



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation

PROJEKAT MENTALNOG ZDRAVLJA U BOSNI I HERCEGOVINI

Sime Matavulja bb, 78000 Banja Luka, Tel. 051 215 211, Fax. 051 230 252/ Merhemića Trg 3, 71000 Sarajevo, Tel. 033 262 265, Fax. 033 033 262 266

Seminarski radovi

TRENERA IZ KOORDINISANE BRIGE
U MENTALNOM ZDRAVLJU

- 5 Uloga medicinske sestre u timu centra za mentalno zdravlje i koordinisanoj brizi
Aleksandra Ristić
- 9 Adolescent i koordinirana brigada
Berminka Hrelja-Bećirspahić
- 13 Dnevni centri
Jasmina Salčin
- 17 Neželjena dejstva psihofarmaka
Mira Spremo
- 23 Seksualnost i psihijatrijski poremećaji
Mira Spremo
- 27 Značaj uključivanja lica sa mentalnim poremećajima u „uobičajene“ rekreativne setinge
Elma Hadžić
- 33 Socijalni rad kao podrška bolnicima u liječenju u mentalnom zdravlju
Gordana Krbavac
- 37 Prikaz koordinisane brige za lica s mentalnim poremećajima
Gordana Krbavac
- 41 Prikaz slušanja prve psihotične dekompenzacije
Irena Janjić
- 45 Strukturalno-strateške intervencije u sistemskoj porodičnoj terapiji
Irina Puvača
- 49 Uloga civilnog društva - nevladinog sektora u oblasti mentalnog zdravlja
Jasmina Selimović
- 55 Porodica, rizici i snage
Amira Gradinčić
- 59 Uloga porodičnih ljekara u liječenju lica sa mentalnim poteškoćama
Nermana Salihović
- 65 Destigmatizacija
Nikola Zec
- 69 Motiviranje za liječenje ovisnika o alkoholu i kokai u CMZ i uključivanje u klubove liječenih alkoholičara i klub ovisnika o kokai
Nikolina Palameta
- 73 Porodična konferencija - model podrške porodici u krizi i moguća nova socijalna usluga
Branka Zdjelar
- 79 Koordinisana brigada - iskustva iz prakse
Sanja Durtka
- 85 Radna terapija
Sanja Gidumović
- 95 Uloga i značaj U.G. „Stella“ Zenica u provođenju Projekta koordinirane brige u CZMZ-u Zenica
Halima Hadžikapetanović
- 101 Psihijatrijska patronaža kao segment rada CMZ
Milorad Nakić
- 105 Plan koordinisane brige dementnih osoba
Slobodan Nogo
- 109 Predlog formulara za plan brige po otpustu sa klinike
Snežana Samardžić
- 115 Prvi kontakt sa pacijentom u prijamnom uredu
Valerija Soldo
- 119 Studijsko putovanje u Švajcarsku
Novka Rašević

Uloga medicinske sestre u t mu centra za mentalno zdravlje i koordinisanoj brizi

Aleksandra Rist

Medicinske sestre imaju četiri fundamentalne obaveze:

- a) da promovišu zdravlje – rad na unapređenju zdravlja kroz razne edukacije
- b) da preveniraju bolest – rad na sprečavanju nastanka bolesti putem edukacija stanovništva.
- c) da vrata zdravlje
- d) da olakšaju patnje.

Potreba o brizi od strane medicinskih sestara je univerzalna.

Sastavni dio sestrinstva je poštovanje ljudskih prava, uključujući pravo na život, pravo na dostojanstvo i da ljudi budu tretirani sa poštovanjem. Sestrinska briga nema ograničenja u odnosu na pol, boju kože, religiju, nacionalnost.

Medicinske sestre pružaju mentalno-zdravstvene usluge pojedincu, porodici i zajednici, a takođe i koordinišu svoje usluge sa potrebama navedenih pojedinaca, grupa i zajednice.

Etika medicinskih sestara ima četiri glavna elementa:

- a) medicinske sestre i ljudi – primarna obaveza sestre je prema ljudima kojima je potrebna zdravstvena pomoć. Sestra osigurava da pacijent dobije dovoljno informacija i adekvatan tretman a uz poštovanje principa antistigma djelovanja,
- b) medicinske sestre i praksa – sestra ima ličnu i profesionalnu obavezu i odgovornost za sestrinsku praksu. Učenjem i praktičnim zalaganjima usavršava svoja znanja.
- c) medicinske sestre i profesija – sestra ima važnu ulogu i u istraživanjima, edukacijama, menadžmentu,
- d) medicinske sestre i saradnici – sestra održava kooperativan odnos sa članovima tima CMZ i sestrama iz drugih službi.

Šest važnih područja za psihijatrijske sestre u mentalno-zdravstvenoj zaštiti:

- a) materijalna dobra – sestra treba da iskoristi prednost različitih programa koji mogu omogućiti materijalnu pomoć klijentu,
- b) koping – većina hroničnih duševnih bolesnika pokazuje nedostatak bazičnih vještina i znanja svakodnevnog življenja. Uloga sestre je u pomoći razvijanja ovih vještina za

- svakodnevni život klijenta,
- c) mentalno funkcionisanje – uloga sestre je rad na agresivnosti, agitaciji, kontroli impulsa, emocionalnoj podložnosti, sumnjičavosti klijenta, a putem suportivnih tehnika,
- d) socijalni suport – psihosocijalna podrška klijentu,
- e) održivost motivacije – uloga sestre u ovoj oblasti motivacije je rad na vraćanju samopoštovanja klijenta i njegovoj emocionalnoj stabilnosti,
- f) očuvanje zdravlja – uloga sestre je u praćenju uzimanja medikamentozne terapija, očuvanje fizičkog zdravlja klijenta, prevenciji uzimanja alkohola itd.

Uloga i zadaci medicinske sestre u timu CMZ-e:

- a) edukovana medicinska sestra je ravnopravan član specijalizovanog multidisciplinarnog tima,
- b) ona je terapeut,
- c) savjetnik i edukator,
- d) saradnik je s drugim mentalno zdravstvenim profesionalcima,
- e) administrator,
- f) istraživač.

Ona ima obavezu da:

- a) prepozna i razumije pacijentov osnovni problem,
- b) ima ideju o vrsti potrebne njege,
- c) da pruži adekvatnu njegu,
- d) da koristi izvore informacija (zdravstvena istorija, baze podataka, primarni i sekundarni izvori podataka tj. pacijent i porodica).

U prijemu pacijenta sestra ima ključnu ulogu, jer se ona prva susreće sa pacijentom, i igra ključnu ulogu u trijaži pacijenata. Veoma je bitno da pozdravi pacijenta i rodbinu na topao i empatijski način, uradi brzu vizuelnu procjenu, dokumentuje svoju procjenu i prenese ostalim članovima tima, mora da zna da određene smjernice i savjete porodici i pacijentu.

Uvođenje koordinisane brige potvrđuje da je sestra ravnopravan član multidisciplinarnog tima. Dobija priliku da razvija vještine za aktivno uključivanje korisnika i stvaranja konstruktivnog partnerstva sa njim i naučne metode procjene fokusirane na potrebe.

DESET KORAKA ZA OČUVANJE MENTALNOG ZDRAVLJA

- UKLJUČITE SE U ZAJEDNICU
- DRUŽITE SE I NJEGUJTE PRIJATELJSTVO
- PODIJELITE SVOJA OSJEĆANJA
- SMIJTE SE
- BAVITE SE SPORTOM
- JAČAJTE SAMOPOUZDANJE
- PRIHVATITE SEBE KAKVI JESTE
- BUDITE KREATIVNI
- OPUSTITE SE I RAZMIŠLJAJTE POZITIVNO
- OBRATITE NAM SE ZA SAVJET

TIM CMZ-e Brčko Distrikt BiH je:

ZA:

- Promociju mentalnog zdravlja
- povećanje znanja o mentalnom zdravlju
- razvoj pozitivnih stavova i tolerancije u široj javnosti
- zaštitu ljudskih prava osoba s mentalnim poremećajem
- multietičnost i multikulturalnost

PROTIV:

- predrasuda prema osobama s mentalnim poremećajem
- diskriminacije osoba s mentalnim poremećajem
- izolacije osoba s mentalnim poremećajem.

Adolescent i koordinirana brigada

Berminka Hrelja-Beirspahi

“Adolescenti su kritični, ne priznaju autoritete, bore se za samostalnost i dolaze u sukobe sa odraslima, roditeljima i nastavnicima. Izvor tih sukoba je obično nesrazmjernost između pravila koja nameću odrasli i želja mladih.”

Ovo su konstatacije koje najčešće čujemo kada govorimo o mladim, nerijetko divnim, veselim, pametnim, talentiranim mladim ljudima.

Ovakvo govorimo i o onim tužnim, zapostavljenim, nesretnim, izgubljenim, nemotiviranim.

Iako se nalaze u središtu pažnje, naročito u posljednje vrijeme, čini se da sve ostaje na konstatacijama, očekivanjima da “neko drugi” uradi ono što je zadatak porodice. Škola postaje mjesto koje dobiva sve više kritike, ona postaje mjesto prepreke “da svi mladi budu odlikaši”.

Pubertet je i vrijeme kad se razvoj odlučno pomiče prema sazrijevanju, a cjelokupno doživljavanje i cjelokupna osobnost se nalaze u znaku produbljivanja, najfinijeg diferenciranja i širenja ličnog prostora. Stvara se svijest o samom sebi i stvara se snažna želja za izražavanjem samoga sebe, te jaka težnja za socijalnošću koja se izražava kroz društva, prijateljstva i prva ljubavna otkrića. Težnja za osamostaljenjem iz porodičnog okvira jezgra je mogućih napetosti između roditelja i djeteta. Što su bolji odnosi u porodici, to u mladim ljudima ima više sposobnosti za prilagođavanje i lakše je prebroditi sve teškoće na putu osamostaljivanja i stvaranja odraslog identiteta. Mladi imaju naglašenu potrebu za afirmacijom kako bi dokazali svoju vrijednost i dobili priznanje. Kritični su, ne priznaju autoritete, bore se za samostalnost i dolaze u sukobe sa odraslima, najčešće sa roditeljima i nastavnicima. Izvor tih sukoba je obično nesrazmjernost između pravila koja nameću odrasli i želja mladih.

I tu najčešće nastaje problem. Prvi znak da se sa mladim čovjekom nešto dešava jesu poteškoće u postizanju uspjeha u školi. Kada se desi neuspjeh, od velike važnosti su reakcije roditelja, budući da njima mogu pridonijeti još većem pritisku i opterećenju, pa i osjećanju nesposobnosti ukoliko su pretjerane i neprimjerene. Kakvo će biti ponašanje roditelja vezano za školski neuspjeh zavisi od toga kakva je inače komunikacija između djeteta i roditelja. Ako je roditelj od samog početka školovanja usmjeren na podsticanje i razvoj osjećanja lične odgovornosti djeteta za školske obaveze, za uspjeh, kao i za neuspjeh, tada će njegovo ponašanje u ovakvoj situaciji biti u skladu sa

njegovim dosadašnjim reakcijama: pokazat će interes za dijete i za događanja u školi, sa zanimanjem će postavljati pitanja i pokušati da razumije šta je dovelo do neuspjeha, te pomoći djetetu da i samo shvati šta je uzrok takve situacije.

Veoma često praksa nam pokazuje da su roditelji podjednako bespomoćni kao i njihova djeca. Neuspjeh u školi može biti posljedica mnogih drugih događanja koja se zbivaju u djetetovom životu i često je povezan sa stanjem u porodici. Neuspjeh je često samo simptom drugih problema (razvod roditelja, bolest, gubitak, preseljenje...).

Adolescent biva fokusirani simptom, nosilac simptoma, bolest je negdje drugdje.

U ambijentu škole adolescenti, nerijetko, prvi put razgovaraju sa svojim roditeljima. Prvi put roditelji ih dožive iz druge perspektive. Nerijetko, prvi put djeca saznaju neke stvari o svojim roditeljima. A onda konstatiramo: ovaj mladi čovjek ima rizično ponašanje, ovaj mladi čovjek pokazuje različite neurotske reakcije koje imaju uzrok u emocionalnom sukobu sa okolinom, prepoznaje se rizično spolno ponašanje, konstatira se eksperimentiranje sa psihoaktivnim supstancama i sl.

U moru konstatacija zdravstveni sistem ne nudi previše rješenja. Ko treba da brine o porodici, ko treba da ČUJE I VIDI.

Vođenje procesa pomaganja, kako to podrazumijeva koordinirana briga, kaže da je važno ČUTI šta klijent treba i želi, te, u skladu s tim, korigirati dogovoreno. Kada su adolescenti u pitanju, nesrazmjernost između želja i ostvarenja želja je ponekad toliko veliki koliko i njihova udaljenost od vlastitih roditelja, od škole, vršnjaka i njega samog.

Roditelji su prvi koji treba da podrže dijete emotivno, da pokažu da vjeruju u njega, da je ono sposobno i da zna pronaći najbolje rješenje. Pri tome mogu zajedno razgovarati o najboljim opcijama. Značajnom broju roditelja treba pomoć kada se odluče na razgovor. Nepostojanje centara za mentalno zdravlje, specijaliziranih ustanova za rad sa adolescentima, psihijatriziranje poteškoća u adolescenciji i minimaliziranje objektivnih poteškoća predstavljaju prepreku za pronalaženje cjelovitih rješenja. Faza životnog ciklusa porodice sa adolescentom se označava kao “faza kumulativnog životnog stresa” I, u tom smis-

lu, predstavlja tačku sa "visokim kriznim potencijalom za funkcioniranje porodičnog sistema". Znači li to da suočavanje sa poteškoćama predstavlja rizik sa sve članove porodice i koliko oni mogu biti spremni za to? Adolescent se najčešće posmatra kroz prizmu uspjeha i neuspjeha (najčešće školskog). Tako ga drugi procjenjuju, tako i on sâm sebe procjenjuje.

Kao i uspjeh, i neuspjeh je dio normalnog životnog iskustva koje samo po sebi nije isključivo loše ili potpuno negativno. Na nekoga neuspjeh čak može djelovati motivirajuće kako bi se izbjeglo ponavljanje neugodne situacije. Problem nastaje kada se mladi čovjek ne osjeća dovoljno sigurnim u sebe da bi krenuo u suočavanje sa neuspjehom („Ne mogu to savladati...“, „To je preteško za mene“), a možda to i želi, no ne zna kako, jer nema strategiju, a u nekim porodicama niti podršku roditelja za takav potez.

Zadaća koordinatora brige, kada su adolescenti u pitanju, svakako bi bila upravo podrška porodici u cjelini, kako bi njima, svima zajedno, bila osigurana podrška, dostupnost usluga drugih relevantnih činilaca, personalno i grupno osnaživanje, te uključivanje u socijalno podržavajući ambijent. Ponekad pomoć roditelju predstavlja rješenje problema adolescenta. Ponekad adolescent svojim reakcijama pomaže porodici u njenom ozdravljenju. Umjesto da adolescenciju smatramo razdobljem buntovništva i krize, mnogo tačnije bi bilo da je smatramo razdobljem procjene, donošenja odluka i preuzimanja odgovornosti u procesu sazrijevanja.

Dnevni centri

Jasmina Salin

Identifikacija potreba mentalnog zdravlja u zajednici

Adekvatna briga za pacijente sa problemima mentalnog zdravlja ovisi o znanju, sposobnostima i aktivnostima da se iskoristi prednost različitih programa na federalnom, državnom i lokalnom nivou koji plaćaju za različite potrebe između ostalog i za medicinsku njegu.

U mnogim sredinama pacijenti sa mentalnim problemima su nepoželjni u susjedstvu, izolirani, sa neodgovarajućom mrežom podrške. Ovi klijenti često ili nemaju bliskih srodnika ili su se tokom vremena udaljili od porodice bizarnim ponašanjem ili ličnim poteškoćama. Šta više, većina njih ima poteškoće u održavanju bliskih ličnih kontakata. Uspješna briga u zajednici zahtijeva ne samo svjesnost o klijentovim materijalnim potrebama nego i znanje o organizaciji i postojanju mogućih aranžmana koji će iskoristiti javne resurse na najbolji način. Uspješna socijalna adaptacija zavisi od stalne voljnosti da se bude uključen i posvećen stalnom tretmanu i socijalnim aktivnostima. Mnogi hronično oštećeni klijenti imaju istoriju neuspjeha i razočarenja, a ovo sačinjava bazu za povlačenje, što smanjuje njihov angažman u svakodnevnom životu. Kao posljedica prirode bolesti, smanjuje se sposobnost izvršenja zadataka u svakodnevnom životu.

Povlačenje i neaktivnost u zajednici gdje žive, kod klijenata sa mentalnim poremećajem može rezultirati ličnom razgradnjom i nemogućnosti da nastave ili zadbiju određene socijalne usluge. Uloga zajednice je da povratu poljuljano samopoštovanje osoba sa mentalnim poremećajem, kroz uključivanje u različite aktivnosti (radna terapija, kontakti sa drugim ljudima i dr.)

Potrebe porodice pacijenata oboljelih od duševne bolesti

Većina klijenata sa poteškoćama u mentalnom zdravlju se vraća porodičnom okruženju nakon hospitalizacije. Psihijatrijska bolest ima uticaja i na članove porodice i na klijente

Teret duševne bolesti pojedinaca zbog nedostatka društvene podrške, nose njihove porodice koje i same vremenom obolijevaju i propadaju. Klijenti sa mentalnim poremećajima ne zahtijevaju samo izuzetnu brigu o mentalnom zdravlju nego zahtijevaju pažnju i prema njihovim fizičkim potrebama. Stoga članovi porodice moraju dobiti

profesionalne intervencije i usluge da bi do maksimuma iskoristili svoje uloge i da bi prepoznali svoju ulogu te da budu spremni za buduće krize kako socijalne tako i ekonomske. Odlazak u Dnevni Centar oboljelih članova, porodice doživljavaju kao rasterećenje i značajnu brigu i podršku društva.

Porodice polažu veliku nadu u otvaranje Dnevnih centara koji bi ih zastupali u njihovim problemima i interesima.

Kroz rad centara bila bi planirana stalna edukacija članova porodice koja bi uključivala:

- Planiranje otpuštanja iz bolnice
- Edukaciju o klijentovoj bolesti (znakovi i simptomi)
- Podučavati porodicu efikasnoj komunikaciji, rješavanju problema.
- Podučavati porodicu o strategijama da efikasno prevladaju stres i konflikt
- Pomoći članovima porodice da iskoriste odgovarajuću socijalnu podršku
- Suport i savjetovanje

Analiza potreba za otvaranjem Dnevnog centra na području Kantona Sarajevo

Na osnovu analize stanja u Kantonu Sarajevo ne postoji Dnevni centar za duševno oboljela lica, iako postoji sve veća potreba za otvaranjem ovakve vrste ustanove. Zbog sve većeg broja duševno bolesnih lica koja se nalaze u stanju socijalne potrebe i koja se sa nagomilanim problemima obraćaju Centru za mentalno zdravlje, došlo se do zaključka da bi ovaj vid usluge umnogome doprinjeo poboljšanju kvaliteta života kako duševno oboljelih tako i njihovih porodica. Sa druge strane, u zajednici nedostaju resursi u sistemu zdravstvene i socijalne zaštite za kvalitetnu zaštitu ovih lica kao i za formiranje ovakvog vida zdravstvene usluge.

Ključni razlozi za otvaranje Dnevnog centra na području Kantona Sarajevo

- Reduciranje dužine boravka u bolnici
- Prevencija ponovne hospitalizacije
- Reduciranje ukupnog koštanja liječenja ove populacij

Kako bi bio osmišljen rad dnevnog centra, ko su korisnici

- Rad u Dnevnom Centru bio bi strukturiran različitim aktivnostima i radionicama sa ciljem da se ojačaju socijalni kapaciteti korisnika i ožive njihovi potencijali za samostalan život. Korisnici u Dnevnom centru su sva lica koja imaju probleme u duševnom zdravlju, socijalnoj izolaciji, materijalnoj i socijalnoj ugroženosti, nekvalitetnoj zdravstvenoj usluzi. Radi se o ljudima odbačenim od drugih i srodnika koji nemaju sredstava za osnovne životne potrebe i liječenje, kao i o korisnicima koji imaju dostatnu podršku porodice, ali im je potrebna rehabilitacija u zajednici.

Osim duševnih bolesnika u rad Dnevnih centara bi bili uključeni i članovi porodica kako bi kroz porodičnu edukaciju mogli usvojiti nova znanja o duševnoj bolesti, kao i volonteri različitih profila (učenici srednjih škola, studenti muzičke i likovne akademije, fizioterapeuti, studenti psihologije i, soc. rada i dr.)

Radno vrijeme Centra bi bilo organizovano u dvije smjene od 08h do 20 h.

Klijenti koji borave u Centru bi trebali imati obezbjeđen jedan obrok, kao i prevoz od mjesta stanovanja do centra i nazad.

Sredstva za finansiranje centra bi trebala biti sigurna i stalna

Minimalne potrebe za rad Dnevnog centra

- Kadar (Psihijatar, psihijatrijska sestra, socijalni radnik, psiholog, radni terapeuti, volonteri)
- Laboratorijske usluge
- Medikamenti

- Transport
- Oprema i Namirnice

Koliko se naše društvo brine za mentalno oboljele?

- To se može zaključiti po zdravstvenim institucijama u kojima se liječe ova lica koje su tehnički i kadrovski neopremljene i zapuštene, neulaganju u bolje liječenje i lijekove iz savremene generacije, te nedostatak ustanova za njihov smještaj kao i po nedostatku resursa za rješavanje višestrukih socijalnih potreba duševno bolesnih lica. Nažalost, društvo nije prepoznalo značaj brige za mentalno zdravlje u ovom tranzicijskom i poratnom periodu zbog čega su žrtvovani mnogi pojedinci i porodice. Postojeći zakonski propisi koji se odnose na mentalno zdravlje ne poštuju se u cjelosti, posebno oni koji se odnose na finansiranje i prava oboljelih.

CENTAR ZA MENTALNO ZDRAVLJE JUDZKS OJ. NOVI GRAD

VJEŽBA:

ANALIZA POTREBA ZA OTVARANJEM DNEVNOG CENTRA NA PODRUČJU KANTONA SARAJEVO

- Identifikacija potreba mentalnog zdravlja u zajednici
- Uloga i potrebe porodica pacijenata oboljelih od duševne bolesti
- Ključni razlozi za otvaranjem Dnevnog centra na području Kantona Sarajevo
- Rad dnevnog centra
- Minimalne potrebe za funkcioniranje Dnevnog centra
- Društvo i briga za oboljele

Neželjena dejstva psihofarmaka

Mira Spremo

Veliki broj lijekova koji se koriste u psihijatrijskoj praksi može izazvati različite nuspojave koje je potrebno prepoznati i pacijenta upozoriti.

Prije početka liječenja psihofarmacima potrebno je učiniti rutinske laboratorijske testove kao što je kontrola kompletne krvne slike (KKS), jetrenih i bubrežnih funkcija, funkcija štitnjače, elektrolita i glukoze u krvi.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1976. godine psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na psihičke funkcije, ponašanje i doživljavanje bolesnika.

Psihofarmaci ili psihotropni lijekovi spadaju u tzv. biološku terapiju psihičkih poremećaja. Danas se veliki broj psihofarmaka upotrebljava u više terapijskih indikacija. Npr. mnogi antiepileptici se danas uspješno koriste u terapiji bipolarnog afektivnog poremećaja, neki antidepresivi predstavljaju terapiju izbora u paničnom poremećaju ili posttraumatskom stresnom poremećaju, anksiolitici su djelotvorni u katatoniji itd.

ANTIPSIHOTICI

Indikacije ant psihot ka

Antipsihotici su djelotvorni u liječenju pozitivnih psihotičnih simptoma (npr. halucinacije, bizarno ponašanje, sumanutosti) nezavisno o dijagnostičkoj kategoriji. Antipsihotici druge generacije djelotvorni su i u poboljšavanju negativnih psihotičnih simptoma, npr. nemotivisanost, socijalno povlačenje, afektivna zaravnjenost, akinezija. Antipsihotici se ponekad upotrebljavaju i u liječenju nekih formi nepsihotičnih bihevioralnih poremećaja: organski psihosindrom, Alzheimerova demencija, mentalna retardacija, delirij, Touretov sindrom, posttraumatski stresni poremećaj, prolazni psihotični simptomi u bolesnika s poremećajem ličnosti.

Neke nuspojave ant psihot ka

Antipsihotici, posebno prve generacije, često izazivaju značajne nuspojave koje onda mogu bitno ugroziti saradnju bolesnika, te dovesti do recidiva bolesti. Niskopotentni antipsihotici imaju najizraženije antikolinergične nuspojave (kao suha usta, opstipacija, retencija urina, zamagljen vid), te najčešće dovode do ekstrapiramidalnih nuspojava: tremor, akatizija, diskinezija, tardivna diskinezija. Primjena niskopotentnih antipsihotika i klopazina može dovesti i do sniženja konvulzivnog praga u bolesnika, kao i do pojave ortostatske hipotenzije.

Agranulocitoza je nuspojava koja je najčešće povezana s klopazinom, a radi mogućeg fatalnog ishoda ove pacijente je obavezno redovno posmatrati tj. provoditi sigurnosni

program kontrole bijele krvne slike, zbog razvoja eventualne neutropenije. Tioridazin i ziprasidon mogu dovesti do značajnog produljenja QT intervala, pa je potreban oprez, posebno kod osoba s kardiomiopatijom.

Antipsihotici druge generacije, naročito olanzapin i klopazin, dovode često do porasta tjelesne težine, dislipidemije, a mogu biti i povezani s novonastalim dijabetes melitusom. Savjetuje se redovno kontrolisanje lipida, glukoze i tjelesne težine kod svih bolesnika na novim antipsihoticima.

Preporučene početne doze niže su od terapijskih doza. Doze su u pravilu niže za gerijatrijske bolesnike i one koji uzimaju terapiju za značajne somatske bolesti.

Maligni neuroleptički sindrom je idiosinkratska, potencijalno životno-ugrožavajuća nuspojava antipsihotične terapije.

Seksualne disfunkcije, smetnje potencije, prijavizam, bol pri orgazmu, najčešće se javljaju uz terapiju tioridazinom, ali mogu se javiti i uz druge antipsihotike, pa i one druge generacije, naročito uz one koji povisuju nivo prolaktina: risperidon, sulpirid, amisulpirid.

ANKSIOLITICI

Anksiolitici (trankvilizatori, ataraktici) su relativno noviji psihofarmaci koji ublažavaju, odnosno uklanjaju tjeskobu, emocionalnu napetost, a da pri tome, za razliku od hipnotika, ne izazivaju jači umor. Kao anksiolitici danas se uglavnom upotrebljavaju različiti benzodiazepini i buspiron.

Hipnotici su lijekovi koji izazivaju san, a u većim dozama narkozu i komu. U malim dozama djeluju sedativno. U tu skupinu spadaju barbituratna i nebarbituratna sredstva.

Benzodiazepini

Prvi benzodiazepin patentiran još davne 1959. godine bio je klordiazepoksid, kasije poznat pod tvorničkim imenom Librium. Kontinuirano istraživanje srodnih supstanci dovelo je 1963. godine do pronalaska diazepama, anksiolitika koji je 3-10 puta potentniji od svog prethodnika, a ima širi spektar djelovanja, antikonvulzivno i jače miorelaksirajuće djelovanje. Razvoj benzodiazepina predstavlja velik napredak u farmakološkom tretmanu anksioznosti. Ovi lijekovi u potpunosti su zamijenili do tada upotrebljavane barbiturate koji su imali znatno nepovoljniji profil nuspojava, naročito visoku toksičnost.

Indikacijska područja za primjenu benzodiazepina

Benzodiazepini se dobro podnose, imaju relativno malo

nuspojava i uspješni su u liječenju anksioznih i njima srodnih poremećaja. Hipnotici su, pa se upotrebljavaju u liječenju poremećaja spavanja. Benzodiazepini su također djelotvorni kao miorelaksansi ili antikonvulzivi, a uveliko se upotrebljavaju za ublažavanje sindroma alkoholnog apstinencijalnog sindroma. Imaju primjenu i kao intravenozni anestetici.

Bez obzira na široku primjenu benzodiazepina, njihova primarna indikacija i nadalje ostaju anksiozni poremećaji, i to ponajprije generalizovani anksiozni poremećaj i panični poremećaj. Ali, i bolesnici koji boluju od opsesivno-kompulzivnog poremećaja, socijalne fobije i posttraumatskog stresnog poremećaja često mogu profitirati od ovih lijekova.

Ostale indikacije za primjenu benzodiazepina su epilepsija, motorički poremećaji, akutni psihotični poremećaji, shizofrenija, katatonija, manija, depresija, odnosno bipolarni afektivni poremećaji, akatizija, agitirana stanja i dr.

Prednost benzodiazepinskih anksiolitika

Glavna prednost benzodiazepinskih anksiolitika je njihovo promptno djelovanje, koje se može opservirati već nakon prvog uzimanja lijeka. Nadalje, ali s time u vezi, benzodiazepini su relativno netoksični i sigurniji od drugih lijekova sličnog djelovanja. Uzeti i u prekomjernoj dozi rijetko dovode do letalnog ishoda. Alkohol minimalno potencira djelovanje benzodiazepina, pa nealkoholičarima nije zabranjeno konzumiranje manjih količina alkohola dok su na terapiji benzodiazepinima, iako im svakako treba naglasiti da će alkoholni efekt biti pojačan.

U terapiji generalizovanog anksioznog poremećaja s uspjehom se danas koriste brojni benzodiazepini (npr. klordiazepoksid, diazepam, klorazepat, prazepam, halazepam, klonazepam, alprazolam, lorazepam, oksazepam i drugi), a studije koje su ih komparirale u ovoj indikaciji nisu uspjele niti jednog među njima izdvojiti kao djelotvornijeg. Niskopotentni benzodiazepin, na primjer oksazepam, djelotvorni su prije svega u stanjima kontinuirane anksioznosti, npr. generalizovani anksiozni poremećaj, akutni stresni poremećaj, itd., dok su u stanjima epizodične anksioznosti za liječenje paničnog poremećaja djelotvorniji visokopotentni benzodiazepini: alprazolam, klonazepam, lorazepam. Oksazepam se zbog svoje specifične farmakokinetike jako dobro podnosi, a posebno je odgovarajući za liječenje kontinuirane anksioznosti kod osoba starije životne dobi, te kod bolesnika s oštećenom jetrom.

Nuspojave benzodiazepinskih anksiolitika

Zbog razvoja tolerancije na anksiolitičko djelovanje benzodiazepina, savjetuje se vremensko ograničenje terapije na maksimalno 4 sedmice u kontinuitetu. U kliničkoj praksi je to vrlo teško postići.

Najčešća nuspojava benzodiazepinske terapije je neželjena dnevna sedacija, na šta bolesnika treba upozoriti, a u najvećem broju slučajeva se može regulisati, odnosno umanjiti titracijom i pravilnim izborom lijeka. Možda najveći strah pri upotrebi benzodiazepina postoji od stvaranja ovisnosti tokom dugotrajne upotrebe. Kod osoba kod

kojih se razvila ovisnost (a takvih je kod bolesnika koji koriste benzodiazepine duže od 4 sedmice i do 35%) javlja se sindrom apstinencije pri nagloj obustavi ili drastičnijem smanjenju doze. Ovisnost se može razviti kod fetusa i novorođenčeta ako majka za vrijeme trudnoće uzima benzodiazepine.

Ponekad benzodiazepini mogu izazvati, najčešće kod starijih osoba ili djece, paradokсни učinak, tj. pojačanu anksioznost, uzbuđenje, iritabilnost, odnosno hostilnost. Opisani su i slučajevi depresivnosti, tj. suicidalnog ponašanja ili eufrije tokom dugotrajne upotrebe benzodiazepina.

Zbog svog dvostrukog sedativnog i miorelaksirajućeg djelovanja mogu dovesti, posebno kod starijih osoba, do padova i posljedičnih trauma, npr. preloma kuka. Nadalje, mogu kod bolesnika starije dobi dovesti do oštećenja memorije.

Iako rjeđe nego drugi psihofarmaci, i anksiolitici mogu izazvati seksualne nuspojave. Tako se ponekad erektilna disfunkcija može asociirati uz klonazepam, smanjeni libido uz diazepam, a seksualna dezinhibicija uz flunitrazepam.

Prednost benzodiazepinskih hipnotika

Benzodiazepini su najpropisivaniji, a vjerojatno i najbolji hipnotici. Izbor hipnotika iz ove skupine zavvviivvsssi o tipu nesanice, a u odabiru je od presudnog značenja poluživot lijeka, tj. trajanje hipnotičkog učinka.

Tako ćemo kod bolesnika koji imaju poteškoće usnivanja koristiti benzodiazepin s brzim početkom djelovanja i kratkim učinkom (triazolam), kod teškoća prosnivanja hipnotik srednje dugog djelovanja (temazepam), a kod preuranjenog buđenja hipnotik koji djeluje 7-8 sati (nitrazepam, flurazepam).

Nuspojave benzodiazepina

Usprkos početnoj velikoj djelotvornosti, kod mnogih bolesnika tolerancija se brzo razvija, brže od tolerancije na anksiolitičko djelovanje. Takozvana povratna ili rebound insomnija može se javiti tokom terapije benzodiazepinima ili kod prestanka uzimanja benzodiazepina. Zakazivanje psihomotornih sposobnosti i memorije tokom dana, najčešće nakon primjene sporo eliminirajućih benzodiazepina, naročito je izraženo u starijoj populaciji. Ovisnost se može relativno brzo razviti, već kroz nekoliko sedmica kontinuirane upotrebe, a sindrom apstinencije može se javiti u slučaju naglog prekida već nakon nekoliko dana. Bolesnici koji boluju od hronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) moraju izbjegavati benzodiazepine zbog njihovog depresivnog djelovanja na respiraciju.

Zloupotreba benzodiazepina

I benzodiazepini, kao i mnogi drugi lijekovi, koriste se izvan indikacijskog područja, tj. zloupotrebljavaju se sami ili u kombinaciji s drugim psihoaktivnim tvarima. Benzodiazepini imaju relativno nisku cijenu kod uličnih dileri droge, a dolaze pod raznim uličnim imenima (kao npr. libbies za klordiazepoksid što dolazi od Librium, odnosno Vitamin V za diazepam, što dakako dolazi od najpoznatijeg tvorničk-

og imena Valium).

Sedativi, hipnotici i anksiolitici uzimaju se oralno, sporadično da bi se postigao vremenski ograničen specifični efekt, ili kontinuirano da se postigne konstantno, uglavnom blago intoksikovano stanje. Povremenoj zloupotrebi sklonije su mlađe osobe, a redovnoj sredovječne osobe koje lijekove nabavljaju najčešće kod porodičnog ljekara (ili više njih) pod izgovorom da im trebaju za regulaciju nesnice, odnosno anksioznosti.

Intoksikacija benzodiazepinima

S obzirom da benzodiazepini spadaju među najčešće propisivane lijekove, njihova dostupnost pridonosi izboru i čestoj primjeni pri pokušaju samoubistva. Zbog svoje vrlo velike terapijske širine (širok raspon između minimalne terapijske doze i minimalne toksične doze), uopšteno se smatraju sigurnim lijekovima, tj. lijekovima s niskom toksičnošću kod predoziranja. Naime, izuzetno je rijetka smrt bolesnika kod ingestije samih benzodiazepina. Opasnost raste s kombinacijama ingestiranih lijekova, s vulnerabilnom dobi (djeca i starije osobe), te kod bolesnika s KOBP.

