

STAVOVI LIJEČNIKA PREMA PSIHOLOŠKIM METODAMA U LIJEČENJU SOMATSKIH BOLESTI

Arbanas, Jasminka

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:651013>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-08**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Jasminka Arbanas

STAVOVI LIJEČNIKA PREMA PSIHOLOŠKIM METODAMA U
LIJEČENJU SOMATSKIH BOLESTI: rad s istraživanjem

Diplomski rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING
PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Jasminka Arbanas

ATTITUDES OF FAMILY DOCTORS
TOWARDS PSYCHOLOGICAL METHODS IN THE
TREATMENT OF SOMATIC DISEASES: work with research

Graduate thesis

Rijeka, 2022.

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	DIPLOMSKI RAD
Ime i prezime studenta	JASMINKA ARBANAS
JMBAG	0351012429

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	
Ime i prezime mentora	Prof. dr. sc. Tanja Frančišković
Datum predaje rada	30.6.2022.
Identifikacijski br. podneska	1864952635
Datum provjere rada	30.6.2022.
Ime datoteke	Diplomski_Arbanas_Jasminka.docx
Veličina datoteke	1.21M
Broj znakova	83742
Broj riječi	12517
Broj stranica	54

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	
	5%

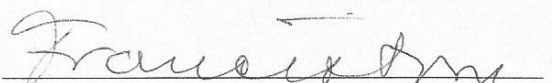
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	30.6.2022.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Radi se o niskoj podudarnosti koja je u okvirima dozvoljenog.

Datum

30.6.2022.

Potpis mentora



Rijeka, 13. april 2022.

Odobrenje nacrtu diplomskog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
odobrava nacrt diplomskog rada:

STAVOVI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE PREMA PSIHOLOŠKIM METODAMA U
LJEČENJU SOMATSKIH BOLESTI

ATTITUDES OF FAMILY DOCTORS
TOWARDS PSYCHOLOGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF SOMATIC DISEASES

Student: Jasminka Arbanas


Mentor: prof.dr.sc. Tanja Frančišković, dr.med.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

SADRŽAJ

1. UVOD	3
2. PSIHOLOŠKE METODA U LIJEČENJU SOMATSKIH BOLESTI	4
2.1. <i>Povijesni pregled</i>	4
2.2. <i>Psihološki čimbenici u nastanku ,tijeku i prognozi tjelesnih bolesti</i>	5
2.3. <i>Uloga psiholoških metoda u liječenju somatskih bolesti</i>	6
2.4. <i>Spoznaje novijih neuroznanstvenih istraživanja podupiru biopsihosocijalnu paradigmu</i>	8
2.5. <i>Uloga liječnika obiteljske medicine u bio psihosocijalnom pristupu tjelesnim bolestima</i>	10
3. CILJEVI I HIPOTEZE	12
4. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE	13
4.1. <i>Ispitanici/materijali</i>	13
4.2. <i>Postupak i instrumentarij</i>	14
4.3. <i>Statistička obrada podataka</i>	14
4.4. <i>Etički aspekti istraživanja</i>	15
5. REZULTATI	15
6. RASPRAVA	31
6.1. <i>Stavovi LOM-a o traženju psihološke pomoći</i>	31
6.2. <i>Učestalost upućivanje somatskih pacijenata na psihološke tretmane</i>	34
6.3. <i>Upućivanju pacijenata koji boluju od somatskih bolesti na psihološke intervencije u odnosu na osobne stavove</i>	35
6.4. <i>Zbrinjavanje somatskih bolesti u ordinacijama LOM-a</i>	36

7. ZAKLJUČAK.....	38
LITERATURA	39
PRIVITCI.....	48

POPIS KRATICA

LOM- liječnici obiteljske medicine

ATSPPH-SF - Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form

SAŽETAK

Stoljećima, etiološkim je promišljanjima u medicini dominirao dualizam psihološkog i tjelesnog. Četrdesetak godina star Engelov koncept biopsihosocijalnog uzroka ponudio je temelje holističkom pristupu. Ipak u praksi i edukacijskim programima medicinskih stručnjaka zapravo prevladava biološki pristup. Liječnici obiteljske medicine (LOM) imaju najveću mogućnost prepoznati i uvažiti psihosocijalne dimenzije bolesti u usporedbi s liječnicima sekundarnog nivoa više sklonim partikularnom, biološkom pristupu. Oni su stoga ključni čimbenici u realizaciji biopsihosocijalnog pristupa koji uvažava sve tri grupe etioloških čimbenika u pojavi neke bolesti. Jedna od opcija je i upućivanje pacijenata sa somatskim bolestima na neki od psiholoških oblika liječenja.

Da bi se ispitalo kakav stav prema psihološkim metodama liječenja imaju LOM i u kojoj mjeri upućuju svoje somatske pacijente na njih, kontaktirani su zaposlenici i koncesionari Doma zdravlja Primorsko-goranske županije. U istraživanju su primijenjeni: Opći upitnik demografskih podataka, dva kratka upitnika strukturiranih za potrebe ovog istraživanja te upitnik *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form* (ATSPPH-SF).

Rezultati govore da LOM imaju pozitivne osobne stavove o psihološkim metodama liječenja, neovisno o spolu i godinama radnog staža. Usprkos tome tek ponekad somatske pacijente upućuju psihijatru ili na psihološke metode liječenja, a rijetko na grupe samopomoći. Upućivanje ne ovisi o stavovima prema psihološkim metodama liječenja i pohađanju edukacija iz psiholoških metoda liječenja, ali je u pozitivnom odnosu s godinama radnog staža. Preko 50% upućivanja psihijatru i na psihološke tretmane odnosi se na pacijente s nediferenciranim somatskim simptomima, slijede gastrointestinalne, maligne i kardiovaskularne bolesti. U grupe samopomoći liječnici najviše upućuju pacijente s malignim bolestima (30,5%), slijede gastrointestinalne, neurološke i reumatske bolesti.

Ključne riječi: Psihološka pomoć, tjelesna bolest, psihosomatska bolest, liječnik, stavovi

Summary

For centuries, the etiological considerations in medicine have been dominated by the dualism of the psychological and the physical. Engel's forty-year-old concept of biopsychosocial cause laid the foundations for a holistic approach. Yet, in the practice and educational programs of medical professionals, the biological approach actually prevails. Family physicians have the greatest opportunity to recognize and appreciate the psychosocial dimensions of the disease compared to secondary physicians more prone to a particular, biological approach. They are, therefore, key factors in the implementation of a biopsychosocial approach that takes into account all three groups of etiological factors in the occurrence of a disease. One of the options is to refer patients with somatic diseases to one of the psychological forms of treatment.

Employees and concessionaires of the Primorsko Goranska County Health Center were contacted in order to examine the attitude of family physicians towards psychological treatment methods and the extent to which they refer their somatic patients to them. The research used the General Demographic Questionnaire, two short questionnaires structured for the purposes of this research and the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help-Short Form.

The results show that LOMs have positive personal attitudes about psychological methods of treatment, regardless of gender and years of service. The frequency of referral of somatic patients to psychological treatments does not depend on attitudes towards psychological methods of treatment and attending education in psychological methods of treatment, but is in a positive relationship with years of service. Over 50% of referrals to psychiatrists and psychological treatments relate to patients with undifferentiated somatic symptoms, followed by gastrointestinal, malignant and cardiovascular diseases. Physicians mostly refer patients with malignant diseases to self-help groups (30.5%), followed by gastrointestinal, neurological and rheumatic diseases.

Keywords: Psychological help, physical illness, psychosomatic illness, family doctor, attitudes

1. UVOD

Stoljećima, medicina je razvijala teorijske koncepte o nastanku somatskih i mentalnih poremećaja, s više ili manje uspjeha, no najveći dio vremena etiološkim je promišljanjima dominirao dualizam psihološkog i tjelesnog (1). Četrdesetak godina star Engellov koncept biopsihosocijalnog uzroka, ponudio je temelje holističkom pristupu te je doživljen kao novina i postao jedan od najcitiranijih medicinskih članaka (2). U praksi i edukacijskim programima medicinskih stručnjaka prevladava biološki pristup, kako u somatskoj medicini, tako čak i u pristupu mentalnim poremećajima (3). Liječnici su tako dovedeni u dilemu, kojem se konceptu prikloniti u svojoj svakodnevnoj praksi (4). S druge strane, istraživanja su pokazala da liječnici primarne zaštite, imaju najveću mogućnost da prepoznaju i uvažavaju psihosocijalne dimenzije bolesti, u usporedbi s liječnicima sekundarnog nivoa, više sklonih partikularnom, biološkom pristupu (5,6). Stoga su, upravo, LOM ključni čimbenici u realizaciji biopsihosocijalnog pristupa koji uvažava sve tri grupe etioloških čimbenika u pojavi bolesti.

Psihološke metode liječenja raznim oblicima komunikacije olakšavaju bol i patnju ne samo u osoba s mentalnim poremećajima već i kod oboljelih od tjelesno kategoriziranih bolesti (7). Spoznaje iz nove znanosti o mozgu omogućavaju proučavanje mentalnih procesa u biološkim terminima (8). Brojne studije potvrdile su utjecaj kumulativnih biopsihosocijalnih čimbenika na pojavu i tijek bolesti (9,10,11). Modaliteti patnje pojedinca, neovisno o njenom porijeklu i tumačenju trebaju biti jedna od okosnica terapijskog plana. Tijekom procesa liječenja vrlo je važno omogućiti dostupnost stručnjaka mentalnog zdravlja, dopustiti pacijentu emocionalno nabijena proživljavanja u sigurnom psihoterapijskom ili savjetodavnom odnosu, te omogućiti ventilaciju emocija i njihovo tumačenje. Postupak zahtijeva aktivnost sudionika i vjerovanje u valjanost psihološke metode (12).

Obiteljski liječnik prva je komunikacija pacijenta sa zdravstvenim sustavom, također, i onaj tko dobiva informacije iz svih ostalih medicinskih postupaka i češće ima kontakt s pacijentom, nerijetko i njegovom cijelom obitelji. Na taj je način u prilici imati cjelovitu sliku njegovog zdravstvenog stanja te je svojim prakticiranjem sveobuhvatnog pristupa u mogućnosti premostiti dihotomiju tjelesno - psihološko. Međutim, stavovi o tome, uz prevladavajuću biološku paradigmu, uvelike su pod utjecajem nepovjerenja i stigme vezanih za mentalne teškoće i psihološke metode liječenja (5).

2. PSIHOLOŠKE METODA U LIJEČENJU SOMATSKIH BOLESTI

2.1. Povijesni pregled

Izraz emotivnog proživljavanja i ljudske patnje proputovao je kroz tumačenje pomoću prirodnih pojava, demonologije, kozmologije, mitologije, religije. Smisao postojanja, zdravlja i bolesti, besmrtnog i nevidljivog okupirao je Platona i Aristotela. U Hipokratovo doba, bolest se odnosila na promjene u anatomiji, ali i ličnosti koju poremeti miješanje četiriju tjelesna soka; krv, sluz, crna i žuta žuč. Zametak medicine krenuo je iz pogleda na čovjeka stopljenog duševno i tjelesno, no napredovanje nije teklo u tom jedinstvu i tijelo je preuzelo kompletan interes medicinara. Descartesov dualizam, o spoznaji umom ili osjetilima, provlači medicinom kartezijansku sumnju u istinito, kroz potragu za materijalnim dokazom duše (1).

U prvim dekadama 20. stoljeća pojavljuje se holističko promišljanje od strane brojnih filozofa, psihologa i liječnika te egzistiraju koncepti kao „organizam u cjelini“, „organizam u njegovoj okolini“ i „um-tijelo“. U nedoumici povezivanja tjelesnog i psihološkog, nastaje psihosomatski pokret 1930-tih na prostorima Amerike. Psihoanalitičar Franz Alexander piše o „specifičnosti nesvjesnog psihološkog sukoba“ i „logici emocija“, Helen Dunbar tumači da je tjelesna bolest podržana „specifičnom osobnošću“ i objavljuje svoje istraživanje „Emocije i tjelesne promjene“ (13,14). „Idealna suradnja u medicini podrazumijevala bi organičara koji razumije psihološke komponente bolesti, i psihijatra koji razumije organske implikacije bolesti“ (13). Neurolog Sigmund Freud doprinosi otkrićem utjecaja nesvjesnog na fiziologiju i vjeruje da će budućnost donijeti materijalne dokaze psihičkih bolesti (15).

Sredinom stoljeća, koncept stresa u medicinu uvodi endokrinolog Hans Selye koji navodi da psihološki čimbenici mogu imati značajan utjecaj na zdravlje i bolest putem oslobađanja neurotransmitera iz simpatičkog i središnjeg živčanog sustava, kao i hormona iz nadbubrežne žlijezde, hipofize i drugih endokrinih žlijezda (16). Fenomenologiju stresa komplicira različitost reaktivnosti pojedinaca izloženih istom izazivaču. Nasljednici teorije stresa, odgovore traže u teškim životnim okolnostima od najranijeg djetinjstva, akumulaciji proživljenih tegoba i posebice osobnosti. Obolijevanje, uvelike ovisi o kapacitetima za održavanje psihofizičke ravnoteže, a zahtjev liječenja odnosi se na povratak tjelesne i emocionalne stabilnosti. Istraživanja se sve više usmjeravaju prema kognitivnim mehanizmima. Zaključuje se, da osobe, koje su sposobnije suočiti se s opterećenjima, procesirati i razumjeti zbivanja, rjeđe obolijevaju od tjelesnih bolesti (17).

Sveobuhvatno gledište ponudio je američki internist, psihijatar i psihoanalitičar George Engel kroz biopsihosocijalni pristup. Isticao je važnost ravnopravnosti liječnika i pacijenta u kliničkom susretu, uz percepciju da osoba pati kao cjelina, a ne izolirani organ. Stoga je, poznavanje i procjena bioloških, psiholoških i socijalnih odrednica osobe, neophodna za proces liječenja (2). Poticao je na rušenje granica između zdravstvenog i društvenog sustava, posebice propusnost granica unutar medicinskih specijalnosti, kroz suradnu medicinu. Subjektivnost doživljavanja, okosnica je rada s pacijentom te je korištenje psiholoških metoda liječenja neophodno za zdravstvenu dobrobit.

Engelova snažna misao jednako je podržavana i kritizirana, ali desetljećima pruža bazu medicinskim istraživanjima, teoriji i praksi. Evolucija se događa i u pacijentima koji postaju sve samopouzdaniji i neovisniji, zahtijevajući visoku stručnost, pristupačnost, empatiju i razumijevanje od strane liječnika (5). Suvremeni pacijent očekuje partnerski odnos i zajedničko donošenje odluka u postizanja ciljeva liječenja i poboljšanja kvalitete života (18). U prilog tome govore i potraga za nadogradnjom biopsihosocijalnog modela, te se nude nove inačice, poput ekološkog modela, biopsihosocijalnotehničkog i biopsihosocijalno-duhovnog modela (3,19,20,21). Nastoji se sistematizirati razumijevanje pacijenta u hijerarhijski uronjene kontekste. Modeli nude tumačenja kroz društveno-kulturna zbivanja, tehnološki napredak ili duhovnu potragu za smislom i značenjem te ih povezuju s parametrima tjelesnog i mentalnog zdravlja, naglašavajući interakciju svih sustava. Nagle promjene u osuvremenjavanju biopsihosocijalnog modela, potiču i znanstvene spoznaje genetike i neurooslikavanja mozga u zdravlju i bolesti, kao i prepoznavanje terapijskih mogućnosti u korekciji mentalnih procesa.

