



Journal of Applied Health Sciences

VOLUME: 1
NUMBER: 2
DECEMBER 2015
ISSN: 1849-8361

Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti

Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti

E-MAIL

jahs@jahs.eu

WEB

http://jahs.eu/hr

TELEFON

+385 1 290 3002

NAKLADNIK

Zdravstveno veleučilište
10000 Zagreb, Mlinarska cesta 38, Hrvatska;
Telefon. +385 1 5495 800; telefax: +385 1 5495 900;
E-mail: tajnistvo@zvzu.hr; http://www.zvzu.hr

GLAVNA UREDNICA

Izv. prof. dr. sc. Lana Mužinić, Hrvatska
e-mail: Lana.Muzinic@jahs.eu

ZAMJENIK GLAVNOG UREDNIKA

Dr. sc. Damir Lučanin, prof. v. š., Hrvatska
e-mail: Damir.Lucanin@jahs.eu

IZVRŠNI UREDNIK

Dr. sc. Igor Marinić, Hrvatska
e-mail: Igor.Marinic@jahs.eu

UREDNIČKI ODBOR

Prof. dr. sc. Dieter Ferring, Luksemburg
Dr. sc. Vesna Filipović, prof. v. š., Hrvatska
Dr. sc. Marija Frković, prof. v. š., Hrvatska
Prof. dr. sc. Juan Mezzich, Sjedinjene Američke Države
Dr. sc. Ana Mojsović-Čuić, prof. v. š., Hrvatska
Izv. prof. dr. sc. Viktor Peršić, Hrvatska
Dr. sc. Aleksandar Racz, prof. v. š., Hrvatska
Doc. dr. Lukas Rasulić, Srbija
Izv. prof. dr. sc. Krešimir Rotim, Hrvatska
Prof. dr. sc. Vsevolod Rozanov, Ukrajina
Dr. sc. Biserka Sedić, prof. v. š., Hrvatska
Doc. dr. sc. Jana Strakova, Češka Republika
Prof. dr. sc. Jacques van Lankveld, Nizozemska
Prof. dr. sc. Kevan Wylie, Ujedinjena Kraljevina

SAVJET ČASOPISA

Prof. dr. sc. Marina Ajduković, Hrvatska
Izv. prof. dr. sc. Jasna Bošnjir, Hrvatska
Doc. dr. sc. Igor Filipčić, Hrvatska
Izv. prof. dr. sc. Hrvoje Jurić, Hrvatska
Dr. sc. Sonja Kalauz, prof. v. š., Hrvatska
Prof. dr. sc. Predrag Keros, Hrvatska
Izv. prof. dr. sc. Rajko Kušec, Hrvatska
Doc. dr. sc. Ivica Lukšić, Hrvatska
Izv. prof. dr. sc. Rado Žic, Hrvatska

UREDNIKA ZA STATISTIKU

Dr. sc. Dea Ajduković

PREVODITELJICA I LEKTORICA ZA ENGLLESKI JEZIK

Martina Klanjčić, prof.

LEKTORICA ZA HRVATSKI JEZIK

Dunja Aleraj Lončarić, prof.

TAJNICI

Marija Eterović, dr. med. (e-mail: Marija.Eterovic@jahs.eu)
Marin Kovačević, dr. med. (e-mail: Marin.Kovacevic@jahs.eu)

WEB STRANICU ČASOPISA ODRŽAVA

Informatička služba ZVU-a; e-mail: web@jahs.eu
Odgovorna osoba: Ozren Digula

TISAK

OFFSET TISAK NP GTO

Časopis izlazi dva puta godišnje. Radovi se mogu objavljivati na hrvatskom jeziku, uz dodatak sažetka na engleskom, ili na engleskom jeziku, uz dodatak sažetka na hrvatskom jeziku.

Časopis se istovremeno objavljuje u tiskanom i digitalnom obliku, a svi prihvaćeni i objavljeni radovi su slobodno dostupni znanstvenoj, stručnoj i istraživačkoj zajednici u elektronskom obliku, na web stranicama časopisa.

Journal of Applied Health Sciences

E-MAIL

jahs@jahs.eu

WEB

http://jahs.eu/hr

TELEPHONE

+385 1 290 3002

PUBLISHER

University of Applied Health Sciences
10000 Zagreb, Mlinarska cesta 38, Croatia;
Telefon. +385 1 5495 800; telefax: +385 1 5495 900;
E-mail: tajnistvo@zvzu.hr; http://www.zvzu.hr

EDITOR-IN-CHIEF

Lana Mužinić, PhD, associate professor, Croatia
e-mail: Lana.Muzinic@jahs.eu

DEPUTY EDITOR

Damir Lučanin, PhD, college professor, Croatia
e-mail: Damir.Lucanin@jahs.eu

MANAGING EDITOR

Igor Marinić, PhD, MD, Croatia
e-mail: Igor.Marinic@jahs.eu

EDITORIAL BOARD

Dieter Ferring, PhD, professor, Luxembourg
Vesna Filipović, PhD, college professor, Croatia
Marija Frković, PhD, college professor, Croatia
Juan Mezzich, PhD, professor, United States of America
Ana Mojsović-Čuić, PhD, college professor, Croatia
Viktor Peršić, PhD, associate professor, Croatia
Aleksandar Racz, PhD, college professor, Croatia
Lukas Rasulić, PhD, assistant professor, Serbia
Krešimir Rotim, PhD, associate professor, Croatia
Vsevolod Rozanov, PhD, professor, Ukraine
Biserka Sedić, PhD, college professor, Croatia
Jana Strakova, PhD, assistant professor, Czech Republic
Jacques van Lankveld, PhD, professor, Netherlands
Kevan Wylie, PhD, professor, United Kingdom

ADVISORY BOARD

Marina Ajduković, PhD, professor, Croatia
Jasna Bošnjir, PhD, associate professor, Croatia
Igor Filipčić, PhD, assistant professor, Croatia
Hrvoje Jurić, PhD, associate professor, Croatia
Sonja Kalauz, PhD, college professor, Croatia
Predrag Keros, PhD, professor emeritus, Croatia
Rajko Kušec, PhD, associate professor, Croatia
Ivica Lukšić, PhD, assistant professor, Croatia
Rado Žic, PhD, associate professor, Croatia

STATISTICAL EDITOR

Dea Ajduković, PhD

ENGLISH TRANSLATION AND PROOFREADING

Martina Klanjčić, MA

CROATIAN PROOFREADING

Dunja Aleraj Lončarić, MA

SECRETARIES

Marija Eterović, MD (e-mail: Marija.Eterovic@jahs.eu)
Marin Kovačević, MD (e-mail: Marin.Kovacevic@jahs.eu)

WEB EDITOR

UAHS IT Service; e-mail: web@jahs.eu
The person responsible: Ozren Digula

PRINTED BY

OFFSET TISAK NP GTO

The Journal is published on a biannual basis. The articles can be published in Croatian language, with a summary in English, or in English (with a summary in Croatian).

The journal will be concurrently published in print and digital form and all accepted articles will be freely available in the electronic form to scientific, professional and research community at the Journal's official website..



Zdravstveno veleučilište u Zagrebu

Journal of Applied Health Sciences

Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti

ISSN
1849-8361

UDK
61

GODINA IZDAVANJA
2015.

VOLUMEN - GODIŠTE IZLAŽENJA
1

BROJ TEKUĆEG SVEŠĆICA
2.

STRANICE SVEŠĆICA OD-DO:
77-148

MJESTO IZDAVANJA
Zagreb

NAZIV IZDAVAČA I NAKLADNIKA
Zdravstveno veleučilište

UČESTALOST IZLAŽENJA
Časopis izlazi dva puta godišnje

NAKLADNIK

ZDRAVSTVENO VELEUČILIŠTE
Mlinarska cesta 38

ZA IZDAVAČA

Dr. sc. Aleksandar Racz, prof. v.š.

LEKTURA

Tekstura, Obrt za lekturu i usluge u izdavaštvu

GRAFIČKO OBLIKOVANJE I TISAK

OFFSET TISAK NP GTO

NAKLADA

1000 kom.

Copyright © 2015. Zdravstveno veleučilište Zagreb

Sadržaj / Contents

Pregledni radovi / Reviews

PETRA ROBOTIĆ

Zamke virtualnog svijeta: zaštita djece i mladih na internetu i prevencija ovisnosti

Traps of the virtual world: the protection of children and young people on the Internet
and prevention of addiction.

81-96

LJILJANA VUKOTA, LANA MUŽINIĆ

Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke

Systematic psychological and psychosocial support for women with breast cancer

97-106

Stručni radovi / Professional papers

IVANA CRNKOVIĆ, MELITA RUKAVINA, KARLO OSTROGONAC

Kvaliteta života laringektomiranih osoba

The quality of life after laryngectomy

107-118

ELVIRA JUKIĆ, ZRINKA PUHARIĆ, KSENIJA ELJUGA, TATJANA BADROV

**Razlike u stavovima osoba zdravstvene i nezdravstvene struke o darivanju organa
u Bjelovarsko bilogorskoj županiji**

Differences in attitudes towards organ donation between health and non-health professionals
in Bjelovar-Bilogora county

119-128

LIDIJA PAVLOVIĆ, DALIBOR KISELJAK, OLIVERA PETRAK

Učinkovitost dekompresijske terapije kralježnice bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom

Effectiveness of the spinal decompression therapy in patients with cervicobrachial syndrome

129-138

BORIS VUČIĆ, SAMKA EKIĆ

Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta

The effect of parental depression on a child's development

139-143



Zamke virtualnog svijeta: zaštita djece i mladih na internetu i prevencija ovisnosti

¹ Petra Robotić

¹ Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet
Sveučilišta u Zagrebu

Sažetak

Razvoj elektroničkih medija, njihova interaktivnost i veće mogućnosti komuniciranja, uz mnoge prednosti i zanimljiv način učenja, predstavlja i vrlo velik rizik za sve, ali ponajviše djecu i mlade. Djeca i mladi danas žive znatno drugačije nego su živjeli njihovi roditelji i znaju mnogo više o elektroničkim medijima, čime roditeljska uloga postaje još složenija. Mediji danas, s naglaskom na sve većoj važnosti i prisutnosti elektroničkih medija u životima djece i mladih, postaju odgojitelji novih generacija, s obzirom na to da djeca danas provode više vremena u društvu raznih medija nego što provode u školskim klupama.

Stoga su djeca i mladi u velikom riziku da ih prekomjerna upotreba ovog medija odvede u socijalnu izolaciju, što je dobra podloga za stvaranje ovisnosti.

Ovisnost o internetu još uvijek nema službenu dijagnozu u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (u daljnjem tekstu DSM-V), kao ni u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseto izdanje (u daljnjem tekstu MKB-10), ali su dosadašnja istraživanja pokazala da postoji određeni broj ljudi koji pokazuju elemente po-

našanja koji su zajednički ponašanju osoba ovisnih o tvarima, a posljedice se očituju u socijalnom, radnom i obiteljskom životu osobe.

Također, na internetu vrebaju mnoge opasnosti, a kako bi se djecu i mlade zaštitilo od njih, potrebna je dobra suradnja i komunikacija na relaciji dijete – roditelj – škola – lokalna zajednica – društvo u cjelini, sustavno djelujući na svim razinama prevencije i zaštiti djece od mogućega štetnog djelovanja elektroničkih medija.

Ključne riječi: internet, ovisnost o internetu, elektronički mediji, zaštita djece, prevencija

Datum primitka: 30.10.2015.

Datum prihvatanja: 19.11.2015.

Adresa za dopisivanje:

Petra Robotić, mag. socijalne politike

Tel.: 098 9975845

E-pošta: petra.robotic@yahoo.com

1. Uvod

Danas je gotovo nemoguće da dijete odrasta bez računala i ostale informacijske i komunikacijske tehnologije koja čini dio naše svakodnevnice, omogućavajući djeci i mladima zabavu i povećane mogućnosti za učenje i komuniciranje, ali i način da se djeca upoznaju sa svojim pravima.

Posebno je podložna utjecaju novog medija današnja „digitalna generacija“, djeca i mladi ljudi koji odrastaju u društvu zaslona televizora, računala i mobilnih telefona¹. Dok su se prijašnje generacije koristile novim tehnologijama u svojem slobodnom vremenu ili za obavljanje različitih zadataka, ova ih generacija upotrebljava kontinuirano kao način života, zapravo, „tehnologijom se ne koriste, nego je žive“². Od malih nogu posjeduju odličnu informatičku pismenost i mnogo se bolje razumiju u suvremenu tehnologiju od roditelja, što dovodi do toga da djeca lako mogu manipulirati roditeljima u korištenju ovim medijem³.

S porastom dječjeg oduševljenja elektroničkim medijima povećava se zbunjenost i zabrinutost roditelja, kojima je potrebna podrška i edukacija o tome kako se nositi s tim izazovima⁴.

„Uloga računala kao ‘isplative i nezahtjevne’ dadilje pretvorila se u opasnost koja unosi nemir i zabrinutost u obitelji zbog dječje pretjerane zaokupljenosti internetom i videoigrama te društvenim mrežama na štetu drugih obveza, osobito školskih, zatim udaljavanja od prijatelja i osamljivanja, gubitka nadzora nad ponašanjem te sve težega prekidanja s tom lošom navikom i potencijalnom ovisnošću.“⁴

Djeca sve više vremena provode na internetu, društvenim mrežama i mrežnim igrama, što je rezultiralo time da se sve više govori o novom poremećaju – ovisnosti o internetu i ovisnosti o videoigrama (mrežnim igrama), kojemu su najviše podložni mladi ljudi, posebice djeca.

Također, budući da je internet javno dostupan međunarodni medij, ne postoji središnji autoritet koji bi nadzirao rad i ponašanje korisnika njegovih usluga, čime ta tehnologija u krivim rukama dobiva negativnu funkciju, nanosi zlo i vrši nasilje i zlostavljanje⁵.

Tu svu novu tehnologiju treba shvatiti kao korisne strojeve koji zahtijevaju instrukciju, vodstvo i superviziju odrasle osobe prije dostizanja razine u kojoj mlada osoba njima potpuno ovlada i usvoji ispravne načine korištenja i zaštite².

2. Prednosti interneta

Nesumnjivo, internet je koristan alat s mnogobrojnim pozitivnim stranama kao što su:

- ▶ brza i laka dostupnost informacija
- ▶ motivacija za učenje
- ▶ izvor zabave
- ▶ omogućuje brzu i laku komunikaciju bez obzira na to gdje se nalazimo
- ▶ omogućuje razmjenu iskustva, mišljenja i informacija
- ▶ poboljšavaju se vještine pisanja djece i mladih
- ▶ potiče razvoj kreativnosti
- ▶ potiče razvoj strategija rješavanja problema i selekcije informacija⁶.

Omogućio nam je edukaciju, komunikaciju i zabavu, sve u isto vrijeme. Omogućio nam je da upoznajemo druge ljude i kulture, da putujemo, kupujemo, kao i da pokažemo svoja znanja i talente milijunima ljudi širom svijeta. Možemo putem interneta pružiti pomoć i utjehu jedni drugima u teškim trenucima ili podijeliti radost u trenucima sreće, informirati se o pitanjima koja nas zanimaju i razmijeniti iskustva s drugima.

Popis mogućnosti koje nam nudi internet velik je i stalno raste, to je najmoćniji obrazovni i komunikacijski medij u povijesti svijeta⁷.

3. Opasnosti interneta

Internet uz mnoge prednosti skriva i opasnosti, posebno za djecu i mlade.

Jednu od sigurno najvećih opasnosti za djecu čine kriminalne osobe koje pokušavaju uspostaviti osobni kontakt s djecom i iskoristiti njihovu nezrelost i naivnost, zatim zlostavljanje putem interneta najčešće od druge djece (*cyberbullying*) i izlaganje seksualnim ili nasilnim sadržajima.

Tu su i opasnosti pristupa neprimjerenim sadržajima za djecu (kao što su pornografija, materijali koji potiču dis-

kriminaciju i mržnju, krvave i nasilne scene, poticanje na uživanje droge, razne kockarske aktivnosti i dr.), ali i stranice na kojima se prodaju zakonom zabranjeni proizvodi ili potiče na zakonom zabranjene radnje, stranice koje ne štite privatnost djece i gdje djeca mogu objaviti važne ili osobne podatke te biti izložena krađi identiteta i zloupotrebi osobnih podataka, prijevarama kupovine na internetu ili riziku da otkriju važne financijske podatke, a tu je i opasnost od virusa i hakera, kao i mnoge druge opasnosti⁷.

Zasigurno je jedan od rizika i pretjerana izoliranost djeteta zbog dugotrajnog korištenja internetom, koja može voditi u ovisnost o internetu.

4. Prevalencija interneta u Hrvatskoj među djecom i mladima

Prema istraživanju Hrabrog telefona i Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba iz 2008. godine („Istraživanje o navikama i iskustvima djece i mladih prilikom korištenja interneta, mobitela i drugih suvremenih tehnologija“) pokazalo se da gotova sva djeca uključena u istraživanje (95 %) navode da kod kuće imaju računalo, a 85 % ih navodi i da ima pristup internetu kod kuće, dok se 91 % djece i mladih izjašnjava kao korisnici interneta⁸.

Isto potvrđuje i istraživanje UNICEF-a u suradnji s Hrabrim telefonom („Iskustva i stavovi djece, roditelja i učitelja prema elektroničkim medijima“) iz 2010. godine, prema čijim rezultatima također 95 % djece ima računalo, 85 % ima internet, a 96 % mobilni telefon⁹.

Prema istraživanju UNICEF-a, više se od trećine djece u dobi od 10 do 11 godina internetom koristi svakodnevno, a u dobi od 14 do 15 godina to čini većina. Omiljene su aktivnosti na internetu traženje zabavnih sadržaja (glazba, filmovi, igre), dopisivanje s prijateljima te korištenje specijaliziranim stranicama za druženje, kao što je Facebook.⁹

5. Ovisnost o internetu

5.1. Konceptualizacija pojma ovisnosti o internetu

Pitanje postoji li ovisnost o internetu naišlo je na dosta različitih stavova u krugovima psihijatarata i psihologa te još uvijek ne postoji suglasje oko toga gdje su granice normalnog odnosno prekomjernog korištenja internetom.

Također ne postoji ni suglasje oko termina „ovisnost o internetu“, oko etiologije te ovisnosti te oko najboljega metodološkog pristupa.

Primjenjuju se razni termini, od ovisnosti o internetu, patološkog korištenja internetom, problematičnog korištenja internetom do patološke upotrebe računala, ali i mnogi drugi¹⁰.

Danas bi možda najbolje bilo govoriti o kompulzivnom korištenju elektroničkim medijima, s obzirom na to da ponašanje koje je nekoć bilo povezano samo s internetom danas obuhvaća i druge interaktivne medije kao što su pametni telefoni, osobni digitalni asistenti (uređaji PDA), tablična računala, konzole za videoigre, prijenosna računala i dr.¹⁰

Još uvijek ne postoji ni službena dijagnoza u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (u daljnjem tekstu DSM-V) za ovisnost o internetu, kao ni u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseto izdanje (u daljnjem tekstu MKB-10), ali je u zadnjem izdanju priručnika DSM-V iz 2013. godine u trećem poglavlju pod stanjima za daljnja istraživanja uvrštena „Ovisnost o internetskim igrama“¹¹.

Pretjerana upotreba drugih sadržaja interneta za sada se ne smatra analognom ovisnosti o internetskim igrama, a buduća će istraživanja slijedeći dane smjernice Američke psihijatrijske udruge pokazati hoće li postojati osnova da i to bude uvršteno u DSM-V¹¹.

Uvrštavanje ovisnosti o internetu u DSM-V dalo bi zasigurno veći legitimitet daljnjim kliničkim istraživanjima i omogućilo daljnje znanstveno proučavanje ovog fenomena¹⁰.

Iako nema službene dijagnoze, dosadašnja su istraživanja pokazala da postoji određeni broj ljudi koji pokazuju elemente ponašanja koji su zajednički ponašanju oso-

ba ovisnima o tvarima (drogama, alkoholu, lijekovima i dr.), a posljedice se očituju u socijalnom, radnom i obiteljskom životu osobe¹². Glavni su elementi preokupiranost određenom stvari ili ponašanjem, bezuspješni pokušaji da se smanji korištenje, promjene raspoloženja kod pokušaja recidiva, korištenje u većoj količini od željenog odnosno planiranog, ugrožavanje radnog, obrazovnog ili partnerskog odnosa te laganje o korištenju¹³.

Stanić definira ovisnost o internetu kao „kompulzivni nagon za prekomjernim korištenjem internetskih usluga na način koji narušava fizičko i/ili psihičko zdravlje te uzrokuje teškoće u svakodnevnom obiteljskom, socijalnom i radnom životu“⁵.

Za razliku od dijagnoze ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, dijagnoza ovisnosti o internetu znatno je kompleksnija, s obzirom na to da je, za razliku od alkohola i droga, internet dio našeg osobnog i profesionalnog života te je samim time znakove ovisnosti lakše maskirati i opravdati, a ovisnost o internetu može u početku biti maskirana i nekim drugim psihijatrijskim bolestima i poremećajima, kao što je depresija, anksioznost ili bipolarni poremećaj¹⁰.

5.2. Dijagnostički kriteriji ovisnosti o internetu

Za procjenu ovisnosti o internetu, odnosno patološkog korištenja internetom razvijeni su različiti dijagnostički instrumenti, a mnogi od njih polaze od dijagnostičkih kriterija iz priručnika DSM-IV za patološko kockanje, dok su drugi razvijeni na kognitivno-bihevioralističkom modelu i utjecaju interneta na kognitivne i socijalne funkcije osobe¹⁴.

Polazeći od dijagnostike analogne patološkom kockanju Kimberly S. Young, osnivačica Centra za internetske ovisnosti na Sveučilištu u Pittsburghu i jedna od prvih istraživača ovog fenomena, sastavila je Dijagnostički upitnik za utvrđivanje ovisnosti o internetu (IADQ – *Internet Addiction Diagnostic Questionnaire*) na temelju kriterija iz priručnika DSM-IV za patološko kockanje, a sastojao se od osam čestica (od originalnih deset kriterija za patološko kockanje dva kriterija nisu bila primjenjiva za ovu vrstu ovisnosti), a odgovor „da“ na pet ili više njih tijekom šest mjeseci upućivao je na ovisnost o internetu^{15, 10}.

U priručniku DSM-V patološko kockanje više nije svrstano u poglavlje „Poremećaji kontrole poriva“, već u poglavlje „Poremećaji povezani s psihoaktivnim tvarima i drugim ovisnostima“, dobivajući novi naziv „Ovisnost o

kockanju“, uzimajući u obzir „dokaze da kockanje aktivira sustav za nagradu slično kao i zloupotreba droge i uzrokuje bihevioralne simptome usporedive s uzimanjem psihoaktivnih tvari“¹¹. Do priručnika DSM-IV izraz „ovisnost“ upotrebljavao se samo za poremećaje povezane sa psihoaktivnim tvarima.

Kasnije je već spomenuta Kimberly S. Young napravila modifikaciju Dijagnostičkog upitnika za utvrđivanje ovisnosti o internetu, test pod nazivom IAT (*Internet addiction test*), koji u 20 pitanja putem Likertove ljestvice mjeri opseg uključenosti u internetske aktivnosti, uzimajući u obzir samo vrijeme provedeno na internetu koje nije povezano s poslom ili obrazovanjem, a ovisničko ponašanje utvrđeno testom opisuje kao blago, umjerenost ili jako¹⁰. Ovaj test pruža uvid u procjenu specifičnih problematičnih područja ili problema uzrokovanih pretjeranim korištenjem internetom, kako bi se napravio plan liječenja¹⁰.

Postoje i poznati testovi kao što su PIUQ (*The Problematic Internet Use Questionnaire*) i CIUS (*Compulsive Internet Use Scale*), ali i mnogi drugi.

5.3. Vrste ovisnosti o internetu

Postoje različiti oblici korištenja internetom: radi traženja informacija, igranja računalnih igara na internetu, uključivanja u „pričaonice“ i razmjenu poruka e-poštom, „virtualni seks“, kockanje na internetu i trgovina putem interneta¹⁵.

Stoga ovisnost o internetu uključuje nekoliko skupina:

- ▶ informacijsko preopterećenje – kompulzivno „surfanje“ internetom ili pretraživanje baze podataka, što dovodi do smanjene produktivnosti rada i manje socijalne interakcije s prijateljima i obitelji
- ▶ mrežnu kompulzivnost – kompulzivno igranje internetskih igara, kockanje, trgovinu dionicama ili korištenje internetskim aukcijama, što često dovodi do financijskih i poslovnih problema
- ▶ ovisnost o virtualnim vezama – ovisnost o društvenim mrežama, „pričaonicama“ i SMS porukama do točke kada virtualni prijatelji postaju važniji od stvarnog života i odnosa s prijateljima i obitelji
- ▶ ovisnost o „virtualnom seksu“ („*Cybersex addiction*“) – kompulzivno korištenje internetskom pornografijom, „pričaonicama“ (*chat rooms*) za odrasle ili sličnim internetskim stranicama s negativnim utjecajima na intimne odnose u stvarnom životu
- ▶ ovisnost o računalu – opsesivno igranje računalnih igara ili opsesivno računalno programiranje⁶.

5.4. Prevalencija ovisnosti o internetu

Procjenjuje se da je 6 % do 11 % korisnika interneta u SAD-u ovisno o internetu¹⁴.

Provedena istraživanja i kod nas dobila su slične rezultate, primjerice prema istraživanju koje proveo dr. Zoran Šimić 2001. godine na web-stranici www.psihologija.ims.hr putem upitnika OVINET dobiveni su rezultati da 11 % osoba koje su ispunjavale upitnik ima poteškoća zbog prekomjernog korištenja internetom¹⁵.

Iako istraživanja u različitim zemljama i kulturama primjenjuju različite metode i metodologije istraživanja, generalno se može zaključiti da je prevalencija ovisnosti o internetu najniža među adolescentima i kreće se od 4,6 do 4,7 %, dok raste na 6 do 15 % u općoj populaciji, a najviša je među studentskom populacijom i kreće se od 13 do 18,4 %¹⁰. Ta se populacija smatra najrizičnijom za stvaranje ovisnosti o internetu¹⁶.

5.5. Simptomi ovisnosti o internetu

Kao što je prethodno rečeno, ovisnost o internetu pokazuje slična obilježja kao i ovisnost o kockanju i psihoaktivnim tvarima: jaku želju za stalnim korištenjem, povišenu toleranciju, psihičku ovisnost, štetno djelovanje na osobu, obitelj i društvo, smanjenu učinkovitost na poslu ili u školi / na fakultetu, a u slučaju prekida korištenja izvorom ovisnosti javljaju se simptomi apstinencijske krize⁵.

Neki od psiholoških znakova i simptoma ovisnosti o internetu:

- ▶ gubitak pojma o vremenu provedenom na internetu
- ▶ problemi u izvršavanju zadataka kod kuće, na poslu ili u školi / na fakultetu
- ▶ izoliranje od obitelji ili prijatelja
- ▶ osjećaj krivnje i pronalaženje izgovora o vremenu provedenom na internetu
- ▶ osjećaj euforije ili opuštenosti prilikom korištenja internetom
- ▶ neraspoloženost, nervoza i ljutiti ispadi kod prekida korištenja izvorom ovisnosti
- ▶ gubitak interesa za ostale aktivnosti
- ▶ financijski problemi (npr. veliki telefonski računi)
- ▶ izostanak intimnosti s partnerom zbog vremena provedenog na internetu, razvodi veza/brakova zbog „internetskih afera“⁶
- ▶ razmišljanje o internetu kada osoba nije na njemu, o tome kako će i kada ponovno započeti korištenjem¹⁵.

Osobe koje su ovisne o internetu sklonije su i problemima mentalnog zdravlja kao što su depresija i anksioznost, psihosomatskim smetnjama, poremećaju hiperaktivnosti i deficita pažnje, neurološkim poremećajima te problemima u ponašanju i drugim ovisnostima¹⁴.

Prekomjernim korištenjem internetom, osim navedenog, osoba se pokušava nositi s negativnim raspoloženjima i pokušava smanjiti stres, a zamjenjuje ostale aktivnosti i socijalne interakcije vremenom provedenim na internetu iako je svjesna štetnih posljedica takvog ponašanja¹⁴.

Osim psihičkih poteškoća, ovisnost o internetu izaziva i niz tjelesnih tegoba kao što su sindrom karpalnog kanala (bol i ukočenost u rukama i zglobovima), suhe oči i naprezanje očiju, bol u vratima i leđima, jake glavobolje, poremećaji spavanja, naglašeno debljanje i mršavljenje i dr.⁶

Samo vrijeme provedeno na internetu ne može biti indikator ovisnosti o internetu, s obzirom na to da je kod nekih zanimanja internet osnovni alat za rad, a i za studenta je vjerojatnije da će više vremena provoditi na internetu zbog učenja¹⁵. No iako vrijeme provedeno na internetu nije direktan pokazatelj ovisnosti o internetu, istraživanja pokazuju da osobe koje su kvalificirane kao internetski ovisnici provode 40 do 80 sati tjedno na internetu, a vrijeme provedeno na internetu može trajati neprekidno i do 20 sati, uzrokujući nedostatak sna i umor, probleme u izvršavanju zadataka kod kuće, na poslu ili u školi / na fakultetu te rizik od raznih tjelesnih tegoba¹⁰.

Istraživanje Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba iz 2013. godine („Koliko vremena i uz koje rizike djeca provode na internetu i Facebooku“) pokazalo je da djeca koja imaju manju kontrolu nad korištenjem internetom (primjerice teže im je otići s interneta, češće razmišljaju o internetu kad nisu na njemu, više zanemaruju svoje obveze zbog interneta...) imaju lošiju sliku o sebi, tjeskobnija su, pokazuju više simptoma depresivnosti te su sklonija neprihvatljivom ponašanju. Jedno od desetoro djece u navedenom istraživanju smatra da zbog interneta zanemaruje svoje svakodnevne obveze. Na internet 15 % djece odlazi kad se osjeća loše, a 12 % da bi pobjegli od tuge ili neugodnih osjećaja. Zbog prekomjernog korištenja internetom čak 9 % djece ima osjećaj nedostatka sna, a 10 % ih se osjeća nemirno i razdražljivo kada ne mogu otići na internet. Svako šesto dijete nastoji što brže riješiti domaću zadaću da bi moglo što prije doći na internet, a 26 % djece svoje slobodno vrijeme najčešće provodi na internetu¹⁷.

5.6. Čimbenici rizika razvoja ovisnosti o internetu

Među čimbenicima rizika svakako je važan situacijski faktor, koji može igrati ulogu u razvoju ovisnosti o internetu. Internet može postati bijeg u virtualni svijet od problema i teških situacija u stvarnom životu¹⁰.

Također, osobe koje imaju povijest ovisnosti o alkoholu ili drogi mogu u pretjeranom korištenju internetom naći fizički sigurniju alternativu svojoj ovisničkoj sklonosti, smatrajući da je medicinski sigurnije biti ovisan o internetu nego o psihoaktivnim tvarima, izbjegavajući se suočiti s uzrocima ovisničkog ponašanja¹⁰.

U najvećem su riziku osobe koje pate od više vrsta ovisničkog ponašanja, a internet se tu čini kao zgodan pravno i fizički siguran način za bijeg od nošenja s problemima u stvarnom životu. Osobama koje pate od ovisnosti o seksu ili kockanju internet služi kao novi zaklon za upuštanje u takve aktivnosti¹⁰. Situacijsko bježanje u pretjerano korištenje internetom ne mora uvijek voditi u ovisnost o internetu, ali ako to postaje kroničan i trajan način nošenja s problemima, može voditi u kompulzivno korištenje, odnosno ovisnost o internetu¹⁰.

Osobe mogu postati ovisne o internetu zbog raznih problema s kojima moraju živjeti, a u posebnom su riziku od razvoja ovisnosti o internetu anksiozne i depresivne osobe, osobe koje pate od drugih oblika ovisnosti, hiperaktivne osobe, osobe sa smanjenom socijalnom potporom, smanjenom mobilnošću i društvenom potporom te osobe pod stresom⁶. Ako je neki od ovih modaliteta posebno izražen ili je prisutno više njih, osoba je podložnija razvoju ovisnosti o internetu zbog smanjenog kapaciteta suočavanja s problemima¹⁰.

Stoga je internet nekada samo modalitet u kojem se izražavaju te teškoće te se često ističe da nije tehnologija sama po sebi ta koja izaziva ovisnost¹⁵. Zato je važno da stručnjak koji radi s osobom ovisnom o internetu utvrdi je li kompulzivno korištenje internetom samo modalitet za izražavanje teškoća u stvarnom životu¹⁰.

Nužno je i da se buduća istraživanja na području ovisnosti o internetu orijentiraju na povezanost nekih psihijatrijskih bolesti i poremećaja s razvojem ovisnosti o internetu. Longitudinalna istraživanja mogu otkriti kako osobine ličnosti, obiteljska dinamika ili interpersonalne vještine utječu na način na koji se ljudi koriste internetom, a sve je to nužno kako bi se odredili efikasni načini terapijskih pristupa liječenju ove ovisnosti i usporedili s tradicionalnim liječenjima ovisnosti¹⁰.

5.7. Liječenje ovisnosti o internetu

Ovisnost o internetu vjerojatno je jedna od najteže izlječivih ovisnosti, s obzirom na to da se ljudi svakodnevno koriste internetom i jedan je od najvažnijih medija u našem životu te prilikom liječenja ne možemo u potpunosti izbaciti internet iz života korisnika⁶. Tu je i najveća razlika između ovisnosti o internetu i drugih vrsta ovisnosti, gdje se umjesto izbacivanja predmeta ovisnosti korisnika uči konstruktivno služiti internetom.

Međutim, nekad je nužno izbaciti korištenje određenim uslugama na internetu, kao što su „pričaonice“, mrežne igre ili stranice s pornografijom, jer konstruktivno služenje ostalim sadržajima interneta može tu podbaciti zbog inherentnog obilježja interneta gdje stranice sa zabranjenim sadržajima mogu mamiti osobu te se mora pribjeći potpunoj zabrani korištenja internetom sve dok se u postupku liječenja ne uspostavi kontrola i osoba se ne nauči konstruktivno služiti internetom¹⁰.

Liječenje ovisnosti o internetu razlikovat će se i s obzirom na vrstu ovisnosti o internetu. Primjerice, osoba ovisna o internetskim igrama zahtijevat će drugačiji pristup liječenju od osobe ovisne o pornografskim stranicama, a kao što je već rečeno, ovisnost o internetu može biti samo simptom drugih problema koje osoba ima, dok je internet samo medij kroz koji ih izražava¹⁰.

Kao i kod svih drugih vrsta ovisnosti, osobe će na početku negirati ili minimalizirati problem prekomjernog korištenja internetom i njegova utjecaja na njihov život, a često su članovi obitelji ili druge bliske osobe te koje ih nagovaraju da potraže pomoć. Kako bi se osobu potaknulo na rješavanje problema, nakon dijagnoze terapeut mora upotrijebiti motivacijske tehnike za pristup liječenju, kako bi osoba uvidjela u kojoj mjeri internet utječe na njezin svakodnevni život i koje posljedice ostavlja te kako bi se motivirala za liječenje kroz partnerski odnos terapeuta i korisnika¹⁰.

