

# Značaj psihološke njege u radu medicinske sestre

---

**Gabelica, Mia**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2018**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:032440>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-04**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI PREDDIPLOMSKI STUDIJ

SESTRINSTVA

**Mia Gabelica**

**ZNAČAJ PSIHOLOŠKE NJEGE U RADU MEDICINSKE  
SESTRE**

**Završni rad**

Split, 2018

SVEUČILIŠE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
SVEUČILIŠNI PREDDIPLOMSKI STUDIJ  
SESTRINSTVA

**Mia Gabelica**

**ZNAČAJ PSIHOLOŠKE NJEGE U RADU MEDICINSKE  
SESTRE**

**The significance of psychological care in the work of a nurse**

Mentor:

**Doc. dr. sc. Varja Đogaš**

**Završni rad/ Bachelor's Thesis**

Split, 2018.

## **Zahvala:**

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. sc. Varji Đogaš na ukazanoj pomoći, savjetima te strpljenju prilikom izrade ovog završnog rada.

Srdačno se zahvaljujem doc. dr. sc. Vesni Antičević te Diani Aranzi, mag. med.techn na pristupačnosti i udijeljenim savjetima.

Zahvaljujem se svojim prijateljima i njihovoj podršci tokom mog školovanja.

Zahvaljujem se svojoj obitelji, posebno majci i ocu koji su me uvijek motivirali i vjerovali u mene.

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Zdravstvena njega.....	1
1.2. Razvoj psihološkog znanja i utjecaj na zdravstvenu njegu.....	3
1.3. Psihološke potrebe .....	8
1.4. Psihološka njega .....	12
2. CILJ .....	16
3. RASPRAVA.....	17
3.1. Kvalitete potrebne za pružanje psihološke njege.....	17
3.2. Vještine potrebne za pružanje psihološke njege.....	22
3.3. Znanje potrebno za pružanje psihološke njege.....	27
4. ZAKLJUČAK .....	33
5. LITERATURA .....	34
6. SAŽETAK .....	38
7. SUMMARY.....	39
8. ŽIVOTOPIS .....	40

# 1. UVOD

Otkad postoji čovjek postoje i njegove potrebe za liječenjem ukoliko dođe do bolesti. Zbog nemogućnosti da si samostalno zadovolje potrebe, razvilo se sestrinstvo kao zvanje i zdravstvena njega kao profesionalna djelatnost. Posljednjih tridesetak godina, prilikom definiranja pojmova sestrinstva i njegovanja, isticala se važnost psihološke njege u sestrinstvu. No što je zapravo psihološka njega i koja je njena uloga? Mogu li medicinske sestre i njegovatelji pružiti adekvatnu psihološku njegu, ukoliko nisu zadovoljni sa samim sobom i radnim okruženjem? Je li psihološka njega „usputni“ posao koji se obavlja kada se stigne ili bi trebala biti dio dobre zdravstvene njege? Svaki pojedinac različito reagira na bolest i njene simptome, stoga psihološku pomoć treba pružiti u okvirima holističke njege. Prilikom edukacije medicinskih sestara, uz manualne vještine, sve više se stavlja naglasak i na vještine dobre psihološke procjene.

## 1.1. Zdravstvena njega

### 1.1.1. Definicija njege

Sestrinstvo je zvanje koje obavljaju medicinske sestre, a zadaća im je njega bolesnika i zaštita zdravih ljudi. Njihova djelatnost obuhvaća postupke, znanja i vještine zdravstvene njege. Virginia Henderson je definirala ulogu medicinske sestre kao „...pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti“ (1).

Njega (eng. care) može biti imenica koja označava liječenje i brigu za nekoga ili nešto. Može biti glagol koji označava osjećaj brige ili interesa.

Njegovanje (eng. caring) može biti imenica koja označava osjećaj naklonosti i topline. Može biti glagol koji označava osjećaje i pokazivanje brige za druge (2).

Iz navedenih definicija njege i njegovanja zaključujemo da pojam „njegovanje“ ne možemo do kraja definirati. U fokusu rada medicinskih sestara bila je njega, no kroz povijest se smatralo da je njegovanje neuhvatljiv pojam, u općem kontekstu te u profesionalnom okruženju. Zadnjih tridesetak godina pojmu njege se počelo pridavati više pažnje, porastao je interes za prirodu njege i modele pružanja njege, te se započelo se sve više objavljivati literature i istraživanja s definiranjem njege i njegovanja. Mogući razlog tome je dugogodišnja borba disciplina, kao što su sestrinstvo, da se utvrde kao znanstvene discipline. Međutim, točan kontekst u kojem se koriste pojmovi kao što su njega, sestrinstvo, sestrińska njega i njegovanje rijetko je definiran, a pojmovi se često koriste naizmjenično. Zbog toga nema općeg slaganja oko toga jesu li sestrinstvo i njegovanje sinonimi ili zasebne cjeline.

### **1.1.2. Teorije njegovanja**

Mayeroff je jedan od prvih analizirao njegovanje u ljudskim odnosima te je njegovanje definirao kao proces u kojem njegovatelj ima sljedeće kvalitete:

- Znanje brige za osobu
- Slijedenje ritma odnosa
- Iskrenost
- Strpljenje
- Povjerenje
- Poniznost
- Hrabrost (3).

Jean Watson je koristila kvalitativne metode utemeljene na fenomenologiji kako bi stvorila teoriju transpersonalnog sestrinstva, pri čemu je tvrdila da se sestrinstvo može podijeliti na ekspresivne i instrumentalne postupke, koji trebaju biti u ravnoteži. Bila je svjesna činjenice da je povećanje tehnologije i birokracije u sestrinstvu dovelo do naglašavanja liječenja u odnosu na njegu te je, da bi se vratila ravnoteža između njegovanja i liječenja, zaključila da je njegovanje „moralni imperativ“. Utvrdila je deset „faktora njege“, koji su kombinacija znanosti i humanističke discipline i uzmemo li ih

kao cjelinu, predstavljaju način života, koji je preduvjet za njegovanje. Ti faktori stavljaju naglasak na ekspresivne elemente njege, poput ulijevanja nade, ali također stavlja naglasak i na instrumentalne postupke poput pružanja odgovarajuće fizičke okoline (4, 5).

Brown je proveo istraživanje u kojem je zamolio pedeset pacijenata da mu opišu situacije u kojima su se osjećali njegovano za vrijeme hospitalizacije. Situacije su analizirane po temama te su se pojavile osam glavnih tema, a one se mogu podijeliti na instrumentalno njegovanje, kao što je pomoć kod boli, te na ekspresno njegovanje, kao što je umirujuća prisutnost. Brown je definirao njegu kao proces koji se sastoji od četiri dijela:

- percepciju potrebe od strane pacijenta
- prepoznavanje te potrebe od medicinske sestre
- poduzimanje aktivnosti za zadovoljenje tih potreba
- načini na koje se ta aktivnost izvodi (6).

## **1.2. Razvoj psihološkog znanja i utjecaj na zdravstvenu njegu**

### **1.2.1. Baza znanja u sestrinstvu**

Osamdesetih godina prošlog stoljeća došlo je do nagle pojave različitih „teorijskih modela sestrinstva“ koji su uglavnom preneseni iz Amerike u Veliku Britaniju, s ciljem stvaranja jedinstvene baze znanja i prakse. Tijekom 1980. godine razvijen je „model svakodnevnih životnih aktivnosti“ koji su razvili Roper, Logan i Tierney. Ovaj model je kritiziran jer je dio preuzet iz medicinskog modela, te zbog isticanja bioloških potreba u odnosu na druge potrebe (7). No prije pojave takvih modela i teorija, sestrinstvo se oslanjalo na druge baze znanja. Sve te discipline i dalje utječu na sestrinstvo, znanje i praksu zdravstvene njege. Te baze znanja su:

- Anatomija
- Fiziologija
- Medicina



- Pravo
- Etika
- Sociologija
- Politika
- Socijalna politika
- Umjetnost
- Obrazovanje
- Psihologija (2).

Budući u ovom radu razmatramo psihološku njegu u sestrinstvu, u nastavku teksta ćemo se osvrnuti na razvoj psihologije.

### **1.2.2. Povijest moderne psihologije**

Psihologija je znanost koja „nastoji opisati, razumjeti, predvidjeti i (ponekad) modificirati ponašanje“ (2). Smatra se da je postala ugledna znanstvena disciplina tek 1879. godine, kad je Wilhelm Wundt otvorio prvi laboratorij za eksperimentalnu psihologiju u Njemačkoj. Wundt je koristio introspekciju, način gledanja prema unutra i izvještavanje o mislima i osjećajima, kako bi pokušao razumjeti strukturu i sadržaj ljudskog uma (2). Otprilike u isto vrijeme, u Americi, Wiliam James je također istraživao um kroz introspekciju i zaključio da um sadržava osjećaje, želje, kognicije, rasuđivanje i sviđanje. James je zaključio da bi se misli i emocije trebale istraživati ukoliko želimo shvatiti ljudski život (8). Psihološki modeli traže objašnjenja za ljudsko ponašanje unutar dječjeg razvoja i iskustva, učenja, okoline, misli, osjećaja. Postoje četiri glavna psihološka objašnjenja ljudskog ponašanja, a to su psihodinamski model, bihevioralni model, humanistički model i kognitivni model (2).