U terapiji intoksikacije benzodiazepinima koriste se suportivne mjere kojima se nastoji smanjiti daljnja apsorpcija (ispiranje želuca, primjena aktivnog ugljena, laksativa) uz praćenje vitalnih funkcija. Antidot flumazenil (Anexate) visoko je specifičan i djeluje kod bolesnika koji su otrovani samo benzodiazepinima, pa se u komatoznih bolesnika može upotrijebiti i u diferencijalno-dijagnostičke svrhe.

ANTIDEPRESIVI

Antidepresivi ublažuju depresivno raspoloženje, ali i osjećaj psihomotorne kočenosti, straha i anksioznosti depresivnih bolesnika.

Indikacije za primjenu antidepresiva

Glavna indikacija za primjenu antidepresiva je svakako veliki depresivni poremećaj, ali i sva druga depresivna stanja različite etiologije, npr. depresivna psihoza, depresivna faza bipolarnog poremećaja, atipična depresija, sezonska depresija, povratna depresija, organski uslovljena depresija, neurotska depresija ili reaktivna depresija.

Antidepresivi mogu biti korisni u terapiji distimije, paničnog poremećaja sa ili bez agorafobije, opsesivno-kompulzivnog poremećaja (klomipramin i SIPPS), posttraumatskog stresnog poremećaja, premenstrualnog (disforičnog) sindroma i bulimije.

Neke nuspojave antidepresiva

Najčešće nuspojave TCA su one od strane vegetativnog živčanog sistema, zbog izrazitog antikolinergičnog djelovanja (suhoća usta, smetnje akomodacije oka, tahikardija, opstipacija i retencija urina). Međutim, tokom terapije na njih se razvija tolerancija.

Vrlo je ozbiljna nuspojava preopterećenost srca kao posljedica povećane količine adrenergičnih neurotransmitera, zbog kojih može doći do insuficijencije srca, stoga je potreban veliki oprez kod osoba s kardiomiopatijama.

Ortostatska hipotenzija uz re-fleksnu tahikardiju može se javiti kao posljedica blokade α -adrenergičnih receptora. Često se razvija i sedacija koja može biti vrlo izražena prvih nekoliko sedmica terapije.

Inhibitori serotonina ne izazivaju antikolinergične učinke, niske su toksičnosti i dužeg djelovanja. Ipak, lijekovi koji podižu nivo serotonina mogu dovesti do akatizije i serotoniniskog sindroma. Seksualne disfunkcije se mogu javiti prilikom terapije antidepresivima, a najčešće se vežu uz klomipramin i SIPPS-e.

LJEKOVİ PROTIV DEMENCİJE

Zbog produženja ljudskog vijeka, udio demencija u opštoj populaciji ubrzano raste, pa i potreba za liječenjem ovih stanja postaje sve značajnija. Danas se veliki naponi ulažu u pronalaženje antidementika. Aktualno je kod nas za ovu indikaciju registrovan inhibitor acetilkolinesteraze donepezil (Aricept), antagonist NMDA receptora memantin (Ebixa), i suhi ekstrakt ginkgova lista ginkgo biloba (Favora Ginkgo). Svi ovi lijekovi izborili su svoju registraciju na osnovu podataka da su ponešto uspjeli usporiti deterioraciju kognitivnih funkcija kod dementnog bolesnika, uz relativno zadovoljavajući profil nuspojava.

STABILIZATORI RASPOLOŽENJA

Najčešće korišćeni stabilizatori raspoloženja u današnjoj psihijatrijskoj praksi su litij, valproat i karbamazepin. U zadnje vrijeme počeli su se koristiti i drugi antiepileptici (lamotrigin, gabapentin, topiramet).

Indikacije za primjenu stabilizatora raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja su aktuelno indicirani (zajedno s antipsihoticima) za terapiju manije. Indicirani su u dugotrajnoj terapiji održavanja i profilaksi depresije i manije kod bipolarnih bolesnika. Stabilizatori raspoloženja se takođe koriste za liječenje impulsivnog ponašanja kod osoba koje ne pate od bipolarnog poremećaja.

Nuspojave stabilizatora raspoloženja

Neželjeni učinci su brojni pri primjeni litija: mučnina, poliurija, hipotiroidizam, tremor, egzacerbacija akni, porast tjelesne težine, blaži problemi s memorijom, mentalna konfuzija i dr. Litij ima uski terapijski prozor, što lako može dovesti do otrovanja pri slabijoj bubrežnoj funkciji. Nuspojave terapije valproatom su sedacija, blagi tremor, blaga ataksija, gastrointestinalni problemi i trombocitopenija.

ZAKLJUČAK

Tokom posljednjih pedesetak godina, koliko egzistira savremena psihofarmakoterapija, došlo je do otkrića brojnih psihofarmaka. Iako (a tako je i u većini drugih grana medicine) nije otkriven ni jedan etiološki psihijatrijski lijek, pa se tako nisu niti dogodila revolucionarna otkrića, postojeći psihofarmaci značajno pomažu pacijentima da se nose sa svojim poremećajem, te im znatno podižu

kvalitet života.

Na kraju je svakako potrebno napomenuti da polazeći od teorijskih koncepata etiologije mentalnih poremećaja, koji uključuju biološke, psihološke i sociološke faktore, svaka uspješna terapija tih poremećaja sastoji se od biološke terapije, psihoterapije i socioterapije. Sve ove tri metode usko se isprepliću i nadopunjuju u sveobuhvatnom liječenju svakog pojedinog pacijenta.

Seksualnost i psihijatrijski poremećaji

Mira Spremo

Seksualnost pacijenata sa shizofrenijom je dobijala malo pažnje u prošlosti. Istraživanja govore da pacijenti sa shizofrenijom identifikuju seksualnu funkciju i medicacijom izazvane neželjene efekte kao važne, mada se ne zna koliko je zastupljena seksualna disfunkcija u ovoj populaciji. Mnogi faktori doprinose nedovoljnom uvidu u disfunkcije, a to je nedostatak informacija, kao i šta čini normalnu seksualnost pacijenata sa shizofrenijom. Rana istraživanja i teorije napominju da je bolje ne raspravljati o seksualnosti sa ovim pacijentima (Pindrehuges et al., 1972). Ova zapažanja su se promijenila posljednjih godina i novi podaci govore da seksualna aktivnost, želja, fantazije i očekivanja pacijenata nisu mnogo različita od opšte populacije (Kelly et al. 2006). Pacijenti sa shizofrenijom područje seksualnosti stavljaju na treće mjesto u tretmanskim potrebama (Grinshpoon i Ponizovsky, 2008). Moguće je da se pacijenti osjećaju posramljeno kad pričaju o svojoj seksualnosti, a budući da kliničari nisu rutinski u pregledima fokusirani na seksualne disfunkcije pacijenti smatraju i ako o tome govore da ih neće shvatiti ozbiljno ili će vjerovati da ti problemi nisu važni.

Prevalenca

Seksualne disfunkcije su zajedničke i opštoj populaciji i nalaze se u 43% kod žena i 31% muškaraca u SAD (Lau-man et al. 1999). Prevalencu seksualnih disfunkcija kod oboljelih od shizofrenije je teže dokučiti, ali je veća nego u opštoj populaciji i prosječno iznosi oko 50% do 75% (Kelly i Conley, 2004). Pacijenti koji su u ambulantnom tretmanu i koji imaju neželjene efekte lijekova koji se odražavaju na seksualni život (80% žena i 26,75 muškaraca) „nikad“ ili „neredovno“ o tome razgovara sa svojim ljekarom (Rosenberg et al. 2003). Drugi lijekovi, kao i komorbiditet drugih psihičkih i somatskih poremećaja i zloupotreba psihoaktivnih supstanci i duhana može uticati na seksualne funkcije.

Tipovi seksualne disfunkcije

Seksualna disfunkcija kod pacijenata sa shizofrenijom može se dogoditi u bilo kom dijelu seksualnog odgovora, a koji sadrži:

- Interes (libido)
- Uzbuđenje (vaginalna lubrikacija kod žena i erektilna funkcija kod muškaraca)
- Orgazam

Seksualna disfunkcija uključuje smanjen spolni nagon, po-

teškoće održavanja erekcije i otežano postizanje orgazma. Glavne seksualne nuspojave u muškaraca su smanjen libido, erektilna disfunkcija, azoospermija, ginekomastija i ponekad galaktoreja.

Kod žena su to galaktoreja i poremećaji menstrualnog ciklusa. Seksualna disfunkcija inducirana antipsihotičnim lijekovima je rezultat djelovanja lijeka na alfa-1 i alfa-2 adrenergičke, H1 histaminske i dopaminergičke receptore. Posebno važna je blokada D2 receptora u laktotropnim stanicama hipofize koja dovodi do prekomjernog stvaranja prolaktina i neravnoteže spolnih hormona.

Odluku o nastavku liječenja antipsihotičkim lijekom koji je izazvao povišenje prolaktina i seksualnu disfunkciju, ili o promjeni terapije na neki drugi antipsihotik, treba donijeti na osnovu procjene omjera rizika i koristi za bolesnika. Često se pored antipsihotika koriste i antidepresivi koji takođe mogu uzrokovati seksualnu disfunkciju. SSRI, triciklični antidepresivi i inhibitori monoamino oksidaze.

Utjecaj seksualne disfunkcije na kvalitet života

Kvalitet života pacijenata sa shizofrenijom je često ispod očekivanog, sa smanjenim životnim očekivanjima, visokom stopom suicida, niskom stopom stupanja u brak i zaposlenja. Plan tretmana nastoji ujediniti medicinsku i psihosocijalnu brigu. Seksualnost je vitalna komponenta osjećaja ličnog zadovoljstva i potpunog oporavka, dok seksualna disfunkcija ima negativne efekte na medicinsku potporu, samoprocjenu kvaliteta života.

Pridržavanje antipsihotičnog tretmana je ključno u tretmanu shizofrenije i prevencije relapsa jer oko 40% do 50% pacijenata je nesaradljivo (Lacro et al. 2002). Faktori koji doprinose nesaradljivosti su:

- Nedostatak uvida u bolest
- Loša povezanost sa zdravstvenom službom
- Uvjerenje da tretman neće prevenirati simptome
- Negativni stavovi prema medicaciji
- Neželjeni efekti medicacije

Rosenberg et al. (2003) izvještava da 43% onih koji su imali iskustvo seksualne disfunkcije su uzimali u obzir prekidanje medicacije zbog neželjenih efekata, a 27,55 % je tvrdio da je jednom, ili više puta, prekidao upotrebu lijekova zbog neželjenih efekata u vidu seksualnih disfunkcija. Kvalitet života uključuje subjektivno osjećanje dobrog i mentalnog i fizičkog funkcionisanja postao je veliki interes i mjera ishoda tretmana shizofrenije. Većina onih koji su iskusili seksualne disfunkcije (Olfson et al. 2005) imaju lošiji kvalitet života, sniženo zadovoljstvo životom, sniženo

zadovoljstvo kvalitetom emocionalnih veza, manje emotivnih veza. Istražujući zadovoljstvo i kvalitet života kod pacijenata sa shizofrenijom nedostatak seksualne aktivnosti je jedan od četiri glavna uzroka niske stope zadovoljstva kvalitetom života (Chan i YU, 2004).

Etologija

Mnogi faktori dovode do seksualne disfunkcije kod pacijenata sa shizofrenijom i etiologija za svakog pacijenta može biti kompleksna. Simptomi shizofrenije uključuju psihosocijalne poteškoće, manje interpersonalnih relacija, negativnih simptoma, anhedonija i impulsivnost su mogući faktori koji tome doprinose. A, takođe, i efekti antipsihotika mogu uticati na seksualne disfunkcije kao što su:

- Debljina i povećanje težine
- Sedacija
- Tardivna diskinezija
- Ekstrapiramidni neželjeni efekti

Preko sto lijekova je udruženo sa seksualnom disfunkcijom (Thomas, 2003). Seksualno funkcionisanje mogu narušiti i diabetes, kardiovaskularne bolesti, hipertenzija, alkoholizam, neuropatija, depresija.

Procjena i liječenje

Procjena seksualnih disfunkcija među pacijentima nije uniformna kako u kliničkim istraživanjima tako i u praksi.

Knegtering et al. (2006) su našli da 8,7% o svojim seksualnim problemima je govorilo spontano nakon šest sedmica antipsihotičnog tretmana, 30,6% je o tome izvijestilo preko semistrukturiranog intervjua, 28% je našlo različite razloge zbog kojih o tome ne bi pričali sa svojim ljekarom uključujući i stid, a 20% smatra da se tu ništa ne može učiniti pa o tome ne vrijedi ni pričati, dok 16% ne smeta takvo stanje (Rosenberg et al. 2003).

Preporuka je da svi koji nude usluge u mentalnom zdravlju direktno pitaju pacijente o promjenama u menstrualnom ciklusu, libidu, galaktoreji, erektilnoj i ejakulatornoj funkciji. Većina literature za procjenu seksualnog funkcionisanja kod pacijenata sa mentalnim poremećajima potiče iz studija sa depresijom. Clayton (2001) je definisao četiri kriterijuma, a Kelly i Conley, (2004) preporučuju njihovu upotrebu i kod procjene seksualnog funkcionisanja i pacijenata sa shizofrenijom.

- Ispitati premorbidno funkcionisanje u poređenju sa trenutnim funkcionisanjem
- Pratiti promjene tokom vremena
- Pratiti fazno specifično seksualno funkcionisanje
- Odvojiti efekte lijekova od bolesti
- Uključiti polno specifična pitanja
- Biti kratak
- Ne biti intruzivan

U dogovoru sa liječnikom moguće je smanjiti dozu antipsihotika, ili ga zamijeniti drugim, a moguća je i upotreba sildenafilila kod erektilnih disfunkcija.

Značaj uključivanja lica sa mentalnim poremećajima
u „uobičajene“ rekreativne setinge

Elma Hadži

U posljednjih 10-ak godina, kao dodatnom načinu rehabilitacije lica sa psihičkim poremećajem, pažnja se sve više usmjerava na fizičke aktivnosti koje istovremeno dovode do poboljšanja u intrapersonalnoj i interpersonalnoj sferi. Jedna od takvih jeste i ekoterapija, koja podrazumijeva „jedinstvo čovjeka i prirode“, a uključuje one aktivnosti koje imaju cilj poboljšanje čovjekovog psiho-fizičkog funkcioniranja kroz zaštitu životne sredine – planinarenje, ribolov, pošumljavanje, alpinizam i sl. Pozitivan učinak ovih settinga ogleda se u poboljšanju čovjekove fizičke spremnosti i izdržljivosti, jačanju tjelesnog selfa, usvajanju novih vještina bitnih za uspostavljanje i održavanje adekvatnih interpersonalnih odnosa, odnosno poboljšanju kvaliteta i kvantiteta socijalne mreže, kao i mnogobrojnim pozitivnim efektima na psihičke funkcije.

Odnos između fizičke aktivnosti i sa zdravljem povezanim kvalitetom života (Health-related quality of life) postao je fokus interesa među istraživačima, jer je pokazano da fizička aktivnost pozivno utječe na sljedeće oblasti (Biddle & sar., 2000):

- a) Opće zadovoljstvo životom i samopoštovanje,
- b) Fizičko funkcioniranje (percepcija funkcioniranja, tjelesna samopercepcija),
- c) Fizičke simptome (energija, spavanje, iscrpljenost),
- d) Emocionalno funkcioniranje (emocije, raspoloženje),
- e) Socijalno funkcioniranje (ovisnost o drugima, uloga na poslu, uloga u porodici),
- f) Kognitivno funkcioniranje (pamćenje, pažnja, sposobnost rješavanja problema).

Bitno je naglasiti da je potrebno napraviti razliku između klasičnih sportskih takmičarskih disciplina i rekreativnih aktivnosti. Takmičarske discipline imaju krutu strukturu, norme koje je neophodno zadovoljiti. U rekreativnim aktivnostima ne postoji nužno kompeticija sa drugima, radimo do svojih unutrašnjih limita.

Prva istraživanja o pozitivnom utjecaju fizičke aktivnosti na tretiranje psihičkih poremećaja proveo je Morgan 1994. godine u SAD, pri čemu najznačajniji rezultati ukazuju na to da je nivo fizičke spremnosti kod hospitaliziranih pacijenata oba spola znatno niži nego kod pacijenata koji se liječe ambulantno, te da fizička aktivnost ima pozitivan učinak na psiho-fizičko stanje pacijenata.

Utjecaj grupe na pojedinca

Čovjek nije kreacija samo za sebe, potrebu za pripadnošću

grupi možemo posmatrati kroz bio-psiho-socijalnu matriču:

- a) Biološka komponenta – filogenetski i ontogenetski ljudi žive u grupama. Kod rekreativnih aktivnosti imamo formiranje grupa u prirodnom ambijentu (npr., kod planinarenja). Ovdje nismo u nekoj virtuelnoj stvarnosti, u apstrakciji.
- b) Psihološka komponenta – u mogućnosti smo da bolje upoznamo sebe, da „stvorimo“ relacije sa našim tijelom.
- c) Socijalna komponenta – u mogućnosti smo da mijenjamo narušene odnose sa drugima, kao i da uspostavljamo nove.

Ukoliko počemo od stanovišta da je u osnovi svakog psihičkog poremećaja, ustvari, poremećaj odnosa/relacije sa samim sobom i sa drugima (npr., paranoidne interpretativne obrade proganjanja kod shizofrenije, osjećanje lične neadekvatnosti i bezvrijednosti kod depresije, sumanute ideje veličine kod manije), onda je jasno da učestvovanje u grupnim rekreativnim aktivnostima ima višestruk značaj. Ovdje grupa ima „ljevakovit učinak“, jer nam omogućava da zadovoljimo osjećanje pripadnosti grupi, vraća nam nadu za popravljanjem odnosa sa samim sobom i/ili sa drugima, članovi grupe nam daju adekvatan suport (jer se ovdje radi o učestvovanju na dobrovoljnoj osnovi). U grupi imamo mogućnost da se ravnamo po sebi sličnima (npr., u planinarenju ravnamo se po licima slične fizičke spremne, tempu hoda, mentalitetu), odnosno u grupi imamo veći izbor s kime ćemo se identificirati – grupu ne moramo nužno posmatrati kao „klasični meni“, prije kao „švedski sto“, gdje možemo probrati šta ćemo uzeti. U grupnim rekreativnim aktivnostima svi smo jednaki – ljude zovemo imenima, neovisno o titulu, pripadnosti određenom socio-ekonomskom statusu, prisustvu nekih organskih oboljenja i/ili psihičkih poremećaja. Također, ovdje smo u mogućnosti da dio grupnog uspjeha „uzmemo“ za sebe (npr., u planinarenju je običaj da se tempo prilagođava mogućnostima svih pojedinaca; nakon što se popnu svi članovi društva na neki vrh, svaki od njih se, imenom i prezimenom, upisuje u svesku koja se, obično, nalazi u sandučetu na vrhu). Kod rekreativnih aktivnosti u prirodi mi smo u mogućnosti da opet uspostavimo harmoniju između mentalnog i tjelesnog, jer naše tjelesno je individualno, a naše mentalno je grupno.

Uključivanje lica sa psihičkim poremećajima u za sve ljude normalne rekreativne aktivnosti u prirodi utječe i na smanjenje stigme prema ovim licima, jer se kroz te aktiv-

nosti omogućava korištenje nekih najefektivnijih strategija destigmatizacije – uspostavljanje i održavanje ličnog kontakta i razmjena iskustava između lica sa dijagnozom psihičkog poremećaja i bez nje.

Utjecaj fizičke aktivnosti na pojedine psiho-fizičke funkcije osobe

Komorbiditet psihičkih poremećaja i organskih oboljenja

Na osnovu rezultata istraživanja, Berren & sar. (1994) navode da oko 60 % lica sa psihičkim poremećajem pati i od nekog ozbiljnijeg organskog oboljenja, tj. govori se o metaboličkom sindromu koji predstavlja višestruke poremećaje koji povećavaju rizik obolijevanja lica sa psihičkim poremećajem od različitih organskih oboljenja. U SAD se procjenjuje da među licima sa psihičkim poremećajima od 30 do 60 % ima metabolički sindrom za razliku od lica bez dijagnoze psihičkog poremećaja, koji iznosi do 22 % (Gill & sar., 2007). U komorbiditetu sa psihičkim poremećajem najčešće se javljaju Diabetes mellitus, bolesti krvnožilnog sistema, gojaznost, hiperlipidemija, hronične bolesti pluća, polidipsija (ekstremna žeđ i pretjerano pijenje vode), osteoporoza, epilepsija, bolesti povezane sa HIV-om, seksualne disfunkcije (Green & sar., 2003). Komorbiditet negativno utječe na smanjenje kvalitete života, povećavajući barijere za ostvarivanje postavljenih ciljeva i dovodi do ranije smrtnosti. Smatra se da 83 % lica sa psihičkim poremećajem ne dobiva adekvatan tretman za pogoršano zdravstveno stanje (Kelly & sar., 2007). Prosječna životna dob lica sa komorbiditetom psihičkog i fizičkog oboljenja iznosi 56,8 godina, dok se procjenjuje da broj godina koje se smatraju „izgubljenim“ na bolest iznosi 25,2 (Parks & sar., 2006). Naprimjer, smatra se da kod lica sa dijagnosticiranom shizofrenijom oko 60 % uzroka smrtnosti otpada na tzv. prirodne uzroke, među kojima su najčešće kardiovaskularne bolesti (procjenjuje se da lica sa dijagnosticiranom shizofrenijom dva puta češće umiru od kardiovaskularnih bolesti nego pripadnici „normalne“ populacije), respiratorne bolesti i različite infekcije (Parks & sar., 2006).

Povećana vulnerabilnost lica sa psihičkim poremećajima na pojavljivanje određenih organskih oboljenja objašnjava se na sljedeći način:

a) Dugotrajna upotreba pojedinih psihotropnih lijekova, koji se koriste za ublažavanje simptoma psihičkih poremećaja, može povećati rizik od javljanja metaboličkog sindroma (Parks & sar., 2006), kao i do oboljenja usne šupljine – pojava karijesa i zubnog plaka (uočena je pozitivna korelacija između pojave zubnog plaka i plaka na zidovima arterija, a što povećava rizik za javljanje srčanih bolesti), paradontoze, pojave „suhih usta“ (Velasco & Bullon, 1999). Kao jedna od nuspojava pojedinih antipsihotika javlja se i gojaznost, koja se kod lica oboljelih od shizofrenije može smatrati „potvrdom“ fenomena depersonalizacije. Naprimjer, A.M. (1981), pacijent CMZ Ključ, nakon konstantnog dobivanja na težini kao posljedice uzimanja antipsihotika, naveo je da on „sada

ima i dokaz da on stvarno jeste druga osoba, a to može potvrditi svaki put kada se pogleda u ogledalo“.

b) Lica sa psihičkim poremećajem su sklonija rizičnim oblicima ponašanja po zdravlje kao što su ovisnost o nikotinu (Corrigan & sar., 2006, navode da od 60 do 80 % lica sa psihičkim poremećajem pretjerano konzumira cigarete), loša prehrana (što se može objasniti nedostatkom relevantnih informacija o zdravoj prehrani, nemogućnost konzumiranja voća i povrća i manji broj obroka, a zbog materijalnih poteškoća) i nedostatak fizičke aktivnosti (Killbourne & sar., 2007).

Utjecaj fizičke aktivnosti na raspoloženje i emocije

Rezultati istraživanja (meta - analiza rezultata iz ove oblasti, narativni izvještaji, eksperimenti, kros-nacionalne studije, Morgan, 1997) ukazuju na to da fizička aktivnost ima pozitivan učinak na raspoloženje i emocije (emocija - specifično stanje prouzrokovano reakcijom na određeni događaj, raspoloženje - globalni set afektivnih stanja koja svakodnevno doživljavamo, afekt - subjektivni doživljaj emocije, Lazarus, 1991). Učestvovanje u rekreativnim grupnim fizičkim aktivnostima dovodi do prepoznavanja ličnog napretka, evaluacije bazirane na ličnom napretku, povećanja alternativa za vježbu i poboljšanja u izvođenju, promoviranja individualnih izazova, uključenosti svih članova u donošenje odluka. Naime, učestvovanje u ovakvim aktivnostima dovodi do smanjenja tenzije, tuge, konfuznosti, depresije, ljutnje i povećanja istrajnosti. Mehanizmi djelovanja objašnjavaju se na sljedeći način: proces tjelesne aktivnosti dovodi i do fiziološkog odgovora na stres, odnosno do povećanja koncentracije epinefrina, norepinefrina, kortizola i drugih faktora povezanih sa stresom poput citokina. Naime, fiziološki efekt vježbanja rezultira iz adaptivnih pokušaja da se postigne homeostaza u odgovoru na stresore (endorfinska hipoteza, Leoffmann, 1997 - fizička aktivnost dovodi do povećanja produkcije endorfina; serotoninaska hipoteza, Chaouloff, 1997 - fizička aktivnost dovodi do povećanja lučenja serotonina; promjene u neurotransmisiji, Dishman, 1997).

Pokazano je da fizička aktivnost utječe na smanjenje anksioznosti kao stanja (pojedinačne fizičke vježbe, bez kontinuiteta), anksioznosti kao karakteristike ličnosti (kontinuirano izvođenje, „vježbanje“ određenih fizičkih aktivnosti), psiho-fizioloških znakova anksioznosti - krvni pritisak i srčani ritam (umjerena fizička aktivnost može dovesti do smanjenja intenziteta kratkotrajne fiziološke reaktivnosti i podsticati oporavak od kratkih fizioloških stresora (Biddle & sar., 2000).

Kod depresije, zbog osnovnog depresivnog afekta i sniženih vitalnih dinamizama u voljno - nagonskoj sferi, lice često ima pogrešnu percepciju i samopercepciju, tako da je ono ili psihomotorno usporeno ili agitirano. Uz to, takvo lice mnogo i somatizira, tj. pravi transformaciju psihičkog konflikta u tjelesnu sferu (navodi bolove koje ili nije u stanju lokalizirati, ili su iridirajućeg karaktera).

Jednostavnije rečeno, kod depresije imamo poremećen odnos između „mozga kao izvršioca funkcija i tijela“, tj. nema sinhronizirajućeg efekta u radu, pri čemu je odgovor tijela na naredbe mozga usporen. Fizička aktivnost omogućava ponovno uspostavljanje harmonije između tjelesnog i mentalnog, tj. u stanju smo da vratimo strukturu koja je neophodna za svakodnevno funkcioniranje. Također, pravi se paralela između efekata fizičke aktivnosti i djelovanja pojedinih antidepresiva – oba dovode do pojačanog izlučivanja i preuzimanja hormona serotonina, koji ima pozitivan učinak na raspoloženje. S druge strane, fizička aktivnost pozitivno utječe i na povećanje samopoštovanja (svjesnosti o vrijednostima koje posjedujemo, Cambell, 1984) i konstrukta samopercepcije (pogotovo na tjelesni self koji je određen kvalitetom povezanim sa našom pojavom u društvu i potvrdom u fizičkim aktivnostima, Biddle & sar., 2000). Samopoštovanje se smatra ključnim indikatorom emocionalne stabilnosti i sposobnosti prilagođavanja životnim zahtjevima, te se smatra jednim od najjačih prediktora subjektivnog blagostanja (Diener, 1984). Smatra se da su samopoštovanje i samopercepcija usko povezani sa vrstom i brojem izbora postignuća i zdravih oblika ponašanja, kao i ustrajnošću u njima. Ljudi gravitiraju ka onim aktivnostima koje im omogućavaju visoko samovrednovanje, a dobrovoljne rekreativne fizičke aktivnosti su prilika za takvo što.

Na osnovu rezultata istraživanja, Tordeurs & sar. (2011) su ustanovili da fizička aktivnost ima anksiolitsko i anti-depresivno djelovanje na pripadnike „zdrave“ populacije, kao i na lica sa psihičkim poremećajima za vrijeme i nakon hospitalizacije. Za lica sa teškom depresivnom epizodom i anksioznim poremećajem duže i kratke šetnje su se pokazale kao najdjelotvornije, a za lica sa poremećajima ovisnosti o psihoaktivnim supstancama, bipolarnim poremećajem i sa čestim psihotičnim dekompenzacijama najdjelotvornije su se pokazali „napornija“ gimnastika i vožnja biciklom. Biddle & sar. (2000) navode da je potrebno uzeti u obzir činjenicu da je kod manjeg broja lica sa ovisničkom ličnošću moguća pojava „ovisnosti“ o fizičkoj aktivnosti, kao i to da se pretjerana fizička aktivnost može susresti i kod lica sa poremećajima ishrane (Anorexia i Bulimia nervosa).

Utjecaj fizičke aktivnosti na kognitivno funkcioniranje

Spirduso (1994) navodi da kogniciju možemo razumjeti kao funkciju mozga koja uključuje pamćenje, stvaranje veza, apstraktno rezoniranje i specijalnu sposobnost, a pažnja, brzina obrade informacija i percepcija predstavljaju procese kognicije koji nam omogućavaju da procesuiramo informacije i donosimo odluke. Smatra se da je fizička aktivnost od posebnog značaja za adolescente i lica starije životne dobi (od 65 godina pa dalje), jer ima značajan utjecaj na izvršne (egektivne) kognitivne funkcije koje se razvijaju tokom adolescencije, te može prevenirati intelektualnu deterioraciju povezanu sa starošću, kao i odgoditi pojavu simptoma demencije. Na kognitivno funkcioniranje

je utječe primarno starenje (narušavanje procesa pažnje, pamćenje, apstrakcije i sl. zbog degenerativnih promjena CNS) i sekundarno starenje (javljanje zdravstvenih tegoba povezanih sa hronološkom dobi – kardiovaskularna oboljenja, tzv. starački šećer i sl.). Pokazano je da lica starije životne dobi koja su fizički aktivna u manjoj mjeri oboljevaju od različitih organskih oboljenja (npr., kardiovaskularne bolesti, bolesti mišićnoskeletnog sistema). Mehanizmi koji se nalaze u osnovi veze između fizičke aktivnosti i kognitivnog funkcioniranja još uvijek nisu tačno određeni, a oni se pokušavaju objasniti na sljedeći način:

- a) Redovna fizička aktivnost doprinosi cerebrovaskularnom integritetu, olakšavajući transport kiseonika u mozak, a pojačan protok krvi u mozak može pozitivno utjecati na kognitivno postignuće (Chodzo – Zaiko & Moore, 1994);
- b) Redovna fizička aktivnost može dovesti do odgađanja pojave simptoma degradacije CNS – redukcije sinteze neurotransmitera i strukturalnih alteracija neurona (Chodzo – Zaiko & Moore, 1994);
- c) Redovna fizička aktivnost smanjuje rizik od pojave različitih oboljenja (visok krvni pritisak, kardiovaskularna oboljenja, Diabetes mellitus) a koja mogu oštetiti kognitivno funkcioniranje (Birren & sar., 1980). Također, pokazano je da fizička aktivnost pozitivno utječe na procesuiranje informacija. Dustman & sar. (1990) su korištenjem EEG dobili podatke da su redovne fizičke aktivnosti povezane sa poboljšanim procesuiranjem informacija – lica koja vježbaju su imala brže komponente vizuelnih evociranih potencijala nego lica koja se nisu bavila fizičkim aktivnostima.

Pored dokazanih pozitivnih učinaka rekreativnih aktivnosti na psiho-fizičko zdravlje, smatra se da u razvijenim zemljama samo 10 % stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja fizičku aktivnost predlaže klijentima kao dodatak procesu rehabilitacije (McEntee & Halagina, 1996). Kao jedan od najvažnijih razloga navodi se pogrešno uvjerenje stručnjaka da većina klijenata dolazi kako bi „razgovarala o psihičkim tegobama, a ne o fizičkom stanju“ (McEntee & Halagina, 1996; Biddle & sar., 2000, str. 47).

Reference:

1. Biddle, S.J.H., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000), Physical activity and psychological well – being, Routledge, London
2. Gill, K.J., Murphy, A.A., Zecher, M.R., Swarbrido, M. & Spagnolo, A.B. (2007), Co-morbid psychiatric and medical disorders: challenges and strategies. *Questia library*
3. Shulz, K.H., Meyer, A. & Langguth, N. (2012), Exercise and psychological well – being, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf. 55 (1); 55 – 56
4. Walsch, N.P. & sur. (2011), Maintaining immune health (II poglavlje), School of sport, health and exercise sciences, Bangor University, UK
5. Online biblioteke:

- www.questia.com

- www.pubmed.gov

6. Podaci dobiveni na osnovu intervjua sa osobljem (nadležnim spec. neuropsihijatrom) i pacijentima CMZ Ključ.

Socijalni rad kao podrška bolni kom lije enju u mentalnom zdravlju

Gordana Krbavac

UVOD

- Prema definiciji Međunarodne federacije socijalnog rada, profesija socijalnog rada:

- Promoviše socijalne promjene
- Rješava problem kroz međuljudske odnose
- Osnažuje i oslabljava ljude u cilju poboljšanja njihove dobrobiti
- Koristi teoriju ljudskog ponašanja i socijalnih sistema, te interveniše na tačkama na kojima su ljudi u interakciji sa svojim okruženjem.

SOCIJALNI RAD U ZDRAVSTVU

- Socijalni rad u zdravstvo je uveo ljekar Richard S. Cabot i 1893. god. koji je zaposlio prvog medicinsko- socijalnog radnika. Uočio je potrebu za socijalnim radom i tako omogućio sveobuhvatnije ispitivanje i utvrđivanje porodičnih prilika pacijenta i njegove okoline, što može biti uzrokom mnogih poteškoća i bolesti, ali i povoljnih uslova ozdravljenja.

- Socijalni rad, odnosno socijalni radnik, je odgovoran za poduzimanje i provođenje svih postupaka i radnji potrebnih za rješavanje socijalne problematike tokom liječenja, kao i prijedloga soc. mjera po završetku bolničkog liječenja.

KRITERIJUMI MENTALNOG ZDRAVLJA PO V. MATI U

- Sposobnost za rad
- Sposobnost da se voli
- Sposobnost prihvatanja obaveza i odgovornosti
- Sposobnost uspostave socijalnih relacija
- Sposobnost prilagođavanja na nastale životne promjene
- Realnost u procjeni situacije (izbor partnera, prijatelja)

PODRŠKA SOCIJALNOG RADNIKA TOKOM LIJEČENJA

- Radeći individualno, u grupi pacijenata i u multidisciplinarnom timu socijalni radnik je angažovan u podršci pri liječenju kod svih lica sa mentalnim poremećajem, a posebno sa licima gdje je izražena socijalna problematika - Povezanost zdravstvene i socijalne zaštite je uska, jer u praksi gotovo nije moguće odvojiti probleme u zdravstvu od onih u socijalnoj zaštiti. Niz socijalnih i ekonomskih uslova, pored osnovne bolesti, utiču na zdravstveno stanje lica s mentalnim poremećajima, a taj segment brige za datak je profesije socijalnog rada.

CILJ SOCIJALNOG RADA U LIJEČENJU

- Što brži oporavak pacijenta i povratak u socijalnu sredinu

- Osnaživanje pacijenta kako bi održao svoje mentalno zdravlje na dobrom nivou
- Postizanje dobrog kvaliteta života u smislu odnosa, priroda, zanimanja, zaposlenja, smještaja, slobodnog vremena.
- Osiguranje kontinuiteta, koordinacije i integracija zdravstvenih usluga sa nizom socijalnih i drugih usluga.

