

# Incidencija humane fiksacije pri općoj bolnici "Dr. Anđelko Višić Bjelovar"

---

Gazić, Igor

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:635465>

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

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



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



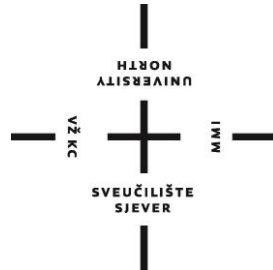
DIPLOMSKI RAD br.378/SSD/2024

**INCIDENCIJA HUMANE FIKSACIJE PRI OPĆOJ**  
**BOLNICI „DR. ANĐELKO VIŠIĆ BJELOVAR“**

Igor Gazić

Varaždin, rujan 2024.

**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**  
**Studij sestrinstva**



DIPLOMSKI RAD br.378/SSD/2024

**INCIDENCIJA HUMANE FIKSACIJE PRI OPĆOJ**  
**BOLNICI „DR. ANĐELKO VIŠIĆ BJELOVAR“**

Student:  
Igor Gazić

Mentor:  
izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2024.

## SAŽETAK

Mjere prisile obuhvaćaju niz postupaka kojima se želi prevenirati i spriječiti ponašanje bolesnika koje je potencijalno opasno za bolesnika samog ili za osobe u bolesnikovoj okolini. Provodi se primjenom lijekova, remena, stezulja i humanom sekluzijom bolesnika s sprječavanja nastavka agresivnog ponašanja bolesnika kako bi se moglo pristupiti metodama liječenja bolesnika. Odluku o mjerama donosi liječnik psihijatar, a medicinska sestra/tehničar je aktivni član tima koji provodi sve intervencije u skladu s etičkim načelima i kompetencijama.

Istraživanje je provedeno na odjelu psihijatrije „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ prikupljanjem podataka sa sestrinskih i liječničkih protokola kod primjena mjera prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama na uzorku od 197 bolesnika. Podaci su prikupljeni za razdoblje od 2018.-2024. godine. Za provedbu istraživanja prethodno je dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva bolnice za provedbu istraživanja. U istraživanju je bilo statistički značajno više osoba muškog spola 79,7%. Mjere su se provodile statistički značajno više kod akutno intoksiciranih bolesnika i kod bolesnika s nepredvidivim ponašanjem ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), a kod statistički značajno više bolesnika ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), njih 51,3% prije mehaničkog i fizičkog sputavanja provodila se medikacija. U 80,7% slučajeva mjere su provodile dvije medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme. Sputavanje se statistički značajno više provodilo u noćnoj smjeni, kod 87,3% slučajeva, provodile su ga u 100% slučajeva medicinske sestre/tehničari srednje stručne spreme i trajalo je duže vremenski nego sputavanje provedeno u jutarnjoj smjeni s većim brojem osoblja i medicinskom sestrom/tehničarom više ili visoke stručne spreme u timu.

Prema rezultatima istraživanja može se zaključiti kako su mjere prisile provedene najčešće kod akutno intoksiciranih bolesnika i bolesnika s visokim rizikom za samoozljeđivanje. Mjere su češće provedene tijekom noćne smjene kada je u smjeni bilo dvoje medicinskih sestara/tehničara srednje stručne spreme, kako su mjere prisile tijekom noćnih smjena trajale duže nego tijekom dnevnih smjena kada je na odjelu bilo više osoblja i kada je u timu bila medicinska sestra/tehničar više ili visoke stručne spreme.

Ključne riječi: bolesnik; medicinska sestra; mjere prisile; psihijatrija

## SUMMARY

Coercive measures include a series of procedures aimed at preventing and preventing patient behavior that is potentially dangerous for the patient himself or for people in the patient's environment. It is carried out by the application of drugs, belts, clamps and humane seclusion of the patient to prevent the continuation of the patient's aggressive behavior in order to be able to access the patient's treatment methods. The decision on the measures is taken by the psychiatrist, and the nurse/technician is an active member of the team that implements all interventions in accordance with ethical principles and competencies.

The research was conducted at the psychiatry department of "General Hospital Dr. Anđelko Višić Bjelovar" by collecting data from nursing and medical protocols in the application of coercive measures to persons with severe mental disorders on a sample of 197 patients. The data was collected for the period from 2018-2024. year. For the implementation of the research, the consent of the Ethics Committee of the hospital for the implementation of the research was previously obtained. In the research, there was a statistically significant majority of men, 79.7%. Measures were carried out statistically significantly more in acutely intoxicated patients and in patients with unpredictable behavior ( $\chi^2$  test;  $p < 0.001$ ), and in statistically significantly more patients ( $\chi^2$  test;  $p < 0.001$ ), 51.3% of them before mechanical and physical medication was used to prevent restraints. In 80.7% of cases, the measures were carried out by two nurses/technicians with secondary vocational education. Restraint was carried out statistically significantly more in the night shift, in 87.3% of cases, it was carried out in 100% of cases by nurses/technicians with secondary education and lasted longer than restraints carried out in the morning shift with a larger number of staff and nurses/ a technician with a higher or higher vocational education in the team.

According to the research results, it can be concluded that coercive measures were carried out most often in acutely intoxicated patients and patients with a high risk of self-harm. The measures were carried out more often during the night shift when there were two nurses/technicians with a secondary education in the shift, as coercive measures during the night shifts lasted longer than during the

day shifts when there were more staff on the ward and when the team included a nurse/ technician with higher or higher education.

Keywords: patient; nurse; coercive measures; psychiatry

## **Popis korištenih kratica**

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

PTSP post traumatski stresni poremećaj

## Sadržaj

1. UVOD .....	1
2. PRISILNO SPUTAVANJE BOLESNIKA .....	3
2.1. Prisilno sputavanje bolesnika nekada i danas .....	3
3. VRSTE MJERA PRISILE U PSIHIJATRIJI .....	5
3.1. Farmakoterapija kao mjera prisile .....	5
3.2. Mehaničko i fizičko sputavanje kao mjere prisile .....	5
3.3. Sekluzija kao mjera prisile .....	8
4. PRIMJENA MJERA SPUTAVANJA BOLESNIKA U PRAKSI .....	10
4.1. Agresivno ponašanje kod bolesnika .....	10
4.2. Hitna stanja u psihijatrijskoj praksi .....	13
4.3. Krizna stanja u psihijatriji .....	14
5. ZADACI I ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA KOD HUMANOG SPUTAVANJA BOLESNIKA .....	16
5.1. Uloga medicinske sestre/tehničara kod fizičkog i mehaničkog sputavanja bolesnika .....	17
5.2. Uloga medicinske sestre/tehničara kod provedbe sekluzije .....	19
5.3. Uloga medicinske sestre/tehničara kod primjene farmakoterapije .....	20
5.3.1. Uloga medicinske sestre/tehničara kod uočavanja nuspojave farmakoterapije .....	21
5.4. Terapijska komunikacija s psihijatrijskim bolesnikom .....	23
6. EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARATEHNIČARA NA PSIHIJATRIJSIM ODJELIMA .....	26
7. MJERE PRISILE I ZAKONSKA REGULATIVA .....	27
8. ETIČKI ASPEKTI ZDRAVSTVENE NJEGE PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA ..	30
9. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA .....	32
9.1. Ciljevi i hipoteze .....	32
9.2. Metode i uzorak istraživanja .....	32
9.3. Statističke metode .....	33
9.4. Rezultati .....	33
11. RASPRAVA .....	49
12. ZAKLJUČAK .....	53



13. LITERATURA .....	55
14. POPIS SLIKA .....	58
15. POPIS TABLICA.....	59
16. PRILOZI .....	60

## 1. UVOD

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi prevencijom, otkrivanjem, praćenjem i liječenjem mentalnih bolesti i poremećaja [1]. Specifičnost psihijatrije leži u činjenici da za razliku od ostalih medicinskih grana, za dijagnostiku bolesti prednost pred laboratorijskim i radiološkim pretragama ima detaljno i svrsishodno uzimanje anamneze. Anamnestički podaci osim od bolesnika prikupljaju se od bolesnikove obitelji, a sve s ciljem što bržeg postavljanja dijagnoze i početka postupka liječenja bolesnika [1]. Liječenje bolesnika se provodi primjenom farmakoterapije, psihoterapije, ali i mjerama prisile kao što su humano sputavanje, humana sekluzija i prisilna primjena lijekova [2].

Mjere prisilnog sputavanja obuhvaćaju postupak kojim se u svrhu liječenja i oporavka bolesnika prevenira ponašanje sa potencijalno štetnim posljedicama kako za samog bolesnika tako i za medicinske djelatnike i ostale osobe koje su u neposrednom kontaktu s bolesnikom [3]. Mjere prisilnog sputavanja medicinski djelatnici smatraju terapijskom metodom za kontrolu nasilja i agresije prema sebi i drugima, dok ga osobe izvan struke često prezentiraju kao kršenje temeljnih ljudskih prava kao što su sloboda odlučivanja i kretanja. Humano sputavanje provodi se magnetnim remenima, platnenim remenima ili stezuljama čime se sprječava nastavak agresivnog ponašanja bolesnika i ograničava se njegovo kretanje. Za razliku od humanog sputavanja, metoda humane sekluzije je postupak kojim se bolesnika izolira u zaključanu prostoriju obloženu mekim materijalom gdje nema mogućnosti kontakta s drugim bolesnicima, ali se slobodno po prostoriji može kretati. Primjena farmakoterapije s ciljem sputavanja provodi se primjenom lijekova, najčešće intramuskularno i često se kombinira sa metodom humanog sputavanja. Koji postupak mjera prisile i kada će se primijeniti u liječenju bolesnika odluka ja liječnika psihijatra (2).

Cilj ovog rada bio je ispitati povezanost primjena mjera prisile s obzirom na stručnu spremu medicinskih sestara u određenoj smjeni, povezanost vrste mjera prisile s obzirom na ponašanje bolesnika te s obzirom na dob i spol bolesnika ispitati način sredstava prisile, razlog intervencije, ponašanje bolesnika i trajanje primjene mjera prisilnog sputavanja. Također će se govoriti o važnosti edukacije medicinskih sestara/tehničara koji rade s bolesnicima na odjelu psihijatrije te

etičkim i pravnim aspektima primjena mjera prisile u liječenju psihijatrijskih bolesnika.

## **2. PRISILNO SPUTAVANJE BOLESNIKA**

Bolesnici s teškim akutnim psihijatrijskim stanjima zahtijevaju stručnost, znanje te holistički i multidisciplinarni pristup u procesu dijagnostike i liječenja bolesti. Uzimanje anamneze od bolesnika i njegove obitelji prva je i temeljna dijagnostička metoda. Uz anamnezu potrebno je napraviti procjene kao što su procjena racionalnosti donošenja odluka kod bolesnika, procjena rizika za ozljeđivanje sebe, ostalih bolesnika i medicinskog osoblja i procjena potrebe za hospitalizacijom (3). Procjena rizika za ozljeđivanje sebe i drugih te primjena mjera prisilnog sputavanja bolesnika jedna je od težih i zahtjevnijih procjena koja je oduvijek izazivala brojna etička pitanja.

### **2.1. Prisilno sputavanje bolesnika nekada i danas**

Francuski liječnik Philippe Pinel 1794. godine prvi je opisao princip sputavanja koji ima terapijsku svrhu u svojoj knjizi „Memoarima o ludilu“ [3]. U Staroj Grčkoj i u doba Antike upotrebljavalo se vezivanje za psihički bolesne osobe. Mehaničko sputavanje u vidu „luđačkih košulja“ ili stezulja, stolica za sputavanje i protekcijskih kreveta od prve polovice 19. stoljeća bilo je osnovni koncept liječenja u svakom psihijatrijskom azilu [4]. Već u tom periodu nastajali su brojni protesti protiv mehaničkog sputavanja gdje se prednost davala fizičkom sputavanju omatanjem bolesnika u mokre plahte i izolacija u sobu sa zidovima koji su obloženi mekim materijalima.

Koncept mehaničkog sputavanja zadržao se sve do 20.-tog stoljeća usprkos tada već napređivanom razvoju farmakoterapije, elektrokonvulzivne terapije i psihokirurgije [5]. Kako su se zatvarale brojne mentalne institucije u zapadnoj Europi 70-tih i 80-tih godina prošlog stoljeća smanjila se i uporaba mjera prisile. U tom periodu stavlja se poseban naglasak na njegu bolesnika prema dosadašnjim postupcima zbrinjavanja koji su imali za svrhu izolaciju bolesnika i ograničavanje slobode.

Današnja istraživanja pokazuju porast trendova primjene mjere prisile u liječenju psihijatrijskih bolesnika [6]. Istraživanje koje je provedeno u europskim zemljama pokazalo je kako 1/3 bolesnika koji se liječe na odjelima psihijatrije podliježu mjerama prisile u prvih 4 tjedna hospitalizacije, a u pojedinim ustanovama taj broj doseže i primjenu mjera prisile kod 60% bolesnika [7]. Jedan dio autora smatra razlogom povećan broj hospitalizacija i manjak medicinskog osoblja, dok drugi dio kao uzrok navodi kliničku praksu koja se temelji na procjeni rizika umjesto na potrebama bolesnika [7]. Važno je napomenuti sa profesionalnog stajališta kako su se znatno mijenjali oblici i metode primjene mjera prisile s obzirom na napredak medicine u smjeru brojnih metoda liječenja psihičkih bolesti i poremećaja. Danas se mjere prisile koriste isključivo kod bolesnika sa visokim rizikom za samoozljeđivanje i ozljeđivanje drugih osoba kod kojih se ne mogu primijeniti ostale metode liječenja, a vremenski period je uvijek određen stanjem bolesnika i napretkom u liječenju [6].

### **3. VRSTE MJERA PRISILE U PSIHIJATRIJI**

Potreba za upotrebom mjera prisile javlja se u oko 10-20% psihijatrijskih bolesnika [11]. Mjere prisile obuhvaćaju humano sputavanje, humanu sekluziju i prisilnu upotrebu lijekova [1]. Smjernice za postupanje sa psihijatrijskim bolesnikom preporučuju umirenje bolesnika razgovorom kako bi liječnik mogao kvalitetno i temeljito odraditi pregled i postaviti ispravnu dijagnozu. U praksi je čest slučaj da je kod agresivnih bolesnika nemoguće napraviti fizički i psihički pregled te se umirenje bolesnika može postići isključivo primjenom mjera prisile [12].

#### **3.1. Farmakoterapija kao mjera prisile**

Sputavanje bolesnika pomoću lijekova ne spada u liječenje i tretman bolesnika nego služi isključivo kao tehnika kratkotrajnog umirenja agresivnog i/ili jako uznemirenog bolesnika. Primjena farmakoterapije kao mjere prisile ima za cilj umiriti bolesnika do one razine na kojoj ne predstavlja opasnost za sebe i druge osobe te omogućiti pregled bolesnika s ciljem što ranije dijagnoze i pristupa liječenju. Kod ovog oblika sputavanja lijekovi se najčešće daju intramuskularno, a nerijetko se u svrhu davanja terapije koristi fizičko sputavanje bolesnika fiksiranjem bolesnika za krevet. Ovakav oblik sputavanja s ciljem primjene terapije koristi se širom svijeta. Od lijekova liječnici najčešće ordiniraju benzodiazepine samostalno ili u kombinaciji s antipsihoticima. Od benzodiazepina najčešće se primjenjuje Lorazepam dok se od antipsihotika najčešće se primjenjuje Haloperidol [12]. Benzodiazepinima se postiže sedacija bolesnika, a uz sedaciju djeluju anksiolitički i opuštajuće na mišiće. Navedeni lijekovi imaju nuspojave u vidu depresije disanja, aritmije, hipotenzij pa treba biti oprezan u doziranju i primjeni istih [12].

