Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika s naglaskom na terapijske intervencije prvostupnice sestrinstva

Sabljak, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:084568

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-30**

Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

University of Zadar Institutional Repository

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski jednopredmetni studij sestrinstva

Kristina Sabljak

Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika s naglaskom na terapijske intervencije prvostupnice sestrinstva
The process of health care of psychiatric patients with an emphasis on therapeutic interventions of the first-degree nurse

Završni rad

Zadar, 2017.

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski jednopredmetni studij sestrinstva

Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika s naglaskom na terapijske intervencije prvostupnice sestrinstva

Završni rad

Student/ica:
Kristina Sabljak

Mentor/ica:
Prof.dr.sc. Anita Vulić-Prtorić

Komentor/ica:
Anita Škarica, mag.med.techn.

Zadar, 2017.

Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Kristina Sabljak,** ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika s naglaskom na terapijske intervencije prvostupnice sestrinstva** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 6. rujna 2017.

SAŽETAK

NASLOV: Proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika s naglaskom na terapijske intervencije prvostupnice sestrinstva

Proces zdravstvene njege možemo nazvati jednim od najvažnijih čimbenika sestrinske njege. To je temelj kojim započinje sestrinska njega. U ovom završnom radu opisani su povijest i razvoj psihijatrije, ali naglasak je svakako na procesu zdravstvene njege, terapijskim intervencijama odnosno terapijskoj komunikaciji između medicinske sestre i pacijenta. Također, opisani su i različiti oblici art terapije koja služi u oporavku psihijatrijskih bolesnika, te socioterapija u kojoj je ključna resocijalizacija i uloga obitelji u liječenju psihijatrijskih bolesnika.

Ključne riječi: proces zdravstvene njege, terapijske intervencije, terapijska komunikacija

SUMMARY

TITLE: The process of health care of psychiatric patients with an emphasis on therapeutic interventions of the first-degree nurse

We can define the health care process as one of the most important factors of nursing care. This is the foundation for starting nursing care. In this final work, history and development of psychiatry are described, but the emphasis is certainly on the process of health care, therapeutic interventions apropos therapeutic communication between the nurse and the patient. Also, various forms of art therapy have been described, that serves in the recovery of psychiatric patients and sociotherapy in which the key is resocialization and role of the family in the treatment of psychiatric patients.

Key words: process of health care, therapeutic interventions, therapeutic communication,

Sadržaj

1. Uvod 9
2. Povijest i razvoj psihijatrije 11
3. Teorije sestrinstva 17
4. Proces zdravstvene njege 22
4.1. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom 24
4.2. Planiranje zdravstvene njege 26
4.3. Provođenje zdravstvene njege 27
4.4. Evaluacija u procesu zdravstvene njege 27
5. Terapijske intervencije – komunikacija između medicinske sestre i pacijenta 28
5.1. Faze emocionalne njege 29
5.2. Terapijska komunikacija 30
5.3. Terapijske intervencije/tehnike 31
6. Transfer i kontratransfer 33
6.1. Transfer 34
6.2. Kontratransfer 35
7. Art terapija kao oblik liječenja psihijatrijskih bolesnika 36
7.1. Povijesni razvoj art terapije 37
7.2. Teoretske osnove i perspektive art terapije 38
7.3. Primjena art terapije 39
7.4. Vrste art terapije 41
7.5. Likovno izražavanje 41
7.6. Proces izrade dječjeg crteža 42
7.7. Boje i utjecaj boja na čovjeka 46
7.8. Utjecaj boje na ponašanje pojedinca 47
7.9. Crtež u art terapiji 48
7.10. Glazboterapija 50
7.11. Terapija plesom i pokretom 53
7.12. Psihodrama 55
7.13. Biblioterapija 59
8. Socioterapija – resocijalizacija psihijatrijskih bolesnika 60
9. Uloga obitelji i zajednice u liječenju psihijatrijskog bolesnika 61
10. Zaključak 64

11. Literatura 65

1. UVOD

Živimo u vremenu u kojem zbog ubrzanog načina života, nezdravog životnog stila, svakodnevnog izlaganja stresu i opterećenosti svakodnevnim informacijama iz svijeta, posebno negativnim, ljudi sve češće obolijevaju od raznih psihičkih poremećaja odnosno bolesti. Najčešće se pažnja pridodaje fizičkim bolestima, međutim, čovjek mora imati i fizičku i psihičku ravnotežu. Kada je narušena psihička ravnoteža to lako povlači za sobom i narušavanje fizičke ravnoteže, odnosno fizičkog zdravlja i obrnuto. Važno je uspostaviti ravnotežu između fizičkog i psihičkog zdravlja. Medicina, sestrinstvo, tehnologija itd., sve se poprilično brzo razvija iz dana u dan, dostupnost raznih informacija je veća nego prije, ali bez obzira na sve to, osobe oboljele od nekakvog psihičkog poremećaja i dalje su izložene predrasudama i stigmi. Zbog tog negativnog kolektivnog mišljenja, osobe koje trebaju stručnu pomoć, najčešće pokušavaju prikriti svoje zdravstveno stanje, osjećaju sram, strah i socijalno se izoliraju te ne traže pomoć koja im je potrebna, zato važnu ulogu imaju medicinske sestre/tehničari. Edukacijom, razvijanjem sestrinskih vještina, holističkim pristupom prema svakoj osobi koja treba neki oblik zdravstvene njege ili zdravstvenog odgoja, medicinske sestre/tehničari mogu napraviti velike promjene kod pojedinaca, ali i u široj populaciji. Korištenjem procesa zdravstvene njege, unapređivanja kvalitete zdravstvene njege, edukacijom pacijenata i šire populacije, odnosno provođenja zdravstvenog odgoja, mogu umanjiti predrasude koje vladaju u okolini, omogućiti pacijentu lakšu resocijalizaciju nakon hospitalizacije, potaknuti osobu da radi na sebi i svom zdravlju i riješi se štetnih navika. Važan element u početku liječenja je komunikacija s pacijentom. Već pri prvom kontaktu, verbalnom i neverbalnom komunikacijom, kreiramo odnos s pacijentom. Važno je da pacijent stekne povjerenje kako bi se lakše prilagodio novonastaloj situaciji, odnosno hospitalizaciji, ali i prihvaćanju svog zdravstvenog stanja. Medicinska sestra/tehničar mora imati dobre komunikacijske vještine, jer je komunikacija ključ razvoja daljnje suradnje s pacijentom i put ka njegovom oporavku. Holistički pristup je jedan od najbitnijih elemenata u zdravstvenoj njezi, jer je to način poimanja osobe kao cjelovitog bića i individue. Svaka osoba je drugačija, pa samim tim i pristup prema svakoj osobi mora biti individualan. Osobe s psihičkim poremećajem treba saslušati, razumjeti, uvažiti i potaknuti da stekne povjerenje kako bi daljnja suradnja bila što kvalitetnija. Ono što se javlja kod takvog pristupa pacijentima je transfer i kontratransfer, pa je važno postaviti i određene granice odnosa između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Bitno je staviti naglasak na terapijske intervencije i njihov kontinuirani

razvoj jer je to put ka boljoj suradnji s pacijentima, a samim tim i kvalitetnijoj zdravstvenoj njezi.

2. POVIJEST I RAZVOJ PSIHIJATRIJE

U najstarije doba poimanje psihičkih poremećaja, kao i uostalom svih drugih bolesti, svodilo se na nadnaravne sile. Psihički poremećaji s ponekad dramatičnim simptomima uklapali su se u demonističko shvaćanje prema kojem su bolesti posljedica zlih duhova. U skladu s takvim shvaćanjima, u liječenju su primjenjivane metode poput egzorcizma, čaranja i raznih drugih magijskih procedura. Trepanaciju, kao terapijsku proceduru, poznavao je još pračovjek i njom se pokušalo istjerati zle duhove iz glave. Osim tih demonističkih vjerovanja, smatralo se da i neka nebeska tijela, npr. Sunce ili Mjesec imaju utjecaj na pojavu psihičkih poremećaja. Međutim, već se u tom razdoblju pokušavalo naći racionalno objašnjenje za pojavu poremećaja. Ljudi su počeli uočavati kako povišena emocionalna stanja, kao što su strah, ljutnja, tuga, zabrinutost i sl. te korištenje opojnih droga, mogu utjecati na promjenu psihičkog stanja. U Babilonaca i Egipćana, kao najstarijim kulturama, psihički poremećaji se shvaćaju kao demonistički utjecaj i liječenjem se nisu bavili liječnici nego svećenici i vračevi. U starih Grka, svećenici su se također bavili liječenjem psihički oboljelih osoba.

U 5. st. p.n.e., javlja se spoznaja da je mozak ishodište psihičkih funkcija (Alkmeon iz Kriptona). U 6. st. p.n.e. Hipokrat smatra da su psihički poremećaji bolesti mozga i da je sumanut čovjek zapravo bolestan. Ta se spoznaja ukorijenila kod većine antičkih liječnika i na neki način označuje početak znanstvenog pristupa problematici psihičkih poremećaja. Grčki i rimski liječnici u liječenju psihičkih poremećaja primjenjuju somatsku terapiju (obloge, masažu, venepunkciju, purgative, emetike, opojne droge i sl.) time odbacujući sve dotadašnje magijske metode liječenja. Rimski liječnik Asklepijades (1.st. p.n.e.) ili u latinskoj verziji Eskulap, preporučuje humani postupak s psihičkim bolesnicima te mnogo terapijskih mjera, kao što su boravak na svježem zraku, u prozračenim i svijetlim prostorijama, slušanje glazbe i druge zabavne sadržaje, putovanja, radnu terapiju i sl. Celzus (1. st.) preporučuje suvremene metode liječenja, ali ne odbacuje ni surove metode tog vremena (vezanje, batinanje, uranjanje u vodu i sl.). Galen (2. st.) vrlo malo piše o psihičkim poremećajima, a medicinska literatura nakon Galena sve rjeđe spominje psihičke poremećaje.

Pod utjecajem kršćanske civilizacije i sve jačeg utjecaja crkve na društvo, formira se opće mišljenje da su psihički oboljele osobe opsjednute vragom i demonima, te su metode liječenja bile egzorcizam i druge magijsko-religijske procedure. U 5. st. sve više jača „borba protiv vraga“ odnosno „opsjednutosti“, te se svaki psihički poremećaj smatra „djelom vraga“. U tom razdoblju, zbog takvog općeg kolektivnog mišljenja i pristupa, psihički oboljele osobe se optuživalo za vampirizam, osuđivalo ih se na lomače, zatvaralo ih se u mračne tamnice,

vezalo ih se i mučilo na najokrutnije načine. Ta je „borba“ bila posebno usmjerena na „vještice“ za koje se smatralo da su sklopile sporazum s vragom. U znanstveno-medicinskoj literaturi srednjeg vijeka, važno je istaknuti vrlo rijetka grčko-rimska logična razmišljanja o psihičkim poremećajima za koje su zaslužni: Aleksandar iz Tralesa (6. st.) i Joannes Actuarios (13. st.) koji psihičke poremećaje svode na tjelesne uzroke, preporučuju somatsku terapiju, ali ne nailaze na razumijevanje suvremenika. Razes (9. st.) i Avicena (10. st) zaslužni su za osnivanje prvih utočišta za psihički oboljele osobe u kojima su osobe humano tretirane.

U 16. st. dolazi do određenog napretka u stajalištu liječnika prema psihički oboljelim osobama. Za to je najzaslužniji Paracelsus (1493.-1541.) koji je napisao prvi klasični spis o psihičkim bolestima, smatrajući ih prirodnim bolestima, a ne posljedicom demonskih sila. On nastoji protumačiti bolesti kemijskim procesima i pokušava ih liječiti kemijskim lijekovima, provodi novu klasifikaciju psihičkih bolesti, osobitu pažnju posvećuje epilepsiji i histeriji te prvi spoznaje vezu između kretenizma i endemske guše. Njemački liječnik Weyer (1515.-1588.), kojeg danas mnogi smatraju utemeljiteljem moderne psihijatrije, obznanjuje da su „vještice“ i svi ostali koji su smatrani opsjednutima, zapravo psihički bolesne osobe kojima je potrebno liječenje i humani postupak.

U 17. st. nije bilo većih pomaka u poimanju psihičkih poremećaja, ali u tom se razdoblju pojavljuje nekoliko liječnika koji će kasnije imati važnu ulogu u razvoju suvremene psihijatrije. Ti liječnici su: Felix Plater (1536.-1614.), iako je vjerovao u nadnaravno podrijetlo psihičkih poremećaja i opsesiju, dao je prvi opis kliničke slike psihoze, Thomas Sydenham (1624.-1689.) bavio se proučavanjem histerije i smatrao je najraširenijom bolešću, Thomas Willis (1621.-1657.) bio je prvi liječnik koji se ustvrdio kako histerija nije bolest maternice nego mozga, Jean Baptiste van Helmont (1577.-1644.) stvorio je mističnu teoriju po kojoj psihičke bolesti nastaju djelovanjem „afekata na archaeus“, tajanstvenu vitalnu silu koju je Paracelsus smatrao regulatorom svih životnih funkcija i Lauzare Riviere (1589.-1655.) koji je smatrao psihičke bolesti posljedicom otrovanja.

Proučavanju psihičkih bolesti u 17. st. pridodaje se određena pozornost uglavnom u protestantskim zemljama, do u katoličkim zemljama takva nastojanja nailaze na otpor, gušeći tako svaku slobodnu misao o psihičkim bolestima.

Francuska revolucija donijela je spoznaju o poštovanju ljudskih prava poniženim i ugnjetavanim ljudima, ali i spoznaju o ljudskim pravima oboljelima od psihičke bolesti. Pariški liječnik Philipe Pinel (1745.-1826.) poznat je po tome što je 1793. godine u pariškoj bolnici Bicetre, psihički oboljele osobe, oslobodio lanaca. I prije Pinela, bilo je pokušaja da se poboljšaju uvjeti života psihički oboljelih osoba, ali tek je Pinel svojom reformom potaknuo i

druge zemlje da učine isto i oslobode bolesnike s lanaca i da se humanizira postupanje s njima. Tim je u psihijatriji započela nova era.

U 17. st. znanstvena istraživanja o psihičkim bolestima zaostaju za činom skidanja lanaca. Međutim i u tom su razdoblju liječnici došli do određenih spoznaja: Ernst Stahl (1660.-1734.), osnivač animizma, skrenuo je pozornost liječnika na psihičke čimbenike kod postanka psihičkih bolesti, William Cullen (1710.-1790.) uveo je u psihijatriju naziv „neuroza“ i istaknuo je važnost živčanog sustava kod nastanka bolesti i time udario temelje psihosomatskoj medicini, Franz Anton Mesmer (1734.-1815.) objavio je teoriju o animalnom magnetizmu, preteći današnjeg hipnotizma.

U 19. st. dolazi do naglog razvoja znanstvene psihijatrije, ponajprije u Francuskoj, zaslugom Pinela. Pinel iznosi nove poglede o nastanku psihičkih bolesti, naglašava važnost nasljednih čimbenika te vanjskih uzroka kao što su pogrešan odgoj, neuredan život, različiti afekti, alkoholizam, febrilne bolesti, ozljede glave i sl. U liječenju psihičkih bolesti primjenjuje psihoterapiju i zagovara radnu terapiju. U organizaciji psihijatrijske službe uklanja sve surove metode te dopušta jedino privremeno upotrebu stezulje kod nemirnih bolesnika. Uz Pinela su i mnogi drugi autori u drugim zemljama novim spoznajama obilježili 19. st., najznačajniji su: Theodor Meynert (1833.-1893.) i Karl Wernicke (1848.-1905.) koji su smatrali da psihopatološkim stanjima odgovaraju promjene na kori mozga, otkriće motoričkog centra za govor i istraživanja o progresivnoj paralizi govorili su tome u prilog. Emil Kraepelin (1856.-1926.) isticao je važnost kliničkog promatranja, psiholoških pokusa i pokusa sa životinjama, jasno je razlikovao i opisao endogene i organske psihoze, 1883. godine uvodi pojam manično-depresivne psihoze, a potkraj stoljeća pojam „dementia praecox“. Richard Kraft Ebing (1840.-1902.) pridonio je poznavanju psihoneuroza, osobito seksualnoj psihopatologiji. Benjamin Rush (1745.-1813.) bio je osnivač američke psihijatrijske škole, isticao je važnu etiološku ulogu nasljednih faktora, ozljeda i malformacija mozga, zalagao se za primjenu blagih terapijskih mjera kao što su vježbe, hidroterapija, dijeta. Thomas Sutton (1767.-1835.) prvi je opisao „delirium tremens“. Ernest-Charles Lasegue (1816.-1863.) prvi je prezentirao opis manije proganjanja. Jean-Pierre Falret (1794.-1870.) prvi je opisao cirkularnu psihozu, Karl Ludwig Kahlbaum (1828.-1899.) prvi je opisao katatoniju, a Sergei Sergejewitsch Korsakow (1854.-1900.) opisao je, po njemu nazvanu, psihozu alkoholičara spojenu s polineuritisom.

U znanstvenom, ali i u organizacijskom smislu dolazi do velikog napretka u psihijatriji kroz 19. st.. Gotovo u svim zemljama uveden je „no restrain“ sustav koji je tijekom dugog razdoblja bio i dalje restriktivan. Nakon toga uslijedio je poluotvoreni sustav i na kraju „open door“, sustav koji omogućuje slobodno kretanje psihičkim bolesnicima te njihovo

zapošljavanje na prirodnim dobrima i u drugim jednostavnijim zanimanjima. Daljnji napredak očitovao se kroz stvaranje kolonija za psihički oboljele zemljoradnike i osobe s epilepsijom te paviljonski sustav gradnje zavoda.

U 20. st., za razvoj psihijatrije, važna su istraživanja mozga koja se odnose na citoarhitektoniku i fiziologiju. Tu je bitno istaknuti značajne autore i istraživanja: Ivan Petrovič Pavlov (1849.-1936.) spoznajom o uvjetovanim refleksima došlo se do stvaranja fiziološke psihologije; Ernst Kretschmer (1888.-1964.) istraživao je vezu između tjelesne građe i karaktera te o predispoziciji pojedinih konstitucionalnih tipova za određene vrste psihoza; Eugen Bleuler (1857.-1939.) uveo je naziv „shizofrenija“ te pridonio novim spoznajama o toj bolesti.

Najveći uspjeh psihijatrije 20. st. sastojao se u uvođenju novih terapijskih modela u liječenju psihičkih bolesti. Tada je Manfred Sakel (1900.-1957.) 1934. godine uveo terapiju inzulinom za liječenje psihoze. Ladislaus Meduna (1896.-1964.) je 1935. godine započeo liječenje shizofrenije kardijazolskim šokovima. Lucio Bini i Ugo Cerletti otkrili su metodu liječenja elektrošokovima, u početku poznatu kao elektrokonvulzivna terapija (EKT), a danas poznata kao elektrokonvulzivna stimulacija (EKS). Antonio Egas Moniz (1874.-1955.) započeo je liječenje psihoza kirurškom metodom prefrontalne lobotomije.

Jedan od najznačajnijih doprinosa liječenju psihičkih bolesti, kroz suradnju brojnih istraživačkih timova i farmaceutske industrije, je pojava psihofarmaka.

Paralelno s razvojem psihijatrije i različitih terapijskih postupaka, uočena je potreba za dodatnim znanjima nužnim za zbrinjavanje psihički oboljelih osoba. Sve do kraja 19. st. i početka 20. st. zdravstvenu njegu svih, pa tako i psihički oboljelih osoba, obavljale su priučene i nekvalificirane bolničarke i redovnice. 1882. godine u tadašnjoj Austrougarskoj u Beču osnovana je prva medicinska škola, što je omogućilo sustavno obrazovanje, a tim i kvalitetnije zbrinjavanje bolesnika. Tu je školu pohađala i nekolicina medicinskih sestara iz Hrvatske, koje su bile začetnice sestrinstva kao profesije u Hrvatskoj. Prva škola za sestre pomoćnice osnovana je 1921. Godine, a prva nadstojnice škole bila je Jelka Labaš, koja je sestrinsku školu završila u Beču. Gotovo od samih početaka školovanje se usmjeravalo u više smjerova, pa su se tako sestre školovale za rad u patronažno-dispanzerskoj službi, bolnicama i kao primalje koji je bio poseban smjer.

20. stoljeće bilo je obilježeno raznim promjenama u ekonomskom, socijalnom i političkom statusu većine zemalja, što je dovelo do poteškoća u adaptaciji na novonastalu situaciju i sve veći broj ljudi razvio je pojedini psihički poremećaj uslijed nemogućnosti adaptacije. To je posebno bilo vidljivo u tijeku velikih ekonomskih i socijalnih promjena.

