

Uloga medicinske sestre/tehničara pri humanom sputavanju psihijatrijskog bolesnika

Šimić, Branko

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:861759>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





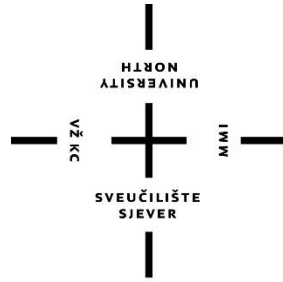
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 980/SS/2018

**Uloga medicinske sestre/tehničara pri humanom
sputavanju psihijatrijskog bolesnika**

Branko Šimić, 3628/601

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 980/SS/2018

Uloga medicinske sestre/tehničara pri humanom sputavanju psihijatrijskog bolesnika

Student

Branko Šimić, 3628/601

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Sažetak

Psihijatrija kao grana medicine uvelike se razlikuje od ostalih u tome što je jedina grana koja primjenjuje prisilne terapijske metode. Agresija je akt usmjeren prema drugome ili prema sebi, može biti verbalne, fizičke ili seksualne prirode. Agresivno ponašanje odnosi se na bilo koje prijeteće ponašanje bez obzira je li agresivnost izrečena verbalno, pokazana fizički i postoji li jasna agresivna namjera ili fizičko ponašanje koje aktualno ozljeđuje ili radi štetu osobi koja se agresivno ponaša, drugim osobama ili imovini.

Prema pacijentu čije je psihičko stanje praćeno izrazitom agitacijom i agresijom te svojim ponašanjem predstavlja opasnost za sebe i okolinu primjenjujemo protokolirane mjere susprezanja u obliku stezulja, sputavanje magnetnim remenima ili odvajanja u izolacijsku prostoriju. Uzevši u obzir da ne postoji znanstveno utemeljeni argument za odabir jedne prisilne metode kao kompetentniju od ostalih, njezin izbor ovisi o kulturološkom i tradicionalnom ustroju društva u kojem se primjenjuje. Upotreba fizičke sile kao intervencija u psihijatriji datira od samog početka, odnosno od začeca skrbi o psihički oboljelim osobama. Još uvijek je jedna od osnovnih metoda u radu. Svojim radom medicinska sestra/tehničar mora štititi sigurnost i interese pacijenata, ali i same sebe. Provođenjem mjera i izrađenih protokola sprječavaju se i neželjeni događaji i incidentne situacije koje bi mogle rezultirati narušavanjem zdravstvenog stanja, a ponekad i smrću. Mjere prisile treba koristiti samo kada deeskalacija nije bila uspješna odnosno kada je to jedini način da se spriječi agresivno ponašanja. Tijekom provođenja postupka medicinsko osoblje pazi na sigurnost i poštovanje prava bolesnika te primjenjuje silu tek onoliko koliko je potrebno za neutralizaciju prijetećeg ponašanja.

Nakon primjene mjere prisile potrebno je u standardnom postupku uz prisutnost voditelja odjela analizirati uzroke i rekonstruirati početak konflikta, rane znakove eskalacije, poduzete mjere, potencijalne pogreške i sve druge okolnosti. Odnos terapeut pacijent pokazao se kao faktor rizika i protektivni faktor u povećanju i smanjenju rizika. Kreiranje suportivne sredine na radnom mjestu može reducirati agresivnost i psihološku traumu, reducirati bolovanja i omogućiti radniku da se na poslu osjeća sigurno.

Ključne riječi: *fizičko sputavanje pacijenta, agresija, humano sputavanje*

Summary

Role of a nurse in humanely containment of a psychiatric patient

Psychiatry as a branch of medicine greatly differs from other branches regarding the fact that this is the only branch that applies forced therapeutic methods. Aggression is the act directed towards the other person or towards oneself and it can be verbal, physical or sexual. Aggressive behaviour is related to any kind of threatening behaviour, no matter whether the aggression was expressed verbally, shown physically or if there is a clear aggressive intention or physical behaviour which currently injures or harms the aggressive person, other persons or belongings.

Towards the patient whose psychological condition seems to be followed by extreme agitation and aggression and who, by his behaviour, causes danger for himself and the environment, we apply protocol measures of one's control in the form of constraining bands, fixation by magnetic belts, or by separation into an isolation room. Taking into consideration that there is not a scientifically-based argument for choosing one forced method as more competent than the others, its choice depends on cultural and traditional constitution of the society in which it is applied. Usage of physical force as an intervention in psychiatry dates back from the very beginning, that is from the conception of care for the mentally ill persons. It is still one of basic methods in psychiatric work. By its work a nurse has to protect patients' and their interests, as well as themselves. By conducting measures and elaborated protocols unwanted situations and incidents which could result in worsening health condition and sometimes even death, are being prevented. Forcing measures should be used only when de-escalation was not successful, apropos when it is the only way for preventing aggressive behaviour. During the period of conducting procedure, medical staff takes care about security and respecting the patients' rights and uses force just enough that is necessary to neutralize threatening behaviour.