#### **3.2. Mehaničko i fizičko sputavanje kao mjere prisile**

Tjelesno sputavanje je česta pojava u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika. Obuhvaća svaku ručnu metodu, mehanička ili fizička sredstva

pričvršćena na tijelo ili uz tijelo bolesnika koja ograničavaju slobodu kretanja bolesnika [12]. Od sredstava za mehaničko sputavanje u praksi se primjenjuju pojasevi, remeni i stezulje (Slika 3.2.1. i Slika 3.2.2.).



Slika 3.2.1. Remeni za mehaničko sputavanje ruku i stezulja

<https://www.handcuffwarehouse.com/humane-restraint-model-w-601-leather-601-wrist-restraint/>



Slika 3.2.2. Magnetni pojasi za mehaničko sputavanje nogu i ruku

<https://bauerfeind.hr/proizvod/pojas-za-humano-vezivanje-ruke/1438>

Bolesnik kod kojeg se primjenjuju mjere humanog sputavanja treba biti pod konstantnim nadzorom s obzirom da se kao posljedica sputavanja često javlja

uznemirenost, zbunjenost, opasnost od davljenja ili drugih fizičkih oštećenja, kao i negativni psihološki učinci fiksacije [13]. Za razliku od mehaničkog sputavanja, fizičko sputavanje je postupak kojim se prevenira agresivno ponašanje od strane bolesnika na način da ga fizički obuzdaju obučene medicinske sestre/tehničari. Medicinska sestra/tehničar će sigurno držati osobu da ne može nauditi sebi i drugima dok se god bolesnik ne smiri i ne postigne se s njom zadovoljavajući verbalni kontakt. Ako se bolesnik ne smiri bez njegovog pristanka se mogu primijeniti sedativi.

Prema Pravilniku o vrstama i načinu mjera prisile propisane su indikacije za fizičko i mehaničko sputavanje bolesnika. Tako se navodi kako su indikacije za ovu mjeru prisile:

- nepredvidivo i agresivno ponašanje,
- ponašanje koje može biti potencijalno opasno za bolesnika i druge osobe u bolesnikovoj okolini,
- samodestruktivno ponašanje,
- ponašanje koje se očituje verbalnim ili fizičkim prijetnjama,
- intoksikacije alkoholom ili drugim sredstvima ovisnosti ukoliko bolesnik nema kontrolu nad ponašanjem,
- manično ponašanje,
- gubitak kontrole nakon primjene lijekova,
- prevencija samoozljeđivanja bolesnika (rizik za pad s kreveta, izvlačenje urinarnog katetera i slično),
- na zahtjev bolesnika [15].

Humano sputavanje ne provodi se u praksi samo kod bolesnika koji se agresivni. Indikacija za primjenu sputavanja je postizanje odgovarajućeg položaja bolesnika u krevetu kojim će se onemogućiti bolesniku da ukloni urinarni kateter, vensku kanilu i medicinske uređaje koji se koriste u liječenju [15]. Na psihijatrijskim odjelima često su to bolesnici sa dijagnozom delirija i bolesnici koji imaju iskrivljenu percepciju i oštećenu mentalnu funkciju što se viđa kod dementnih bolesnika i bolesnika sa halucinacijama. U takvim stanjima postoji visok rizik za samoozljeđivanje i ozljeđivanje druge osobe, pa se do stabilizacije bolesnikova stanja primjenjuju mjere humanog sputavanja [14].



Bolesnika koji ima indikaciju za primjenu mjera prisilnog humanog sputavanja može se fiksirati na nekoliko načina. Sputavanje na četiri točke podrazumijeva fiksaciju obje ruke i obje noge, fiksacija na tri točke gdje su fiksirana istovremeno tri ekstremiteta te fiksacija na dvije točke gdje su fiksirana dva ekstremiteta ili prsa bolesnika [14]. U sklopu zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama donesen je Pravilnik o korištenju mjera prisile. Prema navedenom pravilniku prilikom sputavanja bolesnika uvijek treba sačuvati njegovo dostojanstvo i sigurnost [15]. Koja će se mjera prisile koristiti i kada određuje liječnik psihijatar, a u iznimnim slučajevima odluku mogu donijeti medicinske sestre/tehničari koji će o tome obavijestiti liječnika i dalje postupiti prema njegovoj odredbi [15].

### **3.3. Sekluzija kao mjera prisile**

Humana sekluzija definirana je kao izolacija bolesnika od drugih osoba čime mu se onemogućava napuštanje prostora [16]. Primjena ove metode je ograničena infrastrukturnim osobitostima pojedinih psihijatrijskih odjela. Humanom sekluzijom postiže se prevencija ozljeđivanja drugih osoba, samog bolesnika i progresije bolesti i stanja uslijed vanjskih podražaja i „okidača“. Ova metoda primjenjuje se najčešće nakon fizičkog sputavanja nakon čega se bolesnika smjesti u sobu za izolaciju [14].

Reakcije kod bolesnika na ovaj oblik humanog sputavanja su različite. Dok jedni izolaciju doživljavaju izrazito uznemirujuće, uz osjećaj ljutnje, bijesa, kazne, usamljenosti, klaustrofobije i bespomoćnosti, drugi pokazuju pozitivan terapijski pomak uslijed smanjenja vanjskih zvukova i podražaja. Sobe koje se koriste za humanu sekluziju su sobe s malo namještaja, zidovi su obloženi mekim materijalom s prozorom na vratima od neprobojnog stakla kako bi se moglo pratiti bolesnika [15].

Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama metoda sekluzije treba biti privremena te u prostoriji treba biti videonadzor. Postoje i kontraindikacije za ovu metodu izolacije. Pravilnikom se propisuje kako se ne smiju izolirati suicidalni bolesnici, bolesnici sa srčanim i respiratornim bolestima, intoksicirani bolesnici te bolesnici s drugim

teškim bolestima. Ukoliko se kod bolesnika primjenjuje ova mjera, ne smiju se primjenjivati ostale metode sputavanja i fiksacije bolesnika [15]. Psihijatrijski odjeli imaju zadaću prevenirati samoozljeđivanje bolesnika i ozljeđivanje zdravstvenih djelatnika od strane bolesnika te pružiti bolesniku svu potrebnu pomoć i njegu s ciljem uspostavljanja kontrole bolesnika nad svojim ponašanjem. Postupak humane sekluzije odgovara navedenoj zadaći, a potrebno ga je izvesti na pravilan i siguran način. Pravilan način provođenja postupka također je određen Pravilnikom o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama.

## **4. PRIMJENA MJERA SPUTAVANJA BOLESNIKA U PRAKSI**

Primjena mjera sputavanja na odjelu psihijatrije može se podijeliti na primjenu mjera sputavanja prilikom prijema bolesnika u bolnicu gdje se govori o prisilnim mjerama i primjenu mjera sputavanja tijekom boravka bolesnika u bolnici gdje se govori o prisilnom liječenju [2]. Pri samom prijemu bolesnika često se događa da je bolesnik agresivan prema sebi ili osobama oko sebe pa se mjere sputavanja primjenjuju do stabilizacije bolesnikova stanja. Mjere sputavanja koje se primjenjuju tijekom hospitalizacije bolesnika usmjerene su na kontrolu nasilnog i agitiranog bolesnikovog ponašanja.

Sputavanje bolesnika može se podijeliti na fizičko sputavanje koje vrše medicinski djelatnici na odjelu, na mehaničko sputavanje koje se vrši pomoću određenog mehaničkog sredstva za fiksaciju i kemijsko sputavanje koje se vrši pomoću medikamentozne terapije [9]. Važno je napomenuti kako su mjere sputavanja, osobito fizičke i mehaničke zadnja metoda izbora u liječenju psihijatrijskih bolesnika te se istima pristupa kada se sve ostale mogućnosti pokažu kao neučinkovite. Fizička sputavanja vrše se u praksi isključivo zbog sigurnosti bolesnika i okoline bolesnika, a najčešće se primjenjuju kod agresivnog bolesnika i u hitnim stanjima te rjeđe u kriznim stanjima [2].

### **4.1. Agresivno ponašanje kod bolesnika**

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) agresiju i nasilje definira kao namjernu upotrebu fizičke sile protiv sebe ili druge osobe koja ima veliku vjerojatnost ili će završiti fizičkom ili psihičkom ozljedom te smrću [1]. Prema definiciji SZO-a agitacija, agresija i nasilje se promatraju kao kontinuum gdje agitacija prerasta u agresiju što u konačnici rezultira nasiljem. Klinički se nasilje razlikuje od agresije s obzirom na težinu i namjeru [1]. Agresivne osobe nisu uvijek svjesne svojih postupaka i mogućih posljedica, pa se agresivno ponašanje može podijeliti na proaktivno i reaktivno. Proaktivna agresija ponašanje je usmjereno ka cilju i uključuje namjerno ozljeđivanje radi postizanja tog cilja. Reaktivna agresija je impulzivna agresija bez jasno definiranog cilja. U tako impulzivnom agresivnom

ispadu bolesnik je vođen bijesom, a čin agresije je produkt provokacije [2]. Agresivno ponašanje može se javiti kod osoba sa dijagnozom shizofrenije, delirija, demencije, akutnog psihotičnog poremećaja, afektivnog poremećaja. Često je slučaj agresivnog ponašanja prisutan kod akutne intoksikacije alkoholom ili psihoaktivnim tvarima. Prema socioekonomskom statusu i spolu, osobe mlađe od 40 godina, osobe slabijeg socioekonomskog statusa i muškarci imaju povećan rizik za agresivno ponašanje [2]. Agresivno ponašanje često je u kliničkoj psihijatrijskoj praksi. Na odjelima psihijatrije medicinske sestre/tehničari su osobe koje će biti prve u doticaju s bolesnikom i najveća je vjerojatnost da će prve uočiti znakove agresije, faktore rizika za nastanak agresivnog ponašanja pa često biti i žrtve agresivnog ponašanja [2]. Zato je od velike važnosti edukacija medicinskih sestara/tehničara o uzrocima agresivnog ponašanja, komunikacijskim vještinama i tehnikama deeskalacije s ciljem smanjenja primjene mjera sputavanja i sprječavanja samoozljeđivanja bolesnika, ozljeđivanja osoblja te stvaranja sigurnog i poticajnog okruženja za bolesnika.

Osnovni postupak kod bolesnika u svim stanjima narušenog psihičkog zdravlja pa tako i u agresivnog bolesnika je primjena tehnike deeskalacije. Deeskalacijski postupak obuhvaća korištenje neverbalnih i verbalnih komunikacijskih tehnika kako bi se postavile granice ponašanja uz iskazivanje empatije prema bolesniku i poštivanje bolesnikovog dostojanstva [10]. Cilj deeskalacijskog postupka je pomoć bolesniku u povećanju kontrole nad svojim ponašanjem što će rezultirati smanjenjem agresivnog ponašanja. Tehnikom se postiže pozitivan i kvalitetan terapijski odnos s bolesnikom, a osoba koja ju provodi mora imati interpersonalne i komunikacijske vještine. Kao i sve druge vještine i vještine deeskalacije se uče i usavršavaju.

Kada medicinska sestra/tehničar komunicira s bolesnikom potrebno je:

- osigurati mirnu i sigurnu okolinu,
- voditi brigu o vlastitoj sigurnosti,
- održavati fizičku udaljenost od bolesnika i nikada ne ulaziti u njegov osobni prostor,
- kontrolirati verbalne i neverbalne elemente komunikacije,
- ne pokazivati dominaciju i moć nad bolesnikom,

- komunicirati nedvosmisleno i jasno,
- aktivno slušati, parafrazirati, ali postaviti jasne granice,
- pokazati empatiju,
- poticati bolesnika na izražavanje vlastitih osjećaja [4].

Postoje situacije u kojima se agresivno ponašanje može prevenirati. Kako bi se agresivno ponašanje preveniralo potrebno je poznavati najčešće znakove agresivnog ponašanja koji su ključni za procjenu rizika za nastanak agresivnog ponašanja. Najčešći znakovi koji upućuju na to da bi bolesnik mogao postati agresivan su: napet i ljut izraz lica, uznemireno kretanje i napetost, povećanje pulsa i ubrzano disanje, širenje zjenica, povećana razgovorljivost, dugi kontakt očima, nezadovoljstvo, strah, povlačenje, slaba koncentracija, halucinacije, gestikulacije i verbalne prijetnje, verbalizacije ljutnje i negativnih osjećaja, ranije agresivno ponašanje u povijesti bolesti [4]. Kada je stanje bolesnika promijenjeno nekim od gore navedenih faktora o navedenom je odmah potrebno obavijestiti dežurnog liječnika kao bi procijenio stanje bolesnika i odredio koje će se mjere prevencije primijeniti kod bolesnika. Medicinska sestra/tehničar bi tijekom svoje smjene najmanje jednom trebali napraviti procjenu rizika i procjenu mentalnog stanja bolesnika, evidentirati eventualno postojanje rizika i postupiti u skladu s protokolom ustanove [4].

Kod bolesnika koji su razvili agresivno ponašanje važan je pristup bolesniku. Medicinsko osoblje koje pristupa bolesniku agresivnog ponašanja treba posjedovati dovoljno stručnog znanja i vještina kako bi moglo pružiti kvalitetnu pomoć bolesniku te paziti na osobnu sigurnost. Najvažniji i prvi korak je identificirati uzrok agresivnog ponašanja i otkloniti sve vanjske i okolinske faktore kao i „okidače“ koji bi mogli pojačati agresiju kod bolesnika. Nakon prvotne procjene prema odredbi liječnika najčešće se primjenjuje medikamentozna terapija za umirenje bolesnika, ukoliko je moguće primjenjuje se deeskalacijska tehnika, a ako ništa od navedenog ne dovede do pozitivnog pomaka pristupa se mjerama sputavanja bolesnika.

## 4.2. Hitna stanja u psihijatrijskoj praksi

Hitna stanja u psihijatrijskoj praksi su stanja koja zahtijevaju neodgodivu intervenciju i hospitalizaciju bolesnika te nerijetko i primjenu mjera prisile kod bolesnika. Najčešće su to stanja izazvana prekomjernom konzumacijom alkohola i intoksikacija opojnim sredstvima, shizofrenija, manija, depresija i post traumatski stresni poremećaj (PTSP) [17].

Akutno opijeno stanje veže se uz zlouporabu alkohola te zbog posljedica neumjerene konzumacije zahtjeva hitnu intervenciju. Blaga intoksikacija alkoholom pokazuje rezultira osjećajem euforije, opuštenosti i plačljivosti. Alkoholizirani bolesnici često uz navedeno pokazuju simptome depresije i osjećaj beznađa koji mogu rezultirati suicidalnim ponašanjem. Takvim bolesnicima potrebno je pristupiti s puno razumijevanja, bez osude i paziti na verbalnu i neverbalnu komunikaciju. U situacijama teške intoksikacije kod bolesnika se javlja agresija, labilnost te teškoće s prosuđivanjem [17]. Klinička slika ovisi o količini konzumacije. Simptomi intoksikacije variraju od nistagmusa, crvenila lica, ataksije, midrijaze, vitalne nestabilnosti pa sve do kome i smrti uzrokovane respiratornim arestom. Na psihijatrijskim odjelima zbrinjavaju se bolesnici koji imaju koncentraciju alkohola u krvi do 2,5g/kg. Bolesnici sa većim koncentracijama alkohola zahtijevaju liječenje u internističkim jedinicama intenzivnog liječenja [18]. Agresiju kod bolesnika izaziva patološko opijeno stanje kao i kombinacija alkohola sa opioidnim sredstvima gdje se javljaju vidne i slušne halucinacije pa je agresija plod istih. . Agresivnost može trajati od nekoliko minuta do nekoliko sati te se primjenjuju mjere liječenja medikamentozno, a nerijetko i primjenom humanog sputavanja s ciljem prevencije samoozljeđivanja i ozljeđivanja drugih osoba, omogućavanja primjene terapije i ostalih postupaka liječenja. Sputavanje traje do smirenja bolesnika, a procjenu o početku i prekidu primjena mjera ordinira liječnik.

