

# Emocionalno suočavanje s tjelesnim invaliditetom

---

Šipić, Anđela

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:107055>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-01-21**



**Sveučilište u Zadru**  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository of evaluation works](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije  
Sveučilišni preddiplomski studij sestринства

**Anđela Šipić**

**Emocionalno suočavanje s tjelesnim invaliditetom**

**Završni rad**

Zadar, 2021.

Sveučilište u Zadru  
Odjel za zdravstvene studije  
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Emocionalno suočavanje s tjelesnim invaliditetom

Završni rad

Student/ica:  
Anđela Šipić

Mentor/ica:  
Dr. sc. Marija Ljubičić mag. med. techn.

Komentor/ica:  
Izv. prof. dr. sc. Suzana Konjevoda dr. med.

Zadar, 2021.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Andela Šipić**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Emocionalno suočavanje s tjelesnim invaliditetom** 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, 9. rujna 2021.

# Sadržaj

Sažetak .....	2
1. Uvod.....	4
2. Osobe s invaliditetom .....	6
3. Prevencija invaliditeta.....	7
4. Tjelesni invaliditet .....	8
4.1. Podjela tjelesnog invaliditeta.....	8
5. Biopsihosocijalni pristup u poimanju tjelesnog invaliditeta.....	10
6. Emocije u osoba s tjelesnim invaliditetom .....	12
7. Stres u osoba s tjelesnim invaliditetom.....	14
7.1. Stresni podražaji i reakcija na stres .....	14
7.2. Oblici i modeli stresa.....	15
8. Suočavanje sa zdravstvenom krizom i tjelesnim invaliditetom .....	19
8.1. Proces suočavanja.....	20
9. Emocionalne faze u procesu suočavanja s tjelesnim invaliditetom .....	23
9.1. Poricanje .....	24
9.2. Ljutnja.....	24
9.3. Cjenkanje .....	25
9.4. Depresija.....	26
9.5. Prihvaćanje .....	26
10. Obitelj osobe s tjelesnim invaliditetom.....	28
11. Uloga medicinske sestre u procesu prihvaćanja tjelesnog invaliditeta u osobe.....	29
12. Procjena medicinske sestre i sestrinske intervencije.....	31
12.1. Obrazac samopercepcije .....	31
12.2. Obrazac stresa i suočavanja .....	35
12.3. Obrazac vrijednosti i vjerovanja.....	40
13. Zaključak.....	42
14. Literatura.....	43

## Sažetak

Broj osoba pogođenih nekim oblikom invaliditeta u stalnom je porastu. Invaliditet, nastao kao posljedica oštećenja zdravlja, manifestira se ovisno o organskom sustavu koji je zahvaćen. Tjelesni invaliditet u životu čovjeka može biti uzrokovan prethodnom bolešću ili iznenadnom traumom te kao takav izaziva snažan emocionalni odgovor. Svakoj osobi s tjelesnim invaliditetom važno je pristupiti cjelovito i individualno jer joj samo na takav način možemo pružiti adekvatnu skrb i podršku. Biopsihosocijalni pristup u poimanju tjelesnog invaliditeta je oblik cjelovitog poimanja osobe koji obuhvaća tri važna čimbenika koja utječu na čovjeka, a to su biološki, psihološki i socijalni čimbenici. Pojava tjelesnog invaliditeta izrazito je stresan događaj u životu pojedinca te spada u kategoriju velikih životnih stresova koji rezultiraju razvojem zdravstvene krize. U procesu suočavanja sa zdravstvenom krizom često su narušene emocionalne potrebe osobe koje se očituju pojavom intenzivnih emocionalnih odgovora. Način na koji će osoba reagirati na novonastali invaliditet razlikuje se od osobe do osobe. Faze kroz koje osoba prolazi u tim trenutcima su poricanje, ljutnja, pregovaranje, depresija i u konačnici prihvaćanje. Uz to isprepliću se i brojni drugi emocionalni odgovori. Pojava tjelesnog invaliditeta duboko potresa i obitelj osobe s tjelesnim invaliditetom pri čemu i članovi obitelji također prolaze faze suočavanja s novonastalim promjenama te zahtijevaju podršku. U procesu pružanja sestrinske skrbi i podrške osobama koje se suočavaju s tjelesnim invaliditetom medicinska sestra kroz proces zdravstvene njege osobi i njenoj obitelji pristupa cjelovito i sveobuhvatno. Nakon cjelovite procjene, u suradnji s osobom s invaliditetom medicinska sestra utvrđuje prioritetne probleme i ciljeve koji će doprinijeti zdravom načinu suočavanja s invaliditetom. Kroz svoj rad pruža neposrednu fizičku pomoć osobi, ali i neizostavnu psihološku podršku zajedno s ostalim profilima stručnjaka. Sve navedeno ima za cilj da osobe s tjelesnim invaliditetom ostvare svoj puni potencijal i da budu ravnopravni članovi zajednice i društva u kojem žive.

**Ključne riječi:** tjelesni invaliditet, suočavanje, biopsihosocijalni pristup, emocije, stres, medicinska sestra

## Summary

### Emotional coping with physical disability

The number of people impacted by some form of disability is constantly increasing. Disabilities occurring as natural consequences of impaired health manifest themselves depending on the affected organ system. Physical disabilities are either caused by existing illness or sudden trauma, and as such they can provoke a strong emotional response. It's important that every person with a physical disability gets a detailed and individual approach, for it's the only way they can receive adequate care and support. Biopsychosocial approach and understanding of physical disability is a form of detailed approach composed of three important factors that greatly affect humans, and those are biological, psychological and social factors. Becoming physically disabled is an extremely stressful event in an individual's life and it falls into the category of the most stressful life events which result in the development of a health crisis. In the process of coping with a health crisis, emotional needs of a person which are manifested through intense emotional responses are often overlooked. The way in which a person will react to their newfound disability is different from one individual to another. The phases an individual will go through in such moments are denial, anger, negotiation, depression, and in the end, acceptance. Numerous other emotional responses can intertwine with all of that. Becoming physically disabled has a deep impact on the family of the disabled individual as well, in which case they also go through the process of dealing with sudden changes and they require support. In the process of giving nursing care and support to people facing physical disabilities, a nurse approaches the individual and their family with detailed and complete care. After a thorough evaluation, a nurse will cooperate with the disabled individual to establish and manage priority problems and goals that will contribute to healthy coping mechanisms. Through their work, a nurse will offer immediate physical assistance as well as psychological support, along with other expertise that will aid in the patient's recovery. All of the above plays a role in the end goal of helping people with physical disabilities in achieving their full potential, and being equal members of their communities and the society they live in.

**Key words:** physical disability, coping, biopsychosocial approach, emotions, stress, nurse

# 1. Uvod

U suvremenom svijetu sve više ljudi izloženo je stanovitoj razini stresa koju društvena okolina stavlja pred svakog pojedinca. Kada se već uz ionako izazovan životni ritam pojavi iznenadna bolest s posljedičnim oštećenjem zdravlja i invaliditetom, pojedinac se nađe u izrazito teškoj životnoj situaciji koja utječe na njegovo psihičko, fizičko, socijalno i duhovno funkcioniranje. Kroz takvu nepredvidivost života svaki čovjek je oblikovan kao individua na temelju svojih životnih iskustava, znanja, odgoja, kulture i okruženja u kojem živi (1,2).

Teške životne situacije poput pojave neizlječive bolesti ili ozljeda koje mogu rezultirati čak i smrtnim ishodom, predstavljaju izvor stresa i izazovnu okolnost te zahtijevaju prilagodbu na nastalo stanje. Takve situacije ostavljaju duboke tragove u čovjekovoj osobnosti, načinu reagiranja i percepciji okoline. Gotovo je nemoguće ostati ravnodušan u trenucima gubitka vlastitog zdravlja i fizičke sposobnosti ili zdravlja osobe iz neposredne okoline poput člana obitelji, prijatelja ili radnog kolege. Nastale promjene nerijetko imaju dalekosežnije posljedice ne samo na osobu i obitelj nego i šire. Okruženje u kojem osoba živi svojim prihvaćanjem ili neprihvatanjem različitosti proizišlih iz tjelesnog invaliditeta uvelike utječe na proces suočavanja, prilagodbe i konačnog prihvaćanja (1).

Biti suočen s invaliditetom kao trajnom promjenom i gubitkom samostalnosti u obavljanju osnovnih ljudskih potreba često je popraćeno usponima i padovima, prisutnom boli, tugom, razočaranjem, sramom, strahom, neprihvatanjem i mnogim drugim negativnim emocijama. Međutim, taj proces suočavanja i prihvaćanja vlastitog invaliditeta te novog načina života može, ali ne mora se uvijek manifestirati u negativnom kontekstu. Moguće je da osoba ostvari novu dimenziju vlastita života, što rezultira osnaživanjem karaktera i jačanjem osobnosti. Pri tome podrška okoline može imati važnu ulogu, a unutarnji motivacijski čimbenici mogu tome doprinijeti (1).

Medicinske sestre ključne su osobe u procesu suočavanja osobe s invaliditetom (1). Svojim profesionalnim radom, podrškom i razumijevanjem utječu na osobu s invaliditetom, njezinu obitelj, ali i cijelu zajednicu. Zadaća medicinske sestre je pružanje neposredne fizičke, psihološke i edukativne pomoći svakoj osobi, a poglavito onim osobama koje nisu u mogućnosti samostalno kompenzirati deficit u navedenim područjima (2). Medicinska sestra nerijetko je prva osoba kada nastupi bolna promjena u životu osobe i članova njegove obitelji. Prisutna je



uz osobu u bilo kojem trenutku i bilo kojoj fazi suočavanja. Svojim razumijevanjem u svakoj od faza suočavanja može na vrijeme pružiti adekvatnu podršku i olakšati emotivne izazove koji su pred pojedincem i njegovom obitelji. Pomaže i/ili pruža podršku pojedincu u obavljanju aktivnosti koje nije u mogućnosti samostalno obavljati uslijed novonastalog oštećenja zdravlja i posljedičnog invaliditeta, pruža pojedincu i njegovoj obitelji psihološku podršku te djeluje unutar zajednice na način da doprinosi integraciji i prihvaćanju osoba s invaliditetom u cjelokupnu društvenu zajednicu (1,2).

## 2. Osobe s invaliditetom

Različito vrste i stupnja invaliditeta, dobi, životnih okolnosti te razvoja inkluzije doprinijelo je različitim definicijama osoba s invaliditetom (1). Jedna od definicija osoba s invaliditetom definirana je u Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom koja glasi da je „osoba s invaliditetom svaka osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njezino puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima“ (3). Nadalje, prema Pravilniku o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima, oštećenja obuhvaćaju oštećenje vida, sluha, gluhošljepoću; oštećenja govorno-glasovne komunikacije; lokomotornog sustava; središnjeg i perifernog živčanog sustava; mišićnog sustava; drugih organa i organskih sustava (4). Preciznije, oštećenja se mogu podijeliti na tjelesna oštećenja, intelektualna oštećenja, duševne poremećaje, autizam, oštećenja vida, sluha, govorno-glasovne komunikacije te prisutnost više oštećenja istovremeno (1,3,4).

Prema UN-ovoj Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom, invaliditet je rezultat interakcije osobe i okoline. Nazivlje i terminološke odrednice koje se odnose na ove osobe trebaju biti u skladu s Konvencijom i Shertonskom deklaracijom. U skladu s time, danas je u Republici Hrvatskoj za odrasle osobe koje imaju određeni oblik oštećenja službeno usvojen naziv „osobe s invaliditetom“, a za djecu „djeca s teškoćama u razvoju“ (1).

Poradi jednostavnijeg tumačenja, a ovisno o vrsti oštećenja u osobe, osobe s invaliditetom dijelimo na osobe s tjelesnim invaliditetom, osobe s intelektualnom teškoćom, osobe s autizmom, osobe s oštećenjem sluha, osobe s oštećenjem vida, osobe s gluhošljepoćom, osobe s teškoćama govorno-glasovne komunikacije, osobe s problemima u učenju i ponašanju. Također, u jedne osobe može istovremeno biti prisutno više navedenih oštećenja pa se u tom slučaju govori o osobi s višestrukim oštećenjima (1).

Navedeni pojmovi službeno su usvojena terminologija za osobe s invaliditetom u Republici Hrvatskoj. U svojem pojmovnom razjašnjenju u nijednom svojem segmentu nisu stigmatizirajući, već imaju neutralno značenje koje ih primjereno opisuje (1).

### 3. Prevencija invaliditeta

Oštećenje zdravlja može biti posljedica raznih urođenih ili stečenih poremećaja, bolesti i trauma što je važno i za prevenciju invaliditeta. Prevencijom, kao glavnom metodom suzbijanja bilo kojeg poremećaja i bolesti, znatno se može smanjiti rastući broj osoba s invaliditetom. U okviru prevencije invaliditeta razlikujemo tri razine.

Primarna prevencija odnosi na metode poučavanja i edukacije o zdravom načinu života i važnosti održavanja vlastitog psihičkog i fizičkog zdravlja već od najranijih dana (1). U sklopu primarne prevencije ljude se potiče na održavanje zdravih životnih navika, poput bavljenje tjelesnim aktivnostima, pridržavanje zdrave prehrane, otklanjanje loših navika poput pušenja i konzumacije alkohola. Ovim i mnogim drugim metodama i aktivnostima se u samom startu prevenira velik broj bolesti i poremećaja, a samim time se prevenira i pojava invaliditeta.

