

ZDRAVLJE ZA SVIE

VAŠ PROZOR U SVIJET JAVNOG ZDRAVSTVA | GLASILO NASTAVNOG ZAVODA ZA JAVNO ZDRAVSTVO "DR. ANDRIJA ŠTAMPAR"

18/22

TEMA BROJA: Stigma mentalnog poremećaja
INTERVJU: Marija Kušan Jukić
AKTUALNO: Stigma i LGBTQI zajednica

SADRŽAJ

3	Riječ urednice	Ana Puljak
4	Riječ gošće – urednice	Marija Škes
6	Aktualno	Stigma i LGBTQI zajednica
8		Preventivni programi i aktivnosti namijenjene vulnerabilnim skupinama stanovništva
10	U fokusu	Preporučene mjere zaštite zdravlja za starije osobe u izbjegličkoj krizi
14		Sindrom sagorijevanja kod medicinskih sestara/tehničara
17	Tema broja	Stigma mentalnog poremećaja
23	Intervju	Marija Kušan Jukić
27	Čuvari zdravlja	Hodanjem do zdravlja, Grad Zagreb
30	Aktivno i zdravo starenje	Tematski kafići za penziće
32	Mentalno zdravlje	Djeca osoba u liječenju zbog ovisnosti kao vulnerabilna skupina
35	Zdravstvena ekologija	Dostupnost zdravstveno ispravne vode za ljudsku potrošnju i važnost hidracije osoba u domovima za starije
39	Farmakoterapija	Primjena lijekova u dječjoj dobi
41	Mikrobiologija i zdravlje	<i>Haemophilus influenzae</i> u najmlađoj dobi
43	Građanske inicijative	Udruga Migrena Hrvatska
44	Škola i zdravlje	Tjelesno vježbanje i mentalno zdravlje djece i adolescenata
46	Brojke govore	Zaposlenost i zaposlenost osoba s invaliditetom
49	Pacijent	Psihološka prva pomoć u kriznim situacijama
55	Zagreb - zdravi grad	Portal Mentalno zdravlje
57	Feljton	Nejednakosti u zdravlju
59	Publicistika	Priručnik „Rat kroz oči djeteta – Crstice stručnjaka mentalnog zdravlja za roditelje i druge koji brinu o najranjivijima“
60		Rosie Kugli „Hod po rubu“

IMPRESUM

Zdravlje za sve glasilo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “Dr. Andrija Štampar”

Adresa uredništva: Mirogojska 16, 10000 Zagreb

e-mail: info@stampar.hr

Glavni urednik: dr. sc. Sandra Šikić, dipl. ing.

Gost urednik: Marija Škes, mag.educ. reh.

Izvršno uredništvo:

Ana Puljak, dr. med., prof. dr. sc. Branko Kolarić, dr. med., prim. dr. sc. Marija Kušan Jukić, Jelena Jonke Badić, mag. nov., Virginija Ferenčina, mag. nov, Miljenko Grbić, grafički urednik

Urednički odbor:

Ana Puljak, dr. med., prim. dr. sc. Marija Kušan Jukić, prof., dr. sc. Jasmina Vraneš, prim. dr. med., dr. sc. Ivana Lukšić, dr. med., dr. sc. Matijana Jergović, dr. med., dr.sc. Marina Polić - Vižintin, dr. med., Tatjana Petričević Vidović, dr. med., prim. Mirjana Lana Kosanović Ličina, dr. med., Melita Jelavić, dr. med., Tanja Čorić, dr. med., Marija Škes, mag. educ. reh., Lea Maričić, mag. psih., Martina Bago, mag. pharm.

Riječ urednice

Dragi čitatelji,

vulnerabilne skupine populacijske su skupine, kojima je uslijed specifičnih životnih i zdravstvenih čimbenika potrebna dodatna podrška te su u tom smislu i zaštićene pravnom regulativom i etičkim normativima u području pružanja zdravstvene zaštite. Ili drugačije rečeno: vulnerabilne, ugrožene, osjetljive, marginalizirane, društveno nedovoljno uključene populacijske skupine- uslijed specifične razlike u odnosu na stanovništvo u cjelini imaju veću vjerojatnost razviti zdravstvene (i ne samo zdravstvene) probleme kao rezultat izlaganja riziku. Iz tog razloga zahtijevaju dodatnu pažnju, realiziranu, naravno i u svakodnevnom životu. Najnoviji međunarodni strateški dokument koji se bavi ovom populacijom je Nova europska strategija "Zdravlje 2020", koja se odnosi i na sve oblike vulnerabilnosti i propisuje unaprjeđenje zdravlja stanovništva i smanjenje nejednakosti u zdravlju. (Health 2020: European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing, Malta, 2012. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>). Područje zaštite vulnerabilnih skupina propisano je i brojnim drugim dokumentima: strategijama, zakonima na nacionalnim razinama te akcijskim planovima na nacionalnim i lokalnim razinama.

Sagledavanjem regulative na nacionalnoj, regionalnoj i međunarodnoj razini možemo zaključiti da unaprjeđenjem zdravlja stanovništva i smanjenjem nejednakosti u zdravlju štitimo i sve oblike vulnerabilnosti. Populacijske skupine koje smatramo vulnerabilnima su: osobe s invaliditetom i kroničnim bolestima, osobe s niskim primanjima i beskućnici, osobe starije dobi, djeca i adolescenti, LGBTQ+ populacija, etničke manjine, populacija određene geografske zajednice / migranti i izbjeglice te oboljeli od specifičnih kroničnih bolesti (s naglaskom na oboljele od mentalnih bolesti i ostalih bolesti koje se povezuju sa stigmom). U ovom broju časopisa upravo smo njima, kroz sve stručne djelatnosti našeg Zavoda, posvetili posebnu pažnju.

Čitajući tekstove vrijednih autora i stručnjaka možete se informirati o preventivnim programima naše ustanove koje smo posvetili upravo ovoj populaciji, projektu „Common point - Inovativni pristupi obuci pružatelja usluga mentalnog zdravlja za kvalitetnu podršku LGBTQ+ osoba“, Udruge Lori, stigmati mental-



nih poremećaja te sindromu sagorijevanja kod medicinskih sestara/tehničara, koji su posebno za vrijeme pandemije COVID-19 bili radna populacija izložena visokim rizicima za oštećenje zdravlja. Vezano za aktualno stanje upućujemo naše čitatelje i na Preporučene mjere zaštite zdravlja za starije osobe u izbjegličkoj krizi. Sasvim druga tema, koja se tiče naših najmlađih, uzimanje je lijekova u dječjoj dobi, kroz koju vas upoznajemo s nizom specifičnosti vezanih za farmakologiju, ali i ponašanja vezana za uzimanje lijekova. Najmlađoj dobi posvetili smo i članak u kojem možete saznati što može izazvati Haemophilus influenzae upravo u tom ranjivom životnom razdoblju. U ovom broju smo predstavili i aktivnosti i portale Grada Zagreba koji su dobrodošla u pomoć u unaprjeđenju mentalnog zdravlja te rad Udruge Migrena Hrvatska. Naravno, nismo zaboravili ni publicističku djelatnost: predstavili smo vam knjigu „Hod po rubu“, koja se višeznačno bavi problemima upravo onih vulnerabilnih i nedovoljno zaštićenih osoba u našem društvu te priručnik „Rat kroz oči djeteta – crtice stručnjaka mentalnog zdravlja za roditelje i druge koji brinu o najranjivijima“ koji je, na žalost, vrlo aktualan. Očekivano, nejednakostima u zdravlju posvetili smo poseban članak, kao sukus i izvorište većine ostalih čimbenika vulnerabilnosti određenih populacijskih skupina.

Naša najveća snaga je briga o najranjivijima. Pozivam vas da se šetnjom kroz tekstove naših stručnjaka inspirirate upravo za taj put.

Ana Puljak, dr. med., spec. javnog zdravstva

Riječ gošće – urednice broja

Vulnerabilne skupine određene su specifičnim potrebama u pogledu ostvarivanja zdravstvene zaštite, koje se odnose na dob, spol, zdravstveno stanje, socioekonomsko stanje, mjesto boravka i dr. Zbog toga je važno prepoznati razlike u vrsti i količini potrebne skrbi te dostupnosti zdravstvene zaštite vulnerabilnim skupinama. Uključivanje u zajednicu osoba s invaliditetom preduvjet je njihovog izlaska iz izolacije, prevladavanja siromaštva i položaja ovisnosti o drugima, a to je moguće jedino uz osiguravanje potrebnih oblika podrške i poštivanja njihovih potreba.

U posljednjih deset godina kvaliteta života osoba s invaliditetom u Gradu Zagrebu povećana je u smislu konkretnih pokazatelja otklanjanja zapreka koje uzrokuju nejednakost. U ovom broju časopisa predstavljeni su Programi i preventivne aktivnosti našeg Zavoda namijenjene vulnerabilnim skupinama stanovništva – osobama s invaliditetom i pripadnicima romske nacionalne manjine te problematika zaposlenosti i nezaposlenosti osoba s invaliditetom u Gradu Zagrebu.

Važno je „staviti se u cipele“ onih koji trajno ili povremeno trebaju našu pomoć, kako bismo ih bolje razumjeli i shvatili nužnost prilagodbi osobama s invaliditetom, njihove karakteristike i specifičnosti funkcioniranja, kao i ograničenja koja su posljedica oštećenja i bolesti s jedne strane, ali i prepreka koje im suvremeno društvo postavlja s druge strane.



Podizanjem svijesti javnosti sustavnim edukacijama i pružanjem informacija o pravima i mogućnostima djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom, mijenjajući negativne stavove u pozitivne i podržavajuće, doprinosimo općoj toleranciji prema različitosti, strpljenju, humanosti, empatičnosti – u konačnici stvaramo obrazovanije i senzibilnije društvo, u kojem će osobe s invaliditetom biti aktivni i ravnopravni članovi zajednice, uz podršku. To je proces uzajamnog primanja i davanja koji nas sve zajedno obogaćuje.

Marija Škes, mag. educ. reh.

Stvaramo zdraviju budućnost



NASTAVNI ZAVOD ZA
JAVNO ZDRAVSTVO
DR. ANDRIJA ŠTAMPAR

Stvaramo zdraviju budućnost



Stigma i LGBTQI

Projekt „Common point - Inovativni pristupi obuci pružatelja/pružateljica usluga mentalnog zdravlja za kvalitetnu podršku LGBTQI osoba“

Osobe manjinske seksualne orijentacije doživljavaju tzv. „manjinski stres“, koji se odnosi na izazove s kojima se pripadnici seksualnih manjina moraju svakodnevno suočavati – stigmatu, predrasude, diskriminaciju i prihvatanje vlastite seksualnosti.

U razvoju stresnih reakcija ovakvih obilježja, društveni kontekst neizostavan je čimbenik, koji može imati ulogu uzroka, podržavajućeg čimbenika stresne situacije, ali i zaštitnu ulogu. Provedena istraživanja pokazuju da se pojava stresa ovakvih obilježja potvrđuje i u Hrvatskoj. Diskriminacija i/ili nasilje koje dožive LGB osobe ugrožavajuće su i čine ih vulnerabilnijima na razvoj stresne reakcije. Prikriivanje manjinskog seksualnog identiteta umanjuje mogućnost diskriminacije i viktimizacije, ali i snižava samopoštovanje i kvalitetu života, dok je stupanj otvorenosti, rad na suzbijanju stigme, edukacija i upoznavanje s ovom tematikom te veća uključenost manjinske zajednice - put do prihvaćenosti LGBTQI osoba u društvu.

Jedan od hvalevrijednih programa koji vodi pre-

ma ovom cilju je projekt „Common point- Inovativni pristupi obuci pružatelja/ica usluga mentalnog zdravlja za kvalitetnu podršku LGBTQI osoba“, koji provodi udruga LORI iz Rijeke, uz nositelje projekta, organizaciju Háttér Társaság iz Mađarske, Single Step Foundation iz Bugarske i Prague Pride iz Češke.

U okviru projekta izrađena je serija od šest edukativnih video materijala, namijenjenih za korištenje u radu psihijatrima/psihijatricama, specijalistima/specijalisticama javnog zdravstva i školske medicine, psiholozima/psihologinjama, pedagozima/pedagoginjama, operaterima/operaterkama koje rade na linijama za krizne situacije, socijalnim radnicima/radnicama, rehabilitatorima/rehabilitatoricama, ali i svima ostalima koji kroz svoje specifične profesionalne sustave imaju mogućnost educiranja o navedenoj temi. Izrađen je i priručnik za trenere za edukaciju stručnjaka za mentalno zdravlje o LGBTQI temama, održani su treninzi za stručnjake iz četiri europske zemlje, izrađen je edukativni e-learning portal i trening supervizora, koji će educirati stručnjake. Cilj projekta je uvećati i razvijati znanja i vješt-

I zajednica



Ana Puljak

ne iz područja vezanih za obilježja LGBTIQ zajednice.

Kroz video materijale razrađene su razne teme: LGBTIQ terminologija i temeljni koncepti, „coming out“, specifičnosti rada s LGBTIQ+ osobama, izazovi s kojima se suočavaju transrodne i rodno varijantne osobe, homofobija/bifobija/transfobija/interfobija, iskustva nasilja i diskriminacije LGBTIQ osoba.

Video materijali izvorno su na engleskom jeziku, a osiguran je i prijevod (titlovi na hrvatskom, češkom, mađarskom i bugarskom jeziku). Planiran je i online trening u trajanju od 16 sati na e-platfomi, čija izrada je u završnoj fazi i koja će uskoro biti promovirana. Također je namijenjen edukaciji navedenih stručnjaka, kao pomoć u radu i senzibilizaciji LGBTIQ+ tema. Video materijali mogu se „lajkati“ i/ili je moguće i pretplatiti se na LORI YouTube kanal.

Više informacija o seriji kratkih video edukacija možete pronaći na LORI mrežnoj stranici ovdje, a video materijali dostupni su na LORI YouTube kanalu ovdje.

Izvori i literatura:

1. Lezbijska organizacija Rijeka „LORI“. Dostupno na <https://www.lori.hr>
2. Kamenov Ž, Huić A, Jelić M. (2016): Manjinski stres i mentalno zdravlje osoba homoseksualne i biseksualne orijentacije: pregled empirijskih provjera modela manjinskog stresa iz perspektive hrvatskog društva. Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet. Sveučilište u Zagrebu. Časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju.
3. Cox, N., Dewaele, A., van Houtte, M., Vincke, J. (2011): Stress-Related Growth, Coming Out, and Internalized Homonegativity in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. An Examination of Stress-Related Growth Within the Minority Stress Model. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 117-137
4. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2013): EU LGBT Survey, Results at a glance. Dostupno na http://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-a-glance_en.pdf
5. Božić, S., Almesberger, D. (Ur.). (2007): Prihvaćenost pripadnica i pripadnika seksualnih i rodni manjina u obitelji u Hrvatskoj: rezultati istraživanja. Rijeka: Lezbijska organizacija Rijeka „Lori“.

Ana Puljak, dr. med., spec. javnog zdravstva, voditeljica Odjela za promicanje zdravlja NZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Preventivni programi i aktivnosti namijenjene vulnerabilnim skupinama stanovništva

Marija Škes

Vulnerabilne skupine su određene specifičnim potrebama u pogledu ostvarivanja zdravstvene zaštite koje se odnose na dob, spol, zdravstveno stanje, socioekonomsko stanje, mjesto boravka i dr. Zbog toga je važno prepoznati razlike u vrsti i količini potrebne skrbi te dostupnosti zdravstvene zaštite vulnerabilnim skupinama.

Osobe s invaliditetom

Osobe s invaliditetom su izrazito vulnerabilna populacija koja zahtijeva primjereni način ostvarivanja kontakta, ali i specifičnu zdravstvenu skrb. Posebna pozornost unapređenju položaja osoba s invaliditetom posljednjih se godina posvećuje na najvišim razinama, od Ujedinjenih naroda, svjetskih i europskih pa sve do nacionalnih i lokalnih organizacija osoba s invaliditetom. Međutim, još uvijek su osobe s invaliditetom izložene brojnim predrasudama u društvenoj zajednici, osobito tijekom pandemije COVID-19. Prema podacima Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom HZJZ-a krajem 2021. godine u Hrvatskoj je evidentirano 596.345 osoba s invaliditetom, dok u Gradu Zagrebu živi 105.291 osoba s invaliditetom, što čini 13,3% ukupnog stanovništva grada.

Pripadnici romske nacionalne manjine

Pripadnici romske nacionalne manjine, zbog specifičnog načina života obilježenog nižim obrazovanjem pojedinih članova, dodatno su osjetljivi na izloženost rizičnim čimbenicima koji ugrožavaju zdravlje te zahtijevaju dodatni angažman javnozdravstvenih profesionalaca u očuvanju zdravlja i prevenciji bolesti. Nacionalnim planom za uključivanje Roma, za razdoblje od 2021. do 2027. godine, postavljen je strateški okvir za razvoj jednakosti, uključivanja i sudjelovanja pripadnika romske nacionalne manjine u RH do 2027. godine s ciljem unaprjeđenja ukupne integracije pripadnika romske nacionalne manjine u RH te smanjivanje jaza između pripadnika romske nacionalne manjine i ostatka populacije u ključnim područjima intervencije usklađenim sa Strateškim okvirom EU za jednakost, uključivanje i participaciju Roma do 2030. godine. U Akcijskom planu za provedbu Nacionalnog plana za uključivanje Roma od 2021. do 2027., za razdoblje od 2021. do 2022. godine, opći cilj u području zdravstvene zaštite je unaprjeđivanje zdravlja romske populacije te učinkovit i jednak pristup kvalitetnim uslugama zdravstvene skrbi.

Preventivni programi Službe za javno zdravstvo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

U skladu s ciljevima i prioritetima dosadašnje Zagrebačke strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom u razdoblju od 2016. do 2020. godine (u tijeku je izrada nove Strategije za razdoblje do 2027.), provode se Anti-stigma programi „Prihvaćamo različitost“ i program „Edukacija budućih zdravstvenih djelatnika o primjerenoj komunikaciji s osobama s invaliditetom“ u suradnji s Gradskim uredom za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom. Provedbom navedenih aktivnosti, usmjerenih na očuvanje zdravlja te na smanjenje i prevenciju daljnjeg invaliditeta, pridonosi se učinkovitosti i produktivnosti osoba s invaliditetom. Tako se umanjuje i rizik od socijalne isključenosti i siromaštva.

Krajem 2021. godine usvojen je Akcijski plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2024. godine te Nacionalni plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom za razdoblje od 2021. do 2027. godine u kojem je naveden peti strateški cilj: Zdrav, aktivan i kvalitetan život – unaprijeđen pristup uslugama u sustavu zdravstvene zaštite osobama s invaliditetom, čijem ostvarenju pridonose i navedene aktivnosti i specifični programi.

Anti-stigma program Učimo prihvaćati različitost

Anti-stigma program se odvija kroz interaktivna predavanja i senzibilizacijske radionice „Učimo prihvaćati različitost“ za učenike osnovnih škola. Ciljevi Anti-stigma programa su smanjenje stigmatizacije i predrasuda o djeci s teškoćama u razvoju kao i osoba s invaliditetom općenito, unaprijeđenje psihofizičkog zdravlja, smanjenje socijalne isključenosti djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Od 2018. do 2021. godini održano je 41 predavanje i radionice za učenike četvrtih razreda osnovnih škola Grada Zagreba uz obuhvat od preko 900 učenika.

Edukacija budućih zdravstvenih djelatnika o primjerenoj komunikaciji s osobama s invaliditetom

Provedbom programa „Edukacija budućih zdravstvenih djelatnika o primjerenoj komunikaciji s osobama s invaliditetom“ od 2019. godine je održano 20 predavanja i radionica uz sudjelovanje više od 250 budućih zdravstvenih djelatnika - studenata na Zdravstvenom veleučilištu. Tijekom održanih edukacija studentima su prezentirani načini ostvarivanja primjerene komunikacije s osobama s invaliditetom, skrenuta je pozornost na specifičnosti zdravstvene skrbi, ali i naglašena važnost poštivanja prava za ovu izrazito vulnerabilnu populaciju. Posebna pozornost usmjerena je na pružanje podrške te različitim aspektima rada s osobama s invaliditetom u uvjetima pandemije COVID-19. Osobe s invaliditetom ne samo da su u većem riziku od zaraze COVID-19, već i imaju više teškoća u pridržavanju mjera opreza, kao i fizičkog distanciranja. Prema istraživanju Eurobarometra 52% ispitanika s invaliditetom u posljednjih godinu dana osjeća se diskriminirano, a jedan od razloga je i otežano komuniciranje te dostupnost relevantnih informacija.

Program Unaprijeđenje zdravlja pripadnika romske nacionalne manjine

Provedba programa „Unaprijeđenje zdravlja pripadnika romske nacionalne manjine“ započela je 2017. godine i kontinuirano se provodi već šestu godinu za redom. Kao kratkoročni cilj ovog programa definirano je promoviranje zdravlja, odnosno motivacija pripadnika romske nacionalne manjine za usvajanje i održavanje zdravih načina življenja te postavljanje temelja zdravog reproduktivnog i spolnog života djevojaka i žena, a sve s ciljem povećanja kvalitete života i prevencije nastanka bolesti. Dugoročni je cilj sprječavanje razvoja kroničnih nezaraznih bolesti pripadnika romske nacionalne manjine. Tijekom javnozdravstvenih edukacija i aktivnosti za pripadnike romske nacionalne manjine održana su edukativna predavanja uz individualna savjetovanja o zdravim stilovima života, savjetovanjima za zdravlje, preporukama i mjerama za sprječavanje i suzbijanje epidemije COVID-19, opći preventivni pregledi uz podjelu edukativnih letaka i brošura, kao i preventivni mamografski pregledi. Tijekom pandemije program je realiziran i modificiran sukladno epidemiološkoj situaciji COVID-19.

*Marija Škes, mag. educ. reh.,
Služba za javno zdravstvo*

PREPORUČENE MJERE ZAŠTITE ZDRAVLJA ZA STARIJE OSOBE U IZBJEGLIČKOJ KRIZI

Referentni centar Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba, Služba za javnozdravstvenu gerontologiju i Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, izradili su Preporučene mjere zaštite zdravlja za starije osobe raseljene zbog ratnih zbivanja, osobito za gerijatrijske bolesnike oboljele od kardiovaskularnih bolesti, šećerne bolesti, psihogerijatrijskih bolesti (Alzheimerova bolest i druge demencije) i drugih kroničnih bolesti.