Shizofrenija je bolest za koju je specifična promjena mišljenja, iskrivljena percepcija, poremećaj doživljavanja vlastitog integriteta i afektivno ponašanje [17]. Za bolesnike sa dijagnozom shizofrenije usko se veže pojam derealizacije uz nerealne i bizarne sumanute misli te vidne, osjetne i slušne halucinacije [18]. Od nekoliko oblika shizofrenije najčešći razlog hitne intervencije i hospitalizacije je paranoidno-halucinatorna forma gdje bolesnik uslijed agitiranosti i straha reagiraju

agresivno i opasno za sebe i osobe oko sebe. S ciljem sigurnosti kod shizofrenih bolesnika mogu se primijeniti mjere prisile do stabilizacije stanja.

Manija je često uzrok hospitalizacija gdje bolesnici dolaze na odjel u pratnji žurnih službi (policije ili hitne medicinske pomoći) nakon ekscenog ponašanja u javnosti, u obitelji ili na radnom mjestu. Manične bolesnike obilježava potpuna nekritičnost u uvidu u svoje stanje. Bolesnik manično ponašanje ne može kontrolirati, dolazi do bujice ideja, nerijetko okupiranosti idejom veličine, prepun je planova i odbija hospitalizaciju [17]. Agresivnost kod takvog bolesnika proizlazi iz inzistiranja na hospitalizaciji. U liječenju je važna opservacija bolesnika uz primjenu litija, dok se u početku zbog agresivnosti može ukazati potreba za primjenom mjera prisile [17]. Za razliku od manije, depresija je obilježena nizom simptoma koji se manifestiraju kroz bezvoljnost i sniženo raspoloženje bolesnika, a uzrok hitne hospitalizacije u više od polovice slučajeva su suicidalne ideje i misli [17]. Kako bi se preveniralo štetno ponašanje prema sebi, ukoliko se uoče takvi simptomi, mogu se primijeniti mjere fiksacije s ciljem očuvanja života bolesnika. Mjere se primjenjuju prema odredbi liječnika u najkraćem mogućem vremenskom roku ili prema potrebi u krizama.

Bolesnici sa PTSP-om u pravilu se rijetko hospitaliziraju. Njihova stanja liječe se i prate ambulantno. Ukoliko je potrebna hospitalizacija, potreba proizlazi iz nasilnog ponašanja, eksplozivnosti ili stalnog ponovnog proživljavanja traumatskog događaja. Bolesnici koji boluju od PTSP-a, a akutno su alkoholizirani, suicidalni i agresivni trebaju biti hitno hospitalizirani [17]. Bolesnici često odbijaju terapiju, hospitalizaciju i pokazuju visok rizik za ozljeđivanje sebe i drugih uslijed agresivnih ispada. Do stabilizacije bolesnika primjenjuju se ponekad mjere prisile u vidu prisilne primjene terapije ili mehaničkog sputavanja.

### **4.3. Krizna stanja u psihijatriji**

Krizna stanja u psihijatriji su stanja koja zahtijevaju neodgodivu intervenciju s ciljem zaštite zdravlja i života bolesnika i osoba u njegovoj okolini [2]. Krizna stanja djelomično se preklapaju s hitnim stanjima u psihijatriji, a nastaju kao posljedica neželjenog događaja. Bolesnik koji ima krizno stanje ima poremećaj prilagodbe na dugotrajne nepovoljne i stresne životne okolnosti [4].

Klinička slika bolesnika varira ovisno o uzroku nastanka stanja, a najčešće se uočavaju simptomi uznemirenosti, tjeskobe, ljutnje, očaja, depresije, dezorijentiranost, besciljnog lutanja koje može napredovati do bijega [2]. Prvi oblik pružanja pomoći obuhvaća izdvajanje bolesnika iz okoline koja mu izaziva stres i negativne doživljaje. Bolesnici u kriznoj situaciji imaju ponekad osjećaj straha za vlastitu sigurnost i život pa ako se pojavi agresivno ponašanje, ono proizlazi upravo iz osjećaja ugroženosti. Ukoliko se s bolesnikom ne može uspostaviti verbalna komunikacija zbog težine stanja, tada se pristupa ostalim terapijskim mjerama zbog sigurnosti bolesnika i okoline. Najčešće će miran, staložen i stručan dijalog prilikom primjena mjere sputavanja u kriznoj situaciji rezultirati smirenjem bolesnika [3].

Bolesnici sa simptomima kriznih stanja rijetko se hospitaliziraju. Najčešće se njihovi problemi rješavaju u Centrima za krizna stanja i ambulantno. Ukoliko se pojave simptomi koji bi upućivali na moguću agresiju s posljedičnim ugrožavanjem života sebe i drugih, tada se bolesnici hospitaliziraju i prema protokolu se zbrinjavaju na psihijatrijske odjele [3].



## **5. ZADACI I ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA KOD HUMANOG SPUTAVANJA BOLESNIKA**

Primjena mjera prisile u praksi izaziva razne osjećaje kako kod bolesnika tako i kod medicinskih sestara/tehničara. Medicinske sestre/tehničari su prvi u kontaktu s bolesnikom i imaju zahtjevnu zadaću prepoznavanja promjene ponašanja bolesnika i pravodobne reakcije s ciljem očuvanja sigurnosti bolesnika i osoblja. Stanja kao što su suicidalne misli, intoksiciranost alkoholom ili opojnim sredstvima, manije i slična stanja očituju se nesuradnjom, nemirom i agresivnošću bolesnika. Takva stanja često dovode do uznemirenosti bolesnika samog, ostalih bolesnika koji se nalaze u blizini i cijelog medicinskog tima. Uloga medicinske sestre u takvim situacijama je smiriti situaciju, brinuti o sigurnosti bolesnika i osobnoj sigurnosti te pristupiti mjerama prisile u skladu s protokolom ustanove i zakonski propisanim pravilnicima [4].

Intervencije koje uključuju primjenu mjera prisile uvijek trebaju biti terapijski opravdane. Medicinska sestra/tehničar mora u prvom kontaktu s bolesnikom pokušati steći povjerenje bolesnika i njegove obitelji. Pristup bolesniku treba biti profesionalan, empatičan i iskren s namjerom stvaranja pozitivnog terapijskog odnosa i sigurnog ozračja. Kod prvog kontakta s bolesnikom medicinska sestra/tehničar radi procjenu izgleda, držanja i ponašanja bolesnika te postavlja sestrinske dijagnoze. Od velike važnosti je procjena verbalne i neverbalne komunikacije bolesnika. Verbalne komponente koje se procjenjuju su brzina govora, intonacija, verbalizacija bizarnih sadržaja, ponavljanje istih riječi ili rečenica. Od neverbalnih elemenata procjenjuje se mimika lica, geste, pogled bolesnika. U uzimanju anamnestičkih podataka od bolesnika procjenjuje se točnost informacija, orijentiranost bolesnika u vremenu i prostoru te postoji li obmana osjetila [4].

Nakon uzimanja anamneze i prvotne procjene, medicinska sestra/tehničar postavlja sestrinsku dijagnozu koja je temelj za provođenje postupaka zdravstvene njege i određuje koji će se ciljevi ostvariti kroz provođenje intervencija zdravstvene njege. Ciljeve je potrebno redovito evaluirati te u skladu s pozitivnim ili negativnim pomakom iste revidirati i prilagođavati sestrinske intervencije. Jedna od najtežih intervencija koja se provodi u psihijatrijskoj zdravstvenoj skrbi zasigurno primjena

mjera prisile kod bolesnika. Medicinska sestra/tehničar kao neizostavni dio zdravstvenog tima ima nezamjenjivu ulogu u primjeni mjera mehaničkog i fizičkog sputavanja bolesnika, primjeni psihofarmaka i postupku sekluzije bolesnika. O svim postupcima zdravstvene njege, kao i o nadzoru bolesnika za vrijeme trajanja mjera prisile medicinska sestra/tehničar treba voditi odgovarajuću dokumentaciju [4]. Na slici 5.1. prikazan je obrazac za trajno praćenje stanja bolesnika kod primjena mjere prisile koji se koristi na odjelu psihijatrije u „Općoj bolnici dr. Anđelko Višić Bjelovar“.

TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA KOD PRIMJENE MJERE PRISILE [1]

Vrijeme od početka mjere prisile/ Aktualno vrijeme	Stanje svijesti *	Stanje kože**	Disanje ***	Krvni tlak	Puls	Tjelesna temp. °C	Unos hrane i tekućine	Mokrenje Stolica	Razgibanje ****	Ime i Prezime obaviještenog liječnika	Potpis medicinske sestre/tehničara
		Opis mjesta									
15 min./											
30 min./											
45 min./											
60 min./											
75 min./											
90 min./											
105 min./											
2 sata/											
4 sata/											
6 sati/											

Legenda: \* STANJE SVIJESTI/MOTORIKA: 1. spava, ne može ga se probuditi; 2. spava, reagira na zvukove ili ostale podražaje; 3. sediran, usporen; 4. budan, u kontaktu, surađuje; 5. glasan, motorički pobuđen, reagira na upozorenje; 6. izrazito motorički pobuđen, nije nasilan; 7. izrazito motorički pobuđen, nasilan, prijeti

\*\*IZGLED I STANJE KOŽE: 1. normalna; 2. crvenilo; 3. ogrebotina; 4. hematom; 5. rana; 6. oguljotina; 7. bula; 8. cijanoza

\*\*\* DISANJE: 1. normalno; 2. ubrzano; 3. usporeno, plitko; 4. otežano; 5. hropti

\*\*\*\*RAZGBAVANJE: - DR (desna ruka) - DN (desna noga) - LR (lijeva ruka) - LN (lijeva noga) - PR (dignut iz kreveta uz pomoć službe, prošetao)

Slika 5.1. Trajno praćenje stanja bolesnika kod primjene mjera prisile [25]

## 5.1. Uloga medicinske sestre/tehničara kod fizičkog i mehaničkog sputavanja bolesnika

Fizičko sputavanje spada u jednu od restriktivnijih mjera prisile u radu sa psihijatrijskim bolesnicima. Sputavanjem bolesnika najčešće se kontrolira njegova agresivnost, ali bolesnik treba biti upozoren da će se navedena mjera primijeniti

kada je god to moguće. Bolesniku treba dati mogućnost da izrazi svoje osjećaje, razgovarati s njim i objasniti mu razloge primjene mjera prisile. Medicinska sestra/tehničar treba procijeniti rizik za agresivno ponašanje i potrebno je osigurati dovoljan broj osoblja za provođenje postupka. Osoba koja je voditelj tima komunicira s bolesnikom.

Postupak provedbe opisan je u Pravilniku o vrstama i načinu mjera prisile [15]. Prema pravilniku postupak mehaničkog i fizičkog sputavanja potrebno je izvesti na sljedeći način:

- u slučaju da ga provode sestre/tehničari ne smije trajati dulje od 15-20 minuta i provodi ga najmanje pet medicinskih sestara/tehničara,
- prije postupka odrediti na kojim točkama će se izvršiti fiksacija,
- postupak treba provesti stručno i brzo,
- bolesnika obuhvatiti s leđa, a svaki član tima preuzima jedan ekstremitet bolesnika,
- bolesnika spustiti na pod, bez ikakvog pritiska na glavu, prsa ili trbuh, a vođa tima drži bolesnikovu glavu,
- bolesnika s poda postaviti na krevet u ležeći položaj na leđa,
- fiksirati zdjelicu zdjeličnim pojasom, a nakon toga ručni pa skočni zglobovi,
- voditi brigu o čvrstoći zategnutosti pojaseva,
- sve vrijednosti (nakit, sat, osobne stvari) koje bolesnik ima potrebno je ukloniti i spremati na sigurno mjesto [15].

Bolesniku je potrebno omogućiti razgibavanje 15 minuta svaka 2 sata te zadovoljavanje svih osnovnih ljudskih potreba uz nadzor medicinske sestre/tehničara. Nad bolesnikom je potrebno provoditi stalan nadzor. Nadalje, potrebno je osigurati dovoljne količine tekućine kako bi se prevenirala dehidracija bolesnika. Od vitalnih parametara prate se vrijednosti pulsa, krvnog tlaka i tjelesne temperature, oksigenacije kako bi se mogle pratiti eventualne nuspojave ordinirane terapije i cjelokupan status bolesnika. Kod njege bolesnika posebnu pozornost treba obratiti na stanje kože, prisutnost boli, mokrenje i stolicu bolesnika. Sve vrijednosti i sve uočeno medicinska sestra/tehničar evidentira u sestrinsku dokumentaciju i listu bolesnika. Kod hranjenja bolesniku je potrebno

osloboditi jednu ruku i pratiti bolesnika, a ukoliko ne može jesti samostalno, pomoći bolesniku pri hranjenju. U svakoj smjeni barem jednom medicinska sestra/tehničar trebaju raditi provjeru mentalnog statusa bolesnika i procjenu rizika za agresivno ponašanje. O svim odstupanjima od normalnog kao i o pozitivnom pomaku u liječenju bolesnika medicinska sestra tehničar dužna je obavijestiti liječnika psihijatra [15].

## **5.2. Uloga medicinske sestre/tehničara kod provedbe sekluzije**

Sekluzija ili izolacija bolesnika spada u privremenu mjeru prisile koja se primjenjuje u stanjima izrazite bolesnikove agresivnosti. Postupak se izvodi u posebnim sobama za izolaciju koje bolesnicima omogućavaju minimalne uvjete za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, a onemogućavaju ozljeđivanje bolesnika. Sekluzija se primjenjuje samo ako su druge manje restriktivne mjere nedovoljne i ne smije se provoditi u kombinaciji s drugim mjerama prisile [15].

Postupak sekluzije također je određen Pravilnikom koji propisuje uloge medicinske sestre/tehničara, a to su:

- kompletno pregledati bolesnika i evidentirati ukoliko postoje vidljive ozljede na bolesniku,
- obući bolesnika u pidžamu te osobne stvari ukloniti od bolesnika i spremiti ih na sigurno,
- zaključati vrata sobe nakon što se bolesnik smjesti,
- pratiti bolesnika svakih 15 minuta putem videonadzora ili prozora na vratima,
- kod stalno uznemirenog bolesnika potrebno provoditi konstantan nadzor od strane jedne medicinske sestre/tehničara,
- servirati obroke u plastičnim ili papirnatim posudama uz dovoljno tekućine,
- prema odredbi liječnika u skladu za stanjem bolesnika, omogućiti bolesniku konzumaciju obroka sa drugim bolesnicima,
- prema odluci liječnika, što je ranije moguće s obzirom na tijek bolesti prekinuti izolaciju bolesnika [15].

### **5.3. Uloga medicinske sestre/tehničara kod primjene farmakoterapije**

Primjena farmakoterapije kao mjere prisile je postupak u kojemu bolesnik nema pravo odlučivanja o načinu, mjestu i vremena kada će se terapija primijeniti [4]. Ovakav način primjene farmakoterapije kao mjere prisile provodi se u svrhu sputavanja agresivnog bolesnika. Iako bolesnik ne mora biti suglasan s primjenom lijeka i u praksi se događa da najčešće i nije suglasan, bolesnika se treba jasno informirati o postupku bez rasprave i poticanja bilo kakvih daljnjih agresivnih i neželjenih radnji od strane bolesnika. Preporuka je da ovu mjeru prisile provodi najmanje četiri do pet zdravstvenih djelatnika. Sam broj medicinskog osoblja ponekad kod bolesnika dovodi do smirenja jer se osjeća u podređenom položaju. Kod prisilne primjene farmakoterapije potrebno je osigurati privatnost bolesniku i onemogućiti ostalim bolesnicima na odjelu da dožive traumatično iskustvo [14].