2.2. Psihološki čimbenici u nastanku, tijeku i prognozi tjelesnih bolesti

Kod tjelesnih bolesti možemo pratiti tri grupe etioloških čimbenika: predisponirajući, precipitirajući i održavajući, odnosno ponavljajući. Predisponirajući čimbenici su oni koji su određeni naslijeđem ili ranim razvojnim procesima. Sa psihološke strane, ovamo pripadaju psihološki procesi koje možemo pratiti u prvih nekoliko godina razvoja. Oni s jedne strane djelomice određuju buduću arhitekturu mozga kroz procese stimuliranja povezanosti koji se, dokazano, odvijaju u okviru najranijeg odnosa između djeteta i majke (22). Kroz složena razrješenja frustrativnih i stresnih situacija, tijekom perioda ranog razvoja, postavlja se temelj za obrasce reagiranja u odrasloj dobi. Prema psihodinamskoj teoriji, između ostaloga, kao jedan od načina reagiranja na frustraciju i rješavanja stresnih situacija, može se razviti tzv. psihosomatski način abreagiranja. Emocije se mogu razrješavati kroz adrenergični ili kroz

holinergični sustav, što može biti podloga za razvoj cijelog niza psihosomatskih bolesti poput kardijalnih, kožnih, gastrointestinalnih, muskuloskeletnih ili plućnih (kardiovaskularna oboljenja, čir na želucu, ulcerozni kolitis, neurodermitis, psorijaza, lumbalgije, astma i sl.). Nadalje, u okviru istog teorijskog koncepta, potisnuti konflikti, iz rane razvojne dobi, mogu svojim simboličkim značenjem utjecati na pojavnost oboljenja upravo nekih ciljnih organa (Ca dojke i reproduktivnih organa) (23). Na psihološkom planu najčešći precipitirajući čimbenik je stresor kojeg osoba proživljava u određenom vremenskom periodu prije pojave oboljenja. Istraživanja su pokazala, da se kod većine oboljenja, može detektirati stresna situacija, koja je gotovo uvijek, relacijske prirode bilo da se radi o konfliktu ili separaciji. Načini prevladavanja stresa mogu biti raznoliki pri čemu je jedna od opcija i „somatiziranje“, reakcije u smislu razvoja somatskog oboljenja (24). Konačno, sama bolest, nerijetko, predstavlja stresnu situaciju za bolesnika i njegovu okolinu, bez obzira na težinu same bolesti. Osoba se mora nositi s novonastalom situacijom, koja zna crpiti sve osobne resurse oboljelog, koji mogu biti nedostatni ili ograničeni. Kada je jednom bolest zaliječena, osoba se najčešće vraća u svoje svakodnevno socijalno okruženje koje opet može biti izvor frustracija koje su ranije predstavljale i precipitirajuće čimbenike (9,25).

Može se reći, da na svakom koraku, tijekom razvoja, liječenja i zalječenja ili izlječenja neke somatske bolesti, moramo imati na umu da psihološki čimbenici igraju veliku ulogu i da će o njima uvelike ovisiti ishod liječenja postupaka. Stoga primjena psiholoških metoda, od onih površnih, poput savjetovanja, socioterapijskih intervencija i edukacije, do složenih, poput psihoterapijskog pristupa i psihoterapije, itekako imaju svoje mjesto.

2.3. Uloga psiholoških metoda u liječenju somatskih bolesti

Proučavanje promjena psihičkog stanja bolesnika, koji su suočeni s ozbiljnom bolešću ili terapijskim zahvatom, približava psihijatriju somatskoj medicini. Zanimanje za ova dodirna područja buja i u kliničkoj praksi i u znanstvenim istraživanjima. U svakodnevnom radu sa somatskim pacijentima, ponekad je teško utvrditi prioritete i obuhvatiti kompleksnu simptomatiku, posebice, porijeklo simptoma. Komunikacija i razumijevanje pacijenta može se koristiti kao jedan od najvažnijih dijagnostičkih instrumenata i bazom terapijskog plana (26).

Ispravno provođenje psiholoških metoda, mora zadovoljiti osnovne kriterije kako bi se omogućila djelotvornost. Tijekom provođenja, trebala bi se održati dostupnost stručnjaka mentalnog zdravlja u dogovoreno vrijeme, dopustiti pacijentu emocionalno nabijena proživljavanja u sigurnom odnosu te omogućiti ventilaciju emocija i njihovo tumačenje.

Postupak zahtijeva aktivnost sudionika i vjerovanje u valjanost psihološke metode (12,27). Savjetovanja, različite individualne i grupne psihoterapijske tehnike, socioterapijske tehnike, psihoedukacijske intervencije, postupci upravljanja stresom, mogu značajno utjecati na tijek i ishod bolesti. Karakteristike osobnosti, stilovi suočavanja, obrambeni mehanizmi, subjektivna iskustva, emocionalne i bihevioralne reakcije na bolest, kroz terapijski savez i psihološku edukaciju i psihoterapiju, mogu biti ojačani i modulirani da smanjuju bolest i pozitivno promiču zdravlje.

Potreba za biopsihosocijalnim pristupom podržana je i od strane pacijenata kroz zahtjeve kompleksne skrbi, obzirom da su medicinske informacije sve dostupnije, a time i inicijativa za uključivanjem dostupnih metoda liječenja. Oprez postoji pri uključivanju psiholoških intervencija, obzirom da se tretmani povezuju sa stigmom psihijatrijske bolesti (28). Suvremeni psihološki pristup podržan je i putem neuroznanstvenih istraživanja koja pružaju mogućnost mjerenja odgovora na terapijske intervencije (29).

Polazeći od svjesne i nesvjesne obrade informacija, psihološki tretmani mogu pomoći osobi da prepozna razliku između tjelesnih osjeta i mentalnih sadržaja te ih kroz terapiju integrira u funkcionalan obrazac. Terapijski odnos sigurna je baza koja omogućuje korektivno emocionalno iskustvo i postiže regulacija izražavanja emocija i stjecanje svijesti o svojim reakcijama. Zadatak je, empatijskim pristupom, kroz naraciju i odnos, poticati samorefleksije, afektivno prepoznavanje i mentalizaciju. Mentalne sheme nastale iskustvom emocija i razumijevanja, kroz refleksiju s terapeutom u sadašnjem trenutku, mogu zamijeniti disfunkcionalne obrasce te razviti psihološku fleksibilnost i samoregulaciju. Psihološke metode terapijskim čimbenicima olakšavaju samoistraživanje, identifikaciju psiholoških sadržaja te jačaju sposobnost adaptacije na trenutna događanja. Integracija pozitivnih terapijskih iskustava umanjuje emocionalnu patnju i potiče rast i razvoj osobnosti. Primjerice, kratka psihodinamska psihoterapija kroz individualni program može korigirati suočavanje s tjelesnom bolešću i omogućiti emocionalnu prilagodbu te time utjecati na brži oporavak (30).

Literaturni podaci uglavnom se odnose na upotrebu psiholoških metoda u liječenju somatskih bolesti kroz prikaze pojedinih slučajeva ili opisane teorije unutar pojedinog psihoterapijskog pravca (23,24,25,31,32,33,34). Nerijetko osobe sa zajedničkom zdravstvenom problematikom podršku traže u grupama samopomoći ili udrugama koje su načelno volonterske (35). Primjerice, najstarija udruga, Liga protiv raka, djeluje od 1966. godine, a tek u veljači 2021. godine, pri riječkom KBC-u, osnovana je prva Koordinacija za bolesnike i udruge bolesnika u Hrvatskoj (36,37). Upućivanje pacijenata u takve grupe najčešće je motivirano nastojanjem da se bolesnici bolje nose sa spoznajom o potencijalno neizlječivom ili smrtnom

oboljenju. Obilježava ih dinamika temeljena na podršci i osnaživanju kroz društvenu razmjenu (38). Terapijsko djelovanje odvija se kroz emocionalnu i iskustvenu razmjenu, savjetovanje i pomoć vezanu uz oboljenje i širu životnu problematiku (39).

Meta-analize, koje grupiraju vrste psiholoških tretmana, ukazuju da oni s dužim trajanjem imaju intenzivniji učinak na dobrobit kako psihijatrijskih tako i somatskih poremećaja (7). Vrijednost se procjenjuje kroz ublažavanje doživljaja patnje, anksioznosti, depresije te intenziteta somatskih tegoba (40). Dugotrajno praćenje somatskih pacijenata, liječenih kognitivno bihevioralnom terapijom u grupnom tretmanu, utvrdilo je značajne promjene u socijalnoj prilagodbi, pozitivnom učinku na somatske simptome i ublažavanje psihijatrijskih simptoma (41). Primjerice, potvrđen je utjecaj psihološke intervencije na optimizaciju imunološke funkcije, čak i utjecaj na poboljšano cijeljenje opekotina, kirurških rana, prijeloma i ulkusnih rana (11,34,42). Psihološke intervencije imale su značajan učinak na oporavak u akutnom koronarnom sindromu djelujući na anksioznost, depresiju i prihvaćanje bolesti (10).

2.4. Spoznaje novijih neuroznanstvenih istraživanja podupiru biopsihosocijalnu paradigmu

Uvidi iz nove znanosti o umu, omogućuju proučavanje mentalnih procesa u biološkim terminima (43). Ulazi se ispod površine mentalnog života i ispituje kako su svjesna i nesvjesna iskustva povezana, posebice ispituju svijest kroz njenu „ulogu s drugim“.

Primitivni dio mozga, limbički sustav s memorijom amigdala, reaktivan je na signale i odgovoran za središnju regulaciju osjećaja koji u višim kortikalnim strukturama dobivaju svoje značenje, čime se otvara mogućnost subjektivnih narativnih prikaza. Informacije i percepcije dopijevaju do struktura mozga te mijenjaju procese u neuronskim krugovima, a time doživljavanje i ponašanje, što se reflektira na različite načine u somatskim procesima (8). Istraženi su i utjecaji različitih emocionalnih izazivača koji povećavaju regionalne moždane aktivnosti, a time i tjelesne senzacije kojima osobe pripisuju emocionalno značenje (44). Različita preopterećujuća životna stanja vrše promjene na alostatskoj ravnoteži organizma uz odgovor autoimunog živčanog sustava na svjesno i nesvjesno procesirane adaptivne potrebe. Istraživanja koja govore u prilog neurobiologiji emocija, otkrivaju da amigdala kroz veze s drugim moždanim područjima, regulira emocije izravnim i neizravnim putem. Izravni put procesira emocije nesvjesno, a neizravni kroz moždanu koru i insulu pridonosi svjesnoj obradi podražaja (45). Traumatska iskustva, tijekom ranog razvoja, onemogućavaju integraciju ta dva puta, što rezultira osobnošću koja dominantno rasterećuje stresne podražaje direktnim putem

kroz tjelesne senzacije bez svjesne spoznaje. Taj proces, bazično je neurofiziološka, ali i mentalna disocijacija, koja leži u osnovi psihosomatskih bolesti (29, 46).

Klinički, značenje stresa prikazuje se kroz pojavu mentalnih i tjelesnih simptoma posredovanih neuroendokrinim, autoimunim, metaboličkim i imunološkim odgovorima pojedinaca na biološko, psihološko, socijalno ili kombinirano preopterećenje (11,47). To nas upućuje da stanju pacijenta treba pristupiti s uzročno-posljedičnim vezama i u korelaciji psihičko tjelesno, obuhvaćajući trenutni status, individualni povijesni spektar, osobne kapacitete, poimanja i doživljavanja osobe te socijalnu sredinu. Isključivanje pojedinih komponenti, blokirajuće je za cjelovitu skrb i mogućnosti liječenja koje pružaju dostupne kliničke metode (48). Brojne studije potvrdile su utjecaj kumulativnih biopsihosocijalnih čimbenika na pojavu i tijek bolesti (36). Stoga validan pristup zdravlju počinje od prevencije kroz liječenje, oporavak od bolesti i održavanje zdravlja. Kapacitete koje dobivamo rođenjem preoblikuju se i nadograđuju kroz odnose s primarnim objektima, roditeljima, i šire u paletu socijalnih interakcija koje poprimaju medicinsku važnost, pri pojavi bolesti. Međuljudska komunikaciju osvjetljena je i otkrićem zrcalnih neurona reaktivnih na izražavanje drugog. Prepoznavanje psihičkih i socijalnih utjecaja na zdravlje i tjelesne bolesti, omogućuje i korekciju njihovih utjecaja kroz individualno liječenje (49). Studija o neuroanatomskim korelatima, vanjskih i iznutra generiranih ljudskih emocija, u laboratoriju naglašava važnost proučavanja interakcija između emocija i različitih tipova emocionalnih izazivača, uključujući jednostavne i složene eksteroreceptivne senzorne podražaje, interceptivne senzorne podražaje i senzorno neovisne kognitivne podražaje (42). Rezultati neuroslikovnih studija pokazali su da različite vrste ljudskih iskustava, traumatskih ili terapijskih, imaju mjerljive utjecaje na funkciju mozga (8,45). Primjerice, individualna genska predispozicija ili traumatske situacije mogu kroz promjenu genske ekspresije dovesti do deficita u ponašanju, pamćenju ili do promijenjene emocionalne percepcije. Psihoterapija može modificirati neuronske veze mozga u okviru njegove plastičnosti, kao što je dokazano otkrićem sinaptogeneze kao odgovora na učenje, te je stoga možemo smatrati ne samo psihološkim nego i biopsihosocijalnim oblikom liječenja (50). Praćenje funkcionalnosti mozga, prikazalo je aktivnosti pri prepoznavanju objekata, promatranju akcije, afektivnom proživljavanju te mogućnost promjena kodiranih informacija kroz usmjerenu pažnju i averzivno učenje. Kod medicinski neobjašnjivih simptoma, empirijski dokazi govore da nepostojanja fiziološke disfunkcije ne isključuje postojanje simptoma kao doživljaja jer je mozak godinama pristrano kodiran. Ti pojedinci ne razlikuju negativno afektivno stanje od senzacija koje donose fiziološke disfunkcije. Primjerice, pojačani afektivni odgovor na somatsku stimulaciju, putem mehanizma očekivanja, donosi opise intenziviranja

tjelesnih simptoma, posebice kod osoba koje teško prepoznaju osjećaje što se označava aleksitimijom (51).

Utjecaj psihosocijalnih intervencija proučavan je kroz promjene u imunološkom sustavu mjerenjem imunoloških markera. Psihosocijalne intervencije uključivale su terapije temeljene na osvješćivanju kroz verbalnu komunikaciju s terapeutom. Utvrđeno je smanjenje protuupalnih citokina i povećan broj imunoloških stanica putem neurotransmitterske podloge emocija (31). Organizam dugotrajno opterećen protuupalnim citokinima, može reagirati trajnim promjenama u funkciji i ponašanju neurotransmitera. Sugeriran je utjecaj psihosocijalne intervencije na korekciju i smanjenje patogenih mehanizama koji podržavaju bolest kroz spoznaju i promjene u ponašanju (32).

Saznanja su u procesu kliničke implementacije. Također je to pristup koji povezuje znanost i humanizam u širokom spektru personaliziranih mogućnosti i omogućuje integraciju medicinskih, psiholoških i socijalnih intervencija (52).

2.5. Uloga liječnika obiteljske medicine u biopsihosocijalnom pristupu tjelesnim bolestima

Kvaliteta skrbi za pacijenta ovisi o organizaciji zdravstvenog sustava, društvenim prilikama, o osobitostima korisnika, ali i o osjetljivosti i suočavanju zdravstvenih djelatnika s osobnim ili pacijentovim mentalnim teškoćama (53).

Obiteljski liječnik, spona je pacijenta sa zdravstvenim sustavom i svojim prakticiranjem sveobuhvatnog pristupa u mogućnosti je premostiti dihotomiju tjelesno-psihološko. To mu omogućava dugotrajno praćenje pojedinog pacijenta i njegove obitelji, upućenost u mogućnosti psiholoških metoda i uključivanja suradnih djelatnika, kako bi se pogodovalo procesu liječenja. Izobrazba liječnika daje informacije koje bi trebale koristiti liječnicima u razumijevanju važnosti psihološke komponente u liječenju somatskih bolesti. Međutim stavovi o tome uvelike su pod utjecajem nepovjerenja i stigme vezanih za mentalne teškoće i poremećaje te psihološke metode liječenja (28).