After applying forcing measures, in a standard procedure and with the presence of a department chief, it is necessary to analyse samples and to reconstruct the beginning of a conflict, early escalation signs, taken measures, potential errors and all the other circumstances. Therapist-patient relationship appeared to be a risk factor and protective factor in both increasing and decreasing risk. Creating supportive environment on a workplace can reduce aggression and psychological trauma, reduce sick leaves and enable worker to feel safe at work.

Key words: *physical containment of a patient, aggression, humanly fixation*

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Branko Šimić	MATIČNI BROJ	3628/601
DATUM	11.07.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Uloga medicinske sestre/tehničara pri humanom sputavanju psihijatrijskog bolesnika		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The role of a nurse in the human fixation of a psychiatric patient		
MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Špiro Janović, predsjednik 2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor 3. Marija Božičević, mag.med.techn., član 4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član 5. _____		

Zadatak završnog rada

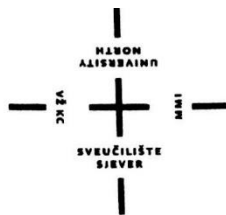
BROJ	980/SS/2018
OPIS	<p>Agresija je akt usmjeren prema drugome ili prema sebi, može biti verbalne, fizičke ili seksualne prirode. Agresivno ponašanje se odnosi na bilo koje prijetete ponašanje bez obzira je li agresivnost izrečena verbalno, pokazana fizički i postoji li jasna agresivna namjera ili fizičko ponašanje koje aktualno ozljeđuje ili radi štetu osobi koja se agresivno ponaša, drugim osobama ili imovini. Agresivnost u psihijatriji može imati negativni utjecaj na percepciju psihijatrijskih službi kao i na negativna iskustva oboljelih od psihičke bolesti tijekom njihovog liječenja, što može dovesti do nesuradljivosti u daljnjem tijeku liječenja. Prema pacijentu čije je psihičko stanje praćeno izrazitom agitacijom i agresijom te svojim ponašanjem predstavlja opasnost za sebe i okolinu primjenjujemo protokolirane mjere susprezanja u obliku stezulja, sputavanja magnetnim remenima ili odvajanja u izolacijsku prostoriju.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- navesti definiciju agresivnosti- objasniti identificiranje uzroka agresivnog ponašanja, etiologiju, patofiziologiju i diferencijalnu dijagnozu agresije,- navesti čimbenike rizika kod pacijenata, potencijalnih žrtvi agresivnog ponašanja i u okolini- opisati neprisljavajuće i prisiljavajuće metode u postupanju s agresivnim bolesnikom- opisati postupke medicinske sestre/tehničara, sestrinsku dokumentaciju i postupke nakon primjene humanog sputavanja bolesnika

ZADATAK URUČEN

31.08.2018.



POTIS MENTORA
Melita Sajko



Sveučilište Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni 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, Branko Šimić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor završnog rada pod naslovom *Uloga medicinske sestre/tehničara pri humanom sputavanju psihijatrijskog bolesnika* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student:

(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Branko Šimić neopozivo izjavljujem da sam suglasan s javnom objavom završnog rada pod naslovom *Uloga medicinske sestre/tehničara pri humanom sputavanju psihijatrijskog bolesnika* čiji sam autor/ica.

Student:

(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Popis korištenih kratica

RH	Republika Hrvatska
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
BAP	Bipolarni afektivni poremećaj
PET	Pozitronska emisijska tomografija
HUMS	Hrvatska udruga medicinskih sestara
NICE	„National Institute for Health and Care Excellence“; Nacionalni institut za izvrsnost zdravlja i njege
GABA	Gama-aminobutirenska kiselina; Inhibitorni neurotransmiter koji smanjuje osjećaje straha i tjeskobe.
CNS	„Central nervous system“; Središnji živčani sustav
ADHD	„Attention Deficit Hyperactivity Disorder“; deficit pažnje/ hiperaktivni poremećaj
fMRI	„Functional magnetic resonance imaging“; Funkcionalna magnetska rezonancija
QT	QT interval; vrijeme između početka Q vala i kraja T vala u srčanom ciklusu; predstavlja električnu depolarizaciju i repolarizaciju ventrikula.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Agresija.....	7
2.1. Definicija agresivnosti i identificiranje uzroka agresivnog ponašanja	7
2.2. Etiologija, patofiziologija i diferencijalna dijagnoza	7
2.2.1. Neurotransmiteri i agresivnost.....	8
2.2.2. Diferencijalna dijagnoza.....	8
2.2.3. Faktori rizika kod pacijenata	11
2.2.4. Faktori rizika potencijalnih žrtvi agresivnog ponašanja.....	11
2.2.5. Faktori rizika u okolini (i preventivni faktori).....	11
2.3. Povezanost agresivnosti s dijagnozom	12
2.4. Povezanost agresivnosti s individualnim karakteristikama pacijenta.....	12
2.5. Povezanost agresivnosti s bolničkom sredinom	13
2.6. Povezanost agresivnosti s osjećajima	13
3. Postupanje s agresivnim pacijentom.....	15
3.1. Neprisiljavajuće metode - metode deeskalacije.....	15
3.2. Prisiljavajuće metode.....	16
3.2.1. Demonstracija snage	16
3.2.2. Farmakološko obuzdavanje	16
3.2.3. Fizičko sputavanje	20
3.2.4. Izolacija/sekluzija	20
4. Fizičko sputavanje pacijenta.....	22
4.1. Reakcije medicinskih sestara/tehničara na primjenu sile	27
4.2. Reakcije članova obitelji na agresivno ponašanje	28
4.3. Sestrinska dokumentacija	30
4.4. Postupci nakon primjena mjera prisile	32
4.5. Edukacija	34
6. Literatura	38