Neovisno radi li se o prisilnoj ili redovitoj primjeni farmakoterapije, medicinska sestra/tehničar treba imati dovoljno stručnog znanja i vještina kako bi bila uspješan i poželjan član psihijatrijskog tima u svim sferama rada, pa tako i u primjeni farmakoterapije. Medicinske sestre/tehničari najbrojniji su i neizostavan dio medicinskog tima, pa je i njihova uloga pri primjeni farmakoterapije nezamjenjiva [14].

Zadaće i odgovornosti medicinske sestre/tehničara kod primjene farmakoterapije su:

- poznavanje vrste, doze i načine primjene pojedinog lijeka,
- poznavanje djelovanja i nuspojava pojedinog lijeka,
- čuvati lijekove u ambulanti pod ključem i kontrolirati dostatnosti i rokove lijekova,
- kontrolirati uzimanja terapije,
- promatrati bolesnikova stajališta prema uzimanju terapije i ista evidentirati pismeno i prenositi informacije ostalim članovima tima,
- primijeniti lijek prema pravilima,
- pratiti učinak terapije, pogoršanje i poboljšanje simptoma i promjene u ponašanju bolesnika,
- prepoznati i prevenirati nuspojave terapije,

- poticati bolesnika na suradnju i uspostaviti dobar terapijski odnos s bolesnikom,
- objasniti bolesniku razlog primjene terapije, moguće nuspojave i promjene u ponašanju na razumljiv način bez upotrebe stručnih izraza koje bolesnik neće razumjeti,
- poticati samopoštovanje kod bolesnika
- u komunikaciji s bolesnikom koristiti deeskalacijske tehnike,
- u hitnim stanjima terapiju primijeniti smireno, stručno i spretno,
- pratiti vrijednosti bolesnikove vitalne funkcije,
- educirati bolesnika i članove obitelji o važnosti redovitog i pravilnog uzimanja lijekova,
- sve provedene postupke i uočene promjene evidentirati u sestrinsku dokumentaciju [15].

### **5.3.1. Uloga medicinske sestre/tehničara kod uočavanja nuspojave farmakoterapije**

Medicinske sestre/tehničari su 24 sata uz bolesnika, prate njegovo stanje, promjene raspoloženja, promjene u ponašanju, odnos prema drugim bolesnicima i osoblju, njegove vitalne funkcije i fizičke promjene. Kod primjene farmakoterapije u zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika veliku važnost ima praćenje eventualnih neželjenih nuspojava ordinirane terapije. Nuspojave mogu biti različite i specifične za određene skupine lijekova. Iz tog razloga medicinska sestra/tehničar treba biti dovoljno educirana kako bi na vrijeme prevenirala i prepoznala neželjene posljedice primjene lijekova te o istima obavijestila liječnika. Nuspojave nakon primjene terapije često mogu ugroziti suradljivost bolesnika, dovesti do recidiva bolesti pa i ugroziti život bolesnika. Kako bi se na vrijeme uočile nuspojave važno je poznavati najčešće s obzirom na primijenjenu terapiju [22]. U tablici 5.1. prikazane su najčešće nuspojave s obzirom na skupine lijekova koje se najčešće primjenjuju u psihijatrijskoj kliničkoj praksi

Tablica 5.3.1.1. Najčešće nuspojave s obzirom na vrstu lijekova [22]

<b>SKUPINA LIJEKOVA</b>	<b>NAJČEŠĆE PRIMJENJIVANI LIJEKOVI IZ SKUPINE</b>	<b>NUSPOJAVE</b>
ANTIDEPRESIVI	<u>Fluoksetin</u> [Prozac] <u>Sertralin</u> [Zoloft] <u>Paroksetin</u> [Paxil] <u>Fluvoksamin</u> [Luvox] <u>Citalopram</u> [Celexa] <u>Escitalopram</u> [Lexapro]	- glavobolja, mučnina i druge gastrointestinalne smetnje, napetost, nesаница, seksualna disfunkcija, rijetko akatizija, suha usta, tahikardija, opstipacija, retencija urina, zamagljen vid, znojenje, tremor, posturalna hipotenzija, usporeno srčano provođenje, sedacija, debljanje, smetnje provodnog sustava srca
ANTIPSIHOTICI	Klorpromazin [Thorazine] Tioridazin [Mellaril] <u>Loksapin</u> [Loxitane] <u>Haloperidol</u> [Haldol] <u>Flufenazin</u> [Prolixin] <u>Klozapin</u> [Clozaril] <u>Risperidon</u> [Risperdal] <u>Aripiprazol</u> [Abilify] <u>Olanzapin</u> [Zyprexa]	- suha usta, zamućen vid, opstipacija, produljenje QR intervala, vrtoglavica, sedacija, ortostatska hipotenzija, tremor, diskinezija
ANKSIOLITICI	<u>Diazepam</u> [Valium] <u>Lorazepam</u> [Ativan] <u>Alprazolam</u> [Xanax] <u>Oksazepam</u> [Serax] <u>Klonazepam</u> [Klonopin]	- Pospanost, glavobolja, umor, vrtoglavice, smetnje koncentracije, suha usta, pojačana salivacija, poteškoće pri mokrenju, dijareja, depresija, kratki dah, neobične promjene raspoloženja

Izvor: Autor I.G. prema literaturi: <https://hrcak.srce.hr/file/445449>

## 5.4. Terapijska komunikacija s psihijatrijskim bolesnikom

Psihijatrijska profesija temelji se na povjerenju i iskrenosti u odnosu medicinska sestra/tehničar-bolesnik. Kod bolesnika s akutnim psihijatrijskim stanjima često se dogodi da se anamnestički dobiju nepotpune i netočne informacije iz straha od osude ili rastrojenosti bolesnika. Pri svakom kontaktu s bolesnikom važno je voditi računa o njegovom dostojanstvu i uvijek pristupiti bolesniku profesionalno s empatijom i razumijevanjem. Osobito stresna kako za bolesnika tako i za članove zdravstvenog tima je primjena mjera prisile [4].

Primjena mjera prisile može narušiti odnos medicinske sestre/tehničara i bolesnika. Povjerenje koje bolesnik izgubi u ovakvim situacijama teško je vratiti, ali je neizostavno u dobrom terapijskom odnosu. Kako bi se izbjegle nepovoljne situacije za provedbu kvalitetne zdravstvene skrbi za bolesnika, važno je sa bolesnikom što je ranije moguće nakon primjene mjera prisile razgovarati na povjerljiv i iskren način uz pružanje podrške i sa dostatnom dozom empatije. Taj razgovor treba se obaviti u roku od 72 sata od početka mjera [4]. Razgovor treba omogućiti bolesniku da iznese svoje viđenje situacije, a medicinska sestra/tehničar treba objasniti bolesniku razloge čina s naglaskom na bolesnikovu sigurnost i uspješno provođenje postupka liječenja. Razgovor s bolesnikom provodi se s ciljem prihvaćanja liječenja od strane bolesnika, postizanju pozitivnog stava prema liječenju i prihvaćanjem bolesti [23]. Važno je bolesniku objasniti da je prihvaćen i shvaćen u svojoj bolesti. Dobar terapijski odnos s bolesnikom pospješuje pozitivan ishod liječenja. Terapijska komunikacija zadovoljava bolesnikove potrebe za sigurnošću, za samokontrolom, za kontaktom, za pripadnošću, a upravo su to sve komponente koje su narušene kod psihijatrijskog bolesnika. Problemi koji mogu komunikaciju učiniti neadekvatnom su optužujući stav prema bolesniku, sarkastični komentari, ismijavanje, moraliziranje i slično [24]. Nadalje, terapijskom komunikacijom postiže se povjerenje od strane bolesnika što će pridonijeti prihvaćanju vlastitog zdravstvenog stanja, porastu samopoštovanja kod bolesnika, jačanju autonomije i ličnosti, otklanjanju agresivnog ponašanja, promjeni u ponašanju bolesnika i usvajanju novih znanja [24]. Takvom komunikacijom medicinska sestra/tehničar mijenja bolesnikove misli, osjeća i ponašanje na bolje, kako za bolesnika samog, tako i za njegovu okolinu.



Medicinske sestre/tehničari moraju komunicirati s bolesnikom na način kojim će smanjiti napetost i anksioznost kod bolesnika, dopustiti bolesniku da napreduje u skladu sa svojim mogućnostima te omogućiti bolesniku da izrazi svoje stavove i mišljenje. Bolesniku je potrebno postavljati otvorena pitanja koja počinju s „gdje“, „kada“, „što“. Odgovori na takva pitanja omogućuju uvid u stvarno stanje bolesnika i njegov mentalni status [22]. U razgovoru s bolesnikom potrebno je koristiti parafraziranje kako bi se provjerilo razumijevanje onog što je bolesnik rekao. Tijekom razgovora potrebno je bolesnika poticati na razumijevanje i verbaliziranje vlastitih misli i osjećaja uz naglasak fokusiranja na pozitivnih stvari u životu. Razgovor se treba odvijati u mirnoj prostoriji kako bi bolesnik vidio da se poštuje njegova privatnost [22].

Odrednice svake uspješne komunikacije su empatičnost, vrijeme, stjecanje povjerenja, težnja osamostaljenju uz stručan, etičan i individualiziran pristup [23]. Pokazivanjem empatije prema bolesniku medicinska sestra/tehničar pokazuje da je sposobna razumjeti njegove emocije i njegovo trenutno stanje. Empatičan pristup pridonijeti će izgradnji odnosa povjerenja koji će rezultirati pozitivnijim sveukupnim ishodom liječenja zbog osjećaja bliskosti i zadovoljavanja potrebe za sigurnosti kod bolesnika. Razgovor treba biti jasno definiran i medicinska sestra/tehničar treba točno znati što se razgovorom želi postići pa je pitanja potrebno konstruirati u skladu s ciljevima koji se žele postići. Za razgovor s bolesnikom uvijek je potrebno osigurati dovoljno vremena. Ukoliko se razgovor ne vodi na ispravan način to može dovesti do povećanom ovisnosti bolesnika o tuđoj pomoći. Takve neželjene situacije događaju se u situacijama kada medicinske sestre/tehničari u nedostatku specifičnih stručnih znanja pokažu žaljenje nad bolesnikom i njegovom situacijom čime bolesnik gubi samopoštovanje i samopouzdanje [25].

Može se zaključiti kako je terapijska komunikacija vještina kojom se razvija odnos povjerenja, osjećaj prihvaćenosti kod bolesnika uz pružanje savjeta i podrške koja će dovesti do pozitivnih stavova i mišljenja kod bolesnika. Terapijska komunikacija treba pridonositi razvoju terapijskog odnosa između medicinske sestre/tehničara i bolesnika, prihvaćanju zdravstvenog stanja od strane bolesnika, porastu samopoštovanja, smanjenju anksioznosti i poboljšanju raspoloženja bolesnika i otklanjanju autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja [23]. Kao i u svakoj intervenciji, tako i u terapijskom razgovoru medicinska sestra/tehničar

treba se ponašati u skladu sa znanstvenim, etičkim i profesionalnim načelima struke, poštivati jedinstvenost svakog bolesnika i njegova prava. Prema bolesniku treba se odnositi kulturno bez iskazivanja osjećaja ljubavi, divljenja, sažaljenja, kritičnosti uz usmjerenost na dobrobit bolesnika [23].

## 6. EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARATEHNIČARA NA PSIHIJATRIJSKIM ODJELIMA

Edukacija medicinskih sestara/tehničara od velike je važnosti za uspješno obavljanje posla. Medicinska sestra/tehničar na odjelu psihijatrije osim postupaka opće zdravstvene njege trebaju znati prepoznati rane znakove agresije, procijeniti rizik za agresivno ponašanje, poznavati tehnike komunikacije i principe deeskalacijske tehnike te znati procijeniti potrebu i pravilno izvesti postupak primjene mjera prisile. Prema istraživanjima dokazano je kako kontinuirana i kvalitetna edukacija pridonosi smanjenju agresivnih incidenata na psihijatrijskim odjelima, smanjenju ozljeda bolesnika i osoblja te mijenja stavove osoblja prema agresivnim bolesnicima [26].

Sveukupan napredak svih grana medicine pa tako i psihijatrije dovodi do pojačane potrebe za cjeloživotnim učenjem. Medicinske sestre/tehničari svoja znanja i spoznaje proširuju putem raznih seminara, predavanja i kongresa koji su usko vezani uz djelokrug rada medicinske sestre/tehničara na psihijatrijskim odjelima. Svoja novo stečena znanja medicinska sestra/tehničar treba podijeliti sa ostalim članovima tima kako bi cjelokupan proces skrbi za psihijatrijskog bolesnika omogućio postizanje najbolje mogućih ishoda zdravstvene njege.

Educirane medicinske sestre/tehničari osjećaju se spremnije, sigurnije i kompetentnije izvršiti zahtjevne zadaće s kojima se susreću u radu s bolesnicima kod kojih je potrebno provoditi mjere prisile. Čin sputavanja je stresan kako za samog bolesnika, tako i za sve članove tima i popraćen je brojnim psihičkim, stresnim i nelagodnim osjećajima s obje strane. U datom trenutku potrebno je procijeniti da li je agresivno ponašanje uzrokovano mentalnim poremećajem ili je isključivo stvar svjesne namjere pojedinca [27]. Kvalitetna i dobra procjena cjelokupnog stanja rezultirati će odabirom odgovarajućeg postupka zdravstvene njege što će u konačnici rezultirati bržem početku liječenja bolesnika i osiguravanja najveće moguće kvalitete života bolesnika.

## 7. MJERE PRISILE I ZAKONSKA REGULATIVA

Potreba primjene mjera sputavanja u psihijatriji ne podliježe jedinstvenom kriteriju za postupanje kod kriznih stanja i agresivnih bolesnika, nego je primjena isključivo stvar situacijske procjene medicinskog osoblja. Iako je prvi čin stvar situacijske procjene i prvotne indikacije, većina zemalja ima zakonom propisan način, trajanje i vrijeme primjena mjera ograničavanja kretanja uz protokole s jasnim indikacijama, procjenama, postupanjima i evaluacijom tijekom trajanja mjera. Zdravstvene ustanove imaju protokole na odjelima psihijatrije koji su u skladu sa zakonskom regulativom i koje je potrebno detaljno, redovito i stručno voditi, a temelj su svih intervencija koje se provode kod bolesnika sa potrebom primjene mjera sputavanja. Mjere se provode samo dok traje izravna fizička opasnost pa je potrebno pratiti bolesnika i evaluirati njegovo zdravstveno stanje kako bi se na vrijeme prekinulo sputavanje. Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama bolesniku se smije odrediti prvotno sputavanje na maksimalno 4 sata nakon čega liječnik radi procjenu stanja, ali ukupno vrijeme sputavanja ne smije biti duže od 24 sata [15]. Iz navedenog se može zaključiti kako je težnja i cilj minimalizirati vremenski period u kojemu se primjenjuju mjere prisile.

Republika Hrvatska ima regulirane smjernice za primjenu mjera prisile u psihijatrijskom liječenju Ustavom Republike Hrvatske u člancima koji govore o zaštiti temeljnih sloboda i ljudskih prava, Kaznenim zakonom člancima u kojima se govori o nesavjesnom liječenju i Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u člancima kojima je regulirana primjena fizičke sile i prisilne hospitalizacije [15].

Mjere prisile prema zakonima i pravilnicima smiju se primijeniti samo ukoliko postoji opasnost za ugrožavanje života bolesnika i drugih osoba od strane bolesnika. Provođenju mjera prisile pristupa se tek nakon što se drugim neprisilnim metodama nije uspjela otkloniti opasnost, a odluku o mjeri donosi psihijatar koji nadzire i način provođenja. Iznimno u slučajevima kada psihijatar nije u mogućnosti donijeti odluku za mjeru prisile, odluku nakon procjene donose medicinske sestre/tehničari ukoliko za to postoji opravdanje u vidu hitnosti i neposrednog ugrožavanja života bolesnika i ostalih osoba od strane bolesnika [4]. Na slikama 6.1. i 6.2. prikazani su sestrinski i liječnički protokoli prema kojima se

postupa kod primjena mjera prisile kod osoba s težim duševnim smetnjama u „Općoj bolnici dr. Anđelko Višić Bjelovar“.