Unatoč prihvaćanju biopsihosocijalnog pristupa, usmjerenosti na pojedinca te uključivanje pacijenta u liječenje, u praktičnom radu koristi se najčešće biološki model. Kao razlog se navodi nedostatak vremena, također, i organizacija zdravstvene skrbi koja uspješnost analizira kroz biomedicinske markere, kliničke inovacije i financijski dobitak (4). Primjena psiholoških metoda u kliničkom radu obiteljskog liječnika, moguća je kroz kvalitetan dijadni odnos jer pri svakom susretu i najmanja doza empatije može terapijski djelovati ili bar inicijativno, kao

impuls za uključivanje drugih intervencija iz psihološkog spektra (32). Liječnici koji posjeduju bolje komunikacijske vještine i empatiju, u stanju su ranije otkriti problem, pružiti kvalitetniju podršku i značajno utjecati na medicinske ishode. Iz pozicije pacijenata većina pritužbi nije vezana uz medicinske kompetencije liječnika, već pritužbe vezane uz komunikaciju i odnos medicinskog osoblja (18).

Studije pokazuju da liječnici opće prakse smatraju da je suradnja sa stručnjacima mentalnog zdravlja neophodna za većinu pacijenata, no samostalno ne provode psihološke intervencije, a upućivanja na tretmane su izuzetno rijetka (5). Primjena biopsihosocijalnog pristupa bila bi moguća kroz rasterećenje liječnika obiteljske medicine u timu primarne zdravstvene zaštite pomoću suradnih djelatnika. Povećanjem broja medicinskih sestara i uključivanje stručnjaka mentalnog zdravlja u tim obiteljske medicine otvorilo bi vremenski prostor za rad s pacijentima. Također se ističe želja za boljom suradnjom sa psiholozima i ostalim stručnjacima mentalnog zdravlja (52).

Osobni stav prema psihološkim zahvatima kao i prema eventualnim vlastitim psihičkim opterećenjima, bez obzira na edukaciju, može odrediti uporabu i preporuku takvih intervencija (53). Studije ukazuju da stavovi liječnika utječu na njihove strategije, ali i na prijemljivost ciljnih pacijenata. Primjerice, stavovi i uvjerenja liječnika prema pušačima, utjecali su na razumijevanje teškoća u njihovih pacijenata, ali i određivanje tretmana i ishod liječenja (54).

Značajno je napomenuti, da i među samim stručnjacima mentalnog zdravlja, postoji otpor u prihvaćanju psiholoških tegoba posebice jer smatraju da moraju biti emocionalno otporni (55). Stoga je, bolja edukacija i promjena kulture zdravstvenih sustava, jedna od mogućnosti destigmatizacije mentalnih poremećaja. Istraživanja pokazuju da suradničke prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pozitivno utječu na kvalitetu pružanja usluga iz područja mentalnog zdravlja (56). Ograničenja dolaze i sa sekundarnog nivoa zdravstva, te istraživanja unutar kliničkih centara ukazuju da iako brojni bolnički pacijenti pokazuju znakove ozlijeđenog psihičkog zdravlja, rijetko se preuzima odgovornost za uključivanje intervencija usmjerenih mentalnom zdravlju (17,6). To nas upućuje na propuste u komunikaciji i neadekvatnu interakciju unutar sustava skrbi. Ipak pokazalo se da su LOM uvelike svjesni i osjetljivi na psihološke probleme svojih pacijenata (57). Vođenje pacijenta, uključivanje obitelji u podršku i trijaža prema bolničkom sustavu, zahtijevaju pored medicinskih kompetencija i visoke psihološke vještine. Liječnici navode da gotovo 70% posjeta obiteljskoj medicini, zahtijeva psihološku skrb. Intervencije provode u vidu emocionalne podrške i savjetovanja, no ističu nedostatak formalne obuke (4).

Preporuka je svjetske zdravstvene organizacije da se mentalno zdravlje integrira u primarnu zdravstvenu zaštitu. Postojeće razvijene prakse pokazuju brojne prednosti poput vjerojatnosti pozitivnih ishoda, smanjenje recidiva i porast kvalitete života. No, preduvjet za postizanje rezultata su dostatni ljudski, vremenski i financijski resursi te povezanost s višim razinama skrbi i institucijama (58).

3. CILJEVI I HIPOTEZE

Ciljevi:

1. Ispitati osobne stavove LOM na spremnost traženja psihološke pomoći.
2. Utvrditi koliko često LOM upućuju svoje pacijente koji boluju od somatskih bolesti na psihološke intervencije.
3. Analizirati odnos osobne spremnost LOM na traženje psihološke pomoći i učestalost upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima na psihološke intervencije.
4. Utvrditi radi kojih somatskih bolesti LOM najčešće upućuju pacijente na psihološke intervencije.

Hipoteze:

1. LOM imaju pozitivne stavove o traženju psihološke pomoći.
2. LOM rijetko upućuju svoje pacijente koji boluju od somatskih bolesti na psihološke intervencije.
3. Osobna spremnost LOM na korištenje psihološke metode liječenja upravno je proporcionalna upućivanju pacijenata koji boluju od somatskih bolesti na psihološke intervencije.
4. LOM najčešće upućuju na psihološke intervencije pacijente s malignim bolestima.

4. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE

4.1. Ispitanici i postupak

Ispitanici u ovom istraživanju su liječnici obiteljske medicine, zaposlenici i koncesionari Doma zdravlja Primorsko-goranske županije. Podaci o broju liječnika preuzeti su sa službene internetske stranice Doma zdravlja PGŽ.

Podaci o timovima obiteljske medicine Doma zdravlja PGŽ nalaze se u popisu kontakata, ukupno njih 74. U 12 timova zaposlena su po dva liječnika, također dva su tima bez imenovanog službenog nositelja tima, što čini broj od 84 ispitanika. Popis 91 liječnika obiteljske medicine koncesionara Doma zdravlja PGŽ s pripadajućim kontaktima dostupan je slobodnim preuzimanjem na stranicama. Obzirom da je isključen liječnik autora istraživanja zbog profesionalne suradnje, konačan broj potencijalnih ispitanika iznosio je 164.

Presječno eksperimentalno istraživanje provedeno je u razdoblju od 12.04. do 12.05.2022. godine putem internetskog anketnog upitnika platformom Google Forms. Vrijeme potrebno za popunjavanje svih stavki ankete bilo je prosječno 8 minuta.

Upitnik s osnovnim podacima, informiranim pristankom i anketnim skalama dostavljen je putem elektroničke pošte na 164 adrese liječnika obiteljske medicine, zaposlenika i koncesionara Doma zdravlja PGŽ. Popunjene ankete kroz 10 dana dostavilo je 29 ispitanika. Liječnicima koji nisu ispunili upitnik kroz tih 10 dana, poslan je podsjetnik. Nakon povratne informacije o neuočavanju ankete zbog preopterećenosti poslom nakon 7 dana ponovo je upućen mail s molbom za sudjelovanje u istraživanju i anketnim upitnikom. Anketu je u drugom krugu ispunilo 22 ispitanika. Nakon 5 dana telefonskim razgovorom kontaktirali su se preostali dostupni ispitanici, njih 42 te je zamoljeno za suradnju. 7 ispitanika odbilo je suradnju u telefonskom razgovoru, s obrazloženjem da nemaju vremena posvetiti se dodatnom sadržaju u radu. Ostavljen je prostor od 8 dana nakon telefonskog razgovora tijekom kojeg je anketu ispunilo 20 ispitanika. Potom je istraživanje zatvoreno. U konačnici dobiven je 71 ispunjeni upitnik što čini 43,3 % planirane skupine.

4.2. Primijenjeni instrumentarij

U svrhu dobivanja osnovnih demografskih podataka za potrebe ovog istraživanja strukturiran je Opći upitnik koji se sastoji od sedam pitanja o spolu, godinama staža, edukaciji o psihološkoj tehnici te upućivanju somatskih pacijenata na psihološke metode liječenja.

Zavisna varijabla, učestalost upućivanja zbrinjavanih pacijenata koji boluju od somatske bolesti na psihološke tretmane, utvrđena je odgovorima na tri postavljena pitanja likertovog tipa od 0 do 4: Koliko često upućujete somatske pacijente; psihijatru / na psihološki tretman / u grupe samopomoći. Operacionalizirana je kroz četiri obilježja: stalno, često, ponekad, rijetko, nikada. Podaci za nominalnu varijablu, vrste bolesti radi kojih LOM najčešće upućuje na psihološke intervencije dobivena je otvorenim pitanjima. Operacionalizirana je pomoću tri pitanja koja zahtijevaju tri navoda bolesti. Pitanja su: Radi kojih ste somatskih bolesti pacijenta uputili psihijatru / na psihološki tretman / u grupe samopomoći.

Za ispitivanje stavova o traženju stručne psihološke pomoći, upotrijebljena je ordinalna skala ATSPPH-SF, standardizirana psihometrijska skala stavova o traženju stručne psihološke pomoći. Dostupna je slobodnim preuzimanjem s internetske stranice, uz navođenje, i sastoji se od deset pitanja (59). Skala je višekratno korištena na hrvatskom jeziku, također je ponovo prevedena za potrebe ovog istraživanja i uspoređena s postojećim prijevodom (60,61). Skala je upotrijebljena za mjerenje nezavisne varijable subjektivnih stavova liječnika o traženju psihološke pomoći, a operacionalizirana je kroz tri faktora: otvorenost traženja stručne pomoći, vrijednost traženja stručne pomoći i osobne konfrontacije. Mjerna ljestvica sastoji se od 10 stavki likertove skale u rasponu 0 = „Ne slažem se“ do 3 = „Slažem se“. Maksimalan broj bodova je 30, a pozitivniji rezultat ukazuje na manje otpora. Skala pokazuje unutarnju pouzdanost u rasponu od 0,82 do 0,84 (59).

4.3. Statistička obrada podataka

Za obradu podataka dobivenih istraživanjem upotrijebljen je računalni program SPSS 21 (IBM Corp.).

Odnos osobne spremnosti LOM na korištenje psihološke metode liječenja i učestalost upućivanja pacijenta sa somatskim bolestima na psihološke intervencije, analiziran je ANOVA testom. Odnos stavova obzirom na spol, dob i edukaciju, iz psiholoških metoda liječenja, obrađen je t-testom. Odnos stavova obzirom na duljinu radnog staža, obrađen je analizom varijance.

Za nominalnu varijablu, vrsta bolesti radi kojih LOM najčešće upućuju na psihološke intervencije, odgovori su prikazani unutar deskriptivne statističke analize i prikazani su brojčano i u postocima.

Kod deskriptivne statistike, za svaku varijablu, utvrđena je aritmetička sredina i standardna devijacija ili medijan i pripadajuće mjere raspršenja, ovisno o raspodjeli dobivenih rezultata, te su računati odgovarajući parametrijski ili neparametrijski testovi.

4.4. Etički aspekti istraživanja

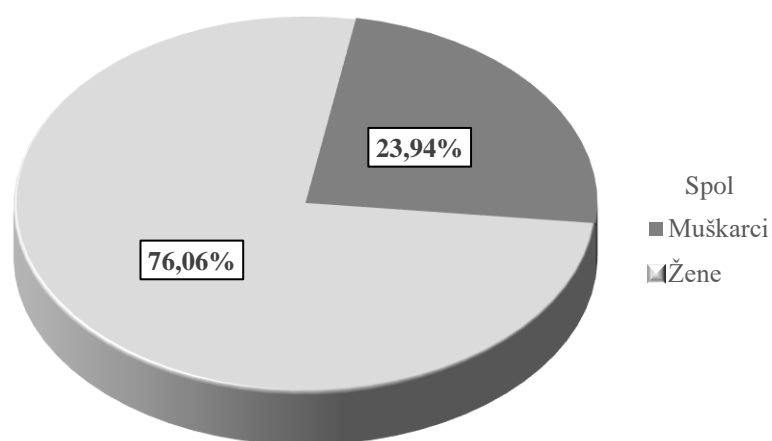
Provođenje istraživanja prema etičkom standardu, nadzirao je mentor ovog rada, što je potvrdio potpisanim dokumentom: Izjava mentora o etičnosti istraživanja. Osobita pažnja posvećena je zaštiti dobivenih podataka, obzirom da je istraživanje tematikom ulazilo u vrlo intimna područja osobnosti. Imperativ je postavljen na zaštitu profesionalnog statusa LOM-a. Pristup informacijama dostupan je bio autoru i mentoru ovog rada.

Ispitanici su odabrani primarno prema svrsi istraživanja uz apsolutno isključenje privatnih ili profesionalnih odnosa.

Osobni podaci prikupljeni su u skladu s etičkim principima, te se istraživač pridržavao procedure za zaštitu osobnih podataka. Nositelj istraživanja podliježe pravnoj i krivičnoj odgovornosti u slučaju povrede etičkog kodeksa.

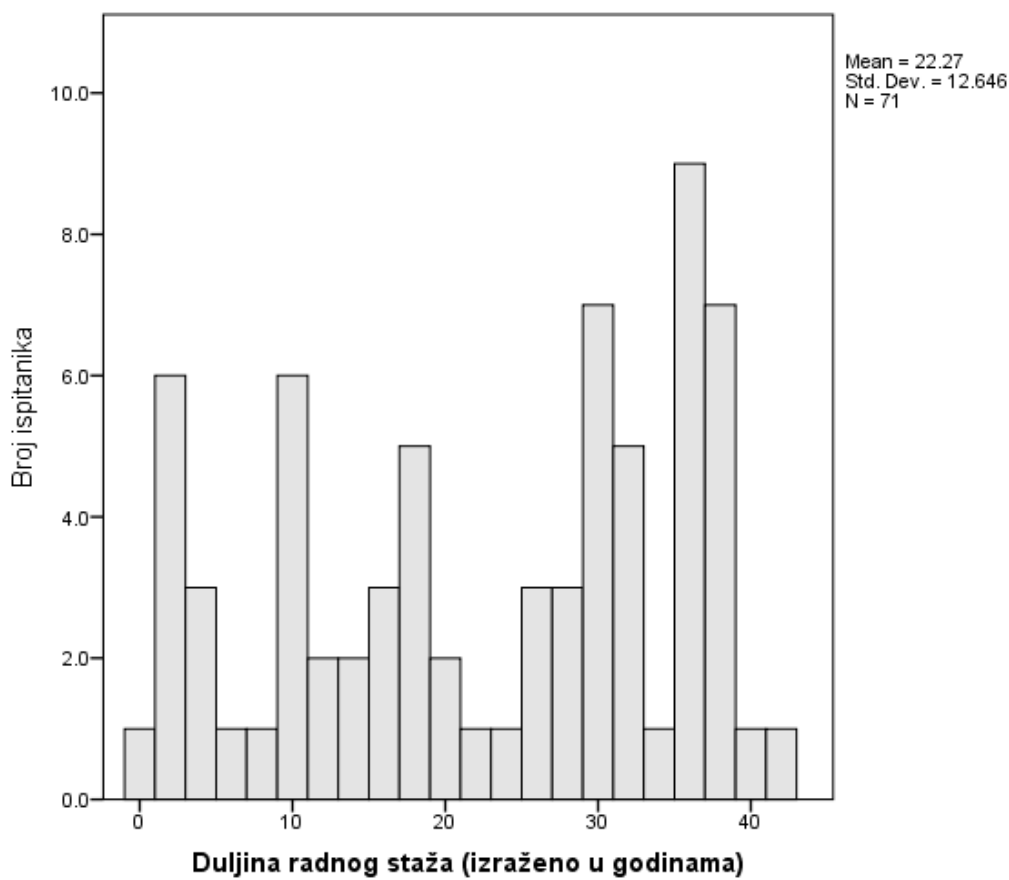
5. REZULTATI

U istraživanju je ukupno sudjelovao 71 liječnik opće medicine, od čega 17 muškaraca (23,9%) i 54 žene (76,1%), s rasponom duljine radnog staža od 0 do 42 godine. Proveden je Kolmogorov - Smirnov test normalnosti distribucije koji je pokazao da su zadovoljeni uvjeti za provedbu parametrijske obrade podataka (Slika 1).



