

Zdravstvena njega bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti

Ilić, Darije

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:029318>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S GRANIČNIM
POREMEĆAJEM LIČNOSTI**

Završni rad br. 58/SES/2018

Darije Ilić

Bjelovar, srpanj 2018.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Ilić Darije**

Datum: 04.07.2018.

Matični broj: 001324

JMBAG: 0314012804

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 58/SES/2018

Liječenje i rad s osobama granično organizirane strukture ličnosti jedan je od najzahtjevnijih psihijatrijskih entiteta, a zbog vrlo visokog suicidalnog rizika takovih pacijenata.

Uloga medicinske sestre koja provodi zdravstvene postupke vrlo je važna i neizostavna u liječenju ambulantnog ili bolničkog tipa, kao i u okviru raznih okupacionih tretmana u kojima sestra zauzima primarnu lječidbenu ulogu.

U radu će biti prikazana etiologija poremećaja, klinička slika, načini liječenja te uloga medicinske sestre u liječenju, kao i prevenciji, odnosno smanjenju suicidalnog rizika oboljelih.

Zadatak uručen: 04.07.2018.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



Zahvala

Zahvaljujem se mentorici Prim.dr.sc. Mariji Kudumija Slijepčević na podršci, te pokojnom djedu Franji Presečkom na svemu što je kroz život učinio za mene.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Pojam ličnosti	2
1.1.1. Razvoj ličnosti kroz životni ciklus	3
1.1.2. Eriksonova teorija psihosocijalnog razvoja	5
2. CILJ RADA	9
3. METODE	10
4. RASPRAVA	11
4.1. Poremećaji ličnosti	11
4.1.1. Nastanak poremećaja ličnosti	13
4.1.2. Klasifikacija poremećaja ličnosti	14
4.2. Granični poremećaj ličnosti	17
4.2.1. Što je granični poremećaj ličnosti	17
4.2.2. Granični nivo funkcioniranja	18
4.2.3. Uzročni čimbenici graničnog poremećaja ličnosti	19
4.2.4. Simptomi i znakovi	20
4.2.5. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti	21
4.3. Zdravstvena njega	22
4.3.1. Psihijatrijska zdravstvena njega	23
4.3.2. Odnos i komunikacija između medicinske sestre i bolesnika	25
4.3.3. Zdravstvena njega bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti	26
4.3.4. Najčešće sestrinske dijagnoze kod graničnog poremećaja ličnosti	29
5. ZAKLJUČAK	33
6. LITERATURA	35
7. SAŽETAK	37
8. SUMMARY	37

1. UVOD

Završni rad predstavlja kompleksan pojam graničnog poremećaja ličnosti (termini koji se koriste kao istoznačnice za dati poremećaj još su i „borderline“, te emocionalno nestabilna ličnost), koji zbog spleta različitih čimbenika sprječavaju pojedinca da uživa u životu i osjeća se ispunjeno (1).

Tema graničnog poremećaja ličnosti u završnom radu koncipirana je tako da ponajprije objasni pojam ličnosti, dinamiku razvoja ličnosti kroz životni ciklus, te model psihosocijalnog razvoja čovjekove ličnosti razvojnog psihologa i psihoanalitičara Erika Eriksona. Nadalje, objašnjava se tema poremećaja ličnosti s naglaskom na granični poremećaj ličnosti, što je uz ulogu medicinske sestre u liječenju glavni zadatak ovog rada. Stručne spoznaje o graničnom poremećaju ličnosti su sljedeće: granični pacijenti imaju tendenciju intenzivnijih reakcija na niže razine stresa, treba im duže vrijeme za oporavak, vide sebe kao bespomoćne žrtve u opasnom svijetu, smatraju se neprihvaćenima u društvu, vrlo im je nisko samopouzdanje, sklone su samoozljeđivanju i pokušajima suicida. Jedan od vodećih stručnjaka u radu s graničnim bolesnicima i kreator dijalektičko-bihevioralne terapije prilagođene liječenju dotičnog poremećaja Marsha Linehan opisuje bolesnike koji boluju od graničnog poremećaja na sljedeći način: „Osobe s graničnim poremećajem ličnosti su poput ljudi s opeklinama trećeg stupnja na preko 90% površine tijela. U odsustvu emocionalne kože, osjećaju agoniju na najmanji dodir ili pokret“ (1).

Kaos koji karakterizira ličnost graničnog pacijenta često ga označava „beznadnim“ slučajem, bolesnikom koji uzrujava doktore, terapeute i medicinsko osoblje i kome je teško pomoći (1). Medicinskim sestrama i tehničarima rad s takvim bolesnicima predstavlja teško i iscrpljujuće iskustvo i izazov, stoga je iznimno bitno steći stručno sestrinsko znanje i pratiti najnovije spoznaje iz područja zdravstvene njege, koje će sestre i tehničari kvalitetno uporabiti u psihijatrijskoj njezi graničnih pacijenata, zadržavajući pritom odgovarajući pristup i stav prema bolesniku.

1.1. Pojam ličnosti

U modernom se hrvatskom jeziku riječ ličnost često zamjenjuje riječju osobnost, što je pogrešno, budući da se ne radi o riječima istog značenja. Ako je određena crta ličnosti izrazito prisutna i dovodi do smetnji u funkcioniranju osobe, riječ je o poremećaju ličnosti. Poremećaj osobnosti kao definicija u psihijatrijskom smislu ne postoji.

Dugo kroz povijest istraživala se i objašnjavala čovjekova ličnost, ovisno o području filozofije ili znanosti kroz koje se rezoniralo, no prva osoba koja je oblikovala područje psihologije ličnosti i smjestila je u znanost bio je Gordon Willard Allport, sa svojom definicijom ličnosti koja glasi: „ličnost je dinamička organizacija unutar pojedinca onih psihofizičkih sustava koji određuju njegove specifične prilagodbe okolini“ (2).

Vremenom se pogled na ličnost razvijao i nadopunjavao, ponajprije zahvaljujući mnogim teoretičarima koji su svojim definicijama donijeli znatan napredak u pogledu na ličnost. Među stručnjacima koji su svojim radom na tom području zadužili čovječanstvo ističu se Raymond Bernard Cattell, Joy Paul Guilford, te Hans Jürgen Eysenck.

U moderno vrijeme kao jednu od najčešće korištenih definicija ličnosti uzima se definicija autora Randall J. Larsen-a i Davida M. Buss-a koja glasi:

„Ličnost je skup organiziranih, razmjerno trajnih psiholoških osobina i mehanizama unutar pojedinca, koji utječu na njegovu interakciju s okolinom i prilagodbu na okolinu“ (3).

Karakteristike ličnosti uključuju mentalna obilježja (osobine mentalnih procesa), fizičke osobine (karakteristike bioloških procesa, svojstva fizičkog izgleda) i ponašanje (stav prema sebi, stav prema drugima, odnos prema poslu, odnos prema životu), stoga se navodi da je ličnost psihofizička cjelina. Sve to govori u prilog da je ličnost relativno trajna i jedinstvena cjelina mentalnih, bihevioralnih i fizičkih obilježja prema kojima se pojedinac razlikuje od drugih ljudi. Navodi se da u engleskom jeziku postoji oko 20 000 pridjeva koji opisuju karakteristike ljudi, koji se nazivaju pridjevima deskriptorima crta ličnosti. Uzimajući u obzir koliko različitih kultura postoji na svijetu i činjenicu da gotovo nijedan čovjek nije anatomski istovjetan drugome, dolazi se do zaključka da je svaka osoba posebna i drugačija od ostalih, te je stoga ličnost, s relativno stalnim obilježjima, jedan od osnovnih čimbenika po kojima se pojedinci razlikuju jedni od drugih.

1.1.1. Razvoj ličnosti kroz životni ciklus

Istraživači još uvijek ne pronalaze jasne činjenice da li je ličnost biološki oblikovana ili je oblikovana društvenim učenjem, te da li je za razvoj zdrave ili patološke ličnosti zaslužna priroda, okolišni čimbenici ili njihovo međudjelovanje. Koliko se zna o djetetovom razvoju, te strukturi i funkcioniranju mozga, čini se da su za početak razvoja ličnosti najznačajniji nasljedni biološki čimbenici, prisutni gotovo od rođenja, koji utječu na raspoloženje, razinu aktivnosti i učinkovitosti, stimulaciju i pozornost djeteta (4). Čovjek kroz život prolazi faze razvoja ličnosti koje su sljedeće:

• Faza dojenčeta i malog djeteta

Od rođenja do trećeg mjeseca života dijete vidi sebe dijelom majke i nema percepciju fizičke odvojenosti. Iako se percepcija fizičkog odvajanja dogodi s tri mjeseca, psihološko ne počinje prije osamnaestog. Razdoblje između trećeg i osamnaestog mjeseca naziva se simbiotskom fazom. Pozitivni osjećaji i samopouzdanje proizlaze iz njegove potpune ovisnosti o okolini (majci), koja je dobra i ispunjena ljubavlju. Taj odnos stvara sposobnost za empatiju i razumijevanje budućih odnosa.