OPĆA BOLNICA „DR. ANĐELKO VIŠIĆ“ BJELOVAR

ODJEL ZA PSIHIJATRIJU

**SESTRINSKI PROTOKOL KOD PRIMJENE MJERA PRISILE  
PREMA OSOBI S TEŽIM DUŠEVNIM SMETNJAMA**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Mbr: \_\_\_\_\_

Godina rođenja: \_\_\_\_\_ Odjel: \_\_\_\_\_

Datum i sat početka mjere prisile: \_\_\_\_\_

Ime i prezime osobe koja je odobrila mjeru prisile: \_\_\_\_\_

Mjere koje su provedene prije primjene mjere prisile:

- a) deeskalacijske tehnike
- b) komunikacija u krizi
- c) odvajanje pacijenta u bolesničku sobu, dnevni boravak i sl.
- d) medikacija \_\_\_\_\_
- e) ostalo \_\_\_\_\_

Način i vrsta primjene mjere prisile:

- a) zaštitna košulja (stezulja)
- b) magnetni remeni
- c) kožni remeni
- d) soba za izolaciju

Ime i prezime osoba koje su provodile postupak primjene mjere prisile:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ponašanje pacijenta prilikom primjene mjere prisile:

- a) pružanje fizičkog otpora uz pokušaj ozljeđivanja osoblja
- b) pružanje fizičkog otpora bez pokušaja ozljeđivanja osoblja
- c) ostalo \_\_\_\_\_
- d) verbalni otpor
- e) surađuje

❖ OZLJEDE pacijent/osoblje a) NE b) DA (upisati u Izvješće o incidentu)

Privremeni prekid mjere prisile:

- a) obrok \_\_\_\_\_
- b) eliminacija \_\_\_\_\_

Datum i sat prekida mjere prisile: \_\_\_\_\_

Ime i prezime osobe koja je odobrila prekid mjere prisile: \_\_\_\_\_

Potpis medicinske sestre/tehničara:

Slika 7.1. Sestrinski protokol „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ kod primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama

**PROTOKOL O PRIMJENI MJERA PRISILE PREMA OSOBI S TEŽIM  
DUŠEVNIM SMETNJAMA**

**Ime i prezime:** .....

**Godina rođenja:** ..... **Matični broj:** .....

**Dg:** .....

**Datum i vrijeme početka primjene mjera:**.....

**Razlog intervencije:**

1. nepredvidivo ili agresivno ponašanje,
2. ponašanje koje je opasno za pacijenta ili druge osobe,
3. samodestruktivno ponašanje,
4. ponašanje s ozbiljnom verbalnom ili fizičkom prijetnjom koje se slabo kontrolira,
5. intoksikacija alkoholom ili lijekovima sa slabom kontrolom ponašanja,
6. manično ponašanje sa slabom kontrolom,
7. slaba ili nepostojeća samokontrola ponašanja nakon primjene lijekova ili boravka u mirnijoj sobi,
8. na zahtjev pacijenta, ako je procjena takva da je ugrožena sigurnost pacijenta i drugih osoba na odjelu te pacijentova okolina

.....

9. sprječavanje samoozljeđivanja pacijenata [npr. pad s kreveta, sprječavanje pacijenta da izvuče urinarni kateter i sl.]

**Način i vrsta primjene sile:** .....

**Opaska psihijatra koji je odredio intervenciju:** .....

---

**Termini obilaska bolesnika nad kojim su primjenjene mjere prisile:**

.....  
.....

.....  
.....

**Datum i sat prekida mjera prisile**

.....

**Potpis liječnika:**

.....

Slika 7.2. Liječnički protokol „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ kod primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama

## 8. ETIČKI ASPEKTI ZDRAVSTVENE NJEGE PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Primjena mjera prisile promatra se sve više kao kršenje osnovnih ljudskih prava što se može pronaći i u Konvenciji Ujedinjenih Naroda o pravima osoba s invaliditetom [8]. Primjena mjera prisile je i kroz povijest imala centralno mjesto u liječenju psihijatrijskih bolesnika, pa brojni autori upravo povijesni aspekt smatraju ključnim za današnju primjenu u praksi. Bolesnici sa psihijatrijskim poremećajima često su stigmatizirani i neshvaćeni zbog svog stanja, pa kao osjetljiva skupina zahtijevaju izričito humano postupanje.

Etički kodeks Hrvatske komore medicinskih sestara propisuje temeljna načela kojih se svaka medicinska sestra treba pridržavati u svom radu [28]. Načela predstavljaju skup pravila koja su u skladu sa zakonskim odredbama i temelj su svake sestrinske intervencije [29]. Temeljna načela sestinstva kao profesije obuhvaćaju poštivanje privatnosti i dostojanstva bolesnika, primjena holističkog pristupa u radu s bolesnikom, terapijsku komunikaciju s bolesnikom, poštivanje individualnosti svakog ljudskog bića uz bezuvjetno prihvatanje, postizanje prilagodbe i uključivanje bolesnika u cjelokupan proces zdravstvene njege [29]. Rad u skladu s navedenim načelima osigurava postizanje dobrog terapijskog odnosa s bolesnikom što je osnova za pružanje pravilne zdravstvene skrbi bolesniku. Holistički pristup bolesniku predstavlja temeljno obilježje psihijatrijskog sestinstva. Sveobuhvatnim pristupom medicinska sestra/tehničar daje bolesniku do znanja da ga promatra kao cjelovitu individuu sa svim manama i vrlinama i uvažava njegove osnovne ljudske potrebe i zadovoljava ih u skladu s pravilima struke. Načelo poštivanja jedinstvenosti svakog ljudskog bića podrazumijeva gledanje na svakog psihijatrijskog bolesnika kao na jedinstvenu osobu neovisno o različitosti dijagnoza bolesti. U psihijatrijskoj praksi najviše se krše načela privatnosti i dostojanstva bolesnika [29]. Pri primjeni mjera prisile često zbog hitnosti stanja i infrastrukturnih osobitosti odjela nije moguće uvijek osigurati privatnost bolesniku što će dovesti do nezadovoljavanja bolesnikove potrebe za samopoštovanjem. Zato je od iznimne važnosti sve postupke zdravstvene njege i liječenja koji se provode kod bolesnika, a osobito postupke primjena mjera prisile provoditi bez prisutnosti drugih bolesnika. Uz navedeno,

prilikom primjena mjera prisile bolesnikovo dostojanstvo se narušava i uskraćivanjem informacija bolesniku i neobjašnjavanjem postupaka koji se provode s ciljem liječenja. Načelo bezuvjetnog prihvaćanja podrazumijeva kako bolesnik ima pravo i mora dobiti najvišu moguću razinu zdravstvene skrbi i zdravstvene njege, a često se u praksi krši namjernim ili nenamjernim rangiranjem bolesnika prema osobnim kriterijima na „drage“ i „manje drage“ bolesnike. Neovisno o osobnim stajalištima medicinske sestre/tehničara ili ranijim negativnim iskustvima važno je promatrati svakog bolesnika kao individuu i osigurati mu najbolju kvalitetu pružene zdravstvene njege. Uključivanje bolesnika u proces zdravstvene njege ponekad je otežano zbog nemotiviranosti bolesnika za bilo kakve radnje. Medicinska sestra/tehničar treba svojim stručnim specifičnim znanjem motivirati bolesnika da samostalno izvršava radnje u skladu sa svojim zdravstvenim stanjem. Psihijatrijski bolesnici često su u konfliktnim odnosima sa članovima obitelji, radnom i društvenom sredinom. Medicinska sestra/tehničar treba prepoznati takve situacije i podučiti bolesnika načinima ponašanja koji će mu omogućiti lakšu prilagodbu i svakodnevno funkcioniranje [30].

Preduvjet za poštivanje etičkih načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika je educiranost i stručnost medicinske sestre/tehničara u radu s bolesnicima kao i čuvanje profesionalne tajne. Čuvanje profesionalne tajne uključuje sve informacije o dijagnozi i postupcima liječenja i sve socioekonomske i osobne informacije koje je medicinska sestra/tehničar saznala o bolesniku [31]. Takve informacije se ne smiju prenositi osobama koje nisu dionici neposredne zdravstvene njege i skrbi za bolesnika [29]. Neovisno o vrsti postupaka koji se provode u skrbi za psihijatrijskog bolesnika rad medicinske sestre/tehničara u skladu s etičkim načelima je temelj uspješnog i kvalitetnog pružanja najviše moguće razine skrbi za bolesnika, razvoja terapijskog odnosa s bolesnikom i pozitivnog cjelokupnog ishoda liječenja za bolesnika.



## **9. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA**

### **9.1. Ciljevi i hipoteze**

- ispitati raspodjelu bolesnika prema spolu
- ispitati raspodjelu bolesnika prema dobi
- ispitati povezanost primjene mjera prisile s obzirom na stručnu spremu medicinske sestre u smjeni
- ispitati povezanost načina i vrste primjene mjere prisile s ponašanjem bolesnika prilikom primjene mjere prisile
- ispitati povezanost dobi bolesnika s načinom i vrstom primjene sredstava prisile
- ispitati povezanost razloga intervencije sa spolom bolesnika
- ispitati povezanost ponašanja bolesnika prilikom primjene mjere prisile sa spolom bolesnika
- ispitati povezanost trajanja primjene mjere prisile s obzirom na dob bolesnika

H1 Osobe ženskog spola češće pružaju verbalni otpor prilikom primjene mjera prisile.

H2 Primjena mjera prisile češće je potrebna u noćnoj smjeni.

H3 Mjere prisile vremenski se duže primjenjuju kod osoba starije životne dobi.

### **9.2. Metode i uzorak istraživanja**

Istraživanje je provedeno na Odjelu psihijatrije „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ na temelju medicinske dokumentacije (sestrinski i liječnički protokoli kod primjena mjera prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama), a obuhvatilo je uzorak od 197 bolesnika. Podaci su prikupljeni iz dokumentacije bolesnika koji su bili hospitalizirani na odjelu psihijatrije u razdoblju od 2018.-2024. godine, a podaci su statistički analizirani od 20.07.2024. do 05.08.2024. Za provedbu ovog istraživanja dobivena je prethodna suglasnost Etičkog povjerenstva bolnice.

### 9.3. Statističke metode

Za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli su upotrijebljene deskriptivne statističke metode. Za ispitivanje razlika kategorijskih varijabli korišten je Hi kvadrat test ( $\chi^2$  test ili Fisherov egzaktni test kako je prikladno. Kao razinu statističke značajnosti je bila uzeta vrijednost  $p < 0,05$ . Za obradu je bio korišten statistički paketi IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 25 (IBM Corp., Armonk, NY, SAD; 2017) i JASP, verzija 0.17.2.1 (Department of Psychological Methods, University of Amsterdam, Amsterdam, The Nether

### 9.4. Rezultati

U istraživanju su obrađeni podatci 197 bolesnika kod kojih su primijenjene mjere prisile na psihijatrijskom odjelu. Od ukupnog broja ispitanika značajno više ih je bilo muškog spola, njih 157 (79,7%) ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ) te bolesnika u dobi od 18 do 30 godina, njih 74 (37,6%) i 61 do 70 godina, 46 (23,4%) ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ) (Tablica 9.1.).

		N (%)	P*
Spol	Muško	157 (79,7)	<b>&lt;0,001</b>
	Žensko	40 (20,3)	
Dob	18 - 30	74 (37,6)	
	31 - 40	26 (13,2)	
	41 - 50	7 (3,6)	
	51 - 60	19 (9,6)	
	61 - 70	46 (23,4)	
	71 - 80	14 (7,1)	
	81 i stariji	11 (5,6)	

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak, \* $\chi^2$  test

Tablica 9.1. Raspodjela demografskih varijabli bolesnika [N = 197]

Izvor: autor I.G.

U dijelu pitanja koja se odnose na razloge intervencije i vrste mjera prisile značajno više ispitanika je humano sputavano zbog intoksikacije alkoholom ili lijekovima, njih 43 (21,8%) i zbog nepredvidivog ponašanja, njih 60 (30,5%), ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), prije primjene mjera prisile značajno više je primjenjivana farmakoterapija, kod njih 101 [51,3%] 101 ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), kod svih bolesnika su primjenjivani magnetni remeni, njih 197 (100%) te su značajno više slučajeva bolesnici pružali fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja, njih 69 (35%) dok je fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja pružalo njih 75 (38,1%) (Tablica 9.2.).

		N (%)	P*
Razlozi intervencije	Intoksikacija alkoholom	43 (21,8)	<b>&lt;0,001</b>
	Manično ponašanje sa slabom kontrolom	34 (17,3)	
	Na zahtjev bolesnika	4 (2)	
	Nepredvidivo i agresivno ponašanje	60 (30,5)	
	Samodestruktivno ponašanje	17 (8,6)	
	Sprječavanje samoozljeđivanja	39 (19,8)	
Mjere prije primjene mjera	Deeskalacijske tehnike	96 (48,7)	<b>&lt;0,001</b>
	Medikacija	101	
Vrsta mjere	Magnetni remeni	197	
Ponašanje bolesnika prilikom primjene mjera	Fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja	69 (35)	<b>&lt;0,001</b>
	Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	75 (38,1)	
	Suraduje	18 (9,1)	
	Verbalni otpor	35 (17,8)	

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak, \* $\chi^2$  test

Tablica 9.2. Razlozi intervencije i vrste mjera prisile (N = 197).

Prilikom sputavanja značajno više je bilo po dvije medicinske sestre i tehničara srednje stručne spreme, njih 159 (80,7%), ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ) te u značajno više slučajeva je bilo po dvije sestre i tehničara bez obzira na stručnu spremu, njih 172 (87,3%) ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ) (Tablica 9.3.).

		N (%)	P*
Stručna sprema sestara	2 SSS	159 (80,7)	<b>&lt;0,001</b>
	3 SSS	6 (3)	
	SSS i VSS	13 (6,6)	
	2 SSS i VSS	12 (6,1)	
	3 SSS i VSS	7 (3,6)	
Broj sestara/tehničara koji su sudjelovali u intervenciji	Dvije	172 (87,3)	<b>&lt;0,001</b>
	Tri	18 (9,1)	
	Četiri	7 (3,6)	

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak, SSS – Srednja stručna sprema, VSS – Viša stručna sprema; VSS – Visoka stručna sprema,  $\chi^2$  test

Tablica 9.3. Broj i stručna sprema sestara i tehničara koji su sudjelovali u sputavanju (N = 197). Izvor: autor I.G.

U dijelu upitnika koji se odnosi na ozljede bolesnika, smjena tijekom koje je provođeno sputavanje i trajanje mjera pokazalo se kako u značajno više slučajeva nije bilo ozljeda bolesnika, njih 185 (93,9%), ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), nije bilo ozljede osoblja, njih 187 (94,9%) ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), sputavanja su se značajno više provodila u noćnoj smjeni, njih 172 (87,3%), te su bolesnici bili značajno više sputani od 3 do 6 sati, njih 41 (20,8%) i 6 do 12 sati, njih 101 (51,5%), ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), (Tablica 9.4.).

		N (%)	P*
Ozljede bolesnika	Da	12 (6,1)	<b>&lt;0,001</b>
	Ne	185 (93,9)	
Ozljede osoblja	Da	10 (5,1)	
	Ne	187 (94,9)	
Smjena tijekom koje su započele mjere prisile $n=196$	Dnevna	24 (12,2)	
	Noćna	172 (87,3)	
Trajanje mjera prisile $n=196$	Manje od 1 sat	8 (4,1)	
	1 – 3 sata	9 (4,6)	
	3 – 6 sati	41 (20,8)	
	6 – 12 sati	101 (51,5)	
	Više od 12 sati	37 (18,9)	

Napomena: n – broj ispitanika; % - postotak,  $\chi^2$  test

Tablica 9.4. Ozljede bolesnika, smjena tijekom koje je provođeno sputavanje i trajanje mjera (N = 197) Izvor: autor I.G.