Starije osobe predstavljaju posebno vulnerabilnu skupinu koja specifično reagira tijekom migracija uzrokovanih ratom. Prekinuto je normalno odvijanje života starijih ljudi, što se izrazito nepovoljno odražava na njihovo biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje (dugoročni učinci traumatskih iskustava i različita izloženost čimbenicima rizika prije migracije, tijekom tranzita i poslije dolaska u zemlju krajnjeg odredišta). Mnogi oklijevaju napustiti svoje zajednice, a kada se i odluče na migraciju, susreću se s više teškoća od mlađe populacije zbog slabije pokretnosti, oslabljenog vida, sluha, pamćenja i ukupnog zdravstvenog stanja te time imaju povećanu ovisnost o drugima.

Kako bi se smanjile posljedice migracije i boravka u izbjeglištvu starijih osoba, prilikom prihvata potrebno je:

1. Utvrditi razinu funkcionalne sposobnosti starije osobe koja podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih životnih aktivnosti. Provjeriti senzorne sposobnosti (vid, sluh), status akutnih (npr. crijevne zarazne bolesti) i kroničnih bolesti (kardiovaskularne, reumatske, šećerna bolest, psihogerijatrijske bolesti i dr.).

Procjena razine funkcionalne sposobnosti uključuje:

I. TJELESNI STATUS (POKRETNOST)

1. Sasvim pokretan
2. Ograničeno pokretan (koristi povremeno pomagalo- štap, štake ili ortopedske klupice)
3. Trajno ograničeno pokretan (koristi trajno invalidska kolica)
4. Trajno nepokretan

II. PSIHIČKI STATUS (SAMOSTALNOST)

1. Sasvim samostalan
2. Ograničeno samostalan (povremene psihičke poteškoće)



3. Trajno nesamostalan (trajne psihičke poteškoće)

4. Ne može se odgovoriti

2. Utvrditi cijeplni status starije osobe i osigurati cijepljenje protiv COVIDa-19 u onih koji nisu potpuno cijepljeni.

3. Pobriniti se da starija osoba uzima dovoljno tekućine (voda, čaj, juha, do 2 litre dnevno) i pravilno se hrani prema individualnim potrebama (zdravstvenom stanju) i potrebama specifičnim za stariju populaciju (opisano niže u tekstu).

4. Održavati redovitu osobnu higijenu, uz obvezno učestalije pranje ruku te provoditi sve mjere zaštite od COVIDa-19, sukladno važećim epidemiološkim uputama u RH.

5. Zbog fizioloških promjena u termoregulaciji, starije osobe sklonije su razvoju hipertermije (povećana tjelesna temperatura) i hipotermije (snižena tjelesna temperatura) tijekom izlaganja visokim ili niskim temperaturama okoline (specifične upute u prilogu). U te svrhe potrebno je pripremiti sredstva za rehidraciju i slojevitu odjeću za utopljanje starijih osoba.

6. Osigurati kvalificirane prevoditelje i osposobljene koordinateure za zdravstvenu i dugotrajnu skrb starijih osoba te osigurati nastavak terapije lijekovima dostupnim u Hrvatskoj. Omogućiti nabavku neophodnih pomagala poput naočala, slušnog aparata i drugog, u cilju zadovoljenja specifičnih potreba starijih osoba.

7. Pripremiti osobne podatke i podatke za kontakt s ključnim osobama iz obitelji (ime i prezime, telefonski broj, adresa), koji trebaju biti uvijek uz stariju osobu. Posebnu pažnju posvetiti starijim osobama koje su same i nisu povezane s obitelji.

8. Aktivno uključiti starije osobe u sve procese tijekom organizacije skrbi. Poticati na održavanje stalne tjelesne i psihičke aktivnosti (grupne šetnje u prirodi). Organizirati skupinu potpore (obitelj, prijatelji, neformalne i formalne organizacije u zajednici, volonteri, vjerske institucije), u cilju prilagodbe na novonastalu situaciju.

9. Procijeniti potrebu starije osobe za stručnom psihološkom, socijalnom i liječničkom skrbi, te prema potrebi koristiti usluge institucijske i izvaninstitucijske skrbi za starije osobe, ovisno o utvrđenoj zdravstvenoj i socijalnoj potrebi i funkcionalnoj sposobnosti starije osobe.

10. Redovito pratiti obavijesti putem javnih medija, prijatelja, rodbine te se pridržavati preporuka javnih službi u organiziranom pristupu zdravstvenoj i socijalnoj skrbi za osobe starije dobi u izbjeglištvu.

DODATNE MJERE ZA OČUVANJE MENTALNOG ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA U SLUČAJU RASELJAVANJA

- 1.** Uključite pitanja o mentalnom zdravlju i psihosocijalnoj dobrobiti u procjene potreba starijih iseljenih osoba.
- 2.** Posavjetujte se sa starijim ljudima, ne samo o njihovim potrebama, već i o tome kako bi oni mogli pomoći drugima (napose djeci).
- 3.** Pomozite starijim osobama da ojačaju svoje društvene veze, na primjer aktivnim uključivanjem starijih osoba u aktivnosti zajednice.
- 4.** Potičite stvaranje mreže za podršku obitelji i drugih osoba iz njihove okoline te im omogućite da oni podrže druge.
- 5.** Pomozite starijim osobama da se nose s gubitkom, na primjer omogućavanjem da tuguju i nose se s višestrukim gubicima.
- 6.** Osposobite osoblje na prvoj liniji u osnovnim psihosocijalnim vještinama, uključujući psihološku prvu pomoć za pomoć starijim osobama.

SAVJETI ZA OSOBE STARIJE ŽIVOTNE DOBI ZA PREVLADAVANJE STRESA I TJESKOBE IZAZVANIH KRIZNOM SITUACIJOM

- 1.** Dijelite svoja iskustva i pričajte o situaciji koja se događa, podijelite svoja prošla iskustva, pokušajte ostati povezani s ljudima u svojoj okolini.
- 2.** Budite fizički aktivni, unutar svojih mogućnosti (hodajte).
- 3.** Ne ustručavajte se postavljati pitanja- pitajte gdje ste, kamo idete, tko će brinuti o Vama?
- 4.** Brinite o svom zdravlju – unosite dovoljno tekućine, pokušajte redovito jesti, ne zaboravite piti svoje uobičajene lijekove (informirajte ljude u svojoj okolini koje lijekove uzimate i trebate).
- 5.** Potražite pomoć kod bolova i drugih tjelesnih teškoća. Ukoliko od ranije imate određenih teškoća s mentalnim zdravljem ili uzimate neke psihofarmake, obavijestite ljude u svojoj okolini.
- 6.** Ograničite slušanje vijesti koje Vas uznemiruju – kako biste bili informirani dovoljno je jednom do dvaput dnevno poslušati/pogledati vijesti.
- 7.** Svoja iskustva podijelite s djecom i mladima, uključite se u aktivnosti s njima.
- 8.** Ne zaboravite na duhovnost, religiozna vjerovanja i molitva mogu biti vrlo koristan zaštitni čimbenik u kriznim situacijama.



DODATNE PREPORUKE ZA ODREĐIVANJE NUTRITIVNOGA STATUSA I ODGOVARAJUĆE PREHRANE KOD STARIJE POPULACIJE U IZBJEGLIŠTVU

Starije osobe uobičajeno imaju slabiji apetit i otežanu probavu hrane, a uzrok tome jest smanjena percepcija okusa i mirisa, smanjena sekrecija probavnih sokova, smanjena pokretljivost probavnih organa itd. Poteškoće pri prehrani pojavljuju se i zbog defektnoga zubala, neodgovarajuće zubne proteze i poteškoća s gutanjem. Populacija starije dobi u izbjeglištvu u riziku je za pojavu malnutricije (pothranjenosti). Prehrana je važan element kulturnog identiteta te ima odgovarajuću socijalnu ulogu. Zato je u kreiranju prehrambenih obrazaca važno uvažiti kulturološko i religijsko porijeklo osobe. Potrebno je identificirati namirnice karakteristične za podneblje iz kojeg osoba dolazi, izbjegavati nuđenje namirnica koje se zabranjuju zbog religije ili nekih opredjeljenja (npr. osobe islamske vjeroispovijesti ne jedu svinjsko meso i prerađevine, vegetarijanci i vegani ne konzumiraju meso).

1. Prilikom prihvata raseljenih starijih osoba i provođenja prvog intervjua potrebno je:
2. Odrediti nutritivni status starije osobe.
3. Istražiti prehrambene navike i preferencije (poštivanje kulturoloških i religijskih tradicija).
4. Izraditi plan prehrane starije osobe.
5. U slučaju poteškoća sa žvakanjem i gutanjem potrebno je osigurati kašastu, pasiranu ili mljevenu hranu.
6. Osigurati balansiranu prehranu koja uključuje optimalnu količinu proteina (npr. meso, riba, jaja, mlijeko i mliječni proizvodi, mahunarke i žitarice), izvora energije (ugljikohidrati i masti) i mikronutrijenata (vitamin B12, vitamin D, željezo i kalcij).
7. Prehranu prilagoditi s obzirom na dijetalne potrebe vezane uz kronične bolesti.

*Prof. prim. dr. sc. Branko Kolarić, dr. med., Služba za javnozdravstvenu gerontologiju
Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba*

SINDROM SAGORIJEVANJA KOD MEDICINSKIH TEHNIČARA

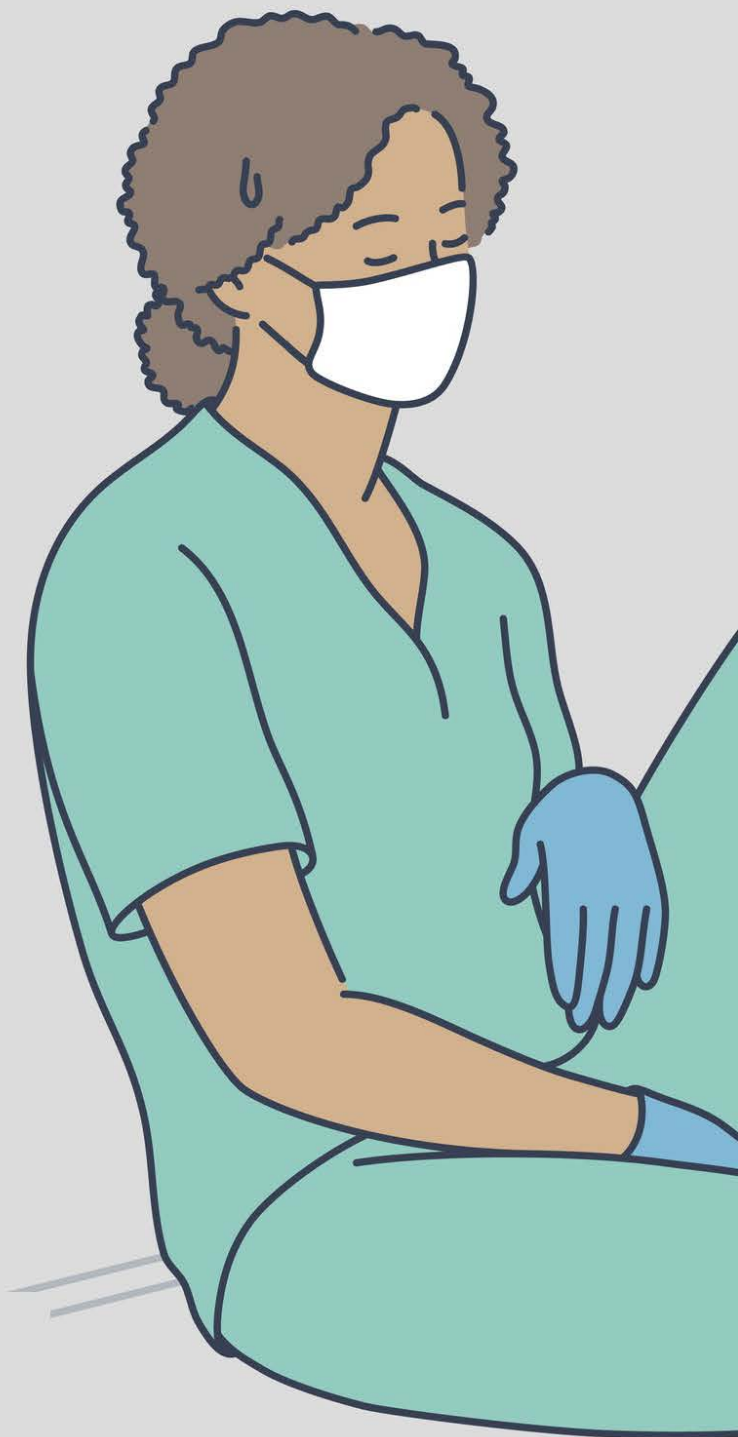
Danas su pred medicinskom sestrom/tehničarem sve kompleksniji zahtjevi, koji uključuju znanje, etički pristup, iskustvo, umijeće, odgovornost, kompetencije i motivaciju. Svakodnevno se od medicinskih sestara/tehničara očekuje profesionalnost, pružanje kvalitetne skrbi, vještina, brzina, ekspeditivnost.

Posebnost sestrinstva kao profesije je empatija prema pacijentima, a zbog posebnosti poziva, načina i uvjeta rada, medicinske sestre i tehničari osjetljiva su radna skupina. Prema rezultatima istraživanja najstresnijih zanimanja Svjetske zdravstvene organizacije, sestrinski posao zauzima visoko četvrto mjesto. Jedno je od zanimanja koje iziskuje 24-satnu dostupnost. Opređeljenjem za ovaj „poziv“ većina medicinskih sestara/tehničara svoj radni vijek provede radeći u različitim kombinacijama smjenskog rada, što znači da nerijetko provedu i do 12 sati dnevno uz pacijente koji zahtijevaju stalni tjelesni, umni i emocionalni angažman.

Pacijenti za medicinsku sestru nisu samo dijagnoza ili opis simptoma s povijesti bolesti, već su aktivni sudionici u svome liječenju. Medicinske sestre/tehničari često su poveznica između obitelji i pacijenata, obitelji i liječnika te je odnos povjerenja izuzetno važan. Dodatno, oni odgovorno kontinuirano zastupaju i zagovaraju interese pacijenata.

Svaku medicinsku sestru/tehničara, osim samog posla, pritišću i različita organizacijska opterećenja, kao što su radno vrijeme, međuljudski odnosi, organizacijska kultura, ravnoteža posla i ono najvažnije, ravnoteža osobnog života. Kao što je već spomenuto, medicinska sestra/tehničar mora biti sabrana, sposobna brzo reagirati, odlučivati i intervenirati, što zahtijeva znanje. Stalno stručno usavršavanje i obrazovanje posljednjih se godina nametnulo ne kao izbor, već kao nužnost zanimanja. Veliki broj sestara/tehničara pokušava uskladiti posao, obitelj i školovanje. Većina njih studira uz rad, što zahtijeva izniman trud, organizaciju i odricanje.

U zdravstvenom sustavu u Republici Hrvatskoj kronično nedostaje medicinskih sestara/tehničara, a u bolnicama nerijetko jedna medicinska sestra radi za dvije do tri medicinske sestre što, uz već ionako teške uvjete rada, iziskuje dodatne napore i angažman. Posljedično tome prisutan je iznadprosječan stres na radnome mjestu.



MEDICINSKIH SESTARA/

Pandemija uzrokovana koronavirusom (COVID-19) značajno je utjecala na svakodnevni život svih nas te dodatno doprinijela već visokoj razini stresa zdravstvenih djelatnika, koji su se uz prilagođavanje novonastaloj situaciji morali nerijetko izolirati i od vlastite obitelji u svrhu sprječavanja prenošenja virusa.

Što je stres?

Stres je sastavni dio života, uglavnom poticajan, dok prekomjerni ima niz negativnih posljedica. To je iskustvo koje mijenja mozak, ponašanje i tjelesne funkcije na pozitivan (prilagodba) ili negativan (iscrpljenje) način.



Stanje je organizma u kojem doživljavamo prijetnju vlastitom integritetu. Dijelimo ga na „mali svakodnevni“ (svađe, gužva, nedostatak novca, kašnjenje, nesklad želja i mogućnosti), „veliki“, praćen patnjom (smrt bliske osobe, razvod, gubitak posla) te „traumatski“, s dugotrajnim posljedicama (nasilje, prirodne i prometne katastrofe).

Kada govorimo o stresu na radnome mjestu (profesionalnom), mali svakodnevni stres se odnosi na strukturu radnog mjesta, procese na radnom mjestu, komunikaciju, međuljudske odnose, perfekcionizam, nedostatak kontrole zbog manjka informacija, sputavanje kreativnosti, manjak timskog rada ili supervizije, nedostatak kompetencija, nemogućnost i obveza stručnog usavršavanja, nesigurnost u pogledu poslovne budućnosti te mogućnosti rasta i razvoja, nesuradljivost. Veliki stres je praćen patnjom (gubitak posla) i traumatski stres s dugotrajnim posljedicama (nasilje na poslu od kolega i/ili pacijenata).

Jedan od negativnih ishoda profesionalnog stresa je sindrom sagorijevanja (engl. burn-out sindrom). Burn-out sindrom stanje je psihičke, emocionalne i fizičke iscrpljenosti uzrokovane pretjeranim stresom, odnosno odgođen odgovor na različite kronične stresne događaje na radnome mjestu, što posljedično dovodi do smanjenja produktivnosti na poslu. Sindrom sagorijevanja najčešće se manifestira nesanicom, iscrpljenošću, smanjenjem radnog učinka, glavoboljama, stalno prisutnim umorom, probavnim smetnjama, narušenim međuljudskim odnosima.

Medicinske sestre/tehničari sklone su „sindromu sagorijevanja“ zbog već dobro poznatih uzroka, kao što su manjak medicinskog osoblja, nedostatak opreme, opterećenje smjenskim radom, premalim plaćama, usklađivanjem rada, obiteljskih obaveza, daljnjeg školovanja koje se opet vrlo često usklađuje sa smjenama, slobodnim danima i korištenjem dana godišnjih odmora u „krive“ svrhe.

Mnogobrojna istraživanja potaknuta pandemi-jom COVID-19 koja su se bavila temom sindroma sagorijevanja kod medicinskih sestara/tehničara, dokazala su da su upravo medicinski djelatnici izloženi puno većoj razini stresa na radnom mjestu u odnosu na opću populaciju, izloženi su većem riziku od psihosomatskih bolesti, a mogućnost za pojavu „sindroma sagorijevanja“ povećana je pandemijom bolesti COVID-19.

Faze razvoja sindroma sagorijevanja:

Faza medenog mjeseca – Ushićenje, optimizam, radni elan. U ovoj fazi posao nam predstavlja veselje, ništa nije preteško i prezahtjevno.

Faza početnog nezadovoljstva i pesimizma – Nije sve savršeno. Sve je više i sve težih zadataka, moramo uložiti više truda, napornije raditi, svakodnevno smo sve više razočarani, posao više nije zadovoljstvo.

Faza povlačenja i izolacije – Upadanje u začarani krug. Postajemo cinični, pretjerujemo u pušenju, alkoholu, kavi, imamo probleme s koncentracijom, dolazi do problema sa spavanjem, naglo mršavimo ili se debljamo. Osjećamo ljutnju, kritičnost prema nadređenima i kolegama. Anksiozni smo i depresivni.

Faza apatije ili alarmna faza – Depresija iscrpljenja. Osjećaj bespomoćnosti, neuspješnosti, nesposobnosti za promjenu, život se čini poprilično besmislenim, uz osjećaj konstantnog očajja. Pad otpornosti s čestim obolijevanjima.

Kod suočavanja sa sindromom sagorijevanja važno je:

- ako je ikako moguće – izbjeći i prevenirati nastanak sindroma sagorijevanja;
- prepoznati stresore i simptome sindroma sagorijevanja;
- pronaći učinkovite načine nošenja sa simptomima sindroma sagorijevanja;
- raditi na oporavku.

Izvori:

Sindrom izgaranja medicinskih sestara/tehničara u radu s infektivnim bolesnicima Burnout syndrom among medical professionals working with infectious patient, <https://hrcak.srce.hr/198919>

Povezanost sindroma sagorijevanja medicinskih sestara s radnim mjestom i privatnim životom, <https://repozitorij.mefos.hr/islandora/object/mefos%3A160/datastream/PDF/view>

Odgovorani sestrinski pristup prema pacijentu, <https://repozitorij.mefos.hr/islandora/object/mefos%3A160/datastream/PDF/view>

Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara u domu zdravlja Mostar za vrijeme covid-19 pandemije, <https://hrcak.srce.hr/clanak/388002>

Sindrom sagorijevanja među zdravstvenim radnicima u pandemiji bolesti covid-19, <http://hcz.ozs.unist.hr/index.php/hcz/article/view/9>

10 savjeta kako si možemo pomoći i što možemo učiniti

1. budite usredotočeni – koncentrirajte se na rad, argumentirajte svoje mišljenje i naučite reći “NE”, radite na jačanju samosvijesti,
2. promjena stava – naučite postaviti granice i držite ih se,
3. ako je moguće, izbjegavajte ili barem smanjite prekovremeni rad,
4. podijeliti svoje poteškoće s kolegama na poslu, razgovarajte s prijateljima i obitelji, izvorima socijalne podrške,
5. organizirajte svoj radni dan, ostavite dovoljno vremena za opuštanje, odmor i spavanje,
6. održavajte svoj društveni život, nađite vrijeme za prijatelje,
7. usvojite zdrave stilove života, uvedite tjelesnu aktivnost kao sastavni dio dana,
8. primijenite redovitu i odgovarajuću prehranu, izbacite ili barem smanjite uzimanje kofeina, nikotina i šećera,
9. promijenite raspored obveza, izbacite ili prekinite s aktivnostima koje vas opterećuju, a nisu nužne,
10. ako za to osjetite potrebu, zatražite savjete stručnjaka.

Dobro raspoloženje, dobri odnosi u obitelji, zadovoljstvo na radnom mjestu, ključ su dobrog mentalnog zdravlja.