Na početku liječenja važno je i utvrditi ima li osoba povijest ovisničkog ponašanja, jer nekada osobe ovisne o alkoholu i drogama postaju ovisne o internetu, smatrajući tu ovisnost zdravijom alternativom. Osobe koje pate od više vrsta ovisnosti imaju najveći rizik od ponovnog recidiva¹⁰.

Također, osobe koje su ovisne o internetu mogu patiti od brojnih psihičkih i osobnih problema, a internet vide kao sigurno mjesto na kojem mogu smanjiti napetost, tugu ili stres¹⁰.

Prekomjerno korištenje internetom može biti i posljedica interpersonalnih problema, kao što je introverti-

ranost, ili socijalnih problema¹⁰. Mnogi ovisnici o internetu ne funkcioniraju dobro u odnosima licem u lice te im se komunikacija u virtualnom svijetu čini lakšom i sigurnijom, a loše komunikacijske vještine mogu voditi niskom samopoštovanju i izolaciji, zbog čega terapeut mora utvrditi na koji način osobe komuniciraju u stvarnom životu¹⁰. Drugi pak mogu imati lošu socijalnu podršku okoline, zbog čega se okreću odnosima u virtualnom svijetu kada se osjećaju usamljeno ili žele s nekime razgovarati¹⁰.

Sve se te osobe okreću internetu umjesto da se bave problemima u interpersonalnim odnosima, financijskim problemima, bračnim problemima, problemima na poslu ili u školi, smatrajući internet društveno prihvatljivom sigurnom zonom. Zbog svoje ovisnosti o internetu osobe često zanemare ili izgube bitne odnose sa svojim bližnjima u stvarnom životu, a kako bi se postigao oporavak, ti odnosi moraju ponovno biti uspostavljeni, zbog čega može biti nužno i uključivanje tih osoba u tretman kroz obiteljsku ili partnersku terapiju kako bi se osobe upoznale s ovisnošću i angažirale se u procesu oporavka¹⁰.

Budući da ovisnost o internetu ima dosta sličnosti s drugim tipovima ovisnosti i opsesivno-prisilnog ponašanja, primjenjuju se i slični tipovi i kombinacije liječenja. Uglavnom je riječ o psihoterapijama i farmakološkim intervencijama.

Mnogi autori, kao što su Davis i Young, nude kognitivno-bihevioralni model kao najbolji za ovisnost o internetu, naglašavajući kognitivne simptome kao što su opsesivne misli o internetu, smanjena kontrola poriva, nesposobnost prekidanja upotrebe interneta i osjećaj da je internet jedini prijatelj¹⁵. U navedenom modelu uspješno se može primjenjivati kognitivno-bihevioralna terapija koja počiva na premisi da naše misli određuju naše osjećaje. Prema Kimberly S. Young, pokazala se uspješnom u liječenju ove vrste ovisnosti¹⁰. Kod kognitivno-bihevioralne terapije pokušavaju se postići promjene u mišljenjima i uvjerenjima kod osobe u cilju dugotrajnog mijenjanja misli, ponašanja i emocionalnih odgovora kod pacijenata. Terapeuti moraju pomoći klijentima u rješavanju problema koji se skrivaju iza ovisnosti o internetu, identificirati nove ciljeve i naučiti nova ponašanja i odgovore na probleme¹⁰.

Također, kao način liječenja ovisnosti o internetu neki autori proučavaju utjecaj farmakološkog liječenja, koje se primjenjuje i kod drugih vrsta ovisnosti, polazeći od pretpostavke da sve ovisnosti uzrokuju promjene u neurotransmiterima, što može biti posebno djelotvoran

način liječenja kod pacijenata koji pate i od drugih psihičkih problema uz ovisnost o internetu. Ovaj se način liječenja u nekim studijama pokazao učinkovitim, iako je takvih studija za sada relativno malo i nužna su daljnja istraživanja koja će dati jasniji uvid o utjecaju farmakološkog liječenja na ovisnost o internetu. Jedna od takvih studija provedena je na sveučilištu „Mount Sinai School of Medicine“ u New Yorku, gdje su istraživači testirali uporabu antidepresiva escitalopram na 19 kompulzivnih korisnika interneta, a rezultat je bio prosječno smanjenje sati provedenih na internetu sa 36 na 16 sati tjedno¹⁰.

Kao načini liječenja u literaturi¹⁸ se navode i već spomenuti motivacijski intervju, realitetna terapija, obiteljska terapija i drugi bihevioralistički terapijski modeli, a vrlo se često sve te tehnike kombiniraju u procesu liječenja.

6. Ovisnost o internetskim (online) igrama

Ovisnost o internetskim igrama postaje sve ozbiljniji problem u svijetu. Prepoznaje se kad razina igranja videoigara dosegne razinu da zbog takvih aktivnosti nastanu ozbiljne poteškoće u funkcioniranju osobe u obitelji, društvu i školi te poteškoće u psihološkom funkcioniranju¹⁹.

Kao što je spomenuto ranije, u priručniku DSM-V među stanjima za daljnja istraživanja navedena je i „Ovisnost o internetskim igrama“, a prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi dodatna bi istraživanja mogla eventualno pokazati da ovisnost o internetskim igrama zasluhuje biti neovisan poremećaj¹¹.

Ovisnost o Internetskim igrama oblik je pretjeranog i prolongiranog igranja na Internetu koji rezultira skupinom kognitivnih simptoma i simptoma ponašanja, uključujući progresivni gubitak kontrole nad igranjem, toleranciju i simptome sustezanja, analogno simptomima poremećaja uzimanje psihoaktivne tvari. Kao u poremećajima povezanim s psihoaktivnim tvarima, osobe s ovisnosti o Internet igrama nastavljaju sjediti za kompjuterom i sudjelovati u igrama unatoč zanemarivanju drugih aktivnosti. Oni se obično 8-10 ili više sati dnevno predaju ovoj aktivnosti, a najmanje 30 sati tjedno. Ako ih se spriječi u korištenju

komputera i povratku igri, oni postaju uznemireni i ljuti. Često provode dugo razdoblja bez hrane i spavanja. Uobičajene se obveze, kao što su škola, posao ili obiteljske obveze zanemaruju¹¹.

U priručniku DSM-V predloženo je devet kriterija za dijagnosticiranje ove ovisnosti kao perzistirajuće i ponavljajuće upotrebe interneta radi sudjelovanja u igrama koja dovodi do klinički značajnog oštećenja ili patnje, a da bi se dijagnosticirala ovisnost, mora biti zastupljeno pet ili više kriterija¹¹.

7. Elektroničko nasilje među djecom (cyberbullying)

7.1. Definicija elektroničkog nasilja

Postoje razna tumačenja što je točno nasilje na internetu, ali elementi su koji su više-manje zajednički svim definicijama korištenje tehnologijom (računalom, mobilnim telefonom, tabličnim računalom i drugim elektroničkim uređajima) koje ima za cilj nanijeti štetu, odnosno povrijediti drugu osobu, a uglavnom nije riječ o izoliranom incidentu, već o ponavljajućem ponašanju²⁰.

Ova vrsta nasilja služi se elektroničkom poštom, blogovima, SMS i MMS porukama, web-stranicama, društvenim mrežama, telefonima i sl., može biti u obliku tekstualnih ili slikovnih poruka, videozapisa ili poziva, a uključuje višestruko poslane poruke putem interneta ili mobitela, koje imaju za cilj povrijediti, uznemiriti ili na bilo koji drugi način oštetiti dijete, mladu ili odraslu osobu koji se ne mogu zaštititi od takvih postupaka⁶.

Također obuhvaća i poticanje na grupnu mržnju, širenje nasilnih i uvredljivih komentara o vršnjaku, osmišljavanje i stvaranje internetskih stranica koje sadrže priče, crteže, slike i šale na račun vršnjaka, slanje tuđih fotografija te traženje ostalih da ih procjenjuju po određenim karakteristikama, „provaljivanje“ u tuđe adrese e-pošte, seksualno namamljivanje i izlaganje sadržajima neprimjerenima dobi djeteta i mlade osobe, lažno predstavljanje kao druga osoba itd.⁶

Specifičnosti elektroničkog nasilja:

- ▶ može biti prisutno 24 sata na dan, svih sedam dana u tjednu

- ▶ djeca i mladi izloženi su toj vrsti nasilja kod kuće i na drugim mjestima koja su ranije bila sigurna za njih
- ▶ svjedoci nasilja mogu biti mnogobrojni
- ▶ anonimnost zlostavljača pojačava osjećaj nesigurnosti kod žrtve
- ▶ meta nasilja osim vršnjaka mogu biti i učitelji⁶.

Danas djeca i mladi novi prostor za nasilničko izražavanje i ponašanje pronalaze u virtualnom svijetu, koji im pruža anonimnost, koja nije moguća ni u jednoj drugoj vrsti komunikacije. Upotrebom lažnih imena i različitih lozinki omogućeno je jednostavno skrivanje identiteta te to predstavlja mnogo jednostavniji način ranjavanja drugoga od suočavanja licem u lice⁶.

Upravo zbog toga što se nasilnik skriva iza ekrana, često nije svjestan štete koju nanosi drugoj osobi, a samim time ni posljedica takvog ponašanja¹.

Stoga je iznimno važno promicati kulturu ophođenja i poštivanja drugog u virtualnom svijetu¹.

7.2. Prevalencija elektroničkog nasilja

Većina je istraživanja pokazala da se postotak djece koja su doživjela nasilje na internetu kreće od 6 % do 30 %²⁰. Što se tiče oblika nasilja, prema istraživanju Patchina i Hinduje iz 2010. godine, najviše, 14 % mladih, iskusiće nasilje u obliku stavljanja uvredljivog i ponižavajućeg sadržaja na internet, zatim 13 % mladih u obliku širenja lažnih glasina, 7 % mladih iskusiće prijetnje na internetu, a najmanji postotak od 2 % mladih iskusiće nasilje u obliku stavljanja uvredljivog i ponižavajućeg videosadržaja na internet²⁰.

Što se tiče mladih osoba koje su u jednom trenutku primjenjivale nasilje na internetu prema drugoj osobi, taj se postotak prema prethodno navedenom istraživanju kreće oko 16,8 %.

Prema istraživanju UNICEF-a („Iskustva i stavovi djece, roditelja i učitelja prema elektroničkim medijima“) iz 2010. godine, 4,90 % učenika doživljava neki oblik vršnjačkog nasilja putem elektroničkih medija, 29 % ih to doživi jedan do dva puta mjesečno, a 66,20 % nikada nije doživjelo elektroničko nasilje. Gotovo 40 % djece to doživi putem Facebooka ili neke druge specijalizirane stranice za druženje, a više od 30 % putem SMS poruka⁹.

Što se tiče nasilničkog ponašanja prema drugima, u istraživanju Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba i Hrabrog telefona iz 2008. godine („Istraživanje o navikama i iskustvima djece i mladih prilikom korištenja Inter-

neta, mobitela i drugih suvremenih tehnologija“) dobiveni su rezultati da je 7 % djece i mladih zloupotrijebilo nečije ime i objavilo tuđe privatne stvari na internetu, 5 % sudionika navelo je da su objavili tuđu sliku ili film s ciljem da se izruguje toj osobi, a 7 % sudionika navelo je da se lažno predstavljalo i govorilo ružne stvari u ime druge osobe⁸.

7.3. Posljedice elektroničkog nasilja

Istraživanja pokazuju kako proživljeno iskustvo elektroničkog nasilja, bilo kao žrtva bilo kao nasilnik, može imati značajan utjecaj na emocionalni i psihički razvoj djeteta, iako mnogi elektroničko nasilje ne smatraju pravom vrstom nasilja, s obzirom na to da direktno ne ugrožava fizičku sigurnost žrtve⁷.

Prema istraživanju Patchina i Hinduje, 45 % žrtava elektroničkog nasilja osjećalo je ljutnju, 28 % frustraciju, a 27 % tugu, dok nešto više od 30 % ispitanika nije imalo negativnu emocionalnu reakciju²⁰. Prema raznim istraživanjima, mogu se javiti i druge emocije kao što su strah, sram, bijes i povrijeđenost te čak i simptomi anksioznosti i depresije.

Prema istraživanju UNICEF-a („Iskustva i stavovi djece, roditelja i učitelja prema elektroničkim medijima“) iz 2010. godine, gotovo tri četvrtine djece koja nasilje doživljavaju često ili vrlo često osjeća se ljutito (74,67 %), uznemireno (71,49 %) i zabrinuto (70,18 %). Polovica zlostavljane djece ne želi ići u školu (50,00 %) i osjeća se loše uz glavobolje i trbobođe (40,67 %), a više od polovice ima poteškoće koncentracije kod kuće i u školi (61,06 %). Gotovo 40 % zlostavljanje djece istodobno osjeća smetnje spavanja i smanjeni apetit⁹.

Prema istraživanju Patchina i Hinduje iz 2010. godine, identificirana je i veza između elektroničkog nasilja i niskog samopouzdanja studenata, ali nije utvrđeno je li niže samopouzdanje posljedica elektroničkog nasilja ili su osobe s nižim samopouzdanjem češće žrtve nasilja²¹. Ista je veza nađena i kod zlostavljača, što može upućivati na to da osobe nižeg samopouzdanja nalaze svoj prostor u virtualnom nasilju kako bi se osjećale bolje²⁰.

Također, u istraživanju Patchina i Hinduje iz 2010. godine pronađena je veza između elektroničkog nasilja i suicidalnih misli i namjera, posebice kod žrtava nasilja. Naravno da elektroničko nasilje samo po sebi ne uzrokuje samoubojstvo, već je riječ o mnogobrojnim povezanim problemima koje te osobe proživljavaju u stvarnom životu. Međutim, kod žrtava elektroničkog nasilja utvrđena je dva puta veća vjerojatnost pokušaja samoubojstva²⁰.

Samoubojstvo koje se događa kao posredno ili neposredno iskustvo elektroničkog nasilja Hinduja i Patchin nazvali su „cyberbullicide“²¹.

Istraživanja su pokazala i da su žrtve elektroničkog nasilja u većem riziku da zapadnu u probleme sa školom i razna druga devijantna ponašanja kao što su konzumiranje alkohola i droge, krađa po dućanima, uništavanje vlasništva, fizičko nasilje i nošenje oružja u školu²⁰.

Nažalost, nasilje na internetu često zna prerasti i u nasilje na ulici i u školama²².

8. Seksualno zlostavljanje djece i internet

8.1. Dječja pornografija

Internet na mnogo načina igra glavnu ulogu u seksualnom zlostavljanju djece, kao lak i anonimni način za konzumaciju i distribuciju dječje pornografije²³.

Velika potražnja dječje pornografije, nove tehnologije za izradu visokokvalitetnih pornografskih sadržaja, kao i mogućnost njihova pohranjivanja ili izravne distribucije putem interneta na ilegalno svjetsko tržište, omogućuje kriminalnim osobama koje djecu i adolescente koriste za snimanje dječje pornografije brzo i lako stjecanje profita na štetu djece i adolescenata²⁴.

Postoje brojni razlozi zbog kojih pedofili konzumiraju pornografiju na internetu, od prikupljanja raznih fotografija djece do seksualno neprimjerenog ponašanja prema djeci²³.

Smatra se da postoje tri moguća tipa motivacije prikupljanja dječje pornografije:

- ▶ prikupljanje kao dio šireg obrasca seksualnih prijestupa koji mogu uključivati i prijestupe u kontaktu s djecom
- ▶ prikupljanje radi poticanja razvoja seksualnog zanimanja za djecu
- ▶ gledanje nedoličnih slika djece zbog radoznalosti²³.

Ponašanje pedofila zapravo otkriva njihov adolescent-ski zastoj razvoja, koji se očituje u ovisničkom prikupljanju dječje pornografije²³.

Mnogi pedofili stvaraju zbirke koje se sastoje od tisuća i tisuća slika. Međutim, neke slike nisu nužno eksplicitno pornografske, mnogi pedofili uživaju gledati djecu u prirodnom okruženju, odjevene i bez seksualnih konotacija, dok su erotski sadržaji u umu pedofila, što posebno izaziva zabrinutost, jer to nije moguće zakonski regulirati²³.

Konzumacija dječje pornografije na internetu omogućuje i kontakt s drugim pedofilima u računalnom svijetu, što pedofilu pruža osjećaj pripadnosti. Kontakt s drugim pedofilima omogućuje upotunjavanje pornografske zbirke, ali i razmjenu informacija kao što su: kako obraditi dijete, informacije o pronalaženju i odabiru djece, kako izbjeći razotkrivanje, kako zvesti dijete i pripremiti ga za seksualni odnos i dr.²³

Naposljetku, putem interneta je moguće stupiti u kontakt s ljudima koji djecu nude u seksualne svrhe uz naknadu, u nekim slučajevima razmjenjuju i vlastitu djecu te djecu koju su već „ukrotili“, a koja su prešla poželjnu dob, za mladu djecu²³.

Konzumenti dječje pornografije nisu uniformni, potiču ih razni motivi, neki samo gledaju i skidaju pornografski sadržaj, ali se ne upuštaju u seksualno zlostavljanje, neki to čine kao uvod u seksualno zlostavljanje, a neki stvaraju i/ili distribuiraju dječju pornografiju te se mogu i ne moraju upuštati u seksualno zlostavljanje. Također mnogi pedofili seksualno zlostavljaju djecu, a ne konzumiraju dječju pornografiju, tako da je odnos između dječje pornografije i seksualnog zlostavljanja još uvijek dosta nejasan²³.

Međutim, iako se neki pedofili mogu koristiti dječjom pornografijom kao zamjenom za prijestup, za mnoge je to naputak i poticaj na seksualne prijestupe protiv djece²³.

Najveći je problem zaštite djece od zloupotrebe na internetu nepostojanje tehnoloških rješenja kojima bi se onemogućio njihov pristup pornografskim sadržajima i privatnim „pričaonicama“ pedofila, koji zloupotrebljavaju njihovo neznanje i naivnost²⁴.

8.2. Vrbovanje djece i mladih – opasnosti „pričaonica“ i drugih komunikacijskih medija na internetu

Budući da je internet anoniman medij, omogućuje odraslim osobama da se pretvaraju da su djeca, čime djeca misleći da razmjenjuju informacije s drugom djecom mogu pedofilu dati svoje osobne informacije o svojoj dobi, spolu, adresi i školi koju pohađaju, dok neki pedofili mogu biti samo promatrači razgovora i na taj način prikupljati informacije o djetetu²⁵.

Dok su prije pedofili na igralištima promatrali djecu i time bili pod određenim rizikom da budu primijećeni, na „virtualnom igralištu“ mogu se skrivati iza anonimnosti interneta²⁵. Doduše, ni internet nije u potpunosti anoniman zahvaljujući tehnologiji i zakonskim propisima te je moguće ući u trag računalnima s kojih osoba pristupa²⁶, no ipak ući u trag počinitelju takvog zločina nije lak ni jednostavan zadatak.

Ako pedofil dobije informacije da je dijete samo, da je računalo u njegovoj sobi i da se njime ne koriste drugi članovi obitelji, „nastojat će zadobiti njegovo povjerenje i uvjeriti ga da moraju vjerovati samo jedan drugome i nikome više“²⁵, ako nešto posumnja, prekida komunikaciju i nestaje, ali kad se uvjeri da nema rizika, tada raznim strategijama pokušava ostvariti trajniju vezu²⁷. Nakon što razgovor dođe do ovog stupnja, najčešće pedofil šalje viceve i šale kako bi potaknuo dijete na otvoreniji razgovor te razgovara o djetetovim interesima, hobijima i problemima koje je prethodno saznao vrebajući²⁵, stavlja dijete u središte pozornosti i nadočnauđuje mu svu onu toplinu, ljubav i nježnost za koju je prikraćeno u svojoj sredini, sve kao dio pripreme za seksualno iskorištavanje²⁷. Kako se razgovor nastavlja, pedofil može opisivati seksualne tehnike i poze, tražeći od djeteta da masturbira, a kako bi dijete uvjerio da je to normalno i da to svi rade, može djetetu poslati slike drugih ljudi ili djece uključene u takve aktivnosti, tražeći da to bude njihova tajna²⁵. Kako ovakav tip razgovora napreduje i povjerenje raste, pedofil će tražiti dijete da se susretne s njim²⁵.

Danas se sve više zlostavljača okreće mobilnim telefonima, koje djeca, za razliku od računala, imaju stalno sa sobom.

Vrlo se malen broj djece u vezi s time povjerava roditeljima, koji se isto u većini slučajeva osjećaju bespomoćnima i ne znaju kome prijaviti virtualno seksualno zlostavljanje i od koga potražiti pomoć. Također, djecu nitko nije naučio da to mogu prijaviti policiji, administratoru „pričaonice“ ili službi za pritužbe tvrtke koja pruža internetske usluge²⁷. Policija je u Hrvatskoj u tu svrhu napravila i aplikaciju „Red Button“ (<https://red-button.mup.hr/>) putem koje se može napraviti prijava seksualnog zlostavljanja i iskorištavanja djece.

Prema istraživanju Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba i Hrabrog telefona iz 2008. godine („Istraživanje o navikama i iskustvima djece i mladih prilikom korištenja Interneta, mobitela i drugih suvremenih tehnologija“), 41 % djece izjavilo je da su im tijekom druženja i komunikacije na internetu bila postavljana intimna

pitanja o njima, njihovu tijelu ili pitanja seksualnog karaktera (djevojčice, njih 43 %, bile su češće pitane o intimnim detaljima nego dječaci, njih 38 %). Na pitanje je li netko koga su upoznali na internetu tražio da se slikaju ili snimaju na seksualizirani način 39 % djece navodi da je, ali to nisu učinili, dok 6 % djece navodi da su se slikali i poslali sliku. Čak 31 % djece navodi da im je osoba koju su upoznali putem interneta poslala svoju sliku bez odjeće, a 14 % djece navodi da su otišli na sastanak i upoznavanje s internetskim prijateljem kojeg do tada nisu poznavali uživo. U 14 % slučajeva navode da su kao pratnja išli i roditelji, 49 % navodi da su išli s prijateljima, dok 37 % djece navodi da su otišli na sastanak sami. Ovakav podatak sugerira da je nužno podučavanje djece o mogućim opasnostima pri upoznavanju virtualnih prijatelja koje ne poznaju uživo⁹.

9. Zaštita djece i mladih na internetu i prevencija ovisnosti

Internet je zajednica koja, kao i svaka druga zajednica, ima svoje dobre i loše članove, svoja sigurna i opasna mjesta, a omjer dobrih i loših ljudi i mjesta ne razlikuje se mnogo ili nimalo od stvarnog svijeta⁷. Uvijek će biti, kao i u stvarnom životu, kriminalnih i domišljatih ljudi koji će naći načina da zloupotrijebe sustav s pomoću novih tehnologija i medija, zato je potrebno sve te rizike procijeniti i naći načine na koje će se njima upravljati⁷.

„Sustav zaštite djece na internetu obuhvaća brojna društvena područja, od obitelji odgojno-obrazovnih ustanova, socijalne zaštite, zdravstvene zaštite te pravosudne zaštite djece.“²²

Tu je potrebno i naglasiti da dužnost svih nadležnih tijela, ali i drugih koji saznaju za nasilje putem interneta, proizlazi iz „Protokola o postupanju u slučaju nasilja nad djecom“, prema kojem su nasilje dužni prijaviti policiji i Centru za socijalnu skrb, a na kriminalna djela putem interneta uglavnom se mogu primijeniti i razne odredbe Kaznenog zakona²².

9.1. Uloga roditelja, škole i lokalne zajednice u zaštiti djece na internetu i prevenciji ovisnosti

Kao što smo već rekli, internet može predstavljati opasnost prvenstveno za djecu i mlade, koji često nekon-

trolirano pretražuju ovaj medij dolazeći do sadržaja neprimjerenog njihovoj starosti i stupnju razvoja²⁸.

Prema istraživanju Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba i Hrabrog telefona iz 2008. godine („Istraživanje o navikama i iskustvima djece i mladih prilikom korištenja Interneta, mobitela i drugih suvremenih tehnologija“), 54 % djece i mladih izjavilo je da je naišlo na web-stranicu koja je sadržavala fotografije golih ljudi ili ljudi u spolnom odnosu, a da to nisu željeli, 24 % djece i mladih navelo je da su primili poruku putem elektroničke pošte koja je oglašavala pornografske web-stranice ili je sadržavala poveznice za te stranice, a da to nisu željeli, a 28 % djece i mladih je otvorilo poruku ili poveznicu koja je sadržavala slike golih ljudi ili osoba u seksualnoj aktivnosti, a da to nisu željeli⁸.

U zaštiti djece na internetu vrlo veliku ulogu igraju roditelji, koji moraju djecu u virtualnom svijetu voditi kao što to čine i u stvarnom svijetu, na način da znaju kakvi rizici na internetu postoje i kako tim rizicima upravljati⁷.

Međutim, roditelji se često osjećaju nemoćnima kada njihovo dijete zna više o računalima i internetu od njih samih.

Neki roditelji u strahu od tamnih strana interneta pribjegavaju potpunim zabranama korištenja tim medijem, što u konačnici uzrokuje mnogo više štete za kvalitetan razvoj djeteta i uskraćuje mu dragocjeni izvor znanja i sredstvo potrebno za uspjeh, s obzirom na to da djeca danas moraju biti informatički pismena kako bi uspjela u školi, pohađala fakultet i zaposlila se⁷.

Djecu ne bismo smjeli pretjerano ograničavati u stjecanju potrebnih vještina koje će im omogućiti da funkcioniraju u zajednici, u njima ne treba pobuđivati strah i sumnjičavost, već im treba pružiti dovoljno saznanja primjerenih njihovoj dobi kako bi bila svjesna potencijalnih opasnosti²³.

Dok neki roditelji u strahu potpuno zabranjuju djeci ovaj medij, postoje i roditelji koji svojoj djeci daju potpunu slobodu korištenja ovim medijem. Kako roditelji ne bi smjeli djeci potpuno zabranjivati korištenje internetom, tako ne bi smjeli dopustiti djeci ni da njihova želja za privatnošću nadvlada odgovornost roditelja da ih nadziru. Roditelji moraju tražiti od djece na uvid stranice koje posjećuju, provoditi s njima vrijeme na internetu i upoznati se s uslugama kojima se djeca koriste²⁵.

Prema istraživanju Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba i Hrabrog telefona iz 2008. godine („Istraživanje o navikama i iskustvima djece i mladih prilikom korištenja Interneta, mobitela i drugih suvremenih tehnologija

ja“), 49 % djece izjavljuje da je bez nadzora i prisutnosti odraslih dok se koristi internetom, dok 46% njih navodi da su roditelji ponekad prisutni. Tek 2,5 % djece navodi da je jedan od roditelja prisutan uvijek dok su na internetu. Na pitanja o reakcijama roditelja više od polovine sudionika (60 %) izjavljuje da ih roditelji poučavaju o opasnostima povezanim s internetom i načinima zaštite, dok trećina djece (36 %) smatra da njihove roditelje ne zanima što oni rade na internetu⁸.

Također, prema istraživanju Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba iz 2013. godine („Koliko vremena i uz koje rizike djeca provode na internetu i Facebooku“), u većini obitelji nisu jasno postavljena pravila za korištenje internetom i Facebookom, u njih 78 %¹⁷.

Roditelji ne bi smjeli imajući povjerenja u djecu prepuštiti korištenje internetom samo u njihove ruke i bez nadzora, jer sigurnost na internetu ne ovisi samo o njima već o svim ljudima koji se služe internetom, a za to je potrebno naučiti djecu načinima izbjegavanja opasnosti na internetu isto kako ih učimo pravilima kad su sami kod kuće ili kad prelaze prometnu cestu. Zapravo za loše stvari koje se dešavaju na internetu nije kriv internet, već ljudi koji taj medij zloupotrebljavaju, a roditeljski strah uglavnom proizlazi iz nerazumijevanja i nepoznavanja načina zaštite, ali i oni koji dobro razumiju ovaj medij neće uvijek znati prepoznati rizike kojima su djeca izložena ili/i načine na koje to mogu izbjeći⁷.

Djecu treba podučiti da je stranac ipak stranac. Kako sa strancima ne razgovaraju na ulici ili na igralištu, ista pravila moraju primjenjivati i kod komunikacije na internetu. Važno je upozoriti djecu da davanje i minimalnih informacija može omogućiti stranoj osobi pronalaženje mjesta gdje dijete živi ili ide u školu, a susret s osobom koju je dijete upoznalo preko interneta ne smije se održati bez nazočnosti roditelja²⁵.

Koliko će biti koristi ili štete od korištenja računalom osim o vremenu provedenom za računalom ovisi i o tome u koje se svrhe dijete služi računalom i koliko roditelji vode računa o tome. Osim za izvor zabave, roditelji moraju poticati djecu da se koriste računalom i kao medijem za učenje. Dužinu vremena provedenog za računalom roditelji moraju prvenstveno korigirati iz zdravstvenih razloga te što više poticati kretanje djeteta i provođenje vremena u drugim oblicima igara²⁹.

Previše provedenog vremena za računalom može dovesti do različitih problema kao što su povećana agresivnost, pretilost, smanjena fizička aktivnost, nesanica, neuspjeh u školi, smanjenje komunikacije u obitelji te smanjena pažnja i interes²⁹.

Stoga Živković²⁹ nudi neke savjete za roditelje kako bi provođenje vremena za računalom imalo što manje štetnih utjecaja na djecu i mlade, kao što je postavljanje jasnih pravila za uporabu računala, upoznavanje sa sadržajima kojima se dijete koristi na internetu, uključivanje u igru s djetetom na računalu, razgovaranje s djetetom o iskustvima na internetu, podučavanje o pravilima ponašanja na internetu, instaliranje zaštitnih programa i dr.

Posebno, djecu i mlade treba upozoriti i da je na internetu potrebno zaštititi svoje osobne podatke, a u tu je svrhu udruga „Suradnici u učenju“ uz financijsku potporu Ministarstva uprave izradila tri igre putem kojih djeca mogu prolazeći kroz problemske situacije na internetu učiti o važnosti čuvanja i zaštite osobnih podataka, sigurnosti na društvenim mrežama i sigurnom komuniciranju elektroničkom poštom. Igre su dostupne na internetskim stranicama <http://bit.ly/igra1>, <http://bit.ly/igra2> i <http://bit.ly/igra3>.

Također, uz financijsku potporu Ministarstva gospodarstva, Centar za edukaciju i informiranje potrošača i Hrvatska udruga za zaštitu potrošača izradili su igru „Vito u svijetu interneta“ putem koje djeca i mladi mogu saznati osnovne informacije o zaštiti na internetu, a dostupna je na internetskoj stranici <http://www.tvornica.biz/Vito/Vito05.swf>.

Djeci i mladima potrebno je i naglasiti da još uvijek ne postoji način da se ukloni sadržaj koji je netko stavio na internet, što može dovesti do neugodnih situacija s obzirom na to da stvari i događaji koji su jednom objavljeni ostaju trajno te su vidljivi svima, zatim da ne odgovaraju na sumnjive poruke e-pošte, a ako pošiljatelj e-pošte nije poznat, najbolje je potražiti savjet roditelja, kao i ne prihvaćati zahtjeve za prijateljstvo na društvenim mrežama od osoba koje ne poznaju ili s kojima nemaju zajedničkih prijatelja te da se objavom stvari poput fotografija, videosnimaka i sl. na društvenim mrežama gubi kontrola i privatnost nad time, a svako maltretiranje na društvenim mrežama potrebno je prijaviti kako bi zaštitili sebe i druge osobe³⁰.

Djeca i mladi ne bi trebali niti prihvaćati besplatan dar u zamjenu za adresu ili neke druge informacije bez dozvole roditelja, ne slati fotografije ili opis sebe ili članova obitelji, ne nastavljati razgovor zbog kojega se osjećaju neugodno ili koji postaje previše osoban i nikako ne organizirati susrete s nekim koga su upoznali preko interneta, osim u slučaju pristanka roditelja na takav susret, koji tada mora biti na javnom mjestu i u pratnji roditelja²⁴.

Da bi zaštitili djecu, roditelji, ali i učitelji, moraju ih dobro poznavati i uspostaviti s njima topao i otvoren od-

nos u kojem će djeca biti spremna slobodno komunicirati čak i o najosjetljivijim stvarima te moći slobodno govoriti o svojim zabrinutostima i sumnjama²³.

Roditelji koji nemaju dovoljna znanja o novim tehnologijama trebali bi se upoznati s njima kako bi mogli nadzirati djetetov pristup internetu, a mogu zamoliti i dijete da ih pouči ako zna više od njih te se na taj način dodatno zbližiti i tako nadzirati što dijete radi na internetu²³. Na internetu postoji mnogo stranica koje pružaju korisne informacije kako razgovarati s djecom o opasnostima interneta i što roditelj može poduzeti kako bi zaštitio svoje dijete.

Kao što je rečeno, važno je da roditelji ne pretjeraju u ograničavanju upotrebe interneta kao pozitivnog medija koji nudi razne prednosti, no treba nadzirati korištenje i primijetiti znakove koji ukazuju na neprimjerenu i pretjeranu upotrebu²³, jer prema istraživanjima najveći broj iskorištavanja i izlaganja djece neprimjerenim sadržajima dogodio se kad su djeca bila na internetu bez nadzora odraslih²⁴.

Uloga je škole u zaštiti djece na internetu također velika. Učitelji provode s djecom više vremena nego druge odrasle osobe, nekada više i od roditelja, a to im pruža jedinstvenu mogućnost da upoznaju djecu s opasnostima na internetu i načinima samozaštite, kao i da prate promjene u njihovu ponašanju²³.

UNICEF-ovo istraživanje pokazalo je da su učitelji vičniji korištenju internetom od roditelja, što osnažuje mogućnost prevencije nasilja i rizičnih ponašanja u virtualnom svijetu putem škole, jer učitelji koristeći se više ovim medijem mogu bolje i utemeljenije raspravljati s učenicima o njihovim iskustvima, doživljajima i kretanjima u tom svijetu te im mogu biti bolji vodiči. Jednako tako, istraživanje je pokazalo da učitelji mnogo izraženije od roditelja percipiraju opasnosti interneta za djecu, što znači da na roditeljskim sastancima i radionicama mogu bolje uputiti roditelje na ovu temu⁹.

Škola može napraviti i prvi korak u edukaciji djece te organizirati razna predavanja i edukacije, slično edukacijama o sigurnosti u prometu. Školski programi mogu obuhvatiti osnovne poruke o sigurnosti na internetu, kao i potencijalnim opasnim situacijama, praćeni savjetima o tome kako ih izbjeći i što napraviti kada se dogode²³. Isto se tako i policija može uključiti u edukacije o sigurnosti na internetu, jednako kao i u slučaju edukacije djece o sigurnosti u prometu ili opasnostima od droga i alkohola²³.

Zato je važno da su učitelji, kao i druge organizacije u zajednici, primjereno educirani kako bi mogli kompetentno prenositi znanje i raspravljati o tim pitanjima.

Zaštita djece na internetu i prevencija ovisnosti zahtijeva i suradnju cijele lokalne zajednice i društva, ne samo roditelja, škole, djelatnika policije i službi za zaštitu djece, kako bi se osigurala primjerena zaštita, posebno od seksualnog zlostavljanja putem interneta i nasilja na internetu²³.

Edukacijske kampanje, i to ne samo namijenjene djeci, stručnjacima i roditeljima već svim osobama, jedini su način osiguravanja primjerene zaštite i prevencijskog načina razmišljanja²³, a u kreiranje edukacijskih kampanja poželjno je da budu uključena i sama djeca³¹.