Četrdesetih godina prošlog stoljeća u nekim se zemljama (SAD, Engleska) vidjela potreba za specifičnim obrazovnim sadržajima potrebnim za rad sa psihički oboljelim osobama, pa su se već tada sestre školovanjem osposobljavale za rad s osobama s psihičkim poremećajima. U Americi, 1946. godine, u dokumentima koji se odnose na mentalno zdravlje (The Mental Health Act) daje se preporuka za obrazovanje sestara kroz specijalizacije za rad s psihički oboljelim osobama na dodiplomskoj i diplomskoj razini. 1950. godine upisana je prva generacija studenata na studij psihijatrijskog sestrinstva, a već 1955. godine prve sestre upisuju doktorski studij.

U Hrvatskoj nije postojao poseban studij za psihijatrijske sestre, ali su sestre stjecale posebna specifična znanja kroz razne oblike trajne i neformalne edukacije. Promjenama u visokoškolskom obrazovanju i prihvaćanjem sustava obrazovanja po Bolonjskoj deklaraciji stekli su se uvjeti za obrazovanje sestara na specijalističkim studijima.

Razvojem psihijatrije i raznih načina metoda liječenja oboljelih od psihičkih bolesti, dovelo je do humanijeg poimanja i pristupa prema oboljelima. Sve osobe imaju svoja prava i obveze, pa tako i psihički oboljele osobe, stoga je 1977. godine na Skupštini svjetske psihijatrijske udruge usvojena Havajska deklaracija koja sadrži osnovne smjernice:

- zadatak je psihijatrije promicanje zdravlja pojedinca i zajednice te stvaranje uvjeta za samostalnost i razvoj osobnosti;
- terapeut služi interesima bolesnika, pruža im najbolju moguću skrb te poštuje dostojanstvo svih ljudskih bića koja samostalno raspolažu vlastitim životom i zdravljem;
- zdravstveno osoblje mora imati adekvatnu formalnu izobrazbu, kontinuiranu edukaciju i superviziju;
- uzajaman odnos bolesnika i terapeuta mora biti temeljen na povjerenju, tajnosti, otvorenosti, suradnji i odgovornosti;
- bolesnik mora biti informiran o prirodi bolesti, o dijagnostičkim i terapijskim postupcima, mogućim alternativnim metodama i prognozi bolesti
- u slučajevima kada bolesnik nije u stanju izraziti svoju volju i procijeniti što je u interesu njegova zdravlja ili iz istog razloga ugrožava druge ljude, mogu se primijeniti dijagnostičke i terapijske metode bez suglasnosti bolesnika.

Društveni red, individualne slobode, sigurnost i opasnost nisu područja samo psihijatrije. Mentalno zdravlje pojedinaca i zajednice i njihova prava i slobode izlaze iz okvira klasične medicine i psihijatrije. Različiti dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski postupci imaju za cilj olakšati tegobe bolesnika sa psihičkim poremećajima i pomoći im u postizanju pune sposobnosti u donošenju vlastitih odluka o vlastitom zdravlju i zdravlju zajednice u kojoj živi.

Prava i obveze svih građana određeni su Ustavom svake države, ali pravo pokazuje poseban interes za psihički oboljele osobe. To je razlog donošenja raznih zakona o mentalnom zdravlju

u mnogim zemljama kako bi se regulirao odnos društva i psihički oboljele osobe, a u svrhu zaštite oboljelih. U tim zakonima također postoje odrednice koje reguliraju i zaštitu društva od psihički oboljelih osoba u slučaju da oni ugrožavaju druge ljude. Spoznajom o potrebi pravne regulative, u Republici Hrvatskoj je 29. rujna 1997. donesen Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. (1)

3. TEORIJE SESTRINSTVA

Pojam zdravstvene njege ima šire značenje od pojma njege bolesnika. Njega bolesnika je skup vještina usmjerenih zadovoljavanju fizioloških potreba bolesnika, a zdravstvena njega se može definirati kao primjena znanosti i umijeća (science and art) koja se bavi praksom, istraživanjem i teorijom. Specifičnu teoretsku osnovu zdravstvene njege čine teorije zdravstvene njege. Pojam „teorija“ često se shvaća kao „ školska mudrost koja nema veze sa životom“, s obzirom na porijeklo riječi (grč.:theoria – gledanje, razmatranje, znanost) pojam teorija označava: logičko uopćavanje iskustva i prakse, čistu spoznaju, sustav rukovodećih ideja u ovoj ili onoj grani znanja i sustavno izlaganje tih ideja, znanstvene temeljne pojmove neke discipline. Teorija i praksa su usko povezane, pa je o tome jedna od teoretičarki sestrinstva, E. Wiedenbach rekla: „Teorije se rađaju u praksi, potvrđuju kroz istraživanja i opet vraćaju u praksu.“ Važno je napomenuti da se sve teorije zdravstvene njege razlikuju zbog utjecaja stavova, iskustva i specifičnog obrazovanja pojedinih autora, ali i okruženja i vremena u kojem su teorije nastale.

Mnoge teoretičarke su svojim teorijama, koje su primijenile u praksi, unaprijedili zdravstvenu njegu, pristup bolesnicima, opisali utjecaj okoline na pojedinca i pridonijeli kvaliteti i razvoju sestrinstva kao struke. Neke od njih su: F. Nightingale, V. Henderson, D. E. Johnson, D. E. Orem, N. Rooper itd. (2) U ovom radu bit će opisane tri teoretičarke koje su svojim teorijama posebno značenje dale psihološkom pristupu kod pojedinca, a to su: Hildegard E. Peplau, Calista Roy i Betty Neuman.

Hildegard E. Peplau (1.rujna 1909. – 17.ožujka 1999.) rođena u gradu Reading, Pennsylvania (SAD), je medicinska sestra koja je u Američkoj udruzi medicinskih sestara (American Nurses Association – ANA) bila izvršni direktor, a poslije i predsjednica udruge. Bila je prva medicinska sestra koja je izdala knjigu nakon F. Nightingale. (3) Razvila je interpersonalni model. Ona je prva teoretičarka koja je razvila sestrinski model koji je uglavnom primjenljiv u skrbi za mentalno oboljele, ali i u drugim segmentima sestrinstva. Model je zasnovan na teorijama psihoanalize, društvenog učenja, motivacije i razvoja. Ključno u modelu je razvoj odnosa između medicinske sestre i pacijenta. H. E. Peplau je taj odnos opisala kao „psihodinamičko sestrinstvo“, a definirala ga je kao „sposobnost razumijevanja vlastitog ponašanja kako bi se pomoglo drugima da prepoznaju poteškoće i da se primijene principi ljudskih odnosa na probleme na svim razinama iskustva“ (1952.). Sestrinstvo je definirala kao „značajni terapijski, međusobni proces, edukativni instrument“ tijekom kojeg medicinska sestra pomaže pacijentu da prepozna nezadovoljene potrebe i probleme, te da ih definira,

razumije i produktivno riješi. To je, također, i proces promicanja razvoja i sestre i bolesnika. Istaknula je i terapijsku ulogu sestre, koja se razvija pomoću komunikacijskih vještina, bezuvjetnim prihvaćanjem i empatijom. Uz pomoć njih razvija se samosvijesti pacijenata i samostalno donošenje odluka, ali i odnos povjerenja između sestre i pacijenta. Kao cilj sestrinstva navela je poticanje onih čimbenika i uvjeta koji motiviraju prirodne, konstitutivne tendencije u ljudima. H. E. Peplau je prepoznala i preporučila sestrama da prihvate određene uloge dok rade s pacijentima. Uloge mogu biti različite s obzirom na tijek skrbi i uočene potrebe, te se kreću od početne uloge stranca, preko uloge u kojoj je medicinska sestra izvor informacija, učiteljica, savjetnica, vođa, tehnički stručnjak, pa čak i surogat. Opisala je četiri faze međusobnog odnosa kroz koje se te razne uloge primjenjuju.

1. faza – orijentacija – početni stadij odnosa sestra-pacijent. Ovo je faza u kojoj sestra upoznaje pacijenta i tek treba izgraditi odnos povjerenja kako bi mogla procijeniti pacijentove potrebe. U ovoj fazi je važno razviti suradnju kako bi se lakše prepoznali, ispitali i pronašli načini rješavanja korisnikovih problema. Tokom ove faze, sestra od početke uloge stranca ubrzo dolazi do uloge učiteljice ili vođe, postaje izvor informacija za pacijenta.
2. faza – identifikacija ili prepoznavanje – tokom ove faze sestra prelazi u ulogu savjetnice i u suradnji s pacijentom radi na prepoznavanju njegovih problema, ali i jačanju onih njegovih pozitivnih strana. Kroz ovu fazu jača se i razvija odnos između sestre i pacijenta. Povjerenje se posebno može razviti ako otvoreno dijele misli i osjećaje.
3. faza – iskorištenje ili provedba – ovo je faza koja slijedi nakon zajedničke identifikacije i razumijevanja pacijentovih problema tijekom koje se raspravlja o mogućim rješenjima. Ulogom savjetnice ili surogata, sestra pomaže pacijentu da preuzme odgovornost pri donošenju odluka i kontroliranju problema. Na taj način, pacijent stječe nezavisnost i postupno se oslanja na vlastite snage.
4. faza – rješavanje – ovo je završna faza u kojoj sestra i pacijent zajedničkim snagama rade na rješavanju problema te postavljanju ciljeva koje će pacijent u budućnosti moći ostvariti sam ili uz minimalnu pomoć medicinske sestre. Rješenje je uspješno kad oboje sumiraju svoj odnos, njegovo značenje i postignuća. U ovoj fazi, uloga sestre je uglavnom uloga vođe kako bi uz pomoć drugih članova tima osigurala stalnu potporu pacijentu.

H. Peplau je u svojoj teoriji još definirala osobu, zdravlje i okolinu. Osobu je definirala kao korisnika odnosno pacijenta, pojedinca sa svojim jedinstvenim biokemijskim, fiziološkim, psihološkim i socijalnim značajkama i potrebama. Svi ljudi tokom svog života stječu neka iskustva koja utječu na njihovo ponašanje, a to ponašanje je smisleno i upravljeno ka samoodržavanju, smanjenju napetosti zbog nezadovoljenih potreba. U slučaju kada pojedinac osjeti ili prepozna nezadovoljenu potrebu, može potražiti profesionalnu pomoć. Pojedinac se percipira kao organizam koji živi u nestabilnoj okolini, a ta nestabilnost nosi rizike za zdravlje

i utječe na zdravstveni status. Zdravlje je definirala kao jedan kontinuum, razvoj osobe usmjeren na kreativan, konstruktivan i produktivan osobni život i život u zajednici. Naglasak je stavila više na osobu koja je u procesu sazrijevanja, nego na fiziološke i biološke aspekte života. Naglašena je i potreba za konstruktivnim i produktivnim životom u zajednici koji medicinska sestra može olakšati čak i uvjetima nestabilne okoline. Okolinu je definirala kao snage izvan pojedinca, ali unutar kulturalnog konteksta, a koje utječu na međusobni proces.

Ovim modelom omogućena je veća razina učenja i razvijanja stavova o vlastitom zdravlju i veća kontrola vlastitih postupaka u vezi zdravstvenih problema. Ponašanje i zrelost sestre su osnove za razvoj odnosa s pacijentima. (4)

Calista Roy – (14.listopada 1939.) rođena u Los Angelesu, California (SAD) , poznata teoretičarka sestrinstva i autorica. Tokom magisterija, u suradnji s Dorothy E. Johnson, još jednom od poznatih teoretičarki sestrinstva, razvila je konceptualni model zdravstvene njege, a poznata je po razvoju vlastitog modela adaptacije. (5)

U modelu adaptacije stavila je naglasak na prilagodbu pojedinca na podražaje, odnosno na održavanje ravnoteže, stabilnosti i harmonije između pojedinca i okoline. C. Roy navodi da svaki pojedinac teži relativnoj životnoj ravnoteži, ali je podložan raznim stresorima. Kako bi pojedinac postigao tu ravnotežu, kao bio-psiho-socijalni sustav, koristi se svojim biološki, psihološkim i socijalnim mehanizmima u interakciji i prilagodbi s okolinom. Ta prilagodbe su individualne. Svaki sustav unutar osobe teži k fiziološkoj i bihevioralnoj homeostazi, odnosno ravnoteži fizioloških funkcija i konstantnosti funkcioniranja kako bi se organizam održao na optimalnoj razini. Neučinkoviti odgovori u svladavanju nastaju kada su zahtjevi koje čine podražaji preveliki ili su adaptivni mehanizmi osobe premali. U slučaju kad dođe do neusklađenosti, treba poduzeti korektivne akcije.

Calista Roy opisala je tri skupine podražaja na koje nastaje adaptivna reakcija:

1. fokalni ili žarišni podražaji – to su podražaji koji su trenutačno prisutni, odnosi se na promjenu ili problem koji je trenutačno prisutan kod osobe i zahtjeva prilagodbu odnosno adaptivne odgovore na taj podražaj.
2. kontekstualni podražaji – odnosi se na podražaje koji su prisutni u osobi ili okolini, a predstavljaju kontekst (cjelinu, okolnost) u kojem se pojavljuje žarišni problem.
3. rezidualni podražaji – ovi podražaji izviru iz prošlih iskustava i uključuju uvjerenja, stavove ili svojstva koji utječu na sadašnju situaciju osobe. Oni pridonose učinku fokalnih podražaja i određuju razinu stresa ili adaptacije.

Svaki podražaj ima svoj adaptivni odgovor, a C. Roy je adaptivne odgovore opisala kao bihevioralne odgovore. Postoje četiri modusa adaptacije ili odgovora koji utječu na ponašanje. Jedan adaptivni odgovor je fiziološki, a tri su psihosocijalna. Ponašanjem osobe vidimo jeli adaptacija učinkovit ili neučinkovit odgovor na podražaje. Adaptivni odgovori promiču

integritet osobe tako što čuvaju energiju, unapređuju preživljavanje, reprodukciju, rast i sklad tjelesnog sustava.

Medicinska sestra prvo prosuđuje odnos prema četiri moguća modusa adaptacije, svaki od njih ima specifične probleme koji se mogu prepoznati tijekom sestrinske prosudbe:

1. fiziološki modus – uključuje postizanje homeostaze i obuhvaća fiziološke potrebe pojedinca, odnosno disanje, prehranu, eliminaciju, integritet kože, tekućinu i elektrolite, osjete, neurološke i endokrine funkcije, aktivnosti i odmor.
2. psihosocijalni modusi:
   a) samosvijest – doživljavanje samog sebe, odnosi se na razumijevanje vlastitih ponašanja i odnosa s drugima. Ovaj modus čine osjećaji i uvjerenja koja u određenom trenutku utječu na ponašanje pojedinca, a uključuje psihički integritet, moralnu, etičku, duhovnu i fizičku samopercepciju, dosljednost, čvrstoću, učenje, vlastita očekivanja, unutarnje poimanje sebe i samopoštovanje.
   b) izvršavanje uloga – ovaj modus uključuje uloge i položaj pojedinca u socijalnom okruženju, izvedbu i svladavanje uloga (supruga, majka, zaposlenik, sportaš itd.), socijalni integritet, očekivanja obitelji i drugih bitnih osoba.
   c) međuovisnost – odnosi se na međusobni bliski odnos ljudi i uključuje sposobnost davanja i primanja osjećaja ljubavi, poštovanja, prihvaćanja, vrednovanja drugih, brigu za druge, primjerenu osjećajnost, sustav potpore i sl.

Nakon prosudbe adaptivnih reakcija i neučinkovitih ponašanja u svakom od ovih modusa, sestra nastavlja procjenu druge razine određujući fokalne, kontekstualne i rezidualne podražaje koji su ključni za ponašanje. Po završetku prosudbe, sestra postavlja dijagnozu koja je rezultat procjene prve i druge razine. Ona je opis ponašanja i stimulansa koji su neučinkoviti ili traže poboljšanje. Sestrinski cilj je prepoznavanje bihevioralnih odgovora u zajedničkom dogovoru s pacijentom.

Roy je definirala korisnika sestrinske skrbi kao osobu, pojedinca ili zajednicu s prisutnim negativnim podražajima ili neučinkovitim mehanizmima rješavanja problema. Pojedinac funkcionira kao adaptivni sustav koji odgovara na unutarnje i vanjske podražaje pomoću četiri modusa adaptacije. Razina prilagodbe određena je intenzitetom i različitošću fokalnih, kontekstualnih i rezidualnih podražaja. Medicinska sestra potiče razinu prilagodbe tako što pomaže da se umanje neučinkoviti odgovori ili ojačaju ponašanja koja olakšavaju prilagodbu. Zdravlje je definirala kao stanje ili proces postojanja ili postajanja tijekom kojeg pojedinac postaje integrirana i potpuna osoba. Adaptacijom pojedinac čuva energiju, tako što izbjegne neučinkovite pokušaje svladavanja problema te se sačuvana energija može iskoristiti za očuvanje integriteta, ozdravljenje ili poboljšanje zdravstvenog stanja. U ovom slučaju integritet podrazumijeva snagu koja vodi ka potpunosti i jedinstvenosti. Okolinu je definirala kao sva stanja , okolnosti i utjecaje koji su važni za razvoj i ponašanje osobe ili skupina te

bilo koje situacije vezane za zdravlje. Unutarnji i vanjski stimulansi, te fokalni, kontekstualni i rezidualni definiraju okolinu i zajednički tvore adaptivnu razinu osobe ili zonu sposobnosti prevladavanja problema.

Ovaj model pomaže medicinskoj sestri da se usredotoči na problem uzimajući u obzir kontekst u kojem se problem javlja, te prošle događaje koji utječu na percepciju problema pojedinca i time na razinu postignute adaptacije. Pomaže sestri da shvati kompleksnost potreba pacijenata i složenost razvijanja odnosa pomaganja. Model ima holistički pristup jer poima osobu kao bio-psiho-socijalno biće odnosno kao cjelinu. (4)

Betty Neuman, rođena u gradu Lowel, Ohio (SAD) 1924. godine. (6) Osmislila je sistemni model zdravstvene skrbi odnosno model kompleksnih sustava usredotočenih na stres i sposobnost pojedinca da se othrva stresorima (1974., 1982., 1989.,). Pojedinci su stalno izloženi raznim stresorima, ali imaju i obrambeni sustav koji je predstavljen kao niz koncentričnih kružnica koje predstavljaju zaštitne slojeve u čije se središtu nalazi osoba. Te zaštitne linije štite ga od učinaka stresora. Model Betty Neuman definira pojedinca kao „dinamičku kompoziciju fizioloških, sociokulturalnih, razvojnih i spiritualnih varijabli“ (Neuman, 1989.). Kroz razine interakcije i prilagođavanja osoba održava unutarnju i vanjsku ravnotežu i harmoniju sustava. Neuman je definirala sestrinstvo kao pružanje pomoći korisnicima da postignu i održe sustav stabilnosti. Medicinske sestre pomažu pojedincima da smanje učinke stresa i štetna stanja koja su smetnja optimalnom funkcioniranju. Sestrinstvo se bavi nastalim ili mogućim reakcijama osobe na stresore. Cilj sestrinskih intervencija jest postizanje ili održavanje ravnoteže sustava kod osobe, a sestrinska intervencija započinje kada se stresori prepoznaju ili kada se na njih posumnja. Intervencije se provode na tri razine prevencije: primarna, sekundarna i tercijarna.

Primarna prevencija – sastoji se od intervencija koje započinju prije ili nakon sudara sa stresorima i uključuje smanjivanje mogućnosti kontakta s njima i osnaživanje vanjske fleksibilne linije obrane ako su oni već prisutni.

Sekundarna prevencija – započinje neposredno nakon kontakta sa stresorom i podrazumijeva rano pronalaženje slučajeva i liječenja simptoma stresa.

Tercijarna prevencija – započinje nakon liječenja i usmjerena je na ponovnu prilagodbu osobe, na održavanje stabilnosti i ponovno obrazovanje kako bi se spriječili budući poremećaji.

Betty Numan opisala je i tri vrste stresora,a to su:

intrapersonalni – to su oni stresori koji su prisutni u osobi.

interpersonalni – to su stresori koji su u vezi s odnosima između dvoje ili više ljudi.

ekstrapersonalni – odnosi se na vanjske čimbenike stresa koji su povezani sa širom okolinom. Pojedinac se sastoji od središnje jezgre ili temeljne strukture s trima zaštitnim slojevima. Središnja jezgra sastoji se od normalnog raspona temperatura, genetičke strukture, snage organa, slabosti, strukture ega i znanja. Tri sloja koja okružuju osobu i štite ga od stresora su: vanjski sloj tzv. fleksibilna linija obrane koja štiti pojedinca tako što djeluje kao dinamični ublaživač stresora, ali je osjetljiva na unutarnje čimbenike, npr. glad, nesanicu i sl.. Drugi sloj je linija otpornosti, razvija se s vremenom i nastoji zadržati stabilno stanje preko obrazaca svladavanja, životnog stila i uobičajenih načina podnošenja stresa. Unutrašnjih sloj naziva se još i linija otpora, a sastoji se od unutarnjih čimbenika koji pokušavaju ponovno stabilizirati osobu i vratiti normalnu liniju obrane kad ju probije stresor.