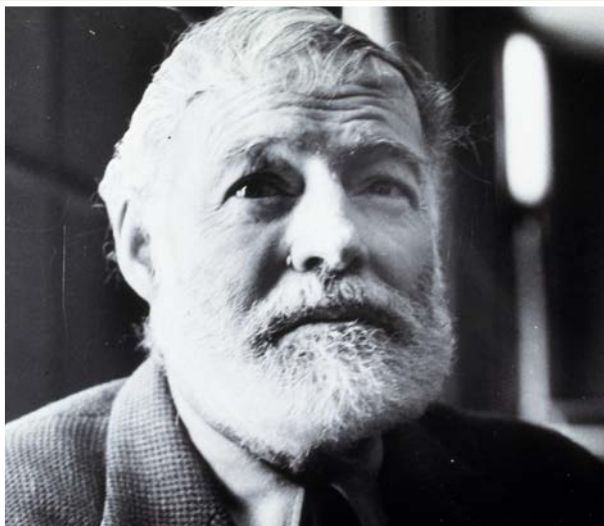
Sve to dovodi do povećanja otpornosti na stres.

Razmislite o riziku sindroma sagorijevanja, jer za promjene loših navika i uvođenje dobrih promjena nikada nije kasno.

Martina Bekić, mag.med.techn, Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti

An abstract painting featuring a central face with large, expressive eyes and a wide, open mouth. The face is rendered in vibrant colors like blue, red, and white. Below the face, there are several stylized fish or aquatic creatures in various colors, including blue, red, and white. The background is a mix of dark blue, black, and yellow, with a grid-like pattern of yellow and black squares on the right side. The overall style is expressive and colorful.

Stigma mentalnog poremećaja



Ernest Hemingway- bolovao od depresije i paranoje



Virginia Woolf- bolovala od bipolarnog poremećaja



Audrey Hepburn- bolovala od depresije



Winston Churchill- bolovao od depresije

Što je mentalno zdravlje?

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici (WHO; 2001). Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije duševno zdravlje dio je općeg zdravlja, a ne samo odsustvo bolesti.

Što je stigma?

Riječ stigma je grčka imenica, a dolazi od korijena čije je značenje "naglasiti, istaknuti, označiti". Ranije taj termin nije imao negativno značenje koje mu se danas pridaje. U Novom zavjetu i ranom kršćanstvu termin je bio povezan s Kristovim ranama.

U latinskom jeziku stigma ima negativno značenje. Grčka riječ preuzeta je metaforički i predstavlja oznaku srama ili degradacije.

Što su predrasude?

Predrasude se mogu definirati kao pretežno negativni stavovi prema nekoj skupini ili prema pojedincima, kao i neopravdane ili pretjerane generalizacije u vezi s tim skupinama ili osobama. Predrasude su stavovi doneseni unaprijed, prije nego što imamo dovoljno informacija o predmetu našeg stava. One su naučene, odnosno stečene na isti način na koji smo u životu učili i usvajali ostale stavove i uvjerenja. Najčešće se stječu u djetinjstvu, prema učenju roditelja, odgajatelja, skrbnika, odnosno socijalnih skupina u kojima se odrasta.

Vrlo su tvrdokorne jer se uče po modelu, odnosno od osoba ili socijalnih skupina koje predstavljaju autoritet i vjerodostojnost.

Stigmatiziranje osoba oboljelih od psihičkog poremećaja temelji se upravo na predrasudama. U ovom slučaju, one nastaju na temelju nedovoljnog znanja o psihičkoj bolesti.

Predrasude su često temelj raznih oblika nepravednog i diskriminirajućeg ponašanja prema osoba na koje se odnose.

Što je diskriminacija?

Diskriminacija (lat. *discriminare*) znači odvajati, praviti razliku po socijalnim, rasnim, etničkim, vjerskim, individualnim, spolnim, jezičnim, starosnim ili drugima osobinama.

Diskriminacija rezultira otežanim ili onemogućenim ostvarenjem određenih ljudskih prava. Nažalost, najgori dio stereotipa i predrasuda predstavljaju njihove posljedice u ponašanju, a to je diskriminacija.

Sama spoznaja da je osoba stigmatizirana u njoj izaziva nelagodu, odnosno osjećaje poput bijesa, tuge, osamljenosti. Još veću nepravdu predstavlja gubitak posla ili nemogućnost zapošljavanja, loši stambeni uvjeti ili niski prihodi koji su rezultat diskriminacije.

Mentalni poremećaj i stigma

Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba zato što imaju psihičku bolest.

Bolesnici koji boluju od, primjerice, shizofrenije i sličnih poremećaja puno su jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije ili anksioznih poremećaja. Stigmi su snažno izloženi i ovisnici.

Prema istraživanju: Crips. i sur. 2000; Link i sur. 2001; Angermeyer 2000., bolesne od psihičke bolesti okolina doživljava:

1. opasnima (najčešće vezano za dijagnozu shizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici)
2. nesposobnima za samostalan život, donošenje odluka, nesposobnima za život i zarađivanje (shizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici)
3. slabićima koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji)
4. neizlječivima (dementni, retardirani, shizofreni i liječeni u ustanovama socijalne skrbi)

Percepcija oboljelih, od okoline sklone stigmatiziranju, često je povezana sa socijalnim izoliranjem ovih osoba, poremećajima komunikacije, diskriminacijom na poslu, diskriminacijom u školi, izrugivanjem.

Stigma povezana s duševnom bolešću može dovesti do toga da osoba odgađa traženje pomoći ili pokušava prikriti bolest kako bi izbjegla sram, izolaciju, diskriminaciju i omalovažavanje.

Često se događa da se stigma proširi i na obitelj oboljelog. Obitelj može postati opterećena osjećajem krivnje, pitanjima vezanim uz nasljeđivanje bolesti, osjećajem odgovornosti za pojavu mentalne bolesti unutar obitelji.



Samostigmatizacija

Stigma vrlo često rezultira i samostigmatizacijom. Osobe izložene stigmati često imaju osjećaj niskog samopoštovanja i straha od odbacivanja, zbog čega se povlače u sebe, izbjegavaju komunikaciju i na taj način ulaze u „začarani krug“ izolacije, pasivnosti, niskog samopoštovanja s posljedicom neostvarivanja u brojnim životnim područjima – što ponovno snižava osjećaj samopoštovanja i autonomnosti. Rezultat ovog procesa često je i „dokaz“ okolini koja stigmatizira da je u pravu u svojim prosudbama. Dakle, značajan utjecaj na stanje bolesnika i tijek bolesti ima, zapravo, stigma i njezine posljedice. Iz tog razloga važno je stalno naglašavati koliko je bitna psihosocijalna komponenta liječenja te borba protiv stigme.

Stigma i ljudska prava

Stigma narušava osnovna ljudska prava, kao što su pravo na poštovanje, ravnopravnost i liječenje.

Etičke smjernice naglašavaju da svakog bolesnika treba tretirati s poštovanjem, integritetom i autono-

mijom, da on ima pravo na potpunu informiranost o svom stanju, o preporučenim dijagnostičkim i terapijskim metodama, uključujući alternative te pravo izbora između ponuđenih metoda. Stigmatizirajući stavovi osoblja koje liječi bolesnika mogu grubo narušavati ova prava i dovesti do manjka suradnje bolesnika, odbijanja pomoći i lošijeg ishoda liječenja.

I u drugim strukturama društva, sustavima i institucijama, također treba nagašavati nužnost poštivanja ljudskih prava osoba oboljelih od mentalne bolesti, primjerice u sustavu obrazovanja, medijima, pravosudnom sustavu, sustavu zapošljavanja i sl.

Stigma unutar zdravstvenog sustava

Stigma nije usmjerena samo na psihijatrijskog bolesnika, već vrlo često i na psihijatriju kao struku, psihijatrijske institucije pa i same stručnjake. Najčešća je predodžba da se u psihijatrijskim ustanovama liječe samo „opasni bolesnici“. Stigma prema

psihijatriji kao struci očituje se u lošim smještajnim kapacitetima, problemima u financiranju i omalovažavanju rezultata liječenja. Psihijatri se često doživljavaju kao neučinkoviti i nekonkretni jer se bolest doživljava neizlječivom ili se psihijatrijske bolesti doživljavaju kao „slabost karaktera“, lijenost, „ludost“.

Liječnici, posebno psihijatri, imaju ključnu ulogu u uspostavljanju poštovanja i ljudskih prava, odnosno prava bolesnika. U svjetlu etičkih smjernica važno je poštivanje autonomije bolesnika, odnos zasnovan na povjerenju i poštovanju i zaštita interesa bolesnika. Suvremena psihijatrija vodi računa o jednakoj važnosti biološke, psihološke i socijalne dimenzije u liječenju i rehabilitaciji. Moralna obveza liječnika je raditi na programima borbe protiv stigme.

Prema etičkim principima psihijatri su dužni pružiti najbolje liječenje koje je na raspolaganju prema najnovijim stručnim i znanstvenim spoznajama, koje danas svakako uključuje rad sa stigmom i predrasudama vezanim uz psihičku bolest.

Mediji

Mediji imaju izrazito veliku odgovornost u borbi protiv stigme, odnosno u sprječavanju stigmatiziranja općenito, ali i ciljano, kada je riječ o mentalnom poremećaju.

Kroz medije se često, senzacionalističkim, neprijerenim naslovima obilježava bolesnik i incidentne situacije generaliziraju na sve oboljele. Nedopustiva su i neetična obilježavanja osoba nazivima poput „monstrum“, „čudovište“ i slično, kada je riječ o počinjenju kaznenog djela od strane psihijatrijskog bolesnika, bez obzira na težinu djela.

Mediji nisu mjesto „presude“ i ne smiju preuzimati ulogu stručnih i pravosudnih struktura. Iznošenje činjenica o bolesti, osobnih informacija (pisama i sl.) te špekulacije istima, predstavljaju grubo kršenje ljudskih prava. Takvi postupci neprofesionalni su i neetični.

Mediji imaju ili bi bar trebali imati veću društvenu odgovornost i trebali bi se uključiti u programe borbe protiv stigme. Etičnim i profesionalnim ponašanjem morali bi biti primjer društvu.

Međunarodni dokumenti vezani za stigmatizaciju psihijatrijskih bolesnika

Međunarodni instrumenti zaštite mentalnog zdravlja, uključujući Načela Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s duševnom bolešću i poboljšanje skrbi o duševnom zdravlju su Smjernice SZO-a za unaprijeđenje ljudskih prava osoba s duševnim poremećajima i deset temeljnih Načela o skrbi za mentalno zdravlje, zatim Madridska deklaracija koju je usvojila Svjetska psihijatrijska udruga te deklaracija iz Karakasa.

U Helsinkiju, 2005. godine, u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije u partnerstvu s Europskom komisijom, održana je Ministarska konferencija na kojoj je prihvaćena Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu.

Suprostavljanje stigmatizaciji i socijalnoj isključenosti jedno je od pet prioriteta područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja Europskog pakta za mentalno zdravlje i dobrobit iz 2008. godine.

Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje 2011-2016. (Republika Hrvatska)

Prema Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje 2011-2016 donesenoj na 79. sjednici Vlade Republike Hrvatske, tjelesno i mentalno zdravlje imaju ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. S obzirom na težinu problema koju u suvremenom svijetu danas imaju poremećaji duševnog zdravlja, podcjenjivanje značaja problema, kao i specifičnost mjera koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja, nacionalne politike usmjerene su na donošenje specifičnih strategija zaštite mentalnog zdravlja.

Što učiniti u borbi protiv stigme?

1. Liječiti i osnažiti bolesnika. Osoba koja se nauči živjeti sa svojim oboljenjem, koja je liječena na primjeren način i koja je osnažena u smislu vjerovanja u svoje potencijale, ima mogućnost ostvariti svoje životne uloge i potrebe. Ujedno je i najbolji „primjer“ u borbi protiv predrasuda i stigme.
2. Čuvati liječničku tajnu. Poštivati prava bolesnika. Ostvariti odnos povjerenja i poštovanja.
3. Unaprijediti psihosocijalne oblike liječenja i liječenje u zajednici.
4. Raditi na pozitivnoj percepciji psihijatrijske struke, unaprijediti uvjete u kojima se psihijatrijski bolesnici liječe, unaprijediti psihijatrijske institucije.
5. Kontinuirano provoditi programe u borbi protiv stigme na različitim razinama i kroz različite struke (medicina, radna terapija, rehabilitacija, psihologija, sociologija, pravo i dr.)
6. Senzibilizirati društvo i medije vezano uz problem stigmatizacije psihijatrijskih bolesnika i uključiti ih u programe borbe protiv stigme.
7. Tražiti odgovornost svih struktura društva, sustava, institucija i medija, ukoliko se prekrše ljudska prava ili se uoči diskriminacija.

Uloga Zavoda za javno zdravstvo

Na temelju Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sredinom 2009. godine donesena je Mreža javne zdravstvene službe, prema kojoj su pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo ustrojene Službe za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti.

Zaštita mentalnog zdravlja u značajnoj mjeri znači i borbu protiv stigme u cilju zaštite i ostvarivanja svih prava bolesnika oboljelih od psihičkih bolesti. Borba protiv stigme ujedno je i psihosocijalni aspekt „liječenja“ oboljelih. Iz iskustva rada ovih Službi posebno se naglašava izrazito razvijena stigma usmjerena prema ovisnicima. Ovisnici su vrlo često žrtve stigmatizacije i unutar same medicinske struke.

Zavodi za javno zdravstvo kroz mrežu Službi za zaštitu mentalnog zdravlja te Službi za javno zdravstvo imaju veliku ulogu i značajno mjesto u provođenju programa s ciljem smanjivanja stigme mentalnog poremećaja.

Osobe koje boluju od mentalnih poremećaja ne smijemo poistovjećivati s njihovom bolesti. Bolovati od mentalne bolesti jednoznačno je kao bolovati od bilo koje druge bolesti (primjerice šećerne bolesti).

Bez obzira na to jesmo li zdravi ili bolesni, svi imamo jednaka ljudska prava i moramo imati pravo na jednake mogućnosti u ostvarivanju svih životnih potreba. A kao odgovorni članovi društva i profesionalci, svi smo dužni boriti se protiv stigme mentalnog poremećaja, kršenja ljudskih prava i diskriminacije.

*Ana Puljak, dr. med., spec. javnog zdravstva,
Služba za javno zdravstvo*



Marija Kušan Jukić

Ana Puljak

Prim. dr. sc. Marija Kušan Jukić, dr. med., specijalistica psihijatrije, subspecijalistica socijalne psihijatrije, voditeljica Centra za zaštitu mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti NZJZ „Dr. A. Štampar“, znanstveni suradnik pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Bavite se mentalnim zdravljem, možete li nam reći jesu li oboljeli od mentalnih (duševnih) bolesti osjetljiva i/ili rizična populacijska skupina?

Osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja sigurno pripadaju u vulnerabilnu populacijsku skupinu iz više razloga, npr. zbog simptoma bolesti često ne mogu funkcionirati radno, socijalno i/ili obiteljski, nalaze se u lošijem položaju za ostvarivanje svojih prava, mogu imati poteškoće u dostupnosti zdravstvene skrbi, zapošljavanju, ekonomski su ovisni, bilo o sustavu ili obitelji.

Osobe s mentalnim poteškoćama u prosjeku imaju od 10 do 20 godina kraći životni vijek, bilo zbog simptoma same bolesti (npr. manje kretanja kod depresije), učinaka lijekova (npr. antipsihotici koji izazivaju metabolički sindrom), stila života i konzumiranja sredstava ovisnosti (npr. pušenje, alkohol, psihoaktivne supstance). Također mogu imati kogni-

tivne poteškoće, otežanu koncentraciju i pamćenje u sklopu osnovne bolesti (npr. shizofrenija, depresija) ili kao posljedicu uzimanja lijekova (antipsihotika). Kognitivne poteškoće imaju utjecaj na učenje, uspjeh u školi, na studiju, ishode edukacije, a kasnije i na radnu sposobnost.

Nadalje, osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja imaju i viši suicidalni rizik (od 10 do 15% osoba koje boluju od depresije počine suicid). Osobe oboljele od mentalnih poremećaja osjetljivije su na stres te su prema stres-vulnerabilnost teoriji u riziku od mentalnog poremećaja, odnosno pogoršanja postojećeg u okolnostima stresa. Stoga ih je važno podučavati učinkovitim mehanizmima suočavanja sa stresom kako bismo spriječili pogoršanja stanja.

Osim samih osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja, vulnerabilnu skupinu mogu predstavljati i njihovi članovi obitelji, primjerice djeca majki s teš-

koćama mentalnog zdravlja su i sama ranjivija na pojavu poteškoća mentalnog zdravlja, ovisnost roditelja također predstavlja rizični čimbenik za mentalno zdravlje djece i dr.

Kroz svoj rad usmjereni ste i na oboljele osobe starije životne dobi. Prema Vašem iskustvu, multipliciraju li se rizični čimbenici za nepovoljne ishode bolesti u toj skupini?

Starenje samo po sebi nosi povećan rizik od pojave tjelesnih bolesti, ali isto tako i mentalnih poremećaja. Poznato je da od depresije boluje između 10 i 15% osoba starije životne dobi pa se depresija može smatrati najčešćim mentalnim poremećajem u osoba starijih od 65 godina. Depresija bitno utječe na mortalitet oboljelih osoba, posebice u smislu povećanja rizika od suicida (dvostruko je veći, nego u osoba mlađe dobi), ali i porasta morbiditeta i mortaliteta od drugih tjelesnih bolesti. Depresija dolazi u komorbiditetu s moždanim udarom, artritisom, infarktom srca, Parkinsonovom bolesti, bolestima štitnjače, onkološkim bolestima i dr. Ne samo komorbiditeti, već niz socioekonomskih rizičnih čimbenika pridonosi nepovoljnim ishodima liječenja mentalnih poremećaja u osoba starije životne dobi. Izdvojila bih samački život, izostanak socijalne mreže podrške, niske mirovine i siromaštvo, preseljenje, gubitak supružnika, gubitak samostalnosti, otežana pokretljivost i sl.

Radili ste i na psihogerijatrijskom odjelu. Koliko su vulnerabilni takvi pacijenti?

Većina osoba koje dolaze na bolničko liječenje na psihogerijatrijske odjele boluje od demencije, najčešće uzrokovane Alzheimerovom bolesti. Dolaze zbog pogoršanja psihičkih i ponašajnih simptoma u sklopu demencije, delirantnih stanja i/ili potrebe za palijativnim bolničkim liječenjem. Radi se o osobama koje zbog prirode osnovne bolesti samostalno ne mogu donositi odluke o sebi, dati pristanak za bolničko liječenje, razumjeti potrebne medicinske procedure, odlučiti o odlasku na smještaj i sl. Izrazito je to vulnerabilna skupina pacijenata za koju imamo obvezu zaštititi njihova prava, ponekad i kroz instituciju procjene poslovne sposobnosti i postavljanja skrbnika.

S ljudske i stručne strane, bitno je sačuvati pravo

na dostojanstvo i bezbolan odlazak u zadnjim tjednima, danima života.

Poznato je da se još borimo protiv stigme vezane za mentalne bolesti. Prema Vašem iskustvu, stručnim i znanstvenim saznanjima, postoji li „dvostruka“ stigma“ kada je riječ o osobama starije dobi?

Dojam je da se osobe starije životne dobi nose sa stigmom „ageizma“, odnosno stavovima da su starije osobe boležljive, neproduktivne, depresivne, slabije zaključuju, njihovo mišljenje nije važno, marginaliziraju ih se, ignoriraju i isključuju, što sve prati negativna slika starijih u medijima i permissivni stav spram različitih oblika zlostavljanja (emotivno, financijsko, fizičko) osoba starije životne dobi. Situacija je još teža za osobe starije životne dobi s dijagnozom mentalnog poremećaja, koji su stigmatizirani u tolikoj mjeri da se ne uvažava pravo na njihov izbor kako i gdje žele živjeti, a sama dijagnoza može predstavljati prepreku za smještaj u dom za starije.

Kroz svoj rad došli ste do spoznaja o vulnerabilnosti osoba koje boluju od Downovog sindroma i sklonosti demencijama kada dožive odraslu dob. Koliko je to prepoznato u stručnim krugovima i društvu, s obzirom na to da se, i inače, radi o vrlo vulnerabilnoj populacijskog skupini?

Osobe s teškoćama u razvoju, a posebno osobe s Downovim sindromom (trisomija 21) su u dva do tri puta većem riziku za nastanak demencije, nego opća populacija. Povećan rizik povezuje se s produženjem životnog vijeka, a kod Alzheimerove bolesti i s genom za amiloid koji je važan u nastanku bolesti, a nosi ga 21. kromosom. Osobe s Downovim sindromom imaju veći rizik razvoja dementnog stanja u mlađoj dobi (u 50-im godinama), često imaju različite simptome u ranoj fazi demencije, uz druge tjelesne bolesti koje se često ne prepoznaju i ne liječe. Rijetko će demencija kod osoba s teškoćama u razvoju biti pravodobno i rano dijagnosticirana, čak i od strane stručnjaka.

Treba imati na umu da razvoj demencije kod osoba s teškoćama u razvoju prati pojava dodatnih teškoća vezanih uz gubitak pamćenja, poteškoće u mišljenju, rješavanju problema, govoru, uz promjene raspoloženja i ponašanja. Budući da osobe s teš-

koćama u razvoju imaju od ranije neke poteškoće u mišljenju, jeziku, donošenju odluka, ponašanju te ograničenja u svakodnevnom samostalnom funkcioniranju, na razvoj demencije upućuje promjena u dosadašnjem funkcioniranju ili gubitak/deterioracija ranije stečenih funkcija koju prvi mogu prepoznati njihovi negovatelji/asistenti.

Smatrate li da je potrebno uložiti dodatni napor u razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj?

S obzirom na porast broja osoba starije životne dobi, kao i porast broja osoba oboljelih od demencije (procjena je da u RH imamo oko 100.000 osoba s demencijom), porast broja onkoloških bolesnika i osoba koje boluju od drugih neurodegenerativnih bolesti, nužno je kontinuirano ulagati napore u razvoj palijativne skrbi posebice mreže mobilnih palijativnih timova. Još u Nacionalnom planu razvoja palijativne skrbi RH 2017-2020 prepoznate su vulnerabilne skupine: djeca, branitelji, gerijatrijski bolesnici, psihijatrijski bolesnici, osobe s demencijom, osobe na respiratoru, osobe s invaliditetom koji imaju specifične potrebe za palijativnom skrbi.

Jedne od osnovnih zadaća naše ustanove su primarna i sekundarna prevencija i promicanje zdravlja. Koje aktivnosti i mjere iz Vašeg područja rada biste naglasili kao vrlo bitne?

