediti sebe ili druge osobe
Intervencije	<ul style="list-style-type: none"> Stvorili smo profesionalni empatijski odnos Pacijentici smo pokazali razumijevanje njezinih osjećaja Opažali smo neverbalne izraze anksioznosti, izvjestili o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije) Redovito smo informirali pacijenticu o tretmanu i planiranim postupcima Izbjegavali smo površnu potporu - <i>tješenje i žaljenje</i>
Evaluacija	<ul style="list-style-type: none"> Pacijentica prepoznaže znakove anksioznosti i verbalizira ih Pacijentica se pozitivno suočava s anksioznošću – opisuje je Pacijentica opisuje smanjenu razinu anksioznosti

Socijalna izolacija - stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti i izražava potrebu i želju za većom povezanošću s drugima, ali nije sposoban niti u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Vodeća obilježja	<ul style="list-style-type: none"> Izražavanje osjećaja usamljenosti Nesigurnost u socijalnim situacijama Osjećaj tuge i dosade Nekomunikativnost Zaokupljenost svojim mislima Izražavanje osjećaja različitosti od drugih Nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih Izražavanje vrijednosti neprihvatljivih za okolinu
Ciljevi	<ul style="list-style-type: none"> Pacijentica će identificirati razloge osjećaja usamljenosti Pacijentica će razviti suradljiv odnos Pacijentica će tijekom boravka u Dnevnoj bolnici aktivno provoditi vrijeme s ostalim pacijentima Pacijentica će tijekom boravka u Dnevnoj bolnici razvijati pozitivne odnose s drugima
Intervencije	<ul style="list-style-type: none"> Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijenticom Poticati pacijenticu na uspostavljanje međuljudskih odnosa Upoznati pacijenticu sa suportivnim skupinama Uključiti pacijenticu u skupnu terapiju Uključiti pacijenticu u radno okupacionu terapiju Uključiti pacijenticu u terapijske izlete
Evaluacija	<ul style="list-style-type: none"> Pacijentica navodi razloge osjećaja usamljenosti Pacijentica je razvila suradljiv odnos Pacijentica tijekom boravka u Dnevnoj bolnici aktivno provodi vrijeme s ostalim pacijentima Pacijentica se aktivno uključuje u skupnu terapiju

Tijekom terapijskih izleta, pogotovo prilikom posjeta muzejima i kazališnim predstavama, pacijentica se oslobođila i javno pred skupinom pokazala svoje veliko znanje o izlošcima, kazališnim komadima i glumcima, osjećala se sigurno u tom okruženju. Skupina ju je nakon toga drugačije, pozitivno, počela gledati/prihvataći te se pacijentica u potpunosti opustila. Prihvatile je model ponašanja i mijenjanje stavova koji su je doveli do konflikata s okolinom. Pacijentica postaje spontanija i kvalitetnija u komunikaciji što je pridonijelo daljnjoj izgradnji samopouzdanja i samopoštovanja. Pacijentica se otpušta u poboljšanom stanju s napomenom da se javi na kontrolu kroz dva mjeseca.

Kontrolni pregled:

Bolesnica dolazi na zakazani kontrolni pregled, bitno zadovoljnija, komunikativnija. Uspjela je naći posao koji je zadovoljava. Psihološki stabilna.

PRIKAZ SLUČAJA 2

Sestrinska anamneza i status:

Podaci su prikupljeni medicinskom dokumentacijom, promatranjem i intervjuom. Bolesnica NM, stara 43 godine, rastavljena, bez djece, živi sama, zaposlena. Obiteljske odnose opisuje adekvatnima, na vrijeme je pošla u školu. Završava prometnu školu i radi kao kontrolor karata u ZET-u.

Dolazi na prvi pregled kod psihijatra, upućena od LOM-a nakon što je doživjela fizički napad od strane putnika na radnom mjestu kontrolorke u tramvaju. Kao vodeći razlog navodi da se sada osjeća napeto, tjeskobno, učestalo razmišlja o tom događaju. Ima osjećaj pritiska u prsima te poteškoće usnivanja.

Prilikom pregleda je pri svijesti, orientirana u svim smjerovima, kontaktibilna ali napeta, sniženog raspoloženja. Misaoni tijek uredan, u sadržaju opisuje navedeni događaj. Noću slabo spava, apetit snižen, puši (10-15 cigareta dnevno), negira konzumiranje alkohola. Uvodi se farmakoterapija i naručuje se na kontrolu za mjesec dana.

Kontrolni pregled:

Osjeća se slično kao i na prvom pregledu. Iznosi osjećaj sniženog raspoloženja, napetosti i tjeskobe, razmišlja o događaju, opisuje poteškoće spavanja. Nastavlja se s farmakoterapijom i naručuje se na kontrolu za mjesec dana.

Kontrolni pregled:

Iznosi da je stanje bez veće promjene, navodi da joj nije odobren nastavak bolovanja te je vraćena na radno mjesto gdje je uspjela odraditi samo jedan dan jer se osjećala vrlo tjeskobno, gušilo ju je, tresla se, navodi da je imala osjećaj straha od muških putnika. U sadržaju iznosi osjećaj napetosti i tjeskobe, izbjegava ulazak u tramvaj i druga sredstva javnog prijevoza, promjenljivog je raspoloženja, a poradi anksioznih ataka preporučuje se liječenje po tipu Dnevne bolnice te kontrola nakon završene iste. Tijekom liječenja u Dnevnoj bolnici bila je uključena u skupnu psihoterapiju, socioterapiju, radno okupacionu terapiju, relaksacijske tehnike i terapijske izlete. Redovito dolazi na skupine, uključuje se u sve aktivnosti skupine u skladu sa svojim mogućnostima i energijom. Na skupnu terapiju ne dolazi sama već uvijek u pratnji. U skupini se osjeća sigurnom i zaštićenom i uspostavlja dobar socijalni kontakt. Temeljno povjerenje u ljude izvan skupine ozbiljno je poljuljano pa se osjeća depresivno, anksiozno i nesigurno. Poglavitno se boji mogućih novih agresivnih napada. U skupini je prepoznat njezin strah pa je tako uslijedio suport da joj se pomogne kako bi joj se akutna simptomatologija ublažila. Kod bolesnice se opsvirira osjećaj nezadovoljstva i straha, sniženog je

raspoloženja i depresivna. Bolesnica iznosi probleme s nesanicom. Unatoč uzimanju terapije ne spava pa se ujutro osjeća umorno i iscrpljeno. Većinu vremena provodi izolirano, povlači se u sebe. Pretežno je depresivnog raspoloženja. Zbog prisutnog straha stalno je u kući. Otežanog je socijalnog kontakta, nema partnera, nema volje za izlascima i druženjima te joj to predstavlja teret. Izbjegava gužvu, ne nalazi zadovoljstvo u stvarima kojima se prije veselila. Prisutne su ideje besperspektivnosti i besmislenosti.

Nakon prikupljenih podataka promatranjem, intervencijom i analizom postojeće dokumentacije kod bolesnice su utvrđeni problemi iz područja zdravstvene njage:

1. Anksioznost
2. Depresija
3. Socijalna izolacija
4. Nesanica
5. Strah

Anksioznost – nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovani prijetećom opasnošću, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinač ne može suočiti.

Vodeća obilježja	<ul style="list-style-type: none"> • Razdražljivost • Otežano suočavanje s problemom
Ciljevi	<ul style="list-style-type: none"> • Pacijentica će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti • Pacijentica će se pozitivno suočiti s anksioznosću • Pacijentica će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti • Pacijentica neće ozlijediti sebe ili druge osobe
Intervencije	<ul style="list-style-type: none"> • Stvorili smo profesionalni empatijski odnos • Pacijentici smo pokazali razumijevanje njezinih osjećaja • Opažali smo neverbalne izraze anksioznosti, izvjestili o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije) • Redovito smo informirali pacijenticu o tretmanu i planiranim postupcima • Izbjegavali smo površnu potporu -
Evaluacija	<ul style="list-style-type: none"> • Pacijentica prepoznaže znakove anksioznosti i verbalizira ih • Pacijentica se pozitivno suočava s anksioznosću – opisuje je • Pacijentica opisuje smanjenu razinu anksioznosti

Socijalna izolacija – stanje u kojemu pojedinač ima subjektivni osjećaj usamljenosti i izražava potrebu i želju za većom povezanošću s drugima, ali nije sposoban niti u mogućnosti uspostaviti kontakt.

Vodeća obilježja	<ul style="list-style-type: none"> • Izražavanje osjećaja usamljenosti • Nesigurnost u socijalnim situacijama • Osjećaj tuge i dosade • Nekomunikativnost • Zaokupljenost svojim mislima • Izražavanje osjećaja različitosti od drugih • Nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih • Izražavanje vrijednosti neprihvatljivih za okolinu
------------------	--

Ciljevi	<ul style="list-style-type: none"> • Pacijentica će identificirati razloge osjećaja usamljenosti • Pacijentica će razviti suradljiv odnos • Pacijentica će tijekom boravka u Dnevnoj bolnici aktivno provoditi vrijeme s ostalim pacijentima • Pacijentica će tijekom boravka u Dnevnoj bolnici razvijati pozitivne odnose s drugima
Intervencije	<ul style="list-style-type: none"> • Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijenticom • Poticati pacijenticu na uspostavljanje međuljudskih odnosa • Upoznati pacijenticu sa suprotivnim skupinama • Uključiti pacijenticu u skupnu terapiju • Uključiti pacijenticu u radno okupacionu terapiju • Uključiti pacijenticu u terapijske izlete
Evaluacija	<ul style="list-style-type: none"> • Pacijentica navodi razloge osjećaja usamljenosti • Pacijentica je razvila suradljiv odnos • Pacijentica tijekom boravka u Dnevnoj bolnici aktivno provodi vrijeme s ostalim pacijentima • Pacijentica se aktivno uključuje u skupnu terapiju

Strah - negativni osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti.

Vodeća obilježja	<ul style="list-style-type: none"> • Izjava pacijentice o strahu • Napetost • Tjeskoba • Osjećaj izoliranosti • Neizvjesnost • Manjak koncentracije • Panika
Ciljevi	<ul style="list-style-type: none"> • Pacijentica će znati prepoznati čimbenike koji dovode do pojave osjećaja straha • Pacijentica će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom • Pacijentica će opisati smanjenu razinu straha • Pacijenticu neće biti strah
Intervencije	<ul style="list-style-type: none"> • Stvoriti profesionalni empatijski odnos • Poticati pacijenta na verbaliziranje straha • Stvoriti osjećaj sigurnosti • Opažati znakove straha • Redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima • Govoriti polako i umirujuće • Poticati pacijenta na izražavanje svojih osjećaja • Osigurati dovoljno vremena za razgovor • Spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenost pacijenta
Evaluacija	<ul style="list-style-type: none"> • Pacijentica zna prepoznati čimbenike koji dovode do pojave osjećaja straha • Pacijentica verbalizira smanjenu razinu straha • Pacijenticu nije strah

U početku, kada se trebalo ići na terapijske izlete, pacijentica je bila suzdržana, nepovjerljiva u svoje mogućnosti i u strahu od ponovnog doživljavanja neugodnog iskustva. Uz terapijski suport i veliku podršku skupine pacijentica je smogla dovoljno hrabrosti i pridružiti se članovima skupine na terapijskom izletu.

Tijekom terapijskih izleta pacijentica je stekla sigurnost i samopouzdanje. S članovima skupine je opuštenije mogla izlaziti u otvoreni i zatvoreni prostor (sredstva javnog prijevoza) bez straha da će biti napadnuta. Boravak u skupini na pacijenticu je djelovao pozitivno te je dijelom očvršnula i dovoljno osnažila te je pred završetak liječenja u Dnevnoj bolnici bila spremna i samostalno dolaziti na terapije, uz smanjeni osjećaj pritiska i straha.

Nakon provedenog liječenja u Dnevnoj bolnici pacijentica je bila spremna ponovno se vratiti na svoj posao.

Zaključak

Dnevna bolnica oblik je parcijalne hospitalizacije. Taj način organizacije bolničkog rada je jako bitan za provođenje socioterapije kod psihijatrijskih bolesnika koji je teško izvediv ambulantnim liječenjem.

Unutar dnevnobolničkog programa provode se sve metode socioterapijskih postupaka, između ostalih organiziraju se i terapijski izleti.

Osim što imaju fizičko-rekreativnu komponentu, terapijski izleti uveliko pomažu u poboljšanju funk-

cioniranja pacijenta u odnosu prema sebi, ali i prema okolini u kojoj živi.