U sekundarnoj prevenciji cilj je smanjiti učinke bolesti kod već nastalih poremećaja ili ukoliko je moguće smanjiti progresiju već nastalog oštećenja u zdravlju i normalnom tjelesnom funkcioniranju (1).

U tercijarnoj prevenciji glavni cilj je prevencija i suzbijanje hendikepa ako je invaliditet već nastupio. Hendikep je uzrokovan cijelim nizom faktora, no oni glavni su osobni stavovi o vlastitom invaliditetu, stavovi društva i sredine o osobama s invaliditetom te prisutnost podrške zajednice (1). Djelujući na navedene faktore može se znatno smanjiti razvoj hendikepa u osoba s invaliditetom.

Medicinska sestra neizostavni je dio tima koji djeluje na prevenciji i suzbijanju oštećenja i invaliditeta. Sestrinska skrb u prevenciji invaliditeta odnosi se na cjelokupnu zajednicu pri čemu medicinska sestra obavlja različite uloge kojima je svrha unaprjeđenje i očuvanje zdravlja. Uloge koje medicinska sestra provodi u zajednici u svrhu prevencije invaliditeta i hendikepa odnose se na ulogu praktičarke i skrbnice, edukatorice, zastupnice prava i savjetnice,, menadžerice i voditeljice, zastupnice promjena i člana istraživačkog tima (5). Svim navedenim ulogama doprinosi širenju znanja, i osvještavanju društva te smanjenju diskriminacije i stigmatizacije osoba s invaliditetom.

## 4. Tjelesni invaliditet

Invaliditet ili onesposobljenost u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti širok je pojam koji obuhvaća niz poremećaja koji uzrokuju ograničenja u normalnom funkcioniranju. Učestala je i rastuća pojava diljem svijeta, pri čemu gotovo 15% svjetske populacije ima neki oblik invaliditeta (6). Uzrok tomu nalazi se u sve većem broju starijeg stanovništva i većoj pojavi kroničnih bolesti poput dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti, mentalnih bolesti i drugih oboljenja s posljedičnim invaliditetom (6).

Tjelesni invaliditet, kao uži pojam od samog invaliditeta, odnosi se na trajno prisutan poremećaj u vidu narušenog tjelesnog funkcioniranja osobe. Uzrok tjelesnog invaliditeta može biti različit, a gotovo uvijek ima za posljedicu različit stupanj smanjenog ili potpuno onemogućenog tjelesnog funkcioniranja (1,6).

### 4.1. Podjela tjelesnog invaliditeta

Generalno gledajući možemo izdvojiti dvije osnovne skupine tjelesnog invaliditeta.

- a) Invaliditet nastao uslijed tjelesnih nedostataka i deformacija - nedostatak pojedinih udova, jače deformacije kostura, oštećenje organskih sustava i sl. (1).
- b) Invaliditet nastao uslijed poremećaja u živčanom i mišićnom sustavu – poremećaji pokretljivosti zbog oštećenja mozga i leđne moždine, oslabljene motoričke snage mišića, smetnji u koordinaciji pokreta, patoloških kretnji (1).

Tjelesni invaliditet razmatra se kroz više aspekata pri čemu razlikujemo medicinski, socijalni, pedagoški i psihološki aspekt tjelesnog invaliditeta.

- a) Medicinski aspekt tjelesnog invaliditeta odnosi se na zdravstveno oštećenje koje je imalo za posljedicu pojavu tjelesne onesposobljenosti osobe. Preciznije, zdravstveno oštećenje može biti posljedica bolesti ili ozljede nekog organa i organskog sustava. Nastavno tomu razlikujemo oštećenja: lokomotornog sustava; perifernog živčanog sustava i motoričke jedinice; središnjeg živčanog sustava; drugih organa i organskih

sustava; te oštećenja nastala kao posljedica ozljeda i trauma (1). U svojoj progresiji ili iznenadnoj pojavnosti uzrokuje smanjenu pokretnost ili nepokretnost osobe.

- b)** Socijalni aspekt tjelesnog invaliditeta odnosi se na društvenu okolinu osobe s tjelesnim invaliditetom. U ovom aspektu se naglašavaju organsko-funkcionalni nedostaci i nepravilnosti koji smanjuju ili potpuno onemogućuju sposobnost uključivanja osobe u radnu i društvenu sredinu (7). Obuhvaća stav i odnos okoline prema osobama s tjelesnim invaliditetom bilo u kontekstu društvenog prihvaćanja i podrške ili negativnog stava, stigmatizacije i diskriminacije.
- c)** Pedagoški aspekt tjelesnog invaliditeta obuhvaća pojavnost nepravilnosti koje u standardnim uvjetima odgoja i obrazovanja otežavaju ili onemogućavaju odgoj i obrazovanje djece s teškoćama u razvoju, ali i cjeloživotno obrazovanje odraslih osoba s invaliditetom (7). Prisustvo različitih barijera u procesu obrazovanja može onemogućiti ostvarenje punog potencijala kojeg osoba s tjelesnim invaliditetom ima. Ovaj aspekt uključuje pravo na kvalitetno obrazovanje koje treba biti prilagođeno djetetu s teškoćama ili odrasloj osobi s invaliditetom. To se odnosi na korištenje različitih pomagala, uređenje okoline za pristup nastavnim sadržajima, omogućenost asistenta u svrhu praćenja nastave i usvajanja znanja i slično.
- d)** Psihološki aspekt tjelesnog invaliditeta odnosi se na osobu s tjelesnim invaliditetom, samopoimanje te percepciju osobe o vlastitom invaliditetu i ograničenjima koja proizlaze iz invaliditeta. Uključuje promjene u psihičkom i emocionalnom životu osobe, njezine reakcije, stavove i percepciju sebe i okoline.

Svi opisani aspekti tjelesnog invaliditeta ukazuju na značaj pravilnog pristupa osobama s tjelesnim invaliditetom. Budući da opseg onesposobljenosti, svih osoba s invaliditetom pa tako i osoba s tjelesnim invaliditetom, proizlazi iz interakcije osobe i okoline te prepreka koje proizlaze iz okoline valja istaknuti da je okolina neprocjenjivo važan i odgovoran čimbenik u ostvarenju punih pozitivnih potencijala ovih osoba. U tom smislu, ključnu ulogu ima način tretiranja oštećenja i invaliditeta, cjeloviti i biopsihosocijalni pristup u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba osoba s tjelesnim invaliditetom i njihovih obitelji te pozitivan odnos društva koji treba biti baziran na ravnopravnoj osnovi s drugima (1).

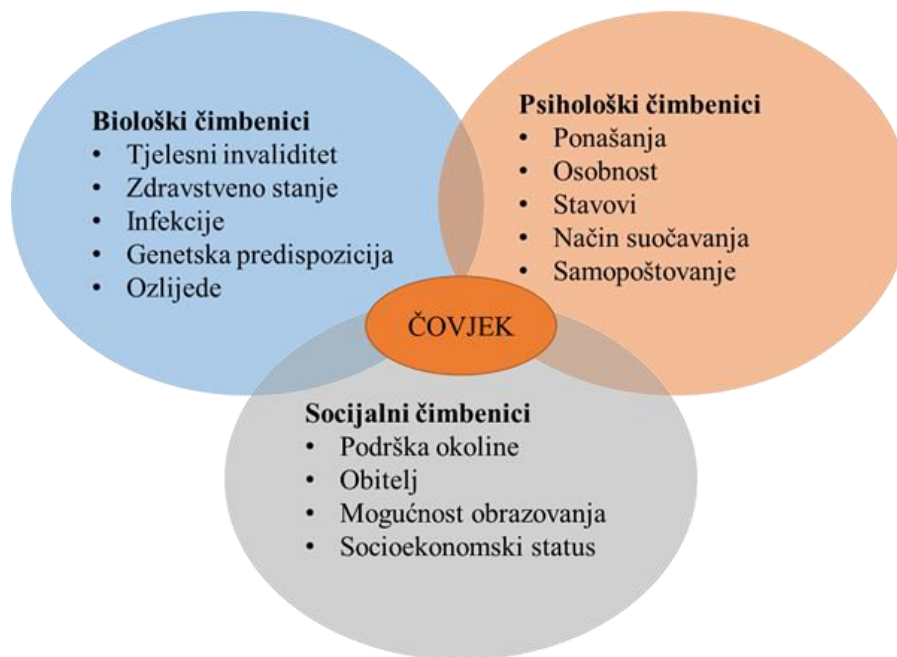
## 5. Biopsihosocijalni pristup u poimanju tjelesnog invaliditeta

U proučavanju čovjeka kao cjelovite osobe, razmatra se jedinstvenost i/ili različitost u poimanju tjelesnog i psihičkog poimanja čovjeka koji je u stalnoj interakciji s okolinom (8). Neke religije i kulture gotovo su uvijek čovjeka promatrale kao jedinstvenu cjelinu duha i tijela dok su druge kulture imale pogled u kojem je biološka osnova bila ključna (9). Danas, spoznaja i razvoja znanosti između ostalog naglašava važnost biopsihosocijalnog pristupa u poimanju čovjeka. U njemu su integrirana tri važna čimbenika ljudskog poimanja, a to su biološki, psihološki i socijalni čimbenici (8). Preciznije, zdravlje i bolest ne promatraju se isključivo kao jednostavna ravnoteža ili poremećaj unutar tjelesnog sustava nego kao interakcija između bioloških (virusi, bakterije, paraziti, ozljede, genetska predispozicija, patološke tjelesne promijene i dr.), psiholoških (ponašanja, vjerovanja, stavova, stresa i suočavanja) i socijalnih čimbenika (socijalnog statusa, zaposlenja, obrazovanja, vjeroispovijesti i etničke pripadnosti) (8,9). Ovakvim načinom poimanja osobe u pružanju medicinske i sestrinske skrbi ostvaruje se cjelovita osnova za pristupanje osobi koja se suočava s neizlječivom bolesti, teškom dijagnozom ili trajnim tjelesnim invaliditetom. Čovjeka se ne promatra samo kroz njegovo medicinsko stanje i dijagnozu nego se obuhvaćaju i ostali važni činitelji koji izravno i neizravno utječu na zdravlje i bolest.

Psihološka napetost, strah i anksioznost izravno mnogu izazvati somatske reakcije koje ukoliko se kontinuirano ponavljaju mogu s vremenom dovesti do razvoja ili progresije već postojeće bolesti. S druge strane svakodnevni stres i napetost može djelovati poticajno na razvoj loših zdravstvenih navika poput pušenja i konzumacije alkohola te samim time neizravno utjecati na tjelesno zdravlje.

Neupitna je važnost psiholoških stanja koja prethode bolesti ili su njezina posljedica. Preciznije, postoji snažna povezanost tjelesnog i psihološkog zdravlja, što treba biti osnova liječenja i zdravstvene njege svakog pacijenta (8). Stres i psihološka napetost koji se javljaju kao reakcija na pojavu bolesti i invaliditeta ne smiju nikada ostati zanemareni jer to može znatno utjecati na tijek i progresiju bolesti, pojačati negativne emocije, te potaknuti progresiju invaliditeta u hendikep. Navedeno može negativno utjecati na samopercepciju osobe s tjelesnim invaliditetom te ju u potpunosti ograničiti u samoostvarenju i zadovoljstvu vlastitim životom.

Zdravstveno osoblje, a poglavito medicinske sestre, u suočavanju i nošenju sa stresnim okolnostima odgovorno je za pružanje psihološke podrške i edukacijskih aktivnosti. Studije i iskustva iz prakse potvrđuju kako je pravovremenim sustavom podrške moguće prevenirati bolesti povezane sa stresom, a ublažavanjem i smanjenjem psihičkih posljedica moguće je pozitivno utjecati na mentalno zdravlje ljudi i poboljšati kvalitetu njihova života (8).



Slika 1. Prikaz čimbenika u biopsihosocijalnom modelu poimanja čovjeka

## 6. Emocije u osoba s tjelesnim invaliditetom

Budući da pojava tjelesnog invaliditeta utječe na cijeli ljudski život uključujući i njegov emocionalni odgovor na novonastalo stanje važno je istaknuti značaj emocija i njihovu ulogu. Emocije su dio svakodnevnog života ljudi. Njihova definicija nije uvijek sasvim jednoznačna. Najjednostavnije ih je definirati kao unutarnje reakcije na vanjski svijet (10). Te unutarnje reakcije razlikuju se od čovjeka do čovjeka i ne postoji jedinstven način definiranja emocija jer ih svatko doživljava na sebi svojstven način (10). Prema Američkom psihološkom društvu emocije se odnose na složeni obrazac individualne reakcije koje su usmjerene na stvari i situacije koje su pojedincu važne. Emocionalna iskustva koje proživljava čovjek imaju tri glavne komponente, a to su subjektivno iskustvo, fiziološki odgovor te bihevioralni ili ekspresivni odgovor (10).

