

# Uloga medicinske sestre u grupnoj terapiji

---

Jelić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:144:538864>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-09**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U GRUPNOJ  
TERAPIJI**

Završni rad br. 13/SES/2023

Jelić Ivana

Bjelovar, rujan 2023.



Veleučilište u Bjelovaru  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

**1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA**

Student: **Ivana Jelić**

JMBAG: **0314024102**

Naslov rada (tema): **Uloga medicinske sestre u grupnoj terapiji**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **profesor stručnih studija**

**Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:**

1. **Daliborka Vukmanić, mag. med. techn., predsjednik**
2. **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., član**

**2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 13/SES/2023**

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. definirati pojam grupne terapije te opisati ciljeve takovog rada
2. objasniti razliku između grupne psihoterapije (sa prikazom važećih zakonskih normi) i suportivnog vođenja grupe bolesnika sa prikazom primjera
3. opisati osnove grupne dinamike i procesa u grupnoj terapiji.
4. objasniti važnost pojedinih vještina koje medicinska sestra mora steći da bi mogla voditi grupnu bolesnika
5. prikazati važnost osobnog razvoja sestara i tehničara koji sudjeluju u vođenju grupne terapije

Datum: 20.02.2023. godine

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



# SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE.....	4
4. RASPRAVA.....	5
4.1. Grupna terapija.....	7
4.1.1. Razvoj grupe .....	9
4.1.2. Značaj grupne terapije .....	11
4.2. Oblici grupne terapije i uloga medicinske sestre .....	12
4.2.1. Psihoedukativna grupna terapija .....	12
4.2.2. Grupna terapija usmjerena na razvoj vještina .....	17
4.2.3. Kognitivno-bihevioralna grupna terapija .....	19
4.2.4. Grupna terapija usmjerena na pružanje podrške pacijentu.....	23
4.2.5. Interpersonalna grupna terapija .....	26
4.2.6. Psihoanalitička terapija .....	29
4.3. Usmjerenost grupne terapije .....	30
4.4. Vještine medicinske sestre u vođenju grupne terapije .....	31
5. ZAKLJUČAK.....	33
6. LITERATURA .....	34
7. OZNAKE I KRATICE .....	38
8. SAŽETAK .....	39
9. SUMMARY.....	40

## *Zahvala*

Zahvaljujem se svojoj mentorici Mariji Kudumiji Slijepčević na pruženoj pomoći i podršci u pisanju mog završnog rada, te na uvijek pozitivnom stavu.

Također se zahvaljujem svojoj majci i zaručniku, najvećim podrškama tijekom mog studiranja te ostalim članovima obitelji.

Zahvaljujem se i svojim prijateljima za svaku pruženu podršku i osmijeh u malo težim danima studiranja.

Također se zahvaljujem svim svojim kolegama sa posla, što su uvijek uskočili kada je to bilo potrebno te se zahvaljujem i svim ostalim profesorima studija na nesebičnom dijeljenju znanja te strpljenju.

## 1. UVOD

Grupna terapija predstavlja istovremeno liječenje većeg broja pacijenata i najčešće se primjenjuje u liječenju mentalnih poremećaja i bolesti. Uzimajući u obzir da potrebe za intervencijama usmjerenih na bihevioralne poremećaje i kronične psihijatrijske bolesti kontinuirano raste, grupna terapija jedan je od sve češće korištenih metoda liječenja kojom se smanjuje vrijeme čekanja i povećava dostupnost liječenja većem broju oboljelih (1). Osnovni ciljevi procesa grupne terapije prvenstveno su usmjereni na poticanje pacijenta na prihvaćanje ove vrste liječenja koje ima utjecaj na život pacijenta i potiče modifikaciju njegova ponašanja. Grupna terapija potiče razvoj interpersonalnih vještina i vještina stvaranja i održavanja odnosa, osigurava edukaciju, pomaže u prihvaćanju i provođenju preventivnih mjera i učenju vještina suočavanja te olakšava povratak pacijenta normalnom funkcioniranju unutar društva (2). Neovisno o tome što u procesu grupne terapije sudjeluje veći broj pacijenata, procjena i liječenje usmjereni su na pojedinca i njegove individualne potrebe i oporavak. Kroz međusobnu razmjenu iskustava i uspoređivanje s drugim pacijentima pojedinac ima mogućnost zamisliti se u sličnom položaju i mogu prepoznati napredak drugih, što dovodi do povećanja motivacije, suradljivosti i predanosti procesu liječenja (3). Strukturiranje grupa s članovima kojima su dijagnosticirana slična stanja omogućuje im da uče jedni od drugih i podučavaju jedni druge. Interpersonalno učenje omogućuje stjecanje novih perspektiva o vlastitom stanju i učenje pozitivnih strategija suočavanja. Pacijenti koji se zbog vlastitog stanja i bolesti suočavaju sa strahom od društvene interakcije, kroz grupni rad stječu samopouzdanje potrebno za sudjelovanje u društvenim aktivnostima što posljedično smanjuje rizik od socijalne izolacije (1, 4). Medicinske sestre u grupnoj terapiji imaju ulogu voditelja grupe, a osim pridržavanja načela grupnog rada trebaju koristiti različite stilove i strategije koje su prilagođene dijagnozi i potrebama pacijenata. Ovisno o strukturi pacijenata, grupne terapije mogu biti psihoedukativne, kognitivno bihevioralne, terapije usmjerene na podršku i razvoj vještina (1). Medicinske sestre u procesu grupne terapije trebaju imati razvijenu svijest o različitim fazama razvoja grupe jer prijelaz kroz svaku fazu ukazuje na rast i promjenu grupe. Razvoj grupe prolazi kroz pet faza koje uključuju fazu formiranja, fazu napadaja, fazu normiranja, fazu izvedbe i posljednju fazu koja označava da se grupna terapija bliži kraju (5). Vrijeme trajanja grupne terapije je individualizirano jer terapija traje sve dok pacijenti ne postignu poboljšanje i steknu sposobnosti samostalnog organiziranja i provođenja svakodnevnih

životnih aktivnosti, stvaranja odnosa s drugima i dok ne razviju osjećaj pripadnosti. Važno je pacijenta upoznati s planiranim vremenom završetka grupne terapije kako bi se pripremio za odlazak te mu pomoći u postavljanju i postizanju ciljeva do završetka terapije (1). U procesu grupne terapije medicinska sestra treba poštivati privatnost pacijenta i poznavati odredbe o povjerljivosti medicinske dijagnoze, povijesti bolesti i drugih osobnih podataka, no pacijenti smiju iznositi navedene podatke bez pravne odgovornosti. Navedeno dovodi do poteškoća u održavanju povjerljivosti pojedinačnih pacijenata jer postoji visok rizik za iznošenje informacija izvan grupe, što je posebno izražen problem u grupama s većim brojem pacijenata. Sposobnost dijeljenja osobnih podataka može imati pozitivnu ulogu u procesu liječenja, no pacijenti se mogu osjećati nelagodno dijeleći određene pojedinosti, što može naštetiti mentalnoj dobrobiti pacijenata jer se istovremeno bore s tim da doprinesu grupnom radu i očuvaju svoju privatnost. Ove se poteškoće mogu riješiti na prvom sastanku grupe, gdje medicinska sestra treba postaviti pravila i ograničenja o iznošenju osobnih informacija i važnosti očuvanja povjerljivosti unutar grupe (6). Medicinske sestre koje sudjeluju u grupnoj terapiji trebaju imati posebnu edukaciju u području psihijatrijskih i bihevioralnih znanosti, što im daje mogućnost preuzimanja uloge voditelja, ali i visoku razinu odgovornosti u cjelokupnom procesu grupne terapije (7).



## **2. CILJ RADA**

U radu će biti definirana grupna terapija i ciljevi grupnog rada s pacijentima. Grupna terapija kao proces koji se najčešće primjenjuje u liječenju poremećaja mentalnog zdravlja može se provoditi u različitim oblicima, koji su prikazani u završnom radu uz prikaz uloge medicinske sestre u provođenju svakog od navedenih oblika grupne terapije. Prikazane su osnovne grupne dinamike i procesi grupne terapije te je objašnjena važnost vještina koje medicinska sestra treba posjedovati kako bi se osigurala kvaliteta grupne terapije. U radu je prikazana važnost edukacije i kontinuiranog stjecanja znanja i vještina medicinskih sestara koje sudjeluju u vođenju grupne terapije.

### **3. METODE**

Literatura u svrhu pisanja završnog rada pretražena je korištenjem elektroničkih baza podataka koje su uključivale: Pubmed, Scopus, EBSCO i Google znalac. Pretraživanje literature se temelji na postavljenim ključnim riječima: grupna terapija, psihološka podrška, razmjena iskustava. Korišteni su stručni članci i knjige koje su relevantne zadanoj temi rada. Literatura je citirana prema pravilima Vancouverskog citiranja.

## 4. RASPRAVA

Poremećaji mentalnog zdravlja značajan su globalni javnozdravstveni i društveni problem. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) jedna od osam osoba u svijetu živi s određenim mentalnim poremećajem koji može uključivati značajne poremećaje u regulaciji emocija, razmišljanju i ponašanju (8). Prema SZO, u 2019. godini oko 301 milijun osoba živjelo je s anksioznim poremećajem, 280 milijuna s depresijom, 40 milijuna s bipolarnim poremećajem i isto toliko osoba je imalo poremećaje ponašanja i disocijalni poremećaj. Oko 24 milijuna osoba imalo je shizofreniju (9). Globalna prevalencija poremećaja u prehrani je visoka, U 2019. godini otprilike 24 milijuna osoba u svijetu bolovalo je od anoreksije ili bulimije. Posttraumatski stres (PTSP) javlja se u okruženjima koja su zahvaćena sukobima ili uslijed izlaganja opasnom ili prijetećem okruženju (9, 10). Čimbenici koji dovode do razvoja mentalnog poremećaja su višestruki i najčešće uključuju obiteljske, društvene, strukturne i pojedinačne čimbenike koji istovremenim utjecajem mogu značajno narušiti mentalno zdravlje osobe. Zaštitni čimbenici za razvoj poremećaja mentalnog zdravlja uključuju individualne biološke i psihološke čimbenike (vještine samoregulacije emocija, genetika) koji na različite načini minimaliziraju utjecaj štetnih čimbenika na zdravlje pojedinca (8). Pristupi rješavanju problema mentalnog zdravlja u društvu uvelike su usmjereni na pružanje kliničkih usluga pojedincima, a ne na poticanje uvjeta koji promiču pozitivno mentalno zdravlje, održavanje dobrog mentalnog zdravlja ili primarnu prevenciju razvoja mentalnih bolesti. Promicanje i održavanje mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih bolesti područja su koja moraju izaći izvan okvira kliničkog liječenja i primjene farmakoloških metoda kako bi se postigli pozitivni rezultati i očuvalo mentalno zdravlje cjelokupnog stanovništva (11, 12).

Potrebe osoba s mentalnim poremećajima su složene, a njihovo zbrinjavanje osim liječenja zahtijeva društvenu podršku, uključujući podršku u uspostavljanju i održavanju osobnih, obiteljskih i društvenih odnosa. Važno je osigurati podršku u procesu obrazovanja, zapošljavanja, stanovanja i sudjelovanja u društvenim aktivnostima. Zdravstveni sustavi još uvijek nemaju adekvatan odgovor na potrebe svih oboljelih od mentalnih poremećaja što se pripisuje nedostatku zdravstvenih djelatnika i resursa potrebnih za rad (8). Veliki nesrazmjer između povećanja potreba i dostupnosti liječenja prisutan je u cijelom svijetu, što je vidljivo iz istraživanja koje pokazuje da samo jedna trećina osoba s depresijom prima formalnu zdravstvenu skrb i liječenje (13).