Rezultati su pokazali kako nema značajnih razlika u raspodjeli razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika a za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema spolu bolesnika (Tablica 9.5.).

	Spol				p*
	muško		žensko		
	n	%	n	%	
<b>RAZLOG INTERVENCIJE</b>					
Intoksikacija alkoholom ili lijekovima	33	(21)	10	(25)	0,990
Manično ponašanje sa slabom kontrolom	28	(17,8)	6	(15)	
Na zahtjev bolesnika	3	(1,9)	1	(2,5)	
Nepredvidivo ili agresivno ponašanje	48	(30,6)	12	(30)	
Samodestruktivno ponašanje	14	(8,9)	3	(7,5)	
Sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika	31	(19,7)	8	(20)	
<b>MJERE KOJE SU PROVEDENE PRIJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>					
Deeskalacijske tehnike i komunikacija u krizi	79	(50,3)	17	(42,5)	0,240
Medikacija	78	(49,7)	23	(57,5)	
<b>PONAŠANJE BOLESNIKA PRILIKOM PRIMJENE MJERE PRISILE</b>					
Fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja	52	(33,1)	17	(42,5)	0,667
Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	62	(39,5)	13	(32,5)	
Suraduje	14	(8,9)	4	(10)	
Verbalni otpor	29	(18,5)	6	(15)	
<b>OZLJEDE BOLESNIKA</b>					
Da	10	(6,4)	2	(5)	>0,999
Ne	147	(93,6)	38	(95)	

OZLJEDE OSOBLJA					
Da	8	(5,1)	2	(5)	>0,999
Ne	149	(94,9)	38	(95)	
SMJENA TIJEKOM KOJE SU ZAPOČELE MJERE PRISILE <small>N=196</small>					
Dnevna	17	(10,9)	7	(17,5)	0,281
Noćna	139	(89,1)	33	(82,5)	
TRAJANJE PRIMJENE MJERE PRISILE <small>N=196</small>					
Više od 12 sati	30	(19,2)	7	(17,5)	0,904
1-3 sata	8	(5,1)	1	(2,5)	
3-6 sati	31	(19,9)	10	(25)	
6-12 sati	81	(51,9)	20	(50)	
Manje od 1 sat	6	(3,8)	2	(5)	

*Napomena: n – Broj ispitanika, % - Postotak, \* Fisherov egzaktni test*

Tablica 9.5. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema spolu bolesnika (N = 197) Izvor: autor I.G.

Rezultati su pokazali (Tablica 9.6) kako postoji značajna razlika u mjerama koje su razlozi intervencije prema dobi bolesnika (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ). Kod značajno bolesnika u dobi od 18 do 30, njih 23 (31,1%) i 31 do 40 godina, njih 12 (46,2) razlog intervencije je bio intoksikacija alkoholom ili lijekovima, u dobi od 51 do 60 značajno više je razlog bio na zahtjev bolesnika, kod njih 4 (21,1%) i samodestruktivno ponašanje, kod njih 5 (26,3%), u dobi od 61 do 70 godina nepredvidivo i agresivno ponašanje, kod njih 21 (45,7%), te u dobi od 81 godinu i starijih sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika, kod njih 10 (90,9%).

	Dob							p*
	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>RAZLOG INTERVENCIJE</b>								
Intoksikacija alkoholom ili lijekovima	23 (31,1)	12 (46,2)	3 (42,9)	3 (15,8)	2 (4,3)	0 (0)	0 (0)	<b>&lt;0,001</b>
Manično ponašanje sa slabom kontrolom	21 (28,4)	5 (19,2)	3 (42,9)	3 (15,8)	2 (4,3)	0 (0)	0 (0)	
Na zahtjev bolesnika	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (21,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Nepredvidivo ili agresivno ponašanje	23 (31,1)	6 (23,1)	1 (14,3)	4 (21,1)	21 (45,7)	4 (28,6)	1 (9,1)	
Samodestruktivno ponašanje	7 (9,5)	3 (11,5)	0 (0)	5 (26,3)	2 (4,3)	0 (0)	0 (0)	
Sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19 (41,3)	10 (71,4)	10 (90,9)	
<b>TEHNIKE KOJE SU PROVEDENE PRIJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>								
Tehnike deeskalacije	45 (60,8)	11 (42,3)	2 (28,6)	6 (31,6)	22 (47,8)	5 (35,7)	5 (45,5)	0,167
Medikacija	29 (39,2)	15 (57,7)	5 (71,4)	13 (68,4)	24 (52,2)	9 (64,3)	6 (54,5)	
<b>PONAŠANJE BOLESNIKA PRILIKOM PRIMJENE MJERE PRISILE</b>								
Fizički otpor bez pokušaja ozljeđiva-	27 (36,5)	6 (23,1)	0 (0)	10 (52,6)	16 (34,8)	6 (42,9)	4 (36,4)	0,134

nja osoblja									
Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	29 (39,2)	14 (53,8)	5 (71,4)	5 (26,3)	15 (32,6)	3 21,4)	4 (36,4)		
Bolesnik surađuje	5 (6,8)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	9 (19,6)	2 (14,3)	1 (9,1)		
Verbalni otpor	13 (17,6)	6 (23,1)	1 (14,3)	4 (21,1)	6 (13)	3 (21,4)	2 (18,2)		
<b>OZLJEDE BOLESNIKA</b>									
Da	7 (9,5)	1 (3,8)	0 (0)	0 (0)	3 (6,5)	0 (0)	1 (9,1)	0,7 84	
Ne	67 (90,5)	25 (96,2)	7 (100)	19 (100)	43 (93,5)	14 (100)	10 (90,9)		
<b>OZLJEDE OSOBLJA</b>									
Da	5 (6,8)	2 (7,7)	1 (14,3)	0 (0)	1 (2,2)	1 (7,1)	0 (0)	0,4 87	
Ne	69 (93,2)	24 (92,3)	6 (85,7)	19 (100)	45 (97,8)	13 (92,9)	11 (100)		
<b>SMJENA TIJEKOM KOJE SU SE PRIMJENILE MJERE PRISILE</b>									
Dnevna	13 (17,6)	3 (11,5)	1 (14,3)	0 (0)	6 (13)	1 (7,1)	0 (0)	0,4 01	
Noćna	61 (82,4)	23 (88,5)	6 (85,7)	19 (100)	40 (87)	13 (92,9)	10 (100)		
<b>TRAJANJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>									
< 1 sat	4 (5,4)	1 (3,8)	0 (0)	0 (0)	3 (6,5)	0 (0)	0 (0)	0,8 51	
1-3 sata	4 (5,4)	2 (7,7)	1 (14,3)	0 (0)	2 (4,3)	0 (0)	0 (0)		
3-6 sati	17 (23,0)	6 (23,1)	1 (14,3)	6 (31,6)	5 (10,9)	2 (14,3)	4 (40)		



6-12 sati	33 (44,6)	13 (50)	3 (42,9)	10 (52,6)	27 (58,7)	11 (78,6)	4 (40)	
> 12 sati	16 (21,6)	4 (15,4)	2 (28,6)	3 (15,8)	9 (19,6)	1 (7,1)	2 (20)	

Napomena: n – Broj ispitanika, % - Postotak, \* Fisherov egzaktni test

Tablica 9.6. Raspodjela razloga intervencije s obzirom na dob bolesnika Izvor: autor I.G.

Rezultati su pokazali kako postoji značajna razlika u smjeni u kojoj su započele mjere prisile prema stručnoj spremi sestara i tehničara koji su provodili sputavanje bolesnika (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ), kada su prijedodne započinjale mjere prisile značajno više puta mjeru su provodile 3 medicinske sestre i tehničara srednje stručne spreme, njih 6 (100%), jedna sestra/ tehničar više stručne spreme i dvije srednje stručne spreme, njih 11 (100%) i jedna visoke stručne spreme i dvije srednje, njih 7 (100%), dok je u noćnoj smjeni značajno više puta mjeru provodilo dvije sestre/tehničara srednje stručne spreme, njih 159 (100%). Značajna razlika postoji i kod dužine primjene mjere prisile (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ), značajno je više puta prisila trajala 3 do 6 sati kada su u smjeni bile dvije medicinske sestre/ tehničara srednje stručne spreme, njih 40 (25,2%), dok je značajno više puta mjera prisile trajala manje od jedan sat kada su bile jedna sestra/ tehničar visoke stručne spreme i dvije srednje, njih 4 (36,4%) i kada su bile jedna sestra/ tehničar visoke stručne spreme i tri srednje, njih 2 (28,6%) (Tablica 9.7).

	Stručna sprema medicinske sestre koja je bila u smjeni za vrijeme primjene mjere prisile					p*
	2 SSS	3 SSS	VSS, SSS	VSS i 2 SSS	VSS i 3 SSS	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>RAZLOG INTERVENCIJE</b>						
Intoksikacija alkoholom ili lijekovima	38 (23,9)	0 (0)	1 (7,7)	3 (25)	1 (14,3)	0,29 5
Manično ponašanje sa	24 (15,1)	1 (16,7)	2 (15,4)	5 (41,7)	2 (28,6)	

slabom kontrolom							
Na zahtjev bolesnika	2 (1,3)	0 (0)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)		
Nepredvidivo ili agresivno ponašanje	48 (30,2)	4 (66,7)	3 (23,1)	2 (16,7)	3 (42,9)		
Samodestruktivno ponašanje	16 (10,1)	0 (0)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)		
Sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika	31 (19,5)	1 (16,7)	4 (30,8)	2 (16,7)	1 (14,3)		
<b>MJERE KOJE SU PROVEDENE PRIJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>							
Deeskalacijske tehnike, komunikacija u krizi	72 (45,3)	5 (83,3)	7 (53,8)	7 (58,3)	5 (71,4)	0,24 3	
Medikacija	87 (54,7)	1 (16,7)	6 (46,2)	5 (41,7)	2 (28,6)		
<b>PONAŠANJE BOLESNIKA PRILIKOM PRIMJENE MJERE PRISILE:</b>							
Fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja	54 (34)	1 (16,7)	5 (38,5)	6 (50)	3 (42,9)	0,19 0	
Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	64 (40,3)	3 (50)	1 (7,7)	5 (41,7)	2 (28,6)		
Surađuje	15 (9,4)	0 (0)	2 (15,4)	1 (8,3)	0 (0)		
Verbalni otpor	26 (16,4)	2 (33,3)	5 (38,5)	0 (0)	2 (28,6)		
<b>OZLJEDE BOLESNIKA</b>							
Da	11 (6,9)	1 (16,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,60 3	
Ne	148	5	13	12	7		

		(93,1)	(83,3)	(100)	(100)	(100)	
<b>OZLJEDE OSOBLJA:</b>							
Da	9 (5,7)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	0 (0)	0,79 6	
Ne	150 (94,3)	6 (100)	13 (100)	11 (91,7)	7 (100)		
<b>SMJENA TIJEKOM KOJE SU ZAPOČELE MJERE PRISILE <sub>N=196</sub></b>							
Dnevna	0 (0)	6 (100)	0 (0)	11 (100)	7 (100)	<b>&lt;0,0 01</b>	
Noćna	159 (100)	0 (0)	13 (100)	0 (0)	0 (0)		
<b>TRAJANJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>							
Manje od 1 sat	0 (0)	2 (33,3)	0 (0)	4 (36,4)	2 (28,6)	<b>&lt;0,0 01</b>	
1-3 sata	8 (5)	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)		
3-6 sati	40 (25,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14,3)		
6-12 sati	80 (50,3)	3 (50)	11 (84,6)	3 (27,3)	4 (57,1)		
više od 12 sati	31 (19,5)	1 (16,7)	2 (15,4)	3 (27,3)	0 (0)		

Napomena: n – Broj ispitanika, % - Postotak, SSS – Srednja stručna sprema, VŠS – Viša stručna sprema; VSS – Visoka stručna sprema, \* Fisherov egzaktni test

Tablica 9.7. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema stručnoj spremi sestara i tehničara koji su provodili sputavanje bolesnika (N = 197), Izvor: autor I.G.

Rezultati su pokazali kako postoji značajna razlika prema smjeni u kojoj su započele mjere prisile (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ), značajno više puta prisila je trajala 3 do 6 sati kada je sputavanje započelo noću, kod njih 40 (23,3%), dok je manje od 1 sat trajalo ako je započelo danju, kod njih 8 (33,3%) (Tablica 9.8.).

	Smjena tijekom koje su započele mjere prisile		p*
	Dnevna	Noćna	
	n (%)	n (%)	
<b>RAZLOG INTERVENCIJE</b>			
Intoksikacija alkoholom ili lijekovima	4 (16,7)	39 (22,7)	0,191
Manično ponašanje sa slabom kontrolom	8 (33,3)	26 (15,1)	
Na zahtjev bolesnika	0 (0)	4 (2,3)	
Nepredvidivo ili agresivno ponašanje	9 (37,5)	51 (29,7)	
Samodestruktivno ponašanje	0 [0]	17 [9,9]	
Sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika	3 (12,5)	35 (20,3)	
<b>MJERE KOJE SU PROVEDENE PRIJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>			
Deeskalacijske tehnike, komunikacija u krizi	16 (66,7)	79 (45,9)	0,080
Medikacija	8 (33,3)	93 (54,1)	
<b>PONAŠANJE BOLESNIKA PRILIKOM PRIMJENE MJERE PRISILE:</b>			
Fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja	9 (37,5)	59 (34,3)	0,907
Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	10 (41,7)	65 (37,8)	
Suraduje	1 (4,2)	17 (9,9)	
Verbalni otpor	4 (16,7)	31 (18)	
<b>OZLJEDE BOLESNIKA</b>			
Da	1	11	>0,999

	(4,2)	(6,4)	
Da	23 (95,8)	161 (93,6)	
<b>OZLJEDE OSOBLJA</b>			
Da	1 (4,2)	9 (5,2)	>0,999
Ne	23 (95,8)	163 (94,8)	
<b>TRAJANJE PRIMJENE MJERE PRISILE</b>			
Manje od 1 sat	8 (33,3)	0 (0)	<b>&lt;0,001</b>
1-3 sata	1 (4,2)	8 (4,7)	
3-6 sati	1 (4,2)	40 (23,3)	
6-12 sati	10 (41,7)	91 (52,9)	
Više od 12 sati	4 (16,7)	33 (19,2)	

Napomena: n – Broj ispitanika, % - Postotak, \* Fisherov egzaktni test

Tablica 9.8. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema smjeni u kojoj je sputavanje započelo (N = 196), Izvor: autor I.G.

Rezultati su pokazali kako postoji značajna razlika u mjerama koje su provedene prije mjera prisile prema razlozima intervencije (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ), značajno su više kod nepredvidivog i agresivnog ponašanja provođenje deeskalacijske tehnike, njih 38 (63,3%), dok je medikacija značajno više korištena kod samodestruktivnog ponašanja, njih 15 (88,2%) (Tablica 9.9.).