• Predškolska dob

Razdoblje od osamnaest mjeseci do treće godine života faza je razdvajanja i individualizacije. Razdvajanje uključuje sva iskustva, događaje i postignuća koja omogućuju vlastitu diferencijaciju i osjećaj jedinstvenosti. Na početku ovog procesa, dijete i dalje traži podršku i ohrabrenje roditelja. Ako je odgovor na djetetovo ponašanje pozitivan, postavlja se temelj za pozitivan stav u razvoju budućih odnosa, te se samim time stvaraju preduvjeti za djetetov osobni rast.

• Školska dob

Razvoj morala i empatije započinje između 6. i 10. godine života. U ovoj fazi naklonost okoline potiče osjećaj pozitivnog razvoja, te prilagodbu pojma o sebi. Konflikti se događaju u trenutku dok odrasli postavljaju ograničenja djetetovom ponašanju, koja su obično frustrirajuća i koče djetetovu potragu za autonomijom. S druge strane solidna komunikacija ispunjena ljubavlju i prihvaćanjem pomaže djetetu da razvije vlastitu osobnost. U školi djeca

uče kako međusobno surađivati, stječu vještine konkurentnosti, te kompromisa. Odnosi i potvrda odraslih koji dolaze izvan obitelji, npr. učitelja također postaju bitni.

• Pubertet

Tijekom puberteta pojedinac se uključuje u intimnu vezu s prijateljem istog spola. Ta veza nudi mogućnost za stjecanje novih vrijednosti i percepciju razlika među ljudima. Taj je odnos obično dosta ovisan i u njemu se pokušavaju odbaciti ostali ljudi. Kako vrijeme prolazi, ovisnost o dobrom prijatelju pretvara se postepeno u heteroseksualni odnos. Tijekom interakcije s prijateljima vježba se separacija od roditelja. Prijatelji podržavaju tu borbu, koja uključuje pobunjeničko ponašanje. Roditelji mogu pomoći adolescentu da odraste postavljanjem granica i tolerancijom pobune. Još jedan korak prema zreloj neovisnosti je trenutak kada osoba uravnoteži roditeljske zahtjeve i pritisak prijatelja i skupine.

• Mlađa odrasla dob

Osoba postaje neovisna i održava neovisne odnose sa svojim roditeljima i prijateljima. Zrela osoba pokazuje samopouzdanje i uravnoteženo i neovisno ponašanje prema članovima obitelji. Također prihvaća osjećaje i potrebe drugih, što je karakteristično za razinu zrelog funkcioniranja. Uzajamni odnosi sagledavaju se u reciprocitetu.

• Srednja odrasla dob

Roditeljstvo i prijateljstva u srednjim godinama testiraju neovisnost pojedinca. Djeca se vremenom separiraju od roditelja, prijateljstva se prekidaju. Osoba se mora pouzdati u sebe da nađe nove simpatizere, zadovoljstvo je uglavnom usmjereno prema odnosu sa svojom djecom. Roditeljstvo stvara određenu slobodu koju pojedinac upotrebljava za nove aktivnosti.

• Kasna odrasla dob

Tijekom starenja dolazi do fizičkih promjena na čovjeku, osoba ostaje bez posla zbog odlaska u mirovinu, prijatelji polako umiru. Zrela osoba uspijeva prijeći preko tih gubitaka shvaćajući da podrška obitelji umanjuje tugu. Najvažnija im postaje uloga djedova i baka i njom su oduševljeni. Život dobiva dublji smisao zbog percepcije da su kroz život pridonijeli društvu. Stara osoba posjeduje ogromnu neovisnost.

• Zrela ličnost

Zrela je ličnost karakterizirana realističnim, pozitivnim, ali također i kritičkim stajalištima prema realnosti, drugim ljudima i sebi. Značajna stavka također je sposobnost planiranja života, postavljanja ciljeva i postupanja u skladu s time. Još jedan od znakova zrelosti je osobni uspjeh i ispunjenost. U svakom slučaju, osobna zrelost kompleksan je pojam. Moguće je razlučiti više komponenta iste, a to su emocionalna, kognitivna, socijalna i moralna zrelost (4).

1.1.2. Eriksonova teorija psihosocijalnog razvoja

Prvih šesnaest godina života presudni su za stvaranje mišljenja o sebi, stoga je izrazito bitan način po kojem roditelji i učitelji utječu na formiranje djetetovih stavova. Razvojni psiholog Erik Erikson razvio je teoriju razvoja ličnosti. Prema njemu, ličnost je subjektivna struktura koja obuhvaća pojam o sebi, sposobnosti, potrebe i obrambene mehanizme. Eriksonova teorija ličnosti bazirana je na epigenetičkom principu, koji za osnovu ima tezu da svaka faza života donosi nešto specifično u odnosu na prethodne faze, što omogućuje čovjekov osobni rast. Erikson vidi razvoj individue njenim prolaskom kroz pojedine faze ili stupnjeve razvoja, u kojem svaka faza ima svoj osobni cilj, brige, opasnosti i postignuća. Uspjeh rješavanja konflikta određene faze utječe na postignuća u kasnijim fazama. Svaki stupanj donosi razvojnu krizu i karakteriziran je osobnim problemima. Ukoliko se kriza pozitivno riješi, ličnost kreće u sljedeću fazu, no ukoliko se kriza ne riješi na adekvatan način, ostaje zarobljena u prethodnoj fazi razvoja. Način na koji osoba rješava probleme ovisi o samopouzdanju i osobnim stavovima prema društvu (5).

Psihosocijalni razvoj po Eriksonu podijeljen je u osam faza.

• Povjerenje vs. nepovjerenje

Tijekom prve faze u prvih osamnaest mjeseci života, kroz oralno motoričku razvojnu fazu, dijete svladava psihološku krizu u kojoj povjerenje suočava s nepovjerenjem, a osnovne vrline koje stječe su vjera i nada. Osnovno pitanje iz te faze je sljedeće: je li društvo pouzdano ili nije? Svoje osnovne potrebe, a to su hrana, njega, sigurnost i utjeha, dijete dobiva od roditelja, tj. od majke, s kojom je najviše povezano. Djetetov pojam svijeta dolazi od roditelja i njihove interakcije s njime. Ukoliko su roditelji topli i puni ljubavi, dijete će biti

puno povjerenja. Ukoliko roditelji ne osiguraju sigurnu okolinu za svoje dijete, ukoliko ga se zanemaruje ili zlostavlja, ono će razviti nepovjerenje. U tom slučaju, umjesto vjere i nade razvit će se ovisnost, nepovjerenje i skepticizam.

• Autonomija vs. sram i sumnja

Druga faza razvoja podudara se s analno muskulatornim razvojem i traje do treće godine života. Glavno pitanje glasi: treba li mi pomoć drugih ili ne? Ako roditelji s djetetom postupaju sigurno i prihvaćaju njegove težnje za neovisnošću, razvija se autonomija, a tim i volja, odlučnosti i hrabrost. Kod prestrogih i autoritarnih roditelja dijete razvija sram i sumnju. Iz toga nastaju neurotični pokušaji povratka kontrole koji uzrokuju opsesivno ponašanje. U slučaju permisivnih roditelja koji ne zacrtavaju jasne granice, dijete može izgubiti osjećaj srama ili sumnje, što može rezultirati impulzivnim, ali i izbjegavajućim ponašanjem.

• Inicijativa vs. krivnja

Treća faza razvoja podudara se s genitalno lokomotornom fazom i počinje u trećoj godini života i traje do u prosjeku šeste godine. Tijekom tog razdoblja dijete postaje znatiželjno i zainteresirano je za svijet odraslih, te ga pokušava imitirati. Tijekom te faze dijete neprestano postavlja pitanje: zašto? Osim tog pitanja dijete postavlja pitanje jesam li dobar ili zločest. Ukoliko roditelji pokazuju razumijevanje i podupiru dijete u preuzimanju inicijative, dijete pokazuje osjećaj svrhe. Ukoliko se na dijete djeluje zabranama i kaznama, ono razvija osjećaj krivnje, koji može uzrokovati povučenost. Ukoliko dijete nema osjećaja krivnje, a ima jak osjećaj svrhe, može postati bezobzirno i nemilosrdno. To je uvod u antisocijalno ponašanje.

• Marljivost vs. inferiornost

Četvrta faza razvoja traje od šeste do dvanaeste godine, tj. podudara se s razdobljem latencije. To je vrijeme kada dijete polazi u školu, gdje mora korigirati maštu i impulse, te razviti marljivost i interakciju s ljudima. Pitanje iz ove faze glasi: koliko sam dobar u tome što radim? U ovoj fazi dijete razvija bliskost s okolinom, uči se prijateljstvu, komunikaciji, vještinama i procjeni samog sebe. Ako odrasli podupiru dijete, razvija se kompetentnost. Ukoliko ga ne podupiru, razvija se inferiornost, što dovodi do inertnosti i osjećaja bespomoćnosti. S druge strane, prebrz razvoj djeteta može dovesti do histrioničnosti ili plitkosti (5).