Mentalno zdravlje najvažnije je za osobno blagostanje, obiteljske odnose i uspješan doprinos društvu i ključno je za razvoj zajednica i zemalja, stoga je rano prepoznavanje i liječenje poremećaja od velike važnosti (14, 15). Uspješnost liječenja poremećaja mentalnog zdravlja uvelike ovisi o uvjerenjima i iskustvu pacijenata o metodama, načinu i učinkovitosti liječenja jer negativna percepcija liječenja može dovesti do odbijanja liječenja i posljedičnih dugotrajnih posljedica (16, 17). Pacijenti s problemom mentalnog zdravlja najčešće se javljaju liječniku obiteljske medicine, stoga se primarna razina zdravstvene zaštite smatra prvim korakom u procesu skrbi (18), no učinkovita zaštita i liječenje temelji se na multidisciplinarnom pristupu koji se pruža od strane zdravstvenih profesionalaca na svim razinama zdravstvene zaštite. U sustavu pružanja skrbi o mentalnom zdravlju multidisciplinarni pristup definira se kao proces suradnje između obiteljskog liječnika, psihijatra i medicinskih sestara (patronažna sestra, medicinska sestra educirana za provođenje grupne terapije i drugih oblika nefarmakološkog liječenja) koji dijele odgovornost za pružanje skrbi prema individualnim potrebama pacijenta u različitim vremenskim razdobljima (19). Multidisciplinarni pristup omogućuje optimiziranje i povećava dostupnost zdravstvene skrbi te smanjuje teret bolesti koji doživljavaju osobe s mentalnim poremećajima (20).

Metode koje se učestalo primjenjuju u zaštiti i liječenju poremećaja mentalnog zdravlja su grupni rad i grupna terapija. Ovi pojmovi se često koriste kao sinonimi, no između njih postoje značajne razlike. Grupni rad prakticira se kod osoba s manjim poteškoćama mentalnog zdravlja i prilagodbe u društvenim okruženjima te u slučajevima u kojima je potrebna primarna razina prevencije, a ne kao oblik liječenja. Educirana medicinska sestra koja vodi grupu potiče sve sudionike grupe na planiranje, organiziranje i provođenje aktivnosti grupe koje pomažu svim članovima u njihovom osobnom rastu i razvoju. Grupna terapija smatra se jednim od najznačajnijih psihosocijalnog tretmana koji se prakticira u kliničkim okruženjima za osobe s emocionalnim problemima ili problemima mentalnog zdravlja. Grupnu terapiju provode educirane i kvalificirane medicinske sestre, liječnici, psiholozi, radni terapeuti ili socijalni radnici. Medicinska sestra u ulozi grupnog terapeuta je aktivan sudionik grupe i pomaže članovima da razumiju svoje individualne i interpersonalne probleme. Grupna terapija usmjerena je na aktualne probleme u odnosu prema sebi i drugima, a za cilj ima smanjiti negativne simptome, poboljšati motivaciju, socijalno funkcioniranje, prilagodbu i vještine u stvaranju i održavanju odnosa (2).

## 4.1. Grupna terapija

Grupna terapija definira se kao strukturirani ili polustrukturirani proces terapijske intervencije u kojemu se bihevioralni i emocionalni odgovori pojedinačnih članova grupe jednih prema drugima i prema vođi grupe koriste za poboljšanje mentalnog zdravlja i borbu protiv mentalnih bolesti (21). Grupna terapija je proces učenja i rješavanja problema mentalnog zdravlja koja se provodi u sigurnom okruženju i usmjerena je na prihvaćanje promjena koje se odnose na emocionalna iskustva i reakcije ponašanja (22). Grupna terapija se u literaturi opisuje kao ključna intervencija u liječenju psiholoških poremećaja koja je fokusirana na specifične mehanizme uključene u modifikaciju ponašanja pacijenta, liječenje poremećaja raspoloženja i suzbijanje simptoma poremećaja mentalnog zdravlja (22, 23). Grupna terapija smatra se korisnim modalitetom u smislu ekonomičnog korištenja resursa i radne snage te učinkovitog liječenja niza problema povezanih s mentalnim zdravljem. Tri glavne indikacije za grupnu terapiju su neprikladni obrasci međuljudskih odnosa, poteškoće u samoregulaciji emocija i nemogućnost provođenja individualne terapije (1).

Grupna terapija može se koristiti za liječenje niza zdravstvenih stanja uključujući, ali ne ograničavajući se na emocionalnu traumu, anksioznost, depresiju, PTSP, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (engl. *Attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD). Grupna terapija preporučuje se u liječenju pacijenata koji pokazuju interpersonalne poteškoće i patologiju i smanjenu razinu samosvijesti. Također, grupna terapija korisna je kod pacijenata koji pate od socijalne izolacije i pokazuju visoke rezultate u dimenzijama ekstraverzije (otvorenosti) i savjesnosti, no ne preporučuje se kod pacijenata s visokom razinom neuroticizma (emocionalno reaktivni) (24). U provođenju grupne terapije posebnu pozornost treba obratiti na procjenu i odabir pacijenata koji su prikladni za uključivanje u grupu kako bi se izbjegli štetni učinci u odnosu na druge članove grupe. Specifični kriteriji isključenja iz grupne terapije ograničeni su na pacijente koji ne mogu sudjelovati u glavnim aktivnostima grupe zbog logističkih, kognitivnih ili interpersonalnih čimbenika. Pacijenti u akutnom stanju ili koji imaju izražene suicidalne misli i ideje ne bi trebali biti uključeni u proces grupne terapije, već se obavezno liječe individualnim metodama liječenja. Pacijenti s prisutnim organskim poremećajima, teškim poremećajem osobnosti, kognitivnim deficitom, nedostatkom motivacije i pacijenti koji su lošeg fizičkog zdravstvenog stanja također nisu kandidati za uključivanje u grupnu terapiju. Osim navedenog, kriteriji za

isključenje pacijenata više su relativni nego apsolutni jer strukture grupe su različite što znači da se pacijent koji nije prikladan za jednu grupu može biti prikladan za uključivanje u drugu grupu (1, 2). U grupne terapije preporučuje se uključiti pacijente sa sličnim dijagnozama i koji pate od sličnih stanja. Na taj način pacijenti mogu shvatiti da njihovi simptomi nisu samo oni i da drugi dijele slične osjećaje. Ovaj osjećaj univerzalnosti može stvoriti osjećaj zajednice unutar grupe i olakšati proces liječenja poticanjem osjećaja prihvaćanja i pripadnosti. Strukturiranje grupa s članovima kojima su dijagnosticirana slična stanja također omogućuje članovima grupe da uče jedni od drugih i podučavaju jedni druge. Interpersonalno učenje omogućuje stjecanje novih perspektiva o vlastitim stanjima i učenje uspješnih i pozitivnih strategija suočavanja. Osim toga, članovima koji obično doživljavaju društveni strah kao posljedicu svojih simptoma postaje ugodnije u interakcijama s društvenom sredinom u različitim situacijama (1).

Uspješnost procesa zahtjeva razumijevanje mehanizama rada unutar grupne terapije i primjenu terapijskih čimbenika. Ovi terapijski čimbenici uključuju:

- univerzalnost – procesom grupne terapije postiže se da pacijenti shvaćaju da postoje drugi koji dijele slične misli, osjećaje i probleme;
- altruizam – kroz proces grupne terapije pacijenti mogu poboljšati vlastito samopoimanje pomažući drugim pacijentima;
- nada – kroz razmjenu iskustava i svjedočanstava svih članova grupe pacijenti mogu zamisliti da idu sličnim putem, što im daje nadu jer vide da je poboljšanje moguće;
- prenošenje informacija – kroz proces grupne terapije pacijenti primaju informacije od medicinske sestre (voditelja grupe) i drugih članova te stječu znanje i vještine suočavanja što poboljšava razinu svakodnevnog funkcioniranja;
- korektivna rekapitulacija primarnog obiteljskog iskustva – kroz grupnu terapiju pacijenti imaju mogućnost pravilno modificirati obiteljsku dinamiku u kontroliranom okruženju;
- razvoj tehnika socijalizacije – proces grupne terapije omogućuje pacijentima da nauče učinkovite i pravilne načine interakcije s drugima;
- imitirano ponašanje – kroz proces grupne terapije pacijenti dobivaju novi uvid i postižu razumijevanje vlastitih problema i stanja kroz promatranje drugih članova grupe;
- kohezivnost – proces grupne terapije osigurava da pacijenti osjećaju i doživljavaju osjećaje podrške, povjerenja i pripadnosti jedni drugima;

- egzistencijalni čimbenici – proces grupne terapije pomaže pacijentu da shvate vlastitu odgovornost u donošenju životnih odluka;
- katarza – pacijenti kroz grupnu terapiju dijele osobna iskustva iz prošlosti i sadašnjosti;
- interpersonalno učenje – pacijenti kroz proces grupne terapije stječu razumijevanje svog interpersonalnog utjecaja putem povratnih informacija od drugih članova jer grupna terapija omogućuje stvaranje okruženja za međusobno učenje;
- samorazumijevanje – tijekom procesa grupne terapije pacijenti razvijaju razumijevanje prikrivenih čimbenika koji utječu na njihovo ponašanje i emocije (1).

Univerzalne pretpostavke koje se temelje na intervencijama grupne terapije uključuju pretpostavku da je grupno iskustvo univerzalno i da se grupna terapija koristi za postizanje promjena u stavovima i ponašanju. Kroz grupnu terapiju postižu se promjene koje su trajne jer grupa djeluje kao instrument u pružanju međusobne pomoći i podrške i omogućuje članovima zajednički rast i prihvaćanje promjena na individualnoj razini. Funkcije grupe su različite, a mogu uključivati:

- funkciju popravka,
- funkciju razvoja,
- funkciju edukacije,
- funkciju prevencije,
- funkciju rekreacije,
- funkciju terapije (2).

#### **4.1.1. Razvoj grupe**

Kvaliteta procesa grupne terapije, sigurnost pacijenta i učinkoviti timski rad postiže se pod vodstvom educirane i profesionalne medicinske sestre koja pacijentima unutar grupe dodjeljuje zadatke, nadzire ih, upućuje, vodi i educira. Ovaj oblik pružanja skrbi zahtjeva dobru koordinaciju i nadzor nad članovima grupe i provodi se najčešće u zatvorenom prostoru (5). U provođenju grupne terapije medicinske sestre trebaju poznavati i razumjeti različite faze razvoja grupe jer prijelaz kroz svaku od pet faza ukazuje na rast i promjene u radu grupe. Prijelaz kroz svih pet faza nužan je kako bi pacijenti imali koristi od grupne

terapije i kako bi se postigli postavljeni ciljevi. Faze razvoja grupe uključuju fazu formiranja, napadaja, normiranja i izvedbe te završnu fazu grupnog razvoja (1, 5).

Faza formiranja grupe je prva faza razvoja tijekom koje pacijenti pokazuju osjećaje tjeskobe, neizvjesnosti i nepovjerenja prema grupi. U ovoj fazi postoji visoka razina ovisnosti o voditelju grupe (medicinskoj sestri) dok je stvarna interakcija među članovima grupe na izrazito niskoj razini. Medicinske sestre u prvoj fazi razvoja grupe imaju mogućnost provesti edukaciju i uspostaviti kohezivnost kroz razgovor o ciljevima i očekivanjima od svih članova grupe (1, 5).