- a) **Subjektivno iskustvo** – svaka emocija započinje vlastitim subjektivnim iskustvom koje je ujedno stimulans ili okidač koji pobuđuje emotivnu reakciju. Subjektivna iskustva mogu biti različita u rasponu od onih jednostavnih poput zvuka, boje ili mirisa pa sve teških iskustava poput gubitaka voljene osobe, pojave teške bolesti ili novonastalog trajnog invaliditeta (10). Percepcija subjektivnog iskustva za svaku osobu je različita, upravo zato što svaki pojedinac reagira na sebi svojstven način. Pojedini će na istu/sličnu situaciju reagirati primjerice tugom i depresijom, dok će drugi imati agresivne ispade s ljutnjom.
- b) **Fiziološki odgovor** – emocije su uvijek popraćene reakcijom ili fiziološkim odgovorom vlastitog tijela sukladno emociji koju doživljavamo. Kada osjećamo strah dolazi do ubrzanog rada srca, drhtanja i znojenja dlanova, dok s druge strane kad je prisutan sram javlja se crvenilo obraza. Ovaj fiziološki odgovor rezultat je reakcije autonomnog živčanog sustava na emociju koju proživljavamo (10). Autonomni živčani sustav je odgovoran za kontrolu i pobuđivanje reakcija suočavanja i nehotimičnih reakcija u svrhu zaštite organizma.
- c) **Bihevioralni odgovor** – emocije koje doživljavamo prate i bihevioralni odgovori koje možemo opisati kao ekspresiju emocija. Bihevioralni odgovor može uključivati osmijeh, grimasu, plakanje, vikanje, uzdah, i mnoge druge reakcije koje ovise o



društvenim normama i osobnosti (10). Bihevioralni odgovori su važni jer na taj način izražavamo vlastite emocije i obznanjujemo ih drugima. Ukoliko suprimiramo svoj bihevioralni odgovor i ne izražavamo svoje emocije s vremenom može doći do ozbiljnih problema u psihičkom i fizičkom zdravlju i funkcioniranju.

Emocionalni život svake osobe je dinamičan sustav koji je u neprestanoj interakciji sa svijetom oko sebe. U toj interakciji osnovni cilj svakog čovjeka je zadovoljiti svoje osnovne ljudske potrebe koje ukoliko se ne zadovolje rezultiraju narušavanjem emocionalne ravnoteže i zadovoljstva što može znatno narušiti psihološko zdravlje pojedinca. Osnovne emocionalne potrebe se nadopunjuju na hijerarhiju motiva Abrahama Maslowa pri čemu razlikujemo potrebe za sigurnošću, odlučivanjem, pažnjom, emocionalnom povezanošću, povezanošću sa zajednicom, privatnosti, samopoštovanjem, samoostvarenjem i značenjem (11). U osoba s tjelesnim invaliditetom ove potrebne su posebno ugrožene zbog nedostatne podrške i nesigurnosti okoline, neprihvatanja, stigmatizacije, diskriminacije, ali i neprihvatanja vlastitog invaliditeta. Svi navedeni čimbenici i mnogi drugi koji utječu na deficit u zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba te se odražavaju na emocionalni život osobe važni su podatci za aktivnosti medicinskih sestara tijekom procjene, utvrđivanja potreba osobe, planiranja i provođenja zdravstvene njege. U dogovoru s osobom s tjelesnim invaliditetom medicinska sestra provodi intervencije kojima je cilj uspostavljanje emocionalnog zadovoljstva i stabilnosti koje pridonosi poboljšanju opće kvalitete života.

## 7. Stres u osoba s tjelesnim invaliditetom

Pojava tjelesnog invaliditeta snažan je stres za osobu. Stres gotovo za svakog čovjeka je subjektivan doživljaj pri čemu se različito definira i interpretira. Mnogi značenje pojma *stres* povezuju s napetošću, nedostatkom vremena, lošim uvjetima poslovnim i životnim uvjetima, narušenim zdravljem i drugim svakodnevnim životnim izazovima. U medicini se pojam stresa počeo uvoditi 50- tih godina 20. stoljeća za što su ponajviše zaslužni kanadski endokrinolog Hans Selye i američki fiziolog Walter B. Cannon (8). Njihova istraživanja temeljila su se na fiziološkim i endokrinološkim reakcijama organizma na stres iz okoline. Ovakav medicinski pristup opisuje organizam kao sustav koji je u neprestanoj interakciji s vanjskim svijetom. Nastale promjene bilo kakve prirode, izazivaju u organizmu nestabilnost na što organizam reagira dobro usklađenim reakcijama kojima je cilj ponovna uspostava ravnoteže organizma (8). Ugrožavajući podražaji iz okoline u organizmu izazivaju skup promjena ili akutnu stresnu reakciju koja je prema Cannonu nazvana reakcija „borbe ili bijega“, a prema Selyu opći adaptacijski sindrom (general adaptation sindrom; GAS) (8). Psihološki pristup u poimanju stresa počeo se razvijati sredinom prošlog stoljeća u kojem je uveden pojam psihološkog stresa kao važnog čimbenika u nastanku akutne stresne reakcije. Najnovija i opće prihvaćena definicija stresa koja je utemeljena na svim dosadašnjim spoznajama opisuje stres kao stanje narušene fiziološke, psihološke i socijalne ravnoteže pojedinca, izazvano individualnom procjenom fizičke, psihičke ili socijalne ugroženosti njega samoga ili njemu bliske osobe (8).

### 7.1. Stresni podražaji i reakcija na stres

Dinamična okolina u kojoj živimo prepuna je svakodnevnih stresova koji mogu biti stimulativni i potaknuti osobu na brojne aktivnosti. Isto tako, okolina može postati vrlo izazovna i staviti pred pojedinca zahtjeve koje ponekad nije u mogućnosti ispuniti. Preveliki zahtjevi ili stresni podražaji mogu biti fizički, psihički ili socijalni i pojedinca dovode u stanje stresa (8). Dijelimo ih na:

- a) **fizikalne i kemijske stresore** –odnose se na izloženost jakoj buci, velikoj vrućini ili hladnoći, prirodnim nepogodama i katastrofama i sl.;
- b) **biološke stresore** – obuhvaćaju izloženost jakoj boli, krvarenjima, patnji, dugotrajnom nespavanju i sl.;
- c) **psihičke stresore** – obuhvaćaju izloženost sukobima, novčanim gubitcima, lošim odnosima, nedostatku vremena i sl.;
- d) **socijalne stresore** – obuhvaćaju izloženost lošem socioekonomskim prilikama, ekonomskim krizama, ratovima, općim katastrofama i sl. (8).

Stresni podražaji ili stresori u životu pojedinca izazivaju fiziološke i psihološke reakcije te shodno tome i promjene u ponašanju. Fiziološke reakcije se odnose na reakcije organizma na stresne podražaje koje su uvjetovane radom autonomnog živčanog sustava. U stresnim situacijama aktivira se simpatikus koji dovodi do ubrzanog rada srca, ubrzanog disanja, porasta krvnog tlaka, povećanja mišićne napetosti i povećanja koncentracije (8,9). Cilj i svrha ovih reakcija je priprema organizma na „borbu ili bijeg“ od stresnog podražaja. Kod akutnih stresnih situacija ove reakcije nam pomažu da se bolje suočimo sa stresnim događajem, no kada je stres kroničan i dugotrajan tada ove reakcije mogu djelovati pogubno na psihičko i fizičko zdravlje pojedinca (8). Psihičke reakcije na stres mogu biti emocionalne i spoznajne. Emocionalne reakcije obuhvaćaju pojavu straha, tjeskobe, agresije, srdžbe, potištenosti, razdražljivosti i mnogih drugih emocija koje se javljaju u stresnim situacijama. Spoznajne ili kognitivne reakcije se odnose na smanjenu koncentraciju, negativne misli, poremećaje u pozornosti, poremećaje u snu, zaboravljivost i dr. Navedene fiziološke i psihološke reakcije i promjene utječu i na promjene u ponašanju koje se mogu očitovati kao promjene u navikama jedenja, promjene u spavanju, konzumaciji alkohola, droga, smanjenju društvenih aktivnosti i povlačenjem u sebe (8).

## 7.2. Oblici i modeli stresa

Proučavanjem stresa i njegovog utjecaja na ljudski organizam definirani su oblici, modeli i teorije stresa. U psihologiji, medicini i sestinstvu modeli i teorije stresa zauzimaju važnu ulogu u pristupu i poimanju čovjeka i njegovog zdravstvenog stanja (12).

Stresove prema trajanju možemo podijeliti na akutne i kronične stresove.

- a) **Akutni stresovi** su najčešće iznenadne i neočekivane situacije ili opasnosti. Primjeri akutnih stresnih situacija su napadi, nezgode u prometu, loše vijesti, potres i druge iznenadne situacije. Fiziološke i psihološke reakcije koje pobuđuju akutni stresovi u organizmu obično nestanu nakon što se ukloni stresni podražaj i uzrok stresa (8).
- b) **Kronični stresovi** su dugotrajno prisutne stresne situacije koje ne pobuđuju nagle i burne reakcije poput akutnih stresova, ali umjesto toga kontinuirano opterećuju psihičko i fizičko zdravlje pojedinca. Primjeri kroničnih stresnih situacija su dugotrajno siromaštvo, kronična bolest, nezaposlenost i sl. kroničan stres obično prate emocionalne reakcije poput tjeskobe, depresije, tuge, potištenosti i bespomoćnosti (8).

Prema jakosti stresove možemo podijeliti na male i umjerene (svakodnevne stresove), jake životne stresove i vrlo jake traumatske stresove.

- a) **Mali i umjereni životni stresovi** odnose se na svakodnevne životne situacije poput nedostatka vremena, žurbe, svakodnevnih nesporazuma, gužve u prometu, polaganja ispita i dr. Ovi stresovi nemaju loš utjecaj na pojedinca, a ponekad su čak poželjni kako bi pomogli osobu u osnaživanju i nošenju s ostalim stresnim situacijama (8).
- b) **Jaki životni stresovi** rijetko se događaju u životu pojedinca, a kada se pojave izazivaju jake emocionalne reakcije. Nerijetko se javе barem jednom u životu i obuhvaćaju događaje poput gubitka voljene osobe, pojave teške bolesti, pojava tjelesnog invaliditeta, gubitak zaposlenja, život u progonstvu, dugotrajna glad, veliki materijalni gubitci i dr. Jake životne stresove većina ljudi nakon nekog vremena prevlada dok samo određeni broj ljudi imaju trajne posljedice (8).
- c) **Vrlo jaki traumatski stresovi** se javljaju vrlo rijetko i gotovo većina ljudi ih nikada ni ne doživi. Obuhvaćaju jako stresne i traumatične životne događaje poput izloženosti mučenju, silovanju, nasilju, zarobljeništvu i drugim sličnim traumatičnim situacijama. Za ovu vrstu stresnih događaja karakteristično je da izazivaju poremećaje u psihičkom i tjelesnom funkcioniranju osobe te bog izraženih posljedica neophodna je osobi pružiti psihološku pomoć i podrška (8).

Modeli stresa su se u početku temeljili većinom na biološkom pristupu, no s vremenom se počeo uvoditi i pojam psihološkog stresa kao važnog okidača stresne reakcije. Danas

najčešće korišteni modeli stresa su model borbe ili bijega, opći adaptacijski sindrom, teorija životnih zbivanja i transakcijski model stresa (8).

- a) **Model „borbe ili bijega“** - prema ovom modelu kojeg je razvio fiziolog Walter Bradford Cannon 1932. godine vanjske prijetnje i stresni događaji izazivaju reakciju borbe ili bijega povećavajući opću aktivnost i uzbuđenje organizma. Cannonov model usko je povezan s pojmom homeostaze ili ravnoteže koja je u stanjima stresa i prijetnje narušena. Organizam na stresni podražaj iz okoline reagira skupom fizioloških reakcija kojima je svrha ponovna uspostava ravnoteže. Fiziološke reakcije pobuđuju organizam te mu na taj način daju dostatnu snagu za borbu ili bijeg od stresnog podražaja (8).
- b) **Opći adaptacijski sindrom** - akutni stresovi u organizmu pobuđuju niz fizioloških reakcija te time omogućuju suočavanje sa stresnim podražajem. Model općeg adaptacijskog sindroma (General adaptation sindrom; GAS ) razvio endokrinolog Hans Selye 1956. godine nastavljajući se na spoznaje Bradforda Cannona. Niz fizioloških reakcija i tijek prilagodbe na stresnu situaciju prema Selyeju odvija se kroz 3 faze:
- *faza alarma* – u fazi alarma dolazi do pripreme ili mobilizacije organizma za obranu, dolazi do lučenja hormona stresa, ubrzanog rada srca i disanja, povećanja mišićne napetosti i drugih reakcija organizma kao odgovora na stresnu situaciju organizama
  - *faza otpora* – u ovoj fazi dolazi do suočavanja i prilagodbe organizma na stresni događaj pri čemu se ulaže mnogu psihičke i fizičke energije u proces suočavanja;
  - *faza iscrpljenosti* – u ovoj fazi pojedinac nije više u mogućnosti nositi se sa stresom zbog iscrpljenja svih snaga što rezultira zamorom i otežanim funkcioniranjem (8,9).
- c) **Teorija „životnih zbivanja“** prema ovoj teoriji uzrok stresa su životna zbivanja koja se događaju pojedincu u interakciji sa njegovom socijalnom okolinom (8). Thomas Holmes i Richard Rahe ističu pojavnost životnih promjena tj. „životnih zbivanja“ kao mjerilo razine stresa (8). „Životna zbivanja“ mogu sezati od onih manje stresnih poput promjene radnog mjesta do onih jako stresnih poput smrti supružnika (8). Međutim, stres nisu samo zbivanja koja narušavaju ili ugrožavaju život pojedinca, nego i okolnosti koje zahtijevaju dodatnu količinu energije kako bi

se nosili s njima. Prema ovoj teoriji stresni događaji zahtijevaju dodatne napore od pojedinca kako bi se s njima suočio. (8).