	RAZLOG INTERVENCIJE						p*
	1	2	3	4	5	6	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>MJERE KOJE SU PROVEDENE PRIJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>							
Deeskalacijske tehnike, komunikacija u krizi	18 (41,9)	24 (70,6)	1 (25)	38 (63,3)	2 (11,8)	13 (33,3)	<b>&lt;0,001</b>
Medikacija	25 (58,1)	10 (29,4)	3 (75)	22 (36,7)	15 (88,2)	26 (66,7)	
<b>PONAŠANJE BOLESNIKA PRILIKOM PRIMJENE MJERE PRISILE</b>							
Fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja	13 (30,2)	10 (29,4)	2 (50)	24 (40,0)	8 (47,1)	12 (30,8)	0,534
Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	18 (41,9)	13 (38,2)	2 (50)	23 (38,3)	7 (41,2)	12 (30,8)	
Suraduje	2 (4,7)	4 (11,8)	0 (0)	3 (5)	1 (5,9)	8 (20,5)	
Verbalni otpor	10 (23,3)	7 (20,6)	0 (0)	10 (16,7)	1 (5,9)	7 (17,9)	
<b>OZLJEDE BOLESNIKA</b>							
Da	1 (2,3)	1 (2,9)	0 (0)	6 (10)	1 (5,9)	3 (7,7)	0,588
Ne	42 (97,7)	33 (97,1)	4 (100)	54 (90)	16 (94,1)	36 (92,3)	
<b>OZLJEDE OSOBLJA</b>							
Da	2 (4,7)	2 (5,9)	0 (0)	3 (5)	1 (5,9)	2 (5,1)	>0,999
Ne	41 (95,3)	32 (94,1)	4 (100)	57 (95)	16 (94,1)	37 (94,9)	
<b>SMJENA TIJEKOM KOJE SU ZAPOČELE MJERE PRISILE N=196</b>							
Dnevna	4 (9,3)	8 (23,5)	0 (0)	9 (15)	0 (0)	3 (7,9)	0,189
Noćna	39 (90,7)	26 (76,5)	4 (100)	51 (85)	17 (100)	35 (92,1)	

TRAJANJE PRIMJENE MJERE PRISILE N=196							
Manje od 1 sat	6 (14)	0 (0)	0 (0)	2 (3,3)	0 (0)	1 (2,6)	0,2 98
1-3 sata	1 (2,3)	3 (8,8)	0 (0)	3 (5)	0 (0)	1 (2,6)	
3-6 sati	9 (20,9)	7 (20,6)	1 (25)	15 (25)	4 (23,5)	5 (13,2)	
6-12 sati	20 (46,5)	14 (41,2)	3 (75)	34 (56,7)	8 (47,1)	22 (57,9)	
Više od 12 sati	7 (16,3)	10 (29,4)	0 (0)	6 (10)	5 (29,4)	9 (23,7)	

Napomena: n – Broj ispitanika, % - Postotak, 1 - intoksikacija alkoholom ili lijekovima, 2- manično ponašanje sa slabom kontrolom, 3 - na zahtjev bolesnika, 4 - nepredvidivo ili agresivno ponašanje, 5 - samodestruktivno ponašanje, 6 - sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika, \* Fisherov egzaktni test

Tablica 9.9. Raspodjela mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema razlozima intervencije (N = 197), Izvor: autor I.G

Rezultati su pokazali kako prema broju sestara postoji značajna razlika u smjeni u kojoj je sputavanje provedeno (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ), u noćnoj smjeni je značajno više sudjelovalo dvoje medicinskih sestara i tehničara, njih 172 (100%), dok je u dnevnoj smjeni sudjelovalo troje medicinskih sestara i tehničara, njih 17 (100%). Značajna razlika postoji i u vremenskoj dužini sputavanja (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ), značajno je više puta sputavanje trajalo od 3 do 6 sati kada su bile dvije sestre ili tehničara, njih 40 (23,3%), dok je manje od jedan sat sputavanje trajalo kada je bilo tri medicinske sestre i tehničara (Tablica 9.10.).

	Broj medicinskih sestara			p*
	2	3	4	
	n %	n %	n %	
<b>RAZLOG INTERVENCIJE</b>				
Intoksikacija alkoholom ili lijekovima	39 (22,7)	3 (16,7)	1 (14,3)	0,737
Manično ponašanje sa slabom kontrolom	26 (15,1)	6 (33,3)	2 (28,6)	

Na zahtjev bolesnika	4 (2,3)	0 (0)	0 (0)	
Nepredvidivo ili agresivno ponašanje	51 (29,7)	6 (33,3)	3 (42,9)	
Samodestruktivno ponašanje	17 (9,9)	0 (0)	0 (0)	
Sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika	35 (20,3)	3 (16,7)	1 (14,3)	
<b>MJERE KOJE SU PROVEDENE PRIJE PRIMJENE MJERA PRISILE</b>				
Deeskalacijske tehnike, komunikacija u krizi	79 (45,9)	12 (66,7)	5 (71,4)	0,128
Medikacija	93 (54,1)	6 (33,3)	2 (28,6)	
<b>PONAŠANJE BOLESNIKA PRILIKOM PRIMJENE MJERE PRISILE</b>				
Fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja	59 (34,3)	7 (38,9)	3 (42,9)	0,930
Fizički otpor uz pokušaj ozljeđivanja osoblja	65 (37,8)	8 (44,4)	2 (28,6)	
Suraduje	17 (9,9)	1 (5,6)	0 (0)	
Verbalni otpor	31 (18)	2 (11,1)	2 (28,6)	
<b>OZLJEDE BOLESNIKA</b>				
Da	11 (6,4)	1 (5,6)	0 (0)	>0,999
Ne	161 (93,6)	17 (94,4)	7 (100)	
<b>OZLJEDE OSOBLJA</b>				
Da	9 (5,2)	1 (5,6)	0 (0)	>0,999
Ne	163 (94,8)	17 (94,4)	7 (100)	
<b>SMJENA TIJEKOM KOJE SU ZAPOČELE MJERE PRISILE <small>N=196</small></b>				
Dnevna	0 (0)	17 (100)	7 (100)	<b>&lt;0,001</b>
Noćna	172	0	0	



	(100)	(0)	(0)	
TRAJANJE PRIMJENE MJERE PRISILE $N=196$				
Manje od 1 sat	0 (0)	6 (35,3)	2 (28,6)	<b>&lt;0,001</b>
1-3 sata	8 (4,7)	1 (5,9)	0 (0)	
3-6 sati	40 (23,3)	0 (0)	1 (14,3)	
6-12 sati	91 (52,9)	6 (35,3)	4 (57,1)	
Više od 12 sati	33 (19,2)	4 (23,5)	0 (0)	

Napomena: n – Broj ispitanika, % - Postotak, \* Fisherov egzaktni test

Tablica 9.10. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljedama bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema broju sestara koje su sudjelovale u intervenciji (N = 197) Izvor: autor I.G

## 9.5. Testiranja i hipoteze

Hipoteza 1 glasila je: „Osobe ženskog spola češće pružaju verbalni otpor prilikom primjene mjera prisile“ nije potvrđena. Rezultati koji su prikazani u tablici 9.5. pokazuju kako nema statistički značajne razlike prema spolu u pružanju verbalnog otpora prilikom primjene mjera prisile ( $p=0,667$ ), dok se prema postotku vidi kako je verbalni otpor pružilo 18,5% muškaraca i 15% žena.

Hipoteza 2 glasila je: “Primjena mjera prisile češće je potrebna u noćnoj smjeni“ potvrđena je. U tablici 9.7. vidljivi su rezultati istraživanja, a statistički značajna razlika dokazana je Fisherovim egzaktnim testom ( $p=0,001$ ) gdje je dokazano kako se mjere prisile provode više tijekom noćne smjene.

H3 je glasila: “Mjere prisile vremenski se duže primjenjuju kod osoba starije životne dobi“ nije potvrđena. U tablici 9.6. rezultati pokazuju kako nema statističke značajne razlike u trajanju mjera prisile s obzirom na dob ( $p=0,851$ ).

## 11. RASPRAVA

Psihijatrija je kao grana medicine posvećena brizi i skrbi za bolesnike sa ciljem najboljih mogućih ishoda liječenja za bolesnika uz brojne specifičnosti. Jedna od najznačajnijih specifičnosti je briga i skrb za agresivne bolesnike uslijed raznih dijagnoza bolesti. Primjena mjera prisile neugodno je i zastrašujuće iskustvo kako za samog bolesnika tako i za medicinske djelatnike na psihijatrijskim odjelima. Dodatno stresan je svaki susret sa agresivnim bolesnikom.

Istraživanje koje je provedeno u „Općoj bolnici dr. Anđelko Višić Bjelovar“ imalo je za cilj ispitati incidenciju primjena mjera prisile u radu sa psihijatrijskim bolesnicima, povezanost primjena mjera prisile, trajanje mjera prisile, vrste mjera prisile s obzirom na spol i dob bolesnika, povezanost primjene mjera prisile sa smjenom u kojima se češće primjenjuju te primjenu mjera s obzirom na stručnu spremu medicinskih sestara/tehničara u smjeni. U istraživanju od 197 bolesnika kod kojih su primijenjene mjere prisile značajno je bilo više osoba muškog spola, u dobi od 61 do 70 godina (79,7%,  $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Prema rezultatima istraživanja došlo se do saznanja kako su statistički značajno više mjere prisile primijenjene kod bolesnika koji su došli na odjel u stanju intoksikacije alkoholom ili lijekovima i zbog nepredvidivog ponašanja bolesnika ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Prije nego što se pristupilo mehaničkom sputavanju bolesnika, statistički značajno više je kao mjera prisile primjenjivana farmakoterapija, kod 51% bolesnika ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Neovisno o primjeni farmakoterapije, kod svih bolesnika su u sputavanju korišteni magnetni remeni. Prilikom sputavanja 35% bolesnika je pružalo fizički otpor bez pokušaja ozljeđivanja osoblja, dok je otpor sa pokušajem ozljeđivanja osoblja pružalo njih 38,1%. Istraživanje autora Dukića iz 2019. godine u Rijeci provedenom među zdravstvenim djelatnicima koji su bili u doticaju s agresivnim bolesnicima dalo je rezultate kako je 41,9% medicinskih sestara/tehničara doživjelo fizičko nasilje od strane agresivnog bolesnika [32]. Iako u istraživanju nije dokazana statistički značajna razlika s obzirom na djelatnike koje jesu i nisu doživjeli fizičko nasilje i ozljede, postotak je velik uzmu li se u obzir fizičke i psihičke posljedice doživljene traume. U svom radu Žvorc 2023. godine navodi kako je istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama 2013. godine došlo do rezultata kako su ozljede osoblja od strane agresivnih bolesnika bile su

uzrokom bolovanja kod polovice medicinskih sestara/tehničara na psihijatrijskim odjelima [2].

S obzirom na broj sestara u smjeni, značajno su više u smjeni bile po dvije medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme (80,7%,  $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Rezultati koji se odnose na broj medicinskih sestara/tehničara koji su provodili postupak primjene mjera prisile neovisno o smjeni došlo se do spoznaje kako su postupak provodile u značajno više slučajeva dvije medicinske sestre/tehničara neovisno o stručnoj spremi u 87,3% slučajeva ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ).

Ozljeda bolesnika tijekom provođenja mjera prisile nije bilo kod statistički značajnog većeg broja slučajeva ozljeđivanja bolesnika (93,9%,  $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ), kao niti ozljeđivanja osoblja (94,9%,  $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Statistički značajno više primjene mjera prisile bilo je u noćnoj smjeni, u 87,3% slučajeva, ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ) čime je potvrđena druga hipoteza rada kojom se isto pretpostavilo. Iste rezultate dalo je istraživanje provedeno 2018. godine u Noridijskoj regiji koje je istražilo incidenciju primjena mjera prisile s obzirom na smjenu i stupanj obrazovanja osoblja [34]. U navedenom istraživanju također je dokazano kako je statistički značajno više mjera sputavanja provedeno u noćnoj smjeni. Prema spolu bolesnika nije dokazana statistički značajna razlika s obzirom na razlog intervencije, mjere koje su prethodile intervenciji, ponašanje bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljede bolesnika i osoblja, kao niti s obzirom na vremenski period tijekom kojega se provodila mjera prisile što je prikazano u tablici 9.5. Gledano na vremenski period sputavanja bolesnika statistički najviše bolesnika bilo je sputano 1-3 sata od početka primjena mjera prisile, 51,5%, ( $\chi^2$  test;  $p < 0,001$ ). Analizom povezanosti primjene mjera prisile s obzirom na razlog intervencije i dob bolesnika došlo se do saznanja kako je kod 31,3% bolesnika u dobi od 18 do 30 godina i kod 46,2% bolesnika u i 31 do 40 godina razlog intervencije je bio intoksikacija alkoholom ili lijekovima. U dobi od 51 do 60 u 21,1% slučajeva mjere su se primjenjivale na zahtjev bolesnika i samodestruktivno ponašanje kod 26,3% bolesnika. U dobi od 61 do 70 godina nepredvidivo i agresivno ponašanje bilo je indikacija za primjenu mjere prisile kod, kod 45,7%, te u dobi od 81 godinu i starijih u 90,9% indikacija je bila sprječavanje samoozljeđivanja bolesnika. Vremenski period primjena mjera prisile s obzirom na dob bolesnika nije pokazao statistički značajnu razliku pa stoga nije potvrđena

hipoteza 3 kojom se pretpostavilo kako mjere prisile traju duže kod osoba starije životne dobi.

Raspodjela rezultata koja govori o primjeni mjera prisile s obzirom na dnevnu i noćnu smjenu te stručnu spremu i broj osoblja pokazala je statistički značajnu razliku u stručnoj spremi i broju medicinskih sestara/tehničara koji su provodili mjere s obzirom na smjenu u kojoj su mjere započele (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ). U prijepodnevnoj smjeni u 100% slučajeva mjere prisile provodile po tri medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme ili jedna medicinska sestra/ tehničar više/visoke stručne spreme i dvije medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme. U noćnoj smjeni mjere prisile su provodile u 100% slučajeva po dvije medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme. Kod dužine primjena mjera prisile rezultati pokazuju kako su statistički značajno više puta mjere prisile trajale 3-6 sati kada su u smjeni bile dvije medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme, a manje od 1 sat u smjenama kada je bio prisutan jedan tehničar više/visoke stručne spreme i dvije ili tri medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme. Navedeni rezultati govore u prilog potrebe povećanja broja osoblja općenito, ali i potrebe visokoobrazovanih medicinskih sestara/tehničara u procesu skrbi za bolesnike. Prema istraživanju Šobak (2016) provedenom na Školi narodnog zdravlja dr. Andrija Štampar u Zagrebu kojim su se ispitali stavovi medicinskih sestara/tehničara o položaju medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenom timu, 91% ispitanika smatra kako je potrebno cjeloživotno obrazovanje kroz formalne i neformalne oblike usavršavanje medicinskih sestara kao i provođenje istraživačkog rada s ciljem provođenja kvalitetnije i bolje zdravstvene njege utemeljene na dokazima (34). Rezultati su nadalje pokazali kako su statistički značajno više mjere prisile trajale 3-6 sati kada je sputavanje započelo noću (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ) dok je manje od 1 sat mjera prisile trajala kada je sputavanje započelo danju. Navedeni rezultati mogu se opravdati većim brojem osoblja tijekom dnevne i jutarnje smjene i razlikuju se od rezultata istraživanja Kodal i suradnika koje je provedeno 2018. godine [33] gdje nije dokazana povezanost trajanja mjera prisile s obzirom na stručnu spremu medicinskih sestara/tehničara. S obzirom na mjere koje su provedene prije primjena mjera prisile kod statistički značajno više agresivnih bolesnika i bolesnika nepredvidivog ponašanja (63,3%) primjenjivale su se tehnike deeskalacije dok je medikacija značajno više korištena kod samodetraktivnog

ponašanja bolesnika (88,2%), (Fisherov egzaktni test;  $p < 0,001$ ). S obzirom na spol i pružanje otpora prilikom primjene mjera prisile nije dokazana statistički značajna razlika pa se stoga hipoteza 1 odbacuje. Nije dokazano kako osobe ženskog spola češće prilikom primjene mjera prisile pružaju verbalni otpor.

## 12. ZAKLJUČAK

Mjere prisile na odjelima psihijatrije neizostavan su dio djelokruga rada medicinske sestre/tehničara. Osim traumatičnih i negativnih posljedica za bolesnike, često ovakve intervencije predstavljaju neugodna iskustva i za medicinske sestre/tehničare. Mjere prisile opravdane su u situacijama kada niti jedna druga metoda u sprječavanju agresije i prevenciji samoozljeđivanja bolesnika ili osoba u okolini bolesnika nisu dale pozitivne rezultate.