U drugoj fazi razvoja grupe ili fazi napadaja pacijenti se osjećaju ugodnije u odnosu s drugim članovima grupe te počinju međusobno dijeliti osobne informacije, detalje iz privatnog života i pričati o svojim problemima. U ovoj fazi može doći do formiranja manjih skupina unutar grupe te do uspostavljanja hijerarhije među pacijentima. Unutarnji sukobi većinom se pojavljuju u ovoj fazi, a medicinska sestra treba nastojati pozitivno riješiti sukobe i potaknuti pacijente da razviju snažne odnose temeljene na prijateljstvu i povjerenju. Poticanje pacijenata na razgovor i raspravu o ciljevima te isticanje svrhe grupne terapije može značajno pomoći u zbližavanju pacijenata (1, 5).

Treća faza razvoja grupe je faza normiranja u koju grupa ulazi nakon rješavanja sukoba. Za vrijeme trajanja ove faze jača se predanost pacijenata grupi i usmjerenost prema postizanju ciljeva čime se povećava kohezivnost grupe. Ovo je faza u kojoj pacijenti preuzimaju veliki udio u vođenju grupe, u čemu je u prve dvije faze razvoja grupe glavnu ulogu imala medicinska sestra. Aktivnost medicinske sestre je značajno manja i odnosi se na uvođenje pacijenata u raspravu dok se sudjelovanje u tijeku rasprave minimalizira. Ako u ovoj fazi dođe do razvoja sukoba to označava regresiju i povratak grupe u fazu napadaja što zahtjeva intervencije medicinske sestre kako bi se grupa vratila u treću fazu razvoja grupe (1, 5).

Kada grupa uđe u četvrtu fazu razvoja (faza izvedbe) smatra se zreloom grupom u kojoj su intervencije medicinske sestre i aktivnosti izrazito niske jer grupa gotovo u potpunosti samostalno funkcionira. U ovoj fazi pacijenti postaju svijesti međusobnih snaga i slabosti te mogu uspješno pomoći jedni drugima u razvoju i rastu. Ova faza karakterizira se međusobnim razumijevanjem članova grupe i usmjerenošću na postizanje ciljeva koji su definirani u prvoj fazi razvoja grupe (1, 5).

Posljednja ili završna faza je faza u kojoj dolazi do utvrđivanja uspješnosti grupne terapije i označava kraj grupnog rada. Pacijenti u ovoj fazi najčešće doživljavaju osjećaj tuge i



tjeskobe jer postaju svjesni da više neće dolaziti na grupne terapije. Tijekom ove faze medicinske sestre trebaju pomoći pacijentima da izraze svoje osjećaje te olakšati raspravu o završnim temama procesa grupne terapije. Medicinska sestra također treba pomoći pacijentu u postavljanju ciljeva i planiranju života izvan grupne terapije te im omogućiti vrijeme da se oproste jedni od drugih. Oproštaj članova grupe mora biti dobro koordiniran jer neadekvatno upravljanje ovim završnim procesom može negativno utjecati na pacijenta i pogoršati napredak koji su postigli u ranijim fazama procesa (1, 5).

#### **4.1.2. Značaj grupne terapije**

Grupna terapija učinkovita je metoda liječenja niza psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja. Istraživanja su pokazala da pacijenti nakon grupne terapije pokazuju značajna poboljšanja stanja, bolju kontrolu i smanjenje simptoma te poboljšanja u vještinama učenja, razvoja te organiziranja i provođenja svakodnevnih životnih aktivnosti (25-27). Proces grupne terapije koji se provodi na način da obuhvaća sve terapijske čimbenike doprinosi smanjenju simptoma i postizanju postavljenih ciljeva. Iako je grupna terapija sama po sebi učinkovita metoda liječenja, dodatne terapijske metode koje se mogu provoditi također je važno uzeti u obzir prilikom procjene pacijenta (1).

Grupna terapija je isplativa i fleksibilna metoda liječenja koju mogu provoditi isključivo osobe koje imaju završenu edukaciju, a najčešće ju provode medicinske sestre na psihijatrijskim odjelima. Isplativost ove metode liječenja očituje se u tome što omogućuje liječenje većeg broja pacijenata istovremeno, a samim tim zahtjeva manji broj educiranih medicinskih sestara i u istom vremenskom razdoblju osigurava zdravstvenu skrb za veći broj pacijenata. Liječenje u grupnom okruženju omogućuje medicinskim sestrama fleksibilnost u provođenju tretmana, odnosno grupne terapije mogu se odvijati u bilo koje vrijeme i u neograničenom broju ponavljanja. Provođenje većeg broja grupnih terapija tijekom dana omogućuje medicinskim sestrama obuhvaćanje većeg broja pacijenata tijekom dana, dodatno smanjujući liste čekanja za liječenje (25).

## **4.2. Oblici grupne terapije i uloga medicinske sestre**

Oblici grupne terapije su različiti i ovise o funkciji grupe, strukturi pacijenata i ciljevima koji se žele postići u procesu liječenja. Grupne terapije mogu se provoditi kao psihoedukativne grupne terapije, grupne terapije usmjerene na razvoj vještina, kognitivno bihevioralne i kao grupne terapije usmjerene na pružanje podrške pacijentu (30). Grupni rad može se provoditi u obliku psihoterapije (usmjerene na liječenje) i suportivnog vođenja grupe (usmjerene na podršku). Oba oblika grupnog rada dijele niz jednakih karakteristika. No postoje ključne razlike između ovih oblika rada. Grupna psihoterapija razlikuje se od suportivnog vođenja grupe po tome što se u fokusu nalazi promjena, rast i razvoj pojedinca. Ovaj oblik grupne terapije je strukturiran i usmjeren na podučavanje članova s jasnim ishodom, dok se kod suportivnog vođenja grupe članovi mogu sastati i pružiti podršku jedni drugima kroz izmjenu iskustava. Kao primjer se mogu uzeti njegovatelji bolesnika s demencijom, koji se mogu organizirano sastajati kako bi jedni drugima pružili podršku kroz razgovor, podržavanje, ohrabivanje i pokazivanje razumijevanja. Suportivno vođenje grupe može se provoditi u bilo koje vrijeme, a članovi grupe mogu ući i izaći u bilo koje vrijeme. Za razliku od navedenog, grupna psihoterapija omogućuje podjelu iskustava u sigurnom i zatvorenom okruženju, organiziraju se prema točno definiranom rasporedu i usmjerene su na liječenje problema njegovatelja koji su rezultat svakodnevnog opterećenja skrbi za člana oboljelog od demencije.

### **4.2.1. Psihoedukativna grupna terapija**

Psihoedukativne grupne terapije provode se s ciljem edukacije pacijenata o njihovoj dijagnozi, liječenju i očekivanjima od procesa liječenja. Edukacija također mora obuhvatiti upoznavanje pacijenata s njihovim vlastitim sklonostima i poteškoćama te posljedicama koje mogu biti povezane s istim (28). Psihoedukacija ima svoje korijene u Pokretu mentalne higijene koji se dogodio početkom 20. stoljeća i Pokretu za deinstitutionalizaciju iz 1950-ih i 1960-ih godina. Psihoedukacija kombinira elemente kognitivno-bihevioralne terapije, grupne terapije i edukacije. Osnovni cilj je pružiti pacijentu i obitelji znanje o različitim aspektima bolesti i njezinom liječenju kako bi mogli aktivno sudjelovati u donošenju odluka i provođenju procesa liječenja i zaštite mentalnog zdravlja (29). Ove

grupe imaju cilj potaknuti pacijente da ostanu dosljedni i predani u procesu liječenja, postizanju postavljenih ciljeva i praćenju plana procesa liječenja. Poučavaju pacijente o načinima kako izbjeći i prevenirati neprilagođena ponašanja uz istovremeno učenje prihvaćanja pozitivnih promjena. Prilikom organiziranja psihoedukativne grupe, medicinska sestra bi trebala slijediti strukturirani plan rada, a grupni sastanci bi trebali trajati od 15 do najduže 90 minuta. Tijekom sastanka stolice trebaju biti postavljene u obliku potkove ili kruga s medicinskom sestrom u fokusu. Tijekom psihoedukativne grupne terapije medicinska sestra ima ulogu edukatora. Podučavanje članova grupe treba provoditi aktivno jer je pasivno hvatanje bilješki neučinkovito i rezultira smanjenjem koncentracije i odsutnošću pacijenta tijekom rada. Kako bi se osigurala aktivnost pacijenata, važno je poticati komunikaciju i interakciju stvaranjem okruženja u kojem se pacijenti osjećaju ugodno tijekom razgovora i pričanja o vlastitim iskustvima pred drugim članovima grupe. Kada vodi grupnu terapiju, medicinska sestra treba koristiti različite metode i stilove podučavanja koje mogu uključivati vizualno učenje, auditivne prezentacije, demonstracije i praktične aktivnosti (28).

Psihoedukacija najčešće uključuje određene osnovne komponente informacija koje se trebaju prenijeti pacijentima i članovima njihovih obitelji u vezi s bolesti, postupkom dijagnostike, liječenjem i prevencijom. Planovi rada se mogu modificirati kako bi odgovarali potrebama pacijenata, obitelji, medicinskih sestara ili u odnosu na određeni poremećaj. Broj i vrijeme grupnih sastanaka može varirati zajedno s promjenama u ukupnom sadržaju, no poželjno je pokriti bitne komponente koje uključuju:

- etiološke čimbenike,
- uobičajene znakove i simptome,
- svijest pacijenta o ranim znakovima relapsa ili recidiva,
- procjenu suočavanja pacijenta s problemima,
- dostupne metode liječenja,
- situacija u kojima je potrebno potražiti pomoć i liječenje,
- važnost pridržavanja liječenja prema preporukama liječnika,
- tijek liječenja i dugoročni ishodi,
- odnosi s drugima, obiteljski odnosi,
- razumijevanje predrasuda, mitova i zabluda o bolesti i smanjenje stigme (29).

Grupna psihoedukativna terapija obično uključuje pacijente koji imaju slične vrste bolesti, a pacijenti s različitim dijagnozama ne bi trebali biti u istoj grupi. Broj članova koji se preporučuje je od četiri do 12, dok je optimalan broj članova osam. Broj sastanaka također varira od pet do 24 sastanka, a optimalan broj nije definiran već ovisi o napretku grupe i procijenjenim poboljšanjem. Često dostupnost resursa u smislu raspoloživog vremena i radne snage može dovesti do izmjena u broju sastanaka, no široka područja i komponente koje se trebaju obuhvatiti za svaki poremećaj ostaju ista. Optimalno vrijeme trajanja sastanke je 40 do 60 minuta i preporučeno je održavati ih u tjednim intervalima. Optimalno vrijeme i učestalost sastanaka pomažu u boljoj asimilaciji informacija koje su podijeljene i raspravljene. Psihoedukacija smanjuje rizik od recidiva i potiče održavanje dobrog stanja pacijenta kod teških mentalnih bolesti (29).

Medicinske sestre u psihoedukativnoj grupi prvenstveno imaju uloge edukatora i voditelja, no neovisno o ulozi temeljne karakteristike koje moraju imati uključuju brižnost, toplinu, razumijevanje, iskrenost i poštovanje prema drugima, te posjedovanje znanja i vještine iz tri najvažnija područja: komunikacije, međuljudskih odnosa i podučavanja (32). Kao voditelji i edukatori medicinske sestre trebaju razumjeti osnovne komunikacijske procese i način komuniciranja unutar grupe te poznavati faze formiranja i razvoja grupe jer dinamika grupe utječe na ponašanja članova i uspješnost grupne terapije. Dinamika međuljudskih odnosa je druga najvažnija komponenta u grupnoj terapiji jer uključuje odnose jednih prema drugima u grupnom okruženju pri čemu je važno prepoznati kako pojedinac utječe na druge članove i ponašanje cijele grupe. Prepoznavanje i razumijevanje utjecaja pojedinca omogućuje razumijevanje načina suočavanja drugih članova na temelju njihova ponašanja (npr. povlačenje). Posjedovanje vještina podučavanja važno je za uspješno organiziranje sadržaja koji se prezentira članovima grupe i poticanja članova na sudjelovanje u raspravi i procesu učenja (29, 30).