B. Neuman je definirala zdravlje kao razinu dobrobiti u kojoj su zadovoljene sve potrebe i više se energije stvara i pohranjuje nego što se troši. Dobrobit je stanje ravnoteže u kojoj je čovjek sposoban adekvatno savladati stresore i/ili ponovno steći svoje optimalno zdravstveno stanje nakon rekreacije na stresore, te tako sačuvati integritet svog sustava. Okolinu je definirala kao unutarnje i vanjske sile koje okružuju pojedinca u određenom trenutku, dok se okruženje u koji se odvija sestrinska skrb ne opisuje.

Ovaj model se koristi holističkim pristupom te ističe utjecaj okoline na zdravlje, stavlja naglasak na ravnotežu i zdravlje, a ne na bolest. Model je osporavan u dijelu koji se odnosi na pojedince, jer ne uspijeva priznati jednako osobu i okolinu kao izvore stresa, a to bi značilo pasivno oslanjanje pojedinca na sestrinske intervencije za ublažavanje stresa, dok suvremeni pristupi naglašavaju partnerski odnos između medicinske sestre i pacijenta i potrebu pružanja potpore pacijentima da sami donose odluke i odgovorno preuzimaju brigu o svom životu i zdravlju, pa tako i u kontroli stresora. Treba omogućiti ljudima da izmijene okolinu ili okolnosti koje štete zdravlju prije nego li ih prihvate i prilagode im se. (4)

4. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Pojam „proces zdravstvene njege“ počeo se koristiti u američkoj stručnoj literaturi pedesetih godina, u engleskoj sedamdesetih, a našoj osamdesetih. To je pojam koji označava pristup u otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege. Pojam „problem“ koristi se u svakodnevnom životu kao naziv neke trenutne prepreke ili

komplicirane situacije, međutim u procesu zdravstvene njege pojam „problem“ ima drugačije značenje, a odnosi se na svako stanje koje odstupa od normalnog ili poželjnog i zahtjeva intervenciju medicinske sestre bez obzira na poteškoće koje se u svezi s tim mogu javiti.

Svaka sestrinska intervencija usmjerena je rješavanju pacijentovog problema, ali proces odlučivanja o potrebi određenih intervencija može biti različit. Odlučivanje, kako u svakodnevnom tako i u profesionalno životu, može biti različito, pa je samim tim definirano nekoliko načina odlučivanja:

- intuitivno – kada ne postoji jasno i/ili svjesno obrazloženje za odluku, npr. osjećaj da to što radimo bi mogla biti dobra odluka.
- prihvaćanje savjeta drugih (stručnjaka) – osoba radi po nalogu, ono što joj netko drugi kaže.
- iskustveno – osoba zna što treba učiniti na osnovi prijašnjih iskustava, ali ne zna objasniti zašto to čini upravo na način koji čini, npr. primijetili smo da neko drugi radi neki postupak koji je učinkovit, mi radimo to isto, ali ne znamo objasniti zašto je to učinkovito.
- logično, racionalno i utemeljeno na znanju – osoba samostalno donosi odluku koju je u stanju obrazložiti.

Ista odluka može biti donesena na sve prethodno nabrojane načine, odnosno pri analizi odluke nije važan sadržaj odluke već način na koji je odluka donesena.

U procesu zdravstvene njege, posljednji način odlučivanja obuhvaća dva glavna koraka, a to su: prepoznavanje i imenovanje pacijentovog problema te planiranje i provođenje postupaka usmjerenih na rješavanje problema uz obveznu provjeru njihove uspješnosti odnosno evaluaciju. To bi značilo da medicinska sestra na osnovu pacijentovih simptoma i specifičnih znakova tj. stanja ili ponašanja koje odstupaju od normalnog i poželjnog, prepoznaje problem, te svjesno planira i provodi sestrinske intervencije usmjerene rješavanju tog problema.

Takav pristup procjenjivanju i odlučivanju je racionalan, logičan i utemeljen na znanju, a naziva se proces zdravstvene njege. Definicija procesa zdravstvene njege je – sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se kroz četiri faze:

1. utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
2. planiranje zdravstvene njege
3. provođenje zdravstvene njege
4. evaluacija zdravstvene njege

Pojedini autori koriste različite nazive i opise pojedinih faza, ali osnovna ideja je uvijek ista, a to je da medicinska sestra procjenjuje pacijentovo stanje kako bi prepoznala potrebu za zdravstvenom njegom, potom planira i provodi intervencije namijenjene zadovoljavanju tih

potreba i na kraju provjerava (evaluira) jeli pružena pomoć bila djelotvorna, odnosno jesu li pacijentove potrebe za zdravstvenom njegom zadovoljene.

Proces zdravstvene njege često se tumači kao novi pristup ili način rada, ali možemo govoriti samo o njegovoj relativno novoj i specifičnoj teoretskoj osnovi. Ta ideja procesa datira još iz doba Florence Nightingale koja je 1859. godine napisala: „Najvažnija praktična lekcija koja može biti pružena medicinskim sestrama je podučiti ih promatranju – kako promatrati, koji simptomi upućuju na poboljšanje...“

Helen Yura i Mary B. Walsh 1983. godine definiraju proces zdravstvene njege kao: „Unaprijed određen niz aktivnosti usmjerenih ispunjavanju svrhe zdravstvene njege – održavanju zdravlja pojedinca ili ako je ono narušeno, osiguravanju one količine i kakvoće zdravstvene njege koju njegovo stanje zahtijeva da bi ozdravio. Ako se zdravlje ne može vratiti, primjena procesa zdravstvene njege mora doprinijeti postizanju najviše moguće kakvoće života što je duže moguće.“ One su ga prve opisale u četiri faze i to 1967. godine. Sredinom sedamdesetih godina Bloch (1973.), Roy (1975.), Mundinger i Jauron (1975.) izdvajaju definiranje dijagnoze što rezultira opisom procesa zdravstvene njege koji se odvija u pet faza.

Dok se kroz obrazovanje medicinskih sestara proces zdravstvene njege javio prije nego se sam taj naziv javio i teoretski obradio, u praksi je bilo drugačije. Intuitivno i iskustveno odlučivanje sve više je ustupalo mjesto odlučivanju utemeljenom na znanju i sustavnosti, kako je i opisano u procesu zdravstvene njege, međutim to je ipak više bila iznimka nego li pravilo u sestrinskoj praksi. Primjenjivati proces zdravstvene njege znači samoinicijativno, namjerno, planski i sustavno otkrivati pacijentove probleme iz područja zdravstvene njege te ih rješavati i evaluirati po prethodno razrađenom planu. Takav pristup otkrivanju i rješavanju problema je racionalan i utemeljen na znanstvenim spoznajama.

Može se reći da se ideja procesa zdravstvene njege kroz dug period vremena i pod utjecajem vremena, teoretičara i napretka tehnologije, razvijala i nadograđivala i da će se to zasigurno nastaviti u budućnosti. (2)

4.1. UTVRĐIVANJE POTREBA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM

Utvrđivanjem pacijentovih problema, odnosno potrebe za zdravstvenom njegom, započinje proces zdravstvene njege, a on obuhvaća prikupljanje podataka, analizu prikupljenih podataka i postavljanje sestrinske dijagnoze odnosno definiranje problema.

Dijagnoza u procesu zdravstvene njege znana kao sestrinska dijagnoza opis je aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema kojeg su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene riješiti. (Gordon, 1986.) Sestrinska dijagnoza predstavlja osnovu plana zdravstvene njege.

U svrhu postavljanja sestrinske dijagnoze medicinska sestra procjenjuje pacijentovo stanje na osnovi prikupljenih podataka o njegovom psihofizičkom stanju te okolinskim utjecajima na njegovo zdravlje. Podatke može prikupljati primarno – izravno od samog pacijenta, te sekundarno – od članova obitelji ili bliskih osoba pacijenta, drugih zdravstvenih djelatnika. Pri tome se koriste tehnike intervjua, promatranja, mjerenja i analize dokumentacije. To čini samoinicijativno, savjesno, namjerno, planski i sustavno. Nužan, ali ne i dovoljan uvjet postavljanja dobrog plana zdravstvene njege su točni i značajni podaci. Problem sadržan u dijagnozi može biti: aktualan – već prisutan i zahtijeva intervencije usmjerene rješavanju ili potencijalan – problem koji će se javiti ako izostanu intervencije usmjerene njegovoj prevenciji. Ako se validacijom utvrdi da je potrebno prikupiti još podataka kako bi bili sigurni da je određeni problem prisutan dijagnoza se smatra „vjerojatnom“, što je analogno radnoj medicinskoj dijagnozi. Tek nakon pozitivne validacije, dopušteno je formuliranje odnosno postavljanje „konačne“ sestrinske dijagnoze. Važno je naglasiti da je dijagnoza u procesu zdravstvene njege uvijek različita od medicinske dijagnoze.

Prilikom prikupljanja podataka važno je razlikovati subjektivne i objektivne, budući da su subjektivni pod utjecajem raznih činitelja i zbog toga mogu biti netočni. Podjela u te dvije skupine uvjetovana je tehnikom prikupljanja podataka. Mjerenjem dobivamo objektivne podatke (npr. mjerenje tjelesne temperature toplomjerom), a intervjuom i promatranjem subjektivne (npr. pacijent se žali na bol i na skali boli, bol ocjenjuje 10/10, ali medicinskoj sestri se čini da ga ne boli jako). Važno je obratiti pažnju na dosljednost podataka prikupljenih različitim tehnikama (subjektivnim i objektivnim) i iz različitih izvora.

Prema V. Henderson, medicinska sestra prikuplja podatke na osnovi kojih može procijeniti stupanj pacijentove samostalnosti u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba: psihofizičko stanje, reakcije na bolest i hospitalizaciju, stanje svijesti, znanje, razinu obrazovanja, navike u svezi sa zadovoljavanjem osnovnih potreba.

Analiza prikupljenih podataka obuhvaća njihovu reviziju (sređivanje prema sustavu, provjeru cjelovitosti), interpretaciju (tumačenje, objašnjenje) i validaciju (testiranje hipoteza, provjeru točnosti zaključaka). Postupkom interpretacije podaci se transformiraju u informacije o stanju pacijenta. Teoretska osnova interpretacija su spoznaje o normalnim i fiziološkim, patološkim, psihološkim i socijalnim aspektima osnovnih ljudskih potreba. Kroz interpretaciju medicinska

sestra mora odgovoriti na pitanja: odstupa li pacijentovo stanje i ponašanje od normalnog odnosno poželjnog, što je uvjetovalo takvo stanje i ponašanje, koji su neželjeni učinci i moguće posljedice tog stanja, te kako se ono odražava na zadovoljavanje osnovnih potreba. Postoje četiri teoretski moguća odgovora, a to su: pacijent (zdrava osoba) svojim ponašanjem ugrožava vlastito zdravlje (konzumira alkohol, cigarete, opojna sredstva, itd.), pacijent ne može samostalno zadovoljiti svoje potrebe (npr. bolesnik s hemiplegijom ne može se samostalno okupati ili odjenuti), pacijent ne smije samostalno zadovoljavati svoje potrebe (npr. liječnik je propisao strogo mirovanje zbog DVT-a), pacijent mora promijeniti dosadašnji način zadovoljavanja svojih potreba (npr. pacijent mora promijeniti način prehrane radi bolesti – dijabetesa, visokog krvnog tlaka, Chronove bolesti itd.)

Ovakav način ponašanja ili novonastala situacija dovodi do pacijentove nesamostalnost, a uzrok tome može biti neznanje, bolest i nemoć i/ili dijagnostički i terapijski postupci. (4)

4.2. PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Planiranje zdravstvene njege odnosi se na utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje sestrinskih intervencija.

Utvrditi prioritete znači odrediti redoslijed rješavanja otkrivenih problema s obzirom na njihovu važnost, težinu i objektivne mogućnosti rješenja. Utvrđivanje prioriteta zajednička je aktivnosti medicinske sestre i pacijenta, u kojoj sestra koristi svoje profesionalno znanje i vještine, a pacijent se oslanja na osobno iskustvo i znanje, svoje želje te vlastitu percepciju važnosti i težine problema.

Medicinska sestra u suradnji s pacijentom, a po završetku utvrđivanja prioriteta, definira ciljeve zdravstvene njege, za svaki problem posebno. Cilj je željeni ishod zdravstvene njege, a odnosi se na ublažavanje ili uklanjanje problema opisanih u dijagnozi. Evaluaciju uspješnosti provedenih intervencija određuju jasno definirani ciljevi. S obzirom na vrijeme kroz koje ćemo provoditi intervencije kako bi postigli zadani cilj postoje kratkoročni, srednjoročni i dugoročni ciljevi. Primjerenost pojedine skupine ciljeva uvjetovana je dinamikom pacijentovog stanja (npr. u JIL-u stanje pacijenata se mijenja iz minute u minutu stoga su ciljevi isključivo kratkoročni)

Medicinska sestra mora poznavati sve teoretski poznate načine rješavanja problema, kako bi pri planiranju intervencija izabrala najprikladnije, a da su utemeljene na znanju, prilagođene pacijentu te realne i konzistentne s cjelokupnim planom sa što manje neželjenih učinaka.

Intervencije koje planira i provodi medicinska sestra odnose se na tri skupine pomoći:

1. neposredna fizička pomoć
2. motiviranje, vođenje, usmjeravanje i osiguravanje socijalne podrške
3. edukacija i savjetovanje

Važno je, uz sve navedeno, odrediti osobu koja će provoditi planirane intervencije, te vrijeme i mjesto kada će se provoditi intervencije. Ta osoba može biti sam pacijent ili njegovi članovi obitelji, bliske osobe, ali i stručno osoblje tj. pomoćni djelatnici u zdravstvu i medicinske sestre sa srednjom i viškom stručnom spremom.

Cjelokupni postupak planiranja završava s izradom plana zdravstvene njege koji sadrži dijagnoze, ciljeve, intervencije i prostor predviđen za evaluaciju učinjenog. (4)

4.3. PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Treća faza procesa zdravstvene njege uključuje provođenje zdravstvene njege, obuhvaća validaciju plana, analizu uvjeta za njegovo provođenje i kritičku realizaciju planiranog.

Validacija plana je provjera valjanosti, ispravnosti, opravdanosti i kakvoće sastavljenog plana, a provjerava ga medicinska sestra koja ga je sastavila. Poseban oblik validacije plana odnosi se na njegovu provjeru s pacijentom i pacijentovo prihvaćanje plana. U slučaju da medicinska sestra nema dovoljno iskustva u rješavanju određenog problema ili se suočila sa posebno složenom situacijom vezanom za pacijentovo zdravlje, preporučuje se konzultiranje sa drugim članovima tima za zdravstvenu njegu, ali i s drugim stručnjacima (fizioterapeutima, psiholozima, liječnicima).

Prije provođenje sastavljenog plana, važno je još jednom provjeriti jeli taj plan realan odnosno usklađen s mogućnostima osoblja i zdravstvene ustanove. Važni su kadrovski i tehnički uvjeti kako bi kvalitetno proveli plan zdravstvene njege.

Plan zdravstvene njege može se mijenjati iako je njim predviđeno što, kada i kako treba učiniti. Važno je naglasiti da, iako je u planu navedeno tko, što, kada i kako treba učiniti, to ne znači da se nešto izvan tog plana ne treba učinit i da plan treba provesti pod svaku cijenu. Uvijek može doći do promjene pacijentovog stanja pa će se s tim promijeniti i prioriteti. Plan može mijenjati medicinska sestra koja ga je sastavila ili u slučaju njenog odsustva nadzorna sestra odjela. O promjeni plana zdravstvene njege moraju biti obaviješteni i ostali članovi tima za zdravstvenu njegu. (4)

4.4. EVALUACIJA U PROCESU ZDRAVSTVENE NJEGE

Evaluacije je četvrta i posljednja faza procesa zdravstvene njege, a obuhvaća evaluaciju cilja i plana. Evaluacija cilja sastoji se od ponovne procjene pacijentovog stanja i ponašanje te usporedbe sa željenim, unaprijed definiranim ishodom. Evaluacija se sastoji od ocjene jeli i do koje razine postavljeni cilj postignut. Trajna evaluacija se odnosi na kontinuirano praćenje pacijentovog stanja i ocjenjivanja da li promjene idu u smjeru definiranog cilja. Završna evaluacija vrši se u satu ili danu predviđenom za postignuće cilja.

Evaluacija plana nastavlja se na evaluaciju cilja. Ako cilj nije postignut potrebno je utvrditi zašto i po potrebi mijenjati prvotni plan. Ako je cilj postignut, važno je evaluirati da li postoji mogućnost recidiva tog problema i jesu li se javili novi problemi. U tom slučaju važno je izraditi novi plan zdravstvene njege.

5. TERAPIJSKE INTERVENCIJE – KOMUNIKACIJA IZMEĐU MEDICINSKE SESTRE I PACIJENTA

Komunikaciju možemo definirati kao: „proces koji uključuje smisleno razmjenu između najmanje dvoje ljudi, s ciljem da se prenesu činjenice, potrebe, mišljenja, misli, osjećaji ili druge informacije, i verbalnim i neverbalnim putem, uključujući i izmjenu licem u licem i pisanu riječ.“ Smatra se temeljem učinkovite prakse zdravstvene njege.

Glavni oblici komunikacije dijele se na verbalnu i neverbalnu, međutim verbalna komunikacija sadrži samo 30% ukupne ljudske komunikacije, a 70% komunikacije odnosi se na neverbalnu komunikaciju. Neverbalna komunikacija koristi se kao zamjena za neke riječi, to se odnosi na jačinu i visinu glasa, kontakt očima, izraz lica i korištenje dodira. Ovakav oblik komunikacije teško je sakriti i teško je njime upravljati. (7)

Osim riječima, ljudi svoj odnos prema društvenoj okolini, ali i prema sebi, izražavaju i neverbalnim znakovima, odnosno onime sto se često naziva govorom tijela. Kao što su oblici verbalne komunikacije mnogoliki i raznovrsni, tako i neverbalna komunikacija obuhvaća čitav niz strategija ponašanja u različitim prigodama i okruženjima. (8)

Većina odraslih osoba prepozna neverbalne znakove, ali ne uspije odgovoriti na njih. Važno je da zdravstveni stručnjaci postanu vješti u identificiranju i odgovaranju na neverbalnu poruku posebno onda kada je u sukobu što osoba govori.

Komunikacija u svim svojim oblicima podupire pružanje učinkovite psihološke njege i dopušta nam da identificiramo i prikladno odgovorimo na psihološke potrebe naših pacijenata. (7)

5.1. FAZE EMOCIONALNE NJEGE

Emocije se često opisuju kao „osjećaji“, a najčešće emocije su tuga, sreća, ljutnja i strah. Postoji gledište da se cijeli raspon mogućih ljudskih emocija može svesti na sedam glavnih: tuga, ljutnja, strah, iznenađenje, gađenje, prezir i užitak. Smatra se da su nam te emocije urođene, te da se mogu zapaziti kod male djece. Neki autori predlažu samo pet kategorija emocija, a to su: tuga, ljutnja, sreća, strah i gađenje i one se smatraju dovoljnima da se obuhvate temeljne ljudske emocije.

Uloga medicinske sestre u pružanju emocionalne njege je odrediti točnu emociju ili skup emocija koje pacijent doživljava.

Emocije dolaze u „paketu“ sa tjelesnim reakcijama, mislim i ponašanjem. Nakon što smo odredili točnu emociju ili skup emocija moramo odrediti dubinu te emocije i način na koji je pacijent doživljava u određenom vremenu.

Najučinkovitiji način određivanja temeljnih emocija je izravno pitanje o njima. Prečesto korišteno pitanje „Kako se osjećate?“ može zvučati kao klišej, ali ponekad će dovesti do jasnog verbalnog odgovora. Međutim, trebali bi uvijek biti svjesni da pacijent često koriste „ kulturu maskiranih reakcija“ te pri izjavi „Dobro sam, hvala.“ ne mora nužno značiti da je tako.

Drugi zadatak je odrediti snagu ili dubinu emocija. Ne postoje apsolutno točni i netočni odgovori kada su u pitanju emocije, jer su to samo riječi i ne mogu točno prenijeti emocionalno stanje. Primjerice ako uzmemo riječ strah neke riječi povezane s tom mogu biti: strahovanje, užas, tjeskoba, nervoza, zabrinutost, briga i panika. Ako želimo poredati po snazi u rasponu od slabih do jakih, može izgledati otprilike ovako: strahovanje, nervoza, briga, zabrinutost, tjeskoba, strah, panika i užas. Riječ „mirnoću“ možemo ubaciti na početak navedenog kontinuuma kako bi pokrili nepostojanje te emocije. Dostupne su mnoge skale procjene koje pokušavaju objektivizirati dubinu doživljene emocije. Međutim, jednostavnije je pitati pacijenta za praktičan prikaz tako da, kada kaže da je anksiozan, pitate da rangiraju svoju anksioznost na skali od 0 do 10, gdje 0 predstavlja potpunu mirnoću, a 10 najgoru anksioznost koju možete zamisliti. Na ovaj način možemo dobiti bolji dojam o njihovom

doživljavanju emocije, ali i koristiti ovu mjeru kao temelj za usporedbu kako se osjećaju u kasnijim situacijama.