Slika 1. Prikaz raspodjele ispitanika obzirom na spol

Slijede podaci o duljini radnog staža izraženi u godinama (Slika 2).

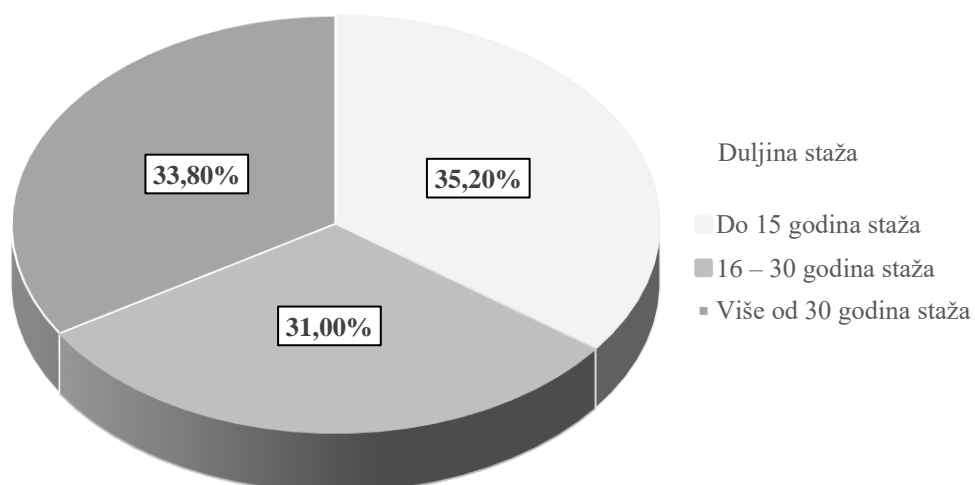


Slika 2. Broj ispitanika obzirom na duljinu radnog staža

Ispitanici u ovom istraživanju su podijeljeni u tri grupe obzirom na duljinu radnog staža: do 15 godina staža, od 16 do 30 godina staža i više od 30 godina staža (Tablica 1, Slika 3).

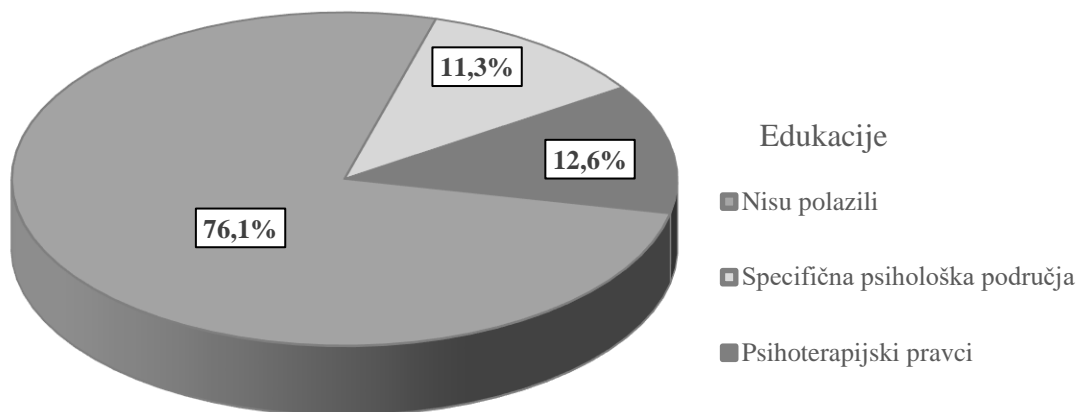
Tablica 1: Raspodjela ispitanika prema duljini radnog staža

Duljina staža	n (%)
Do 15 godina staža	25 (35,2%)
16 – 30 godina staža	22 (31,0 %)
Više od 30 godina staža	24 (33,8%)



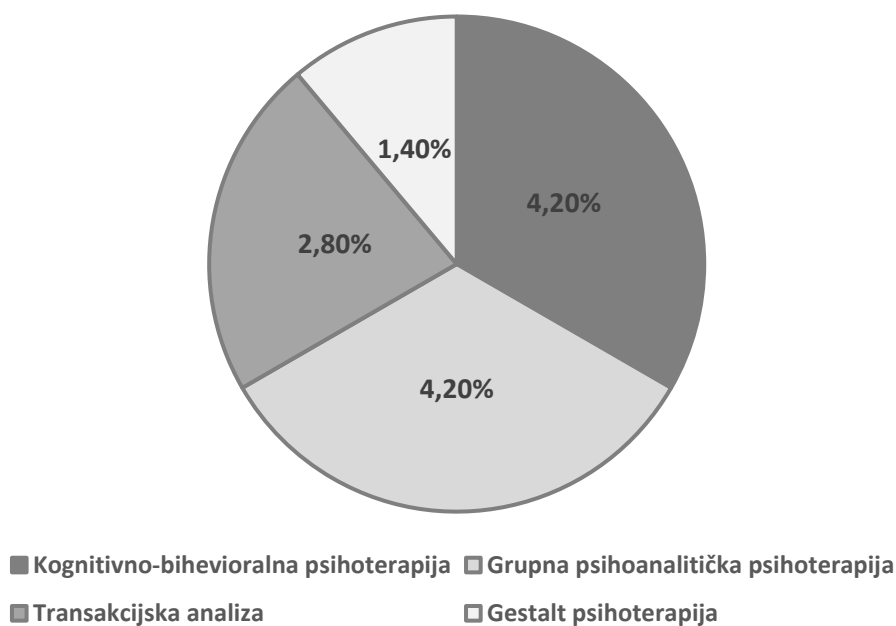
Slika 3. Prikaz ispitanika prema duljini radnog staža

Edukacije iz psiholoških metoda liječenja pohađalo je 17 (23,9%) ispitanika, 54 (76,1%) ispitanika nije pohađalo edukaciju iz psiholoških metoda liječenja. Od onih koji su pohađali, 8 (12,6%) posjeduje edukacije iz nekog od psihoterapijskih pravaca. Prikaz ispitanika prema navedenom moguće je vidjeti na slici 4.



Slika 4: Prikaz ispitanika prema edukaciji iz psiholoških metoda liječenja

Od 17 liječnika koji posjeduju dodatne edukacije 3 su završili kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju, 3 grupnu psihoanalitičku psihoterapiju, 2 transakcijsku analizu, jedan liječnik gestalt psihoterapiju. Na slici 5. moguće je vidjeti prikaz edukacija iz psihoterapijskih pravca. Ostali liječnici prošli su edukacije za pojedina psihološka područja, poput edukacije za klub liječenih alkoholičara, liječenje depresivnih poremećaja i razne vrste psihološkog savjetovanja.



Slika 5: Edukacije iz psihoterapijskih pravaca

ATSPPH-SF skalu stavova o traženju stručne psihološke pomoći ispitanici su ispunili sa 100% odgovora. Rezultati su pokazali pozitivan stav prema traženju psihološke pomoći ($X=22,99$; $SD=4,03$). Podaci cijelog uzorka su prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Prikaz dobivenih rezultata čestica ATSPPH-SF skale cijelog uzorka s aritmetičkim sredinama i standardnim devijacijama

	0	1	2	3	M	SD
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Kad bih vjerovao da imam psihički slom, moja bi prva sklonost bila dobiti stručnu pažnju						
ATSPPH_1	0 (0,0)	1 (1,4)	22 (31,0)	48 (67,6)	2,66	0,51
Ideja razgovaranja o problemima s psihologom čini mi se lošim načinom uklanjanja emocionalnih sukoba						
ATSPPH_2	52 (73,2)	7 (9,9)	5 (7,0)	7 (9,9)	0,54	1,00
Da u ovoj fazi svog života doživljavam ozbiljnu emocionalnu krizu, bio bih uvjeren da bih olakšanje mogao pronaći u psihoterapiji						
ATSPPH_3	2 (2,8)	4 (5,6)	25 (35,2)	40 (56,3)	2,45	0,73
Postoji nešto vrijedno divljenja u stavu osobe koja je spremna nositi se sa svojim sukobima i strahovima bez pribjegavanja stručnoj pomoći						
ATSPPH_4	23 (32,4)	17 (23,9)	25 (35,2)	6 (8,5)	1,20	0,99
Da sam duže vrijeme zabrinut ili uznemiren, želio bih dobiti psihološku pomoć						
ATSPPH_5	1 (1,4)	2 (2,8)	22 (31,0)	46 (64,8)	2,59	0,62

Možda bih u budućnosti želio ići na psihološko savjetovanje

ATSPPH_6	9 (12,7)	8 (11,3)	27 (38,0)	27 (38,0)	2,01	1,01
Osoba s emocionalnim problemom vjerojatno ga neće riješiti sama; on ili ona vjerojatno će ga riješiti uz stručnu pomoć						
ATSPPH_7	2 (2,8)	7 (9,9)	43 (60,6)	19 (26,8)	2,11	0,69
Uzimajući u obzir potrebno vrijeme i trošak psihoterapije, bila bi od upitne koristi osobi poput mene						
ATSPPH_8	33 (46,5)	18 (25,4)	16 (22,5)	4 (5,6)	0,87	0,96
Osoba treba riješiti vlastite probleme; traženje psihološkog savjetovanja bilo bi posljednja mogućnost						
ATSPPH_9	46 (64,6)	16 (22,5)	8 (11,3)	1 (1,4)	0,49	0,75
Osobne i emocionalne tegobe, kao i mnoge stvari, obično se rješavaju same od sebe						
ATSPPH_10	36 (50,7)	17 (23,9)	18 (25,4)	0 (0,0)	0,75	0,84

Rezultati su pokazali da je tijekom svog radnog vijeka 91,5% liječnika uputila svog somatskog pacijenta psihijatru, 67,6% na psihološke tretmane, a 32,4% u grupe samopomoći (Tablica 3).

Tablica 3: Upućivanje na psihološke metode liječenja tijekom radnog staža ikada

Upućivanje psihijatru ikada	n (%)
Da	65 (91,5%)
Ne	6 (8,5%)
Upućivanje na psihološki tretman ikada	n (%)
Da	48 (67,6%)
Ne	23 (32,4%)

Upućivanje u grupe samopomoći ikada	n (%)
Da	23 (32,4%)
Ne	48 (67,6%)

Frekvencija učestalosti slanja somatskih pacijenata psihijatru, na psihološke tretmane ili grupe samopomoći, prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4. Prikaz frekvencije odgovora, aritmetičkih sredina i standardnih devijacija učestalosti upućivanja psihijatru, na psihološke tretmane i u grupe samopomoći

	Nikada 0 N (%)	Rijetko 1 N (%)	Ponekad 2 N (%)	Često 3 N (%)	Stalno 4 N (%)	M	SD
Koliko često upućujete somatske pacijente psihijatru?	5 (7,0)	18 (25,4)	38 (53,5)	8 (11,3)	2 (2,8)	2,77	0,85
Koliko često upućujete somatske pacijente na neki od psiholoških tretmana?	10 (14,1)	21 (29,6)	31 (43,6)	8 (11,3)	1 (1,4)	2,56	0,92
Koliko često upućujete somatske pacijente u grupe samopomoći?	31 (43,7)	17 (23,9)	21 (29,6)	1 (1,4)	1 (1,4)	1,93	0,96

Učestalost upućivanja somatskih pacijenata psihijatru prikazana je aritmetičkom sredinom 2,77 što znači da somatske pacijente ponekad upućuju psihijatru. Učestalost upućivanja somatskih pacijenata na psihološke metode liječenja, prikazana je aritmetičkom sredinom 2,56 što govori da LOM ponekad pacijente upućuju na psihološke metode liječenja. Učestalost upućivanja somatskih pacijenata u grupe samopomoći prikazana je aritmetičkom sredinom 1,93 što govori da LOM rijetko pacijente upućuju u grupe samopomoći.

Provedena je analiza upućivanja psihijatru, na psihološke tretmane i u grupe samopomoći s obzirom na stavove LOM o traženju stručne psihološke pomoći. Rezultati su prikazani u Tablici 5.

Tablica 5. Upućivanje somatskih pacijenata psihijatru, na psihološke tretmane i u grupe samopomoći obzirom na stavove liječnika o traženju stručne psihološke pomoći

Varijable	Stavovi o traženju stručne psihološke pomoći			
	n	X	SD	r/p
Upućivanje psihijatru ikada				
Da	65	23,09	3,96	r=0,012, p>0,05
Ne	6	21,83	5,04	
Upućivanje na psihološki tretman ikada				
	n	M	IQR	
Da	48	25	6,75	r=-0,025, p>0,05
Ne	23	22	4,00	
Upućivanje u grupe samopomoći ikada				
		X	SD	
Da	23	23,57	4,17	r=0,003, p>0,05
Ne	48	22,71	3,98	

Rezultati t-testa su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima psihijatru, s obzirom na stavove LOM-a o traženju stručne psihološke pomoći ($t=0,73$, $df=69$, $p>0,05$). Nije dobivena statistički značajna korelacija između učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru i stavova liječnika opće medicine, o traženju stručne psihološke pomoći ($r=0,012$, $p>0,05$).

Obzirom na raspodjelu podataka, za daljnju analizu korišten je Test sume rangova, odnosno Mann-Whitney U test. Rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima na neki od psiholoških tretmana, obzirom na stavove liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći ($z=-1,84$, $p>0,05$). Iako je dobiveni rezultat blizu razine statističke značajnosti te je vidljiva tendencija da liječnici koji upućuju pacijente na psihološki tretman, imaju pozitivnije stavove o traženju stručne psihološke pomoći ($r=-0,025$, $p>0,05$).

Provedbom t-testa, dobiveno je da ne postoji statistički značajna razlika upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima u grupe samopomoći obzirom na stavove liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći ($t=0,84$, $df=69$, $p>0,05$). Nije dobivena statistički značajna korelacija između upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti u grupe samopomoći i stavova liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći ($r=0,003$, $p>0,05$).

Tablica 6. Prikaz povezanosti učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana i u grupe samopomoći sa stavovima o traženju stručne psihološke pomoći

Učestalost upućivanja pacijenata	Stavovi o traženju stručne psihološke pomoći	
	r	p
Psihijatar	0,012	0,924
Psihološki tretman	-0,025	0,838
Grupe samopomoći	0,003	0,977

U dodatnoj obradi podataka, analizirane su povezanosti između spola, duljine radnog staža i pohađanja edukacije sa stavovima o traženju stručne psihološke pomoći. Prije provedbe ANOVA-e, odnosno analize varijance za duljinu radnog staža, ispitanici su podijeljeni u tri

grupe obzirom na duljinu radnog staža: do 15 godina staža (n=25), od 16 do 30 godina staža (n=22) i više od 30 godina staža (n=24). Na Tablici 7. prikazani su deskriptivni podaci stavova liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći s obzirom na spol, duljinu radnog staža i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.

Tablica 7. Aritmetičke sredine i standardne devijacije stavova liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći s obzirom na spol, duljinu radnog staža i pohađanje edukacija

Varijable	Stavovi o traženju stručne psihološke pomoći			
	n	X	SD	p
Spol				
Muškarci	17	22,53	3,86	t=-0,53, df=69, p>0,05
Žene	54	23,13	4,11	
Duljina radnog staža				
Do 15 godina staža	25	23,92	3,05	df=2, F=1,24, p>0,05
16 – 30 godina staža	22	22,86	4,57	
Više od 30 godina staža	24	22,13	4,36	
Pohađanje edukacija				
Da	17	23,53	4,37	t=0,63, df=69, p>0,05
Ne	54	22,81	3,95	

Provedbom t-testa, dobiveni su rezultati koji su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima liječnika opće medicine, o traženju stručne psihološke pomoći s obzirom na spol (t=-0,53, df=69, p>0,05). Stavovi liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći se ne razlikuju ovisno o spolu liječnika.