Organizacijom i provođenjem terapijskih izleta pojedinca se uči kako efikasnije rješavati konflikte, poboljšava se socijalizacija i potiče aktivnost te kvalitetno provođenje slobodnog vremena. S takvim radom potiče se pacijentova neovisnost općenito. Svaka osoba ima pozitivne strane ali i svoja ograničenja. Cilj rehabilitacije u psihijatriji je usmjeravanje na zdrave aspekte kod pojedinaca koji će ih potaknuti na kvalitetnije funkcioniranje.

Literatura

1. Brečić, P., Ostojić, D., Stijačić, D. & Jukić, V., 2013. *Od radne terapije i rekreacije do psihosocijalnih metoda liječenja i rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika u bolnici „Vrapče”*. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče.
2. Jurinić, A., 2008. *Procjena boli u odraslih s fizioterapeutskog motrišta*. Zagreb: Physiotherapy Croatica, str. 34(1):13-5.
3. Kimberly, M. & Spencer, E., 2018. *CBT for Anxiety: A Step-By-Step Training Manual for the Treatment of Fear, Panic, Worry and OCD*. Eau Claire: PESI Publishing & Media.
4. Margareta, J., 2010. HSKLA. Dostupno na: http://www.hskla.hr/ag/2010_god/184_2010_10/184_2010_10_s03.htm [Pokušaj pristupa Veljača 2019].
5. Otto, M. & Smits, J., 2011. *Exercise for Mood and Anxiety: Proven Strategies for Overcoming Depression and Enhancing Well-Being*. 1st Edition ur. Cary: Oxford University Press; 1 edition.
6. Štrkalj Ivezic, S., 2010. *Kako prebroditi depresiju i pobijediti osamlijenost*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor; Udruga Svitjanje.
7. Štrkalj Ivezic, S. & Vuković, A., 2007. *Nemedikamentozno liječenje*. [Mrežno], Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/34461>, [Pokušaj pristupa Veljača 2019].
8. Zlopaša, M., 2018. *Psihijatrija u zajednici*. Završni rad ur. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku.



ULOGA OBITELJI U KLUBOVIMA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

Antonija Vuković Krstanac, dipl. med. tehn.
Klinika za psihijatriju, Dnevna bolnica

Sažetak: Klubovi liječenih alkoholičara su mesta gdje se osobe uključene u program izlječenja osjećaju sigurno i gdje mogu iznositi svoje probleme nastale zbog prekomjerne konzumacije alkoholnih pića. To su i mesta gdje novi apstinenti pokušavaju pronaći primjer u apstinencima koji dugi niz godina dolaze na sastanke. Apstinenti koji duže vrijeme apstiniraju od alkoholnih pića pomažu novim članovima pronaći načine rješavanja svojih obiteljskih odnosa. Ovisnost o alkoholnim pićima nije problem pojedinca, nego cijele obitelji u kojoj se on nalazi. Stoga je aktivno uključivanje obitelji u rehabilitacijske-edukacijske programe od velike važnosti na putu prema uspješnoj apstinenciji.

Provedenim istraživanjem pokušali smo utvrditi u kojoj mjeri je obitelj uključena u podršku apstinencima kroz sudjelovanje u radu klubova liječenih alkoholičara te koliko je ona bitna za apstinenta od alkohola.

Ključne riječi: obitelj, klub liječenih alkoholičara, apstinent od alkohola

Uvod

Ovisnost o alkoholu je kronična recidivirajuća bolest progresivnog tijeka koja, ako se ne liječi, završava negativnom ishodom.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije alkoholizam je bolest, a alkoholičar bolesnik kod kojega se pojavljuje fizička i psihička ovisnost, zdravstveni problemi, društveni i obiteljski poremećaji, a sve zbog prekomjerne i dugotrajne upotrebe alkoholnih pića (Hotujac, 2006.).

Procjenjuje se da u Hrvatskoj ima 6% ovisnika o alkoholu. Izraženo u apsolutnim brojkama u Hrvatskoj aktualno živi oko 250 000 ovisnika o alkoholu. U nas prekomerno pije čak 15% punoljetne muške i 4% punoljetne ženske populacije (1).

Broj ovisnika o alkoholu raste, alkohol postaje sve veći problem u društvu te je time postojanje klubova liječenih alkoholičara (KLA) vrlo znača-

jno. Klub liječenih alkoholičara postaje najvažniji izvanbolnički oblik liječenja alkoholizma poradi sveobuhvatnog pristupa liječenju alkoholičara i njegovih bližnjih. U klubovima liječenih alkoholičara koji predstavljaju skupine za podršku korisnicima, odvija se najduži stadij liječenja ovisnika o alkoholnim pićima. Velika važnost pridaje se ponovnom uspostavljanju dobrih obiteljskih, radnih i društvenih odnosa narušenih zbog alkoholizma.

Problemi alkoholizma

Jedno od najstarijih, najduže poznatih, a još uvek najraširenijih psihotaktivnih sredstava je alkohol. Alkoholnu ovisnost karakterizira poremećaj ponašanja koji uključuje potrebu za alkoholnim pićima i slabu kontrolu pjenja uz razvoj ovisnosti te pojavu zdravstvenih i socijalnih problema. Postoji fizička i psihička ovisnost. Psihička ovisnost se karakterizira žudnjom, dok fizičku ovisnost karakterizira apstinencijski sindrom koji uključuje anksioznost, agitaciju i vegetativne smetnje.

Samo pjenje alkoholnih pića na "kratke staze" otklanja ili točnije rečeno olakšava probleme. No, dugoročno gledano, ono razara osobu na svim njezinim područjima života.

Alkohol alkoholičaru ne samo da uzrokuje onaj dio životnih problema izravno izazvanih pjenjem, nego i samo pjenje u bitnom smanjuje kapacitete alkoholičara za nošenje s problemima svakodnevice koji nisu direktno uzrokovani alkoholizmom, ali zbog ovisnosti alkoholičar naprsto nema vre-



mena napraviti ništa korisno za sebe i svoje jer stalno mora piti ili satima biti pjan. Ono malo vremena kada nije pjan, alkoholičar se nemotivirano pasivno prepusta da ga nosi tijek nepovoljnijih životnih okolnosti jer je umoran od svega (2). On se sve manje nalazi u normalnom životu i sve češće ne zna koju ulogu ima u svojoj obitelji, sve više se povlači i ne obavlja svoje dužnosti. Ovisnik o alkoholu samo prividno stanuje na ovome svijetu i sve češće pronalazi utočište u pijanom stanju. Alkoholičar je neprijateljski nastrojen prema svima koji ne toleriraju njegovo pjenje.

Utjecaj ovisnosti o alkoholu na obitelj

Obitelj je mjesto gdje se ovisnost o alkoholu najprije manifestira. Činjenica da ovisnost o alkoholnim pićima osiromašuje obitelj u emocionalnom i materijalnom pogledu, dovodi do njezinog razaranja i unutarnjih poremećenih odnosa i nasilja te psihičkih poteškoća najčešće kod djece. Često se javljaju i optuživanja za prijevare. U psihijatriji se to naziva još i alkoholnom ljubomorom. Osoba ovisna o alkoholnim pićima tijekom razvoja alkoholne bolesti prolazi niz promjena ponašanja. Takve promjene prva osjeti njegova obitelj a kasnije i radna te društvena okolina.

U početku ovisnik o alkoholu pokušava sakriti svoju ovisnost o alkoholnim pićima pred samim sobom, obitelji i društvom. Nakon nekog vremena on ispada iz društvene skupine gdje se kretao, sve je manje kod kuće te se najčešće kreće među osobama sličnima sebi, ovisnicima o alkoholnim pićima. Potpuna nebriga za obitelj je zadnja faza ovisnosti o alkoholu. Obitelj ovisnika o alkoholu, ukoliko ga ne suoči s njegovim problemom, nesvesno podržava njegovo pjenje.

Članovi obitelji kao i sam ovisnik o alkoholnim pićima u početku poriču njegovu ovisnost. Negiraju ozbiljnost problema prekomernog pjenja i time ga podržavaju. Obitelj se nesvesno podređuje alkoholu zato što preuzima odgovornost na sebe koje je imao ovisnik te tako skupa s ovisnikom žive njegov alkoholizam. Takve obitelji su disfunkcionalne i propadaju u svakom smislu te riječi. One potiskuju svoje osjećaje jer su ona u pravilu negativna. U tim slučajevima obitelj se navikava živjeti s manje novca te imaju sve manje zahtjeva prema

ovisniku. Obitelji takvima postaju postupno, u početku sve izgleda bezazleno, no kako se alkoholizam odmiče tako problemi postaju sve veći. Takve obitelji žive prividno zajedno, ali nisu u stanju zadovoljiti vitalne potrebe svojih članova. U principu one nisu pravi dom za svoj članove.

Sva komunikacija se svodi na razgovor o alkoholu. Roditeljski kapaciteti postaju sve manji, a djeca sve povučenija. Djeca ovisnika moraju sama sebi biti roditelji ili čak roditelj svome roditelju. Ona su nevidljiva. Alkohol dovodi do psiholoških poremećaja u obitelji i različitih poremećaja u ponašanju djece. Kao i sva druga djeca, oni upijaju verbalne i neverbalne poruke koje ih okružuju te oponašaju njihovo ponašanje. Takva djeca nemaju mogućnosti da mirnim i zadovoljnim sazrijevanjem steknu samopoštovanje koje je prijeko potrebno za rješavanje različitih životnih problema, nemaju priliku naučiti primjereno izražavati osjećaje pa postaju emocionalno hladni ljudi koji kasnije imaju problema u izražavanju bliskosti te ne vjeruju ljudima. Ne mogu primiti ljubav od roditelja koji se svakodnevno svađaju pa čak i tuku.

U takvoj obitelji nema osjećaja sigurnosti jer se nikada ne zna u kakvom će se stanju vratiti kući roditelj ovisnik. Okolina je izrazito štetna za dijete zato jer se obitelj prema vani pokušava prikazati sretnom, dok su svakodnevne svađe normalna pojava. Takve situacije prisiljavaju dijete na negativnost vlastitih osjećaja i opažanja. Dijete poriče svoja opažanja i osjećaje prema ovisniku jer su oni u globalu negativni, a nedopustivo je mrziti svoga brata, majku ili oca. Svaka osoba koja je povjerovala u ovisničko obećanje „**nikad više**“ barem tri puta izgubljena je u lancu opijanja i kajanja te svojega bijesa i oprštanja.

Ovisnici se u principu ne javljaju samostalno na liječenje, uvek ih na to natjera teška situacija, a najčešće je to pritisak od strane obitelji. Razlog tome leži u činjenici da se alkoholizam prvo i najviše odražava na obitelj koja je najugroženija od ovisničkog propadanja i općeg ponašanja.

U obiteljima gdje je muškarac ovisnik o alkoholnim pićima, uobičajena je pasivnost i tolerancija supruge, dok u obiteljima gdje je ovisnik supruga, prag tolerancije je manji. Češći su razvodi braka kada je u pitanju alkoholizam žena.

Destabilizacija obitelji i početak prestanka pjenja

Kada ovisnik o alkoholu prestane piti on narušava cijeli sustav koji je nastao u njegovoj obitelji zbog pjenja. Ta situacija je lakša, ali je novonastalo stanje. Nakon dugo vremena tijekom kojega je ovisnik bio i nije se trijezno, razgovarao sa svojom ženom ili djecom, oni postaju totalni stranci. On i njegova supruga nemaju temu za razgovor, ne poznaju jedan drugoga nakon toliko godina braka. Ponekad pjenje održava neodrživo, a trenutno nema više alkohola koji je kriv za sve. Svi ostali problemi „**izlaze na površinu**“ te se s njima treba nositi. Obitelji ovisnika su inače manje povezane, manje su intimne te vrlo teško rješavaju konfliktne situacije.

Članovi obitelji teško daju novu priliku ovisnicima o alkoholu i sporo mu vraćaju ulogu koja mu je pripadala u obitelji. Oni su već proživjeli mnoge apstinencije koje nisu dugo potrajale i nemaju potpuno povjerenje u ovaj novi eksperiment. Djeca ne prihvataju ponovni očev autoritet, a supruge ne žele upravljanje obitelji prepustiti mužu. Supruga će dugo vremena ostati uznemirena jer će se još dugo bojati mogućeg recidiva.

Kako bi se uspostavila ravnoteža u obitelji, treba proći vremena. Također postoje i slučajevi gdje partnerima trijezna osobnost apstinenta od alkohola ne odgovara te se usprkos apstinencijski rasstaju. U takvim situacijama alkohol je bio paravan za sve druge probleme.

Utjecaj ovisnosti o alkoholu na društvo i radni odnos

Ovisnici o alkoholu ne razgovaraju ni o čemu drugome nego o pjenju alkoholnih pića, gube stara prijateljstva a nova ne mogu uspostaviti. Površno doživljavaju socijalnu, obiteljsku i radnu okolinu a životni stil im postaje sve siromašniji. Ovisnici o alkoholu žive neuredno, zbog alkohola često izostaju s posla i izbjivaju iz kuće.