Treći zadatak emocionalne njege je poticanje pacijenata na izražavanje vlastitih emocija, radije nego da ih drže skrivenima. Cilj ovog zadatka je da se pacijenti osjećaji slušano i shvaćeno. To će na neki način pomoći njima da se suoče s neugodnim emocijama koje mogu pogoršati tjelesne simptome, pojačati bol, te naštetiti mogućem oporavku. Bennett (1994.) navodi da emocionalna njega uključuje „osiguravanje okoline u kojoj pacijent ima dopuštenje da istražuju neke od negativnih emocija koje proizlaze iz njegove bolesti.“ Ovakav pristup promiče osjećaj sigurnosti i kontrole.

Međutim, postoji problem s upotrebom riječi „negativno“ u odnosu s emocijama doživljenim u bolesti. To upućuje na neželjeno stanje koje je potrebno mijenjati ili ispravljati. Kako bismo pružili prikladnu emocionalnu njegu, potrebno je prihvatiti da je uobičajeno i normalno da ljudi doživljavaju snažne emocije kad se susreću sa stresnim situacijama poput gubitka ili bolesti i da izražavanje ovih emocija ima terapijsku funkciju.

Završni zadatak kod pružanja emocionalne njege je pružanje emocionalne podrške. Ovaj oblik intervencije može biti učinkovito napravljeno na neformalan način. Nichols (1993.) je kazao da „emocionalna njega ne zahtjeva puno intervencije, te da je objektivno, ne u potpunosti pasivno, dopustiti pacijentima da izraze svoje osjećaje u sigurnoj, podržavajućoj atmosferi, kako ne bi bili izolirani sa svojim problemima i kako bi mogli ostvariti napredak na emocionalnim zadacima koje stvara bolest ili ozljeda.“ Prema Nicholsu, specifične vještine koje se zahtijevaju od njegovatelja u pružanju emocionalne njege uključuju stvaranje osjećaja sigurnosti kod pacijenta, davanje dopuštenja za emocionalno izražavanje, pomaganje pacijentima da dođu u doticaj sa svojim emocijama, pokazivanje razumijevanja, prihvaćanja i dijeljenja osobnih osjećaja.

Jedan od najučinkovitijih načina pružanja emocionalne njege je pomoću komuniciranja empatije, verbalno i neverbalno. (7)

5.2. TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA

Terapijska komunikacija potiče pacijenta na istraživanje svojih osjećaja i razumijevanje vlastitog ponašanja, ali važno je naglasiti da u terapijskoj komunikaciji nema osuđivanja, obeshrabruje se obrambeni stav i potiče se povjerenje između medicinske sestre i pacijenta. Hays i Larson (1963.) razvili su niz terapeutskih tehnika kako bi pomogli medicinskim sestrama razviti što bolji terapeutski odnos sa pacijentima, te i onih neterapeutskih tehnika

kako bi sestre što lakše i preciznije prepoznale ponavljajuće, nepovoljne obrasce ponašanje, te ih eliminirale kako bi lakše izgradile odnos povjerenja s pacijentom. (9)

5.3. TERAPIJSKE INTERVENCIJE/TEHNIKE

Jedna od, može se reći, neobičnijih tehnika je šutnja. Međutim, šutnjom dajemo priliku pacijentu da organizira svoje misli, postavi prioritete i izabere temu razgovora za koju smatra da je veće važnosti od one o kojoj se prethodno raspravljalo.

Prihvaćanje je također jedna od tehnika kojom iskazujemo poštovanje prema pacijentu i potvrđujemo mu da ga razumijemo.

Odajući priznanje pacijentu, jedna je od tehnika, kojom potvrđujemo i ukazujemo na to da smo svjesni onog što nam govori i da to uvažavamo. Ova tehnika je bolja od davanja komplimenta pacijentu, jer odražava prosudbu medicinske sestre.

Odvajanje dovoljno vremena za pacijenta, tehnika je kojom pokazujemo pacijentu interes za njegove potrebe. Ovim načinom pokazujemo da smo mu dostupni ako treba pomoć ili razgovor, što potiče razvoj pacijentovog samopoštovanja.

Također jedna od terapeutskih tehnika je i pružanje prilike pacijentu da preuzme inicijativnu u terapijskoj komunikaciji. Na taj način ga potičemo da prvi izabere temu razgovora ili da iznese svoja razmišljanja, te naglašavano važnost njegove uloge u liječenju.

Nastavak prije navedene tehnike, je poticanje pacijenta na nastavak razgovora. Ovom tehnikom mu dajemo do znanja da smo zainteresirani za ono o čemu govori te da u ovom razgovoru vodi glavnu riječ. Također, ovim načinom ga ohrabrujemo tokom komunikacije.

Smještanje određenog događaja u vremenu i slijedu vremena, je tehnika kojom medicinska sestra i pacijent razgovorom razjašnjavaju prijašnje događaje, te vrijeme i mjesto kada su se ti događaji odvili. Na ovaj način, medicinska sestra i pacijent mogu sagledati određene događaje koje pacijent prepričava, te ih sagledati iz različitih perspektiva.

Promatranje je tehnika kojom se potiče pacijenta da verbalizira ono što promatra ili percipira. Ova tehnika potiče pacijenta da sagleda određena ponašanje, te usporedi vlastite percepcije ponašanja, s percepcijama medicinske sestre.

Tehnika poticanja da se opiše ono što se percipira u određenom trenutku, najčešće se koristi kod pacijenata koji imaju halucinacije. Ovom tehnikom potičemo pacijenta da verbalizira ono što trenutno vidi ili čuje, a što je plod njegove halucinacije.

Poticanje na usporedbu, tehnika je kojom potičemo pacijenta da uspoređuje sličnosti i razlike u idejama, iskustvima i međuljudskim odnosima. Ova tehnika pomaže pacijentu prepoznati

životna iskustva koja imaju tendenciju ponoviti se, kao i one aspekte života koji su promjenjivi.

Prepravljanje je tehnika kojom ponavljamo bit onog što je pacijent rekao, te mu tako dajemo do znanja da je ono što je rekao shvaćeno ili pak neshvaćeno. Ovom tehnikom „dajemo prostor“ pacijentu da pojasni svoja razmišljanja u slučaju da ista nisu shvaćena.

Odražavanje ili reflektiranje, najbolja je terapeutska tehnika kojom se koristimo kad pacijent zatraži savjet. Koristeći ovu tehniku „vraćamo“ postavljena pitanja ili osjećaje pacijentu, kako bi ih lakše prepoznao i prihvatio, te kako bi shvatio da njegovo gledište ima vrijednost.

Fokusiranje, iako nije terapeutska tehnika, dobar je način kojim možemo pomoći pacijentu koji brzo preskače s jedne ideje ili teme razgovora na drugu. U ovom slučaju, medicinska sestra treba istaknuti tj. fokusirati se na određenu ideju koju je pacijent spomenuo ili čak samo jednu riječi. Najčešće se koristi kod pacijenata koji su anksiozni, no fokusiranje se ne bi trebalo nastaviti sve dok se razina anksioznosti ne smanji.

Istraživanje je tehnika kojom pokušavamo saznati više o temi razgovora s pacijentom, njegovom razmišljanju, idejama, iskustvima ili odnosima. Ovom tehnikom se služimo kod pacijenata koji imaju tendenciju ostati na površnoj razini komunikacije. No, ako pacijent trenutno ne želi razgovarati o određenoj temi, medicinska sestra ne bi smjela inzistirati na tome, jer takva situacija može stvoriti osjećaj nelagode kod pacijenta.

Tražeći pojašnjenje i potvrđivanje, tehnika je kojom pokušavamo objasniti ono što je nejasno ili nerazumljivo, te tražiti uzajamno poštivanje. Pojašnjavanje onog što je rečeno, olakšava i omogućava razumijevanje između medicinske sestre i pacijenta.

Prezentiranje realnost, jedna je od terapeutskih tehnika kojom medicinska sestra pomaže pri definiranju realnosti, najčešće kod pacijenata koji imaju halucinacije. Ovom tehnikom pomažemo pacijentu pri definiraju realnosti, te na takav način stvaramo sigurnu okolinu.

Izražavanje sumnje, tehnika koja se koristi kod pacijenata koji pate od deluzija. Medicinska sestra izražava određenu nesigurnost u ono što pacijent predstavlja kao stvarnost, npr: u takvoj situaciji, sestra bi mogla reći: „Razumijem da vi vjerujete da je to istina, ali ja ovu situaciju vidim na drugačiji način.“ Ovim načinom, iskazuje se poštivanje prema pacijentu, ali istovremeno se ukazuje da ono što trenutno proživljava nije stvarno.

Verbaliziranje onog što se podrazumijeva, tehnika je kojom se stavlja u kontekst ono što je pacijent rekao indirektno. Koristi se kod pacijenata koji imaju smanjenu mogućnost verbalne komunikacije.

Prevođenje osjećaja u riječi, način je kojim medicinska sestra pokušava razjasniti pacijentove osjećaje koje iskazuje indirektno, npr. služeći se metaforama, te pokuša doći do srži tih osjećaja kako bi bili jasno razumljivi.

Formiranje plana djelovanja, terapeutska je tehnika kojom medicinska sestra prevenira moguće ispade bijesa ili povećanje razine anksioznosti do krajnjih granica. Tehnikom se koristi na način da se potiče pacijenta da razmisli što može učiniti kada se nađe u stresnoj situaciji, a da pri tome reagira prihvatljivije i racionalnije, te se mirnije i lakše nosi s nastalom situacijom.

U terapeutskoj komunikaciji važna je neverbalna komunikacija koliko i verbalna. Način na koji medicinska sestra razgovara s pacijentom, jednako je važan kao i tema o kojoj razgovaraju. Ovim se načinom unaprjeđuje liječenje i promjena kod pacijenta. (9)

6. TRANSFER I KONTRATRANSFER

Medicinske sestre se svakodnevno susreću s raznim ljudima. Rade s oboljelim osobama, djecom, mladim i starim ljudima koji imaju različite bolesti i probleme. Često se može čuti kako medicinske sestre samo rade svoj posao, sastavljaju planove i provode zdravstvenu njegu. Ali to je daleko više od posla. To su ljudi koji su svoj život podredili njezi o najosjetljivijima u društvu, onim bolesnima koji trebaju pomoć. Oni su za nekog učitelj i savjetnik, za nekog majka, otac ili prijatelj, ona osoba koja pruža utjehu i ulijeva nadu i povjerenje, pravnik koji se zalaže za njihova prava. Medicinske sestre preuzimaju razne uloge kako bi pomogli svojim pacijentima. Svakodnevno se susreću sa početkom života, ali i smrću. Zato možemo reći da sestrinstvo nije samo posao, to je poziv. Uvijek je naglasak na holističkom pristupu prema svim pacijentima i empatiji, ali se nameče pitanje do koje mjere treba ostvariti blizak odnos s pacijentima. Ono što je važno naglasiti, s obzirom na svakodnevno susretanje s teškim životnim situacijama, je da se treba znati „ograditi“ od svakodnevnih stresnih situacija i emocija koje dolaze do izražaja u radu s pacijentima, ne samo kako bi održali profesionalnost u poslu, nego kako bi se pružila što kvalitetnija skrb, ali i sačuvalo vlastito psihičko zdravlje. Svaki pacijent je individua koja će emocionalno reagirati na svoje trenutno zdravstveno stanje. Netko će biti tjeskoban i potišten, netko će biti ljut i

agresivan, netko će odbijati prihvatiti činjenicu da boluje. Sve te razne emocije pacijent će projicirati na druge osobe u okolini, a to su često zdravstveni djelatnici, najčešće medicinske sestre koje provode s pacijentima 24 sata. Važno je ne negirati pacijentove osjećaje, ne ignorirati ih, umanjivati ih ili ulaziti u rasprave s njim. Potrebno je shvatiti da pacijent u takvim slučajevima nije ljut na medicinsku sestru nego je ljut zbog nastale situacije, zbog bolesti i zato se javlja neka od emocionalnih reakcija.

6.1. TRANSFER

Transfer se shvaća kao prijenos osjećaja i svih drugih sadržaja što se nađu u psihičkom prostoru sudionika nekog interpersonalnog odnosa, koji su prikupljeni tokom ranog djetinjstva u relacijama s bliskim osobama, na terapeuta ili savjetovatelja. Prijenos ili transfer predstavlja svojevrstan odnos među osobama koje ulaze u različite i različito duboke i intenzivne relacije. Iako otkriven u kontekstu psihoterapijske situacije,nije rezerviran samo za takve situacije i odnose. Otkrio ga je otac psihoanalize, Sigmund Freud, tijekom vođenja psihoterapije sa svojim pacijentima. Uveo ga je kao pojam u jezik psihoanalize i upozorio na njegovu važnost pri provođenju psihoanalitičke terapije.

Jednostavno rečeno, transfer se shvaća kao prijenos misli, doživljaja, osjećaja, fantazija, različitih poriva i ideja, percepcija i svih drugih sadržaja što se nađu u psihičkom prostoru sudionika nekog interpersonalnog odnosa, a koji su prikupljeni tokom ranog djetinjstva u relacijama s bliskim, uglavnom značajnim osobama (roditelji, braća i sestre, bake i djedovi itd.) na terapeuta ili na neku drugu osobu s kojom se stupa u intenzivniji odnos. Tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi pacijent prenosi emocije, ali i drugu psihološku „građu“ na medicinsko osoblje, a doživljenu u odnosu na neku važnu osobu, prvenstveno iz kruga njegovih bliskih članova obitelji, a onda i ostalih značajnih osoba. Tijekom procesa liječenja, pacijent projicira vrlo intenzivne, često i posve suprotne osjećaje. Tako medicinsko osoblje postane „predmet“ ljubavi, mržnje, obožavanja ili otpisivanja. Pacijent ih doživljava kao silno moćne, svemoguće i velike ili pak malene i nesposobne, ovisno o trenutnom stanju i doživljaju odnosa medicinskog osoblja prema sebi, zadovoljenja trenutnih potreba i vlastite percepcije o približavanju ili udaljavanju od cilja koji želi postići. Tako će se pacijent u jednom trenutku ljutiti ako pomisli da mu osoblje ne pruža dovoljno pažnje ili ne uvažava njegovo mišljenje ili će u drugom trenutku osjećati bliskost i povezanost (npr. kao s članom obitelji) s medicinskim osobljem jer će primijetiti da osoblje duboko proživljava njegove krizne situacije. Od osobite važnosti u radu s pacijentima, ali i nošenje medicinskog osoblja s

raznim emocionalnim reakcijama pacijenata je to što pacijent najčešće ne pokazuje svoje emocije otvoreno jer nije ni svjestan svih transfernih „bura“. Potrebno je shvatiti da sve te negativne emocije, koje u nekim trenutcima osjećaju da su osobno upućene od strane pacijenata, zapravo nisu osobne nego su usmjerene na neke ljude i događaje s kojima ih osoba, opterećena za nju nepremostivim problemima, u tom trenutku izjednačuje. (10)

6.2. KONTRATRANSFER

Danas se i u psihoanalitičkim krugovima, drži da je važno empatirati s korisnikom, da terapeut nije samo sjajno ogledalo, nego ima i svoja iskustva, potrebe, želje i očekivanja, ali ih mora biti svjestan i držati pod kontrolom, kako ne bi počeo intenzivno raditi na svom, umjesto problemu osobe u terapiji.

Kako bi to bolje opisali u bolničkim uvjetima, to znači da medicinsko osoblje ima i tokom rada stalno izgrađuje svoj odnos prema pacijentu u skladu sa svojim iskustvima, od najranijih do aktualnih, te da isto tako s njim stvara određeno transfernu relaciju. Ta relacija se naziva kontratransferom ili protuprijenosom. U tom slučaju, medicinsko osoblje je obvezno biti u stalnom kontaktu sa svojim kontratransferom, jednako kao i s pacijentovim transferom, kako bi znao s kojom ga to osobom iz svog djetinjstva identificira, zašto mu šalje određene poruke i s kim se zapravo žustro obračunava koristeći konfrotaciju, a da nije provjerio jeli prikladna za tu situaciju, tu osobu i taj trenutak u svom radu tj. tokom liječenja i brige za pacijenta.

Freud je smatrao da terapeut mora biti potpuno bezličan za svog pacijenta, slikovito rečeno on treba biti zrcalo u kojem će onaj pred njim moći vidjeti sebe, ali ništa što je iza reflektirajuće plohe ogledala. Ukoliko bi neki od njegovih učenika počeo empatirati, Freud je držao da nisu dobro analizirali u takozvanoj „ler analizi“ i tražio bih da ih se nastavi analizirati. Danas se u psihoanalitičkim krugovima kao i u sestrinstvu, drži da je važno empatirati s pacijentima da terapeut nije samo sjajno ogledalo nego da ima i svoja iskustva, želje, potrebe i očekivanja, ali ih mora biti svjestan i držati pod kontrolom, kako ne bi počeo intenzivno raditi na svom umjesto na problemu osobe u terapiji. Teško je provoditi svaki dan s bolesnim ljudima, kojima je potrebna i pomoć i sve stečeno znanje koje medicinska sestra ima, a ne suosjećati s njihovom boli. Medicinsko osoblje su također pojedinci koji imaju svoje želje, iskustva i potrebe bez kojih ne bi bili to što jesu. Sve to čini njihov ukupni potencijal kojim rade, uče i rješavaju probleme koje njihovi pacijenti imaju. Bez toga bi bili neučinkoviti, daleko siromašniji, ali i bezlični, ali moraju biti pod kontrolom kako ne bi došlo do kontratransfera gdje bi onda rješavali svoje probleme i stavili naglasak na svoje emocije ispred pacijentovih.

Ako bi došlo do kontratransfera razvile bi se čudne situacije i nepoželjni odnosi, potpuno oprečni onima koji vode rješavanju pacijentovih problema. Zbog toga je važno da svi koji će se naći u pozivima kao što su psiholog, učitelj, odgajatelji, medicinska sestra, liječnik, još tokom edukaciju steknu vještine kako bi ovladali tehnikom samoopažanja, praćenja i kontroliranja svojih osjećaja, poriva, razina komunikacije i uopće svih na tome zasnovanih djelovanja. (10)

7. ART TERAPIJA KAO OBLIK LIJEČENJA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Poznato je da glazba, ples, crtanje, slikanje i ostali oblici umjetnosti imaju utjecaj na emocije i ponašanje pojedinca. To se može vidjeti u svakodnevnom životu i iz osobnog iskustva, kad npr. slušamo neku glazbu da nas to smiruje, čini sretnima ili pak rastužuje, jer povezujemo glazbu s nekim prijašnjim osjećajima, uspomenama i iskustvima. Gledajući slike ili slikajući, boje i motivi utječu na naše raspoloženje, vedre boje nas mogu razveseliti, tamne i zagasite mogu izazvati suprotne osjećaje, ali sve to zavisi o pojedincu i njegovom osobnom doživljaju i iskustvima koje povezuje s tim. U svakom slučaju, raznim oblicima umjetnosti možemo izraziti svoje emocije, a pojedincima može pomoći u liječenju i oporavku.

Postoje različite definicije art terapije raznih autora, pa tako Warren definira art terapiju 1993. godine kao integrativni, dubinsko-psihološki i hermeneutički pristup koji obuhvaća uporabu različitih kreativnih medija, odnosno elemenata umjetnosti (likovno vizualni izražaj, glazbu, ples, dramu, poeziju) s ciljem unapređenja i bržeg oporavka pojedinca. Umjetničkim i kreativnim aktivnostima pojedincu se nastoji pomoći da se prilagodi specifičnoj onesposobljenosti, oporavi od medicinske intervencije ili poboljša kvalitetu život u specifičnim okolnostima.

American Art Therapy Association 1996. godine definira je kao formu neverbalnog izražavanja misli i osjećaja, a temelji se na ideji da se različitim medijima iz područja različitih umjetnosti kroz kreativni proces liječi te djeluje na kvalitetu života.

Sa stajališta opće teorije stvaralaštva, 1993. Barath navodi kako bi svaka art terapija zapravo trebala biti multimedijski pristup i proces pomnog vođenja osobe (u individualnom radu ili grupno) kroz poseban iskustveni proces koji će najprije osobnost osloboditi od zapreka svakidašnjih iskustava počevši od temeljnih osjetilnih procesa poput vida, sluha i dodira.

Rodriguez pak navodi, 1999. Godine, da art terapija podrazumijeva potpuno drugačiji način shvaćanja umjetnosti, ne više kao elitističku aktivnost rezerviranu za nadprosječno nadarene, nego aktivnost kojoj je težnja liječenje i komunikacija posredstvom estetike. U svojim promišljanjima o art terapiji kao obliku komplementarno-suportivnoj terapijskoj metodi, on naglašava kako se bolesniku predlaže neki objekt u okviru kojeg se u terapijskom smislu razvija evolucija odnosa pojedinca prema samom sebi u zamjenu za blokiranu, odnosno patološku situaciju. Elementi art terapije koriste se i u dijagnostici, te se implementiraju u različite odgojno-obrazovne programe.