Medicinske sestre u psihoedukativnoj grupi trebaju posjedovati vještine savjetovanja. Pacijente je potrebno aktivno slušati, pružiti mu podršku i pokazati prisutnost tijekom grupnih sastanaka (30). Vještine vođenja su važne u pomaganju grupi da započne sastanak, poticanju i osiguravanju da svaki član ima priliku aktivno sudjelovati u raspravi te u rješavanju sukoba koji se mogu dogoditi između članova grupe. Kako se grupa razvija, važno je da medicinske sestre u svom ophođenju s članovima grupe ne kritiziraju bez obrazloženja i osnove i da dobro razumije informacije koje se prenose između članova (29, 30). Tijekom sastanka, medicinske sestre trebaju voditi računa o potrebama grupe i

specifičnim potrebama svakog člana i razumjeti uloge i kako upravljati problematičnim ponašanjima ako su prisutna. Osim u specifičnim okolnostima, potrebno je povećati udobnost članova i smanjiti tjeskobu u skupini. Korištenje različitih metoda i resursa omogućuje bolje usvajanje sadržaja, no prije početka rada članove grupe potrebno je upoznati sa sadržajem koji će biti prezentiran na sastanku (30).

Kako bi rad psihoedukativne grupe bio uspješan i da bi se postigli postavljeni ciljevi medicinske sestre trebaju imati dodatne edukacije, kontinuirano učiti i imati supervizora. Supervizija je proces koji koristi svim voditeljima grupa svih razina vještina i obuke, jer pokazuje zainteresiranost voditelja ustanove za njihov rad i razvoj. Ako izravni nadzor nije moguć (kao što može biti slučaj u udaljenim, ruralnim područjima), tada je superviziju potrebno provoditi kroz online sastanke ili redovitim telefonskim kontaktom (30).

Tehnike koje se koriste u vođenju i edukaciji usmjerene su na načine na koje se informacije prezentiraju i kako pomoći pacijentima da se uključe u učenje tako da ono dovede do produktivnog ponašanja, poboljšanog razmišljanja i emocionalne promjene. Mnogo je vjerojatnije da će odrasli koji se nalaze u određenim životnim krizama učiti kroz interakciju i aktivno istraživanje za razliku od aktivnog slušanja. Uzimajući u obzir navedeno, medicinska sestra ima odgovornost u planiranju grune terapije na način da članovi imaju mogućnost dijeliti iskustva koja će ih potaknuti na aktivno uključivanje u proces učenja. Aktivno učenje se temelji na četiri osnovna elementa:

- okruženje koje podržava aktivno sudjelovanje,
- preuzimanje odgovornosti za učenje,
- metode učenja koje zahtijevaju različite vrste osjetilnog iskustva,
- prepoznavanje poteškoća učenja (29).

Medicinske sestre trebaju poticati okruženje koje podržava aktivno sudjelovanje u grupi za razliku od pasivnog vođenja bilješki tijekom sastanka. Da bi se navedeno postiglo, predavanja i prezentacije sadržaja moraju biti usredotočeni na omogućavanje grupne rasprave i uključivanje članova koji su povučeni i izbjegavaju sudjelovanje u razgovoru i raspravi. Ovim članovima je potrebno pružiti podršku i omogućiti razumijevanje sadržaja prije nego iznesu vlastite stavove, što se može postići tehnikama igranja uloga, grupnim vježbama rješavanja problema i strukturiranim iskustvima koja potiču aktivno učenje (30).

Tijekom grupnih sastanaka medicinska sestra treba poticati sve članove grupe da preuzmu odgovornost za vlastito učenje umjesto da odgovornost prebacuju na voditelja i edukatora. Na samom početku formiranja grupe važno je naglasiti da svi članovi trebaju ravnopravno sudjelovati u postavljanju ciljeva i planiranju rada, stoga svaki član nosi dio odgovornosti u postizanju definiranih ciljeva. Također, potrebno je naglasiti da je svaki član odgovoran za kvalitetnu interakciju i da poštovanje između članova mora biti na visokoj razini. U početku formiranja grupe definiraju se načini postizanja sporazuma i granice te se naglašava postupno smanjenje aktivnosti medicinske sestre u ulozi voditelja, koju preuzimaju članovi grupe (30).

Uzimajući u obzir da svaki pojedinac ima izražene sklonosti učenju putem određenog osjetila (sluh, vid, dodir/pokret) važno je koristiti različite metode učenja koje zahtijevaju različite vrste osjetilnog iskustva. Većina je članova grupe u jednom trenutku u životu doživjela neugodna iskustva u tradicionalnom i formalnom okruženju učenja. Navedeno je potencijalno rezultiralo razvojem osjećaja odbacivanja, srama i smanjenog samopouzdanja što smanjuje njihovu motivaciju za sudjelovanje u razmjeni iskustava jer imaju strah da bi se navedena iskustva mogla ponoviti. U ovim situacijama medicinska sestra treba kritički prosuditi osjetljivost i tjeskobu do kojih može doći ako se pacijent nalazi u okruženju koje replicira uznemirujuće scene i iskustva iz prošlosti. Kako bi se ove situacije izbjegle ili njihov utjecaj minimalizirao, medicinske sestre trebaju prepoznati i priznati njihovu tjeskobu, te pokazati razumijevanje. Važno je postaviti pravila grupe i spriječiti druge članove da se rugaju komentarima ili idejama drugih kako bi se spriječilo povlačenje i osiguralo da svi članovi aktivno sudjeluju u grupnoj terapiji (30).

U populaciji pacijenata s različitim ovisnostima često su prisutna neuropsihološka oštećenja u ranoj fazi apstinencije. Verbalne vještine koje su naučene u ranim životnim fazama kod ovisnika su najčešće oslabljene što značajno smanjuje razinu sposobnosti učenja novih informacija. Ove poteškoće je važno prepoznati jer pacijenti najčešće ostavljaju dojam da su sposobniji za učenje nego što zapravo jesu, stoga je problem važno prepoznati u ranoj fazi učenja kako bi se postigli željeni učinci grupne terapije (1, 30).

#### 4.2.2. Grupna terapija usmjerena na razvoj vještina

Grupne terapije usmjerene na razvoj vještina provode se usmjereno na pacijente čija dijagnoza sprječava adekvatan razvoj vještina potrebnih za provođenje aktivnosti i funkcioniranje u svakodnevnom životu. Ovaj stil grupne terapije fokusira se na metode suočavanja, emocionalnu kontrolu i tehnike socijalizacije (32). Usredotočujući se na specifične vještine koje pacijentima nedostaju, medicinske sestre mogu pomoći u pripremi pacijenta za proces liječenja i omogućiti im potrebne resurse za oporavak. Medicinske sestre koje vode grupe za razvoj vještina trebale bi usmjeriti sadržaj grupe na potrebe pacijenta u odnosu na dijagnozu, ograničenja i njihove sposobnosti. U skladu s navedenim, sadržaji i teme o kojima se raspravlja su različiti. Grupni sastanci bi trebali trajati od 45 do 90 minuta, preporučeni broj članova od osam do deset. Stolice tijekom sastanaka trebaju biti poslagane u obliku kruga ili potkove. Ove grupe su interaktivne što znači da svaki član mora imati dovoljno vremena da uvježba nove vještine, koje medicinska sestra demonstrira uz istovremeno objašnjavanje značenja i svrhe svake pojedinačne vještine (1).

Većina grupa koje su usmjerene na razvoj vještina djeluju prema kognitivno-bihevioralnoj orijentaciji, no medicinske sestre imaju mogućnost mijenjati tehnike razvoja vještine u odnosu na procijenjene potrebe članova grupe (29). Modifikacija tehnika i sadržaja grupe povećava motivaciju i uspješnost pacijenta u usvajanju specifičnih vještina. Mnoge grupe za razvoj vještina uključuju psihoedukativne elemente u grupni proces, no razvoj vještina uvijek ostaje primarni cilj grupne terapije (30).

Svrha grupne terapije za razvoj vještina je poticanje pacijenta na usvajanje i primjenu vještina suočavanja koje su ključne u procesu postizanja promjena u ponašanju i najčešće se provode kod ovisnika (30). Ovi oblici grupne terapije temelje se na pretpostavci da pacijentima s određenim poremećajima nedostaju potrebne životne vještine čiji nedostatak može biti temeljni uzrok poremećaja ponašanja, ovisnosti, smanjene sposobnosti učenja i mogućnosti izgradnje novih vještina koje su važne za oporavak. Uzimajući u obzir da su mnoge vještine interpersonalne prirode, grupna terapija smatra se prvim izborom u liječenju jer članovi grupe mogu vidjeti kako drugi izvode i koriste određene vještine i kroz zajedničke vježbe imaju mogućnost stjecanja istih (29).

Glavne karakteristike grupne terapije različite su zbog stupnja individualnih varijacija u potrebama pacijenata. Određene vještine koje se poučavaju trebale bi ovisiti o procjeni

koja uzima u obzir individualne karakteristike, sposobnosti i pozadinu poremećaja. Procjena da li je pacijent kandidat za uključivanje u grupu za razvoj vještina ovisi o njegovim jedinstvenim potrebama i vještinama koje se uče kroz grupnu terapiju. Većina pacijenata ima korist od ovog oblika grupne terapije u poboljšanju određenih općih vještina, poput vještina samokontrole emocija, opuštanja (trening opuštanja), prosudbe, donošenja odluka i kontrole ponašanja (29, 31). Grupe za razvoj vještina za cilj imaju izgradnju ili jačanje bihevioralnih ili kognitivnih resursa koji olakšavaju snalaženje u različitim okruženjima. Također mogu imati elemente grupe za podršku, no fokus rada treba biti usmjeren na postizanje vještina, a metodologija rada može se povezati s elementima drugih oblika grupne terapije (30).

Vještine i stilovi vođenja medicinske sestre zahtijevaju posjedovanje znanja i vještina kao i u kod psihoedukativne grupe. Medicinske sestre trebaju poznavati razvoj i rast grupe, poticati interakciju, spriječiti sukobe, razumjeti međuljudske odnose i omogućiti svim članovima grupe aktivno sudjelovanje u radu. Osim navedenog, medicinske sestre trebaju znati i moći objasniti, pokazati i demonstrirati skup vještina koje članovi grupe pokušavaju razviti i usvojiti, što zahtijeva značajno iskustvo u modeliranju ponašanja i pomaganju drugima da nauče bitne elemente pozitivnog ponašanja. Ostale opće vještine, poput osjetljivosti na ono što se događa u okruženju i kulturološke osjetljivosti na razlike u načinima na koje ljudi pristupaju problemima poput ljutnje ili asertivnosti, također su važne u provođenju grupne terapije ovog oblika. Ovisno o vještini koja se poučava, medicinske sestre trebaju imati dodatne i specifične edukacije (npr. edukacija za provođenje treninga opuštanja, meditacije...). Uzimajući u obzir da se većina vještina smatraju jednostavnim, lakim i jasnim kada se kontinuirano ponavljaju i kada su dio svakodnevnih aktivnosti, no ako se ne ponavljaju tada postaju kompleksne i teške i smatraju se novim vještinama koje je potrebno usvojiti. Kod pojedinaca koji su većinu vremena neasertivni i pasivni potrebno je poticati razvoj vještina koje će im pomoći da se izbore i zauzmu za sebe bez obzira na težinu zadatka i preopterećenost. Medicinske sestre trebaju biti osjetljive na interpersonalne borbe pacijenta te ih poticati da budu ustrajni i imaju pozitivna očekivanja kroz davanje podrške i pohvalu za svaki napredak (1, 30).