U Službi provodimo brojne aktivnosti usmjerene na prevenciju i rano otkrivanje mentalnih poteškoća, a posebno bih istaknula one usmjerene na adolescente i mlade. Izdvojila bih radionice podizanja kompetencija u radu s mladima u koje su uključeni nastavnici i profesori srednjih i osnovnih škola, kao i stručni suradnici. Usmjereni smo i na prevenciju ovisnosti te psihoedukaciju o prepoznavanju emocija, kroz drugi tip radionica s adolescentima i sl. Tu je i rad s mladima, konzumentima psihoaktivnih tvari, gdje smo usmjereni na psihoedukaciju i modifikaciju ponašanja, kao i na rano prepoznavanje simptoma drugih mentalnih poremećaja – anksioznih poremećaja, depresije, pa i psihoze. Ako rano prepoznamo rizik za nastanak mentalnog poremećaja imamo mogućnost prevenirati i osnažiti mladu osobu, što je važno za njen oporavak te školski/akademski uspjeh. Istaknula bih rad sa studentima s anksioznim poremećajima i depresijom, zastoje u studiju...

Također, usmjereni smo i na prevenciju i rano otkrivanje virusa hepatitisa i HIV-a kod opijatskih ovisnika, gdje se u RH postižu vrlo dobri rezultati.

Što se tiče promicanja zdravlja, naša Služba aktivna je na društvenim mrežama, na kojima kroz Instagram i Facebook dijelimo psihoedukativan sadržaj, bavimo se temama povezanim s mentalnim zdravljem i brigom o sebi. Također, pružamo informacije o aktivnostima naše Službe i obilježavamo važne dane u području mentalnog zdravlja i borbe protiv ovisnosti.

Koliko je stresan rad zdravstvenih djelatnika u Vašem području?

Rad s osobama s problemima mentalnog zdravlja, koliko god je ispunjavajući, može biti vrlo zahtjevan u emotivnom smislu. Tu nam pomaže dobra edukacija, supervizija, kao i međusobne intervizije. Istakla bih prednosti rada u Centru za mentalno zdravlje u zajednici u kojem je pristup radu timski, multidisciplinarni (tu su psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, socijalni pedagozi, medicinski tehničari/sestre), a postoji i dobra suradnja s kolegama iz drugih ustanova, kao što su Klinike za psihijatriju, ali i druge institucije (centri za socijalnu skrb, probacijski ured), različite udruge, terapijske zajednice, domovi za starije osobe i ostalo.

S obzirom na to da se očekuje povećanje od 20% broja osoba koje će trebati pomoć stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja u postepidemijskom razdoblju, rizik od iscrpljenja za zdravstvene djelatnike bit će povećan. Važni su stoga i za nas, zdravstvene djelatnike, programi koji sprječavaju burn-out, odnosno podučavaju nas adekvatnim mehanizmima suočavanja sa stresom.

Npr. provodili smo slične programe s formalnim negovateljima u domovima za starije, kao i s patronažnim sestrama na području grada Zagreba. Također, mi psihijatri iz Službe za mentalno zdravlje dostupni smo preko kontakt telefona i e-mail adresa na web stranicama Hrvatske liječničke komore i Komore medicinskih sestara za psihološku podršku našim kolegama drugih specijalnosti, a posebice kolegama angažiranim na COVID odjelima.

Vi ste borci protiv KORONAVIRUSA ako:



**Nosite
masku
za lice**



**Redovito
perete
ruke**



**Držite
fizički
razmak
od 2 m**



NASTAVNI ZAVOD ZA
JAVNO ZDRAVSTVO
DR. ANDRIJA ŠTAMPAR

Stvaramo zdraviju budućnost



Hodanjem do zdravlja Grad Zagreb

Dragana Tišma,
Ana Puljak

U sklopu Nacionalnog programa "Živjeti zdravo" Hrvatski zavod za javno zdravstvo je u suradnji s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" pokrenuo javnozdravstvenu akciju "Hodanjem do zdravlja", prvenstveno kao poziv svima koji su posljednjih godina tjelesno neaktivni da u svoj život uključe redovito hodanje i tako učine korak prema očuvanju i unaprjeđenju zdravlja.

Na Svjetski dan kretanja, 10. svibnja 2021. otvorena je „Staza za hodanje“ u Parku Vjekoslava

Majera koja je bogata zelenilom te pruža svježinu i sklad.

Staza je dugačka oko 400 metara, a uz stazu se nalaze ploče s javnozdravstvenim porukama i sprave za vježbanje.

Neke od poruka su: „Tijekom tjelesne aktivnosti luči se hormon sreće“, „Hodajte 30 minuta dnevno za zdravlje“, „Ako ste se umorili, usporite, ali ne odustajte!“, „Jeste li danas popili 8 čaša vode?“, „Istegnite se, mišići će Vam biti zahvalni!“.

Aktivnosti javnozdravstvene akciji „Hodanjem do zdravlja“

Kroz javnozdravstvene akcije „Hodanjem do zdravlja“ vode se razgovori o zdravlju, raspravlja se o mišićima i koštanom sustavu ljudskoga tijela bez kojih ne bi mogli sjediti ni hodati, o važnosti dobre sportske odjeće i obuće, te o svim preventivnim mjerama za naše zdravlje.

Hodanje je jedan od osnovnih prirodnih oblika kretanja. Prirodni oblici kretanja su motorički programi koji omogućavaju uspješno savladavanje prostora, prepreka i otpora. Važno naglasiti da postoji i atletska oblik hodanja, odnosno sportsko hodanje, kojega, za razliku od prirodnog hodanja, karakterizira veća brzina kretanja, veća frekvencija i dužina koraka, ispruženo koljeno u momentu vertikale, znatnija rotacija tijela oko vertikalne osi, te aktivniji rad ruku. Prije provedbe bilo kakve tjelesne aktivnosti potrebno je kvalitetno pripremiti organizam (zagrijati se) i, na kraju aktivnosti istegnuti aktivirane mišićne skupine.

Kako izgleda provođenje aktivnosti hodanja?

Zagrijavanje se provodi kroz: zagrijavanje u mjestu i zagrijavanje u kretanju. Zagrijavanja u mjestu provode se na dva načina: kroz elementarnu igru i zagrijavanje svih mišićnih skupina u stojećem položaju. Zagrijavanja u kretanju kroz hodanje na prstima, hodanje na petama, hodanje na vanjskom rubu stopala, hodanje na unutarnjem rubu stopala, niski skip, visoki skip, zabacivanje potkoljenica, ispružanje potkoljenica, čeona i bočna kruženja ruku i drugo. Oblik zagrijavanja uvijek je prilagođen dobnoj skupini i specifičnim karakteristikama hodača.

Budući da je hodanje cikličko gibanje i ima pravilan tijek ritmičkog kretanja, ali i svoja pravila, tijekom hodanja posebna pažnja pridodaje se sljedećim pravilima:

- glava mora biti uspravna, u produžetku kralježnice;
- ramena moraju biti opuštena, spuštenu prirodna;
- leđa moraju biti uspravna;
- trbuh mora biti lagano kontrahiran;

- ruke i noge – ruke moraju biti lagano savijene u laktovima, a tijekom hodanja potrebno je hodati na način „suprotna ruka – suprotna noga“
- stopala moraju biti paralelna.

Na kraju hodanja provode se vježbe istezanja tako da se aktivirane mišićne skupine zadržavaju pokret 20 do 40 sekundi.

Opća dobrobit hodanja

Hodanje je iznimno korisna tjelesna aktivnost s nizom pozitivnih djelovanja na ljudsko zdravlje: fizičko i mentalno. Tjelesna aktivnost hodanje doprinosi našoj socijalnoj dobrobiti:

- poboljšava raspoloženje, pomaže da se osjećamo zadovoljno i sretno;
- povećava otpornost na stres;
- razvija društvene, kreativne sposobnosti;
- jačaju se mišići;
- održava se tjelesna težina.

Tijekom hodanja izlučuje se serotonin, hormon sreće, zbog kojeg se nakon hodanja osjećamo sretno, poletno, motivirano, opušteno i uravnoteženo.

Preporuke:

- Svakodnevno hodajte 60 minuta u kontinuitetu ili dva puta dnevno po 30 minuta.
- Hodajte tempom nižeg intenziteta.
- Obujte udobne tenisice za trčanje.
- Obucite sportsku odjeću prilagođenu vremenskim prilikama.
- Ponesite vodu u staklenoj boci.
- Hodajte na mekanim podlogama.

Biti „ovisan“ o tjelesnoj aktivnosti znači učiniti nešto dobro za mentalno zdravlje, lokomotorni sustav i organske sustave poput dišnog i srčano-žilnog sustava.

Povodom Međunarodnog dana osoba s invaliditetom 3. prosinca 2021., hodačice javnozdravstvene akcije „Hodanjem do zdravlja“ napisale su pjesmu te ju prevele na hrvatski znakovni i engleski jezik.

HODANJEM DO ZDRAVLJA

Mi hodamo i vježbamo,
tome se veselimo.
Zato ne starimo.

Da bi bili zdravi,
hodajte što više.
Sjedite što manje.

Hodati i vježbati,
što više, da ti tijelo
lakše diše.

Košarka, rukomet, lopta,
trk, skok i šut.

Dvokorak, trokorak,
a sada korak po korak.

Gledam Olimpijadu
u hladu uz limunadu.
Od tuge, radosti i slavlja,
koračamo do zdravlja.

Srce se radosno smije,
dok žarko sunce grije.

A poletne noge lete,
kao da su od rakete.

Duša blaženo pjevuši
dok čvrstim koracima
po parku svjetske rekorde
hodanjem do zdravlja ruši.

Na kraju tjedna,
Vjekoslav Majer
prima nas objeručke
u svoj zeleni zagrljaj.



*Autor: Hodačice javnozdravstvene akcije
"Hodanjem do zdravlja" u Gradu Zagreb.*

*Dragana Tišma, prof. kineziologije, voditeljica sportskih aktivnosti "Hodanjem do zdravlja" za Grad Zagreb i
Ana Puljak, dr.med. spec.javnog zdravstva, voditeljica Nacionalnog programa „Živjeti zdravo“ za Grad Zagreb*

Tematski kafići za penziće

Maja Miloš
Karmen Arnaut

Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ sudjeluje u projektu „Izgradnja socijalnog kapitala u lokalnoj zajednici kroz međugeneracijsku solidarnost i aktivno starenje“, čiji je nositelj Udruga Mobbing. Jedna od aktivnosti projekta u kojima aktivno sudjeluje je program socijalne inovacije „Tematski kafići za penziće“.

Tematski kafići predstavljaju model rasprave bez dnevnog reda pri čemu nema navođenja sudionika na bilo kakve zaključke ili aktivnosti. To je mjesto na kojemu sudionici na otvoren, uvažavajući i povjerljiv način mogu u sigurnosti iznijeti svoja gledišta. Tematski kafić nije zamjena za grupe potpore, a u razgovoru nema hijerarhije. Voditelj kafića osigurava sigurno okruženje i balansira grupnu raspravu. Sudionici tematskih kafića su umirovljenici u dobi od 60 do 83 godine.

Djelatnici Službe za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ do sada su održali dva tematska kafića „Usamljenost u starijoj životnoj dobi“ i „Život u vlastitom domu ili domu za starije osobe“.

Usamljenost u starijoj životnoj dobi

Usamljenost, odnosno samoća, jedan je od glavnih problema koji brinu osobe starije životne dobi. Tijekom razgovora sudionici su istaknuli kako je važno ne zatvoriti se u kuću i gledati TV programe i serije, već je potrebno uključiti se u aktivnosti zajednice.

Sudionici su istaknuli kako je jedan od najčešćih okidača za osjećaj usamljenosti ili socijalne izoliranosti trenutak odlaska u mirovinu kada se gubi važna društvena uloga i „više te nitko ne treba/ništa ne pita“. Drugi najčešći okidač može biti smrt supružnika.

Također su se složili kako samoća i usamljenost nisu istoznačni pojmovi te kako neke osobe vole provoditi vrijeme u samoći, a da se pritom ne osjećaju usamljeno. Smatraju kako su se u današnje vrijeme ljudi distancirali jedni od drugih, a kao jedan od razloga tome navode razvoj tehnologije i društvenih mreža. S druge strane navode i prednosti moderne tehnologije pomoću koje se može lakše ostati u kontaktu sa svojom rodbinom i prijateljima.

Život u vlastitom domu ili domu za starije osobe

Kod svih sudionika tematskog kafića „Život u vlastitom domu ili domu za starije osobe“ prevladava sklonost životu u vlastitome domu, dok neki dodatno naglašavaju kako su spremni otići u dom za starije osobe istog trenutka kada samostalan život ne bude mogući jer ne žele biti na teret vlastitoj djeci.

Uviđaju kako život u domu za starije osobe ima svojih prednosti, poput 24-satne skrbi, liječnika na raspolaganju, umirovljenici ne moraju sami kuhati i sl., no češće se uz domove za starije asociraju negativna iskustva iz okoline, pogotovo uz privatne domove.

Nekoliko sudionika više puta je istaknulo kako želi ostati u vlastitom domu do kraja života ukoliko to bude moguće, a gotovo svi sudionici navode odlazak u dom za starije kao „nužno zlo“, kako ne bi bili na teret svojoj obitelji. Istaknuli su kako za sada još uvijek mogu pomagati svojoj djeci, najviše u skrbi oko unuka, ali da im je također važno što mogu uživati u miru vlastitog doma. Sudionici su se složili kako je samostalnost, bez obzira na dob, odlučujući faktor pri odluci o odlasku u dom za starije. Istaknuli su da je važno tijekom života osigurati potrebna financijska sredstva za starost kako bi mogli plaćati potrebne usluge doma, međutim većina njih smatra kako je to zbog niskog standarda u Hrvatskoj gotovo nemoguće.

Svi sudionici pozitivno su prihvatili ovaj model socijalne intervencije te su iskazali želju za ponovnom organizacijom tematskih kafića. U nadolazećem razdoblju planirana je provedba tematskog kafića „Rizik od siromaštva u starijoj dobi“.

Maja Miloš, mag. soc. i Karmen Arnaut, mag. med. techn., Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba



Djeca osoba u liječenju zbog ovisnosti kao vulnerabilna skupina

Zrinka Čavar

Djeca osoba u liječenju zbog ovisnosti, kao i ostala djeca bolesnih roditelja, čine heterogenu skupinu kojoj je zajedničko da ima iste potrebe kao i sva ostala djeca.

Međutim, ova skupina djece moguće je ranjiva uslijed izloženosti različitim prenatalnim i postnatalnim rizičnim čimbenicima.

Prema nekim istraživanjima (Austrija) oko 30% djece iz tih obitelji ima razvojne probleme, 30% psihopatologiju te 14% ADHD, dok prema drugim (Danska), 10% ima mentalni poremećaj, a 45% tjelesne ili mentalne smetnje. Oko 30% djece sa zluporabom ima roditelje sa zluporabom (utjecaj genetike i okoliša).

Uzimanje psihoaktivnih supstanci (PAS), osim što ima štetne učinke na konzumenta, opterećenje je za cijelu obitelj, uključujući i djecu, veće što je dijete manje i ovisnije o skrbi roditelja, a što može negativno utjecati na razvoj djeteta.

Sve psihoaktivne supstance uslijed samog učinka tvari imaju izravne štetne utjecaje na trudnoću i fetus, ali i neizravne zbog lošije prehrane i zdravstvenog stanja trudnice aktivne ovisnice u vidu narušenog razvoja fetusa, male porođajne težine,

abortusa, fetalne smrti, preranog poroda, neonatalnog apstinencijskog sindroma, kasnijih razvojnih problema djeteta itd. U trudnoći, porodu i dojenju rizik je prijenosa krvlju prenosivih virusnih (HCV, HIV, HBV) i bakterijskih spolno prenosivih infekcija.

Trudnice s problemom ovisnosti (opijatskom) u potrebi su intenzivnije antenatalne i postnatalne podrške uz multidisciplinarni i multisektorski pristup. Antenatalno postoji potreba intenzivnijeg praćenja apstinencije, nastavka terapije opijatskim agonistima te psihosocijalne podrške (strah za dijete i strah od oduzimanja djeteta), uz suradnju s ginekolozi- ma u okviru pripreme za porod te pravovremeno zbrinjavanje neonatalnog apstinencijskog sindroma (NAS, 60%), što smanjuje komplikacije u trudnoći i porodu. Postnatalno nerijetke su psihičke promjene (hormonski uvjetovano), stoga se nastavlja intenzivna psihosocijalna podrška uz praćenje apstinencije, terapiju opijatskim agonistima i preporuku dojenja posebno kod NAS-a, uz suradnju s Centrom za socijalnu skrb koji provodi nadzor roditeljske skrbi uz individualno trajanje, a najčešće do uključanja u predškolsku ustanovu, što osigurava dobrobit i zdrav razvoj djeteta.

Ravnoteža rizičnih i zaštitnih, biologijskih, psi-

holoških i socijalnih čimbenika, djeteta i roditelja te okoliša može rezultirati zdravim razvojem, ali i zdravstvenim, psihološkim i socijalnim problemima ove djece s različitim poteškoćama funkcioniranja.

Biološki faktori uključuju genetsku ranjivost, inteligenciju, dob, spol, mentalne i tjelesne bolesti. Psihološki faktori uključuju psihološku ranjivost, ali i otpornost, privrženost, samopoštovanje, životne vještine, nošenje sa stresom, traume, modeliranje ponašanja te roditeljske kompetencije, dok socijalni faktori uključuju siromaštvo, razvod ili odsutnost roditelja, interakciju djeteta - roditelj, emocionalnu podršku, ali i izolaciju, stigmatizaciju te dostupnu stručnu pomoć.

Roditelji koji boluju od ovisnosti djecu izlažu većem stresu jer odrastaju u nepovoljnim ekonomskim i psihosocijalnim okolnostima (nesigurne okolnosti, loši uvjeti stanovanja i prehrane, roditelji trebaju hitne medicinske intervencije, pokušaju suicid i umru, budu privedeni, nedovoljno su uključeni pa djeca preuzimaju roditeljsku ulogu, interakcije djeteta - roditelj su narušene, u postavljanju granica su nedosljedni, nesvjesni su da djeca uočavaju njihovu bolest koju kriju, što potom djeca skrivaju i nemaju primjerenu podršku, djeca su češće zanemarena i zlostavljana), što može negativno utjecati na razvoj djeteta.

Djeca su različito osjetljiva i sposobna za nošenje sa stresom kojem su izložena. S obzirom na rizične čimbenike možemo razlikovati podskupine djece s genetski uvjetovanim prijenosom psihopatologije (ADHD, poremećaji ponašanja, zloraba psihoaktivnih supstanci, anksiozni poremećaji, depresija, psihotični procesi) ili rizičnim psihosocijalnim okolnostima kada roditelji nisu adekvatno oporavljeni ni funkcionalni, što uključuje i manjkave roditeljske kompetencije.

Ako oba roditelja boluju od ovisnosti najveći je rizik za zdravstvene probleme djeteta zbog biopsihosocijalnog opterećenja djeteta, ali i ukoliko oba roditelja imaju problem mentalnog zdravlja (ovisnost ili drugi kronični problemi mentalnog zdravlja), rizik je visok.

S obzirom na zaštitne čimbenike možemo razlikovati podskupine otporne djece (bez genetske transmisije psihopatologije, uz prirodno ili stečeno nošenje sa stresom i problemima) te dobro oporavljene i funkcionalne roditelje adekvatnih roditeljskih kompetencija.

Roditeljstvo kod osoba oboljelih od ovisnosti može biti poticaj za liječenje i oporavak (češće kod majki), ali biti i rezultat oporavka.

Žene ovisnice s malom djecom dolaze same na liječenje, ali i upućene od strane Centra za socijalnu skrb, u okviru mjera obiteljsko - pravne zaštite ili pravosuđa (u slučaju da je dijete rođeno tijekom služenja kazne majci se uvjetuje otpust i skrbništvo nastavkom liječenja ovisnosti što olakšava prilagodbu), a kako bi zadržale skrbništvo. Skrb najčešće uključuje kontrolu apstinencije, terapiju opijatskim agonistima, psihosocijalnu podršku, uz obiteljski pristup njoj i djetetu te onima s kime živi (partneru ili primarnoj obitelji), multidisciplinarnost (obiteljski liječnik, psihijatar, socijalni radnik) i multisektorsku suradnju (zdravstvo, socijala, pravosuđe).

Iz naših podataka o osobama liječenim zbog ovisnosti je:

- 37% roditelja od čega je više žena, nego muškaraca (46% vs 37%), od čega:
- očevi oboljeli od ovisnosti češće su zaposleni (70% M vs 60% Ž)
- podjednako žena i muškaraca živi s djetetom i partnerom (47% vs 48%)
- djeca češće žive s majkom, nego s ocem (76% vs 54%)
- žene češće, nego muškarci žive same s djetetom (29% vs 6%)
- muškarci češće, nego žene žive s primarnom obitelji ili partnerom (28% vs 20%) i sami (18% vs 4%)
- među roditeljima koji žive bez djece više je muškaraca, nego žena (46% vs 24%)
- skrbništvo je oduzeto kod manje od 1% (u nekim zemljama EU trećina majki odmah po rođenju izgubi skrbništvo, trećina do predškolske dobi, a samo trećina zadrži skrbništvo)

U slučaju pogoršanja psihofizičkog stanja i funkcioniranja roditelja ovisnika koje bi moglo rezultirati narušavanjem dobrobiti djeteta Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ obavještava nadležni Centar za socijalnu skrb da poduzme mjere obiteljsko-pravne zaštite i time pomažemo pacijentu u stabilizaciji, ali i dobrobiti djeteta.

Na dobrobit djeteta i roditelja je zadržati dijete unutar biološke obitelji, za što je preduvjet oporavak roditelja jer je psihofizički stabilan i funkcionalan roditelj dobar roditelj koji može adekvatno srbiti za osnovne potrebe djeteta. Neki roditelji imaju manje znanja i vještina za roditeljstvo, a neka djeca, kao ona s problemima mentalnog zdravlja, iziskuju posebne kompetencije roditelja koje trebaju naučiti.

Mjesta prepoznavanja sve djece čija su prava i dobrobit ugrožena su unutar zdravstvenog, predškolskog i školskog, socijalnog i pravosudnog sustava.