**d) Transakcijski model stresa** - ovaj model temelji se na ideji transakcije ili sustava povratne sprege između pojedinca i svijeta oko njega koju je osmislio psiholog Richard Lazarus (9,10). Uz ovaj model se veže i pojam procjene ugroženosti koju vrši pojedinac. Ukoliko je neka situacija procijenjena kao ugrožavajuća tek tada dolazi do stresne reakcije. Procjena ugroženosti razlikuje se od osobe do osobe i temelji se na individualnim iskustvima i spoznajnim procesima (8,9). Lazarus je procjenu ugroženosti definirao kao proces koji se odvija o dvije faze:

- *primarna procjena ugroženosti* – primarna procjena odnosi se na samu stresnu situaciju u kojoj pojedinac procjenjuje da li je ona uistinu stresna. Razlikujemo tri rezultata primarne procjene, a to su: nebitno, benigno i stresno. Ukoliko je situacija procijenjena kao stresna tada se procjena nastavlja i dijeli se na: štetno, prijeteće, i izazovno;
- *sekundarna procjena ugroženosti* – sekundarna procjena odnosi se na procjenu strategija suočavanja sa stresnim događajem. Obuhvaća procjenu vanjskih vanjskih (socijalnih i materijalnih) i unutarnjih (osobnih) mogućnosti za suočavanje i nošenje sa stresom (8,9).

Utjecaj stresa i mehanizam njegova djelovanja može u osoba s tjelesnim invaliditetom biti toliko intenzivan i dugotrajan te na taj način potaknuti i razvoj kroničnih bolesti. To će svakako dodatno negativno utjecati na zdravlje i kvalitetu života osobe s tjelesnim invaliditetom i članove njezine obitelji. Stoga je, osim podrške u suočavanju s nastalim invaliditetom od neprocjenjive važnosti i razvoj metoda suočavanja sa stresom kako bi se prevenirali negativni učinci stresa po zdravlje.

## 8. Suočavanje sa zdravstvenom krizom i tjelesnim invaliditetom

U ljudskom životu brojne stresne situacije i životni izazovi pobuđuju mehanizme obrane i suočavanja. Postoje stresovi koji su dio svakodnevnog života s kojima se možemo samostalno suočavati i nositi, no u trenucima velikih stresova poput gubitka voljene osobe, pojave teške bolesti ili novonastalog invaliditeta stres prelazi u zdravstvenu krizu. Suočavanje sa stresom je proces tijekom kojega pojedinac ulaže sve svoje snage i sposobnosti da bi svladao, podnio ili smanjio posljedice stresa (8). U tom procesu događaju se brojne promjene u životu pojedinca pa tako primjerice kod stresa uzrokovanog teškom bolesti, nesrećom ili posljedičnim tjelesnim invaliditetom mogu se javiti promjene u identitetu, životnom okruženju, ulogama, podršci okoline i budućem životu općenito.

Bolest i popratni tjelesni invaliditet osim navedenih promjena prate i drugi problemi koji znatno otežavaju proces suočavanja (9). Neki od tih problema su:

- a) **nepredvidivi tijek bolesti i tjelesnog invaliditeta** – zbog nepredvidivosti zdravstvenog stanja osobe često nemaju dovoljno vremena da razviju zdrave mehanizme suočavanja;
- b) **nedostatne i nepotpune informacije** vezane uz zdravstveno stanje – mnoga stanja uključujući i one koje za posljedicu mogu imati tjelesni invaliditet su neistražene dovoljno i nema dovoljno pouzdanih spoznaja za jasno definiranje tijeka bolesti;
- c) **odluke koje se trebaju donijeti brzo** – često je potrebno donijeti brzo odluke o načinu, vremenu liječenja i mnogim drugim popratnim problemima koje prate narušeno zdravstveno stanje;
- d) **nesigurno i dvosmisleno značenje** – ponekad zbog nepredvidivosti tijeka bolesti i nedostatnih informacija postavlja se pitanje povjerenja prema spoznajama o bolesti pri čemu osoba može konstantno preispitivati da li je njezino stanje zaista ozbiljno i prijeteće;
- e) **nedostatak iskustva** – većina ljudi nema značajnijeg iskustva prije nego što se susretnu s bolešću i nastalim invaliditetom. Primjerice, iznenadna pojava tjelesnog invaliditeta i pogoršanje već prisutnog invaliditeta nisu bili do tada prisutni u životu osobe te osoba nema spoznaju kako se s time nositi. Zato, nedostatak iskustva znatno utječe na proces suočavanja i načine reagiranja na promjenu (9).

Faktori koji utječu na način reagiranja u zdravstvenim krizama su *faktori povezani s bolešću* (prisutnost boli, nepredvidivi tijek, način liječenja, promjene u izgledu i dr.); *osobni i demografski faktori* (vlastite sposobnosti i mogućnosti u nošenju sa stresom, dob, spol, religija, vjerovanja); te *fizički, socijalni i okolinski faktori* (podrška okoline, blizina bolnice, uređenost i prilagođenost okoliša) (9).

## 8.1. Proces suočavanja

Suočavanje se definira kao proces upravljanja stresnom situacijom. U trenutku suočavanja sa stresom osoba koristi strategije suočavanja kako bi ponovno uspostavila narušenu ravnotežu. Strategije suočavanja mogu biti usmjerene na problem, emocije i procjenu (13).

Proces suočavanja prema Rudolfu H. Moosu i Jeanne A. Schaefer dijeli se u tri dijela: kognitivna procjena, zadatci prilagodbe i strategije suočavanja (9).

**Kognitivna procjena** predstavlja proces u kojem osoba nakon prvotnog šoka procjenjuje vlastito zdravstveno stanje. Ova procjena ovisi o prethodnom znanju i iskustvu, uvjerenjima o bolesti i podršci okoline (9).

**Zadatci prilagodbe** koji su dio procesa suočavanja, slijede nakon kognitivne procjene. To uključuje sedam zadataka grupiranih u dvije osnovne kategorije: zadatci koji se odnose na bolest i općeniti zadatci (9).

**a) Zadatci prilagodbe koji se odnose na bolest** uključuju:

- nošenje sa boli i drugim poteškoćama vezanima uz bolest poput tjelesnog invaliditeta;
- nošenje s terapijskim postupcima i boravcima u bolničkom okruženju;
- razvoj i održavanje dobrih međuljudskih veza sa zdravstvenim radnicima.

**b) Općeniti zadatci prilagodbe** odnose se na:

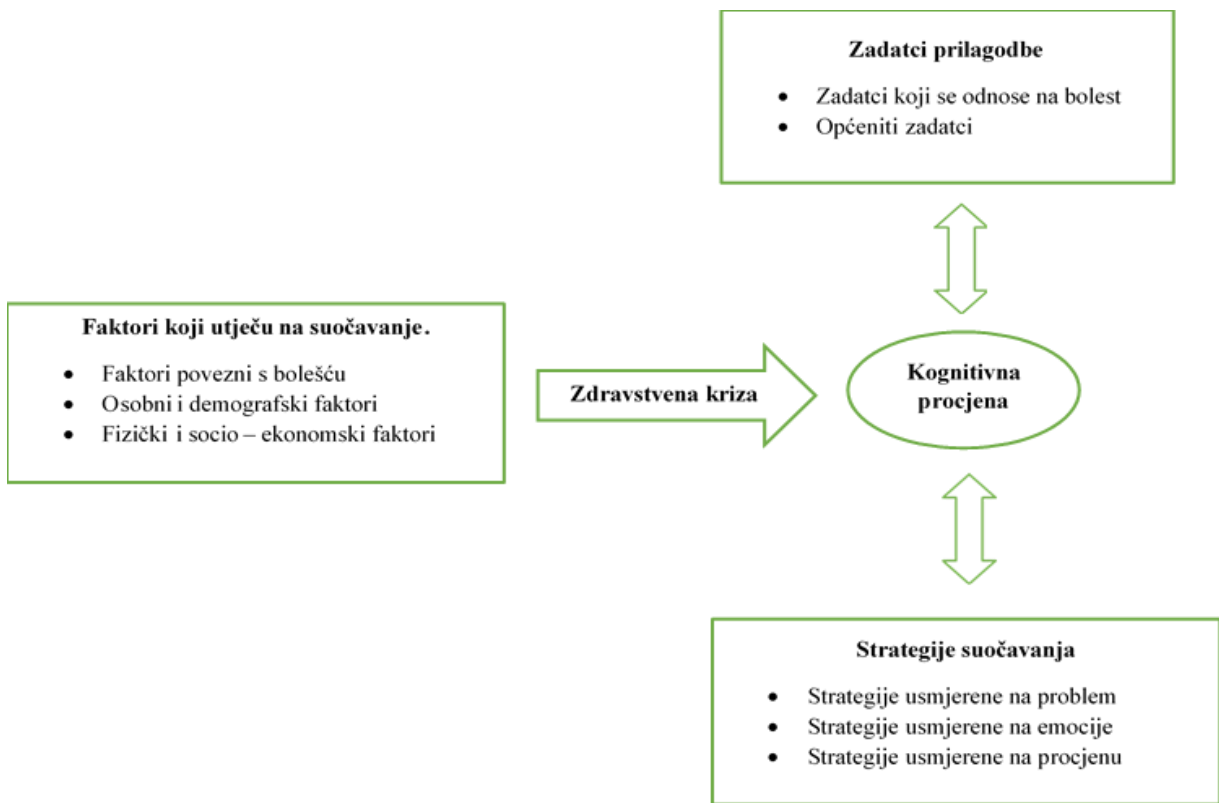
- održavanje emocionalne ravnoteže;
- održavanje svijesti o sebi i vlastitim mogućnostima (uključuje i prilagodbu na promijenjen fizički izgled uzrokovan bolesti i invaliditetom);
- održavanje dobrih odnosa s ljudima iz okoline poput obitelji i prijatelja;
- priprema na neizvjesnu budućnost kod kroničnih i progresivnih bolesti koji mogu utjecati na nastanak ili pogoršanje već prisutnog invaliditeta (9).



**Strategije suočavanja** odvijaju se nakon kognitivne procjene i adaptivnih zadataka. U osoba dolazi do primjene strategija suočavanja sa zdravstvenom krizom. Suočavanje sa zdravstvenom krizom može biti usmjereno na problem, emocije i procjenu.

- a) *Suočavanje usmjereno rješavanju problema* odnosi se na proces rješavanja samog problema i uzroka stresora koji se sastoji od:
- prikupljanja informacija o bolesti ili tijeku invaliditeta i traženje podrške.
  - poduzimanja akcije za rješenje problema koja se odnosi na primjenu specifičnih znanja i vještina (9).
- b) *Suočavanje usmjereno na emocije* odnosi se na ublažavanje ili smanjivanje utjecaja negativnih emocija i emocionalne napetosti izazvane stresom. U ovom procesu mogu se koristiti razne metode i tehnike relaksacije koje pridonose smanjenju napetosti i izgradnji emotivne ravnoteže. Unutar suočavanja usmjerenog na emocije razlikujemo:
- emocionalnu regulaciju koja označava sposobnost prilagodbe vlastitih emocija na stresne situacije i zahtjeve okoline;
  - emocionalno otpuštanje koje se odnosi se na iskazivanje vlastitih osjećaja i emocije, kao i dijeljenje vlastitih emocionalnih iskustava s drugim ljudima;
  - prihvaćanje situacije i pomirenje s ishodom bolesti ili tijekom invaliditeta (8,9).
- c) *Suočavanje usmjereno na procjenu* uključuje pokušaje da osoba modificira misaone procese povezane sa stresom tj. da promijeni pogled na situaciju. Unutar ove procjene razlikujemo:
- logičnu analizu problema koje obuhvaća razumijevanje, rješavanje i mentalnu pripremu za upravljanje situacijom;
  - kognitivnu redefiniciju koja označava stvaranje novog pozitivnog načina procjene novonastale situacije;
  - kognitivno izbjegavanje ili poricanje označava umanjivanje ozbiljnosti situacije koja se odnosi na bolest i invaliditet (9).

Suočavanje osobe sa zdravstvenom krizom kompleksno je i zahtjeva multidisciplinarni pristup. Pri tome suradnja svih članova u timu mora biti na visokoj razini kako bi se osobi s tjelesnim invaliditetom i njezinoj obitelji pružila odgovarajuća, pravovremena i potpuna ne samo zdravstvena nego i psihološka, socijalna i duhovna skrb. To će imati pozitivne reperkusije na suočavanje osobe i prihvaćanje nastalog stanja.



Slika 2. Shematski prikaz suočavanja sa zdravstvenom krizom.

## 9. Emocionalne faze u procesu suočavanja s tjelesnim invaliditetom

Iznenadno pogoršanje zdravlja, pojavnost teške neizlječive bolesti te posljedično tomu pojava tjelesnog invaliditeta potresna promjena je koja izaziva snažan stresni i emocionalni odgovor te se negativno odražava na kvalitetu života.

U većini teških životnih situacija i izrazitih gubitaka ljudi reagiraju na sličan način - tugovanjem. Upravo ta sličnost sažeta je u modelu reagiranja koji je opisala je američka psihijatrica Elisabeth Kübler – Ross (14). U svojoj knjizi “*Razgovori s umirućima*“ iznijela je tezu o psihološkim promjenama koje prate velike gubitke ili pojavu smrti u životu čovjeka (14). Na temelju razgovora s pacijentima na kraju života i spoznaja koji su proizašli iz navedenog definirala je model s pet faza tugovanja ili tzv. Kubler – Ross model (14).