Mnoge promjene u ponašanju koje se mogu činiti jasnima, često imaju snažne učinke na dubljim razinama psihološkog funkcioniranja. Kao primjer se može navesti asertivnost koja može utjecati na osjećaje srama, stoga nova asertivna kompetencija može biti nekompatibilna s dubokim osjećajima niskog samopoštovanja, što smanjuje uspješnost



učenja nove vještine. Kao rezultat navedenog, pacijent može naučiti novo ponašanje, ali ga neće moći uključiti u svakodnevno provođenje aktivnosti. Medicinska sestra treba pretpostaviti da nove naučene vještine možda neće biti primijenjene u svakodnevnim aktivnostima i stoga trebaju provesti procjenu i zatražiti povratne informacije od pacijenta kako bi se utvrdila razina uspješnosti učenja (1, 30).

Povećanje motivacije pacijenata za učenjem novih vještina proizlazi iz učinkovitog planiranja i određivanja sadržaja koji se prezentira. Sadržaji se ne bi trebali ponavljati, a način prezentiranja trebao bi biti kreativan i temeljen na različitim strategijama i metodama poučavanja. Kako bi povećali učinkovitost poučavanja, medicinske sestre trebaju na svakom sastanku prezentirati novu temu ili poučavati različite teme u određenim vremenskim razdobljima. Metode i strategije poučavanja trebale bi uključivati raspravu, aktivno sudjelovanje članova, demonstracije, video i/ili audio materijale. Specifične tehnike u grupnoj terapiji za razvoj vještina ovise o prirodi grupe, temi i pristupu medicinske sestre, a kako bi uspješnost vođenja grupe bila na visokoj razini preporučuje se da medicinska sestra koja preuzima ulogu voditelja prvo sudjeluje u radu određene grupe za razvoj vještina kao član grupe (30).

#### **4.2.3. Kognitivno-bihevioralna grupna terapija**

Kognitivno-bihevioralne grupne terapije provode se u svrhu postizanja promjena ponašanja, uvjerenja i percepcija pacijenta. Ovim oblikom terapije može se postići promjena percepcije pacijenta o samom sebi, prema drugima i okolini. Kroz grupnu terapiju negativne misli i percepcija različitosti modificiraju se u pozitivne misli o samom sebi. Ove promjene u misaonim procesima mogu biti izrazito oslobađajuće za pacijente jer olakšavaju proces učenja koji je usmjeren na prihvaćanje života s problemom za razliku od pokušaja da upravljaju istim. Sadržaji o kojem se raspravlja u kognitivno-bihevioralnim grupama se razlikuju u odnosu na uvjerenja, vještine suočavanja, misaone procese i ponašanja i temelje se na potrebama pacijenata (33). Ovaj oblik grupne terapija zahtijeva kružnu orijentaciju jer oblik potkove može ometati kohezivnost grupe. Grupni sastanci bi trebali trajati od 60 do 90 minuta. Slično psihoedukativnim grupama, medicinske sestre u kognitivno-bihevioralnim grupama trebaju preuzeti aktivnu ulogu tijekom sastanka, no sudjelovanje mora biti ograničeno kako bi svaki član grupe sudjelovao u interakciji. Za

uspjeh grupne terapije medicinska sestra mora djelovati kao voditelj, no mora pustiti članove da samostalno rješavaju problem. Budući da su rasprave tijekom grupnih sastanaka usmjerene na modificiranje mišljenja, percepcije i ponašanja, pacijenti se mogu osjećati nelagodno, što može smanjiti razinu prihvaćanja promjena. Medicinske sestre trebaju biti spremne na ovaj oblik otpora i pokazati razumijevanja za problem pacijenta te ga voditi kroz proces grupne terapije s empatijom (1).

Kognitivno-bihevioralne grupne terapije pokrivaju širok raspon postupaka i intervencija koje su utemeljene na različitim teorijskim okvirima, a zajednička karakteristika svih postupaka je kognitivno rekonstruiranje kao osnovna metodologija promjene. Ovaj oblik terapije je dobro definiran dio područja liječenja ovisnosti i mentalnih poremećaja i posebno su prikladne u ranoj fazi procesa oporavka. U procesu kognitivno-bihevioralne grupne terapije medicinske sestre postupke usmjeravaju na promjenu naučenog ponašanja kroz promjene u obrascima razmišljanja, percepcije i uvjerenja. Navedeno pomaže pacijentu da postane svjestan ponašanja koja mogu dovesti do recidiva i pomaže mu u razvijanju strategija usmjerenih na potpuni oporavak (30, 34).

Kognitivno-bihevioralne grupne terapije konceptualiziraju problem kao naučeno ponašanje koje je podložno modificiranju kroz različite intervencije, uključujući:

- identifikaciju uvjetovanih podražaja povezanih sa specifičnim ponašanjem,
- izbjegavanje uvjetovanih podražaja povezanih sa specifičnim ponašanjem,
- razvoj poboljšanih strategija upravljanja nepredviđenim okolnostima,
- desenzibilizaciju odgovora pacijenta u nepredviđenim okolnostima (30).

Kognitivni procesi uključuju niz različitih psiholoških elemenata, kao što su misli, odluke, uvjerenja, mišljenja i pretpostavke. Neka uobičajena pogrešna uvjerenja pacijenata koji sudjeluju u kognitivno-bihevioralnoj grupnoj terapiji mogu se opisati u obliku izjava koje ovi pacijenti najčešće navode na početku terapijskog procesa i uključuju:

- „Ja sam neuspjeh“
- „Ja sam drugačiji“
- „Nisam dovoljno jak da uspijem“
- „Nisam vrijedan ljubavi“

- „Ja sam (moralno) loša osoba“ (riječ „moralno“ u ovom slučaju može označavati sram i osjećaj manje vrijednosti osobe, dok se riječ „loša“ može odnositi na ponašanje ili činjenje loših stvari) (30).

Kroz promjene navedenih uvjerenja i spoznaja pacijenta vjerojatnost prihvaćanja novih životnih navika i ponašanja se značajno povećava. U kognitivno-bihevioralnim grupama medicinska sestra se fokusira na osiguravanje strukturiranog okruženja unutar kojeg članovi grupe mogu identificirati ponašanja, misli i uvjerenja koja dovode do njihovog lošeg ponašanja. U većini kognitivno-bihevioralnih grupnih terapija naglašena je struktura, usmjerenost ka cilju, praćenje sustavnog protokola, osiguravanje resursa za rješavanje problema i fokus na neposredne probleme pacijenata (33, 34).

Kognitivno-bihevioralne grupne terapije trebaju biti strukturirane tako da:

- educiraju pacijente o poremećaju s kojima se suočavaju,
- promiču razvoj vještina samokontrole emocija,
- potiču razvoj funkcionalnog ponašanja,
- edukaciju o prevenciji recidiva (1, 30).

Kognitivno-bihevioralna grupna terapija je uhodan, relativno jeftin modalitet koji omogućuje istovremeno sudjelovanje istog broja pacijenata u terapijskom procesu. Ključna karakteristika ovog oblika grupne terapije je usmjerenost na rani oporavak s jakim fokusom na razvijanje vještina suočavanja i postizanja kontrole nad simptomima. U prezentaciji sadržaja i poučavanju koriste se različite metode koje potiču brzo i održivo učenje, a najčešće uključuju vizualna pomagala, igranje uloga, tehnike za poboljšanje pamćenja, pisane materijale, ponavljanje tema, domaće zadaće i audio materijale. Motivacija članova povećava se kroz usredotočenost na svaki poremećaj i problem uz uzimanje u obzir u kojoj fazi oporavka je pacijent (29). Poseban model kognitivno-bihevioralne grupne terapije je model usmjeren na smanjenje agresije i ljutnje koji pretpostavlja da su agresivni odgovori naučeno ponašanje koje se može promijeniti. Ovaj oblik terapije pacijentima omogućuje mjerenje razine ljutnje i korištenje strategija upravljanja osjećajima (rješavanje sukoba, opuštanje) što posljedično smanjuje rizik od nasilnog ponašanja (30, 33).

Vještine i stilovi vođenja obuhvaćaju različite metodološke pristupe, a svi su usmjereni na promjenu kognicije (uvjerenja, prosudbe i percepcije) i ponašanja. Neki se pristupi više fokusiraju na ponašanje, drugi na temeljna uvjerenja, treći na razvijanje sposobnosti rješavanja problema. Bez obzira na određeni fokus, medicinska sestra koja vodi kognitivno-bihevioralnu grupnu terapiju trebala bi poznavati teorijske osnove u provođenju kognitivno-bihevioralnih terapijskih metoda. Ova osnova je okvir na temelju kojega se donose odluke i odabir specifičnih postupaka i intervencija koje se provode tijekom grupnih sastanaka. Razina interakcije medicinske sestre i članova grupe može varirati od vrlo direktivne i aktivne do relativno nedirektivne i pasivne. Interakcija može imati elemente sukoba i može biti izrazito smirena, što ovisi o stilu vođenja grupe, aktivnosti članova i dosljednosti u praćenju sadržaja koji se prezentira. Medicinske sestre u ulozi voditelja su u kontinuiranom iskušenju i moraju imati razvijene vještine razmišljanja, uključujući vještine iznošenja mišljenja i rješavanja problema uz dopuštanje članovima grupe da također iznesu svoje mišljenje o problemu o kojemu se raspravlja. Sudjelovanje članova ovisi o njihovim sposobnostima, koje medicinska sestra treba procijeniti i na temelju istih planirati sadržaj grupnog sastanka i temu rasprave (30).

Specifične tehnike koje se koriste tijekom procesa ovog oblika grupne terapije mogu varirati ovisno o specifičnoj orijentaciji medicinske sestre, no općenito su usmjerene na:

- učenje članova grupe o samodestruktivnom ponašanju i načinima kako ga prepoznati
- poticanje članove grupe na razmišljanje o čimbenicima koji dovode do neprilagođenog ponašanja te kako ih pravovremeno prepoznati,
- poticanje članova grupe da se usredotoče na rješavanje problema
- poticanje članova grupe na postavljanje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva,
- pružanje pomoći članovima grupe da prate vlastite osjećaje
- pružanje pomoći članovima grupe u prepoznavanju neprilagođenog ponašanja i kako ga pravovremeno spriječiti (30).

Iskusne medicinske sestre imaju veće znanje i razvijene vještine na temelju kojih imaju mogućnost koristiti širi raspon specifičnih tehnika koje potiču aktivnost i sudjelovanje članova u raspravama te imaju veće sposobnosti u predviđaju očekivanih ishoda procesa grupne terapije. Važan element vođenja je prepoznavanje promjena u ponašanju i razumijevanje činjenice da saznanja stečena u grupi za pacijenta mogu biti provokativna i

uznemirujuća. Navedeno je posebno izraženo kod pacijenta s niskom samopouzdanjem i samopoštovanjem, niskim osjećajem vlastite vrijednosti i strahom od emocionalne i interpersonalne neadekvatnosti. Ovi pacijenti najčešće pružaju otpor kada se govori o prihvaćanju promjena, a kroz faze razvoja grupe ova ponašanja najčešće se pretvaraju u rutinska ponašanja. Medicinska sestra u ulozi voditelja treba prepoznati pacijenta koji pruža otpor prihvaćanju promjena i ostvariti suradnju na način da pokažu razumijevanje i poštovanje. Odnos temeljen na povjerenju i empatiji može značajno smanjiti razinu otpora i pomoći mu da se suoči s negativnim razmišljanjima i promijeni ih u pozitivnu percepciju samoga sebe (1, 33, 34).