Rezultati analize varijance su pokazali da nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći s obzirom na duljinu radnog staža u struci (df=2, F=1,24, p>0,05). Stavovi liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći se ne razlikuju ovisno o duljini radnog staža u struci.

T-testom je utvrđeno da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći s obzirom na pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja ($t=0,63$, $df=69$, $p>0,05$). Stavovi liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći se ne razlikuju ovisno o tome jesu li ili nisu polazili neku od edukacija iz psiholoških metoda liječenja.

U dodatnoj obradi podataka, analizirane su povezanosti između duljine radnog staža, spola i pohađanja edukacije iz psiholoških metoda liječenja i učestalosti upućivanja na psihološke metode liječenja.

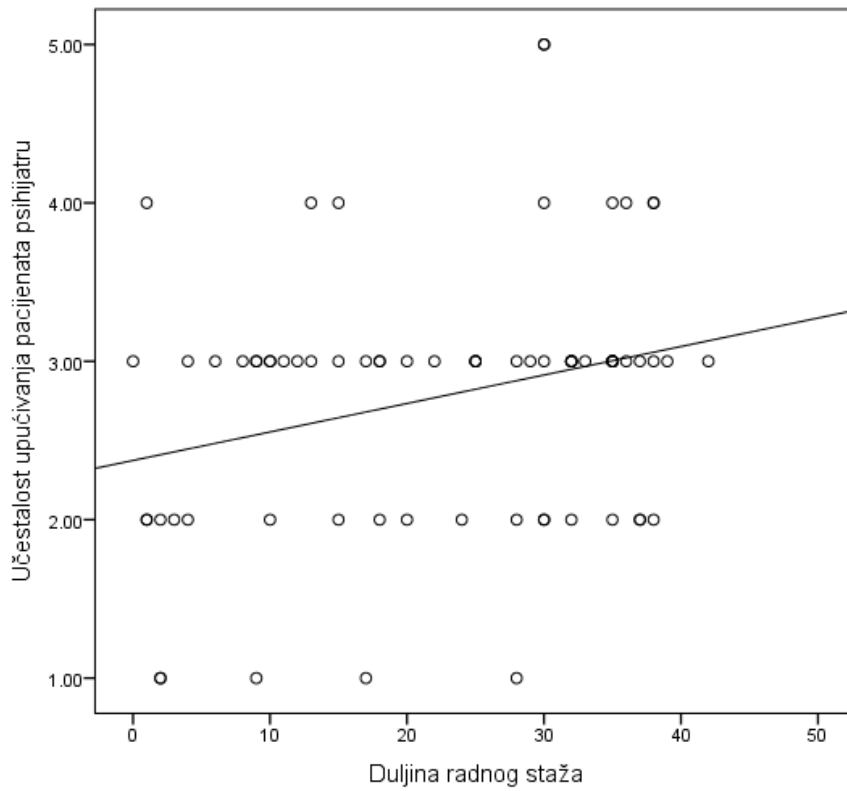
U analizi je dobivena statistički značajna pozitivna korelacija duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata psihijatru ($r=0,268$, $p<0,05$), duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti na neki od psiholoških tretmana ($r=0,385$, $p<0,01$) te duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata u grupe samopomoći ($r=0,372$, $p<0,01$). Liječnici opće medicine, koji imaju dulji radni staž, češće upućuju pacijente sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana te u grupe samopomoći. Prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana i u grupe samopomoći, prikazan je u Tablici 8, te Slikama 6, 7, 8.

Tablica 8. Prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana i u grupe samopomoći

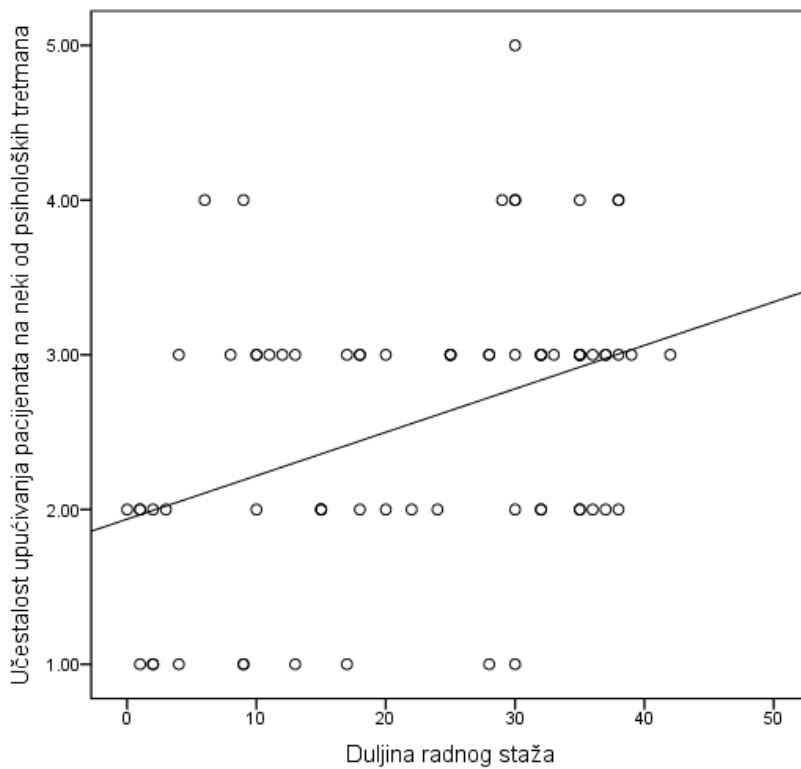
Učestalost upućivanja pacijenata	Duljina radnog staža	
	r	p
Psihijatar	0,268	0,024*
Psihološki tretman	0,385	0,001**
Grupe samopomoći	0,372	0,001**

* značajno na razini 0,05

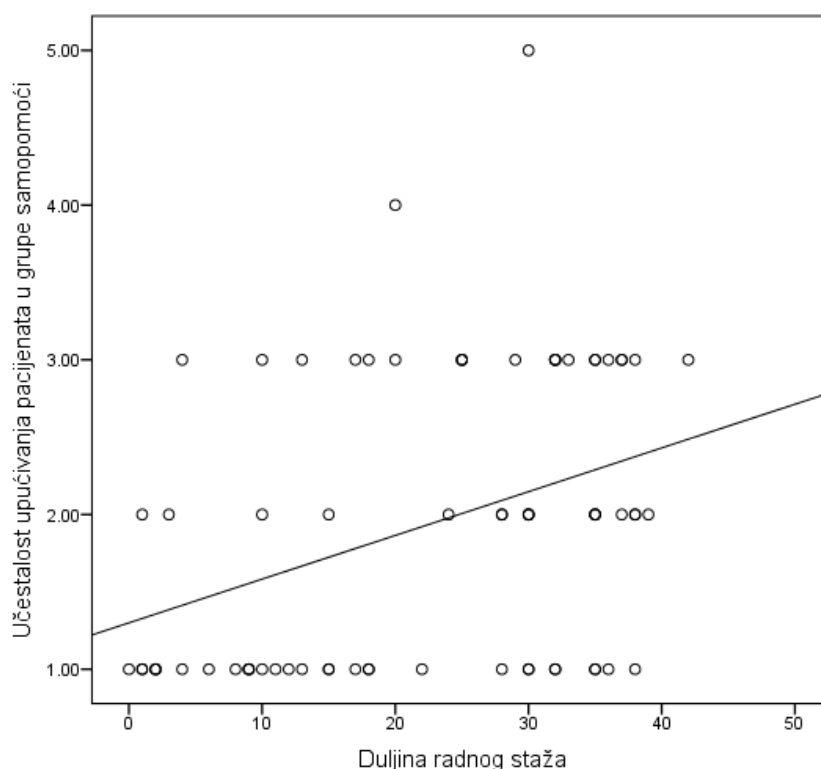
** značajno na razini 0,01



Slika 6. Grafički prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru



Slika 7. Grafički prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti na neki od psiholoških tretmana



Slika 8. Grafički prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti u grupe samopomoći

Provedbom Testa sume rangova (Mann-Whitney U test), dobiveni su rezultati koji pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru s obzirom na spol ($z=-0,17$, $p>0,05$), kao i obzirom na pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja ($z=-0,83$, $p>0,05$). Liječnici opće medicine ne iskazuju razlike u učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima psihijatru, obzirom na spol, niti obzirom na to jesu li ili nisu pohađali edukacije iz psiholoških metoda liječenja. Dodatne podatke je moguće vidjeti u Tablici 9.

Tablica 9. Prikaz aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, mediana i poluinterkvartilnih raspršenja te značajnosti razlike učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima psihijatru obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.

Varijable	Učestalost upućivanja psihijatru					
	n	X	SD	M	IQR	p
Spol						
Muškarci	17	2,82	0,88	3,00	1,00	0,87
Žene	54	2,76	0,85	3,00	1,00	

Pohađanje edukacija						
Da	17	2,94	0,97	3,00	1,50	0,41
Ne	54	2,72	0,81	3,00	1,00	

Rezultati pokazuju da nije dobivena statistički značajna razlika u učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti na neki od psiholoških tretmana obzirom na spol ($z=-0,77$, $p>0,05$), niti obzirom na pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja ($z=-1,12$, $p>0,05$). Liječnici opće medicine upućuju pacijente sa somatskim bolestima na neki od psiholoških tretmana, u jednakoj mjeri neovisno o spolu i pohađanju edukacije iz psiholoških metoda liječenja. Dobivene rezultate je moguće vidjeti u Tablici 10.

Tablica 10. Prikaz aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, mediana i poluinterkvartilnih raspršenja te značajnosti razlike učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima na neki od psiholoških tretmana obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.

Varijable	Učestalost upućivanja na neki od psiholoških tretmana					
	n	X	SD	M	IQR	p
Spol						
Muškarci	17	2,47	0,62	2,00	1,00	0,44
Žene	54	2,59	1,00	3,00	1,00	
Pohađanje edukacija						
Da	17	2,82	0,95	3,00	1,00	0,26
Ne	54	2,48	0,91	3,00	1,00	

Nije uočena statistički značajna razlika u učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti u grupe samopomoći obzirom na spol ($z=-0,69$, $p>0,05$). S druge strane, dobivena je statistički značajna razlika u učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti u grupe samopomoći obzirom na pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja ($z=-2,12$, $p<0,05$). Liječnici opće medicine koji su pohađali edukacije iz psiholoških metoda liječenja (MR=44,65), češće upućuju pacijente sa somatskom bolesti u grupe samopomoći, od liječnika opće medicine koji nisu pohađali edukacije iz psiholoških metoda liječenja (MR=33,28). U Tablici 11 moguće je vidjeti dodatne podatke o učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim

bolestima u grupe samopomoći obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.

Tablica 11. Prikaz aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, mediana i poluinterkvartilnih raspršenja te značajnosti razlike učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima u grupe samopomoći obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja

Varijable	Učestalost upućivanja u grupe samopomoći					
	n	X	SD	M	IQR	p
Spol						
Muškarci	17	2,00	0,71	2,00	1,00	0,49
Žene	54	1,91	1,03	1,50	2,00	
Pohađanje edukacija						
Da	17	2,41	1,12	2,00	1,50	*0,03
Ne	54	1,78	0,86	1,50	2,00	

*značajno na razini 0,05

Ispitanici su naveli 110 somatskih bolesti zbog kojih pacijente upućuju psihijatru. Bolesti su grupirane prema kliničkim smjernicama u 10 skupina. Liječnici u najvećem broju upućuju psihijatru somatske bolesnike koji boluju od nespecificiranih somatskih simptoma (54,6%), gastrointestinalnih bolesti (11,8%), malignih bolesti (10%) i kardiovaskularnih bolesti (8,2%). Rjeđe psihijatru upućuju pacijente s neurološkim, kožnim, plućnim, reumatološkim bolestima, bolesti štitnjače i s pretilošću. Rezultati su prikazani u Tablici 12.

Tablica 12. Upućivanje psihijatru prema vrsti bolesti

UPUĆIVANJE PSIHIJATRU	Broj bolesti	Postotak
NESPECIFICIRANI SOMATSKI SIMPTOMI	60	54,6%
GASTROINTESTINALNE BOLESTI	13	11,8%

MALIGNNE BOLESTI	11	10%
OSTALE BOLESTI	26	23,6%
Σ	110	100%

LOM su naveli 87 somatskih bolesti zbog kojih pacijente upućuju na psihološke tretmane. Liječnici u najvećem broju upućuju psihijatru somatske bolesnike koji boluju od nespecificiranih somatskih simptoma (51,7%), gastrointestinalnih bolesti (12,7%), malignih bolesti (12,7%), kardiovaskularnih bolesti (5%) i kožnih bolesti (4,6%). Rjeđe psihijatru upućuju pacijente s plućnim bolestima, bolestima štitnjače, reumatološkim i neurološkim bolestima i HIV-om. Rezultati su prikazani u Tablici 13.

Tablica 13. Upućivanje na psihološke tretmane prema vrsti bolesti

UPUĆIVANJE NA PSIHOLOŠKE TRETMANE	Broj bolesti	Postotak
NESPECIFICIRANI SOMATSKI SIMPTOMI	45	51,7%
GASTROINTESTINALNE BOLESTI	11	12,7%
MALIGNNE BOLESTI	11	12,7%
OSTALE BOLESTI	20	22,9%
Σ	87	100%

LOM su naveli 87 somatskih bolesti zbog kojih pacijente upućuju u grupe samopomoći. Liječnici u najvećem broju upućuju psihijatru somatske bolesnike koji boluju od malignih bolesti (30,5%), gastrointestinalnih bolesti (19,4%), neuroloških bolesti (13,8%), reumatološke bolesti (11,1%). Rjeđe u grupe samopomoći upućuju pacijente s kožnim, kardiovaskularnim i plućnim bolestima, bolesti štitnjače i šećernom bolesti. Rezultati su prikazani u Tablici 14.

Tablica 14. Upućivanje u grupe samopomoći prema vrsti bolesti

UPUĆIVANJE U GRUPE SAMOPOMOĆI	Broj bolesti	Postotak
MALIGNNE BOLESTI	11	30,5%
GASTROINTESTINALNE BOLESTI	7	19,4%
NEUROLOŠKE BOLESTI	5	13,8%
REUMATOLOŠKE BOLESTI	4	11,1%
OSTALE BOLESTI	9	25,2%
Σ	36	100%

6. RASPRAVA

Rezultati istraživanja pokazuju da liječnici opće medicine u PGŽ imaju pozitivne stavove prema traženju psihološke pomoći. Tijekom radnog vijeka, većina njih uputila je svojeg somatskog pacijenta psihijatru, dvije trećine na neki od psiholoških tretmana, a jedna trećina u grupe samopomoći. No učestalost upućivanja je relativno niska. Stavovi prema traženju psihološke pomoći ne ovise o spolu, dobi ili duljini staža. Liječnici s duljim radnim stažom, češće upućuju svoje somatske pacijente na psihološke metode liječenja. Najčešća oboljenja radi kojih svoje pacijente upute psihijatru i na psihološke tretmane, su nedefinirani somatski sindromi, gastrointestinalne i maligne bolesti, dok u grupe samopomoći najčešće upućuju pacijente s malignim oboljenjima.