POSTUPCI I PROGRAM RADA TOKOM LIJEČENJA

- Program rada socijalnog radnika tokom bolničkog liječenja možemo podijeliti u:

TRI FAZE

1. Faza prijema
2. Faza tretmana
3. Faza otpusta

1. Faza prijema

- Prvi kontakti sa pacijentom i porodicom, pribavljanje prvih informacija o akutnoj problematici kod prijema, kao i upoznavanje svih zainteresovanih o bolničkom liječenju.
- Kontakti sa institucijama bitnim za pacijenta i njihovo uključivanje u podršku bolničkog liječenja.
- Intervju sa pacijentom i njegovom porodicom kako bi se dobio uvid u oklonosti prijema, tekuću socijalnu situaciju, porodične odnose i ostalo što bi moglo imati uticaj na tok oboljenja i dolaska na liječenje.
- Izrada socijalne anamneze
- Pribavljanje dokumentacije neophodne za sprovođenje liječenja
- Formiranje plana intervencija i tretmana.

2. Faza tretmana

- Rad sa pojedincom i grupom pacijenata
- Rad individualno i u multidisciplinarnim timovima.
- Učestvovanje i podržavanje pacijenta u rješavanju problema koji ugrožavaju njegovo socijalno funkcionisanje (prava iz raznih oblasti, konflikti u porodičnom i širem okruženju i razni oblici intervencija u lokalnoj zajednici).
- Nastojanje da se sačuvaju porodične i socijalne veze.
- Suočava se pacijent i porodica sa vlastitim problemom i prihvatljivom situacijom.
- Nastoji se korigovati iskrivljeno shvatanje poremećaja.
- Ublažava se psihička napetost članova porodice.
- Radi se na usvajanju novih obrazaca ponašanja
- Pomaže se u sticanju određenih vještina za život u zajednici

- Odgovora za saradnju sa institucijama
- Učestvuje u definiciji potreba pacijenta, izradi plana brige i otpusta
- Priprema porodicu i okruženje za prihvatanje pacijenta po završetku bolničkog liječenja

3. Faza otpusta

- U ovoj fazi djelovanje socijalnog radnika zavisi o:

a. Bolesnikovim potrebama i željama

b. Nivou njegovog funkcionisanja

Realne mogućnosti da dođe do ostvarivanja otpusta

OTPUST I ZBRINJAVANJE U PORODICU

- Radi se na angažovanju porodice, gdje je funkcionalna, kako bi preuzela pacijenta i upoznala se sa :

- Potrebom obaveznog uzimanja terapije i redovnih kontrola
- Šta činiti u pogoršanju
- Rizicima u slučaju pogoršanja
- Poduzimanju radnji i podrške pacijentu radi ostvarenja definisanih potreba u okviru porodice ili adekvatnih institucija.
- Dogovara sa porodicom i pacijentom organizaciju slobodnog vremena u porodici, nevladinoj ili sportskoj organizaciji, udruženjima korisnika i sl.

OTPUST IZ BOLNICE BEZ PODRŠKE PORODICE

- U slučaju otpusta, kada porodica nije funkcionalna, kada ne želi pacijenta (što nije rijetko), kada nema porodicu, živi sam, nema mjesta stanovanja, ili je pacijentova funkcionalnost niska, uključuju se institucije u zajednici (CSR, CMZ, nevladine organizacije, razna udruženja, prihvatne

stanice i svi ostali koji bi u tom slučaju mogli pomoći).

- Često nema rješenja i tada se pokušava iznaći rješenje smještajem u ustanovu socijalne zaštite.

- Mali broj ustanova i nedostatak mjesta u njima smanjuje mogućnosti za zbrinjavanje smještajem u ustanovu, te velikog broja takvih pacijenata ostaje neadekvatno zbrinuto što utiče na produženje liječenja i povećanje broja liječenja.

POTEŠKO E U RADU

- Produženje i poskupljenje bolničkog liječenja izazivaju poteškoće u radu a one su:

- Nemogućnost adekvatnih rješenja otežava saradnju sa pacijentom i porodicom
- Nepokrivenost lokalnih zajednica CMZ i nedovoljno profesionalaca u istim
- Loša povezanost među institucijama lokalnih zajednica,
- Često loša saradnja sa adekvatnom institucijom.

ZAKLJU AK

- Razvoj, unapređenje, osnaživanje lokalnih zajednica, a posebno centara za mentalno zdravlje, daje šansu da ljudi sa mentalnim poremećajima žive kvalitetnije.

REFERENCE:

- I. Vidanović – “Terapijske metode socijalnog rada”
“Pojedinač i porodica-metode vještine i tehnike soc. rada”

Prikaz koordinisane brige za lice s mentalnim poremećajem

Gordana Krbavac

Pacijentica Renata, rođena 1983.god. Završila fakultet Političkih nauka.

Po zanimanju je politolog.

Lice je s mentalnim poremećajem, Dg shizoafektivni poremećaj.

Stanuje sa majkom u jednosobnom stanu, prostorno adekvatan i higijenski prihvatljiv, ali za Renatu nije dobro rješenje zbog konfliktnih odnosa sa majkom.

Nije zaposlena, nema redovnih primanja, dobija od roditelja džeparac. Imala više zaposlenja, ali zbog smanjene funkcionalnosti (loša koncentracija i straha od odgovornosti) poslove morala napustiti.

Teško organizuje vrijeme i aktivnosti. Kada je dobro šeta i druži se, radi kućne poslove, kada se osjeća loše, usamljena je tužna i razmišlja o bezizlaznosti. Loši periodi je plaše i osjeća potrebu da se povlači.

Od srednje škole povremeno osjeća teškoće (neurozu, napade agresivnosti, problem sa koncentracijom, učenjem i lošim snom), što se manifestovalo kroz ponašanje (povremeno odlaženje od kuće i napuštanje nastave, konflikti sa roditeljima, sklonost lažima). Sve je to rezultiralo površne komunikacije i odnose u porodici i okruženju. Renata je često dolazila u fizičke sukobe sa majkom, što je dovodilo do tjelesnih povreda i zakonskih prestupa, zbog čega je vođen i sudski postupak. Kaže: "Razlog za sukobe je sigurno to što mama ima istu bolest, a kada bi živjela sa ocem u stanu ne bih imala iste probleme". Sa ocem i sestrom je u boljim odnosima.

Ukupno prošla kroz 3 bolnička liječenja u periodu od dvije godine. Jednom liječena zbog pokušaja suicida uzimanjem tableta. Posljednje liječenje je bilo 2008 godine. Tokom liječenja isticala postojanje vidnih i slušnih halucinacija, prisutnost straha i agresivnosti prema majci, kao i loš odnos između nje i majke. Nije imala potrebu za druženjem, osjećala je opterećenje zbog obaveza na poslu, loše spavala. Porodica, a posebno majka, teško je prihvatila Renatin poremećaj. Renata se bolje osjećala kada su u posjetu dolazili otac i sestra.

U terapijskim procedurama na bolničkom liječenju obavljene su osnovne lab. pretrage, upućena na neophodne specijalističke preglede (internista, neurolog i neurohirurg), uključena joj je medikamentozna terapija, tretirana psihoterapijski, uključena u socijalne aktivnosti i rad sa radnim terapeutom.

U daljnim postupcima liječenja obavljen je psihoedukativni rad sa majkom i porodicom, pojedinačno i u grupi roditelja. Porodica saradivala. Organizovani terapijski vikendi, uspostavljeni kontakti sa institucijama u lokalnoj

zajednici.

Tokom liječenja pokazuje motivaciju i saraduje. Osjeća se bolje i ima želju za brz oporavak i održavanje zdravstvenog stanja bez bolničkog liječenja. Na prijedlog profesionalaca multidisciplinarnog tima Klinike i vanjskih institucija uz saradnju oca prihvatila je da po završetku bolničkog liječenja redovno uzima terapiju i odlazi na kontrole, preseli kod oca u stan, koristi institucije lokalne zajednice radi poboljšanja materijalnog stanja i organizacije slobodnog vremena.

Kao dugoročan cilj postavlja zaposlenje na manje složenim poslovima. Radi postizanja postavljenog cilja planira redovno pratiti oglase i tražiti pomoć oca.

Obzirom na pokušaj suicida i prisutnost nasilja u porodičnim odnosima, urađene procjene rizika. Ponovna mogućnosti za suicid i nasilje u sadašnjem stanju je vrlo mala (skor je vrlo nizak)

Prema kriznom planu Renata dobro procjenjuje svoje sadašnje stanje. Prema terapiji ima pozitivan stav, jer joj pomaže. Otac je osoba koju želi da joj pomogne u stanju pogoršanja. Za liječenje prednost daje CMZ.

Stručni tim bolničkog odjeljenja na kome je liječena, a čiji je član i socijalni radnik, upućuje Renatu u CMZ radi praćenja, u CSR radi ostvarivanja prava na socijalnu pomoć, uključanja u Dnevni centar i podrške oko zaposlenja. Porodica je aktivno uključena oko preseljenja kod oca u stan kao i u provođenju ostalih postavljenih ciljeva.

Na sljedećim kontrolama u periodu od zadnjeg liječenja pa do danas stanje se poboljšavalo i sada je dobro. Renatina saradnja i stalno angažovanje porodice, posebno oca kao sponse, utiče da svi u sistemu obavljaju svoj dio posla, te se redovno obavljaju kontrole, uzima terapija. Preselila se kod oca u stan, ostvarila je pravo na stalnu socijalnu pomoć i uključila se u Dnevni centar, gdje redovno ide i tamo se odlično osjeća. Svoje vrijeme je osmislila (održava higijenu stana, ide u trgovinu, kuha, sprema, druži se, šeta i pliva).

Nije postigla dugoročan cilj i našla zaposlenje sa manje složenim poslovima, ali uz pomoć oca još uvijek se aktivno angažuje.

Sada je ostvarila emotivnu vezu, zaljubila se i želi osnivati vlastitu porodicu.

Prikaz slučaja prve psihotične dekompenzacije

Irena Janji

PRVA PSIHOTI NA DEKOMPENZACIJA

Akutni prolazni psihotični poremećaj nastaje naglo. Klinička slika razvija se u periodu od dan-dva, najduže do dvije nedjelje, a potpuni oporavak nastaje u periodu od nekoliko nedjelja, najviše od jednog do tri mjeseca. Podrazumjeva se da su prvi psihotični simptomi pojavili u roku od dvije nedjelje nakon jednog ili više događaja koji se smatraju stresogenim za većinu osoba koje potiču iz slične sredine i kulture, a kulminacija psihotičnih simptoma uočava se ubrzo potom.

Tipični događaji koji prethode pojavi akutne psihotične epizode su: ožalošćenost, gubitak partnera ili posla, izloženost različitim oblicima torture. Ovi poremećaji nisu posljedica jasnog organskog uzroka (npr. povreda mozga, delirantno stanje ili demencija, kao i prisustvo očigledne intoksikacije narkoticima i alkohola).

Prevalenca je nepoznata, ali smatra se da se češće javlja kod osoba nižeg socio-ekonomskog statusa, kao i kod osoba sa poremećajem ličnosti (najčešće granični PL ili sa shizofrenim poremećajem).

Prema kliničkoj slici akutni psihotični poremećaji manifestuju se u vidu nekoliko subtipova:

1. Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez ili sa simptomima shizofrenije – bouffe delirante (nekoliko tipova halucinacija i /ili sumanutih ideja, raznorodnih i promjenjivih iz dana u dan i časa u čas; emotivni nemiri sa intenzivnim prolaznim osjećanjima sreće, ekstaze ili anksioznosti i razdražljivosti često je prisutan).
2. Akutni psihotični poremećaj sličan shizofreniji – kratkotrajna shizofreniformna psihoza (psihotični simptomi relativno su stabilni i ispunjavaju kriterijum za shizofreniju, ali postoje manje od mjesec dana; ukoliko traju duže od mjesec dana, dijagnoza se mijenja u shizofreniju).
3. Drugi akutni psihotični poremećaji sa sumanutošću – paranoidna reakcija, (relativno stabilne sumanute ideje ili halucinacije; ukoliko traju duže od tri mjeseca, dijagnoza se mijenja u perzistentni sumanuti poremećaj).

Diferencijalna dijagnostika podrazumijeva procjenu nekoliko dijagnostičkih kategorija.

U odnosu na shizofreniju, akutni psihotični poremećaj razlikuje se jer počinje upadljivije i brže a traje kraće.

Kod afektivnih poremećaja, psihotični simptomi diskretniji su dio kliničke slike, jer dominiraju afektivni simptomi.

Kod simulacije (malingerizam) simptomi su „odglumljenji“ radi postizanja određenih ciljeva.

Ukoliko su uzrok akutne psihotične epizode pojedinačni

organski faktori ili somatska bolest, pažljivo uzeta istorija bolesti, laboratorijski testovi i pregled mogu da pomognu da se utvrdi o kom se poremećaju radi i da li postoji intoksikacija.

Terapija akutne psihotične epizode obično zahtijeva hospitalizaciju, kako se često radi o promjenama koje se spontano povlače, ima slučajeva u kojima je već samo bolničko okruženje dovoljan zaštitni i podržavajući faktor i nije potrebno farmakoterapijsko liječenje. Za agitovane bolesnike, međutim, preporučuje se davanje umjerenih doza antipsihotika tokom kraćeg vremenskog perioda, a zatim praćenje tokom određenog vremena, pa da se analizira sama stresogena situacija, osoba se obučava osobinama prevazilaženja sličnih okolnosti u budućnosti i sprovodi se suportivna terapija, uz obustavljanje psihofarmaka.

PRIKAZ SLUČAJA PRVE PSIHOTI NE DEKOMPENZACIJE

S.M., rođena 1971g., živi u Zvorniku, nezaposlena, udata, majka dvoje maloljetne djece, živi sa porodicom, desnoruka.

Prvi pregled kod psihijatra. Glavne tegobe koje navodi su: napetost, nesanica, osjećaj promjene na sebi i okolini. Imala je osjećaj da joj se obraćaju preko interneta, sve pročitano činilo joj se dvosmisleno, usmjereno ka njoj, i protiv nje. Navodi da je počela „svašta da viđa kada zatvori oči, slike oca..., imala je osjećaj da je živ..., viđala ga je u liftu, u ogledalu, vidjela je u vrtloge ispod zemlje.... imala je osjećaj da upravlja neko sa njom... Čula je povremeno nerazumljive glasove od nepoznatih ljudi... Nije mogla da jede, loše je spavala.... Bila je opsjednuta.....“

Tegobama je prethodilo niz stresnih situacija, kao što je smrt oca prije 8 mjeseci (bila je jako vezana za oca, i nikad nije prihvatila njegovu smrt....), česta preseljenja iz stana u stan (živi kao podstanar...), posljednji put su se preselili prije 3 nedjelje, teška finansijska situacija, dugovanja.

U psihi kom statusu: uredne spoljašnosti, upadljivog ponašanja (cupka nogama, krši ruke, gleda u stranu), verbalni kontakt se uspostavlja, razgovor održava i produbljuje, budne svijesti, orijentisana u svim pravcima psihijatrijskog ispitivanja, usporenog misaonog toka sa povremenim gubitkom determinišuće tendence i ciljne predstave. U sadržaju mišljenja persekutivne sumanute ideje, ideje odnosa i uticaja, vidne i slušne perceptivne obmane fenomen ubacivanja i kontrolisanja misli i ponašanja sa uvidom i kritičkim stavom prema njima. Anksioznost visokog stepena dominantno na motornom i kognitivnom planu, pad voljno-nagonskih dinamizama (insomnija, hipopetici-

ja, hipobilija) kritičkih postupaka.

Premorbidna li nost: vedra, komunikativna, lako uspostavlja socijalne kontakte, pedantna, savjesna.

Negira psihijatrijska oboljenja u porodici

Na osnovu obavljenog intervjua, simptomatologija u psihičkom statusu, upućivala je na to da se radi o akutnom psihotičnom poremećaju, te je predložen bolnički tretman. Pacijentkinja je upućena na hospitalizaciju, na koju je dobrovoljno pristala.

U toku bolničkog liječenja uključena je farmakoterapija: atipični antipsihotik (Risperidon), antidepresiv iz grupe (SSRI-Sertralin) i anksiolitik (Lorazepam).

Urađene su laboratorijske pretrage i CT kranijuma (nalaz uredan).

Uz individualne psihoterapijske seanse i podršku došlo je do povlačenja psihopatološke fenomenologije, uspostavljena je remisija, te se pacijentica nakon četiri nedjelje bolničkog tretmana, oporavljena otpušta kući sa preporukom za nastavak liječenja u CMZ-u Zvorniku.

Sa pacijenticom je uspostavljena dobra komplijansa. Redovno dolazi na kontrolne preglede, uzima redovno terapiju: Rissar tbl 2mg 1+0+0, Zoloft tbl 50 mg 1+0+0, te i uz nastavak individualne psihoterapije i podrške, pacijentkinja aktuelno održava remisiju, funkcionalna je, stabilna.

Pored toga pacijentica je uključena u sve aktivnosti Centra za mentalno zdravlje, urađen je plan brige, procjena rizika i krizni plan za pacijenticu.

Strukturalno-strateške intervencije u sistemskoj porodičnoj terapiji

Irina Puvača

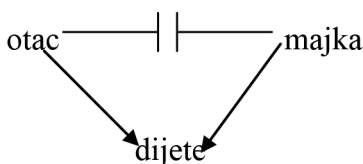
STRUKTURALNA PORODICA NA TERAPIJU

Osnovne karakteristike

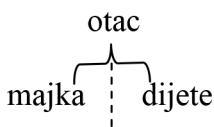
- Simptom je u funkciji cjelokupnog porodičnog sistema i obično se javlja kada se nefleksibilna porodična struktura ne može adekvatno prilagoditi situacionim ili razvojnim promjenama.
- Cilj terapije je reorganizacija porodične strukture, što će dovesti i do eliminiranja simptomatskog ponašanja, rješenje problema je produkt sistemske promjene.
- Ova terapija je aktivna i direktno usmjerena na situacije "ovdje" i "sada".
- Cijela porodica se uključuje u tretman.
- Uvažava se individualni, porodični i socijalni kontekst.
- Osnovni koncepti: granice, moć, subsistemi, savezi i koalicije.
- Terapijski proces: kroz pridruživanje (zadobijanje porodičnog povjerenja, savladavanje otpora, prilagođavanje terapeuta porodici), dijagnozu (u terminima granica, subsistema, saveza) i tehnike (promjena moći u subsistemima (promjena saveza, koalicija, uspostavljanje efikasne hijerarhijske strukture) i promjena granica itd.).

Razvoj poremećaja ponašanja

a) Kada roditelji nisu u stanju da razriješe međusobni konflikt, skreću fokus brige na dijete i prevazilaze sukobe ili emocionalnu distancu, udružujući se protiv djeteta.



b) Roditelji se svađaju preko djeteta, otac zamjera majci da je pretjerano popustljiva, a ona ocu da je stroga, ovo može dovesti do povlačenja oca i formiranja krosgeneracijske koalicije između majke i djeteta.



majka umrežena sa djetetom, često kod hiperaktivne djece

c) Neke porodice funkcioniraju dobro dok je dijete malo, ali nisu u stanju da se prilagode potrebama djeteta koje raste za kontrolom i disciplinom, ne uspijevaju da us-

postave adekvatne granice i kontrolu, previše su umreženi sa djetetom, odnose se jedni prema drugima kao jednaki, defektna hijerarhijska struktura, roditelji ne uče dijete pravilima i poštivanju autoriteta, te ona mogu biti neposlušna i imati probleme sa disciplinom u školi.



d) Poremećaji ponašanja mogu se javiti kada se dešavaju bitne promjene porodične strukture -razvod, separacija, ulazak u novi brak.

Ciljevi terapijskog rada

- jasna pravila i uloge u porodici
- modifikacija granica, umrežena porodica-diferencijacija individua i subsistema-pojačati granice između njih
- dezorganizirane porodice, povećati interakcije između članova porodice, čineći granice propustljivijim
- unapređenje roditeljskih vještina

STRATEŠKI PRISTUP

Strateški terapeuti se fokusiraju na sekvence ponašanja koje se ponavljaju i sheme komunikacije. Oni su problemski orijentirani i više su zainteresirani za promjenu nego za razumijevanje porijekla problema i za etiologiju problema (koliko za ono što taj problem održava). Bez obzira na to kako i zašto je nastao simptom, on opstaje zahvaljujući sadašnjem ponašanju pacijenta i specifičnim interakcijama koje ima sa drugim licima. Strateški terapeuti su usmjereni na to da otkriju i promijene ponašanja koja održavaju simptom. U radu su usmjereni na opservacije i mijenjanje specifičnih sekvenci ponašanja. Smatraju da su individualne teškoće manifestacija porodične disfunkcionalnosti, a da svaki simptom ima komunikacijsku vrijednost, te da je svako ponašanje potrebno shvatiti kao rezultat interakcije makar triju lica..U svom radu kreiraju situacije u kojima se članovi porodice spontano počinju ponašati na drugačiji način. Prema mišljenju strateških porodičnih terapeuta, patološki porodični sistemi su oni u kojima homeostaza preuzima primat nad promjenom. Porodice koje razvijaju probleme su one koje ne modificiraju svoje ponašanje kako bi se prilagodile promijenjenim okolnostima, tj. umjesto da se adaptiraju na promjenu, one nastavljaju sa rigidnim sekvencama ponašanja koje više nisu funkcionalne.

Ine. Ovakve porodice se najčešće "zaglavljaju" u tranzitnim tačkama životnog ciklusa. Simptome je potrebno razumjeti u kontekstu u kome se javljaju i u svjetlu njihove funkcije u porodičnom sistemu. Karakteristika patoloških sistema je neadekvatna hijerarhijska organizacija (nejasna hijerarhija-teškoće da se definiraju uloge). U nekim porodicama postoji hijerarhijska organizacija, ali skrivena koalicija djeteta i jednog roditelja umanjuje snagu i jedinstvo roditeljskog subsistema (više ovakvih skrivenih krosgeneracijskih koalicija-ozbiljniji problem). Hronična teškoća patoloških sistema jeste rigidnost, a akutni problem nastaje kad odbijaju da prilagode i promijene svoje ponašanje u određenim okolnostima.

Cilj terapije je rješavanje problema, nisu toliko usmjereni na promjenu porodične strukture, smatraju da će promjena (rješavanje problema) imati domino-efekt poboljšavajući funkcioniranje porodice.

Strateški terapeuti vjeruju da uvid i svjesnost klijenta

često ne dovode do promjene, jer lica koja funkcioniraju na disfunkcionalan način ne mogu dovoljno da se udalje i vide šta održava problem. Zato često koriste paradoks. Podrazumijevaju otpore i očekuju od klijenata da čine sve ono što im se kaže da ne rade.

Strateški terapeuti ispituju problem, raspituju se o rješenjima problema koja je porodica već pokušala da primijeni. Traže od porodice da konkretno i detaljno opiše problem. Terapeut prihvata sve što porodica kaže, izbjegava konfrontacije i fokusira se na sadašnje teškoće, izbjegavanjem konfrontacije smanjuje se otpor.

Važan dio rada je davanje domaćih zadataka i direktiva od kojih su mnogi paradoksalni i većina njih se ostvaruje između seansi.

Porodica se detaljno analizira i planira se strategija intervencije.

Uloga civilnog društva - nevladinog sektora u oblast mentalnog zdravlja

Jasmina Selimovi

Uvod

U okviru Projekta mentalnog zdravlja u BiH i edukacije u oblasti koordinirane brige budućih trenera, ukazala se potreba da se detaljnije obradi veći broj određenih tema u vidu seminarskih radova koji će predstavljati dodatni resurs budućim trenerima, osoblju centara mentalnog zdravlja i predstavnicima institucija i vladinih i nevladinih organizacija koje se bave mentalnim zdravljem. Radi što boljeg razumijevanja, kao i davanja značaja koji imaju civilno društvo i nevladine organizacije u oblasti mentalnog zdravlja, u ovom dokumentu navedene su definicije mentalnog zdravlja, civilnog društva i nevladinog sektora, dat je sažeti prikaz zakonodavnog okvira za djelovanje nevladinih organizacija i korisničkih udruženja na području BiH, kao i prikaz situacije u praksi u navedenoj oblasti.

Mentalno zdravlje - def nicija

Zdravlje je osnovno ljudsko pravo i najvažniji socijalni cilj. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO): „Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili onesposobljenosti.”

Mentalno zdravlje je, svakako, mnogo više od samog odsustva psihičke bolesti. Koncept mentalnog zdravlja uključuje subjektivni osećaj blagostanja, samoefikasnosti, nezavisnosti, kompetencije, sposobnost uspostavljanja harmoničnih odnosa sa drugim ljudima, međugeneracijskih odnosa i sposobnost realizacije vlastitih intelektualnih i emocionalnih potencijala, tj. mogućnost da se konstruktivno mijenja socijalna i fizička sredina. Također, mentalno zdravlje se definiše kao mogućnost da osoba prepozna svoje potencijale, izrazi svoju individualnost, ostvaruje ciljeve koje je sama odredila, adekvatno se suočava sa stresom, radi, uživa u plodovima svoga rada i doprinosi zajednici.

Problemi mentalnog zdravlja pogađaju društvo u cjelini, a ne samo male i izolovane segmente, te je staranje za unapređenje mentalnog zdravlja veliki izazov globalnog razvoja. Nijedna socijalna grupa ili pojedinac nisu imuni na razvoj duševne bolesti, ali je rizik za narušavanje mentalnog zdravlja veći među siromašnim, nezaposlenim i osobama niskog obrazovnog statusa, djecom i adolescentima, izbjeglicama, migrantima, žrtvama nasilja, a posebno među zlostavljanim ženama i starim osobama.

Mentalno, fizičko i socijalno zdravlje su isprepletene kom-

ponente života i one imaju vitalni značaj za sve pojedince, društvo i cijelu ljudsku zajednicu. Samim tim aktiviranje šire zajednice, vladinog, a posebno nevladinog sektora u provođenju svih potrebnih mjera za unapređenje i očuvanje mentalnog zdravlja populacije veoma je značajno.

Nevladine organizacije – def nicija

Sve organizacije koje deluju u društvu možemo podijeliti na državne organizacije (javni sektor) i nedržavne organizacije (privatni sektor). Nadržavne organizacije, čije osnivanje privatno iniciraju građani, jesu organizacije civilnog društva. Te nedržavne organizacije, opet, možemo podijeliti na profitne (komercijalne) i neprofitne (nekomercijalne).

Profitne organizacije su one čije djelovanje ima cilj da stvara profit i uvećava postojeći kapital (npr., preduzeća u privatnom vlasništvu). Za razliku od njih, neprofitne organizacije su one koje ne stvaraju profit, ili, ako ga stvaraju, ne ulažu ga u ponovno uvećanje kapitala, već u različite druge društveno korisne aktivnosti i svrhe (npr., u humanitarne i dobrotvorne aktivnosti). Neprofitne organizacije nemaju cilj da uvećaju kapital, a i kada ostvaruju neku zaradu, ulažu je u svoje daljnje dobrovoljne aktivnosti.

Neprofitne organizacije može osnovati, osim građana, i vlada, pa ih zato dijelimo na vladine (javne) i nevladine neprofitne organizacije. Kada govorimo o organizacijama društva, onda uvijek govorimo o ovom drugom tipu neprofitnih organizacija - nevladinih. Nevladine neprofitne organizacije su autonomne i samostalne organizacije koje su osnovale grupe građana čiji su motivi, interesi, ciljevi i potrebe različiti. To su sve one organizacije koje nisu vladine (državne) iako i država ima svoje organizacije koje se bave rješavanjem sličnih problema, ali uz pomoć državnog aparata (organiziranjem, kontrolom i finansiranjem njihovih aktivnosti). Nevladine organizacije djeluju na drugačiji način od vladinih. Suštinu njihovog djelovanja čini povezivanje pojedinaca, bez posredovanja ili kontrole države, radi ostvarivanja nekog zajedničkog cilja. One nastaju kao svojevrsna alternativa za rješavanje mnogobrojnih problema u raznim ljudskim djelatnostima koje ne uspijevaju da riješe, ili ne rješavaju na zadovoljavajući način, postojeće državne institucije i organizacije. Nevladine neprofitne organizacije se mogu podijeliti na organizacije koje služe svim članovima društva i na one koje služe samo članovima određenih društvenih grupa.

Organizacije koje služe svim članovima društva (javne uslužne organizacije) su, naprimjer, fondacije, humanitarne i dobrotvorne organizacije, savjetodavne organizacije, organizacije za pružanje socijalnih usluga i sl. Organizacije koje služe samo članovima specifičnih grupa su različita profesionalna i stručna udruženja, klubovi, interesne grupe i savezi.

Sve ove organizacije mogu da djeluju samostalno, ili zajedno sa drugim organizacijama, kada se stvaraju mreže ovih organizacija. Oblici viših udruživanja u okviru kojih mogu djelovati ove organizacije su: koalicije, savezi i pokreti. Povezano djelovanje nevladinih neprofitnih organizacija, institucija i ustanova u nekom društvu čini neprofitni sektor. Neka od provedenih istraživanja neprofitnog sektora pokazuju da će sljedeća faza razvoja savremenih društava biti obilježena sve većim uključivanjem ovih organizacija u različite oblasti društvenog života.

Neprofitne organizacije imaju veliki značaj u socijalnoj politici razvijenih zemalja naročito zbog toga što savremena glomazna država ne može da zadovolji sve potrebe građana, pa veliki broj svojih programa prebacuje na neprofitni sektor u kojem se oni efikasnije ostvaruju. Na taj način neprofitni nevladin sektor postaje alternativa državnom sektoru, gdje se ljudi u kriznim situacijama oslanjaju na vlastite snage. Osim toga, značaj ovih spontanih udruživanja građana oko rješavanja različitih privatnih i društvenih problema jeste i u tome što se stvara mreža odnosa koji ne zavise od države, koji čine civilno društvo i koji povećavaju participaciju građana i njihovu odgovornost za sebe i društvo u kojem žive.

U svijetu, pa tako i u BiH nevladinim organizacijama se daje sve veći značaj. Gotovo da nema nekog društvenog problema u čije se rješavanje ne uključuju i nevladine organizacije. Zbog tih razloga, o nevladinim organizacijama se sve češće govori kao o važnim partnerima državnih institucija. Ovu potrebu stvaranja partnerstva između nevladinih organizacija i institucija u rukovođenju procesom razvoja priznaju i međunarodna tijela kao što su Ujedinjeni narodi.

Sloboda udruživanja je ustavno pravo građana i građanki Bosne i Hercegovine. Član 2. stav 3. Ustava Bosne i Hercegovine se odnosi, između ostalog, i na slobodu udruživanja. Također, sloboda udruživanja je zagarantirana članom 11. Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda, koja u Bosni i Hercegovini ima snagu ustavnog zakona.

Država Bosna i Hercegovina je, uglavnom, ispunila svoje obaveze u pogledu stvaranja i održavanja pozitivnog pravnog okruženja za civilno društvo. Pravnu osnovu za udruživanje građana čine tri zakona: Zakon o udruženjima i fondacijama Bosne i Hercegovine (32/2001), Zakon o udruženjima i fondacijama Federacije Bosne i Hercegovine (45/2002), Zakon o udruženjima i fondacijama Republike Srpske (52/2001).

Od svog donošenja 2001. i 2002. godine pravni okvir za djelovanje civilnog društva, određen navedenim zakonima, nije pretrpio značajnije izmjene. Ohrabruje činjenica da su Vijeće ministara BiH i nevladin sektor u BiH 7. maja 2007. godine potpisali Sporazum o saradnji između Vijeća ministara BiH i nevladinog sektora u BiH. Također, veliki broj općina u BiH ratificirao je i velikim dijelom primijenio Sporazum o saradnji između općinskog vijeća, općinskog načelnika i nevladinih/neprofitnih organizacija a veliki broj drugih općina izrazio je volju i spremnost da prihvate i implementiraju ovaj sporazum.

Uloga nevladinih organizacija i korisnih udruženja u oblasti mentalnog zdravlja u BiH/FBiH

Na osnovu Konvencije UN o ljudskim pravima, kao i niza drugih konvencija i preporuka UN, nacionalnih strategija i zakona koji reguliraju pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu, urađene su Politika mentalnog zdravlja i Strategija zaštite mentalnog zdravlja za područje BiH na entitetskim nivoima.

Pravni okvir

U Nacrtu Politike mentalnog zdravlja i Nacrtu Strategije zaštite mentalnog zdravlja u Federaciji Bosne i Hercegovine* navedeno je da se osigurava kontinuirana podrška reformi usluga u oblasti mentalnog zdravlja i pri tome naročito istaknut razvoj usluga zaštite mentalnog zdravlja u zajednici putem uspostavljanja:

1. Intersektorske saradnje i koordinacije

FBiH će promovirati i podsticati saradnju između lokalnih zajednica, sektora zdravstva i drugih sektora, pri tome posebno ističući obrazovanje, rad i socijalnu zaštitu, pravosuđe, nevladin sektor i udruženja korisnika i porodica kako bi se ostvarili bolji uvjeti za zaštitu mentalnog zdravlja i socijalnu uključenost.

Specifični ciljevi su: uspostavljanje koordinacije unutar zdravstvenog sektora, uspostavljanje i jačanje koordinacije među drugim sektorima, uspostavljanje i jačanje koordinacije sa civilnim društvom i korisničkim udruženjima, uspostavljanje i jačanje koordinacije sa lokalnom zajednicom.

2. Korisni ka udruženja i nevladine organizacije

Opći ciljevi:

- Ojačati kapacitet i vještine udruženja korisnika i njihovih porodica i nevladinih organizacija radi jačanja njihove aktivne uloge u procesima odlučivanja;
- Korisnička udruženja, udruženja njihovih porodica i nevladine organizacije treba da budu partneri vlastima u donošenju politike i strategija, te da pružaju praktičnu i savjetodavnu pomoć, kao i da podižu svijest javnosti o mentalnom zdravlju;
- Poseban značaj treba dati jačanju korisničkih udruženja, udruženja njihovih porodica i nevladinih organizacija u vezi sa socijalnim uključivanjem, samozastupanjem, zagovaranjem, smanjenjem stigme i diskriminacije i radom sa rizičnim grupama stanovništva.

Specifični ciljevi:

- Osnaživanje korisničkih udruženja, udruženja porodica i nevladinih organizacija putem kreiranja i implementacije programa cjeloživotnog učenja kao što su: vještine komunikacije i zagovaranja, te pisanja i vođenja projekata, procesni oporavak i osnaživanje u mentalnom zdravlju, podrška socijalnim mrežama za korisničke službe, socijalne kompetencije i vještine snalaženja u zajednici itd.;
- Stvaranje mreže korisničkih udruženja i nevladinih organizacija u oblasti mentalnog zdravlja.

Korisnička udruženja su prepoznata kao snažan pokretač promjena, pa će Federacija Bosne i Hercegovine dati podršku jačanju udruženja korisnika i njihove uloge u zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja.

F BiH će uključiti udruženja korisnika i njihove porodice u donošenje odluka o organiziranju službi, procjenu standarda liječenja, kao i u razvoj i provođenje politike i strategija u oblasti mentalnog zdravlja. Posebno značajna uloga se očekuje u zagovaranju i promoviranju promjena stavova prema osobama sa mentalnim problemima i poremećajima radi smanjenja stigme, diskriminacije i socijalne isključenosti.

1. Prikaz situacije u praksi

Na području BiH značajan je broj udruženja, lokalnih i stranih nevladinih organizacija koje u posljednjih 20 godina djeluju i pružaju podršku socijalno ugroženim kategorijama građana, zaštitu i različite vrste podrške građanima sa narušenim mentalnim zdravljem.