7.1. POVIJESNI RAZVOJ ART TERAPIJE

Art terapija povezana je s kulturnim i tradicionalnim praksama kroz povijest koje su koristile različite kreativne medije (McNiff, 1981.). Korijeni art terapije sežu i do šamanske kulture, jer su šamani vjerovali da štetne i nezdrave elemente iz tijela mogu izbaciti koristeći slike i rituale i na taj način izliječiti tijelo, um i duh. (Wallingford, 2009.). Ceremonije u kojima je šaman ili liječnik mogao plesati, pjevati, pričati priče ili izrađivati slike podsjećaju na rane korijene psihologije i psihijatrije. Još u to doba na umjetnost se gledalo s aspekta zdravlja, duhovnosti i transformacije. McNiff (2004. prema Wallingford, 2009.) napisao je „umjetnost govori jezikom duše, ima mogućnost vratiti dušu našim životima, kao što su to činili šamani... tu su spojeni umjetnost, terapija, šamanizam i suvremena duhovnost... ja vidim umjetničke slike kao šaman, vodič i pomagač, vraćajući dušu svijetu.“

Halprin je 2003. godine naveo kako je umjetnost od davnina igrala značajnu ulogu u integraciji pojedinca, obitelji i zajednice. Od svečanog obilježavanja rođenja i smrti, braka, ratovanja, liječenja bolesti, interakcije s prirodnim silama, do sredstva molitve i povezivanja s božanskim.

Ispreplitanje umjetnosti i liječenja zahtjevan je fenomen koji je star kao i ljudsko društvo, ali razvoj art terapije kao struke započet je tokom 20. stoljeća pod utjecajem ljudskih intelektualnih i društvenih trendova (Junge i Asawa, 1994.). Kroz 19. i 20. stoljeće, psihijatrija je postala zainteresirana za povezanost emocija, duševnih bolesti i slika. Tada su zaposlenici u psihijatrijskim bolnicama postali svjesni da aktivnosti poput slikanja, crtanja i nekih drugih oblika umjetnosti mogu stvoriti temelj terapijskog odnosa između pacijenata i terapeuta te poslužiti kao važan komunikacijski medij. Nakon psihijatrije, mnoge druge znanosti su također prepoznale pozitivne i „ljekovite“ učinke art terapije na bio-psiho-socijalnu strukturu pojedinca. (11)

7.2. TEORETSKE OSNOVE I PERSPEKTIVE ART TERAPIJE

Art terapija je primarno disciplina primarno utemeljena na području umjetnosti i psihologije. Jung (1964.) je veliku važnost pridodao umjetničkim radovima pacijenata. On je na umjetnički rad gledao kao na potencijal, a ne kao na sublimat ili raslojavanje te je vjerovao da je kreativnost osnovni poriv, a oslobađanje kreativnosti i kreativne energije osnova za mentalno zdravlje.

Nowell Hall (1987.) je također svoje ideje i osjećaje o art terapiji utemeljila na idejama i tehnikama Junga (1964.) „koji umjetnost postavlja čvrsto u centar svog načina terapije“. Hall tvrdi da Jungove tehnike i principi daju osjećaj usmjerenosti i značenja kao model tumačenja i nude načine prizivanja unutarnjih psihičkih izvora kroz transcendentnu funkciju rađanja simbola prema integraciji i individualizaciji.

Freud (1985.;1961.) kroz svoje teorije represije, projekcije, nesvjesnog i simbolizma u snovima potvrđuje važnost vizualne slike u razumijevanju duševne bolesti.

U 20. stoljeću Naumburg (1947.) i Kramer (1958.) pioniri art terapije u SAD-u, su prilagodili Freudove ideje. Naumburg (1947.) je kroz svoja istraživanja koja su se odnosila na „slobodno umjetničko izražavanje“ gledala na umjetničku aktivnost i umjetničke predmete kao na konkretne vizije sna. 1958. godine navela je da se proces art terapije temelji na priznavanju najosnovnijih čovjekovih misli i osjećaja koji proizlaze iz nesvjesnog, a odražavaju se prije u slici nego u riječi. Tehnike art terapije temelje se na činjenici da svaki pojedinac, bio on umjetnički obrazovan ili ne, posjeduje latentnu sposobnost da vizualizira svoje unutarnje sukobe. Dok pacijenti slikaju te unutarnje prikaze, često se događa da im se poboljša sposobnost verbaliziranja. Naglasak je na slikama koje izlaze iz pacijentove podsvijesti, a sadrže konflikte. Pod pretpostavkom da se ovi konflikti jednom konkretiziraju mogu se lakše razumjeti (od strane pacijenta i terapeuta), što će na kraju pridonijeti njihovom rješavanju. Nadalje, Numburg (1958.) naglašava važnost poticanja pacijenata da razvijaju slobodne asocijacije na slike ili predmete. Pacijentova se aktivnost u art terapiji ne sastoji samo u izražavanju kroz spontane slike, zvuk pokret, već sadrži mnogo verbalne komunikacije s terapeutom usmjerene na pacijentove konflikte.

Na važnost umjetničke aktivnosti kao procesa liječenja ukazuje i Kramer (1958.) koja smatra da se miješanjem u proces stvaranja umjetnosti dobiva mogućnost eksternaliziranja, ponovnog proživljavanja i rješavanja suprostavljenih osjećaja. Za razliku od Naumburg (!958.), Kramer (1958.) se nije bavila transferencijom, već je preferirala rad s umjetničkim

objektima kao „centrima osjećaja“ te je vjerovala da umjetnost može biti sredstvo sublimacije osjećaja. Smatrala je da iz razornih i agresivnih osjećaja može nastati objekt poput slike, crteža, skulpture, pokreta, zvuka, koji onda simbolizira ove osjećaje i sprječava da se oni izraze drugačije, odnosno da na neprihvatljiv način. Autorica je u terapiji smatrala jako važnim spontano nastajanje kreativnog izražaja te je nastojala da se koncept „spontanosti“ u art terapiji shvati na pravi način i da se ne miješa s „nedisciplinirano, besciljnom manipulacijom umjetničkim materijalima“

McNiff (1992.) na umjetnost gleda kao na lijek duše koji se kroz povijest koristio u liječenju ljudske patnje. McLagan (1989.) smatra da se umjetnost koncentrira na proces stvaranja slikovnih, plesnih, glazbenih izražaja, dok terapija zauzima drugi oblika naznačen promjenom od implicitnog i neverbalnog oblika stvaranja slike, zvuka, skulpture, pokreta u više ili manje eksplicitan oblik verbalne interpretacije.

Pickford (1967.) je na art terapiju gledao kao na konstruktivnu vezu između nesvjesnog i svjesnog te kao način komunikacije između pacijenta i drugih ljudi. Slično art terapjiu sagledava i Malchiodi (2003.) koji smatra da se likovnošću, glazbom, plesom, scenskim izražavanjem, pojedincima omogućuje istražiti nepoznati unutarnji aspekt, neverbalnu komunikaciju te uvid.

Art terapija ne služi kako bi se pronašao pacijentov osobni stil ili potaknula narcisoidnost, nego služi razvoju različitih tehnika kojima bi se potaknuo razvoj kreativnih sposobnosti i osvijestio identitet pojedinca te kako bi umjetničko izražavanje u smislu terapije postalo instrument komunikacije i integracije pacijenta. Umjetnički objekt služi definiranju okoline u kojem se razmjenjuju poruke između pacijenta i terapeuta. Art terapija je multimodalni pristup koji uključuje razne umjetničke elemente poput glazbe, plesa, slikanja, glume itd.. Takav pristup pri liječenju pacijenata pokazao se učinkovit jer poštuje i definira pojedinca kao bio-psiho-socijalno biće te omogućuje samoizražavanje pojedinca ili grupe. (11)

7.3. PRIMJENA ART TERAPIJE

Art terapija može koristiti u odgoju i obrazovanju pojedinca, te prevenciji, dijagnostici i terapiji. Primjenjiva je u bolnicama, školama, vrtićima, jedinicama za ovisnost, razvojnim i rehabilitacijskim centrima, socijalnim ustanovama itd. Koristi se za pomoći pri emocionalnom oporavku, samorazumijevanju i osobnom rastu i razvoju. Gross i Levenson su 1997. godine naglasili da je važna specifičnost pri korištenju različitih umjetničkih elemenata mogućnost izražavanja inhibiranih emocionalnih reakcija.

Identifikacija, empatija i projekcija na unutrašnjost nužni su u svakoj interakciji s umjetnošću, pri tome mora postojati proces koji će povezati terapeutovu empatiju s kreativnim uratkom pojedinca.

U art terapiji koristi se analogni artistički objekt koji se predlaže pojedincu, a kojim se uspostavlja dinamika različitih odnosa. (Rodriguez, 1999.) Taj odnos je predmet terapeutova rada, a analogni artistički objekt je potpora u tom odnosu i drugim relacijama koje se uvijek materijaliziraju u nekom konkretnom objektu kao što su skulptura, slika, pokret, govor i sl. (Prieto, 1975.)

U procesu art terapije transfer može biti zastupljen vizualno i metaforički u riječi, skulpturi, slici, pokretu itd. Transfer ima važnu ulogu tokom art terapije jer može definirati prenošenje bolnih iskustava iz prošlosti u sadašnjost pojedinca s potrebom da se ta iskustva, nakon što ih pojedinca još jednom preživi, korigiraju u povoljnijoj klimi kreativne terapijske situacije. (Popović i Jerotić, 1985.)

Schaverien je 1982. Istraživala transfere u art terapiji i potvrdila je da je transferencija u art terapiji čest slučaj te da je dinamika transfera i kontratransfera čest slučaj.

Kriss (1952.) i Ehrenzweig, (1967.) su naglasili koliko je važno da terapeut istovremeno može shvatiti visoku razinu tjeskobe koja okružuje simbolički proces i promjenu u pojedincu za vrijeme kreativne aktivnosti.

Korištenje različitih ekspresivnih medija iz različitih područja umjetnosti kao posrednog objekta prilikom transfera koje uključuje art terapija, jasno je da je njegova primjena raznolika. Zbog sinergije somatoterapijskih, psihoedukacijskih i psihoterapijskih utjecaja art terapije Econom (1995.) navodi mogućnost njene primjene u različitim rehabilitacijskim postupcima.

Adamson i Pole (1995.) ističu značaj art terapije u podržavanju komunikacije.

Pietre je 1946. godine istraživao ozdravljujuće i integrirajuće aspekte umjetnosti.

Malchiodi (1998.,2003.) ističe važnost art terapije kao modalitet koji pojedincima svih dobnih skupina može pomoći stvoriti značenje i dobiti uvid u vlastito stanje, ohrabriti pojedinca u izražavanju i razumijevanju osjećaja, olakšati posljedice neke traume, riješiti traume i probleme, obogatiti svakodnevni život i postići blagostanje. Autor smatra kako art terapija podržava uvjerenje da svi pojedinci imaju sposobnost kreativno se izraziti te da je konačan proizvod manje važan od kreativnog procesa u koji je pojedinca uključen.

Prednosti art terapije su što se može provoditi individualno i grupno, kod osoba bez i sa teškoćama u razvoju, kroz različite umjetničke elemente, a sve ovisi o potrebama pojedinca kojima je ovakav način terapije namijenjen. (11)

7.4. VRSTE ART TERAPIJE

Kako je već prije navedeno, postoje različiti umjetnički elementi u primjeni art terapije. To može biti ples, glazba, slikanje, crtanje, gluma itd. Odabir najprikladnijeg oblika terapije bi trebali izabrati pacijent u suradnji s terapeutom, s obzirom da svatko ima različite potrebe i načine izražavanja. Podrška i empatija su iznimno važne kroz terapiju jer traumatizirani pacijenta u tom datom trenutku, a spletom okolnosti koji se narušile njegovo psihičko zdravlje, osjeća da mu nije omogućeno da se suoči sa situacijom koja mu se dogodila, pa postaje nesiguran, osjeća se usamljeno, izbjegava komunikaciju i socijalnu interakciju, maštanje i u strahu je od misli ili sjećanja nad kojima u tom trenutku nema kontrolu. Jedan od glavnih ciljeva u terapiji je da se pacijent konstruktivno suoči sa svojim problemom, da može reći: „To mi se dogodilo! „Tako“ sam se osjećao u tom trenutku, a „ovako“ se osjećam sada!“ To se može postići kroz razne oblike art terapije koje će biti opisane u daljnjem tekstu. (11)

7.5. LIKOVNO IZRAŽAVANJE

Grgurić i Jakubin (1996.) navode da se razvoj verbalnog pojmovnog sistema, odvija od spontanog neposrednog doživljaja okoline do sve veće složenosti i apstrakcije. Na isti način teče i razvoj likovnog pojmovnog mišljenja; od spontanog, neposrednog vizualnog doživljaja svijeta, preko njegova iskustvenog osmišljavanja do formiranja likovnih pojmova sve veće složenosti uopćenosti i smanjene figuracije.

Kod djece likovno izražavanje počinje spontano, motivirani su nekom unutarnjom potrebom, na način tipičan za svu djecu. Grgurić i Jakubin (1996.) ističu da je sposobnost likovnog izražavanje kod djece urođena, te je osnova razvoja vizualnog, a poslije i likovnog mišljenja.

Autori navode da likovno mišljenje nije prirodni već povijesno-društveni aspekt ponašanja koji se po mnogim obilježjima i zakonitostima razlikuje od prirodnih oblika mišljenja. U nastanku likovnog mišljenja sudjeluje i unutarnji verbalni govor, koji se povezuje s vizualnim govorom. Oba zajedno sa svim svojim obilježjima čine osnovu likovnog mišljenja, te zajedno omogućuju likovne predodžbe. Vizualno percipiranje i likovno izražavanje prolaze kroz određene faze pri čemu svaka faza ima svoje vrijednosti, izražajne mogućnosti, ali i

opravdanje. Navedene faze ovise jedna o drugoj te se ugrađuju u temelj za svako daljnje napredovanje.

Uz pokret i glazbu, likovno izražavanje predstavlja najstariji medij ljudske komunikacije s prirodnim i nadnaravnim svijetom. Čovjek je svojim likovnim izražavanjem, prvim slikarijama nastojao utjecati na životne i duhovne procese neophodne za održavanje egzistencije, a sve kao ključni dio magijskih i ranih religioznih obreda. Razumijevanje unutarnjih i transpsihičkih procesa kako navodi Prstačić (2006.) i danas predstavlja jedan od bitnih aspekata primjene slike i crteža što se koristi u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji.

Potreba za likovnim izražavanjem, vizualnom spoznajom i komunikacijom putem slike, kod pojedinaca se razvija postepeno. Buzaši Marganić (2007.) ističe da je potrebno razvijati slobodnu komunikaciju, osigurati slobodu kod izbora teme i metode obrade, sve do konačnog likovnog rješenja. Interaktivnost u procesu likovne ekspresije značajna je za oslobađanje kreativne energije te aktivnog i kritičkog odnosa pojedinca prema vlastitim interesima i pojavama koje ga okružuju. Marganić navodi kako se kod pojedinaca mogu razvijati slijedeće karakteristike:

1. estetska inteligencija – pojam se odnosi na kreativno stvaralaštvo u kojem do izražaja dolazi spontanost, intuicija i samosvjesnost s elementima samoanalize i samopouzdanja.
2. vizualni senzibilitet i sposobnost uočavanja – odnosi se na sposobnost brze percepcije temeljene na prethodnim iskustvima i razvijenoj vizualnoj memoriji.
3. ustrajnost, upornost i potreba za kvalitetom – odnosi se na svijest o tome kako uloženi trud i spremnost za rad dovodi do postizanja „savršenog“ rješenja i prevladavanja teškoća.
4. estetski sud, estetska osjetljivost – odnosi se na sigurnost u procjenjivanju harmoničkog djelovanja sredstava umjetničkog izraza – njihova svjesna primjena u likovnom stvaralaštvu; izmjena konvergentnog i divergentnog mišljenja.
5. stvaralačka fantazija – strukturiranje uočenog i doživljenog u cilju izražavanja određenih misli koje će često označavati nekonvencionalno rješenje i eksperimentiranje s materijalima, tehnikama i elementima izraza.
6. vještina, likovno znanje, tehničke vještine – poznavanje karakteristika tehnika i medija izraza i njihovu vještu primjenu u stvaralaštvu (11)

7.6. PROCES IZRADE DJEČJEG CRTEŽA

Razvoj likovnog izražavanja i ekspresije djece je poprilično opširna tema koja obuhvaća i prati i tumači razvoj dječjeg crteža kroz razne faze koje se protežu kroz djetetovo odrastanje.

Te razne faze se protežu od faze črčkanja/ šaranja koju pronalazimo u dobi od 18 mjeseci do 3 godine, pa sve do faze adolescencije koja se proteže od 12 godine života pa nadalje.

Ono što je posebno zanimljivo je proces izrade dječjeg crteža i tumačenje svih elemenata u crtežu (figure, oblici, veličina, boje, itd.). Osobe koje nisu educirane u području art terapije, dječje psihologije, psihijatrije i sl., dječji crtež će vidjeti kao nešto prošarano na papiru, neće pridodati bitno značenje npr. veličini glave kod crtanja čovjeka ili općenito veličine likova. Međutim, svi elementi imaju određeno značenje u crtežu koji za dijete predstavljaju određeno značenje i emociju.

Izrada crteža je vrlo složen proces na čiji završni oblik utječu razni čimbenici. DiLeo (1970.) smatra kako dijete ne treba vremenski ograničiti prilikom izrade crteža, ali došao je do zaključka da većina djece završi crtež u desetak minuta. Tokom ovog procesa važno je ne nametati djetetu stil niti sadržaj crteža.

Knežević (2006.) ističe da u crtežu postavljenom od više povezanih ili nepovezanih dijelova važan čimbenik proces izrade je planiranje koje se sastoji od tri koraka, a to su: redoslijed crtanja sastavnih dijelova, pozicioniranja prvog lika na papiru te raspoređivanje svih dijelova na odgovarajući način u cjelinu.

Kroz povijest, istraživače je zanimala i orijentiranost crteža na papiru. Tokom izrade crteža djeca odabiru mjesto od kojeg će crtež započeti i u kojem smjeru će se razvijati. Kod djece postoji tendencija početka crtanja blizu vrha papira te kretanja s lijeve strane na desnu. Thomas i Silk (1990.) istaknuli su da kako se ta tendencija javlja prije dobi u kojoj djeca nauče pisati i čitati i perzistira neovisno o pismu kulture kojoj dijete pripada. Tendencije kretanja s lijeve strane prema desnoj primijećena je kod školske djece prilikom crtanja vlaka. Iinuma i Watanabe (1937.) su prilikom proučavanja velikog broja crteža kojemu je zadana tema bila vlak, uočili da oko 20% crteža nema izražene orijentacije, ali da ostalih 80% bili su orijentirani u kretanju prema lijevoj strani. Tendencija početka crtanja blizu vrha papira ukazuje na glavu kao početni stadij crtanja ljudske figure. Thomas i Silk (1986.) navode da mala djeca često glavu ljudske figure crtaju preveliku u odnosu na tijelo i crtež ljudske figure obično započinju crtanjem glave koja je prevelika u odnosu na tijelo. Autori smatraju kako je neproporcionalna glava rezultat lošeg planiranja, odnosno ne ostavljanja dovoljnog prostora za ostatak tijela.

Thomas i Tsalimi (1988.) su dokazali da djeca koja ne započinju crtež ljudske figure od glave, bilo spontano ili zbog upute, ne crtaju glavu prevelikom s obzirom na ostatak tijela. Upotreba detalja i planiranje i planiranje upotrebe detalja utječu na veličinu crteža. Jedan od mogućih razloga crtanja glave veće od ostatka tijela su detalji koje djeca vide na glavi (oči, nos, obrve,

usta, zubi, uši, kosa, itd.), dok ostatak tijela ima manje detalja. Međutim, crtanje detalja na odjeći značajno povećava veličinu trupa u odnosu na glavu, dok crtanje čovjeka odostraga rezultira značajnim smanjivanjem obrisa glave u odnosu na ostatak tijela.

Henderson i Thomas (1990.) su u svom istraživanju zatražili od djece da crtežu čovjeka dodaju zube, u tom slučaju djeca su glavu na crtežu uvećala, ali ne značajno, jer djeca nisu smatrala da zubi zauzimaju previše mjesta.

Djeca unaprijed planiraju veličinu nacrtane površine kako bi bila sigurna da će svi detalji stati na crtež. Planiranje uključivanja detalja, osim na relativan odnos dijelova iste figure, ima utjecaj i na međusobni odnos veličina samostalnih figura.