### 1.2.2.1. Psihodinamska teorija: Freud i neofrojdovci

Psihodinamska teorija se pojavljuje krajem 19. i početkom 20. stoljeća. Glavni predstavnici su Freud, Jung i Adler. Freud je među prvima smatrao da se introspekcijom ne može ostvariti pristup našim mislima i osjećajima. Tvrdio je da imamo pristup samo svjesnom dijelu mentalnih procesa, ali da nesvjesni dio ima jako veliki utjecaj na naše živote. Freud je tvrdio da ljudi trebaju specijaliziranu pomoć i specifične tehnike da bi ostvarili pristup sadržaju svojih nesvjesnih misli. On je, da bi pristupio sadržaju tih nesvjesnih misli, koristio hipnozu, slobodne asocijacije i interpretaciju snova. Uspio je dokazati da je histerična paraliza više psihološki nego tjelesni problem, jer su pacijenti u hipnotiziranom stanju uspijevali pomaknuti paralizirani ud. Uveo je pojam nesvjesni um te je tvrdio da se sastoji od dvije moćne sile: *eros*, pozitivna sila povezana s ljubavlju i seksualnim izražavanjem i *thanatos*, negativna sila povezana sa smrću i destrukcijom. Kod mentalno zdravih osoba ove sile su u ravnoteži, a poneka ljudska ponašanja mogu se promatrati kao konflikt između ovih sila. Freud je također tvrdio da se ljudska ličnost razvija prvih nekoliko godina života i da u početku instinkti nastoje zadovoljiti sve potrebe. Stoga je dijete prve dvije godine života egocentrično, jer je usmjereno na sebe i svoje potrebe i ne može uzeti u obzir potrebe drugih ljudi. Ova „sebična“ strana ljudske prirode, kojom dominira „princip ugone“ ili *id*, nastavlja se kroz život. Međutim, kako odrastamo, učimo da ne možemo uvijek dobiti sve što želimo, inače možemo povrijediti ili uzrujati druge ljude ili čak možemo prekršiti zakon. Tako s godinama razvijamo svijet ili skup moralnih vrijednosti koje nam omogućavaju da postavimo granice i prihvatimo kompromise. Freud je ovu svijest opisao kao *superego*. *Ego* ili „self u realnosti“ uravnotežuje potrebe *superega* i *ida*. Freudove ideje su prvobitno šokirale društvo njegovog doba, no kasnije su postale visoko cijenjene te su utjecale na teorije i ideje drugih kao što su Jung i Adler. Freudova psihodinamska teorija je utjecala na psihijatriju, tvrdeći da bi se liječnici trebali usmjeriti na probleme u podsvijesti prije nego na simptome (9).

### **1.2.2.2. Biheviorizam: Pavlov i Skinner**

Glavni predstavnici ove vrste psihologije su Pavlov i Skinner te se razvila početkom dvadesetog stoljeća. Biheviorizam odbacuje ideje Freuda i Wundta, tvrdeći da bi psihologija trebala izučavati samo ponašanja koja se mogu promatrati, što znači da se mišljenja, osjećaji i rasuđivanje smatraju nevažnim. Predstavnici biheviorizma su koristili znanstvene principe kako bi pronašli vezu između postupaka i događaja u okolini i reakcija pojedinaca na te događaje. Biheviorizam sugerira da su sva ponašanja rezultati učenja. Nekoliko teorija učenja je izašlo iz rada biheviorista. Pavlovljev rad, poznat kao „klasično uvjetovanje“, pokazao je kako ljudi uče na temelju stvaranja veza prethodno nepovezanih stvari, to jest, povezivanjem okolinskih podražaja i reakcija na te podražaje. Najpoznatiji Pavlovljev eksperimentalni rad s probavnim procesima kod pasa u laboratoriju doveo je do spoznaje da će psi u laboratoriju prirodno sliniti na miris ili prisutnost hrane, ili da će sliniti na zvuk zvona, ukoliko ga se dovoljni broj puta poveže s dolaskom hrane. Skinner je razvijao ovu ideju te je razvio teoriju poznatu kao „operantno uvjetovanje“ prema kojoj ljudi uče na temelju posljedica svojih postupaka. Dakle, kada ponašanje rezultira pozitivnim posljedicama, vjerojatno je da će se to ponašanje ponoviti. Skinner ovo opisuje kao pozitivno potkrepljenje. Ovaj princip se primjenjuje jednako na loša ili nepoželjna ponašanja. Negativno potkrepljenje je uklanjanje neželjenih posljedica ponašanja. Albert Bandura predlaže „Teoriju socijalnog učenja“ koja pokazuje da se ponašanje događa opažanjem i imitacijom ponašanja drugih ljudi. Bandura je snimio film u kojem mlada žena fizički napada lutku klauna na napuhavanje. Taj film je prikazao djeci te ih je promatrao u vlastitoj igri. Djeca su imitirala agresivno ponašanje, a da nisu očekivala bilo kakvo potkrepljenje ili nagradu. Time je zaključio da ljudi ne uče samo putem potkrepljivanja kao što tvrdi Skinner, već da postoje i drugi načini učenja, u slučaju „Bobo“ lutke oponašanjem modela (2).

### **1.2.2.3. Kognitivna psihologija: Piaget**

Najpoznatiji predstavnik kognitivne psihologije je bio Piaget koji je nastojao odrediti načine na koje se razvija kognitivno funkcioniranje u djetinjstvu. Uzimao je u obzir ljudske misli i interpretacije misli kao glavne odrednice ponašanja. Piaget je

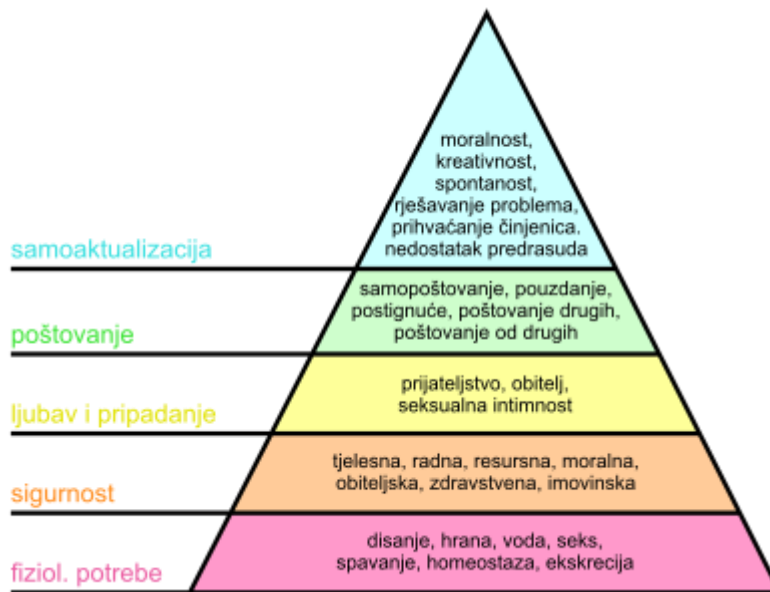
zaključio da se djeca rađaju sa skupom primitivnih refleksa važnih za preživljavanje, a kasnije razvijaju mentalne strukture nazvane sheme. Shema je plan koji pomaže djetetu i odraslima kad se susretnu s novim ljudima, objektima i situacijama da spozna o čemu se radi i što može napraviti. Kako rastemo, broj shema se povećava te se kombiniraju kroz izvođenje operacija. Tijekom razvoja, dijete se prema novim aspektima okoline ponaša primjenjujući već postojeće sheme. Ova pojava je poznata kao *asimilacija*. Ukoliko dođe do mijenjanja shema da bi se uključile nove informacije, ovaj proces se naziva *akomodacija*. Asimilacija i akomodacija zajedno dovode do *ekvilibrija* ili ravnoteže između unutrašnjih mentalnih struktura i informacija s kojima se susreću u svakodnevnom životu (2).

#### **1.2.2.4. Beckova kognitivna teorija**

Kognitivna psihologija brzo se razvijala do 1950. godine i usmjerila se na istraživanje mišljenja, pamćenja, rasuđivanja i procesiranja informacija. Kognitivna teorija Arona Becka naglašava utjecaj načina razmišljanja na emocije i ponašanja, stoga je cilj liječenja promijeniti pogrešno mišljenje. Princip liječenja uključuje kognitivnu terapiju, koju je razvio Aaron Beck, u kombinaciji s bihevioralnim pristupom kako bi nastala kognitivno- bihevioralna terapija (KBT) (2).

#### **1.2.2.5. Humanistička psihologija: Maslow i Rogers**

Glavni predstavnici humanističke psihologije bili su Maslow i Ray. Maslow je zaključio da su sve ljudske potrebe, osim fizioloških i potreba za sigurnošću koje osiguravaju fizičko preživljavanje, psihološke po prirodi. Predstavio je Maslovljevu hijerarhiju potreba koja tvrdi da je čovjek motiviran da ispuni najniže dijelove hijerarhije kako bi mogao ispuniti više stupnjeve. Po navedenoj hijerarhiji prvo trebaju biti ispunjene fiziološke potrebe i potrebe za sigurnošću. Kada se to ispuni, ljudi su motivirani za ispunjavanje potreba za ljubavlju pripadnošću, samopoštovanjem, intelektualnih potreba i potreba za samoaktualizaciju. Samoaktualizacija je stanje pri kojem pojedinci postižu sve što su mogli postići, no Maslow tvrdi da jako malo ljudi postiže ovo stanje (10) (slika 1).