Predškolske i školske ustanove provode preventivne programe prema djeci i roditeljima s ciljem jačanja zaštitnih faktora (zdravi stilovi života, životne vještine, roditeljske vještine), ali su i mjesta prepoznavanja djece koja su u riziku te koju što ranije treba upućivati na obradu s ciljem rane detekcije i intervencija, pri čemu je ponekad nužno uključiti i socijalne ustanove.

Djeca osoba u liječenju zbog ovisnosti čine specifičnu podskupinu, čiji je životni rizik za razvoj različitih poremećaja značajno viši od prosjeka i prema njima se preporučuje provoditi selektivne preventivne programe uz izbjegavanje stigmatizacije, a s ciljem smanjenja rizika. Među njima su i visokorizični jer pokazuju neke od simptoma razvojnih ili mentalnih poremećaja, uključujući zlouporabu psihoaktivnih tvari, što je područje indiciranih preventivnih aktivnosti s ciljem sprečavanja razvoja poremećaja, uključujući ovisnosti.

Međutim, djecu i roditelje treba individualno procjenjivati i prema tome planirati intervencije jer su različite potrebe djeteta koje ima ili nema smetnje te roditelja koji je dobro oporavljen ili aktualno bolestan (ovisnik), ali i dobrih ili loših roditeljskih kompetencija, a čime se sprječava stigmatizacija.

Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti (SMZPO) provodi preventivne programe prema različitim ciljanim skupinama, s ciljem smanjenja rizičnih i jačanja zaštitnih čimbenika:

„Jačanje kompetencija školskih, predškolskih i socijalnih djelatnika“ - podizanje razine znanja i pre-

poznavanja problema mentalnog zdravlja djece i mladih te vještina pružanja psihološke podrške i u slučaju potrebe upućivanja u tretman.

„Večernja škola za roditelje“, „Učim i znam“ i web program „Ja - roditelj“ - jačanje kompetencija roditelja podizanjem razine znanja i prepoznavanja problema mentalnog zdravlja djece i mladih te roditeljskih vještina.

Ranu detekciju i rane intervencije kod problema mentalnog zdravlja djece i roditelja (psihijatrijsku i/ili psihologijsku obradu, savjetovanje, početak psihijatrijskog liječenja i/ili upućivanje u druge institucije na liječenje) s ciljem poboljšanja psihofizičkog stanja i razine funkcioniranja te oporavka.

Ranu detekciju zlouporabe, prevenciju i liječenje ovisnosti, s ciljem oporavka osoba oboljelih od ovisnosti.

Zaključno

Problemi mentalnog zdravlja su najstigmatiziraniji, ovisnosti unutar toga još stigmatiziranije, što se odražava i na oboljele osobe, one koji ih liječe pa moguće i na djecu osoba u liječenju zbog ovisnosti, ako ih izdvojimo kao takve.

Stigma je utemeljena na predrasudama, a one na manjku znanja i razumijevanja.

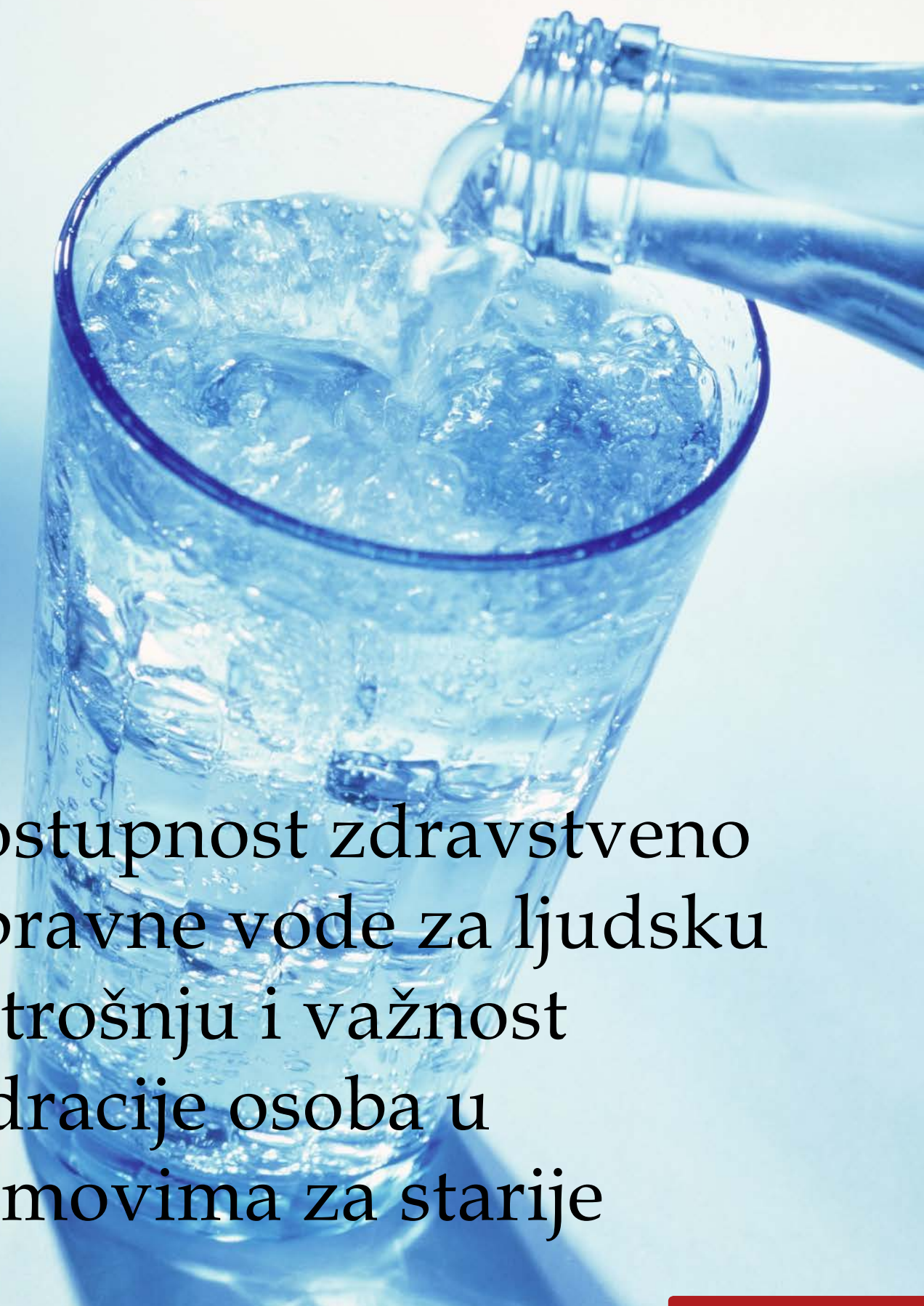
Antistigma je edukacija o problemima mentalnog zdravlja, uključujući ovisnosti te učinkovitim mogućnostima liječenja i oporavka čemu prethodi individualna procjena potreba.

Kada postoji sumnja da su prava i dobrobit djece ugroženi na svim razinama prepoznavanja obveza svih nas je roditeljima ukazati te ih uputiti na obradu i njihove potrebe individualno procjenjivati, ali isto tako i informirati nadležni Centar za socijalnu skrb u okviru kojega će se poduzeti mjere obiteljsko-pravne zaštite u vidu stručne pomoći i podrške obitelji.

Zrinka Čavar, spec. psihijatar, subspec. dječje i adolescentne psihijatrije, subspec. Ovisnosti, Služba za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti

Literatura:

1. *Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs, EMCDDA, 2012.*
2. *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, EMCDDA (2019.)*
3. *Minimalni standardi prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu (AZOO, 2017.)*

A close-up photograph of a clear glass being filled with water from a glass bottle. The water is splashing and creating bubbles inside the glass. The background is a soft, light blue gradient.

Dostupnost zdravstveno
ispravne vode za ljudsku
potrošnju i važnost
hidracije osoba u
domovima za starije

Sonja Tolić,
Gordana Bach

Danas, više nego ikada, važnost vode dolazi u prvi plan. Jedan od razloga tome je činjenica kako je kvalitetne vode iz prirode, koja zahtijeva tek neznatnu obradu, sve manje. Osiguranje dovoljnih količina zdravstveno ispravne vode poboljšava uvjete života, podiže razinu zdravstvene kulture stanovništva, smanjuje morbiditet, prije svega od zaraznih bolesti te na taj način neposredno povećava prosječnu dužinu i kvalitetu života.

Voda čini prosječno od 65 do 70% mase odraslog čovjeka. Kako starimo, tako se i količina vode u našem tijelu smanjuje. Vodu, osim pićem, unosimo u organizam hranom, a jedan dio nastaje u organizmu oksidacijom hrane. Prosječno čovjek unese dnevno u organizam oko 2,5 litre vode. Tijekom godine dana popijemo oko 1.000 litara vode. Koliko ćemo vode popiti ovisi i o težini, zdravstvenom stanju, klimatskim uvjetima, aktivnostima itd. Preporuka je dnevno popiti litru i pol do dvije litre vode. Ta količina otprilike stane u sedam do osam čaša. Vodu bi trebalo piti u malim količinama, tijekom cijelog dana jer smo u trenutku kad osjetimo žeđ već lagano dehidrirani. Najbolje je vodu držati nadohvat ruke, čime ćemo potaknuti refleksno pijenje vode.

Voda je potrebna za gotovo svaku tjelesnu funkciju, a zdravstveno ispravna voda jedan je od osnovnih preduvjeta života i dobrog zdravlja, kako kod djece, tako i u starijoj životnoj dobi. Dehidracija je najčešći poremećaj vezan za tekućinu i elektrolite kod starijih osoba, što može dovesti do ozbiljnih zdravstvenih problema. Simptomi dehidracije kod starijih ljudi često se ne prepoznaju. Mnogi od ranijih znakova, kao što su suha usta, umor, vrtoglavica, nedostatak energije, usporenost, razdražljivost, lošija koncentracija, blaga dezorijentacija i grčevi u mišićima, nespecifični su i mogu se lako pripisati drugim medicinskim stanjima, lijekovima ili prirodnim učincima starenja. Konstantna dehidracija može rezultirati ozbiljnim zdravstvenim problemom. Najbolji način da se to spriječi je „dobra“ hidracija.

Organizam jedino vodu prepoznaje kao tekućinu. Voda je najbolji, najdostupniji i najjeftiniji izvor tekućine, koji pospješuje sve vitalne funkcije u organizmu. Što više vode pijemo, sporije starimo.

Zašto nam je svakodnevno potrebna voda?

Voda:

- Pomaže probavljanju i apsorpciji te eliminaciji hrane koju jedemo;
- Služi kao otapalo mineralima, vitaminima i aminokiselinama;
- Pomaže u izbacivanju otpadnih tvari iz crijeva (100/200 mL vode izbacujemo kroz crijeva) i bubrega (dnevni gubitak vode putem urina je 1 do 1,5 L);
- Regulira našu tjelesnu temperaturu 24 sata dnevno (znojenjem preko kože gubimo pola litre vode, a disanjem 400 do 500 ml)- pri višim temperaturama voda hladi organizam procesom znojenja, a pri nižim temperaturama okoline djeluje kao izolator;
- Okružuje naše zglobove i membrane, čime osigurava adekvatnu čvrstoću, gipkost i elastičnost tkiva;
- Krv koja je kao transportni sustav u stalnoj distribuciji hranjivih tvari po cijelom tijelu sastoji se od približno 92% vode;
- Tjelesne izlučevine i probavni sokovi sastoje se gotovo isključivo od vode.

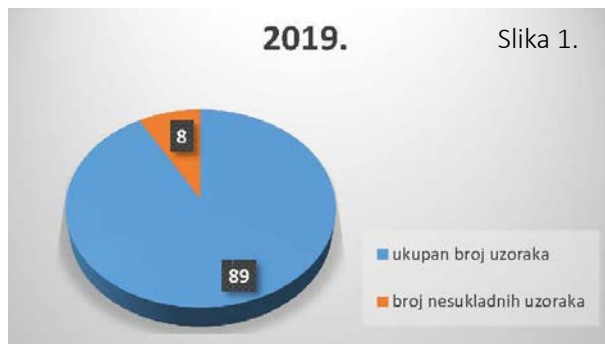
Korisnici domova za starije ranjiva su populacija, koja se oslanja na osoblje, odnosno zaposlenike kako bi osigurali njihovo zdravlje i sigurnost. Značajna većina korisnika u domovima za starije osobe fizički nije u stanju samostalno uzeti piće i možda neće moći pravilno izraziti svoju zabrinutost ako osjete simptome dehidracije. Stoga osoblje mora uvijek biti na oprezu jer se dehidracija može brzo dogoditi, što dovodi do čitavog niza drugih problema (oslabljeni imunološki sustav, pogoršana demencija, dekubitus, čirevi, neravnoteža elektrolita, upala pluća, veći postotak razvoja infekcija mokraćnog sustava, respiratornih infekcija, zatvora itd.).

Kombinacija ovih problema, koji se mogu spriječiti, može dovesti do teških posljedica za starije osobe. Stoga je ključno da je osoblje ustanove na

odgovarajući način osposobljeno kako bi se predviđelo je li korisnik dehidriran i kako bi se prije svega zadovoljile njegove individualne potrebe. Redovito pružanje adekvatne prehrane i hidracije ne samo da je neophodno za oporavak, već je neophodno i za preživljavanje korisnika, pri čemu je vrlo bitna edukacija i senzibilizacija osoblja.

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ ispituje zdravstvenu ispravnost vode za ljudsku potrošnju u ustanovama za starije osobe. Sukladno Programu monitoringa, prihvaćenom od strane Gradskog ureda za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom tijekom posljednjih godina izvršeno je uzorkovanje i analiza raznih vrsta vode, hrane i predmeta opće uporabe. Uzorci su analizirani na mikrobiološke i fizikalno-kemijske parametre zdravstvene ispravnosti, ovisno o vrsti uzorka.

Rezultati dobiveni monitoringom vode za ljudsku potrošnju u domovima za starije na području grada Zagreba tijekom zadnje tri godine ukazuju na činjenicu kako je utvrđen određeni broj uzoraka vode koji ne udovoljava zahtjevima Pravilnika. Tijekom 2019. ukupno je analizirano 89 uzoraka od kojih je 8 uzoraka bilo zdravstveno neispravno (slika 1.). Razlog neispravnosti bio je povećani broj koliformnih bakterija i prisutnost *Pseudomonas aeruginosa*.



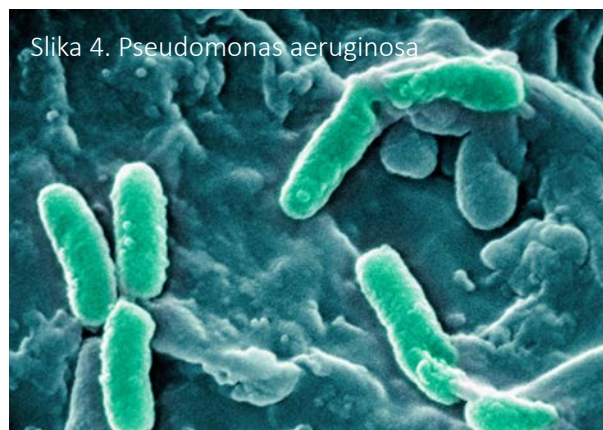
U 2020. godini uzorkovano je i ispitano 70 uzoraka od kojih je jedan bio zdravstveno neispravan (slika 2.). Razlog tome je također prisutnost *Pseudomonas aeruginosa*.



U 2021. godini također je analizirano 70 uzoraka, a 3 uzorka su bila zdravstveno neispravna zbog povećanog broja mikrobioloških pokazatelja (slika 3.).



Kao što je vidljivo iz gore navedenog, najčešći uzrok zdravstvene neispravnosti vode za ljudsku potrošnju u domovima za starije je prisutnost *Pseudomonas aeruginosa* (slika 4.). Prisutnost ovog mikroorganizma, pokazatelja neadekvatnog održavanja vodovodnog sustava u objektima, predstavlja opasnost po zdravlje osjetljive populacije (djeca, trudnice, stare i oboljele osobe). Ta bakterija jedan je od najvažnijih uzročnika koji se prenose vodom za ljudsku potrošnju. Njezina optimalna temperatura razmnožavanja je između 25 i 30°C.



Kolonizacija instalacija vode za ljudsku potrošnju i potreba ograničenja dostupnosti zdravstveno ispravne vode, dugotrajna sanacija i potreba prilagodbe sustava interne vodoopskrbne mreže, često ima značajne financijske posljedice na razini ukupnog upravljanja objektima. Stoga je preventivno praćenje zdravstvene ispravnosti vode za ljudsku potrošnju u svim javnozdravstvenim objektima, a posebno u domovima za starije racionalno ulaganje i od iznimnog je značaja.

Posljednjih je godina postalo jasno kako instalacije vode za ljudsku potrošnju mogu biti ozbiljan mikrobiološki problem. Nova saznanja dokazuju kako su bakterije iz vode za ljudsku potrošnju povod izravnim ili neizravnim te akutnim ili kroničnim učincima na zdravlje, češće nego se to dosada naslućivalo.

Pseudomonas aeruginosa medicinski je najznačajnija vrsta unutar roda *Pseudomonas* jer ima sposobnost invazije i posjeduje brojne čimbenike virulencije i toksičnosti. Najčešće se nalazi u bolnicama i ustanovama za njegu. Infekcije se javljaju uglavnom u osoba s oštećenjem kožne ili sluznične barijere uzrokovanim opeklinama, ranama i kirurškim zahvatima imunokompromitiranih osoba, intubiranih osoba ili osoba s kateteriziranim mokraćnim mjehurom. Infekcije koje uzrokuje *Pseudomonas aeruginosa* jesu:

- bakterijemije i seapse,
- infektivni endokarditis,
- infekcije dišnog sustava,
- infekcije središnjeg živčanog sustava,
- infekcije uha, oka, kože, aneksa i mekih tkiva,
- infekcije kostiju i zglobova te infekcije mokraćnog sustava.

Karakteristika bakterija unutar roda *Pseudomonas* su minimalni nutritivni zahtjevi te su mnoge sposobne koristiti raznolike hranjive tvari iz okoliša kao izvor energije, što dovodi do široke rasprostranjenosti i iznimne mogućnosti preživljavanja u okolišu. Koliformne bakterije (slika 5.) uobičajene su u našem okruženju i generalno nisu štetne.



Slika 5. Koliformne bakterije

Međutim, prisutnost ovih bakterija u vodi za ljudsku potrošnju je obično posljedica problema sa sustavima za pročišćavanje vode ili sa cijevima kojima se distribuira voda i ukazuje da voda može biti kontaminirana bakterijama koje mogu izazvati bolesti. Primarno su nepatogene i normalno se nalaze u donjem intestinalnom traktu (debelom crijevu) čovjeka i toplokrvnih životinja, gdje su odgovorne za pravilnu probavu hrane. Koliformne bakterije su najpogodnija grupa indikatorskih bakterija za vrednovanje higijenske kvalitete vode.

Zaključak

Pomozimo starijim osobama u nadoknadi i ravnomjernom unosu tekućine tijekom cijelog dana. Potaknimo ih uz svaki obrok i tjelesnu aktivnost popiti čašu zdravstveno ispravne vode. Pravilo „osam čaša vode dnevno“ opća je preporuka jer se lako pamti, a najbolji je način za postizanje dobre hidracije kod starijih osoba.

Sukladno jačanju savjetodavnih usluga u području javnog zdravstva, procjena zdravstvenog utjecaja ili rizika koja uključuje korektivne ili preventivne mjere za osjetljive podskupine, kao što su starije osobe, nakon utvrđivanja čimbenika u vodi koji mogu imati negativan utjecaj na zdravlje predstavlja suvremeni i sveobuhvatni pristup u preventivnoj medicini.

dr. sc. Sonja Tolić, dipl. ing. kem. i Gordana Bach, dipl. san. ing., Služba za zaštitu okoliša i zdravstvenu ekologiju

Reference:

HRN EN ISO 19458:2008 Kakvoća vode – Uzorkovanje za mikrobiološku analizu (ISO 19458:2006; EN ISO 19458:2006)

HRN EN ISO 16266:2008- Kakvoća vode – Detekcija i brojenje *Pseudomonas aeruginosa* - Metoda membranske filtracije (ISO 16266:2006; EN ISO 16266:2008)

Zakon o vodi za ljudsku potrošnju (NN 56/13, 64/15, 104/17, 115/18, 16/20)

J. De Victorica, M. Galván: *Pseudomonas aeruginosa* as an indicator of health risk in water for human consumption. *Water Science and Technology*, 43 (2001) 49–52.

Primjena lijekova u dječjoj dobi

Martina Bago

Pedijatrijska populacija ima različitu fiziologiju od odrasle populacije te je već i Abraham Jacobi (1830.-1919.) tvrdio da se djeca ne mogu smatrati „malim muškarcima i ženama“. Djeca se dijele prema dobi u sljedeće skupine: novorođenčad rođena prije termina (nedonoščad), novorođenčad rođena unutar termina (u dobi od 0 do 27 dana, donošena novorođenčad), djeca u dobi od 28 dana do 23 mjeseca (dojenčad i mala djeca), djeca u dobi od 2 do 11 godina te adolescenti (od 12 do 16 ili 18 godina, ovisno o zemlji). Svaka od navedenih dobnih skupina ima svoje posebnosti vezano uz primjenu lijekova.

Prilikom primjene lijekova u dječjoj dobi može doći do nekoliko problema. Jedan od najčešćih problema je da se lijekovi propisuju off-label, što znači da se primjenjuju izvan uvjeta za koje je lijek dobio odobrenje za stavljanje u promet. Naime, procjenjuje se da više od 50 % lijekova u Europskoj Uniji (EU), koji se koriste u dječjoj populaciji, nije bilo ispitano u toj populaciji. Kliničko ispitivanje lijekova u pedijatrijskoj populaciji složenije je nego kliničko ispitivanje lijekova u odrasloj populaciji, stoga farmaceutska industrija ima smanjen interes za provođenje kliničkih ispitivanja u dječjoj dobi. Osim toga, prisutan je i nedostatak tvornički proizvedenih lijekova za djecu mlađu od 12 godina. Naime za lijekove koji se često koriste u dječjoj dobi (poput lijekova za snižavanje temperature ili antibiotika) postoje oblici na tržištu i za djecu, ali se lijekovi koji se ne koriste učestalo u dječjoj dobi, često ne proizvode u dozi i obliku namijenjenom za djecu. Takvi lijekovi se onda pripremaju u ljekarnama iz lijekova namijenjenih odraslim osobama.