Thomas i suradnici (1989.) su kroz svoje istraživanje pokušali isključiti utjecaj detalja na veličinu dječjeg crteža na način da su od djece zatražili da crtaju prema predlošku čovjeka, psa i drveta, ali bez uključivanja detalja, svaki na odvojenu listu papira. Autori su zaključili da djeca značajno smanjuju veličinu likova koji su okarakterizirani kao zli, te povećavaju likove okarakterizirane kao dobre u odnosu na neutralne. Burkitt i suradnici (2003.) su također utvrdili da povećavanje crteža likova okarakteriziranog kao dobrog i smanjivanje onog okarakteriziranog kao lošeg bilo značajno. Hildret (1941.) je promatrajući djecu u procesu izrade crteža pokušala zaključiti crtaju li djeca cjelinu pa zatim detalje ili obrnuto. Zaključila je da djeca prvo crtaju konture cjeline, a potom dodaju više ili manje detalja. Mlađa djeca češće crtaju detalje pri tome ne pridodajući veliku pažnju cjelini, dok se kod starije djece pokazala obrnuta situacija.

Mnogi se autori (Machover 1949., Koppitz 1968., DiLeo 1970., 1983.) slažu da veličina ljudske figure na crtežu može ukazivati na crtačevo samopoštovanje. Malen crtež u odnosu na veličinu očekivanu za dob povezuje se s osjećajem inferiornosti, niskim samopoštovanjem, anksioznošću i depresijom. Uvećana ljudska figura na crtežu može ukazivati na osjećaje nedostatnosti, a veličinom reflektirati kompenzirajuće mehanizme. Neki autori, uvećanu ljusku figuru, smatraju indikatorom određenih osobina ličnosti kao što su grandioznost ili agresivnost. Međutim, za neke autore veličina crteža je pokazatelj važnosti nacrtanog. Luquet (1927.) ističe da djeca do šeste godine starosti ne uspijevaju prikazati odgovarajuće odnose veličine likova (npr. na crtežu čovjek je veći od kuće). Autor ističe da je razlog tome dječje crtanje važnijeg lika većim u odnosu na manje važne likove koje će dijete prikazati manjima, bez obzira na realne veličine i više i manje važnih likova.

Fox (1986.) je primijetila da djeca svoje roditelje crtaju većima nego ostale ljude s kojima nemaju nikakav odnos. Tu razliku objašnjava različitim značenjem nacrtanih likova. Fox i Thomas (1990.) su predložili dva mehanizma kojima bi se moglo objasniti variranje veličina

dječjeg crteža različite afektivne obojenosti: prvi mehanizam je vrsta obrambenog mehanizma koji smanjivanjem veličine crteža služi za smanjivanje prijetnje ili povećavanje psihološke distance između crtača i prijetećeg lika; drugi mehanizam bi bio usvajanje postojećih likovnih konvencija koje nalažu prikazivanje pozitivnih likova većim od negativnih likova.

Osim navedenih objašnjenja za variranje veličina likova na dječjem crtežu, postoje mogućnost i da je važnost lika koje dijete crta povezano s puno detalja, ako djeca njima važne likove prikazuju s većim brojem detalja nije tako nelogičan zaključak da je veća figura rezultat većeg uključivanja detalja. No, postoji jedan značajno otežavajuća okolnost kod tumačenja dječjeg crteža, naime djeca mogu svojim crtežom iskazivati svoje želje i nadanja te s druge strane, izbjegavati ili smanjivati različite prijetnje. Bez komunikacije s djetetom i praćenja cijelog procesa nastanka crteža, teško je zaključiti o čemu se zapravo radi.

Wilson i Raphael (1993.) primijetili su da djeca koja su bila izložena ratnom i izbjegličkom iskustvu su crtala vojnike znatno manjima u odnosu na djecu koja nisu bila izložena takvom iskustvu. Djeca izložena takvom negativnom i traumatskom iskustvu čak mogu odbijati crtati vojnike. Omiljena tema djece izložene ratu su bile uljepšane slike njihovih domova koji su tijekom rata bili uništeni te nasilno naseljeni neprijateljskim vojnicima. Navedeno istraživanje ide u prilog tezi da djeca crtežom mogu iskazati i svoje skrivene želje.

Mnogi autori istraživali su i važnost utjecaja kognitivnih faktora na izradu crteža. Lansing (1981.) navodi da dijete stvara sliku pamćenja na dva načina koja su usko povezana s načinom nastajanja crteža. Pokazalo se da su djeca koja su prilikom crtanja polazila od detalja brže zaboravljala te iste detalje, ali su duže pamtila cjeline. Djeca koja su najprije crtala osnovne konture, a potom dodavala detalje, tijek zaboravljanja bio je suprotnog smjera. Pretpostavka je da vježbe zapažanja u otkrivanju bitnih svojstava predmeta i oblika u kombinaciji s čestim crtanjem tih svojstava pridonose razvitku predodžbe o predmetu i to više nego samo promatranje ili crtanje predmeta.

Još jedna od mnogih zanimljivosti kod dječjih crteža je što su istraživači (Cox, 1993., Feinburg, 1977.; Lange-Kuttner i Edelstein, 1995.; Machover, 1960.; Reeves i Boyette, 1983; Rubenstein i Rubin, 1984.) potvrdili određene razlike u crtežima djevojčica i dječaka. Dječaci često crtaju teme povezane s natjecanje, moći, agresijom s čudovištima, raznim vozilima i oružjem, te više od djevojčica crtaju dinamičke motive i elemente u pokretu. Djevojčice češće crtaju statične slike prirodnih postavki s ljudima i životinjama. U istraživanju u kojem su sudjelovale djevojčice i dječaci dobi od osam do jedanaest godina zadana tema bila je voda. Analiza crteža pokazala je kako su djevojčice crtale mirne rijeke i mora, a dječaci oluje na moru. (Kawecki, 1994.) U odnosu na djevojčice, dječaci su više sudjelovali u aktivnijim i

grubljim igrama (DiPietro, 1981.; Poest i sur., 1989.) pa je samim tim njihova mašta, odnosno njihovo ekspresivno izražavanje, agresivnije i nadnaravnije, dok djevojčice imaju više emocionalnih sadržaja u igrama pa se i njihova likovna ekspresija bazira na navedenom. (Dunn i sur.,1987.; Wolf i sur.1984.). (11)

7.7. BOJE I UTJECAJ BOJA NA ČOVJEKA

Boja je osjetilni doživljaj koji nastaje kada svjetlost karakterističnog spektra pobudi receptore u mrežnici oka. Boja predstavlja važan način izražavanja – 80% informacija koje primamo optičke su prirode, a 40% od toga su vizualne informacije o samoj boji. To je psihofizički doživljaj, što dokazuje činjenica da isti fizički podražaj kod različitih ljudi izazova različite osjećaje. Morton (2008.) navodi da je harmonija ugodan poredak nečeg (npr. likovnih elemenata, glazbenih dijelova, elemenata poezije i sl.). Kod vizualnih iskustava, harmonija je nešto ugodno oku, nešto što zaokuplja pojedinca i stvara osjećaj unutrašnjeg reda i ravnoteže. Ako nešto nije harmonično, reći ćemo da je neugodno, dosadno, kaotično. Autor navodi i krajnost vizualnog iskustva je kad osoba gleda u nešto vizualno blijedo da je to nimalo ne zaokuplja, dok s druge strane postoji vizualno iskustvo toliko prepuno i kaotično da je u njega nemoguće gledati. Pod harmonijom boje smatra se uzajamno djelovanje dviju ili više boja. Tvrdnje o harmoniji i disharmoniji odnose se na relaciju privlačno – neprivlačno. Takve procjene lišene su objektivne vrijednosti i temelje se na osobnom mišljenju. Pojam harmonije boja mora od subjektivnog osjećaja postati objektivna zakonitost. Tada bi se, kako navodi Itten (1961.), pod harmonijom podrazumijevala ravnoteža, simetrija i snaga. O kontrastu boja govori se kada su jasno uočljive razlike između dvaju utisaka koja se uspoređuju. Itten (1961.) navodi da je svaki kontrast jedinstven po svojoj kvaliteti i umjetničkoj vrijednosti u području vizualnog, ekspresivnog i simboličkog djelovanja. Jarke boje reflektiraju više svjetla izazivajući time stimulaciju oka te iz zbog toga ljudsko oko primjećuje prije nego druge boje. Prva boja koju ljudsko oko primijeti je žuta. Jaki kontrast između boja koje pojedinac promatra izaziva mišićnu aktivnost koja umara oko, što rezultira činjenicom da je teže gledati u boje velikog kontrasta. Određene boje kod ljudi izazivaju osjećaj topline ili pak hladnoće. Istraživanja su pokazala da se subjektivni osjećaj topline ili hladnoće kod pojedinca razlikuje u prostorijama različitih boja. Tako su pojedinci koji su se nalazili u plavo-zelenoj prostoriji temperaturu od 15°C stupnjeva- osjetili kao hladnu, a u crveno-narančastoj prostoriji su istu hladnoću osjetili na 11-12°C stupnjeva. U tom slučaju, osjećaj topline ili hladnoće razlikovao se između tih dviju prostorija za 3-4°C stupnja. (11)

7.8. UTJECAJ BOJE NA PONAŠANJE POJEDINCA

Povezanost boja s emocionalnim stanjima vidljiva je još u davnoj čovjekovoj prošlosti, kada su život određivali dan i noć, pri čemu je dan značio aktivnost i stimulaciju, a noć je označavala mirovanje i potencijalne opasnosti od strane raznih grabežljivaca. Boje imaju jak i direktan utjecaj na ljude, njihovu interpretaciju svijeta te vlastiti razvoj. Pojedinac bojama izražava svoje emocije, stanja, osobnost te boja utječe na njegove reakcije. Što je boja jasnije, emocionalni odgovor će biti jači. Priroda ljude stalno okružuje različitim nijansama; svijetloplavo nebo uzdiže duh pojedinca, a tamno i oblačno ga čini pomalo depresivnim. Itten (1973.) navodi kako boje mogu djelovati pozitivno ili negativno, na svjesnoj ili nesvjesnoj razini.

Krimer-Gaborović (2011.) ističe kako se utjecaj različitih tonova boja može sagledati kroz fizički, fiziološki i psihološki utjecaj boje. Pri fizičkom utjecaju boje, boja djeluje kao vizualni fenomen, odnosno cjelovita optička datost od izvora svjetlosti do ulaska u oko. Zatim, fiziološki utjecaj boje koji se očituje u fiziološkoj reakciji organizma na opažaj određene boje. Dokazano je da crvena boja grije i pobuđuje, plava hladi i umiruje, zelena okrepljuje itd., iako ti odnosi nisu još do kraja razjašnjeni. Psihološki utjecaj boje objašnjava to da pojedinac različite boje različito osjeća, zbog čega emotivan doživljaj određene boje uvijek ovisi o raspoloženju kojeg u promatraču izaziva.

Boje se spoznaju racionalno (razumski) i intuitivno (osjetilno), pri čemu je osjetilna percepcija utemeljena na autonomnim zakonima koji često prkose pozitivnim znanjima optičke fizike. Različiti tonovi imaju različitu osjećaju vrijednost. Trstenjak (1987.) osjećajnu vrijednost boje opisuje kao odjek koji fizički i obojeni vizualni podražaj, kroz svoj fiziološki utjecaj na organizam, ima i na ljudsku psihu. Šiljaković (1990.) zaključuje da zahvaljujući neotuđivom psihološko-emotivno-stimulativnom potencijalu, svijet boja doslovno zasljepljuje čovjekovu dušu određujući mu raspoloženje.

Knežević (2006.) ističe kako psihologija boja različitim bojama pripisuje određena značenja, tako npr. crvena boja označava najveće uzbuđenje koje može biti ugodno i neugodno. Kada se crvena boja doživljava kao ugoda, tada predstavlja snažnu moć, ljubav svih vrsta, a ako se doživljava kao neugoda tada predstavlja razdraženost i mučenje te se njezina snaga tumači kao prijetnja. Od svih boja, plava najviše djeluje smirujuće na pojedinca. Dugim promatranjem plave boje disanje i puls se usporavaju, a tlak snižava. Ona uzrokuje osjećaj zadovoljstva i harmonije. Zelena boja povezuje se sa stabilnošću i čvrstinom. Žuta boja

izaziva osjećaj promjene i razvoja, slobode i traganja za novim. Kada je u projektivnom uratku dominantna crna boja, smatra se da ona ukazuje na depresiju.

Ispitivanja u kojima se prikazuju načini na koji mozak obrađuje informacije o boji ostaju u domeni neurologije i srodnih znanosti. Lakoff (1987.) ističe da u mozgu postoji šesti tipova ćelija odgovornih za percepciju boja, čime je dokazano da je sposobnost viđenja boja kod pojedinaca biološki postavljena. Iako, nejasno je kako tih šest tipova ćelija omogućavaju pojedincu da vidi preko sedam milijuna nijansi. Poznato je da različiti doživljaji iste boje kod različitih ljudi nastaju uslijed kvalitativnih razlika u fotosenzitivnosti. Dvije osobe koje promatraju isti predmet koji je jednako osvijetljen i stoji pod istim uglom, zbog različitih bioloških karakteristika mogu u istoj nijansi zelene boje uočavati npr. više ili manje žućkaste nijanse i samim tim imati različite utiske o viđenoj boji. Sharpe (1975.) navodi kako je boja najrelativnija od svih fenomena i da malo ljudi vidi dvije boje isto zbog čega su i razlike između individualnih procjena u pogledu boje zapanjujuće velike

Suvremena istraživanja iz različitih disciplina sve više otkrivaju mudrost starih o upotrebi boje u iscjeljenju. U prvoj knjizi koja je napisana o upotrebi boje u terapijske svrhe Pancoast (1877.) je opisao upotrebu stimulirajućih crvenih i blagotvornih plavih zraka na ljudsko tijelo. Nakon toga je i Babbitt (1967.) u svojoj knjizi opisao djelovanje različitih boja spektra i njihovo korištenje kao terapijskog sredstva. Međutim, tek je Ghadiali (1933.) otkrio znanstvene principe koji objašnjavaju kako i zašto različite zrake boja imaju različita terapijska djelovanja na organizam. On tvrdi da boje predstavljaju kemijske potencijale u višim oktavama vibracije. Za svaki organizam i sistem tijela postoji posebna boja koja stimulira i druga boja koja inhibira rad tog organa ili sistema.

S obzirom na sve navedeno, prirodno je to što uravnoteženost boja u prostoru snažno utječe na čovjekovu podsvijest. Krimer-Gaborović (2011.) navodi kako prekomjerna ambijentalna upotreba određene boje s jedne ili pak njeno potpuno brisanje s druge strane negativno će se odraziti na raspoloženje pojedinca uronjenog u prostore različitih koloristička tipova. Zbog takvih spoznaja o psihološkim svojstvima fenomena boje, moć boja sve se više i danas koristi u terapijske svrhe. (11)

7.9. CRTEŽ U ART TERAPIJI

Može se reći da je crtež prvi jezik kojim se pojedinac služio. To je način izražavanja koji je stariji od pisane riječi. Crtanje je aktivnost prilikom koje se koriste različita osjetila, poput kinestetičkog, vizualnog, taktilnog, a bez verbalnog aspekta. Crtež je prepoznat kao važan

način izražavanja pojedinca, kojim može izraziti sebe te kao takav može pružiti informacije o razvoju, kognitivnom i emocionalnom funkcioniranju, potisnutim i skrivenim traumama, prenositi i dvosmislene ili kontradiktorne osjećaje i percepcije. DiLeo (1970.) navodi kako dijete crta ono što ga je emocionalno i mentalno impresioniralo. Proučavanje dječjih crteža, kako navodi Malchiodi (1998.), ima prilično dugu tradiciju na području psihijatrije, psihologije, art terapije, obrazovanja i mnogih drugih disciplina. Tako su mnogi stručnjaci različitih profila proučavali karakteristike i zakonitosti dječjeg crteža, odnosno motoričke, emocionalne i psihološke aspekte dječjeg umjetničkog izražavanja. Kao rezultat toga sve je veća primjena crteža u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji.

Kroz crtež je moguće dobiti različite informacije o djetetovu razvoju, njegovu emocionalnom, kognitivnom i motoričkom funkcioniranju, a isto tako crtežom je moguće i poticati razvoj navedenog. Crtanje za djecu predstavlja uobičajen način izražavanja i komunikacije s okolinom. Njihovi crteži su toliko spontani i prirodni da se na temelju toga može otkriti nešto o dječjoj ličnosti i emocionalnom stanju. Kao dijagnostičko sredstvo, dječji crtež može biti pokazatelj djetetove zrelosti, naročito motoričkog, intelektualnog i kognitivnog razvoja. Crtanje je jeftina, neinvazivna, lako primjenjiva i dostupna u vrtićima, školama ili bolnicama. Kada je djetetu osigurano spontano crtanje ljudske figure, tada crtež postaje oblik komunikacije emocionalno i fizičko stanje, te stanje djetetove okoline u tom trenutku.

Crtanje je prirodni način komunikacije kojem djeca rijetko mogu odoljeti, a omogućuje izražavanje osjećaja i misli na način koji je ponekad jednostavniji od verbalnog izražavanja.

Krdžalić (2008.) navodi da je likovno izražavanje u svrhu komunikacije slobodna aktivnost bez teme, utjecaja i korekcije. To je neverbalni način izražavanja osjećaja pomoću likovnih medija bez zahtjeva za određenim formama. Krajnji produkt rada je crtež koji nije predmet estetske procjene niti psihološke interpretacije. Važan je proces nastajanja crteža i doživljeno iskustvo kao krajnji rezultat tog procesa. To može imati duboko djelovanje na pojedinca bez potrebe za verbalnim opisom. Kroz različite tehnike mogu se proraditi vlastiti konflikti i granice. U procesu likovnog izražavanja postaje jasno što pojedinac želi, a što ne želi te on sam odlučuje o promjeni crteža.

Crtež je kroz izučavanja brojnih stručnjaka različitih profila važan alat u različitim terapijskim intervencijama s djecom i odraslim osobama.

Među brojim tehnikama i metodama koje su se razvile za dijagnosticiranje i terapiju osoba sa psihičkim poremećajima značajno mjesto zauzimaju slika i crtež. Još davno je Lombroso (1894.) kroz svoja istraživanja uočio vezu između psihičkog poremećaja i artističke djelatnosti. Autor je među prvima istaknuo neke sličnosti između patološkog i primitivnog u

likovnim produkcijama, kao i podudarnost u obilju simbola, hijeroglifnih znakova u crtežima. No, navedenom području istraživanja znanstvenije je pristupio Reja (1907.) koji je objavio zapaženu raspravu o psihopatologiji ekspresije objašnjavajući slike psihički oboljelih osoba kao vrstu umjetnosti u embrionalnoj formi, gdje je odsutna namjera da se stvara. Autor je crteže oboljelih kategorizirao u infantilne, ornamentalne i simboličke.

Likovnim ostvarenjima bolesnika prilazilo se s drugih pozicija, uočavajući: zanemarivanje anatomije likova, nepoznavanje perspektive kao odnosa u prostoru te neprihvaćanje nekih pravila, kao kompozicije i izbora boja. U takvim likovnim stvaranjima stapalo se nestvarno sa stvarnim upozoravajući da nestvarno postoji, da su moguće sve kombinacije, čega u likovnoj umjetnosti do tad nije bilo.

Prinzhorn (1968.) se kroz svoja istraživanja bavio prikazivanjem i opisivanjem likovnih radova pretežno pojedinaca oboljelih od shizofrenije. Autor izbjegava naziv umjetnost, već govori o općoj ljudskoj potrebi oblikovanja s tezom da to izlazi iz okvira akademske likovne prakse pa samim tim i takvog vrednovanja. On u tim likovnim radovima vidi otuđenje od stvarnosti i emocionalno hlađenje te otkriva mnogo nesvjesnih elemenata. Smatra da slike ne nastaju ka rezultat bolesti, već da su izraz oboljele ličnosti u pojedincu te uočava nesposobnost psihijatrijskih bolesnika da realno prikazuju realnim, jer ga takvim ni ne vide. Nakon Prinzhornovih istraživanja, među mnogim drugim psihijatrima znatno je porastao interes za crteže i slike, odnosno likovnu ekspresiju oboljelih.

Na crteže se gledalo kao na prilog razumijevanja abnormalnih doživljaja, kao na instrument koji razotkriva više onog nepoznatog u pojedincu, što omogućuje da se bolest bolje upozna.

Pacijente je potrebno ohrabriti i poticati na likovni rad jer ako se uspostavi dobar terapijski odnos i bez verbalne komunikacije u likovnim će se radovima ispreplitati svjesni i nesvjesni sadržaji, cenzurirane, ali i nekontrolirane pulzije, konflikti, otpor i projekcije.