6.1. Stavovi LOM-a o traženju psihološke pomoći

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem, potvrđuju hipotezu o pozitivnim stavovima LOM-a, prema traženju stručne psihološke pomoći. Na to nas upućuje dobivena vrijednost na ATSPPH-SF skali od 22,9 (raspon mjerne ljestvice iznosi od 0-30) (59). Dobiveni rezultati podudaraju se s istraživanjima stavova o traženju stručne psihološke pomoći među

stručnjacima; liječnicima, profesionalnim savjetnicima i psiholozima (62,63,64). Navedene studije, također, ukazuju da su stavovi i osobne norme prediktori budućeg ponašanja, te da pozitivitet dobivenih rezultata ima implikacije na osobni i profesionalni aktivitet u području mentalnog zdravlja. Ipak druga istraživanja, pokazala su da svijesnost LOM o neizostavnosti psihološke komponente, ne mora rezultirati djelovanjem i da to ovisi, osim o stavovima, i o senzitivnosti i kapacitetima osobnosti (5). U okviru biopsihosocijalnog pristupa, osim kognitivne komponente neophodan je i emocionalni kapacitet s mogućnošću empatije i kontejniranja pacijentovih bolnih i teških emotivnih previranja, koja značajno utječu na proces liječenja. Interesantno je spomenuti, da klinički psiholozi, prva linija suradnika LOM, u zbrinjavanju mentalnih tegoba pacijenata, postižu 20,3, odnosno nešto niže vrijednosti na istoj skali (63).

Na oblikovanje stavova, uvelike doprinosi kultura unutar zdravstvenih ustanova gdje se emocionalni problemi tumače kroz slabost karaktera. Stoga prevladava osjećaj srama i mišljenje kako bi trebali biti otporni i samostalno rješavati problematiku, kad su već u poziciji tretirati tegobe pacijenata (28). U tom smislu, zanimljiv je podatak, da kliničari koji provode liječenje mentalnih tegoba imaju najkritičnije stavove prema osobnom mentalnom zdravlju i traženju psihološke stručne pomoći. U profesionalnim smjernicama stručnjaka, navedena je potreba očuvanja vlastitog zdravlja te da bi zaobilaženje te odgovornosti, posebice traženje pomoći za mentalnu problematiku, moglo pogoršati problem i narušiti radnu funkcionalnost (65).

Mlađa populacija, studenti, u stavovima prema aktivnom suočavanju s mentalnom problematikom postižu niže rezultate te njihov raspon iznosi od 16-17 (66,67). Različitost promišljanja između studenata i liječnika, tumači se nedovoljnim znanjem studenata o mentalnim mehanizmima i kompleksnom liječenju pacijenata. Studentska populacija, iako se nosi s brojnim stresorima i teškim osjećajima, razvojno balansira između vulnerabilnog i grandioznog narcizma. Priznavanje tegoba psihičke prirode, dodatno bi narušilo nestabilan Self, unatoč tome što bi prihvaćanje psiholoških tretmana spriječilo produbljivanje mentalnih tegoba (68).

Medicinske sestre, svih razina obrazovanja, u relativno visokom stupnju, upoznate su s emocionalnim aspektima bolesti i liječenja. S liječnicima dijele radnu stresogenu sredinu. Kod medicinskih sestara postoji relativno visok rezultat na ATSPPH-SF skali koji iznosi 26,3. No, korištenje usluga mentalnog zdravlja uvelike ovisi i o razini stigme. Zbog tog suodnosa prihvaćanje tretmana, u proturječju je sa stavovima prema tretmanu te medicinske sestre rijetko pristupaju takvoj vrsti liječenja (69).

Ispitanici u ovom istraživanju su podijeljeni u tri grupe obzirom na duljinu radnog staža.

Rezultati analize pokazali su da nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima LOM-a, o traženju stručne psihološke pomoći, s obzirom na duljinu radnog staža u struci. To se ne podudara s podacima prethodnih istraživanja provedenih među liječnicima u Kanadi, Australiji, Hrvatskoj i Filipinima (62,64,70,71). Navedeni rezultati govore o godinama radnog staža kao značajnom prediktoru za stavove traženja pomoći. Tumače da je starije liječnike iskustvo rada opremilo za razumijevanje kompleksnosti ljudskog zdravlja te povećalo empatiju prema ljudima, konceptualiziralo vrijednosti, dok mlađi liječnici strahuju od stigme i gubitka profesionalnog statusa. Stavovi oblikovani osobnim iskustvom, mogu senzibilizirati liječnika i djelovati kao psihološki imputi u radu. Time se osobne sklonosti prelijevaju u rad s pacijentima pa liječnici mogu biti skloniji psihološki djelovati ili češće sugerirati i propisivati psihološke tretmane (54). Istraživanja provedena među općom populacijom u Kanadi i Hrvatskoj, govore da su stavovi starijih osoba, u traženju pomoći, općenito bili pozitivniji od stavova mlađih odraslih osoba (72,73,74,). Podaci se tumače kroz svjesnost o važnosti zdravlja kod starije populacije, proširene osobnim iskustvima bolesti te financijske mogućnosti da si priušte privatni psihološki tretman. Posebice kad mogu izbjeći zdravstveni sustav te neopaženi potražiti pomoć, čime izbjegavaju izlaganje svog stanja okruženju i time zaobilaze mogućnost stigme, koja često predstavlja prepreku u pristupanju tretmanima, posebno u liječnika. U Hrvatskoj postoji visok nivo stigmatizacije mentalnih poremećaja čak i od osoblja koje skrbi za mentalno zdravlje pacijenata (75). Taj podatak može objasniti razliku rezultata ovog istraživanja u odnosu na druge države.

Rezultati istraživanja su pokazali da se stavovi liječnika obiteljske medicine o traženju stručne psihološke pomoći ne razlikuju ovisno o spolu liječnika. To je sukladno novijim istraživanjima (72,73,74). Rezultati koji navode da žene prednjače u traženju psihološke pomoći nalaze se u starijim radovima (75,76). Kao razlog se navode svjesnost žena o osobnom emocionalno životu, prepoznavanju tuđih emocionalnih stanja kao i otvoreniju komunikaciju.

Stavovi liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći se ne razlikuju ovisno o tome jesu li ili nisu polazili neku od edukacija iz psiholoških metoda liječenja. Ovo je sukladno rezultatima istraživanja zdravstvenih radnika u Ujedinjenom Kraljevstvu koji govore da ne postoji razlika u stavovima obzirom na edukaciju (77). S druge strane istraživanja opće populacije govore da sklonost traženju psihološke pomoći raste proporcionalno stupnju edukacije (74,78). Medicinskom edukacijom i praksom liječnici formiraju pozitivne stavove o traženju pomoći, kao što govori i ovo istraživanje, no kroz protutežu sa stigmom ne mijenja situaciju prema pozitivnom smjeru. Mogući uzrok možda leži u tome da organizacija obiteljske medicine ne prati društvene promjene, jer brojčano skrbe o više pacijenata, posebice starijih

osoba. Time je vrijeme za pacijenta kratko i nedovoljno i u tim uvjetima nisu u mogućnosti dodatno djelovati preventivno, savjetodavno ili planirati kompleksne tretmane, odnosno provoditi praksu po biopsihosocijalnom modelu koji su edukacijom usvojili (79).

Većina LOM ipak ističe potrebu za boljom edukacijom iz psiholoških metoda jer smatraju da bi poboljšale kvalitetu njihovog rada s pacijentima, posjeduju otvorenost za pitanja vezana uz mentalno zdravlje i njihovu ulogu u podizanju kvalitete zdravstvenih usluga (80).

6.2. Učestalost upućivanje somatskih pacijenata na psihološke tretmane

Rezultati su pokazali da tijekom svog radnog vijeka velika većina liječnika uputi svojeg pacijenta sa somatskim smetnjama stručnjacima mentalnog zdravlja, a relativno često upućuju pacijente sa somatskim simptomima i na psihološke tretmane. Znatno rjeđe je to s grupama samopomoći. Istraživanja govore da 78% liječnika smatra da psihološke intervencije imaju korist u liječenju tjelesnih tegoba no usprkos tome učestalost upućivanja psihijatru i na psihološke tretmane je relativno mala, na nivou „ponekad“ dok je upućivanje u grupe samopomoći rijetko (55). No ipak se pokazalo da liječnici koji imaju neku edukaciju iz psiholoških metoda kliječenja češće upućuju svoje somatske pacijente u grupe samopomoći. Vjerojatno edukacija otvara senzibilitet za psihološko premda se sve to rijetko događa. No isto se ne događa s upućivanjem psihijatru ili na psihoterapiju. Ovo bi moglo biti i rezultat nezadovoljstva rezultatima upućivanja.

Prethodno provedena istraživanja govore da od 5-40% pacijenata sa somatskim simptomima bude upućeno stručnjacima mentalnog zdravlja (81,82,83). Rezultat istraživanja među liječnicima opće prakse u Italiji pokazuje da 42% nikad nije upućivao na psihološke tretmane, 23% često, a 35% ponekad (5). Drugo istraživanje govori kako 1,2% LOM-a smatra da psihološke metode liječenja ne mogu pomoći u liječenju somatskih bolesti, 32% da ponekad mogu pomoći, 12,4% da puno mogu pomoći (81). Raznovrsnost podataka možemo povezati i s teškoćama u prepoznavanju različitosti između tjelesnih, psihosomatskih, somatopsihičkih i medicinski neobjašnjivih simptoma (48).

Liječenje bolesnika sa somatskim bolestima kroz suradnju sa stručnjacima mentalnog zdravlja poznata je praksa u obiteljskim ordinacijama Francuske, Njemačke i Engleske (84,85,86). Ipak, različitost dobivenih rezultata istraživanja, govori o različitim stavovima u pojedinim nacionalnim i zdravstvenim kulturama, te u nekategoriziranosti odgovornosti nepsiholoških zdravstvenih djelatnosti. Iako većina LOM-a smatra osobnom odgovornošću brigu i o mentalnom zdravlju, postoji različitost u provođenju prakse (87). Često se ovo tumači

nedostupnošću usluga i osobnom stigmatiziranju mentalnih poremećaja kao nesvjesnom kočnicom pristupanju tretmanima. Liječnici ističu da u radu često sami liječe simptome depresije i anksioznosti, dok somatoformne poremećaje i somatske pacijente prosljeđuju na tretmane psihijatrima ili kliničkim psiholozima. Interesantno je spomenuti, da jednaki nesrazmjer postoji u planiranju somatskog liječenja psihijatrijskih pacijenata (88).

U ovom uzorku, premda je većina ispitanika uputila nekog svojeg somatskog pacijenta psihijatru, u svojem svakodnevnom radu, to čine samo ponekad. Moguće, da upravo teža dostupnost ili nezadovoljstvo pruženim uslugama, ima u tome svoju ulogu. LOM ističu da 66% somatskih pacijenata ima koristi od psiholoških intervencija, no unatoč tome samo 9% ima kontinuirani tretman (5). Posebice se to odnosi na upućivanje u grupe samopomoći. Navedeno je da nisu upoznati s radom te vrste, da poslani pacijenti nisu uključeni, a ponekad i geografska odcijepjenost (život na otoku) onemogućava sudjelovanje u grupama (89,90).

Sva ova istraživanja pokazuju da primjena biopsihosocijalnog pristupa i dalje zahtijeva poboljšanja.

6.3. Upućivanje pacijenata koji boluju od somatskih bolesti na psihološke intervencije u odnosu na osobne stavove

Rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći i upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima psihijatru, na psihološke tretmane i u grupe samopomoći. Dobiveni podaci su u skladu s prethodnim istraživanjima koja govore da stavovi liječnika o psihološkim metodama liječenja ne utječu na suradnju sa stručnjacima mentalnog zdravlja (82).

Istraživanja govore da gotovo 31% pacijenata primarne zdravstvene zaštite ima neki od psiholoških poremećaja, a 24% ima postavljenu psihijatrijsku dijagnozu (83). Prema procjeni liječnika obiteljske medicine, na području Europske unije, gotovo 33,8% njihovih pacijenata ima neki od psiholoških poremećaja (91).

Premda samostalno opskrbljuju jedan dio svojih pacijenata s mentalnim poremećajima, suradnja sa stručnjacima mentalnog zdravlja je učestala. LOM su upoznati koje su dobrobiti, ali i ograničenja, upućivanja pacijenta, posebice u uvjetima, kada je sekundarna mentalno zdravstvena skrb organizirana gotovo isključivo hospitalno kao što je to slučaj u Hrvatskoj. No, niti na tom nivou, psihoterapijski tretman nije lako realizirati zbog reduciranih resursa mentalno zdravstvenih odjela.

Ovo istraživanje je pokazalo da liječnici opće medicine koji imaju dulji radni staž, češće

upućuju pacijente sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana te u grupe samopomoći. To se poklapa s prethodno navedenim istraživanjima gdje dob i edukacija govore o pozitivnijem pristupu službama mentalnog zdravlja (87,88). Rezultati su potkrijepljeni dokazima koji govore da su stariji liječnici sposobniji emotivno investirati u pacijenta, posjeduju više iskustva i edukacije nego mlađi liječnici te su fleksibilniji u radu. Također su istakli kako stariji liječnici imaju razvijeniju mrežu prijateljskih i profesionalnih veza s kolegama, čime su u mogućnosti premostiti fragmentaciju zdravstvenog sustava. Obrazloženo je da liječnici, s većim iskustvom, skloniji su razviti bolju komunikaciju s pacijentom, cijeniti zahvalnost i razviti naklonost prema pacijentu. Oni u rad češće uključuju i obitelj.

6.4. Zbrinjavanje somatskih bolesti u ordinacijama LOM-a

Hipoteza koja govori da liječnici najčešće na psihološke tretmane upućuju pacijente s malignim bolestima, samo je dijelom potvrđena i to u segmentu upućivanja u grupe samopomoći.

LOM su naveli cijeli niz somatskih bolesti zbog kojih pacijente upućuju psihijatru. U najvećem broju upućuju psihijatru somatske bolesnike koji boluju od nespecificiranih somatskih simptoma, gastrointestinalnih bolesti i malignih bolesti. Rjeđe psihijatru upućuju pacijente s neurološkim, kožnim, plućnim, reumatološkim bolestima, bolestima štitnjače i pretilošću.

Liječnici također u najvećem broju upućuju na psihološke tretmane somatske bolesnike koji boluju od nespecificiranih somatskih simptoma, gastrointestinalnih bolesti, malignih bolesti, a rjeđe one s kardiovaskularnim, kožnim, plućnim bolestima, bolestima štitnjače, reumatološkim i neurološkim bolestima i HIV-om.

Liječnici u najvećem broju upućuju u grupe samopomoći somatske bolesnike koji boluju od malignih bolesti, gastrointestinalnih bolesti i neuroloških bolesti. Rjeđe psihijatru upućuju pacijente s kožnim, kardiovaskularnim, plućnim bolestima, bolestima štitnjače i šećernom bolesti.

Literarni podaci ne daju mogućnost adekvatne usporedbe, no nekoliko studija ukazuje na teškoće u određivanju porijekla simptoma (92,93). Prema istraživanjima najčešće upućeni na psihološke tretmane su pacijenti koji boluju od nespecificiranih somatskih simptoma, onkološki pacijenti i pacijenti oboljeli od HIV-a, što je donekle sukladno rezultatima ovog istraživanja (5). Postoje nedoumice da li je simptom fizički ili psihički, te koju skrb zahtijeva. Nediferencirani simptomi, a najčešće se radi o bolnim sindromima, vjerojatno su takvima

shvaćeni nakon opsežne somatske obrade kada nije nađen neki konkretni uzročnik i podrazumijeva se psihološka podloga, najčešće iz depresivnog kruga. No, dobrobit psihološkog tretmana, kod psihosomatskih oboljenja, premda prepoznata ne iskorištava se često. Donekle je to u slučaju gastrointestinalnih bolesti, ali još rjeđe kada je riječ o kardiovaskularnim, respiratornim ili kožnim bolestima. Pacijenti oboljeli od HIV-a kod nas imaju dodatnu stigmatizaciju što može biti uzrokom rijetkog upućivanja na psihološke tretmane. Upućivanje u grupe samopomoći vjerojatno ovisi o postojanju takvih grupa i njihovom načinu rada. Oficijelna medicina u Hrvatskoj rijetko sudjeluje u njihovim aktivnostima, a relativno slaba volonterska scena u Hrvatskoj ne pogoduje ovakvom angažmanu. Ipak se kroz neprofitne građanske inicijative i razna druga organizacijska rješenja, sve češće takve grupe osnivaju, a najčešće je to vezano za pacijente s malignim oboljenjima.