S napretkom bolesti, više se zanemaruju posao, stari prijatelji, obitelj, dotadašnji interesi i izgled a u društvu se pojavljuju samo kako bi pili. Ne primjećuju kako je njihovo ponašanje disfunkcionalno

te se često pretvaraju da sve drže pod nadzorom, dok je njihov prag tolerancije vrlo nizak uz sklonost agresivnim ispadima. Ponašanje ovisnika o alkoholnim pićima je promijenjeno i psihijatrijski upadljivo i u trijeznom stanju. Najčešće društvene komplikacije alkoholizma su novčane teškoće, kriminal, nasilje, seksualni zločini, zlostavljanje, problemi vezani za radno mjesto, stanovanje, vožnja pod utjecajem alkohola i beskućništvo.

Neka područja u našoj zemlji imaju učestalije navike pijenja i visoku toleranciju prema pijenju alkoholnih pića. Takve sredine imaju veći broj ovisnika o alkoholu. Socijalna nevidljivost prekomjernog pijenja podržavana društvenim predrasudama kako je alkohol dio normalnog društvenog ponašanja problem je zbog kojega alkoholičari pomoći traže prekasno.

Aptinencija i klubovi liječenih alkoholičara

Cilj suvremenog psihijatrijskog liječenja je uspješni povratak bolesnika u njegovu prirodnu sredinu što kod bolesti alkoholizma znači što potpuniju reintegraciju u društvo uz absolutnu apstinenciju. U liječenju alkoholizma treba provesti određene psihoterapijske zahvate da bi se promijenili stavovi bolesnika prema okolini i poboljšali interpersonalni odnosi koji su tijekom bolesti bili poremećeni. Liječenje mora započeti čim prije. Ono se mora odvijati u okvirima sredine gdje alkoholičar i njegova obitelj žive i rade, odnosno bez prekidanja radne aktivnosti i privremenog napuštanja obiteljskog života (Gruber, 2003).

Ovisnik o alkoholu i članovi njegove obitelji u pravilu se uključuju u klub liječenih alkoholičara (KLA) još tijekom bolničkog liječenja. Važna je uspostava prvog kontakta s klubom tijekom liječenja u instituciji u kojoj se ovisnik počeo liječiti. Klubovi su zamišljeni kao obiteljske zajednice kojima je cilj trajno mijenjanje načina života te rast i dozrijevanje članova.

Sadržaji o kojima se razgovara ili raspravlja na sastancima KLA ne iznosi se izvan prostorija kluba te ostaje povjerljivo između članova. Karakteristika i dobra strana svakog kluba je da se sastanci prilagođavaju članovima, a ne obrnuto. Ako je

apstinencija odlučio održati apstinenciju, druženje s drugim apstinentima i prisustvo na sastancima klubova postaje djelom njegovog životnog stila.

Apstinenti očekuju da će drugi apstinenti na sastancima KLA podijeliti svoje iskustvo i nadu u oporavak, s time da im neće držati prodike. KLA u liječenju ovisnika su uspješni upravo zbog te mogućnosti poistovjećivanja s drugima te osjećaja pripadnosti određenoj skupini. Ponekad dolazi i do neslaganja među članovima no svaki nesporazum bi trebalo što mirnije riješiti.

Nerijetko se članovi kluba druže i izvan tijednog sastanka u KLA te tako nastaju brojna prijateljstva. Nova prijateljstva su dragocjena članovima kluba jer su se nakon liječenja morali odreći mnogih lažnih prijatelja s kojima nisu imali ništa zajedničko osim pijenja.

Preporuča se dolaženje u klub najmanje pet godina, a najbolje bi bilo da se s tim ne prekida. Liječenjem alkoholičaru je korisno družiti se s apstinentima jer takva „dugotrajna“ prijateljstva omogućavaju dugotrajniju apstinenciju. Liječeni ovisnik obnavlja, nastavlja ili pronalazi nove sadržaje života, prati sportske i kulturne događaje, uključuje se u radni i zabavni život zajednice.

Oporavak ovisnika i njegove obitelji

Nema izlječenja ovisnosti o alkoholu bez stvaranja uvida u bolest, promijenjenog ponašanja, bez kritičnosti i angažmana cijele obitelji na dulje razdoblje. Godine alkoholizma i narušenih bračnih odnosa ostavile su predubok trag na „tkivu“ bračnih odnosa i potrebno je barem nekoliko godina da bi uz apstinenciju od alkohola došlo do značajnijeg poboljšanja emocionalnog, socijalnog i seksualnog funkciranja u obitelji liječenog ovisnika. Odrasla djeca iz ovisničke obitelji imaju simptome PTSP-a zbog dugogodišnje izloženosti stresu. Takva djeca imaju problema u komunikaciji, pretjerano su odgovorna te se teško opuste i uživaju. Često ignoriraju vlastite potrebe, imaju osjećaj krivnje, bijesa i srama. Upravo radi navedenih oblika ponašanja bitno je raditi s cijelom obitelji tijekom rehabilitacije od alkohola. Djeca ovisnika moraju uvidjeti pravu vrijednost obitelji vježbajući nove obrusce ponašanja, dobiti uvid u

vlastito ponašanje i suočiti se s problemom.

Klub postoji s ciljem da putem adekvatnog terapeuta apstinentu od alkohola pomogne u uključivanju u društvenu zajednicu, pronalasku adekvatnog posla te poboljšanju narušenih obiteljskih veza. U fazi resocijalizacije dijete se ponovno povjerava na čuvanje roditelju koji sada više ne pije. U slučaju ako je otac apstinent, s tim potezom supruga mu ukazuje povjerenje, a dolazi i do mijenjanja odnosa oca i sina. Dijete ponovno počinje razgovarati sa svojim roditeljem, dok apstinent počinje izvršavati obiteljske obveze koje nije obavljao dok je prekomjerno pio. Novim odnosima unutar obitelji proizaći će zadovoljstvo cijele obitelji.

Cilj istraživanja

Ovisnost o alkoholu je problem cijele obitelji u kojoj se on nalazi te je aktivno uključivanje obitelji u rehabilitacijsko-edukacijske programe od velike važnosti na putu prema uspješnoj apstinenciji. Cilj ovoga rada je analizirati podršku obitelji liječenim alkoholičarima tijekom njihove apstinencije od alkoholnih pića i liječenja u KLA.

1. Počeli ste piti zbog:



Slika 1: Razlozi konzumiranja alkohola

Od ukupnog broja ispitanika, njih 38% je navelo da je počelo piti alkoholna pića radi običaja ili navike, nešto manji broj ispitanika, njih 30% je počelo ispijati alkoholna pića kako bi se osjećali bolje. Kako bih ih prihvativi u društvu, njih 21% je počelo konzumirati alkoholna pića, a najmanji broj ispitanika, 11% je počelo piti zbog tuge ili tjeskobe (Slika 1).

Materijali i ispitanici

Anketno istraživanje provedeno je u KLA Zagreb nakon dogovora s voditeljima KLA izravnim anketiranjem članova apstinenata tijekom siječnja, veljače i ožujka 2017. godine.

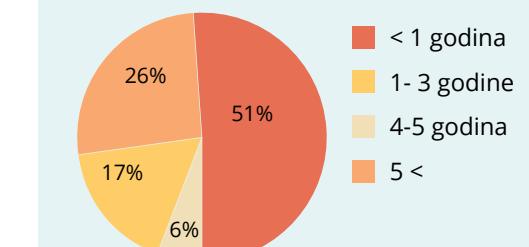
Članovi KLA su dragovoljno ispunjavali anketne upitnike koji su u potpunosti anonimni. Ukupan broj analiziranih anketnih upitnika je 60, od čega su 14 upitnika ispunile žene, dok su 46 ispunili muškarci. Najmlađi ispitanik imao je 21, a najstariji 76 godina.

Anketni upitnik se sastojao od socijalno-demografskih pitanja, pitanja vezanih za pijenje alkoholnih pića u obitelji apstinenta, pitanja o pijenju prije apstinencije te pitanja o podršci obitelji i ostalih članova KLA.

Rezultati

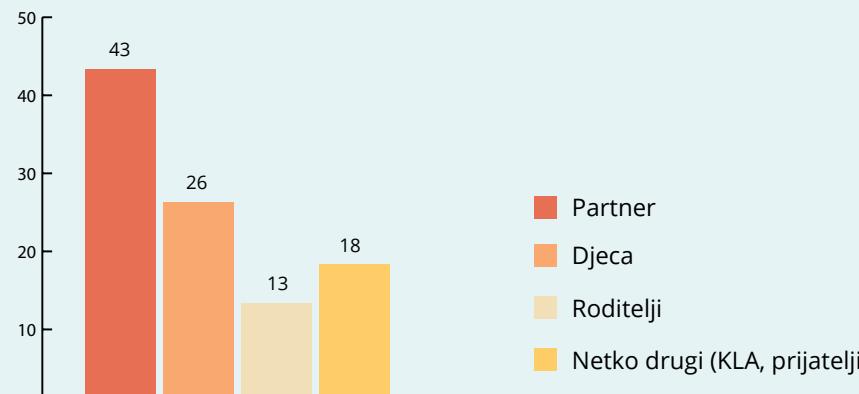
Nakon analize svih prikupljenih podataka, u nastavku slijedi kratki pregled rezultata.

2. Koliko dugo apsttinire od alkohola?



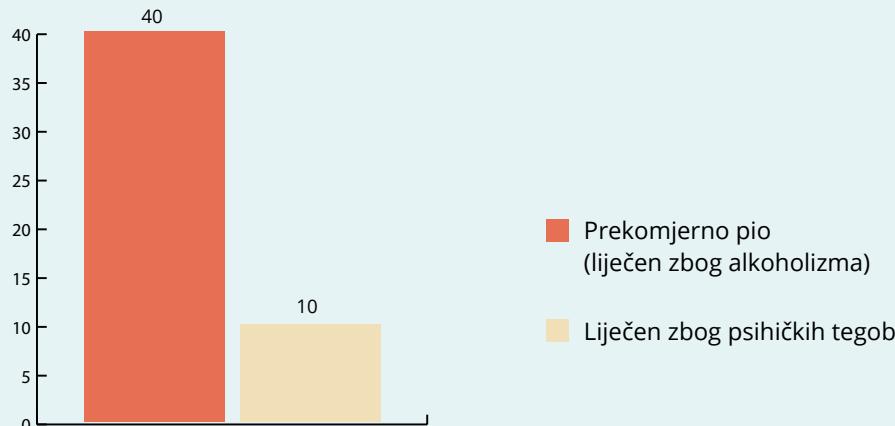
Slika 2 – Trajanje apstinencije od alkohola

Analizom trajanja apstinencije ustanovljeno je da najveći broj ispitanika, njih 51%, apsttinira manje od jedne godine, 17% ispitanika apsttinira između jedne i tri godine, 6% njih apsttinira između četiri i pet godina, 26% ispitanika apsttinira od alkoholne ovisnosti više od pet godina. (Slika 2).

3. Tko Vam je bio/je najveća podrška tijekom apstinencije?

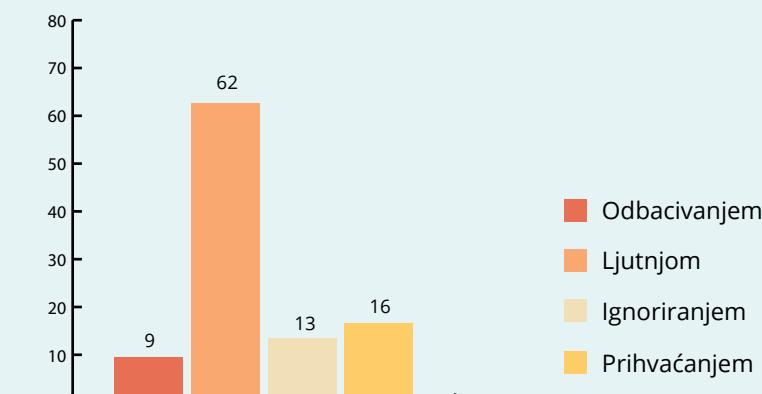
Slika 3 - Podrška tijekom apstinencije

Najveću podršku tijekom apstinencije pružio je životni partner, kod 43% apstinenata. Djeca kao najveća podrška su se našla na drugom mjestu sa 26%, dok su roditelji u 13% ispitanika bili najveća podrška. Anketirani bivši ovisnici su za opciju „Netko drugi“ naveli prijatelje, druge članove KLA, brata ili sestru koji su podrška 18% ispitanika (Slika 3).