Primjer dobre prakse u Hrvatskoj svakako je projekt „Sigurnost djece na internetu“ koji je financirala Europska unija, a nositelji su projekta pet osnovnih škola u Hrvatskoj. Svrha je projekta podizanje svjesnosti o opasnostima na internetu i razvoj novoga školskog kurikula o sigurnosti djece na internetu. Projekt je uspješno završen te se kasnije proširio i na druge osnovne škole, a sve o projektu može se pronaći na internetskoj stranici <http://www.petzanet.hr>.

9.3. Uloga medija u zaštiti djece na internetu i prevenciji ovisnosti

Na naša viđenja i opažanja svijeta značajno utječu medijske konstrukcije realnosti, zbog čega su danas mediji jedno od najmoćnijih sredstava promjene u društvu³².

Zato bi veliku ulogu u zaštiti djece na internetu trebali imati i mediji, podupirući edukaciju javnosti o tim pitanjima i šireći odgovarajuće informacije, a izbjegavajući senzacionalistički pristup izvještavanja²³. Mediji imaju snažan utjecaj na oblikovanje i održavanje stavova i vjerovanja, no i mogućnost iskrivljavanja činjenica i manipuliranja javnim mnijenjem²³.

Stoga je nužan pedagoški odnos prema medijima, odnosno medijsko obrazovanje, koje bi također trebalo naći svoje jasno mjesto u školskom kurikulu, s obzirom na to da se kod nas odgoj o medijima smatra dijelom različitih predmeta i pri tome u velikoj mjeri ovisi o inicijativi pojedinih nastavnika³².

Tu se ističe važnost medijske kompetencije, koja uz medijsku pismenost vodi općem medijskom odgoju, a što znači da nije samo dovoljno znati kako se služiti računalom i internetom, već znati promatrati medije na kritičan način s osjećajem odgovornosti³².

Medijske kompetencije trebale bi se integrirati u školski kurikulum ponajprije radi sprječavanja medijske manipulacije i medijskog nasilja³³.

10. Zaključak

Tehnološki napredak otvorio je velike mogućnosti dostupnosti informacija, ali „odgojnih je sadržaja sve manje, a manipulativnih sve više“³³.

Mediji danas, posebice elektronički mediji, igraju veliku ulogu u životima djece i mladih, kojima predstavljaju put do edukativnih, informativnih i zabavnih sadržaja, prenoseći poruke o životnim vrijednostima i aktualnim trendovima³⁴. Danas su jedan od glavnih čimbenika socijalizacije mladog naraštaja, a osim što utječu na zauzimanje stavova prema relevantni društvenim problemima, utječu i na kvalitetu komunikacije, a sve više socijalizacijski istiskuju školu, obitelj i crkvu³³.

Djeca danas provode više vremena pred raznim elektroničkim uređajima gledajući televiziju, igrajući računalne igrice, „surfajući“ internetom, dopisujući se preko društvenih mreža i raznih drugih internetskih „pričaonica“ nego u školi ili igri s vršnjacima u prirodi. Prema nekim istraživanjima vrijeme provedeno pred ekranom izjednačilo se s vremenom provedenim u školi³³, a prema nekima je ono i dulje od vremena koje djeca provedu u školskim klupama³⁵.

Internet uz mnoge pozitivne učinke nosi i određenu količinu rizičnih i štetnih sadržaja za zdrav psihosocijalni razvoj djece i mladih, međutim riječ je o još dosta neistraženoj problematici koja zahtijeva dodatni i kontinuirani istraživački uvid³⁴.

Također, pretjerana upotreba ovog medija može dovesti i do socijalne izolacije, što je dobra podloga za stvaranje ovisnosti.

Osim konstantnog rada na napretku tehnologije i infrastrukture i efikasnosti filtara softvera, važno je raditi na stalnom povećanju svijesti o ovoj problematici, uz uključivanje djece i mladih kao aktivnih sudionika³¹.

Budući da je obitelj glavni zaštitni čimbenik u zdravom odrastanju i ima iznimno važnu ulogu u formiranju načina provođenja slobodnog vremena u kojem se djeca i mladi koriste elektroničkim medijima, nameće se kao nužnost postojanja edukacijskih radionica za roditelje i njihovu djecu o mogućim rizicima elektroničkih i drugih medija za psihosocijalni razvoj djece i mladih te o strategijama prevencije njihova štetnog djelovanja³⁴. Djeci nikako ne treba zabranjivati ovaj medij. Jedina je zaštita edukacija i odgoj djece za samozaštitu, uz dobre uzore i nadzor²⁷.

Također, kao bitni resursi prevencije tu su i škola i lokalna zajednica te je stoga potrebno izgraditi dobar komu-

nikacijski kanal na relaciji djeca i mladi – obitelj – škola – lokalna zajednica, sustavno djelujući na prevenciji i zaštiti djece od mogućeg štetnog djelovanja elektroničkih medija³⁴, a kad je riječ o dječjoj pornografiji, nužne su i usklađene akcije na međunarodnom planu.

Svoje mjesto u prevenciji i liječenju ovisnosti o internetu svakako imaju i socijalni radnici, koji zbog prirode svojega posla mogu detektirati probleme koje uzrokuje prekomjerno korištenje internetom, sudjelovati u prevenciji putem edukacija i savjetovanja te u suradnji s drugim stručnjacima sudjelovati u kriznim intervencijama i grupama za podršku u svrhu liječenja ovisnosti o internetu. Socijalni su radnici zaposleni u centrima za socijalnu skrb i drugim nadležnim tijelima i glavna karika u poduzimanju odgovarajućih mjera obiteljsko-pravne zaštite, kad je riječ o elektroničkom nasilju, kako u odnosu na djecu počinitelje tako i u odnosu na djecu žrtve elektroničkog nasilja²².

Literatura

1. Mandarić V. Novi mediji i rizično ponašanje djece i mladih. *Bogoslovska smotra*. 2012;82(1):131–149.
2. Car S. Online komunikacija i socijalni odnosi učenika. *Pe-dagogijska istraživanja*. 2010;7(2):281-290.
3. Ružić N. Zaštita djece na Internetu. *Nova prisutnost*. 2011;9(1):155-170.
4. Bilić V, Gjukić D, Kirinić G. Mogući učinci igranja računal-nih igrica i videoigara na djecu i adolescente. *Napredak*. 2010;151(2):195-213.
5. Stanić I. Ovisnost o internetu, cyber kockanju – kako ih sprječavati. *Napredak*. 2010;151(2):214-235.
6. International Police Association (IPA), Hrvatska sekcija. *Internet, ovisnost i mladi*. Zagreb: IV Nakladništvo; 2015.
7. Aftab P. *Kako prepoznati opasnosti Interneta, vodič za škole i roditelje*. Zagreb: Neretva; 2003.
8. Istraživanje o korištenju interneta, mobitela i drugih teh-nologija. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba [in-ternet]. Dostupno na: <http://www.poliklinika-djeca.hr/istrazivanja/istrazivanje-o-koristenju-interneta-mobite-la-i-drugih-tehnologija> (pristupljeno 25.07.2015.)
9. Istraživanje o iskustvima i stavovima djece, roditelja i učitelja prema elektroničkim medijima. UNICEF [in-ternet]. Dostupno na: http://www.unicef.hr/upload/file/353/176706/FILENAME/Izvjestaj_-_Iskustva_i_sta-vovi_djece_roditelja_i_ucitelja_prema_elektronickim_medijima.pdf (pristupljeno 25.07.2015.)
10. Young KS, Nabuco de Abreu C. *Internet addiction, A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2011.
11. Američka psihijatrijska udruga. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebar-sko: Naklada Slap; 2014.
12. Young KS. Internet addiction: The Emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*. 1996;3(1):237-244.
13. Christakis AD. Internet addiction: a 21st century epide-mic? *BMC Medicine*. 2010;8(61):1-3.
14. Li W, O'Brien JE, Snyder SM, Howard MO. Characteristics of Internet Addiction/ Pathological Internet Use in U.S. University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0117372
15. Šimić Z, Kolesarić V. Postoji li ovisnost o internetu? *Su-vremena psihologija*. 2002;5(2):227-251.
16. Yeap ALJ, Ramayah T, Kurnia S, Halim HA, Ahmad NH. The Assesment of Internet addiction among university students: some findings from a focus group study. *Teh-nički vjesnik*. 2015;22(1):105-111.
17. Istraživanje koliko vremena i uz koje rizike djeca provode na internetu i facebooku. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba [internet]. Dostupno na: <http://www.poliklinika-djeca.hr/aktualno/rijec-ravnateljice/nase-istrazivanje-ko-liko-vremena-i-uz-koje-rizike-djeca-provode-na-interne-tu-i-facebooku> (pristupljeno 25.07.2015.)
18. Cash H, Rae DC, Steel HA, Winkler A. Internet Addicti-on: A Brief Summary of Research and Practice. *Current Psychiatry Reviews*. 2012;8(4):292-298.
19. Bilić V, Ljubin Golub T. Patološko igranje videoigara: ulo-ga spola, samopoštovanja i edukacijske sredine. *Hrvat-ska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2011;47(2):1-13.
20. Patchin JW, Hinduja S. *Cyberbullying prevention and response: expert perspectives*. New York and London: Routledge; 2012.
21. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and su-icide. *Archives of Suicide Research*. 2010;14(3):206-221.
22. Pezo A. Uloga odraslih u zaštiti djece na Internetu. U: Fle-go M, ur. *Pravobranitelj za djecu. Dječja prava i slobodno vrijeme, Zbornik priopćenja s tribina pravobraniteljice za djecu*. Zagreb: Pravobranitelj za djecu; 2010.
23. Sanderson C. *Zavođenje djeteta: Kako zaštititi djecu od seksualnog zlostavljanja- smjernice za roditelje i učitelje*. Zagreb: V.B.Z; 2005.
24. Stanić I. Pornografija na internet i zaštita djece. *Dijete i društvo*. 2007;9(1):125-139.
25. Buljan Flander G, Karlović A, Čosić I. Izloženost djece zlostav-ljanju putem interneta. *Medix*. 2004;10(54/55):159-161.
26. Maleš L. Putovima interneta - osnove za odrasle početni-ke. U: Flego M, ur. *Pravobranitelj za djecu. Dječja prava i slobodno vrijeme, Zbornik priopćenja s tribina pravobra-niteljice za djecu*. Zagreb: Pravobranitelj za djecu; 2010.
27. Stanić I. Pedofilija na internetu – zločin prema djeci. *Školski vjesnik*. 2007;56(4):573-588.
28. Jeriček H. Internet i ovisnost o internetu u Sloveniji. *Me-dijska istraživanja*. 2002;8(2):85-101.
29. Živković Ž. *Dijete, računalno i Internet*. Đakovo: Tempo, 2006.
30. Forner H, Halilčević S, Ivašković T, Janjušević A, Janjuše-vić D, Kanjir S, Katanić M, Martinovsky S, Poslon HI, Špu-ren F. *Sigurno korištenje interneta i Facebooka*. Zagreb: Udruga za samozastupanje; 2014.
31. Bilić V, Buljan Flander G, Hrpka H. *Nasilje nad djecom i među djecom*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2012.
32. Labaš D. Djeca u svijetu Interneta: zatočenici virtualnog svijeta. U: Ciboci L, Kanižaj I, Labaš D, ur. *Djeca medija - Od marginalizacije do senzacije*. Zagreb: Matica Hrvat-ska; 2011.
33. Miliša Z, Tolić M, Vertovšek N. *Mediji i mladi. Prevencija ovisnosti o medijskoj manipulaciji*. Zagreb: Sveučilišna knjižara; 2009.
34. Berc G, Buljevac M. Slobodno vrijeme i mladi-preventivni aspekti. *Dijete i društvo*. 2007;9(1):25-48.
35. Bilić V. Povezanost medijskog nasilja s agresivnim ponaša-njem prema vršnjacima. *Odgojne znanosti*. 2010;12(2):263-281.



TRAPS OF THE VIRTUAL WORLD: THE PROTECTION OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE ON THE INTERNET AND PREVENTION OF ADDICTION

¹ Petra Robotić

¹ University of Zagreb, Department of Social Work,
Faculty of Law

Abstract

The development of the electronic media, their interactivity and greater opportunities to communicate alongside many advantages and interesting ways of learning, presents a very big risk for everyone, mostly children and young people. Children and young people today have much different lifestyles than their parents and they know a lot more about the electronic media which makes the parental role even more complex. The media today, with emphasis on the growing importance and presence of the electronic media in the lives of children and young people, become educators of the new generations, since children today spend more time in the company of different media than at school.

Therefore, the overuse of the media may lead children and young people into social isolation, which is a good basis for the development of addiction.

There is still no official diagnosis for Internet addiction in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (hereinafter referred to as DSM-V) or International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth edition (hereinafter referred to as ICD-10) but previous research indicated that

some online users were becoming addicted to the Internet in the same way that others become addicted to drugs or alcohol, and the consequences are manifested in social, work and family life of a person.

Furthermore, there are many dangers on the Internet, and the protection of children and young people requires good cooperation and communication between children, parents, schools, local community and society as a whole, systematically acting at all levels of prevention and protection of children from possible harmful effects of the electronic media.

Keywords: Internet, Internet addiction, electronic media, protection of children, prevention.



Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke

¹ Ljiljana Vukota

² Lana Mužinić

¹ Udruga žena oboljelih i liječenih od raka SVE za NJU

² Klinika za psihijatriju Zdravstvenog veleučilišta, Klinička bolnica Dubrava

Sažetak

Općeprihvaćena je spoznaja o tome da psihološka i psihosocijalna podrška onkološkim bolesnicima olakšava suočavanje i prilagodbu na bolest, blagotvorno djeluje na učinak terapija te poboljšava kvalitetu života i rehabilitaciju. Rak dojke i dalje je najčešći rak u žena. Sustavna podrška može se provoditi institucionalno kroz psihoonkološke timove u klinikama koji omogućavaju ranu intervenciju nakon postavljanja dijagnoze te kroz daljnje intervencije usporedo s liječenjem od maligne bolesti ambulantnim putem. Važan su dio sustava i organizacije civilnog društva koje okupljaju pacijente s malignom bolešću u cilju davanja psihološke podrške. Navedene udruge često imaju značajnu ulogu jer predstavljaju izvaninstitucionalni oblik pružanja pomoći i podrške pa su važna podrška ženama oboljelima od raka dojke. Svi navedeni oblici podrške trebali bi biti međusobno povezani u cilju sustavnog pružanja pomoći, od otkrivanja bolesti i kroz kasnije faze liječenja. U radu se stavlja naglasak na psihološke aspekte liječenja i rehabilitacije žena oboljelih od raka dojke uz primjer dobre prakse u pružanju psihološke i psihosocijalne skrbi u skladu sa smjernicama za onkoplastično liječenje raka dojke.

Ključne riječi: psihološka podrška, rehabilitacija, rak dojke

Datum primitka: 27.08.2015.

Datum prihvatanja: 02.10.2015.

Adresa za dopisivanje:

Ljiljana Vukota, prof. psihologije
Udruga žena oboljelih i liječenih od raka SVE za NJU
Kneza Mislava 10, Zagreb
Tel. 091 333 7832
E-pošta: ljiljana@svezanju.hr

1. Uvod

Rak dojke više se ne smatra jednom bolešću, već grupom bolesti koje se razlikuju po molekularnom subtipu¹, rizičnim faktorima, kliničkim značajkama i odgovorom na tretman². Prema podacima koje navodi American Cancer Society, Surveillance and Health Services Research, vidi se da je za 2013. očekivan broj od 232 340 novih bolesnica s invazivnim karcinomom dojke te 64 640 slučajeva karcinoma koji nije invazivan (tzv. *in situ* oblici). Također se iste godine očekivalo oko 2240 novodijagnosticiranih slučajeva raka dojke kod muškaraca².

Prema epidemiološkim podacima za posljednjih nekoliko godina, u Hrvatskoj godišnje od raka oboli više od 20 000 osoba. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Registar za rak³, ukupan broj novodi-

jagnostificiranih bolesnika s invazivnim rakom (šifre C00-C97 MKB, bez raka kože – š. C44) bio je 20 664, i to 11 219 muškaraca i 9445 žena. Gledano unutar oba spola za 2012., žene oboljele od raka dojke najbrojnija su skupina oboljela od raka (2227), a slijede muškarci oboljeli od raka traheje, bronha i pluća (2046) (Slika 1. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj prema spolu u 2012. godini)³.

Dijagnoza i liječenje raka dojke izaziva emocionalnu traumu i istovremeno tjelesne smetnje. Emocionalna trauma dovodi do povećanog osjećaja ranjivosti, gubitka kontrole i neizvjesnosti. Kirurško, kemoterapijsko, radioterapijsko i hormonsko liječenje uzrokuje veliki broj tjelesnih i endokrinoloških simptoma. Važno je identificirati potrebe pacijentica radi pružanja adekvatne psihijatrijsko-psihološke podrške, tretmana i liječenja, u što je potrebno uključiti i bliske rođake i zdravstvene profesionalce. Stoga je u okviru smjernica za onkoplastično liječenje bilo potrebno razviti i psihijatrijsko-psihološki pristup i protokol tretmana pacijentica s rakom dojke⁴.

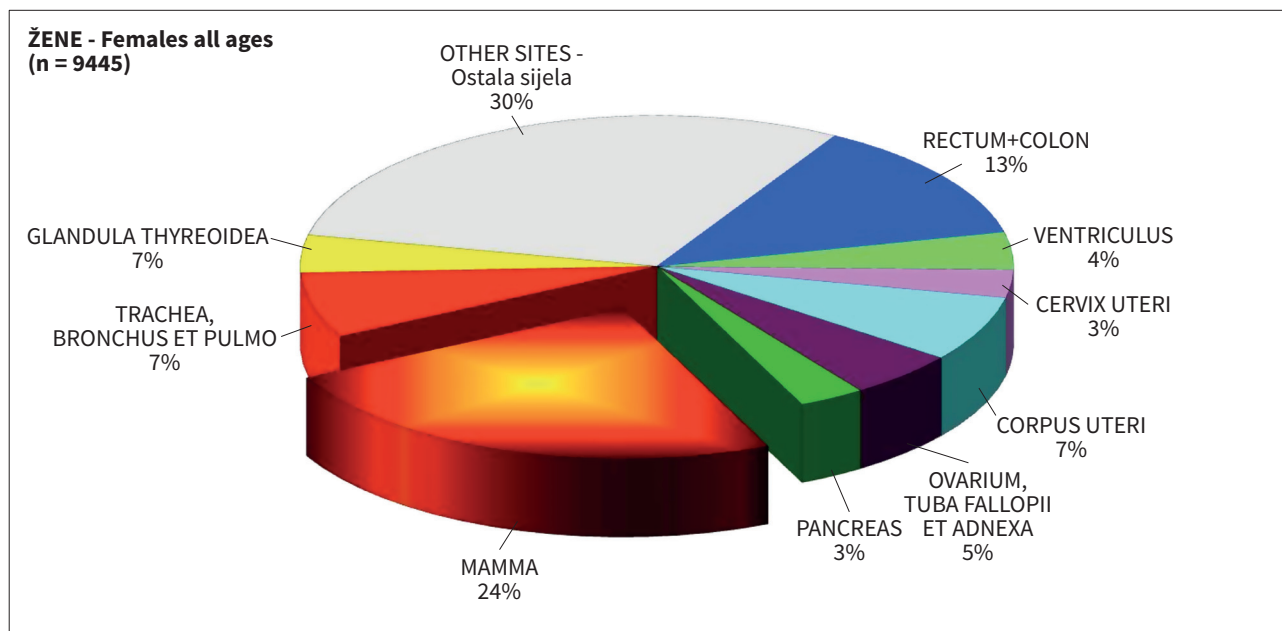
Veliki broj žena s emocionalnim distresom pokazuje potrebu psihološkog savjetovanja i podrške u ranim fazama bolesti⁵, a i tijekom kasnijih faza bolesti. Psihijatrijski poremećaji povezani su s kvalitetom života bolesnica⁶. Žene s uznapredovanim rakom dojke imaju visoku stopu psihijatrijskih i psiholoških poremećaja,

čime je narušena kvaliteta života. Kliničari moraju pratiti psihološku prilagodbu kao dio opsežnog biopsihosocijalnog pristupa u liječenju bolesnica s rakom dojke⁷.

U nastavku teksta prikazat će se psihički poremećaji prisutni kod bolesnica s karcinomom dojke, djelovanje stresa na njihov razvoj te važnost davanja psihološke i psihosocijalne podrške, kao i oblici pružanja takve pomoći.

2. Psihičke teškoće kod suočavanja s dijagnozom i tijekom liječenja

Objašnjavajući modifikaciju modela stres – bolest – vulnerabilnost koja je adaptirana za potrebe bolesnika oboljelih od karcinoma autori Kornbliht i suradnici⁸ navode da su karcinom i liječenje definirani kao stresori, a pacijentova adaptacija kao ishod. Svojim su istraživanjem utvrdili da stresni životni događaji i socijalna podrška neovisno i značajno utječu na emocionalno stanje pacijenata, a razina socijalne podrške mora biti visoka da smanji ozbiljni psihološki distres pacijenata koji boluju od maligne bolesti⁸.



Slika 1. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj prema spolu u 2012. godini
(Prema Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak. Incidencija raka u Hrvatskoj 2012.)³

Nesporno je da svi teško oboljeli, a posebno oboljeli od raka, dijele mnoge zajedničke teškoće, a u ovom se tekstu referiramo na žene oboljele od raka dojke. U trenutku dijagnoze svaka žena proživljava duboki psihološki distress koji obilježavaju teške emocije i brojna pitanja. Iskustva su koja se opisuju kao traumatska dijagnoza sama po sebi, osjećaji nesigurnosti, strah povezan s operativnim zahvatima i dr. S obzirom na psihološki distress, može se javiti akutna stresna reakcija, poremećaj prilagodbe ili drugi komorbidni poremećaj kod osoba koje imaju rak dojke⁵.

Najčešće se kao prvi odgovor kod oboljelih javlja strah od smrti, osobito od patnje i bolnog umiranja. Uvažavajući mnoge razlike, često se susreće osjećaj bespomoćnosti, gubitka kontrole, strah za obitelj i manjak socijalne podrške. Obitelj također biva duboko pogođena dijagnozom, čak i na egzistencijalnoj razini, a ovisno o odnosima i komunikaciji, bolest može dovesti do čvršćeg povezivanja, ali i raspada. Teškoće s kojima se suočavaju članovi obitelji i njegovatelji osobito dolaze do izražaja u palijativnoj fazi⁹.

Kod bolesnica s recidivom bolesti uočavaju se značajne poteškoće na emocionalnom, fizičkom i funkcionalnom planu. Socijalna podrška i obiteljska podrška imaju pozitivan učinak na kvalitetu života, dok simptomi distresa, zabrinutosti, beznađa i negativnog pogleda na bolest imaju negativne učinke. Ženama s recidivom bolesti potrebno je pružiti podršku i programe koji uključuju članove obitelji, kako bi se što bolje nosili s posljedicama bolesti¹⁰.

Odgovori na malignu bolest mogu biti različiti: depresivni, projektivni i negirajući, ali među njima su brojna preklapanja i nijanse¹¹. Teškoće suočavanja s dijagnozom raka nadmašuje jedino suočavanje s recidivom, osobito ako je riječ o metastatskom raku koji se može liječiti, ali ne i izliječiti. Spoznaja izvjesnosti smrti teška je za bolesnicu i za obitelj. Integracija bolesti u svakodnevni život, prihvaćanje, odnosno vrijeme prilagodbe, razdoblje je u kojem se izmjenjuju psihička stanja u kojima mogu dominirati negacija, ljutnja, napuštenost, depresija i slična stanja.

Kao reakcija na stres u slučaju otkrivanja, a i tijekom liječenja maligne bolesti mogu se javiti određeni mehanizmi obrane kod pacijenta, poput racionalizacije, izbjegavanja, negacije i potiskivanja¹²⁻¹⁴. Tako su autori Perry, Metzger i Sigal¹⁵ u svojem istraživanju kod bolesnica s karcinomom dojke, a koje su ujedno i majke, za razliku od kontrolne skupine majki koje nemaju karcinom, utvrdili češće postojanje negacije, idealizacije,

premještanja, izolacije afekta i splittinga te rjeđe korištenje altruizmom, anticipacijom i intelektualizacijom. Obrambeno funkcioniranje kod bolesnica koje su majke može također uzrokovati sekundarne efekte na funkcioniranje djeteta.

Kao reakcija na spoznaju bolesti i tijekom kasnijih faza bolesti raka dojke mogu se javiti anksioznost, poremećaj prilagodbe, depresija i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), ostali anksiozni poremećaji te seksualni i kognitivni poremećaji^{6, 7, 16}.

Anksioznost se očituje kroz sveobuhvatan osjećaj bojazni, nemira i straha te je praćena brojnim tjelesnim reakcijama, poput napetosti, teškoća s disanjem, lupanja srca te teškoća sa spavanjem, pažnjom i koncentracijom, manjkom apetita, povećanom iritabilnošću i slično. Razvojno gledano, anksioznost je čovjeku potrebna u svrhu zaštite, no kad počne ometati svakodnevno funkcioniranje i narušava kvalitetu života, prelazi u patološku fazu i potrebna je terapija. Slično je i s depresivnim reakcijama i stanjima tuge, osamljivanjima koja ako potraju dugo mogu prerasti u pravu depresiju, a najčešće se očituju kroz sniženo raspoloženje, bezvoljnost, nedostatak snage i energije, povlačenje u sebe i izolaciju¹⁷. Psihološki problemi koji se javljaju kao posljedica spoznaje bolesti i traju tijekom liječenja, ne samo danima nego ponekad tjednima i mjesecima, mogu otežati i usporiti tijek liječenja i oporavka te je stoga dobro pravodobno intervenirati u smjeru redukcije anksioznosti i depresije.

Nisu rijetki ni problemi koji su uzrokovani manjkom obiteljske i socijalne podrške. Bolesnice su uglavnom u visokom stresu, teže se fokusiraju, obuzete su negativnim emocijama, čak i krivnjom, zabrinute za svoju egzistenciju i za egzistenciju svoje obitelji. Većinu bolest zadesi „iz čistog zdravlja“, a ponekad su obuzete ljutnjom i gorčinom, osobito kad je postupak postavljanja dijagnoze trajao dugo ili im je dijagnoza priopćena na neprimjeren način uz minimalne informacije. Prema nekim procjenama, oko 80 % psihološkog i psihijatrijskog komorbiditeta koji razvijaju onkološki bolesnici ostaje neprepoznato i neliječeno te se često preklapaju, kao npr. anksioznost i depresija. Prema literaturi, prevalencija je anksioznih poremećaja kod oboljelih od raka oko 28 %, a pojavnost depresije kod žena oboljelih od raka dojke i do 50 %¹⁰. Mogu se razviti i simptomi posttraumatskog stresa kao reakcije na životno ugrožavajuću spoznaju maligne bolesti^{5, 18}.

Prema DSM IV¹⁹, kriteriji za dijagnosticiranje PTSP-a uključuju i obolijevanje od bolesti opasne po život kao

potencijalne traume⁵. No postoje mišljenja da je klinički značaj simptomatologije PTSP-a kod pacijenata s malignom bolešću nejasan. Prema istraživanju Shelby i suradnika iz 2008. na 74 pacijentice koje su imale tumor dojke, 12 je imalo PTSP, subsindromski oblik PTSP-a imalo je pet bolesnica, dok ostatak nije imao simptome. Pokazalo se da su bolesnice s PTSP-om imale raniju povijest trauma nasilja i anksiozne poremećaje, dok to nisu imale pacijentice sa subsindromskim oblikom PTSP-a²⁰. Osobe s PTSP-om imale su lošije funkcioniranje i lošiju kvalitetu života²⁰. Također, trebalo bi kritički evaluirati mogu li se subjektivni osjećaji nesigurnosti poput straha od tretmana smatrati mogućim traumatskim stresorom, a time i procijeniti je li postavljanje dijagnoze PTSP-a odgovarajuće za osobe koje imaju malignu bolest⁵. Prema aktualnoj kvalifikaciji DSM V, bolesti koje ugrožavaju život ili su iscrpljujuće ne smatraju se nužno traumatskima. Zdravstveni incidenti koji se kvalificiraju kao traumatski događaj uključuju iznenadne katastrofalne događaje (npr. buđenje tijekom operacije ili anafilaktički šok)²¹.

3. Psihološka podrška ženama oboljelima od raka dojke

Može li žena sama bez stručne psihološke pomoći ostvariti potrebnu stabilnost kako bi se mogla posvetiti liječenju i oporavku? Uz dobru podršku okoline neke to mogu, ali brojni primjeri ukazuju na to da velik broj žena bez stručne pomoći nije u stanju aktivirati sve vlastite resurse i održati primjerenu kvalitetu života koju objektivno narušavaju sama bolest i nuspojave terapija, ali i psihološko stanje. Neke su od njih k tome pre-morbidno imale značajnih psihičkih teškoća kojima je dijagnoza dodatni okidač. Kvaliteta života ogleda se u mnogim segmentima, a pojedine teškoće, kao što su psihoseksualne, teškoće s tjelesnom aktivnošću i izgledom tijela, mogu zaostati i nakon završenog liječenja. Iskustva drugih žena koje su uspješno prošle kroz liječenje i rehabilitaciju dragocjena su za oboljelu od raka dojke, ne kao recept koji će preslikati na sebe, nego kao inspiracija u pronalasku vlastitog puta. To je nešto što bolesnica može dobiti u grupama podrške uz stručno vođenje te korištenjem različitih programima koji su pokazali svoju učinkovitost u redukciji psiholoških teškoća i poboljšanju kvalitete života^{10, 22, 23}.

Važnost pružanja psihološke i socijalne podrške nakon operacije karcinoma dojke vrlo je važna kroz prvu godinu nakon operacije, ali i nakon tog vremena. To se odnosi na provođenje edukacije o bolesti i davanje podrške tijekom liječenja, a posebno kod pojave mogućih problema tijekom liječenja. Kontinuitet socijalne podrške daje osjećaj sigurnosti i povjerenja te smanjuje osjećaj nesigurnosti i straha²⁴.

U sklopu davanja podrške važne su emocionalno fokusirane strategije koje daju mogućnosti za emocionalnu ekspresiju i dobivanje emocionalne podrške²⁵. Anksioznost može utjecati na kvalitetu života bolesnika i zato rad na smanjenju anksioznosti može biti ključna komponenta za poboljšanje kvalitete života bolesnica s tumorom dojke te rad na psihološkim potrebama može doprinijeti ublažavanju anksioznosti²⁶.

Suportivnom terapijom pomaže se u smanjenju anksioznosti i depresivnosti, a smanjenje ovih smetnji djeluje na poboljšanje stanja onkoloških bolesnika, pa tako i žena s rakom dojke, a time utječe i na kvalitetu života u cjelini. Psihoonkološkim pristupom ostvaruje se značajan učinak i na tjelesnoj i na psihičkoj razini bolesnika²⁷.

U svijetu postoje razne udruge i savjetovališta koja daju podršku ženama oboljelima od karcinoma. Kao jedan od primjera u SAD-u ističemo društvo American Cancer Society, koje pomaže bolesnicama da se dobro nose s bolešću na način da ih se ohrabruje kroz faze bolesti, da im se objasni koje su tretmanske opcije, pruža im se emocionalna podrška te su im 24 sata dnevno dostupne korisne informacije².

Sa psihološke strane uloga stručnjaka jest da zajedno s oboljelom pronađu način i put da u procesu cijeljenja otkriju i u prvi plan postave njezine zdrave i jake stane, zaštitne čimbenike i ključne bliske osobe. Žene koje su u tome uspjele kažu da ih je rak promijenio nabolje, kao da im je dao neku snagu i vjeru u sebe, neku mudrost koju prije nisu imale. Upravo te žene, uz dodatno educiranje i superviziju stručnjaka, mogu biti kvalitetan primjer, „mentorice“ i uzori onima koje su na pragu svojeg liječenja i potrebno im je ohrabrenje.

4. Iz Kliničkih smjernica za onkoplastično liječenje raka dojke

Smjernice za onkoplastično liječenje raka dojke u Hrvatskoj donose veliku novost upravo u dijelu psihosocijalne skrbi za bolesnicu. U okviru multidisciplinarnog tima za dojku definirana su tri tima: dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski, kao novi tim koji čine psihijatar i psiholog²⁸.

Ovakav način rada otvara mogućnost detekcije izrazito vulnerabilnih bolesnica kojima nije potrebna samo krća intervencija nego i psihološka i psihijatrijska dijagnostika te kontinuirani tretman u svrhu multidisciplinarnu rehabilitacije.

Spoznaja dijagnoze raka dojke nosi sa sobom i mnoge druge spoznaje o sebi i životu koje su, kao i sama dijagnoza, opterećene dubokom tjeskobom i neizvjesnošću. Iako se to može reći za sve teške i često smrtno bojesti, rak dojke ima brojne posebnosti radi značaja koje dojke imaju u životu svake žene. Važno je da svi koji sudjeluju u liječenju u ženi vide cjelovitu osobu, a ne samo bolesnicu. Partnerstvo žene u timu koji liječi rak dojke povećava njezinu motivaciju, povjerenje, suradljivost i posvećenost liječenju. U tom je timu nužna prisutnost psihologa ili/i psihijatra, kako bi se realizirala ideja o iscjeljenju žene kao cjelovite osobe, a ne samo bolesti. U širem je smislu dio tog tima i njezina obitelj ili barem jedna bliska, ključna osoba iz njezina života koja će je podupirati kad je obuzme strah ili malodušnost. Vjera u vlastito liječenje jača je ako žena upozna druge žene koje su se uspješno izliječile, zadržale kvalitetu života, a možda tijekom i poslije liječenja stvorile nove vrijednosti i presložile životne prioritete.

Svaki je postupak koji pridonosi boljoj informiranosti, većoj stabilnosti, motiviranosti i suradljivosti u liječenju dobrodošao i potreban, jer se sve to pozitivno reflektira na tijek liječenja i rehabilitaciji.

Dijagnoza i liječenje raka dojke izaziva emocionalnu travu i istovremeno tjelesne smetnje. Emocionalna trauma dovodi do povećanog osjećaja ranjivosti, gubitka kontrole i neizvjesnosti. Kirurško, kemoterapijsko, radioterapijsko i hormonsko liječenje uzrokuje veliki broj tjelesnih i endokrinoloških simptoma. Važno je identificirati potrebe pacijentica radi pružanja adekvatne psihijatrijsko-psihološke podrške, tretmana i liječenja, u što je potrebno uključiti i bliske rođake i zdravstvene

profesionalce. Stoga je bilo potrebno u Smjernicama razviti psihijatrijsko-psihološki pristup i protokol tretmana pacijentica s rakom dojke⁴.

U prvom dijelu navedenog protokola važno je identificirati emocionalno najvulnerabilnije bolesnice, što se odnosi na emocionalne smetnje i kvalitetu života te njihove načine sučeljavanja s bolešću (mehanizme obrane). Emocionalni se distress kod žena operiranih od raka dojke najčešće javlja tri do sedam mjeseci nakon dijagnoze, a najveće se promjene u prilagodbi zbivaju između četvrtog i trinaestog mjeseca te je stoga potrebno provoditi kontinuiranu dijagnostiku. Provodi se psihijatrijska i psihološka procjena i pregled te se postavlja dijagnoza prema vrijedećim dijagnostičkim kriterijima, uz procjenu kvalitete života primjenom upitnika⁴.