1. Uvod

U današnje vrijeme živimo ubrzanim ritmom uz psihičke napetosti, nezadovoljstva, sukobljavanja i nesuglasice koje su praćene neuspjesima i tragedijama, takav ritam života vodi do teškog psihičkog opterećenja i patnje, što se na posljétku odražava na mentalno zdravlje. Produljenje ljudskog života i socioekonomski uvjeti značajno utječu na porast broja psihijatrijskih oboljenja što zahtjeva veći broj educiranog zdravstvenog kadra. [1]

Dolazak u novonastalu situaciju i nepoznatu okolinu (u ovom slučaju u zdravstvenu ustanovu), nesigurnost i zabrinutost zbog dijagnostičkih i terapijskih postupaka, dovodi do straha kod pacijenta koji očekuje da će mu biti pružena najbolja moguća skrb i da će doći do poboljšanja njegovog stanja ili ozdravljenja. Pacijent također očekuje da tijekom provođenja terapijskih postupaka, postupci neće dovesti do pogoršanja njegova zdravstvenog stanja. Sigurnost pacijenta je primarna stavka za kvalitetnu zdravstvenu njegu i skrb. Sigurnost pacijenta prvenstveno se pridodaje na odgovornost medicinskim sestrama/tehničarima. [1]

Jedna od osnovnih ljudskih potreba je potreba za sigurnošću. [2] Sve osobe imaju potrebu za sigurnošću. Niti jedan čovjek ne bi smio zaboraviti da treba voditi računa o svojim potrebama, ali ujedno i da zadovoljavanjem vlastitih potreba ne smije ugrožavati potrebe drugih. Psihijatrija kao grana medicine se uvelike razlikuje od ostalih u tome što je jedina grana koja primjenjuje prisilne terapijske metode.

Agresija je akt usmjeren prema drugome ili prema sebi, može biti verbalne, fizičke ili seksualne prirode. Agresija se grubo može podijeliti na kognitivnu i emocionalnu. Kognitivna je vezana za kriminalno ponašanje, a emocionalna za psihičke poremećaje. Primjena mjera prisile u psihijatriji podrazumijeva primjenu psiholoških, fizičkih i strukturnih instrumenata za ostvarenje cilja koji ne možemo ostvariti kooperativnom komunikacijom te se provodi mimo volje pacijenta. U posljednjih pedesetak godina više se primjenjuje trend zaštite ljudskih prava. Uzevši u obzir da ne postoji znanstveno utemeljeni argument za odabir jedne prisilne metode kao kompetentniju od ostalih, njezin izbor ovisi o kulturološkom i tradicionalnom ustroju društva u kojem se primjenjuje. Upotreba fizičke sile kao intervencija u psihijatriji datira od samog početka, odnosno od začecja skrbi o psihički oboljelim osobama. Još uvijek je jedna od osnovnih metoda u radu.

U psihijatriji agresija spada u hitna stanja što znači da odluke moramo donositi u kratkom vremenskom periodu i djelovati brzo. U takovim situacijama najčešće nema mnogo vremena za planiranje i postavljanje ciljeva njege, od medicinskog tehničara/sestre zahtjeva djelovanje u istom trenutku. [2]

Više od polovine zaposlenika u zdravstvenom sektoru iznose izloženost agresivnosti, a najviše su izložene medicinske sestre. Rizik za agresivnost raste na psihijatrijskim odjelima. Agresivnost u zdravstvenom sektoru utječe na ishod liječenja i zdravlje radnika, stoga je u svrhu prevencije potreban vrlo pažljiv izbor instrumenata procjene, praćenja i postupaka. [3]