Područja djelovanja korisničkih udruženja i nevladinog sektora:

- Zagovaranje sistemskih promjena (izmjene zakona, usvajanje novih politika, strategija i njihova implementacija u praksi);
- Aktivnosti na osiguravanju uvjeta za poštivanje prava reguliranih konvencijama UN, smjernicama, preporukama i drugim dokumentima UN, Ustavom BiH/entiteta, zakonskim propisima;
- Edukacija i osnaživanje korisnika za život sa mentalnim poteškoćama;
- Osiguravanje donacija/grantova putem apliciranja stranim donatorima;
- Psiho-socijalna pomoć (materijalna i novčana pomoć, grupno i individualno savjetovanje, stanovanje uz podršku, njega i podrška u kućanskim poslovima, održavanju lične higijene, čišćenju kuće, nabavci i pripremi hrane i dr.);
- Projekti na deinstitucionalizaciji i razvoju novih usluga u oblasti mentalnog zdravlja.

Korisnici:

- duševni bolesnici (dnevni centri, dnevne bolnice),
- žrtve nasilja i trgovine ljudima (zaštitne kuće, skloništa, SOS linije),
- žrtve mobinga,
- adolescenti sa problemima u ponašanju, maloljetnička delinkvencija,

- ovisnici (dnevni centri),
- djeca bez roditeljskog staranja,
- oboljeli od HIV-a i AIDS-a,
- demobilizirani borci, bivši logoraši, civilne žrtve rata,
- prognanici/interno raseljene osobe, izbjeglice i povratnici,
- psiho-socijalna podrška porodici.

Način funkcioniranja:

- samostalan rad - direktan kontakt sa korisnicima-klijentima,
- saradnja između više nevladinih organizacija,
- partnerstva sa VO (sporazumi, protokoli),
- uspostavljanje koalicija (više NVO i VO i pojedinci),
- djelovanje na kantonalnom, nacionalnom ili regionalnom nivou.

Prednosti/postignuti rezultati:

- veći interes i motivacija za promjene i podršku korisnicima,
- manji broj korisnika - više vremena, veća posvećenost korisniku,
- dostupnost usluga - bez formalnih procedura,
- korištenje većeg broja različitih metoda, tehnika u radu (grupna terapija, individualno savjetovanje po različitim pravcima),
- apliciranje i osiguravanje stranih donacija,
- udruživanje, povezivanje više organizacija (korištenje resursa, sufinansiranja),
- zastupljen volonterski rad,
- uspostavljanje mreže/grupa za samopomoć.

Slabosti i poteškoće:

- Nemogućnost uspostavljanja unutrašnje strukture (programski profil i planski sistem djelovanja - prepoznatljivost i stjecanje kredibiliteta);
- Materijalni i finansijski problemi;
- Nedostatak kapaciteta (stručnog kadra, znanja i iskustva);
- Kratkoročni projekti - promjene, rezultati nakon dužeg rada;
- Pitanje održivosti – završetak projekta NVO i njegovo preuzimanje od VO;
- Nedostatak transparentnosti u radu;
- Ovisnost o stranim donacijama;
- Nepovjerenje u rad nevladinih organizacija;
- Rivalstvo, nadmetanje nevladinih organizacija;
- Dupliranje projekata, rasipanje sredstava;
- Stavovi i preporuke NVO se često zanemaruju pri donošenju odluka i procedura čak i kada one imaju više kapaciteta i resursa od vladinih institucija.

Umjesto zaključka

Saradnja i veza između vladinog i nevladinog sektora i dalje je neadekvatna na nacionalnom nivou. Kao što je već navedeno, NVO često nisu prepoznate kao ravnopravni učesnici u donošenju odluka iako značajno doprinose

oblasti socijalne zaštite, prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, naročito među mlađom generacijom i posebno kod osjetljivih grupa sa mentalnim poteškoćama. Postoje nacionalni i entitetski zakoni koji reguliraju osnivanje i rad udruženja i nevladinih organizacija, kao i različite nacionalne strategije koje prepoznaju važnost doprinosa NVO a koje, ipak, ne definiraju jasno elemente saradnje. Nevladinim organizacijama koje su se profilirale i postale prepoznatljive u oblasti u kojoj djeluju i koje se bave pitanjima mentalnog zdravlja neophodno je osigurati stalni izvor finansiranja, kako bi njihovi inovativni programi postali održivi.

Nevladine organizacije imaju ogromnu ulogu u društvu, a njihove vrijednosti zasnivaju se na ambiciji da unaprijede i poboljšaju ljudski život. Motivirane željom da vode brigu o društvu i bave se njegovim razvojem, NVO osnivaju i vode programe obrazovanja, socijalne i zdravstvene zaštite i ekonomskog razvoja posebno u ugroženim sektorima. Unapređujući svoj rad, NVO unapređuju i usluge koje pružaju korisnicima. Jačanje kapaciteta NVO i neformalnih grupa građana utječe na razvoj društva, te tako i na blagostanje građana.

Porodice, rizici i snage

Amira Gradišić

Porodica je mjesto gdje se susreću biološki, psihološki i socijalni utjecaji. Ona ne mora presudno utjecati na nastajanje mentalne bolesti „ovdje i sada“, ali simptom ili mentalna bolest organizira porodicu na disfunkcionalan način, te ona postaje patogena za sve njene članove.

Kao psiho-socijalni milje u kojem se pojedinac razvija, porodica utječe na formiranje kako zdrave, tako i bolesne ličnosti.

Psihijatrijski simptomi se mogu posmatrati u okviru porodice na više načina, bilo da porodica genetskim ili psihološkim utjecajima podstiče stvaranje psihijatrijskih oboljenja, ili ublažava efekte genetskih i organskih poremećaja koji mogu dovesti do duševnih oboljenja.

Savremeni pogled na porodicu i psihijatrijske simptome razvio se na temelju potrebe da se ne traga za krivcem, već da se uzročnik duševnih poremećaja traži u interakciji psihijatrijskih simptoma i porodice. Uvođenje pojma „identificirani pacijent“ – nosilac psihijatrijskog simptoma u disfunkcionalnom porodičnom sistemu - napravilo je zaokret u posmatranju odnosa porodica - psihijatrijska bolest.

Simptom se posmatra kao regulator porodičnih odnosa. On ima funkciju da održi porodični sistem, a porodični sistem održava simptom i jedan drugom pomažu u održavanju porodičnog stanja „bez promjene“, tj. u disfunkcionalnom stanju.

Disfunkcionalni transakcioni porodični obrasci mogu uzrokovati bolest, održavati je i pogoršavati, a funkcionalan porodični sistem može biti brana i zaštita za mentalnu bolest ili njen relaps.

Faktori rizika

Porodične disfunkcije koje najčešće dovode do simptoma, odnosno održavanja ili pogoršanja psihijatrijskog simptoma su:

- „double bind“ poruke /duple poruke/ kao sinonim poremećene komunikacije koje mogu dovesti do pojave šizofrenije kod mladih;
- „bračni rascjep“ /šizam/ majka nametljiva, previše zaštitnički raspoložena, dominantna, otac submisivan i pun žalbi. Među roditeljima postoje neprijateljstvo, nedosljednost i kontradiktornost sa malo mogućnosti da budu model djeci;
- „utrougljavanje“, uvlačenje u odnos trećeg člana, npr., djeteta, u odnos roditelja koji nije funkcionalan, pokušavajući da se prevaziđe nezadovoljavajući odnos;
- „EE“/ emocionalna ekspresivnost/ što uključuje kritizam i pretjerano uplitanje u život šizofrenog bolesnika,

što održava i pojačava simptome;

- simbiotički odnos majke i djeteta dok je otac autsajder;
- pretjerano emocionalno uplitanje članova porodice, slabe granice između roditelja i djece i siromašna self-diferencijacija pojedinih članova. Svi se miješaju u sve. Promjena kod jednog člana se prenosi na cijeli porodični sistem u kome se stvaraju koalicije i alijanse najčešće između vulnerabilnog djeteta i jednog roditelja. Porodica njeguje lojalnost;
- nema privatnosti ni individualnosti, narušena porodična hijerarhija. Ovo su obrasci odnosa u porodici koji generiraju, odžavaju i pogoršavaju stanje psihički labilnih članova;
- tendencija prezaštićivanja /sindrom „Petar Pan“/ „nikad dovoljno odrastao“;
- „folija D“, odnosno „folija femili“, nastaje u interpersonalnoj transakciji /inducirani članovi/ „ludilo udvoje“, inducirane simptome u zdrave članove;
- krug međusobno pojačavajućih ponašanja kod depresivnih partnera;
- porodični obrasci koji učvršćuju paranoidne reakcije bolesnog člana;
- rigidnost porodice i njena nesposobnost da se prilagodi razvojnim i drugim zahtjevima unutar porodice i izvana.

Porodični resursi i snage

Porodične snage koje mogu prevenirati pojavu, odnosno spriječiti održavanje ili relaps psihijatrijskih simptoma svojih članova treba identificirati i držati u fokusu rada sa porodicom psihijatrijskog bolesnika. Neke od univerzalnih porodičnih snaga i vrijednosti su:

- * KOMUNIKACIJA, laka i dobra, česta, otvorena, jasna i direktna. Ako je porodica ovakva, omogućava razmjenu osjećanja, nada, snova, strahova, užitaka, tugovanja i iskustava među njenim članovima. Vjerovatno je najvažnija komunikacijska vještina aktivno slušanje. Ono je esencijalno u efektivnoj porodičnoj komunikaciji. Ono donosi mir i spokoj u porodicu i moćno je sredstvo za povratak izgubljenog povjerenja među članovima.
- * ZADOVOLJSTVO, baziranje životnog stila na onome što porodica sebi može priuštiti, zahvalnost na tome i uživanje u tome, bez žaljenja za onim čega nema. Zadovoljne porodice su stabilne i ne dozvoljavaju drugima da definiraju za njih ono što oni treba da budu ili imaju.

* HISTORIJA, porodica može crpiti snagu iz povezanosti sa prošlošću. Porodična historija osigurava korijene i osjećanje pripadanja. Porodična historija se stvara pričanjem na-

jdražih porodičnih priča, važnih događaja koji su se desili članovima porodice, ili pak ostajanjem u kontaktu sa članovima porodice kada se odsele, odlaskom na porodična okupljanja, komuniciranjem pismima i dr., osiguranjem da djeca znaju članove familije, držanjem porodičnih tradicija živim i sl. Kontakt sa porodičnom prošlošću daje članovima osjećanje snage, pripadanja i identiteta.

* HUMOR, čini se posve razumljivim da se posjedovanjem smisla za humor porodice lakše suočavaju sa životnim stresorima i krizama. Humor se može koristiti kao instrument za nošenje sa porodičnim problemima. Humor jača porodicu, daje joj perspektivu i osjećaj moći, a odbacuje ljutnju i agresivnost, te doprinosi oslobađanju tenzija između članova porodice.

* OTPORNOST je mogućnost da se kultivira snaga potrebna da se pozitivno iznese sa životnim izazovima. Snažne porodice pomažu djeci da usvoje otporno ponašanje kroz savladavanje vještine rješavanja problema. Također, to rade kada pružaju nekritičku podršku i osjećanje zajedništva i međusobne bliskosti. Porodice koje nauče da se nose sa izazovima i kako da izađu u susret individualnim potrebama svojih članova su otpornije na krize i stres. Otporne porodice rješavaju probleme međusobno saradujući, kreativnim zajedničkim razmišljanjem i otvorenošću prema drugima i njihovim idejama.

* SAMOPOŠTOVANJE, dobro osjećanje u vlastitoj koži, čini susretanje sa životnim izazovima lakšim. Porodice koje vjeruju u svoju mogućnost da uspiju najčešće su u stanju da to i provedu. Porodice koje ohrabruju i učestvuju u razvoju visokog samopoštovanja su u mogućnosti da prihvate određene neuspjeha kao normalne i one ne dopuštaju da ih neuspjesi spriječe u ponovnom pokušaju, u stanju su da se nose sa svakodnevnim izazovima i problemima i u stanju su da gledaju na budućnost sa uzbuđenjem i pouzdanošću pri provođenju svojih ciljeva.

* ZAJEDNIŠTVO, porodice koje prepoznaju vrijednosti i zadovoljstva koji proistječu iz zajedničkog druženja i zajedničkih aktivnosti su snažne. One znaju da treba da pruže podršku svojim članovima. Porodično zajedništvo se ostvaruje kroz dnevnu rutinu, specijalne tradicije i poslove koji afirmiraju članove, povezuju ih sa porodičnim korijenima, dodajući kreativnost i zabavu običnim događajima.

* VRIJEDNOSTI su ogledalo onoga što smo, naše kulture i našeg jedinstvenog naslijeđa. One daju porodici moć da uspostavi prioritete i donosi odluke važne za život. Vrijednosti utječu na ciljeve, alternative koje porodica odabire i putokaz su za život.

* OPTIMIZAM je snaga da porodica mijenja fokus sa onoga što nije učinila na ono što može učiniti, od onoga što nema na ono što ima, od onoga gdje nije bila do onoga gdje može ići, od svojih slabosti do svojih snaga. Optimizam može pomoći porodici da zadrži nadu tokom perioda negativnih događanja.

* DUHOVNOST, kroz koju porodica nosi zahvalnost i osjećanje nade koja prepoznaje čak i male događaje u životu kao specijalne. Duhovnost pomaže porodici da se nosi sa uspjehom, kao i sa neuspjehom. Porodična duhovna snaga dolazi od dijeljenja sličnih vrijednosti i pronalaženja sile

vodilje.

* FLEKSIBILNOST, mogućnost prilagođavanja porodice potrebama njenih članova i vremenu u kojem živi.

Koordinirana briga u području mentalnog zdravlja i sveobuhvatna procjena potreba njenih korisnika uključuju i područje socijalnog funkcioniranja u kojem je od posebne važnosti pacijentov porodični kontekst. U tom smislu bi porodicu trebalo posmatrati ne samo kao sistem sa kojim treba ostvariti saradnju kako bi se angažirao na održavanju koordinirane brige za pacijenta već ga posmatrati kao ambijent u kojem se često generiraju i održavaju simptomi i problemi. To je, također, sistem koji treba liječiti kada je u disfunkciji. Samo funkcionalan porodični sistem se može potpuno uključiti i utjecati na liječenje njenih članova.

Porodična funkcionalnost se, u skladu sa različitim teoretskim pristupima, može i definirati. Navest ću osnovne kriterije funkcionalnosti prema sistemskom modelu /A. Beavers, 1988/ i cirkumpleksnom modelu / D. Olson, 1989, 1990/:

1. KOMPETENTNOST PORODICE, to je sposobnost porodice da ostvari zadatke koji se pred nju postavljaju. Indikatori porodične kompetentnosti su egalitarna raspodjela moći, jaka roditeljska koalicija i uspostavljenost međugeneracijskih granica.

2. FLEKSIBILNOST PORODIČNOG SISTEMA, koja se ogleda u njegovoj mogućnosti da se prilagodi potrebama svojih članova i vremena u kojem živi, što podrazumijeva sposobnost promjene liderstva, uloga i pravila u relacijama. Postoje četiri nivoa fleksibilnosti: rigidna, strukturirana, prosječna i haotična.

3. KOMUNIKACIJA U PORODICI se smatra ključnim faktorom koji omogućava porodici da ostvari kompetentnost, fleksibilnost i afektivnu uključenost.

Disfunkcionalnim porodicama je potrebna terapija kako bi se smanjio pritisak koji vrše na svoga člana u trenutku kada on ima problema u psihičkom funkcioniranju.

Svaka porodica ima svoje snage i resurse koje treba otkriti i iskoristiti, odnosno pomoći joj da one počnu funkcionirati. Umjesto isključive fokusiranosti na deficit i poremećaj, poželjno je usmjeriti pažnju na humane i zdrave potencijale. U terapiji treba, pored ostalog, potražiti i aktivirati porodične snage i njene ljekovite kapacitete i potencijale.

Literatura:

1. Milojković, M., Srna, J., Mićović, R., Porodična terapija, Beograd, 1977.
2. Goldner-Vukov, Mila, Porodica u krizi, Beograd-Zagreb, 1988.
3. Covey, Stephen R., Sedam navika uspješnih obitelji, Zagreb, 1998.
4. Janković, J., Pristupanje obitelji, Zagreb, 1996.
5. Nikolić, Staniša i sur., Osnove obiteljske terapije, Zagreb, 1996.

Uloga porodice i ljekara u liječenju lica sa mentalnim poteškoćama

Nermana Salihovi

OP ENITO O MENTALNIM POREMEĆAJIMA

Prema podacima SZO, mentalni poremećaji su pri vrhu liste najčešćih bolesti. Veliki broj ljudi koji imaju ovaj problem isključeni su iz svojih porodica i socijalnog okruženja, stigmatizirani i prepušteni sebi.

Smatra se da depresija predstavlja glavni uzrok globalne invalidnosti i ona se nalazi na četvrtom mjestu globalnog tereta bolesti. Osim toga, povećan je broj poremećaja uzrokovanih zloupotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci, broj oboljelih od shizofrenije....

Svake godine milion ljudi izvrši samoubistvo, a 10-20 miliona pokuša da se ubije.

Procjenjuje se da će svako četvrto lice u nekom periodu svog života biti pogođeno nekim mentalnim poremećajem. Stoga su prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja jedan od prioriteta i stvari koji imaju ključni značaj za svaku zajednicu. Mentalni poremećaji utječu na funkcioniranje pojedinca i uzrokuju ne samo emocionalnu patnju nego i značajno smanjenje kvaliteta života, otuđenost, negativnu obilježnost i diskriminaciju u sredini u kojoj čovjek živi. Mentalni poremećaji su često povezani s dugotrajnim liječenjem, odsustvom s posla, nezaposlenošću i smanjenjem produktivnosti, te se, stoga, posljedice mentalnog poremećaja protežu na cjelokupnu zajednicu i predstavljaju ogromno socijalno i ekonomsko opterećenje. Savremene strategije za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja sve više se usmjeravaju prema prevenciji i rehabilitaciji, multidisciplinarnoj i multisektorskoj saradnji, individualnom pristupu bolesniku, kao i brizi za oboljele u zajednici.

LICA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA U AMBULANTAMA PORODIČNE MEDICINE

S obzirom na povećanje broja lica sa mentalnim poremećajem uopće, povećan je i broj pacijenata koji svakodnevno dolazi u ambulante porodične medicine, odnosno posjećuje svog porodičnog ljekara. Najčešći razlozi za to su pogoršanje bolesti, odnosno krize, propisivanje, odnosno produženje terapije, problemi vezani za njihovo fizičko zdravlje.... Iako u ambulantama porodične medicine vladaju velike gužve, odnosno dugo se čeka na pregled, pacijenti sa mentalnim poremećajem ne mogu dugo da čekaju, zahtijevaju da uđu «preko reda». To obično tako i biva, odnosno porodični ljekari imaju razumijevanja za njihovu bolest, prozivaju ih preko reda uz izvinjenje drugim pacijentima u čekaonici. Ovakvi pacijenti rijetko dolaze

sami na pregled. Obično dolaze u pratnji nekog od članova svoje porodice, ponekad je to socijalni radnik, prijatelj i sl. Komunikacija je ponekad vrlo dobra, a ponekad veoma otežana i u tom slučaju biva uspostavljena uz pomoć pratioca pacijenta.

Najčešći mentalni poremećaji koji se susreću u ambulanti porodične medicine su depresija, anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj, shizofrenija, zloupotreba alkohola, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, hronični bolni sindromi, smrt, umiranje i tugovanje.

Neizbježno je i bavljenje reakcijama bolesnika i njihovih porodica na akutne i hronične somatske bolesti.

Neke od spomenutih oboljenja porodični ljekari mogu liječiti sami, a neke uz pomoć psihijatra. Iako pacijenti često bivaju upućeni na pregled psihijatrima, uloga porodičnog ljekara u liječenju ovakvih pacijenata je velika i obuhvaća sljedeće:

- steći povjerenje pacijenta,
- podučiti pacijenta o njegovom oboljenju i tretmanu oboljenja, objasniti da to stanje nije rezultat njegove mane ili slabosti,
- prodiskutirati o lijekovima s osvrtom na efikasnost, početak djelovanja, moguće popratne pojave, ponovno uvjeriti pacijenta da je većinu medikamenata potrebno uzimati nekoliko sedmica kako bi došlo do poboljšanja,
- napraviti pregled ciljeva terapije: poboljšanje funkcioniranja i cjelokupnog kvaliteta života,
- zalagati se za što duže očuvanje njihovih radnih i životnih sposobnosti, poboljšanje fizičkog, psihičkog i socijalnog statusa,
- razvijati mehanizme koji bi pomogli u zadovoljavanju njihovih raznovrsnih bioloških i socijalno-psiholoških potreba, kao i dalje razvijanje i unapređivanje svih oblika institucionalne i vaninstitucionalne zaštite,
- zalagati se za postizanje njihovog odgovarajućeg položaja u porodici i društvu.

Da bi se postavila dijagnoza i odredio medicinski tretman, vrlo su važni simptomi bolesti, vrijeme njihovog pojavljivanja, lična anamneza, socijalni faktori i drugo. Dijagnoza se postavlja tek nakon kompletne timske obrade, psihološkim testiranjem, dopunom heteropodataka dobijenih socijalnom anamnezom. Većina lica sa mentalnim poteškoćama živi u porodici, bilo sa roditeljima, partnerom, djecom, bratom, sestrom... Zdravi članovi porodice aktivno učestvuju u zaštiti zdravlja oboljelog, sprečavaju komplikacije i predstavljaju značajan faktor kompletnog rehabilitacionog procesa. Ali, i porodici psihijatrijskog

pacijenta je potrebna pomoć stručnog lica, jer samo porodica sa ispravnim stavom prema psihijatrijskom bolesniku može pomoći tom pacijentu.

Ponekad pacijenti ili članovi njihovih porodica odbijaju da idu na pregled psihijatru, jer oni «nisu ludi». To se naročito odnosi na mlađu populaciju, jer «neko će ih vidjeti». U takvim slučajevima porodični ljekar ordinira terapiju uz usmenu konsultaciju sa psihijatrom, odnosno porodični ljekar je spona između oboljelog i psihijatra. Nerijetko pregled pacijenta, bilo zbog njegovog lošeg psihičkog ili fizičkog stanja, nije moguće obaviti u ambulantom porodice medicine, nego se on obavlja u kućnim posjetama.

Prema ovakvim pacijentima se mora postaviti kao i prema ostalim bolesnicima uz određene specifičnosti. Svaki bolesnik je priča za sebe. Dva lica istog spola i godišta mogu da imaju istu dijagnozu, ali nikako isti tok i ishod bolesti. To znači da se nećemo prema svakom psihijatrijskom bolesniku odnositi na isti način, a naročito ne rutinski. Svaki od njih ima svoje potrebe i probleme, ali i mogućnosti.

Pacijente sa mentalnim poremećajem neizbježno prate osjećanja stida, krivice, bijesa ili nezadovoljstva i da bi njihovo liječenje bilo uspješno, protiv takvog osjećanja se treba boriti, jer nijedna bolest nije nešto čega se treba stidjeti i niko nije kriv što se određena bolest pojavila.

POVEZANOST MENTALNIH I TJELESNIH OBOLJENJA

Stopa smrtnosti od tjelesnih oboljenja kod ljudi koji pate od mentalnog poremećaja je značajno viša nego kod opće populacije. Shizofrenija je prepoznata kao bolest koja skraćuje životni vijek za prosječno 10 godina više u odnosu na opću populaciju. Dvije trećine ovih prijevremenih smrti su povezane sa lošim fizičkim zdravljem.

Dijabetes je 2-3 puta češći kod lica oboljelih od SCH, karcinom crijeva je 90% vjerovatniji kod shizofrenih lica, a karcinom dojke je češći za 42%.

Postoji niz faktora koji doprinose povećanom nivou gojaznosti i dijabetesa, uključujući i lijekove, a samim tim i povećanje tjelesne težine. Ovi faktori su povezani sa razvojem kardiovaskularnih oboljenja, vodećim uzrokom prijevremenih smrti kod tjelesnih oboljenja.

S obzirom na navedeno, u ambulantom porodice medicine provode se sljedeće aktivnosti kod lica sa psihičkim poremećajima:

- ispitati tjelesno zdravlje,
- ispitati povezanost riziko-faktora i zdravih navika sa tjelesnim zdravljem,
- ispitati povezanost korištenih lijekova s tjelesnim zdravljem,
- evaluirati vodič za fizički skrining i preglede tjelesnog zdravlja,
- evaluirati intervencije usmjerene na smanjenje riziko-faktora za razvoj bolesti i savjetovanje korisnika i članova porodice o rizičnom ponašanju, savjetovanje o zdravim životnim stilovima, o načinu ishrane, prestanku pušenja, fizičkim aktivnostima...

Većina ljudi sa psihičkim poremećajima suočava se sa stigmom i iz toga proisteklom diskriminacijom. Stigmatizacija lica koja boluju od psihičkih bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje takvih lica, jer se smatra da su opasna, nepredvidljiva, neodgovorna, nepouzdana. Stigmatizacija ima negativne posljedice za oboljelog, članove njegove familije i za cijelu zajednicu, ali i za psihijatriju kao struku. Stigmatizacija slabi svoje žrtve, pojačava osjećanje otuđenja, čime nepovoljno utječe na tok bolesti i njeno liječenje. Značajan utjecaj na negativnu predstavu o mentalno oboljelim ljudima, pored predrasuda, imaju i mediji koji veoma često eksploatiraju teme prema kojima su duševni bolesnici oni koji ugrožavaju druge ljude i koji su opasni za okolinu.

Stigma i diskriminacija čine da ljudi šute o svojoj bolesti. Zbog toga, često odgađaju traženje ljekarske pomoći, izbjegavaju da se pridržavaju preporučenog režima liječenja, izbjegavaju da dijele svoju zabrinutost sa porodicom, prijateljima, susjedima, ljekarima... zbog straha od osude. Saznanje drugih da se lice liječi od psihičkog poremećaja može dovesti do izolacije tog lica, poremećaja komunikacije, diskriminacije na poslu. U dječjem i adolescentskom dobu oboljelo lice može postati predmet ismijavanja u školi.

Kada lice počne da se liječi od psihičke bolesti, ili kada počne da dolazi u psihijatrijske bolnice, postoji vjerovatnoća da se stigma proširi i na porodicu. Naime, tu porodicu počnu izbjegavati a ona može postati opterećena osjećanjem krivice da joj je nešto loše u genima.

PROCES DESTIGMATIZACIJE

Jedan od prioritarnih ciljeva porodičnog ljekara danas u svijetu je borba protiv stigme pridružene mentalnim poremećajima i sprečavanja diskriminacije. Obrazovanje javnosti o mentalnim poremećajima je prvi korak ka smanjenju stigme.

SZO predlaže sljedeće aktivnosti iz oblasti antistigma-programa:

1. odnosi sa javnošću-rad sa medijima,
2. promjene u sistemu zdravstvene zaštite uopće i u psihijatriji,
3. podrška pacijentima korisnicima,
4. edukacija i trening određenih kategorija stanovništva.

Iskustva na terenu pokazuju da je kontakt s psihijatrijskim pacijentima jedan od načina koji suštinski utječe na uklanjanje predrasuda. To je, također, uspješan metod i pri razbijanju predrasuda prema drugim grupama. Poseban akcent se stavlja na ulogu medija i sredstava javnog informiranja u destigmatizaciji psihijatrijskih pacijenata. Smatra se da mediji mogu pomoći ne samo pri oblikovanju i promjeni svijesti već i time što je promocijom pozitivnih primjera moguće efikasno pomoći i u prevenciji psihičkih oboljenja i poremećaja.

U programima borbe protiv stigme važno je istaći i etičku

dimenziju – da mijenjanjem stavova pomažemo ljudima u liječenju, postajemo humaniji, oslobađamo se negativnih stavova koji nas sputavaju da budemo bolji i pravedniji.

ZAKLJUČAK

Zbog svega navedenog, uloga porodičnog ljekara u otkrivanju i rehabilitaciji, kao i u procesu destigmatizacije lica sa mentalnim poremećajima je od presudne važnosti.

Dest gmat zacija

Nikola Zec

Da bismo govorili o destigmatizaciji potrebno je da se podsjetimo na neke osnovne pojmove o samoj stigmatizaciji.

Stigmatizacija

Riječ stigma i njen izvorni pojam svoje porijeklo imaju u antičkoj Grčkoj. Stigmatizacija je izraz koji potiče od obilježavanja žigom, kojeg su robovlasnici kao znamenje srama udarali odbjeglih robovima i zločincima u antičkoj Grčkoj. Takođe, Grci su iz činjenice da neko govori drugačijim jezikom od njihovog izveli zaključak da su oni varvari, necivilizovani i tek nešto više od divljaka. Etiketiranje stranaca kao divljaka i čudaka je kroz istoriju služilo kao opravdanje za rđavo postupanje, porobljavanje, pa čak i istrebljivanje "drugačijih".

Stigma je pojam koji je označavao znak na tijelu i koji ukazuje na neke nedostatke (moralno-pravne prirode) ličnosti koja je njom obilježena. Riječ je o žigovima koji su nanošeni usijanim gvožđem i obilježavali su nekoga kao roba, zločinca ili izdajnika, dakle kao osobu koju treba izbjegavati, naročito na javnim mjestima. Kasnije stigma, prvo sa hrišćanstvom, dobija nova značenja - najprije, tjelesnu nakaznost kao posljedicu božije volje, a zatim i promjene na koži religioznih histerika koje se javljaju upravo na onim mjestima na kojima je Hrist bio fiksiran na krstu.

U savremenom kontekstu, stigmatizacija je društveni proces etiketiranja i izopštavanja svih onih grupa i pojedinaca kao njihovih pripadnika, koji se razlikuju od "normalnosti" većine u svom društvenom okruženju, a gdje upravo ta sredina diktira pojam društvene prihvatljivosti, bilo da je u pitanju etnička, moralna ili bilo koja druga različitost. Postupak socijalnog obilježavanja neke osobe je udaranje moralnog žiga da bi se ista degradirala i svrstala u društveno nepoželjnu kategoriju nemoralnih, štetnih i opasnih osoba. Stigmatizovane osobe imaju funkciju tzv. žrtvenog jarca. To ima nepovoljne efekte po stigmatizovanu osobu koja postaje socijalno obilježena, socijalno izolovana, zakonski obespravljena, izopštena i često prezrena. Ove osobe odlikuje otežana socijalna integracija.

Stigmatizacija mentalno oboljelih

Mentalno zdravlje je presudno za sveobuhvatno blagostanje osobe, društava i država, i predstavlja nacionalni kapital. Mentalna oboljenja mogu pogoditi svakoga, na

svakom mjestu i zato treba da se usprotivimo stigmatizaciji, diskriminaciji i izolaciji mentalno oboljelih osoba. Svaka mentalno oboljela osoba ima pravo da se liječi u sopstvenoj zajednici na najmanje ograničavajući način. U svim sredinama postoji strah od ludila iz kojeg izvire stigma (žigosanje) onih koji imaju duševne probleme. Čini se da je moderan svijet narcističan i da favorizuje vladavinu razuma, materijalne moći, uspjeha i vječite mladosti. Na žalost, u takvom svijetu i racionalnost i destrukcija često imaju prevagu nad hvaljenim razumom.

Destigmatizacija psihijatrijskih bolesnika

Destigmatizacija psihijatrijskih pacijenata profesionalni je i etički imperativ koji se, na preporuku Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Svjetskog udruženja psihijatara, sprovodi u sve većem broju zemalja svijeta. Osnovni cilj ove kampanje je zaštita prava psihijatrijskih pacijenata, kao i bolji tok i ishod liječenja, uspješnije integrisanje pacijenta u društvenu zajednicu, konačno - zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja. S tim u vezi, SZO je predložila deset koraka za reformu zaštite mentalnog zdravlja:

1. Obezbijediti liječenje u okviru primarne zdravstvene zaštite.
2. Obezbijediti dostupnost psihotropnih lijekova.
3. Pružiti liječenje u zajednici.
4. Obrazovati stanovništvo.
5. Uključiti zajednicu, porodicu i korisnike.
6. Uspostaviti nacionalnu politiku, programe i zakonodavstvo.
7. Razvijati stručni kadar.
8. Povezati se sa drugim sektorima.
9. Pratiti mentalno zdravlje u zajednici.
10. Podržati istraživanja.

Mentalno zdravlje je predugo zanemarivano, a mentalno oboljeli isključivani iz naših zajednica. Prepreke razumijevanju su strah, neznanje, predrasude, stid i isključivanje. Sve to vodi ka stigmatizaciji mentalno oboljelih.

Destigmatizacija se istovremeno gradi u dva smjera. Prvi osvještava i provocira javnost u smislu mijenjanja percepcije prema osobama s duševnim oboljenjima, odnosno razumijevanje da fenomen duševne bolesti nije otklonjen od društva, da su ljudi sa duševnim poremećajima dio društva i da im treba pružiti mogućnost da pronađu vlastitu poziciju u njemu.

Glavni akteri i mehanizmi podizanja svijesti javnosti o potrebi inkluzije duševnih bolesnika su:

- Profesionalci u mentalnom zdravlju - postoji potreba njihovog dodatnog ojačavanja i edukovanja jer su često i sami odgovorni za stigmatizovanje duševnih bolesnika, te da se najčešće griješi kada se psihički bolesna osoba doživljava isključivo kroz njenu bolest. Svaka je osoba puno više od bolesti od koje boluje.
- Mediji - u nekim evropskim zemljama struka je postigla dogovor sa medijima o tome na koji način pisati o duševnim bolesnicima.
- Obrazovanje - osmisliti i unijeti u obrazovni program pravilno informisanje mladih o prirodi mentalnih oboljenja.
- Institucije kulture.
- Nevladine organizacije, i sl.

Drugi segment je usmjeren na osnaživanje osoba s duševnim oboljenjima da sami postanu akteri procesa destigmatizacije. Pri tom se žele pronaći načini na koje oni

sami mogu progovoriti o problemima, o mogućim rješenjima, o greškama koje društvo na svjesnom ili nesvjesnom nivou čini prema njima, ponuditi im oruđe za djelovanje da sami iznađu i kreiraju prostore u društvu za svoju aktivnu uključenost.

Značajan aspekt destigmatizacije koji se prepoznaje u oba naprijed navedena segmenta je i veoma bitna uloga ljudi iz najbližeg okruženja, porodice, prijatelja, kolega i sl.

Posljednjih godina u svijetu se vodi kampanja protiv žigosanja duševnih bolesnika, pod nazivom "Otvorite vrata". Misli se na otvaranje vrata velikih duševnih bolnica. Prije toga je potrebno da svako od nas otvori vrata svog razumijevanja za druge ljude, što uključuje i razumijevanje mentalno oboljelih osoba.

"Svaka je osoba puno više od bolesti od koje boluje. Ona nije postala bolest, niti je bolest postala ta osoba."

Norman Sartorius, psihijatar

Motiviranje za liječenje ovisnika
o alkoholu i kokainu u CMZ i uključivanje
u klubove liječenih alkoholičara
i klub ovisnika o kokainu

Nikolina Palameta

Uvod

Alkoholizam je recidivirajuća bolest koja nastaje dugotrajnim i prekomjernim uzimanjem alkoholnih pića prigodom čega dolazi do nastanka ovisnosti o alkoholu i nastanka zdravstvenih, obiteljskih, radnih problema, te problema u društvu.