U drugom dijelu protokol definira rehabilitaciju kao proces oporavljanja. U inicijalne intervencije uključene su psioedukacija koja se odnosi na pacijenticu i njezinu obitelj uz razvoj motivacije za liječenje, pružanje savjetovanja, psihoterapijske podrške, kratkotrajne psihoterapije i psihofarmakološkog liječenja te koordinacija psihosocijalne pomoći. U kontinuirane intervencije uključene su dugotrajna psihoterapija: individualna, grupna i obiteljska, tjelesne aktivnosti / vježbanje, grupe podrške, tehnike relaksacije i razne aktivnosti: ples, šetnja, hobi i sl. Zadnji dio protokola odnosi se na rad s medicinskim timom, a uključuje edukaciju, osvještavanje i razumijevanje vlastitih osjećaja prema pacijentu, razumijevanje psiholoških i psihičkih komplikacija bolesti, emocionalnih reakcija na bolest te rad s kontratransfernim reakcijama. Provođitelji su intervencija psihijatar, psiholog, socijalni pedagog ili drugi educirani stručnjaci⁴.

Smjernice obuhvaćaju psihološku potporu ženama oboljelima od raka u timu za dojku nakon dijagnoze, tijekom liječenja i oporavka te ulogu psihologa²⁹. U timu za dojku psiholog i psihijatar međusobno se konzultiraju i timu prezentiraju zajedničko mišljenje. Kod postavljanja dijagnoze i predoperativnih priprema bolesnicu je potrebno uputiti psihologu, koji će je pratiti tijekom hospitalizacije, a prije otpusta dati procjenu o potrebama za daljnjim praćenjem ili tretmanom. U tretmanu psihologa ili psihijatra uz bolesnicu mogu biti članovi obitelji. Psiholog ili psihijatar mogu predložiti nastavak tretmana u izvanbolničkim programima, odnosno u zajednici u organizacijama civilnog društva koje provode programe pružanja psihosocijalne podrške oboljelima i obitelji. Psiholog i psihijatar ravnopravni su članovi tima koji međusobno usuglašavaju mišljenje, a tko će od njih biti više angažiran ovisi o organizacijskim mogućnostima bolnice i potrebama bolesnice.

5. Uloga udruga u davanju psihološke pomoći oboljelima od raka – primjer dobre kliničke prakse: Centar za psihološku pomoć Udruge SVE za NJU

Psihološka podrška može se pružati i kroz organizacije civilnog društva koje okupljaju pacijente s malignom bolešću u cilju davanja psihološke podrške. Ovdje kao primjer dobre prakse navodimo djelovanje Udruge SVE za NJU koja u Hrvatskoj djeluje od 2008., a od 2010. kroz Centar za psihološku pomoć ženama oboljelima od raka pruža stručnu psihološku pomoć oboljelim ženama i njihovim obiteljima. Udruge predstavljaju oblik pružanja pomoći i podrške oboljelim ženama u zajednici i važna su karika u prevenciji³⁰.

Centar je mjesto na kojem žena pronalazi iskustva drugih pacijentica integrirana sa znanjima stručnjaka, primarno psihologa. To je mjesto na kojem će dobiti odgovore na mnoga pitanja, upoznati druge žene i moći u sigurnom okruženju razgovarati o svemu. Članovi obitelji mogu se javiti i naučiti kako biti najbolja podrška bolesnici. Iznimno je važno da je obiteljsko okruženje podržavajuće, da drugi članovi preuzmu na sebe neke uloge i obveze. Oni se ponekad i sami teško nose sa situacijom i potrebna im je poduka, ali i osobna psihološka podrška kako bi se lakše nosili s bolešću bliske osobe kroz sve faze liječenja³¹. Ovo posebno dolazi do izražaja u procesu žalovanja³².

U Centru se mogu sresti žene koje su izliječene i žene u različitim fazama liječenja. Potrebno im je povratiti malo moći i kontrole u život, preuzeti aktivnu ulogu. Čim se krene s liječenjem, kao da se krenulo u borbu³³. Prema vremenu u kojem najčešće dolaze u Centar potražiti psihološku i psihosocijalnu pomoć razvidno je nekoliko najčešćih kritičnih točaka u procesu liječenja: nošenje s dijagnozom u prvim trenucima, priprema za operaciju i prihvaćanje opsega operacije, donošenje odluke o prihvaćanju predloženog liječenja, gubitak vjere u učinak terapija koje su u tijeku te završetak liječenja i povratak u sve životne uloge, osobito povratak na posao. Naravno, iznimno je kritična točka povrat bolesti ili prelazak u metastatsku bolest. Žene se javljaju i nakon nekoliko godina od završetka liječenja jer je njihov život i dalje prožet tjeskobom i strahom od mogućeg povrata bolesti.

Vrlo je važno da na jednom mjestu dobiju pouzdane informacije o bolesti, liječenju, prehrani i drugim temama te informacije povezane s mogućnostima rekonstrukci-

je dojke³⁴. Psihološka pomoć u Centru strukturirana je u četiri glavna programa i odnosi se na psihološke tretmane, savjetovališta, edukacijsko-terapijske programe i smještaj u Centru. Raznovrsnost programa važna je radi sveobuhvatne skrbi i zadovoljavanja različitih potreba oboljelih³⁵. Psihološki su tretmani organizirani kao psihoedukacija, individualno savjetovanje i psihoterapija, partnerski i obiteljski tretmani te grupe podrške. Članovi obitelji također se uključuju i u individualnu psihološku terapiju. Komorbidni poremećaju sreću se kod oboljelih, ali i kod članova obitelji³⁶. Grupni tretman odvija se u malim grupama do 12 korisnika uz dva terapeuta.

Savjetovališta za oboljele i liječene žene organizirano je kroz četiri oblika: pravno savjetovalište o pravima pacijenata i drugim pravima te pomoći u njihovu ostvarivanju, savjetovalište medicine rada, svjetovalište za prehranu i telefonsko savjetovalište. Pravilna je prehrana važna u svim fazama liječenja i kao prevencija bolesnih stanja. Intervencije u prehrani prije su pravilo nego izuzetak i važno je da ih vodi stručnjak. Ovo je jednostavan način za ženu da donekle vrati kontrolu u svoj život i da aktivno participira u liječenju. Telefonsko savjetovanje provodi se kao krizna intervencija ili kao kontinuirani psihološki tretman za žene iz udaljenijih mjesta. U svakom savjetovalištu usluge pružaju stručnjaci (pravnici, specijalisti medicine rada, nutricionisti i psiholozi).

Edukacijsko-terapijski programi organizirani su kroz predavanja psihologa, onkologa, radiologa, kirurga, anesteziologa, fizijatara i dr. u otvorenim grupama sa svrhom edukacije o bolesti i liječenju. Važan oblik edukacije provodi se i kroz tiskane edukativne knjižice³⁷. Psihoedukacija se organizira u ciklusima kao zasebni program te kao dopuna individualnim i grupnim terapijama, a oboljele se potiče na primjerenu tjelesnu aktivnost i poučava tehnikama relaksacije²².

Posebna se važnost pridaje superviziji terapeuta. Terapeuti koji čine stalni terapijski tim imaju organiziranu mjesečnu grupnu superviziju s ciljem osobnog i profesionalnog rasta³⁸. Iako supervizija ima terapijski učinak na članove, njezina je primarna uloga profesionalni rast i razvoj pomagača kroz superviziju konkretnih slučajeva, što dovodi do unaprjeđivanja terapijskog rada i kvalitete usluge³⁹.

6. Rasprava

Najvažnije je da bolesnica pravodobno dobije sve bitne informacije i da izvor informacija bude pouzdan, stručan i kvalitetan⁴⁰. Neselektivno informiranje na internetu ili kod drugih nepouzdatih izvora ili osoba često ima za posljedicu još veći strah i zbunjenost kod oboljele. Rezultat toga može biti poljuljano povjerenje u vlastito liječenje, odabir terapija i očekivani ishod. Kvalitetan izvor informacija nije samo kirurg ili onkolog nego i educirana medicinska sestra, psiholog, psihijatar ili drugi stručnjak u ulozi volontera ili profesionalca. Posebno educirani volonteri u udrugama također mogu biti dobar izvor informacija, osobito na području davanja informacija i korisnih praktičnih savjeta. Stoga je zadaća svih uključenih u liječenje da bolesnicu upute u dobro savjetovalište (bolničko ili izvanbolničko) stručnjacima s područja psihoonkologije i mentalnog zdravlja (psiholozi, psihijatri i drugi educirani profesionalci).

Potrebno je istaknuti medicinske sestre koje su iznimno važne bolesnicama i obitelji, ne samo u području skrbi u užem smislu nego i u području informiranja, savjetovanja, podrške za prihvaćanje liječenja te stvaranja ozračja optimizma i osjećaja sigurnosti⁴¹. Liječnici u primarnoj zaštiti nezaobilazni su u prepoznavanju simptoma bolesti i ranom otkrivanju, ali i u saniranju brojnih nuspojava liječenja i praćenju. To se osobito odnosi na liječnika obiteljske medicine koji najbolje poznaje bolesnicu, ali poznaje i obiteljsku situaciju te zna kakvu podršku bolesnica ima u obitelji.

Žene oboljele od raka, kao, uostalom, i drugi bolesnici, izložene su stalnim pretragama, muči ih neizvjesnost kakvi će biti rezultati, ne poznaju dovoljno dobro zdravstveni sustav i ne snalaze se u njemu, anksiozne su i pojačano osjetljive. Na svojem putu liječenja i kontrola dolaze u kontakt sa zdravstvenim osobljem različitih specijalnosti i razina. Iznimno je važno da i zdravstveni djelatnici imaju barem najosnovnije spoznaje o stanju takvih bolesnika i načinima komunikacije jer su uključeni u proces njihova liječenja u širem smislu. Također je važno da imaju spoznaju o svojevrsnoj moći i utjecaju koju imaju na bolesnike koji o njima na neki način ovise. Tim se utjecajem moraju koristiti odgovorno. Stoga je od posebnog značaja edukacija medicinskog osoblja svih razina i specijalnosti u ovom području. S tom je edukacijom u teorijskom, praktičnom i iskustvenom smislu potrebno započeti u procesu školovanja zdravstvenih radnika⁴².

Osim zdravstvenih radnika, u proces liječenja i rehabilitacije uključeni su (ili bi trebali biti) stručnjaci različitih zanimanja, kao što su psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, socijalni pedagozi, nutricionisti, ali i osobe drugih profesija koje imaju vještine važne za očuvanje i unaprjeđivanje postojećih resursa i potencijala oboljele. Njihov se angažman u liječenju i rehabilitaciji može odvijati u drugim institucijama ili u okviru zajednice, čega su svakako dio i organizacije civilnog društva. Mnoge podupiruće aktivnosti i različiti oblici savjetovanja mogu se i moraju organizirati u zajednici. To je izvrstan način da bolesnik osjeti brigu zajednice i da ostane socijalno uključen. Volonterstvo je dobrodošlo kad govorimo o izvanbolničkim tretmanima. Volonteri mogu biti stručnjaci i laici, ali svima im je u nekoj mjeri potrebna edukacija u području komunikacije i psihoonkologije kao nadogradnja njihovim bazičnim znanjima⁴³.

Psihologija, posebno zdravstvena psihologija (uz kliniku i neke druge grane) kao znanstvena i primijenjena disciplina ima velike zadaće u brizi za mentalno zdravlje i zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, što uključuje pružanje podrške ranjivim osobama, među kojima su onkološki i palijativni bolesnici i njihove obitelji⁴⁴. Psiholozi osim neposredne pomoći moraju pridonijeti i istraživačkim radom u ovome području, kreiranju programa, edukaciji stručnjaka i evaluaciji programa, naravno, velikim dijelom u suradnji s drugim strukama, osobito psihijatrima. Važno je osigurati komplementarnost programa i stručnjaka te omogućiti bolesniku ostvarivanje holističkog i personaliziranog pristupa uz koordinaciju i informiranje korisnika o vrsti usluga koje mogu dobiti u pojedinim organizacijama u zajednici i institucijama. To se možda najbolje oslikava u području palijativne skrbi, gdje je osobito važno koordinirati postojeće resurse u brizi za konkretnog bolesnika kako bi se ublažila patnja bolesnika i obitelji te sačuvala kvaliteta života bolesnika koliko je god to moguće.

7. Zaključak

Iz iskustva rada s bolesnicama te pregledom literature o psihičkim poremećajima koji su najčešći kod žena oboljelih od raka zaključujemo da je iznimno važno rano prepoznavanje poremećaja i rana intervencija. Psihološka i psihosocijalna podrška koju pružaju educirani stručnjaci pridonosi stabilizaciji bolesnice, suradljivosti, rezultatima liječenja, boljem nošenju sa stresom od bolesti, boljoj prilagodbi, rehabilitaciji i povratku u sve životne uloge. U organizaciji psihološke podrške potrebno je slijediti određene standarde i smjernice te je stoga važno da u ovom području postoje, zasad samo za rak dojke, smjernice koje daju okvir za organizaciju konzultativno-suradne psihijatrije i psihologije. Suradnjom zdravstvenih ustanova i organizacija civilnog društva koje imaju organizirane programe za pružanje stručne podrške moguće je veliki dio potpore pružiti izvanbolnički, u zajednici. Važno je da programi budu kompatibilni i da se nadopunjuju s postupcima u bolnici, kako bi se ekonomičnije iskoristili resursi. S bolnicom povezujemo dijagnostiku i liječenje, a suportivni se dio može obaviti u programima u zajednici. Naravno, bolesnice se u svakom trenutku u skladu s potrebama mogu iz programa u zajednici uputiti u ambulantu i obratno. To je moguće za one bolesnice koje imaju osigurano kontinuirano praćenje. Kao primjer dobre prakse izložen je model rada Centra za psihološku pomoć Udruga SVE za NJU. Sa stajališta napora da se što prije postavi dijagnoza i započne liječenje važno je da se u jednako kratkom roku osigura psihološka podrška bolesnici i obitelji. Informacije o mogućnostima pružanja takvih usluga trebale bi bolesnicama biti dostupne već kod postavljanja dijagnoze.

Literatura

1. Perou CM, Sørli T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA, Pollack JR, Ross DT, Johnsen H, Akslen LA et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature*. 2000;406(6797):747-752.
2. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2013.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak. *Incidenција raka u Hrvatskoj 2012*. Bilten 37. Zagreb, 2014. Dostupno na: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten-2012_final.pdf (pristupljeno 20.07.2015.)
4. Kozarić-Kovačić D. Psihijatrijsko-psihološki pristup i protokol tretman pacijentica s rakom dojke. U: Stanec Z, Vlajčić Z, ur. *Kliničke smjernice za onkoplastično liječenje raka dojke*. Zagreb: Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; 2013:21-23.
5. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*. 2007;16(3):181-188.
6. Okamura M, Yamawaki S, Akechi T, Taniguchi K, Uchitomi Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2005;35(6):302-309.
7. Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie DP, Snyder RD, Bloch S, Smith G, Kissane DW. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative & Supportive Care*. 2006;4(1):47-56.
8. Kornblith AB, Herndon JE, Zuckerman E, Viscoli CM, Horwitz RI, Cooper MR, Harris L, Tkaczuk KH, Perry MC, Budman D, Norton LC, Holland J. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*. 2001;91(2):443-454.
9. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, Willan A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170(12):1795-1801.
10. Northouse LL, Mood D, Kershaw T, Schafenacker A, Mellon S, Walker J, Galvin E, Decker V. Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members. *Clinical Oncology*. 2002;20(19):4050-4064.
11. Anton S, Mrdenović S, Gugić D. *Psihodinamski pristup oboljelima od karcinoma*. Osijek: Svjetla grada; 2012.
12. Bahnson CB, Bahnson MB. Role of the ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1966;125(3):827-845.
13. Goldstein D, Antoni M. The distribution of repressive coping styles among non-metastatic and metastatic breast

- cancer patients as compared to non-cancer patients. *Psychology and Health*. 1989;3(4):245-258.
14. Stiefel F. Comment on Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(3):309-10.
 15. Perry JC, Metzger J, Sigal JJ. Defensive Functioning Among Women With Breast Cancer and Matched Community Controls. *Psychiatry*. 2015;78(2):156-69.
 16. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(5):320-326.
 17. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer Journal*. 2006;12(5):388-397.
 18. O'Connor M, Christensen S, Jensen AB, Møller S, Zachariae R. How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2011;104(3):419-426.
 19. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Četvrto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
 20. Shelby RA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2008;21(2):165-172.
 21. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
 22. Kashani F, Babaee S, Bahrami M, Valiani M. The effects of relaxation on reducing depression, anxiety and stress in women who underwent mastectomy for breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012;17(1):30-3. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23493112> (pristupljeno 20.07.2015).
 23. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2015;8(2):71-6. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25960844> (pristupljeno 21.07.2015).
 24. Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;[Epub ahead of print].
 25. Reynolds P, Hurley S, Torres M, Jackson J, Boyd P, Chen VW. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of Epidemiology*. 2000;152(10):940-949.
 26. Akechi T, Momino K, Miyashita M, Sakamoto N, Yamashita H, Toyama T. Anxiety in disease-free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2015;45(10):929-33.
 27. Peharda T. Multidisciplinarni pristup onkološkim pacijentima u OB Pula. *Glasnik pulske bolnice*. 2009;5(2):140-2.
 28. Stanec Z, Vlajčić Z, ur. *Kliničke smjernice za onkoplastično liječenje raka dojke*. Zagreb: Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; 2013.
 29. Vukota L. Smjernice za psihološku potporu ženama oboljelima od raka u Timu za dojku. U: Stanec Z, Vlajčić Z, ur. *Kliničke smjernice za onkoplastično liječenje raka dojke*. Zagreb: Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; 2013.
 30. Azenha G, Bass LP, Caleffi M, Smith R, Pretorius L, Durstine A, Perez CP. The role of breast cancer civil society in different resource settings. *Breast*. 2011;Suppl. 2:S81-7.
 31. Nakaya N, Saito-Nakaya K, Bidstrup PE, Dalton SO, Frederiksen K, Steding-Jessen M, Uchitomi Y, Johansen C. Increased risk of severe depression in male partners of women with breast cancer. *Cancer*. 2010;116(23):5527-5534.
 32. Arambašić L. *Gubitak, tugovanje, podrška*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
 33. Holland J, Lewis S. *The Human Side of Cancer. Living with Hope, Coping with Uncertainty*. New York: Harper; 2000.
 34. Vukota L. Psihološka pomoć tijekom liječenja i oporavka. U: Ahčan U, ur. *Rak dojke i suvremeni načini rekonstrukcije*. Zagreb: Medicinska naklada i Sve za nju; 2015:276-278.
 35. Kovács Z, Szabó C, Fülöp E. Therapy helps - psychosocial support for patients diagnosed with breast cancer, reducing anxiety and depression. *Psychiatria Hungarica*. 2013;28(4):454-63. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24443579> (pristupljeno 20.07.2015.).
 36. Braš M. Dijagnostika i liječenje komorbiditetnih psihijatrijskih poremećaja bolesnika i članova obitelji. U: Jušić A, Braš M, Lončar Z, ur. *Hospicij i palijativna skrb - osnovno ljudsko pravo*. Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb; 2008:163-176.
 37. Anticancer Fund, European Society for Medical Oncology. *Rak dojke: vodič za bolesnice*. Dostupno na: <http://www.esmo.org/content/download/65113/1174049/file/ESMO-ACF-Rak-Dojke-Vodic-za-Bolesnice.pdf> (pristupljeno 20.07.2015.)
 38. Bezić I. Timska supervizija. U: Ajduković M, Cajvert L, ur. *Supervizija u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 2004:281-301.
 39. Ajduković M. Određenje grupne supervizije. U: Ajduković M, Cajvert L, ur. *Supervizija u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 2004:121-155.
 40. Mills ME, Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 1999;8(6):631-642.
 41. Ljubas A, Anđelić M. Person - centered nursing. U: Đorđević V, Braš M, Miličić D, ur. *Person in medicine and healthcare*. Zagreb: Medicinska naklada; 2012:375-381.
 42. Đorđević V, Braš M. *Komunikacija u medicini*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
 43. Prstačić M, Sabol R. *Psihosocijalna onkologija i rehabilitacija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
 44. Božičević V, Brlas S, Gulin M, ur. *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja, Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko-podravske županije; 2011.



SYSTEMATIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR WOMEN WITH BREAST CANCER

¹ Ljiljana Vukota

² Lana Mužinić

¹ Association EVERYTHING for HER (CSO)

² Department of Psychiatry, University Hospital Dubrava

ing from breast cancer with an example of good practice in the provision of psychological and psychosocial care in accordance with the guidelines for oncological and plastic surgery treatment of breast cancer.

Abstract

The generally accepted knowledge about psychological and psychosocial support of oncology patients facilitates coping and adaptation to the disease, it is beneficial for the effect of therapy and improves the quality of life and rehabilitation. Breast cancer is still the most common cancer in women. Systematic support can be carried out through institutional psycho-oncological teams in clinics that provide early intervention after diagnosis, and through further interventions simultaneous with the treatment of the malignant disease in the outpatient treatment. An important part of the system are civil society organizations that bring together patients with malignant diseases with the aim of providing psychological support. These organizations often play a significant role because they represent non-institutional forms of assistance and support and are thus an important support for women suffering from breast cancer. All these forms of support should be interconnected with the aim of systematic assistance from the detection of the disease and through later stages of the treatment. The paper focuses on the psychological aspects of treatment and rehabilitation of women suffer-

Keywords: psychological support, rehabilitation, breast cancer



Kvaliteta života laringektomiranih osoba

¹ Ivana Crnković

¹ Melita Rukavina

¹ Karlo Ostrogonac

¹ Zdravstveno veleučilište Zagreb

Sažetak

Kvaliteta života važan je evaluacijski instrument rehabilitacijskog procesa onkoloških bolesnika, pa tako i osoba s laringektomijom. Cilj ovoga istraživanja bio je ispitati stupanj kvalitete života kod osoba nakon zahvata laringektomije u cjelini i po domenama, provjeriti postoje li razlike u kvaliteti života osoba prije i nakon zahvata laringektomije u cjelini i po domenama te ispitati faktore koji utječu na samoprocjenu kvalitete života osoba nakon laringektomije. U istraživanju je sudjelovalo 35 ispitanika nakon totalne laringektomije. Upotrijebljen je prigodni uzorak s područja grada Zagreba, u Klinici za tumore KBC-a Sestre Milosrdnice u Zagrebu i Klinici za tumore KBC-a Zagreb. Za svrhe ovog istraživanja primijenjen je Indeks osobne dobrobiti za procjenu kvalitete života osoba i dobrobiti prije i poslije provedenog zahvata laringektomije te Upitnik za samoprocjenu kvalitete života EORTC QLQ-C30, verzija 3.0.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na to da percipirana kvaliteta života osoba s laringektomijom ne odstupa od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Utvrđeno je i da ispitanici procjenjuju svoju kvalitetu života prije provođenja zahvata znatno višom. Pacijenti koji

su bili uključeni u rehabilitacijski proces i koji se bave sportskom aktivnošću procjenjuju svoju kvalitetu života u prosjeku boljom i prije i nakon zahvata. Od simptoma koji su značajno povezani s osjećajem dobrobiti odnosno kvalitetom života istaknuli su se umor i gastrointestinalne smetnje, dok se skala globalnog zdravlja pokazala povezanom samo s kvalitetom života nakon zahvata.

Ključne riječi: kvaliteta života, osobe s laringektomijom, rehabilitacijski proces, samoprocjena faktora koji utječu na kvalitetu života nakon laringektomije

Datum primitka: 31.05.2015.

Datum prihvatanja: 05.10.2015.

Adresa za dopisivanje:

Ivana Crnković, dipl. physioth.
Zdravstveno veleučilište Zagreb
Mlinarska cesta 38, 10 000 Zagreb
Tel.: 091/4595-737
E-pošta: ivana.crnkovic@zvu.hr

Uvod

Pojam kvalitete života kod svakog pojedinca odnosi se na doživljaj zadovoljstva načinom života, njegovim tijekom i uvjetima, perspektivom, mogućnostima i ograničenjima, a predmet je istraživanja različitih znanstvenih

disciplina^{1, 2}. Procjena kvalitete života pod utjecajem je individualnog iskustva, želja i vrijednosti pojedinca, određena je psihofiziološkim sklopom karakteristika pojedinca te objektivnim uvjetima u kojima živi. Kognitivne i konativne osobine svakog pojedinca određuju raspon i kvalitetu interakcija s okolinom, njegovu prilagodljivost promjenama u fizičkoj i socijalnoj okolini, kao i promjenama koje se zbivaju unutar organizma³.

Povezivanje pojma zdravlja i funkcioniranja s kvalitetom života neizostavna je smjernica u procesu rehabilitacije osoba s invaliditetom⁴. Kvaliteta života osoba s invaliditetom nije samo rezultat rehabilitacijskog procesa nego i interakcije okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca, što određuje subjektivnu procjenu kvalitete života. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite životne stvarnosti u svjetlu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima netko živi, a s obzirom na očekivanja, vlastite ciljeve i standarde⁵. Istraživanja u pravilu potvrđuju postojanje povezanosti subjektivne kvalitete života, vanjskih događaja i ličnosti. Pri tome, naravno, treba uzeti u obzir prirodu vanjskog događaja, jer je za pretpostaviti da će različiti vanjski utjecaji imati i različiti učinak. Loše je zdravlje nedvojbeno jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca¹.

Utjecaj je oštećenog zdravlja na kvalitetu života višedimenzionalan. Ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje, nego su tu prisutni i posredni učinci kao što su to promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl. Sve to najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca. Tako se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopouzdanje i osjećaj nedostatka kontrole. Mnoga su istraživanja pokazala da se psihička stanja, posebice anksioznost i depresivnost, javljaju kao medijatori zdravstvenog ishoda i subjektivne kvalitete života u situacijama bolesti¹.

Kvaliteta života kroničnih bolesnika, posebno onkoloških bolesnika, trebala bi biti krajnji i zajednički rehabilitacijski ishod cijeloga zdravstvenog tima uključenog u liječenje. Povezivanje pojma zdravlja s kvalitetom života vrijedna je novost u medicini. Tako je i kao dostatan pokazatelj zdravlja odbačen broj godina koje čovjek proživi, jer ne pokazuje i kvalitetu čovjekova života. Pojam se kvalitete života u medicini može odrediti i kao mogućnost da nakon poduzetog liječenja bolesnik živi tjelesno, duševno i socijalno što sličnije životu prije liječenja⁶.

Zloćudni tumor larinksa značajan je javnozdravstveni problem u svijetu jer čini oko 2 % svih zloćudnih tumora u organizmu i 25 % svih zloćudnih tumora glave i vrata, što ga stavlja na drugo mjesto po učestalosti među zloćudnim tumorima glave i vrata⁷. Većina su zloćudnih tumora larinksa (oko 99 %) planocelularni karcinomi, dok su ostali, poput adenokarcinoma, hondrosarkoma, cilindroma i slično, izrazito rijetki⁸. Prema podatcima Registra za tumore Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) u 2012. incidencija karcinoma larinksa u Hrvatskoj bila je 14,1 novooboljelih na 100 000 stanovnika. Karcinom larinksa najčešći je u šestom i sedmom desetljeću života te češće obolijevaju muškarci⁹. Samo 1 % slučajeva karcinoma larinksa pojavljuje se u osoba mlađih od 30 godina, a u literaturi su opisani i sporadični slučajevi u djece bez rizičnih čimbenika¹⁰. Tri modaliteta liječenja karcinoma larinksa čine kirurški zahvat, radioterapija i kemoterapija. Specifičnost je liječenja onkološke populacije da postupak koji je bio primijenjen u svrhu liječenja i izlječenja rezultira narušavanjem kvalitete života. U svrhu evaluacije rehabilitacijskog ishoda potrebno je uzeti u obzir postoperativne, funkcijske i estetske rezultate primarnog liječenja karcinoma larinksa kao važne parametre kod zaključivanja o kvaliteti života pojedinaca nakon laringektomije. Rezultati različitih studija su pokazali da je zahvat utjecao na kvalitetu života pacijenata tijekom prvih nekoliko mjeseci nakon totalne laringektomije^{11, 12}.

Sigurno je da su stadij bolesti i opseg resekcije od krajnje važnosti kod određivanja ishoda liječenja, no potrebno je utvrditi i objektivizirati faktore koji narušavaju kvalitetu života pojedinca nakon laringektomije, kao što su bol, poteškoće s gutanjem, hranjenjem i govorom, jer i minimalno poboljšanje kvalitete života pozitivno utječe na postoperativni ishod rehabilitacije.

Uzimajući u obzir ranije navedeno, ciljevi ovog istraživanja bili su:

1. ispitati stupanj kvalitete života kod osoba nakon zahvata laringektomije u cjelini i po domenama
2. provjeriti postoje li razlike u procjeni kvalitete života osoba prije i nakon zahvata laringektomije u cjelini i po domenama
3. ispitati povezanost različitih faktora sa samoprocjenom kvalitete života osoba nakon laringektomije.

Metode

Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 35 ispitanika nakon totalne laringektomije. Svim ispitanicima uključenima u istraživanje dijagnosticiran je tumor larinksa, prema klasifikaciji T3 i T4. Upotrijebljen je prigodni uzorak s područja grada Zagreba, u Klinici za tumore KBC-a Sestre Milosrdnice u Zagrebu i Klinici za tumore KBC-a Zagreb, koji su aktivni članovi Hrvatske zajednice laringektomiranih osoba. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 33 muškarca (94,3 %) i dvije žene (5,7 %). Većina ispitanika ima srednju stručnu spremu (njih 65,7 %), zatim slijede viša (11,4 %) i visoka stručna sprema (11,4 %) te osnovna škola (8,6 %) i bez završene škole (2,9 %). Većina je ispitanika u braku (51,4 %), podjednak broj je rastavljenih (17,1 %) i udovaca (14,3 %), a najmanje ima ispitanika koji su sami (11,4 %) i u vezi (5,7 %). Uzorak je vrlo heterogen što se tiče vremena proteklog od postavljanja dijagnoze i prosjek iznosi 5,4 godine (SD = 5,16), s tim da najkraće vrijeme od postavljanja dijagnoze do ispunjavanja upitnika iznosi dva mjeseca, a najduže 20 godina. Vrijeme proteklo od samog zahvata pa do ispunjavanja upitnika u prosjeku iznosi 4,9 godina (SD = 4,57), s rasponom od mjesec dana do 16 godina.

Mjerni instrumenti

Za procjenu kvalitete života osoba prije i poslije provedenog zahvata laringektomije primijenjen je Indeks osobne dobrobiti (engl. *Personal Wellbeing Index*, PWI, Cummins i sur., 2003¹³). PWI je sastavni dio Međunarodnog Indeksa dobrobiti (*International Well Being Index* – IWI) koji obuhvaća Indeks osobne dobrobiti i Indeks nacionalne dobrobiti (engl. *National Wellbeing Index*, NWI). U ovom istraživanju primijenjen je Indeks osobne dobrobiti koji se sastoji od sedam čestica koje se procjenjuju na Likertovoj skali od 0 do 10 (0 = nimalo nisam zadovoljan, 5 = ni zadovoljan ni nezadovoljan, 10 = u potpunosti sam zadovoljan). Svaki se rezultat dobiven na Likertovoj skali pretvara u standardni oblik prema formuli (rezultat/X) x 100, pri čemu X označava maksimalnu vrijednost na Likertovoj skali koja iznosi 10. Na taj se način dobivaju rezultati s rasponom od 0 do 100, pri čemu veći rezultat ukazuje na veći stupanj zadovoljstva životom. Rezultati se mogu analizirati zasebno po domenama ili se zbroje procjene na svim česticama te

se računa prosječan rezultat za cijelu skalu¹⁴. Na taj se način omogućava usporedba s rezultatima dobivenima u istraživanjima u Hrvatskoj i drugim zemljama. U prethodnim istraživanjima utvrđene su dobre metrijske karakteristike ovog indeksa na hrvatskoj populaciji¹⁵.

Za samoprocjenu kvalitete života primijenjen je upitnik EORTC QLQ-C30, verzija 3.0. (European Organization for Research and Treatment of Cancer's Quality of Life Questionnaire; Aaronson i sur., 1993¹⁶). Upitnik se sastoji od pet funkcionalnih skala: tjelesno funkcioniranje (pet čestica), poslovno funkcioniranje (dvije čestice), kognitivno funkcioniranje (dvije čestice), emocionalno funkcioniranje (četiri čestice) i socijalno funkcioniranje (dvije čestice); te tri skale simptoma: umor (tri čestice), bol (dvije čestice), mučnina/povraćanje (dvije čestice); skale općeg zdravstvenog statusa / kvalitete života (dvije čestice) i šest individualnih čestica simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem: teškoće disanja, gubitak apetita, poremećaji spavanja, konstipacija, dijareja i financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana. Ukupno se sastoji od 30 čestica. Sve čestice bodovane su na Likertovoj skali od 1 do 4, pri čemu 1 znači nimalo, a 4 izrazito. Iznimka je skala općeg zdravlja / kvalitete života bodovana na linearnoj analognj skali od sedam bodova. Procjena kvalitete života odnosi se na razdoblje od sedam dana koji su prethodili ispitivanju. Svi su rezultati dobiveni na funkcionalnim skalama, kao i pojedinim česticama, linearno transformirani i pretvoreni u skalu od 0 do 100, pri čemu viši rezultat na funkcionalnim skalama označava bolje funkcioniranje, dok visok rezultat na skalama simptoma označava prisutnost većeg broja simptoma odnosno problema. Rezultati su transformirani prema formuli: $Rezultat = (1 - (SR - 1) / raspon) \times 100$ kod funkcionalnih skala te $Rezultat = (SR - 1 / raspon) \times 100$ kod skala simptoma, individualnih čestica simptoma te skale općeg zdravlja. Sirovi je rezultat prosječan rezultat na svakoj skali, a raspon se odnosi na razliku između najveće (4) i najmanje (1) moguće procjene na Likertovoj skali te većina čestica, osim skale globalnog zdravlja, gdje raspon iznosi 6, ima raspon 3¹⁷. Na taj način omogućena je usporedba s vrijednostima koje su dobivene u drugim istraživanjima na uzorcima onkoloških bolesnika. Primijenjen je hrvatski prijevod upitnika koji je pokazao dobre metrijske karakteristike za uzorak ispitanika s malignim oboljenjem i bez njega¹⁸.

Postupak

Istraživanje se provodilo od početka siječnja do kraja travnja 2015. godine. Anketiranje sudionika provedeno

je u prostorima Klinike za tumore, KBC-a Zagreb i KBC-a Sestre Milosrdnice, nakon timskih sastanaka Hrvatske zajednice laringektomiranih osoba. Provedbu istraživanja odobrili su predstojnik Klinike za kirurgiju glave i vrata KBC-a Zagreb te predsjedništvo Hrvatske zajednice laringektomiranih osoba. Svi ispitanici informirani su u koju se svrhu istraživanje provodi te su svi sudionici dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju. Upute za ispunjavanje nalazile su se na početku upitnika. Svi su ispitanici samostalno rješavali upitnik. Prvi se dio upitnika odnosio na sociodemografske podatke ispitanika te podatke o samoj bolesti (npr. vrijeme proteklo od postavljanja dijagnoze, operativnog zahvata te uključenosti u rehabilitacijski proces), zatim se tražilo da retrogradno procjene kvalitetu života / osjećaj dobrobiti prije provedenog zahvata laringektomije te na kraju procjene kvalitetu života nakon provedenog zahvata. Vrijeme potrebno za ispunjavanje cjelokupnog upitnika bilo je 20 minuta. Nacrt i postupak istraživanja osmišljen je i ostvaren u skladu s općim načelima provedbe istraživanja u kojima su sudionici ljudi.