**Slika 1.** Maslovljeva hijerarhija potreba Izvor [Internet]. Dostupno na: [https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva\\_hijerarhija\\_potreba](https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva_hijerarhija_potreba)

Rogers se smatra ocem humanističke psihologije te je osnovao pokret osobnog rasta i praksu savjetovanja usmjerenog na pojedinca. Rogers je podupirao Maslovljevo viđenje prema kojem ljudi imaju „tendenciju prema samoaktualizaciji“(11). Razvoj škole humanističke psihologije je značajan za sestrinstvo i zdravstvenu njegu, jer se protivila tradicionalnim, znanstvenim, kvantitativnim pristupima shvaćanju ljudskog ponašanja. Humanistički pristup je razvijen kao alternativa stajalištu da je ljudsko tijelo određeno nesvjesnim silama (psihodinamski model) ili vanjskim podražajima u okolini (bihevioralni model). Humanistički pristup gleda ljude kao pozitivna bića s kapacitetom za volju, donošenjem odluka, izražavanjem vrijednosti i određivanjem svrhe u životu. Ovaj pristup je postao popularan u obrazovanju i sestrinstvu tijekom 1960-ih i 1970-ih godina prošlog stoljeća. Prema humanističkom pristupu mentalni zdravstveni problemi objašnjavaju se nemogućnošću pojedinca za ostvarivanje samoaktualizacije. Pri tome, pojedinac može razviti lošu sliku o sebi ili nisko samopoštovanje (2).

### **1.2.2.6. Geštalt psihologija**

Geštalt psihologija, koja se prvi put pojavljuje oko 1910. godine, izražavala je holistički pristup prema kojem cjelina nije isto što i zbroj njenih dijelova, niti je jednostavno više od zbroja njenih dijelova: ona je fundamentalno različita od njenih dijelova (12). Köhler je u svom istraživanju pokazao da kada čimpanze u kavezu moraju riješiti problem poput onoga kako doći do svežnja banana koji im nije na dohvat, koriste različite objekte iz svoje okoline te ih stavljaju zajedno na način koji će im pomoći da riješe problem (npr. slažu kutije jednu na drugu pa se onda penju na njih kako bi dohvatili banane). Köhler je tvrdio da ovo istraživanje upućuje na učenje uvidom kod čimpanza. Prema postavkama geštalt psihologije, ponašanje i iskustvo su legitimne istraživačke teme u psihologiji (2).

### **1.2.2.7. Eklektizam i integrativni pristupi**

Eklektizam je gledište prema kojem ni jedan psihološki model ili objašnjenje ponašanja ne mora biti prikladan za objašnjenje složenosti ljudskog ponašanja te da kombinacija pristupa omogućava najprikladniji „paket shvaćanja“ (2).

## **1.3. Psihološke potrebe**

Psihološke potrebe se opisuju kao ljudske potrebe povezane s emocionalnim, biheavioralnim i kognitivnim funkcioniranjem. Po Maslovljevoj hijerahiji potreba, svi imamo potrebe koje su većinu vremena zadovoljene. Na žalost, ne živimo u idealnom svijetu i normalno je da s vremena na vrijeme osjetimo strah, tugu, sumnju u samoga sebe. Kao odgovor na to, možemo promijeniti ponašanje, povući se od obitelji i prijatelja. Ukoliko živimo u sredini s adekvatnom socijalnom podrškom, moguće je savladati te teške trenutke. Isto je i s psihološkim potrebama kod bolesti, ukoliko su primijećene i zbrinute od strane njegovatelja. U principu, psihološke potrebe su potrebe koje se odnose na ljudsko emocionalno, biheavioralno i socijalno funkcioniranje, a

proces interveniranja i brige za te potrebe se smatraju psihološkom njegom. Psihološke potrebe kod bolesti su posebno važne. Priest je provela istraživanje na studentima i medicinskim sestrama kako bi utvrdila na koji način oni vide značenje „psihološke potrebe“. Najčešći odgovori su upućivali da se psihološke potrebe vide kao emocionalne potrebe, zatim kognitivne potrebe, a na kraju i socijalne. (13). Prema Bachu, psihološke potrebe u okviru bolesti/ zdravstvene njege/sestrinstva su „psihološko funkcioniranje koje karakterizira osobna čežnja, htijenje ili želja, ili alternativno, izražavanje nelagode, lišenosti i nedostatnosti“ (14).

Psihološko stanje može utjecati na nastanak i ishod bolesti, no isto tako bolest može stvoriti psihološke probleme koji mogu ometati oporavak od bolesti. Nichols je tvrdio da postoji uzročni odnos između bolesti i psiholoških potreba: „ozbiljna bolest, invalidnost, unakaženost neizbježno uzrokuju psihološke reakcije ili psihološki poremećaj“ (15).

Pružanje kvalitetnog odgovora na pacijentove psihološke potrebe, nije presudno samo za pacijente, nego je važno i za one koji pružaju tu njegu. Zdravstveni djelatnici moraju biti sposobni identificirati i prikladno odgovoriti na pacijentove psihološke potrebe; ovaj proces se označava kao psihološka njega. Nichols je identificirao probleme koji nastaju kad psihološke potrebe pacijenta nisu zadovoljene. Među njima su:

- Odgođeni ili produženi oporavak od bolesti
- Povećane stope smrtnosti
- Smanjeno slijeđenje liječenja ili medicinskih savjeta
- Povećana upotreba medicinskih i sestrinskih usluga
- Razvoj ozbiljnih problema mentalnog zdravlja (15, 16).

Istraživanja pokazuju da zadovoljene psihološke potrebe osiguravaju poboljšan oporavak, smanjeno korištenje medicinskih usluga i poboljšano zadovoljstvo pacijenata. Devine je u svom istraživanju zaključila da prikladne intervencije pridonose poboljšanom oporavku, kraćem boravku u bolnici, smanjenoj boli i smanjenoj psihološkoj nelagodni. Pružanje adekvatne psihološke njege važna je i za njegovatelje

koji ju pružaju, jer ju doživljavaju kao ugodan trenutak u kojem se osjeća povezanost s iskustvom pacijenta i koji donosi osobnu nagradu. Suprotno tome, ukoliko psihološka njega nije adekvatno pružena, doživljava se krivnja i frustracija (17).

### **1.3.1. Holistički pristup**

Već je Hipokrat, “otac moderene medicine”, u petom stoljeću prije Krista, isticao važnost okolinskih, emocionalnih i nutritivnih faktora kod bolesti i liječenja. Riječ holizam izvedenica je iz grčke riječi *holos*, što znači cjelina (2). Holistički ili cjelovit pristup ljudskom zdravlju je filozofija koja uzima u obzir cjelinu a ne samo pojedine dijelove. Svaki poremećaj jednog segmenta doživljava se kao poremećaj u cjelini. Posljednjih godina zdravstvene struke počele su prihvaćati holizam kao temelj zdravstvene njege. 1980. godine osnovano je Američko udruženje holističkih medicinskih sestara (American Holistic Nurses` Association) kako bi unaprijedile zdravstvenu njegu osobe u cjelini. Vjeruju da pravo izlječenje dolazi iznutra; moraju najprije izliječiti sebe, da bi mogle liječiti druge (2).

### **1.3.2. Uzrok mentalnih problema**

Prema Američkoj psihijatrijskoj organizaciji mentalni zdravstveni problem ili mentalni poremećaj je: “klinički značajan bihevioralni ili psihološki sindrom ili obrazac.... koji je povezan s trenutnom nelagodom ili nesposobnosti ili sa značajno povećanim rizikom od patnje, smrti, boli, invalidnosti ili važnog gubitka slobode...” (18). Jednostavnije rečeno, mentalno zdravstveni problem postoji kad se dogodi promjena u pojedinčevim emocijama, ponašanju ili razmišljanju u mjeri koja negativno utječe na svakodnevni život i aktivnosti. Faktori koji utječu na razvoj mentalnih bolesti su:

- Stresni slučajevi
- Faktori koji povećavaju ranjivost osobe na stres
- Predisponirajući biološki ili genetski faktori (2).



Pojedinci se svakodnevno suočavaju s brojnim poteškoćama, ali ponekad dolazi do točke gdje svaka nova poteškoća postaje „kap koja prelijeva čašu“. Međutim, neki problemi se mogu pojaviti bez obzira na iskustvo pojedinca (degenerativne bolesti, depresija, anksioznost...). Smatra se da ljudi mogu razviti genetsku predispoziciju za razvoj nekih mentalnih poremećaja kao što su npr. shizofrenija. Ukoliko dođe do mentalne bolesti, moguće je liječenje psihoterapijom, tjelesnom terapijom (lijekovi) ili terapijom usmjerenom na proces mišljenja i ponašanja (2).

## **1.4. Psihološka njega**

### **1.4.1. Definiranje psihološke njege**

Po Rimonsovu psihološka uloga medicinske sestre je da „predvidi i zadovolji emocionalne potrebe, da ostvari odnos, da komunicira i da ohrabri samopouzdanje i samostalnost, a to bi uključivalo prepoznavanje za psihijatrijskom pomoći, pokazivanja prihvaćanja i spremnosti za slušanje, smirivanje, tješjenje, davanje nade...“ (19). Dakle, prema Rimonsovu objašnjenju psihološka njega se oslanja na osobne kvalitete i međuljudske odnose. Nichols tvrdi da psihološka njega „uključuje pružanje izravne pomoći i kontinuirane podrške klijentima, dok se oni suočavaju s reakcijama na ozbiljnu bolest ili ozljedu“ (20). U ovoj definiciji postoji poteškoća s razlikovanjem općih aspekata dobre njege i psihološke njege, jer je pružanje pomoći i njege dio rada medicinske sestre. Nichols je jedan od autora, koji su razvili model psihološke njege, a služi kao vodič za pružanje psihološke njege u praksi. 1993. godine je definirao elemente psihološke njege: informacijska i edukacijska njega, emocionalna njega, osnovno savjetovanje te zastupanje. Nadalje, Nichols je istaknuo da je praćenje psihološkog stanja pacijenta preduvjet za učinkovitu psihološku njegu te je tvrdio da bi djelatnici trebali imati priliku sudjelovati u sustavima podrške za djelatnike, jer je samo pružanje psihološke njege stresno i zahtjevno (15.)