Prve četiri faze Erikson je svrstao u kategoriju „stjecanja razumijevanja svijeta“, dok je iduće četiri svrstao u kategoriju „razumijevanja sebe“ (5).

• Identitet vs. zbunjenost u vezi uloge

Ova faza obuhvaća adolescenciju, te krizu identiteta. Glavno pitanje na koje mladi ljudi u ovoj fazi pokušavaju dobiti odgovor je sljedeće: tko sam ja i kuda idem, te koja je svrha mog života. Tijekom ove faze adolescenti pokušavaju razviti vlastiti identitet, pri čemu razvijaju bliske odnose s vršnjacima koji im pružaju potporu. Također prolaze tjelesno i emocionalno sazrijevanje, te razvijaju vlastitu sliku svijeta. Ona uključuje svijest o svojoj snazi, slabostima, ciljevima i spolnoj ulozi. Ukoliko se ova kriza riješi pozitivno, razvija se vjernost i odanost, no ukoliko ne, razvija se fanatizam.

• Intimnost vs. izolacija

Faza koja obuhvaća mlađe odraslo doba, u kojoj osoba razvija intimnost, tj. sposobnost za bliskost, ljubav i prihvaćanje rizika ranjavanja. Razvija se identitet, pošto je za dijeljenje sebe potrebno i poznavati sebe. Glavno pitanje glasi: jesam li voljen i hoću li dijeliti svoj život s nekim? Vrline iz ove faze su ljubav i privrženost. No, ukoliko se intimnost ne usvoji, razvija se izolacija koja uključuje dva elementa: promiskuitet ili isključenost.

• Produktivnost vs. stagnacija

Ovo je najduža faza koja obuhvaća zrelo odraslo doba. U njoj se traži odgovor na pitanje: hoću li učiniti nešto zaista vrijedno? U ovom razdoblju razvija se produktivnost koja obuhvaća stvaralaštvo, uspjeh, brak, roditeljstvo i karijeru. Također se odvija preokret uloga u odnosu s vlastitim roditeljima. Osobine koje se trebaju razviti su briga i staranje, te sposobnost pružanja bezuvjetne ljubavi, za koju se ne očekuje ništa zauzvrat. Odrasli koji ne razviju te vrline odlaze u stagnaciju, preokupirani su sobom, osjećaju slabu povezanost s drugima i daju slabi doprinos društvu.

• Integritet ega vs. očaj

Faza koja obuhvaća starost. Čovjek se pita: jesam li proživio ispunjen život? U ovom razdoblju osoba se suočava s nadolazećim krajem života, prihvaćaju se uspjesi i promašaji, starenje i gubitak. Pojedinci koji svoj život vide smislenim razvijaju integritet ega, a samim tim i mudrost. Ukoliko do tog ne dođe, javlja se strah od smrti i očaj, koji vode osjećaju prijezira. S druge strane pretjeran naglasak na vlastitu mudrost vodi aroganciji (5).

2. CILJ RADA

Ciljevi završnog rada su:

- predstaviti poremećaje ličnosti s naglaskom na granični poremećaj ličnosti,
- predstaviti ulogu i rad medicinske sestre u njezi i liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti,
- predstaviti najčešće dijagnoze i intervencije u skrbi za bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti.

3. METODE

Tijekom izrade završnog rada korištena je stručna i znanstvena literatura na hrvatskom i engleskom jeziku u dostupnim bazama znanstvenih i stručnih radova Hrčak i Science direct. Osim prikupljanja podataka putem Interneta, korištena je i literatura Gradske knjižnice grada Bjelovara i Knjižnice i čitaonice Bogdan Ogrizović Zagreb.

4. RASPRAVA

4.1. Poremećaji ličnosti

„Poremećaj ličnosti trajni je obrazac ponašanja koji ometa sposobnost osobe da ostvari razuman odnos, osjeća se ispunjenim i uživa u životu“ (6).

Poremećaji ličnosti posebna su skupina mentalnih poremećaja, kod kojih postoje različita stanja i obrasci ponašanja koji su klinički indikativni jer:

- su više ili manje stalni,
- utječu na način života pojedinca,
- utječu na način na koji je pojedinac integriran u društvo,
- utječu na njegovu učinkovitost i odražavaju se u različitoj percepciji sebe, drugih i šireg okruženja.

Radi se o obrascima unutrašnjih osjećaja i načina ponašanja koji odstupaju od očekivanih, imaju svoj početak u adolescenciji ili čak ranijem djetinjstvu, stabilni su tijekom vremena i dovode do pogoršanja psihičkog statusa (6).

Ovi se poremećaji odražavaju u ponašanju, načinu na koji pojedinac percipira sebe i druge osobe, izraženi su u načinu po kom osoba misli i djeluje. Očituju se u širokom rasponu tijekom života osobe, iako se simptomi mogu razlikovati kroz određena vremenska razdoblja.

Sam koncept izraza „poremećaj ličnosti“ ukazuje da je prije svega poznato i što je to normalna ličnost, premda je taj pojam izrazito teško definirati, pogotovo u modernom svijetu koji teži globalizaciji, preklapanju kultura i uvažavanju različitosti, te nakon informacijske revolucije, za koju se već sasvim jasno može reći da se dogodila i u trenucima dok se ljudski rod nalazi na određenoj kulturološkoj prekretnici. Činjenica je da svaka osoba ima svojstva ličnosti pomoću kojih održava ravnotežu između unutrašnjih podražaja i okoline koja ga okružuje. Te osobine određuju njegovu osobnost, ponašanje, razmišljanje i emocije, koje ga razlikuju od drugih ljudi. Upravo su te osobine presudan čimbenik po kom će pojedinčeva ličnost biti okarakterizirana kao normalna, drugačija ili čak uznemiravajuća. U osnovi, zdrava se osoba može prilagoditi zahtjevima i očekivanjima raznih ljudi i različitih situacija, dok se

pojedinci s poremećajem ličnosti slabije prilagođavaju i ostvaruju međuljudske odnose, te nailaze na probleme u većini aspekata funkcioniranja (7).

Za poremećenu je ličnost karakteristično da se znatno, gotovo cjelokupno može prilagoditi ponašanju u skladu s općim pravilima, te da je inteligencija osobe primjerena njenom obrazovanju i iskustvu. No, ukoliko je poremećaj prodoran, kontakt osobe sa svijetom i/ili samim sobom drugačiji je od okvirnog i očekivanog, te se karakterizira psihopatološkim. Jednostavnim rječnikom rečeno, poremećena ličnost može se zamisliti kao ličnost kojoj se uz odgovarajući pristup može pomoći da postane više ili manje normalna osoba.

Ukoliko je patološki obrazac trajan ili se ponavlja u dužim vremenskim razdobljima, uzrokovat će razne probleme koji se mogu očitovati na više načina kao npr:

- nesposobnost za trajnu radnu aktivnost,
- nepoštovanje pravila (kaznena djela),
- nesposobnost održavanja trajne emotivne/partnerske veze,
- razdražljivost i agresija,
- nerazborito trošenje novca,
- nepostojanje planova za budućnost,
- lutanje iz krajnosti u krajnost,
- laž, iskorištavanje drugih za vlastitu korist,
- sklonost vožnji u intoksiciranom stanju.

Društvo s neodobravanjem gleda na takav oblik ponašanja, prezire te osobe i gura ih na društveni rub. Poremećena je osoba postupno izolirana, s nizom tipičnih čak i objektivno neugodnih obrana, na koje ljudi još više reagiraju udaljavanjem i prezirom. Dakle, položaj poremećenih osoba u društvu izrazito je kompliciran i vrti se u začaranom krugu (7).

4.1.1. Nastanak poremećaja ličnosti

Uzroci poremećaja ličnosti nalaze se u urođenim karakteristikama i u vanjskim čimbenicima, što u većini slučajeva uzrokuje socijalnu izolaciju i strah, nalaze se unutar pojedinca, na način na koji osoba interpretira okolinu, te u posebnim obilježjima fiziološke kontrole mehanizama poremećaja ličnosti. Vrlo je teško razumjeti poremećaje ličnosti, jer se oni ne događaju zbog pojedinog uzroka, već zbog njihova spleta, koji se dosta teško pronalaze. Jasne uzroke znanost nije uspjela definirati. Radi se o široj kombinaciji različitih čimbenika (bioloških, razvojnih, sociokulturnih), stresu i mehanizmima upravljanja stresom. Svi ti čimbenici utječu na društveni odgovor, što je pozitivno ukoliko je osoba konstruktivna, budući da je način rješavanja problema prevladavanje prepreka i postizanje cilja. Negativan društveni odgovor događa se ukoliko osoba reagira na destruktivan način, što vodi u povlačenje, budući da opasnost proizlazi iz misli i sjećanja na potisnuta traumatska iskustva koja pojačavaju stres. To se odražava u ponašanju koje osobu gura na socijalni rub (4).