Ovisnost o alkoholu sadrži šest osnovnih simptoma prisutnih kod većine ovisnika o alkoholu a to su: žudnja koju karakterizira stalna želja ili potreba za pijenjem alkohola, gubitak kontrole, odnosno nemogućnost prestanka pijenja kada se sa njim započelo, razvoj fizičke ovisnosti gdje se, nakon prestanka pijenja, javlja pojačano znojenje, drhtanje tijela, tjeskoba, mučnina i drugi poremećaji, porast tolerancije gdje se javlja potreba za pijenjem sve većih količina alkohola kako bi se postigao odgovarajući učinak. Pri tome dolazi do zanemarivanja obitelji, radnih i drugih obveza i interesa i nastavka pijenja unatoč spoznaji o štetnosti pijenja na zdravlje i svakodnevno funkcioniranje (Gollik-Gruber, 2003). Razvoj ovisnosti o alkoholu prati početna faza društvene potrošnje koju karakterizira prigodno pijenje u društvu, na izlascima, sastancima. S vremenom se unosi sve veća količina alkohola i dolazi do porasta tolerancije. Druga faza je faza baždara u kojoj osoba pije određenu količinu alkohola koja joj je potrebna kako bi funkcionirala. Ova se faza dijeli u dvije potfaze: ranija faza u kojoj se razvija psihička ovisnost o alkoholu kada osoba može prestati piti neko vrijeme, ali kada počne ponovno piti, ne može prestati dok se ne opije. U toj fazi se gubi moć kontroliranja pijenja. S vremenom prekidi pijenja su sve kraći i ulazi se u fazu fizičke ovisnosti o alkoholu kada alkoholičar mora piti svakodnevno kako bi mogao funkcionirati. Dolazi do gubitka mogućnosti apstinencije, gdje alkoholičar osjeća „metaboličku glad“ za alkoholom.

DSM-IV. definira ovisnost o kocki ili patološko kockanje kada je osoba kronično i uznapredovalo sve manje sposobna oduprijeti se impulsu da se kocka, te kada, kao i kod ovisnosti o alkoholu, nastaju problemi na osobnom planu i obiteljske, zdravstvene i radne poteškoće.

Simptomi patološkoga kockanja ogledaju se u:

1. Zaokupljenosti kockanjem (prepričavanje kockarskih dogodovština ili natjecanja koja su prošla, planiranje budućih pothvata ili smišljanje načina kako da se dođe do novca za kockanje);
2. Potrebni su sve veći uloz i rizici kako bi se postigla željena razina uzbuđenja;
3. Ulažu se opetovani napori da se kontrolira, smanji kock-

anje ili prestane kockati;

4. Javlja se nemir ili razdražljivost pri pokušaju smanjivanja ili prestanka kockanja;
5. Kockanje se koristi kao način bijega od problema ili umanjivanja disforičnog raspoloženja;
6. Nakon gubitka novca na kockanju, često se vraćaju sljedećeg dana kako bi ga nadoknadili;
7. Lažu članovima obitelji, terapeutu ili drugima kako bi sakrili stupanj uvučeniosti u kockanje;
8. Počinitelji su nezakonitih djela kao što su krivotvorenje, prijevara, krađa ili pronevjera kako bi financirali kockanje;
9. Ugrozili su ili izgubili važnu vezu, posao, obrazovnu mogućnost zbog kockanja;
10. Oslanjanje na druge radi nabavljanja novca kojim bi se olakšala očajna financijska situacija prouzročena kockanjem.

Ako postoji uznapredovala opasnost da se osoba odupre impulsu da igra igre na sreću, a prisutno je nekoliko već navedenih obilježja, može se reći da se razvila ovisnost o kockanju. Osim podjele na patološko i nepatološko kockanje, i ovisnost o kockanju se razvija na kontinuumu od socijalnoga do patološkoga kockanja.

Motiviranje za liječenje ovisnika o alkoholu i kocki u CMZ i uključivanje u klubove liječenih alkoholičara i klub ovisnika o kocki

Prvi kontakt u CMZ sa ovisnicima o alkoholu i patološkim kockarima

Na temelju potreba populacije korisnika usluga u CMZ uvidjelo se da je sve veći broj osoba koje imaju problema sa alkoholom i kockom. Pošto Mostar ima dugu tradiciju borbe sa alkoholizmom, svi djelatnici CMZ su prošli tečaj senzibilizacije poremećaja prouzročениh alkoholom koji je vodila Nada Matović, osnivačica prvoga KLA 1963. godine. Tri djelatnice su preuzele vođenje klubova liječenih alkoholičara i Obiteljsku školu za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti o alkoholu.

Pri tomu se uspostavio model učinkovitoga izvanbolničkoga liječenja ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o kocki. Prvo sa čime se susrećemo pri radu jeste da nijedan ovisnik ne dolazi dragovoljno. Uglavnom dolaze pod pritiskom obitelji, radne okolice ili zbog zdravstvenih problema. Na samom dolasku motivacija je vrlo niska i izvanjski uvjetovana. Uglavnom, u početku ovisnici o alkoholu ili kocki dolaze sa idejom da privremeno prestanu piti ili kockati se dok se prilike u obitelji ili na radnome mjestu ne smire.

Odmah na početku u proces liječenja potrebno je uključiti članove obitelji, odnosno supružnike, ili pridruženoga člana obitelji. Pri samome dolasku u Centar za mentalno zdravlje obavlja se prvi intervju sa alkoholičarem/kockarom koji je u pratnji člana obitelji, te se uzima anamneza alkoholičara ili kockara. Nakon toga se upućuje na pregled psihijatra i dogovara se testiranje kod psihologa. Istodobno se rade laboratorijske pretrage i ovisnici se upućuju da urade ostale pretrage koje psihijatar preporuči. Odmah nakon dolaska obitelj se uključuje u klub liječenih alkoholičara ili klub ovisnika o kocki. Osim na motivaciji ovisnika o alkoholu/kocki, mora se raditi i na jačanju motivacije pratećega člana obitelji koji ne razumije zbog čega se on mora uključiti u program liječenja, jer on ne pije i ne kocka. Potrebno je ukazati supružnicima i na to da su oni suučesnici u pijenju ili kockanju, jer i oni svojim toleriranjem pijenja ili kockanja pridonose i daju dopuštenje da se vodi takav životni stil.

Uključivanje u Zajednicu klubova liječenih alkoholičara „Dr. Vladimir Hudolin“

Nakon obavljenoga tretmana u Centru za mentalno zdravlje, obitelj se uključuje u daljnji tretman i liječenje u Zajednicu KLA „Dr. Vladimir Hudolin“. Zajednicu čine obiteljski klubovi liječenih alkoholičara (šest klubova), Obiteljska škola za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti o alkoholu, Sekcija za zdravo življenje, te Klub liječenih ovisnika o kocki. Svaki klub djeluje prema načelu terapijske zajednice. Njegova osnovna zadaća je uspostava i očuvanje apstinencije njegovih članova, te resocijalizacija i pomoć drugim alkoholičarima. U tu svrhu svaki klub održava jedanput dnevno, određenog dana i u određenom sat, terapijski sastanak. Osim alkoholičara, u klub se uključuju i članovi njihovih obitelji, jer se polazi od Hudolinovoga shvaćanja alkoholizma kao obiteljske bolesti, odnosno kao poremećaja interakcije unutar obiteljskoga sustava, koji se može liječiti samo ako se cijeli obiteljski sustav uključuje u terapijski postupak. Prije uključivanja u klub obitelji prolaze temeljnu edukaciju iz alkoholologije (o tomu što je alkoholizam, kako utječe na tjelesno i psihičko zdravlje, njegov utjecaj na obitelj, apstinencijska kriza i recidiv, Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, uloga KLA u liječenju i apstinenciji, promjena stila življenja). Isti takav program koji se odnosi na ovisnost o kocki prolaze i članovi kluba ovisnika o kocki. Edukacija traje 30 sati nakon čega se polaže ispit i izrađuje plan rehabilitacije. Poslije završene edukativne jedinice sudjeluje se na sastanku kluba koji je strukturiran i čiji je glavni cilj održavanje apstinencije.

Ukoliko se pojave poteškoće kod djece, ona se uključuju u Sekciju za zdravo življenje u kojoj se posebnim tehnikama radi sa djecom kako bi prevladala poteškoće i oporavila se.

Motivacija za liječenje u izvanbolničkim uvjetima mora biti osobito velika bez obzira na to iz čega je ona proizašla (obiteljski, radni ili zdravstveni problemi). Samo odlučivanje o liječenju neprekidno se mora podržavati i jačati. Pozitivna motivacija je, ipak, temeljni preduvjet za uspješno liječenje alkoholičara, pa se tijekom tretmana mora poduzeti sve kako bi se takva motivacija stvorila. Zato je osobito važan prvi kontakt s terapeutom pri čemu se i od terapeuta očekuje da bude motiviran provoditi liječenje u izvanbolničkim uvjetima (Pintarić, 1998). S vremenom unutarnja motivacija se razvija i jača, događaju se promjene u svakodnevnom životu, ponovno se uspostavljaju narušene obiteljske i emotivne veze, ovisnik preuzima aktivnu ulogu u društvu, te dolazi do porasta njegovoga samopouzdanja i samopoštovanja. Članovima kluba se preporučuje da dolaze u klubove najmanje pet godina kako bi se postigla uspješna remisija i spriječio recidiv. Ono na čemu se posebice radi jeste promjena ponašanja pratećega člana obitelji. Naime, on se i sâm mora mijenjati, ispravljati svoje greške i ponašanje i polako dopustiti da oporavljeni supružnik ponovno zauzme svoje mjesto u obitelji koje mu i pripada. On mora prihvatiti da je recidiv moguć u bilo kojoj fazi liječenja, ali i da se razvijaju tehnike ranoga prepoznavanja i saniranja recidiva.

Liječenje u Zajednici se odvija u izvanbolničkim uvjetima u popodnevnim satima bez izostajanja sa posla i bez bolovanja. To je model koji donosi mnogo ušteda zdravstvenome sustavu, ali i društvu u cjelini. Ovisnosti se pristupa na sustavan način, uzimajući pri tomu u obzir da nema instant-promjene, da je sâm pojedinac odgovoran za svoje liječenje, te da mijenjanje osobe ne može proći bez mijenjanja njegovoga obiteljskoga sustava.

Literatura:

- Golik-Gruber, V., i sur. (2003), Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika, Zagreb, Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara
- Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV. međunarodna verzija s MKB šiframa (1996), Jastrebarsko, naklada „Slap“
- Pintarić, S., (1998), Liječenje alkoholičara (u izvanbolničkim uvjetima), Alkoholološki glasnik 1(35):13-14
- Vodič kroz liječenje (2010), Odjel alkoholizma, Klinika za psihijatriju KB „Sestre milosrdnice“

Porodi na konferencija -
model podrške porodici u krizi
i mogu a nova socijalna usluga

Branka Zdjelar

Porodi na konferencija je metoda rada po kojoj se, u slučaju da se problem pojavi, porodica i njena mreža okupljaju radi kreiranja vlastitog plana rješavanja problema kojeg ima pojedinac ili porodica, oslanjajući se na vlastite resurse i sposobnosti. Njen koncept ima uporište u tradicionalnom načinu rješavanja problema u porodici, tj. porodičnoj solidarnosti, uzajamnosti i povezanosti posebno u teškim periodima, te je kao takav koherentan sa postojećim iskustvom rada u zajednici, rada sa prirodnom porodicom i običajima zajednice u našoj zemlji.

Termin koji se koristi u Holandiji, zemlji razvoja ovog modela, je "Ejhen Kraht" konferencija, što u prevodu znači sopstvenim snagama, sopstvenim naporima i moćima, i izražava intenciju da porodica preuzme odgovornost za sopstvene probleme i rješenja tih problema.

Porodica u kontekstu porodične konferencije podrazumijeva porodicu u najširem smislu te riječi: podrazumijevaju se članovi porodice prvog, drugog i trećeg reda, te članovi porodične mreže koju čine pojedinci važni porodici kao što su komšije, prijatelji, školske ili radne kolege, osobe iz formalnih i neformalnih grupa kojima osoba-porodica pripadaju, a koje mogu biti od pomoći u kreiranju plana rješavanja problema. U porodičnoj konferenciji učestvuju i djeca, u zavisnosti od mogućnosti učestvovanja, te im je potrebno obezbijediti podršku osobe koju oni izaberu.

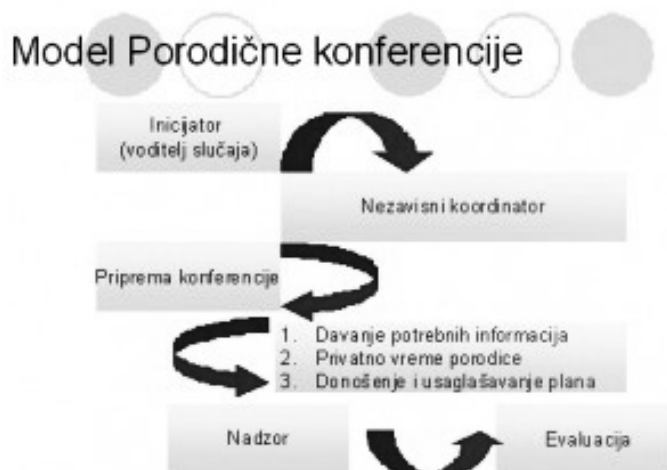
Porodična konferencija zasnovana je prije na fundamentalnim kulturološkim činjenicama nego na naučnoj teoriji, iako je ovaj model opisan i teoretski, teorijama o razvoju ličnosti i identiteta djece i adolescenata, o lojalnosti u odnosima i teorijama koje posmatraju domaćinstvo kao socijalni sistem. Ti teorijski koncepti u skladu su sa idejom socijalne zaštite da klijent najviše koristi ima od stimulativnog, aktivirajućeg pristupa usmjerenog ka rješavanju problema. Metoda rada porodične konferencije blisko je usaglašen sa etičkim principima, tj. da je osoba odgovorna za svoje sopstvene akcije.

U socijalnoj zaštiti model porodične konferencije predstavlja promjenu u načinu na koji razmišljamo o klijentima. Naime, više ne gledamo na klijente kao na ljude za koje donosimo odluke, kao na pasivne primaocce pomoći, već na građane kojima mogu biti potrebne usluge koje im društvene institucije mogu ponuditi s ciljem da iznađu podršku i rješenja svojih problema, oslanjajući se na sopstvene resurse, u okviru svoje porodice i šire porodične - socijalne mreže. Model porodične konferencije predstavlja

primjer stručnog postupka koji se odvija van ustanove, koriste se resursi zajednice i klijenti u potpunosti participiraju, što pomaže osjećaju njihove destigmatizacije.

Ovaj model zasnovan je na shvatanju da su građani vlasnici sopstvenih problema, uvažava lična gledišta osobe kako se nositi sa tim problemima i koje usluge i pomoć su mu potrebni, dok institucije-profesionalac ima ulogu onog koji podržava i osnažuje porodicu za samostalno donošenje odluka i prihvatanje odgovornosti za realizaciju donesenog plana.

Model porodične konferencije veoma je primjenljiv u rješavanju problema iz sfere socijalne zaštite, obrazovanja kao i zdravstverne zaštite građana, poput poremećaja u ponašanju djece i mladih, djece bez roditeljskog staranja, djece ugroženih porodičnim okolnostima života usljed zlostavljanja ili zanemarivanja, licima u specifičnim životnim situacijama poput razvoda braka, različitih gubitaka, licima sa poteškoćama u mentalnom zdravlju, bolesnim i starim osobama.



Grafički prikaz modela Porodične konferencije

Inicijator va za porodi nu konferenciju

Osoba (član porodice, prijatelj), ili institucija (centar za mentalno zdravlje, centar za socijalni rad, škola, policija) mogu inicirati održavanje porodične konferencije s namjerom razvoja plana kojim bi se određenoj porodici ili pojedincu unaprijedio kvalitet života ili riješili nastali problem, korištenjem resursa njihove porodice i porodične mreže. U nedostatku posebnih institucija/službi koje se bave or-

organizovanjem porodične konferencije, ista se organizuje posredstvom nadležnih institucija koje rade na saniranju problema određene porodice ili pojedinca. Inicijator je obično profesionalac koji, u ime institucije (CMZ, CSR) može porodici da ponudi okupljanje porodične konferencije kao model rješavanja nastalog problema.

Navedenu mogućnost inicijator nudi porodici, pojašnjava procedure i svrhu njenog okupljanja, razmatra koje sve osobe mogu doprinijeti rješavanju njihovog problema, redoslijed i način njihovog pozivanja i upoznavanja sa povodom okupljanja, tehničkim pitanjima realizacije porodične konferencije.

Kontaktirani učesnici konferencije treba da budu upoznati sa razlozima, ciljem i procedurom održavanja porodične konferencije, te je potrebno posebnu pažnju posvetiti da se isti motivišu, zamole da učestvuju naglašavajući porodičnu ili socijalnu važnost njihovog učestvovanja. Cilj je okupiti što je moguće veći broj učesnika čime se stvaraju veći resursi i ideje za pravljenje plana promjene, pomoći određenoj porodici, ili pojedincu.

Osim članova porodice i šire porodične mreže, na konferenciju se mogu pozvati predstavnici institucija-profesionalci koji su kroz svoj rad upoznali porodicu kao i drugi stručnjaci i profesionalci iz lokalne zajednice, osobe koji svojim profesionalnim znanjem, iskustvom ili socijalnom reputacijom mogu doprinijeti rješavanju specifičnog problema porodice ili pojedinca.

U pripremi porodične konferencije važno je da porodica ili profesionalac –koordinator odgovore na:

- Pitanja, osjećaje i razmišljanja učesnika u vezi sa učestvovanjem;
- Potrebu za dodatnim stručnim informacijama o problemu i njegovim karakteristikama;
- Pitanja o proceduri, fazama realizacije porodične konferencije;
- Praktična pitanja oko lokacije održavanja, datuma, trajanja, prevoza, hrane, pića itd..

Preporuke:

- Uprilicati lični kontakt sa potencijalnim učesnicima što povećava šanse za uspjeh, olakšava učestvovanje i eliminiše moguće nesporazume u vezi sa ciljem konferencije.
- Pružiti informacije o tome šta je problem, zbog čega i u koji svrhu se organizuje konferencija, usmeno ili pismeno, putem pozivnog pisma, DVD-a ili brošura;
- Potaknuti potencijalne učesnike da razmišljaju o iznalaženju konstruktivnih rješenja problema zbog kojeg se okupljaju.

Sljedeća pitanja mogu doprinijeti motivisanju učesnika, smanjenju njihovog otpora ili prevazilaženju prethodnih sukoba:

- Da li je moguće da doprinesete pravljenju plana koji će omogućiti tom djetetu/osobi bolju budućnost?
- Šta je neophodno obezbijediti da biste došli na konferenciju? Šta ili ko bi vam olakšalo učešće?

enciju? Šta ili ko bi vam olakšalo učešće?

- Da li ste voljni da učestvujete, možemo li računati na vaš pozitivan doprinos?
- Šta želite da predložite za vrijeme konferencije i kako to želite da kažete?
- Kakva su vaša očekivanja od načina rada u grupi, kakav model rada vama odgovara?
- Šta bi se moglo desiti ukoliko učestvuje i osoba sa kojom niste u dobrim odnosima? Šta bi vam bilo potrebno da zadržite pažnju na iznalaženju rješenja problema ove porodice ili osobe?
- Nekima od vas je bilo teže doći i biti ovdje nego drugima; Veoma cijenimo što ste odlučili doći jer su vaše učešće i doprinos veoma važni za porodicu/dijete/osobu.

Važno je napomenuti da porodica, pojedinac zbog kojeg se konferencija okuplja treba preuzeti na sebe što je moguće veći broj aktivnosti oko organizovanja porodične konferencije, a učesnici u realizaciji donesenog plana rješavanja problema.

Realizacija porodične konferencije se odvija u tri faze, međusobno blisko povezane i jednako važne:

1. Razmjena potrebnih informacija
2. Privatno vrijeme porodice
3. Predstavljanje i prihvatanje plana

1. Razmjena potrebnih informacija

Nakon što se sa porodicom/osobom usaglasilo tačno vrijeme, lokacija održavanja, način ukazivanja dobrodošlice učesnicima i drugi tehnički elementi oko održavanja konferencije, profesionalac i porodica, osoba, započinju porodičnu konferenciju.

Konferencija počinje predstavljanjem profesionalca-koodinatora po imenu, funkciji i ulozi za vrijeme konferencije, potom slijedi predstavljanje učesnika i njihovog odnosa/srodstva sa porodicom, osobom ili djetetom radi čijeg problema se konferencija okuplja.

Važno je ukazati zahvalnost odazivu svih učesnika, posebno onima koji su bili u otporu. Koordinator objašnjava da se konferencija sastoji od tri dijela, ukratko objašnjava šta se događa u svakom dijelu, te usaglašava pravila konferencije.

Pravila se odnose na potrebu i slobodu iznošenja mišljenja svakog učesnika, osjećaja i misli o postojećoj situaciji, poštovanju različitosti u mišljenjima i gledištima te povjerljivosti iznesenih informacija. Sa učesnicima se provjeri razumijevanje iznesenih informacija, te da li postoje pitanja prije prelaska na informativni dio konferencije.

Informativni dio konferencije – razmjena informacija

Posvećen je predočavanju situacije u kojoj se pojedinac/pododica nalazi i razlog za konferenciju. Profesionalac-koodinator, ili osoba u fokusu, objašnjava zašto se konferencija održava, iznosi problem pred porodicu, objašnjava šta je brine i šta je potrebno promijeniti.

Šta je potrebno promijeniti je ključno pitanje konferencije i isto treba biti napisano i istaknuto na svima vidljivom mjestu. Pitanje je moguće postaviti na ovaj način: "Šta je to čime se osobi xxxx možemo olakšati npr. proces rehabilitacije i resocijalizacije nakon liječenja, i u tome joj pružiti podršku? Ili Šta je to čime se majci R. K. može olakšati podizanje djece I.K. i M. K. i u tome joj pružiti podršku?"

Ukoliko postoji neophodan preduslov koji se u planu mora sprovesti, ili ispoštovati, po nalogu nadležnih institucija, ili po stručnoj procjeni situacije, isti se posebno konstatuje (npr. "Djeci nije dozvoljeno da ostaju sama sa majčinim prijateljem za kojeg znamo da je zlostavljao djecu", ili "Osoba obavezno mora koristiti propisanu medikamentoznu terapiju").

Prisutni profesionalci mogu navesti mogućnosti, usluge koje njihove organizacije mogu ponuditi, međutim, posebno je važno da sama porodica razmotri problem, donese svoje odluke i prijedloge za rješavanje postojećeg problema, usaglase aktivnosti i osobe koje će provoditi realizaciju dogovorenog plana.

Prije prepuštanja porodici da razmatra i kreira plan pomoći pojedincu/porodici, potrebno je ostaviti mogućnost za dodatna pitanja o pojašnjavanju iznesenog problema, ili razumijevanja svega što je rečeno.

2 Privatno vrijeme porodice

Predstavlja fazu kada članovi porodične konferencije sami razgovaraju o tome šta su čuli o iznesenom problemu i počinju da osmišljavaju plan za rješenje problema. Možete to najaviti riječima: Porodico, vaš je zadatak da napravite plan koji može da vas dovede do rješenja problema zbog kojeg smo se okupili.

Važno je potaknuti da učesnici načine plan koji je svima prihvatljiv, da razmišljaju o načinu na koji se plan može sprovesti, da sadrži podatke ko šta radi i kada, da razmišljaju o načinima na koji će provjeravati funkcionisanje i sprovođenje plana, ko će provjeravati, kada i kako, da utvrde šta treba raditi u slučaju da plan zahtijeva prilagođavanja ili transformacije.

Prilikom diskutovanja o navedenom problemu i planu njegovog rješavanja, mogu da se pojave dodatna pitanja, ili iskrсну nepredviđene situacije, te je važno da se iste takođe razmatraju u grupi, ne od strane neke druge osobe-stručnjaka ili koordinatora, odnosno da učesnici sami iznađu rješenja (npr. "Šta vi mislite da treba da uradimo?" "Šta vam je još potrebno da bi došli do plana?", "Kako bi bilo moguće riješiti navedenu situaciju?").

3 Predstavljanje i prihvatanje plana

U ovoj fazi porodica predstavlja rezultate svog pažljivog razmatranja situacije. Važno je da se što preciznije moguće formuliše plan na način da se odredi koje aktivnosti (šta, ko, gdje i na koji način) će realizovati.

Konsolidovan plan koordinator bilježi na flip-čart da bi svima bio vidljiv, piše se onako kako je porodica verbalizovala, te se na koncu provjerava da li svi članovi porodične konferencije (uključujući i djecu), podržavaju i stoje iza plana, te da to potvrde svojim potpisom.

Navedeni plan u pismenoj formi, koordinator uključuje u zvanični dokument, te ga dostavlja svim učesnicima do dogovorenog datuma (nekoliko dana od održavanja porodične konferencije).

U pravilu, koordinator treba da prihvati svaki plan pomoći koji usaglasi porodica, osim ako se pokaže kao nebezbedan za porodicu, pojedinca ili dijete, nezakonit ili ne ispunjava neophodni preduslov naveden na početku konferencije.

Po prihvatanju plana, koordinator sa učesnicima konferencije dogovara kako će se pratiti sprovođenje plana i ko će to pratiti-provjeravati, usaglašava kojeg datuma će se izvršiti evaluacija, ko će biti prisutan i ko će inicirati sastanak. Sprovođenje plana treba da otpočne što prije, po okončanju konferencije.

Po završetku porodične konferencije, važno bi bilo provjeriti, doznati utiske učesnika o konferenciji, šta se dalo naučiti iz tog iskustva, te u tome mogu pomoći unaprijed pripremljeni formulari, anketni upitnici, čije ispunjavanje je anonimno.

Potrebno je iskazati zahvalnost učesnicima na njihovoj posvećenosti i doprinosu.

Institucija-profesionalac koji je predložio i koordinisao porodičnom konferencijom održanom radi rješavanja problema određene porodice ili pojedinca, prati realizaciju usaglašenog plana, te prati funkcionalnost života porodice i pojedinca, razmatrajući dalje mjere i intervencije u skladu sa procjenom njihovog stanja i potreba.

Detaljno objašnjenje za primjenu modela porodične konferencije, može se naći u Priručniku za nezavisne koordinate za primjenu modela Porodične konferencije, prevod i adaptacija "FICE Srbija" 2010.

Koordinisana briga - iskustva iz prakse

Sanja Durtka

Aprila 2004. godine dolazi do formiranja Centra za mentalno zdravlje u Prnjavoru, koji je kao organizaciona cjelina JZU "Dom zdravlja Prnjavor" nosilac pružanja organizovanog oblika zaštite mentalnog zdravlja stanovništva lokalne zajednice u skladu sa potrebama pojedinaca, porodica i zajednice u cjelini.

Osnovni zadaci CMZ Prnjavor je da kroz rad multidisciplinarnog tima učestvuje u:

- liječenju mentalnih poremećaja,
- pružanju podrške porodicama oboljelih osoba ili saradnicima u liječenju,
- doprinosi procesu destigmatizacije duševno oboljelih osoba,
- doprinosi promociji destigmatizacije duševno oboljelih osoba,
- doprinosi promociji mentalnog zdravlja i prevenciji bolesti,
- pruža pomoć zdravim osobama u savladavanju životnih problema.

Centar za mentalno zdravlje Prnjavor je smješten u zgradu "stare bolnice" koja vremenski potiče iz austrougarskog perioda, a koja se nalazi u sastavu kruga JZU "Dom zdravlja Prnjavor".

Prostorije su adaptirane i prilagođene radu multidisciplinarnog tima, saradnjom JZU "Dom zdravlja" Prnjavor i sredstvima iz "Projekta za mentalno zdravlje za Jugoistočnu Evropu".

Na isti način su obezbijeđena i sredstva za nabavku osnovnih sredstava za rad multidisciplinarnog tima, patronažno vozilo, te sredstva za bazičnu edukaciju profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja u zajednici.

Od početka rada CMZ je opremljen kompjuterskom opremom.

Od 2010. godine posjedujemo direktnu telefonsku liniju i internet konekciju, što je umnogome doprinijelo boljoj komunikaciji sa korisnicima, ali i ostalim službama u zajednici.

Na početku rada multidisciplinarni tim su činili: dva psihologa, socijalni radnik, viša medicinska sestra, radno-okupacioni terapeut i jedna medicinska sestra sa srednjoškolskim obrazovanjem. Mladi i tek formiran TIM CMZ-a svojim profesionalnim kompetencijama, znanjem i iskustvom svesrdno su podržali i neuropsihijatri iz Opšte bolnice "Sveti apostol Luka" iz Doboja: prim. dr Vesna Nunić i prim.dr Vjekoslav Kovačević koji su u našem TIMU obavljali NPS konsultacije.

Trenutno u CMZ-u djeluje multidisciplinarni tim u sastavu: dva psihologa, viša medicinska sestra, radno-okupacioni

terapeut, logoped i neuropsihijatar Stojnić dr Predrag koji je sa nama dva puta nedeljno.

U svom radu se rukovodimo normativima koji su sažeti u internom dokumentu CMZ-a pod nazivom "Metodologija rada CMZ Prnjavor" (oktobar 2009 godine), a koja čini skup dogovorenih obavezujućih pravila rada koja su usklađena sa:

- Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim oboljenjima,
- Zakonom o zdravstvenoj zaštiti,
- Standardima za unapređenje kvaliteta, principima dobre prakse i savremenim naučnim dostignućima.

JZU "Dom zdravlja Prnjavor", pruža zdravstvenu zaštitu za oko 50 000 stanovnika, te su korisnici usluga CMZ-a sva lica koja u ostvarenju prava na zdravstvenu zaštitu gravitiraju ka JZU Dom zdravlja Prnjavor (osigurana i neosigurana), a najveći broj usluga se pruži:

- licima sa mentalnim poremećajima iz kruga psihoza,
- osobama koje pate od anksiozno-depresivnih poremećaja,
- djeci sa poteškoćama u govoru i psihomotornom razvoju,
- adolescentima i zavisnicima (o alkoholu).

Korisnici dolaze u CMZ:

- samoinicijativno
- upućuju se iz TPM
- upućuju se sa Klinike za psihijatriju po završenoj hospitalizaciji
- usmjereni su od strane CSR
- usmjereni su od strane škola koje pohađaju itd...

Od samog početka rada Centar pruža usluge psihijatrijskih pregleda, dg.procjene djece i odraslih (za potrebe liječenja i ostvarenja određenih prava), savjetovanja, individualnog i grupnog psihoterapijskog rada (suport i kognitivno-bihevioralna terapija), radno-okupacione terapije, edukativnog rada u vaspitno-obrazovnim ustanovama i patronažnih posjeta medicinskog tehničara i socijalnog radnika.

U CMZ Prnjavor se ne aplicira terapija korisnicima, te su naši korisnici za primanje depa preparata i propisivanje terapije u potpunosti usmjereni na timove porodične medicine.

Naša iskustva sa ovakvim načinom rada su jako pozitivna. Smatramo da se na ovaj način redukuje stigma i otpor okoline prema našim korisnicima kao i stepen njihove izolovanosti, a jača i veza sa timovima porodične medicine.

U obavljanu svojih poslova CMZ Prnjavor pored saradnje sa timovima porodične medicine JZU Dom zdravlja Prnjavor, ostvaruje i saradnju sa Klinikom za psihijatriju u

Banjoj Luci, svim javnim ustanovama na području Opštine Prnjavor i nevladinim organizacijama.

TIM CMZ-a je od svog osnivanja prošao niz edukacija koje su bile usmjerene na povećanje kompetencija multidisciplinarnog TIM-a za rad u psihijatriji u zajednici.

Kroz saradnju JZU "Dom zdravlja Prnjavor", "Projekta za mentalno zdravlje za Jugoistočnu Evropu" i Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske TIM CMZ-a 2007. i 2008. prolazi kroz sveobuhvatnu edukaciju iz Vođenja slučaja "CASE MENAGMENT". Predavači su nam bili sa Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje -Velika Britanija (Paul O Halloran i Patrick McGlynn).

U toku, i nakon ove edukacije, TIM CMZ-a je uspostavio novi način rada sa korisnicima usluga, a koji se bazira na principima koordinisane brige, u čijoj osnovi je procjena potreba, pravljenje plana brige i sprovođenje plana brige, a u čemu učestvuju svi članovi multidisciplinarnog tima CMZ-a i korisnik za koga se plan sačinjava.

Kako bismo mogli odgovoriti novom konceptu postavili smo smjernice rada i to tako što smo:

- definisali ciljnu grupu (koji korisnici će biti obuhvaćeni konceptom),
- postavili kratkoročne i dugoročne ciljeve (šta želimo da postignemo ovakvim načinom rada),
- definisali potrebe ciljne grupe (na osnovu prethodnih saznanja i konsultacije sa korisnicima),
- izradili "Formular timske procjene",
- izradili prateće dokumente FTP-u (obavještenje o zaduženjima koordinatora brige, obavještenje o imenovanju za koordinatora brige, dnevnik koordinatora brige),
- definisali proceduru za timsku obradu i koordinisanu brigu,
- prezentovali koncept koordinisane brige TPM i službama u zajednici.

Po započinjanju primjene koncepta koordinisane brige u radu CMZ-a smo odredili da naša ciljna grupa budu korisnici sa hroničnim duševnim poremećajima iz kruga psihoza, lica koja pate od teške depresije, lica koja u kliničkoj slici ispoljavaju simptome PTSP-a i zavisnici.

Kako smo odredili ciljnu grupu koja će biti obuhvaćena konceptom koordinisane brige, tako smo postavili i ciljeve koje želimo da ostvarimo primjenjujući ovaj koncept.

Ciljeve smo podijelili na kratkoročne i dugoročne.

Kratkoročni ciljevi koje smo sebi postavili u primjenjivanju koncepta koordinisane brige su:

- jasno definisanje potreba osoba sa teškim duševnim oboljenjima,
- stvaranje materijalnih pretpostavki za rješavanje kreativnih potreba osoba sa teškim duševnim oboljenjima,
- jačanje komunikacije sa TPM i drugim službama.

Dugoročni ciljevi :

- prevencija i liječenje mentalnih bolesti,
- smanjenje broja hospitalizacija,
- rana dijagnostika i pružanje pomoći,
- smanjenje stigme,
- kontinuirano praćenje,

- ponovna integracija u zajednici nakon duge hospitalizacije,
- podizanje kvaliteta usluga boljom organizacijom multidisciplinarnog tima,
- podizanje kvaliteta usluga boljom saradnjom sa resursima u zajednici.

Na osnovu prethodnih iskustava i saznanja, te konsultacije sa korisnicima došli smo do saznanja da su potrebe koje treba zadovoljiti našim korisnicima:

- pružanje pomoći
- intervencija u krizi,
- medikamentozna terapija,
- psihoterapija,
- radno-okupaciona terapija,
- psiho socijalne intervencije (pomoć u ostvarivanju prava itd...),
- rad s porodicom i pružanje podrške porodici.

Na osnovu definisanih potreba korisnika došli smo i do saznanja da je multidisciplinarni TIM u okviru svog bazičnog obrazovanja, kako i kasnijih edukacija kroz koje smo prošli, u velikoj mjeri osposobljen da odgovori potrebama, ali da imamo i neka nedostajuća saznanja.

To su: potpuna obučenost članova TIM-a iz nekih od posebnih oblika individualne i grupne psihoterapije (sertificirani treninzi), potpuna obučenost za intervenciju u krizi i potpuna obučenost za rad s porodicom i pružanje podrške porodici.

Na ovaj način smo definisali i potrebe za sopstveni profesionalni rast i razvoj.

Tim je razvio i obrazac za evidentiranje svojih zapažanja o korisniku, kao i za zapažanja samog korisnika o svom stanju i njegova očekivanja od liječenja.

Naziv internog dokumenta je „Formular za timsku procjenu“ koji sadrži:

- dio koji popunjava TIM CMZ-a (medicinska sestra, socijalni radnik, psihijatar
- psiholog, radno-okupacioni terapeut/svaki profesionalac u okviru svojih profesionalnih kompetencija),
- dio koji popunjava korisnik (stav i očekivanja korisnika),
- timsku procjenu potreba,
- plan brige—određivanje koordinatora plana brige,
- reviziju plana brige.