4. Da li je netko u Vašoj obitelji liječen?

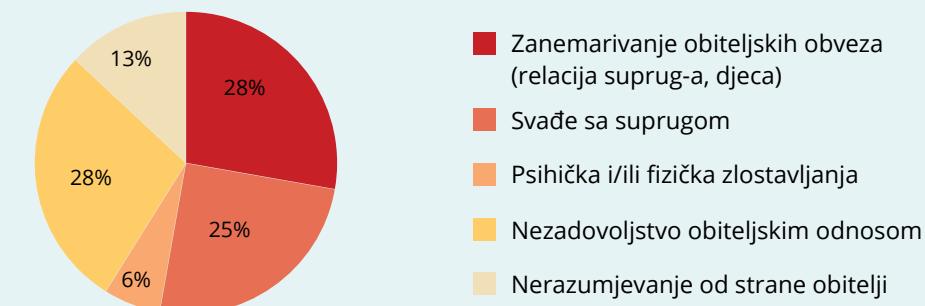
Slika 4 - Obiteljsko liječenje od ovisnosti o alkoholu

Bolest ovisnosti o alkoholnim pićima je bolest koja se ponavlja u obitelji. Od ukupno 60 ispitanika, njih 40 (66%) je navelo da u njihovoj obitelji netko prekomjerno pije, tj. da je liječen od ovisnosti o alkoholu. U 10 (16%) ispitanika je ustanovljeno da su članovi obitelji liječeni zbog psihičkih tegoba (Slika 4).

5. Kako su članovi Vaše obitelji reagirali na Vaše pijenje?

Slika 5 - Reakcije članova obitelji na ovisnikovo pijenje alkohola

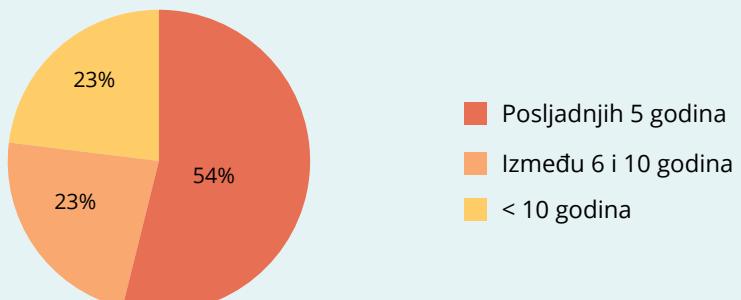
Obitelj je najčešće ljuta na svoje članove koji piju, čak u 62% ispitanika jer nisu prisutni tamo gdje bi trebali biti. Izbjegavaju obveze i sav posao u obitelji obavlja partner. Dio ispitanika doživjeli su ignoriranje problema od strane obitelji, njih 13%, dok je 16% ispitanika doživjelo prihvaćanje ovisnosti od strane obitelji. Najmanji dio ispitanika, njih 9% je napustio/la partner/ica jer ne želi živjeti s alkoholičarom. (Slika 5).

6. Opišite Vaše obiteljske probleme vezane uz prekomjerno pijenje

Slika 6 - Obiteljski problemi vezani uz prekomjerno pijenje

Svaka osoba koja pije ima slične probleme u obitelji. Obiteljske obveze zanemarivalo je 28% ispitanika, dolazilo je do svađa s partnerom kod 25% ispitanika, a kod 28% ispitanika javljalo se nezadovoljstvo odnosom u obitelji. Nerazumijevanje od strane obitelji navodi 6% ispitanika. Alkoholičar je nezadovoljan jer se stalno mora opravdati i svađati zbog konzumiranja alkohola u kojem on ne vidi problem, a partner je nezadovoljan jer alkoholičar ne ispunjava svoje obveze prema njemu, djeci i u kući. Svakodnevno se osjeti po alkoholu, a djeca su nezadovoljna jer se roditelji svaki dan svađaju te ne mogu s roditeljem normalno razgovarati (Slika 6).

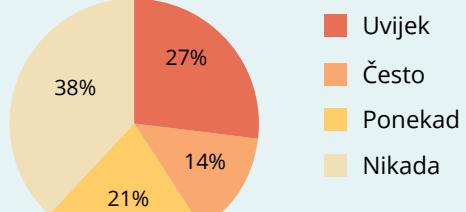
7. Koliko godina prije su počela prva upozoravanja u prekomjernom pijenju u obitelji i šire (priatelji, radno mjesto?)



Slika 7 - Početak prvih upozorenja o prekomjernom pijenju u obitelji i šire

Svi upozoravaju ovisnike o alkoholu kako pretjeruju s alkoholnim pićima puno prije nego se odluče na liječenje ali oni ne shvaćaju okolinu ozbiljno. Kao što je vidljivo iz grafikona (Slika 7) alkoholičari godinama dobivaju upozorenja od okoline ali ne žele priznati svoj problem. Dobivali su upozorenja u zadnjih 5 godina 54% ispitanika, upozorenja su počela između zadnjih 6 - 10 godina u 23% ispitanika, dok je 23% ispitanika počelo dobivati upozorenja prije više od 10 godina (Slika 7).

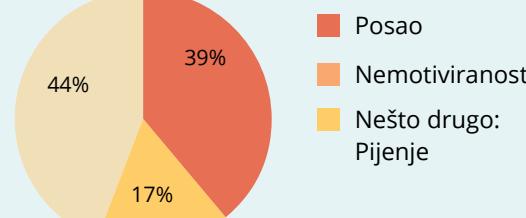
8. Koliko često su prisutni članovi Vaše obitelji na sastancima KLA?



Slika 8 - Prisutnost članova obitelji na sastancima KLA

Na pitanje koliko često su članovi obitelji prisutni na sastancima KLA najveći broj ispitanika je dalo odgovor *nikad*, čak preko 38%, 27% njih dolazi *uvijek*, nešto manje od 21% dolazi *ponekad*, a oko 14% njih dolazi *često*.

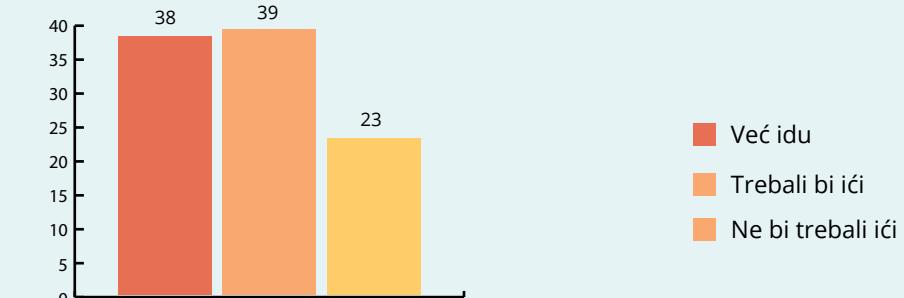
9. Što mislite što je razlog izostanka Vaše obitelji na KLA?



Slika 9 - Razlozi izostanka članova obitelji na KLA

Na pitanje o razlogu nedolaska članova obitelji u KLA 39% ispitanika navodi posao, 17% navodi nemotiviranost, a najčešći odgovor je nešto drugo, u 44% ispitanika. Ispitanici su dopisivali razlike razloge od kojih se najčešće ponavljaju sram te stav kako oni nemaju tamo šta raditi ili nedovoljno vremena za odlazak na sastanke KLA.

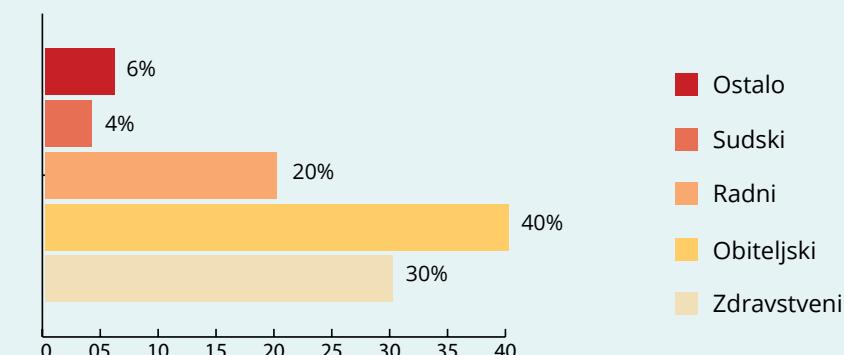
10. Da li mislite da bi Vaši članovi obitelji trebali ići na grupe podrške ili već idu?



Slika 10 - Mislite li da bi članovi obitelji trebali ići na skupne podrške ili već idu?

Svakom bivšem ovisniku o alkoholnim pićima potrebna je podrška u liječenju, a ako je to podrška od obitelji onda to ima posebno značenje. U provedenom istraživanju njih 38% već ide na sastanke liječenih alkoholičara. Dio bivših ovisnika o alkoholnim pićima i dalje misli da je to samo njihov problem te da nije potrebno sudjelovanje obitelji na sastancima, njih 23%. Najveći broj ispitanika, njih 39% smatra kako bi njihovi članovi trebali početi dolaziti na sastanke KLA ili bi ti dolasci trebali biti češći.

11. Navedite razlog(e) nedolaska na liječenje



Slika 11- Razlozi dolaska na liječenje

Pokazalo se da alkoholičar ne dolazi na liječenje dragovoljno, zato što je shvatio da u zadnje vrijeme previše piće i treba mu pomoći, istina je uvijek malo drugačija. Na kraju se ispostavi da je uvjetovan od strane obitelji, poslodavca, suda ili iz zdravstvenih razloga. U 40% ispitanika obitelj je ta koja ga je potaknula na liječenje, dok 30% ispitanika navodi kako je razlog javljanju na liječenje bilo narušeno zdravlje. Radi problema na poslu je došlo 20% ispitanika, a 4% ispitanika je na liječenju radi sudskih mjera. Njih 6% navodi kako je razlog prijave na liječenje nešto drugo, npr. sami su odlučili liječiti se. (Slika 11).

Rasprava

Cilj rada je bio analizirati postojanje podrške obitelji apstinentima u programu rada KLA te stav apstinentu o obiteljskoj podršci. Na početku anketnog upitnika nalazila su se pitanja o demografskim podacima o apstinentima s ciljem dobivanja općenitog profila anketiranih apstinenata.

Najmlađi ispitanik imao je 21 godinu, što govori u prilog o dostupnosti alkohola i mlađim osobama u Hrvatskoj. Znači da je ta osoba počela piti u dječjoj dobi. Najveći broj ispitanika počeo je piti radi običaja što navodi na zaključak da naša sredina podržava pijenje. Ljutnja je najčešća reakcija obitelji na alkoholizam, ali ipak svega 9% alkoholičara je doživjelo da ih partner napusti zbog alkoholizma. Prije nego što započnu apstirnati, ispitanici su upozoravani od strane obitelji i dulje od 10 godina.

Apstinenti u anketi navode kako u njihovoj obitelji postoji još netko tko prekomjerno pije ili je liječen od ovisnosti o alkoholnim pićima, više od 66% ispitanika. Znači da se alkoholizam prenosi u obitelji, vjerojatno uslijed socijalnog učenja i sredine koja ne osuđuje konzumaciju alkoholnih pića sve dok se ne pretvori u ozbiljnu bolest.

KLA su vrlo važni u podršci apstinentima, no ipak najveću podršku liječeni alkoholičari doživljavaju u obitelji. Kroz rezultate prikazane u ovome radu dokazali smo kako je podrška obitelji u KLA iznimno važna kao i njihovi dolasci na njihove sastanke te kako u većini slučajeva obitelj podrazumijeva životnog partnera. Oni su i prvi koji primjećuju znakove prekomjernog pijenja kod svog partnera. Apstinenti navode kako je njihovo pijenje uvelike utjecalo na obiteljske obvezе i odnose a obitelj ih je u najvećem broju slučajeva potaknula na liječenje.

Ipak obitelji vrlo rijetko sudjeluju u radu KLA. Kao razlog nedolaska apstinenti misle da je sram. Najveći broj apstinenata bi želio da je obitelj češće prisutna na sastancima KLA. Usprkos svim edukacijama kako je vrlo bitno da i obitelj sudjeluje u liječenju, oni još uvijek to nisu prihvatali kao činjenicu. I dalje pronalaze razloge kako ne bi bili prisutni na sastancima KLA. U većini slučajeva članovi obitelji smatraju kako se ne moraju liječiti oni već

samo osoba koja pije i te da nemaju razloge zašto bi bili prisutni na sastancima KLA što je apsolutno pogrešno. Obitelji koje su uvijek ili često prisutne na sastancima KLA, puno bolje funkcionišu te se osjeća zadovoljstvo u podršci koju daje partner. zajedno uče stvarati nove navike, kvalitetno provoditi zajedničko vrijeme te otvoreno razgovarati kada je to potrebno. Alkoholizam se posebno odražava i pogađa obiteljski život. Raspad obiteljskog sustava u emocionalnom, odgojnem i ekonomskom smislu karakterističan je za alkoholizam. Znakovi alkoholizma se prvom redu javljaju u obitelji nizom poremećaja: zanemarivanjem obiteljskih dužnosti od kojih je najočitija nebriga za djecu, osiromašenje kako u emocionalnom tako i u materijalnom smislu, agresivnost i nasilje te raspadi brakova (3). Alkoholizam se danas shvaća kao poremećaj interakcije unutar obiteljskog sustava koji se može uspješno liječiti samo ako se čitav obiteljski sustav uključi u terapijski postupak. Nije dakle riječ samo o pasivnom uključivanju članova obitelji u terapiju, da „bi pomogli alkoholičaru“, već o liječenju cijele obitelji. Obiteljskim postupkom katalizira se promjena ponašanja u obiteljskom sustavu, rast i sazrijevanje obitelji i uspostava načina života bez alkohola za cijelu obitelj.