Širok spektar dobivenih rezultata govori o kompleksnosti posla s kojom se susreću LOM te potrebi prepoznavanja prioriteta u liječenju, kao i potrebe za suradnim liječenjem. Somatske tegobe mogu biti maskirane psihološkim simptomima ili obratno, ali i potaknute i/ili podržane psihološkim faktorima. Neprepoznati ili netretirani emocionalni aspekti bolesti mogu pridonijeti relapsu bolesti, ali i dosegnuti prag psihijatrijske bolesti i imati somatske implikacije. Biopsihosocijalni pristup ukazuje da pacijent nije samo pasivni korisnik usluge, već je neophodan suradnički odnos i zajedničko donošenje odluka u liječenju. Istraživanja su pokazala da pacijenti globalno imaju povjerenje u svoje LOM no vrijeme za interakciju liječnika i pacijenta koje pružaju trenutni uvjeti nedostatni su za konceptualiziranje liječenja prema tim postavkama (4,82). To je ujedno i jedna od najvažnijih frustracija liječnika jer navode da time gube produktivnost u radu i nisu u mogućnosti koristiti svoje intelektualne, medicinske i psihološke kapacitete, te su često podvrgnuti kritici sustava. Rezultati ovog istraživanja ukazuju da unatoč organskom djelovanju psihološki spektar promišljanja je značajno zastupljen u radu LOM-a. O tome nam govori podatak ovog istraživanja da samo 8,5% u zbrinjavanju pacijenta sa somatskim simptomima, uopće nije koristilo usluge stručnjaka mentalnog zdravlja.

Prema mojem saznanju ovo je prvo takvo istraživanje o stavovima prema upućivanju somatskih pacijenata na psihološke metode liječenja među liječnicima opće medicine u PGŽ. No studija ima i svoja ograničenja. Istraživanje je provedeno u periodu kada su liječnici primarne zaštite još uvijek bili pod posebnim pritiskom radi pandemije COVID-om pa je vjerojatno i to utjecalo na odaziv liječnika preopterećenih svakodnevnim obavezama. Online anketa mogla je rezultirati nepreciznošću odgovora koja bi u klasičnoj varijanti, licem u lice, ispitivanja bila izbjegnuta. Relativno mali broj ispitanika, ne omogućava generalizaciju rezultata, kao i činjenica da područne edukacijske ustanove mogu davati naglasak na različite

aspekte pristupa oboljenjima, tako da nešto što je model u jednoj regiji ne mora biti isti u nekoj drugoj. Postoji i mogućnost da su LOM koji se jesu odazvali anketi zapravo oni koji i inače imaju više senzibiliteta za psihološku komponentu bolesti. Nadalje i nastojanje da instrumentarij ne bude preopsežan, rezultiralo je ograničenjima u uzročno posljedičnoj analizi.

7. ZAKLJUČAK

Ovaj rad imao je za cilj ispitati spremnost LOM-a na traženje psihološke pomoći, utvrditi učestalost upućivanja pacijenata sa somatskim tegobama na psihološke tretmane liječenja i utvrditi vrstu bolesti zbog kojih ih upućuju.

Rezultati istraživanja pokazali su da liječnici obiteljske medicine svoje djelovanje temelje na biopsihosocijalnoj paradigmi, ali i da okolnosti rada, od osobnih do okolinskih, vjerojatno utječu na realizaciju takvog pristupa.

Spektar oboljenja, s kojima se LOM susreću, izuzetno je širok i provođenje biopsihosocijalnog modela traži i vrlo dobro razvijenu mrežu suradnih djelatnosti, iz kruga primarne, sekundarne i tercijarne zaštite, ali i civilnog sektora. Ovo pak uvelike ovisi o načinu organizacije zdravstva u cjelini i posebno u području mentalnog zdravlja kao i općenito zdravstvene kulture.

Rezultati ovog istraživanja govore da još ima dosta prostora, kako za edukaciju, tako i za poboljšanje suradnje u svim segmentima zdravstvenog sustava.

LITERATURA

1. Berrios GE. Historical epistemology of the body-mind interaction in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci* .2018;20(1):5–13.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/gberrios>
2. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* (80-). 1977 Apr 29;196(4286):129–36.
3. Kirmayer LJ, Gómez-Carrillo A. Agency, embodiment and enactment in psychosomatic theory and practice. *Med Humanit*. 2019;45:169–82.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6699606/>
4. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Fam Med Prim care*. 2018;7(3):497–500.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30112296>
5. Negri A, Zamin C, Parisi G, Paladino A, Andreoli G. Analysis of General Practitioners' Attitudes and Beliefs about Psychological Intervention and the Medicine-Psychology Relationship in Primary Care: Toward a New Comprehensive Approach to Primary Health Care. 2021; <https://doi.org/10.3390/healthcare9050613>
6. Nauta K, Boenink AD, Wimalaratne IK, Menkes DB, Mellsop G, Broekman BFP. Attitudes of general hospital consultants towards psychosocial and psychiatric problems in Netherlands. *Psychol Heal Med*. 2019;24(4):402–13.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546020>
7. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* .2013;13(1):119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
8. Kandel E. The new science of mind and the future of knowledge. *Neuron* [Internet]. 2013;80(3):546–60. [Posjećeno 23.03,2022.] Dostupno na:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2013.10.039>
9. Miller G, Chen E, Cole SW. Health Psychology: Developing Biologically Plausible Models Linking the Social World and Physical Health. 2008;
<https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.60.110707.163551>
10. Fernandes AC, McIntyre T, Coelho R, Prata J, Maciel MJ. Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol* .2017;36(9):641–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>

11. Shields GS, Spahr CM, Slavich GM. Psychosocial Interventions and Immune System Function A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials Supplemental content. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020;77(10):1031–43. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0431>
12. Association AP. on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care. [Internet] 2021 ;(February). <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>
13. Alexander F. The development of psychosomatic medicine. *Psychosom Med.* 1962;24:13–24.
14. Powell, R C. Helen Flanders Dunbar (1902-1959) and a holistic approach to psychosomatic problems. I. The rise and fall of a medical philosophy.” *The Psychiatric quarterly* vol. 49,2 (1977): 133-52. doi:10.1007/BF01071661
15. Silverstein B, Paterson W. Freud on Mind and Body. 2020. <https://repository.wpunj.edu/bitstream/20.500.12164/3024/1/Freud%20on%20Mind%20and%20Body.pdf>
16. Selye, H. The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*, (1973). 61(6), 692–699.
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984; str.261-284.
18. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
19. European Commision. Ethics and data protection. [Internet] 2018;(November):1–21. [Posjećeno 01.04.2022.] Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/5_h2020_ethics_and_data_protection_0.pdf
20. Card AJ. The biopsychosociotechnical model: a systems-based framework for human-centered health improvement. 2022; <https://doi.org/10.1080/20476965.2022.2029584>
21. Saad M, de Medeiros R, Mosini A. Are We Ready for a True Biopsychosocial–Spiritual Model? *The Many Meanings of “Spiritual.” Medicines* 2017;4(4):79. <http://dx.doi.org/10.3390/medicines4040079>
22. Oginga FO, Magwai T, Shangase KB, Xulu KR, Mpofana T. Early Life Stress and Brain Plasticity: From Alterations of Brain Morphology to Development of Psychopathology. *NeuroSci.* 2022 Feb 3;3(1):104–10.

23. Conversano C, Di Giuseppe M. Psychological Factors as Determinants of Chronic Conditions: Clinical and Psychodynamic Advances. *Front Psychol.* 2021;12:635708. Published 2021 Jan 28. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635708>
24. Francišković Tanja; Moro L i sur. Psihijatrija; Zagreb, Medicinskanaklada 2009;
25. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychother Psychosom.*2021;90(1):11-27.
26. Orzechowska A, Maruszewska P, Gałeccki P. Cognitive Behavioral Therapy of Patients with Somatic Symptoms—Diagnostic and Therapeutic Difficulties. *Journal of Clinical Medicine.* 2021 Jul 17;10(14):3159. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10143159>
27. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom.* [Internet].2009;78(5):265–74.5 <https://doi.org/10.1159/000228247>
28. Kravitz RL, Paterniti DA, Epstein RM, Rochlen AB, Bell RA, Cipri C, et al. Relational Barriers to Depression Help-Seeking in Primary Care. *Patient Educ Couns.* 2011;82(2):207–13.
29. Faustino B. Minding my brain: Fourteen neuroscience-based principles to enhance psychotherapy responsiveness. *Clin Psychol Psychother.* 2022;(December 2021):1–22.
30. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom.* .2009;78(5):265–74.
31. Pedersen SS, Andersen CM, Ahm R, Skovbakke SJ, Kok R, Helmark C, et al. Efficacy and cost-effectiveness of a therapist-assisted web-based intervention for depression and anxiety in patients with ischemic heart disease attending cardiac rehabilitation [eMindYourHeart trial]: a randomised controlled trial protocol. *BMC Cardiovasc Disord [Internet].* 2021;21(1):1–10. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01801-w>
32. Laskoski PB, Hauck S, Teche SP, et al. Interaction structures in the psychodynamic psychotherapy of a patient with chronic diseases and somatic symptoms. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41(2):128-135. Published [Internet]2019 Jul 10. doi:10.1590/2237-6089-2017-0146 .
33. Urlić I. Destruktivna agresija u psihoterapiji psihosomatskih poremećaja (reprint) Eugenija Cividini-Stranić (1928. – 2011.) Sjećanje na prof.dr.sc. Eugeniju Cividini-stranić , neuropsihijatricu, psihodinamsku psihoterapeutkinju i grupnu analitičarku.. *Psihoterapija.* 2016; 30(1):17-26.

34. Robinson, H., Norton, S., Jarrett, P., & Broadbent, E. The effects of psychological interventions on wound healing: A systematic review of randomized trials. *British journal of health psychology*, 2017). 22(4), 805–835.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12257>
35. Puvača I, Mehmedić -Džonlić S, Čerkez G, Mehić A, Gavrić M, Šuvalija M, et al. Samopomoć u mentalnom zdravlju: finalni izvještaj za projekat. Sarajevo: Asocijacija XY; 2018.
36. Povijest lige | hlpr.hr <https://hlpr.hr/povijest-lige>
37. Osnovana prva Koordinacija za bolesnike i udruge bolesnika u Hrvatskoj – Grad Rijeka <https://www.rijeka.hr/osnovana-prva-koordinacija-za-bolesnike-udruge-bolesnika-u-Hrvatskoj>
38. Brown LD, Tang X, Hollman RL. The structure of social exchange in self-help support groups: development of a measure. *Am J Community Psychol*, 2014 Mar;53(1-2):83- 95. doi: 10.1007/s10464-013-9621-3. PMID: 24398622; PMCID: PMC4012643.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012643/>
39. Brown LD, Shepherd MD, Merkle EC, Wituk SA, Meissen G. Understanding how participation in a consumer-run organization relates to recovery. *American Journal of Community Psychology* 2008; 42:167–178. [PubMed: 18597169] ;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18597169/>
40. Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, Bohlmeijer ET. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 18, 211 (2018).
41. Ruesch M, Helmes AW, Bengel J. Immediate help through group therapy for patients with somatic diseases and depressive or adjustment disorders in outpatient care : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;1–11.
42. Schakel L, Veldhuijzen DS, Cromptvoets PI, Bosch JA, Cohen S, Van Middendorp H, et al. Effectiveness of Stress-Reducing Interventions on the Response to Challenges to the Immune System: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom.*2019;88(5):274–86.
<https://doi.org/10.1159/000501645>
43. Thompson PM, Jahanshad N, Schmaal L, Turner JA, Winkler AM, Thomopoulos SI, et al. The Enhancing NeuroImaging Genetics through Meta-Analysis Consortium: 10 Years of Global Collaborations in Human Brain Mapping. *Hum Brain Mapp.*

- 2022;43(1):15–22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8675422/>
44. Reiman EM, Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Davidson RJ, Friston KJ, et al. Neuroanatomical Correlates of Externally and Internally Generated Human Emotion. Vol. 154, *Am J Psychiatry*. 1997. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.154.7.918>
 45. Kandel ER. Psychotherapy and the Single Synapse: The Impact of Psychiatric Thought on Neurobiological Research. Vol. 13, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001. <https://doi.org/10.1176/jnp.13.2.290>
 46. Tsakiris M, De Preester H. The interoceptive mind: from homeostasis to awareness. Oxford University Press; 2018. Str.123-186
 47. O’Toole MS, Bovbjerg DH, Renna ME, Lekander M, Mennin DS, Zachariae R. Effects of psychological interventions on systemic levels of inflammatory biomarkers in humans: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2018;74:68–78. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.04.005>
 48. Bransfield RC, Friedman KJ. healthcare Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses and Medical Uncertainty. 2019.
 49. Theorell T. Evaluating life events and chronic stressors in relation to health: Stressors and health in clinical work. *Adv Psychosom Med*. 2012;32:58–71. doi: 10.1159/000330004. Epub 2011 Oct 19.
 50. LeDoux J. The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cell Mol Neurobiol*. 2003;23(4-5):727-738.
 51. Riem MME, Doedée ENEM, Broekhuizen-dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms : The role of mentalization. *Psychiatry Res*. 2022;268(May 2018):108–13 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056>
 52. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):23-31. doi:10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110712>
 53. Bolton D. The biopsychosocial model and the new medical humanism. *Arch Philos*. 2020;83(4):13–40. <https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>
 54. Coindard, G., Acquadro, M., Chaumont, R. *et al.* Attitudes & behaviors toward the management of tobacco smoking patients: qualitative study with French primary care physicians. *BMC Prim. Care* **23**, 10 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01620-8>.
 55. Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between

- family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work?. [Internet] Can Fam Physician. 2008;54(2):232-233. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278316/>
56. Tay S, Alcock K. Mental health problems among clinical psychologists : Stigma and its impact on disclosure and help-seeking 2018;(November 2017):1545–55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573359/>
 57. Vergès Y, Driot D, Mesthé P, Bugat M-ER, Dupouy J, Poutrain J-C. Collaboration Between GPs and Psychologists: Dissatisfaction from the Psychologists' Perspective-A Cross-Sectional Study. J Clin Psychol Med Settings. 2020;27(3):331–42. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09663-x>
 58. Organization WH, of Family Doctors WO. [Internet] Integrating mental health into primary care : a global perspective. World Health Organization; 2008. p. 206 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>
 59. Hammer J, Parent M, Spiker D. Mental help seeking attitudes scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. J Couns Psychol. 2018 Jan 1;65:74–85 <http://drjosephhammer.com/research/mental-help-seeking-attitudes-scale-mhsas/>
 60. Goretić I. Neki prediktori stavova prema traženju psihološke pomoći kod studenata [Diplomski rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2019
 61. Paska M. Stavovi studenata/ica Sveučilišta u Zadru o osobama sa psihološkim problemima kroz aspekte stigme i diskriminacije [Diplomski rad]. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2019 <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:927736>
 62. Aruta, J.J.B.R., Maria, A. & Mascarenhas, J. Self-compassion promotes mental help-seeking in older, not in younger, counselors. (2022). Curr Psychol (2022).
 63. Tay S, Alcock K, Scior K. Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. 2018 ; J Clin Psychol.74(9):1545-1555. doi:10.1002/jclp.22614. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
 64. Hassan TM, Asmer MS, Mazhar N, Munshi T, Tran T, Groll DL. Canadian Physicians' Attitudes towards Accessing Mental Health Resources. Psychiatry J. 2016;2016:9850473. doi:10.1155/2016/9850473. <https://doi.org/10.1155/2016/9850473>
 65. Health and Care Professions Council . Standards of proficiency - practitioner psychologists. (2015) London: HCPC
 66. Siby M. & Vijayan D. Mental Health Knowledge, Attitude towards Seeking Help, and