Formular se popunjava na računaru i to tako da svaki od profesionalaca popuni (ukuca) svoj dio, a u razgovoru sa korisnikom se na isti način dodaje i stav i očekivanja korisnika.

Svi računari su međusobno povezani što nam omogućava da putem razmjene podataka jednostavno razmijenimo informacije potrebne za naš zajednički rad, a u procesu popunjavanja obrazac/formular se smješta u tzv. folder razmjena podataka.

S obzirom da smo na samom početku svoga rada definisali ciljnu grupu za koju ćemo uraditi procjenu potreba po principima koordinisane brige, te da smo 2007. i 2008. godine, kada smo započeli sa primjenom ovog koncepta, već imali veliki broj podataka o korisnicima i napravili smo

plan:

- da u naredne tri godine konceptom koordinisane brige obuhvatimo tj. „obradimo“ sve tzv.stare korisnike, a da se „novi korisnici“ uključe u proces u periodu od maksimalno tri mjeseca po prvom javljanju u CMZ,
- da prvi kontakt korisnik ima sa medicinskom sestrom koja će prikupiti sociodemografske podatke, evidentirati pojedine karakteristike korisnika (prateći stavke iz FTP-a), dogovoriti termin za kućnu posjetu i usmjeriti ga na ostale članove multidisciplinarnog tima (trijaža, zakaživanje termina)
- da po obavljenim konsultacijama profesionalci popune (sa svojim zapažanjima i u okviru svojih profesionalnih kompetencija) formular za timsku procjenu - uz obavezno uključivanje stava korisnika (sve se obavlja u roku od dva do tri mjeseca),
- da se po završetku ovog procesa zakaže i održi timski sastanak na kome će se završiti i timska procjena potreba tj. pravljenje plana brige i određivanje koordinatora plana brige,
- da se za kompleksne slučajeve sa polimorfnim potrebama UVIJEK za koordinatora brige delegira PROFESIONALAC iz TIM-a CMZ-a (do stabilizacije stanja, promjene potreba i revizije plana brige),
- da se za manje kompleksne slučajeve sa minimalnim potrebama za koordinatora brige delegira TIM PORODIČNE MEDICINE u kome je korisnik registrovan,
- da će se revizija plana brige obavljati minimalno dva puta godišnje, a po potrebi i češće, kod lica sa polimorfnim i kompleksnim potrebama.

Kada TIM CMZ-a procjeni da za korisnika s obzirom na njegovo stanje i potrebe nije potreban tzv. „niz kompleksnih intervencija“, te da postoji primarna potreba samo za redovnim uzimanjem terapije (npr. redovno primanje depo preparata) onda se za koordinatora brige delegira TIM porodične medicine.

Tada se duplikat FTP službeno dostavlja u TPM, a u prilog ovog dokumenta dostavlja se:

- obavještenje o preuzimanju zaduženja koordinatora brige
- dnevnik koordinatora brige (ukoliko je koordinatorski ljekar porodične medicine).

Obaveza TIMA PM (ljekar ili sestra) je da evidentira dolazke i stanje korisnika po dolascima u TIM PM, da evidentira eventualne promjene, da sazove sastanak sa TIM-om CMZ-a ukoliko je došlo do promjene stanja i potreba korisnika, a radi ranije revizije plana brige.

Ukoliko nema značajnijih promjena u stanju korisnika sastanak između TPM i CMZ se obavlja 2X godišnje za jednog

korisnika.

U sklopu primjene koncepta koordinisane brige postignut je i dogovor sa Centrom za socijalni rad Prnjavor.

Saradnja je definisana i posebnim memorandumom o saradnji, a kako bi se zadovoljile polimorfne potrebe korisnika od kojih su najčešće:

- potreba za materijalnim davanjima
- potreba i ostvarivanje prava korisnika na usluge socijalnog rada: ostvarivanja prava na smještaj u drugu porodicu, pravo na pomoć u kući itd...
- intervencija u poboljšanju odnosa u porodici.

U slučaju da je korisniku oduzeta poslovna sposobnost i imenovan staratelj od strane CSR, imenovani staratelj saraduje sa TIM CMZ-a u pravljenju plana brige (po principima koordinisane brige).

Memorandumom je, takođe, dogovoreno da TIM-ovi međusobno saraduju sa pojedincima i porodicama koje su pod njihovim nadzorom u pravljenju plana brige, a u skladu sa smjernicama o koordinisanoj brizi.

Saradnja se realizuje putem sastanaka TIM-a CMZ sa stručnim licima iz CSR minimum jedan put mjesečno, a po potrebi i češće. O sastancima se vodi službena zabilješka.

Primjenom koncepta koordinisane brige u radu u CMZ-u postignute su promjene i ostvaren veći broj postavljenih ciljeva:

- korisnik je sada aktivno uključen u pravljenje plana svog oporavka
- podignut je nivo efikasnosti u razumjevanju i viši nivo efikasnosti u zadovoljavanju potreba korisnika od svih uključenih u procesu
- poboljšana je komunikacija unutar tima CMZ
- unaprijeđena je komunikacija sa drugim službama (TPM i CSR)
- postignut je viši stepen uključivanja porodica korisnika u liječenje
- postignut je kontinuitet u praćenju
- smanjen je broj hospitalizacija.

Smatramo da je koncept koordinisane brige efikasan način da se prepoznaju i zadovolje potrebe korisnika, te da se olakša proces njihovog liječenja i oporavka.

Dobro postavljena mreža u zajednici, kao i jasno definisane uloge i obaveze svih učesnika u procesu koordinisane brige su baza za još bolju saradnju i aktivnije djelovanje u sredini u kojoj živimo.

Naš cilj je da ovu saradnju stvaramo, jačamo, dopunjavamo i učinimo efikasnijom na obostrano zadovoljstvo nas i naših korisnika.

Radna terapija

Sanja Gidumovi

1. UVOD

S obzirom na nedostatak literature o radnoj terapiji, postoji potreba za sistematskim uvidom u to područje, te u osnovne koncepte koji se koriste u svijetu.

Ovim prikazom pokušala sam samo sistematizovati proces radne terapije, odnosno sve aspekte intervencije.

Ozbiljniji pokušaji uvođenja rada u liječenju psihijatrijskih bolesnika javljaju se u 18. vijeku. Kod nas takav rad počinje 1930. godine u bolnici Vrapče. Početkom 20. vijeka počinje se i s radnom terapijom kod ortopedskih i plućnih bolesnika. Nakon 2. svjetskog rata radna i/ili okupacijska terapija ulazi u mnoge bolničke ustanove.

Radna terapija primjenjuje se u rehabilitaciji lokomotornog aparata, a kod psihijatrijskih bolesnika i radna i okupacijska terapija – međusobno se prožimaju. Posebnu važnost ima terapija radom kod bolesne djece.

Postoje razni oblici terapije radom, no najprihvatljivija je podjela na specifičnu i nespecifičnu.

Nespecifična terapija radom nema za cilj osposobljavanje određenog funkcionalnog ispada nego je primarni cilj psihički učinak: odvratiti pažnju bolesnika od bolesti. Terapija djeluje na ličnost i uspostavlja pozitivan stav prema sebi, okolini, društvu i radu i rješava ga negativne motivacije.



Specifična terapija ima direktan cilj – uspostavljanje određene funkcije bolesnog organa, poboljšanje snage, opsega i izdržljivosti pokreta, vraćanje finih pokreta i koordinacije, liječenje određene bolesti. Specifičnoj terapiji obično prethodi fizikalna terapija.



Jedna od glavnih pretpostavki radne terapije je da će aktivnosti olakšati adaptaciju i promjenu, te individualno povećati i razviti radnoterapijsko izvođenje.

Korišćenje praktičnih situacija i pojedinačnih tehnika, radi facilitacije procesa promjene, je faza intervencije radnoterapijskog procesa.

Dijagnostička evaluacija manje naglašava ličnu procjenu, a više se fokusira na procjenu životnih funkcionalnih vještina pojedinca u brizi o samom sebi, radu/produktivnosti i slobodnom vremenu. Metode procjene u radnoj terapiji čine »fokusanu funkcionalnu procjenu«. Naglasak se u zdravstvenoj brizi odmiče od klasičnog tretmana i pomiče prema holističkom tretmanu u kombinaciji s lijekovima kako bi se redukovali simptomi i povećala funkcionalna sposobnost.

2 RADNA TERAPIJA

2.1. Definicije radne terapije

Prvu definiciju radne terapije dao je 1922. godine H. A. Pattison i ona glasi:

“Radna terapija je fizička ili psihička djelatnost koju propisujemo i provodimo da pacijent/klijent bolje i brže ozdravi.”

Ova definicija objašnjava da koncept radne terapije ukl-

jučuje sljedeće:

- propisan i vođen (posmatran) tretman
- psihičku i fizičku aktivnost (ili okupaciju)
- udio u brzom oporavku

Zato, dr. Pattison naglašava da okupacija ima psihičku i fizičku komponentu, te da bi se liječenje aktivnostima trebalo posmatrati kao medicinska terapija, propisana, vođena prema bržem oporavku od bolesti.

1923. godine Herbert J. Hall je redefinirao koncept radne terapije: »Radna terapija omogućava rad pod medicinskim nadzorom za dobrobit pacijentovog/klijentovog oporavka. Ručni rad se ne upotrebljava kako bi se od pacijenta/klijenta stvorio radnik, nego mu je svrha razvoj psihičkih i fizičkih efekata, u vrijeme kada je niska motivacija i samopouzdanje pacijenta/klijenta.

Dr. Hallova definicija dodaje dva temelja koncepta radnoj terapiji.

Jedan koncept je da radna terapija koristi okupaciju (rad, izvođenje aktivnosti) kao pomoć pri razvijanju i povratu vještina potrebnih za neki zadatak.

Drugi koncept uključuje, pomoć ljudima kako bi dobili, ili povratili efektivne mogućnosti, kada su emocionalno i psihički iscrpljeni (u disbalansu). Posebna pažnja mora biti usmjerena na emocionalni i psihički plan, jer radni terapeut radi sa pojedincima. Potreban je individualan i holistički pristup, osoba se mora sagledavati u cjelini jer su tijelo i um integrisani.

Do danas se radna terapija različito definisala, a neke od definicija glase:

- Svjetsko udruženje radnih terapeuta (maj, 1982) daje sljedeću definiciju: »Radna terapija obuhvata postupke u liječenju fizičkih i psihičkih stanja kroz specifične aktivnosti sa svrhom dostizanja njihovog najvišeg nivoa, funkcije i nezavisnosti u svim vidovima svakodnevnog života.»
- «Radna terapija je procjenjivanje i terapija kroz upotrebu specifičnih ciljanih aktivnosti. Cilj radne terapije je prevenirati onesposobljenje i udovoljiti ličnim potrebama pojedinca postizanjem maksimalne funkcije i nezavisnosti.»
(www.WFOT.org)

2.2 Akt vnost u definisanju radne terapije

Čovjek je aktivno biće čiji je razvoj pod uticajem korišćenja smislenih aktivnosti. Koristeći svoje sposobnosti kao unutrašnju motivaciju, ljudska bića su u mogućnosti da djeluju na svoje tjelesno i psihičko zdravlje, te na svoju socijalnu i fizičku okolinu kroz svrsishodne (ciljane) aktivnosti. Radna terapija je zasnovana na vjerovanju da smisljena aktivnost, uključujući njene međuljudske i ekološke komponente, može biti korišćena za prevenciju onesposobljenja, te postizanje maksimalne adaptacije. (Representative Assembly of the AOTA, 1979).

Aktivnosti: (u radnoj terapiji okarakterisane su kao) aktivnosti dnevnog života koje reflektuju vrijednosti okruženja

(kulture), čine strukturu življenja i značaja za individuu; aktivnosti omogućuju potrebu za brigu o sebi, uživanjem i socijalizacijom.

Radna terapija omogućuje zdravlje kroz izvođenje i nezavisnost svrsishodnosti aktivnosti. (AOTA, 1997).

Izvođenje je glavna OSOBINA aktivnosti, daje oblik, bilo da govorimo o samozbrinjavanju, produktivnosti, ili aktivnostima slobodnog vremena. Uloge su određene okolinom i njenim uticajem na individuu i njene veze. One su uspostavljene kroz potrebe, ili aktivnosti koje individua izvodi. Kategorizovane su u rutine, zadatke, vještine koje ljudi izvode kako bi ispunili potrebu za okupacionim izvođenjem. Ove kategorije uključuju i aktivnosti samozbrinjavanja, produktivnosti i razonode. Klasifikacija okupacija u kategorije zavisi o individui, te specifičnim reakcijama na okolinu, nadražaje i utiske.

- Akt vnost samozbrinjavanja

Omogućuju čovjekovo fizičko i psihičko zdravlje kroz rutine, zadatke i vještine izvođenja u okruženju. One mogu biti izvedene kao rutinske navike (oblačenje, hranjenje), ili kao privremeni zadaci koji moraju biti izvršeni sticajem okolnosti (uzimanje tableta protiv prehlade). Uređivanje, oblačenje, jedenje, higijena, uzimanje lijekova, održavanje zdravlja, socijalizacija, funkcionalna komunikacija i mobilnost. (N. K. Lampport, M. S. Coffey, G. I. Hersh, 1996).

- Produkt vne akt vnost

Takođe, su rutine, zadaci i vještine koje omogućuju individui da poboljša životni standard porodice, ili zajednice, kroz dobra, ili proviziju koju dobiva u svojoj profesiji (svojim ulogama). Menadžment stana/kuće (održavanje odjeće, čišćenje, priprema hrane, kupovina, baratanje novcem, održavanje domaćinstva), briga za druge, edukacijske aktivnosti, profesionalne aktivnosti (profesionalni razvoj, traženje posla, rad, planiranje penzije, volontiranje). (N. K. Lampport, M. S. Coffey, G. I. Hersh, 1996).

- Akt vnost slobodnog vremena

Služe za razonodu, opuštanje, relaksaciju. One uključuju vrijeme koje individua može provesti spavajući, izvedeci hobbije, igrajući se, tj. sve one aktivnosti koje je relaksiraju. (Meyer A., 1922).

2.3 Podru je djelovanja radnog terapeuta

Kad govorimo o osobama s posebnim potrebama, radni terapeut ima višestruku ulogu, a zasigurno je od najveće važnosti uloga radnog terapeuta u aktivnostima svakodnevnog života.

Aktivnosti svakodnevnog života možemo definisati kao sposobnosti klijenta da uspješno i kvalitetno, te produktivno izvede svakodnevne zadatke koji se odnose na samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme.

Dakle, područja djelovanja radnog terapeuta kod osoba s zdravstvenim poteškoćama su sljedeća:

- procjena aktivnosti samozbrinjavanja
- uvježbavanje aktivnosti lične higijene (umivanje, oral-

- na higijena, brijanje, hranjenje, oblačenje, svlačenje, toalet)
 - odabir sitnih ortopedskih pomagala za hranjenje, češljanje, pisanje, oblačenje čarapa
- preporuka za prilagođavanje životnog prostora (uklanjanje arhitektonskih barijera, adaptacija prostorija unutar doma potrebama mentalno retardirane osobe, npr. adaptacija kupatila)
- treniranje aktivnosti u zajednici (upravljanje novcem, ekonomičnost, kupovina, korišćenje javnog prijevoza)
 - procjena senzorno–motoričkih komponenti (senzorička integracija, neuro–mišićno koštane komponente, motoričke komponente sa subkomponentama)
 - procjena kognitivnih komponenti (orijentacija, prepoznavanje, raspon pažnje, sekvencionisanje, kategorizacija, rješavanje problema, pamćenje...)
 - procjena psiho–socijalnih vještina (samoorganizacija, psihološke i socijalne komponente sa subkomponentama)
 - uvježbavanje senzorno–motoričkih aktivnosti (upotreba didaktičkih pomagala)
 - uvježbavanje kognitivnih komponenti (učenje, pamćenje, rješavanje problema, pažnja)
 - uvježbavanje interakcije/komunikacije s društvenom okolinom na prikladan način procjena sposobnosti/mogućnosti funkcioniranja na području produktivnosti
 - razvoj interesa i vještina
 - grupna radna terapija (osobe sa istim ili sličnim problemima)
 - upotreba kreativnih aktivnosti u terapijske svrhe (igra, muzika, drama, biblio–terapija, likovna terapija)

Radni terapeut svoj rad provodi na dva načina: timski i individualno.

Timski rad – Pod ovim pojmom podrazumijeva se saradnja radnog terapeuta sa svim drugim ranije spomenutim zdravstvenim, socijalnim i inim kadrovima i osobama koje su integrisane u terapijski proces radi postizanja što kvalitetnijih i potpunijih rezultata.

Individualni rad – Nakon konsultacije sa stručnim članovima tima, te nakon napravljene individualne procjene korisnika, radni terapeut evaluira dobivene rezultate i pristupa izradi plana i programa radno–terapijskog procesa, te započinje njegovu primjenu.

Kao krajnji i najvažniji cilj radne terapije bitno je postići sljedeće:

- brigu o sebi
- funkcionalnu samostalnost unutar aktivnosti svakodnevnog života
- opšta samostalnost i nezavisnost pri obavljanju zadataka
- produktivnost kao finalni ishod neke aktivnosti

2.4. Radnoterapijski proces

Srž radnoterapijskog procesa moguće je sažeti u četiri osnovne tačke:

- Radnoterapijska procjena/sakupljanje i analiza podataka

- Planiranje radnoterapijske intervencije/planiranje i pripremanje terapije
- Provođenje radnoterapijske intervencije
- Evaluacija ili finalna procjena rezultata

2.4.1. Radnoterapijska procjena/sakupljanje i analiza podataka

Samo sakupljanje i analiza podataka izuzetno je bitan dio radnoterapijskog procesa i predstavlja kostur cijelog programa. Procjenu provodimo s namjerom utvrđivanja uzroka koji je doveo do trenutnog stanja, te ona mora biti strogo individualna i po potrebi prilagođena. Izuzetno je bitno za sam tretman da radni terapeut zna razloge i svrhu provođenja određenih testova jer će samo na taj način biti u mogućnosti pacijentu/klijentu dati odgovore na pitanje "Zašto?". Sumiranje podataka mora biti tačno i precizno, iz pouzdanih izvora i jezgrovito. Sav daljnji proces zavisi od ove prve faze.

Procjena je svjesna aktivnost. Isto znači da procjenitelj mora biti svjestan procesa tokom procjene. Ako to nije tako, onda će procjena biti neodređeno opažanje i procjenitelj će morati zavisiti o svom pamćenju, što može uzrokovati da previdi važnije podatke dobivene tokom opažanja.

2.4.1.1. Tipovi procjene

a) Temeljna procjena

Svrha ove procjene je određivanje osnovnih informacija što se tiče postojećih sposobnosti, problema i ograničenja s kojima se osoba susreće, te njezinih želja i potreba iz čega se onda mogu odrediti realni ciljevi i namjere.

b) Napredna procjena

Napredna procjena trebalo bi da se provodi tokom programa kako bi se odredio stadij promjena. Na osnovu ovoga možemo procijeniti efikasnost aktivnosti u skladu s postavljenom namjerom i ciljevima. Ti podaci mogu utvrditi realnost odluka donesenih u okviru temeljne procjene i potreba za dotjerivanjem programa terapije. Isto može rezultirati neznatnim promjenama u aktivnostima, koje mogu uzrokovati manjak uspjeha, ili brži oporavak od očekivanog.

c) Specif na procjena

Od radnih terapeuta nekada se traži da kompletiraju specifičnu procjenu u slučaju kada oni neće biti uključeni u daljnjem odnosu s pacijentom/klijentom. Postoji niz primjera gdje se ovako nešto može događati, npr. procjena hendikepiranog djeteta. Od terapeuta se može zahtijevati da dokaze o nivou funkcionalne sposobnosti osobe gdje postoji vjerovatnost kompenzacije, npr. za ozljedu na poslu.

2.4.1.2. Proces procjene

a) Pripreme

Izvor podataka - Terapeut može doći do podataka na različite načine iz velikog broja izvora, npr. od medicinskog osoblja odnosno najčešće od saradnika u timu, isto tako od pacijentove/klijentove porodice, prijatelja, ali s odo-

brenjem i znanjem od strane pacijenta/klijenta.

b) Metode prikupljanja podataka

Radni terapeut može dobiti podatke pismenim ili usmenim putem, ali ako nema službeno napisanih podataka važno je da se taj dokument napiše za daljnji protokl. Na odjelima radne terapije postoje specifični oblici dokumenta za skupljanje podataka. Oni se razlikuju po dizajnu i informacijama koje zahtijevaju. Obično kada radni terapeut dobije takve informacije, npr. u pismu od ljekara, on će često dopuniti takve papire još svojim dodatnim podacima. Uglavnom, od koga god da su podaci dobijeni, najbitnije u svemu je informacija. Ova informacija će uključivati:

- ime i prezime osobe
- adresu prebivališta
- datum rođenja
- ime doktora koji je dao podatke
- datum izdavanja podataka
- dijagnoza pacijentova/klijentova stanja.

Ostale korisne informacije: vjera, materijalni status, porodica, razlog zbog kojega smo dobili specifične podatke, slobodne aktivnosti...

c) Kontakt

Želimo li da kontakt bude uspješan važno je uspostaviti uspješnu vezu između pacijenta/klijenta i terapeuta. Prvi susret je vrlo važan radi dojma. Dobar odnos vodi ka uzajamnom povjerenju tako da se obje strane mogu osjećati ugodnije u daljnjem kontaktu.

Kod prve procjene preporučljivo je da s osobom porazgovaramo kratko, zbog možda situacije koja nam ne omogućava provođenje procjene, npr. pacijent/klijent možda čeka ručak ili posjetioca, ili možda sam terapeut nije pripremljen zbog nedovoljno podataka koje ima. Ono što je potrebno je da se terapeut predstavi i objasni svrhu intervjuja i kako se nada da će pomoći. Terapeut mora objasniti kako izgleda intervju i dogovoriti sljedeći susret.

2.4.1.3 Metode procjene u radnoj terapiji

- Inicijalni intervju

Cilj ovoga intervjuja je trostruk. Da bi bio uspješan zahtijeva se: davati informacije, primati informacije, urediti izvještaj. Da bi to mogli učiniti, moraju se razmotriti različiti faktori:

- Mjesto gdje se intervju provodi: Terapeut bi morao znati da se većina ljudi opušta i osjeća sigurnije na "domaćem terenu".
- Pozicioniranje: Terapeut mora osigurati da osoba bude sigurna i da je udobno smještena poštujući "lični prostor", da ne sjedi preblizu pacijentu/klijentu kako se on ne bi osjećao ugroženim.
- Razumjevanje svrhe intervjuja: Važno je da obje strane razumiju razlog zbog čega se vodi intervju. Terapeut mora znati koje informacije treba, kako bi mogao organizovati daljnju terapiju i zbog toga mora postavljati adekvatna pitanja. Klijent mora razumjeti razlog proc-

jene, kao i ulogu terapeuta.

- **Prezentacija terapeuta:** On mora biti uredan, čist, dobro pripremljen i ne žuriti se. Terapeut mora pročitati sve dobijene podatke vezane uz slučaj i organizovati intervju u vrijeme kada ga pacijent/klijent može uklopiti u svoju rutinu. Terapeut mora takođe, biti svjestan mogućih problema u komunikaciji kao što su gluhoća ili jezične barijere i pronaći način da ih riješi. Mora poznavati dijagnozu i način liječenja. Mora znati ime osobe, imati pri ruci dobijene podatke, pripremljenu procjenu. Terapeut mora znati pokazati saosjećanje i razumjevanje, ali bez pretjerivanja. Ovo se očituje kroz vještinu razumjevanja i posmatranja, vještinu postavljanja pitanja, metodu praćenja i socijalne vještine.
- **Usmeni odgovori:** Ljudi komuniciraju na različite načine u različitim situacijama. Kratki, jasni komentari ili preriječiti odgovori mogu biti znakovi ambicioznosti. Jedino kroz posmatranje neverbalnih znakova, ti se verbalni odgovori mogu kategorisati kao normalni hod individualca ili indikacija za postojanje tenzije u situaciji. Boja i visina glasa mogu, takođe, implicirati na postojeće emocije ili stavove pojedinca. Isto tako, izbor riječi može biti pokazatelj nivoa kognitivne sposobnosti, emocija ili kulture. Takođe, od izuzetne važnosti je obratiti pažnju na neverbalne znakove.

- Specifični testovi

Veliki broj specifičnih testova se primjenjuju od strane radnog terapeuta radi procjene funkcije. Neki testovi su oblikovani od strane terapeuta, ali ih je mnogo dizajnirano od drugih struka, ali se upotrebljavaju u radnoj terapiji radi mjerenja specifičnih funkcija. Mnogi testovi za procjenu vizualne percepcije kreirani su od strane psihologa ili neurologa, ali se isto tako mogu primijeniti u radnoj terapiji. Radni terapeuti testiraju motoriku, sensoriku, kognitivne i percepcijske vještine i njihovu primjenu u aktivnostima dnevnog života. Procjena okoline, kulture i socijalne situacije, kvaliteta brige takođe su dio aktivnosti rada terapeuta.

Specifični testovi mogu se podijeliti na:

1. Standardne testove

Mnogi testovi koji se koriste u radnoj terapiji su standardizirani, ali, nažalost, većina nije. Standardizacija omogućuje dvije važne prednosti kod procjene:

- Osigurava stvarne standarde ili norme prema kojima se vrednuju podaci dobijeni testiranjem pojedinca.
- Izlaže se sadržaj testa i objašnjava kako se treba rješavati kako bi bili maksimalno neosporni i realni.

Prilikom primjene standardnih testova kao metodom procjene, potrebno je imati na umu sljedeće:

- Glavni fokus procjene standardnim testovima: Okupacijsko izvođenje i ponašanje; kognitivne/ perceptivne/ motoričke i psihosocijalne komponente klijenta.
- Pozitivne strane testa: Naučna težina; prihvaćenost od strane klijenata i terapeuta; mogućnost inicijalne proc-

jene i ishoda intervencije.

- Negativne strane (ograničenja) testa: Može potaknuti anksioznost klijenta; gubitak vrijednosti ako se terapeut ne pridržava uputa korišćenja testa i već utvrđene skale bodovanja, ponekad će biti potrebno proći edukaciju za njihovu primjenu.

Testovi koji se mogu koristiti:

- MMT (MMSE/Feldstein, 1975) – Mini mental state exam ili mini mental test je vrsta radno terapijske procjene pomoću koje dobijamo uvid u pojedine kategorije kognitivnih komponenti.
- Opsežna skala psiho-socijalne procjene aktivnosti/okupacije (The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation, COTE; Brayman et al. 1976. – podatak prikupljen iz knjige "The Practice of Psychosocial Occupational Therapy, «third edition», autor: Linda Finley, izdavač: Nelson Torrens Ltd, UK, 2004) – Ova procjena se sastoji od tri dijela s pripadajućim potkategorijama, a to su: Opšte ponašanje, Interpersonalno ponašanje i Tablica ponašanja.
- Lista problema u socijalnim situacijama – Ova samoprocjena je namijenjena provjeri kako određena osoba reaguje u datoj situaciji.
- Radno terapijsko promatranje – Ovom metodom terapeut posmatra klijenta tokom njegovih svakodnevnih aktivnosti, obrađujući pažnju na potkomponente (samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme), te funkcionalnost klijenta pri izvršenju istih, odnosno moguće deficite na koje tad daje naglasak pri definisanju problemskog područja i izradi terapijskog plana i programa.

2. Nestandardne testove

Nestandardni testovi mogu biti indikator nivoa funkcionalnosti ako je valjan i pouzdan. No isti se ne mogu koristiti za procjenu tih izvedbi u odnosu na "norme". Nestandardni testovi mogu zbog toga imati vrlo restriktivnu upotrebu jer su ograničeni na pacijentovu/klijentovu situaciju.

3. Kontrolne liste

Česta je upotreba kontrolnih lista od strane radnih terapeuta. Svrha ovih lista je da osigura da se sva područja pređu i zabilježe, a da se istovremeno ne predvide važni aspekti.

Mnoge kontrolne liste jesu uporedne liste aktivnosti ili važnih faktora koji su zabilježeni u pojedinim područjima. Kontrolne liste mogu biti opšte ili specifične. Ove se liste mogu smatrati procjenom zato što ne uključuju "alat" ili procedure za mjerenje i ne testira se radi valjanosti ili pouzdanosti. Uostalom, može se koristiti radi identifikacije problema koji zahtijeva detaljniju procjenu.

2.4.1.4. Radnoterapijsko posmatranje

Vještina uspješnog posmatranja bazira se na sposobnosti terapeuta da sluša i identifikuje posmatranje prema dobi-

jenim informacijama. Posmatranje može biti prikladno kod procjene u strukturnim situacijama, kao što je izvođenje posebnih funkcionalnih zadataka, ili u manje formalnim situacijama, kao što je tokom ručka ili razgovarajući s članom porodice kod njegove kuće.

Neverbalni znakovi

Promatranje položaja tijela i drugih neverbalnih znakova je vrlo važno. Često ih uljepšavaju verbalni ili pisani odgovori, ali kada se oni suprotstavljaju tada na scenu stupaju neverbalni znakovi koji daju realniju sliku tačnog odgovora. Oni takođe upućuju na ponašanje, kogniciju ili raspoloženje.

Kada posmatra izvođenje terapeut u obzir mora uzeti i proces i produkt. Terapeut mora posmatrati važne faktore, stavove i ponašanje tokom izvođenja zadatka. Izraz lica i postura mogu inicirati na postojanje boli ili neudobnosti, dok pažnja usmjerena na detalje i način izvođenja pokazaće nam vrijednosti pojedinca. Prisutnost volje ili neodlučnosti mjere su koje pokazuju interes za aktivnosti, vlastito htijenje ili nivo samopouzdanja tokom izvođenja aktivnosti.

Interpretacija procjene

Objektivnost tokom posmatranja bazira se na terapeutovom znanju bioloških ili kliničkih pojava kod oštećenja, svjesnosti potrebe za aktivnošću. Razumjevanje nauke o ponašanju može pomoći terapeutu da interpretira svoju observaciju, ne samo tokom analize neverbalnih znakova, već i kod procjene kako ličnost, kultura ili uloga u životu utiču na ponašanje. Prepoznavanje vlastitih sposobnosti u odnosima s pacijentom/klijentom i načina komunikacije omogućiće da u potpunosti razumije promatranje drugih.

Važno je razmotriti posmatranje u kontekstu s situacijom i okolinom. Ovi vanjski uticaji mogu promijeniti ponašanje osobe. Okolina može uticati i na terapeutovo poznavanje situacije i rutina koja postoji kod procjene i može dovesti terapeuta da reaguje u sjeni prijašnjeg slučaja. Rizik postoji i kod predviđanja sitnih detalja što može spriječiti prepoznavanje značajnih informacija. Procjena je rijetko objektivna, ali bi terapeut trebao nastojati da minimalizira svoja stanovišta kod posmatranja tokom procjene, primjene testova ili provođenja mjerenja. Na ovaj način rizik od lične greške kod posmatranja će se minimalizirati.

2.4.2 Planiranje radnoterapijske intervencije/planiranje i pripremanje tretmana

Nakon što smo utvrdili postojeći problem kod klijenta, sljedeći korak je utvrđivanje ciljeva i zadataka koje želimo postići. Najvažnije od svega je utvrditi način kojim ćemo nastojati ostvariti prethodno postavljene ciljeve, medije koji ćemo koristiti, specifične metode i odgovornost klijenta. Bitno je shvatiti razliku kod već spomenutih ciljeva i zadataka. Ciljpodrazumijeva da se nešto čini kroz duže

vrijeme, dok zadatak predstavlja aktivnost koju će klijent izvoditi pod specifičnim uslovima i s najvišim uspjehom. Kod određivanja zadataka treba imati na umu da oni moraju biti prilagođeni klijentu i njegovoj motivaciji, mjerljivi i dostižni.

2.4.3 Provođenje radnoterapijske intervencije

Intervencija unutar radne terapije je proces koji uključuje funkcionalne promjene u radnim mogućnostima upotrebom svrsishodnih aktivnosti. To je uticalo na stanje korisnika, na stanje njegovog uma, na zdravstveni status, te na vrijeme ozdravljenja.

Intervencija je jedan dio radnoterapijskog procesa i ne smije biti izolovana od čitavog programa. Posebno je važno odbaciti unaprijed planirani proces i pratiti program evaluacijom.

Intervencija je složen proces koji uključuje raznovrsnost vještina i znamenitosti za osiguranje uspjeha. Međutim, postoje određeni osnovni praktični parametri, koji prekoračuju sve tipove intervencije, i koji moraju biti uključeni u svaki uspješni program, a koji se ne pojavljuju kao samostalne tehnike, te o njima terapeut mora razmišljati za vrijeme trajanja cjelokupnog tretmana.

To su :

- Duhovnost

Duhovne potrebe su osnovne ljudske potrebe i mogu biti izražene kroz potrebu za samopoštovanjem, odnosno one su ocjena ljudskog života kroz njegovu svrhu. Pojedinci također, imaju potrebu za afirmacijom svojih jedinstvenih talenata, darova i sposobnosti.

- Motivacija

Motivacija je dinamična, unutarajna snaga koja potiče osobu na aktivnosti prema smislu odluke i uputa u životu. Motivisani korisnik učestvuje u donošenju odluka, aktivan je u terapijskim nastojanjima, željan je održati fizičku i mentalnu aktivnost i želi zadržati svoju autonomiju. Takvo ponašanje je tipično za idealne korisnike. Međutim, većina korisnika radne terapije ima izgubljeni dio tijela ili njegovu funkciju, odnosno smanjenje senzibiliteta i fizioloških i socijalnih funkcija. Njihov imidž tijela je negativan, te imaju nedostatak povjerenja u sebe, u svoje fizičke i fiziološke kapacitete.

- Terapijska povezanost

Terapijska povezanost je uz upotrebu određenih aktivnosti jedan od najvažnijih i najsnažnijih "alata" za intervenciju kod pacijenta/klijenta.

- Proces podučavanje-učenje

Cilj terapeuta je korisnik motivisan za učenje procesa adaptacije.

- Etika.

Bitni činioci za provođenje tretmana ili programa su:

- vrijeme

- oblik terapije

- saradnja s timom.

Radni terapeut mora misliti na optimalnu dužinu trajanja terapijskog tretmana i koliko često će se provoditi terapijski tretmani. Takođe, mora voditi brigu o najprikladnijem vremenu za terapiju jer su tada rezultati najkvalitetniji.

Pod terminom oblik terapije, smatra se izbor rada, individualno ili u grupi. Svaki od tih načina ima svoje prednosti, a terapeut će na osnovi najavljene procjene odrediti vrstu terapije. Najčešće se terapija provodi individualno dok se problemi vezani uz socijalne i komunikativne vještine rješavaju na nivou grupe.

U tretmanu je od izuzetne važnosti timski pristup klijentu, jer se samo na taj način postiže dobra kvaliteta komunikacija između svih stručnjaka i samog korisnika rehabilitacijskog programa. Da bi radni terapeut bio uspješan član tima, mora biti dobro edukovan i mora dobro poznavati svoju struku i područje rada, jer će samo na taj način biti cijenjen i uvažen od strane drugih stručnjaka. Uz radnog terapeuta ostali članovi tima su prvenstveno klijent i njegova porodica, potom ljekar/psihijatar, psiholog, medicinska sestra, socijalni radnici, defektolog, logoped, a za svaki od tih kadrova je od izuzetne važnosti da dobro i ciljano obavljaju svoju ulogu u terapijskom procesu.