Pojedinac se bori sa stresom već u ranom djetinjstvu, te kasnije u adolescenciji i odrasloj dobi. Kako pojedinac reagira na stres u određenom razdoblju svog života ovisi o tome kako će se nositi sa stresom u narednom razdoblju. Ako nema mogućnost kvalitetne adaptacije na njega, doživjet će trajne posljedice, dok se isto tako na stres može i prilagoditi. Za nekoga, stres može biti toliko moćan da se njegovo ponašanje i iskustvo nakon stresne reakcije mijenja. Takva stanja su, na primjer, bolest, gubitak posla, gubitak voljene osobe, itd. Mnogi poremećaji ponašanja mogu se prepoznati već u školskoj dobi, adolescenciji, ili čak prije, a nastavljaju se u odrasloj dobi. Patološke značajke imaju svoje uzroke u ranim razvojnim poremećajima, te ostaju trajne crte ličnosti. U djetinjstvu i adolescenciji ne može se pouzdano utvrditi dijagnoza poremećaja ličnosti, jer je poremećaj samo povremen, stoga se govori o poremećajima ponašanja koji su najčešće naznačeni u adolescenata; kod njih još uvijek variraju društveno određene i prihvatljive norme, te njihove devijacije tipa krađe, agresija, promiskuitet, ovisnost i frustracija (4).

4.1.2. Klasifikacija poremećaja ličnosti

U Republici Hrvatskoj priznaje se Međunarodna klasifikacija bolesti- 10. revizija (MKB 10), koja je u psihijatrijskom dijelu više ili manje istovjetna s DSM IV (klasifikacijom Američkog psihijatrijskog udruženja, u uporabi od 1994. godine).

DSM IV klasifikacija ne razmatra moguće uzroke psihijatrijskih poremećaja. Dijagnoza se postavlja na osnovi utvrđivanja postojanja pojedinih kriterija (znakova i simptoma), na osnovi dužine trajanja simptoma, te postojanja nekih drugih simptoma čija pojava isključuje postavljanje određene dijagnoze. Poremećaji ličnosti svrstani su u tri skupine (Clusters), temeljene na zajedničkim ključnim značajkama:

• Skupina A

Poremećaji karakterizirani čudnim ili ekscentričnim ponašanjem. Osobe te skupine poremećaja ličnosti obično doživljavaju smetnje u odnosima jer se njihovo ponašanje može percipirati kao osebujno ili sumnjivo.

Poremećaji ličnosti skupine A uključuju:

Shizotipni poremećaj ličnosti

karakteriziran je čudnim govorom, ponašanjem i izgledom, kao i čudnim uvjerenjima i poteškoćama u stvaranju odnosa.

Paranoidni poremećaj ličnosti

uključuje kronično nepovjerenje prema drugim ljudima, sumnju da ih druge osobe, uključujući prijatelje, obitelji i partnere, zavaravaju ili iskorištavaju, bijese reakcije, te hladno, tajnovito ili ljubomorno ponašanje.

Shizoidni poremećaj ličnosti

karakterizira socijalna izolacija i ravnodušnost prema drugim ljudima. Pojavljuje se više kod muškaraca nego u žena. Osobe s ovim relativno rijetkim poremećajem često se opisuju kao hladne ili povučene, rijetko imaju bliske odnose s drugim ljudima i mogu biti zaokupljene introspekcijom i fantazijom (8).

• Skupina B

Poremećaje ličnosti skupine B karakterizira dramatično ili nestalno ponašanje. Osobe s ovim poremećajem imaju vrlo intenzivne emotivne reakcije, te su sklone teatralnom, promiskuitetnim ponašanju i raznim prekršajima.

Poremećaji ličnosti skupine B uključuju:

Granični poremećaj ličnosti:

karakteriziran je emocionalnom nestabilnošću, intenzivnim odnosima i impulzivnim ponašanjem.

Histrionski poremećaj ličnosti

ima potrebu da uvijek bude u središtu pažnje, što često dovodi do društveno neprimjerenog ponašanja kako bi se privukla pozornost. Osobe s ovim poremećajem mogu imati i česte promjene raspoloženja.

Antisocijalni poremećaj ličnosti

pojavljuje se već u djetinjstvu, za razliku od većine drugih poremećaja ličnosti koji se ne pojavljuju do adolescencije ili mlađe odrasle dobi. Simptomi uključuju nepoštivanje pravila i društvenih normi te nedostatak empatije za druge ljude.

Narcisoidni poremećaj ličnosti

očituje se orijentiranošću na sebe i nedostatkom empatije za druge (8).

• Skupina C

Poremećaje ličnosti skupine C karakterizira anksioznost. Pojedinci s poremećajima ličnosti u ovoj skupini imaju tendenciju prožimanja anksioznosti i/ili straha.

Poremećaji ličnosti skupine C uključuju:

Ovisni poremećaj ličnosti

uključuje osjećaj bespomoćnosti, submisivnosti, potrebu osoba da se drugi brinu o njima.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti

karakterizira preokupacija urednošću, savršenstvom i kontrolom. Nije istovjetan opsesivno-kompulzivnom poremećaju.

Izbjegavajući poremećaj ličnosti

može se pojaviti tijekom djetinjstva. Obilježen je nepoštivanjem pravila, te nedostatkom empatije i kajanja (8).

MKB-10 klasifikacija poremećaja ličnosti definira sljedeće oblike poremećaja ličnosti:

- F60.0 Paranoidni poremećaj ličnosti,
- F60.1 Shizoidni poremećaji ličnosti,
- F60.2 Disocijativni poremećaj ličnosti,
- F60.3 Granični poremećaj ličnosti (tzv. Borderline),
- F60.4 Histrionski poremećaj ličnosti,
- F60.5 Anankastički poremećaj ličnosti,
- F60.6 Anksiozni (izbegavajući) poremećaj ličnosti,
- F60.7 Ovisna ličnost,
- F60.9 Poremećaj ličnosti, nespecifičan (9).

4.2. Granični poremećaj ličnosti

Granična ličnost je jedan od poremećaja ličnosti kojeg karakteriziraju nestabilne emocije, raspoloženje i ponašanje, nestabilan odnos s okolinom i poremećeno samopoštovanje. Drugi naziv za dotični poremećaj je „emocionalno nestabilna ličnost“. Raspon simptoma proteže se od neurotičnih do psihotičnih (lažna procjena stvarnosti), njihovo ponašanje je nepredvidljivo, puno nekontroliranih agresivnih ispada, vrlo često usmjerenih prema sebi. Tolerancija na frustraciju veoma je niska (1).

Granično ponašanje tipično se promatra u razdoblju od kasne mlađe dobi do ranih tridesetih godina, iako ozbiljni problemi separacije ili ispadi bijesa u mlađe djece mogu biti dijagnostički indikativni. Tijekom trećeg i četvrtog desetljeća mnoge osobe s graničnim poremećajem ličnosti uspostave određenu stabilnost u svojim životima. Poremećaj se također nalazi i u starijoj dobi, ali u znatno manjoj mjeri (1).

Osobe s tim poremećajem ljude doživljavaju kao potpuno dobre ili potpuno loše. Često se traže mijenjajući pripadnost kroz razne grupe. Liječenje se bazira na kombinaciji farmakoterapije i psihoterapije. Psihoterapija je izrazito zahtjevna, iziskuje mnogo iskustva, te se najbolje provodi u institucijama s kvalitetnim programom, te ciljanim sportskim i kreativnim aktivnostima.

4.2.1. Što je granični poremećaj ličnosti

Granični poremećaj ličnosti jedan je od najpoznatijih, najraširenijih i najkontroverznijih poremećaja ličnosti opisanih u četvrtom izdanju dijagnostičkog i statističkog priručnika duševnih poremećaja (DSM IV).

MKB-10 daje sljedeću definiciju borderline-a ili emocionalno nestabilne ličnosti: „ličnost nestabilnog identiteta, agresivna, granična, afektivno nestabilna i eksplozivna, nesigurna u svojim ciljevima, poremećene predodžbe o sebi, promjenljivog raspoloženja, svadljiva, nepredvidiva i hirovita. Javlja se osjećaj praznine i dosade, tolerancija prema samoći je izrazito smanjena, nesposobna je obuzdati provale osjećaja, kao i održati stabilne međuljudske odnose i veze. Društveno i radno funkcioniranje je otežano. Uz crno-bijelo

razmišljanje, osoba je često autodestruktivna, sa suicidalnim razmišljanjima i pokušajima“ (9).