Rezultati

Sociodemografske karakteristike ispitanika

Prosječna dob ispitanika iznosila je 63,23 godine (SD = 8,9), pri čemu je najmlađi ispitanik imao 41 godinu, a najstariji 82. Većina ispitanika bila je nakon zahvata uključena u rehabilitacijski proces (25 ili 71,4 %), dok deset ispitanika nije bilo u procesu rehabilitacije (28,6 %). Od njih 35 trenutno je 20 ispitanika (57,1 %) uključeno u neki proces rehabilitacije, dok 15 nije (42,9 %). Sportskom se aktivnošću bavi 16 ispitanika (45,7 %), a 19 (54,3 %) se ne bavi nikakvom sportskom aktivnošću. Od onih koji su angažirani u neku sportsku aktivnost, svi se s tim sportom bave rekreativno.

Razlike u procjeni kvalitete života osoba prije i nakon zahvata laringektomije

Kako bi se odgovorilo na prvi cilj istraživanja koji je bio ispitati kako pacijenti s provedenom laringektomijom procjenjuju svoju dobrobit odnosno kvalitetu života prije i nakon zahvata, prikazali smo osnovne deskriptivne parametre (tablica 1).

Dobiveni rezultati ukazuju na to da osobe s laringektomijom po procjeni kvalitete života ne odstupaju od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Procjena osobne dobrobiti odnosno kvalitete života, i prije i nakon zahvata, kreće se u okvirima od 60 do 80 % skalnog maksimuma, što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe¹⁹.

Kako bismo provjerili postoje li statistički značajne razlike u procjeni zadovoljstva životom pacijenata prije i poslije zahvata laringektomije, proveli smo t-test za zavisne uzorke koji je pokazao da postoji statistički značajna razlika ($t = 3,122$; $p = 0,004$). Iz tablice 1 može se vidjeti da ispitanici procjenjuju značajno višom svoju kvalitetu života prije provođenja zahvata.

Promatrajući zadovoljstvo životom po pojedinim domenama Indeksa osobne dobrobiti možemo vidjeti da su pacijenti najviše zadovoljni domenom odnosa s bližnjima, osjećajem sigurnosti te pripadnosti okolini u kojoj žive kako prije tako i nakon provođenja zahvata laringektomije (vidi tablicu 2).

Kako bismo dobili bolji uvid u faktore koji mogu biti povezani s procjenom zadovoljstva životom prije i nakon zahvata, usporedili smo te varijable s varijablama uključenost u rehabilitacijski proces, prije i sada te uključenost u sportske aktivnosti (tablica 3).

Rezultati t-testa pokazali su da postoje statistički značajne razlike u procjeni kvalitete života kod pacijenata prije i nakon laringektomije ovisno o tome jesu li prije bili uključeni u rehabilitacijski proces i bave li sportskom aktivnošću.

Na temelju prosječnih vrijednosti možemo zaključiti da pacijenti koji su bili uključeni u rehabilitacijski proces i koji se bave sportskom aktivnošću procjenjuju svoju

Tablica 1. Prikaz prosječnih vrijednosti za zadovoljstvo prije zahvata i zadovoljstvo poslije zahvata na Indeksu osobne dobrobiti (PWI)

VARIJABLA	N	MIN.	MAKS.	M	SD
PWI PRIJE ZAHVATA	35	0	95,00	74,8	19,86
PWI POSLIJE ZAHVATA	35	28,75	97,5	67,6	17,96

kvalitetu života u prosjeku boljom i prije i nakon zahvata, dok nema razlika u procjeni kvalitete života kod onih koji su trenutačno u rehabilitaciji u odnosu na one koji nisu uključeni u taj proces.

Povezanost različitih faktora sa samoprocjenom kvalitete života osoba nakon laringektomije

Kako bi se dobio uvid u specifične poteškoće s kojima se pacijenti oboljeli od raka grla suočavaju te njihovoj kvaliteti života, izračunane su prosječne vrijednosti na temelju rezultata upitnika EORTC QLQ-C30 (vidi tablicu 4).

Može se vidjeti da ispitanici postižu relativno visoke rezultate na svim funkcionalnim skalama, što ukazuje na prosječno dobro funkcioniranje u tim područjima. Također, niži rezultati na svim skalama simptoma ukazuju na to da ispitanici nakon laringektomije ne izvještavaju o prisutnosti mnogo simptoma koji bi im mogli remetiti njihovo funkcioniranje.

Zanimalo nas je i kakva je povezanost procjene kvalitete života na pojedinim funkcionalnim skalama i simptomima iz upitnika EORTC QLQ-C30 s indeksom osobne dobrobiti prije i poslije zahvata laringektomije. Prikazane su samo statistički značajne korelacije (vidi tablicu 5). Rezultati pokazuju da je kvaliteta života ispitanika prije

Tablica 2. Prikaz prosječnih vrijednosti po pojedinim domenama Indeksa osobne dobrobiti (PWI)

VARIJABLA	N	M	SD
PWI PRIJE ZAHVATA			
Životni standard	35	70,57	20,996
Zdravlje	35	75,71	21,459
Postignuće	35	72,00	21,936
Odnosi s bližnjima	35	77,43	24,174
Osjećaj sigurnosti	35	76,57	22,744
Pripadnost okolini	35	76,00	24,994
Sigurnost u budućnost	35	72,86	25,961
PWI NAKON ZAHVATA			
Životni standard	35	64,86	21,471
Zdravlje	35	61,43	25,222
Postignuće	35	63,71	26,244
Odnosi s bližnjima	35	73,43	24,003
Osjećaj sigurnosti	35	67,43	23,053
Pripadnost okolini	35	72,29	24,385
Sigurnost u budućnost	35	65,71	27,470

Tablica 3. Prikaz prosječnih vrijednosti za varijablu zadovoljstvo životom prije i poslije zahvata s obzirom na varijable uključenost u rehabilitacijski proces – prije i sada te bavljenje sportskom aktivnošću i prikaz rezultata t-testa

VARIJABLE		PWI PRIJE					PWI POSLIJE				
		N	M	SD	t	p	N	M	SD	t	p
REHABILITACIJA PRIJE	Da	25	81,9	9,42	4,277	0,000	25	73,5	13,17	3,895	0,000
	Ne	10	55,8	27,1			10	50,6	21,17		
REHABILITACIJA POSLIJE	Da	20	78,1	12,59	1,249	0,221	20	70,6	16,16	1,350	0,186
	Ne	15	69,6	26,65			15	62,1	21,34		
SPORTSKA AKTIVNOST	Da	16	84,3	6,56	2,96	0,006	16	77,1	11,52	3,356	0,002
	Ne	19	66,16	23,66			19	58,4	19,62		

zahvata statistički značajno povezana samo s emocionalnim funkcioniranjem od funkcionalnih skala upitnika EORTC QLQ-C30 na način da što je bolje njihovo emocionalno funkcioniranje, odnosno što doživljavaju manje negativnih emocija kao što su napetost, depresija, zabrinutost i razdražljivost to je procjena njihove kvalitete života bolja i prije i nakon zahvata. Od simptoma koji su značajno povezani s osjećajem dobrobiti odnosno kvalitetom života istaknuli su se umor, mučnina/povraćanje te proljev. Više simptoma na tim skalama povezano je s nižim procjenama kvalitete života prije i poslije zahvata. Skala globalnog zdravlja pokazala se povezanom samo s kvalitetom života nakon zahvata.

Diskusija

Kvaliteta života i prilagodba na kroničnu bolest već je dugi niz godina interes različitih istraživača i stručnjaka koji uspoređuju bolesnu i zdravu populaciju te istražuju faktore koji u toj prilagodbi mogu pomoći. Laringektomirani pacijenti suočavaju se s nekim specifičnim poteškoćama zbog prirode svoje bolesti i posljedica koje može ostaviti po njihovo svakodnevno funkcioniranje. Dobiveni rezultati u ovom istraživanju ukazuju na to da osobe s laringektomijom po procjeni kvalitete života ne odstupaju od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Perci-

Tablica 4. **Prikaz prosječnih vrijednosti po pojedinim skalama i česticama iz Upitnika kvalitete života osoba oboljelih od karcinoma**

VARIJABLA	N	M	SD
Tjelesno funkcioniranje	35	83,4	23,4
Poslovno funkcioniranje	35	78,6	78,6
Kognitivno funkcioniranje	35	86,7	24,5
Emocionalno funkcioniranje	35	73,6	24,5
Socijalno funkcioniranje	35	80,0	26,1
Umor	35	25,4	25,8
Bol	35	24,8	32,7
Mučnina/povraćanje	35	9,5	19,1
Opći zdravstveni status	35	65,7	30,3
Teškoće disanja	35	20,9	30,3
Gubitak apetita	35	12,4	29,2
Poremećaji spavanja	35	28,6	35,4
Konstipacija	35	18,1	30,6
Dijarea	35	15,2	31,7
Financijske poteškoće	35	32,4	36,6

Tablica 5. **Prikaz korelacija između Indeksa osobne dobrobiti prije i poslije zahvata te čestica na upitniku EORTC QLQ-C30**

VARIJABLA		PWI PRIJE	PWI POSLIJE
Emocionalno funkcioniranje	r	0,447**	0,451**
Proljev	r	-0,471**	-0,361*
Zdravlje	r	0,311	0,370*
Umor	r	-0,412**	-0,402*
Mučnina/povraćanje	r	-0,495**	-0,348*

* p < 0,05

** p < 0,01

pirana kvaliteta života, i prije i nakon zahvata, kreće se u okvirima od 60 do 80 % skalnog maksimuma, što se prema homeostatskom modelu smatra rezultatom unutar prosjeka koji postižu zdrave osobe¹⁹.

Totalna laringektomija podrazumijeva kirurški zahvat na glavi i vratu s različitim posljedicama koje se odnose na kvalitetu života bolesnika i opći osjećaj blagostanja. Najočiglednija invalidnost odnosi se na gubitak mogućnosti govora, no i druge funkcionalne poteškoće mogu bitno pridonijeti ukupnoj kvaliteti života bolesnika^{20, 21}. Spomenuti operativni zahvati, kao i kirurško odstranjenje drugih opsežnih tumora glave i vrata, neizbježno imaju za posljedicu gubitak vitalnih funkcija kao što su gutanje, govor i njuh. U novonastalim anatomskim uvjetima gornji dišni sustav više nema respiratornu ulogu, disanje se odvija kroz traheostomu, a fonacija je nemoguća²², što objašnjava dobivene rezultate ovog istraživanja, da ispitanici procjenjuju značajno višom svoju kvalitetu života prije provođenja zahvata.

Društvena podrška i obitelj najvažniji su izvor potpore laringektomiranom pacijentu. Rezultati mnogih studija upućuju na zaključke da je, između ostalog, u procesu liječenja kronične bolesti nužno aktivno uključivanje obitelji²³. Studije su pokazale da na obitelj orijentirano liječenje kroničnih bolesti predstavlja napredak u liječenju u odnosu na tradicionalno liječenje orijentirano na bolest ili pojedinačnog bolesnika. Napredak je vidljiv i u rezultatima liječenja i ishodu bolesti²⁴. Inkluzija je osoba s laringektomijom u društvenu zajednicu u svim nivoima pravo, a ne poteškoća, i kao takva je u društvu pouzdan indikator postignutog stupnja njegove demokratizacije. Većina je ispitanika koja je sudjelovala u ovom istraživanju u braku i svi su članovi zajednice laringektomiranih osoba. Ovaj podatak ukazuje na trend uključivanja pacijenta i njegove obitelji, kao modela liječenja onkoloških bolesnika, u zajednicu u najranijoj fazi liječenja postoperativne skrbi. Stoga rezultat dobiven u ovom istraživanju, da su pacijenti najviše zadovoljni odnosima s bližnjima, osjećajem sigurnosti te pripadnosti okolini u kojoj žive, kako prije tako i nakon provođenja zahvata laringektomije, govori u prilog činjenici da obitelj i društvena podrška imaju značajnu ulogu u ishodu liječenja i integraciji osobe s laringektomijom u život zajednice.

Laringektomirani pacijenti, od trenutka postavljanja dijagnoze pa sve do zahvata laringektomije i uključivanja u rehabilitacijski proces, prolaze kroz različite faze prilagodbe na novonastalu situaciju. Faktori su koji su se pokazali osobito važnima za kvalitetu života uključenost u proces rehabilitacije te sportska aktivnost (vidi tabli-

cu 4). Rehabilitacijski proces važna je komponenta koja utječe na subjektivnu dobrobit onkoloških pacijenata. Laringektomirani pacijenti spadaju u skupinu kroničnih pacijenata gdje je subjektivna procjena kvalitete života povezana sa slabijim i sporijim oporavkom, daljnjom progresijom bolesti, pa čak i preživljavanjem. Interdisciplinarni pristup koji provodi rehabilitacijski tim obuhvaća predoperativno i postoperativno savjetovanje i pružanje podrške bolesniku i obitelji; organiziranje predoperativnog posjeta laringektomirane osobe; podršku i dopunu rehabilitaciji glasa, govora, gutanja i mirisanja; informiranje i edukaciju operiranih članova i obitelji; informiranje i pomoć u ostvarivanju prava; organiziranje grupe psihološke potpore; poticanje socijalizacije te poticanje razvoja svijesti lokalne zajednice o laringektomiranim osobama i njihovim potrebama²⁵. Istraživanja upućuju na to da su rehabilitacijski timovi u kombinaciji s integriranim rehabilitacijskim programom najdjelotvorniji u poboljšanju kvalitete života oboljele osobe²⁶. Prema modelu Svjetske zdravstvene organizacije Sport for Development and Peace International Working Group (2007)²⁷, utjecaj sporta i tjelesne aktivnosti očituje se na sve domene kvalitete života, naglašavajući pritom preventivni utjecaj fizičke aktivnosti kod osoba s invaliditetom i različitim dobnih skupina standardne populacije. Važno je naglasiti da tjelesna aktivnost ima preventivnu ulogu u očuvanju zdravlja, ali isto tako i rehabilitacijsku i habilitacijsku ulogu posebno kod osoba s invaliditetom. Uključivanje osoba s invaliditetom u sportske aktivnosti omogućuje inkluziju pojedinaca s invaliditetom u širu društvenu zajednicu, stjecanje novih motoričkih i socijalnih vještina te se kroz učenje specifičnih motoričkih zadataka osobe s invaliditetom maksimalno koriste preostalim motoričkim sposobnostima, čime se utječe na postizanje njihove maksimalno moguće neovisnost unutar granica njihovih funkcionalnih sposobnosti. Istraživanja niza autora^{4, 28-31} potvrdila su pozitivnu povezanost uključenosti osoba s invaliditetom u programe vježbanja i uključenosti u sportske aktivnosti u odnosu na analizirane domene kvalitete života, što je u skladu s rezultatima koji su dobiveni u ovom istraživanju.

Rezultati na upitniku EORTC QLQ-C30 pokazuju da ispitanici postižu relativno visoke rezultate na svim funkcionalnim skalama, što ukazuje na prosječno dobro funkcioniranje u tim područjima. Također, niži rezultati na svim skalama simptoma ukazuju da ispitanici nakon laringektomije ne izvještavaju o prisutnosti mnogo simptoma koji bi mogli remetiti njihovo funkcioniranje. Ovakav rezultat govori u prilog činjenici da trenutačna pojavnost simptoma uzrokovanih primarnim liječenjem karcinoma

larinksa nisu primarni čimbenici koji utječu na samoprocjenu kvalitete života onkološkog pacijenata. Autorica Pinjatela (2008) proučavala je karakteristike kvalitete života osoba s malignim oboljenjem i bez njega¹⁸. Rezultati istraživanja pokazali su da oboljeli od malignih bolesti doživljavaju manje teškoća prilikom tjelesnih aktivnosti, manje emocionalnih problema, manje simptoma umora i boli, ali više fizioloških simptoma (mučnina, povraćanje), više teškoća u socijalnom funkcioniranju i više financijskih teškoća u odnosu na ispitanike bez oboljenja. Ispitanici su, bez obzira na dobar funkcionalan status i manju prisutnost simptoma, značajno manje zadovoljni svojim ukupnim zdravstvenim stanjem i kvalitetom života od ispitanika bez malignog oboljenja. I u ovom je istraživanju dobiveno da bolesnici izjavljuju o postojanju manje poteškoća na funkcionalnim skalama, a da je kvaliteta života značajno povezana s prisutnošću simptoma poput umora, mučnine i proljeva.

Od funkcionalnih skala upitnika EORTC QLQ-C30 kvaliteta života ispitanika statistički je značajno povezana samo s emocionalnim funkcioniranjem. Pacijenti koji izvještavaju da su manje napeti, depresivni, zabrinuti i razdražljivi, odnosno dobro emocionalno funkcioniraju i nose se s bolešću, procjenjuju svoju kvalitetu života boljom i prije i nakon zahvata. Što se tiče simptoma i kvalitete života, značajno su povezani umor, mučnina/povraćanje te proljev. Više simptoma na tim skalama povezano je s nižim procjenama kvalitete života prije i poslije zahvata. Skala globalnog zdravlja pokazala se povezanom samo s kvalitetom života nakon zahvata. Gastrointestinalni simptomi, poteškoće disanja i bol kod laringektomiranih osoba rezultiraju pojavnošću umora koji kao simptom navode ispitanici obuhvaćeni ovim istraživanjem. Pojavnost ovih simptoma koja je u pozitivnoj korelaciji s kvalitetom života utvrdili su i autori Mallis i sur. (2011) u istraživanju čimbenika koji utječu na ukupnu kvalitetu života nakon totalne laringektomije. Rezultat istraživanja bio je da dio pacijenata ima narušen obiteljski i seksualni život (23,9 %), dio pacijenata ima smanjenu participaciju u socijalnim događanjima (23,9 %), velik dio pacijenata navodi pogoršanje financijske situacije, sposobnost za rad te visoku stopu umirovljenja (80,5 %), dio pacijenata navodi gutanje i poremećaj prehrane kao problem (15,2 %), a bol u manjem broju slučajeva (4,2 %), velik dio pacijenata istaknuo je nelagodu zbog svoje pojave (58,7 %) te pojavu osjećaja usamljenosti (30,4 %)³². Identifikacija simptoma koji utječu na ukupnu kvalitetu života laringektomiranih pacijenata daje doprinos izradi kliničkih smjernica u rehabilitaciji i liječenju onkoloških pacijenata.

Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja

Ovo istraživanje daje smjernice za daljnja istraživanja povezana s kvalitetom života osoba s laringektomijom. Prednost je ovog istraživanja i deskriptivna analiza kvalitete života osoba s laringektomijom prije i nakon zahvata te procjena faktora koji utječu na samoprocjenu kvalitete života osoba nakon laringektomije. U prikazanom istraživanju istaknuta je važnost utjecaja bolesti i tretmana na kvalitetu života kod određivanja ishoda liječenja. Praktična je vrijednost rada i identifikacija ključnih faktora koji narušavaju kvalitetu života pojedinca nakon laringektomije, kao što su bol, poteškoće s gutanjem, hranjenjem i govorom te gastrointestinalne poteškoće i njihova povezanost s ukupnom kvalitetom života i zdravljem u cijelosti, što pridonosi razvoju intervencija u procesu liječenja.

Također, postoje neki metodološki nedostaci koji ne dopuštaju donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnoj povezanosti kvalitete života i faktora koji utječu na samoprocjenu kvalitete života osoba nakon laringektomije. Veličina uzorka ne dozvoljava generalizaciju ovih rezultata, stoga je potrebno obuhvatiti ispitanike sa šireg područja Republike Hrvatske te uzeti u probir i stanovnike neurbanih sredina. Potrebno bi bilo i usporediti kvalitetu života osoba s laringektomijom ovisno o spolu te homogenizirati uzorak po pitanju vremena proteklog od postavljanja dijagnoze i uključenosti u rehabilitacijskih proces. Također, procjenu kvalitete života prije zahvata laringektomije ispitanici su procjenjivali retrogradno, što je moglo utjecati na rezultate. Praćenje ispitanika i njihove kvalitete života kroz duži period, od postavljanja dijagnoze do procesa rehabilitacije nakon provedene laringektomije, omogućilo bi praćenje promjena kroz koje bolesnici prolaze. Metodološki je nedostatak istraživanja i neprilagođenost upitnika za identifikaciju faktora koji utječu na samoprocjenu kvalitete života laringektomiranih osoba. U daljnjim bi istraživanjima bilo potrebno provesti evaluaciju faktora koji utječu na samoprocjenu kvalitete života, prilagođenog za osobe sa laringektomijom, npr. putem upitnika University of Washington Quality of Life Questionnaire (UWQOL). Zbog manjka stručne literature povezane s područjem kvalitete života laringektomiranih pacijenata, bilo bi potrebno provesti longitudinalne studije koje bi kroz dulji vremenski period istraživale odnos kvalitete života osoba s laringektomijom te faktora koji utječu na njihovu samoprocjenu, u postoperativnoj skrbi.

Zaključak

Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji mora biti krajnji ishod i evaluacija rehabilitacijskog procesa za svakog onkološkog bolesnika, pa tako i za osobe sa laringektomijom. U skladu s postavljenim ciljevima, ovim istraživanjem utvrđeno je da percipirana kvaliteta života osoba s laringektomijom, čija se procjena provodila putem Indeksa osobne dobrobiti (PWI), ne odstupa od vrijednosti koje se mogu naći u zdravoj populaciji. Osobe s laringektomijom procjenjuju značajno višom svoju kvalitetu života prije provođenja zahvata te su najviše zadovoljne odnosima s bližnjima, osjećajem sigurnosti te pripadnosti okolini u kojoj žive kako prije tako i nakon provođenja zahvata laringektomije. Pacijenti koji su bili uključeni u rehabilitacijski proces i koji se bave sportskom aktivnošću procjenjuju svoju kvalitetu života u prosjeku boljom i prije i nakon zahvata. Ovi rezultati govore u prilog činjenici kako bavljenje tjelesnom aktivnošću te inkluzija onkoloških pacijenata i njihovih obitelji u društvenu zajednicu pridonose uspješnijem rehabilitacijskom ishodu čiji je krajnji cilj kvaliteta života. U svrhu objektivizacije faktora koji narušavaju kvalitetu života pojedinca nakon laringektomije primijenjen je upitnik za samoprocjenu kvalitete života EORTC QLQ-C30, čiji su rezultati pokazali kako je pojavnost simptoma umora i gastrointestinalnih smetnji značajno povezana sa samoprocjenom kvalitete života. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to kako bi se kliničke smjernice za rehabilitaciju i liječenje morale usmjeriti upravo na pojavnost simptoma koji utječu na kvalitetu života onkoloških pacijenata.

Literatura

1. Vuletić G. Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*. 2013; sv. 7:213-222.
2. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života”. *Primijenjena psihologija*. 1989; 10:179-184.
3. Petz B i sur. *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
4. Crnković I, Rukavina M. Sport i unapređenje kvalitete života kod osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2013;49(1):12-24.
5. Bratković D. Kvaliteta življenja osoba s mentalnom retardacijom. *Naš prijatelj: Časopis za pitanja mentalne retardacije*. 2003;30(1/2):5-22.
6. Aljinović Ratković N, Uglešić V, ur. *Kako poboljšati kvalitetu života bolesnika s rakom glave i vrata*. Hrvatsko društvo za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata. Zagreb: Klinička bolnica Dubrava; 2006.
7. Prgomet D. Zloćudni tumori grkljana. U: Katić V, Prgomet D i sur. *Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata*. Zagreb: Naklada Ljevak; 2009. 293-9.
8. Nikšić Ivančić M. Zloćudni tumori grkljana. U: Bumber Ž, Katić V, Nikšić -Ivančić M i sur. *Otorinolaringologija*. Zagreb: Naklada Ljevak; 2004. 273-5.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak. *Incidencija raka u Hrvatskoj 2012*. Bilten 37. Zagreb, 2014.
10. Manish J, Pankaj C, Prathamesh P, Devendra C, Gauri P, Anil D. Carcinoma Larynx in Children. *International Journal of Head and Neck Surgery*. 2010;1(1):49-51.
11. Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME, Teknos TN, Wolf GT, Duffy SA. Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Archives of otolaryngology - head & neck surgery*. 2004;130(4):401-8.
12. Graeff A, Leeuw JR, Ros WJ, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst JA. Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer. *Head and neck*. 2000;22(4):398-407.
13. Cummins RA, Eckersley R, Pallant J, van Vugt J, Misajon R. Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian unity wellbeing index. *Social Indicators Research*. 2003;64:159-190.
14. *International Wellbeing Group Personal Wellbeing Index: 5th Edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University; 2013.
15. Kaliterna Lipovčan LJ, Burušić J, Tadić M. Indikatori kvalitete življenja. U: Božičević V, Brlas S, Gulinić M, ur. *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja - Priručnik za psihološki djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok Virovitičko Požeške županije; 2012.

16. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-76.
17. Fayers P, Aaronson N i sur. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
18. Pinjatela R. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2008;44(2):79-98.
19. Mellor D, Cummins RA, Loquet C. The gold standard for life satisfaction: Confirmation and elaboration using an imaginary scale and qualitative interview. *International Journal of Social Research Methodology Theory and Practice*. 1999;2(4):263-278.
20. Kazi R, De Cordova J, Kanagalingam J, Venkitaraman R, Nutting CM, Clarke P, Rhys-Evans P, Harrington KJ. Quality of life following total laryngectomy: assessment using the UW-QOL scale. *ORL; journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties*. 2007;69(2):100-6.
21. Singer S, Danker H, Dietz A, Kienast U, Pabst F, Meister E, Oeken J, Thiele A, Schwarz R. Sexual problems after total or partial laryngectomy. *The Laryngoscope*. 2008; 118(12):2218-24.
22. Tićac R, Tićac B, Maljevac B, Velepić M, Malvić G, Vučković D, Manestar D. Rehabilitacija glasa traheozofagealnim govornim protezama nakon totalne laringektomije. *Medicina*. 2009;45(2): 165-71.
23. Fruge E, Crouch M, Bray J. Obiteljska dinamika i zdravlje. U: Rakel RE. Osnove obiteljske medicine. Zagreb: Medicinska biblioteka; 2005: 30-7.
24. Diminić-Lisica I, Rončević-Gržeta I. Obitelj i kronična bolest. *Medicina fluminensis*. 2010;46(3): 300-8.
25. Grabovac S, Opačić M, Ceronja I, Puharić Z, Bonetti A. Izvještaj o pušenju cigareta među školskom djecom i razlike u kvaliteti života i glasa između bivših pušača – laringektomiranih osoba i zdravih nepušača. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*. 2013; sv. 7:43-56.
26. Štefanac S, Grabovac I. Radna terapija osoba oboljelih od kronične opstruktivne plućne bolesti. *Respiratorni kontinuum, Medicus*. 2013;22(2):125-31.
27. Sport for Development and Peace International Working Group. Literature reviews on sport for development and peace. Conceptualizing sport, physical activity and health. Toronto, Canada: 2007. 57-58.
28. Cooper RA, Quatrano LA, Axelson PW, Harlan W, Stine-man M, Franklin B, Krause JS, Bach J, Chambers H, Chao EYS, Alexander M, Painter P. Research on physical activity and health among people with disabilities: a consensus statement. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 1999;36(2):142-54.
29. Abell J, Hootman J, Zack M, Moriarty D, Helmick C. Physical activity and health related quality of life among people with arthritis. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(5):380-5.
30. Groff DG, Lundberg NR, Zabriskie RB. Influence of adapted sport on quality of life: perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*. 2009;31(4):318-26.
31. McVeigh SA, Hitzig SL, Craven BC. Influence of sport participation on community integration and quality of life: a comparison between sport participants and non-sport participants with spinal cord injury. *The journal of spinal cord medicine*. 2009;32(2):115-24.
32. Mallis A, Goumas PD, Mastronikolis NS, Panogeorgou T, Stathas T, Prodromaki K, Papadas TA. Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2011;15(8):937-42.

THE QUALITY OF LIFE AFTER LARYNGECTOMY

Professional paper

¹ Ivana Crnković¹ Melita Rukavina¹ Karlo Ostrogonac¹ University of Applied Health Sciences Zagreb

Abstract

The quality of life is an important evaluation instrument of the rehabilitation process of oncological patients and, thus, of persons who have undergone laryngectomy. The goal of this research was to investigate the degree of the quality of life in persons after laryngectomy as a whole and by domains, to check whether there are any differences in the quality of life of persons before and after laryngectomy as a whole and by domains and to examine the factors influencing the self-evaluation of the quality of life of persons after laryngectomy. The study included 35 respondents who have undergone total laryngectomy. An appropriate sample was taken from the Zagreb region, i.e. from the University Hospital for Tumours of the University Hospital Centre Sestre Milosrdnice in Zagreb and from the Clinic for Tumours of the University Hospital Centre Zagreb. For the purpose of this research, a Personal wellbeing Index was used for the evaluation of the quality of life and wellbeing before and after the laryngectomy, as well as EORTC QLQ-C30 Questionnaire version 3.0 for the self-evaluation of the quality of life.

The results of the research indicate that the perceived quality of life of persons who have undergone laryngectomy does not deviate from the values which can be found in the healthy population. It was established that the respondents evaluated their quality of life before the intervention as significantly better. The patients who were included in the rehabilitation process and who engaged in physical activity on average evaluated their quality of life as better both before and after the intervention. The symptoms most significantly linked with the sense of wellbeing, i.e. quality of life, were fatigue and gastrointestinal disorders, while the global health scale has been linked only to the quality of life after the intervention.

Keywords: quality of life, persons who have undergone laryngectomy, rehabilitation process, self-evaluation of factors influencing the quality of life after laryngectomy



Razlike u stavovima osoba zdravstvene i nezdravstvene struke o darivanju organa u Bjelovarsko bilogorskoj županiji

¹ Elvira Jukić
² Zrinka Puharić
² Ksenija Eljuga
² Tatjana Badrov

¹ Jedinica intenzivnog liječenja Opća bolnica Bjelovar
² Visoka tehnička škola Bjelovar, Stručni studij sestrinstva

izrazio je želju za darovanjem organa, što upućuje na važnost educiranja osoba o ovoj tematici uz poticanje na potpisivanje donorske kartice, ako je to u skladu sa stavom osobe.

Ključne riječi: darivanje organa, donorska kartica, zdravstveni djelatnici

Datum primitka: 28.10.2015.

Datum prihvatanja: 18.11.2015.

Sažetak

Cilj je ovog rada dobiti uvid u stavove i razlike stavova zdravstvenih te nezdravstvenih djelatnika o tematici darivanja organa te istražiti: postoji li razlika u odluci o darivanju organa ovisno o struci sudionika, ispitati koji su faktori važni zdravstvenim, odnosno nezdravstvenim djelatnicima u slučaju da odluče donirati organe, ispitati u kojim bi uvjetima zdravstveni, odnosno nezdravstveni djelatnici odbili donirati svoje organe te u kojim bi uvjetima odbili primiti organe druge osobe. U istraživanju je sudjelovalo 200 sudionika, od toga ih je 100 zdravstvene struke i 100 nezdravstvene struke. Za provođenje istraživanja primijenjen je anketni upitnik sastavljen za potrebe ispitivanja stavova o tematici darivanja organa. Nije dobivena statistički značajna razlika u odluci o darivanju organa s obzirom na struku sudionika. Od faktora i uvjeta za darivanje organa važnih sudionicima ističu se hitnost stanja osobe i da osoba nije ovisničkog ponašanja, dok bi primili organe osobe neovisno o dobi, spolu, rasi i vjeri. Unatoč malom broju potpisanih donorskih kartica, najveći broj sudionika

Adresa za dopisivanje:

Dr. sc. Zrinka Puharić, dr. med., viši predavač
 Visoka tehnička škola, Stručni studij sestrinstva
 Trg Eugena Kvaternika 4
 43 000 Bjelovar, Hrvatska
 Tel.: 091 798 1653
 E-pošta: zpuharic@vtsbj.hr

Uvod

Transplantacija organa medicinski je postupak odstranjenja tkiva ili organa iz tijela osobe kako bi se oni presadili u tijelo primatelja s namjenom ponovnog uspostavljanja određenih funkcija ljudskog tijela i mogućnosti produženja ili spašavanja života primatelja. Presađivanje se može izvršiti „sa živoga” (*ex vivo*) ili „s umrlog” (*ex cadavere*) darivatelja¹. Osobu koja daruje jedan ili nekoliko organa u svrhu presađivanja nazivamo dariva-

teljem. Darivanje organa etičko je ili pravno postupanje kojim se darivatelj slaže da se medicinski postupak odstranjenja organa izvrši na njemu i presadi u tijelo druge osobe. Eksplantacija je termin koji označava uzimanje organa i tkiva preminule osobe sa svrhom liječenja pacijenata oštećenih ili uništenih organa².

Pomanjkanje organa globalni je problem transplantacijskog sustava u svijetu – napredovanje medicine i razvoj transplantacijskih kirurških metoda dovodi do rasta broja lista čekanja na presađivanje organa. Najveći je razlog tomu što je darivanje s preminulih osoba moguće provoditi tek nakon dokazane moždane smrti. No postoji dokaz da pomanjkanje organa za presađivanje nije primarno uzrokovano pomanjkanjem takvih donora, nego češće propustom u njihovu prepoznavanju, dobivanju pristanka i realizaciji eksplantacije³.

Živi je darivatelj osoba koja dobrovoljno daruje organ, tkivo ili stanice za presađivanje određenom primatelju. Darivatelj mora biti adekvatno obaviješten o prirodi i svrsi uzetog materijala te o mogućim posljedicama, odnosno rizicima koji mogu biti tjelesni i psihički. Također, nužno je obaviti određene medicinske pretrage zbog procjene zdravstvenog stanja darivatelja, kao i prikladnosti materijala koji će biti doniran. Prije provođenja dijagnostičkih postupaka potrebno je dobiti pisani pristanak darivatelja koji oni mogu i svojevrijedno povući u bilo kojem trenutku⁴. Kadaverični darivatelji mogu biti preminule osobe koje su za vrijeme života izrazile pristanak na darivanje organa, tkiva ili stanica, ili preminule osobe čije obitelji daju pristanak, odnosno ne izraze protivljenje eksplantaciji organa⁴.

S obzirom na uzrok smrti i uvjete u kojima je nastupila, tri su tipa kadaveričnih darivatelja:

- a) *heart-beating* (s kucajućim srcem) darivatelji s moždanom smrću
- b) CPA darivatelji, odnosno darivatelji koji su umrli od kardiopulmonalnog aresta
- c) *non-heart-beating* (s nekucajućim srcem) darivatelji⁵.