2.4.4 Evaluacija ili procjena dobijenih rezultata

Ovaj dio je ujedno i najvažniji jer putem njega ocjenjujemo i kontrolišemo efikasnost provedenog tretmana. Tu se ubrajaju uspjesi i ograničenja koja su se javila tokom provođenja samog tretmana.

3 RADNOTERAPIJSKA DOKUMENTACIJA

Radnoterapijska dokumentacija nužan je dokument kojim se ostvaruje pravovremena i uspješna komunikacija s klijentom, porodicom ili članovima tima.

Svrha radnoterapijske dokumentacije je sljedeća:

- Obrazložiti razlog pružanja radnoterapijskih usluga i povezanost sa konačnim ciljevima klijenta
- Prezentovati radnoterapijsko rezonovanje i profesionalno odlučivanje
- Prezentovati informaciju o klijentu s radnoterapijskog gledišta
- Voditi hronološki zapis klijentovog stanja, pruženih radnoterapijskih usluga i klijentovih usluga.

Obrazac za vođenje radnoterapijske dokumentacije mora sadržavati sljedeće:

- Informacije o klijentu: ime i prezime klijenta, datum rođenja, pol, zdravstveni status, dijagnozu, ostale anamnestičke podatke, mjere opreza i kontraindikacije.
- Okupacijski profil: obuhvata zanimanje klijenta i sve važne uloge (kontekst koji podržava i ograničava izvođenje svakodnevnih aktivnosti, subjektivni doživljaj

klijenta o vlastitom funkcionisanju u svim aspektima življenja, njegove prioritete, potrebe i očekivanja).

- Radno terapijske procjene kojima moraju biti priložene sve procjene koje su korišćene zajedno sa interpretacijom dobijenih rezultata. Radnoterapijska procjena mora biti početna, završna i po potrebi periodična. Rezultati radnoterapijske procjene uključuju:
 - Radnoterapijsku procjenu i analizu izvođenja aktivnosti dnevnog života koje obuhvataju područje samozbrinjavanja, produktivnosti i aktivnosti slobodnog vremena.
 - Radnoterapijsku procjenu i analizu senzomotoričkih, kognitivnih i psihosocijalnih sposobnosti, te njihov uticaj na izvođenje aktivnosti dnevnog života.
 - Radnoterapijsku procjenu i analizu stambenog, radnog i društveno-kulturološkog okruženja u kojem se odvijaju svakodnevne aktivnosti.
- Plan radnoterapijske intervencije
 - Ciljevi radnoterapijske intervencije moraju biti specifični, mjerljivi, realni i vremenski definisani (SMART ciljevi). Ciljevi radnoterapijske intervencije moraju biti određeni u skladu sa opažanjima tokom procjene i postavljeni u dogovoru sa klijentom. Ciljevi radnoterapijske intervencije trebaju biti kratkoročni i dugoročni. Pri pisanju radnoterapijskih ciljeva potrebno je zabilježiti željeni ishod radnoterapijske intervencije na način da reflektuje klijentovu sposobnost da učestvuje u svojim svakodnevnim aktivnostima (okupacijama).
 - Radnoterapijski pristupi i oblici intervencije koji će se koristiti da bi se postigao napredak, odnosno postigli postavljeni radnoterapijski ciljevi.
- Intervencija
 - Dokumentovati sadržaj i vrijeme provedenih radnoterapijskih aktivnosti
 - Zabilješke napretka: svaku promjenu koja se pojavljuje tokom radnoterapijskog procesa potrebno je kontinuirano bilježiti.
 - Zabilješke o izmjenama plana intervencije uz argumentaciju razloga same izmjene.
- Završno mišljenje: uključuje ishod radnoterapijskog procesa, te se izrađuje pri završetku pružanja usluga. Završno mišljenje mora sadržavati i preporuku za daljnje postupanje.

4. MODELI U RADNOJ TERAPIJI

- Model ciljne aktivnosti (Filder & Filder, 1961, 1963)

Ovo je bio jedan od prvih pokušaja da se zapiše model koji bi mogao definisati radnu terapiju. Bazira se na vjerovanju da ciljana aktivnost omogućava poticaj i priliku za pojedinca da postanu vlast nad sobom i njihovom osjećaju sposobnosti. Posmatra pojedinca kao osobu sposobnu da kontroliše svoju sudbinu pomoću svojih okupacija. Da on/ona može uticati na stanje svog zdravlja kroz stvari (aktivnosti) koje radi. Model pobliže razmatra značenje i upotrebu aktivnosti za pojedinca. Strogo predlaže da bi radni terapeut trebao koristiti aktivnosti samo na smislen način. Drugim riječima, aktivnost mora imati značenje pojedincu

da bi je izveo, i društvu uopšte, da bi imala pozitivan uticaj na zdravlje tog pojedinca.

- Model adaptivnih vještina (Anne Cronin Mosey 1986)

Se bazira na vjerovanju da ljudi kontinuirano prilagođavaju svoje akcije i ponašanja okolini u kojoj se nalaze. Posebno se bazira na razvojnom okviru u kojem se adaptacija događa malo pomalo i zavisi o vještinama i podvještinama ranije stečenim.

- Model adaptacije kroz okupaciju (Reed i Sanderson, 1999)

Reed i Sanderson daju veliki naglasak na okolinu u kojoj pojedinac izvodi okupacije, okupacije u smislu njihove važnosti za pojedinca, nivoa vještina potrebne za savladavanje okupacija i prilagođavanje koje pojedinac mora izvesti bilo prema sebi ili njegovoj okolini da bi uspješno izveo okupaciju.

- Model humane okupacije (Kielhofner, 1995)

Omogućio je radnoj terapiji da formalizuje vođenje strukture i za praksu i za istraživanje, koje bi radni terapeuti iz svih područja profesije trebalo biti u mogućnosti koristiti.

- Model okupacijskog izvođenja (Kanadski model)

Ovaj model daje veći značaj pojedincu kao društvenom biću nego ranije razmatrani modeli radne terapije. Traži od radnih terapeuta da posmatraju pojedinca kao kompleksni sistem sastavljen od uma, tijela i duhovnih komponenti.

5. ZAKLJUČCI

- Jedna od glavnih pretpostavki radne terapije je da će aktivnosti olakšati adaptaciju i promjenu, te individualno povećati i razviti radnoterapijsko izvođenje.

- Korišćenje praktičnih situacija i pojedinačnih tehnika, radi facilitacije procesa promjene, je faza intervencije radnoterapijskog procesa.

- Metode i tehnike predlažu specifične postupke da bi se postigao cilj.

- Dijagnostička evaluacija manje naglašava ličnu procjenu, a više se fokusira na procjenu životnih funkcionalnih vještina pojedinca u brizi o samom sebi, radu/produktivnosti i slobodnom vremenu.

- Radni terapeuti su zdravstveni radnici koji su obrazovani da kroz radnoterapijski proces pomažu osobama koje iz određenih razloga (bolest, ozljeda, smetnje u razvoju, starost, neadekvatna okolina...) imaju teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Radni terapeut koristi svrsishodne aktivnosti dnevnog života kao terapijski medij. Da li pomažući starijoj osobi da se nauči počestljati, djetetu da kroz igru razvija sposobnosti, majci da pripremi jelo, radniku da rukuje s opremom, radni terapeut podučava

osobe životnim vještina.

8 LITERATURA

- Reed,K. The Beginnings of Occupational Therapy. Helen L. Hopkins i Helen D. Smith
- Thomas A. Harris.(1998). Ja sam OK – Ti si OK.
- Van Deusen,J., Kaszczuk, S., Brunt,D. Barns & Noble, 1997
- Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy. Barns & Noble.
- Law,M., Dunn,W., Baum,C.(2000) Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy. Barns & Noble.
- Schult,M.L.(2001). Multidimensional Assessment of People with Chronic Pain: An Occupational Therapy Perspective. Barns & Noble.

Uloga i značaj U.G. „Stella“ Zenica u provođenju Projekta koordinirane brige u CZMZ-u Zenica

Halima Hadžikapetanovi

*Sva patnja, koju je čovječanstvo
Ikada preživjelo, može se svesti
Na jednu jedinu činjenicu, da
Nikada u istoriji galaksije niti
Jedan čovjek nije u potpunosti
Razumio drugoga.
(Isaak Asimov)*

Koordinirana briga

Koordinirana briga („case management“) predstavlja suvremeni pristup liječenju mentalnih oboljenja i poremećaja, odnosno suvremeni oblik medicinske prakse, koji u odnosu na tradicionalni pristup liječenju mentalnih oboljenja i poremećaja koji je obuhvatao biološko i psihološko funkcioniranje osobe, uključuje i treću, također značajnu komponentu - socijalno funkcioniranje, čija je svrha postizanje što kvalitetnije resocijalizacije korisnika usluga mentalnog zdravlja. U cilju uvođenja ovog pristupa i na području Bosne i Hercegovine u okviru Projekta mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini započela je edukacija profesionalaca iz područja mentalnog zdravlja u oblasti koordinirane brige naših klijenata, pri čemu se poseban naglasak stavlja kako na procjenu korisnika usluga mentalnog zdravlja, procjenu rizika, planiranje brige o njemu, realizaciju tretmana i korištenje resursa u zajednici u kojoj on živi, uz ranu intervenciju, prevenciju relapsa i timski pristup u mentalnom zdravlju, tako i na značaj uvođenja rodne perspektive u koordiniranu brigu, budući da je rodnost prepoznata kao jedna od najvažnijih socijalno-kulturalnih odrednica očuvanja ili ponovnog uspostavljanja mentalnog zdravlja.

Korisnici usluga mentalnog zdravlja u zajednici, tj. osobe sa mentalnim poremećajima ili poteškoćama iz područja mentalnog zdravlja, osim svakodnevnog suočavanja sa svojom osobenom polimorfnom (često psihotičnom) simptomatologijom izložene su i nerazumijevanjem u svojoj bližoj ili daljoj sredini, porodici, rodbini, komšiluku, na radnom mjestu itd, dakle, izloženi su raznim oblicima diskriminacije i stigmatizacije u svim sferama života. Stoga smo mi profesionalci Centra za mentalno zdravlje Zenica u saradnji sa Kantonalnim zavodom za bolesti ovisnosti Zenica, te uz aktivno uključivanje korisnika usluga mentalnog zdravlja – članova U.G. „Stella“ Zenica te članova U.G. „Lotos“ Zenica povodom ovogodišnjeg obilježavanja 10. oktobra – Svjetskog dana mentalnog zdravlja (iako je parola ovogodišnje kampanje WHO: „Depresija i globalna kriza“) odlučili poseban naglasak staviti upravo na poteškoće sa kojima se oni, osobe sa poteškoćama iz područja men-

talnog zdravlja suočavaju u svom svakodnevnom socijalnom funkcioniranju, pod parolom: „Mentalna teškoća nije zarazna, ali stigma jeste!“

Da, stigma prema osobama u duševnoj nevolji zasigurno jeste i prisutna i jeste zarazna. S druge strane, ohrabruje činjenica mnogobrojnih primjera uspješnih kampanja i projekata širom svijeta u borbi protiv stigme, diskriminacije i socijalne isključenosti osoba sa mentalnim poremećajima. Ono što je zajedničko takvim inicijativama jeste da centralno mjesto u njihovom osmišljavanju i provođenju pripada korisnicima usluga mentalnog zdravlja i njihovim porodicama, pri čemu je preduvjet za tako nešto svakako, njihovo osnaživanje, kao ključni koncept u viziji promocije zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije kao multi-dimenzionalni socijalni proces kroz koji pojedinci i grupe stiču bolje razumijevanje i kontrolu nad svojim životima. Rad na osnaživanju korisnika usluga mentalnog zdravlja donosi višestruke koristi, na biološkoj, psihološkoj i socijalnoj razini, uključujući povećano samopoštovanje, veći osjećaj povezanosti s drugima i plodonosnu angažiranost u društvu.

Kako je to sve po elo?

- Centar za mentalno zdravlje Zenica

Napuštajući predratni sistem pristupa tretmanu mentalnih poremećaja Federalno ministarstvo zdravlja je 1996. godine odlučilo započeti proces reforme zdravstvene zaštite stanovništva Bosne i Hercegovine, pa je sklopilo ugovor sa Svjetskom bankom o provođenju projekta „Fizička i psihosocijalna rehabilitacija žrtava rata u BiH“. Sastavni dio sveopće reforme sistema zdravstvene zaštite u BiH jeste i reorganizacija psihijatrijske službe. Prvi korak savremene organizacije psihijatrijske zaštite jeste organiziranje rada službi zaštite mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite, čime se ostvaruje povezivanje psihijatrijske službe sa primarnom zdravstvenom zaštitom. U tom cilju u BiH su i otvoreni centri za mentalno zdravlje u zajednici.

Centar za mentalno zdravlje Zenica, koji djeluje u okviru J.U. „Dom zdravlja“ Zenica, naredne godine obilježava petnaesetogodišnjicu uspješnog rada u zajednici, na području općine Zenica, budući da je 20. maja 1998. godine otvoren kao prvi otvoreni centar ove vrste u Bosni i Hercegovini. Centar za mentalno zdravlje Zenica osmišljen je, organiziran te funkcionira u skladu sa svjetskim standardima, što potvrđuje isticanje ovog centra kao najboljeg na području BiH od strane eminentnih stručnjaka iz područja zaštite mentalnog zdravlja.

Inače, tokom posljednjih tridesetak godina na globalnom planu desile su se mnoge promjene u samom načinu na koji se usluge mentalnog zdravlja organiziraju i pružaju: velike psihijatrijske bolnice, kao zatvorene institucije sekundarne zdravstvene zaštite, zamijenjene su organiziranjem otvorenih centara za pružanje usluga zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, na nivou primarne zdravstvene zaštite, koji se najčešće nalaze u centru grada te su lahko dostupni građanima, našim klijentima, i to bez stigmatizacije, koja je nažalost, općenito prisutna u našem društvu kada se govori o osobama sa određenim smetnjama iz područja mentalnog zdravlja.

Mentalno zdravlje u zajednici je brz, adekvatan i konzistentan odgovor na stvarne socijalne, psihološke, mentalno-zdravstvene i medicinske potrebe naših klijenata. To je obezbjeđenje širokog spektra usluga, programa, tako da svi koji trebaju našu profesionalnu pomoć iz područja mentalnog zdravlja mogu naći različite opcije koje odgovaraju njihovim potrebama. To je sistem organiziran za klijente, ali i od strane samih klijenata. Centar za mentalno zdravlje Zenica je okosnica i nosilac vanbolničke zaštite mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite. Odgovoran je za mentalno zdravlje na području Općine Zenica na kojem živi 150.000 stanovnika, a od 2006. godine kada je izvršena nova reorganizacija rada CZMZ-a Zenica, rad se odvija u dvije smjene u dva tima profesionalaca – Centar je otvoren svakog radnog dana od 07:00 do 19:30 sati.

Multidisciplinarni pristup klijentu prožima novu organizaciju psihijatrijske njege, cjelovit pristup korisniku usluga, te predstavlja jedan od osnovnih principa timskog rada u Centru za mentalno zdravlje Zenica. Medicinski, socijalni i psihološki aspekti u dijagnostici i tretmanu u timskom radu jednako su zastupljeni. U okviru svog djelovanja od početka do danas, multidisciplinarni tim, provodi prevenciju mentalnih poremećaja, proučava njihovu epidemiologiju, analizira faktore koji u određenoj sredini pozitivno utječu na mentalno zdravlje i njegovo poboljšanje, radi na ranom otkrivanju, liječenju osoba sa poteškoćama mentalnog zdravlja, sprovođenju rehabilitacije, edukaciji i informiranju šire javnosti o problemima mentalnog zdravlja i značaju aktivnog uključivanja zajednice na planu očuvanja mentalnog zdravlja.

U CZMZ-u Zenica kontinuirano se obavlja individualna psihoterapija, uz poseban naglasak na grupnom psihoterapijskom radu sa našim klijentima kojeg profesionalci Centra obavljaju u saradnji sa određenim organizacijama:

- psihosocijalna pomoć ženama sa paničnim napadima,
- grupna psihoterapija sa hroničnim psihijatrijskim bolesnicima – U.G. „Stella”,
- grupna psihoterapija sa ženama oboljelim od karcinoma dojke – U.G. „Život”,
- grupna psihoterapija sa RVI sa PTSD-om – U.G. „Iskra života”,

što predstavlja značajno poboljšanje u odnosu na usluge koje su klijenti ranije dobivali, dok se nije otvorio CZMZ Zenica.

Prateći savremene tendencije kontinuirane brige o našim klijentima, tj. korisnicima usluga mentalnog zdravlja, a u

skladu sa saznanjima dobivenim tokom edukacije u Centru za mentalno zdravlje u Veneciji – Italija, na inicijativu profesionalaca Centra za mentalno zdravlje Zenica u ljeto 2000. godine pokrenuta je aktivnost za osnivanje posebnog udruženja koje će okupljati hronične psihijatrijske bolesnike te omogućiti poboljšanje i humanizaciju njihovog života, tako da je 05. jula 2000. godine u Zenici osnovano U.G. „Stella“ Zenica, kako bi se koristeći savremene metode grupnog psihoterapijskog i okupaciono-terapijskog rada sa korisnicima usluga mentalnog zdravlja poboljšao pristup njihovom liječenju, resocijalizaciji i rehabilitaciji, što su korisnici usluga mentalnog zdravlja i prihvatili uviđajući prednosti ovakvog terapijskog rada. Formirano je udruženje građana sa nazivom „Stella“ Zenica da bude „stella“ – zvijezda vodilja njihovog izlječenja, resocijalizacije i mentalnozdravstvene rehabilitacije.

Od tada profesionalci Centra su aktivno putem grupnih psihotretmana i organiziranja okupacionih, radnih i art-terapija uključeni u pružanje pomoći i podrške članovima Udruženja, u njihovom nastojanju da žive mentalno i socijalno zdravijim životom.

- U.G. „Stella“ Zenica

U.G. „Stella“ Zenica je dobrovoljno, slobodno, vanstranačko i neprofitabilno udruženje multietničkog sastava, čiji je cilj da svojim članovima, poboljša kvalitet života, ostvarivanjem zdravstvenih, ekonomskih, socijalnih, humanitarnih, prosvjetnih, umjetničkih, sportsko - rekreativnih i drugih aktivnosti, potreba i interesa u skladu sa Zakonom. Udruženje ima 50 članova, od toga 20 koji su aktivno uključeni u rad Udruženja, a čine ih osobe ili članovi porodice, koji imaju ili su u historiji svoje bolesti imale smetnje mentalnog zdravlja, kao i osobe profesionalno vezane za područje mentalnog zdravlja i ostali zainteresirani građani. Udruženje

- razvija i podstiče razvoj stvaralačkih aktivnosti svojih članova
- umanjuje stigmatizaciju osoba sa problemima mentalnog zdravlja, tj. radi na promjeni slike duševne nevolje u mentalitetu društva
- radi na poboljšanju atmosfere u životnom ambijentu svojih članova
- sprječava krize te omogućava lakše suočavanje – „coping“ te prevazilaženje krize
- pomaže članovima Udruženja u rješavanju njihovih problema u vezi sa ostvarivanjem kvalitetne medicinske, psihološke i farmakološke usluge
- pomaže u obrazovanju kako članova tako i njihovih porodica
- jača solidarnost i uzajamnost, razvija partnerske odnose među korisnicima i profesionalcima, poučava ih kako biti efikasniji u određenim životnim situacijama
- uspostavljamo komunikaciju sa drugim udruženjima u BiH te smo u više navrata organizovali zajednička druženja i radionice.

Udruženje građana „Stella“ važan je akter u kreiranju politike mentalnog zdravlja. Ona je samoodrživa organizacija

sa jakom mrežom podružnica na području Zeničko-dobojskog kantona i izgrađenim socijalnim kooperativima podržanim od strane vladinog sektora, civilnog društva, privatnog biznisa i međunarodnih organizacija. Bavimo se literarnim radom, muzičkim stvaralaštvom, sportskim aktivnostima, likovnim stvaralaštvom i svim drugim zanimanjima za koja su zainteresirani naš članovi.

Članovi Udruženja koriste prostorije Centra za mentalno zdravlje Zenica (svakog četvrtka od 09:00 do 11:00 sati), u kojima osim nabrojanih terapijskih aktivnosti, održavaju sastanke, druže se, razmjenjujemo iskustva, obavljaju rekreaciju, učestvuju u zajedničkim aktivnostima, grupnom psihoterapijskom i okupaciono-terapijskom radu sa edukatorima i terapeutima, slušaju muziku, gledaju televiziju itd. Po prvi put korisnici usluga mentalnog zdravlja mogu otvoreno razgovarati sa članovima tima o svojim potrebama, a da ne budu ismijani, kao što se to ranije dešavalo. Korisnici su stvorili grupu za pružanje uzajamne pomoći u nevolji, pa kada je jedan član grupe u krizi onda mu ostali pomažu. A ukoliko mu sami ne mogu pomoći, obraćaju se nekom od profesionalaca Centra za mentalno zdravlje Zenica da im pomogne u rješavanju problema.

Posljednjih nekoliko godina u okviru Centra za mentalno zdravlje Zenica više smo se angažirali na organizaciji Udruženja korisnika psihijatrijskih usluga, njihovoj edukaciji u cilju samopomoći, individualnim terapijama, te radu sa članovima njihovih porodica, budući da je rodost prepoznata kao jedna od najvažnijih socijalno-kulturalnih odrednica očuvanja ili ponovnog uspostavljanja mentalnog zdravlja, kao sastavni dio kontinuirane brige za osobe koje imaju mentalnozdravstvene poteškoće. U samom Centru stvorili smo i preduslove za provođenje muzikoterapije.

Nažalost, počesto se zaboravlja, da i ljudi sa mentalnim tegobama imaju potrebe jednake svim ljudima, potrebe za sigurnošću, kako u ličnom tako i u socioekonomskom smislu, potrebe za pripadnošću i podrškom. Ove potrebe su karakteristične za sve ljude (Flaker, 2000).

“Bolest ne dolazi odjednom, kao iz vedra neba, nego je to posljedica dugog niza malih neznatnih grešaka protiv zdravlja, koje se nadovezuju jedna na drugu i rastu kao grudva snijega koja se valja dok se jednog dana ne svali na leđa čovjeka”. (Hipokrat)

Planiranje brige je vitalno pitanje u zajednici, bitna konekcija između usluga i potencijalnog korisnika. Bitno je pokušati pomoći ljudima da otkriju svoje lične priče i da kažu kako mogu biti pomognuti od strane drugih. Kada stvarno slušamo ljude, sve različite etikete mogu nestati i mi možemo vidjeti da su oni kao i mi, ponekad veseli, često usamljeni i prestrašeni. Ljudi sa duševnim poremećajima žive u društvenim sistemima koji ih etiketiraju, onemogućavaju, stigmatiziraju i nerviraju. Brigu treba fokusirati na korisnika usluga, a ne na uslugama (Brendon, 1995). Korisnici usluga mentalnog zdravlja žele više kontrole nad svojim životom. To znači više kontrole nad pruženom brigom i tretmanom (Campbell, 1996).

Kao potvrda ovome, članovi U.G. „Stella“ Zenica 2009. godine pokrenuli su inicijativu za osnivanje Dnevnog centra (Projekat je upućen općini Zenica), čijom bi se implementacijom poboljšale mogućnosti stabilizacije zdravstvenog stanja korisnika usluga mentalnog zdravlja koji su članovi Udruženja „Stella“ i to metodom radno-okupacione terapije.

U čemu se ogleda značaj i potreba za osnivanjem Dnevnog centra u skladu sa kontinuiranom brigom prema korisnicima usluga mentalnog zdravlja? Korisnici psihijatrijskih usluga, oni koji su se liječili na Odjelu psihijatrije, po izlasku iz bolnice često se ponovo vrate u bolnicu sa sličnom simptomatologijom ili u svojoj kući žive u potpunoj izolaciji i samoći.

S obzirom da Udruženje blisko saraduje sa Centrom za mentalno zdravlje Zenica te koristi usluge profesionalaca mentalnog zdravlja planirano je da i profesionalci Centra budu angažirani za potrebe Dnevnog centra gdje bi svi zajedno sa educiranim članovima Udruženja uz svaki novi implementirani projekat - primarno izložbe radova radionice kreativnog izražavanja članova Udruženja, sticali novu rutinu, tj. iskustva neophodna za implementaciju svih budućih projekata te zajedno radili na poboljšanju mentalnog zdravlja članova Udruženja, unapređenju kvalitete života i zdravlja korisnika usluga mentalnog zdravlja, unapređenju ljudskih prava, smanjenju izolacije korisnika, pokretanju preostale radne sposobnosti, iskazivanju kreativnosti i direktnom uključivanju u rad lokalne zajednice uz osposobljavanje za samostalan život.

Zaključak

Tokom protekle decenije uspješne saradnje Centra za mentalno zdravlje Zenica i U.G. „Stella“ Zenica potvrdilo se u praksi ono što smo ranije samo teoretski znali i čitali kao primjere dobre prakse iz nekih drugih, prosperitetnih zemalja, da kontinuiranim pružanjem psihosocijalne pomoći i edukacije kroz stručno organizirane tretmane i seminare, rad na sebi te posebno okupacionu, radnu i art-terapiju uz uvažavanje osoba sa smetnjama iz područja mentalnog zdravlja može se spriječiti opasnost da budu socijalno isključeni, uz senzibilizaciju javnosti za potrebe ove populacije, te postići njihova socijalna i radna integracija u našu zajednicu, kao njenih aktivnih i korisnih članova koji mogu povratiti izgubljeni osjećaj kontrole nad svojim životom i radnom funkcionalnosti, podići samopoštovanje, osjećaj zadovoljstva i slike o Sebi, a što je u skladu sa Evropskim standardima i opredjeljenjima u oblasti zbrinjavanja osoba sa mentalnim poremećajima: povećanje kvalitete života korisnika usluga mentalnog zdravlja.

Literatura:

- Brendon D. (1995). *Advocacy, Power to People with Disabilities*. Birmingham: Venture Press
- Campbell, P. (1996). *Getting Started*. London: Hamlet Trust
- Flaker, V. (2000). *Težnje službi mentalnog zdravlja. Biljeske studija za mentalno zdravlje u zajednici*. Sarajevo, Banja Luka: Tempus

Psihijatrijska patronaža kao segment rada CMZ

Milorad Naki

Cilj seminarskog rada je prikazati značaj psihijatrijske patronaže u praćenju korisnika sa duševnim poremećajima i duševnim oboljenjima.

U CMZ Doboj smatramo da je za dobar rad centra neophodno obezbijediti:

- kadrovski popunjen tim
- dobro edukovan tim
- timski rad i timsko donošenje odluka
- sveobuhvatna psihijatrijska patronaža
- preventivni i edukativni rad

Psihijatrijska patronaža je u stvari monovalentna patronaža koju smo u CMZ Doboj počeli raditi poslije otvaranja CMZ 1998. god.

Kako bi mogli obavljati psihijatrijsku patronažu imali smo pomoć od Italijanske vlade u programu SZO koja nam je donirala terensko vozilo.

Psihijatrijsku patronažu možemo podijeliti na;

- planiranu patronažnu posjetu
 - patronažnu posjetu po pozivu
- Planirane patronažne posjete najčešće obavljamo zbog;
- pojačanog nadzora nad pojedinim korisnicima CMZ i njihovih porodica dok ne postignu sociomedicinsku remisiju
 - pojačan nadzor nad porodicama koje imaju više oboljelih članova porodice
 - nadzor nad korisnicima koji iz bilo kojih razloga ne žele dolaziti u CMZ, čak ni na kontrolne preglede
 - patronažne posjete socijalnim slučajevima koji nemaju sredstava ni mogućnosti da dođu u CMZ
 - patronažne posjete korisnicima koji primaju depo-preparate, a ne žele otići u ambulantu porodične medicine, ili doći u CMZ, ili su lošeg socijalnog statusa pa nemaju sredstava za kartu

Patronažne posjete po pozivu su ustvari posjete koje radimo u toku pogoršanja zdravstvenog stanja korisnika a poziv za kućnu posjetu dobijamo od:

- samog korisnika
- člana porodice korisnika
- poziv iz zajednice u kojoj korisnik živi (komšija, član šire porodice ili neko iz mjesne zajednice)
- poziv iz ambulante porodične medicine ili stanice HMP (intrasektorska saradnja)
- poziv iz Centar za socijalni rad, Crvenog krsta, Opšte bolnice itd. (intersektorska saradnja)

U patronažne posjete odlaze najmanje dva člana tima, ili više članova tima zavisno od potrebe. U kućnu posjetu najčešće odlaze med. sestra-tehničar (koordinator brige), socijalni radnik, defektolog (specijalni pedagog), psiholog i po potrebi psihijatar.

U Centru za mentalno zdravlje Doboj davno smo shvatili prednosti koje nam pružaju patronažne posjete, a naročito su značajne zbog:

- uspostavljanje saradnje i komunikacije sa porodicama duševnih bolesnika
- edukacija korisnika i članova njihovih porodica
- građenje makro i mikro mreže podrške korisniku u slučaju pogoršanja zdravstvenog stanja
- kontrola relevantnosti uzimanja psihofarmakoterapije
- davanje depo-preparata u kući korisnika koji iz nekog razloga nisu uključeni u aktivni rad CMZ
- smanjenje pogoršanja psihičkog stanja hroničnih duševnih bolesnika ,posebno kod aktivnog uključivanja članova porodice
- pomoć pri ostvarivanju socijalnih prava (upućivanje na pravu adresu i zakonska prava korisnika, kao i uključivanje profesionalaca pri ostvarivanju istih)
- rad na razbijanju stigme i diskriminacije kojoj su ova lica izložena

Baveći se godinama psihijatrijskom patronažom i ulaskom u porodice naših korisnika došli smo do zaključka da je porodica vitalna potpora i da može dati podsticaj pojedincu da izdrži u postizanju svojih ciljeva ,ali istovremeno može biti i nepremostiva prepreka koja pojedincu onemogućava da se podigne na vlastite noge.

Neke porodice prihvate pojedinca koji je preživio krizu kao veliko dijete. Njihovo ih veliko dijete ponovo treba, te će učiniti sve da ga zaštite od okrutnog svijeta, ali pod uslovom da zauvijek ostane veliko dijete.

Postoje i drugačije porodice koje otvoreno priznaju da je njihov oboljeli član porodice veliki teret za njih. Oni imaju svoje poslove i planove u kojima ih ometa briga o oboljelom i neuspješnom članu njihove porodice. Ponekad ne skrivaju uvjerenje da on nije ni za šta, te da nikada neće ni biti i predstavlja sramotu za porodicu.

Međutim, nalazimo i porodice koje su spremne učiti i svojim oboljelim članovima pružiti pomoć kakva im je potrebna. Spremni su ih uključiti u svakodnevne poslove u porodici, te im na taj način osigurati ravnopravnu ulogu unutar porodice.

To na početku traži mnogo više vremena, strpljenja nego da sami obave taj zadatak ,ali to znači prvi korak ka razvijanju samostalnosti i uzajamnosti za njihovog oboljelog

člana porodice.

Za porodice koje žele da sarađuju sa nama i odluče se na taj put upućujemo sljedeće savjete:

- Slušajte dok vaš član porodice govori. Pokušajte stvari gledati iz njegovog ugla gledanja
- Budite na raspolaganju za razgovor, ali ne zahtijevajte da vam se povjerava
- Poštujte njihove životne odluke
- Pokažite razumjevanje i naklonost. Ako nešto ne razumijete zamolite ih da vam razjasne
- Dajte im pravo da mogu da pogriješe, neka uče iz vlastitog iskustva a ne iz vaših savjeta
- Očekujte od njih da urade neke kućne poslove
- Očekujte da mogu da žive normalan život
- Prepustite im da se brinu o sebi u svim svakodnevnim stvarima
- Svaka inicijativa koju pokažu je dragocjena, dajte im podršku ako to nije u suprotnosti sa realnošću
- Prihvatite ih onakvim kakvi jesu sad, kako bi se mogli dalje razvijati
- Pokažite im da cijenite njihove uspjehe pa makar oni bili i jako mali
- Poštujte njihovu privatnost

- Podstičite njihovu samostalnost
- Ostvarite opuštenu i toplu atmosferu u porodici
- Ponašajte se sa njima kao sebi ravnim, kao što se ponašate sa svojim prijateljima

Zbog značaja psihijatrijske patronaže u stvaranja kompletne slike za našeg korisnika i njegove porodice broj kućnih posjeta od otvaranja CMZ do današnjeg dana je u kontinuiranom porastu.

Prepreke sa kojima se susrećemo u našem radu su;

- nedostatak finansijskih sredstava posebno u početnoj fazi rada (promotivni i edukativni materijali)
- nedovoljna pokrivenost seoskih područja
- potreba za postojanjem bar još jednog vozila

Naša iskustva u dosadašnjem radu su pokazala da je psihijatrijska patronaža neophodan segment u radu Centra za mentalno zdravlje kako bi došli do što potpunijeg zbrinjavanja naših korisnika !

Literatura;

Psihosocijalna pomoć u duševnoj krizi – Lamovec Tanja
Statistički podaci CMZ Doboj

Plan koordinisane brige dementnih osoba

Slobodan Nogo

Demencija

Demencija je gubitak prethodne mentalne sposobnosti u bar dvije oblasti (na primjer pamćenje i vješti naučeni pokreti, pamćenje i govor, ponašanje i govor, orijentacija u prostoru i opažanje) sa daljim pogoršavanjem. Demencija nije jedna bolest već postoje mnogi uzroci. Pravilna informisanost smanjuje strahove i neizvjesnost o tome šta može da se očekuje u budućnosti.

Kako se ispoljava demencija?

Demencija se ispoljava različitim poremećajima.

Često postoje smetnje pamćenja koje mogu da ometaju prvo složene profesionalne aktivnosti, a kasnije i svakodnevni život. Bolesnici ne znaju koji je datum, dan u nedjelji, kasnije ni koji je mesec i godina. Zaboravljaju imena, prvo manje poznatih osoba, a na kraju i sopstvene djece, supružnika za koje mogu da misle da su strana lica ili ih prepoznaju kao neke druge poznate osobe.

Takođe postaju sve više dezorijentisani i u prostoru, ne znaju da se snađu prvo u nepoznatoj, a potom i u poznatoj sredini, da bi na kraju zalutali i u sopstvenom stanu.

Pažnja se mijenja. Teško mogu da održavaju podjeljenu ili produženu pažnju, postaju dekoncentrisani i ne mogu da obavljaju složene aktivnosti. Ne završavaju započete zadatke.

Bolesnici mogu da imaju teškoće u nalaženju riječi, potom i razumijevanju tuđeg govora, da bi na kraju izgubili i sposobnost da se sami izražavaju. U završnom stadijumu sa bolesnicima ne može da se uspostavi komunikacija.

Sposobnost vršenja različitih zadataka i rješavanja problema se pogoršava, tako da su bolesnici sve manje aktivni. U početku teže obavljaju složene profesionalne aktivnosti, a kasnije ne mogu da se snađu sa novcem, neefikasni su u kupovini, rukovanju aparatima i drugo.

Moguće su razne promjene ponašanja, nezainteresovanost, pasivnost ili pak razdražljivost, agresivnost, stalno šetanje, nepovjerljivost, sumnjičavost, odlazjenje od kuće i drugo.

Promjene raspoloženja su često prisutne, nekad kao apatija ili depresivnost ili neprikladno povišeno raspoloženje. U završnoj fazi demencije bolesnici su vezani za postelju, ne komuniciraju, ne kontrolišu mokrenje i stolicu, postaju osjetljivi na infekcije i dekubituse (rane na mjestima gde je tijelo u dodiru sa posteljom). Najčešći uzrok smrti je zapaljenje pluća.