Prema Nicholsu, postoje tri razine psihološke njege:

➤ Razina 1: Svjesnost

- Svjesnost o psihološkim problemima
- Slušanje usmjereno na pacijenta
- Komunikacija usmjerena na pacijenta
- Svjesnost o pacijentovu psihološkom stanju; primjereno djelovanje
  
- Razina 2: Intervencija
  - Praćenje i bilježenje psihološkog stanja
  - Informacije i edukacije
  - Emocionalna njega
  - Savjetovanje
  - Podrška/ zastupanje/ upućivanje
  
- Razina 3:
  - Psihološka terapija (2).

Razina 1 predstavlja svjesnost o pacijentovim psihološkim potrebama i svi njegovatelji trebaju djelovati minimalno na ovoj razini. Nichols je smatrao da je „svjesnost“ nešto što je dostižno svim djelatnicima, bez obzira na godine i iskustvo. Razina 2 je aktivnija razina intervencija, a uključuje intervencije kao što su pružanje podrške, informacija, edukacija. Razina 3 je napredna razina psihološke podrške u obliku psihoterapije, koju provodi specijalizirano osoblje (16). Iz svega navedenog zaključujemo da se psihološka njega ne može adekvatno pružiti ukoliko djelatnici ne brinu za sami sebe.

#### **1.4.2. Čimbenici pružanja psihološke njege**

Nichols je utvrdio da postoje faktori koji se trebaju osigurati da bi psihološka njega bila osigurana svim pacijentima. To su:

- Obuka
- Izričite smjernice
- Raspodjela dužnosti „psihološke njege“

- Pribor
- Evidencija procjena/ evaluacija
- Podrška od strane medicinskog osoblja
- Dostupni sustavi za upućivanje
- Podrška osoblja (16).

#### **1.4.2.1. Podržavajuća klinička kultura**

Bez obzira koliko pojedini praktičar ima želju i volju za pružanje psihološke njege, ono ovisi o okolini i njenoj podršci. U područjima gdje se na psihološku njegu gleda kao manje prioritetnu i manje legitimnu vrstu posla od odrađivanja fizičkih zadataka, medicinske sestre se mogu smatrati neadekvatnima ili mogu biti kritizirane ukoliko odluče provesti vrijeme s pacijentima radije nego da izvršavaju praktične aktivnosti (21).

#### **1.4.2.2. Prisutnost pozitivnih uzora**

Iskusniji djelatnici su uzori mlađim djelatnicima i studentima, pružaju im sredstva za promatranje i razmatranje primjerenosti pojedinih ponašanja. Mnogo sestrinskog znanja je nevidljivo, ali se može naučiti promatrajući druge iskusnije sestre(22).

#### **1.4.2.3. Davanje vremena i prostora**

Za pružanje adekvatne psihološke njege potrebno je osigurati prostor i vrijeme. U istraživanju Kenta i suradnika ispitanici su prepoznali potrebu da im djelatnici posvete više vremena. Ovo istraživanje ističe da problem nije bio povezan s nedostatkom vremena, nego više s prepoznavanjem potreba u pravo vrijeme, u vrijeme kad je to bilo prihvatljivo i potrebno za pacijenta (23).

#### **1.4.2.4. Rješavanje sukobljenih prioriteta: trenutak izbora**

Često postoje sukobljeni prioriteti za vremenom i pažnjom. Na psihološku njegu se ne gleda kao „važnu stvar“ i može biti zanemarena. Međutim, u situacijama koje su manje opasne za život, djelatnici moraju pronaći način da odvagnu sukobljene zahtjeve i donesu ispravnu odluku (2).

### **1.4.3. Posljedice provođenja psihološke njege**

#### **1.4.3.1. Posljedice za pacijenta**

Posljedice primanja psihološke njege za pacijenta su te da je njihova psihološka dobrobit očuvana ili poboljšana. Dolazi do smanjena anksioznosti, stvara se osjećaj sigurnosti. Ukoliko ne prime adekvatnu psihološku njegu, dolazi do nesigurnosti, manjka kontrole, anksioznost (2).

#### **1.4.3.2. Posljedice za negovatelje**

Pružanje psihološke njege može se doživjeti kao ugodan trenutak u kojem se osjeća povezanost s pacijentom. No, iskustvo pružanja psihološke njege ponekad zna biti osobno zahtjevno i otuda potreba za brigom za sebe (2).

## **2. CILJ**

Cilj rada je prikazati kvalitete, znanja i vještine koje medicinske sestre trebaju posjedovati za pružanju psihološke njege pacijentima.

## 3. RASPRAVA

### 3.1. Kvalitete potrebne za pružanje zdravstvene njege

#### 3.1.1. Osobne kvalitete

Smatra se da nam osobne kvalitete omogućavaju da učinkovito koristimo naše vještine. Koje su to kvalitete potrebne za učinkovito pružanje psihološke njege?

Carl Rogers, otac modernog savjetovanja, je naveo uvjete za koje je tvrdio da su najvažnije za pomagački odnos. Ti uvjeti su:

- Kongruentnost u odnosima: kongruentnost može biti opisana kao iskrenost, otvorenost, transparentnost; pomagač ne nastoji biti ništa drugo nego ono što on ili ona jest, i pokušava osigurati da svi oblici komunikacije kongruentni jedni s drugima.
- Bezuvjetno prihvatanje: ovo znači da pomagač postupa s pacijentom s dostojanstvom i cijeni ga kao vrijedno i pozitivno ljudsko biće bez postavljanja bilo kakvih uvjeta, poput očekivanja nešto zauzvrat od odnosa. Stoga postoji iskreno prihvatanje i poštovanje za druga ljudska bića jednostavno zato što su ljudska bića, i ne osuđuje ih se zbog bilo kakvih ponašanja, stavova ili mišljenja koja mi možemo smatrati teškima i neprihvatljivima.
- Empatijsko razumijevanje: često opisano samo kao „empatija“. To je sposobnost da se svijet vidi onako kako ga vidi druga osoba i prenošenje tog perceptivnog razumijevanja natrag pacijentu ili klijentu (24).

Međutim, neki autori su kritizirali Rogersovo stajalište da ne uzima u obzir šire fizičko i socijalno okruženje i kontekst u kojem se pojedinac nalazi (25).

### 3.1.1.1. Samosvjesnost

Postoje mnogi aspekti nas samih kojih možemo biti svjesni: naše misli, osjećaji, senzacije, seksualnost, duhovnost, tjelesno stanje, izgled, razina znanja, potrebe i želje (26). U njegovateljskim strukama samosvijest je ključna i može se promatrati kao stupanj do kojeg je naše gledište o tome kakvi smo kao njegovatelji u skladu s tim kako nas drugi zapravo vide. Joharijev prozor (slike 2 i 3) je prikaz elemenata svjesnosti i načina na koje se samosvjesnost može povećati u interakciji s drugima, a predstavili su ga Joseph Luft i Harry Ingham 1955. godine (27).

Dobivanje povratne informacije



<b>Javni self</b> (poznat nama i drugima)	<b>Slijepi self</b> (poznat drugima, ali ne nama)
<b>Skriveni self</b> (poznat nama, ali ne drugima)	<b>Nepoznati self</b> (nepoznat i nama i drugima)


**Slika 2.** Povećanje samosvijesti.

Izvor: Luft J. Ingham H. The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness. Proceedings of the Western Training Laboratory in Group Development. Los Angeles: UCLA, 1955.

Ukoliko ne znamo kako funkcioniramo u stresnim situacijama, nećemo biti u mogućnosti zamisliti kako je drugima. Samosvjesnost znači biti osjetljiv na potrebe drugih. Osim prepoznavanja pozitivnih osobina, važno je da prepoznamo i vlastite predrasude i stereotipna vjerovanja koja mogu utjecati na naše pružanje njege.

### 3.1.1.2. Samootkrivanje

Samootkrivanje je namjerni čin dijeljenja aspekata sebe s drugim ljudima, s ciljem da nas bolje upoznaju. Što više otkrivamo, manje toga ostaje skriveno, kao što možemo vidjeti u trećoj verziji Joharijeva prozora.



<b>Javni self</b> (poznat nama i drugima)	<b>Slijepi Self</b> /poznat drugima, ali ne nama)
<b>Skriveni self</b> (poznat nama, ali ne drugima)	<b>Nepoznati self</b> (nepoznat i nama i drugima)

**Slika 3.** Povećanje samootkrivanja.

Izvor: Luft J. Ingham H. The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness. Proceedings of the Western Training Laboratory in Group Development. Los Angeles: UCLA, 1955.

Samootkrivanje je važno u stvaranju interpersonalnih odnosa, ali mora biti recipročno. U profesionalnom kontekstu, moramo držati granice između profesionalnog i osobnog života, no ukoliko se do određene mjere ne samootkrijemo, drugi ljudi će nas manje upoznati i bit će nam teže stvoriti smislene interpersonalne odnose.