Članovi obitelji bi u punom broju morali biti obuhvaćeni obiteljskim postupkom i naznačiti jednom tjednu svakom sastanku kluba. Nije dovoljno u postupak uključiti samo ženu alkoholičara, nego bi trebali sudjelovati i ostali članovi obitelji, prije svega oni s kojima alkoholičar živi u zajedničkom kućanstvu ili osobe s kojima se nalazi u živoj interakciji, ako i nisu članovi njegova kućanstva (4). Klubovi liječenih alkoholičara postaju sinonim za uspješan nastavak liječenja kod liječenih alkoholičara a podrška obitelji na sastancima bitan je preduvjet kako bi apstinenica bila što sigurnija. Članovi zajedno sa svojim članovima obitelji prolaze proces u kojemu mijenjaju svoje navike, educiraju se a psihoterapija im pomaže kako bi se uhvatili u koštar s novim životnim problemima bez alkohola.

Zaključak

Svakom bivšem ovisniku o alkoholnim pićima potrebna je podrška u liječenju, a ako je to podrška od obitelji tada to ima posebno značenje.

Sve to govori u prilog tome da se ovisnost o alkoholnim pićima mora terapijski promatrati kao problem čitave obitelji koju zahvaća ova kompleksna bolest ovisnosti.

U apstinenici je bitna i podrška ostalih članova KLA jer oni znaju prepoznati krizne trenutke jer su ih i sami prolazili te postaju puno tolerantniji

prema ljudima iz svoje okoline.

Uspostavom jedne apstinenice kod bivšeg ovisnika o alkoholnim pićima usrećuje se više ljudi istodobno. Zbog toga se vrijednost resocijalizacije ovisnika o alkoholnim pićima ne evaluira brojem apstinenata već kvalitetom života više ljudi.

Literatura

1. Torre R. *Alkoholizam: Prijetnja i oporavak*. Zagreb: Profil; 2014.
2. Torre R. *Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara*. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara; 2004.
3. Janžek M, Golik – Gruber V. *Alkoholizam i socijalni rad*. Zagreb: Gotovi zbornik alkoholizma. Udruga za rad s ovisnicima o alkoholu "Kren"; Dostupno na www.scribd.com. Preuzeto u lipnju 2018.
4. Thaller V. *Alkohologija*. Zagreb: CSCAA; 2002.
5. Grace A. *This Naked Mind: Control Alcohol*. New York: ASPN Publications Amazon Digital Publications; 2015.
6. Anonymous. *Alcoholics Anonymous: The Big Book*. Alcoholics Anonymous World Services; 2002. Dostupno na <https://www.aa.org>.
7. Anonymous. *Twelve Steps and Twelve Traditions: Alcoholics Anonymous World Services*; 2002. Dostupno na <https://www.aa.org>.
8. Manenica B. *Ovisnosti*. Zagreb: Vlastita naklada; 1994.
9. Breitenfeld D, Wölfli D i sur. *Alkoholizam: sprječavanje, liječenje, oporavak PIPA*. Rijeka: Tiskara Šuljić; 2010.
10. Hotujac Lj. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
11. Mihaljević J. *Ovisnost o drogi i alkoholu: bolest, liječenje, prevencija*. Livno: Matica hrvatska. Ogranak u Livnu; 2003.
12. Klanfar Z i sur. *Radiološke i nuklearno-medicinske dijagnostičke metode*. Zagreb: Zdravstveno voleučilište; 2013.
13. Grozdek Čovčić G, Maček Z. *Neurofacilitacijska terapija*. Zagreb: Zdravstveno voleučilište; 2011.
14. Horton W. *The Alcohol and Addiction Solution: Rethinking Treatment*. New York: CreateSpace Independent Publishing Platform. Amazon Digital Publications; 2015.
15. Torre R. *Propadanje alkoholičara*. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara; 2006.
16. Hudolin V. *Alkoholizam - Stil života alkoholičara*. Zagreb: Školska knjiga; 1991.
17. Porter W. *Alcohol Explained*. New York: CreateSpace Independent Publishing Platform. Amazon Digital Publications; 2015.



ZNAČAJ OČUVANJA MENTALNOG ZDRAVLJA U STARIJIH OSOBA

Suzana Horvatić, mag. med. techn.

Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta

Sažetak: Starije osobe koje imaju poteškoće s mentalnim zdravljem teško funkcioniraju u svojoj okolini. Stigmatizacija zbog psihičke bolesti pogoršava ionako prisutnu marginalizaciju i izbjegavanje koje često doživljavaju. Na ovaj problem nailaze i duševni bolesnici koji su trajno smješteni u neku od ustanova, ali i oni koji još uvijek žive u primarnim obiteljima. Zaštita mentalnog zdravlja obuhvaća sve aktivnosti i mjere iz područja promocije i unaprjeđenja mentalnog zdravlja, prevencije,



ranog prepoznavanja, liječenja i rehabilitacije mentalnih poremećaja. Cilj je povećanje sposobnosti za savladavanje kriznih stanja, povećanje sposobnosti za sučeljavanje sa svakodnevnicom i sprječavanje mentalnog poremećaja.

Čimbenike koji povećavaju prevalenciju funkcionalne i psihofizičke onesposobljenosti kod starijih treba prepoznati i pravodobno dijagnosticirati. Potreban je sveobuhvatni interdisciplinarni pristup te koordinacija i komunikacija na svim razinama zdravstvene zaštite za starije.

Ključne riječi: starije osobe, mentalno zdravljje, starenje

Uvod

Europska unija i Ujedinjeni narodi unazad tri desetljeća sustavno ukazuju na ozbiljni problem ubrzanog starenja stanovništva i posljedične probleme koje iz toga proizlaze, a svoja djelovanja usmjerili su prema senzibilizaciji zemalja članica za izgradnju valjane politike prilagođene potrebama i skrbi za starije osobe. Prema podacima Zaklade UN-a za stanovništvo objavljenima u izvješću pod nazivom „Starenje u 21. stoljeću: uspjeh i izazov“ (UNFPA and HelpAge International, 2012.), svjetska populacija će u narednih deset godina dostići brojku od milijardu ljudi starih 60 i više godina i morat će se spremnije i bolje pripremiti za demografsko starenje.

Europska unija je u svojim najnovijim strateškim dokumentima odredila ciljeve, smjernice i prioritete djelovanja zbog smanjenja negativnih posljedica starenja stanovništva. Međunarodni dokumenti služe kao temelj za izradu strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. Prema najnovijim demografskim pokazateljima RH se ubraja među države s visokim udjelom starijeg stanovništva, u 2012. godini od 4 284 889 stanovnika 758 633 (17,7%) osoba je bilo starije od 65 godina (1).

Starenje i starost

Starost je razdoblje koje je prisutno u razvoju pojedine osobe bez obzira na rasu, spol, ekonomski status i definira se godinama života.

Po kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije starost se dijeli na nekoliko razdoblja. Ranija starost obuhvaća razdoblje od 65 do 74 godine, srednja starost od 75 do 84 godine, duboka starost 85 i više godina.

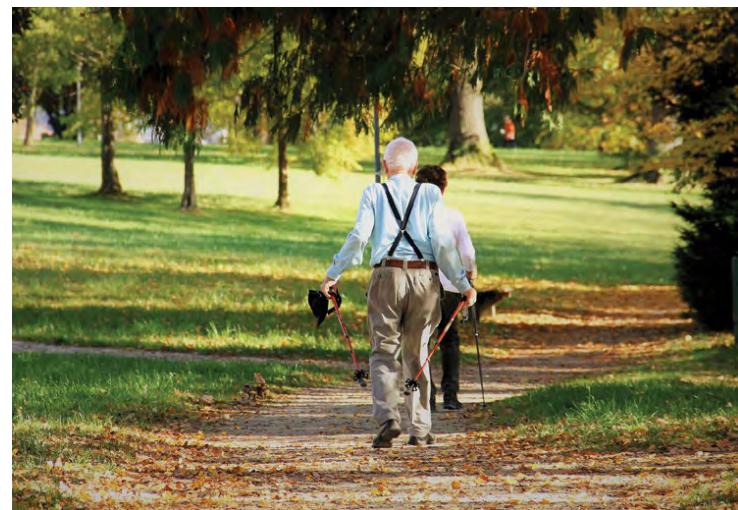
Starenje je prirodni i ireverzibilan fiziološki proces koji ne napreduje kod svih ljudi istom brzinom. Starenje podrazumijeva kronološko, biološko, psihološko i socijalno starenje. Kronološko se odnosi na godine života, biološko na fizičke promjene, psihološko na kognitivne sposobnosti i emocionalne procese a socijalno se odnosi na promjene u ulogama i odnosima pojedinca i društva u kojem on živi.

Proces starenja ovisi o brojnim čimbenicima. Ono

što je neminovno je da uslijed progresivnog slabljenja organa i organskih sustava i oštećenja njihove funkcije u starijoj dobi učestalija je kognitivna i funkcionalna onesposobljenost (2).

Mentalno zdravlje - opće zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i sposoban je pridonositi zajednici. Prema ovome pristupu mentalno zdravlje dio je općeg zdravlja, afirmativni prostor za samoaktualizaciju a ne samo odsustvo bolesti (3).



Ključni dokument koji predstavlja referentni okvir za djelovanje u području skrbi o mentalnom zdravlju u RH je Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine. Prema ovome dokumentu afirmira se proaktivni pristup mentalnom zdravlju koji je bio dugo i neopravданo zapostavljen u odnosu na prevladavajući reaktivni pristup tretmanu teškoća i bolesti u mentalnom funkcioniranju (4).

Proaktivni pristup podrazumijeva promociju mentalnog zdravlja i uključuje aktivnosti s ciljem povećanja razumijevanja mentalnog zdravlja, podizanja svjesnosti, borbe protiv diskriminacije te učinkovite mjeru koje rezultiraju boljom kvalitetom života osoba s mentalnim poteškoćama. Obuhvaća rad i savjetovanje s osobama starije dobi pod pov-

ećanim rizikom, edukaciju obitelji i osoblja institucijske skrbi, prosjećivanje stanovništva i sudjelovanje u zdravstvenom odgoju.

Najznačajniju ulogu u svim mjerama i procesima ima i sama osoba koja mora svladavati vještine i mjere samopraćenja, samozbrinjavanja, načine sprječavanja mogućih komplikacija, prilagodbu i prihvatanje promjena. Pravilna prehrana, nepušenje, izbjegavanje konzumiranja alkohola, održavanje normalne tjelesne težine i umjerena tjelesna aktivnost važni su čimbenici u održavanju vitalnosti i zdravlja, kako fizičkog tako i mentalnog.

Zaštita mentalnog zdravlja i institucijska skrb

Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit odredio je još 2008. godine nekoliko prioritetnih područja djelovanja u svrhu zaštite mentalnog zdravlja između kojih su i područja zaštite mentalnog zdravlja starijih osoba kao i suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti (5). Kako raste udio starijeg stanovništva, kvaliteta i poboljšanje skrbi, cijena socijalne i zdravstvene zaštite, odgovornost i održivost sustava dugotrajne socijalne skrbi i osiguranje gerijatrijske zdravstvene zaštite postali su prioritet u zemljama EU. Nužno je istaknuti i napore Referentnog centra Ministarstva zdravstva u zaštiti zdravlja starijih osoba koji je uspješno izradio program **Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njage sa sestrinskom dokumentacijom** koji se implementira u stacionarima domova za starije te privatnim i županijskim domovima za starije osobe. Koncept „kvalitete skrbi“ još je uvihek teško mjerljiv, prije svega u kontekstu skrbi u domovima za starije osobe.