Šta su uzroci demencije?

Demencija nastaje zbog bolesti mozga koje dovode do gubitka nervnih ćelija. Kako ove ćelije ne mogu da se obnavljaju, kod većine ovih bolesti tokom vremena nastaje pogoršanje. Postoji više uzroka demencije.

Alchajmerova bolest je najčešći uzrok demencije. Dolazi do progresivnog gubitka moždanih ćelija, smetnje prvo pamćenja, a potom i drugih funkcija.

Vaskularna demencija je druga po učestalosti među demencijama. Usljed sužavanja arterija koje snabdjevaju mozak krvlju dolazi do manjih ili većih moždanih udara, "šlogova" ili nastaje postepeno oštećenje zbog nedostatka kiseonika ili pak nastupa krvarenje. Veoma je često povišen krvni pritisak.

Demencija sa levijevim tijelima i frontotemporalne demencije dovode do izumiranja moždanih ćelija. Ova dva tipa demencija su treće i četvrte po učestalosti.

I mnoge druge bolesti mogu da dovedu do demencije: Parkinsonova bolest, Hantingtonova bolest, tumori mozga, zapaljenja mozga, Krocjfeld-Jakobova bolest, normotenzivni hidrocefalus itd.

Koji su rizici za nastajanje demencije?

Postoje mnogi faktori rizika za nastajanje demencije od kojih su neki zajednički.

Starije životno doba je najveći faktor rizika, naročito poslije 65 godina kada je učestalost oko 5%, a poslije 80 godina je preko 20%. Pojava blage zaboravnosti ne znači automatski i demenciju.

Teže ili ponovljene povrede mozga mogu da dovedu do demencije.

Nasledni faktor je dokazan za manji broj obolelih, dok kod ostalih može da se naslijedi sklonost, ali je neophodno dejstvo spoljnih činilaca da bi nastala demencija.

Demencije su nešto češće kod manje obrazovanih ljudi ali, svako može da razvije ovakav poremećaj.

Kako se utvrđuje postojanje demencije?

Zaboravnost nije uvek znak bolesti i ako se tokom bar šest mjeseci ne pogoršava i ne dovodi do smetnji u profesiji i svakodnevnom radu najvjerovatnije nije riječ o početnoj demenciji. Ukoliko se zaboravnost pogoršava i dovodi do problema potrebno je medicinsko ispitivanje. Demencija može da počne i sa pojavom ponašanja koje nije bilo tipično za dotičnu osobu i koja postaje upadljiva za svoju

okolinu. Nekad se prvo javljaju smetnje govora, orijentacije, kontrole pokreta, pažnje, mišljenja ili drugih funkcija mozga.

Ispitivanje se sastoji od neurološkog i psihijatrijskog pregleda, neuropsiholoških testova, odgovarajućih laboratorijskih analiza krvi, skenera mozga i drugih analiza prema potrebi i pretpostavljenoj bolesti. Tačnost utvrđivanja vrste demencije za života je 80 do 90%. Definitivna dijagnoza može da se postavi tek poslije smrti. Određivanje vrste demencije tokom života je značajno zbog specifične terapije koja treba da se primjeni. U toku su opsežna ispitivanja metoda koje bi u ranoj fazi utvrdile postojanje određenog tipa demencije.

Kakve su moguće zaštite i lečenja demencije?

Za sada nisu poznate mjere koje bi sigurno štatile od nastanka demencije.

Ne postoji ni jedan lijek koji bi izliječio demenciju. Postoje lijekovi koji mogu da poprave ponašanje ovih bolesnika, uspore napredovanje bolesti i da donekle poboljšaju intelektualno funkcionisanje. Osim toga, intenzivno se istražuju nove mogućnosti liječenja.

PLAN KOORDINISANE BRIGE:

Njegu bolesnika sa demencijom obično pružaju članovi najuže porodice: bračni partneri i djeca. Mogu biti uključeni i prijatelji, rođaci, kao i osobe koje se dobrovoljno i profesionalno bave njegom oboljelih.

POSTUPCI U KONKRETNIM PROBLEMIMA:

Principi u komunikaciji:

- provjeriti oštrinu sluha i po potrebi nabaviti slušni aparat

- govoriti nižim tonom

- treba sačekati odgovore i biti strpljiv

Orijentacija u vremenu:

- postaviti satove sa krupnim ciframa i velike kalendare na kojima će se precrtavati dani koji su prošli.

- dodavati podsjetnike o svakodnevnim aktivnostima.

Kupanje:

- kupanje treba planirati u doba dana kada je pacijent najmirniji.

- treba imati u vidu i ranije navike oko kupanja.

Oblacenje:

- pomoć oko izbora odjeće

- odjeća treba da bude komotna

- obuća treba da bude udobna sa đonom koji se ne kliza.

Ishrana:

- treba birati hranu koju bolesnik voli.

- pijeње se olakšava davanjem slamčice.

Kuhanje:

- potrebno je provjeriti u kojoj mjeri je osoba sposobna da priprema hranu.

Dnevne aktivnosti :

- treba da koriste već uigrane aktivnosti, društvene igre koje pacijent zna.

- Farmakoterapija

- Psihosocijalne intervencije

- Psihoterapija

- Porodične intervencije

- Psihosocijalna rehabilitacija i trening vještina

- Profesionalna rehabilitacija

- Korištenje resursa zdravstvene zaštite

Predlog formulara za plan brige po otpustu sa klinike

Snežana Samardži

Kako koordinisana briga, kao oblik lečenja, obuhvata i biološko i psihološko, ali i socijalno funkcionisanje osobe, ona u prvi plan stavlja individualne potrebe pacijenata, posebno onih koji su pod povećanim rizikom od relapsa simptoma, ili pak imaju multiple potrebe. Takođe, koordinisana briga se temelji na snazi i potencijalima same osobe, a ne na njenoj trenutnoj psihopatologiji. U tom smislu, bitni su raspoloživi kapaciteti za promenu, rast i razvoj osobe.

Ako uzmemo u obzir da su klijenti psihijatrijskih klinika uglavnom osobe obbolele od psihoza iz shizofrenog spektra, možemo reći da kod većine ovih osoba jedan od prvih simptoma bolesti jeste povlačenje iz socijalnih interakcija, pasivizacija, inercija i otpor prema promenama; ove osobe najčešće paranoidno obrađuju realitet, što ih može dovesti u sukob sa socijalnim okruženjem ili porodicom. Klijenti oboleli od shizofrenije, pod dejstvom svojih unutrašnjih patoloških zbivanja, veoma često daju pogrešne podatke

o sebi, "falsifikuju" realnost, ili pak odbijaju kontakt. Obrazac koji ovde predlažemo predstavlja plan brige o određenom pacijentu po otpustu sa klinike/bolnice. Znamo da planiranje brige u koordinisanom tretmanu zahteva kontinuitet praćenja i saradnje između različitih službi i institucija. Osoba koja je boravila na psihijatrijskoj klinici tokom akutne faze bolesti, u stanju postignute remisije i smirivanja simptoma može nastaviti vanbolničko lečenje, a u zavisnosti od toga koji su resursi zdravstvene službe u mestu iz kog dolazi, to može biti dom zdravlja (porodični lekar), psihijatrijska ambulanta, centar za mentalno zdravlje, centar za socijalni rad, i sl.

Predloženi formular plana brige sastoji se iz dva dela: prvi deo (tabela br.1) odnosi se na osnovne podatke o klijentu: tu su najpre osnovni lični podaci (ime i prezime, starost, zanimanje, bračno stanje, mesto stanovanja, matični broj).

PLAN BRIGE PO OTPUSTU	
Lični podaci:	Prezime (ime oca) i ime Starost Zanimanje Bračno stanje Prebivalište JMB
Informacije o upućivanju:	Ko je uputio korisnika? Po čijoj preporuci? Razlozi?
Vrsta hospitalizacije:	1. Dobrovoljna 2. Prisilna 3. Mere lečenja i čuvanja 4. Kombinacija lečenja i kazne zatvora 5. Upućen iz KPZ 6. Veštačenje
Datum prijema / Datum otpusta:	
Dijagnoza:	
Iz sadašnje bolesti:	Autoanamnestički podaci:
	Heteroanamnestički podaci:
Iz lične anamneze:	(red rođenja, psihomotorni razvoj, seksualnost, školovanje, radni odnos, ranije bolesti...)
Iz porodične anamneze:	(hereditet, alkoholizam roditelja, egzistencijalni uslovi života, nasilje u porodici, zlostavljanje...)
Iz psihološkog nalaza:	(zaključak iz poslednjeg nalaza)
Komorbiditet:	(somatska oboljenja, fizički nedostaci...)

Tabela br. 1

Takođe, u formularu je predviđeno prikupljanje informacija o upućivanju u bolnicu: smatramo da je potrebno da se zna ko ga je uputio, po čijoj preporuci je hospitalizovan i koji su razlozi preporuke bolničkog lečenja.

Formular treba da sadrži i informaciju o datumu prijema i datumu otpusta iz bolnice. Ovo omogućava brzi pregled dužine hospitalizacije.

U rubrici "dijagnoza" sadržali bi se podaci o dijagnozi pri prijemu i dijagnozi pri otpustu iz bolnice, jer ove dve dijagnoze nisu nužno iste.

Formular, takođe, treba da sadrži i podatke o sadašnjoj bolesti. U ovoj rubrici bi odvojeno stajali autoanamnestički i heteroanamnestički podaci; razlog za ovakav unos podataka je činjenica da shizofreni često daju podatke koji su pod uplivom njihovih patoloških doživljaja i iskrivljene percepcije realiteta. Heteroanamnestički podaci se uzimaju od porodice, osoba u pratnji klijenta, od centra za socijalni rad, i drugih službi, u zavisnosti od samog klijenta i njegovog statusa (napr. kod forenzičkih pacijenata koji borave u zatvoru heteropodatke možemo uzeti i od policajca u pratnji, ali i njegovog psihijatra). Ovakvi podaci bi potencijalno bili veoma korisni i službi kojoj se dalje klijent upućuje (štedi njihovo vreme, imaju odmah dostupan čitav niz relevantnih činjenica).

Rubrika o ličnoj anamezi sadržavala bi podatke o redu rođenja klijenta, njegovom ranom psihomotornom razvoju, sferi seksualnosti, njegovom školovanju, ako je zaposlen - o radnom odnosu, ranijim bolestima, i sl.

Informacije o porodičnoj anamezi odnose se na podatke o psihijatrijskom hereditetu u bližoj ili daljoj porodici,

alkoholizmu roditelja, egzistencijalnim uslovima života, nasilju u porodici, izloženosti zlostavljanju tokom odrastanja ili kasnije, i sl. Podaci o ličnoj i porodičnoj anamezi pružaju uvid u uslove u kojima je klijent rastao i razvijao se, u potencijalne uzroke nastanka psihičkih problema, kao i u mogući pravac psihoterapijskog delovanja.

Sledeća rubrika odnosi se na psihološki nalaz urađen tokom hospitalizacije klijenta. Naš je predlog da se u ovoj rubrici nađe zaključak iz poslednjeg psihološkog nalaza, ili eventualno deo nalaza koji omogućava da se jasno sagleda sadašnja slika klijenta iz ugla psihologa. Ovo bi posebno bilo značajno kod početnih psihotičnih procesa, jer bi službe koje dalje preuzimaju brigu o klijentu imale uvida u njegovo stanje pri hospitalizaciji i mogle bi lakše da prate da li dolazi do nekih promena na psihičkom planu.

Rubrika o komorbiditetu sadržavala bi podatke o eventualnim somatskim oboljenjima i/ili fizičkim nedostacima koji su uočeni kod klijenta.

Drugi deo formulara zamišljen je da sadrži predlog o planu brige za određenog klijenta (tabela br.2). Tako, prva rubrika sadrži rizike koji su tokom hospitalizacije identifikovani kod određenog klijenta (radi se o rizicima zloupotrebe opojnih supstanci, samopovređivanja/ suicida, samozanemarivanja, riziku od nasilja/seksualnog napastvovanja, riziku za decu i riziku od poremećaja u ishrani), kao i procenu njihovog nivoa (nizak, umeren, visok). Ova procena bi se vršila tokom rada sa klijentom, a omogućila bi psihijatrijskim i drugim službama po otpustu klijenta iz bolnice da imaju odmah uvid u postojanje/ nepostojanje rizičnog ponašanja klijenta.

Identifikovani rizici:	1. rizik od zloupotrebe opojnih supstanci – nivo: nizak, umeren, visok 2. rizik od samopovređivanja/ suicida– nivo: nizak, umeren, visok 3. rizik od samozanemarivanja/ podložnosti– nivo: nizak, umeren, visok 4. rizik od nasilja / seksualnog napastvovanja– nivo: nizak, umeren, visok 5. rizik za decu– nivo: nizak, umeren, visok 6. rizik od poremećaja u ishrani– nivo: nizak, umeren, visok
Identifikovane potrebe:	(stanovanje, finansije, zdravlje, zanimanje, socijalna podrška...)
Koncept budućnosti:	(šta očekuje od budućnosti, procena realnosti planova, procena nivoa motivacije...)
Upućuje se u:	1. CMZ 2. Centar za socijalni rad 3. Dom zdravlja (porodični lekar) 4. Ostalo _____
Predložene intervencije:	- povratak u proces rada - upućivanje na IPK - povezivanje sa resursima u zajednici (klubovi, udruženja, crkva...) - uključivanje u terapijske zajednice u sklopu CMZ - odlazak u dnevnu bolnicu u terapijske svrhe - smeštaj pacijenta u svoju porodicu - smeštaj pacijenta u hraniteljsku porodicu - smeštaj pacijenta u neku drugu instituciju, zaštićenu kuću ili trajni smeštaj (azil) - uključivanje porodice u edukativne programe (vezane za bolest pacijenta) - rad na destigmatizaciji od strane okoline - pomoć u rešavanju kriznih situacija - savetovanje pacijenta

	<ul style="list-style-type: none"> - kućne posete - podsticanje pacijenta da aktivno učestvuje u društvenim i kulturnim događanjima (shodno njegovim sposobnostima) - pružanje pravne pomoći - učestvovanje u rekreativnim sposobnostima radi razvijanja socijalnih veština - nadziranje redovne i ispravne primene lekova - briga o higijensko-dijetetskom režimu pacijenta
Plan sačinio koordinator brige:	(Ime i prezime, zanimanje)

Tabela br.2

Rubrika o identifikovanim potrebama omogućila bi da službe koje prihvataju klijenta po njegovom otpustu automatski imaju i uvid u njegove potrebe (za stanovanjem, finansijske potrebe, potrebe za pravnom pomoći, zdravstvene potrebe, potrebe za obrazovanjem, religijske i druge potrebe....)

Smatrali smo, takođe, da bi bilo dobro pre otpusta proceniti njegov koncept budućnosti (šta očekuje od budućnosti, koliko su realni njegovi planovi, kakva je motivacija, i sl).

Na kraju, u formularu bi trebalo obeležiti u koju instituciju se upućuje, i shodno tome, predložiti intervencije. Tako, npr. ukoliko se klijent upućuje u centar za mentalno zdravlje predložene intervencije mogle bi biti sledeće: uključivanje u terapijske zajednice u sklopu CMZ-a, ako je reč o prvom šubu bolesti – bilo bi poželjno uključivanje porodice u edukativne programe, rad na destigmatizaciji od strane okoline, savetovanje klijenta, kućne posete, podsticanje aktivnog učestvovanja u društvenim i kulturnim događanjima, i sl. Upućivanje u dom zdravlja porodičnom

lekaru nosilo bi sledeće intervencije: preporuku o vraćanju u proces rada (ako su intelektualne i druge sposobnosti klijenta relativno očuvane), ili preporuku o upućivanju na IPK (ukoliko je reč o klijentu sa znacima hroničnog psihotičnog procesa i propadanjem ličnosti i njenih kapaciteta), smeštaj klijenta u neku drugu instituciju, zaštićenu kuću ili trajni smeštaj, preporuka nadgledanja redovne i ispravne primene lekova, preporuka praćenja higijensko-dijetetskog režima, itd.

Formular bi potpisivao klijentov koordinator brige sa klinike.

Smatramo da bi ovakav formular omogućio lakše funkcionisanje u okviru sledećeg nivoa brige o klijentu. Dakle, na jednom mestu bi postojali validni, tokom hospitalizacije prikupljeni osnovni podaci o klijentu i njegovoj bolesti, tako da bi služba kojoj se klijent upućuje imala početni kapital činjenica, što bi njegovom sledećem koordinatorskom brige omogućilo brži "ulazak" u suštinu klijentovog problema i njegove bolesti.

PLAN BRIGE PO OTPUSTU	
Lični podaci:	Prezime (ime oca) i ime Starost Zanimanje Bračno stanje Prebivalište JMB
Informacije o upućivanju:	Ko je uputio korisnika? Po čijoj preporuci? Razlozi?
Vrsta hospitalizacije:	1. Dobrovoljna 2. Prisilna 3. Mjere lečenja i čuvanja 4. Kombinacija liječenja i kazne zatvora 5. Upućen iz KPZ 6. Vještačenje
Datum prijema / Datum otpusta:	
Dijagnoza:	
Iz sadašnje bolesti:	Autoanamnestički podaci: Heteroanamnestički podaci:
Iz lične anamneze:	(red rođenja, psihomotorni razvoj, seksualnost, školovanje, radni odnos, ranije bolesti...)
Iz porodične anamneze:	(hereditet, alkoholizam roditelja, egzistencijalni uslovi života, nasilje u porodici, zlostavljanje...)
Iz psihološkog nalaza:	(zaključak iz posljednjeg nalaza)
Komorbidity:	(somatska oboljenja, fizički nedostaci...)
Identifikovani rizici:	1. rizik od zloupotrebe opojnih supstanci – nivo: nizak, umjeren, visok 2. rizik od samopovredjivanja/ suicida– nivo: nizak, umjeren, visok
	3. rizik od samozanemarivanja/ podložnosti– nivo: nizak, umjeren, visok 4. rizik od nasilja / seksualnog napastvovanja– nivo: nizak, umjeren, visok 5. rizik za djecu– nivo: nizak, umjeren, visok 6. rizik od poremećaja u ishrani– nivo: nizak, umjeren, visok
Identifikovane potrebe:	(stanovanje, finansije, zdravlje, zanimanje, socijalna podrška...)
Koncept budućnosti:	(šta očekuje od budućnosti, procjena realnosti planova, procjena nivoa motivacije...)
Upućuje se u:	1. CMZ 2. Centar za socijalni rad 3. Dom zdravlja (porodični ljekar) 4. Ostalo _____
Predložene intervencije:	- povratak u proces rada - upućivanje na IPK - povezivanje sa resursima u zajednici (klubovi, udruženja, crkva...) - uključivanje u terapijske zajednice u sklopu CMZ - odlazak u dnevnu bolnicu u terapijske svrhe - smještaj pacijenta u svoju porodicu - smještaj pacijenta u hraniteljsku porodicu - smještaj pacijenta u neku drugu instituciju, zaštićenu kuću ili trajni smještaj (azil) - uključivanje porodice u edukativne programe (vezane za bolest pacijenta) - rad na destigmatizaciji od strane okoline - pomoć u rješavanju kriznih situacija - savjetovanje pacijenta - kućne posjete - podsticanje pacijenta da aktivno učestvuje u društvenim i kulturnim događanjima (shodno njegovim sposobn.) - pružanje pravne pomoći - učestvovanje u rekreativnim sposobnostima radi razvijanja socijalnih vještina - nadziranje redovne i ispravne primjene lekova - briga o higijensko-dijetetskom režimu pacijenta
Plan sačinio koordinator brige:	(Ime i prezime, zanimanje)

Prvi kontakt sa pacijentom u prijamnom uredu

Valerija Soldo

Uvod

Prvi dolazak pacijenta liječniku najčešće započinje prvim kontaktom pacijenta sa medicinskom sestrom. Za neke pacijente ponekada to je i prvi kontakt sa zdravstvenim radnikom uopće. Svaka komunikacija pacijenta sa zdravstvenim radnikom, a pogotovu ako je riječ o prvome kontaktu, iznimno je važna. Valjano uspostavljena komunikacija je temelj za svaku sljedeću komunikaciju. Prvi kontakt pacijenta može biti samoinicijativan, to jest pacijent može doći svojevolarno, ali dolazak može biti i „pod prisilom“, na nagovor druge osobe. Bez obzira na to kako je pacijent došao i zbog kojeg problema traži pomoć zdravstvenoga osoblja, prvi kontakt može početi iskazivanjem nekog straha, uznemirenosti, ljutnje ili neke druge poteškoće pacijenta. Već sama činjenica da se pacijent ne osjeća dobro, tj. da je bolestan, i da je došao zatražiti pomoć nosi određenu psihološku težinu. Medicinska sestra je ta koja kreira, započinje, vodi i završava prvu komunikaciju, dobro ili sa propustima, što ovisi o njezinoj stručnosti ili vještini u provedbi komunikacije.

Kakav bi trebao bit prvi kontakt medicinske sestre i pacijenta?

Prije svega, treba ljubazno predstaviti pacijenta, predstaviti se, te ga zamoliti da se sâm predstavi. Razgovor treba voditi s ciljem što boljega međusobnog upoznavanja, stvaranja ozračja opuštenosti, povjerenja, iskrenosti i empatije, kako bi pacijent shvatio da ga razumijemo i da mu želimo pomoći. Poslije predstavljanja prelazi se na intervju kako bi se postavila sestrinska dijagnoza, odnosno odredio pacijentov psihički status. Procjenjuju se izgled, držanje i ponašanje pacijenta (utvrditi je li ponašanje povezano s normalnom ili promijenjenom sviješću, svrsishodno ili dezorganizirano i besciljno, predvidivo ili impulzivno, ekstravagantno ili prihvaćeno od drugih, poticano od drugih ili je vođeno vlastitom motivacijom, je li hiperaktivno, agitirano ili hipoaktivno ili normoaktivno). Potom se analizira verbalna komunikacija, tj. brzina govora, intonacija, ritam, rječitost, jakost glasa, neobični obrasci i bizarni sadržaji. Treba utvrditi postoje li mutizam, afazija, igre riječi, rimovanje, perseveracija. Važno je analizirati i neverbalnu komunikaciju koja uključuje geste, mimiku lica, uobičajenu ili oskudnu, izbjegava li pogled ili gleda u sugovornika, kretanje glave, pokrete rukama, ustajanje, sjedanje, vrpoljenje itd. Dalje se procjenjuje stanje svijesti, pažnje, mišljenja i pamćenja. Tu se procjenjuje kako se kontakt uspostavlja, daje li pacijent adekvatne podatke o sebi i

drugima, je li orijentiran u prostoru i vremenu prema sebi i drugima, pita se o postojanju obmana osjetila, te je potrebno pratiti spontano ponašanje pacijenta. Procjena raspoloženja i voljnih funkcija podrazumijeva prepoznavanje agravacije (preuveličavanje, simulacija, odnosno prikazivanje lažnih simptoma) ili disimulacije, odnosno prikriivanja simptoma. Daljnja procjena usmjerena je na procjenu fizičkoga statusa pacijenta (osobna higijena, urednost) i socijalnoga statusa (s kim živi, bračni status, relacija među članovima obitelji...).

Prvi kontakt je potrebno ostvariti u prostoriji u kojoj se pacijentu osigurava privatnost bez upadanja drugih ljudi i ometanja. To mora biti tih i miran prostor koji omogućava sigurnu distancu sa mogućnošću uzmaca.

Sestra treba kontrolirati svoje neverbalne reakcije, jer su pacijenti sa mentalnim problemima osjetljivi na ovakve reakcije, što može rezultirati ljutnjom, povlačenjem, nezadovoljstvom ili prekidom komunikacije. Ukoliko se ne može uspostaviti komunikacija sa pacijentom, potrebno je uspostaviti komunikaciju sa njegovom pratnjom. Jezik koji koristi sestra treba biti razumljiv i prilagođen svakome pacijentu i njegovoj pratnji.

Potrebno je razgovarati:

- staloženo (bez usiljenosti, prinude, žurbe, razgovijetno, blagim glasom i mirno),
- precizno (bez viška riječi i podataka, bez terminoloških nejasnoća i nesigurnosti),
- argumentirano (koristiti isključivo provjerene podatke, nikako ne treba koristiti nagađanja ili poluinformacije).

Sestra treba uvijek imati na umu to da kako ona analizira pacijenta, tako i on analizira sestru. Ako, prema pacijentovoj ocjeni, kod sestre prevladavaju pozitivne osobine, on će joj pokloniti povjerenje i otvoriti se. U protivnom, ako stekne negativan dojam, a ona svojim ponašanjem i kontaktom može to uvjetovati, pacijent će se povući u sebe. Kontakt će postajati sve teži, a na koncu može se i prekinuti.

Odnos između sestre i pacijenta je sastavni dio liječenja koji je terapijski kada ima pozitivan ishod za pacijenta i njegovo liječenje.

Na koncu, pokušajmo odgovoriti na sljedeća pitanja koja bitno određuju naše stajalište prema pacijentima:

- Uživam li, uistinu, pomagati ljudima, bez potrebe za moći ili dobiti za sebe?
- Je li mi prihvatljiva uloga «sluge» osobi u nevolji, tj. ne biti rob ili niže biće, već osjećati zadovoljstvo zbog pomaganja i činjenja dobra?

- (Nagrada za dobro djelo je u samome dobrome djelu, a ne u plaći.)
- Mogu li se bez obzira na okolnosti odnositi prema pacijentu kao prema gostu? (Uspješni smo onoliko koliko je pacijent zadovoljan.)
- Koliko sam otvoren prema ljudima i koliko mogu prihvatiti njihovu različitost? Koliko smo tolerantni i koliko možemo svoje mišljenje zadržati za sebe?
- Mogu li biti istodobno odlučan i ljubazan?
- Hrabač, Boris, Komunikacija za izgradnju odnosa sa pacijentom, posjećeno na mrežnom mjestu <http://sr.scribd.com/doc/44230217/Komunikacija-u-Sestrinskoj-Njezi> (4.7.2012)
- Elvira, Koić, Sestrinska skrb u psihijatriji (predavanja za srednju školu) <http://www.google.ba/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CFEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.psihijatrija.com%2FMATURANTI%2FPPT%2520PRE-DAVANJA%2FBr%25204.ppt&ei=wDkEUIiwBojitQa-onaSjBg&usg=AFQjCNFCFyKIIhAQHQEnCqpHMIT5xIV-Aw&sig2=ekkmkrW4XqvcHSHCpST8-Q> (4.7. 2012)

LITERATURA

- Paravlić, F., (2006), Riječ kao lijek-priručnik za medicinske sestre i tehničare, Sarajevo, Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo

Studijsko putovanje u Švajcarsku

Novka Raševi

U januaru 2012 godine bila sam učesnik Studijskog putovanja u Švajcarsku, po pozivu Projekta mentalnog zdravlja za BiH, u saradnji sa Ministarstvom zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske i Federalnog ministarstva zdravstva, a uz podršku Švajcarske agencije za razvoj i saradnju (SDC). Putovanje je bilo organizovano od strane Asocijacije XY. Učestvovali su predstavnici četiri Centra za mentalno zdravlje iz BiH, članovi Tima za jačanje korisničkih udruženja i korisnici usluga mentalnog zdravlja. Putovanje je trajalo od 15-21.01. 2012.

Ciljevi posjete:

1. Jačanje kapaciteta Tima korisničkih udruženja za provođenje kampanja i treninga s ciljem jačanja kapaciteta udruženja i Centara za mentalno zdravlje, te pomoć lokalnim zajednicama u aktivnostima zastupanja i borbe protiv stigme i diskriminacije prema ljudima koji imaju probleme sa mentalnim zdravljem.
2. Jačanje kapaciteta Tima za provođenje treninga za medije o primjerenom izvještavanju iz oblasti mentalnog zdravlja
3. Sticanje znanja Tima o efektivnom učešću korisnika u oblasti mentalnog zdravlja u istraživačkim projektima i kampanjama.
4. Sticanje znanja iz primjene dobre prakse o saradnji korisnika usluga iz oblasti mentalnog zdravlja sa drugim sektorima.

U sklopu putovanja posjetili smo veći broj ustanova i korisničkih udruženja gdje smo bili u prilici razmijeniti iskustva sa švajcarskim kolegama i steći nova znanja o uspješnoj organizaciji i vođenju korisničkih udruženja.

• **Prvi dan** smo posjetili zaštićenu kuću Jura (Foyer Decours), koja je osnovana 1991. godine i služi za prihvatanje i psihoedukaciju osoba sa shizofrenijom. Ustanova je poluotvorenog tipa i u nadležnosti je zdravstvene službe kantona Jura. Za ulazak u ovu ustanovu osoba treba da je starija od 18 godina i da boluje od psihijatrijske bolesti. Sastoji se iz tri dijela:

1. zaštićena kuća kapaciteta 15 osoba
2. apartman kapaciteta 12 osoba
3. radionica kapaciteta 30-35 osoba.

Korisnici ove ustanove dolaze po preporuci odjeljenja za urgentnu pomoć, CMZ, CSR i dr. Ako nema mjesta stavljaju se na listu čekanja. Po prijemu se vrši procjena higijene, pokretljivosti, kvalitet sna i tako dalje, a sve na osnovu tabele sposobnosti. Vrš se procjena njihovih kompetencija

te se radi na uspostavljanju socijalnih kontakata. Dužina boravka je od tri sedmice do mogućnosti da tu ostanu doživotno. Ugovor o boravku u ustanovi se potpisuje nakon tri sedmice. U ustanovi se sastanak održava svake tri sedmice a supervizija svake šeste sedmice; takođe se radi i godišnja provjera kvaliteta rada. Ustanova nema pravo na komercijalnu i medijsku promociju. Korisnici su zaštićeni, komunikacija postoji samo po pitanju logistike. Finansirani su od strane države, osiguranja za invalide i nekog socijalnog osiguranja.

Le Top, zaštićena radionica Jura

Ova radionica je povezana sa gore navedenom Zaštićenom kućom i tu se obavlja okupaciona terapija-profesionalna aktivnost komercijalnog tipa. Radi se sa drvetom za neke firme, te se sklapaju dijelovi za fabrike (utikači i sl.) a postoji i rad u kreativnom ateljeu. Najvažnije u svemu je da se korisnici osjećaju dobro te da se uz rad i zabave.

• **Drugi i tre i dan:**

1. Asocijacija korisnika AFAAP (Friburg)

Ova asocijacija ima 209 članova, 5 profesionalaca je zaposleno, ostalo su volonteri, najčešće socijalni radnici. Asocijacija je osnovana 1992. godine. Vrijednosti kojima teže su definisane Statutom sa tri najvažnija principa; u radu menadžmenta aktivno učestvuje osoba koja ima psihičke smetnje ili poremećaje; provođenje aktivnosti prihvatanja korisnika u zajednici i isticanje humanističkih ideja i ne postojanje prosuđivanja između članova i njihovog odnosa. Komitet koji donosi strateške odluke čine korisnici, članovi njihovih porodica, te zdravstveni radnici kao konsultanti. Ciljevi su razvijanje i održavanje autonomije korisnika, održavanje određenog kvaliteta života, rad sa korisnicima u smislu podsticanja odgovornosti u okviru grupe, ohrabivanje njihove individualnosti i resocijalizacije kroz osjećaj pripadnosti. Razlog za dolazak su najčešće pokidane veze sa okolinom, potreba za startateljstvom, loši odnosi sa bližnjima te informisanost o bolesti. Djelovanje se provodi kroz 12 grupa amatera/ volontera, 6 grupa profesionalaca te tri vanjska saradnika: muzikoterapeut, fizioterapeut i okupacioni terapeut. Izvan udruženja se radi na pružanju informacija. Takozvani „svjedoci” govore o svojim iskustvima. Finansiranje asocijacije je regulisano pozitivnim propisima i na kantonalnom nivou zavise od uprave za zdravlje i socijalna pitanja. Uz to su povezani sa Švajcarskom lutrijom, a dio sredstava dobijaju od raznih donacija ili urađenih aktivnosti tkz. kotizacija korisnika. Godišnji budžet asocijacije je 600 hiljada švajcarskih

franaka i postoji nezavisnost po pitanju utroška novca.

2. Torry (centar za tretman zavisnosti od alkohola)

Kapacitet ovog centra je 20 osoba i osnovan je prije 10 godina. Centrom upravlja komitet koga čini direktor i dva pomoćnika, profesionalci, edukatori različitih zanimanja. Finansira se iz privatnih fondacija. Boravak u ovom Centru traje od dvije nedjelje do dvije godine. Uslovi za prijem su: o da je osoba punoljetna, o da održava ličnu higijenu, o da učestvuje u najmanje 50% aktivnosti centra, o odvikavanje-detoksikacija.

Radi se na principu grupnog rada, a individualnog praćenja. Zabranjen je unos alkoholnih pića i svega što u sebi sadrži alkohol.

Nakon dvije sedmice boravka u Centru imaju slobodan vikend u porodici. Pretposljednje sedmice se pravi bilans uz sastanak sa ljekarom, socijalnim radnikom i članom porodice kada se pravi zaključak i plan za aktivnost po izlasku iz Centra.

- **etvrt dan:**

AJJAP (Udruženje korisnika Jure Delemonte) i LARC Delemonte (mjesto susreta CARITAS) je udruženje ljudi sa raznim poteškoćama, a

LARC, mjesto susreta Caritas - mjesto je otvoreno za sve i ima za cilj promociju, razmjene i dijeljenja. Zamišljeno je kao mjesto popularno i prijateljsko za druženje, posebno osoba koje pate od usamljenosti. Pored toga tu facilitatori provode djelatnosti vezane za promociju zdravlja te uravnotežene ishrane.

- **Pet dan:**

Prezentacija Caritas Jura i Projekat Restaurant Verso. To je restoran u kome se prvenstveno zapošljavaju ljudi

sa problemima mentalnog zdravlja (2/3 zaposlenih) koji rade sa osobama koje nemaju te probleme (1/3). To je malo preduzeće koje plaća zakup Caritasu koji je vlasnik zgrade i inicijator osnivanja. Treba naglasiti pozitivne efekte ovakvog rada osoba sa psihičkim problemima u smislu samopoštovanja i uključenosti u zajednicu. Restoran inače ima veliki ugled u gradu, ne zbog sažaljenja nego zbog kvalitetne hrane i urednosti.

Gore navedeno govori da smo imali priliku posjetiti različite organizacije koje se bave problemima mentalnog zdravlja. Mogli smo uporediti vlastita iskustva sa iskustvima kolega iz Švajcarske, steći nova znanja o dobroj organizaciji i povezanosti svih resursa u zajednici te kvalitetna rješenja u organizovanju i vođenju korisničkih udruženja. Dobili smo korisne informacije o sistemu zaštite mentalnog zdravlja pojedinih kantona Švajcarske.

Ciljevi rada svih ustanova koje smo posjetili su: resocijalizacija i rehabilitacija, smanjenje broja hospitalizacija, jačanje samoinicijative i kreativnosti, poboljšanje uslova života lica sa problemima mentalnog zdravlja, saradnja sa sličnim udruženjima, itd.

Treba napomenuti da su ovakve posjete korisne za razmjenu informacija, a rješenja koja smo imali priliku vidjeti, mogu biti značajna za planiranje aktivnosti usmjerenih na jačanje korisnika preko sličnih udruženja. Sve to ima za cilj poboljšanje života naših korisnika, kao i borbe protiv stigme i diskriminacije u Republici Srpskoj, kao i BiH u cjelini, kroz veći broj ustanova i udruženja koja se bave ovim problemom kao i njihovim povezivanjem.