### 3.1.1.3. Samoprihvatanje

Prihvatanje sebe sa svim svojim vrlinama i manama je bitno za uspostavljanje odnosa. Što više vlastitih aspekata smatramo teškim za prihvatiti, to ćemo manje sebe htjeti otvoriti za druge. Posljedično, što se manje otvaramo, manje ljudi će nas moći upoznati, a ukoliko nas ne upoznaju, ne mogu nas ni prihvatiti.



#### **3.1.1.4. Briga za samog sebe**

Prema Nicholsovoj shemi psihološke njege briga za samog sebe smatra se središnjom komponentom, no ponekad briga za pacijentove psihološke potrebe stavlja pred njegovatelja emocionalne zahtjeve i on, ukoliko osjeća da ne može riješiti pacijentove poteškoće, doživljava anksioznost. Stoga nam samosvijest pomaže da promatramo vlastitu razinu stresa i da na vrijeme potražimo pomoć. Nadalje, Nichols je tvrdio da bi na traženje podrške trebalo gledati kao glavnu profesionalnu odgovornost. Na žalost, malo kliničkih okruženja pruža strukturirani sustav podrške ili kliničke supervizije za djelatnike, a bez prikladne supervizije, refleksija medicinskih sestara bit će otežana (15).

#### **3.1.1.5. Intuicija**

Intuicija ili „šesto osjetilo“ nam pomaže da znamo što se događa s drugom osobom. U njegovateljima treba biti prisutna određena mjera intuicije kako bi identificirali i odgovorili na psihološke potrebe pacijenata. Istraživanje Helene Priest psihološke njege potvrdilo je da medicinske sestre nisu mogle objasniti svoje sposobnosti samo kognitivnim znanjem; radije su stavljale naglasak na intuiciju koja proizlazi iz njihova iskustva (28).

#### **3.1.1.6. Refleksija**

Refleksija uključuje davanje smisla iskustvima kako bi se moglo učiti iz njih. Da bismo razvili sposobnost intuicije, moramo imati sposobnost reflektiranja o vlastitim postupcima, te ukoliko je potrebno, mijenjati ih na odgovarajući način (2).

### 3.1.1.7. Stvaranje odnosa

Carl Rogers tvrdi da za stvaranje promjena ličnosti drugog pojedinca „mora postojati minimalni psihološki kontakt“ (24). Postoje dokazi koji sugeriraju da minimalni međuljudski odnos treba biti prisutan kako bi bio što učinkovitiji njegovateljski odnos. Hildegard Peplau , medicinska sestra i teoretičarka, naglašava važnost interpersonalnih odnosa kao temelj za proučavanje i prakticiranje sestrintstva. Ona je smatrala da je uspješno formiranje, održavanje i okončavanje odnosa između medicinskih sestara i pacijenata osobit doprinos koji medicinske sestre mogu pružiti zdravstvenoj njezi. Peplau je tvrdila da učinkovit odnos medicinska sestra- pacijent može promijeniti anksioznost pacijenta u energiju usmjerenu na rješavanje problema. Prema Peplau, terapijski odnos napreduje kroz niz faza, a to su:

- Faza orijentacije- pacijenti doživljavaju potrebu i traže pomoć; kao odgovor, medicinske sestre pomažu pacijentima da razjasne njihove poteškoće i odrede potrebu za pomoći
- Faza identifikacije- vrijeme uspostavljanja dobre interpersonalne komunikacije, pacijenti prihvaćaju medicinsku sestru kao partnera u njihovoj njezi
- Faza eksploatacije ili radna faza- cilj je ublažiti pacijentovu anksioznost i prenijeti snagu medicinske sestre k pacijentu
- Faza rješavanja- povlačenje iz odnosa i procjenjuje se uspješnost odnosa u ublaživanju pacijentove anksioznosti
- Faza završavanja (29).

Model Hildegard Peplau je bio kritiziran da svojim fokusiranjem na interpersonalne vještine nije adekvatno uzeo u obzir šire socijalne sustave i njihov utjecaj na probleme pacijenata. Također, neki pacijenti mogu imati poteškoća s uspostavljanjem povjerenja u svog njegovatelja. Održavanje odnosa može biti teško, osobito ukoliko postoji povijest problematičnih odnosa u prošlosti.

### **3.1.1.8. Empatija**

Reynolds i Scott su definirali empatiju na najmanje tri načina: kao ponašanje, kao dimenziju ličnosti ili osobnu kvalitetu, i kao doživljenu emociju. Također su tvrdili da empatija u sestrinstvu može:

- Omogućiti medicinskim sestrama da kreiraju klimu povjerenja i ustanove što pacijenti percipiraju da trebaju
- Omogućiti medicinskim sestrama da razumiju korijene i svrhu reakcije pacijenta na zdravstvene probleme
- Olakšati pozitivne zdravstvene ishode, kao što je smanjenje fiziološke nelagode, anksioznosti i depresije (19).

Empatiju možemo izraziti neverbalno, bez da se uopće išta kaže, na primjer, sjedeći na istoj razini kao i pacijent, naginjanjem prema njima, kontakt očima, zrcaljenje njihova držanja tijela, biti s njima u tišini ili korištenjem dodira ako je prikladno. Ako želimo koristiti riječi, onda jednostavno ponavljanje onog što nam pacijent govori (parafraziranjem ili upitnim tonom) jer time pokazujemo da slušamo.

## **3.2. Vještine potrebne za pružanje psihološke njege**

### **3.2.1. Interpersonalne vještine**

Za razliku od osobnih kvaliteta, vještine su naučene više nego urođene. Mogu se razvijati vježbom dok se ne postigne kompetentnost, ali ne postoji završna točka- uvijek možemo nastojati poboljšati izvedbu. „Interpersonalne vještine uključuju povezanost između svoje ili više ljudi ili grupa i njihovu međusobnu uključenost“ (25).

### 3.2.2. Komunikacijske vještine

Komunikacija se definira kao „ proces koji uključuje smislenu razmjenu između najmanje dvoje ljudi s ciljem da se prenesu činjenice, potrebe, mišljenja, misli, osjećaji ili druge informacije, i verbalnim i neverbalnim putem, uključujući i izmjenu licem u licem i pisanu riječ“ (2).

Funkcije komunikacije su usmjerene:

- Izvršavanju zadataka
- Uspostavljanju kontrole
- Razmjeni informacija
- Izražavanju misli ili osjećaja
- Smanjivanju anksioznosti
- Postizanju društvenosti/ zadovoljstva
- Izvršavanju ritualnih ponašanja

Većina naše komunikacije uključuje govornu ili pisanu komunikaciju, što spada pod „verbalnu komunikaciju“ jer uključuje riječi. Međutim, neki tvrde da „verbalna komunikacija“ čini samo manji dio naše komunikacije te da je „neverbalna komunikacija“ najzastupljeniji i najmoćniji oblik komunikacije. Neverbalna komunikacija se koristi za pojačavanje izgovorenih riječi ili se koristi kao njihova zamjena. Neverbalna komunikacija se može izraziti na velik broj načina, a to su:

- Parajezik (način na koji se izražavamo - ton glasa, visina tona, brzina govora)
- Način na koji držimo naše tijelo (kinezike)- kontakt očima, izraz lica, gesti i držanje tijela
- Način na koji koristimo prostor između nas i onih s kojim komuniciramo (proksemika)
- Način na koji koristimo (ili ne koristimo) dodir
- Način na koji prezentiramo sebe u vanjskom svijetu, kao što je način na koji se odijevamo

Zbog toga što je neverbalni način komunikacije nesvjestan oblik komunikacije, teže je njome upravljati ili je sakriti. Stoga, ukoliko postoji neslaganje između verbalne i neverbalne komunikacije, veća je vjerojatnost da je neverbalna komunikacija točnija. Shvaćanje strukture, funkcija, oblika i procesa učinkovite ljudske komunikacije može nam pomoći da pružimo učinkovitu psihološku njegu (2).

Temeljno ljudsko pravo je imati točnu informaciju o vlastitom zdravlju i načinu liječenja. Dobrim komunikacijskim vještinama dajemo informacije bolesnicima i potičemo ih na sudjelovanje u vlastitom liječenju te im se daje osjećaj kontrole stanja. Zdravstvena njega gotovo nikada se ne treba svesti samo na pružanje njege nego i izgradnju odnosa s pacijentom u kojem je ključna adekvatna komunikacija (30).

### **3.2.3. Vještine psihološke procjene**

Procjena je skup informacija o pacijentovom zdravstvenom statusu koje njegovatelj onda analizira i interpretira, dopuštajući stvaranje početne procjene ili formulacije potreba holističke njege i stvaranje planova za zadovoljavanje tih potreba. Točna percepcija i prepoznavanje pacijentovih potreba, bilo da jesu ili nisu otvoreno izražene, određena je kao središnje obilježje njegovanja (31). Da bismo bili u mogućnosti prepoznati pacijentove potrebe za njegom, treba posjedovati fino podešene vještine opažanja i moći ih inkorporirati u naše strategije procjene pacijenata. Procjena je najvažnija interakcija koju njegovatelj ima s pacijentom, jer ona predstavlja uvjete za sve buduće interakcije. Nichols je vjerovao da nije potrebna samo procjena nego i kontinuirano praćenje pacijentova psihološkog stanja tako da se na vrijeme mogu identificirati problemi i odlučiti o prikladnoj intervenciji (15). Procjena pacijenta sastoji se u procjeni tjelesnog zdravstvenog statusa, jer ona može biti indikativna za njegovo psihološko stanje. Pacijentov izraz lica nam može dati uvid u pacijentove emocije. Kognitivni elementi nam također mogu dati uvid u psihološko funkcioniranje. Uočavanjem ovih znakova i daljnjim praćenjem, njegovatelj procjenjuje psihološko stanje pacijenta. Od zdravstvenih djelatnika se očekuje da se procjeni postojanje depresije ili anksioznosti, budući da su to uobičajene emocije u kontekstu zdravstvene njege.