U domovima za starije kvaliteta skrbi ima dvije dimenzije, a to je kvaliteta života i određene životne navike kao i sveukupna zdravstvena zaštita. Institucijski oblik ima posebnost radi komponente socijalne skrbi i zdravstvene zaštite, a u cijelosti osiguranje kvalitete temelji se na ispravno odabranim indikatorima socijalne skrbi i zdravstvene zaštite. Kvaliteta institucijske skrbi može se procijeniti na temelju indikatora koji procjenjuju opći zdravstveni status, funkcionalni status, mentalno zdravlje, udobnost smještaja, emocionalni status, privatnost i autonomiju, učestalost deku-

bitusa, inkontinencije, infekcije, dehidracije, integritet kože, prevenciju pojavnosti „4N“ (nepokretnost, nesamostalnost, inkontinencija i nestabilnost). Temeljem istraživanja vrijednosti indikatora kvalitete skrbi osoba starije životne dobi i njihovoj ocjeni moglo bi se preporučiti prihvatanje jednog minimalnog seta indikatora kvalitete skrbi koji se mogu primijeniti u svim oblicima smještaja od vlastitog doma do institucijskog smještaja (6). Gerijatrijski domino efekt je obilježe kod gerijatrijskog bolesnika koje nastaje kada bolest utječe na pojavu funkcionalne onesposobljenosti ili zbog funkcionalne onesposobljenosti nastaje bolest.

Obiteljska medicina i zdravstvena zaštita starijih dobnih skupina



Zdravstveni postupci i mјere u zdravstvenoj zaštiti starijih osoba brojni su u području obiteljske medicine, patronažnih sestara i djelatnosti njage u kući. Jedna od tih je i briga o mentalnom zdravlju starijih osoba. Medicinske sestre/tehnicičari imaju važnu ulogu u timovima skrbi za starije osobe, njihovoj edukaciji i edukaciji obitelji što zahtijeva potrebna znanja, vještine, empatiju i razumijevanje poznavajući strategiju zdravog aktivnog starenja koristeći preventivne modele, promociju i podršku svake rehabilitacije. Primjer je program mјera primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe.

Osnovnim obuhvatom preventivnih mјera već u obiteljskoj medicini mogu se sprječiti bolesti i stanja kod starijih osoba poput šećerne bolesti, debljine, pothranjenosti, hipertenzije, cerebrovaskularnih bolesti, kardiovaskularnih bolesti, novotvorina, osteoporoze, inkontinencije, dekubitusa, duševnih poremećaja i respiratornih bolesti (7).

U osoba starije životne dobi primjećuje se problem s kognitivnim funkcijama. Većina osoba starijih od 65 godina ističu slabije kognitivne funkcije. Liječnici obiteljske medicine, zbog svoje uloge u zdravstvenom sustavu i čestog kontakta s osobama starije životne dobi, znatno doprinose ranom otkrivanju popuštanja kognitivnih funkcija u osoba o kojima skrbe. Uzimanje propisane terapije i postupanje prema liječničkim naputcima otežano je osobama čije su kognitivne funkcije narušene a zdravstveni djelatnici nemaju valjan uvid u njihove stvarne mogućnosti (8).

Danas se sveobuhvatna gerijatrijska procjena temelji na biopsihosocijalnom pristupu u svrhu prevencije, liječenja i rehabilitacije gerijatrijskog bolesnika a pridonosi primjerenoj gerijatrijskoj zdravstvenoj intervenciji (9). Medicinske sestre/tehnicičari moraju posvetiti pozornost je li stariji bolesnik dobro razumio upute o primjeni lijekova, uzima li samostalno i pravilno svoju terapiju. Nerijetko se susrećemo za potrebotom hospitalizacije radi polipragmazije, nuspojave lijekova i interakcije između više lijekova (10). Geroprofilaksom, kao skupom zaštitnih mјera sprječavaju se bolesti kod starijih osoba, odgađa se starost, a obuhvaćena je farmakološka geroprofilaksa, fizijatrijska geroprofilaksa te geroprofilaksa putem psiholoških i socijalnih postupaka (11).

Mentalne bolesti i starenje

Prevalencija mentalnih bolesti povećava se sa starenjem stanovništva. Neurodegenerativne promjene često dovode do demencije u starijih osoba, depresije, anksioznosti. Depresivna stanja kod osoba dovode do patnje osobe i njegove okoline što zahtijeva potpunu podršku i razumijevanje. Obzirom da je za sveukupno zdravlje bitno mentalno zdravlje, svi poremećaji vezani uz mentalno zdravlje dovode do težeg ishoda kod liječenja tjelesnih bolesti. Time je značajno

narušena funkcionalnost i nastaje problem sveukupne društvene zajednice. Ozbiljne promjene odražavaju se na ponašanje i raspoloženje, kognitivnom funkciranju i ukupnom zadovoljstvu životom. Demencija, depresija, anksioznost i druge mentalne bolesti dovode do fizičkih i mentalnih ograničenja, povećava se i ovisnost o pomoći drugih osoba (12). Stresni događaji kod starijih ljudi poput promjene mesta stanovanja, smrti supružnika, člana obitelji ili prijatelja, odlazak u mirovinu, finansijska ovisnost i odlazak djece često izazivaju depresiju, smetenost, suicid i psihičke reakcije.

Stereotipno poimanje starenja



Kada se govori o starosti, često se spominju i razne negativne konotacije kao što su slabost, nemoć, sporost, senilnost, nesposobnost, nekreativnost, nesposobnost, neutraktivnost, beskorisnost. Često se događa da se starije osobe promatra sa sažaljenjem a negativni pogled na starenje prisutan je i od strane medija. Okruženi smo sveprisutnim oblicima "reklamiranja mladosti" i ljepote i diskriminacijom osoba starije životne dobi.

Zaključak

Aktivno i zdravo starenje uključuje potrebu razvijanja pozitivne slike starenja u kontekstu životnog ciklusa. Osnovnim obuhvatom preventivnih mјera treba sprječavati bolesti i stanja kod starijih osoba a sveobuhvatnom primjenom primarne, sekundarne i tercijarne prevencije osigurava se odgovornost, zdravo, aktivno i produktivno starenje, zadovoljenje zdravstvenih potreba i kvalitete života. Sveobuhvatnom gerijatrijskom projeknom koja uključuje biopsihosocijalni pristup pridonošimo primjerenoj gerijatrijskoj intervenciji u svrhu

prevencije, liječenja i rehabilitacije. Cilj skrbi za starije osobe je postizanje optimalnog starenja kroz poboljšanje kvalitete života zdravih i bolesnih starijih osoba, a pristup osoba koje skrbe o starijoj osobi podiže kvalitetu života u starosti (13). Vođenje sestrinske dokumentacije u ustanovama unaprjeđuje gerijatrijsku zdravstvenu njegu, sestrinske dijagnoze olakšavaju postizanje ciljeva i intervencija, omogućavaju bolje razumijevanje problema, pridonose boljem donošenju zaključaka i odluka o zdravstvenoj njezi starijih dobnih skupina. Medicinske sestre/tehničari imaju

dužnost na svim razinama zdravstvene zaštite podizati svijest javnosti o psihosocijalnim aspektima starenja, promovirati unaprjeđenje mentalnog zdravlja i međugeneracijsku solidarnost što pridonosi prevenciji mentalnih bolesti starijih osoba. Tjelesno i mentalno zdravlje ima ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju sveukupnog društva. Obje komponente čine nedjeljivu cjelinu a potrebu za novijim strateškim pristupima u zaštiti mentalnog zdravlja kod starijih osoba opisuje i nacionalna politika usmjerena na donošenje specifične strategije zaštite mentalnog zdravlja.

Literatura:

1. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Republika Hrvatska, siječanj, 2014. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr2014>.*
2. *Williams KN. Targeting memory improvement in assisted living: a pilot study. Rehabil Nurs. 2011;36(6): 225-32.*
3. *Plavšić M. Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba. Doktorski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Filozofski fakultet; 2012.*
4. *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. - 2016. godine. Zagreb: 79. sjednica Vlade Republike Hrvatske; rujan 2010. Dostupno na: www.zdravlje.hr.*
5. *Brlas S, Pleša M. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, proaktivna skrb psihologa o mentalnom zdravlju psihički bolesnih odraslih osoba. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Dom za psihički bolesne odrasle osobe Borova; 2013.*
6. *Stavljenić-Rukavina A, Mittermayer R, Tomek Roksandić S, Mustajbegović J. Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba. Zagreb: Centar za promicanje EU standarda u zdravstvu. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Centar za gerontologiju Referentni centar Ministarstva zdravljia RH za zaštitu zdravlja starijih osoba; 2012.*
7. *Lill S. Depression in Older Adults in Primary Care: An Integrative Approach to Care. J Holist Nurs. 2015;33(3):260-8.*
8. *Hanževački M, Stojanović Špehar S, Blažeković Milaković S. Pacijent starije dobi skognitivnim popuštanjem u ordinaciji obiteljske medicine. U: Zbornik- XVIII kongres obiteljske medicine.Osijek: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2011; 22-6.*
9. *Jakšić Ž i sur. Obitelj i zdravlje. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1996.*
10. *Duraković Z i sur. Farmakoterapija u gerijatriji. Zagreb: C.T. Poslovne informacije; 2007.*
11. *Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Gerontološko zdravstveno - statistički pokazatelji za Hrvatsku 2002. - 2003. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba. Centar za gerontologiju; 2004.*
12. *Gallacher R. Mental health in older people. Nurs Stand. 2011;26(13):59.*
13. *Grady PA. Advancing the health of our aging population: a lead role for nursing science. Nurs Outlook. 2011;59 (4):207-9.*

PUT RAZVOJA MEDICINSKE SESTRE KROZ FORMALNO OBRAZOVANJE - RAZLIČITI POGLEDI, ISTI KONTEKST: KLINIČKE VJEŽBE

Ivica Matić, Višnja Kocman

Postati medicinska sestra - kliničke vježbe učenika srednje medicinske škole s aspekta medicinske sestre kliničke bolnice

Višnja Kocman, dipl.med.techn.
glavna sestra Klinike za kirurgiju
KB Dubrava

“Medicinska sestra je osoba koja njeguje, pomaže i štiti — osoba koja je spremna brinuti se o bolesnima, ozlijedenima i ostarjelima”
(Nursing in Today's World—Challenges, Issues, and Trends)

Nesebičnost je veoma važna, no ipak nije dovoljna da bi se postalo vrsnom medicinskom sestrom. Dobra medicinska sestra također treba temeljito školovanje i značajno radno iskustvo. Jedan od osnovnih zahtjeva na tom putu je pet ili više godina obrazovanja, većim dijelom na kliničkim vježbama. Upravo spomenuta nastava kroz vježbe provodi se u kliničkim bolnicama i bolničkim odjelima gdje učenici stječu znanja i vještine potrebne za zdravstvenu njegu bolesnika.

Posljednjih godina od medicinskih sestara se zahtijeva sve veća razina stručnog znanja. Stoga je važno imati želju za učenjem i biti u stanju razum-

jeti ono što se uči. Osim toga, medicinske sestre trebaju brzo donositi odluke i hitno intervenirati, a naše buduće medicinske sestre tijekom kliničke nastave, i kao promatrači i kao ravnopravni članovi tima, svedučavaju sestrinske postupke koji za krajnji ishod imaju zadovoljstvo bolesnika i samog zdravstvenog osoblja.

Zajedno učimo kako dobra medicinska sestra mora biti savjesna, imati moć zapažanja i vladati se krajnje profesionalno. Učimo voljeti ljudi i imati iskrenu želju pomagati. Zajedništvo u svakodnevnom radu odlika je sestrinstva. Kako bi učenici razvijali empatični odnos prema bolesniku, uključujemo ih u timski rad na odjelu kao ravnopravne članove tima gdje uz nas uče kako bolesnika ohrabriti, pružiti mu podršku i kako stvoriti odnos povjerenja kojim na kraju postižemo najveću i najkvalitetniju razinu zdravstvene njegu.

U knjizi *Nursing in Today's World* stoji da njega bolesnika podrazumijeva razne aspekte vođenja brige o osobi koja ima zdravstvenih problema. Zato smatramo da se medicina bavi liječenjem pacijenta, a zdravstvena njega bolesnika vođenjem brige o njemu. Medicinska sestra treba brižno njegovati pacijenta i pružati mu kvalitetnu njegu, mora biti samopožrtvovna čime se i vodimo u radu s učenicima.

Kroz pružanje sestrinske skrbi pojedincu, njegovoj obitelji i zajednici medicinska bi sestra trebala razvijati suradnički odnos koji bi se trebao temeljiti na međusobnom poštovanju i uvažavanju. Pri pružanju sestrinske skrbi svaka bi medicinska sestra trebala uvažiti bolesnikovo pravo na povjerljivost i privatnost pa i naše učenike tijekom kliničke nastave usmjeravamo na poštovanje privatnosti bolesnika, ali da bolesnik ima pravo i odbiti nazočnost i rad učenika. Učimo ih načinima dobrih komunikacijskih vještina kako bi mogli zadobiti povjerenje bolesnika, a istodobno ih usmjeravamo kako im profesionalnost, nesebičnost, plemenitost i srdačnost moraju biti prioritet.