Prema Kübler – Ross, čovjek u teškim životnim trenucima (smrt ili veliki životni gubitak) prolazi kroz pet faza. Faze uključuju poricanje (nepriznavanje i osamljivanje), gnjev, cjenjkanje, d

epresiju i naposljetku prihvaćanje (14). U svakoj od faza tog modela opisane su ključne emocije kroz koje prolazi osoba koja se susreće s velikim gubitkom ili smrti. Redosljed javljanja pojedine od faza nije strogo definiran navedenim rasporedom jer je moguće njihovo ispreplitanje i pojavnost različitih emocionalnih reakcija. Takva pojavnost sasvim je normalna (14).

U početku same spoznaje o trajnoj promijeni i pogoršanju tjelesnog funkcioniranja osoba može biti preplavljena raznim negativnim emocijama zbog kojih teško i nezamislivo prihvatiti novonastalu promjenu. Stanje osobe, faze prihvaćanja i emocije sadržane u njima, ne samo da su dio fizičkog i emocionalnog prilagođavanja i suočavanja s gubitkom zdravlja i pojavom invaliditeta, nego imaju značajne reperkusije i na druge osobe iz neposredne okoline, obiteljski život, ali i širu društvenu zajednicu.

Ovaj model je široko primjenjiv budući da je opisan temeljem svjedočanstva ljudi koji su se susreli s teškom bolesti i očekivanim smrtnim ishodom. Model se može primjenjivati i na druge situacije poput teških financijskih gubitaka, poslovnih problema, problema u međuljudskim odnosima i drugim stresnim životnim događajima (14).

## 9.1. Poricanje

U trenutku kada osoba primi lošu vijest o teškoj dijagnozi i/ili trajnoj nepokretnosti, prva reakcija nerijetko je poricanje i neprihvatanje te informacije. Zbog nevjerice u novonastalo stanje osobe često traže dodatne provjere i druga mišljenja, razmatraju da je moguća zabuna ili krivo tumačenje pristiglih nalaza. Poricanje i negiranje u trenutcima šoka je oblik obrambenog mehanizma koji daje osobi svojevrsan oblik sigurnosti pred velikom emotivnom boli koja proizlazi iz teške vijesti (14,15). Poricanje se može manifestirati na razne načine. Primjerice neke osobe iako su prihvatile ishod svoje bolesti u dubini sebe ustraju u uvjerenjima da je sve u najboljem redu, iako nema racionalne osnove za takvo očekivanje. Međutim, pojedine osobe ustraju u negiranju vlastitog invaliditeta i bolesti pri čemu prijete opasnost od nerealnih očekivanja i zadržavanja u ovoj fazi. Iako osoba snažno izražava svoje negiranje potrebno joj je pružiti razumijevanje i psihološku podršku. (14).

Nakon poricanja, koje na kratko osobi pruža osjećaj da je sve u redu, uslijedi ljutnja koja je znak da osoba ima određenu početnu spoznaju o mogućem narušenom zdravstvenom stanju. Većina ljudi nakon nekog vremena prihvati činjenicu da su pred teškim razdobljem. U kasnijim fazama suočavanja poricanje izostaje, ali se često javlja osamljenost i povlačenje u sebe (14).

## 9.2. Ljutnja

Nakon prvotnog šoka i poricanja samog novonastalog stanja javi se gnjev, ljutnja i srdžba. U ovoj fazi dolazi do shvaćanja da je problem stvaran i da se negiranjem i neprihvatanjem ništa ne rješava. Osoba zbog novonastalog tjelesnog invaliditeta postavlja brojna pitanja, poput primjerice „*Zašto baš ja?*“ i „*Zašto baš meni?*“ Ljutnja koja se javlja, obično je usmjerena na traženje krivca pa se osoba može preispitivati i prisjećati što je okidač koji je prouzročio tjelesni invaliditet. Neke osobe reaguju na način da se ljute same na sebe dok druge krivnju pronalaze u slabom socioekonomskom statusu, neadekvatnom okruženju, a ponekad i u Bogu (16). Ljutnja može biti popraćena i osjećajem zavisti prema ljudima koji su zdravi i pokretni pri čemu primjerice uobičajene radnje poput plesa i tjelovježbe koje drugi ljudi mogu izvoditi, može izazvati ljutnju i frustraciju te potaknuti neprimjerene reakcije. U ovoj fazi komunikacija s osobom može biti narušena i otežana zbog prevelikog izljeva emocija koje mogu biti usmjerene

prema obitelji, prijateljima i samom zdravstvenom osoblju. Često se dogodi da osoba bezrazložno iskazuje ljutnju i nezadovoljstvo prema radu medicinskih sestara i liječnika (14). U tim okolnostima valja imati na umu da se ne radi o osobnom napadu, nego je navedeno ponašanje rezultat prolaska kroz proces suočavanja i faze prihvaćanja invaliditeta. Sukladno tome, osobi je potrebno pružiti pomoć i podršku. Razumijevanje i posvećenost osobi je od iznimne važnosti jer na taj način ukazujemo osobi da shvaćamo težinu njezinog problema i novonastalog tjelesnog invaliditeta. Nakon što osoba osjeti razumijevanje i podršku okoline te osvijesti da ljutnja i bijes ne doprinose poboljšanju nego još više otežavaju nastalu situaciju, razina ljutnje postupno se smanjuje (14).

### **9.3. Cjenkanje**

Nakon faze intenzivnih emocija počevši od odbijanja i ljutnje dolazi faza mirnijeg razdoblja u kojem osoba pokušava razumjeti i poboljšati vlastito stanje. U ovoj fazi osoba često prikuplja informacije o vlastitoj bolesti i stanju, koristi razne metode i istražuje mogućnosti koje će joj pomoći u nošenju sa svakodnevnim preprekama. Pregovaranjem ili cjenkanjem pokušavaju se istražiti i iskoristiti mogućnosti koje su preostale i upravo zbog toga tijekom ovog razdoblja osoba jako puno nauči o vlastitom stanju i bolesti. Cjenkanje je prirodna reakcija koja se javi u trenucima kada se čovjek nađe pred teškim životnim izazovima poput smrti ili trajnog tjelesnog invaliditeta. U osoba za koje je očekivani smrtni ishod relativno blizu ova faza može biti izraženija i teža jer se često radi o pokušajima produženja života u svrhu proživljavanja nekih važnih životnih događaja (14). S druge strane u osoba koje se suočavaju s trajnim tjelesnim invaliditetom cjenkanje se javlja u obliku traženja rješenja i poboljšanja tjelesnog funkcioniranja te nastojanja da se zdravstveno stanje vrati u normalnu ili optimalnu razinu funkcioniranja. Osobe s tjelesnim invaliditetom u ovoj fazi često pokazuju veliki interes za svoje stanje pri čemu često postavljaju pitanja zdravstvenom osoblju. Potragu za boljim rješenjima traže i izvan mogućnosti konvencionalne medicine pri čemu se obraćaju različitim profilima stručnjaka iz područja alternativne medicine (14,15). U tim trenucima ključna je edukativna pomoć i podrška kako bi osoba imala pristup točnim i sigurnom informacijama o vlastitom zdravstvenom stanju, invaliditetu i prognozi (14,15).

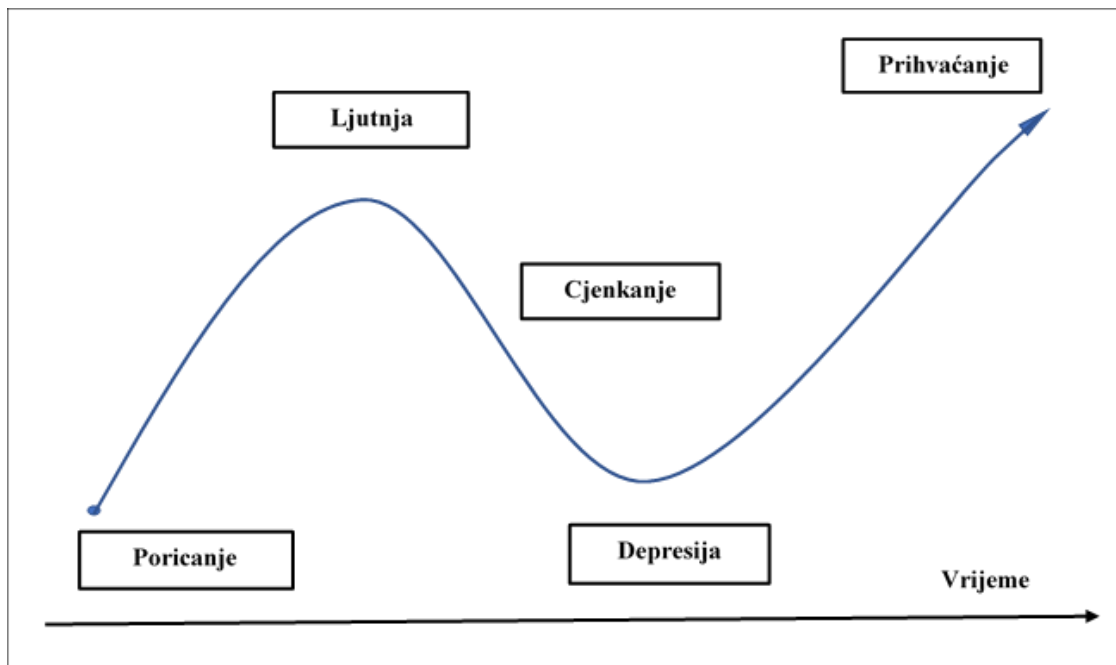
## 9.4. Depresija

Kada nakon faze cjenkanja osoba shvati da su mogućnosti za poboljšanjem stanja teško moguće, često uslijedi faza depresije i tuge (14,15). U ovoj fazi osoba postaje svjesna realnosti o izgubljenom zdravlju i smanjenoj pokretnosti te shvaća da je stanje s kojim se suočava ostaje trajno i nepromjenjivo. Sve te spoznaje mogu osobu dovesti do intenzivnog osjećaja tuge i beznađa te u konačnici i depresije. Gubitak normalnog tjelesnog funkcioniranja sam po sebi je težak događaj u životu pojedinca, no on za sobom povlači i druge gubitke koje nepovoljno djeluju na psihičko zdravlje. Primjerice novonastali tjelesni invaliditet često prati gubitak posla i financijski gubitak, a u najgorem slučaju i gubitak podrške okoline. U ovim trenucima osoba može pokazivati znakove demotiviranosti i velike zabrinutosti za vlastitu budućnost. Osjećaj da je nitko ne razumije može pojačati osjećaj socijalne izolacije, samoće i izazvati povlačenje od svih ljudi pa čak i od vlastite obitelji (16). Podrška okoline u ovim trenucima od ključne je važnosti, no isto tako potrebno je razumjeti da su tuga i depresija normalan odgovor na sve gubitke koji prate tjelesni invaliditet (14).

## 9.5. Prihvaćanje

Nakon emotivnih reakcija koje su rezultat stresne promjene može nastupiti stanje ravnodušnosti prema vlastitom invaliditetu. Takva reakcija predstavlja početak prihvaćanja nastalog stanja. Prihvaćanje kao faza suočavanja ne označava konačni pozitivan stav prema vlastitom invaliditetu, nego uključuje i stanovit osjećaj ravnodušnosti i zamora od neprihvaćanja invaliditeta. Pri tome se osoba postupno prepušta situaciji i daljnji pokušaji promjene situacije polagano jenjavaju. Postupno osoba ne pokušava ništa mijenjati i uviđa da neprihvaćanje, ljutnja, tuga i druge emocije koje prate proces suočavanja ne mijenjaju situaciju, već djeluju iscrpljujuće i otežavajuće na svakodnevni život (14). Takva racionalizacija situacije u kojoj se nalazi pozitivno je stanje osobe. Međutim, u pojedinim osoba moguće je povlačenje u osamu i pojavnost socijalne izolacije i stanje ravnodušnosti. S druge strane, u nekih osoba usprkos svemu osjećaj nadanja dodatno se pojača te istražuju nove mogućnosti. Ova faza, iako označava kraj odupiranja i početak dugotrajne faze prihvaćanja suživota s promjenama izazvanim tjelesnim invaliditetom, ipak zahtjeva još veću podršku okoline i članova obitelji. Nadalje, kako bi se prihvaćanje u potpunosti odvijalo, osobi s tjelesnim invaliditetom i njezinoj

obitelji potrebno pružiti podršku u svim segmentima života. Prihvaćanje samo po sebi označava prilagodbu i navikavanje na novi način života, ali taj proces nije sasvim jednostavan. Prihvaćanje i prilagodba mogu dodatno opteretiti resurse u okolini osobe jer novonastali invaliditet često prate i financijski troškovi, učestali boravci u bolnici, promjene radnog mjesta, ponekad i preseljenje u drugu sredinu zbog neprilagođene okoline, ali i mnoge druge promjene (17). Od iznimne je važnosti da osoba s tjelesnim invaliditetom i njezina obitelj imaju sve potrebne informacije i usvoje potrebna znanja koja će im pomoći da se lakše prilagode novom načinu života. Edukacija, traženje podrške, učlanjenje u udruge osoba s invaliditetom i kreativni rad samo su neki od načina kako olakšati proces prilagodbe i suživota s novonastalim tjelesnim invaliditetom.



Slika 3. Krivulja emocionalne prilagodbe na promjenu prema modelu Kubler – Ross (15,16).