### **3.2.3.1. Depresija**

Depresija je poremećaj raspoloženja i najčešće je doživljavan „afektivni poremećaj“. To je stanje raspoloženja koje je izvan raspona normalnog raspoloženja, bilo u trajanju ili veličini. Postoji razlika između depresije kao poremećaja ili problema i normalnih promjena raspoloženja i povezanih reakcija koje svi doživljavaju kada prime lošu vijest. Depresija zahvaća sva područja funkcioniranja:

- Tjelesno- umor, gubitak energije, promjene spavanja, promjena apetita i težine
- Emocionalno- trajna tuga, gubitak interesa i zadovoljavanja u svakodnevnim aktivnostima, anksioznost, iritabilnost
- Kognitivno- nisko samopoštovanje i negativna uvjerenja, gubitak emocije, krivnja
- Bihevioralno i socijalno- gubitak interesa za aktivnosti, smanjena motorička aktivnost, usporavanje pokreta, govora i gesti (2).

### **3.2.3.2. Anksioznost**

Postoji nekoliko različitih manifestacija anksioznosti, među kojima su najčešći: panični napadaji, opsesivno-kompulzivni poremećaj i fobije. Anksioznost je normalna pojava na promjenu, stres, prijetnju. To je psihološko i tjelesno stanje koje zamišlja prijetnju i priprema tijelo za bijeg. Anksioznost obilježava osjećaj strahovanja te niz tjelesnih i psiholoških simptoma (2). U njezi bolesnika, zadatak medicinske sestre je da procjeni raspoloženje bolesnika te pokuša ublažiti negativna raspoloženja primjenom vještina psihološke njege. Ako uoči da simptomi anksioznosti i/ili depresivnosti jako izraženi i ometaju pacijentovo funkcioniranje, može predložiti psihijatrijsku pomoć.

### **3.2.4. Vještine emocionalne njege**

Emocije opisujemo kao osjećaje. Vjeruje se da su neke emocije urođene, a to su: tuga, ljutnja, strah, iznenađenje, gađenje, prezir i užitak. Faze pružanja emocionalne njege su:

- Određivanje točne emocije ili skupa emocija koje doživljava naš pacijent
- Određivanje dubine emocije
- Pronalazak načina da pomognemo našim pacijentima da izraze što emocionalno doživljavaju
- Pružanje odgovora na emociju (2).

### **3.2.5. Vještine savjetovanja**

„Savjetovanje je proces u kojem jedna osoba pomaže drugoj da razjasni njegovu ili njenu životnu situaciju i da zajednički odluče o daljnjim linijama djelovanja“ (26). Dakle, savjetovanje nije jednokratna aktivnost, nego proces koji zahtjeva kombinaciju vještina, osobnih kvaliteta i postupaka. Burnard tvrdi da nitko ne može savjetovati drugu osobu protiv njezine volje, već je glavni preduvjet savjetovanja da osoba ima želju za promjenom. Savjetovanje je svrhovita aktivnost, ali svrha dolazi od klijenta, a ne od savjetovatelja (26). Zato medicinska sestra ne smije nametati pacijentu vlastite stavove i zasipati ga savjetima koje on ne želi, već ga pokušati motivirati za uvođenje promjena u ponašanjima i razmišljanjima vezanim uz bolest.

#### **3.2.5.1. Kreiranje okoline**

U početnim pristupima pacijentima potrebno je osigurati emocionalno okruženje u kojem oni hoće, ili neće, osjećati da nam se mogu otvoriti u izražavanju svojih briga. Prema Kaganu, Evansu i Hargieu, naši početni susreti s drugima su strukturirane epizode koje sadrže ritualizirana ponašanja i zajednička su različitim kulturama ( npr. rukovanje). Oni imaju funkciju zadatka (olakšava buduća ponašanja) ili socijalnu funkciju (opušta ljude). Na početku trebamo izbjegavati bilo kakve pogreške, jer ovi

ključni rani trenuci mogu postaviti temelj za naše kasnije interakcije i odnos s pacijentima te kasnije utjecati na njihovo zadovoljstvo našom njegom (32, 33).

### **3.2.5.2. Istraživanje problema pomoću sudjelovanja i slušanja**

Postoje tri fokusa naše pažnje kada smo uključeni u komunikaciju s drugom osobom. Prvo, možemo usmjeriti pažnju prema unutra na nas same i postati zaokupljeni vlastitim mislima. Drugo, možemo preusmjeriti pažnju prema drugoj osobi, ali da prema tome razmišljamo o drugoj osobi, a ne o onome što nam ona stvarno komunicira. Treće, fokusiramo se na drugu osobu i na ono što nam govori.

Slušanje je namjerna aktivnost i temeljna komunikacijska vještina, ali u sudjelovanju ne slušamo jednostavno riječi koje nam druga osoba govori. Trebali bi se usmjeriti i na parajezik, neverbalne poruke i tišinu. Prilikom slušanja trebamo biti aktivni slušajući, pri čemu moramo izbjegavati selektivno slušanje i pseudoslušanje. Također je potrebno dozvoliti tišinu tijekom komunikacije, jer ona omogućava da se skupe misli i razmotri kako dalje postupati (2).

### **3.2.6. Pružanje informacija**

Odavno je poznato da će potpuno informiranje pacijenata pomoći da se osiguraju sve potrebe dobre njege. Pozitivni učinci pružanja informacija su dokumentirani i uključuju promicanje oporavka, smanjenje ozbiljnosti tjelesnih simptoma anksioznosti i depresivnosti (34). Međutim, prije nego pružimo informacije, moramo biti svjesni da se ljudi razlikuju prema svojim potrebama za informacijama. Ove potrebe mogu biti povezane s njihovim stilom suočavanja ili „lokusom kontrole“ Prema ovoj teoriji, ljudi s internalnim lokusom kontrole vjeruju da mogu kontrolirati događaje, dok ljudi s eksternalnim lokusom kontrole vjeruju da su događaji izvan njihove kontrole (35). Na isti način, istraživanja su pokazala da „pratitelji“ (ljudi koji aktivno traže informacije) i „ublaživači“ (ljudi koji izbjegavaju informacije) trebaju različitu količinu informacija prije postupka (36). U radu s pacijentima, medicinska sestra treba istražiti:



- Koje informacije dajemo
- Kome ih dajemo
- Vrste informacija (struktura, format, medij)
- Koliko informacija dati
- Kada informacije dati (vrijeme)
- Koliko često davati informacije (učestalost) pitanja povjerljivosti (tko ih još može znati) (2).

### **3.3. Znanje potrebno za pružanje psihološke njege**

Kako bi svoj posao radila profesionalno i kompetentno, medicinska sestra mora imati osnovna predznanja iz psihologije, naročito ona koja se odnose na reagiranje ljudi u stresnim situacijama. Budući gotovo svaki pacijent doživljava stresna stanja uzrokovana bolešću i hospitalizacijom, u nastavku teksta ćemo navesti znanja potrebna za uspješnu sestrinsku skrb. Također ćemo navesti osnovne informacije o utjecaju stereotipa i predrasuda u njezi pacijenata.

#### **3.3.1. Znanje procjene i praćenja**

Da bismo mogli procijeniti potrebe drugih ljudi, moramo razumjeti prirodu socijalne percepcije i stavova. Socijalna percepcija se definira kao način na koji ljudi razmišljaju o drugim ljudima i daju smisao svojim postupcima u socijalnom kontekstu, dok se stavovi mogu definirati kao procjene koje radimo o objektima u našem socijalnom svijetu (37).

##### **3.3.1.1. Socijalna percepcija**

Dokazano je da pri prvom susretu s nepoznatom osobom, radimo brzu procjenu toga kakva je osoba, zaključujući na temelju vrlo malo informacija. Ovakva procjena se temelji na našem razumijevanju ljudi i njihova ponašanja temeljenom na ranijim

iskustvima. Neka istraživanja pokazuju da se ljudi unutar zdravstvenog konteksta tretiraju različito prema tome kako izgledaju, kako se ponašaju, koliko su stari, kojem društvenom staležu pripadaju (37). Nadalje, postoje određene karakteristike koje se čine utjecajnim na stvaranju procjene. Asch je nazvao te karakteristike „centralnim osobinama“ i one uključuju kvalitete kao što su „toplina“ i „hladnoća“. Pri zaključivanju da netko ima „tope“ karakteristike, zaključujemo da je ljubazan i društven, a pri zaključivanju „hladnih“ karakteristika, zaključujemo da su neljubazni i nedruštveni. Ova sklonost je poznata kao „halo-efekt“ (38). U odnosu s pacijentima, treba biti svjestan mogućeg utjecaja „halo-efekta“ na budući odnos. Ponekad takav efekt može biti pogrešan pa se ne smijemo nužno oslanjati na njega, već provjeravati njegovu ispravnost u budućim interakcijama s pacijentom.