Učenici tijekom vježbi uče i uviđaju kako medicinska sestra treba biti spremna u svakom trenutku odgovoriti na zahtjeve bolesnika ako su oni sukladni profesionalnim i etičkim načelima. Ništa manje važna osobina svake medicinske sestre je kolegialnost. Ona se tiče isključivo odnosa s

drugim medicinskim osobljem što se neposredno odražava i na sveukupni odnos osoblja prema pacijentu. Naši učenici tijekom vježbi na odjelima uviđaju i uče kako biti kolegijalan, assertivan u pojedinim situacijama, kako biti odgovoran prema poslu i kolegama. Humanost uključuje nesebičnu i plemenitu ljubav prema čovjeku. Humanost je bit sestrinskog poslanja jer uključuje veliku požrtvovnost u svrhu pomaganja čovjeku u sveukupnosti njegovih fizičkih, psihičkih i socijalnih osobina jer je i sam papa Ivan Pavao II rekao: „Neka vaše zvanje, rođeno da spašava i promiče ljudski život, ne postane popustljivo pred sličnim zabludama, protusloveći svojim izvornim ciljevima i pretvarajući se u pobornika ne života, nego smrti.“

Za produktivan i uspješan rad vrlo je važna dobra organizacija i radna disciplina. Prema tome, za pružanje adekvatne sestrinske skrbi, svaka bi sestra trebala sudjelovati i potpomagati u organizaciji aktivnosti bolničkog odjela te služiti kao uzor u radnoj disciplini čemu težimo i u radu s učenicima.

Medicinska bi sestra trebala sa zadovoljstvom dolaziti na posao te pri svim aktivnostima pokazati svoje zanimanje za potpuno sudjelovanje kao što stara kineska poslovica kaže: „Ako želiš biti sretan cijeli život, tada voli svoj posao“.

Sestrinski posao nije nimalo lagan. Iziskuje potpunu predanost i ulaganje vlastite osobnosti što ponekad i ne mora rezultirati željenim ishodom. Ipak, medicinska sestra u obnašanju svakodnevnog posla unosi bolesniku novu svjetlost u život, daje mu poticaj za bolje sutra. Njezina je najveća nagrada zadovoljstvo koje nosi u sebi svaki put kada vidi osmijeh na bolesnikovu licu. Usavršavanjem same sebe potiče na bolje poznavanje i razumijevanje međuljudskih odnosa jer svaki pozitivan, srdačan međuljudski odnos pokazatelj je velikih ulaganja obiju strana.

Učenici srednjih medicinskih škola u radu s nama uče kako medicinske sestre moraju održavati svoje znanje i vještine i biti u ukorak sa suvremenim znanjima kroz cijeli svoj radni vijek. Trebaju redovito sudjelovati u obrazovnim aktivnostima koje razvijaju njihove sposobnosti i vještine za rad koje onda prenose kako na učenike tako i na svoje kolege. Medicinska sestra preuzima odgovornost i potreban autoritet u izravnom pružanju

sestrinske zaštite. Ona je samostalna praktičarka odgovorna za zaštitu koju daje. Odgovorna je odrediti svoje osobne potrebe u dalnjem obrazovanju za menadžment, nastavu, kliničku praksu i istraživanja i te potrebe aktivno zadovoljavati.

Važnost nastave na kliničkim odjelima – iskustvo rada na kirurgiji

Ivica Matić, mag.med.techn.

nastavnik u Školi za medicinske sestre Mlinarska

Temeljno obrazovanje u sestrinstvu podrazumijeva petogodišnje srednjoškolsko obrazovanje kojim se stječe kvalifikacija medicinska sestra opće njegе. Prve dvije godine nadopuna su općem obrazovanju, nakon kojih slijede tri godine usvajanja strukovnih sadržaja kroz 4600 sati teorijske i kliničke izobrazbe.

Temeljni cilj izvođenja nastavnog procesa na klinici je usvajanje kompetencija koje predstavljaju kombinaciju kognitivnih vještina, znanja i razumijevanja, međuljudskih, intelektualnih i praktičnih vještina te etičkih vrijednosti. Nužno je kontinuirano tijekom obrazovanja odvijanje ovih procesa, a nastava na klinici je nezamjenjiva kao oblik ponavljanja teorijski usvojenih sadržaja i njihove primjene.

Predmet **Zdravstvena njega kirurških bolesnika** – opća uči se tijekom četvrtoga razreda, a Klinička bolnica Dubrava sa svojim ustrojstvenim kirurškim jedinicama vodeća je nastavna baza. Svaki učenik usvaja sadržaj kroz 74 sata teorijske nastave te 148 sati primjene na kliničkom odjelu. Predmet obuhvaća nastavne cjeline od organizacije rada na kirurgiji, prijema bolesnika, pripreme bolesnika za kirurški zahvat preko anestezije, drenaža, kirurške rane do poslijeoperacijskih poteškoća i komplikacija, transfuzije, prehrane i reanimacije. Svaka nastavna cjelina podijeljena je u manje nastavne jedinice unutar kojih se planiraju ishodi učenja odnosno kompetencije kao krajnji rezultat učenja. Primjerice, nastavna cjelina **Opća prijeoperacijska priprema bolesnika**, između ostalih, ima nastavnu jedinicu **Priprema bolesnika za minimalno invazivne kirurške zahvate**. Isthodi učenja planirani za ovu jedinicu su:

- izreći definiciju minimalno invazivnih kirurških zahvata,
- ustanoviti prednosti minimalno invazivnih kirurških zahvata u odnosu na klasične zahvate,
- razlikovati vrste minimalno invazivnih kirurških zahvata,
- objasniti pripremu bolesnika za minimalno invazivne kirurške zahvate,
- izdvojiti očekivane poteškoće laparoskopskih zahvata.

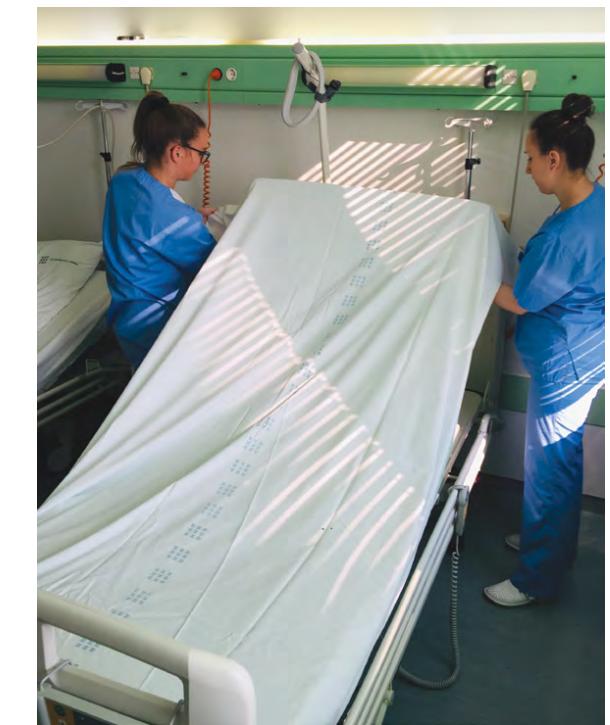
Isthodi se planiraju na razini nastavne godine u sklopu izvedbenih i operativnih planova te na mikro razini u sklopu dnevnih i tjednih priprema za nastavu. Isthodi se postižu na teorijskoj i vježbovnoj nastavi. Stoga je iznimno važno da nastavnik koji je poučavao učenike u školi s njima prolazi kroz proces poučavanja i primjenu sadržaja na klinici obzirom da to osigurava nastavu usmjerenu na učenika, relevantno praćenje napretka te vrednovanje postignuća. Da bi se to postiglo, neizostavna je bliska suradnja s kliničkim osobljem, glavnom sestrom klinike, odjela i medicinskim sestrama u službi osobito u procesu rada koji pokriva predviđene ishode učenja.

Dakle, nastavnik na kliniku dolazi sa svojim planom izvedbe nastave, no usmjeren je na odjelne medicinske sestre s kojima dogovara i izvodi aktivnosti kojima će se plan ostvariti.

Dinamika poslova kliničkog odjela, raspoloživost materijala, dobronamjernost kolega i spremnost uključivanja u izvršavanje zadataka uvelike određuju realizaciju nastavnoga plana ili njegovu prilagodbu. Stoga je iznimno važan profesionalni odnos nastavnika na kliničkom odjelu, stalna komunikacija s osobljem i bolesnicima, predstavljanje plana i uključivanje svih dionika.

Prethodno relevantno višegodišnje kliničko iskustvo nastavnika, osobito stečeno na klinici na kojoj izvodi nastavu, dragocjen je resurs i ključ uspješnog postizanja ishoda učenja obzirom da nastavniku daje veću slobodu uključivanja u poslove, lakše snalaženje u izazovnim situacijama te prepoznatljivu stručnost koja učenicima ostavlja dojam kompetentnosti što je važno u motivaciji i postizanju posebice afektivnih ishoda.

Klinička nastava uglavnom je organizirana na odjelima abdominalne kirurgije, ponajprije zbog



veličine odjela na kojemu se može smjestiti veća skupina, do 10 učenika. Također, dinamika i opseg poslova koji omogućavaju ostvarivanje predviđenoga plana učenja bitni su pri odabiru odjela. Nije zanemariva činjenica prethodnih iskustava na odjelu. Osoblje odjela koje je naviknuto na učenikov i nastavnikov rad te koji su razvili povjerenje i dobru praksu suradnje, ključ je uspjeha.

Osim velikih odjela koji u sinergijskom djelovanju nastavnika i odjelnih sestara omogućuju veliki stupanj usvajanja rezultata većeg broja učenika, važne su i organizacijske jedinice kao što su jednodnevna kirurgija, soba za buđenje, vaskularna, kardijalna, torakalna, poliklinika te hitni kirurški prijam koji omogućuju, doduše za manji broj učenika, usvajanje specifičnih znanja te uvid u specijalističke poslove koje je moguće vidjeti samo na tim odjelima. Ujedno, ove su jedinice ključne za učenike koji po procjeni nastavnika mogu proširivati znanja uz manji stupanj poučavanja i nadziranja nastavnika, a više u suradnji s odjelnim sestrami. Dakle, idealna je kombinacija većeg odjela kao nastavne baze na kojoj nastavnik kontinuirano poučava veću skupinu učenika te mogućnosti da dvoje do troje učenika na manjim organizacijskim

jedinicama uz veći stupanj samostalnosti razvija profesionalne kompetencije.

U praksi to primjerice izgleda tako da veća skupina učenika, njih 8, boravi na odjelu abdominalne kirurgije 6 sati, uz stalnu nazočnost nastavnika, dok 2 odlazi u Jednodnevnu kirurgiju uz povremeni nadzor nastavnika i stalni nadzor medicinskih sestara na tom odjelu.

Uobičajeni radni dan na vježbama izgleda tako da se po dolasku na odjel predstavimo sestrama, pripremimo za rad higijenom ruku te formiramo u parove ili manje skupine. Dio skupine uključuje se u njegu bolesnika na odjelu što najčešće uključuje kupanje, higijenu usne šupljine, namještanje kreveta i sl. Nakon toga se uključuju u poslove podjele doručka, hranjenja bolesnika, priprema parenteralne i enteralne prehrane. U zaduženja ove skupine spadaju i priprema te praćenje bolesnika na dijagnostičke pretrage, priprema pribora i distribucija za sterilizaciju te transport materijala i lijekarne. Ujedno, rade se poslovi vezani za pripremu sobe za prijem bolesnika te eventualno otpusti i pratnja bolesniku. Dakle ta skupina učenika uglavnom radi na provodnim ishodima, znanje koje se usvaja i proširuje tijekom čitavoga obrazovanja. Samo su pod povremenim nadzorom nastavnika, veći dio poslova obavljaju samostalno ili u paru s medicinskom sestrom na odjelu.

Drugi dio skupine usmjeren je na vještine koje se odnose specifično na noviji nastavni sadržaj. Po dolasku na odjel pripremaju i primjenjuju premedikaciju, pripremaju pacijenta neposredno na dan operacije, provjeravaju dokumentaciju i prate bolesnika u operacijski blok. Zatim sudjeluju u uzimanju uzorka za laboratorijske pretrage, podjeli parenteralne terapije, obavljaju poslove vezane za prijem bolesnika na odjel – uzorkovanje krvi i EKG te smještaj u bolesničku sobu, utvrđuju rizične čimbenike, zbrinjavaju bolesnika nakon operacije, prate bolesnika iz operacijskog bloka ili jedinice za intenzivno liječenje, sudjeluju u previjanju kirurške rane. Sve poslove obavljaju uz stalnu nazočnost nastavnika kao oblik usvajanja i uvježbavanja nastavnoga sadržaja.