Koncept „granični“ prošao je od svoje prvotne definicije značajnu evoluciju. Psihoanalitički klinički teoretičari prvotno su identificirali ovaj poremećaj kao „pseudo-neurotičnu shizofreniju, as-if ličnost“, te nakon određenog vremena kao granično stanje. U početku se takvo granično stanje odnosilo na pojedince koji nisu niti psihotični ni neurotični, nego „negdje između“. Taj je naziv kasnije razvio Kernberg u konceptu granične organizacije ličnosti. Prema njegovom konceptu, bolesnici s graničnom ličnošću mogu koristiti drastične i nezrele načine suočavanja s osjećajima i impulsima (samoozljeđivanje, prijetnje samoubojstvom, manipulaciju). Kao najčešći mehanizam obrane navodi cijepanje (splitting), u kojem takve osobe oblikuju vanjski i unutrašnji svijet na dvije ekstremne kategorije - dobro i loše, bez mogućnosti sinteze istih. Vremenom se koncept granične organizacije ličnosti kao vrsta poremećaja izdvojio iz ove šire konstrukcije u specifičnu dijagnostičku kategoriju, najprije definiranu u trećem izdanju DSM-a, 1980. godine. Sama definicija osim malih prilagodbi ostaje nepromijenjena posljednjih dvadeset godina. U moderno se vrijeme umjesto pojma granični poremećaj ličnosti sve češće upotrebljava naziv: emocionalno nestabilna ličnost, pokušavajući se na taj način kvalitetnije imenovati navedeni poremećaj.

4.2.2. Granični nivo funkcioniranja

Smatra se da tri cluster-a (anksiozni, čudaci i histrioni) mogu funkcionirati na graničnom nivou i da su svi teški poremećaji ličnosti granični. Bitno je sljedeće:

- granični fenomeni predstavljaju marker težine i nestabilnosti različitih vrsta poremećaja ličnosti,
- granični nivo funkcioniranja dinamička je dimenzija,
- depresija, odnosno afektivni poremećaj može izazvati regresiju na granični nivo funkcioniranja, što objašnjava česti komorbiditet između depresije i graničnog funkcioniranja.

Kod nekih pacijenata primaran je afektivni poremećaj, koji je okidač za granične simptome. Granični simptomi koji su posljedica depresije nazivaju se pseudograničnim sindromom jer nestaju izlječenjem depresije. Vjeruje se da većina, ako ne i svi poremećaji ličnosti, imaju konstitucijski nisku toleranciju na depresiju i anksioznost, kao i afektivnu disregulaciju, koja je vjerojatno uvjetovana biološkim čimbenicima. Afektivna disregulacija i nemogućnost toleriranja depresije čini ih sklonim depresivnim manifestacijama, što potom indicira regresiju na granični nivo funkcioniranja. Ovaj depresivni krug može biti povezan sa kliničkim fenomenom rekurentne regresije, koja predstavlja značajan problem. U graničnoj psihopatologiji dominira teorija deficita, za razliku od neurotične patologije gdje dominira teorija konflikata. Zbog problema sa “nedovoljno dobrom majkom” glavni problem ovih pacijenta ostaje njihov neuspjeh ostvarenja zadovoljavajuće ljubavne veze s objektom kojem mogu vjerovati i na koga se mogu osloniti (3).

4.2.3. Uzročni čimbenici graničnog poremećaja ličnosti

Uzročni čimbenici poremećaja imaju polazište u nasljeđu, biokemijskoj neravnoteži, neurološkim čimbenicima, psihološkim čimbenicima i obrazovanju.

Zagovornici nasljednih uzroka tvrde da ljudi značajno osciliraju na uvjete razvoja u ranom djetinjstvu. Ukoliko su uvjeti odrastanja bili loši, na dio pojedinaca ti će čimbenici značajno utjecati, dok na druge gotovo da i neće. Također je poznato da u obitelji pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti postoje mnogi drugi psihički poremećaji (osobito manično-depresivna stanja). Često jedan ili oba roditelja imaju obilježja granične ličnosti. Iako nema dokaza o postojanju specifičnog gena ovog poremećaja, nesumnjivo je da se nasljeđuje predispozicija za isti (4).

Teoriju biokemijske neravnoteže podupiru učinci pojedinih lijekova, posebice antidepressiva i stabilizatora raspoloženja. Istraživanja su pokazala određeni odnos između impulzivnosti i agresivnosti i nepravilnosti u djelovanju serotonina. Pacijenti također navode da se nakon samoozljeđivanja smiruju i osjećaju bolje, pošto ozljeda oslobađa endorfin, narkotik koji pridonosi smanjenju boli tijekom porođaja, ozljeda i slično (4).

Neurološki čimbenici odražavaju se u studijama koje pokazuju abnormalnu aktivnost moždanih valova temporalnog režnja. Kod graničnog poremećaja ličnosti nalazi se skraćeni period prije sna, koji je tipičan i kod depresivnih pacijenata (4).

Psihološki čimbenici opisuju traume u ranom djetinjstvu. Najčešće je riječ o zlostavljanju. Oko 80% borderline-a su kao djeca bila fizički, verbalno ili seksualno zlostavljani. Najštetniji učinak na kasniji razvoj ima seksualno zlostavljanje. Kao značajni čimbenik pokazale su se i rane separacije. Uzevši u obzir sve navedeno, pojedini znanstvenici zaključuju da je granični poremećaj ličnosti zapravo oblik kroničnog posttraumatskog stresnog poremećaja (6).

4.2.4. Simptomi i znakovi

Osoba s graničnim poremećajem ličnosti ponaša se instinktivno, impulzivno, bezobzirno, sklona je promiskuitetu, prejedanju, pretjeranom trošenju novca, kocki, vožnji pod utjecajem psihoaktivnih tvari, ukratko – iskrivljavanju stvarnosti. Njihove veze su duboke, kratkotrajne i nestabilne. Često su označeni autodestruktivnim ponašanjem, kao na primjer gestama, prijetnjama, pokušajima samoubojstva i samoozljeđivanjem. Te se osobe u osnovi strahovito boje napuštanja. Često u pokušajima da svoje bliske osobe pridobiju natrag ili da se spriječi napuštanje, bilo ono istinsko ili zamišljeno, reagiraju ispadima ljutnje i bijesa. Skloni su idealizirati privrženost i bliskost, nakon čega slijedi iznenadno i bezobzirno obezvrjeđivanje partnera. Anksioznost u osoba s graničnim poremećajem događa se zbog potrebe za stalnom afirmacijom vlastitog osjećaja samopoštovanja i nesigurnosti istog. Zbog toga se događaju promjene raspoloženja, koje sežu od tuge, depresije, euforije, kroničnog straha, maničnog samopouzdanja, razdražljivosti i ravnodušnosti (10).

Osoba s graničnim poremećajem ličnosti pod stresom može postati psihotična, iako je taj fenomen samo prolazan, te razvija privremenu paranoičnu reakciju ili idealizaciju. Simptomi amnezije nisu neuobičajeni (gubitak pojma o vremenu, zaboravljivost događaja ili činjenica s emocionalnim sadržajem).

Za mnoge stručnjake dijagnoza graničnog poremećaja predstavlja svojevrsni „koš za smeće“, te se često definira u situacijama kad nije poznato što stvarno nije u redu s pacijentom. Međutim, činjenica da se dotična dijagnoza često koristi na taj način ne znači da i

sama dijagnoza predstavlja isto. Ona bi trebala biti postavljena samo nakon dugog rada s pacijentom kako bi se sa sigurnošću moglo reći da su simptomi trajni. Granični pacijent je težak izazov za zdravstvenog profesionalca, pošto je takva osoba napeta, razdražljiva, a liječenje često ne donosi rezultate. U ovom slučaju termin „koš za smeće“ više označava terapijski očaj nego stanje pacijenta.

4.2.5. Liječenje graničnog poremećaja ličnosti

Mišljenja o liječenju graničnog poremećaja ličnosti su različita. Obično se ne govori o izlječenju poremećaja, budući da je dominantno mišljenje da kod osoba s tim poremećajem ozdravljenje nije moguće, jer je poremećaj trajan zbog psihičkih i bihevioralnih obilježja, stoga su oni fiksni ili slabo korektivni.

Međutim, stvarnost je da ovi bolesnici dosta često posjećuju psihijatrijske službe jer su zbog poremećaja u kontinuiranom konfliktu sa sobom i okolinom. Jednostavnije rečeno, osobe s graničnim poremećajem ličnosti ne ulaze u psihijatrijsko liječenje zbog samog poremećaja ličnosti, već zbog sekundarnih poremećaja (depresije, psihotičnih reakcija, anksioznosti, auto i heterodestruktivnosti) (6).

U liječenju graničnog poremećaja koriste se različite tehnike, ovisno o vrsti i težini poremećaja ličnosti. Najučinkovitija je kombinacija korištenja farmakološkog liječenja te pojedinačne ili grupne psihoterapije. Oblik psihoterapije odabire se prema strukturi ličnosti. Cilj individualne ili grupne psihoterapije usmjeren je na izgradnju povjerenja, učenje osnovnih životnih vještina, pružanje podrške, smanjenje simptoma koji uzrokuju nelagodu i poboljšanje međuljudskih odnosa. U liječenju je također potrebno integrirati društvenu okolinu, od obitelji do životne i radne sredine (6).