## 10. Obitelj osobe s tjelesnim invaliditetom

Tjelesni invaliditet nije samo stresan događaj za osobu s tjelesnim invaliditetom, nego i za cijelu obitelj i prijatelje. Članovi obitelj i prijatelji mogu biti duboko potreseni zbog gubitka normalnog tjelesnog funkcioniranja voljene osobe pri čemu i oni prolaze faze tugovanja i prihvaćanja novonastale situacije (1). Novonastali invaliditet narušava obiteljsku harmoniju, stavlja pred obitelj izazove i zabrinutost za budućnost.

U početku članovi obitelji obično osjećaju nevjericu te se preispituju o razlozima zašto se takva okolnost dogodila njima tj. njihovom članu obitelji. S vremenom prvotni šok i nevjerica prerastaju u ljutnju na okolinu, a moguća je i percepcija nepravde i teških nepremostivih izazova koje se pred njih stavlja. Nakon što prođe faza ljutnje, članovi obitelji postupno osvještavaju činjenicu da je tjelesni invaliditet njihovog člana ipak prisutan i da emocionalno reagiranje otežava ionako teške životne okolnosti. Postupno obitelj preuzima podražavajuću ulogu te se postupno počinje informirati o tome kako smanjiti utjecaj invaliditeta na kvalitetu života. Isto tako članovi obitelji međusobno se još više povezuju kako bi, ukoliko je to moguće, promijenili ili barem poboljšali stanje voljene osobe. U ovoj fazi često zbog velike želje da se situacija poboljša ili promijeni obitelj ustrajno pokušava naći rješenja koja ponekad nemaju nikakav učinak na stanje osobe. Zbog svega navedenog pokušaji za poboljšanjem stanja osobe mogu rezultirati razočaranjem nakon čega i oni zapadaju u fazu depresije i tuge (1).

Iako obitelj usmjerava svoju energiju na sve veću podršku osobi s tjelesnim invaliditetom, postupno i kod njih, dolazi do prihvaćanja novonastalog tjelesnog invaliditeta člana obitelji. U ovoj fazi, kao i osoba s tjelesnim invaliditetom, i članovi obitelji iziskuju znatnu razinu podrške. Pri tome uloga medicinske sestre kao člana multidisciplinarnog tima može biti od neprocjenjivog značenja (1)..



## **11. Uloga medicinske sestre u procesu prihvaćanja tjelesnog invaliditeta u osobe**

Medicinska sestra kroz svoj rad često se susreće s osobama koje prolaze kroz teške životne trenutke poput pojave teške neizlječive bolesti ili iznenadne pojave tjelesnog invaliditeta. Uloga medicinske sestre u pružanju podrške osobama s tjelesnim invaliditetom je višeznačna što je vidljivo i u samoj definiciji sestinstva Virginije Henderson. Prema toj definiciji medicinska sestra pruža pomoć bolesnoj ili zdravoj osobi, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku, ili mirnoj smrti, a koje bi osoba obavljala samostalno kad bi imala potrebnu snagu, volju ili znanje (2,18).

Osim neposredne fizičke pomoći osobi s tjelesnim invaliditetom medicinska sestra pruža psihološku podršku u trenucima nedostatka volje i motiviranosti, a često i edukativnu pomoć pružajući provjerene i sigurne informacije. Da bi medicinska sestra to bila u stanju, neophodno je da posjeduje znanja o načinu pružanja psihološke podrške osobama s tjelesnim invaliditetom i njihovim obiteljima. Budući da tjelesni invaliditet predstavlja velik izazov koji pogađa sve aspekte ljudskog života, potrebno je poznavati faze suočavanja kroz koje osoba prolazi. Ključno je na vrijeme detektirati poteškoće prihvaćanja, zaostajanje u nekoj od faza kako bi se osobi pravovremeno osigurala stručna pomoć (1)..

S obzirom na to da je medicinska sestra u svom radu u neposrednom kontaktu s osobom s tjelesnim invaliditetom, gotovo je nemoguće zaobići važnost psihološkog i emotivnog utjecaja koji ona ostavlja na osobe o kojima skrbi, ali i širu društvenu zajednicu. Svojim empatičnim pristupom i razumijevanjem, medicinska sestra može biti podrška osobi s invaliditetom tijekom cijelog procesa suočavanja.

U fazi prvotnog šoka i negiranja važno je ne nametati početak i tijek razgovora. Potrebno je biti strpljiv, empatičan, sačekati osobu da sama inicira razgovor i ukoliko pokazuje jasne znakove negiranja ne pokušavati ju ispravljati. U komunikaciji s osobom s tjelesnim invaliditetom i članovima obitelji potrebna je visoka razina strpljivosti i smirenosti. Onog trenutka kada zažele prekinuti razgovor to je potrebno uvažiti (14).

U fazi ljutnje koja je izrazito teška za osoblje i članove obitelji, a ponajviše za samu osobu s tjelesnim invaliditetom javljaju se iskazi ljutnje i nezadovoljstva usmjerenog na rad osoblja

što u konačnici doprinosi otežanoj i lošoj komunikaciji. U tim trenucima ljutnju valja shvatiti kao mehanizam obrane i proces suočavanja, a ne kao osobni napad i negativne nemjerene osobe s tjelesnim invaliditetom (14).

Nakon ljutnje slijedi faza pregovaranja i cjenkanja u kojoj osoba i obitelj često postavljaju različita pitanja i zanimaju se za tijek invaliditeta. Na takva pitanja medicinska sestra treba biti spremna. U tima trenucima sestra educira i savjetuje osobu i njenu obitelj točnim i provjerenim informacijama koje su važne za što kvalitetniji suživot s tjelesnim invaliditetom (14).

U fazi depresije potrebno je dopustiti osobi da izrazi svoju tugu i bol koju osjeća. Osobe različito mogu izražavati tugu na različite načine pa tako neki jasno izražavaju svoje emocije plakanjem i suzama, dok drugi reagiraju povlačenjem i ne žele nikoga u svojoj neposrednoj blizini (14).

Nakon tuge i intenzivnih emocija osoba i njezina obitelj postupno ulaze u fazu prihvaćanja. Ta posljednja stepenica u procesu suočavanja nije kraj teških trenutaka, nego je početak novog načina života. Potrebno je pružiti podršku osobi i njejoj obitelji u svim izazovima koje tjelesni invaliditet stavlja pred njih. Izazovi nisu samo fizičke naravi, poput arhitektonskih barijera i neprilagođenosti okoliša, nego se odnose i na pružanje kontinuirane psihološke i socijalne podrške. Ipak, kako je ranije naglašeno faze prihvaćanja nerijetko se isprepliću pa se u ovoj fazi, iako ne onako intenzivno, mogu pojaviti emocije i načini reagiranja iz prethodnih faza (14).

## **12. Procjena medicinske sestre i sestrinske intervencije**

Holistički pristup ne pristupa osobi samo s jednog područja života, nego obuhvaća sve ljudske potrebe, sve razine Maslowljeve hijerarhije motiva uključujući pri tom osnovne fiziološke potrebe, potrebe za sigurnošću, potrebe za pripadanjem, potrebe za poštovanjem i u konačnici potrebe za samoostvarenjem (1,2). Pojava tjelesnog invaliditeta u životu osobe mijenja cijeli život i u skladu s tim mijenja i obrasce funkcioniranja prema Majori Gordon. U kontekstu procesa suočavanja javljaju se različiti znakovi i promjene koje medicinska sestra može uočiti tijekom procjene. Posebna zapažanja vidljiva su u obrascima samopercepcije, stresa i suočavanja te obrasca vrijednosti (19). Nastavno tomu prepoznaje probleme u osobe s tjelesnim invaliditetom, utvrđuje potrebe za zdravstvenom njegom te planira sestrinske intervencije.

### **12.1. Obrazac samopercepcije**

Samopercepcija se odnosi na stav o samom sebi i način na koji percipiramo vlastito tijelo, mogućnosti i kompetencije (19). Odnosi se i na proces izgradnje identiteta, osjećaja vrijednosti i samopoštovanja. Tjelesni invaliditet snažno utječe na percepciju samoga sebe narušavajući osobi samopouzdanje i osjećaj vlastite vrijednosti.

Medicinska sestra promatranjem i razgovorom s osobom može procijeniti mnogo toga što je važno sa pravilno postavljanje sestrinske dijagnoze iz područja ovog obrasca. Važno je uočavati verbalne i neverbalne znakove koji ponekad govore više od riječi i upućuju na teškoće koje osoba osjeća. Često problemi i poteškoće koje se jave u području samopercepcije zahtijevaju multidisciplinarni pristup u rješavanju pa je važno uključiti i druge stručnjake u proces zdravstvene njege.

Problemi koji se najčešće javljaju u osoba koje se suočavaju s tjelesnim invaliditetom su poremećaj percepcije vlastitog tijela, neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda, nisko samopoštovanje, anksioznost, umor, nemoć, depresija i beznađe. Nerijetko svi navedeni problemi dolaze u kombinaciji što znatno otežava oporavak i prihvaćanje invaliditeta (19).

### **12.1.1. Poremećaj percepcije vlastitog tijela**

Poremećaj u percepciji vlastitog tijela odnosi se na narušenu i negativnu percepciju vlastitog tijela, pojedine dijelove tijela, ali i na tjelesne mogućnosti. Vodeća obilježja poremećene percepcija vlastitog tijela u osoba s tjelesnim invaliditetom može biti uspoređivanje s drugima i osjećaj srama i beskorisnosti u odnosu na njih, a može javiti i strah od reakcije drugih ljudi na invaliditet (19).

Proces prihvatanja je često dugotrajan pogotovo ako se tjelesni invaliditet javi iz punog zdravlja. Osobu je potrebno poticati na verbalizaciju vlastitih osjećaja, pružiti podršku kako bi osoba osvijestila vlastite mogućnosti unatoč prisutnom invaliditetu, te razgovorom i razumijevanjem poticati proces prihvatanja vlastitog tijela i invaliditeta. Aktivno uključivanje osobe s tjelesnim invaliditetom u volonterske, društvene, sportske i kreativne aktivnosti kroz koje se može znatno promijeniti percepcija vlastitih mogućnosti i sposobnosti može imati pozitivne reperkusije na psihološko stanje osobe (19).

### **12.1.2. Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda**

Neprihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda sasvim je očekivana pojava ukoliko dođe do traume, gubitka uda i/ili promjene u vlastitom izgledu. Vodeća obilježja koja prate ovaj problem su neprihvatanje navedenih promjena, odbijanje gledanja u izgubljene ili deformirane dijelove tijela, skrivanje, povlačenje u sebe, gubitak samopoštovanja, autodestruktivnost i psihička osjetljivost (20).

Intervencije medicinske sestre usmjerene su na pružanje psihološke podrške osobi. Osobu je potrebno poticati na verbalizaciju vlastitih emocija te ju pri tome aktivno slušati. U razgovoru je potrebno ohrabriti i motivirati osobu da sagleda pozitivne strane života. Osobu postupno poticati da prihvati svoje tijelo, a polagano dodirivanje deformiranog dijela tijela može djelovati poticajno i omogućiti osobi da osvijesti osobne snage i mogućnosti. Ukoliko dođe do ekspresije emocija tuge i plača, osobi pružiti podršku razumijevanja. Nadalje, poticanje na razgovor s obitelji i prijateljima, upoznavanje i dijeljenje iskustva s osobama u sličnim situacijama, može imati pozitivne reperkusije na prihvatanje. Ukoliko osoba izrazito loše reagira, omogućiti joj razgovor s psihologom, a uključivanje u grupe podrške može značajno umanjiti teškoće koje se javljaju vezano uz nedoumice (20).

### **12.1.3. Nisko samopoštovanje**

Jedan od glavnih izazova s kojim se osobe s tjelesnim invaliditetom nose je osjećaj manje vrijednosti i nisko samopoštovanje uzrokovano gubitkom samostalnosti, promjenama u tjelesnom izgledu i neadekvatnoj podršci okoline (21). Povezanost osjećaja samopoštovanja i tjelesnog invaliditeta je velika. Osobe s tjelesnim invaliditetom posebno one koje su smanjeno pokretne ili nepokretne pokazuju znakove izrazito niskog samopoštovanja i samopouzdanja (22).

Vodeća obilježja koja se javljaju u osoba s narušenim samopoštovanjem uslijed novonastalog tjelesnog invaliditeta su verbalizacija osjećaja bezvrijednosti i beskorisnosti, osjećaj krivnje, srama te u najgorem slučaju pokušaji samoozljeđivanja (21).

Intervencije medicinske sestre odnose se na poticanje izgradnje pozitivne slike o sebi, edukacija osobe o mehanizmima suočavanja sa stresom i nastalim promjenama. Osobu je potrebno ohrabrivati, poticati na socijalne kontakte, omogućiti razgovor s psihologom te uključiti obitelj i prijatelje u proces pružanja podrške (21,22).

### **12.1.4. Anksioznost**

Anksioznost ili tjeskoba se opisuje kao osjećaj zabrinutosti i intenzivnog straha koji se javlja u teškim životnim trenucima. U osoba s tjelesnim invaliditetom tjeskoba i zabrinutost se javljaju zbog straha za vlastitu budućnost jer pojava tjelesnog invaliditeta mijenja i sposobnost za rad, a samim time utječe i na financijske prilike osobe.

Vodeća obilježja koja se javljaju su verbalizacija straha zbog budućnosti, problemi sa snom, promjene apetita, vidljiva uznemirenost tijekom razgovora o budućnosti, napetost, potištenost, smanjene koncentracije, zaokupljenost mislima, povlačenje u sebe i odbijanje komunikacije (20).