### **3.3.1.2. Stereotipi**

Stereotip je kruta i često negativna generalizacija o grupi ljudi, a mi koristimo stereotipe kao brz način klasificiranja ljudi, radije nego da moramo raditi individualne prosudbe o svakoj novoj osobi koju susretnemo. Stereotipi su ekstremne karikature slabo povezane s realnošću. Stereotipi o medicinskim sestrama su česti, ponekad se kao takvima prikazuju i u medijima. Medicinske sestre se prikazuju kao „namrgođene bebe“, „služeći anđeo“, „zločesta medicinska sestra“, „liječnikova služavka“ (39). S druge strane, medicinske sestre također mogu biti podložne stereotipima o određenim kategorijama pacijenata. Najčešće su stereotipi vezani uz ovisnike, pacijente starije životne dobi i sl. Ako dozvolimo da stereotipi o ovim pacijentima prevladaju našu racionalnu prosudbu svakog pojedinca, to može postati izvor pristranosti i neprofesionalnosti u njezi pacijenata.

### **3.3.1.3. Vrijednosti, vjerovanja i stavovi**

Vrijednosti su naše ideje o onome za što vjerujemo da je dobro i poželjno a mi se nastojimo ponašati u skladu sa našim vrijednostima.

Vjerovanja su znanja koja imamo o svijetu. Naša vjerovanja nisu uvijek točna i općenito se mijenjaju tijekom vremena.

Stavovi su naša predispozicija da vidimo svijet na određeni način, temeljeno na našim vrijednostima i vjerovanjima. Stavovi su uvijek procjenjivački- nije moguće imati neutralan stav prema nekome ili nečemu. Stavovi često imaju tri komponente: afektivnu (emocionalnu), kognitivnu (misaonu) i bihevioralnu (ponašajnu). Predrasuda je ekstremni oblik stava i obično je negativna i neprijateljska. Naše predrasude se temelje na generaliziranjima i stereotipima. Da bismo prevladali predrasude, trebamo ući u pacijentovo iskustvo i njegove emocije (2).

### **3.3.2. Znanje za emocionalnu njegu**

Da bismo mogli identificirati emocije, olakšati emocionalno izražavanje i pružiti potrebnu emocionalnu njegu, potrebno je razumjeti mehanizam ljudskih emocija. Teorija Jamesa i Langea iz 19. stoljeća ukazuje da su emocije potaknute vanjskim podražajem što vodi tjelesnim promjenama, koje se doživljavaju kao tjelesne senzacije. Naše iskustvo ovih tjelesnih promjena nas vodi k doživljavanju emocije. Međutim, novije teorije predlažu da je naše iskustvo emocija složenije i dijelom ovisi o tome kako mi interpretiramo to iskustvo. U ovom dijelu ćemo ispitati stres, jer je to uobičajeno emocionalno iskustvo u zdravstvenoj njezi (2).

#### **3.3.2.1. Stres kao podražaj**

Stres doživljavamo u trenucima kada procjenjujemo da postoji neravnoteža između zahtjeva koji se stavljaju pred nas i resursa koje imamo za suočavanje s tim zahtjevima. Stresori su podražaji ili poticaji koji izazivaju stres. Holmes i Rahe su izradili listu od 43 životna događaja te su pokušali utvrditi koliko prilagodbe zahtijevaju ti događaji, ako se dožive unutar određenog razdoblja. Kao rezultat tako opsežnog testiranja na različitim populacijama, stvorili su Ljestvicu procjene socijalne prilagodbe. Zaključili su da je visok rezultat (više od 300) povezan sa 80% većim rizikom za bolest,

ozljeđu ili psihološki poremećaj; dok je rezultat od 200-299 upućivao na povećani rizik od 50% (40). Ovo istraživanje je bilo kritizirano, jer je bilo teško odvojiti vanjske događaje od drugih faktora povezanih s bolešću, poput dijete, pušenja, genetske predispozicije i sl.

Friedman i Rosenman su nastojali otkriti postoji li ličnost sklona stresu i ima li to kakve veze s bolešću. Ličnosti su podijelili na: tip A- čovjek koji teži visokim postignućima, tip B- čovjek koji je strpljiv i opušten. Osobine nekoga s tipom ličnosti A uključuje natjecateljstvo, agresivnost i osjećaj nedostatka vremena. Friedman i Rosenman su tvrdili da postoji povezanost između ličnosti tipa A i povećane vjerojatnosti za bolest srca (41). Uloga medicinske sestre je procijeniti postoje li vanjski stresori u pacijentovom životu i način na koje se suočava s njima.

### **3.3.2.2. Stres kao reakcija**

Stres utječe na nas tjelesno, psihološki i socijalno. Selye je objasnio tjelesnu reakciju na stres u svojoj teoriji općeg adaptacijskog sindroma (GAS, General Adaptation Syndrome) definirano kao „nespecifična, stereotipna reakcija tijela na bilo koji zahtjev koji se interpretira kao prijetnja za tjelesnu ili emocionalnu homeostazu“(41). Prema GAS-u tijelo prolazi kroz nekoliko faza u reagiranju na prijetnju:

- Faza alarma- u kojoj tijelo percipira prijetnju, priprema se za borbu ili bijeg potaknutu od simpatičkog živčanog sustava i adrenalnih hormona
- Faza otpora- tijelo pokušava vratiti ekvilibrij. Kad početna prijetnja nestane, tijelo se opušta, ali ostaje mobiliziran tako da je još uvijek prisutan njegov kapacitet za otpor.
- Faza umora- ova faza se događa ako se prijetnja ponavljano vraća uzrokujući da je reakcija alarma izazvana preintenzivno tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Dolazi do gubitka sposobnosti tijela da se učinkovito odupre, što rezultira smanjenim imunološkim i organskim funkcijama. Javlja se umor, kolaps, razdražljivost (42).

Psihološki stres utječe na emocionalno i kognitivno funkcioniranje. Ukoliko smo predugo vremena pod stresom, može doći do izgaranja, koje doživljavaju mnogi zdravstveni djelatnici (kombinacija emocionalne iscrpljenosti, depersonalizacije i smanjenog osjećaja osobnog postignuća) (37). Kod pacijenata dugo razdoblje izloženosti stresu i nepostojanje učinkovitih mehanizama za suočavanje, može usporiti i/ili onemogućiti uspješan oporavak.

### **3.3.2.3. Suočavanje sa stresom**

#### **1. Strategija usmjerene na problem: suočavanje s podražajem**

Strategije usmjerene na poduzimanje akcije za uklanjanje stresa. To uključuje: definiranje problema, rad na alternativnim rješenjima, vaganje njihovih prednosti i nedostataka, implementiranje odabranog rješenja. Ove strategije su jedne od najučinkovitijih, jer dolazi do poduzimanja kontrole nad situacijom (2).

#### **2. Strategije usmjerene na emocije: suočavanje s reakcijom**

Cilj ove strategije je suočiti se s negativnim efektima stresa na naše tjelesno funkcioniranje, misli, emocije. Ove strategije uključuju tehnike opuštanja, vježbanja ili korištenje dodatnih terapija. Najučinkovitija strategija je traženje socijalne pomoći i pričanje o situacijama koje izazivaju stres, jer ovo omogućuje viđenje problema iz novog kuta (2).

### **3.3.3. Znanje za pružanje informacija**

#### **3.3.3.1. Pamćenje**

Ljudsko pamćenje uključuje tri osnovna procesa: kodiranje, pomoću kojeg se novi materijal prezentira osjetilima; pohranjivanje, pomoću kojeg se novi materijal

pohranjuje u pamćenje i pronalaženje, pomoću kojeg pristupamo i pronalazimo pohranjeni materijal iz pamćenja.

Kratkoročno pamćenje sadržava određene količinu materijala na kratko vrijeme (oko 2 minute). Dugoročno spremište se oslanja na mnoge faktore uključujući mnemotehnikе i zamišljanja. Teoretski ima neograničeni kapacitet, zadržava informacije na neodređeno vrijeme. Nakon određenog vremena, postaje teže pronaći određene informacije, to jest, dolazi do neuspjeha u pristupanju i pronalaženju materijala iz spremišta.

Postoji tendencija da se ljudi najbolje prisjećaju informacija koje su prezentirane na početku (efekt primarnosti) ili na kraju (efekt recentnosti) komunikacijskog procesa (2). To znači da pacijenti najbolje pamte informacije koje su im prve prezentirane te one koje su im posljednje prezentirane.

## 4. ZAKLJUČAK

Svatko tko doživljava bolest ili poteškoću koja zahtjeva zdravstvenu intervenciju, zahtjeva psihološku njegu. Vidjeli smo da psihološke potrebe koje nisu zadovoljene mogu voditi negativnim i ozbiljnim posljedicama. Reakcije pacijenata su jedinstvene i povezane s nizom osobnih i eksternalnih faktora. Dakle, učinkovita psihološka njega će se pružiti kad su zadovoljene psihološke potrebe pacijenata. Kako bi se to osiguralo, medicinske sestre moraju biti osposobljene procijeniti psihološko stanje pacijenta.

Medicinske sestre se doživljavaju kao primarni pružatelj psihološke njege. Psihološka njega bi trebala biti dio holističkog pružanja njege, ali često se provodi tijekom pružanja tjelesne njege. Zahtjevi pacijenata često se vode u sestrinskim planovima zdravstvene njege, stoga lako mogu biti predviđene. Osobne kvalitete koje ima medicinska sestra ponekad nije lako razlikovati od dobrih vještine njegovanja, ali su preduvjet za razvoj interpersonalnih vještina koje medicinske sestre moraju imati da bi procijenili psihološke potrebe. Da bismo pružili najkvalitetniju psihološku njegu, uz osobne kvalitete i vještine potrebno je i znanje. Potrebno je razlikovati pojmove kao što su socijalna percepcija, stvaranje dojmova, stereotipovi i predrasude koje mogu utjecati na našu psihološku procjenu. Potrebno je razlikovati emocije da bismo pružili učinkovitu emocionalnu njegu te je potrebno istražiti znanje o pamćenju i učenju da bismo pružili informacijsku njegu.