U istraživanju o provođenju primjene mjera prisile prema pravilniku Ministarstva zdravstva RH i usporedbe sa europskim standardima sudjelovalo je 238 medicinskih sestara/tehničara iz 16 psihijatrijskih institucija u RH. [4] Rezultati pokazuju da 89% ispitanika smatra da postoji nedostatak osoblja, 50% ustanova nema video sustav, 88% ustanova nema alarmni sustav nego se oslanjaju na telefonsko pozivanje pomoći što se prema europskim standardima smatra rizičnim traženjem pomoći. u 91% ustanova ne postoje „time out“ sobe kako se to preporuča u europskim standardima, a 61% ustanova nema sobe za izdvajanje. Gotovo 78% o ispitanika smatra da odjeli ne zadovoljavaju standarde u pogledu sigurnosti, odnosno njih 38% smatra da djelomično zadovoljavaju standarde. 69% medicinskih sestara/tehničara nije prošle edukaciju iz postupka s agresivnim bolesnikom, a oni koji su prošli su naveli da je ne obavljaju redovito. Većina ispitanika je navela da u primjeni mjera prisile najčešće učestvuju tri osobe, a ne pet kao je prema pravilniku i europskim standardima. Deeskalacijske metode prije primjene mjera prisile koriste se u 66% slučajeva, u 85% slučajeva koristi se magnetni remen. Odvajanje se koristi u 37% slučajeva. U 24% slučajeva sputavanje traje do 3 h, dok u 52% slučajeva sputavanje traje od 4 do 24 sata. a u 25% slučajeva je 24 sata ili više. 57% medicinskih sestara smatra da sestrinska dokumentacija za praćenje psihijatrijskog bolesnika nije adekvatna. Alarmantan je podatak da je 58% medicinskih sestara ozlijeđeno prilikom primjene mjera prisile, u 84% slučajeva nije bilo ozlijeđe bolesnika ali je u 64% slučajeva ozlijedio druge bolesnike. 73% ustanova nema timski sastanak nakon sputavanja, a samo 56% ustanova vodi statistiku o primjeni mjera prisile. Analiza ovih podataka upućuje na potrebu za analizom svih faktora koji su prepreka primjeni pravilnika Ministarstva zdravlja o primjeni mjera prisile, kao i primjene europskih preporuka i planiranje i provođenje postupaka koji će doprinijeti prevenciji agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile. Stoga se preporuča za donošenje strategije na nivou pojedinačnih psihijatrijskih institucija potrebno je u svim psihijatrijskim službama analizirati faktore rizika za agresivno ponašanje i implementirati

postupanja koja dovode do smanjenja rizika u skladu s preporukama za smanjenje rizika koje se navode u ovom dokumentu. Preporuča se primjena preporuka navedenih u ovoj strategiji u svim psihijatrijskim ustanovama uz praćenje provođenja i učinkovitosti. [4]

Uzevši u obzir da medicinska sestra/tehničar ima središnju ulogu u sigurnosti pacijenta, vrlo bitnu ulogu imaju njene kompetencije. Kompetencije su kombinacije vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, a koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege. [5]

Kompetencije uključuju:

- ✚ Znanje, razumijevanje, prosudbu;
- ✚ Vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne i komunikacijske;
- ✚ Osobne karakteristike, stavove i razvijenost međuljudskih odnosa. [5]

Osobine medicinske sestre/tehničara se, kao djelatnika u zdravstvu koji je usmjeren na pružanje sestrinske skrbi prema pojedincu, njegovoj obitelji i zajednici, očekuje posjedovanje vještina koje će omogućiti pravovaljano izvođenje zdravstvene njege. [5]

Medicinska sestra/ medicinski tehničar mora posjedovati vještine njegovanja, davanja terapije, davanja informacija, opserviranja i prikupljanja informacija. Također mora biti u stanju voditi malu grupu te vješto baratati sugestijom i persuazijom. Mora vješto zaštititi bolesnika, sebe i kolege, stvoriti terapijski odnos, posjedovat vještine komuniciranja i slušanja, savjetovanja te socijalizacije. Kompetencije medicinskih sestara/tehničara su rezultat stupnja obrazovanja, a cilj im je pružanje sigurne, učinkovite i etički prihvatljive zdravstvene njege. [5]

Kompetencije sadrže slijedeće komponente:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| ✚ Odgovornost; | ✚ Procjena; |
| ✚ Etička praksa; | ✚ Planiranje zdravstvene njege; |
| ✚ Načela pružanja zdravstvene njege; | ✚ Provedba postupaka; |
| ✚ Promocija zdravlja; | ✚ Edukacija. |

Sigurnost pacijenta kao i poboljšanje zdravstvenog stanja su prioriteta tijekom provođenja zdravstvene skrbi. Intervencije koje provodimo sukladne su stvaranju sigurne i terapijske okoline u ustanovama gdje se provodi skrb, sigurna primjena farmakoterapije, ispravna oprema i pomagala. Kako bi provođenje terapijskih postupaka teklo sigurno, potrebno je izraditi i primjenjivati protokole koji su u skladu sa standardima. [5]

Svojim radom medicinska sestra/tehničar mora štititi sigurnost i interese pacijenata, ali i same sebe. Provođenjem mjera i izrađenih protokola sprječavaju se i neželjeni događaji i incidentne situacije koje bi mogle rezultirati narušavanjem zdravstvenog stanja, a ponekad i smrću.