Prilikom primjene lijekova u dječjoj dobi može doći do grešaka. Doza lijeka za djecu računa se prema tjelesnoj težini djeteta te prilikom računanja točne doze može doći do pogreške. Najčešći oblik lijeka koji se daje djeci je sirup. Sirupi, za razliku od tableta, nisu monodozni pripravci te je prilikom uzimanja lijeka potrebno odmjeriti točno potreban volumen lijeka. Pritom je potrebno volumen mjeriti pomoću

kalibriranih originalnih dozimetara (žlica, brizgalica, čašica) priloženih uz lijek, a ne pomoću žlica iz kućne upotrebe jer volumen tih žlica varira.

U dječjoj dobi se najčešće koriste lijekovi za snižavanje temperature (antipiretici) i antibiotici. Kod antipiretika je potrebno točno izračunati potrebnu dozu. Naime, ako se djetetu da premala doza temperatura se neće sniziti, a ukoliko se da prevelika doza može doći do toksičnog djelovanja lijeka. Antibiotike je potrebno davati u propisanom vremenskom intervalu (svakih 6, 8, 12 ili 24 sata), onoliko dana koliko je propisano.

Neki lijekovi moraju se čuvati u hladnjaku. Način čuvanja lijeka opisan je u uputi o lijeku te na vanjskom pakiranju. Sirupe koji su u obliku suspenzija potrebno je prije upotrebe protresti kako bi se djelatna tvar ravnomjerno raspodijelila. Sve lijekove potrebno je čuvati izvan pogleda i dohvata djece. Lijekovima namijenjenim za primjenu kod djece dodaju se korigenski okusa, kako bi se djeci olakšalo uzimanje lijeka.

Često se događa da roditelji samoinicijativno prekidaju davanje terapije djetetu. To može biti jako štetno za dijete. Roditelji, odnosno osobe koje daju lijek djetetu, trebaju se pridržavati uputa za davanje lijeka koje su dobili od liječnika ili ljekarnika. Sve sumnje koje imaju vezano za terapiju trebaju raspraviti s liječnikom.

Dr. sc. Martina Bago, mag. pharm., Služba za znanost i nastavu

LITERATURA:

- Knežević E, Rušić D, Bukić J, Božić J, Šešelja Perišin A, Leskur T, Modun D, Tomić S. Pregled poticaja za razvoj pedijatrijskih lijekova i broja pedijatrijskih kliničkih ispitivanja faze III u izabranim državama. *Medicina Fiumensis* 2019;55:337-345.
- World Health Organization. *Promoting safety of medicines for children*. WHO Press, Geneva, 2007.
- Bajcetić M. Sigurnost primjene i interakcije lijekova u dječjem uzrastu. *Paediatr Croat*. 2017;61(Suppl 1):178-183.

Haemophilus influenzae u najmlađoj dobi

Ivana Lukšić

Haemophilus influenzae je sitni gram negativni kokobacil koji često kolonizira sluznicu dišnog i spolno-mokraćnog sustava kod ljudi, posebice djece mlađe od pet godina. Neki sojevi hemofilusa posjeduju kapsulu na vanjskoj površini bakterijske stanice, uz pomoć koje izbjegavaju imunološki odgovor domaćina. Prema kapsularnim antigenima možemo ih podijeliti u šest serotipova (a-f). Serotip b je najčešći uzročnik invazivnih bakterijskih bolesti, među kojima se posebice ističu bakterijski meningitis (upala moždanih ovojnica), pneumonija, sepsa, epiglotitis (hrskavična struktura prekrivena sluznicom koja zatvara ulaz u dušnik i sprječava ulazak hrane) te upala zglobova (septični artritis).



Slika 1. Mikroskopski preparat *Haemophilus influenzae*-gram negativni kokobacili



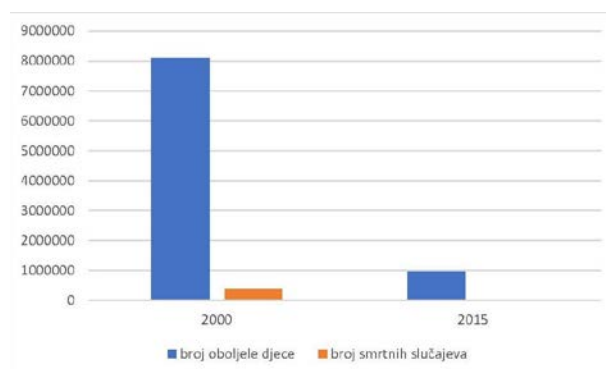
Slika 2. Kolonije *H. influenzae* porasle na krvnom agaru

Posebno osjetljiva na invazivne infekcije hemofilusom su mala djeca nakon trećeg mjeseca života, kada kod njih počinje padati titar protutijela primljenih od majke prenatalno. Osim male djece, ugrožena je populacija starija od 65 godina kod koje je imunološki sustav pomalo oslabljen. Upravo su to ciljne skupine kod kojih se preventivno primjenjuje konjugirano cjepivo protiv *H. influenzae*.

Unatoč pravovremenom antibiotskom liječenju smrtnost od meningitisa je i dalje visoka (3-20%). Smrtnost je daleko viša u zemljama s nedostatnim pristupom liječničkoj skrbi uz teške neurološke posljedice kod 30-40% preživjelih¹.

Prije uvođenja obaveznog cijepljenja djece, bakterijemija i meningitis uzrokovani hemofilusom predstavljali su ozbiljan zdravstveni problem u svijetu. Procjenjuje se da je u 2000. godini zabilježeno približno 8,13 milijuna slučajeva invazivne bolesti uzrokovane hemofilusom i preko 371.000 smrtnih ishoda kod djece mlađe od pet godina u svijetu².

Procjene za 2015. pokazuju dramatičan pad broja slučajeva za približno deset puta, odnosno 90%³.



Slika 3. Procijenjeni podaci o broju oboljele i umrle djece od invazivne bolesti uzrokovane bakterijom *H. influenzae* u djece mlađe od pet godina u svijetu (2000.-2015).

Najnovije procjene govore u prilog daljnjeg smanjenja broja oboljele djece u svijetu od invazivne bolesti uzrokovane hemofilusom, zahvaljujući sve većem broju zemalja koje su uvele u svoje nacionalne programe obavezno cijepljenje protiv ove izuzetno patogene bakterije. Uzevši u obzir ukupnu populaciju djece mlađe od pet godina u svijetu te incidenciju i smrtnost od meningitisa uzrokovanog hemofilusom, procjenjuje se da je u 2020. godini oboljelo 7.645 djece, od kojih je umrlo njih 8574.

Ovi vrlo vrijedni rezultati mogu korisno poslužiti kao pretpandemijski podaci u procjenjivanju učinka COVID-19 pandemije i dostupnost Hib cjepiva na obolijevanje djece mlađe od pet godina u svijetu od meningitisa uzrokovanog bakterijom *H. influenzae*.

Dr. sc. Ivana Lukšić, dr. med., Služba za kliničku mikrobiologiju

Literatura:

Edmond K, Clark A, Korczak V, Sanderson C, Griffiths U, Rudan I. Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10:317-28. Medline:20417414 doi:10.1016/S1473-3099(10)70048-7

Watt JP, Wolfson L, O'Brien K, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, et al. Burden of disease caused by *Haemophilus influenzae* type b in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet.* 2009;374:903-11. Medline:19748399 doi:10.1016/S0140-6736(09)61203-4

Wahl B, O'Brien KL, Greenbaum A, Majumder A, Liu L, Chu Y, Luksic I, Nair H, McAllister DA, Campbell H, Rudan I, Black R, Knoll MD. Burden of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* type b disease in children in the era of conjugate vaccines: global, regional, and national estimates for 2000-15. *Lancet Glob Health.* 2018 Jul;6(7):e744-e757. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30247-X

Park JJ, Narayanan S, Tiefenbach J, Lukšić I, Ale BM, Adeloje D, Rudan I. Estimating the global and regional burden of meningitis in children caused by *Haemophilus influenzae* type b: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health.* 2022 Mar 5;12:04014. doi: 10.7189/jogh.12.04014. eCollection 2022

UDRUGA MIGRENA HRVATSKA

Udruga Migrena Hrvatska je prva udruga oboljelih od migrene, osnovana krajem 2018. godine. Osnovni cilj Udruge je osvijestiti širu javnost, ne samo oboljele, kako migrena nije samo bol, nego bolest, kao i senzibilizirati javnost, obitelj i ponajviše poslodavce oboljelih na veće razumijevanje. Održavanjem javnozdravstvenih akcija, okruglih stolova i edukacija, aktivnosti Udruge su usmjerene osvještavanju javnosti o migreni kao neurološkoj bolesti te informiranju građana o migreni, prevenciji, dijagnostici, liječenju i unaprjeđenju kvalitete života oboljelih. Ujedno osnivanjem Udruge željelo se stvoriti mjesto na kojem će osobe s istim tegobama moći podijeliti svoja iskustva i dobiti podršku.

Opći ciljevi Udruge su:

- podizanje svijesti javnosti o migrenskim poremećajima
- unaprjeđivanje kvalitete života oboljelih od migrenskih poremećaja pružanjem volonterske i profesionalne, psihološke te psihosocijalne pomoći
- unaprjeđivanje kvalitete liječenja i položaja bolesnika
- edukacija i bolje informiranje bolesnika, obitelji, javnosti i stručnjaka

Sukladno ciljevima, Udruga djeluje na području zaštite zdravlja, socijalne djelatnosti, ljudskih prava i znanosti, obrazovanja i istraživanja. Udruga uz pomoć društvenih mreža lužbene [Facebook](#) i [Instagram](#) (stranice) približava tu bolest široj javnosti, trajno radi na destigmatizaciji oboljelih te nudi alate i resurse koji će olakšati razgovor o migreni

s liječnicima, prijateljima, obitelji i kolegama – jer su skrb i potpora mogući tek uz istinsko razumijevanje osoba koje žive s migrenom. Migrena pogađa svaku sedmu osobu u svijetu, od čega pati i oko 400.000 građana u Hrvatskoj.

Migrena je vrsta glavobolje koja čini ogromno opterećenje bolešću u razvijenom svijetu, a okidači koji mogu izazvati migrenski napadaj individualni su za svakog pojedinog pacijenta. Pravodobna identifikacija okidača omogućuje provođenje mjera uspješnog izbjegavanja i promjenu čimbenika rizika kada god je to moguće. Migrena predstavlja kompleksno stanje, koje predstavlja velik izazov u liječenju, od farmakološkog do nefarmakološkog. Dobrom i kvalitetnom suradnjom pacijenta i liječnika, odgovarajućom edukacijom pacijenta i stručnošću liječnika moguće je uspješno liječenje migrene.

Od 2018. godine obilježava se u Hrvatskoj Dan migrene 21. ožujka i tijekom cijelog nadolazećeg tjedna nastavlja se s provedbom aktivnosti podizanja svijesti građana o migreni kao neurološkoj bolesti. Uz Grad Zagreb, ostale suradne ustanove i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ podržava javnozdravstvene akcije i pridružio se obilježavanju Dana migrene. Predstavnici Udruge pozivaju sve oboljele i one koji sumnjaju da boluju od migrene da se učlane u Udrugu i njezin rad te podijele svoja iskustva i pitanja putem službenih kontakata ili ključne riječi #pričajmiomigreni.

*Marija Škes, mag. educ. reh.,
Služba za javno zdravstvo*

Utjecaj tjelesnog vježbanja na mentalno zdravlje školske djece i adolescenata za vrijeme pandemije Covid-19

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, WHO) u svijetu 14% djece i adolescenata pokazuje simptome vezane uz mentalno zdravlje. Procjenjuje se da 3,6% djece u dobi od 10 do 14 godina te 4,6% djece i adolescenata u dobi od 15 do 19 godina ima izražene simptome anksioznosti, a 1,1% djece u dobi od 10 do 14 godina i 2,8% djece i adolescenata u dobi od 15 do 19 godina ima izražene simptome depresije.

U prvoj godini pandemije COVID-19, prema podacima WHO-a iz studenoga 2021. godine, procjenjuje se da je prevalencija anksioznosti i depresije u svijetu porasla za 25%¹. Glavnim uzrocima navedenog porasta smatraju se socijalno distanciranje i izolacija, osjećaj usamljenosti, strah od infekcije i strah od obolijevanja članova obitelji, a pandemija je osobito utjecala na mentalno zdravlje adolescenata^{1,2}.

Jedan od vodećih uzroka utjecaja pandemije na mentalno zdravlje adolescenata je i ograničenje tjelesnog vježbanja². Budući da je adolescencija razdoblje izrazitog tjelesnog i emocionalnog razvoja, u ovoj je dobi posebno važno prevenirati depresiju^{1,2}. Čak i ukoliko je klinička slika blaža, depresija predstavlja velik osobni problem jer negativno utječe na školski uspjeh, odnose u obitelji i socijalizaciju, a može dovesti i do ozbiljnih tjelesnih bolesti^{1,3}. U nekoliko studija pokazan je protektivni učinak tjelesnog vježbanja na mentalno zdravlje djece i adolescenata^{4,5,6,7}. Djeca i adolescenti koji su vježbali za vrijeme pandemije COVID-19 pokazivali su manje simptoma depresije i anksioznosti u odnosu na djecu i adolescente koji nisu vježbali ili su imali nisku razinu fizičke aktivnosti^{4,6}.

U smanjivanju simptoma anksioznosti učinkovitom se pokazala kombinacija tjelovježbe s video-igricama koje zahtijevaju kretanje⁶, a u smanji-

vanju simptoma depresije tjelesna aktivnost umjerenog intenziteta u trajanju od 150 minuta tjedno ili aktivnost visokog intenziteta u trajanju od 75 minuta tjedno. Preporučene su i vježbe koje se mogu izvoditi kod kuće, kao što su vježbe s težinom tijela⁶. Štoviše, i tjelesna aktivnost laganog intenziteta pokazala se učinkovitom u smanjivanju depresivnih simptoma kod adolescenata jer doprinosi smanjivanju vremena provedenog sjedeći.

U studiji⁷ je pokazano da tjelesna aktivnost laganog intenziteta u trajanju od jednog sata dnevno doprinosi smanjenju depresivnih simptoma kod djece i adolescenata u dobi od 12 do 16 godina. Primjeri aktivnosti laganog intenziteta su stajanje, sviranje instrumenta stojeći i hodanje uobičajenim tempom. Temeljem navedenog vidljivo je da je osobito u razdoblju pandemije COVID-19 važno održati razinu tjelesnog vježbanja, kako bi se spriječio razvoj depresije ili anksioznosti, a uloga školskog liječnika u prevenciji depresije i anksioznosti kod školske djece za vrijeme pandemije COVID-19, uz razgovor i savjetovanje, može biti i preporuka provođenja tjelesnog vježbanja u slobodno vrijeme te izrada individualnog plana vježbanja prema afinitetima djeteta ili adolescenta.

Daniela Franulić, dr. med., specijalizantica školske i adolescentne medicine, Služba za školsku i adolescentnu medicinu

Reference:

1. Mrežne stranice Svjetske zdravstvene organizacije, www.who.int
2. Meade J. Mental Health Effects of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents: A Review of the Current Research. *Pediatr Clin North Am.* 2021 Oct;68(5):945-959.
3. Johnson W, Mortensen EL, Kyvik KO. Gene-Environment Interplay Between Physical Exercise and Fitness and Depression Symptomatology. *Behav Genet.* 2020;50(5):346-362.
4. Okuyama J, Seto S, Fukuda Y, Funakoshi S, Amae S, Onobe J, Izumi S, Ito K, Imamura F. Mental Health and Physical Activity among Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Tohoku J Exp Med.* 2021 Mar;253(3):203-215.
5. Pascoe MC, Bailey AP, Craike M, Carter T, Patten R, Stepto NK, Parker AG. Exercise interventions for mental disorders in young people: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2020 May 4;6(1)
6. Hu S, Tucker L, Wu C, Yang L. Beneficial Effects of Exercise on Depression and Anxiety During the Covid-19 Pandemic: A Narrative Review. *Front Psychiatry.* 2020;11:587557. Published 2020 Nov 4.
7. Kandola A, Lewis G, Osborn DJ, Stubbs B, Hayes JF. Depressive symptoms and objectively measured physical activity and sedentary behaviour throughout adolescence: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):262-271.

Zaposlenost i nezaposlenost osoba s invaliditetom

Osobe s invaliditetom u Gradu Zagrebu

Prema Konvenciji UN-a o pravima osoba s invaliditetom ističe se kako je invaliditet razvojni proces, nastaje kao rezultat međudjelovanja osoba s invaliditetom i prepreka koje proizlaze iz stajališta njihove okoline i/ili koje postoje u okolišu, a koje omogućuju njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj razini s drugim ljudima. Oko 15% svjetske populacije živi s nekim oblikom invaliditeta, a prema procjenama UN-a od deset stanovnika svake zemlje barem je jedan u izvjesnoj mjeri invalid. U Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (NN 64/01) navodi se kako je invaliditet trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak sposobnosti (koji proizlazi iz oštećenja zdravlja) neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi osobe i odnosi se na sposobnosti, u obliku složenih aktivnosti i ponašanja, koje su općenito prihvaćene kao bitni sastojci svakodnevnog života.

Prema podacima Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom HZJZ-a na dan 9. rujna 2021. godi-

ne u Gradu Zagrebu živi 105.291 osoba s invaliditetom, što čini 13,3% ukupnog stanovništva grada: 53.292 (50,6%) muškaraca i 51.990 (49,4%) žena. Najveći je udio osoba s invaliditetom u dobnoj skupini od 65 i više godina (44,5%). Osobe s invaliditetom u radno aktivnoj dobi od 20 do 64 godine čine udio od 41,7%, dok u dobi do 19 godina udio iznosi 13,8%. Rješenje o primjerenom obliku školovanja u Registar osoba s invaliditetom pristiglo je za 8.910 osoba. Najčešći specificirani uzrok koji određuje potrebu za primjerenim oblikom školovanja čine oštećenja govorno-glasovne komunikacije i specifične teškoće u učenju, višestruka oštećenja te mentalna oštećenja. Potpuna odgojno-obrazovna integracija redovnim nastavnim postupcima i redoviti program uz individualizirane postupke i posebnu dodatnu pomoć (edukacijskog rehabilitatora, logopeda, psihoterapeuta itd.) najčešći su oblici specificiranog provođenja primjerenog oblika školovanja. Višestruka oštećenja, oštećenja lokomotornog sustava i oštećenja središnjeg živčanog sustava čine najčešće vrste oštećenja kod osoba s invaliditetom s područja Grada Zagreba.

Zaposlenost

Prema podacima iz Izvješća o aktivnostima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (HZZ) u području zapošljavanja osoba s invaliditetom od 1. siječnja do 31. prosinca 2021. godine u Hrvatskoj je prema evidenciji zaposleno 2.740 osoba s invaliditetom, od čega 1.057 žena i 1.494 muškarca. Radi se o povećanju od 10,7% u odnosu na 2020. godinu, kada je bilo zaposleno 2.475 osoba s invaliditetom.

Najviše zaposlenih osoba s invaliditetom evidentirano je u Gradu Zagrebu – 466, odnosno 17% ukupnog broja zaposlenih, od čega je 51,1% žena i 48,9% muškaraca. Od ukupnog broja zaposlenih najveći udio osoba s invaliditetom ima završenu srednju školu (77%). Zaposlene visokoobrazovane osobe s invaliditetom (13,1%) imaju završen prvi stupanj fakulteta, stručni studij, višu školu, završen fakultet, akademiju, magisterij ili doktorat. Prema vrsti invaliditeta u najvećem su udjelu zaposlene osobe s višestrukim oštećenjima (35,5%), s intelektualnim teškoćama (21%) i tjelesnim invaliditetom (12,4%), kroničnim bolestima (9,1%) te oštećenjem sluha (8,4%).

Nezaposlenost

U evidenciji HZZ-a najveći broj nezaposlenih osoba s invaliditetom registriran je u Gradu Zagrebu i iznosi 1.293, odnosno 20,9% ukupnog broja nezaposlenih osoba s invaliditetom u RH, od čega žene čine 43,1%, a muškarci 56,9%.

U Hrvatskoj je evidentirano 6.179 nezaposlenih osoba s invaliditetom u ukupnoj populaciji svih nezaposlenih u evidenciji Zavoda. Od ukupnog broja nezaposlenih najveći udio osoba s invaliditetom ima završenu srednju školu (67,7%), dok je 18,6% osoba s invaliditetom s osnovnom školom.

Nezaposlene visokoobrazovane osobe s invaliditetom (8,9%) završile su prvi stupanj fakulteta, stručni studij, višu školu, fakultet, akademiju, magisterij ili doktorat. Nezaposlene osobe s invaliditetom u Gradu Zagrebu, prema vrsti invaliditeta, u najvećem su udjelu s višestrukim oštećenjima (38%), zatim s kroničnim bolestima (17,3%), psihičkim i organskim smetnjama (15,9%) i tjelesnim invaliditetom (12,1%).

Mjere za poticanje zapošljavanja

Primjena Mjera aktivne politike zapošljavanja, koje su usklađene s europskim strategijama u području poticanja zapošljavanja, nastavljena je i u 2021. godini, a dio mjera usmjeren je i na osobe s invaliditetom kojima prijeti rizik od trajne nezaposlenosti i socijalne isključenosti zbog invaliditeta. Mjere slijede načela Europskog stupa socijalnih prava u kategoriji Jednake mogućnosti i pristup tržištu rada, a osobito načela „Obrazovanje, osposobljavanje i cjeloživotno učenje“ te „Aktivna potpora zapošljavanju“. Cilj provedbe mjera jest poticanje zapošljavanja, aktivacija, pružanje mogućnosti dodatne edukacije nezaposlenih i očuvanje radnih mjesta. Tijekom provedbe mjera u obzir se uzimaju specifične potrebe korisnika, osobito onih koji se nalaze u nepovoljnom položaju na tržištu rada.

Novi uvjeti provođenja mjera u 2021. godini su sukladno uvjetima i načinima korištenja sredstava za provođenje mjera aktivne politike zapošljavanja, u provedbi od 1. siječnja 2021. godine. Na provedbu novih mjera značajno su utjecale i izvanredne situacije u 2020. i 2021. godini vezano uz pandemiju COVID-19, kao i potresi koji su zadesili Grad Zagreb. Tijekom 2021. godine u Gradu Zagrebu u mjere aktivne politike zapošljavanja ukupno je uključeno 85 osoba s invaliditetom.