Intervencije medicinske sestre uključuju poticanje pacijenta na razgovor o unutarnjem stanju, a ukoliko temeljem procjene uoči odstupajuće i pretjerano anksiozno ponašanje potrebno osigurati razgovor s psihologom ili psihijatrom. Empatijski međuodnos s osobom i članovima obitelji, podučavanje tehnikama relaksacije, može djelovati opuštajuće, ublažiti elemente anksiozne reakcije te potaknuti osobu na optimizam. U trenucima straha i zabrinutosti podrška okoline je jako važna pa je važno uključiti obitelj i prijatelje koji će svojim prisutnošću i razgovorom doprinijeti smanjenju tjeskobe (20).

### **12.1.5. Depresivno raspoloženje**

Depresivno raspoloženje i tuga nastala kao reakcija zbog gubitka normalnog tjelesnog funkcioniranja je sasvim normalna i očekivana pojava. Osoba izgubi samopoštovanje i osjećaj vlastitih sposobnosti (19).

Vodeća obilježja koja se javljaju su verbalizacija osjećaja tuge i očaja zbog novonastalog stanja, nisko samopouzdanje i samopoštovanje, povlačenje u sebe, plakanje, pesimizam, promjene apetita, sna i opće aktivnosti. Intervencije medicinske sestre usmjerene su na poticanje osobe na verbalizaciju vlastitih emocija, pružanje podrške u kriznim trenucima, osiguravanje razgovora s obitelji i prijateljima, po potrebi s psihologom, te poticanje na kreativni rad i društvene aktivnosti (19).

### **12.1.6. Bepomoćnost**

Bepomoćnost označava stanje gubitka kontrole nad situacijom u kojoj se osoba nalazi. Čest slučaj kod pojave tjelesnog invaliditeta je osjećaj bepomoćnost zbog gubitka normalnog tjelesnog funkcioniranja. Stalni pokušaji i nastojanja promjene vlastitog stanja često još više pojačavaju osjećaj bepomoćnosti (19). Vodeća obilježja u osoba s tjelesnim invaliditetom su verbalizacija osjećaja bepomoćnosti i gubitka kontrole, nesigurnost, pasivnost u donošenju odluka, ljutnja i frustracija. Medicinska sestra potiče osobu na razgovor o svojim osjećajima, pruža psihološku podršku, pomaže u procesu suočavanja s tjelesnim invaliditetom te po potrebi omogućuje osobi razgovor sa stručnim osobama. Od iznimnog je značenja uključivanje članova obitelji i prijatelja u proces podrške (19).

### **12.1.7. Beznađe**

Tjelesni invaliditet nerijetko ograničava osobu fizički, a shodno tome i psihički djelujući na njenu motiviranost za napretkom i životom općenito. Upravo iz te nemogućnosti u normalnom tjelesnom funkcioniranju proizlazi osjećaj beznađa, stanja u kojem pojedinac ne vidi rješenje za suživot s tjelesnim invaliditetom. Jedno od glavnih vodećih obilježja ovog problema u osoba s tjelesnim invaliditetom je iskaz bepomoćnosti, potištenost, apatija, ravnodušnost, osoba se povlači u sebe i gubi nadu i smisao za vlastiti život (20).

Beznađe kao i svi drugi problemi iz obrasca samopercepcije ukoliko se ne preveniraju mogu dovesti osobu do suicidalnih promišljanja i u najgorem slučaju i do suicida (20). Medicinska sestra provodi intervencije poticanja na razgovor o svojim emocijama, pruža osobi

s tjelesnim invaliditetom psihološku potporu, uključuje obitelj i prijatelje u razgovor, potiče osobu na pozitivno razmišljanje i sagledavanje vlastitih snaga i mogućnosti, razgovara o budućnosti s osobom i njenom obitelji s naglaskom na konstruktivne i pozitivne ishode. Poticanje osobe da se prisjeti uspjeha i sretnih trenutaka u životu, kao i naglasak da su stanoviti gubitci i prateći osjećaji ponekad sastavni dio života te poticanje osobe na brojne aktivnosti koje pobuđuju vjeru i smisao može imati značajan utjecaj na ublažavanje osjećaja beznađa. Važno je izgraditi odnos utemeljen na empatiji i povjerenju. Ukoliko osoba ustrajno odbija razgovor potrebno je uvažiti njezin zahtjev i osigurati joj dovoljno vremena da sama odluči kada je najbolje vrijeme za razgovor (20).

#### **12.1.8. Umor**

Umor se javlja kao posljedica teške fizičke i psihičke iscrpljenosti što je čest slučaj u osoba s tjelesnim invaliditetom. U obavljanju svakodnevnih aktivnosti ponekad im je potrebno mnogo više snage, nego ljudima bez invaliditeta. Svakodnevne prepreke u kretanju, bol, stigmatizacija i neprihvatanje od strane drugih ljudi i mnogi drugi izazovi koji prate tjelesni invaliditet izazivaju osjećaj iscrpljenosti i umora.

Vodeća obilježja su verbalizacija umora, pospanost i emocionalna labilnost, smanjen interes za sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima i povećana potreba za odmaranjem (21).

Medicinska sestra kod znakova umora pruža neposrednu fizičku pomoć, potiče osobu na planiranje i prilagodbu aktivnosti vlastitim mogućnostima, ali i na odmor tijekom aktivnosti. Edukacije o tehnikama relaksacije, poticanje osobe na promjenu nezdravih navika može biti značajno u ublažavanju stanja premorenosti (21).

#### **12.2. Obrazac stresa i suočavanja**

Obrazac stresa i suočavanja odnosi se na mogućnosti osobe u nošenju i suočavanju sa stresnim situacijama. Svaka osoba ima različit prag tolerancije i efikasnosti u nošenju sa stresom pa je važno naglasiti da kod nekih ljudi usprkos teškim životnim promjenama ovaj obrazac može ostati nepromijenjen. Promjene u ovom obrascu se događaju kada se osobi dogodi izrazito jaki stres u životu poput bolesti, invaliditeta, nasilja, silovanja i traume. Nošenje sa stresnim situacijama ponekad ne ovisi samo o osobnim snagama i mogućnostima, nego i o podršci okoline, obitelji i prijateljima. Tjelesni invaliditet sam po sebi je stresan događaj pa je

stoga i očekivano da osoba reagira neprikladno na gubitak normalnog tjelesnog funkcioniranja pogotovo ako se invaliditet javio iz punog zdravlja.

Problemi koji se mogu javiti u okviru procesa suočavanja s tjelesnim invaliditetom su neučinkovito suočavanje, izbjegavanje suočavanja, obrambeno suočavanje, poricanje, negiranje, smanjena otpornost, neadekvatno obiteljsko suočavanje, posttraumatski sindrom, nedostatak socijalne potpore i samoozljeđivanje (19).

### **12.2.1. Neučinkovito suočavanje**

Neučinkovito suočavanje sa stresnim situacijama očituje se sa lošom prilagodljivošću na stres i izazove i neadekvatnim metodama u nošenju sa stresom. U osoba koje već prethodno imaju lošu podnošljivost stresa tjelesni invaliditet može biti izrazito otežavajuća okolnost pa u osobe može pojačati osjećaj tjeskobe, straha i ljutnje.

Vodeća obilježja ovog problema su prisutnost neučinkovitih obrambenih mehanizama poput poricanja i izbjegavanja, prisutnost tjeskobe, prestrašenosti i frustracije, nepridržavanje zdravstvenih uputa te pogoršanje stanja. Intervencije medicinske sestre odnose se na poticanje osobe na verbalizaciju emocija i stvaranje odnosa povjerenja. Kroz razgovor s osobom potrebno je procijeniti što je uzrok neučinkovitog suočavanja i pružiti podršku: Ukoliko je potrebno educirati osobu i obitelj o tijeku bolesti i invaliditeta. Kod prisutnog straha i anksioznosti osobi omogućiti razgovor s psihologom i educirati o tehnikama relaksacije (20).

### **12.2.2. Izbjegavanje suočavanja**

Izbjegavanje se odnosi na nepriznavanje ili poricanje posljedica bolesti i invaliditeta koje su važne za aktivno suočavanje (19). Jedno od osnovnih vodećih obilježja je prisutnost umanjivanja i ignoriranja problema vezanih uz tjelesni invaliditet, može se javiti i pogrešno tumačenje i interpretiranje situacije te odsustvo interesa za rješavanje i poboljšanje situacije vezane uz navedeno.

Medicinska sestra provodi intervencije koje su usmjerene na motivaciju osobe i podršku u procesu suočavanja. To obuhvaća pružanje neposredne psihološke podrške i pomoći te poticanje osobe na razgovor i izražavanje svojih mišljenja i emocija. Važno je osobu potaknuti na aktivno sudjelovanje u planiranju budućnosti i donošenju odluka te je pohvaliti za pozitivne korake u tom procesu (19).



### **12.2.3. Obrambeno suočavanje**

Obrambeno suočavanje se temelji na iskrivljenoj slici o sebi i drugima kojoj je svrha samoobrana. Vodeća obilježja koja prate ovaj oblik suočavanja u osoba s tjelesnim invaliditetom su poricanje problema, projekcija krivnje na okolinu i preosjetljivost na konstruktivne kritike. Intervencije koje medicinska sestra provodi odnose se na izgradnju zdrave slike o sebi, izgradnju samopouzdanja, pružanje psihološke podrške pri čemu je potrebno osobi osvijestiti da poricanje problema i prebacivanje krivnje ne rješava problem (19).

### **12.2.4. Poricanje/negiranje**

Poricanje ili negiranje je oblik svjesnog ili nesvjesnog obrambenog mehanizma kojem je svrha smanjiti strah i tjeskobu lažnim i pogrešnim tumačenjem vlastitog stanja i situacije. Ovo je također i početna faza suočavanja s tjelesnim invaliditetom koja može imati negativne učinke na opće stanje. Vodeća obilježja odnose se na odbijanje prihvaćanja činjenice o tijeku bolesti i invaliditetu, a shodno tome i odbijanje zdravstvene pomoći. Može bit prisutan i strah od života s invaliditetom i njegovim tijekom. Medicinska sestra provodi intervencije koje su usmjerene na smanjenje tjeskobe i prihvaćanje nastalog stanja. Pruža osobi psihološku i edukativnu podršku te je potiče na aktivno sudjelovanje u procesu prihvaćanja invaliditeta (19,21).

### **12.2.5. Smanjena otpornost na promjene**

Smanjena otpornost označava umanjenu sposobnost održavanja pozitivnih reakcija na stresne i izazovne situacije (19). Valja istaknuti kako je smanjena otpornost na životne izazove u osoba s tjelesnim invaliditetom u početku sasvim normalna pojava, no s vremenom dolazi do osnaženja i otpornost (19).

Svakodnevni pritisci okoline, stigmatizacija i ostale prepreke mogu biti prevelik teret s kojim se osobe s tjelesnim invaliditetom u određenom trenutku ne mogu nositi. Vodeća obilježja ovog problema su povlačenje i odbijanje sudjelovanja u akademskim aktivnostima, izolacija, sram, nisko samopoštovanje, krivnja i depresija. Intervencije koje medicinska sestre provodi usmjerene su na izgradnju pozitivne slike o sebi i izgradnju samopoštovanja. Osobu je potrebno poticati da sudjelovanje u društvenim aktivnostima, izražavanje vlastitih stavove i emocija usprkos strahu kojeg osjeća: Također, poticanje na samostalnost i ohrabivanje u ustrajnosti u nošenju sa životnim preprekama može dati značajan doprinos u ublažavanju ovog problema (19).

### 12.2.6. Posttraumatski sindrom

Nakon svakog teškog, zastrašujućeg i životno ugrožavajućeg događaja slijedi i posttraumatski sindrom (19,23). Tjelesni invaliditet nastao kako posljedica traume ili teške bolesti može rezultirati razvojem posttraumatskog sindroma.

Vodeća obilježja ovog problema su stalno ponavljanje scenarija i trenutaka koji su bili ključni za nastanak invaliditeta. Od emotivnih i kognitivnih znakova javljaju se nametljive misli, izbjegavanje unutarnjih i vanjskih podsjetnika na traumatičan događaj, sram, krivnja, agresija, tjeskoba, tuga i depresija (19). Osim emocionalnih znakova mogu se javiti i tjelesni poput glavobolje, boli u truhu, drhtanja, znojenja i ubrzanog rada srca. Nerijetko se može javiti i poremećaji spavanja pa osoba može imati noćne more i nametljive snove.

Kod posttraumatskog sindroma neophodan je rad multidisciplinarnog tima koji osobi pruža sveobuhvatnu pomoć i podršku. Medicinska sestra u svom djelokrugu rada sudjeluje u odabiru i primjeni terapije zajedno s osobom i ostalim članovima tima. Terapija koja se koristi sastoji se od više komponenti uključujući kognitivno – bihevioralnu terapiju, terapiju izlaganjem, terapiju desenzibilizacije i ponovne obrade pokreta oka (*engl. Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing; EMDR*) i farmakoterapiju (23). Intervencije medicinske sestre u osoba s posttraumatskim sindromom su poticanje na verbalizaciju emocija, osiguravanje mira i tišine, podučavanje tehnikama relaksacije i primjena propisane terapije.

### 12.2.7. Neadekvatno obiteljsko suočavanje

Obitelj i druge osobe iz okoline ponekad mogu otežavati osobi proces prihvatanja vlastitog invaliditeta. Obitelj u tim trenucima pruža nedovoljnu i nedjelotvornu utjehu ili pomoć koja je prijeko potrebna osobi kako bi se nosila sa svojim stanjem.