Organi se većinom eksplantiraju od *heart-beating* darivatelja s moždanom smrću, dok se tkiva uzimaju od *heart-beating* i *non-heart-beating* darivatelja. U nekim državama zabranjeno je uzimanje organa od *non-heart-beating* darivatelja, a to su osobe s potpunim i nepovratnim prestankom kardiorespiratornih funkcija te posljedičnom smrću mozga⁴. U Hrvatskoj nije prihvaćena eksplantacija organa s *non-heart-beating* darivatelja te nema zakona o njoj. Organizacija jedinica intenzivnog

liječenja u cijelom svijetu s vrhunskom opremom i obučanim kadrom daje mogućnost umjetnog održavanja niza vitalnih funkcija bolesnika, a posljedično i mogućnost spašavanja života ili produživanja umiranja. To je dovelo do nužnosti i potrebe redefinicije pojma smrti: čovjek se može proglasiti mrtvim samo ako je njegov mozak mrtav. Znači, kriterij prestanka disanja i zatajenja srca nije relevantan jer se disanje može umjetno provoditi, kao što se i srce, kada stane, može ponekad ponovno vratiti u funkciju određenim metodama, dok se funkcija mozga nikakvim načinom ili metodom ne može zamijeniti⁶. Smrt mozga označuje se u terminima cerebralne smrti, smrti moždanog debla, kortikalne smrti, ireverzibilne smrti, prolongirane kome i slično pa iz mnogih termina i definicija slijede i različita shvaćanja smrti mozga, kao i dvojbe oko njezina utvrđivanja⁷. Moždana smrt, odnosno smrt osobe, može se utvrditi kad nastupi stanje nepovratnog oštećenja mozga s gubitkom funkcija hemisfera mozga, malog mozga i moždanog debla, jer je bez funkcioniranja mozga život nemoguć⁶.

Postupak utvrđivanja moždane smrti može započeti uz prethodno ispunjenje sljedećih uvjeta⁸:

- a) etiologija nepovratnog oštećenja mozga poznata je i dokumentirana nalazom CT-a
- b) isključeni su reverzibilni uzroci koji mogu oponašati moždanu smrt
- c) osoba je u apneičnoj komi (nema spontanih pokreta disanja).

Po ostvarenju navedenih uvjeta započinje se s kliničkim pregledom, odnosno utvrđivanjem kliničkih znakova smrti mozga:

- a) izostanak reakcija zjenica na svjetlo
- b) izostanak kornealnog refleksa – nema spontanog treptanja
- c) podražaj *n. trigeminusa* – odsutnost reakcije na bolno podraživanje u području inervacije *n. trigeminusa*
- d) izostanak okulocefalnih refleksa – oči prate pokrete glave
- e) izostanak okulovestibularnih refleksa – nema pomicanja očiju
- f) izostanak faringealnog refleksa
- g) izostanak trahealnog refleksa
- h) atonija miškulature
- i) atropinski test
- j) apnejski test – izostanak spontanog disanja⁹.

Smrt mozga, odnosno potpuni prestanak moždanih funkcija, utvrđuje se s dva uzastopna prethodno navedena klinička pregleda, s tim da se apnejski test ne izvodi tijekom drugog kliničkog pregleda ako su kod prvoga ispunjeni svi kriteriji za dijagnozu smrti mozga⁸. Između dva pregleda mora proći propisani najkraći vremenski razmak od tri sata za odrasle osobe i djecu stariju od 12 godina, 12 sati kod djece od dvije do 12 godina i 24 sata kod djece u dobi od dva mjeseca do dvije godine.

Nakon kliničkog pregleda nužno je provesti jedan od sljedećih parakliničkih potvrdnih testova, koji je dovoljno učiniti jedanput⁸:

- a) selektivna panangiografija mozga
- b) transkranijaska Doppler sonografija
- c) perfuzijska radionuklearna scintigrafija
- d) evocirani moždani potencijali
- e) EEG
- f) CT *multislice* kontrastna panangiografija.

Klinički pregled za utvrđivanje moždane smrti obavlja povjerenstvo od dva liječnika: anesteziolog i pedijatar za osobe u dobi do 12 godina te anesteziolog i neurolog ili neurokirurg i anesteziolog za osobe starije od 12 godina. Kao vrijeme smrti osobe uzima se vrijeme utvrđivanja smrti mozga te tada liječnik obustavlja sve daljnje terapijske postupke⁸. Sve osobe s moždanom smrću možemo smatrati potencijalnim donorima te je kod njih potrebno umjetno održavati osnovne životne funkcije, disanje i krvotok, samo kako bi se izvršila priprema uzimanja organa za transplantaciju, dok je primjena lijekova ili drugih medicinskih metoda i aktivnosti nepotrebna⁶. Prepoznavanje moždane smrti kod bolesnika i njezino rano dokazivanje, zbog hemodinamičke nestabilnosti i nastanka infekcija, vrlo je važno za dobivanje organa za transplantaciju. Većina potencijalnih darivatelja prepozna se u prva 24 sata od prijma u JIL, dok se njih 25 % ne prepozna u prvih 48 ili više sati⁹. Proces od utvrđivanja moždane smrti pa sve do eksplantacije organa traje od 12 do 48 sati. U njemu je nužno detaljno i točno pridržavanje protokola, nadzor i uključenost koordinatora u svim fazama. Zatim je potrebno napraviti evaluaciju donora i organa za transplantaciju, zadovoljiti sve medikolegalne uvjete, paziti na hemodinamičku stabilnost i obaviti razgovor s obitelji⁵.

Povijest transplantacije organa u svijetu započela je 1902. godine, kad su kirurzi Ullman i Carrel učinili prvu transplantaciju bubrega, odnosno eksperimentalnu transplantaciju bubrega kod psa¹⁰. Transplantacija u Hrvatskoj ima 40 godina dugu povijest, točnije prvu je

transplantaciju izveo prof. dr. Vinko Frančišković sa suradnicima 1971. godine u KBC-u Rijeka, i to transplantaciju bubrega sa živog darivatelja, a s umrlog 1972. godine. Prof. dr. Josip Sokolić i suradnici učinili su prvu transplantaciju srca u Hrvatskoj 1988. u KBC-u Zagreb¹, dok je 1990. doc. dr. Vuk Borčić sa suradnicima obavio prvu transplantaciju jetre, također u KBC-u Zagreb. S obzirom na to da je prva transplantacija bubrega u svijetu bila 1954. godine, a srca 1988. godine, može se vidjeti kako naši početci ne zaostaju mnogo za svjetskima. Međutim, brzi razvoj transplantacijskih kirurških tehnika i početni entuzijizam nije dugo trajao. Početni problemi s organizacijom, a i Domovinski rat onemogućili su napredak transplantacijske medicine, odnosno dolazi do prekida transplantacijskih aktivnosti. Nakon Domovinskog rata slijedi razvoj multiorganskih kirurških tehnika, tako da se 2003. godine transplantiraju bubreg-gušterača, zatim bubreg-jetra, a tanko crijevo 2007. godine. Sve standardne metode liječenja i sva klinička praksa nalaze se u pet transplantacijskih centara u Hrvatskoj. To su Klinički bolnički centar Zagreb (bubreg, srce, jetra), Klinička bolnica Merkur (jetra, gušterača, bubreg, tanko crijevo), Klinička bolnica Dubrava (srce), Klinički bolnički centar Rijeka (bubreg, jetra) te Klinička bolnica Osijek (bubreg)¹¹. Nakon završetka Domovinskog rata Državni sabor 1999. godine donosi Rezoluciju o poticanju presađivanja organa u Hrvatskoj. Ministarstvo zdravstva tako 2000. godine imenuje nacionalnoga transplantacijskog koordinatora – liječnika koji je zaposlen u punom radnom vremenu u Ministarstvu na unaprjeđenju transplantacijskog sustava. Razdoblje od 2000. do 2010. godine praćeno je povećanjem broja darivatelja zahvaljujući uspostavljanju 24-satnog dežurstva za koordinaciju te logističku i tehničku pomoć donorskim bolnicama i transplantacijskim timovima. Sljedeća je značajna karika mreža bolničkih koordinatora – sastavljena od anesteziologa u jedinicama intenzivnog liječenja koji koordinacijski posao obavljaju dodatno, tako da je svaka bolnica dobila odgovornu osobu za prepoznavanje i realizaciju darivatelja organa. Uloga koordinatora bitna je da bi se razvio pozitivan stav zdravstvenih radnika u JIL-u, često je osoblje u JIL-u educirano za liječenje i za skrb o umirućim bolesnicima, ali ne i za skrb o darivatelju organa. Od 2007. godine Hrvatska je punopravna članica Eurotransplanta – međunarodne organizacije koja koordinira dodjelu organa između Slovenije, Austrije, Njemačke, Luksemburga, Belgije i Nizozemske. U Hrvatskoj se od 2006. godine transplantacijski postupci i priprema darivatelja plaćaju iz državnog proračuna, cjenik definira HZZO i sustav DTS, a cijene se kreću od 70.000 do 350.000 kuna¹¹. Preliminarno izvješće Naci-

onalnog transplantacijskog programa za 2014. godinu govori da je tijekom 2014. godine u Eurotransplantu stopa transplantacije s umrlih darivatelja iznosila 80,5, što nas stavlja na treće mjesto iza Austrije i Belgije. Transplantacija je u 2014. godini s umrlih darivatelja bilo 342, od toga su najbrojniji bili bubrezi (178) te jetre (122). Provedenih transplantacija sa živih darivatelja u Hrvatskoj u 2014. godini svega je 11, od toga 10 bubrega i jedna jetra. Prema broju transplantacija bubrega na broj stanovnika Hrvatska je danas vodeća zemlja u svijetu¹². Prema podacima preliminarnog izvješća za 2014. godinu, najveći je broj darivatelja u dobi između 16 i 55 godina, njih 55, prednjači muški spol, njih 89, te je prirodna smrt uzrok smrti u 111 slučajeva. Bolesnici koji su primljeni u JIL po preliminarnom izvještaju imaju posebnu kariku u izvješću tako da je ukupan broj umrlih u JIL-u 4153 bolesnika, od toga je potencijalnih darivatelja bilo 294, dok ih je realizirano 146, a od toga 39 nije transplantirano zbog nepristanka obitelji. U 2014. godini po broju transplantiranih organa na prvom je mjestu Klinička bolnica Merkur sa 113 transplantacija jetre te Klinički bolnički centar Zagreb sa 108 transplantacija bubrega¹³.

Svatko od nas može biti darivatelj organa i primatelj organa. Iskaz osobe o pozitivnom stavu za darivanje potpisivanje je donorske kartice koju možemo potpisati kod svojeg liječnika primarne zdravstvene zaštite, no potrebno je sa svojim stavom upoznati i ostale članove obitelji kako bismo im, u najtežim trenucima u kojima svi mislimo da se nećemo naći, olakšali donošenje pravilne odluke. Osobe koje se protive darivanju dijelova tijela u svrhu presađivanja popunjavaju Izjavu o nedarivanju dijelova tijela poslije smrti kod svojeg liječnika primarne zdravstvene zaštite, koji je dostavlja na adresu Ministarstva, gdje koordinator originalni primjerak Izjave označava brojem i pohranjuje u arhiv Odjela.

Transplantacija u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji

Opća bolnica Bjelovar uključena je u transplantacijski nacionalni sustav s obvezom prijavljivanja i zbrinjavanja pacijenata s dijagnosticiranom moždanom smrću kao potencijalnih darivatelja organa i tkiva. Postupak utvrđivanja moždane smrti (smrti mozga) zakonski je i

stručno jasno određen i ključan u slučajevima potencijalnih darivatelja, no u bjelovarskoj se bolnici ne može u cijelosti obaviti, jer za to ne postoje sve tehničke mogućnosti. Takve bolesnike transportiramo u kliničke ustanove u Zagrebu kako bi se provela propisana dijagnostika, stoga naši pacijenti administrativno postaju donori iz tih ustanova te posljednjih godina nemamo službeno registrirane darivatelje iz OB-a Bjelovar. Darivanje organa vrlo je kompleksno, no upravo nemogućnost pune dijagnostike smrti mozga u bjelovarskoj bolnici dodatno komplicira tu aktivnost. Na liječnicima u JIL-u posebno je velik teret, zbog obitelji kojoj se pripisuje krajnje loš ishod bolesnog stanja i liječenja te vjerojatna smrt mozga i koju se upoznaje s namjerom uzimanja organa. Nedovoljno informiranje i komunikacija te nerazumijevanje stanja smrti mozga i sustava darivanja organa ima dokazano negativan utjecaj na odluku obitelji, što čini drugi veliki problem u praksi, tako da se od potencijalnih darivatelja u bjelovarskoj bolnici najčešće odustaje baš zbog odbijanja obitelji. Nabavkom uređaja MSCT otvorena je mogućnost za utvrđivanje smrti mozga, a najvažnije je da se o stavu o darivanju organa razgovara u krugu obitelji ili da se potpiše donorska kartica. Treba imati na umu da samo ako ste spremni pokloniti možete očekivati da će drugi pokloniti vama, a svakom od nas organ može zatrebati već sutra.

Cilj istraživanja

1. Utvrditi postoji li razlika u odluci o darivanju organa ovisno o struci sudionika.
2. Ispitati koji su faktori važni zdravstvenim odnosno nezdravstvenim djelatnicima za odluku o darivanju organa.
3. Ispitati kojim bi pacijentima zdravstveni odnosno nezdravstveni djelatnici odbili donirati svoje organe.
4. Ispitati u kojim bi uvjetima zdravstveni odnosno nezdravstveni djelatnici odbili primiti organe druge osobe.
5. Utvrditi postoji li razlika u informiranosti o tematici darivanja organa s obzirom na struku sudionika.

Metode istraživanja

U istraživanju su sudjelovali medicinske sestre i tehničari Opće bolnice Bjelovar, njih ukupno 100, te osobe nezdravstvene struke koje nisu zaposlene u Općoj bolnici Bjelovar, odnosno raznih drugih struka, njih ukupno 100. Za provođenje istraživanja primijenjen je anketni upitnik sastavljen za potrebe ispitivanja stavova o tematici darivanja organa. Upitnik se sastoji od 17 pitanja, među kojima se prvi dio odnosi na općenite podatke o ispitanicima (dob, spol, stručna sprema, podatak o zdravstvenoj/nezdravstvenoj struci, vjera). Drugi dio pitanja odnosi se na podatke povezane s darivanjem organa. Anonimno anketiranje provedeno je u srpnju 2015. godine na području grada Bjelovara.

Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 200 sudionika, a samo ih je 34 (20 zdravstvene i 14 nezdravstvene struke) potpisalo donorsku karticu. Ukupno 140 sudionika (70 zdravstvene i 70 nezdravstvene struke) izjavilo je da bi darovali svoje organe za vrijeme života. Ukupno 164 ispitanika (84 zdravstvene i 80 nezdravstvene struke) izjavilo je da bi darovali svoje organe nakon smrti, a njih 106 (47 zdravstvene i 59 nezdravstvene struke) dozvolilo bi darivanje organa bliskih osoba koje prethodno nisu potpisale donorsku karticu. Sudionici ističu „hitnost stanja“ osobe te da osoba „nije ovisnik“ kao njima najvažnije kriterije za odluku o darivanju organa, dok ostale faktore smatraju manje važnima ili nevažnima. „Hitnost stanja“ navelo je 74 sudionika zdravstvene te 69 sudionika nezdravstvene struke kao važan faktor u odluci. Faktor „da nije ovisnik“ navelo je 60 osoba zdravstvene struke i 46 nezdravstvene struke. Prema stavovima sudionika, ostali navedeni faktori ne predstavljaju veliku važnost u odluci o darivanju organa, a posebno se ističu faktor spola i rase kao najmanje važni faktori. Većina sudionika ne odbija dati organe osobama druge vjeroispovijesti, starijoj osobi, osobi druge rase i spola te nepoznatoj osobi. Većina svih sudionika primila bi organe

neovisno o navedenim faktorima. Međutim, iako u manjini, 20 sudionika zdravstvene i 24 sudionika nezdravstvene struke navodi da ne bi primili organe starije osobe, što je najizraženije u negativnoj kategoriji. Od 200 sudionika njih 129 (64,5 %) izjavljuje da je u proteklih godinu dana čulo ili čitalo o darivanju organa, od toga 67 sudionika zdravstvene i 63 sudionika nezdravstvene struke, 65 (32,5 %) nije čulo ili čitalo o navedenoj tematici u zadnjih godinu dana, dok šest sudionika (3 %) navodi odgovor „ne znam“. Od sveukupnog broja sudionika najviše (N = 111) bi ih voljelo da ih o ovoj tematici informiraju liječnici, i to 58 sudionika zdravstvene te 53 sudionika nezdravstvene struke. Za izvor informacija o ovoj tematici osobe zdravstvene struke u najmanjoj mjeri biraju televiziju (N = 2), dnevne novine (N = 0) te prijatelje (N = 0), dok osobe nezdravstvene struke navode dnevne novine (N = 2), stručne knjige (N = 1) i prijatelje (N = 1) kao najmanje korišten izvor informacija. Najveći broj sudionika, 88 zdravstvene i 92 nezdravstvene struke, sveukupno 90 %, smatra da u svijetu postoji tzv. crno tržište organa. Samo jedna osoba zdravstvene struke smatra da ono ne postoji, dok se ostalih 9,5 % opredijelilo za stav „ne znam“.

Statistički značajna razlika prema struci ispitanika testirana je na pitanje „Koji je organ 1971. prvi transplantiran u Hrvatskoj?“, gdje su dobiveni rezultati: $\chi^2 = 5,339$, $ss = 3$, $p = 0,149$. Dobiveni hi-kvadrat manji je od granične vrijednosti hi-kvadrata uz tri stupnja slobode i razinu značajnosti od 5 % ($5,339 < 7,81$), što ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika zdravstvene i nezdravstvene struke na prethodno navedeno pitanje. Na pitanje „Koliko ljudi trenutno čeka na transplantaciju bubrega u Hrvatskoj?“ dobiveni su rezultati: $\chi^2 = 4,516$, $ss = 3$, $p = 0,211$. Dobiveni hi-kvadrat manji je od granične vrijednosti hi-kvadrata uz tri stupnja slobode i razinu značajnosti od 5 % ($4,516 < 7,81$). Dobivena vrijednost ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika zdravstvene i nezdravstvene struke na prethodno navedeno pitanje.

Rasprava

Statističkom analizom utvrđeno je da nema razlike u odluci o darivanju organa između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, odnosno struka nije varijabla koja

utječe na spremnost osobe na darivanje organa. Što se tiče pristanaka na darivanje organa, samo je 17 % ispitanika potpisalo donorsku karticu, odnosno 34 sudionika od njih 200. Hrvatska donorska kartica službeno je sredstvo za javno promicanje poklanjanja organa u svrhu liječenja. S obzirom na struku, moglo bi se očekivati da su zdravstveni djelatnici više informirani i osviješteni o ovoj tematici pa da će samim time promicati praksu potpisivanja donorskih kartica. Unatoč tome, samo je 20 od 100 ispitanih zdravstvenih djelatnika potpisalo donorsku karticu, dok je to učinilo još manje sudionika nezdravstvene struke, njih 14. Međutim, manji broj potpisanih donorskih kartica u ovom uzorku ispitanih sudionika može značiti da su informirani o činjenici da Hrvatska ima zakon tzv. pretpostavljenog pristanka, a to znači da su svi građani Republike Hrvatske mogući darivatelji ako se tijekom života nisu izjasnili da su protiv darivanja organa. Drugim riječima, osoba može biti donor i bez potpisane donorske kartice ako nije potpisala Izjavu o nedarivanju kod liječnika primarne zdravstvene zaštite. Izjave o nedarivanju upisuju se u Registar nedarivatelja pri Ministarstvu zdravlja. U prilog prethodno navedenom idu i podatci dobiveni ovim istraživanjem: 70 % sudionika izjavilo je da bi darovali svoje organe za vrijeme života, dok je 82 % izjavilo da bi darovali svoje organe nakon smrti. Vidi se velika razlika između spremnosti na darivanje organa (za vrijeme života i nakon smrti) i potpisanih donorskih kartica (14 %), što bi značilo da su ljudi voljni donirati organe iako nemaju potpisanu donorsku karticu. Prema najnovijim informacijama, broj darivatelja uvećan je za 106 % u odnosu na 2014. godinu. Iz dobivenih rezultata vidljivo je da osobe podupiru darivanje organa, međutim uz mali broj potpisanih donorskih kartica darivanje organa i odlučivanje obitelji preminulog o tome može biti otežano. U većini europskih zemalja koje imaju zakon pretpostavljenog pristanka ipak je običaj da se obitelj preminulog člana pita za dozvolu za eksplantaciju organa. Unatoč zakonu pretpostavljenog pristanka, ako se članovi obitelji preminule osobe izričito protive darivanju organa, njihova se želja poštuje. Od sudionika zahvaćenih ovim istraživanjem 53 % bi dozvolilo darivanje organa bliskih osoba koje prethodno nisu potpisale donorsku karticu, od toga je 29,5 % sudionika nezdravstvene struke, a 22,5 % zdravstvene struke. Ukupno 47 % sudionika navodi da ne bi dozvolilo prethodno navedeno. Zbog toga je vrlo važno da osoba razgovara s bližnjima kako bi znali kakav je njezin stav o darivanju organa nakon smrti. Ako je obitelj upoznata s pozitivnim stavom preminule osobe o darivanju organa nakon smrti, većinom poštuje želju preminulog i ne protivi se eksplantaciji. Nažalost, praksa poka-

zuje da članovi obitelji većinom nisu upoznati sa stavom preminuloga o ovoj temi i tada im je bitno je li osoba potpisala donorsku karticu te uglavnom poštuju stav osobe i ne protive se eksplantaciji ako je donorska kartica potpisana. Prema podacima iz Ministarstva zdravlja, 2014. godine 39 obitelji izrazilo je nepristanak na darivanje organa njima bliske osobe¹³. Mogući razlog, uz nepoznavanje stava preminule osobe, može biti nerazumijevanje moždane smrti. Kako bi se to izbjeglo ili umanjilo, stručna osoba mora dodatno objasniti članovima obitelji taj pojam, prilagoditi razgovor njihovoj razini shvaćanja i prihvaćanja informacija. Obitelji je potrebno pristupiti s mnogo razumijevanja i suosjećajnosti, objasniti joj i nekoliko puta, ako je potrebno, da je njihov član mrtav i da ne postoji nikakva mogućnost da ostane živ ili da živi u vegetirajućem stanju. Ako se obitelj i dalje protivi, ne pristupa se eksplantaciji organa⁶. Uz to razlozi mogu biti i religijski, međutim tada ih je potrebno podsjetiti ili reći im kako gotovo sve religije potiču darivanje organa. Također, moguće je da osjećaju sumnju u sustav distribucije organa te su nepovjerljivi prema čitavom procesu transplantacije. Naime, ovim je istraživanjem pokazano kako 90 % sudionika (44 % zdravstvene i 46 % nezdravstvene struke) smatra da postoji crno tržište organa. Tu je opet naglašena potreba za informiranjem. Potrebno je u javnosti graditi pozitivan odnos prema darivanju, jer to predstavlja doprinos očuvanju života i zdravlja. Liječnici u tome imaju primarnu moralnu obvezu¹⁴. Ako razlozi obitelji za odbijanje darivanja organa preminule osobe nisu odraz poštivanja stava preminulog, tada se toplim pristupom, objašnjenjem i razgovorom s članovima obitelji može promijeniti njihov stav i dobiti dozvolu za eksplantaciju organa. Kao najvažniji faktor u odluci o darivanju vlastitih organa sudionici su označili da bi svoje organe dali nekome kome su hitno potrebni, i to 74 sudionika zdravstvene i 69 sudionika nezdravstvene struke. Stupanj hitnosti faktor je koji se mora poštovati pri odabiru primatelja i prema Pravilniku o kriterijima za dodjelu dijelova ljudskog tijela i vođenja nacionalne liste čekanja. Također, 60 sudionika zdravstvene struke navodi da im je važno da osoba kojoj doniraju organe ne bude ovisnik, odnosno 50 % zdravstvenih djelatnika navodi da bi odbili dati organe osobi koja je ovisnik, dok nijedan drugi faktor nije naglašen kao uvjet u kojem bi odbili donirati. Većina svih sudionika primila bi organe druge osobe neovisno o navedenim faktorima. Ostale kategorije odgovora slabo su zastupljene, što govori u prilog tome da su sudionici u većini spremni donirati organe onima kojima je to potrebno, bez obzira na dob, spol, rasu i slične karakteristike, a isto tako i primiti organe druge osobe. Tako su, prema statistici, u 2014. godini

zahvaljujući broju od 144 darivatelja 354 osobe dobile novu priliku za život¹³. Rezultati pokazuju da na dva pitanja o informiranosti povezana s istraživanjem nema statistički značajne razlike u odgovoru između zdravstvenih i nezdravstvenih ispitanika.

Svakako je potrebno raditi na osvještavanju građana o tematici darivanja organa i na njihovu informiranju. Od ispitanih je sudionika 64,5 % u posljednjih godinu dana čulo ili čitalo o ovoj temi, dok čak 32,5 % nije čulo ništa. To je dosta velik postotak s obzirom na to da je 50 % sudionika zdravstvene struke. Iako dnevne novine i televizija nisu prvi odabir osoba u informiranju o toj temi, smatramo da je vrlo važno da se medijima što više prenosi ideja o darivanju organa kao plemenitom činu, kao i važnost potpisivanja donorskih kartica ako je osoba voljna donirati organe. Prema anketi, 111 sudionika od njih 200 liječnika smatra poželjnim i relevantnim izvorom informacija o temi darivanja organa. Stoga bi svaki liječnik primarne zdravstvene zaštite trebao svoje pacijente kratko educirati o ovoj temi i uputiti ih na mogućnost potpisivanja donorske kartice kako bi se olakšao čitav proces darivanja organa. Ako su ljudi neupućeni i barataju s malo relevantnih informacija o darivanju organa, a istovremeno slušaju o ružnim vijestima poput „crnog tržišta organima“, očekivano je da neće potpisivati donorske kartice niti jasno izražavati želju da doniraju svoje organe. Stoga je informiranje iz raznih izvora vrlo važan faktor u čitavom procesu osvještavanja građana.

Hrvatska je, prema podacima Eurotransplanta, prva u svijetu po broju transplantiranih jetara i bubrega s preminulih darivatelja, dok je druga u svijetu po broju transplantacija srca. Iako najveći broj ispitanih sudionika (44 %) smatra da oko 300 osoba čeka na transplantaciju bubrega, odnosno 30,5 % smatra da je ta brojka oko 400, istina je da na transplantaciju bubrega čeka samo 97 osoba, što je znalo samo 6 % ispitanih. Na konferenciji za medije povodom Nacionalnog dana darivanja i presađivanja organa i tkiva ove godine rečeno je i da 24 osobe trebaju novo srce, dok 68 osoba mora dobiti novu jetru. Unazad pet godina lista čekanja smanjila se za 37 % te hrvatski pacijenti na presađivanje bubrega čekaju u prosjeku manje od godinu dana, na presađivanje jetre 16 dana, a srca 70 dana. To su nevjerojatni podatci koji potkrepljuju činjenicu da je hrvatska transplantacijska medicina vodeća u svijetu te da je Svjetska zdravstvena organizacija Hrvatsku imenovala Regionalnim zdravstvenim centrom za razvoj programa darivanja i transplantacije organa u okviru Zdravstvene mreže zemalja jugoistočne Europe.

Zaključak

Rezultati rada pokazuju da nema razlike u mišljenjima i stavovima zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u odluci o darivanju organa, kao i ostalim stavovima. Rezultati pokazuju da su ljudi voljni donirati organe za vrijeme života (70 %) i nakon smrti (82 %), međutim samo je njih 14 % potpisalo donorsku karticu koja je u Hrvatskoj jedino sredstvo kojom osoba može izraziti solidarnost, dobročinstvo i društvenu odgovornost poklanjanjem svojih organa nakon smrti. Također, naglašena je važnost komunikacije i upoznavanja najbližih sa stavom o poklanjanju organa nakon smrti, jer u suprotnom obitelj često nakon smrti bližnjeg odbije eksplantaciju organa zbog nepoznavanja stava ili ima teškoće u odlučivanju, što otežava čitav proces darivanja organa. Ovim upitnikom nije zahvaćeno pitanje koliko su bližnji informirani o njihovu stavu, što bi bilo zanimljivo za saznati i usporediti, ali svakako se naglašava važnost već navedenog, kao i potpisivanja donorskih kartica, ako je osoba voljna donirati organe. Iako je Hrvatska vodeća u svijetu po broju darivatelja organa na milijun stanovnika (prva po broju presađivanja jetre i bubrega te druga po broju transplantacije srca), potreba za organima za transplantaciju sve je veća i u budućnosti će biti potrebno sve više darivatelja.

Literatura

1. Tomašević L, Pelčić G. Etičko-kršćanski stavovi o transplantaciji organa. *Služba Božja*. 2008;48(3):229-260.
2. Zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Doniranje organa [internet]. Dostupno na: <http://www.zjzpgz.hr/nzl/78/organi.htm> (pristupljeno 02.09.2015.)
3. Matesanz R, Miranda B. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. *Journal of Nephrology*. 2002;15(1):22-8.
4. Hrvatska donorska mreža. Vodič za kvalitetu i sigurnost u transplantaciji organa, tkiva i stanica [internet]. Dostupno na: <http://www.hdm.hr/knjige/vodic.pdf> (pristupljeno 30.09.2015.)
5. Krstulović B. Detekcija, selekcija i evaluacija donora. Davatelj organa i moždana smrt [internet]. Dostupno na: <http://www.hdm.hr/tecaj/HTML/DAVATELJ.htm> (pristupljeno 02.09.2015.)
6. Bačić A. Određivanje nastanka smrti, transplantacija organa. *Crkva u svijetu*. 1998;33(1):53-61.
7. Pelčić G, Šegota I, Frković A, Tomašević L, Pelčić G, Mršić Pelčić J, Gjuran Coa A. Presađivanje organa i shvaćanje smrti. *Društvena istraživanja*. 2007;16(92):1287-1304.
8. Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja. *Narodne novine*. 2006;3:120. Dostupno na: <http://www.propisi.hr/print.php?id=3558> (pristupljeno 05.09.2015.)
9. Žgrablić N. Dijagnostika moždane smrti. Davatelj organa i moždana smrt [internet]. Dostupno na: <http://www.hdm.hr/tecaj/HTML/DAVATELJ.htm> (pristupljeno 02.09.2015.)
10. Markić D, Valenčić M, Maričić A, Španjol J, Rački S, Fučkar Ž. Transplantacija bubrega - 110-godišnja uspješna priča. *Acta Medica Croatica*. 2012;66 Suppl 2:59-63.
11. Bušić M. Darivanje i presađivanje organa - „Hrvatski model“. *Medix*. 2011;17:144-148.
12. Knotek M. Transplantacija bubrega. *Medix*. 2012;18:98-99.
13. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Nacionalni transplantacijski program u 2014. Preliminarno izvješće [internet]. Dostupno na: http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/transplantacijski_program/statistika (pristupljeno 03.09.2015.)
14. Hrvatska donorska mreža. Što je istina o crnom tržištu i trgovini ljudskim organima-Mitovi i stvarne prijetnje [internet]. Dostupno na: http://www.hdm.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=313:to-je-istina-o-crnom-tritu-i-trgovini-ljudskim-organima-mitovi-i-stvarne-prijetnje&catid=56:etiki-aspekti&Itemid=78 (pristupljeno 05.09.2015.)



DIFFERENCES IN ATTITUDES TOWARDS ORGAN DONATION BETWEEN HEALTH AND NON-HEALTH PROFESSIONALS IN BJELOVAR-BILOGORA COUNTY

¹ Elvira Jukić

² Zrinka Puharić

² Ksenija Eljuga

² Tatjana Badrov

¹ Intensive care unit General hospital Bjelovar

² Technical college Bjelovar, Study of nursing

receive organs regardless of the person's age, gender, race or religion. Despite the small number of signed donor cards, most of the participants expressed a wish to donate their organs, which indicates the importance of education and encouraging people to sign donor cards, if this is in accordance with their attitude.

Abstract

The aim of this paper is to find differences in the attitudes of health and non-health professionals towards the issue of organ donation and explore the following: to determine whether there is a difference in the decision about organ donation depending on the participants' profession; examine which factors are important to health or non-health participants if they decided to donate their organs, examine in which conditions would health or non-health participants refuse to donate their organs or refuse to accept the organs of another person. The study included 200 participants, 100 health professionals and 100 non-health professionals. A special questionnaire was designed to examine the attitudes towards organ donation. The results have shown that there is no statistically significant difference in the decision about organ donation depending on the profession of the participants. The participants emphasized the urgency of the patient's condition and the person not being an addict as important factors and conditions for organ donation, while stating that they would

Keywords: organ donation, donor card, health professionals



Učinkovitost dekompresijske terapije kralježnice bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom

¹ Lidija Pavlović

² Dalibor Kiseljak

² Olivera Petrak

¹ Lumbalis centar, Sveti Martin na Muri

² Zdravstveno veleučilište, Zagreb

Sažetak

Cervikobrahijalni sindrom uvelike narušava nesmetano obavljanje aktivnosti svakodnevnog života i poslovnih aktivnosti te je predmet brojnih istraživanja. Kompresija neuroloških struktura zbog hernije diska u kralježnici s osjetno-motoričkim deficitom predstavlja indikaciju za operativno liječenje. Posljednjih godina poraslo je zanimanje za trakciju (dekompresiju) kao način liječenja te su razvijene brojne nove metode zasnovane na neurofiziološkim i biokemijskim načelima. Zbog toga se trakcija sve više primjenjuje u liječenju različitih stanja. Dekompresijska terapija kralježnice predstavlja neinvazivan pristup u liječenju cervikobrahijalnog sindroma.

Cilj je ovog istraživanja provjeriti uspješnost dekompresijske terapije kralježnice mjerene kao ishod na specifičnim neurodinamičkim testovima kod bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom te utvrditi povezanost sociodemografskih čimbenika s uspješnošću dekompresijske terapije kralježnice kod cervikobrahijalnog sindroma.

U istraživanju je sudjelovalo 50 sudionika (54 % žena) s cervikobrahijalnim sindromom, dobnog raspona od 28 do 68 godina s prosjekom 50. Akutno trajanje simptoma zabilježeno je kod 62 % bolesnika, a kronično kod

38 %. Frekvencija dolazaka na terapiju kreće se od 3 do 8, s dominantnom vrijednošću 4. Za potrebe istraživanja primjenjivala su se tri specifična testa: Slump test, Spurlingov test i test cervikalne distrakcije.

Osobe s cervikobrahijalnim sindromom nakon provedene dekompresijske terapije kralježnice značajno se razlikuju u ishodu na Slump testu, Spurlingovu testu i testu cervikalne distrakcije u odnosu na stanje prije terapije: nakon terapije ima značajno više osoba koje uspješno prolaze navedene testove. Od promatranih sociodemografskih obilježja, značajna se pokazala dob sudionika: sudionici koji uspješno rješavaju Slump test i Spurlingov test nakon terapije znatno su mlađi od neuspješnih. Kronični bolesnici nakon terapije postižu znatno slabiji ishod na sva tri testa u odnosu na akutne bolesnike, a te se dvije skupine ujedno razlikuju i po dobi: kronični bolesnici znatno su stariji, dok po broju dolazaka na terapije nije nađena značajna razlika. U regresijskoj analizi trajanje oboljenja pokazalo se kao značajan prediktor, za razliku od dobi, koja nije značajna. Spol, tjelesna težina te broj dolazaka na terapije nisu povezani s učinkom na testovima.

Gljučne riječi: cervikobrahijalni sindrom, dekompresijska terapija, trakcija, neurodinamički test

Datum primitka: 13.07.2015.

Datum prihvatanja: 30.10.2015.