#### **4.2.4. Grupna terapija usmjerena na pružanje podrške pacijentu**

Grupna terapija usmjerena na pružanje podrške pacijentu provodi se s ciljem pružanja pomoći pacijentima kod kojih se provode različiti oblici liječenja i za cilj ima potaknuti pacijente da trajno zadrže nova naučena ponašanja, pozitivne sustave uvjerenja i misaone procese. Ove se grupne terapije usredotočuju na upravljanje i postizanje kontrole nad simptomima te povećanje samostalnosti i funkcionalnosti u izvođenju svakodnevnih životnih aktivnosti. Tijekom grupnih sastanaka pacijenti najčešće razgovaraju o nedavnim problemima i o načinima na koje su se uspješno s njima suočili. Grupni sastanci najčešće se organiziraju u trajanju od 45 do 90 minuta. Tijekom sastanka svi članovi grupe su u krugu, a medicinska sestra ima ulogu facilitatora, odnosno uloga voditelja je pasivna i manje direktivna. U procesu rada medicinska sestra pruža pomoć i podršku svim članovima da razviju i održe pozitivne odnose s drugima, pri čemu se preporučuje naglašavati sličnosti među pacijentima. Glavni doprinos voditelja u ovom obliku grupne terapije je ograničen na pozitivno usmjeravanje pozornosti na odgovarajuće interakcije između članova grupe (1).

Grupne terapije usmjerene na pružanje podrška pacijentima primjenjuju se kod širokog spektra poremećaja mentalnog zdravlja i u liječenju ovisnosti jer je usmjerena na poticanje pacijenta na samostalno rješavanje problema i suočavanje s izazovima u procesu liječenja. Ovaj oblik grupne terapije ima veliku ulogu u životnim prijelazima pacijenta jer je usmjeren na usvajanje dugoročnih promjena u stilu života, što je glavni cilj liječenja (30).

Grupe za samopomoć dijele mnoga načela grupa za podršku, koja mogu uključivati:

- poticanje na bezuvjetno prihvaćanje,
- poticanje na unutarnje razmišljanje,
- poticanje na otvorenu i poštenu međuljudsku interakciju i komunikaciju,
- poticanje na predanost u prihvaćanju promjena (30).

Fokus grupa za podršku može varirati i ovisi o čvrstoći vođenja grupe, usmjerenosti na probleme u ranoj fazi oporavka, na postizanje apstinencije i kontrole nad životom. Grupna terapija može biti usmjerena i na emocionalne i interpersonalne poteškoće u srednjim i kasnim fazama oporavka pacijenta. Grupe za podršku imaju za cilj potaknuti pacijente da razvijaju i ojačaju vlastite sposobnosti upravljanja mišljenjem i emocijama te da razviju bolje međuljudske vještine u procesu oporavka. Članovi grupe za podršku pomažu jedni drugima u rješavanju pragmatičnih pitanja i utječu na poboljšanje općeg samopoštovanja i samopouzdanja članova. Medicinske sestre kao voditelji grupne terapije pomažu u sprječavanju socijalne izolacije i sudjelovanju u procesu grupne terapije te da pronađu nešto pozitivno za reći o doprinosu svakog sudionika (30).

Pacijenti koji imaju poteškoće mentalnog zdravlja ili su ovisnici o drogama često izbjegavaju sudjelovanje u grupnoj terapiji jer osjećaju tjeskobu tijekom iznošenja osobnih informacija. Kako bi se spriječilo izbjegavanje sudjelovanja medicinska sestra treba osigurati ugodno okruženje i u fokus grupne terapije staviti emocionalnu podršku (30, 32). Grupna terapija usmjerena na pružanje podrške može se provoditi u svim fazama liječenja i u svim okruženjima zdravstvene skrbi, može biti otvorenog ili zatvorenog tipa. Otvorene grupne terapije su one koje imaju promjenjivu populaciju članova, mogu trajati neodređeno vrijeme s članovima koji dolaze i članovima koji povremeno odlaze i ponovno se vraćaju. U grupi podrške pacijenti najčešće govore o svojim trenutnim ili nedavnim problemima, a rasprava je usmjerena na praktična pitanja za koja se odgovori nalaze kroz međusobnu razmjenu iskustava. Ako se postave pitanja koja nisu u fokusu grupnog sastanka, medicinska sestra treba ograničiti vrijeme rasprave kako bi se minimizirao rizik od sukoba i održala niska razina tjeskobe unutar grupe. Rizik od sukoba visok je u kohezivnim i visoko funkcionalnim grupama i može se dogoditi na razini članova grupe ili između članova grupe i medicinske sestre (30).

Grupe za podršku mogu djelovati na okvirima različitih teorijskih pristupa koji najčešće uključuju kognitivne terapije, duhovnost, primjenu alata za oporavak i sprječavanje recidiva. Dobro vođenje grupne terapije podrške zahtjeva znanje o razvoju grupe i načinima na koje ljudi komuniciraju i mijenjaju se tijekom svih faza grupne terapije (30).

Važno je da medicinske sestre u ulozi voditelja grupe podrške imaju:

- razvijene vještine savjetovanja,
- postavljene terapijske ciljeve za sve članove grupe,
- definiran pristup u pružanju podrške u razvoju grupe,
- dosljedan pristup za podršku razvoju grupe,
- terapijske ciljeve za članove grupe,
- sposobnost usmjeravanja interakcija svih članova grupe,
- vještine usmjeravanja interakcija i komunikacije svih članova grupe,
- vještine u implementaciji specifičnih metoda i intervencija (30).

Medicinske sestre u ulozi voditelja trebaju pružiti pomoć i poticati sve članove na izgradnju pozitivnih odnosa što mogu postići kroz naglašavanje zajedničkih karakteristika i važnosti pozitivnih međuljudskih odnosa unutar grupe. Kako bi postigle da rad grupe bude uspješan i ciljevi postignuti, medicinska sestra mora imati znanja o fazama psihičkog razvoja, tipičnim psihološkim sukobima i načinima na koje se sukobi mogu razviti, predvidjeti i spriječiti (30). Postavljanje pravila rada i razumijevanje ponašanja svakog člana pomaže medicinskoj sestri u postizanju veće učinkovitosti i funkcionalnosti grupe za podršku. Stil vođenja je manje direktivan u odnosu na psihoedukativne grupne terapije, grupne terapije usmjerene na razvoj vještina ili kognitivno-bihevioralne grupne terapije jer je usmjerena na pružanje podrške i u fokus stavlja članove grupe, a ne voditelja. Primarna uloga medicinske sestre u ulozi voditelja je potaknuti i olakšati grupnu raspravu, pomažući članovima da podijele vlastita iskustva, da se bore sa svojim problemima i suoče s teškim izazovima (1, 30). Medicinska sestra kroz otvorenu i pozitivnu komunikaciju treba svim članovima grupe treba dati pozitivne povratne informacije kojima ima mogućnost oblikovati odgovarajuće interakcije između članova, no u obzir mora uzeti individualne granice i granice grupe. Tehnike koje se mogu koristiti u vođenju su različite i ovise o ciljevima grupe i potrebama članova. Medicinske sestre trebaju aktivno poticati raspravu

među članovima, održavati odgovarajuće granice grupe, pomagati članovima u rješavanju prepreka i sukoba te poticati prihvaćanje i međusobno poštovanje (30).

U grupi za podršku, medicinska sestra treba pokazati primjer ponašanja čime pomaže članovima u dugoročnom prihvaćanju promjena. Specifične tehnike vođenja manje su važne u ovom obliku grupne terapije jer je uloga medicinske sestre pasivna u usmjeravanju i vodstvu grupe, stoga su tehnike koje se koriste jednostavnije u odnosu na druge oblike grupne terapije. Intervencije su više interpretativne i promatračke i manje direktivne, a opažanja su ograničena na podršku i usmjeravanje napretka te olakšavanje interakcije među članovima. Cilj terapije je olakšati podršku članovima unutar grupe kroz procesno orijentiranu grupnu terapiju koja predstavlja primarni mehanizam u prihvaćanju promjena. Medicinska sestra odgovorna je za praćenje napretka svakog pojedinca u grupi, osiguravanje da pojedinci sudjeluju (na svoj način i u skladu sa vlastitim mogućnostima) i imaju koristi od iskustva grupe. Razumijevanjem svakog pojedinca medicinska sestra procjenjuje da li grupna terapija pruža svakom pojedincu pozitivna emocionalna i međuljudska iskustva koja osiguravaju uspjeh u razvijanju vještina za izvođenje svakodnevnih životnih aktivnosti. Osim praćenja pojedinaca u grupi, medicinska sestra također prati napredak grupe kao cjeline, pazeći da se razvoj grupe odvija kroz predviđene faze. Medicinska sestra odgovorna je za prepoznavanje poteškoća u međuljudskim odnosima i identificiranje uzroka sukoba, koje je potrebno pravovremeno prepoznati i rješavati (30).

#### **4.2.5. Interpersonalna grupna terapija**

Interpersonalna grupna terapija ili grupna terapija međuljudskih odnosa je grupni model koji predstavlja oštro definirano područje orijentirano na rješavanje problema međuljudskih odnosa i sukoba između članova grupe. Princip rada grupne terapije ovog oblika snažan naglasak stavlja na društvenu prirodu ljudske privrženosti, rivalstvo i društvenu hijerarhiju te kulturne različitosti i duhovne potrebe (npr. egzistencijalna pitanja, pitanja religioznosti i vjere). Interpersonalna grupna terapija kao primarni mehanizam u postizanju promjena koristi orijentiranost na proces uz stavljanje interakcija članova u fokus grupnog rada. Osnovna svrha terapije je određivanje ponašanja pojedinca i prepoznavanje čimbenika koji mogu utjecati na odnose s drugima. Međuljudski odnosi pod



utjecajem su genetskih i drugih bioloških karakteristika te okoline koja može dovesti do razvoja disfunkcionalnih obrazaca ponašanja. Osnovna načela pristupa temelje se na sljedećim pretpostavkama:

- rano iskustvo utječe na kasnije iskustvo (pacijent stvara odnose na temelju osobnih, kulturnih, psiholoških i duhovnih karakteristika),
- percepcije iskrivljuju stvarnost (generalizacija životnih iskustava primjenjuje se na trenutno okruženje neovisno o tome da li je to prikladno ili ne),
- psihološki i kognitivni procesi nesvjesno utječu na ponašanje (svjesnost pacijenta o podsvjesnim procesima koje podržavaju ponašanje koje se želi promijeniti pomaže u promjeni disfunkcionalnih odnosa),
- ponašanja prilagođena situaciji štite pojedinca od ozljeda (specifična ponašanja omogućuju prilagođavanje okruženju i pronalaženju rješenja za problem).

Unutar modela interpersonalne grupne terapije koristi se model procesno orijentirane grupne terapije koji prate tri dinamike:

- intrapsihička dinamika – psihološko funkcioniranje svakog člana grupe,
- međuljudska dinamika – način na koji se članovi grupe odnose jedni prema drugima u grupnom okruženju,
- dinamika grupe kao cjeline – funkcioniranje grupe kao cjeline (30).