Likovni program je primjenjiv s pojedincima svih dobnih skupina te različitim vrstama psihičkih poremećaja. Ovakvi programi imaju različite ciljeve: smanjivanje pasivnosti i povlačenja, povećanje samopouzdanja i jačanje identifikacije, poticanje inicijative i interesa te razvoj osobne kulturacije, samoostvarenje i zadovoljstvo, interpersonalno povezivanje, poticanje inicijacije za sudjelovanjem u aktivnostima svakodnevnog života. (11)

7.10. GLAZBOTERAPIJA

Glazboterapija se može sagledati sa terapeutskog i znanstvenog stajališta. S terapeutskog stajališta glazboterapija je disciplina koja koristi zvuk, glazbu i pokret da postigne povratne

efekte i otvori komunikacijske kanale kako bi se započeo i ostvario proces osposobljavanja pacijenta za što bolje funkcioniranje. Sa znanstvenog stajališta glazboterapija je grana znanosti koja se bavi istraživanjem kompleksa zvukova srodnih čovjeku, bez obzira predstavlja li zvuk ono što zovemo glazbom ili ne, te otkriva njihove dijagnostičke parametre i terapeutsku primjenu. Ciljevi glazboterapije nalaze se izvan same seanse jer se u terapiji pokušavaju postići pozitivne promjene u mentalnom i fizičkom zdravlju pojedinca.

Glazbu možemo smatrati učinkovitim terapeutskim sredstvom zato što dokazano utječe na fiziološke i psihološke promjene kod pojedinca. Vibracije zvuka djeluju na sve procese u mozgu i time direktno utječu na čovjekove tjelesne, kognitivne i emocionalne funkcije. Zvuk utječe na tjelesne stanice i organe pa ne čudi da su istraživanja pokazala da glazba djeluje na stanje svjesnosti, harmoniziranje desne i lijeve hemisfere mozga, disanje, cirkulaciju, krvni tlak i ostale procese koji se zbivaju u tijelu. Ona utječe na ljudsko ponašanje tako što utječe na mozak i tjelesne strukture, a taj utjecaj može se mjeriti, predvidjeti i identificirati, što i predstavlja temelj za znanstvenu primjenu glazbe u terapijske svrhe.

Glazboterapija se opisuje kao psihoterapijska metoda u kojoj slušanje glazbe, odnosno receptivna glazboterapija, te kombinacija sviranja instrumenata, pjevanja, pokreta, odnosno aktivna glazboterapija, predstavljaju medij za funkcionalnu upotrebu glazbe.

Moderna glazboterapija je mjesto susreta umjetnosti i znanosti. Glazba je umjetnost, što ju čini posebnim terapeutskim sredstvom, te označava utemeljenu znanstvenu profesiju koja koristi glazbu i glazbeno povezane strategije da pomogne i motivira osobu prema specifičnom, neglazbenom cilju. To je socijalna aktivnost koja pojačava samopouzdanje te pomaže u razvoju svjesnosti i identiteta. Glazbeni trenutak je pun tonskih, ritmičkih, dinamičkih elemenata koji se uzajamno prožimaju. Ne zna se koji od ovih elemenata ima najveći terapeutski učinak, stoga se koriste različiti pristupi u intervencijama. Veliki je motivator u radu s djecom, jer stvara zabavnu okolinu u kojoj djeca ne primjećuju terapeutski učinak.

Abbott (2002.) navodi kako pojedinac ne može uvijek objasniti i izraziti svoje osjećaje riječima, jer njegovi unutarnji konflikti nisu uvijek dostupni racionaliziranju, ali tada ih može izraziti istražiti i razriješiti putem glazbenog izražavanja. Biološka osnova doživljavanja glazbe povezana je s prirodom ljudske inteligencije, odnosno kapacitetom pojedinca za spoznavanjem vanjskog svijeta. Stoga je glazba kao kognitivna aktivnost jedna od načina upoznavanja stvarnosti.

MacDonald i suradnici (2002.) ističu kako glazba pomaže pri definiranju identiteta i upravljanju interpersonalnim odnosima.

Hallam (2006.) navodi kako je glazba vrlo jaka na razini socijalne grupe jer olakšava komunikaciju za koju više nisu potrebne riječi, potiče dijeljenje emocija i podržava razvoj grupnog identiteta.

Kemper i Danhauer (2005.) definiraju glazbu kao oruđe koje služi za postizanje željenog psihološkog stanja pojedinca u smislu da se mijenjanjem glazbe može utjecati na promjenu raspoloženja, što zatim može imati utjecaj na promjenu ponašanja. To je vidljivo u praktičnoj primjeni glazbe u terapijske svrhe gdje se ona široko koristi s ciljem poboljšanja pacijentova zdravlja i raspoloženja i smanjenja stresa i tjeskobe pa tako postaje jeftina intervencija koja smanjuje kiruršku, proceduralnu, akutnu i kroničnu bol.

North i Hargreaves (1997.) ističu kako je glazba svugdje prisutan fenomen koji služi kao medij pomoću kojeg se oblikuju socijalna i fizička okolina pojedinca. Ljudi koriste glazbu ka simbol vlastitih vrijednosti, stavova i samopoimanja.

Mnogi znanstvenici su se bavili utjecajem glazbe na pojedinca,

Costa-Giomi i sur. (1999.) navode kako glazbenim podražajima putem autonomnog živčanog sustava može se postići niz somatskih promjena kao što su povišenje krvnog tlaka, znojenje, usporavanje srčane aktivnosti, promjene u protoku krvi kroz pojedine organe, promjene u tonusu muskulature, temperature kože itd. Glazbom se mogu potaknuti i razne psihološke reakcije. Mogućnost glazbe da utječe na osjećajne reakcije i raspoloženje kod pojedinca, vjerojatno je srž teorije u praksi glazboterapije. U stalnom je porastu broj podataka koji ukazuju da glazba uspješno djeluje na smanjenje anksioznosti i stresa u raznim medicinskim okruženjima. Glazba po pacijentovom izboru također može biti važna komponenta u kontroli boli.

Goldstein (1980.) je kroz svoja istraživanja pokušao dokazati vezu između endorfina i glazbe. Na osnovu velikog broja ispitanika u tom istraživanju, koji su pokazali određeni biokemijski odgovor na glazbene podražaje, autor smatra kako glazba može aktivirati proizvodnju endorfina pri tretmanu boli.

Thompson i sur. (2001.) su ustanovili da određena vrsta glazbe osobu može umiriti, pobuditi, razveseliti, rastužiti ili frustrirati. Utjecaj glazbe na pobuđenost i raspoloženje može se mjeriti preko promjena u električnoj vodljivosti kože, promjeni pulska, brzini disanja te preko drugih fizioloških mjera.

Istraživanja koja ispituju način na koji mozak obrađuju glazbu ukazuju da ne postoji jednostavan način na koji se mogu predvidjeti učinci glazbe na ponašanje pojedinca. Ljudi dijele mnoge automatske reakcije na zvuk. To su svjesne reakcije pojedinca koje dijelom prenose i njegove jedinstvene emocionalne reakcije. Na njih utječu prethodna iskustva

pojedinca s glazbom koja su djelomično određena društvenom skupinom, spolom, godinama kulturom i glazbenim obrazovanjem. Uz to, svaki pojedinac posjeduje jedinstveni niz sjećanja koja pripadaju određenom glazbenom iskustvu. Njim mogu dozvati određene melodije, dijelovi glazbenog djela ili pjesme. Takva sjećanja mogu biti povezana s raznim osjećajima, događajima, osobama, aktivnostima ili mjestima. Ova razina individualnosti ukazuje na to da je teško točno predvidjeti utjecaj glazbe na ponašanje pojedinca.

Glazba može istodobno potaknuti psihološke, fiziološke i spoznajne reakcije, koje mogu, ali i ne moraju biti povezane. Glazba može uzrokovati psihološko ili fiziološko usklađivanje, primjerice glazba ima potencijal uskladiti otkucaje srca kroz njezin puls ili uskladiti disanje kroz svoj ritam. Ako pojedinca izložimo glazbi koje je suprotna njegovom trenutnom raspoloženju, pod utjecajem glazbe može doći do promjene raspoloženja sukladno tipu glazbe. Sve psihološke i fiziološke reakcije potaknute glazbom su jedinstvene za svakog pojedinca. (11)

7.11. TERAPIJA PLESOM I POKRETOM

Ples je prirođeni jezik razumljiv svim ljudskim bićima bez upotrebe govora te ga svaki pojedinac posjeduje kao jedinstven način izražavanja vlastitim tijelom. To je niz ritmičkih, sukcesivnih pokreta jednog ili više dijelova tijela na mjestu, u pokretu uz akustičnu pratnju ili pak u sjedećem položaju.

Warren (1993.) navodi kako ples treba shvatiti kao izjavu osobe o njenom trenutačnom emocionalnom stanju kroz jezik tijela.

Ples pojedincu omogućuju opuštanje i rušenje barijera koje ga koče u svakodnevnoj komunikaciji. Osim u preventivnom smislu, kada je u pitanju zdravlje osobe, značajno utječe i na razvijanje socijalnog i kulturnog identiteta te je preporučljiva aktivnost za sve. Prilikom izbora plesnih struktura važno je imati u vidu tri značajna aspekta: zdravstveni, socijalni i estetski.

Maletić (1983.) ističe kako ples može imati dva učinka: da može pobuditi i potaknuti emocije, ali ih može i smiriti. Taj dvostruki učinak plesa otkrila je i suvremena psihoterapija. Plesom se može izazvati uzbuđenja kod apatičnih i depresivnih pacijenata, može se potaknuti izražavanje emocija pomoću pokreta kod agresivnih osoba. Također, plesna terapija može se koristiti i sa zdravom djecom. Previše bučno i dinamično dijete može se smiriti odgovarajućim plesnim sekvencama, dok se pasivno dijete može potaknuti na budnost i živahniju aktivnosti.

Ples se može smatrati odgojnom i obrazovnom funkcijom u životu pojedinca. Plesni odgoj djeluje na cjelokupni razvoj, uravnoteženost i osobnost. Plesnim odgojem razvija se smisao za estetiku pokreta, koncentraciju, opservaciju i pamćenje, te se potiče međusobna suradnja pokretom.

Učinkovitost plesnih pokreta vidljiva je kao psihološka učinkovitost jer se smanjuju anksioznost i depresivna raspoloženja, pozitivno se utječe na intelektualne sposobnosti, na poboljšanje zdravlja i formiranje brojnih društvenih vrijednosti te razvoj umjetničkog stvaralaštva. Ples pruža i razne mogućnosti za obogaćivanjem emocionalnog života, odnosno doprinosi emocionalnoj stabilnosti osobe.

Vučinić (2001.), Tomac-Rojčević i Vrhoci (2007.) navode kako odgovarajuće strukture plesa stvaraju ugodna raspoloženja, osjećajna stanja poput vedrine, veselja, oduševljenja zadovoljstva, optimizma i radosti. Pravilnim organiziranjem i usmjeravanjem djece na plesne aktivnosti može se smanjiti pojavljivanje društveno neprihvatljivog ponašanja. Također, ples pruža mogućnost razvoja moralnih kvaliteta, pozitivnih crta osobnosti i formiranja snažne volje i karaktera. Fizičkom aktivnošću, pa tako i plesom, kako navode autori Tomac-Rojčević i Vrhoci (2007.), razvija se inicijativa, samostalnost, upornost, odlučnost,, pouzdanost, točnost, hrabrost, preciznost, disciplinirano, prijateljstvo, savjesnost, solidarnost, potpomaganje, poštenje, te osjećaj dužnosti i odgovornosti.

Važan je socijalni aspekt plesa. Djeca vrlo rano počinju razlikovati vlastito „ja“ od onog što je izvan njegovog „ja“ te postupno dolazi do spoznaje da nije sve oko njega stvoreno jedino za zadovoljavanje njegovih potreba. Djetetovo prilagođavanje partneru u nekoj plesnoj aktivnosti ili manjoj skupini unutar plesne aktivnosti sastoji se od usmjeravanja pažnje na drugoga ili druge, prihvaćanje njegovih individualnih načina pokretanja, stjecanju sposobnosti primanja i davanja, preuzimanja vodstva i prihvaćanja tuđeg vodstva, pružanja pomoći drugima, postizanja ravnoteže između osobne inicijative i osjećaja suradnje s drugima, usklađivanje osobne težnje za afirmacijom s osobnom težnjom drugog. Iz svega navedenog, vidljiva je uloga plesa i pokreta u boljoj socijalizaciji te produbljivanju komunikacije i uvježbavanju samokontrole.

Terapija plesom i pokretom stara je koliko i ljudska kultura, no kako navodi Možina (2004.) tek se u 20. stoljeću razvio umjetnički ples sa svojim religioznim i zdravstvenim značenjem.

Američko udruženje plesnih terapeuta – ADTA (2012.) terapiju plesom definira kao primjenu pokreta i plesa u kreativnom procesu s ciljem poticanja emotivne, kognitivne, socijalne i tjelesne integracije pojedinca.

Temeljni cilj u terapiji plesom i pokretom je proces osvješćivanja, reintegracije i unapređivanja triju elemenata u pojedincu: predodžbe o sebi, vještine neverbalne komunikacije te raspona i kvalitete emocionalnih doživljaja.

U terapiji plesom postoje tehnike promatranja kojima se analizira napetost tijela te se pokušava dovesti tijelo u suodnos s prostorom. Terapeut usklađuje različite tehnike i prilagođava se pojedincu stvarajući prostor empatije i povjerenja, te omogućava razumijevanje i komunikaciju.

West (1984.) i Payne (1992.) ističu kako se terapija plesom pokazala kao dobar medij u tretmanima osoba s narušenom slikom o sebi, odnosno narušenom slikom vlastitog tijela. Korištenjem ovog pristupa kod te populacije došlo je do boljeg prihvaćanja sebe, poboljšanja socijalnog i emocionalnog funkcioniranja pojedinca te povećanja samopouzdanja. Ovaj oblik terapije daje osjećaj za unutrašnju strukturu, omogućava otkrivanje sebe, osigurava zadovoljstvo sobom i samozastupanje, razvija socijalne sposobnosti i osjećaj za neverbalne znakove, prilagodljivost, sudjelovanje, grupno rješavanje problema, poštivanje pravila, empatiju, poštivanje pravila, inicijaciju i sudjelovanje u aktivnostima te reducira impulzivnost. Također, pruža mogućnost izražavanja emocija tijelom, integraciju unutarnjih i vanjskih doživljaja, pogoduje fleksibilnim odgovorima na emocionalna i fizička pitanja iz okoline, poboljšava funkcionalne i dinamičke elemente neuromuskularne spretnosti (ravnoteža, koordinacija, prostorna orijentacija), te pomaže smislenom organiziranju i kreativnom uključivanju.

Marušić (2011.) navodi kako se terapija pokretom i plesom pokazala uspješnom u radu s pojedincima koji se oporavljaju od težih bolesti, npr. u području onkologije, kardiologije, neurologije, interne medicine, kroničnih bolesti, imunologije, tjelesnih oštećenja te psihijatrije. (11)

7.12. PSIHODRAMA

Stvaranje modela i uloga, odnosno igranje uloga dio je svačijeg iskustva. Ova sposobnost javlja se u ranom djetinjstvu kao simbolička igra i traje sve do zrelosti te nakon nje kao sposobnost preuzimanja uloga. Kada se dijete počne igrati otkrivajući, upoznajući i doživljavajući svijet i sebe, tada započinje i ekspresivna dramska igra. Kako navodi Đurić (2009.), simboličko ponašanje malog djeteta najraniji je oblik dramskog ponašanja.

Dijete od najranije dobi iskustva svog postojanja kao i neizvjesnosti pred svijetom s kojim se suočava dramatizira u tzv. simboličkoj igri. Projicirajući svoje naklonosti, mržnje i strahove u

imaginacijom oživljenje igračke ili osobe koje ga okružuju, dijete sređuje svoje emotivne odnose s okolinom.

Dramska ekspresija potiče emocionalnu i socijalnu stabilnost, utječe na spoznajni razvoj i mišljenje djeteta te na njegov moralni razvoj, doprinosi dječjem izražavanju, pomaže razviti pravilnu artikulaciju, utječe na bogaćenje rječnika, sposobnost stvaranja rečenica te tečnost izražavanja.

Drama se može sagledati puno šire od dramske odnosno kazališne umjetnosti. Dramsko stvaralaštvo primjenjivo je kod amatera u rasponu od djece u vrtićima, preko školskih scenskih grupa i kulturno-umjetničkih društava do populacije treće životne dobi.

Kako navode Janković i sur. (2000.), dramskom ekspresijom sudionici imaju priliku razvijati se u fizičkom, psihičkom i socijalnom smislu. U fizičkom smislu pojedinci uče kontrolirati cijelo tijelo i osviješteno njime upravljati, dok u psihičkom smislu razvijaju vještinu percepcije, brzog razmišljanja, zaključivanja i snalaženja u različitim novim situacijama te jačaju kreativnost i koncentraciju, a u socijalnom smislu razvijaju svoju socijalnu percepciju, komunikaciju kao dvosmjeran proces te uče i jačaju brojne komunikacijske vještine. Pojedinci se uče kvalitetnoj, neposrednoj i uspješnoj komunikaciji u kojoj je način izražavanja precizan, usmjeren prema javnom cilju i potkrijepljen osobnim uvjerenjem, što je osnovni uvjet za mogućnost prenošenja tog uvjerenja ili poruke drugima.

Elemente drame moguće je koristiti u različitim intervencijskim pristupima u odgoju, obrazovanju, prevenciji, terapiji ili rehabilitaciji.

Dramska aktivnost, kako ističe Mijatović (2011.), djeluje holistički integrirajući intelektualnu spoznaju, proživljene emocije i estetski doživljaj u cjelovito iskustvo koje potkrepljuje i osnažuje svaki daljnji korak osobnog aktiviteta sudionika usmjerenog bilo na učenje, osobni rast i razvoj, na javno izražavanje ili liječenje.

Drama je korištena za utjehu bolesnicima još u 5. stoljeću prije Krista. Terapijska upotreba drame podrazumijeva aktivnu ulogu pacijenta u procesu liječenja, pri čemu on preuzima odgovornost za vlastito zdravlje. Važno je uzeti u obzir sve osobne potencijale i vještine koje pacijent posjeduje, nudeći mu siguran i zaštićen prostor za njihovo izražavanje i daljnje razvijanje. Iskustvo dramske ekspresije pacijentima može ponuditi smisleni kontekst njihova doživljaja povezujući ga s osobnim problemom. Na taj se način ostvaruje terapijski učinka uz ostale pozitivne učinke poput učenja, stjecanja iskustva, te osobnog rasta i razvoja koji su od velikog značaja za pacijentovo svakodnevno funkcioniranje.

Formalni razvoj psihodrame pripisuje se radu Jacoba Levya Morena (1934.;1941.;1964.) koji je smatra da razgovor između pacijenata i terapeuta nije dovoljno poticajan te je pokušao

pronaći kreativniji način približavanja unutarnjem svijetu pojedinca. Promatranjem djece u igri, javila se ideja da se drama upotrijebi u liječenju pojedinaca. Moreno (1964.) je gledajući djecu kako se igraju, opazio kako djeca s lakoćom glume različite socijalne uloge u svom svijetu. Kroz svoja istraživanja otkrivao je snagu nesvjesnog u ljudskom biću. Smatrao je da svijet ne pokreću nesvjesne libidinalne i agresivne energije nego susret dvoje ljudi „licem u lice, oči u oči“, te da se ljudi razvijanjem kreativnosti i spontanosti mogu osloboditi tvrdokornih obrazaca uloga i struktura i da mogu razviti nove oblike ponašanja i odnosa, koje smatrao ključnima za kvalitetan život. Autor smatra da svaki pojedinac u sebi nosi kreativni potencijal koji može biti poljuljan uslijed povreda ili traumatskih iskustava, ali je i dalje prisutan i moguće ga je ponovno oživjeti. Taj se potencijal, samoiscjeljujuća snaga u svakom pojedincu, može oživjeti i ponovno osvijestiti čovjeku u terapijskom procesu. Moreno (1934.) čovjeka nikada ne promatra izoliranim kao „ja“ nego uvijek uvezenim u mrežu svojih odnosa, u čovječanstvu, društvu, zajednici i univerzumu. Psihičko oboljenje promatra kao poremećaj naših odnosa ili kao nedostatak zadovoljavajućih odnosa. Stoga je važan terapijski cilj u psihodrami unapređenje autentičnih odnosa, tj. odnosa koji su iskreni i obilježeni „uzajamnim uživljavanjem“. Zbog navedenog, autor daje prednost grupnoj terapiji nad individualnom.

Mindoljević-Drakulić (2006.) ističe kako drama, kao tehnika u kojoj akteri mogu promijeniti svoje ustaljene uloge, barem na trenutak, te biti u ulozi sugovornika, osjetiti ga i doživjeti kao akt empatijske identifikacije, pojačava spontanost i samu svijest o spontanosti. Stupanj spontanosti u doživljaju ili ponašanju upućuje i na neovisnost čovjekove ličnosti. Proces oslobađanja spontanosti pojedincu donosi ravnotežu, olakšanje i unutarnji mir.