Ponekad se osobama s graničnim poremećajem ličnosti impulzivne pulzije liječe niskim dozama neuroleptika. Kognitivno bihevioralna terapija pokazala se kao dobra metoda u izboru psihoterapije. Hospitalizacija osobe nužna je kada je ugrožena njezina sigurnost, osobito tijekom pokušaja suicida. Za borderline nije neuobičajeno da ulazi u proces liječenja, no u njemu u najvećem broju slučajeva ne sudjeluje ili ga prekida. Većinom se liječe da bi zadovoljili obitelj, ili zbog sudske odluke (11). Najčešće prekidaju liječenje i optužuju terapeuta za neadekvatnost, ili traže da se tijekom terapije svi slažu da su problemi nastali

zbog nekog drugog. Terapeuti s različitim pristupima mogu biti podjednako djelotvorni u liječenju borderline-a, no isti trebaju posjedovati iskustvo, biti tolerantni, prilagodljivi, inovativni, te posjedovati smisao za humor (1).

Najčešća metoda psihoterapije u liječenju bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti je psihoanalitička psihoterapija. Osim nje koristi se i psihodinamska psihoterapija, suportivna psihoterapija, grupna psihoterapija, obiteljska psihoterapija, te dijalektičko-bihevioralna terapija. Ove se metode mogu međusobno preklapati.

4.3. Zdravstvena njega

„Zdravstvena njega definira se kao primjena znanosti i umijeća koja se bavi praksom, istraživanjem i teorijom“ (12).

Suvremena zdravstvena njega koristi metodološki pristup u svome radu, koji omogućava sustavno, dinamično, individualizirano i sveobuhvatno postupanje prema individui, obitelji, grupi i lokalnoj zajednici. Također osigurava sustavno i logično praćenje i rješavanje problema pacijenata u okviru kompetencija sestринства. Uzima u obzir orijentaciju prema bolesniku, te aktivnu ulogu u zdravstvenoj zaštiti kako osobe, tako i njegovih/ njezinih najmilijih. Također uzima u obzir kontinuitet njege, te dokumentira postupak. Zdravstveni djelatnik u sestринstvu uzima u obzir različite teorije njege u svome radu. Odabrana teorija određuje sadržaj aktivnosti i usmjerava na razmišljanje o najboljem sustavu skrbi u određenom profesionalnom području.

Definicije važnijih teorija zdravstvene njege:

•Florence Nightingale

Definira zdravstvenu njegu kao "stvaranje najpovoljnijih uvjeta kako bi prirodne snage mogle djelovati na bolesnika" (12).

• Virginia Henderson

„Jedinstvena uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku, ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kad bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružati na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti“ (12).

• Dorothy E. Orem

"Zdravstvena njega je pomoć ili intervencija medicinske sestre usmjerena uspostavljanju ravnoteže između mogućnosti i određenih zahtjeva (općih i zdravstvenih) kojima pojedinac mora trajno udovoljavati radi održavanja života i zdravlja, oporavka od bolesti i ozljeda te sučeljavanja s njegovim posljedicama" (12)

• ANA (American Nurses Association)

"Zdravstvena njega je dijagnosticiranje i tretiranje reakcija (odgovora) na akutne i potencijalne zdravstvene probleme" (12).

• Dr. Hildegard Peplau (Interpersonalni model)

„Sestrinstvo je značajan terapijski, međusobni proces, edukativni instrument tijekom kojega sestra pomaže pacijentu da prepozna nezadovoljene potrebe i probleme, te da ih definira, razumije i produktivno riješi. Istodobno to je proces promicanja razvoja i sestre i pacijenta. Terapijsku ulogu sestra razvija koristeći se komunikacijskim vještinama, bezrezervnim prihvaćanjem i empatijom. S pomoću njih razvija se odnos povjerenja, samosvijest pacijenta i samostalno donošenje odluka“ (13).

4.3.1. Psihijatrijska zdravstvena njega

Psihijatrijska njega posebno je područje sestrinske prakse koja se bavi pojedincem sa psihičkim problemima i poremećajima. Po definiciji se ne razlikuje od zdravstvene njege bolesnika oboljelih od somatskih bolesti. Razlike se odnose na vodeća obilježja pojedinih problema, željene ciljeve i načine rješavanja problema.

Najvažnijim teorijama psihijatrijske zdravstvene njege smatraju se teorije Virginie Henderson i Hildegard Peplau, koje grade svoje principe na načelima životnih aktivnosti i po

modelu terapijskih međuljudskih odnosa između medicinske sestre i pacijenta, budući da je u području psihijatrijske zdravstvene njege najvažnije uspostaviti kvalitetan odnos (14).

Rad medicinske sestre u sustavu psihijatrijske zdravstvene njege je specifičan, kako zbog samih pacijenata i prirode njihove bolesti, tako i zbog pristupa i odnosa koji se uspostavlja s pacijentom. U okosnici sestrinske psihijatrijske prakse nalaze se načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika koja su sljedeća:

- holistički pristup,
- poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića,
- privatnost i dostojanstvo,
- terapijska komunikacija,
- bezuvjetno prihvaćanje,
- uključivanje klijenta,
- pomoć pri učinkovitoj prilagodbi.

Navedena načela određena su poimanjem prirode ljudskog bića, psihičke bolesti i sestrinstva kao struke, te ukupnog socijalnog i kulturalnog okruženja čovjeka. S obzirom na narav sestrinske psihijatrijske njege, većina temeljnih načela definira odnos sestre prema psihijatrijskom bolesniku, s obzirom da je upravo taj odnos osnova za pružanje kvalitetne sestrinske skrbi. Načela su svojevrsna pravila ponašanja koja moraju prožimati cjelokupnu sestrinsku praksu. Nijedna sestrinska intervencija u koju nisu uključena načela ne može se smatrati stručnom intervencijom (14).

Uloga psihijatrijske medicinske sestre u procesu liječenja mnogostruka je i veoma zahtjevna, pošto sestra tijekom liječenja psihijatrijskog bolesnika preuzima vodeću ulogu u najvećem dijelu provedbe liječenja.

Zadaci medicinske sestre i tehničara u liječenju psihijatrijskog bolesnika su sljedeći:

- medicinska sestra prepoznaje psihičke i tjelesne probleme pacijenta,
- podučava pacijenta i njegovu obitelj ispravnim interakcijama i odgovarajućoj komunikaciji,

- daje informacije i savjetuje bolesnika o vanjskim i unutarnjim konfliktima koje isti doživljava,
- socijalni je savjetnik u svakodnevnom životu, potiče i podučava bolesnika tjelesnim, socijalnim i obiteljskim aktivnostima,
- ispituje utjecaj pojedinih čimbenika na emocionalno stanje bolesnika,
- konkretno pomaže bolesniku ili ga stimulira u obavljanju svakodnevnih medicinsko-tehničkih intervencija,
- pruža terapijsko okruženje u bolničkim odjelima i ostalim mjestima liječenja bolesnika s psihičkim poremećajima,
- zagovara terapijski odnos s pacijentom, njegovim obitelji i širom zajednicom,
- pruža obrazovanje iz područja mentalnog zdravlja,
- promiče zdrav stil života, djeluje u preventivnim programima.

Medicinska sestra dužna je znati teoriju psihijatrijskih poremećaja i simptome bolesti, teorije međuljudskih odnosa i komunikacija, razumjeti psihičko stanje pacijenta, njegovu ličnost i neposrednu okolinu, te ga poštovati (14).

4.3.2. Odnos i komunikacija između medicinske sestre i bolesnika

Komunikacija sestre i pacijenta važan je dio njenog praktičnog rada i terapijsko sredstvo za pomaganje pacijentu. Komunikacijski i terapijski odnos između medicinske sestre i pacijenta također je osnova kvalitetne psihijatrijske skrbi. Medicinska sestra treba biti svjesna da komunikacija nije samo spontano naučeni proces, već terapijska vještina koju je potrebno učiti i naučiti. Prilikom komuniciranja s pacijentom medicinska sestra mora poštovati temeljna ljudska prava i etička načela, osobito poštujući dostojanstvo pacijenta, autonomiju, ravnopravnost i pravdu. Suradnja također uključuje načelo partnerstva. Svaka poruka pacijentu namjerno je i stručno odabrana kako bi zadovoljila potrebe pacijenta i pridonijela njegovom osobnom rastu.

Terapijska komunikacija pruža potrebne informacije i putem nje medicinska sestra i pacijent razmjenjuju svoje osjećaje. Komunikacija je alat pomoću kojeg medicinska sestra utječe na ponašanje pacijenta. Ako se nastoji da razgovor bude učinkovit, medicinska sestra treba bolesniku pružiti dovoljno vremena, ukloniti zbunjujuće čimbenike, govoriti jasno i razumljivim jezikom, te sagledati je li pacijent sklon komunikaciji. U skrbi o pacijentu očekuje se suradnja pacijenta, stoga je potrebno učiniti sve da se uklone smetnje terapijskoj komunikaciji (14).