Medicinska sestra manje je koncentrirana na individualnu psihološku podršku svakog člana i rad grupe kao cjeline. Iskusne medicinske sestre u ulozi voditelja grupe mogu predvidjeti ishode odabranih intervencija u odnosu na sve tri dinamike koje se koriste u procesu grupne terapije. U procesu rada važno je procijeniti na individualne psihološke potrebe pojedinca i potrebe cijele grupe što pomaže u postizanju učinkovitosti i relevantnog rasta i razvoja grupe. Glavne karakteristike ovog oblika grupne terapije su te što obuhvaća razvojna pitanja kroz traženje obrazaca koji doprinose stvaranju odnosa i ograničavaju oporavak pacijenta. Grupna terapija ima značajan utjecaj na ponašanje pojedinca i izvan grupnog okruženja, odnosno utječe na način na koji se pojedinac odnosi prema drugim ljudima u svakodnevnom životu (2, 30).

Model interpersonalne grupne terapije povezuje pristup liječenju koji se temelji na trenutnim psihološkim načelima liječenja i sposobnost pacijenta za ostvari zdrave

međuljudske odnose (1). Ovaj oblik grupnog rada je praktična vrsta grupnog rada koji je usmjeren na rezultate i postizanje brzih i pozitivnih ishoda, što je posebno važno u ranoj fazi liječenja. Grupna terapija je model grupnog rada koji se lako može modificirati i primijeniti u različitim populacijama, u različitim okolnostima i u odnosu na specifične poteškoće s kojima se pacijenti suočavaju. Medicinske sestre u ulozi voditelja grupe trebaju spriječiti neproduktivnu raspravu što je posebno važno jer članovi grupe općenito ne toleriraju pasivnog voditelja koji čeka da se problem razvije već je problem potrebno pravovremeno spriječiti. Važno je potaknuti pacijente da dožive tretman kao emocionalnu podršku što mu može pomoći u ostvarenju pozitivnih reakcija na terapijski režim (30).

Kroz grupnu terapiju olakšava se suočavanje pacijenta sa sramom, strahom i potrebom za promjenama različitih aspekata sebe što je važno u stjecanju pozitivnog terapijskog iskustva (2). Kroz pozitivno terapijsko iskustvo pacijenti imaju mogućnost steći privrženost i mogu koristiti to iskustvo za stvaranje promjena u karakteru i ponašanju. Interpersonalne grupne terapije u primarni fokus ne stavljaju sadržaj već su usredotočene na sadašnjost i uočavanje ponašanja članova koja se temelje na povezivanju događaja iz prošlosti i događaja u realnom vremenu unutar grupnog okruženja. Ako, na primjer, osoba ima problem s ljutnjom, taj problem će se na kraju ponovno odigrati u grupi (npr. ako je pojedinac imao problem s kontroliranjem ljutnje u prošlosti, problem će se pojaviti ako se u odnosu s drugim članom grupe ponovi situacija koja može izazvati ljutu reakciju) (30).

Medicinska sestra u ulozi voditelja prati ponašanje članova grupe, međusobne odnose, razinu psihološke i emocionalne funkcionalnosti te kako funkcionira grupa kao cjelina. Važno je pratiti različite grupne dinamike, faze razvoja grupe, snage i slabosti pojedinca i načine na koje individualni otpori pojedinca mijenjaju interakcije članova i utječu na funkcionalnost grupe. Teorijsko znanje, vještine, edukacija i osobnost medicinske sestre određuju razinu intervencija koje imaju prioritet u određenom trenutku, što znači da niti jedna medicinska sestra ne vodi interpersonalnu grupnu terapiju na isti način. Unatoč navedenom, medicinske sestre u grupnoj terapiji nisu izvor informacija već potiču članove na samostalno rješavanje problema. U interpersonalnoj grupnoj terapiji, uloga medicinske sestre je promovirati i procjenjivati interakcije između članova grupe te naglasiti one koje su pozitivne i orijentirane na oporavak i smanjenje rizika za recidiv (30).

U provođenju grupne terapije medicinske sestre mogu koristiti različite tehnike i metoda u različito vrijeme, a iste mogu utjecati na stvaranje međuljudskih odnosa iz više aspekata.

Specifične tehnike variraju u odnosu na tip grupe i razvojnu fazu grupe. Na početku razvoja grupe, medicinske sestre mogu svjesno donositi odluke o razini aktivnosti u vođenju grupe, a odluka se donosi na temelju potreba grupe te individualne i grupne dinamike. U procesu grupne terapije potrebno je pokazati empatiju i pružiti podršku svakom pojedincu da se samostalno izbori za sebe. Medicinske sestre u ulozi voditelja usredotočene su na potrebe u realnom vremenu te poticanje na stvaranje odnosa kroz donošenje najboljih taktičkih odluka u ime svakog pojedinca i cijele grupe (30).

#### **4.2.6. Psihoanalitička terapija**

Psihoanalitička (psihodinamička) psihoterapija je pojam koji opisuje terapiju koja se temelji na tehnikama, teorijama i pristupima slušanja i razumijevanja pacijenta. Psihoanalitička tehnika se sastoji od slijedećih komponenti:

- interpretacija ili tumačenje – opći izraz za specifičnu komunikaciju između terapeuta i pacijenta i klasificira se kao pojašnjenje, suočavanje i pravilno tumačenje misli, emocija i ponašanja te objedinjavanje svih aspekata komunikacije pacijenta;
- analiza transfer – nesvjesno ponavljanje patogenih sukoba iz prošlosti, smatra se primarnim izvorom promjena;
- kontratransfer – potpuna emocionalna reakcije terapeuta na informacije dobivene od pacijenta u realnom vremenu (tolerancija kontratransfera smatra se neophodnom u terapiji visoke učinkovitosti, a razumijevanje kontratransfera daje informacije važne za proces liječenja i postizanje željenih ishoda);
- tehnička neutralnost – suzdržavanje terapeuta od osobnog zadovoljstva dobivenog kroz terapijski odnos, uz prirodan i iskren pristup liječenju (35).

Psihoanalitička terapija stavlja naglasak na izražavanje emocija, istraživanje pokušaja izbjegavanja osjećaja i misli i identificiranje ponavljajućih obrazaca ili tema. U procesu psihoanalitičke terapije potiče se razgovor o prošlim iskustvima i životu iz mašte pacijenta, stvaranje pozitivnih međuljudskih odnosa i stvaranje terapijskog odnosa. Tijekom terapijskog procesa pacijent kroz razgovor i na temelju prikaza iskustva drugih oblikuje temeljne pretpostavke, ponašanja, očekivanja i svjesno mišljenje koji su preduvjet za ublažavanje tjeskobe i održavanje stabilnosti. Neutralnost terapeuta važna je u

uspostavljanju sigurnog okruženja koje pozitivno utječe na terapijski odnos i omogućuje pacijentu slobodno izražavanje. U procesu terapije pacijente se potiče da vode terapijski proces, a neutralnost stava terapeuta se očituje u pružanju podrške, pokazivanju poštovanja, empatije i razumijevanja (36, 37). Kratkotrajna psihoanalitička terapija često je usmjerena na konkretan i trenutno prisutan problem, a terapeut nastoji zadržati fokus terapije na tom specifičnom problemu, dok se dugoročna može provoditi kroz duže vremensko razdoblje, ali se ne preporučuje održavanje više od 40 grupnih sastanaka (najčešće 12 do 15) (38).

### **4.3. Usmjerenost grupne terapije**

U donošenju odluke o vrsti grupne terapije koja će se provoditi u obzir je važno uzeti resurse, razinu znanja, vještina i teorijske orijentiranosti medicinske sestre kako bi se predvidjela uspješnost terapijskog procesa (2, 29). Usmjerenost grupne terapije može biti orijentirana individualno, interpersonalno i na grupu kao cjelinu. Individualno usmjerene grupe u fokusu grupne terapije imaju unutarnje kognitivne i emocionalne procese pojedinca. Grupnim radom nastoji se promijeniti ponašanja pacijenta kroz različite teorijske procese, kognitivno-bihevioralnu terapiju, psihoedukativne metode i druge oblike terapije. Ovaj oblik grupne terapije usmjeren je na rješavanje problema pojedinca dok ostali članovi grupe imaju ulogu promatrača i aktivno pomažu jedni drugima kroz učenje iz iskustva. Ovaj model grupe zahtjeva svijest pojedinca o vlastitom ponašanju, njegovim uzrocima i posljedicama, što se često provodi kroz metode igranja uloga. Individualno orijentirane grupne terapije provode se u strukturiranom okruženju, a medicinska sestra na kreativan način treba potaknuti članove na izražavanje emocija. Interpersonalno usmjerene grupe funkcioniraju na principu interakcijske grupne terapije i mogu uključivati trening osjetljivosti, analitički pristup, fokus na interakcijama članova, istraživanje utjecaja ponašanja pojedinca na druge i ponašanja drugih na pojedinca. U ovim grupama medicinska sestra u ulozi voditelja predstavlja uzor, a članovi grupe imaju ulogu u međusobnoj procjeni ponašanja. Medicinska sestra prati način na koji se članovi odnose jedni prema drugima, postavlja i učvršćuje terapijske grupne norme, potiče grupnu koheziju i empatiju u međusobnim odnosima. Grupna terapija usmjerena na grupu kao jedinstvenu cjelinu ili sustav. Ovaj model se preporučuje u liječenju poremećaja mentalnog

zdravlja, no nije prikladan za klijente s poremećajima ovisnosti jer može povećati njihove probleme (29, 30).

#### **4.4. Vještine medicinske sestre u vođenju grupne terapije**

Medicinska sestra kao voditelj grupne terapije mora poštivati načela koja se nalaze u osnovi provođenja grupne terapije. Ova načela uključuju planirano formiranje grupe, postavljanje specifičnih ciljeva, poticanje i vođenje grupne interakcije, individualizirane procjene, korištenje dostupnih resursa i evaluaciju procesa grupne terapije. Vještine koje su potrebne za uspješno vođenje grupne terapije uključuju:

- vještine rada u kliničkom okruženju – poznavanje potreba okruženja, svijest o sebi i grupi, sposobnost pomaganja,
- vještine uspostavljanja svrhovitih odnosa – prihvaćanje novih članova, uspostavljanje odnosa na profesionalnoj razini, poticanje stvaranja pozitivnih međuljudskih odnosa unutar grupe,
- vještine analiziranja grupne situacije – procjena razine razvoja grupe kako bi se utvrdile potrebe i očekivanja, pomaganje članovima da izraze ideje, i ciljeve te procijene mogućnosti i ograničenja,
- vještine sudjelovanja u grupnom radu – vještine određivanja, tumačenja, preuzimanja i modificiranja vlastite uloge u grupnoj terapiji, poticanje članova na sudjelovanje i preuzimanje odgovornosti za vlastite aktivnosti,
- vještine suočavanja s osjećajima i emocijama grupe – posjedovanje razvijenih vještina samokontrole emocija i visok stupanj objektivnosti u pomaganju članovima da oslobode i verbaliziraju vlastite emocije kao dio grupnog rada,
- vještine planiranja i razvoja grupnog programa – vještine poticanja grupnog razmišljanja usmjerenog na otkrivanje i shvaćanje interesa i potreba grupe,
- vještine u korištenju resursa – pronalaženje i korištenje različitih resursa u svrhu grupne terapije posebno u slučaju kada se prepoznaju specifične potrebe grupe,
- vještine evaluacije – praćenje i dokumentiranje razvojnih procesa grupne terapije koji se odvijaju tijekom rada jer korištenje zapisa grupnih sastanaka pomaže medicinskoj sestri u planiranju intervencija i predviđanju njihovog utjecaja na članove grupe (2).