Turner (1989.) i Miholić i sur. (2009.) definiraju psihodramu kao akcijski oblik grupne psihoterapije u kojoj postoji jedna centralna osoba kao protagonist, odnosno glavni lik koji se kroz privid igre i njezino fantazijsko značenje lakše oslobađa autocenzure. U psihodrami se kroz dramsku akciju stječe iskustvo koje se sastoji od opažajne jezgre, pojavljivanja slika prošlih iskustava i moći projekcije, oživljavanja osjećaja uz njih izvorno vezanih, stvarnih značenja.

Važan terapijski faktor u psihodrami su razni oblici komunikacije. Moreno (1964.) dao je pojedincu priliku da na pozornici uprizori dio svog vanjskog i unutarnjeg svijeta, te je u fokus terapijskog rada uveo i elemente vizualnog i neverbalnog izražavanja, pokreta i sl. Autor smatra kako se kroz akciju i praćenje neverbalnih znakova može znatno brže doći do srži problema. Jedan od ključnih pojmova u psihodrami je „akcija“ odnosno djelovanje. Moreno (1964.) polazi od osnove čovjekove potrebe da bude aktivan i da se ostvari kroz djelovanje. Naglašava da što je više te potrebe, odnosno „gladi za akcijom“ onemogućeno (bilo rigidnim

odgojem, tvrdokornim strukturama, hijerarhijskim odnosima ili ekstremno nasilnim aktima), utoliko će pogođena osoba biti nezadovoljnija ili oštećenija. U traumatskim situacijama, sposobnost za djelovanjem potpuno se smanjuje, što predstavlja potpuno bespomoćnost i može izazvati dugoročna psihička oštećenja. Daljnji terapijski čin u psihodrami je reuspostavljanje sposobnosti za djelovanje, iskustvo stečeno kroz vlastito djelovanje „da promijenimo sebe same, svoju situaciju, svoj cijeli svijet.“ Aspekt djelovanja u psihodrami je osobito važan za traumatizirane pojedince, budući da mogu doživjeti sebe u odnosu na ulogu koju igraju ili simbole, pri čemu sami određuju situaciju, a terapeut ih podržava, prati i brine se za siguran okvir u kojem se sve događa.

Sudionik psihodrame može biti svaki pojedinac, bez obzira na spol, dob, zanimanje, hobije interese itd., jedini uvjet je da osoba nije u akutnom psihičkom stanju, odnosno da nije destruktivna i agresivna. Psihodrama je prikladna za sve one koje žele istražiti svoje mogućnosti, sposobnosti i snage, te riješiti svoje probleme i dileme, donijeti važne životne odluke ili se pak suočiti i lakše nositi s problemima i odlukama njima važnih ljudi.

Ciljevi psihodrame, kako navodi Jakelić (2011.) su: otkrivanje korijena problema, bilo s okolinom ili interpersonalni, te podučavanje tehnikama rješavanja tih problema; postati osjetljiviji prema sebi i drugima; naučiti prepoznati neverbalne znakove te skrivene poruke i manipulacije u interakciji s drugim ljudima; razviti komunikacijske vještine i prikladan način rješavanja konflikata; doći u kontakt s duboko potisnutim, snažnim osjećajima, te ih naučiti razviti na zdrav način; osloboditi se raznih fobija, napadaja panike, i drugih tegoba vezanih uz strahove i tjeskobu; razriješiti i iscijeliti razne traume poput zlostavljanja, ratnih strahova, diskriminacije i sl.; naučiti prihvatiti razne životne probleme i okolnosti i naučiti se lakše nositi s njima; unaprijediti vlastite pozitivne potencijale i ispraviti one negativne; postati kreativniji, spontaniji i opušteniji; prepoznati razine svjesnog i nesvjesnog; razviti samopouzdanje, samosvijest i asertivnosti; naučiti prepoznati i poštovati tuđe granice, kao i svoje; naučiti lakše i kompetentnije donositi razne odluke; osloboditi se straha od autoriteta; postati tolerantniji te sposobniji za bolje funkcioniranje u timskom radu; prepoznati duhovne probleme te pronaći način rješavanja problema i poboljšati kvalitetu života. (11)

7.13. BIBLIOTERAPIJA

Danas postoje razne definicije biblioterapije, pa tako Ayalon (1987.) definira biblioterapiju kao staro iscjeliteljsko umijeće u starom ruhu, a Dorland´s Illustrated Medical Dictionary (2000.) definira ovaj oblik terapije kao upotrebu knjiga i čitanja u liječenju bolesti živčanog sustava.

Ciljevi biblioterapije mogu biti glavni i specifični, pa tako Bašić (2011.) kao glavni cilj navodi izazivanje promjena kroz potisnute konflikte, a kao specifične ciljeve navodi povećanje samorazumijevanja i samoopažanja, osjetljivosti na interpersonalne odnose, osvještavanje životne orijentacije, razvijanje kreativnosti i samoizražavanja, ohrabrivanje pozitivnog mišljenja i kreativnog rješavanja problema, ojačavanje komunikacijskih vještina, ujedinjavanje različitih aspekata osobnosti, oslobađanje snažnih emocija i napetosti.

Biblioterapija na emocionalnoj razini pomaže pojedincu razumjeti svoje psihološke i fizičke reakcije na frustraciju i konflikte te pomaže u boljem razumijevanju osobnih mitova i potreba. To se može postići korištenjem različitih vrsta informacijskih medija (tekstovi, knjige) kroz koje pojedinac može osvijestiti da probleme poput njegovih mogu imati i drugi ljudi te na taj način dobiti uvid u različite načine rješavanja tih problema. Na taj se način pojedincu omogućava određeno iskustvo bez osobnog izlaganja stvarnom iskustvu, što ga može ohrabriti na slobodniju komunikaciju o vlastitom problemu.

Proces bibiloterapije započinje kada se procijeni da bi za pojedinca s određenim problemom takav način intervencije bio prigodan i učinkovit. Terapeut u suradnji s pojedincem i ostalim članovima tima definira biblioterapijski proces (ciljevi, tijek i dr.). Nakon toga pojedinca razmatra ono što je pročitao, vidio ili čuo tijekom biblioterapijskog procesa, te o tome diskutira s terapeutom i/ili ostalim članovima grupe.

Kako navodi Rubin (1978.) terapeut koji vodi pojedinca kroz ovaj oblik terapije, treba imati dobro razvijene verbalne i neverbalne komunikacijske vještine, treba biti empatičan, emocionalno stabilan, pravedan, humorističan, sposoban za promjenu, objektivan, zdrave prosudbe te treba imati visoko samopouzdanje. Nadalje, terapeut mora u potpunosti razumjeti pojedinca, imati određena znanja o knjigama, biti adekvatno educiran s usvojenim određenim znanjima iz književnosti, psihologije, savjetovanja i sl., te biti osjetljiv na različite ljudske potrebe.

Kako bi biblioterapija bila učinkovita, mora započeti rano, već na prvi znak problema. Prije nego što se planira koristiti ovaj oblik terapije, potrebno je izgraditi odnos povjerenja s pojedincem. (11)

8 . SOCIOTERAPIJA – RESOCIJALIZACIJA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Socioterapija se definira kao skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacija, odnosno rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika. Socioterapijskim metodama djeluje se na pojedinca i njegovu okolinu s ciljem da ga se uključi u vlastito liječenje. Bolesnik mora naučiti kako izdržati socijalni pritisak u zajednici, a da pri tom primjereno reagira na taj pritisak. (1)

Svi postupci u socioterapiji imaju za cilj pripremiti bolesnika za njegov povratak u zajednicu. Socioterapijski postupci djeluju na bolesnika, ali i na njegovu obiteljsku i radnu okolinu. Cilj socioterapije je poboljšati bolesnikovo socijalno funkcioniranje, odnosno njegove sposobnosti socijalne prilagodbe (resocijalizacije). Praksa je pokazala kako se određeni broj psihijatrijskih bolesnika, nakon hospitalnog tretmana, loše adaptira u sredinu u koju se vraća. Stoga se socijoterapijskim metodama djeluje na bolesnika s ciljem poboljšanja njegovih odnosa u okolini u kojoj živi i radi. Terapijska grupa u osnovi ima sličnosti s obitelji. Socioterapija je terapijska metoda koja bolesniku omogućuje funkcioniranje na relaciji pojedinac – društvena sredina. Potreban je i rad s obitelji kako bi što bolje prihvatili svog oboljelog člana nakon liječenja i svojim ponašanjem, na odgovarajući način, reagirala na njegove postupke.

Socioterapija se može organizirati u različitih psihijatrijskim jedinicama izvan institucije kao što su npr.: jedince mentalnog zdravlja, socijalno-medicinske ustanove, poliklinička služba i sl. Psihijatrijskom bolesniku važno je omogućiti aktivnu rehabilitaciju i socijoterapiju. Socioterapija se najčešće provodi u grupama koje čine pojedinci s relativno sličnim problemima i voditeljem - terapeutom. Članovima grupe pruža se stručna pomoć, ulažu se napori za razumijevanjem vlastitih postupaka i ponašanja, te mogućnost sagledavanja uzajamnih reakcija u odnosu na druge ljude s kojima se susreću. Socioterapeut koristi grupne procese kako bi efikasnije modificirao ponašanje, mišljenje i emocije svakog člana grupe. Browne (1999.) je zaključio da izvanbolnički programi koji imaju mogućnosti radne rehabilitacije mogu imati značajno pozitivan utjecaj na kvalitetu života osoba psihičkih bolesnika. Suvremena psihijatrija sve se više usmjerava k izvanbolničkim oblicima liječenja koji su se pokazali ekonomski isplatljiviji (u usporedbi s bolničkim liječenjem), a jednako su učinkoviti.

Uspjeh socioterapije može se vidjeti po zadovoljavajućem funkcioniranju bolesnika u obiteljskoj, radnoj, ali i široj zajednici. (12)

9. ULOGA OBITELJI I ZAJEDNICE U LIJEČENJU PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Saznanje o psihičkoj bolesti člana obitelji može izazvati različite reakcije ostalih članova. Većina obitelji će pokazati sličnost u reakcijama, ali razlikovat će se kapacitet za nošenje sa stresom. Reakcija obitelji može utjecati na ishod liječenja, ali donosi sa sobom i određeni rizik za obolijevanje drugog člana. Stoga stručnjaci moraju posvetiti pozornost i reakcijama drugih članova obitelji kako bi osigurali adekvatnu potporu pri liječenju bolesnog člana, ali i podršku članovima obitelji oboljelog. Na taj način umanjuje se rizik obolijevanja drugog člana obitelji, bilo od fizičkog ili psihičkog poremećaja.

Reakcije obitelji na saznanje da je njihov član psihički bolestan, uključuju razne emocije kao što su tuga, ljutnja, tjeskoba, krivnja i sram, ali kao prva reakcija javlja se negiranje te članovi najčešće vjeruju da je riječ o prolaznom poremećaju. Dugotrajna briga o oboljelom članu, te popratna nerealistična očekivanja tijekom liječenja i nerazumijevanje bolesti, može dovesti do izolacije, kroničnog iscrpljenja i nezadovoljstva.

Unatoč napretku dijagnostike i načinu liječenja psihičkih bolesnika, negativna percepcija o psihičkim bolestima i osobama koje boluju od takvih bolesti, zadržala se i danas. Brojna istraživanja dokazala su negativne stavove o psihičkim bolesnicima u široj javnosti, pa čak i među profesionalcima iz područja zaštite mentalnog zdravlja, ali i samim bolesnicima i njihovim obiteljima. Stavovi prema psihičkim bolesnicima najčešće se odnose na nepredvidljivost i opasnost, za koju javnost smatra da predstavljaju. Također, psihički bolesne osobe smatraju nesposobnima. Ovakvi stavovi najizraženiji su kada je riječ o osobama oboljelima od shizofrenije, dok su stavovi o slabošću karaktera i negacijom psihičke bolesti više povezani s depresijom. Stigma kojoj su izloženi psihički oboljele osobe, u ovom slučaju, može izazvati više poteškoća u liječenju nego sama bolest. Stigma stvara osjećaj manje vrijednosti, demoraliziranosti i straha bolesnika da će biti odbačeni, zbog čega bolesnici i članovi njihove obitelji izbjegavaju komunikaciju i nerijetko ostaju izolirani. Zbog stigme se oboljeli mogu osjećati loše i odbijati liječenje.

Obitelj također može stigmatizirati oboljelog člana obitelji, zbog simptoma koji su neuobičajeni ili ponašanja oboljelog člana, mogu osjećati sram. Članovi obitelji mogu osjećati sram ako se nađu na javnom mjestu s oboljeli zbog straha od neprimjerenih reakcija ili tokom predstavljanja oboljelog člana drugim osobama. Kod depresivnih osoba, obitelj

može simptome depresije vidjeti kao lijenost člana, a ne kao bolest. Negativan odnos obitelji prema oboljelom članu, može imati negativan učinka na liječenje, zato je važno uključiti obitelj u liječenje i pomoći obitelji kako bi se adekvatno i što lakše nosila s bolesti svog člana i tako mu pomogla u oporavku.

Najvažniji čimbenik u uključivanju obitelji u liječenje je prvenstveno edukacija o bolesti, tretmanima i ishodu. Edukacija o navedenom i identificiranje načina emocionalnog reagiranja u obitelji može pomoći da reakcija na bolest ne dovede do disfunkcionalne komunikacije unutar obitelji koja će nepovoljno utjecati na oporavak oboljelog člana i zdravlje ostalih članova obitelji.

Edukacija je individualni ili grupni postupak koji uključuje izmjenu informacija o bolesti i liječenju u interakciji terapeuta i bolesnika ili člana obitelji. To nije serija predavanja o bolestima i simptomima, nego proces koji se odvija u pozitivnoj terapijskoj atmosferi, a uključuje otvorenu diskusiju o simptomima bolesti, te njenim psihološkim i socijalnim posljedicama. Edukacija treba potaknuti realističan optimizam i pružiti nadu u oporavak, stoga sve date informacije trebaju biti u kontekstu oporavka.

Edukacija uključuje strukturirane informacije o bolesti i liječenju koje također podrazumijevaju razumijevanje emocionalnih reakcija kako bi se pomoglo oboljelima i članovima njihove obitelji da se uspješno nose s bolesti. Cilj edukacije o bolesti je osnaživanje kako bi bolesnik i članovi obitelji osjetili da su u poziciji da utječu na svoju situaciju i upravljaju svojim životom. Tijekom edukacije o bolesti, osim informacija povezanih sa simptomima bolesti, liječenjem i oporavkom, važno je proraditi emocionalne aspekte doživljaja bolesti koji uključuju sve ranije navedeno (stigmatizaciju, izolaciju, depresiju, suicidalnost, osjećaj krivnje, srama, samopoštovanje, samopouzdanje, beznadnost te doživljaj gubitka koji prate različiti osjećaji poput tjeskobe, depresije, ljutnje i gubitka osjećaja). Potrebno je ponuditi obitelji proradu različitih osjećaja koji se pojavljuju u sklopu reakcije na bolest. U edukaciji je posebno važno pojasniti obitelji psihobiosocijalni model bolesti koji povezuje utjecaj bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, posebice osjetljivost na stresne događaje. Psihoedukacija treba obuhvatiti i rad povezan sa stigmom i diskriminacijom koji uključuje učinkovite strategije u borbi protiv samostigmatizacije, stigmatizacije i diskriminacije. Stigma psihičke bolesti može biti veći problem od same bolesti i za bolesnika i za obitelj. Stigma je povezana s predrasudama o bolesti, vjerovanjem da je obolijevanje katastrofa, u neizlječivost, da je obitelj na neki način osramoćena i negativno obilježena. Obitelj se vrlo često zbog stigme osjeća odbačenom. Osjećaj

odbačenosti temelji se na stvarnim iskustvima sa stigmom i diskriminacijom ili ga obitelj zamišlja zbog straha od odbacivanja.

Iznimno je važan način na koji stručnjaci postupaju s osjećajima. Tijekom rada s obitelji oni moraju pokazati empatiju za osjećaje članova obitelji. Moraju znati pažljivo postupati s negativnim emocijama obitelji kako bi ih mogli preformulirati u osjećaje brige i pomoći obitelji da nezadovoljstvo rješava na konstruktivniji način. (13)

10. ZAKLJUČAK

Premda je vidljiv napredak u liječenju i njezi psihijatrijskih bolesnika, važno je naglasiti da ima još puno prostora za rad i napredak te poboljšanje kvalitete liječenja i njege. Prvenstveno je bitna komunikacija na relaciji medicinska sestra – pacijent. Već pri prvom susretu medicinska sestra svojom verbalnom i neverbalnom komunikacijom gradi odnos povjerenja s pacijentom, zato je važno da je medicinska sestra svjesna svojih prednosti i nedostataka u komunikaciji s pacijentima i da svakodnevno radi na poboljšanju svojih komunikacijskih vještina. Pacijent koji pri prvom susretu osjeti da može imati povjerenja u medicinsku sestru, te osjeti razumijevanje, toplinu i brigu, zasigurno će lakše započeti proces liječenja. Također je važno iskoristiti razne terapijske tehnike, poput art terapije, socioterapije, terapijske komunikacije i sl.. Dokazno je da navedene tehnike djeluju i pomažu pacijentu pri izlječenju, stoga ako postoji mogućnost da se pacijentu pomogne na takav način, a ne lijekovima, svakako bi bilo poželjnije, zdravije, ali i ekonomičnije. Važno je uključiti obitelj odmah na početku liječenja, kako bi zajedničkim snagama pomogli u oporavku pacijenta, ali i srušili stigmu i razne predrasude koje se predugo vežu za psihijatrijske bolesnike. Kvalitetnom edukacijom obitelji, ali i šire zajednice možemo pomoći psihijatrijskim bolesnicima u njihovom oporavku i vraćanju u zajednicu u kojoj žive, a gdje će se osjećati prihvaćeno. Može se reći da je neznanje glavni krivac postojanja predrasuda, a to neznanje je posljedica loše ili nikakve edukacije. S obzirom na godinu i stoljeće u kojem živimo i na dostupnost informacija „jednim klikom“, uz sav široki spektar literature dostupan u raznim knjižnicama i na internetu, apsurdno je da se psihijatrijski bolesnici izoliraju iz društva i smatraju u potpunosti nesposobnima. Naglasak treba staviti i na medije koji često na negativan način prikazuju psihijatrijske bolesnike i time šalju takvu sliku javnosti. Poželjno bi bilo uvesti zdravstveni odgoj u škole, potaknuti liječnike opće prakse i patronažnu službu na edukaciju u zajednici. Nijedan čovjek ne bira svoju bolest, tako ni psihijatrijski bolesnici, stoga je važno pružiti im kvalitetnu njegu i zaštitu i omogućiti im sigurnu okolinu u bolnici, ali i izvan nje.

11. LITERATURA

1. Sedić Biserka, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: Priručnik za studij sestrinstva, Zagreb, Zdravstveno veleučilište, 2007.
2. Fučkar Gordana, Proces zdravstvene njege, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
3. Wayne Gil, RN, Hildegard E. Peplau – Psychiatric Nurse of Century, 2. rujna, 2014., PREUZETO S: https://nurseslabs.com/hildegard-peplau/ (8. svibnja 2017.)
4. Mojsović Zorka i suradnici, Sestrinstvo u zajednici: Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio, Zagreb, Visoka zdravstvena škola, 2004.
5. Vera Matt, RN, Sister Callista L. Roy, 18. kolovoza 2014., PREUZETO S: https://nurseslabs.com/sister-callista-roy/ (8. svibnja 2017.)
6. Kupier, M., Neuman System Model, Inc., 2011. PREUZETO S: https://sites.google.com/site/neumanmodel/home/biography/ (25. svibnja 2017.)
7. Priest Helena, Uvod u psihološku njegu u sestrinstvu i zdravstvenim strukama, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2014.
8. Marot Danijela, Uljudnost u verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, Fluminensia, god, 17 (2005.), br 1., str. 53-70 PREUZETO S: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/DanijelaMarot.pdf (17. kolovoza 2017.)
9. Townsend Mary, Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 6. izdanje, Philadelphia, F. A. Davis Company, 2009. PREUZETO S: http://sbmu.ac.ir/uploads/townsend2009.pdf (20. kolovoza 2017.)
10. Janković Josip, Savjetovanje: psihodinamski pristup, Zagreb, Etcetera, 2004.
11. Škrbina Dijana, Art terapija i kreativnost: multidimenzionalni pristup u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji, Zagreb, Veble commerce, 2013.
12. Ružić Klementina, Medved Paola, Dadić-Hero Elizabeta, Tomljanović Draško, Rehabilitacija u psihijatriji, Medicina, vol. 45., br. 4, str. 338-343, 21. listopada 2009. PREUZETO S: https://pdfs.semanticscholar.org/60b6/b42f7670810e2f8112e277a0f0b161fa59c6.pdf (20. kolovoza 2017.)
13. Štrkalj-Ivezić Slađana, Martić-Biočina Sanja, Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji, Medicina Fluminensis, vol. 46, br. 3, str. 318-324, 28. travnja 2010. PREUZETO S: file:///C:/Users/Korisnik/Downloads/Strkalj_ivezic_Reactions_of_family_with_member_with_mental_disorder%20(1).pdf (21. kolovoza 2017.)