Adresa za dopisivanje:

Dalibor Kiseljak, dipl. physioth., mag. educ. art.
Zdravstveno veleučilište Zagreb
Mlinarska cesta 38
Tel. 00385915495736
E-pošta: dalibor.kiseljak@zvz.hr

Uvod

Moderan, sjedilački i užurban način života dovodi do činjenice da u današnje vrijeme svaka druga osoba ima problema s kralježnicom. Višesatni rad za računalom, dugotrajna vožnja automobilom i tjelesna neaktivnost samo su neki od čimbenika koji potiču mehaničke poremećaje struktura vratne kralježnice te rezultiraju pojavom bolova. Tijekom zauzimanja neadekvatnog položaja glava je nagnuta naprijed, što napreže ili opterećuje stražnju stranu vrata gdje se nalaze mišići, tetive, zglobne sveze, mali zglobovi i kralježnični diskovi. U vratnoj su kralježnici česte neugodne bolne epizode koje mogu biti uzrokovane iznenadnim pokretom, ali i općenito lošim držanjem tijela¹.

Iza bolnih senzacija u vratu najčešće se kriju degenerativne promjene. One su ujedno najčešći uzročnik cervikobrahijalnog sindroma, a započinju vrlo rano, već oko tridesete godine života². Pretežno se javljaju na mjestima gdje je kralježnica najopterećenija, odnosno na mjestima gdje dolazi do prijelaza segmenta koji je dobro gibljiv u segment koji je slabije gibljiv (prijelaz cervikalnog u torakalni dio kralježnice).

Patološko-anatomske supstrate pretežno je lociran na srednjem i donjem dijelu vratne kralježnice³. Cervikobrahijalni splet prolazi na svojem putu do grananja u rukama kroz više uskih anatomskih prolaza u kojima može biti iritiran, osobito nakon involucijskih promjena mišića odgovornih za održavanje tih prolaza te uslijed određenih položaja (tijekom rada, spavanja).

Glavna je tegoba bol radikularnog tipa koja se, ovisno o distribuciji korijena, širi u cijelu ruku. Bol može biti izolirani znak ili se javlja s parestezijama u prstima šaka⁴.

U dijagnostici središnje mjesto zauzimaju anamneza i fizikalni pregled, koji se prema potrebi mogu nadopuniti radiološkim pretragama, elektromioneurografijom, kompjutoriziranom tomografijom, magnetskom rezonancijom, ultrazvukom i laboratorijskim pretragama⁵. Ako se tijekom pregleda posumnja na afekciju korijena spinalnog živca (smanjenje osjeta ili radikularno širenje boli), fizikalni se pregled nadopunjava i neurološkim pregledom tijekom kojeg se ispituju osjet, refleksi, mišićna snaga i trofičke promjene mišića⁶.

Ako je riječ o protruziji intervertebralnog diska, indicirana je trakcija kojom se postiže proširenje intervertebralnih prostora, smanjenje iritacije spinalnih korijena,

uklanja bol i ostale simptome te se sprječava razvoj adhezija. Trakcija se provodi kontinuirano ili intermitentno, a treba djelovati u smjeru uzdužne osi kralježnice, što se postiže namještanjem bolesnika u položaj ispružene vratne lordoze⁴. Trakcija je pasivna terapijska metoda koja se sastoji od istezanja određenih dijelova tijela primjenom mehaničke sile⁷. Drugi su nazivi za trakciju ekstenzija, distrakcija i dekompresijska terapija.

Trakcija elongira kralježnicu, mišiće i ligamente, povećava međukralježnični prostor, zglobne površine međukralježničnih zglobova i međukralježnične otvore. Te promjene dovode do relaksacije paravertebralnih mišića, do smanjenja izbočenja herniranog diska i smanjenja pritiska na korijen spinalnog živca u području međukralježničnog otvora⁸.

Rezultati trakcije ovise o sili i o smjeru djelovanja sile, duljini primjene, anatomskim obilježjima bolesnika te o površini na kojoj leži⁸. Trajanje i smjer primjene sile ovise o: patologiji (hernija diska, artroza, mišićni grč), dijelu kralježnice u kojem je patološki proces prisutan, težini i položaju dijela tijela koji se liječi, vrsti trakcije (kontinuirana, intermitentna), pacijentovu stanju (spol, dob, opće zdravstveno stanje) i pacijentovoj podnošljivosti.

Dekompresija uzrokuje negativan pritisak unutar diska koji stvara osmotski pad tlaka, uslijed čega dolazi do pritjecanja nutrijenata i vode u oštećeni disk, što omogućava njegovo zacjeljivanje i vraćanje odgovarajuće funkcije. Time se postiže i pojačava prirodni proces zacjeljivanja diska, a kako disk zacjeljuje, povlače se simptomi bol i disfunkcija jer prestaje mehanički pritisak na živce i korijene živaca unutar spinalnog kanala.

Trakcija vratne kralježnice primjenjuje se kod hernije diska i disfunkcije mekog tkiva. Provodi se kod subakutne i kronične križobolje, cervikalnog sindroma, cervikobrahijalnog sindroma, protruzije intervertebralnog diska, priklještenja živčanog korijena, hipomobilnosti zglobova kralježaka, subakutne ili kronične neinfektivne upale zglobova ili grča paraspinalnih mišića.

Prije primjene trakcije potrebno je izvesti trakcijski test. Ako se testom utvrdi da se bol trakcijom smanjuje, postupak se nastavlja.

Prilikom provođenja trakcije potrebno je odrediti položaj koji mora biti relaksirajući. Ako paravertebralni mišići nisu relaksirani, prije trakcije treba primijeniti druge procedure (topli oblog, infracrvenu lampu, ultrazvuk, krioterapiju) kojima će se olabaviti mišići. Trakcija vratne kralježnice izvodi se u ležećem ili sjedećem položaju. Položaj 30 stupnjeva inklinacije najpovoljniji je za šire-

nje intervertebralnih otvora i fasetnu disfunkciju. Tada je čahura intervertebralnog zgloba u najrelaksiranijem položaju, a fasete su cervikalne kralježnice pokretne. Za svakog se pacijenta mora odrediti veličina inklinacije. Za segment C1 – C2 inklinacija iznosi od 0 do 5 stupnjeva, a za donje vratne kralješke (C5 – C7) iznosi od 25 do 30 stupnjeva. U tim su položajima ligamenti i zglobove intervertebralnih zglobova u relaksiranom položaju.

Uređaj kojim se izvodi mehanička trakcija sastoji se od ležaja i omče u koju se smješta bolesnikova glava te se izvodi trakcija u položaju ležeći na leđima (slika 1).

Sila koja se primjenjuje za gornji dio vratne kralježnice pri trakciji iznosi od 5 do 8 kg, a za srednji i donji dio od 15 do 25 kg. Liječenje traje relativno kratko, obično od 5 do 10 minuta za disfunkciju diska i od 10 do 15 minuta za druga stanja.

Trakcija se ne primjenjuje kod osoba s teškim kardiovaskularnim i respiratornim bolestima, aortalnom ili ili-jačnom aneurizmom, abdominalnom hernijom, teškom osteoporozom, inflamatornim spondiloartritisom, malignitetom u području kralježnice ili mišićnom insuficijencijom te kod pogoršanja simptoma nakon primjene trakcije s izraženijim bolovima ili periferizacijom simptoma⁹. Trakcija je općenito kontraindicirana kod bolesnika s lokalnom i sistemskom bolešću zglobova, akutnim ozljedama, hiperomobilnošću, vaskularnim promjenama i temporomandibularnom disfunkcijom⁷.

S obzirom na to da je ova vrsta terapije relativno rijetka u Hrvatskoj, a istraživanja nisu provedena, smatrali smo shodnim provjeriti djelotvornost navedene terapije u našim uvjetima pa je cilj ovog istraživanja provjeriti

uspješnost dekompresijske terapije kralježnice mjerenu kao ishod na tri različita testa (test cervikalne distrakcije, Spurlingov test, Slump test) kod bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom te utvrditi povezanost sociodemografskih čimbenika s uspješnošću dekompresijske terapije kralježnice kod cervikobrahijalnog sindroma.

Metode

Istraživanje je provedeno u Lumbalis centru u LifeClass termama Sveti Martin tijekom 2013. godine na uzorku od 50 sudionika s cervikobrahijalnim sindromom. Prosječna dob sudionika iznosila je 50 godina (28 do 68). U istraživanju su poštivane sve etičke smjernice: sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno, a sudionici su bili upoznati s postupkom i primjenom rezultata u istraživačke svrhe.

Kao indikator djelotvornosti dekompresijske terapije primijenjena su tri specifična neurodinamička testa: Slump test, test cervikalne distrakcije i Spurlingov test. Maitlandov Slump test široko je primijenjen test neuralne tenzije¹⁰, dok se test cervikalne distrakcije i Spurlingov test zbog svoje zadovoljavajuće dijagnostičke točnosti¹¹ ubrajaju u najčešće upotrebljavane provokacijske testove namijenjene kliničkoj procjeni područja vrata i cervikalne kralježnice kod radikulopatija¹².

Slump test procjenjuje pridonosi li hernija diska, neuronska napetost ili izmijenjena neurodinamika pogoršanju simptoma. Test se izvodi tako da ispitanik sjedi u pogrbljenom položaju s rukama iza leđa. Ispitivač pozicionira ispitanika u položaj flektirane kralježnice, posebno cervikalnog dijela. Ispitivač stavlja ruke na tjeme ispitanika, koji potom izvodi ekstenziju koljena i dorzalnu fleksiju stopala. Na kraju se ispitanik vraća u neutralan početni položaj. Test je pozitivan ako se simptomi intenziviraju u flektiranom položaju, a smanjuju se u neutralnom položaju^{13,14}.

Spurlingov je test medicinski postupak koji se primjenjuje za ispitivanje korijena živaca. Test se izvodi u sjedećem položaju. Ispitanik izvodi laterofleksiju glave u stranu koja nije simptomatski zahvaćena. Aplicira se aksijalna kompresija (lagani pritisak rukom). Nakon toga se postupak ponavlja i na suprotnoj strani. Test se smatra pozitivnim ako tijekom njegova izvođenja dolazi do intenziviranja simptoma¹⁵, odnosno ako bol iradira prema ruci strane na koju je glava flektirana¹². Spurlingov test pokazuje točnost u više od 90 % slučajeva prolapsa cervikalnog diska¹⁶.



Slika 1. Dekompresijska terapija cervikalne kralježnice

Test cervikalne distrakcije izvodi se u supiniranom položaju. Ispitivač pozicionira obje svoje ruke iza glave ispitanika, u području mastoidnih nastavaka, te se glava lagano potiskuje prema tijelu. Test je pozitivan ako se potiskivanjem glave prema tijelu simptomi intenziviraju, a trakcijom odnosno izvlačenjem smanjuju^{12, 15}.

Specifični su testovi provedeni prije i poslije dekompresijske terapije kralježnice. Proces dekompresijske te-

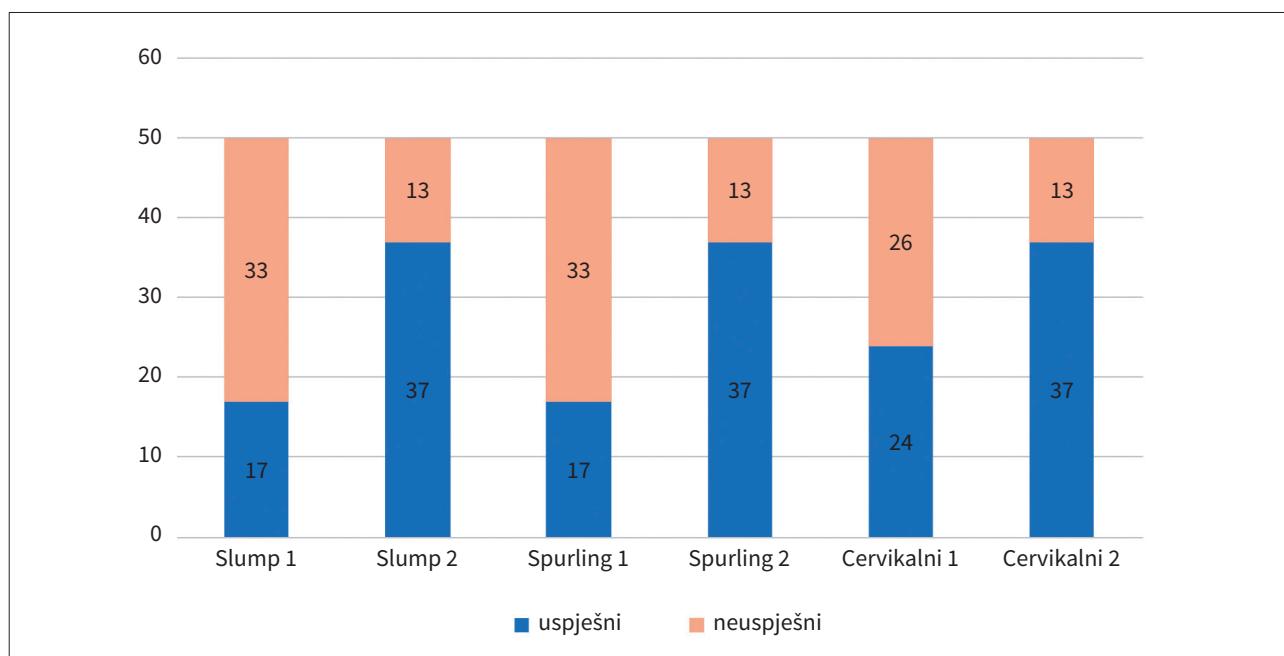
rapije kralježnice obuhvaća zagrijavanje infracrvenom lampom u trajanju od 10 minuta, intermitentnu trakciju na uređaju Eltrac u trajanju od 15 minuta (slika 2), elektroterapiju u trajanju od 30 minuta i magnetoterapiju u trajanju od 15 minuta. Frekvencija dolazaka sudionika na dekompresijsku terapiju kralježnice kreće se od tri do maksimalno osam dolazaka, s prosječnom vrijednošću 4,6 (dominantna je vrijednost četiri dolaska).



Slika 2. Intermitentna trakcija na uređaju Eltrac

Rezultati

Zanimala nas je uspješnost dekompresijske terapije kralježnice kod bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom u vidu ishoda na tri različita testa: Slump test, Spurlingov test te test cervikalne distrakcije. U istraživanju je sudjelovalo 50 sudionika dobnog raspona od 28 do 68 godina s prosjekom $50 \pm 11,9$ godina. Žena je 27 (54 %), a 23 su osobe (46 %) muškog spola. Prosječna tjelesna težina sudionika iznosi 78 kg, s rasponom od 58 do 100 kg. Akutno trajanje simptoma zabilježeno je kod 31 osobe (62 %), a kronično trajanje kod 19 (38 %). Kriterij akutno/kronično odnosi se na trajanje oboljenja¹⁷. Na slici 3 prikazani su rezultati testiranja prije i nakon



Slika 3. Broj bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom s neuspješnim i uspješnim ishodom na Slump testu, Spurlingovu i testu cervikalne distrakcije prije (1) i nakon (2) provedene dekompresijske terapije kralježnice (N = 50)

provedene dekompresijske terapije kralježnice. Pozitivan nalaz označava nepovoljan, neuspješan ishod na testu, dok je negativan nalaz uspješan.

Vidljivo je da je nakon terapije povećan broj bolesnika koji uspješno izvode testove, a McNemarov test pokazao je da je razlika u rezultatima na promatranim testovima prije i nakon dekompresijske terapije kralježnice statistički značajna u smjeru boljih nalaza nakon terapije: za Slump test $p = 0,000$; za Spurlingov test $p = 0,002$; za test cervikalne distrakcije $p = 0,001$.

Dodatno nas je zanimalo i kakav je odnos sociodemografskih čimbenika i napretka bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom na primijenjenim testovima. Levenov test homogenosti varijance provjeren je prije svakog t-testa te je u svim usporedbama pokazao da su skupine homogene. Muški i ženski ispitanici ne razlikuju se značajno po dobi ($t = 0,33$; $df = 48$; $p = 0,743$), kao ni po broju dolazaka na terapiju ($t = 1,001$; $df = 48$; $p = 0,322$). Ishod na Slump testu nakon dekompresijske terapije kralježnice ne razlikuje se statistički značajno s obzirom na spol: $\chi^2 = 0,435$; $df = 1$; $p = 0,509$. Ni za Spurlingov test nije nađena bitna razlika po spolu: $\chi^2 = 0,435$; $df = 1$; $p = 0,509$, a identičan je rezultat dobiven i za test cervikalne distrakcije.

Dob se pokazala relevantnim čimbenikom: nakon dekompresijske terapije kralježnice sudionici s pozitivnim ishodom na Slump testu i na Spurlingovu testu statistički su znatno stariji od sudionika s negativnim ishodom (tablica 1): prosječna dob bolesnika s pozitivnim nalazom iznosi 55,7, dok su bolesnici koji su uspješno obavili oba testa (negativan nalaz) u prosjeku stari 47,7 godina. I na testu cervikalne distrakcije nakon terapije uspješniji su mlađi bolesnici, no razlika u dobi nije statistički značajna.

Tjelesna težina ne razlikuje se kod bolesnika s pozitivnim i s negativnim ishodom nakon dekompresijske terapije kralježnice ni na Slump testu, kao ni na Spurlingovu testu: $t = 0,094$; $df = 48$; $p = 0,926$, a također ni na testu cervikalne distrakcije: $t = 0,338$; $df = 48$; $p = 0,737$.

Razlika u ishodu na testovima nakon dekompresijske terapije kralježnice identična je za sva tri testa te je statistički značajna s obzirom na trajanje simptoma kod bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom: kronični bolesnici s cervikobrahijalnim sindromom imaju znatno lošiji ishod nakon terapije; $\chi^2 = 11,3$; $df = 1$; $p = 0,001$. Bolesnici s kroničnim oboljenjem ujedno su i znatno stariji: $t = 5,4$; $df = 48$; $p = 0,000$. Kronični bolesnici u prosjeku imaju 59 godina, za razliku od akutno oboljelih prosječne dobi 44 godine. Kronični i akutni bolesnici međusobno se znatno ne razlikuju po prosječnom broju dolazaka na terapiju: $t = 0,537$; $df = 48$; $p = 0,594$.

Skupine bolesnika koji jesu odnosno nisu uspješni u primijenjenim testovima nakon terapije ne razlikuju se znatno po broju dolazaka na terapije (Slump test i Spurlingov test: $t = 1,307$; $df = 48$; $p = 0,197$; test cervikalne distrakcije: $t = 0,291$; $df = 48$; $p = 0,773$).

S obzirom na to da se sudionici znatno razlikuju i po dobi i po trajanju oboljenja u ishodu na Slump testu i Spurlingovu testu, s pomoću jednostavne regresijske analize željeli smo provjeriti njihov međusobni odnos. Stoga smo kao prediktore uključili dob i trajanje oboljenja, dok su kriteriji bili ishodi na ova dva testa nakon

Tablica 2. Regresijska analiza za kriterijsku varijablu ishoda na Slump testu i Spurlingovom testu nakon provedene dekompresijske terapije kralježnice kod pacijenata s cervikobrahijalnim sindromom (N = 50)

Prediktori	beta	t
Dob	0,011	0,069
Trajanje oboljenja	0,468	2,881**
R = 0,475		
Korigirani R² = 0,193		
F (2, 47) = 6,862**		
** Značajnost na razini od 0,01		
* Značajnost na razini od 0,05		

Tablica 1. Aritmetičke sredine dobi i t-testovi između uspješnih i neuspješnih bolesnika na Slump testu, Spurlingovom i testu cervikalne distrakcije nakon provedene dekompresijske terapije kralježnice kod pacijenata s cervikobrahijalnim sindromom (N = 50)

Test	ishod	dob	t	df	p
Slump i Spurlingov	uspješni	47,7	2,17	48	0,035
	neuspješni	55,7			
Cervikalna distrakcija	uspješni	48,6	1,12	48	0,268
	neuspješni	52,9			

terapije. Prediktori međusobno značajno umjereno koreliraju (point-biserijalni $r = 0,612$), a njihove korelacije s ishodima na testovima su također značajne i umjerene (point-biserijalni $r = 0,475$ između trajanja oboljenja i testova, odnosno $r = 0,297$ između dobi i testova). Iz tablice 2 vidljivo je da je trajanje oboljenja značajan prediktor za ishod na Slump testu i Spurlingovu testu nakon provedene terapije te taj prediktor objašnjava skromnih 19 % varijance ishoda na testovima. Kronični bolesnici postižu znatno slabije ishode na Slump testu i Spurlingovu testu nakon terapije. Dob se nije pokazala kao značajan prediktor.

Diskusija

Kao kriterij uspješnosti dekompresijske terapije kralježnice uzeli smo ishode na tri neurodinamička testa: Slump test, Spurlingov test i test cervikalne distrakcije. Pozitivan nalaz na testu znači da je stanje bolesnika nezadovoljavajuće, dok negativan nalaz znači da je došlo do uklanjanja simptoma. Brojni autori navode prikladnost navedenih testova u svrhu postavljanja dijagnoze cervikalne radikulopatije^{10-13, 16, 18, 19}.

Nakon provedene terapije vidljiv je povećan broj sudionika koji mogu ispuniti zahtjeve navedenih testova u odnosu na situaciju prije terapije, a ustanovljene su razlike i statistički značajne za sva tri testa. S obzirom na to da je primijenjeni nacrt predeksperimentalnog tipa, ne možemo govoriti o terapiji kao uzroku poboljšanja stanja bolesnika, ali je povezanost terapije i stanja bolesnika neupitna. Nalazi su u skladu s očekivanjima, jer su brojna istraživanja već dokazala djelotvornost dekompresijske terapije kod bolesnika s cervikobrahijalnim sindromom²⁰⁻²⁵, iako uz različite procjene i/ili intervencije. U istraživanjima novijeg datuma u svrhu procjene primjenjuju se *neck disability index* (NDI) i vizualno analogna skala (VAS), kao i *verbal rating scale* (VRS), a terapija varira između kontinuirane i intermitentne. To ukazuje na brojnost kriterija koji reflektiraju djelotvornost dekompresijske terapije.

U svakom testu 26 % bolesnika ni nakon terapije nije bilo uspješno. Razlog za to možemo naći u nedovoljnom broju provedenih terapija, jer je čak 18 bolesnika (36 %) na terapiju došlo samo tri puta, što uglavnom nije dovoljno da bi se stanje stabiliziralo, pogotovo ako je riječ

o kroničnom oštećenju. Iako su dobili drugačiju uputu, većina bolesnika prekida terapiju prije nego što je provedena do kraja. Naime bolesnici sami plaćaju terapiju, što predstavlja znatan financijski izdatak, a također razlog može biti i nedostatak vremena. Nerijetko bolesnici procjenjuju da je došlo do dovoljnog poboljšanja ako je bol smanjena na podnošljivu razinu, odnosno ako je potpuno nestala, dok im drugi kriteriji, npr. pokretljivost, nisu toliko važni.

Radi utvrđivanja značajnosti razlike u uspješnosti terapije po spolu prethodno smo provjerili razlikuju li se muškarci i žene značajno po dobi ili po broju dolazaka na terapiju, kako nam ti podaci ne bi interferirali sa spolom. Pokazalo se da razlike nisu značajne, ali ni razlika po spolu nije se pokazala statistički značajnom u ishodu nakon terapije ni na jednom navedenom testu. Također, udio muškog i ženskog spola u uzorku nije značajno različit. Iako, prema Krapcu, jedan je od najčešćih bolnih sindroma kralježnice kod žena cervikobrahijalni sindrom u kojem se zbog promjena oblika i funkcije u donjoj trećini vratne kralježnice (oštećenje intervertebralnog diska) bolovi iz vrata šire u ramena, nadlaktice i šake. Bolni su sindromi učestaliji kod žena starije životne dobi²⁶. No što se promatranih testova tiče, jednako ih uspješno mogu obavljati pojedinci oba spola jer tjelesna snaga ne igra važnu ulogu u njihovu izvođenju pa to može objasniti nepostojanje razlike.

Za razliku od spola, dob se pokazala naizgled relevantnim čimbenikom; skupina koja ima negativan nalaz na Slump testu i Spurlingovu testu znatno je mlađa, i to za punih osam godina, od skupine s pozitivnim nalazom (47,7 godina u odnosu na 55,7). Na testu cervikalne distrakcije nije nađena značajna razlika s obzirom na dob. Takav je nalaz i očekivan jer je u starijoj dobi češći problem kronične prirode i uznapredovale su degenerativne promjene intervertebralnog diska. Nakon tridesete godine života *anulus fibrosus* intervertebralnog diska počinje gubiti svoju rezistenciju te degenerira²⁶. Kasnije će u prikazu rezultata regresijske analize biti dodatno pojašnjen odnos dobi i ishoda na testovima.

Nema razlike u tjelesnoj težini kod sudionika s pozitivnim i negativnim ishodom na testovima nakon terapije. Iako povećana tjelesna težina može ometati obavljanje aktivnosti svakodnevnog života, u ovom slučaju ipak nije igrala nikakvu ulogu, jer se navedeni testovi mogu uspješno obaviti i s povećanom tjelesnom težinom, barem do određene mjere. Kronični bolesnici s cervikobrahijalnim sindromom imaju značajno lošiji ishod na sva tri testa u odnosu na akutne bolesnike. Nalaz je u skladu s očekivanjima, jer akutna stanja nastaju brzo i

relativno su kratkog trajanja te ih je, ako se na vrijeme dijagnosticiraju, lakše liječiti. Kronična se stanja obično razvijaju sporije, traju kontinuirano duže ili se ponavljaju kroz duže vremensko razdoblje, a zbog svoje prirode utječu na kvalitetu života. Kronična stanja iziskuju mnogo duži vremenski rok kako bi došlo do uklanjanja simptomatskih smetnji.

Po broju dolazaka na terapiju nije utvrđena značajna razlika između osoba s pozitivnim i negativnim nalazom u testovima nakon provedene terapije. Broj dolazaka kreće se između 3 i 8 s dominantnom vrijednošću 4, što u većini slučajeva nije dovoljno za potpuno saniranje stanja. Moguće objašnjenje leži u tome da kriterij prekida terapije nije, nažalost, zadovoljavajuće stanje bolesnika, već njegova ekonomska situacija, raspoloživo vrijeme te motiviranost i angažiranost.

Dvije skupine različite po trajanju oboljenja (akutno/kronično) ne razlikuju se značajno po broju dolazaka na terapiju, ali se značajno razlikuju po dobi i po ishodima na testovima (15 su godina stariji bolesnici s pozitivnim nalazom na testovima) pa se postavlja pitanje što predstavlja izvorni odnos s ishodima na testu, a što je posljedica spuriozne korelacije. S obzirom na to da dob i trajanje oboljenja međusobno značajno umjereno koreliraju, a njihove su korelacije s ishodima na testovima također značajne i umjerene, proveli smo regresijsku analizu s prediktorima dob sudionika i trajanje oboljenja, dok je kriterij bio ishod na Slump testu i Spurlingovu testu nakon provedene dekompresijske terapije kralježnice. Jedino se trajanje oboljenja pokazalo značajnim prediktorom te objašnjava 19 % varijance ishoda na testovima.

Svakako je očekivana povezanost kronične pojave simptoma s većom kronološkom dobi. Nalaz se poklapa s podatkom da se dobna granica pojave cervikobrahijalnog sindroma spušta sve niže, pa tako i u ovom istraživanju nalazimo čak 20 % sudionika u dobi do 35 godina. Iako je tijekom adolescentne i mlađe životne dobi intervertebralni disk posve elastičan i funkcionalan²⁷, sjedilački, užurbani život u kombinaciji s fizičkom neaktivnošću sve više snižava dobnu granicu pojavnosti ovih teškoća. Učestalost cervikobrahijalnog sindroma u SAD-u iznosi 13 % muškaraca i 5 % žena u četvrtom desetljeću života, dok je u osmom desetljeću života učestalost veća od 95 % u oba spola²⁸.

U rezultatima možemo primijetiti izrazito poklapanje rezultata na Slump testu i Spurlingovu testu, stoga je u budućim istraživanjima možda dovoljno primjenjivati samo jedan od njih, kako bi vrijeme testiranja bilo kraće. Spurlingov test jednostavniji je za provođenje,

primjena kraće traje, fokusiran je na gornje segmente te je široko prihvaćen kao metoda za dokazivanje cervikalne radikulopatije¹⁶. Slump test ima više koraka u provedbi, prisutne su sličnosti s drugim testovima, a širina mogućnosti interpretacije čini ga kompliciranijim od većine ortopedskih i neuroloških testova. Međutim, faktori koji ga čine kompliciranijim također ga čine svestranim, učinkovitim i pouzdanim¹⁹. S obzirom na kliničke odnosno istraživačke potrebe i uvjete moguće je odabrati jedan od navedenih testova. Za razliku od njih, test cervikalne distrakcije u inicijalnom je mjerenju nešto slabije dijagnosticirao poteškoće bolesnika: u odnosu na druga dva testa, ovdje je veći broj bolesnika bio uspješan prije terapije. Stoga bi u situaciji vremenske ograničenosti preporučili uporabu Spurlingova testa u dijagnostičke svrhe, dok bi za dobivanje šire slike o poteškoćama bolesnika prvi izbor bio Slump test.

Primijenjeni testovi imaju ishode na razini nominalne skale (pozitivan/negativan), što je prilično robusna mjera koja ne zahvaća suptilne promjene u stanju i funkciji bolesnika. S druge strane, ovi su testovi i vremenski i financijski vrlo ekonomični, a njihovi se nalazi u izrazito visokom postotku poklapaju s nalazima znatno skupljih pretraga (npr. magnetska rezonancija)^{11, 16, 29, 30} ili onih koje uključuju zračenje bolesnika (npr. radiografija, kompjuterizirana tomografija). Uzimajući u obzir te i ostale rizike, kao i skupoću pretraga, smatramo da *cost-benefit* analiza opravdava primjenu specifičnih neurodinamičkih testova. Također, prema Wainneru i Gillu, kompjuterizirana tomografija, magnetska rezonancija i radiografija ukazuju na patoanatomsku dijagnozu kod i do 75 % asimptomatskih slučajeva, ovisno o dobi³¹. Uvid u promjene na koštanim strukturama i diskovima nije garancija da su navedene strukture izvor bolesnikovih radikularnih znakova i simptoma, s obzirom na to da u funkciji vertebralnih dinamičkih segmenata sudjeluju i mnoga druga tkiva.

Zaključci

Osobe s cervikobrahijalnim sindromom nakon provedene dekompresijske terapije kralježnice značajno se razlikuju u ishodu na Slump testu, Spurlingovu testu i testu cervikalne distrakcije u odnosu na stanje prije terapije. Nakon terapije ima znatno više ispitanika koji uspješno prolaze navedene testove.

Nije utvrđena statistički značajna razlika ni po spolu ni po tjelesnoj težini, kao ni po broju dolazaka na terapije u ishodu na promatranim testovima nakon provedene terapije, dok su sudionici koji uspješno rješavaju Slump test i Spurlingov test nakon terapije znatno mlađi od onih koji nisu uspješni. Kod testa cervikalne distrakcije nije nađena značajna razlika po dobi. Kronični bolesnici postižu u značajno većoj mjeri slabiji ishod na sva tri testa nakon terapije u odnosu na bolesnike koji su u akutnom stanju, a te se dvije skupine ujedno razlikuju i po dobi: kronični bolesnici znatno su stariji; dok po broju dolazaka na terapije nije nađena znatna razlika.

Literatura

1. McCormack BM, Weinstein PR. Cervical spondylosis. An update. *Western Journal of Medicine*. 1996;165(1-2):43-51.
2. Kolak A, Kolak M. *Klinička medicina*. Naklada Mosta; 2004. 197-225.
3. Jajić I, Jajić Z. *Reumatologija u praksi*. Zagreb: KB Sestre milosrdnice; 1999. 125-131.
4. Jajić I. *Specijalna fizikalna medicina*. Zagreb: Školska knjiga; 1991. 24-31.
5. Baričić M. *Degenerativne bolesti kralježnice*. Klinika za ortopediju Lovran; 2009.
6. Dvorák J. Epidemiology, physical examination, and neurodiagnostics. *Spine*. 1998;23(24):2663-73.
7. Jajić I., Jajić Z. i sur. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*. Zagreb: Medicinska naklada; 2008. 290-330. Weisberg J, Hecox B, Mekreteab TA. *Spinal traction*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1994. 349-417.
8. Wong AM, Leong CP, Chen CM. The traction angle and cervical intervertebral separation. *Spine*. 1992;17(2):136-8.
9. Marčić A. *Križobolja*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2009. 413-420.
10. Johnson EK, Chiarello CM. The slump test: the effects of head and lower extremity position on knee extension. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 1997;26(6):310-7.
11. Rubinstein SM, Pool JJ, van Tulder MW, Riphagen II, de Vet HC. A systematic review of the diagnostic accuracy of provocative tests of the neck for diagnosing cervical radiculopathy. *European spine journal*. 2007;16(3):307-19.
12. Malanga GA, Landes P, Nadler SF. Provocative tests in cervical spine examination: historical basis and scientific analyses. *Pain Physician*. 2003;6(2):199-205.
13. Davis DS, Anderson IB, Carson MG, Elkins CL, Stuckey LB. Upper limb neural tension and seated slump tests: the false positive rate among healthy young adults without cervical or lumbar symptoms. *Journal of manual and manipulative therapy*. 2008;16(3):136-41.
14. Majlesi J, Togay H, Unalan H, Toprak S. The sensitivity and specificity of the Slump and the Straight Leg Raising tests in patients with lumbar disc herniation. *Journal of clinical rheumatology*. 2008;14(2):87-91.
15. Wainner RS, Fritz JM, Irrgang JJ, Boninger ML, Delitto A, Allison S. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine*. 2003; 28(1):52-62.
16. Shah KC, Rajshekhar V. Reliability of diagnosis of soft cervical disc prolapse using Spurling's test. *British journal of neurosurgery*. 2004;18(5):480-3.
17. Graberski M, Bobinac-Georgievski A, Matasović T, Aljinović I, Gabrić S. Electrokinesthesiological Technique in the Assessment of Spinal Function. *Collegium antropologicum*. 1993;17(2):339-344.