U potpore za zapošljavanje uključeno je 46 osoba, u potpore za samozapošljavanje pet osoba, u obrazovanje nezaposlenih uključene su tri osobe, u javne radove 22 osobe, u očuvanje radnih mjesta jedna osoba, u stručno osposobljavanje za rad na radnom mjestu tri osobe, a bez zasnivanja radnog odnosa uključeno je pet osoba. Novouključene su u prosincu 2021. godine 22 osobe s invaliditetom.

Program poticaja pri zapošljavanju osoba s invaliditetom od 2021. do 2023. godine

Konvencijom UN-a priznato je pravo na rad osobama s invaliditetom na istovjetnoj osnovi s ostalim osobama, što među ostalim uključuje pravo i mogućnost da žive od svojeg rada, odnosno da im se omogući uključivanje na tržište rada. U RH doneseni su propisi kojima se potiče zapošljavanje osoba s

invaliditetom, kao i održavanje njihove zapošljivosti. Potpore u okviru Programa poticaja pri zapošljavanju osoba s invaliditetom od 2021. do 2023. dodijelit će se malim, srednjim i velikim poduzetnicima koji zapošljavaju osobe s invaliditetom i osobama s invaliditetom koje se samozapošljavaju na otvorenom tržištu rada te integrativnim i zaštitnim radionicama. Potpora se može ostvariti samo ako je osoba s invaliditetom upisana u očevidnik zaposlenih osoba s invaliditetom. Oblici potpora za radnike s invaliditetom su subvencija plaće, potpore za nadoknadu dodatnih troškova za zapošljavanje radnika s invaliditetom te potpore za usavršavanje.

Aktivno uključivanje i potpuno sudjelovanje osoba s invaliditetom u društvu potiče se s posebnim naglaskom na prioritetna područja: pristupačnost, sudjelovanje, jednakost, zapošljavanje, obrazovanje i osposobljavanje, socijalnu zaštitu, zdravstvenu zaštitu i vanjsko djelovanje.

U posljednjih deset godina kvaliteta života osoba s invaliditetom u Gradu Zagrebu povećana je u smislu konkretnih pokazatelja otklanjanja zapreka koje uzrokuju nejednakost. Najvažnija postignuća povezana su s dostupnijim okruženjem, što uključuje gradski prijevoz niskopodnim autobusima i tramvajima, kontinuiranu prilagodbu i povećanje pristupač-

nosti ustanova, osiguranje dodatne usluge specijaliziranog prijevoza kombijem za djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom da bi se osobe s invaliditetom mogle koristiti drugim zajamčenim pravima (odgoj i obrazovanje, zdravstvene usluge, zapošljavanje i dr.).

Također se kontinuirano ulaže u razvoj kompetencija osoba s invaliditetom njihovim uključivanjem u formalne i neformalne edukacije. Ujedno Grad Zagreb tijekom višegodišnjeg razdoblja dodjeljuje na korištenje stanove osobama s najtežim stupnjem invaliditeta, koji su istovremeno i korisnici pomoći socijalne skrbi. Dodijeljeni su stanovi za organizirano stanovanje osobama sa psihosocijalnim teškoćama i osobama s poremećajem iz autističnog spektra.

Osnivanjem Centra za usluge u zajednici u Novom Jelkovcu osiguran je smještaj u okviru organiziranog stanovanja za osobe s tjelesnim oštećenjem. Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" pridružio se višegodišnjom provedbom Anti-stigma programa "Prihvaćamo različitost" u osnovnim školama Grada Zagreba te programom Edukacija budućih zdravstvenih djelatnika o primjerenosti komunikaciji s osobama s invaliditetom.

*Marija Škes, mag. educ. reh.,
Služba za javno zdravstvo*

Psihološka prva pomoć

Psihološka prva pomoć (PPP) znači pružanje psihološke pomoći osobi u nevolji, osobi pred nerješivim problemom ili bolnim gubitkom. U normalnim životnim prilikama većina ljudi se u stanju nositi sa životnim nedaćama i problemima bez pomoći profesionalnih osoba, najčešće uz pomoć bližnjih. Masovne krizne situacije (potres, pandemija, ratna zbivanja) predstavljaju kompleksne događaje koji nadjačavaju kapacitete pojedinca i zajednice te dovode u pitanje učinkovitost uobičajenih metoda suočavanja sa stresom. Nadalje, masovnim kriznim situacijama izložen je velik broj ljudi, a one mogu imati za posljedicu značajne promjene u društvu i gospodarstvu. U tom kontekstu, važne su intervencije na području mentalnog zdravlja, kako bi se minimalizirale posljedice narušenog funkcioniranja velikog broja ljudi.

U posljednje dvije godine svakodnevno smo izloženi neočekivanim događajima koji na neki način narušavaju našu unutrašnju ravnotežu. Poseban problem predstavljaju ranije nerazriješene traume i konflikti, koji se u novoj stresnoj situaciji aktiviraju. Stres izazvan novonastalom situacijom djeluje na

naše osjećaje, mišljenje, ponašanje i tjelesne procese. Osobe s određenim predtraumatskim rizičnim čimbenicima vulnerabilne su u tim situacijama (anamneza seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, prethodni neriješeni gubici i traume, zlorporaba psihoaktivnih tvari, prethodna psihijatrijska anamneza, istodobni životni drugi stresori, žene, mala djeca i osobe straije životne dobi).

Prva psihološka pomoć može se definirati kao podrška, utjeha i razumijevanje koje nam pruža druga osoba ili kao niz akcija koje sami poduzimamo (vid samopomoći), kako bismo se suočili s nevoljom u kojoj smo se zatekli. Umjesto aktivnosti to mogu biti misli i upute koje sami sebi ponavljamo kako bismo se smirili ili prikladnije suočili sa situacijom u kojoj se nalazimo.

Cilj kriznih intervencija je pomoći ljudima da se lakše nose s traumatskim događajem te da taj isti događaj integriraju u svoje životno iskustvo, kako bi mogli nastaviti sa životom. PPP je oblik prevencije kojim se sprječavaju teže posljedice kriznih događaja.

Osobama se pomaže da povrate osjećaj kontrole nad vlastitim životom te se na taj način reducira osjećaj bespomoćnosti.

Još u prvim dokumentiranim pokušajima pružanja prve psihološke pomoći važnima su se pokazale sljedeće tri varijable:

1. **BLIZINA** – pružanje psihološke pomoći osobama s prve linije;
2. **NEPOSREDNOST** – pristupiti pojedincu neposredno nakon događaja;
3. **OČEKIVANJA** – da će osoba moći nastaviti dalje funkcionirati.

Glavne komponente psihološke prve pomoći

- utjeha, utjeha i utjeha,
- zaštita od daljnje prijetnje i nevolje
- neposredna fizička zaštita i sigurnost
- ciljno orijentirano i svrhovito ponašanje
- pomaganje oko ponovnog susreta s bliskim osobama
- dijeljenje iskustva (ali ne prisilno)
- povezivanje preživjelih s izvorima podrške
- olakšavanje u procesu stjecanja osjećaja kontrole
- identificiranje onih kojima je potrebna dodatna pomoć (trijaža).

Prvu psihološku pomoć pruža čovjek čovjeku, osoba prvog kontakta. Osobe koje se nalaze u ulozi pomagača uputno je educirati o načinima pružanja psihološke pomoći.

Korisno je razmišljati o reakcijama na traumu kroz više faza, a jedan od najčešće citiranih opisa

je model Tyhursta (1951.), koji predlaže faze udara, užasavanja i oporavka.

Tijekom prve faze pojedinci su obično šokirani, užasnuti ili „smrznuti“. U ovoj fazi osobe mogu biti izložene daljnjem riziku zbog smanjenih kapaciteta da se zaštite. Neki poduzimaju altruističke radnje, a mali, ali značajan broj zadržava sposobnost racionalnog razmišljanja i djelovanja s namjerom. U ovoj fazi prioriteti su spašavanje i osiguravanje hrane, topline i sigurnosti. PPP pružaju pomagači na prvoj liniji, ali i čovjek čovjeku koji se zatekao u toj situaciji. Stručnjaci za mentalno zdravlje u ovoj fazi trebaju biti dostupni u smislu otvaranja telefonskih linija za pomoć te programa za kontakt.

U ovoj drugoj fazi preživjeli počinju graditi sliku o tome što se dogodilo i nastoje se ponovno povezati/spojiti s obitelji i prijateljima. Princip evakuacije „prvo žene i djeca“ možda je nužan, ali nije potpuno adekvatan u psihološkom smislu. Prekid obiteljskih veza, osobito za malu djecu, može biti štetan u ovom trenutku. Ad hoc grupe koje nastaju tijekom ove faze predstavljaju važne elemente u okupljanju zajednice nakon katastrofe. Način na koji će pomagači i vlasti odnositi prema osobama u masovnoj kriznoj situaciji može utjecati na njihovu dugoročnu prilagodbu na stresnu kriznu situaciju.

Za mnoge, treća faza je razdoblje obilježeno izmjeničnim fazama prilagodbe i recidiva. Raphael (1986.) je korisno identificirao razdoblje „medenog mjeseca“ koje slijedi nakon katastrofe, tijekom kojeg preživjeli imaju koristi od vala suosjećanja, dobre volje i brige. Međutim, ova razina obećanja i odgovora ne može se održati, a često slijedi emocionalni pad tijekom kojeg dolazi do razočaranja dok se preživjeli bore s onim što smatraju birokratskim i pravnim preprekama. Te poteškoće mogu biti dovoljno ozbiljne da predstavljaju „drugu katastrofu“.

Potrebno je naglasiti kako preživjele osobe i terapeuti često nisu svjesni da terapija traume ne bi trebala biti prvi odgovor nakon kritičnih incidenata. Terapija traume zahtijeva da klijent ima stabilno okruženje. Preživjeli često žive u situacijama u kojima stabilnost još nije postignuta. Određene okolnosti, kao što su raseljavanje i useljavanje, te stalna izloženost agresiji (npr. ratnim zbivanjima) troše većinu resursa preživjelih kako bi se mogli nositi sa strahom, promjenama i nestabilnošću.

U kriznim okolnostima oslanjamo se na psihološke krizne intervencije PPP-a, odnosno metode koje se koriste da bi se pružila trenutna i kratkotrajna pomoć pojedincima koji su proživjeli događaj koji je prouzročio emocionalne, kognitivne, tjelesne i ponašajne probleme. Intervenciju je potrebno provesti u što kraćem roku od kriznog događaja, a namijenjena je izravnim žrtvama traumatskog događaja, najbližoj rodbini i očevicima, spasiocima i profesionalnim pomagačima te svima koji osjećaju učinke događaja na svoje psihičko stanje. Nastoje se što prije ukloniti posljedice kriznog događaja te uspostaviti normalna razina funkcioniranja.

Pretpostavlja se da će se osobe nakon 4 do 6 tjedana (ili do 8 tjedana) vratiti na nekadašnju razinu funkcioniranja ili će uspostaviti novu ravnotežu koja će biti bolja ili lošija od one koja je postojala prije kriznog događaja. Ključno je kod psiholoških intervencija PPP-a sprječiti uspostavljanje lošijeg načina funkcioniranja. Psihološka pomoć koja je pružena u razdoblju od nekoliko tjedana nakon krize učinkovitija je, nego intenzivnija intervencija u razdoblju kada osoba nije više toliko otvorena za primanje psihološke pomoći. Psihološkom intervencijom ubrzava se proces stabilizacije zajednice te su posljedice po psihičko zdravlje pojednaka manje.



SLIKA 1. Normalne reakcije na stres

Tko su žrtve?

- primarne žrtve: one u epicentru katastrofe;
- sekundarne žrtve: npr. obitelji i prijatelji primarnih žrtava;
- žrtve trećeg stupnja: npr. osoblje za hitne slučajeve i spašavanje;
- žrtve četvrte razine: npr. članovi zajednice koji nude pomoć;
- žrtve pete razine: npr. oni koji su ugroženi neizravnim uključivanjem;
- žrtve šeste razine: npr. oni koji su mogli biti izravno uključeni, ali su izbjegli katastrofu.

Psihološke posljedice masovnih kriznih situacija osjetit će:

- preživjeli, ozlijeđeni i neozlijeđeni;
- promatrači;
- obitelji i prijatelji žrtava;
- oni koji se identificiraju s primarnim žrtvama, uključujući one koji su mogli biti tamo i stradati;
- oni koji se osjećaju odgovorno za katastrofu (najčešće neopravdano).

Skala razmjera katastrofe po broju žrtava:

Katastrofa malih razmjera – broj žrtava manji od 10

Srednjih razmjera – broj žrtava je između 10 i 100

Velikih razmjera – broj žrtava je između 100 i 1.000

Masovnih razmjera – broj žrtava je veći od 1.000

Mentalni poremećaji (psihološke reakcije) uzrokovane katastrofama:

- Akutna stresna reakcija
- Anksioznost i fobija
- Depresija
- PTSP (posttraumatski stresni poremećaj)
- Promjena u strukturi ličnosti zbog traumatskog događaja

Dodatni čimbenici rizika i ranjivosti dijele se u dvije skupine:

1. peritraumatski čimbenici – iznenadnost i neočekivanost; uočena ili stvarna prijetnja životu (osobna ili od strane drugih), izloženost teškim prizorima i osjetilnim iskustvima, blizina prijetnje, značajan osobni gubitak, nesreća koju je stvorio čovjek (za razliku od prirodne katastrofe), produljena izloženost (npr. zarobljeništvo),
2. posttraumatski čimbenici – teške akutne psihičke reakcije, nedostatak socijalne/obiteljske podrške, neželjene reakcije drugih (npr. okrivljavanje ili odbacivanje patnje), krivnja preživjelog.

Što je s osobama koje zbog sigurnosti napuštaju svoje domove?

Milijuni ljudi diljem svijeta protjerani su iz svojih domova zbog građanskih sukoba, progona, političkog nasilja i kršenja ljudskih prava. Izbjeglice i tražitelji azila ranjivi su na učinke traumatskih događaja koji proizlaze iz progona, sukoba i raseljavanja. Općenito, prisilno raseljene populacije izvještavaju o izloženosti velikom broju potencijalno traumatskih, ponovljenih i dugotrajnih štetnih događaja.

Po definiciji, izbjeglice su podvrgnute progona, što znači da su ti događaji često međuljudske prirode. Potencijalno traumatični događaji koje obično doživljavaju izbjeglice i tražitelji azila u svojim matičnim zemljama uključuju međuljudsko nasilje, seksualno nasilje, ozljede opasne po život, svjedočenje ubojstvima voljenih osoba i mučenje.

Izbjeglica je definirana kao osoba koja:

- je izvan svoje zemlje državljanstva ili uobičajenog boravišta;
- ima utemeljen strah od progona zbog svoje rase, vjere, nacionalnosti, pripadnosti određenoj društvenoj skupini ili političkog mišljenja;
- ne može ili ne želi iskoristiti zaštitu te zemlje ili se u nju vratiti zbog straha od progona.

S obzirom na značajnu izloženost stresorima prije i nakon migracije, nije iznenađujuće da su visoke razine stresa često dokumentirane kod izbjeglica. U skladu s tim, također su zabilježene visoke stope psihijatrijskih poremećaja povezanih s traumom, uključujući PTSP, depresiju i anksioznost.

Utjecaj traumatskih događaja

Psihološki utjecaj traumatskih događaja proizlazi iz interakcije između:

(1) prirode događaja – mnogi aspekti traumatskog događaja ostavit će dugoročne posljedice, posebno ako osoba svjedoči patnji ili smrti, a posebno smrti bliskih osoba. Utjecaj traumatskog događaja više je povezan s percipiranom prijetnjom (gubitkom), nego sa objektivnom opasnošću. Terr i sur. razlikuje dvije kategorije traume. Trauma tipa I je posljedica jednog, intenzivnog, neočekivanog događaja, kao što je napad ili sudar. Karakteristična psihološka reakcija uključuje ponavljana, nametljiva sjećanja na događaj koja se često izmjenjuju s izbjegavajućim ponašanjem (tj. obrazac PTSP-a). Trauma tipa II proizlazi iz dugotrajnih zastrašujućih iskustava, možda ponavljanih. Stoga ih žrtva još uvijek očekuje sa strahom (zlostavljanje u djetinjstvu). Reakciju na traumu karakterizira otupljivanje, disocijacija, izmjena bijesa i pasivnosti, a može napredovati do trajnih promjena u osobnosti i ponašanju.

(2) stanja unutarnjeg svijeta pojedinca – razvoj resursa za suočavanje i otpornost osobe na stresne događaje ovisi o ranijem rješavanju životnih kriza. Dok uspješno suočavanje s ranijim nedaćama stvara samopouzdanje i repertoar vještina suočavanja, neprilagodljiva rješenja ostavit će pojedinca ranjivim na kasnije izazove, uključujući traumatske događaje. Ljudi s poviješću psihijatrijskih bolesti imaju veću vjerojatnost da će razviti posttraumatsku psihopatologiju.

(3) kvalitete društvenog konteksta ili „okoliša za oporavak“ – na kapacitete za suočavanje može djelovati i društveni kontekst u kojem se pojedinac nalazi. Podržavajući socijalni odnosi ključni su za pradu traumatskog sadržaja te za potencijalni oporavak. Oni koji nemaju bliske emocionalne odnose pod većim su rizikom za razvoj simptoma PTSP-a. Također, može se dogoditi da se osobe koje su žrtve traumatskog događaja izoliraju od svojih bližnjih.

Razmatranja za pomagače

Klinički dokazi upućuju na to da se preživjelima i drugim žrtvama katastrofe može pomoći da se suoče sa svojim traumatskim iskustvom ako im se pruži rana psihološka prva pomoć kojoj je namjena promicati adaptivno suočavanje. Važno je razumijeti da prvu psihološku pomoć pruža čovjeku čovjeku u prvom neposrednom kontaktu. Nije nužno, pa čak bi bilo i kontraproduktivno i stigmatizirajuće da to budu stručnjaci s područja mentalnog zdravlja. Naime, najveći broj ljudi će uspjeti proći kroz kriznu situaciju samostalno, oslanjajući se na vlastite mehanizme suočavanja sa stresom, uz prvu psihološku pomoć, a tek manji broj će trebati pomoć od strane profesionalaca s područja mentalnog zdravlja. Te osobe važno je rano prepoznati i uputiti u tretman.

Većini onih koji su pokazali smetnje na planu mentalnog zdravlja nakon katastrofe pomoći će se ranim pružanjem:

- (a) ljubaznosti, podrške;
- (b) informacija o tome što se dogodilo njima i drugima koji su uključeni u događaj, te što će se dogoditi u svakoj sljedećoj fazi;
- (c) prilike da razgovaraju i izraze svoje osjećaje o iskustvu.

Ovu bitnu potporu tijekom spašavanja i pružanja neposredne pomoći može pružiti osoblje hitnih službi te obučeni članovi ključnih dobrovoljnih organizacija. Socijalni radnici i drugo stručno ili volontersko osoblje (npr. primarno zdravstveno i zdravstveno osoblje u zajednici, crkve i savjetodavne agencije) igraju značajnu ulogu u zadovoljavanju psihosocijalnih potreba preživjelih, kao i njihove bliske osobe. No, većina pogođenih snaći će se sama uz pomoć obitelji i prijatelja. Specifične psihološke potrebe žrtava katastrofe najbolje se zadovoljavaju intervencijom stručnog osoblja za mentalno zdravlje s utvrđenom kompetentnošću u radu s traumama koji trebaju prvoj liniji pomagača bit dostupni i na raspolaganju. Rani specijalizirani zadaci uključuju i psihološku trijažu na prijemnim stanicama i odjelima za nesreće u bolnici za neozlijeđene i ozlijeđene preživjele, procjenu mentalnog stanja i mogućnost neposrednog psihijatrijskog tretmana ukoliko je on potreban, npr. za osobe s akutnim reakcijama na stres. Također je potrebno identificiranje i stalna podrška pojedincima koji su zbog specifičnih čimbenika ranjivosti ili teških ranih reakcija izloženi posebnom riziku od kasnijeg psihijatrijskog morbiditeta. Osobama koje razviju posttraumatske psihijatrijske poremećaje bit će potrebna stručna dijagnostika i liječenje, psihološko, a ponekad i psihofarmakološko liječenje.

Pomagači da bi mogli pružiti prvu psihološku pomoć moraju duboko u sebi osjećati istinsku emocionalnu predanost, a odgovarajuća razina znanja, vještina i iskustva pružit će im sigurnost u ono što rade. Potrebno je da budu „emocionalno“ kompetentni: ako se suočavaju s previše istodobnih stresora u osobnim životima, njihova emocionalna otpornost može biti ozbiljno ugrožena.

Ciljevi savjetodavnog rada – Mora postojati dogovor o tome što pomagač može učiniti. Ciljevi moraju biti realistični, a nerealni ciljevi dovest će do razočaranja. Pomagač je tu da savjetuje, a ne da preuzme odgovor na prijetnju mentalnom zdravlju.

Mreža podrške – Zbog odgovornosti posla, pomagač bi trebao imati na raspolaganju mrežu kolega s kojima se može kontaktirati za savjet i podršku, te isto tako podršku stručnjaka s područja mentalnog zdravlja kojima se može obratiti.

Vjerodostojnost – Dolazak pomagača, često nepoznatog većini uključenih oko krizne situacije, neće svi vidjeti kao dobrodošao. Može postojati ogorčenost i sumnje u njegovu ili njezinu sposobnost da doprinese. Znanja, vještine i kompetencije očito su neophodne, ali je nužno da pomagač razumije kulturnu pozadinu katastrofe. Chemtob (2000) zagovara uparivanje pomagača sa „stručnjakom za kulturu“, kako bi se smanjio rizik od političkih, rasnih ili vjerskih indiskrecija. Važna pitanja vezana uz kulturu pogođene zajednice mogu se odnositi na praksu žalovanja.