Sigurnost u bolnici daje:

- ✚ sigurna okolina i oprema;
- ✚ kontrolirano uzimanje potrebnih lijekova;
- ✚ nemogućnost nasilja;
- ✚ zaštita dezorijentiranih, psihotičnih, suicidalnih osoba;
- ✚ izbjegavanje opasnosti koje ugrožavaju zdravlje i život. [5]

Sigurnost i zaštitu koju pružamo osobama s psihičkim smetnjama odnosi se na zaštitu od okoline, ali i od njih samih, sigurnost u primjenjivanoj terapiji tijekom liječenja (primjena sigurnih lijekova, socioterapijskih i psihoterapijskih rehabilitacijskih metoda). Bolesnik u akutnoj fazi bolesti je često nekritični prema svojem trenutnom stanju te zbog toga može predstavljati opasnost za sebe, ali i za ostale. Akutni psihijatrijski odjeli se zaključavaju kako bi se spriječio bijeg bolesnika u akutnim fazama te time zaštitio bolesnik i okolina. Izlasci s akutnih odjela mogući su isključivo po procjeni i odobrenju psihijatra. Tijekom boravka na akutnim odjelima pacijentima nije dozvoljeno posjedovati predmete kojima bi mogli ozlijediti sebe ili druge u svojoj neposrednoj blizini. Medicinska sestra/tehničar je u stalnom doticaju s pacijentima i nadzire ih, pruža njegu i komunikacijom djeluje terapijski. [1]

Prema pacijentu čije je psihičko stanje praćeno izrazitom agitacijom i agresijom te svojim ponašanjem predstavlja opasnost za sebe i okolinu primjenjujemo protokolirane mjere susprezanja u obliku stezulja, sputavanje magnetnim remenima ili odvajanje u izolacijsku prostoriju. Ograničavanje kretanja ne mora isključivo biti fizičke prirode, može se provoditi i farmakološki što uključuje primjenu psihofarmaka ili lijekova za miorelaksaciju. Fizičko onemogućavanje kretanja predstavlja primjenu fizičke sile i mehaničkog sredstva kojim se ograničava kretanja. Primjena mjera prisile se primjenjuje kada više ne postoji niti jedan drugi način smirivanja pacijenta. [1] Bolesnike s izrazito jakim agresivnim reakcijama moramo onesposobiti, sputati, odnosno, odvojiti od drugih osoba u prisutnoj okolini vežući ih u stezulju (Slika 1.1. i 1.2.) ili magnetnim remenjem što je regulirano Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama čl. 60.–67. [6]



Slika 1.1. Stezulja. Izvor: http://balkans.aljazeera.net/sites/default/files/styles/d8/public/muzej_promo_ajb.jpg?itok=4amU97iB, (Datum pristupa: 4.7.2018.)



Slika 1.2. Stezulja. Izvor: [http://www.turistplus.hr/upload/katalog/596628298\(11\).jpg](http://www.turistplus.hr/upload/katalog/596628298(11).jpg) (Datum pristupa: 4.7.2018.)

2. Agresija

Manifestacija agresivnosti predstavlja kombinaciju faktora kao što su uznemirenje povezano s psihičkim poremećajem, karakteristike ličnosti i vanjskih faktora kao što su stavovi i ponašanje osoblja, drugih pacijenata u okolini, fizičkih obilježja sredine i ograničenja koja utječu na slobodu pacijenta. [7]

2.1. Definicija agresivnosti i identificiranje uzroka agresivnog ponašanja

Agresivno ponašanje se odnosi na bilo koje prijeteeće ponašanje bez obzira da li je agresivnost izrečena verbalno, pokazana fizički i postoji li jasna agresivna namjera ili fizičko ponašanje koje aktualno ozljeđuje ili radi štetu osobi koja se agresivno ponaša, drugim osobama ili imovini. Posljedice agresivnog ponašanja mogu dovesti do oštećenja zdravlja i sigurnosti drugih osoba koje se nalaze u blizini osobe koja je agresivna kao što je to osoblje, drugi pacijenti i sama osoba koja pokazuje agresivno ponašanje. Agresivnost u psihijatriji može imati negativni utjecaj na percepciju psihijatrijskih službi kao i na negativna iskustva oboljelih od psihičke bolesti tijekom njihovog liječenja, što može dovesti do nesuradljivosti u daljnjem tijeku liječenja. [8]

2.2. Etiologija, patofiziologija i diferencijalna dijagnoza

Agresija i nasilje su rezultat kompleksne interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Smatra se da je agresivnost vezana na limbički sustav (posebice amigdalnu) i frontalne režnjeve. U osoba sklonih impulzivnoj agresiji je vidljiva hipoaktivnost prefrontalno i hiperaktivnost u području amigdala (PET scan). A u osoba sa sindromima karakteriziranim impulzivnošću i agresijom su vidljive lezije u orbitofrontalnom i prefrontalnom korteksu. [8]