Unatoč tome što je u 21. stoljeću stavljen naglasak na identificiranje i rješavanje, ne samo tjelesnih potreba kod bolesti, već i psiholoških potreba, medicinske sestre i njegovatelji još uvijek nailaze na niz unutarnjih i vanjskih ograničenja. Također neke medicinske sestre tvrde da se nalaze pod pritiskom od strane kolega kada dođe vrijeme za pružanje psihološke njege zbog nedostatka vremena i kadra. Svakako, Komora medicinskih sestara neprekidno objavljuje smjernice i strategije koje bi trebale poboljšati kvalitetu njege bolesnika.

## 5. LITERATURA

1. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
2. Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestriinstvu i drugim zdravstvenim strukama. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
3. Mayeroff M. On Caring. New York: Harper and Row, 1971.
4. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boston: Little, Brown, 1979.
5. Watson J. Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing (2nd ed.). New York: National League for Nursing, 1988.
6. Brown L. The experience of care: patient perspectives. Top Clin Nurs 1986; 8: 56-62.
7. Aggleton P, Chalmers H. Nursing Models and Nursing Practice (2nd ed). Basingstoke: Macmillan, 2000.
8. James W. Principles of Psychology. New York: Holt and Co, 1890.
9. Klain E i sur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden Marketing, 1999.
10. Maslow A. Motivation and Personality. New York: Harper and Row, 1954.
11. Rogers C. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1970.
12. Wertheimer M. A Brief History of Psychology (2nd edn.). New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.
13. Priest H. Novice and expert perceptions of psychological care and the development of psychological care- giving abilities. Nurse Educ Today 1999; 19: 556-63.



14. Bach S. Psychology in Practice. London: South Bank University Distance Learning Centre, 1995.
15. Nichols K. Psychological Care in Physical Illness (2nd ed.). London: Chapman and Hall, 1993.
16. Nichols K. Psychological Care for Ill and Injured People. Maidenhead: Open University Press, 2003.
17. Devine E.C. Effects of psycho- educational care for adult surgical patients: a meta analysis of 191 studies. Patient Educ Couns 1992; 19: 129-42.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision (DSM-IV-TR). Philadelphia: APA, 2000.
19. Reynolds W, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? J Adv Nurs 2000; 31: 226-34.
20. Nichols K. Psychological care by nurses, paramedical and medical staff: essential developments for the general hospitals. Br J Med Psychol 1985; 58:231-40.
21. Muxlow I. The relationship between nurse and patient. J Prof Nurs 1995; 11: 63-5.
22. Priest H. Helping student nurses to identify and respond to the psychological needs of physically ill patients: implications for curriculum design. Nurse Educ Today 2006; 26: 423-39.
23. Kent G, Wills G, Faulkner A, Parry G, Whipps M, Coleman R. Patient reactions to met and unmet psychological need: a critical incident analysis. Patient Educ Couns 1996; 28: 187-90.
24. Rogers C. The Necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. London: The Carl Rogers Reader, 1957.
25. Bach S, Grant A. Communication and Interpersonal Skills for Nurses. Exeter: Learning Matters, 2009.

26. Burnard P. *Counselling Skills for Health Professionals* (4th ed.). Cheltenham: Nelson Thomes, 2005.
27. Luft J, Ingham H. The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness. *Proceedings of the Western Training Laboratory in Group Development*. Los Angeles: UCLA, 1955.
28. Priest HM. *Psychological care in nursing: the public and the private face*. Keele University. Keele: Unpublished doctoral thesis, 2001.
29. Peplau H. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: G.P. Putnam and Sons, 1952.
30. Lučanin D. *Komunikacija s bolesnikom- izgradnja terapijskog odnosa i sastavni dio liječenja*. U: *Zbornik radova. IV stručni skup Visoke zdravstvene škole. Komunikacije u sestrinstvu*. Opatija, 2004. Zagreb: Visoka zdravstvena škola, Hrvatska udruga Viših medicinskih sestara, Hrvatska udruga medicinskih sestara, 2004.
31. Sadler JJ. *Defining professional nurse caring: A triangulated study*. *Int J Hum Caring* 1997; 1: 12-21.
32. Kagan C, Evans J. *Professional Interpersonal Skills for Nurses* (2nd ed.). Cheltenham: Nelson Thomes, 1998.
33. Hargie O. *Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice* (5th ed.). London: Routledge, 2010.
34. Benner P, Wrubel J. *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park: Addison-Wesley, 1989.
35. Rotter J. *Generalised expectancies for internal vs external control of reinforcement*. *Psychol Monogr* 1966; 80: 1-26.
36. Davis TM, Marguire TO, Haraphongse M, Schaumberger MR. *Preparing patients or cardiac catheterisation: informational treatment and coping interactions*. *Heart Lung* 1994; 23: 130-39.

37. Gross R. Kinnison N. Psychology for Nurses and Allied Health Professionals: Applying Theory to Practice. London: Hodder Education, 2007.
38. Asch SE. Forming impressions of personality. J Abnorm Soc Psychol 1946; 41: 258-90.
39. Bridges J. Literature review on the images of the nurse and nursing in the media. J Adv Nurs 1990; 15: 850-54.
40. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-18.
41. Friedman M. Rosenaman R. Type A Behaviour and Your Heart. New York: Harper Row, 1974.
42. Selye H. The Stress of Life. New York: McGraw- Hill, 1956.

## 6. SAŽETAK

Sestrinstvo se dugo kroz povijest borilo da se istakne kao znanstvena disciplina, zbog otežane mogućnosti definiranja njihovog fokusa rada. U posljednjih tridesetak godina, različite teorije i istraživanja su naglašavali važnost psihološke njege u sestrinstvu. Psihologija je kroz povijest isticala potrebe ljudi prilikom bolesti i promjene okoline, te je otkrivala posljedice ukoliko dođe do nezadovoljenja tih potreba.

Da bi medicinska sestra mogla pružiti kvalitetnu psihološku njegu, potrebno je da bude otvorena, iskrena, transparentna, da bezuvjetno prihvaća pacijenta te da suosjeća s njegovim problemima. Neki autori su istaknuli važnost samosvijesti što se tiče vlastitih misli, znanja i želja. Važno je prihvatiti sebe sa svim manama i vrlinama kako bi mogli uspostaviti kvalitetne interpersonalne odnose. Zdravstveni djelatnici bi trebali voditi i brigu o samom sebi, jer pod konstantnim stresom može doći do „burn-out“ sindroma. Svakako se ističe potreba za vježbanjem dobrih komunikacijskih vještina, jer je znanstveno dokazano da „halo-efekt“ može utjecati na buduću suradnju, odnosno nesuradnju pacijenata. Medicinske sestre trebaju pratiti ponašanje pacijenata, prepoznati njegove stresore i kako se odnosi prema njima, treba pratiti njihov izgled, ponekad neuredan izgled može otkriti psihičko stanje pacijenta, to jest, postoji li mogućnost za nastanak depresije.

Iz navedenog zaključujemo da je psihološka njega značajna u radu medicinskih sestara te da omogućuje unaprjeđenje njihovog rada. U budućnosti se svakako očekuje stavljanje fokusa na psihologiju prilikom edukacije, no neki smatraju da se adekvatna psihološka njega neće moći pružiti sve dok se ne omoguće bolji uvjeti za pružanje iste.

## 7. SUMMARY

Nursing has struggled to point out as a scientific discipline through history, because of the difficulty of defining their main task. Over the last thirty years, different theories and research have emphasized the importance of psychological care in nursing. Psychology has historically highlighted the needs of people in the illness and the change of the environment, and it has revealed the consequences if disagreement of these needs arises.

In order for a nurse to provide quality psychological care, it is necessary to be open, honest, transparent, to accept the patient unconsciously and to sympathize with his problems. Some authors have emphasized the importance of self-interest as far as their own thoughts, knowledge and wishes are concerned. It is important to accept oneself with all flaws and virtues in order to establish quality interpersonal relationships. Healthcare professionals should also take care of themselves, because under constant stress, a "burn-out" syndrome may occur. Also, it is necessary to practice good communicative, as it has been scientifically proven that "halo-effect" can affect the future co-operation or lack of patient involvement. Nurses need to monitor the behavior of patients, recognize their stressors, and how it relates to them, their appearance needs to be monitored, sometimes a disfigured appearance can reveal the patient's psychological condition, that is, whether there is any possibility of depression.

From the above, we conclude that psychological care is important in the work of nurses and that it enables them to improve their work. In the future, it is certainly expected to focus on psychology in education, but some feel that adequate psychological care will not be able to provide until the better conditions for providing it.

## **8. ŽIVOTOPIS**

Mia Gabelica rođena je u Splitu 03.04.1997.

Osnovnu školu „Kamen- Šine“ je završila u Splitu 2011. godine.

Pohađala je srednju školu „Vladimir Nazor“ u Splitu , gdje je maturirala 2015. godine.

Od 2015. godine studira na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu – smjer sestrinstvo.

Služi se engleskim i njemačkim jezikom.