18. Tong HC, Haig AJ, Yamakawa K. The Spurling test and cervical radiculopathy. *Spine*. 2002;27(2):156-9.
19. Miller KJ. The slump test: clinical applications and interpretations. *Chiropractic Technique*. 1999;11(4):157-163.
20. Eyerman EL. Simple Pelvic Traction Gives Inconsistent Relief to Herniated Lumbar Disc Suffers. *Journal of Neuroimaging*. 1998; Rad je prikazan na American Society of Neuroimaging, Orlando, Florida 2-26-98.
21. Konstantinou K, Foster N, Rushton A, Baxter D. The use and reported effects of mobilization with movement techniques in low back pain management; a cross-sectional descriptive survey of physiotherapists in Britain. *Manual therapy*. 2002;7(4):206-14.
22. Ojoawo AO, Olabode A, Esan O, Badru A, Odejide S, Arilewola B. Therapeutic Efficacy of Cervical Traction in the Management of Cervical Radiculopathy. *Rwanda Journal of Health Sciences*. 2013;2(2):25-29.
23. Shealy CN. Cervical decompression treatment. *Practical pain management*. 2007;4:14-16.
24. Sang-Yeol M, Hyeong-Dong K. The Effect of Motorized Spinal Decompression Delivered via SpineMED Combined with Physical Therapy Modalities for Patients with Cervical Radiculopathy. *Journal of physical therapy science*. 2010;22(4):429-435.
25. Fritz JM, Thackeray A, Brennan GP, Childs JD. Exercise only, exercise with mechanical traction, or exercise with over-door traction for patients with cervical radiculopathy, with or without consideration of status on a previously described subgrouping rule: a randomized clinical trial. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2014;44(2):45-57.
26. Krapac L. Problemi reumatskih tegoba i bolesti u žena s obzirom na način i uvjete rada. *Migracijske teme*. 1990;6(Suppl. 4):79-85.
27. Medina F, Bossi AM. i sur. *Medicinski leksikon*. Naklada Mosta; 2004. 388-392.
28. Silman AJ, Hochberg MC. *Epidemiology of the rheumatic diseases*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
29. Ghasemi M, Golabchi K, Mousavi SA, Asadi B, Rezvani M, Shaygannejad V, Salari M. The value of provocative tests in diagnosis of cervical radiculopathy. *Journal of research in medical sciences*. 2013;18(Suppl. 1):S35-8.
30. Shabat S, Leitner Y, David R, Folman Y. The correlation between Spurling test and imaging studies in detecting cervical radiculopathy. *Journal of neuroimaging*. 2012;22(4):375-8.
31. Wainner RS, Gill H. Diagnosis and nonoperative management of cervical radiculopathy. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*. 2000;30(12):728-44.

EFFECTIVENESS OF THE SPINAL DECOMPRESSION THERAPY IN PATIENTS WITH CERVICOBACHIAL SYNDROME

Professional paper



¹ Lidija Pavlović
² Dalibor Kiseljak
² Olivera Petrak

¹ Lumbalis Centre, Sveti Martin na Muri
² University of Applied Health Sciences, Zagreb

Abstract

Cervicobrachial syndrome greatly impairs the performance of the activities of daily living and professional activities, and it is the subject of many studies. Compression of neurological structures due to the herniation of the intervertebral disc with sensomotor deficit is an indication for surgical treatment. In recent years, the interest in traction (decompression) as a treatment modality has been increasing and many new methods based on the neurophysiological and biochemical principles have been developed. Therefore, traction has been increasingly applied in the treatment of various conditions. Spinal decompression therapy presents a non-invasive approach to the cervicobrachial syndrome treatment.

The objective of this study is to verify the success of spinal decompression therapy measured as an outcome of the specific neurodynamic tests in patients with cervicobrachial syndrome, and to determine the relationship between socio-demographic factors and the success of the spinal decompression therapy in cervicobrachial syndrome.

The sample was comprised of 50 participants (54% women), with cervicobrachial syndrome, aged 28-68 years (mean age of 50). Acute symptoms were present in 62% of the patients and chronic symptoms in 38%. The frequency of the therapy sessions ranged from 3 to 8, with the dominant value of 4. For the purposes of the research three specific tests were used: Slump Test, Spurling's test and cervical distraction test.

After the finalization of the spinal decompression therapy of the patients with the cervicobrachial syndrome there are significant differences in the results of the Slump test, Spurling's test and cervical distraction test, compared to the pre-treatment status: after the treatment there are significantly more patients who successfully pass these tests. From the analyzed socio-demographic features, the age of the participants seems to be significant: participants who successfully solve the Slump and Spurling's post-treatment tests are significantly younger than the unsuccessful participants. After the therapy, chronic patients, in comparison to the acute patients, have significantly lower performance in all three tests. These two groups also differ in age - chronic patients are significantly older, while no significant differences are found in the number of the therapy sessions. In the regression analysis, the duration of the problem has proven to be a significant predictor, as opposed to age which proved to be insignificant. Gender, weight and the number of therapy sessions are not related to the assessment outcomes.

Keywords: cervicobrachial syndrome, spinal decompression therapy, traction, neurodynamic assessment



Utjecaj depresivnog roditelja na razvoj djeteta

¹ Boris Vučić

¹ Samka Ekić

¹ Klinika za psihijatriju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

Sažetak

Poremećaji raspoloženja spadaju među najčešće psihijatrijske poremećaje uopće. Incidencija je depresivnog poremećaja u porastu. Depresivni poremećaj duboko prožima sve aspekte života i djeluje na cijelu obitelj, tako da možemo reći da je bolešću pojedinca pogođena cijela obitelj, posebno njezini najvulnerabilniji članovi. Budući da ne postoji dobna granica za nastanak depresije, postavlja se pitanje kako ta bolest djeluje na djecu, odnosno kakve posljedice na psihosocijalni razvoj i formiranje ličnosti ostavlja odrastanje uz depresivne roditelje.

Cljučne riječi: depresivni poremećaj roditelja, psihosocijalni razvoj djeteta

Datum primitka: 15.09.2015.

Datum prihvatanja: 17.11.2015.

Adresa za dopisivanje:

Boris Vučić, dipl. med. techn.
Klinika za psihijatriju
Klinička bolnica Dubrava
Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb
E-pošta: borisvucic7@gmail.com

Uvod

Poremećaji raspoloženja najčešći su psihijatrijski entiteti. Glavni su simptomi tih poremećaja, uz promjenu raspoloženja, poremećaj nagona, energije i kognicije. Depresivni poremećaj osim sniženog raspoloženja uključuje oskudnu emocionalnu reakciju, gubitak volje, energije, interesa, osjećaj krivnje i smetnje nagona. Često se kod osoba koje boluju od depresivnog poremećaja javljaju suicidalna razmišljanja i/ili pokušaji suicida¹. Depresivni poremećaj pojavljuje se u dva oblika, kao depresivna epizoda i kao povratni depresivni poremećaj. Depresivni je poremećaj najčešći entitet ne samo unutar poremećaja raspoloženja nego i unutar svih psihijatrijskih poremećaja općenito¹.

Incidencija depresivnog poremećaja u stalnom je porastu još od 1915. godine i prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji do 2020. godine po učestalosti će biti na drugom mjestu svih bolesti. Rizik za obolijevanje od depresije za žene je 10 do 25 %, a za muškarce 5 do 12 %².

Etiologija

Mnoga su tumačenja o etiologiji depresivnog poremećaja. Biološka tumačenja spominju naslijeđe kao bitan čimbenik, jer depresivni bolesnik među svojim rođacima ima više osoba oboljelih od depresivnog poremećaja nego zdrava osoba³. Postoje tumačenja da se prenosi poligenski, gdje su ključni oni geni uključeni u metabo-

lizam serotonina⁴ i dopamina⁵. Analitičke teorije spominju fiksaciju na oralnu fazu razvoja⁶. Kognitivne teorije smatraju da depresivne misli, afekti i ponašanje mogu nastati zbog pogrešnog mišljenja i procesuiranja informacija⁷, bihevioralne pokazuju da oboljeli imaju manjak socijalnih vještina⁸. Teorija osobina ličnosti tumači da su pasivnost, povučenost i nisko samopoštovanje put ka depresivnom poremećaju. Stresni životni događaji također su često povezani s pojavom depresivnog poremećaja⁹. Pojavljivanje svih bolesti i poremećaja slijedi isti put: prisutnost uzročnih čimbenika i njihov utjecaj na pojedinca dovodi do pogoršanja funkcioniranja izloženog pojedinca i osoba u njegovoj neposrednoj blizini, ovisno o postojanju rizičnih i protektivnih čimbenika¹⁰. U ovakvoj multipliciranoj etiologiji zapravo vidimo kompleksnost ovog psihijatrijskog poremećaja.

Odnos depresivnog roditelja i djeteta

Težina i kompliciranost poremećaja nameće pitanje kakav odgoj mogu pružiti depresivni roditelji, kojima je i samima često potrebna medicinska skrb ili barem nadzor, i kakve to posljedice ostavlja u razvoju djeteta i u njegovoj transformaciji u odraslog čovjeka. Studije depresivnosti kod djece pozornost su usmjerile na obiteljske odnose kao moguće faktore objašnjenja depresivnosti¹¹.

Obitelj je najznačajniji faktor socijalizacije u ranom djetetovu životu, kad se stječu prva iskustva i stavovi, stoga je odnos između roditelja i djeteta temelj za razvoj zdrave ličnosti. Čest je problem u roditeljskom odgoju transgeneracijski prijenos grešaka vlastitih roditelja i pokušaj njihova ispravljanja. Djeci treba ponuditi pravila koja će se dosljedno primjenjivati i ograničenja da bi se zadovoljila ravnoteža i formirale zdrave osobnosti. Djeca u najranijoj dobi uče oponašanjem koje je ključno za njihov razvoj te roditelji moraju biti svjesni svoje uloge u odgoju¹². Postavlja se pitanje kakav odgoj s obzirom na svoje mogućnosti pruža depresivan roditelj i kakve su dalekosežne posljedice. Za nastanak poteškoća u razvoju djece od veće su važnosti obiteljski odnosi nego vrsta bolesti roditelja¹³.

Jedna od dvije dimenzije roditeljskog ponašanja, emocionalnost, odnosi se na emocije koje roditelj proživljava i iskazuje u odnosu s djetetom. Na jednom je kraju emocionalna toplina, a na drugom hladnoća. Dokazano

je da toplina kao aspekt obiteljskog okruženja najviše utječe na dječji razvoj jer takvi roditelji podržavaju svoju djecu, ohrabruju, motiviraju i hvale, dok emocionalno hladni zanemaruju i odbacuju, kritiziraju i kažnjavaju. Druga je dimenzija kontrola, koja može biti prečvrsta te dovesti do ovisnosti, smanjene motivacije ili potisnute hostilnosti ili slaba s malo pravila, što može dovesti do pojave agresivnosti kod djeteta¹². Većina studija koja proučava odnos ličnosti roditelja i kvalitete roditeljstva usmjerena je na vezu između poremećaja u psihološkom funkcioniranju i roditeljskog ponašanja. Depresivne majke stvaraju razorno, hostilno i odbacujuće okruženje svojoj djeci koje nepovoljno utječe na dječje funkcioniranje i na psihološku adaptaciju djeteta, manje su responsivne te se slabije prilagođavaju dječjim potrebama, pokazuju više ljutnje i tuge te manje pozitivnih emocija nego nedeprativne majke¹⁴. Primijećen je utjecaj na stanje afekta kod djeteta, i to bez obzira na jačinu simptoma¹⁵. Roditelji koji imaju simptome depresivnog poremećaja pokazuju i manje prihvaćanja, podrške ili emocija u odnosu s djetetom¹⁴. Smanjena je usmjerenost ka djeci i transfer pozitivnih emocija¹⁶. Općenito su značajke odnosa depresivne djece i njihovih roditelja smanjena komunikacija, povećana hostilnost te manjak zajedničkih aktivnosti¹¹.

Razvoj dječje privrženosti

Dijete uspostavlja vezu s najbližom osobom. Najčešće su to roditelji, koji će mu svojom blizinom i dostupnošću osigurati zaštitu. U situacijama koje doživi kao nesigurne i prijeteeće dijete traži zaštitu roditelja kroz privrženo ponašanje. Većina djece, oko dvije trećine, uspostavlja siguran tip privrženosti. Roditelj takvog djeteta emocionalno je dostupan, tj. u pravo vrijeme i na pravi način odgovara na djetetove razvojne i emocionalne potrebe. Djeca čiji roditelji nisu uspjeli na zadovoljavajući način odgovarati na njihove potrebe svijet doživljavaju kao nesigurno mjesto, uskraćeni su za iskustva koja im omogućuju razvoj samopouzdanja i povjerenja u druge te razvijaju nesiguran tip privrženosti koja se u odrasloj dobi može očitovati kroz uspostavljanje površnih odnosa, nekritično uspostavljanje emocionalnih odnosa, nepovjerenje, autodestruktivnost ili heterodestruktivnost, nedostatak morala i samokontrole, agresiju i dr. Vulnerabilnost djeteta stanje je najmanje otpornosti na oštećenja i agresiju,

a rezultat je interakcije genskih i okolinskih čimbenika. Očituje se kao predispozicija za somatsko ili psihičko disfunkcioniranje¹³. Jedan su od rizičnih čimbenika za razvoj nesigurne privrženosti i depresivni poremećaji roditelja, bilo jednog ili oba, gdje je dokazano da oni kao takvi pokazuju manje prihvaćanja, topline, spontanosti i strpljivosti te su skloniji učestalijem kažnjavanju djece. Bolesni član obitelji mijenja ustaljene odnose i rituale, ovisno o tome koju poziciju zauzima u obitelji. U slučaju bolesti majke obitelj kratkoročno uglavnom uspijeva kompenzirati novonastalu situaciju, dok kod dugotrajnih procesa dolazi do trajnih promjena unutar obitelji i često ženska djeca mogu biti zakočena u svojem razvoju zbog poremećenog procesa identifikacije. Kod bolesti oca, koji u strahu od narcističke povrede da više ne može adekvatno skrbiti o obitelji može prihvatiti ili odbiti pažnju obitelji, u svakom slučaju briga i odgovornost prelaze na ostale članove obitelji, među njima i djecu¹⁰.

Posljedice odrastanja uz depresivne roditelje

Djeca čiji roditelji nisu adekvatno odgovorili na njihove emocionalne potrebe donose zaključke da su loši, neželjeni, bezvrijedni te da ne mogu imati povjerenja u roditelje i na tim temeljima grade svoje buduće odnose. Ta negativna temeljna uvjerenja potiču osjećaj emocionalne otuđenosti i izolacije od obitelji i društva. Prema Beckovoj kognitivnoj teoriji, depresivne se osobe osjećaju tako zato što je njihovo razmišljanje pristrano usmjereno na negativna tumačenja. Prema Becku, u djetinjstvu i adolescenciji depresivne osobe stječu negativnu shemu, između ostalog i zbog depresivnog stava roditelja. Lewinsohn objašnjava nastanak depresivnog poremećaja u djece kao posljedicu nezadovoljavajućega pozitivnog potkrepljivanja, što stvara osjećaj bespomoćnosti i uvjerenje kako se ne može utjecati na okolinu, dok ga Seligman definira kao naučenu bespomoćnost¹⁷. Budući da takvoj djeci roditelji nisu uspjeli osigurati zadovoljenje potreba, osjećaju se nevidljivo i bespomoćno, što postaje uobičajeni način mišljenja i osjećanja u budućnosti. Ako dijete povjeruje da ne dobiva zadovoljenje osnovnih potreba kad to treba i traži, agresivno ponašanje i neprimjereni ispadi bijesa mogu mu se učiniti kao jedino rješenje. Takvo ponašanje može biti kratkoročno učinkovito i održati povezanost s

roditeljem, makar samo konfliktnu, ali pridonijeti i razvoju odbijajućih roditeljskih reakcija, čime se dodatno prekida mogućnost uspostave zdrave veze. Drugim riječima, ako dijete jedino neprimjerenim reakcijama dobiva pažnju roditelja, to postaje ustaljeni obrazac ponašanja.

Regulacija emocija i ponašanja ključna je u zdravom ranom razvoju djece, gdje ono u interakciji s okolinom uči prilagođavati emocije, nositi se s frustracijom i stresom. Roditelji koji su depresivni te nisu usklađeni s djetetovim potrebama i emocijama ostavljaju ga bez potpore da upravlja svojom ljutnjom, tugom i strahovima te će biti prepušteno vlastitom nezrelom repertoaru ponašanja. Bolesna majka ne može adekvatno odgovoriti na djetetove potrebe te će ona majku koja ne ispunjava njegova očekivanja doživjeti kao i da nije prisutna¹⁰. Takvo zanemarivanje dovodi do nesposobnosti djece da prepoznaju svoje emocije i ponašanje i njima upravlja. Budući da dijete roditeljske vrijednosti i ponašanja usvaja kao vlastita, tako se može očekivati da transgeneracijskim prijenosom usvoji neosjetljivost za zadovoljenje potreba vlastite djece u budućnosti¹⁸.

Prema istraživanju Medicinskog fakulteta sveučilišta u New Yorku provedenom na više od 20 000 obitelji, 11 % djece s depresivnim očevima, 19 % djece s depresivnim majkama te 25 % djece u slučajevima kad su oba roditelja patila od depresivnog poremećaja imalo je ponašanje koje se karakterizira kao problematično te neprimjereno emotivno funkcioniranje, dok je takve djece koja dolaze iz obitelji gdje roditelji ne boluju od depresivnog poremećaja bilo svega 6 %. Istraživanje provedeno na uzorku od 69 majki praćenih od početka trudnoće pa do trideset mjeseci postpartalno pokazalo je da majke s depresivnim poremećajem kao komorbidnom dijagnozom pružaju manje pažnje i skrbi od majki bez poremećaja ili samo s depresivnim poremećajem¹⁹.

Zaključak

Svakodnevni se obiteljski život mijenja i postaje kompliciraniji kada roditelj pati od depresivnog poremećaja. Nesigurnost povezana s neizvjesnošću i tijekom bolesti utječe na svakodnevni život ukućana. Takav poremećaj mijenja vezu između roditelja i djece jer dolazi do otežane komunikacije. Depresivni se roditelj povlači u sebe, a djeca imaju osjećaj da su prepuštena sama sebi. Odgoj i

naslijeđe osnovni su čimbenici koji formiraju ličnost. Dok je genetsko „opterećenje“ depresivnim poremećajem 30 %²⁰ nešto što je konstanta, odgoj je ono na što se može utjecati jer su roditelji najvažniji modeli u ranom razvoju te njihove metode odgoja postavljaju temelj buduće ličnosti u koje će dijete izrasti. Zdravstveni djelatnici koji skrbe o oboljelom zapravo neizravno pozitivno utječu i sudjeluju i u odgoju njegove djece. S obzirom na to da depresivni poremećaj ima kompliciran utjecaj na već izgrađenu ličnost oboljelog roditelja i njegovu okolinu, postavlja se pitanje kakav je utjecaj na vulnerabilnu ličnost djeteta oboljeloga. Depresivni poremećaj utječe na sve članove obitelji, stoga je kod odraslih osoba koje imaju malodobnu djecu što ranija detekcija i primjereno liječenje pomoć ne samo njima, oboljelima, nego još i značajnije, njihovoj djeci. Dječji poremećaji traže rane, sveobuhvatne i dugotrajne intervencije s ciljem da budu proaktivne, a ne reaktivne, kad se problem već dogodi. Osim roditeljske patologije, na nastanak poremećaja utječu i drugi faktori, poput ekonomskih ili socijalnih koji su čest pratitelj obiteljske disfunkcionalnosti, pa bi intervencije, da bi bile učinkovitije, morale djelovati na više tih faktora. Jedne su od učinkovitijih kognitivno-bihevioralne, koje se primjenjuju ne samo kod dječje anksioznosti i depresivnosti već impulzivnosti i hiperaktivnosti, tj. onih poremećaja koji uglavnom i prate djecu koja odrastaju u depresivnom okruženju, kojima ih se podučava kako da svoje neprikladno ponašanje racionalno kontroliraju²¹. Potrebna je pomoć roditelja, socijalnih radnika i patronažnih sestara, uključivanje u sustav zdravstvenog odgoja i detekcija potrebne razine skrbi, u svakom slučaju, aktivnije djelovanje i multidisciplinarni pristup, kako bi se smanjio ili ublažio eventualni transgeneracijski prijenos bolesti, jer se način emocionalne relacije između roditelja i djece, dakako, uz uvijek nove modifikacije, prenosi iz generacije u generaciju²².

Literatura

1. Jakovljević M. *Depresivni poremećaji: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja*. Zagreb: Pro Mente; 2004.
2. Davey G. *Psychopathology: research, assessment and treatment in clinical psychology*. Chichester: Blackwell; 2008.
3. Akiskal HS. New insights into the nature and heterogeneity of mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1989;50 Suppl.: 6-10.
4. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-389.
5. Lopez Leon S, Croes EA, Sayed-Tabatabaei FA, Claes S, Van Broekhoven C, van Duijn CM. The dopamine D4 receptor gene 48-base-pair repeat polymorphism and mood disorders: A meta-analysis. *Biological Psychiatry*. 2005;57(9):999-1003.
6. Freud S. *Mourning and melancholia. Collected papers*. Vol. 4. London: Hogarth; 1917.
7. Beck AT. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
8. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. U: Friedman RJ, Katz MM, ur. *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington DC: Winston-Wiley; 1974.
9. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967;11(2):213-218.
10. Klain E i sur. *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden marketing; 1999.
11. Lebedina Manzoni M. *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2007.
12. Biloglav M, Skorić V, Rudan S, Odgoj ili genetika – nadrađanje vlastitog nasljeđa. *Ekvilibrij – Časopis studenata pedagogije Hrvatske*. 2012;1. Dostupno na: <http://www.pedagogija.hr/ekvilibrij/pdf/odgoj-ili-genetika.pdf> (pristupljeno 04.09.2015.)
13. Nikolić S, Marangunić M i sur. *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
14. Macuka I. Osobine i kontekstualne odrednice roditeljskog ponašanja. *Suvremena psihologija*. 2010;13(1):63-81.
15. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*. 2009;17(2):147-156.
16. Dix T, Meunier LN. Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of thirteen regulatory processes. *Developmental Review*. 2009;29:45-68.
17. Berger J, Biro M, Hrnjica S. *Klinička psihologija - individualna i socijalna*. Beograd: Naučna knjiga; 1990.
18. Buljan Flander G, Bačan M, Matešković D. *Nasilna ponašanja mladih - Zašto je ljubav važna?* Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece Grada Zagreba; 2010. Dostupno na: <http://www.poliklinika-djeca.hr/wp-content/uploads/prirucnik-zasto-je-ljubav-vazna.pdf> (pristupljeno 04.09.2015.)
19. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(1):18-26.
20. Agrawal A, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Population-based twin study of sex differences in depressive symptoms. *Twin Research*. 2004;7(2):176-181.
21. Nietzel MT, Bernstein DA, Milich R. *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
22. Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvoržak M. *Medicinska psihologija*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada; 1979.



THE EFFECT OF PARENTAL DEPRESSION ON A CHILD'S DEVELOPMENT

¹ Boris Vučić

¹ Samka Ekić

¹ Clinic for Psychiatry, Clinical hospital Dubrava, Zagreb,
Croatia

Abstract

Mood disorders are among the most common psychiatric disorders and the incidence of depressive disorders is on the rise. A depressive disorder deeply permeates every aspect of life and affects the whole family. We can thus say that the disease of the individual takes effect on the whole family, especially its most vulnerable members. As there is no age limit for the occurrence of depression, the question is how this disease affects children, that is, how growing up with a depressed parent influences the child's psychosocial development and formation of personality.

Keywords: parental depression, psychosocial development of a child

UPUTE ZA AUTORE

1. Uvod

Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti objavljuje izvorne istraživačke, teorijske, metodološke i pregledne znanstvene i stručne radove iz svih područja zdravstvenih znanosti. Kao izvorni istraživački znanstveni i stručni radovi podrazumijevaju se izvještaji o rezultatima istraživanja utemeljeni na podacima dobivenim kvantitativnim i kvalitativnim metodološkim postupcima. Teorijski članci podrazumijevaju cjelovitu razradu mogućih objašnjenja nekog fenomena utemeljenu na dosadašnjim spoznajama i teorijama nadopunjenu novim idejama i hipotezama. Metodološki radovi trebaju dati cjeloviti prikaz metoda, tehnika i postupaka prikupljanja i analize podataka koji su nedovoljno poznati, inovativni ili do sada nisu korišteni, odnosno relativno rijetko su korišteni u pojedinom području zdravstvenih znanosti. Kao pregledni radovi bit će prihvaćeni oni članci koji se odnose na znanja iz područja zdravstvenih znanosti, koja do sada nisu sistematski prikazana, a tekstovi kojih su utemeljeni na primjerenom skupu relevantnih izvornih znanstvenih radova, odnosno one koji su utemeljeni na rezultatima meta-analiza s reprezentativnim korpusom izvornih radova.

2. Struktura teksta

Izvorni istraživački radovi se trebaju pridržavati osnovne strukture pisanja znanstvenih radova, u smislu da postoji *Uvod* u kojem se opisuje problem rada, *Metode* u kojima se precizno navode korištene metode, materijali i grupe ispitanika i koje omogućuju repliciranje istraživanja, jasno i pregledno navedeni *Rezultati* istraživanja i *Diskusija* provedenog istraživanja i rezultata sa pripadajućim *zaključcima*. O načinu pisanja izvornih istraživačkih radova, autori se mogu informirati iz navedenih po-

AUTHOR GUIDELINES

1. Introduction

Journal of Applied Health Sciences publishes original research, theoretical, methodological, review and professional papers from all areas of health sciences. The original research scientific and professional papers include reports on the research results based on data collected in quantitative and qualitative methodological procedures. Theoretical papers imply a comprehensive elaboration of possible explanations of specific phenomenon based on current understanding and theories complemented by new ideas and hypotheses. Methodological papers should give a comprehensive overview of methods, techniques and procedures of collecting and analyzing data that are innovative, not sufficiently known, or have thus far not been or have been rarely used in a particular field of health sciences. Review papers will have to relate to knowledge in the field of health science which has so far not been systematically shown, and which will have to be based on an appropriate set of relevant original research papers, i.e. those which are based on the results of meta-analyses with the representative corpus of original works.

2. Paper structure

Original research papers should use the general scientific paper format, in the sense that they are subdivided into several sections: *Introduction* which states the topic of the paper; *Methods* which specifies the methods used, materials and groups of patients and which enables the replication of research; clearly stated research *Results* and *Discussion* of the research and results with its *Conclusions*. Authors can get information on the format of original research papers, from the provided links, as well as in a series of books and articles published on the topic

veznica, kao i u nizu knjiga i radova objavljenih na temu kvalitetnog pisanja znanstvenih i istraživačkih radova. Ostale vrste radova (*teorijski, metodološki, pregledni*) trebaju imati adekvatnu strukturu iz koje se jasno vidi osnovna ideja i slijed zaključaka, a uredništvo ostavlja pravo na sugestije i korekcije navedene strukture. Veličina teksta bi se trebala kretati u rasponu od 5 kartica do 20 kartica teksta pisanog jednostrukim proredom (jedna kartica teksta je 1800 znakova sa jednostrukim proredom). Svi radovi trebaju imati sažetak, veličine do 250 riječi, koji prati strukturu osnovnog teksta i u kojem se ukratko opisuju relevantni dijelovi rada, sa najvažnijim rezultatima i zaključcima.

3. Upute za oblikovanje teksta

3.1. Prva strana

Prva strana treba sadržavati:

- ▶ Naslov rada
- ▶ Imena autora, kojima prethodi brojčana oznaka u superskriptu koja ih povezuje sa ustanovom u kojoj rade, u obliku ¹*Ime Prezime*.
- ▶ Nazive ustanova, kojima prethodi brojčana oznaka u superskriptu koja ih povezuje sa imenom i prezimenom autora, u obliku ¹*Naziv ustanove*.
- ▶ Sažetak, veličine do 250 riječi, prema uputama kako je gore navedeno. Riječ “**Sažetak**” je potrebno podebljati.
- ▶ Ključne riječi, odvojene zarezom, u obliku Ključne riječi: ključna riječ1, ključna riječ2 Riječi “**Ključne riječi**” je potrebno podebljati.
- ▶ Ispod toga je potrebno dodati i podatke autora za kontakt, koji predstavlja jednog od autora a koji je zadužen za komunikaciju sa uredništvom. Potrebno je navesti ime i prezime, e-mail adresu, kontakt telefon i adresu.

3.2. Veličina stranice, margine i prored

Veličina papira treba biti postavljena na A4 (21 cm x 29,7 cm), sa svim marginama od 2,5 cm. Tekst započinje na slijedećoj strani nakon naslova i sažetka. Prvi odjeljak iza svakog naslova je bez uvlake, a svaki slijedeći odjeljak je uvučen za 0,63 cm. Tekst je potrebno pisati jednostrukim proredom, između odjeljaka je potrebno ostaviti jedan red praznog teksta, a prije svakog podnaslova dva reda praznog teksta.

of quality writing of scientific and research papers. Other types of papers (*theoretical, methodological, review papers*) should have adequate format which clearly presents the basic idea and the sequence of conclusions, but the editorial board reserves the right to suggestions and structural corrections. The length of the paper should be from 5 pages up to 20 pages of single-spaced text (one standard page is 1800 characters with single spacing). All papers should have an abstract of up to 250 words, which follows the structure of the text and which briefly describes the relevant parts of the paper, with the most important results and conclusions.

3. Guidelines for text formatting

3.1. Title page

Title page should contain:

- ▶ The title of the paper
- ▶ Authors' names preceded by a superscript number denoting their institutional affiliation, e.g. ¹*Name Surname*.
- ▶ Institution's name preceded by a superscript number denoting the author e.g. ¹*Name of the institution*.
- ▶ Abstract, up to 250 words, written according to the abovementioned instructions. The word “**Abstract**” should be written in bold.
- ▶ Keywords, divided by commas, as in the example: *Keywords: keyword1, keyword2,...* “**Keywords**” should be typed in bold.
- ▶ Beneath you should type the corresponding author's/authors' contact details. Type the author's name and surname, email address, phone number and address.

3.2. Paper size, margins and spacing

Paper size should be A4 (21 cm x 29,7 cm), with 2,5 cm margins on all sides. The text of the article should after the title page. The first paragraph after each heading has no indentation, and each subsequent section should be indented by 0.63 cm. The text should be single-spaced, with an empty line between each paragraph, and two empty lines before each subheading.

3.3. Font styles, alignment, headings and subheadings

The use of 12 pt. *Times New Roman* font is recommended. For the alignment of the abstract and the body of

3.3. Vrsta fonta, poravnavanje i označavanje podnaslova

Preporučeno je korištenje *Times New Roman* fonta veličine 12 točaka. Poravnavanje sažetka i tijela teksta je potrebno postaviti na *obostrano*. Naslov rada, imena autora i institucija, podnaslove u tekstu i sadržaj u tabellama je potrebno poravnati na lijevu stranu. Kod brojačnog označavanja podnaslova prve, druge ili niže razine, iza broja je potrebno staviti točku (npr. 4., 4.1., 4.1.1.).

3.4. Tabele

Tabele trebaju biti poravnane na lijevu stranu. Svaka tabela treba imati svoj naslov koji započinje sa nazivom Tabela *broj tabele*. (npr. Tabela 1. Broj pacijenata sa koronarnom bolešću). Tabele se dostavljaju u zasebnoj datoteci, u Microsoft Excel .xls ili .xlsx formatu ili Microsoft Word .doc ili .docx formatu.

3.5. Slike i ilustracije

Svaka slika i ilustracija treba imati svoj naslov koji započinje sa nazivom Slika *broj slike*. (npr. Slika 1. Odnos pacijenata tijekom desetogodišnjeg razdoblja...) Slike i ilustracije dostavljaju se u zasebnoj datoteci, u .jpg ili .png formatu.

3.6. Simboli i jednadžbe

Prilikom korištenja simbola preporučena je upotreba standardnog *Symbol* fonta. Za prikaz jednadžbi preporučeno je korištenje Microsoft Equation Editora.

3.7. Korištenje referenci

Reference u tekstu se navode Vancouverskim stilom pisanja. Pri tome je potrebno oznaku citiranog rada u tekstu navesti u superskriptu (npr. upute za oblikovanje referenci¹).

3.8. Korištenje hrvatskog i engleskog jezika

Aktualno je omogućeno objavljivanje radova na hrvatskom ili engleskom jeziku. Ukoliko je tekst napisan na hrvatskom jeziku, potrebno je sačiniti sažetak i na engleskom. Ukoliko je tekst napisan na engleskom, sažetak će biti preveden na hrvatski jezik. Navedeni sažetak na engleskom jeziku, potrebno je zajedno sa odgovarajućim naslovom na engleskom jeziku, imenima autora, nazivima institucija, ključnim riječima i adresom autora za kontakt na engleskom jeziku navesti na stranici nakon sažetka i naslova na hrvatskom jeziku.

the text the authors should use „justification“. The title, names of the authors and institutions, subheadings and table content should be flush-left. The headings and subheadings should be numbered in the following manner – e.g. 4., 4.1., 4.1.1...

3.4. Tables

Tables should be aligned along the left margin. Each table must have a caption or title beginning with *Table and a number* (e.g. *Table 1. Number of patients with coronary disease*). Tables are to be sent as a separate file in a Microsoft Excel .xls or .xlsx format, or Microsoft Word .doc or .docx format.

3.5. Images and illustrations

Photos, graphs, charts or diagrams must have a caption or a title beginning with *Figure and a number* (e.g. *Figure 1. The relationships of patients in the course of a ten-year period...*) All images and illustrations are to be sent as a separate file in a .jpg or .png format.

3.6. Symbols and equations

The standard *Symbol* font is recommended for the use of symbols and *Microsoft Equation Editor* for equations.

3.7. Using references

References in the article are cited using the Vancouver citation style. It is necessary to mark the cited paper in the text using a superscript number (e.g. *Information on referencing*¹).

3.8. Using Croatian and English language

The papers can be published in Croatian or English language. If the article is written in the Croatian language, the abstract has to be written in the English language as well. If the article submitted is written in English, the abstract will be translated into Croatian. Abstracts written in English, together with the corresponding title in English, author names, names of institutions, keywords and author contact information in English, should be written after the abstract and title in the Croatian language.

4. Paper submission

Papers are to be sent to the email address jahs@jahs.eu in MS Word.doc or .docx format, and the text must be accompanied by tables and/or illustrations, as indicat-

4. Slanje radova

Radovi se šalju na email adresu jahs@jahs.eu u MS Word .doc ili .docx formatu, a uz tekst je potrebno priložiti tabele i/ili slike, kako je gore navedeno. Prijavljeni radovi ne smiju biti istovremeno objavljeni u nekom drugom časopisu ili poslani na objavljivanje. Svi poslani materijali trebaju biti originalni, a ukoliko se koriste djela drugih autora obavezno je dostaviti odgovarajuće odobrenje vlasnika autorskog prava.

Reference

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2. izd. Wendling DL, tehnički urednik. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [zadnji puta pristupljeno 07.03.2015]. Dostupno na: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

ed above. Submitted papers cannot be simultaneously sent for publication or published in another journal. All submitted materials should be original, and if the work of other authors is used the appropriate approval of the copyright holder must be delivered.

References

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, (ed.). Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [cited 2015 Mar 3]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Međunarodna stručna konferencija

IZAZOVI ZDRAVSTVENIH PROFESIJA U NOVOJ EPOHI

Opatija 28. i 29. svibnja 2016. godine

Zdravstveno veleučilište povodom 50 godina postojanja organizira 1. stručnu međunarodnu konferenciju u Opatiji u terminu 28. i 29. svibnja 2016. godine. Tema konferencije „Izazovi zdravstvenih profesija u novoj epohi“ nametnula se kao imperativ u svjetlu promjena vezanih uz područje djelovanja medicinskih sestara, fizioterapeuta, radioloških tehnologa, medicinskih laboranata, sanitarnih inženjera i radnih terapeuta.

U okviru navedenog skupa održati će se i 15. tradicionalna međunarodna stručna konferencija medicinskih sestara i tehničara na kojoj će biti prezentirani sadržaji vezani uz aktualne promjene i viziju sestrinstva u budućnosti.

Pozivamo Vas da aktivnim sudjelovanjem doprinesete kvaliteti i uspješnosti Konferencije te da zajednički ugradimo nove spoznaje ključne za razvoj zdravstvenih profesija.

Stručni odbor:
Prof.dr.sc. Krešimir Rotim
Dr.sc. Biserka Sedić, prof.v.š.



ISSN: 1849-8361