2.2.1. Neurotransmiteri i agresivnost

U regulaciji ponašanja sudjeluju serotonin, noradrenalin, dopamin i GABA. Istraživanja su pokazala da je agresivnost povezana s viškom muškog spolnog hormona testosterona. Ta povezanost testosterona i agresivnosti je ujedno i jedno od objašnjenja zašto su muškarci više od žena skloni agresivnom ponašanju. S druge strane, postoje dokazi da serotonin (kemijska tvar koja se prirodno izlučuje u srednjem mozgu) ima inhibirajuću učinak na impulzivnu agresiju. Kada se kod životinja prekine protok serotonina, često nastupa porast agresivnog ponašanja, a Davison, Putnam i Larson su zabilježili kako nasilni kriminalci imaju nisku razinu prirodno stvorenog serotonina. Faramkoterapijske intervencije usmjerene na pojačavanje inhibitorске funkciju GABA-e, pojačavanje serotoninske aktivnosti i reduciranje domaćinske aktivnosti blokadom D2 receptora. [8]

2.2.2. Diferencijalna dijagnoza

1. Zloupotreba psihoaktivnih tvari i sustezanje od psihoaktivnih tvari;
2. Medicinske nepsihijatrijske bolesti i stanja;
3. Psihijatrijske bolesti i poremećaji.

Važno je odrediti dijagnozu koja je u podlozi agresivnog ponašanja. Kad je u podlozi organska bolest kod pacijenta može doći do brzog pogoršanja stanja. Postoje četiri kriterija koja diferenciraju većinu organskih bolesti u agitiranog pacijenta (tablica 2.2.2.1., tablica 2.2.2.2., tablica 2.2.2.3.):

- ✚ dezorijentacija;
- ✚ promjena vitalnih parametara;
- ✚ promjene svijesti;
- ✚ pacijenti stariji od 40 godina bez prijašnje dijagnoze psihijatrijskih bolesti.

Zlouporaba psihoaktivnih tvari i sustezanje od psihoaktivnih tvari

- akutno opito stanje, sindrom sustezanja
- delirium tremens
- intoksikacija amfetaminima
- intoksikacija kokainom
- intoksikacija halucinogenima
- intoksikacijama lijekovima (antikolinergici)
- paradoksalna reakcija
- sindrom sustezanja pri zlouporabi sedativa, narkotika
- anabolički steroidi
- aromatski hidrokarbonati

Tablica 2.2.2.1. Diferencijalna dijagnoza agresije. Izvor: M. Goreta: Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Naklada Zadro, Zagreb, 2009.

Medicinske nepsihijatrijske bolesti i stanja

Infektološke bolesti	Neurološke bolesti	Metaboličke bolesti	Endokrinološke bolesti
<ul style="list-style-type: none">○ Upale CNS-a○ Meningitis○ Encefalitis○ Sepsa	<ul style="list-style-type: none">○ ozljeda glave (intracerebralno krvarenje)○ epilepsija (temporalna)○ postiktalno stanje○ neoplazme○ vaskulitis○ cerebrovaskularni incident○ demencija	<ul style="list-style-type: none">○ disbalans elektrolita○ hipotermija, hipertermija○ anemija○ avitaminoza (B1, B6, B12, folna kiselina)○ Wernickova encefalopatija○ Hipoksija○ Hipertenzivna encefalopatija	<ul style="list-style-type: none">○ hipoglikemija○ tireotoksikoza○ Cushingova bolest

Tablica 2.2.2.2. Diferencijalna dijagnoza agresije. Izvor: M. Goreta: Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Naklada Zadro, Zagreb, 2009.

Psihijatrijske bolesti i poremećaji

Psihijatrijski poremećaji dječje dobi i adolescencije				
Dijagnoza	ADHD		Poremećaji ophođenja	Poremećaj (ophođenja) sa suprotstavljanjem i prkošenjem
Podloga/ Oblik agresivnog ponašanja	Niska tolerancija na frustracije, tantrumi, intruzivno ponašanje, opozicionalno ponašanje		Obrasci agresivnog ponašanja (prema ljudima, životinjama, stvarima)	Verbalna agresija s negativističkim, hostilnim, provokativnim i inatljivim ponašanjem
Poremećaji ličnosti				
Dijagnoza	Antisocijalni PL	Paranoidni PL	Borderline	Narcistični PL
Podloga/ Oblik agresivnog ponašanja	Nedostatak osjećaja i empatije prema drugima. Iskorištavanje.	Sumnjičavost prema drugima bez realne prijetnje. Mogu naglo postati agresivni.	Teškoća kontrola impulsa Strah od odbacivanja	Narcistička povreda
Dijagnoza	Shizofrenija	Sumanuti poremećaj	BAP	PTSP
Podloga/ Oblik agresivnog ponašanja	Paranoidna slika s progonstvenim sumanutostima ili imperativnim halucinacijama (sadržaj) Katatona ekscitacija	Prvenstveno sa progonstvenim idejama Sumanute ideje ljubomore	Tijekom manične i/ili psihotične epizode uz agitaciju, iritabilnost. Emocionalna labilnost. Česta zlouporaba psihoaktivnih tvari.	Iritabilnost, osjećaj otuđenja od drugih, reduciran raspon afekata, izljevi ljutnje
Psihogerijatrijske bolesti				
Dijagnoza			demencija	
Podloga/ Oblik agresivnog ponašanja			Iritabilnost Snižena tolerancija na frustracije Dezorijentacija „samoobrana“	

Tablica 2.2.2.3. Diferencijalna dijagnoza agresije. Izvor: M. Goreta: Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Naklada Zadro, Zagreb, 2009.