Zadnjih dva sata na vježbama skupina se spaja te se nastavlja s nastavom usvajanja novog sadržaja ovisno o planu za taj dan, najčešće sat vremena

na odjelu, uz krevet bolesnika, te sat vremena u obliku seminara u dvorani Klinike za kirurgiju. Skupina tijekom nastavne godine boravi ukupno 6 tjedana na kirurškom odjelu.



Naše iskustvo - učenici

Martina Lisac, Danijela Sporiš, Bernard Samardžić

Zdravstvena njega kirurškog bolesnika sveobuhvatan je predmet i zahtjeva mnogo truda. Kako bi profesor bio siguran u znanje učenika koje je neophodno za uvježbavanje zadataka često provodi ispitivanja. Na vježbama svatko ima priliku upoznati osnovni djelokrug rada medicinske sestre na kirurgiji. Naravno, temelj je bila zbrinjavanje osnovnih ljudskih potreba, no vrlo brzo smo bili uključeni u izazovnije poslove kao što su sudjelovanje u pretragama, snimanje EKG-a, venepunkcija, primjena infuzija, primjena premedikacije, previjanje, pripremanje transfuzije, rad s drenažama, kateterima i sl. Sviđa mi se što smo orijentirani prema radu tako da ono što moramo znati na klinici prvo naučimo u školi i dolazimo sa znanjem na kliniku te nas nije strah da će nas nešto previše iznenaditi. Od početka su nam se svidjele ove vježbe, trudili smo se uključiti u što više poslova te smo zadovoljni krajnjim ishodom. Sasvim neočekivano, profesor mirno reagira na naše pogreške koje najčešće počinimo zbog neiskustva i treme te nam uvek pomogne da posao napravimo kako treba što nas smiri i ohrabri za daljnji nastavak. Smatramo da je bitno da profesori nadziru rad učenika, ali da isto tako budu oslonac u situacijama kada se dogodi nešto krivo jer tako na kraju cijenimo to što smo naučili i pazimo ubuduće. Upravo i zato dolazimo na odjele da bismo naučili ono što ćemo jednoga dana trebati samostalno obavljati. Moramo spomenuti vađenje krvi, nama učenicima je to vrlo bitno i smatramo velikim uspjehom kada uspijemo izvaditi krv. Svatko od nas je imao priliku naučiti taj važni dio sestrinskoga posla, ali i druge zanimljive poslove i vidjeti različite službe u bolnici. Izdvojili bismo svakako posjet operacijskom bloku u Kliničkoj bolnici Dubrava. Operacijski blok je podijeljen na dva dijela, u jednom dijelu su tri operacijske dvorane, vaskularna i dvije kardiokirurške, koje smo imali priliku posjetiti, a u drugom dijelu operacijskog bloka su ostale operacijske dvorane. Prije ulaska u prostor operacijskih dvorana morali smo proći kroz aseptične propusnike za osoblje. Dvije skupine su isle u kardiokirurške sale gdje su gledali operacije na srcu i aorti, a jedna skupina u vaskularnu operacijsku salu gledati operaciju proširenih vena.

Primijetili smo da je osoblje koje radi u operacijskoj dvorani u jako dobrim odnosima i da su međusobno bliski, a mislim da to pridonosi uspješnom ishodu operacije. U obje operacijske dvorane je tijekom operacije svirala glazba kojoj je svrha opuštanje i smirivanje osoblja tijekom anestezije i smanjenje napetosti. U obje operacijske sale vidjeli smo osnovni opremu i instrumente koji se koriste tijekom operacije ali i specijalnu opremu i instrumente koji se razlikuju ovisno o vrsti od operacije. Za rad u operacijskoj sali vrlo je važno poštivanje asepse i antisepse, provođenje dezinfekcije i sterilizacije, pranje ruku (kirurško) i uporaba sterilnog operacijskog rublja, maski i rukavica. Svidjelo mi se što nam se pružila prilika prisustvovati operacijama vidjeti i naučiti nešto novo što do sada nismo imali prilike vidjeti. Malo me razočaralo to što su nam obećali da će nam pokazati umjetno/mehaničko srce što na kraju nisu. Nadam se da ćemo sljedeće godine imati još prilika gledati operacije zato što mislim da je ovo prekratko trajalo i da smo trebali gledati operaciju od samog početka do kraja.

U konačnici, na vježbama smo upoznali niz različitih ljudi te iako još nismo medicinske sestre, osjetili smo da je taj poziv istinit i da je prelijepo biti medicinska sestra, biti onaj koji je uključen u spašavanje ljudskih života, poboljšanje zdravlja, biti onaj koji je tu za pacijenta u trenutku dolaska u bolnicu i odlaska iz nje. Nije lako biti medicinska sestra, potrebne su godine iskustva, svakodnevno, cjeloživotno učenje, ali najbitnije od svega je imati snagu, biti podrška, pristupati s empatijom i ostati dobar čovjek.

Literatura:

1. *Salvage J, ur. Sestrinstvo u akciji.* Zagreb: Zonta klub Zagreb; 1994.
 2. *Prlić N. Zdravstvena njega.* Zagreb: Školska knjiga; 2000.
 3. *Prlić N, Ilić A. Nastavni tekstovi za predmet Filozofija i bioetika sestrinstva.* Osijek; 2007.
 4. *Zakon o zaštiti prava pacijenata.* Narodne novine, br. 169/2004.
 5. *Etički kodeks medicinskih sestara.* Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.
 6. <https://wol.jw.org/en/wol/d/r19/lp-c/102000802>



EMA
d.o.o.



Patient Warming Systems

to counteract the hypothermia in perioperative area

Made in Italy

IZVJEŠĆA SA STRUČNIH SKUPOVA I DOGAĐANJA

Izvješće sa 9. Hrvatskog simpozija o infekcijama povezanimi sa zdravstvenom skrbi u povodu obilježavanja međunarodnog *Dana higijene ruku*

Martina Osredečki Mihoci, mag.med.techn.

Valentina Košćak, dipl.med.techn.



Klinički zavod za kliničku i molekularnu mikrobiologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Referentni centar za bolničke infekcije MZRH i HLZ – Hrvatsko društvo za kliničku mikrobiologiju organiziralo je obilježavanje Dana higijene ruku koje se održalo u Zagrebu, 03. svibnja 2019. godine u dvorani Kraš.

Ssimpozij je namijenjen medicinskim sestrama koje se bave prevencijom i kontrolom infekcija poveza-



nim sa zdravstvenom skrbi te liječnicima specijalista i specijalantima iz područja kliničke mikrobiologije, infektologije i epidemiologije kao i ostalim zainteresiranim pojedincima.

Otvaranje simpozija obilježeno je zanimljivim naslovima pozvanih predavača:

Z. Bošnjak, J. Horvatić, I. Mareković te C. Rotim (u ime A. Friganović): „Save lives: Clean Your Hands Campaign“, „Higijena ruku: gdje smo danas“, „Nadzorne kulture – značenje u prevenciji i liječenju bolničkih infekcija“ te „Izazovi u prevenciji infekcija u jedinicama intenzivnog liječenja“.

Na ostalim izlaganjima spomenute su novosti iz područja vezanih za dekontaminaciju prostora, primjenu antimikrobnih lijekova i rezistenciju mikoorganizama te su se razmijenila iskustva prisutnih sudionika.

U stankama između predavanja predstavljeni su proizvodi za higijenu ruku i bolesnikove kože te dezinfekciju površina. Sudionici simpozija družili su se i na zajedničkom ručku.

NAJAVE STRUČNIH SASTANAKA



Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji,

čast nam je i zadovoljstvo pozvati vas na 1. simpozij Veleučilišta u Bjelovaru kojim obilježavamo 10 godina rada Preddiplomskog stručnog studija Sestrinstvo.

Simpozij pod nazivom Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega (Challenges for the Nursing Profession – The Patient Comes First) održat će se 22. studenoga 2019. godine u prostorijama Veleučilišta u Bjelovaru.

Iznimno smo ponosni što uz stručni i znanstveni karakter ovaj simpozij ima i humanitarnu notu, te će cjelokupni iznos kotizacije biti doznačen u korist Lige protiv raka Bjelovarsko-bilogorske županije.

Na ovaj dan grad Bjelovar bit će centar razmjene iskustva, znanja i praksi, ali i stjecanja novih poznanstava.

Veselimo se druženju.

Srdačan pozdrav i do skorog viđenja u Bjelovaru!

*Predsjednica Organizacionog odbora
Ksenija Eljuga, mag.med.techn.*

Dekanica Veleučilišta u Bjelovaru

Doc. dr. sc. Zrinka Puharić, dr.med.

Upute autorima

Prilikom pripreme radova molimo autore da se pridržavaju sljedećih uputa: za pisanje radova koristiti font Arial, te veličinu slova 12 s jednootkrkim proredom; marge «NORMAL» (poravnanje lijevo-desno, gore, dolje 2,5 cm), uvući prvu riječ svakog odlomka (nije potrebno ostavljati prazne redove između odlomaka), iza interpunkcijskih znakova (uključujući točke, zareze i ostalo) ostaviti samo jedno prazno mjesto, koristiti lijevo poravnanje teksta.

Grafikoni i tablice prilažu se unutar teksta na mjestima gdje trebaju biti prikazani. Svaka tablica mora imati svoj naslov i redni broj koji je povezuje s tekstrom. Preporučena duljina rada je do 20 stranica. Na prvoj stranici rada napisati: naslov rada, autore. Na drugoj stranici napisati naslov rada, sažetak (150-300 riječi), ključne riječi (3-6).

Rukopis se podnosi na hrvatskom jeziku i dostavlja na mail adresu: snaga.sestrinstva@kbd.hr u elektroničkom obliku.

Autor rada odgovoran je za točnost navedenih podataka i literature. Autori svojim pristankom za objavljivanje (popratno pismo) daju pravo objavljivanja rada u glasniku «Snaga sestrinstva». Izneseno mišljenje ili stavovi autora ne odražavaju nužno mišljenje i stavove Kliničke bolnice «Dubrava».

Navođenje literature

Literatura se navodi rednim brojem prema redoslijedu navođenja u tekstu (prva referenca nosi broj 1). Ako navođeni rad ima šest ili manje autora navode se svi autori, ako ima sedam ili više navode se prva tri i dodaje se «i sur.».

Literatura se citira na slijedeći način:

Članak u časopisu:

Kalauz S, Orlić-Šumić M, Šimunec D. Nursing in Croatia: Past, Present and Future. Croat Med J. 2008; 49(3): 298-306.

Knjige i monografije, Autor(i) pojedinci:

Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996. str. 35.

Poglavlje u knjizi:

Jakšić Ž, Vučetić S, Kovačić L. Ocjena zdravstvenog stanja populacije. U: Kovačić L, ur. Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Medicinska naklada; 2003. str. 17.-27.

Zbornik radova:

Hamzić F. Komunikacija s bolesnikom za vrijeme mehaničke ventilacije. U: Fištrek M, Kobelja M, ur. Važnost kvalitetne komunikacije medicinske sestre s pulmološkim bolesnikom. Opatija: Stručni skup pulmološkog društva HUMS-a; 2011. str. 31.-33.

Dizertacija ili magisterij ili diplomski rad

Borić – Miklin Lj. Motivacija za rad i ostanak u profesiji zdravstvenog osoblja. Magistarski rad. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2000.

Popratno pismo

Popratno pismo potpisuju svi autori. U popratnom se pismu navodi: a) je li i gdje rad ili dio rada već objavljen ili javno prikazan b) navesti ime, adresu i telefonski broj autora zaduženog za kontakt. Navesti mišljenje autora o vrsti rada:

Izvorni znanstveni rad (Original scientific paper) je originalno znanstveno djelo u kojem su izneseni rezultati istraživanja (predviđeno propisima koji reguliraju znanstvenu djelatnost). Pregledni rad (Review article) je cjelovit pregled nekog problema ili područja istraživanja na osnovi već objavljenih radova, ali sadrži originalne analize, sinteze ili predloge za daljnja istraživanja. Stručni rad (Professional paper) uključuje i korisne sadržaje za struku i ne predstavlja nužno istraživački rad.(tehnika,tehnologija, metodika).

Potrebno je da rad sadrži sljedeće dijelove: uvod, razrada, zaključak, literatura.

Izlaganja sa znanstvenog skupa (Conference paper) može biti objavljeno kao cjeloviti rad koji je prethodno referiran na znanstvenom skupu, a u obliku cjelovitog rada nije objavljen u zborniku radova.

Postupak recenzije i lektoriranja

Svi članci obavezno se recenziraju i lektoriraju, osim onih koji su već objavljeni i recenzirani. Kada članovi uredništva glasnika «Snaga sestrinstva» to zahtijevaju, članak se vraća na doradu na adresu autora zaduženog za kontakt.



Klinička bolnica Dubrava

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

tel. +385 (0)1 290 2444

fax.+385 (0)1 286 3695