Vodeća obilježja koja se javljaju kada se obitelj neadekvatno suočava s tjelesnim invaliditetom su pokušaji pomaganja osobi s invaliditetom na neprimjeren način, neupućenost u zdravstveno stanje osobe, neadekvatne i pretjerane reakcije člana obitelji, osjećaj pritiska od strane obitelji zbog neprimjerenih reakcija na koje se žali osoba s invaliditetom te pretjerano zaštitničko ponašanje obitelji (19).

Intervencije koje medicinska sestra provodi kod neučinkovitog suočavanja obitelji usmjerene su na pružanje podrške obitelji u kriznim situacijama. Obitelj je potrebno educirati o zdravstvenom stanju voljene osobe jer pretjerane reakcije ponekad proizlaze iz straha i neznanja. Ukoliko je potrebno i članovima obitelji omogućiti razgovor s psihologom te ih

uključiti udruge gdje mogu razmijeniti iskustva s drugim obiteljima koje su u sličnim životnim okolnostima (19).

#### **12.2.8. Nedostatak socijalne potpore**

Nedostatak socijalne potpore očituje se izostankom psihološke i fizičke podrške od strane drugih ljudi iz okoline i zajednice. Osobama s tjelesnim invaliditetom prijeko je potrebna pomoć i podrška drugih ljudi. Trenutci bez podrške okoline mogu biti kobni za fizičko i psihičko zdravlje osoba s tjelesnim invaliditetom.

Vodeća obilježja ovog problema su evidentan nedostatak osoba u bliskom okruženju koje mogu pružiti fizičku i psihološku podršku, nedostatak članova obitelji ili prijatelja, neadekvatan sustav potpore od strane zajednice, neprimjerena infrastruktura i prisutnost arhitektonskih prepreka (19). U nedostatku socijalne potpore osobe s tjelesnim invaliditetom ostaju potpuno bespomoćne i same. Upravo zbog toga intervencije medicinske sestre su usmjerene na edukaciju i osvještavanje zajednice o osobama s tjelesnim invaliditetom, integriranje osoba s tjelesnim invaliditetom u društvo te ukazivanje na prava osoba s invaliditetom (19).

#### **12.2.9. Samoozljeđivanje**

Osobe s tjelesnim invaliditetom nerijetko mogu imati potrebu za samoozljeđivanjem pri čemu se promišljanja o samoubojstvu mogu pojačati. Uzrok tome moguće je nalaziti u osjećaju bespomoćnosti i beznađu koje osoba percipira kao posljedicu nastalog trajnog tjelesnog invaliditeta. Osuđivanje i stigmatizacija od strane društva, neprihvatanje osobe s invaliditetom u društvenoj sredini i mnogi drugi faktori također doprinose pojačanoj namjeri samoozljeđivanja. Vodeća obilježja koja karakteriziraju ovaj problem su opetovani pokušaji ozlijede koji uključuju rezanje, udaranje vlastitog tijela, grebanje, čupanje, konzumiranje nepropisanih lijekova, odbijanje liječenja i drugi znakova kojima je cilj samoozljeđa (20).

Medicinska sestra u osoba koje pokazuju znakove samoozljeđivanja svojim intervencijama treba nastojati spriječiti takav oblik ponašanja. Razumijevanjem osobe se stvara odnos povjerenja koji je važan za daljnji rad i sestrinske intervencije. Osobu je potrebno poticati na verbalizaciju emocija i podučiti je načinima nošenja sa stresom i budućim kriznim situacijama. Za vrijeme kriznih situacija potrebno je provoditi tehnike relaksacije i pružiti osobu neposrednu psihološku podršku. Od iznimne je važnosti osobi osigurati sigurnu i ugodnu okolinu. Potrebno je poticati razgovor s obitelji i prijateljima kako bi se polako odbacile

negativne misli. Obitelji je također potrebno pružiti edukativnu i psihološku podršku kako bi u kriznim situacijama znali na vrijeme prevenirati samoozljeđivanje člana obitelji te spriječili moguću pojavu samoubojstva (19). Pomoć stručnjaka kod prisutnosti ovog problema od ključnog je značenja i potrebno ju je osigurati čim prije (1).

### **12.3. Obrazac vrijednosti i vjerovanja**

Obrazac vrijednosti i vjerovanja obuhvaća skup uvjerenja i vrijednosti koji pojedincu daju smisao, motiviranost i snagu u životu. Uključuje pozitivne i negativne događaje koji utječu na vrijednosti i vjerovanja, a posebno utjecaj zdravstvenog stanja na sustav vrijednosti (19). Pojava tjelesnog invaliditeta utječe na sve aspekte ljudskog života uključujući i duhovnost. U nekih osoba pogoršanje zdravstvenog stanja može rezultirati pronalaženjem smisla života i pojačanjem vjere, dok u drugih ista situacija može pobuditi sumnju u vlastiti sustav vrijednosti. Problemi koji se javljaju u ovom obrascu u okviru emocionalnog suočavanja s tjelesnim invaliditetom su duhovni nemir i narušena religioznost. Sve promjene koje prate tjelesni invaliditet mogu poljuljati ili ojačati vjeru u životu pojedinca te na taj način otežati ili olakšati proces emocionalnog suočavanja s tjelesnim invaliditetom (19).

#### **12.3.1. Duhovni nemir**

Bolest, tjelesni invaliditet, smrt i drugi stresni događaji mogu poljuljati vjeru svakog pojedinca. U stanju duhovnog nemira narušen je sustav vjerovanja koji je osobi do sada služio i bio izvor nade, mira i emotivne snage. Vodeća obilježja koja se javljaju kod ovog problema su osjećaj nepravde i sumnje prema životu i Bogu. Osoba izražava pesimizam i očaj zbog gubitka, pokazuje znakove duševne i emocionalne praznine. Povlači se u sebe, osjeća razočaranje, tugu, ljutnju, nemir i traži duhovnu podršku (19). Intervencije koje medicinska sestra provodi odnose se na poticanje osobe da izrazi svoje emocije i pružanje podrške bez nametanja i pokušaja mijenjanja stavova osobe. Potrebno je poticati osobu na razgovor s duhovnikom, podučiti je o načinima nošenja s teškim životnim situacijama. Od iznimne je važnosti poticanje osobe na aktivnosti i navike koje ojačavaju vjeru i nadu poput slušanja drugih ljudi s invaliditetom koji imaju pozitivna iskustva povezana s prakticiranjem vjere (19).

### 12.3.2. Narušena religioznost

Narušena religioznost definira se kao smanjena sposobnost za sudjelovanjem u vjerskim obredima, a samim time i smanjena sposobnost oslanjanja na vrijednosti i vjerovanja (19). Kod tjelesnog invaliditeta narušena religioznost proizlazi iz njegovih posljedica na tjelesno i psihološko funkcioniranje osobe. Osoba postane fizički ovisna o pomoći drugih ljudi što znatno utječe na motivaciju i volju za pridržavanjem vjerskih obreda. Vodeća obilježja koja se javljaju kod ovog problema su izražavanje poteškoća u pridržavanju vjerskih obreda, nemogućnost sudjelovanja u obredima, gubitak motiviranosti, osjećaj odvojenosti od vjerske zajednice i potreba da se poboljša veza s vjerskom zajednicom.

Intervencije medicinske sestre su usmjerene na poticanje osobe da verbalizira svoje želje i nedoumice o religioznosti. Osobi je potrebno omogućiti razgovor s duhovnikom, što može pomoći u izgradnji osobne religioznosti koja nije vezana za zajednicu. Uvažavajući želju osobe, potrebno je ukazati na važnosti prakticiranja religije te poticati obitelj i prijatelje da se uključe u proces podrške (19).

Nemogućnost zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba posebno onih emocionalnih znatno smanjuje kvalitetu i zadovoljstvo životom u osobe s tjelesnim invaliditetom. Upravo zbog toga potrebno je obratiti pažnju na znakove i simptome koji pokazuju da je emocionalni život osobe ugrožen te u tim trenucima empatičnim pristupom i razumijevanjem, osobi pružiti podršku (2,5). Proces zdravstvene njege u svojoj osnovi pristupa čovjeku kao cjelini. Upravo zbog toga neizostavno je tijekom postavljanja sestrinskih dijagnoza i provođenja sestrinskih intervencija svaki problem sagledati iz perspektive osobe s tjelesnim invaliditetom (2). Proces realizacije plana zdravstvene njege iz područja suočavanja s tjelesnim invaliditetom potrebno je kontinuirano evaluirati i modificirati (2). U konačnici, proces zdravstvene njege je kontinuiran, kreativan i dinamičan proces kojem je cilj postizanje najveće moguće razine samostalnosti osobe s tjelesnim invaliditetom u zadovoljavanju svih životnih potreba (2).

### **13. Zaključak**

Osobe s tjelesnim invaliditetom trebaju opsežnu podršku tijekom svih faza prihvaćanja vlastitog invaliditeta. Osim fizičke patnje, osobe s tjelesnim invaliditetom proživljavaju i duboku emotivnu patnju koja zahtjeva razumijevanje i empatiju okoline. Proces suočavanja vrlo je stresan i, ne samo za osobu s tjelesnim invaliditetom nego i za osobe u njezinoj okolini, članove obitelji, suradnike i prijatelje. Katkada, unatoč uložnim naporima nije moguće promijeniti okolnosti u kojima se nalazi osoba s tjelesnim invaliditetom. Proces suočavanja i faze koje ga prate sastavni su dio emocionalnog odgovora na teške životne promjene. Početne burne reakcije, postupno jenjavaju, osoba se polako okreće novom načinu života i postaje spremnija je na suživot sa tjelesnim invaliditetom. Emocionalno suočavanje i proces prihvaćanja zahtjeva vrijeme, ustrajan rad na sebi, podršku i razumijevanje okoline posebice obitelji.

Iako se pojava tjelesnog invaliditeta percipira kao tragična životna promjena, ona ukoliko osoba ima adekvatnu podršku može potaknuti osobu na ostvarenje novih pozitivnih životnih izazova i ostvarenja. Tome svjedoče brojne osobe s invaliditetom koje su usprkos preprekama koje je tjelesni invaliditet pred njih stavio, uspjele ostvariti zavidne rezultate u obrazovanju, sportu, umjetnosti i mnogim drugim područjima. Obiteljsko okruženje u kojem osoba proživljava vlastito stanje može imati ključnu ulogu u procesu prilagodbe i ostvarenju punog potencijala kojeg osoba ima. Budući da su osoba s tjelesnim invaliditetom i njezina obitelj nedjeljiva cjelina, od iznimnog je značenja holistički pristup.

Uz obitelj, ključnu ulogu imaju medicinske sestre. Osim fizičke i psihološke podrške osobi i njezinoj obitelji, medicinske sestre imaju širok raspon mogućnosti djelovanja na dobrobit ovih osoba. Senzibilizacija javnosti za potrebe osoba s tjelesnim invaliditetom, prevencija razvoja hendikepa, diskriminacije i stigmatizacije samo su neke od važnih uloga medicinskih sestara u ostvarenju punog potencijala osobe s tjelesnim invaliditetom

## 14. Literatura

1. Ljubičić M. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2014.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
3. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom. Narodne novine 157/2013.
4. Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima. Narodne novine 79/2014.
5. Mojsović Z, i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2005.
6. World Health Organization. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.
7. Leutar Z, Štambuk A. Stavovi mladih prema osobama s tjelesnim invaliditetom. Rev Sociol. 2006;37(1–2):91–102.
8. Havelka M. Zdravstvena psihologija (nastavni tekstovi). Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2002.
9. Ogden J. Health Psychology: a textbook. New York: Open University Press; 2007.
10. UWA Online. The Science of Emotion: Exploring the Basics of Emotional Psychology. Dostupno na: <https://online.uwa.edu/news/emotional-psychology/> Datum pristupa informaciji: 02. 09.2021.
11. Baker W, Namavar R. 9 Basic Emotional Needs Everyone Has & How To Meet Them. Dostupno na: <https://www.mindbodygreen.com/articles/9-emotional-needs-according-to-maslow-s-hierarchy> Datum pristupa informaciji: 02. 09.2021.
12. Rice VH. Theories of stress and its relationship to health. In: Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2012. str. 22–42.
13. Kara B, Açikel CH. Predictors of coping in a group of Turkish patients with physical disability. J Clin Nurs. 2012;21(7–8):983–93.
14. Kübler-Ross E. Razgovori s umirućima. Zagreb: Biblioteka Oko 3 ujutro; 1989.
15. Belyh A. Understanding the Kubler-Ross Change Curve. Dostupno na: <https://www.cleverism.com/understanding-kubler-ross-change-curve/> Datum pristupa informaciji: 02.09.2021.
16. Connelly M. Kubler-Ross Five Stage Model. Dostupno na: <https://www.change-management-coach.com/kubler-ross.html> Datum pristupa informaciji: 02.09.2021.
17. Robinson L, Segal J, Smith M. Coping with a Life-Threatening Illness. Dostupno na:

<https://www.helpguide.org/articles/grief/coping-with-a-life-threatening-illness.htm>  
Datum pristupa informaciji: 02. 09.2021.

18. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrišku edukaciju; 1994.
19. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
20. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, et al. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.
21. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
22. Uchida W, Hashimoto K, Lutz R. Examination of the hierarchical self-esteem model in adults with physical disability. *Percept Mot Skills*. 2005;100:1161–70.
23. NHS. Treatment - Post-traumatic stress disorder. Dostupno na: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/treatment/> Datum pristupa informaciji: 01. 09.2021.