- Perceived Stigma among College Students. (2021), *International Journal of Indian Psychology*, 9 (2), 1803-1814. DIP:18.01.180.20210902, DOI:10.25215/0902.180
67. Chen H, Akpanudo U, Hasler E. How Do Chinese International Students View Seeking Mental Health Services?. *Jis*. 2020;10(2):286-305.
 68. Rakušić M. Jesu li godine studiranja povezane s povećanjem narcizma u studenata medicine? [Diplomski rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2018
 69. Lee E, Jeong YM, Yi SJ. Nurses' Attitudes Toward Psychiatric Help for Depression: The Serial Mediation Effect of Self-Stigma and Depression on Public Stigma and Attitudes Toward Psychiatric Help [retracted in: *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 24;19(7):]. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):5073. Published 2020 Jul 14. doi:10.3390/ijerph17145073 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8956122/>
 70. Wu F, Ireland M, Hafekost K, Lawrence D. National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students. Australia: Beyond Blue, 2013. 156 p.
 71. Vilovic T, Bozic J, Zuzic Furlan S, et al. Mental Health Well-Being and Attitudes on Mental Health Disorders among Family Physicians during COVID-19 Pandemic: A Connection with Resilience and Healthy Lifestyle. *J Clin Med*. 2022;11(2):438. Published 2022 Jan 15. doi:10.3390/jcm11020438.[: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8778288/>
 72. Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health*. 2006;10(6):574-582. doi:10.1080/13607860600641200.[pristupljeno 14.05.2022.]; <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
 73. Mackenzie, C. S., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Chekay, R. Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. (2019). *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2259–2272. <https://doi.org/10.1002/jclp.22845>
 74. Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(3):141-146. doi:10.1007/s001270050125
 75. Trakoštanec Denžić M. Stigmatizacija osoba koje radi s osobama oboljelim od mentalnih teškoća [Master's thesis]. Koprivnica: University North; 2021.
 76. Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. (1981). *Journal of Health and Social*

- Behavior, 22(1), 49–64. <https://doi.org/10.2307/2136367>
77. Waugh W, Lethem C, Sherring S, Henderson C. Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study. *J Ment Health*. 2017;26(5):457-463. doi:10.1080/09638237.2017.1322184 ; <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322184>
 78. Picco L, Abdin E, Chong SA, et al. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors. *Front Psychol*. 2016;7:547. Published 2016 Apr 25. doi:10.3389/fpsyg.2016.00547; <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00547/full>
 79. Ramanuj P, Ferenchick E K, Pincus H A. Depression in primary care: part 2—management *BMJ*. 2019; 365 :1835 doi:10.1136/bmj.l835 <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l835>
 80. Bluestein D, Cubic BA. Psychologists and primary care physicians: a training model for creating collaborative relationships. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16(1):101-112. doi:10.1007/s10880-009-9156-9; <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9156-9>
 81. Sirri L, Grandi S, Tossani E. Medically unexplained symptoms and general practitioners: a comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies [published correction appears in *Fam Pract*. 2017 Apr 1;34(2):252]. *Fam Pract*. 2017;34(2):201-205. doi:10.1093/fampra/cmw130; <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw130>
 82. Vistorte AOR, Ribeiro W, Ziebold C, et al. Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206440. Published 2018 Nov 15. doi:10.1371/journal.pone.0206440; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6237310/>
 83. Wittchen HU, Mühlig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(2):115-128. doi:10.31887/DCNS.2003.5.2/huwittchen; [pristupljeno 21.05.2022.]; Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181625/>
 84. Dumesnil, H., Apostolidis, T., & Verger, P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. (2018). *PloS one*, 13(1), e0190565; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190565>
 85. Trautmann S, Beesdo-Baum K. The Treatment of Depression in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(43):721-728. doi:10.3238/arztebl.2017.0721;

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5696564/>
86. Thombs BD, Adeponle AB, Kirmayer LJ, Morgan JF. A Brief Scale to Assess Hospital Doctors' Attitudes toward Collaborative Care for Mental Health. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(4):264-267:
<https://doi.org/10.1177%2F070674371005500410>
 87. Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. PLoS ONE. 2004; 78(1):49–55.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00219-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00219-7)
 88. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, et al. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Front Psychiatry*. 2022;12:798530. Published 2022 Jan 26. doi:10.3389/fpsyt.2021.798530; <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.798530>
 89. Brown LD, Tang X, Hollman RL. The structure of social exchange in self-help support groups: development of a measure. *Am J Community Psychol*. 2014;53(1-2):83-95. doi:10.1007/s10464-013-9621-3
 90. Rankin, C. P., & Archibald, M. (2016). Specialization and the Survival of Self-Help Organizations. *Sociological Forum*, 31(1), 72–95. <http://www.jstor.org/stable/24878760>
 91. Köbler P, Krauss-Köstler EK, Stein B, et al. Specialized Biopsychosocial Care in Inpatient Somatic Medicine Units-A Pilot Study. *Front Public Health*. 2022;10:844874. Published 2022 Apr 12. doi:10.3389/fpubh.2022.844874; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9039260/>
 92. Heinbokel C, Lehmann M, Pohontsch NJ, et al. Diagnostic barriers for somatic symptom disorders in primary care: study protocol for a mixed methods study in Germany. *BMJ Open*. 2017;7(8):e014157. Published 2017 Aug 11. doi:10.1136/bmjopen-2016-014157
 93. Khan AA, Khan A, Harezlak J, Tu W, Kroenke K. Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*. 2003;44(6):471-478. doi:10.1176/appi.psy.44.6.471; <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.471>

PRIVITCI

- Prvitak A: Upitnik

ISTRAŽIVANJE:

STAVOVI LIJEČNIKA PREMA PSIHOLOŠKIM METODAMA U LIJEČENJU SOMATSKIH BOLESTI

Poštovani!

Molimo Vas za suradnju pri pisanju diplomskog rada pri diplomskom studiju na Fakultetu zdravstvenih studija.

Kao liječnik obiteljske medicine u svom radu provodite kontinuirano praćenje pacijenta te liječenje širokog spektra zdravstvenih tegoba. Prva ste karika u procesu, procjenjujete stanje oboljelog i propisujete daljnje postupke liječenja što vas čini skupinom izbora za ovo istraživanje.

Ispitujemo stavove prema psihološkim tretmanima u liječenju somatskih pacijenata. Pri tome podrazumijevamo individualnu i grupnu psihoterapiju, psihološko savjetovanje i psihoedukaciju u svrhu poboljšanja mentalnog zdravlja, olakšavanja i/ili liječenja psihičkih i psihosomatskih tegoba.

Upitnik se sastoji od 2 cjeline, anonimna je i služi isključivo u istraživačke svrhe. Postupak zahtijeva 8 minuta.

1.OPĆI UPITNIK

Upute:

Molimo u sljedećim pitanjima upišite ili zaokružite jednu od mogućnosti:

1.Godine staža: _____

2.Spol: M Ž

3.Jeste li polazili neku od edukacija iz psiholoških metoda liječenja?

Da Ne

3a.Ako je odgovor da, navedite koju_____

4.Jeste li ikada pacijenta sa somatskim tegobama zbog toga uputili psihijatru ?

Da Ne

4a.Ako je odgovor da, koliko_često upućujete somatske pacijente psihijatru?

Stalno Često Ponekad Rijetko Nikada

4b.Ako je odgovor da, radi kojih somatskih bolesti ste najvjerojatnije uputili pacijenta psihijatru?

Navedite tri najčešće

1. _____

2. _____

3. _____

5.Jeste li ikada pacijenta sa somatskim smetnjama radi toga uputili na neki od psiholoških tretmana?

Da Ne

5a.Ako je odgovor da, koliko često somatskog pacijenta upućujete radi toga na neki od psiholoških tretmana?

Stalno Često Ponekad Rijetko Nikada

5b.Ako je odgovor da, radi kojih somatskih bolesti ste najčešće pacijenta uputili na neki

od psiholoških tretmana? Navedite tri najčešće

1. _____

2. _____

3. _____

6. Jeste li ste ikada pacijenta sa somatskim smetnjama radi toga uputili u grupe samopomoći?

Da Ne

6a. Ako je odgovor da, koliko često upućujete somatske pacijente u grupe samopomoći?

Stalno Često Ponekad Rijetko Nikada

6b. Ako je odgovor da, radi kojih bolesti ste pacijenta uputili u grupe samopomoći? Navedite tri najčešće

1. _____

2. _____

3. _____

2. UPITNIK OPĆIH STAVOVA PREMA TRAŽENJU STRUČNE PSIHOLOŠKE POMOĆI

Upute :

Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i ispred pitanja upišite svoj stupanj slaganja koristeći donju skalu.

0 = Ne slažem se 1 = Djelomično se ne slažem 2 = Djelomično se slažem 3 = Slažem se

___ 1. Kad bih vjerovao/la da imam psihički slom, prvo bih zatražio/la stručnu pomoć.

___ 2. Ideja razgovaranja o problemima s psihologom čini mi se lošim načinom uklanjanja emocionalnih sukoba.

___ 3. Da u ovoj fazi svog života doživljavam ozbiljnu emocionalnu krizu, uvjeren/a sam da bih olakšanje mogao pronaći u psihoterapiji.

___ 4. Postoji nešto vrijedno divljenja u stavu osobe koja je spremna nositi se sa svojim sukobima i strahovima bez pribjegavanja stručnoj pomoći.

- ___ 5. Da sam duže vrijeme zabrinut/a ili uznemiren/a, želio/la bih dobiti psihološku pomoć.
- ___ 6. Možda bih u budućnosti želio/la ići na psihološko savjetovanje.
- ___ 7. Osoba s emocionalnim problemom vjerojatno ga neće riješiti sama; on ili ona vjerojatno će ga riješiti uz stručnu pomoć.
- ___ 8. Uzimajući u obzir potrebno vrijeme i trošak psihoterapije, to je od upitne koristi osobi poput mene.
- ___ 9. Osoba treba riješiti vlastite probleme; traženje psihološkog savjetovanja bila bi posljednja mogućnost.
- ___ 10. Osobne i emocionalne tegobe, kao i mnoge stvari, obično se rješavaju same od sebe

Kontakt istraživača: jarbanas@student.uniri.hr

PRIVITAK B – Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1: Raspodjela ispitanika prema duljini radnog staža.....	17
Tablica 2: Prikaz dobivenih rezultata čestica ATSPPH-SF skale cijelog uzorka s aritmetičkim sredinama i standardnim devijacijama.....	19
Tablica 3: Upućivanje na psihološke metode liječenja tijekom radnog staža ikada.....	20
Tablica 4: Prikaz frekvencije odgovora, aritmetičkih sredina i standardnih devijacija učestalosti upućivanja psihijatru, na psihološke tretmane i u grupe samopomoći..	21
Tablica 5: Upućivanje somatskih pacijenata psihijatru, na psihološke tretmane i u grupe samopomoći obzirom na stavove liječnika o traženju stručne psihološke pomoći.....	22
Tablica 6: Prikaz povezanosti učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana i u grupe samopomoći sa stavovima o traženju stručne psihološke pomoći.....	23
Tablica 7: Aritmetičke sredine i standardne devijacije stavova liječnika opće medicine o traženju stručne psihološke pomoći s obzirom na spol, duljinu radnog staža i	

	pohađanje edukacija.....	24
Tablica 8:	Prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru, na neki od psiholoških tretmana i u grupe samopomoći.....	25
Tablica 9.	Prikaz aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, mediana i poluinterkvartilnih raspršenja te značajnosti razlike učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima psihijatru obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.....	27
Tablica 10.	Prikaz aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, mediana i poluinterkvartilnih raspršenja te značajnosti razlike učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima na neki od psiholoških tretmana obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.....	28
Tablica 11.	Prikaz aritmetičkih sredina, standardnih devijacija, mediana i poluinterkvartilnih raspršenja te značajnosti razlike učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskim bolestima u grupe samopomoći obzirom na spol i pohađanje edukacija iz psiholoških metoda liječenja.....	29
Tablica 12:	Upućivanje psihijatru prema vrsti bolesti.....	29
Tablica 13:	Upućivanje na psihološke tretmane prema vrsti bolesti.....	30
Tablica 14:	Upućivanje u grupe samopomoći prema vrsti bolesti.....	31

Slike:

Slika 1.	Prikaz raspodjele ispitanika obzirom na spol.....	16
Slika 2.	Broj ispitanika obzirom na duljinu radnog staža.....	16
Slika 3.	Prikaz ispitanika prema duljini radnog staža.....	17
Slika 4:	Prikaz ispitanika prema edukaciji iz psiholoških metoda liječenja.....	18
Slika 5:	Edukacije iz psihoterapijskih pravaca.....	18
Slika 6:	Grafički prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti psihijatru.....	26
Slika 7:	Grafički prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti na neki od psiholoških tretmana.....	26

Slika 8.: Grafički prikaz povezanosti duljine radnog staža i učestalosti upućivanja pacijenata sa somatskom bolesti u grupe samopomoći.....27

ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Jasminka Arbanas

Datum i mjesto rođenja: 17.12.1970. godine, Rijeka

Adresa: Ive Šodića 28, Kostrena

E-mail: lukajasminka@gmail.com

Mobitel: +385 91 541 86 57

Obrazovanje:

1985.-1989.; Srednja medicinska škola u Rijeci

1998.-2000.; Medicinski fakultet u Rijeci - Stručni studij sestrinstvo;

2017.-2018.; Pripremna izobrazba iz grupne analize u Rijeci;

2020.-2022.; Fakultet zdravstvenih studija – Diplomski sveučilišni studij sestrinstvo –
promicanje i zaštita mentalnog zdravlja

Profesionalno i radno iskustvo:

1989.-1991.; administrator INA trgovina d.o.o.

1991.-1992.; medicinska sestra Dom za starije osobe Volosko

1992.-1993.; pripravnički radni staž, Klinika za urologiju, Klinički bolnički centar Rijeka;

1993.-1996.; medicinska sestra, Klinika za urologiju, Klinički bolnički centar Rijeka

1996.-2022.; prvostupnica sestrinstva, Klinika za dermatologiju, Klinički bolnički centar

Rijeka

Sažeci u zbornicima skupova

1. Arbanas J., Uloga medicinske sestre u psihodermatologiji, 1. Kongres medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatologiju s međunarodnim sudjelovanjem „Sestrinstvo dermatologije u suvremenoj medicini“, Zbornik sažetaka. Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatologiju; Split, 2012.
2. Arbanas J., Kovačević G. Ultrazvukom navođena skleroterapija, 2. Kongres medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za, „Dermatovenerologija – nove spoznaje i izazovi“, Zbornik sažetaka. Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatologiju; Zagreb, 2016.

Završni rad

Arbanas J., Mikrobiološka flora ulcus crurisa, Medicinski fakultet u Rijeci – stručni studij sestrinstvo, 27.10.2000, Mentor: prof.dr.sc.Franjo Gruber

Članstvo u profesionalnim udrugama:

Hrvatska komora medicinskih sestara, Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatologiju- članica izvršnog odbora, Institut za grupnu analizu Zagreb

Profesionalni interesi:

Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja; Zdravstvena njega i edukacija