4.3.3. Zdravstvena njega bolesnika s graničnim poremećajem ličnosti

Sestrinska skrb o pacijentu s graničnim poremećajem ličnosti predstavlja jedan od najvećih izazova u psihijatrijskoj njezi, ponajviše zbog visokog suicidalnog rizika u tih pacijenata.

Pri procjeni stanja i utvrđivanju potreba za njegom, medicinska sestra prikuplja anamnestičke podatke koji uključuju bolesnikove prethodne krize i neodgovarajuće ponašanje, stanja prethodnog autodestruktivnog ponašanja, pokušaje suicida, zlouporabu droga ili drugih tvari, te podatke o tjelesnom, psihološkom ili seksualnom zlostavljanju tijekom odrastanja, stalnim sukobima sa zakonom itd. Također promatra reakcije bolesnika i analizira prethodnu psihijatrijsku dokumentaciju, ukoliko ona postoji.

Sestra nadalje prikuplja anamnestičke podatke o psihičkom razvoju bolesnika tijekom njegovog životnog vijeka i čimbenike koji su povezani s razvojem bolesnikove ličnosti. Određivanjem psihičkog razvoja dobivaju se odgovori na pitanja kakav je bio bolesnikov odnos s primarnim objektom, utjecaj tog odnosa na razvoj njegove ličnosti, mehanizme prilagodbe bolesnika na okolišne stresore i načine kontrole. U prikupljanju podataka važno je surađivati s ostalim stručnjacima iz područja mentalnog zdravlja. (14).

Očekuje se da će pacijent na određen način testirati medicinsko osoblje, zbog čega su snaga, dosljednost i postavljanje granica izuzetno važni. Nedosljednost i povlačenje nakon postavljanja granica predstavlja rizik u uspostavi pouzdanog međuljudskog odnosa između medicinske sestre i bolesnika. Učinkovito postavljena ograničenja zahtijevaju zrelost i stručnu osposobljenost (14).

U sljedećem koraku medicinska sestra analizira podatke te zaključuje što sprječava pacijenta da se prilagodi i identificira ponašanje koje ga ometa. Najčešći problemi graničnih pacijenata koje sestra/tehničar zna i prepoznaje su:

- manipulacija,
- samoozljeđivanje i pokušaji suicida,
- projekcijska identifikacija,
- nisko samopoštovanje,
- impulzivnost (1).

Redoslijed rješavanja problema razlikuje se individualno od pacijenta do pacijenta, ovisno o prioritetima, a u rasponu je od spektra suicidalnog ponašanja, do spektra anksioznosti i socijalne izolacije.

Kratkoročni ciljevi usredotočeni su na bolesnikovu sigurnost te na njegovu psihičku i fizičku dobrobit. U cilju smanjenja trenutne jačine stresa kod osoba s graničnom ličnošću, potrebna je liječnička procjena potrebe za medikacijom.

Dugoročni ciljevi usmjereni su na pomaganje osobi da promijeni obrasce razmišljanja i ponašanja te da utječe na smanjenje njegovih duševnih i ostalih smetnji (depresiju, psihotične reakcije, anksioznost, auto i heteroagresivnost). Dugoročni ciljevi također se koriste za pomoć pri uspostavljanju kvalitetnijih međuljudskih odnosa (14). Važno je da sestra uključuje obitelj i sve koji su u odnosu s osobom s graničnim poremećajem u proces skrbi koji također utječu na socijalnu fleksibilnost. Medicinska sestra raspravljat će s obitelji kako postupati, što se očekuje od bolesne osobe, predstaviti im dugoročne ciljeve i zahtijevati od njih strpljenje.

Za ciljeve je važno da ostanu realni. Očekivani rezultati uključuju:

- poimanje veze između funkcionalnog i disfunkcionalnog ponašanja,
- vještine učenja koje promiču funkcionalno ponašanje,
- kontrolu gnjeva, straha, sramežljivosti, zadovoljstva,
- stil života koji sprječava povratak u prethodno stanje,

- razumijevanje vještina prevladavanja stresa i drugih poremećaja, te bolju društvenu fleksibilnost (15).

Medicinska sestra koristi razne terapijske tehnike komunikacije i pitanja koja su planirana. Kod planiranja intervencija potrebno je izbjeći komunikaciju u kojoj se koristi tumačenje bolesnikovog ponašanja, budući da su nerazumni pacijenti skloni pogrešnim interpretacijama. Također je potrebno izbjeći mogućnost manipulacije bolesne osobe medicinskim i drugim osobljem. Medicinska sestra dokumentira učinjeno.

Medicinska sestra/tehničar koristi tehniku suočavanja kako bi pomogla bolesniku da postane svjestan sebe i vlastitog neodgovarajućeg ponašanja. U slučaju sumnjičave osobe koja često koristi projekciju, medicinska bi sestra trebala izbjegavati pacijentove nerazumne zahtjeve te ih ignorirati. Pregovaranje s pacijentom samo bi ojačalo njegov stav. Umjesto toga, tehničar/sestra koristi svoju empatičku tehniku koja pomaže osobi da govori o svojim osjećajima, čak i ako ih pripisuje drugima, a ne sebi. Ako sestra iskoristi empatiju umjesto sukoba, povjerenje je zajamčeno i može dovesti do otkrića bolesnikovih potisnutih osjećaja. Sestra postavlja pitanja koja potiču pacijenta na razmišljanja o svome ponašanju, što omogućuje zdraviju prilagodbu i napredak u ponašanju bolesnika. Prilikom razvijanja povjerljivog međuljudskog odnosa, ponaša se prirodno i dostojanstveno. Sestra promovira neovisnost, autonomiju i potiče pacijenta da se pridruži grupama koje su prikladne za njega (14). Grupna terapija tijekom koje pacijenti svoja iskustva dijele s osobama sličnog razvojnog puta sa sličnim obrascima ponašanja donosi pružanje međusobne podrške, što doprinosi bolesnikovu oporavku. Medicinska sestra također procjenjuje stupanj mogućnosti recidiva neadekvatnog ponašanja.

Tijekom planiranja i provođenja učinkovite njege, medicinske sestre trebaju razviti visoku razinu samosvijesti. Medicinske sestre i drugi stručnjaci za mentalno zdravlje često doživljavaju negativne osjećaje prema osobama s graničnim poremećajem ličnosti. To uključuje bijes, frustraciju i želju za kontrolom. Pretjerana okupacija pacijentom može dovesti do frustracije, zbuđenosti i nesposobnosti koncentracije u interakciji s bolesnom osobom. Na poslu, medicinska sestra mora naučiti kako tolerirati i prihvatiti te osjećaje kao normalne reakcije, ali istodobno mora i naučiti kako se nositi s njima. Poznavanje vlastitih osjećaja povećava samosvijest i kontrolu. Razumijevanje ključnih pojmova, kao što je razvoj ličnosti, bitno je za medicinsku sestru/tehničara koji mora procijeniti mogućnost vlastite

adaptacije na pacijenta s graničnim poremećajem ličnosti, te mogućnost kontrole vlastitog ponašanja (14).

4.3.4. Najčešće sestrinske dijagnoze kod graničnog poremećaja ličnosti

- Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja

Predstavlja opadanje sposobnosti donošenja odluka, manjak samopoštovanja, depresiju i anksioznost, nemogućnost izvršavanja očekivanih radnji, promjene u društvenim interakcijama.

Intervencije:

- ohrabriti pacijenta da izražava svoje misli i osjećaje,
- podupirati formiranje odgovarajućih tehnika rješavanja problema,
- pomoći pacijentu identificirati neučinkovito suočavanje s problemom.

Cilj:

- pacijent će izražavati misli i osjećaje,
- pacijent će naučiti tehnike rješavanja problema.

- Socijalna izolacija

Predstavlja teškoće u stvaranju odnosa s drugim ljudima, povlačenje iz društva, izražavanje osjećaja odbacivanja i usamljenosti, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvom i nasiljem.

Intervencije:

- provoditi vrijeme s pacijentom,
- omogućiti pacijentu komunikaciju s obitelji i prijateljima,
- poticati pacijenta na druženje s ostalim pacijentima,

Cilj:

- pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti,
- pacijent je razvio odnos suradnje.

• Visok rizik za suicid

Visok rizik za suicid je stanje u kom je pojedinac u opasnosti zbog postojanja rizika počinjenja suicida.

Intervencije:

- kontinuirano pratiti i procjenjivati razinu rizika za suicid,
- osigurati sigurnu okolinu,
- poticati bolesnika na verbalizaciju emocija,
- pomoći u prepoznavanju rizičnih čimbenika,
- uputiti osobe s kojima je bolesnik blizak kako prepoznati povećani rizik za suicid,
- na vrijeme uočiti nagle promjene u ponašanju.