2.2.3. Faktori rizika kod pacijenata

Većina istraživanja nalazi da se radi o mlađim bolesnicima, zatim onima koji već imaju povijest agresivnog ponašanja (najsnažniji prediktor (ponovnog) agresivnog ponašanja) ili su prisilno primljeni i zadržani na liječenju. Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je također jedan od značajnijih rizičnih faktora, znatno povećava rizik kao komorbiditet drugim psihijatrijskim dijagnozama. Što se tiče spola, rezultati su nedosljedni. [8]

Shizofrenija je najčešća dijagnoza agresivnih bolesnika, no to je i najčešća dijagnoza među hospitaliziranim bolesnicima (u općoj populaciji agresivnost pacijenata sa shizofrenijom je jednaka onoj opće populacije). Dulji boravak u bolnici je također rizični faktor što može ukazivati da bolesnik ima težu kličku sliku ili da ima više vremena da manifestira agresivne pulzije. Slaba tolerancija na frustracije, nisko samopoštovanje, projektivnost i eksternalizacija, rana viktimizacija. [8]

2.2.4. Faktori rizika potencijalnih žrtvi agresivnog ponašanja

Ne postoje jasni podaci da li su to češće drugi pacijenti ili osoblje, no među osobljem najčešće su žrtve srednje medicinsko osoblje. Iskusniji djelatnici češće žrtve napada budući da su oni obično uključeni u rješavanje delikatnih situacija. Češći su napadi na osobu istog spola. Što se tiče samih ličnosti napadnutog osoblja, primijećeno je da postoji rizik kod rigidnih osoba koje imaju autoritativan i patronizirajući stav prema bolesniku, kao i manjak poštovanja. Ističe se i savjesnost, vjerojatno radi manje prilagodljivosti pri odstupanju od zadane procedure. [8]

2.2.5. Faktori rizika u okolini (i preventivni faktori)

Manjak strukturiranih aktivnosti, nedostatak privatnosti za bolesnike, nedostatna komunikacija s osobljem, nepredvidljive promjene u programu odjela, velik broj privremenog osoblja, nedostatno educirano osoblje, neadekvatno fizičko okruženja, prenapučenost odjela i dostupnost oružja su rizici koji povećavaju rizik za agresivno ponašanje.

Rizik agresivnog ponašanja se smanjuje na dobro organiziranim odjelima gdje postoje dovoljno organiziranih terapijskih sadržaja za bolesnike, na odjelima s jasnim moralnim standardima i dobrim vodstvom te dobro definiranim ulogama među osobljem. Harmonija među osobljem je snažniji preventivni faktor od prisustva muškog medicinskog osoblja, omjer

broja bolesnika i osoblja kao i miješani odjel što se tiče dijagnoza te važan je jasan i čvrst stav o zlouporabi psihoaktivnih sredstava.

2.3. Povezanost agresivnosti s dijagnozom

Agresivno ponašanje nije specifično vezano za bilo koju psihijatrijsku dijagnozu, a može se javiti i u sklopu tjelesnog poremećaja. Premda se agresivno ponašanje u psihijatriji najčešće sreće u akutnim psihotičnim stanjima i stanjima intoksikacije alkoholom i psihoaktivnim supstancama, ono nije specifično vezano za bilo koju psihijatrijsku dijagnozu. Kada se radi o psihičkim poremećajima veći je rizik kod komorbiditeta s ovisnosti o psihoaktivnim supstancama i poremećajem ličnosti. Povećani rizik je prisutan kod komandnih halucinacija, ozbiljnog poremećaja tijeka misli, deluzija s nasilnim temama. Kod oboljelih s dijagnozom psihoze faktori povezani s agresivnošću uključuju psihotične simptome kada se osoba osjeća ugroženo i pretjerano kontrolirano. [3]

Osim kod osoba s psihijatrijskom anamnezom, agresivno ponašanje se također može javiti kod osoba s tjelesnim stanjem koje doživljaju bol kod fizičke bolesti, neuroloških bolesti, oštećenja glave, hipoglikemije, hipoksije i drugo. Agresivnost također može biti povezana s utjecajem lijekova npr. kortikosteroida. Diferencijalno dijagnostički važno je isključiti tjelesnu bolest kao uzrok agresivnog ponašanja. [3]