Materijali – Bilježnice ili druge metode vođenja evidencije su bitne, jer će pomagač biti bombardiran pitanjima na koje treba odgovoriti, imenima koja treba zapamtiti i zadacima koje treba obaviti. Postoji i niz materijala za samopomoć (dostupnih putem Interneta) koji mogu biti od koristi. Npr. Zaštita mentalnog zdravlja u krizi: stres, tjeskoba, strah postupci osnaživanja i samopomoći, postupak umirenja uznemirenih osoba dostupno na https://www.medix.hr/aploads/files/PDFs/suplement1_141%20cjeloviti/Preporuke_za_zastitu_mentalnog_zdravlja_v7i_web.pdf

Materijali za osobe izbjegle od rata u Ukrajini dostupni su: <https://www.coe.int/en/web/pompidou/-/psychological-first-aid-for-ukrainian-people>

Posjet mjestu katastrofe (npr. kod potresa) – Postoji potreba da pomagač posjeti mjesto nesreće ako je to moguće jer moraju biti zadovoljeni uvjeti za sigurnost i pomagača i osoba u kriznoj situaciji. To je znak poštovanja, osobito ako su ljudi umrli, a također pomaže pomagaču shvatiti što se dogodilo i što su pojedinci morali pretrpjeti, što samo po sebi povećava vjerodostojnost.

Uključenost medija – Iako su mediji upleteni mogu izazvati nepotrebne nevolje (posebice djeci). Međutim, oni imaju legitimnu i potencijalno korisnu ulogu. Mogu pružiti točne informacije o katastrofi i o reakcijama nakon takvog događaja i kako se protiv njih boriti. Izvori stručne i dobrovoljne pomoći mogu se identificirati putem medija i društvenih mreža.

Osobna dobrobit – pomagači moraju zadržati realističnu perspektivu i oduprijeti se razvoju uvjerenja da su neophodni, nezamijenjivi i/ili neuništivi. Korisno je ostati u kontaktu s obitelji i prijateljima, kako biste zadržali širu perspektivu i dobili emocionalnu podršku. Pomagači bi trebali pokušati osigurati adekvatan san, uravnoteženu prehranu i fizičku aktivnost. Također bi trebali osigurati neko svoje privatno vrijeme jer će biti „bombardirani“ zahtjevima za posjete, sastanke, razgovore.

I NA KRAJU, MORAMO IMATI NA UMU KAKO JE NAKON TEŠKIH MASOVNIH KRIZNIH SITUACIJA MOGUĆ POSTTRAUMATSKI RAST I ZA POJEDINCE I ZA ZAJEDNICE, A MOŽE SE VIDJETI U SMISLU POBOLJŠANJA ODNOSA, IDENTIFIKACIJE NOVIH METODA SUOČAVANJA SA STRESOM, REVIDIRANIH ŽIVOTNIH VRIJEDNOSTI I VEĆEG UVAŽAVANJA ONOGA ŠTO ŽIVOT VEĆ NUDI.

Tekst priredile:

Prim. dr. sc. Marija Kušan Jukić, dr. med., spec. psihijatar, sub. socijalne psihijatrije, Služba za mentano zdravlje i prevenciju ovisnosti

Katarina Šutalo, mag. psych., Služba za mentano zdravlje i prevenciju ovisnosti

Mirjana Orban, dr. med., spec. psihijatrije, sub. alk. i ovisnosti, Služba za mentano zdravlje i prevenciju ovisnosti

Literatura:

Alexander, D. A. (2005). Early mental health intervention after disasters. Advances in Psychiatric Treatment, 11(1), 12-18.

Chemtob, C.M. (2000). Delayed debriefing: After a disaster. In B. Raphael & J.P. Wilson (Eds.), Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (pp. 227-240). Cambridge: Cambridge University Press.

Hobbs, M. (1995). A district framework for managing psychosocial aspects of disaster. Advances in Psychiatric Treatment, 1(6), 176-183.

Lies, J., Jones, L., & Ho, R. (2019). The management of post-traumatic stress disorder and associated pain and sleep disturbance in refugees. BJPsych advances, 25(3), 196-206.

Raphael, B. (1986). When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. New York: Basic Books.

Raphael B. & Newman L. Disaster Mental Health Response Handbook. Parramatta; NSW Institute Psychiatry. Portal za očuvanje mentalnog zdravlja Grada Zagreba



Mentalno zdravlje Grada Zagreba - web portal predstavljen je u Centru za zdravlje mladih početkom ove godine kao uvod u modernu transformaciju Grada, uz primjenu digitalnih tehnologija koje otvaraju dodatni put prema otvorenosti, transparentnosti, održivosti i učinkovitosti. Potreba za unaprjeđenjem dostupnosti i kvalitete usluga u području mentalnog zdravlja dodatno se ukazala tijekom pandemije COVID-19 i potresa koji su pogodili Zagreb. Skrb o mentalnom zdravlju jedan je od javnozdravstvenih prioriteta u radu i djelovanju Grada Zagreba, uzimajući u obzir svakodnevni porast rizičnih čimbenika, ali i činjenicu da su poremećaji mentalnog zdravlja u porastu. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije broj slučajeva teške depresije porastao je za 27,6%, a tjeskobnih poremećaja za 25,6%. Pri tome su najviše pogođene žene, mladi te ranjive skupine (starije dobi, s ranijim zdravstvenim tegobama, osobe s invaliditetom). Uslijed pandemije koju je pratila velika neizvjesnost, od susreta s nepoznatim virusom, pitanja cjepiva pa sve do primjene mjera i njihovog časa ublažavanja ili pooštavanja, posljedično je došlo do značajnih promjena životnih navika - od smanjenja socijalnih kontakata,

provođenja mjera samoizolacija i izolacija, promjena u područjima rada i obrazovanja te ograničenog kretanja. Usmjeravanjem pažnje i aktivnosti na brigu o vlastitom mentalnom zdravlju radimo na održavanju ravnoteže, očuvanju mentalnog zdravlja i kvalitete života. Psihičko zdravlje nije samo odsustvo bolesti, definira se kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac može iskazati svoje sposobnosti, uspješno se nositi sa svakodnevnim životnim stresorima, produktivno raditi te doprinositi vlastitoj zajednici (SZO).

Centralno mjesto informiranja građana o mentalnom zdravlju - sadržaj portala

Na jednom mjestu su objedinjeni svi projekti Grada i gradskih zdravstvenih ustanova u području mentalnog zdravlja, kao i brojni drugi projekti financirani iz Proračuna Grada Zagreba u navedenom području. Web portal široj javnosti nudi savjetodavnu pomoć te usmjerava građane prema institucijama u kojima mogu potražiti stručnu pomoć. Stručne informacije objedinjene na portalu osiguravaju jednaku dostupnost službi za mentalno zdravlje i njihovim



programima te su namijenjene svim skupinama građana kojima je potrebna podrška i pomoć u području mentalnog zdravlja.

Dodatna posebnost ovog portala je što će pohranjeni podaci izuzetno koristiti u svrhu izrade znanstvenih radova, boljeg fokusa na određene mentalne poteškoće i provedbu edukacijskih radionica. Partneri na projektu su sve zdravstvene ustanove kojima je osnivač Grad Zagreb: Dom zdravlja Zagreb – Centar, Dom zdravlja Zagreb- Istok, Dom zdravlja Zagreb – Zapad, Klinika za psihijatriju Vrapče, Klinika za psihijatriju Sveti Ivan i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Stručnjaci navedenih ustanova redovito će ažurirati portal novim važnim i stručnim informacijama.

Ne propustite Dnevnu dozu optimizma kroz pozitivne misli i afirmacije:

Samo je jedan kutak svemira koji sigurno možete promijeniti, a to ste vi sami.

Toliko je bilo stvari u životu kojih smo se bojali. A nije trebalo. Trebalo je živjeti.

Prilika da otkrijemo veću snagu unutar sebe dolazi onda kada nam se život čini najizazovnijim.

Odabirom interesnog područja na portalu za očuvanje mentalnog zdravlja dolazi se do potrebnih informacija

U okviru grupe Podrška nalaze se podgrupe: praktične Vježbe i podrška, Savjeti stručnjaka, informacije Gdje zatražiti pomoć? (prema vrsti poteškoće i gradskoj četvrti).

Grupa Mentalno zdravlje obuhvaća Vrste poteškoća (psihičke smetnje, poremećaje i bolesti), kroz rubrike Vrste poremećaja, Ovisnosti te Život nosi probleme. Sljedeće su podgrupe: Što je mentalno zdravlje?, Projekti Grada Zagreba te Odaberi grupu.

Treća grupa nudi Informacije u okviru kojih se mogu pretražiti Vijesti, Događanja, Publikacije te Video materijali.

Također, važno je naglasiti kako se na portalu mogu izvršiti prilagodbe u pregledniku vezano uz veličinu teksta, disleksiju te kontrast.

I na kraju, pozivamo vas da krenete u virtualnu šetnju korisnim i vrijednim sadržajima ovoga portala: <https://mentalnozdravlje.zagreb.hr/>

*Marija Škes, mag. educ. reh.,
Služba za javno zdravstvo*



Prema Ottawskoj povelji o unaprjeđenju zdravlja (Ottawa charter for Health promotion, 1986.), temeljni uvjeti za zdravlje su mir, primjereni uvjeti stanovanja, obrazovanje, hrana, prihodi, stabilan eko-sustav, održiva eksploatacija resursa, socijalna pravda i pravičnost u zdravlju. Iz ovih činjenica proizlazi da na ljudski život i zdravlje ne utječu isključivo biološka, genetska i ponašajna obilježja pojedinca, već jednako snažan učinak na njegovo zdravlje imaju obilježja socijalne grupe kojoj taj pojedinac pripada. Tako su nejednakosti u zdravlju zapravo posljedica nejednakih životnih mogućnosti, ali i kontrole nad životnim mogućnostima, kako u obiteljskoj i lokalnoj zajednici, tako i na radnom mjestu.

Nejednakosti u zdravlju možemo definirati kao razlike u zdravstvenom stanju ili u distribuciji determinanti zdravlja između različitih grupa u populaciji. Važno je napraviti razliku između nejednakosti u zdravlju i nepravičnosti u zdravlju. Neke nejednakosti u zdravlju mogu se pripisati biološkim razlikama ili slobodnom izboru, dok se druge pripisuju okolini i vanjskim uvjetima, koji su izvan kontrole pojedinaca (definicije prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji). Nejednakosti u zdravlju postoje na nadnacionalnoj razini (između zemalja), nacionalnoj razini (između regija unutar iste zemlje) te unutar regija (između raznih lokalnih skupina).

Socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju velik su izazov zdravstvenoj politici širom svijeta.

Nejednakosti u zdravlju pojavljuju se direktno, kao izravna posljedica društveno-ekonomske sredine (npr. siromaštvo, slaba prehrana, štetna okolina, rizično ponašanje) ili indirektno (npr. nedovoljno obrazovanje ili nedostupnost zdravstvene zaštite).

Svjetska zdravstvena organizacija ističe da je bolje zdravlje moguće osigurati promicanjem zdravih stilova života i smanjivanjem faktora rizika po ljudsko zdravlje proizašlih iz okolišnih, ekonomskih, socijalnih ili ponašajnih faktora okruženja. Jednako je važno razvijati sustav zdravstva koji pravično unapređuje zdravstvene ishode, čije usluge odgovaraju potrebama korisnika, koji je financijski održiv i pravičan te počiva na politici i praksi „neisključivanja“ (dostupan, pristupačan, učinkovit). Uz spomenuto, važno je razvijati politiku zdravlja unutar sustava zdravstva te općenito razvijati politiku u kojoj se vodi računa o socijalnoj, ekonomskoj i okolišnoj dimenziji zdravlja.

Brojna istraživanja zdravstvenih nejednakosti, uglavnom u zemljama koje imaju tradiciju socio-znanstvenog pristupa medicini (Velika Britanija, Nizozemska, Skandinavske zemlje, neki centri u SAD-u), često se temelje na korištenju redovitih

statističkih podataka jer u većini razvijenih zemalja statističke službe redovito prate pokazatelje zdravlja i zdravstvene zaštite u odnosu na socio-ekonomske pokazatelje. Najčešće se tu radi o podacima iz redovitih zdravstvenih anketa, kao što je npr. "General Household Survey" (Opća anketa domaćinstva) u Velikoj Britaniji ili „National Health Interview Survey“ (Nacionalna zdravstvena anketa) u SAD-u. Zdravstvena statistika koja prati nejednakosti u zdravlju vjerojatno je najrazvijenija u Velikoj Britaniji, gdje se još od 1911. godine prate zdravstveni pokazatelji s obzirom na šest osnovnih društvenih „klasa“ (socio-profesionalnih skupina).

Više istraživanja pokazuje koliko društveni čimbenici i status imaju utjecaja na zdravlje. Pokazuje se da na zdravlje najveći utjecaj ima društvena nejednakost, odnosno objektivni i subjektivni kriteriji koji podrazumijevaju društveni status. Viši društveni status, odnosno subjektivno poimanje višeg društvenog statusa ujedno znači i višu razinu zdravlja (Marmot - istraživanje među britanskim državnim službenicima, Withell studija, Američka nacionalna studija obitelji i kućanstava).

U ovim je studijama utvrđeno da na zdravlje utječe nekoliko osnovnih čimbenika: društveni odnosi, status, bračni status i uvjeti na poslu. Kao rizični čimbenici naročito se ističu nepravedna „raspodjela“ statusa unutar neke zajednice i nemogućnost kontrole nad vlastitim radnim procesom (odnosno nemogućnost upravljanja barem dijelom svojih radnih procesa).

Ovdje nije riječ o količini posla, čak niti o stupnju odgovornosti, nego o mogućnostima upravljanja procesom svog rada u okvirima zadane odgovornosti i specifičnosti posla. Visoka odgovornost, uz visoku kontrolu nad procesima, manje ugrožava zdravlje od niske odgovornosti, s nižom kontrolom nad procesima. Posebno je rizična visoka razina zahtjeva i niska razina kontrole nad radnim procesom.

Marmot je nakon 25-godišnjeg praćenja vladinih službenika pokazao da zaposlenici s najmanjim stupnjem kontrole imaju četiri puta, službenici tri puta, a stručnjaci dva puta veću vjerojatnost da će umrijeti u usporedbi s managerima koji su imali najveći stupanj kontrole nad poslom.

Rezultati jedne od najpoznatijih studija o zdravstvenim nejednakostima, „The Black Report“, pokazali su da se u Velikoj Britaniji, unatoč trideset godina postojanja nacionalne zdravstvene službe, i dalje pojavljuju izrazite nejednakosti u mortalitetu (i morbiditetu) među osnovnim društvenim, odnosno profesionalnim klasama - slojevima (Townsend and Davidson, 1982). Socijalne nejednakosti pojavljuju se tijekom čitavog životnog ciklusa - pri rođenju, u prvoj godini života, u djetinjstvu i kod odraslih. U svakoj dobi, ljudi iz najniže klase imaju veću smrtnost u odnosu na najviše klase - slojeve. Utjecaji nejednakosti mijenjaju se tijekom života, nisu isti kroz cijeli životni vijek, odnosno izraženiji su na početku života, a manje u ranijoj odrasloj dobi. Najjače se socijalna nejednakost očituje u mortalitetu tijekom prvih godina života.

Mogućnost kontrole važna je i kada govorimo o kontroli nad svojim zdravljem, odnosno subjektivnim (i objektivnim) mogućnostima kontrole. Pod većim rizikom su osobe koje nemaju kontrolu nad svojim zdravljem i/ili koje nemaju subjektivni osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem, a što je najčešće povezano i s uvjetima života i društvenim statusom.

Nemogućnost ostvarenja istih životnih uvjeta i jednakih prilika čini nejednakost u zdravlju. To se odnosi na (ne)dostupnost svih resursa koji nam omogućuju ostvarenje životnog stila koji omogućuje i ostvarenje punog potencijala zdravlja za pojedinca. Jednako tako se to odnosi i na nedostupnost informacija, edukacije pa čak i na nedostupnost pozitivnog identifikacijskog modela.

*Ana Puljak, dr. med., spec. javnog zdravstva,
Služba za javno zdravstvo*



Rat kroz oči djeteta

CRTICE STRUČNJAKA MENTALNOG
ZDRAVLJA ZA RODITELJE I DRUGE
KOJI BRINU O NAJBRANJIVIJIMA

Priručnik „Rat kroz oči djeteta – Crtice stručnjaka mentalnog zdravlja za roditelje i druge koji brinu o najranjivijim skupinama“ objavio je Grad Zagreb s ciljem pružanja konkretnih mjera podrške i osiguravanja pomoći svima onima kojima je pomoć sada nužna i potrebna. Uslijed aktualnih ratnih događanja u Ukrajini, pandemije COVID-19 i potresa koji su nas pogodili, ukazala se potreba za unaprjeđenjem dostupnosti i kvalitete usluga u području mentalnog zdravlja, osobito stručno i znanstveno utemeljenih informativnih materijala. Urednice priručnika su dr. sc. Romana Galić, univ. spec. act. soc., pročelnica i dr. sc. Mirela Šentija Knežević, prof. log., univ. spec. admin. urb., zamjenica pročelnice Gradskog ureda za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom. Autori su stručnjaci mentalnog zdravlja Ella Selak Bagarić, mag. psih., Krešimir Prijatelj, mag. psih. i Tea Brezinščak, mag. psih.

Sadržajno priručnik obuhvaća, kroz tridesetak stranica strukturiranog i znanstveno utemeljenog teksta, konkretne savjete i smjernice koje mogu olakšati nošenje s novonastalim okolnostima te pružiti podršku obiteljima u ovim neizvjesnim vremenima, stručnjacima koji rade s djecom, ali i svima koje pogađaju ratna zbivanja u našoj okolini.

O djeci i mladima kao žrtvama oružanih sukoba govori se u uvodnom poglavlju, te se nastavlja s negativnim učincima i posljedicama oružanih sukoba u poglavlju Svi slojevi dječjih gubitaka u ratu. U Crtici o otpornosti navode se istraživanja čiji rezultati ukazuju na zaštitne čimbenike koji mogu značajno ublažiti negativna iskustva djece izložene ratu, oružanim sukobima i terorizmu, poput prisutnosti i podrške obitelji te prihvaćanja od strane zajednice. Ujedno to su i snažni izvori otpornosti kod djece, ali i odraslih. Tjeskoba, zabrinutost, znakovi pojačanog stresa, promjene u ponašanju i načinu igre, tugovanje i ljutnja najčešće su reakcije djece prilikom izloženosti informacijama o ratu.

Crtice stručnjaka mentalnog zdravlja za roditelje i druge koji brinu o najranjivijima na jasan su i afirmativan način zabilježene u poglavljima priručnika:

1. Obratite pozornost na izvore informacija
2. Ne izbjegavajte – razgovarajte!
3. Manje (pričanja) je više (slušanja)!
4. Razgovor po mjeri djeteta
5. Normalizirajte djetetove osjećaje, ne ratna zbivanja
6. Objasnite djeci i mladima da odrasli diljem svijeta naporno rade na rješavanju ovog problema
7. Obratite pažnju na promjene kod svog djeteta i pomozite mu izraziti ono što osjeća
8. Održavajte rutinu
9. Bliskost i nježnost uvijek pomažu
10. Izgradnja otpornosti je putovanje, ne jedna životna lekcija – podučite djecu da žive dan po dan, prepoznaju i izražavaju svoje emocije i emocije drugih oko sebe
11. Dajte im mogućnost da pomognu – na djeci primjeren način
12. Vodite računa o tome kako ste

„Važno je poticati otvorenu i dobi primjerenu komunikaciju s djetetom, o ratnim zbivanjima komunicirati pažljivo, otvoreno i empatično, dajući im kontekst, vodstvo, utjehu, podršku i osjećaj sigurnosti.“

Priručnik „Rat kroz oči djeteta – Crtice stručnjaka mentalnog zdravlja za roditelje i druge koji brinu o najranjivijim skupinama“ dostupan je za besplatno preuzimanje na <https://mentalnozdravlje.zagreb.hr/publikacije/>

*Marija Škes, mag. educ. reh.,
Služba za javno zdravstvo*



Knjiga „Hod po rubu“, autorica Rosie Kugli i Marijane Pleše, još je jedna dobra, poučna i „funkcionalna“ knjiga za mlade. Društveno je angažirana i govori o maloljetničkom kriminalu uz vrlo slikoviti prikaz koliko malo je ponekad potrebno mladom čovjeku da „skrene s puta“ i nađe se u svijetu koji, u suštini, nije njegov. A koliko se, s druge strane, teško izvući s takvog puta kada se jednom njime krene, unatoč želji i nastojanjima. Kroz priču je uvjerljivo predstavljeno i kako životne okolnosti mogu „pogurati“ mlade na destruktivan i samodestruktivan put.

Predstavljene su i slabosti društva i sustava, koji su dužni pružiti pomoć onima koji nemaju životne šanse jednake ostalim članovima te koji, umjesto stručne pomoći, mogu svoju ulogu zamijeniti i nemilosrdnim kažnjavanjem. Pitanja koja se provlače kroz ovu knjigu su Tko je tu zapravo nasilnik? Kako nasilje i kriminalitet počinju? Tko šalje krive poruke našim mladima i nama odraslima, kroz svoje postupke?

Autorice su beskompromisne u odgovoru na ta pitanja. Ali ne i crno-bijele. Kroz priču je predstavljena i svijetla strana, suosjećajnost i ljubav, koje se ipak pojavljuju kroz odgovorne pojedince.

Ponuđeni su i savjeti za bolje postupanje. Knjiga je pisana vrlo pitko, autentičnim jezikom mladih i pojedinih populacijskih skupina. Prikazani su brojni problemi društva, ali i teme odrastanja, utjecaja skupine, potrebe za pripadanjem, osjećaji bespomoćnosti i izoliranosti. Priča u knjizi je potresna, ali i poučna. Upravo zbog toga ova knjiga je pogodna za stručni rad i raspravu s mladima, kako bi, kroz literaturu, naučili biti kritični i proširili vlastitu percepciju, ali i kako bi naučili biti suosjećajni tamo gdje to ljudskost nalaže.

Knjiga budi niz emocija, a emotivno pamćenje jedno je od najboljih načina usvajanja znanja. Osim mladima, koji su naši budući odrasli, knjigu preporučujemo i odraslima. Da nas potakne na razmišljanje i osvijesti probleme koji postoje oko nas. I da nas podsjeti da reagiramo i pomognemo onima koji u samom početku života nemaju osnove koje omogućuju konstruktivno odrastanje i život. Prije svega ljubav, podršku i osjećaj pripadnosti. I da nas podsjeti da uvijek kada imamo problem trebamo potražiti i uzrok. Pa makar on bio u našem nedovoljnom angažmanu i izostanku pomoći onima koji su u najranijem životnom razdoblju bili bespomoćni i odgurnuti.

*Ana Puljak, dr. med., spec. javnog zdravstva,
Služba za javno zdravstvo*