Cilj:

- bolesnik si neće namjerno nauditi,
- bolesnik će prihvatiti pomoć osoblja pri pojavi suicidalnih misli,
- bolesnik će koristiti učinkovite mehanizme suočavanja sa stresom i anksioznošću.

• Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoozljeđivanje predstavlja opasnost od namjernog samoozljeđivanja koji uzrokuje ozljede tkiva s namjerom izazivanja ozljeda, a radi oslobađanja napetosti.

Intervencije:

- svakodnevno pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere,
- ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline,
- pratiti da bolesnik nije smješten sam u sobi,
- pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izolaciju i anksioznost te nagle promjene ponašanja,
- poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti destruktivne misli,
- uključiti bolesnika u grupni terapijski proces,
- omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja,
- osigurati socijalnu potporu,
- uključiti obitelj u proces liječenja.

Cilj:

- bolesnik se neće namjerno ozlijediti,
- bolesnik će naučiti prepoznati i kontrolirati rizično ponašanje,
- bolesnik neće imati pristup predmetima kojima bi se mogao ozlijediti.

• Anksioznost i strah

Označava neprikladno regresivne reakcije, usmjerenost na samog sebe, smanjenu sposobnost rješavanja problema, povećanje zapažanja, strah od stvarnog ili iracionalnog gubitka.

Intervencije:

- uspostavljanje odnosa povjerenja,
- pružanje potpore i osjećaj prihvaćanja kod bolesnika,
- poticanje i ohrabrivanje pacijenta na verbalizaciju strahova,

- pomoć pacijentu kod identifikacije izvora straha,
- uporaba učinkovitih tehnika suočavanja sa strahom.

Cilj:

- bolesnik će se kvalitetnije suočiti sa strahom (15).

5. ZAKLJUČAK

Granični poremećaj ličnosti najčešći je poremećaj ličnosti koji se susreće u kliničkim uvjetima.

Zbog specifičnih simptoma koje iskazuju granične osobe, kao što su poteškoće s kontroliranjem emocija, osjećaj praznine ili suicidalnost, zdravstvena njega takvih pacijenata često je otežana i zahtijeva efikasnu koordinaciju svih uključenih medicinskih djelatnika. Ponekad nepostojanje jasne slike predstavlja izazov za medicinske djelatnike te je često potrebno u prvom koraku prepoznati poremećaj kod pacijenata koji pokazuju neprilagođeno ponašanje i točno ga klasificirati kao granični. Točno dijagnosticiranje pomaže liječnicima i psihoterapeutima da odrede najprikladniju farmakoterapiju i psihoterapiju, a medicinskim sestrama/ tehničarima odabir pravilne njege. Medicinska sestra kao član multidisciplinarnog tima ima ulogu prepoznavanja i tretiranja problema pacijenata iz područja zdravstvene njege, te kao takva pruža odgovarajuću skrb i neposredno pridonosi oporavku pacijenta.

Nakon postavljanja odgovarajuće dijagnoze, potrebno je definirati sveobuhvatni plan terapije i njege, utemeljen na educiranosti zdravstvenog osoblja, dobroj komunikaciji kako između zdravstvenog osoblja, tako i između zdravstvenog osoblja i pacijenta, konzistentnom pristupu terapiji i njezi, te empatičnom odgovoru na pacijentove zahtjeve, umjesto konfrontirajućeg ponašanja spram njega.

Liječenje poremećaja ličnosti dugotrajno je i rijetko kada dovršeno. Pacijenta s graničnim poremećajem treba pripremiti za suočavanje sa stresnim situacijama u svakodnevnom životu, tako da prepreke koje život donosi rješava na konstruktivan način, donosi samostalne odluke, nauči funkcionirati u društvu, pouzdati se u druge ljude i svijet oko sebe. Bolesnika također treba podučiti da potraži pomoć dok se nađe u problemu, te da spozna da nije sam na svijetu. Osobu s graničnim poremećajem ličnosti potrebno je podučiti samokontroli.

Osim farmakoterapije koja je osobita efikasna u liječenju graničnih pacijenata koji iskazuju afektivne poremećaje, impulzivnost i autodestruktivno ponašanje, primjenjuju se i individualna i obiteljska psihoterapija, koje u kombinaciji s farmakoterapijom uobičajeno daju najbolje rezultate. Individualna psihoterapija često nije dovoljna kod pacijenata koji imaju poteškoća s kontroliranjem impulsa, prekomjernim korištenjem štetnih supstanci ili dolaze iz disfunkcionalnih obitelji te je u takvim slučajevima u tretman potrebno uključiti i

osobe iz bližeg socijalnog kruga, koje mogu pridonijeti bržem i učinkovitijem oporavku pacijenta. Sinteza obiteljske, grupne i individualne terapije koju bi tim stručnjaka razvio specifično za granične bolesnike kao poseban oblik liječenja, teoretski bi predstavljao dobar razvojni pravac za budućnost liječenja graničnog poremećaja ličnosti.

Poremećaji ličnosti općenito, a prije svega granični poremećaj ličnosti nisu dovoljno dobro istraženi, stoga ih treba predstaviti široj javnosti, čime bi se izbjegla stigmatizacija i socijalna izolacija tih ljudi, a i samim bi se neliječenim bolesnicima olakšalo prepoznavanje svoje bolesti te bi time na vrijeme mogli potražiti odgovarajuću pomoć. Rezultati porasta broja liječenja graničnih pacijenata zbog raznih oblika medijskih i ostalih utjecaja na širu javnost mogu se uzeti za predmet daljnjih istraživanja.

U psihijatrijskoj njezi, medicinske sestre ponajprije bi trebale biti samosvjesne, poznavati vlastitu ličnost, trebale bi imati dobru kontrolu nad svojim osjećajima i raditi bez predrasuda. Zdravstveni radnici trebaju promicati mentalno zdravlje, podučavati ljude toleranciji i prihvaćanju razlika.

6. LITERATURA

1. Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Publications; 1993.
2. Gordon S. Gordon Allport's narrative approach to personality [Internet]. Saybrook University; 2018. Dostupno na:
<https://www.saybrook.edu/blog/2015/01/20/01-20-15/> (1 .srpnja 2018.)
3. Larsen J. R, Buss M. D. Psihologija ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008
4. Stuart Wiscarz G. Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis: Elsevier Mosby; 2013.
5. Erikson E. Identitet i životni ciklus [Internet]. Beograd: Zavod za udžbenike; 2008. Dostupno na:
http://psiholognapoziv.weebly.com/uploads/9/5/8/1/9581579/erik_erikson_identitet_i_zivotni_ciklus.pdf (3. srpnja.2018.)
6. Begić, D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
7. Marčinko D, Jakovljević M, Rudan V. Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
8. Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. četvrto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.

9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
10. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
11. Američka psihijatrijska udruga. Praktične smjernice za liječenje oboljelih od graničnog poremećaja ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
12. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 1995.
13. Adams L. Peplau's Contributions to Psychiatric and Nursing Knowledge [Internet]. Journal of mental health and addiction nursing.2001; Dostupno na: <http://jmhan.org/index.php/JMHAN/article/view/3> (6.8. 2018.)
14. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
15. Božičević M, Bradaš Z. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika. Zagreb: Hrvatska udruga medicinskih sestara; 2011.

7. SAŽETAK

Svrha je završnog rada iznijeti recentne stručne spoznaje o poremećajima ličnosti, s naglaskom na granični poremećaj ličnosti, te ulogu i zadatke medicinske sestre u njezi pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti na temelju domaće i strane stručne literature. U radu su iznesene klasifikacije i etimologija različitih poremećaja ličnosti, s posebnim osvrtom na simptomatologiju i terapiju graničnog poremećaja ličnosti koji čini okosnicu ovog rada i jedna je od najčešćih i najkontroverznijih psihijatrijskih dijagnoza našeg vremena. Koristi se za pacijente koji nisu ni neurotični ni psihotični, već negdje između. Podaci su prikupljeni na temelju stručne literature u pisanome obliku, te preko internetskih baza podataka znanstvenih i stručnih radova.

Ključne riječi: ličnost, granični poremećaj ličnosti, zdravstvena njega, medicinska sestra/tehničar


8. SUMMARY

The purpose of the thesis is to present recent professional insights on personality disorders, with special focus on borderline personality disorder, and role and tasks of nurses in care of patients with borderline personality disorder, based on domestic and foreign professional literature. The work presents classifications and etymology of various personality disorders, with special emphasis on symptomatology and treatment of borderline personality disorder, which is the framework of the thesis and one of the most common and most controversial psychiatric diagnoses of our time. It is used for patients who are neither neurotic nor psychotic, but somewhere in-between. Data was collected from professional literature in written form and through online databases of scientific and professional works.

Key words: personality, borderline personality disorder, health care, nurse / technician

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>20. 8. 2018.</u>	DARJE ILIĆ	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

DARIJE ILIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 20.8.2018.



potpis studenta/ice