Provedbu mjera prisile, situaciju u kojima će se iste primijeniti i koliko dugo će se provoditi kod bolesnika propisuje liječnik psihijatar. U iznimnim slučajevima kada je prisutno autodestruktivno ili heterodestruktivno ponašanje kod bolesnika mjeru može samostalno provesti medicinska sestra/tehničar, ali o tome odmah treba obavijestiti liječnika psihijatra i postupiti dalje u skladu s njegovom odlukom. Medicinska sestra/tehničar je aktivni član tima koja svojim stručnim znanjem provodi mjeru prisile, prati bolesnikovo stanje, radi procjenu rizika za agresivno ponašanje, primjenjuje deeskalacijske tehnike u komunikaciji s bolesnikom, primjenjuje propisanu terapiju i prati eventualne nuspojave iste, radi plan zdravstvene njege za bolesnika, evidentira sve postupke koji su provedeni u liječenju bolesnika i usko surađuje s liječnikom. Sve postupke zdravstvene njege medicinska sestra/tehničar provodi u skladu s načelima zdravstvene njege.

Rezultati istraživanja pokazuju kako su mjere prisile u statistički značajno većem broju slučajeva primjenjivane kod osoba muškog spola te kod bolesnika koji su na odjel psihijatrije došli u stanjima akutne intoksikacije alkoholom ili lijekovima. Od mjera prisile prije fizičkog sputavanja bolesnika kod većeg broja bolesnika primijenjena je farmakoterapija s ciljem umirenja bolesnika. Mjere mehaničkog sputavanja bolesnika provedene su kod svih bolesnika magnetnim remenima. Podjednak je broj bolesnika koji su pružali fizički otpor prilikom sputavanja i onih koji otpor nisu pružali. U najviše slučajeva mjere sputavanja provodile su se u smjenama kada su radile dvije medicinske sestre srednje stručne sprema. Mjere prisile značajno su se više provodile u noćnoj smjeni, a najviše bolesnika je bilo sputano u vremenskom periodu od 1-3 sata od početka primjena mjera prisile. Kod bolesnika mlađe životne dobi kao razlog intervencije u najviše slučajeva spominje se akutna intoksikacija, dok se kod osoba starije životne dobi mjere prisile provode s ciljem sprječavanja samoozljeđivanja

bolesnika. Mjere prisile koje su se provodile u noćnoj smjeni provodile su uvijek 2 medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme i vremenski su mjere trajale duže nego u dnevnoj smjeni kada je uz 2 ili 3 medicinske sestre/tehničare srednje stručne spreme bila medicinska sestra/tehničar više ili visoke stručne spreme.

Rad na odjelu psihijatrije pun je izazova uz konstantnu potrebu za trajnom edukacijom medicinskih sestara/tehničara. Mjere prisile stresna su i zahtjevna intervencija kako za bolesnika tako i za medicinske sestre/tehničare koji ih provode te zahtijevaju stručan, individualiziran, empatičan i etički pristup. Komunikacija je ključan element u radu sa psihijatrijskim bolesnikom pa su tako od presudne važnosti za uspješno obavljanje posla dobro razvijene komunikacijske vještine i znanja iz područja tehnike deeskalacije. Kao i svaka druga vještina, vještina komunikacije se uči i usavršava pa je i na tom području edukacija neophodna. Visokoobrazovane medicinske sestre/tehničari koji će svojim znanjima, istraživačkim radom i organiziranjem provođenja sestrinskih intervencija utemeljenih na dokazima pridonositi struci trebaju biti sastavni dio zdravstvenog tima i svoje znanje i vještine nesebično prenositi drugima. Educirana medicinska sestra svojim stručnim znanjem i vještinama bit će uspješnija i sigurnija u obavljanju svog posla i dovesti će zdravstvenu njegu na razinu koja će omogućiti postizanja najvećeg stupnja samostalnosti i kvalitete života bolesnika.

### 13. LITERATURA

- [1.] Žvorc J. Stavovi studenata sestrištva o korištenju mjera prisile kod psihijatrijskih pacijenata [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2023 [pristupljeno 06.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:784546>
- [2.] Šendula Jengić V, Katalinić S. Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci [Internet]. 2017 [pristupljeno 06.09.2024.];38[3]:1225-1237. <https://doi.org/10.30925/zpfsr.38.3.11>
- [3.] Weiner DB. Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149[6]:725-32.
- [4.] Marin Prižmić I. Mjere prisile u psihijatriji i prava pacijenata, 2018., diplomski rad, diplomski, Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrištva, Zagreb
- [5.] Dix R, Betteridge C, Page MJ. Seclusion - past, present and future. In: Beer MD, Pereira SM, Paton C, editors. *Psychiatric intensive care*. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 133-55.
- [6.] Mental Health America. Position statement 55: confining sexual predators within the mental health system 2017 [Dostupno na: <http://www.mentalhealthamerica.net/positions/sexual-predators>].
- [7.] Raboch J, Kalisova L, Nawka A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Services*. 2010;61[10]:1012-7. doi:10.1176/ps.2010.61.10.1012
- [8.] United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2013 [Dostupno na: <http://www.un.org/disabilities/documents/natl/croatia.doc>].
- [9.] Masters KJ. Physical Restraint: A Historical Review and Current Practice. *Psychiatric Annals*. 2017;47[1]:52-5. doi:10.3928/00485713-20161129-01
- [10.] Prološić J, Blažević Zelić S, Vučić Peitl M, Ljubičić Bistrović I. Intenzivna psihijatrijska skrb – hitna stanja u psihijatriji. *Medicina Fluminensis* [Internet]. 2013 [pristupljeno 06.09.2024.];49[4]:463-467. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/112539>
- [11.] Wilhelm S, Schacht A, Wagner T. Use of antipsychotics and benzodiazepines in patients with psychiatric emergencies: results of an observational trial. *BMC Psychiatry*. 2008 Jul 22;8:61. doi: 10.1186/1471-244X-8-61. PMID: 18647402; PMCID: PMC2507712.



- [12.] Dib JE, Adams CE, Ikdais WH, Atallah E, Yaacoub HE, Merheb TJ, Kazour F, Tahan F, Haddad G, Zoghbi M, Azar J, Haddad C, Hallit S. Study protocol for a randomised controlled trial of haloperidol plus promethazine plus chlorpromazine versus haloperidol plus promethazine for rapid tranquilisation for agitated psychiatric patients in the emergency setting [TRECLebanon]. *F1000Res*. 2019 Aug 15;8:1442. doi: 10.12688/f1000research.19933.1. PMID: 32528650; PMCID: PMC7262571.
- [13.] Staggs VS, Olds DM, Cramer E, Shorr RI. Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. *J Gen Intern Med*. 2017 Jan;32[1]:35-41. doi: 10.1007/s11606-016-3830-z. Epub 2016 Aug 23. PMID: 27553206; PMCID: PMC5215153.
- [14.] Pradhan N, Lama S, Mandal G, Shrestha E. Physical restraining: Nurses knowledge and practice in Tertiary Care Hospital of Eastern Nepal. *Nurs Open*. 2019 Jun 12;6[3]:1029-1037. doi: 10.1002/nop2.298. PMID: 31367428; PMCID: PMC6650657.
- [15.] Narodne novine [2015.], Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama; Zagreb, Narodne novine, NN 16/2015 [https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015\\_02\\_16\\_303.html](https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_02_16_303.html)
- [16.] World Health Organization. [2019]. Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training: course guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- [17.] J. Vlado, D. Ostojčić: Hitna stanja u psihijatriji, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2018
- [18.] D. Moravek: Psihijatrija, Medicinska Naklada, Zagreb, 2000.
- [19.] HR. Khouzam, D. Tiu Tan, TS. Gill: Handbook of emergency psychiatry. Philadelphia Mosby, 2007.
- [20.] Muk, B. [2014]. Etika u sestinstvu. Zagreb: Školska knjiga.
- [21.] Ferenčak N. Mjere prisile, etička pitanja i sestrińska profesija [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2019 [pristupljeno 07.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:499865>
- [22.] Šagud M, Šimunović Filipčić I, Klinar I. Antipsihotici. *Medicus* [Internet]. 2023 [pristupljeno 09.09.2024.];32[1. Psihoze]:67-74. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/308618>

- [23.] Šilje M. Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima Communication skills of nurses/technicians with psychiatric patients. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2018 [pristupljeno 09.09.2024.];23[3]:173-180. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2018.23.033>
- [24.] Ležaić A. Komunikacija u zdravstvenom timu. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2020 [pristupljeno 09.09.2024.];25[2]:146-151. <https://doi.org/10.11608/sgnj.25.2.9>
- [25.] Martinović A. Sestrinska dokumentacija psihijatrijskih bolesnika [Završni rad]. Zadar: Sveučilište u Zadru; 2019 [pristupljeno 09.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:348930>
- [26.] Blažinović I. Kompetencije medicinske sestre u konzultativnoj psihijatriji. *Zdravstveni glasnik* [Internet]. 2015 [pristupljeno 09.09.2024.];1[1]:66-76. <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2015.1.66>
- [27.] Vedriš S. Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu psihijatrije [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2020 [pristupljeno 09.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:093877>
- [28.] Etički kodeks medicinskih sestara. Dostupno na: [https://www.hkms.hr/data/1321863874\\_853\\_mala\\_Eticki%20kodeks.pdf](https://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf)
- [29.] Šegota I. Etika sestrinstva. Rijeka: Medicinski fakultet u Rijeci; 1997. str. 50-155.
- [30.] Salihbegović E. Medicinska praksa i etičko pitanje. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva 4. Kantona Sarajeva; 2008. str. 28-37.
- [31.] Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb:Zdravstveno veleučilište; 2006. str.3-21.
- [32.] Dukić A. Nasilje nad medicinskim sestrama i tehničarima u djelatnostima hitne medicine [Diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; 2019 [pristupljeno 12.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:311131>
- [33.] Kodal, J. S., Kjær, J. N., & Larsen, E. R. (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic journal of psychiatry*, 72(2), 103–108. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1393560>
34. Šobak S. Stavovi medicinskih sestara o ulozi medicinske sestre u zdravstvenom timu [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2016 [pristupljeno 15.09.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:204287>

## **14. POPIS SLIKA**

Slika 3.1.1. Remeni za mehaničko sputavanje ruku i stezulja

Slika 3.1. 2. Magnetni pojas za mehaničko sputavanje nogu i ruku

Slika 5.1. Trajno praćenje stanja bolesnika kod primjene mjera prisile

Slika 6.1. Sestrinski protokol „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ kod primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama

Slika 6.2. Liječnički protokol „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ kod primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama

## 15. POPIS TABLICA

Tablica 5.1. Najčešće nuspojave s obzirom na vrstu lijekova [22]

Tablica 9.1. Raspodjela demografskih varijabli bolesnika [N = 197]

Tablica 9.2. Razlozi intervencije i vrste mjera prisile (N = 197).

Tablica 9.3. Broj i stručna sprema sestara i tehničara koji su sudjelovali u sputavanju (N = 197).

Tablica 9.4. Ozljede bolesnika, smjena tijekom koje je provođeno sputavanje i trajanje mjera (N = 197)

Tablica 9.5. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema spolu bolesnika (N = 197)

Tablica 9.6. Raspodjela razloga intervencije s obzirom na dob bolesnika

Tablica 9.7. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema stručnoj spremi sestara i tehničara koji su provodili sputavanje bolesnika (N = 197)

Tablica 9.8. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema smjeni u kojoj je sputavanje započelo (N = 196)

Tablica 9.9. Raspodjela mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljeda bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema razlozima intervencije (N = 197)

Tablica 9.10. Raspodjela razloga intervencije, mjera prije intervencije, ponašanja bolesnika za vrijeme sputavanja, ozljedama bolesnika i osoblja i vremena trajanja prisile prema broju sestara koje su sudjelovale u intervenciji (N = 197)

## 16. PRILOZI

12.1. Dozvola Etičkog povjerenstva „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ za provedbu istraživanja

Opća bolnica „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar  
Etičko povjerenstvo  
U Bjelovaru 17. srpnja 2024. god.

**IGOR GAZIĆ** bacc.med.techn.  
Odjel za psihijatriju  
OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar

Predmet: **„Incidencija humane fiksacije pri Odjelu za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar“**  
- suglasnost na provođenje istraživanja, daje se

Na temelju Vaše zamolbe Etičko je povjerenstvo OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar razmotrilo plan i način ispitivanja odnosno dostavljenu dokumentaciju o istraživanju pod naslovom „Incidencija humane fiksacije pri Odjelu za psihijatriju Opće bolnice „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar“.


Predmetno istraživanje zadovoljava uvjete i u skladu je s Etičkim kodeksom i Bochumskim postupnikom.

Stoga je Etičko povjerenstvo suglasno s provođenjem predmetnog istraživanja u našoj ustanovi.

S poštovanjem,

		
1154586	REPUBLIKA HRVATSKA	
Opća bolnica "Dr. Anđelko Višić" Bjelovar		
Primljeno:	19.07.2024	
Klasifikacijska oznaka	O g. jed.	
053-01/24-01/398	2103-72-01;	
Uredžbeni broj	Prikluzi	Vrijednosti
2103-72-18-24-02	0	-

Predsjednik Etičkog povjerenstva

  
Darko Novalić  
prof. psihologije

**DARKO NOVALIĆ**  
PROF. PSIHLOGIJE  
509132

# Prijava diplomskog rada

## Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Igor Gazić	MATIČNI BROJ	0314005738
DATUM	18.09.2024.	KOLEGIJ	Vještine vođenja i organizacije rada u sestrinstvu
NASLOV RADA	INCIDENCIJA HUMANE FIKSACIJE PRI OB ?DR. ANĐELKO VIŠIĆ BJELOVAR "		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	THE INCIDENCE OF HUMANE FIXATION AT THE GH "DR. ANĐELKO VIŠIĆ BJELOVAR"		

MENTOR	Marijana Neuberg	ZVANJE	izv.prof.dr.sc.
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc.Rosana Ribić, predsjednik		
	2. izv.prof.dr.sc.Marijana Neuberg, mentor		
	3. doc.dr.sc.Sonja Obranić, članica		
	4. doc.dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član		
	5.		

## Zadatak diplomskog rada

BROJ	378/SSD/2024
OPIS	<p>Mjere prisile obuhvaćaju niz postupaka kojima se želi prevenirati i spriječiti ponašanje bolesnika koje je potencijalno opasno za bolesnika samog ili za osobe u bolesnikovoj okolini. Provodi se primjenom lijekova, remena, stezulja i humanom sekluzijom bolesnika s sprječavanja nastavka agresivnog ponašanja bolesnika kako bi se moglo pristupiti metodama liječenja bolesnika. Odluku o mjerama donosi liječnik psihijatar, a medicinska sestra/tehničar je aktivni član tima koji provodi sve intervencije u skladu s etičkim načelima i kompetencijama.</p> <p>Istraživanje je provedeno na odjelu psihijatrije „Opće bolnice dr. Anđelko Višić Bjelovar“ prikupljanjem podataka sa sestrinskih i liječničkih protokola kod primjena mjera prisile prema osobama s težim duševnim smetnjama na uzorku od 197 bolesnika. Podaci su prikupljeni za razdoblje od 2018.-2024. godine. Za provedbu istraživanja prethodno je dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva bolnice za provedbu istraživanja.</p>

ZADATAK URUČEN

18.09.2024.



Sveučilište  
SjeverSVEUČILIŠTE  
SJEVER

## IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, IGOR GAZIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom INCIDENCIJA HUMANE FIKSACIJE PRI EKSTREMNOJ VEŠTAČENJU (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

  
\_\_\_\_\_

(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.