Za medicinske sestre koje sudjeluju u provođenju grupne terapije važno je kontinuirano usavršavanje znanja i vještina kroz kontinuirano obrazovanje i cjeloživotno učenje. Programi stalnog stručnog usavršavanja ključni su za cjeloživotno učenje medicinskih sestara i važan su aspekt za održavanje znanja i vještina nužnih za kvalitetno vođenje grupne terapije. Proces kontinuiranog obrazovanja omogućuje medicinskim sestrama stjecanje znanja relevantnih za područje njihove prakse i pozitivno utječe na njihov osobni i profesionalni rast i razvoj. Kako bi pružena skrb bila kvalitetna i adekvatna, medicinske sestre trebaju stjecati znanja i vještine kroz različite pristupe informacijama koje se temelje na dokazima. Pristup informacijama može uključivati formalne i neformalne oblike obrazovanja, samorefleksiju, pretraživanje literature, stjecanje iskustva na radnom mjestu i međusobnom razmjenom znanja u radnom okruženju (39).

## 5. ZAKLJUČAK

Grupne terapije provode se u različitim oblicima, a strategije grupne terapije ovise o strukturi pacijenata, dijagnozi, mogućnostima članova grupe i razini znanja i vještina medicinske sestre koja ima ulogu voditelja grupe. Educirane medicinske sestre mogu preuzeti ulogu voditelja grupne terapije, koja se s razvojem grupe smanjuje i preuzimaju je članovi grupe dok medicinska sestra zauzima pasivnu ulogu i kontinuirano prati i usmjerava terapijski proces. Trajanje grupe terapije je individualno i ovisi o trenutno prisutnim problemima pacijenata i pristupu medicinske sestre koja vodi grupu. Pacijenti koji aktivno sudjeluju u grupnoj terapiji postižu značajno bolje rezultate kada se govori o kontroli simptoma i poteškoća povezanih s mentalnim poremećajima i ovisnosti. Kod ovih pacijenata rizik od recidiva značajno je niži u odnosu na pacijenta koji ne sudjeluju u ovim oblicima liječenja. Grupna terapija pozitivno utječe na razvoj vještina i samopouzdanja pojedinca koje dugoročno povećavaju sposobnosti samostalnog funkcioniranja u provođenju svakodnevnih životnih aktivnosti.

## 6. LITERATURA

1. Malhotra A, Baker J. Group Therapy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
2. Ezhumalai S, Muralidhar D, Dhanasekarapandian R, Nikketha BS. Group interventions. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(4):S514-S521.
3. Malcolm L, Mein G, Jones A, Talbot-Rice H, Maddocks M, Bristowe K. Strength in numbers: patient experiences of group exercise within hospice palliative care. *BMC Palliat Care*. 2016;15(1):97.
4. Hauksson P, Ingibergsdóttir S, Gunnarsdóttir T, Jónsdóttir IH. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for treatment-resistant depression with psychiatric comorbidity: comparison of individual versus group CBT in an interdisciplinary rehabilitation setting. *Nord J Psychiatry*. 2017;71(6):465-72.
5. Kumar S, Deshmukh V, Adhish VS. Building and leading teams. *Indian J Community Med*. 2014;39(4):208-13..
6. Lasky GB, Riva MT. Confidentiality and privileged communication in group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2006;56(4):455-76.
7. Lorentzen S, Ruud T. Group therapy in public mental health services: approaches, patients and group therapists. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(3):219-25.
8. Mental disorders. World Health Organization; 2022. Dostupno na: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gclid=CjwKCAjwoqGnBhAcEiwAwK-OkUNv9DVKvkbpTd0aSME0hu8MCzc9NjPgF\\_p9qq697o2CLPYcFcdgSRoC29MQAvD\\_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gclid=CjwKCAjwoqGnBhAcEiwAwK-OkUNv9DVKvkbpTd0aSME0hu8MCzc9NjPgF_p9qq697o2CLPYcFcdgSRoC29MQAvD_BwE) (Datum pristupa: 1.7.2023.)
9. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50.
10. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394,240-8.
11. Barlow DH, Bullis JR, Comer JS, Ametaj AA. 2013. Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. *Annu Rev Clin Psychol* 9:1-27.



12. Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annu Rev Public Health*. 2022;41:20-21.
13. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, i sur. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2022;19(2):e1003901.
14. World Health Organization. *Mental Health Gap Action Programme – Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008.
15. Monteiro NM. Addressing mental illness in Africa: global health challenges and local opportunities. *Community Psychol Glob Perspect*. 2015;1(2):78-95.
16. Kerebih H. Pattern of Help Seeking Behavior for Common Mental Disorders among Urban Residents in Southwest Ethiopia. *Qual Prim Care*. 2017;25(4):208-16.
17. Rijal A. Mental Health situation in Nepal and priorities for interventions. *Heal Prospect J Public Heal*. 2018;17:10-2.
18. World Health Organization. *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Version 1.0*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010.
19. Kates N, Craven M, Bishop J, Clinton T, Kraftcheck D, LeClair K, i sur. Shared mental health care in Canada. *Can J Psychiatry*. 1997;42:i-xii.
20. Foster M, Weaver J, Shalaby R, Eboreime E, Poong K, Gusnowski A, i sur. Shared Care Practices in Community Addiction and Mental Health Services: A Qualitative Study on the Experiences and Perspectives of Stakeholders. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(5):831.
21. Uys LR, Middleton L. *Mental health nursing : a South African perspective*. 6th edition. Kenwyn (South Africa): Juta; 2016.
22. Visagie HMP, Poggenpoel M, Myburgh C. Lived experiences of psychiatric patients with mood disorders who attended group therapy facilitated by professional psychiatric nurses. *Curations*. 2020;43(1):2114.
23. Singh S. Delivering group cognitive behavioural therapy: Competencies and group process, *J Cogn Behavi Psychothe Res*. 2014;3(3):150-5.
24. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol*. 2009;64(4):241-56.
25. Deblinger E, Pollio E, Dorsey S. Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Group Format. *Child Maltreat*. 2016;21(1):59-73.

26. Ramírez P, Febrero B, Martínez-Alarcón L, Abete C, Galera M, Cascales P, i sur. Benefits of Group Psychotherapy in Cirrhotic Patients on the Liver Transplant Waiting List. *Transplant Proc.* 2015;47(8):2382-4.
27. Larsson E, Lloyd S, Westwood H, Tchanturia K. Patients' perspective of a group intervention for perfectionism in anorexia nervosa: A qualitative study. *J Health Psychol.* 2018;23(12):1521-32.
28. Martin K, Giannandrea P, Rogers B, Johnson J. Group intervention with pre-recovery patients. *J Subst Abuse Treat.* 1996;13(1):33-41.
29. Sarkhel S, Singh OP, Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian J Psychiatry.* 2020;62(2):S319-S23.
30. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2005.
31. Magill M, Martino S, Wampold B. The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *J Subst Abuse Treat.* 2021;126:108442.
32. Cox CM, Westrick JC, McCarthy DE, Carpenter MJ, Mathew AR. Practice Quit Attempts: Scoping Review of a Novel Intervention Strategy. *J Stud Alcohol Drugs.* 2022;83(1):115-25.
33. A-Tjak JG, Morina N, Topper M, Emmelkamp PMG. One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):41.
34. Mortiz S, Klein JP, Lysaker PH, Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019;21(3):309-17.
35. Kernberg OF. The four basic components of psychoanalytic technique and derived psychoanalytic psychotherapies. *World Psychiatry.* 2016;15(3):287-8.
36. Kernberg PF, Ritvo R, Keable H, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(5):541-57.
37. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol.* 2010;65(2):98-109.

38. Sharma NP, Spiro PM. *Psychoanalytic Therapy*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
39. Mlambo M, Silen C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasythesis of the literature. *BMC Nursin*. 2021;20:62.

## **7. OZNAKE I KRATICE**

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

ADHD – poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću, engl. *Attention deficit hyperactivity disorder*

## 8. SAŽETAK

Grupna terapija je proces istovremenog liječenja većeg broja pacijenata i najčešće se primjenjuje u liječenju mentalnih poremećaja i bolesti. Osnovni ciljevi prvenstveno su usmjereni na poticanje pacijenta na prihvatanje liječenja koje potiče modifikaciju njegova ponašanja. Grupna terapija potiče razvoj interpersonalnih vještina, vještina suočavanja, stvaranja i održavanja odnosa, osigurava edukaciju, pomaže u prihvatanju preventivnih mjera i olakšava povratak normalnom funkcioniranju u društvenoj sredini. U procesu grupne terapije sudjeluje veći broj pacijenata, no procjena i liječenje usmjereni su na pojedinca, njegove potrebe i oporavak. Međusobnom razmjenom iskustava svaki član grupe ima mogućnost zamisliti se u sličnom položaju, a kroz prepoznavanje napretka drugih povećava se motivacija, suradljivost i predanost procesu liječenja. Strukturiranje grupa na temelju dijagnoze omogućuje učenje i podučavanje u grupnom okruženju. Interpersonalno učenje omogućuje stjecanje novih perspektiva o vlastitom stanju, učenje strategija suočavanja sa strahom od društvene interakcije i stjecanje samopouzdanja. Medicinske sestre u grupnoj terapiji imaju ulogu voditelja grupe, a osim pridržavanja načela grupnog rada trebaju koristiti različite strategije prilagođene potrebama pacijenata. Ovisno o strukturi pacijenata, grupne terapije mogu biti psihoedukativne, kognitivno bihevioralne, terapije usmjerene na podršku i razvoj vještina. Medicinske sestre u procesu grupne terapije trebaju imati razvijenu svijest o različitim fazama razvoja grupe koji prolazi kroz pet faza. Na prvom sastanku grupe medicinska sestra treba postaviti pravila i ograničenja o iznošenju osobnih informacija i važnosti očuvanja povjerljivosti unutar grupe. Medicinske sestre koje sudjeluju u grupnoj terapiji trebaju imati posebnu edukaciju u području psihijatrijskih i bihevioralnih znanosti, što im daje mogućnost preuzimanja uloge voditelja, ali i visoku razinu odgovornosti u cjelokupnom procesu grupne terapije.

**Ključne riječi:** grupna terapija; psihološka podrška; razmjena iskustava.

## 9. SUMMARY

Group therapy is a process of simultaneous treatment of a large number of patients and is most often used in the treatment of mental disorders and diseases. The main goals are primarily aimed at encouraging the patient to accept treatment that encourages the modification of his behavior. Group therapy encourages the development of interpersonal skills, coping skills, creating, and maintaining relationships, provides education, helps in accepting preventive measures and facilitates the return to normal functioning in the social environment. Many patients participate in the group therapy process, but the assessment and treatment are focused on the individual, his needs and recovery. Through the mutual exchange of experiences, each member of the group has the opportunity to imagine himself in a similar position, and by recognizing the progress of others, motivation, cooperation and commitment to the treatment process increases. Structuring groups based on diagnosis enables learning and teaching in a group environment. Interpersonal learning enables the acquisition of new perspectives on one's own condition, learning coping strategies for fear of social interaction, and gaining self-confidence. Nurses in group therapy have the role of group leader, and in addition to adhering to the principles of group work, they should use different strategies adapted to the needs of patients. Depending on the structure of the patients, group therapies can be psycho-educational, cognitive-behavioral, therapies focused on support and skill development. Nurses in the process of group therapy should have a developed awareness of the different stages of group development, which goes through five stages. At the first meeting of the group, the nurse should set rules and restrictions on sharing personal information and the importance of maintaining confidentiality within the group. Nurses who participate in group therapy should have special education in the field of psychiatric and behavioral sciences, which gives them the opportunity to assume the role of leader, but also a high level of responsibility in the entire process of group therapy.

**Keywords:** group therapy; psychological support; exchange of experiences.

## 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>08.07.2023</u>	JELIĆ IANA	Jelić Iana

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

JELIĆ IVANA

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon \_\_\_\_\_ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 08. 07. 2023

Jelić Ivana

potpis studenta/ice