2.4. Povezanost agresivnosti s individualnim karakteristikama pacijenta

Povećani rizik za agresivno reagiranje također je povezan s individualnom percepcijom situacije od strane pacijenta i njegovom specifičnom reakcijom na stres. Percepcija pacijenta da ga samo liječenje može oštetiti može biti povezan s povećanim rizikom za agresivnost, stoga je važno pacijentu objasniti koje liječenje će se provoditi i kako mu liječenje može pomoći. Istraživanja pokazuju da postoji različita percepcija pacijenata i osoblja na uzroke agresivnog ponašanja. Pacijenti ističu da su okolinski uvjeti i loša komunikacija povezani s povećanim rizikom od agresivnog ponašanja. Osoblje u prvi plan ističe mentalni poremećaj, premda prepoznaje značaj utjecaja sredine. Npr. pacijent s dijagnozom paranoidne shizofrenije je prisilno hospitaliziran u terapijskoj okolini koju ne poznaje, s potpunim strancima, vjeruje da je otrovan lijekovima te postaje svadljiv i odbija lijekove. Način na koji će osoblje komunicirati s pacijentom može imati utjecaja na ishod. [3]

2.5. Povezanost agresivnosti s bolničkom sredinom

Mali broj osoblja, način uređenja odjela i nedostatak terapijske kulture su povezani s rizikom agresivnog ponašanja. Negativna interakcija između osoblja i pacijenata kao i pretjerano stroga atmosfera koja ne daje mogućnost za raspravu je povezana s povećanim rizikom agresivnosti. Agresivnost može biti odgovor na faktore bolničke okoline (uređenost odjela i ponašanje osoblja) kombinirane s crtama ličnosti i emocionalnom reakcijom povezanom s hospitalizacijom. [3]

2.6. Povezanost agresivnosti s osjećajima

Agresivno ponašanje može biti povezano s osjećajem ugroženosti, bespomoćnosti, poniženja, frustracije i nepravde, stoga je u identifikaciji uzroka agresivnog ponašanja potrebno istražiti osjećaje koji su u pozadini agresivnog ponašanja kako bi se odabrao adekvatni terapijski postupak. Kada osoba doživljava da je nepravedno - ne fer tretiraju, odnosno da se odnose prema njoj bez poštovanja, jedan je od vrlo jakih okidača za agresivnost. Agresivno ponašanje se događa kada osobe nemaju vještine za postupak s osjećajima ili frustracijama, odnosno kada osjećaju strah. Agresivni ljudi često imaju smanjenu sposobnost da se nose sa svojih frustracijama i njihova agresija im „omogućuje“ imati svoj način na koji zadovoljavaju vlastite potrebe. Agresivnost se može pojaviti kao reakcija na strah i osjećaj neadekvatnosti jer može ljudima dati osjećaj moći u cilju kompenzacije osjećaja neadekvatnosti i straha. Kombinacija osjećaja ugroženosti i gubitka osjećaja osobne kontrole nad mišljenjem i ponašanjem najviše je povezana s rizikom nasilnog ponašanja. Razumijevanje uzroka agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama je osnovno za kvalitetu liječenja i osiguranja sigurne terapijske sredine. [3]

Istraživanja agresivnosti na psihijatrijskim odjelima pokazala su da postoje tri varijable koje doprinose agresivnosti: pacijent, osoblje i okolina. [3]

1. Faktori povezani s pacijentom uključuju dob, spol, prisutnost boli, psihopatologiju, komorbidne bolesti i druge psihosocijalne varijable kao što je upotreba alkohola i droge.
2. Faktori povezani s pacijentovom okolinom kao što su fizičko uređenje odjela, dizajn, mogućnost za privatnost, osvjetljenje, buka, temperatura mogu potaknuti agresivnost

ili smanjiti agresivnost. Okolina na odjelu također uključuje tip pacijenata koji se nalaze na odjelu.

3. Situacijski interpersonalni prediktori agresivnosti povezani su direktno s interakcijama pacijent – osoblje, nepovoljne interakcije između pacijenata i osoblja povezane su s velikim brojem incidenata.

Način na koji pacijent ulazi u sistem liječenja kao što je nedobrovoljni prijem, organizacija liječenja, odjelna pravila, sve može biti povezano s agresivnim incidentom.

Nemogućnost pacijenta da kontrolira svoje agresivno ponašanje je kompleksni fenomen i zahtijeva poznavanje i prepoznavanje različitih faktora koji tome pridonose. Agresivno ponašanje je multidimenzionalni koncept i treba ga procjenjivati u kontekstu interakcije između bolesti (težine simptoma, ranije anamneze o agresivnosti), osobina ličnosti, interpersonalnih faktora - komunikacija s osobljem i drugim ljudima, i faktora okoline: obilježjima fizičke bolničke/vanbolničke sredine, utjecaja faktora sredine (npr. prisilni smještaj, ograničenje slobode kretanja, financijske poteškoće, odnosi u obitelji i drugo). [1]

Poznavanje pacijentovih poteškoća da se nosi sa stresnim situacijama i razvoja agresivnosti je bitna za razumijevanje agresivnosti. Prva strategija u pristupu agresivnom bolesniku je razumijevanje agresivnog ponašanja u konkretnoj situaciji specifičnog pacijenta za što je potrebna analiza utjecaja svih faktora koji mogu pridonijeti agresivnosti; psihičkog stanja, faktora ličnosti-načina reagiranja osobe na stres, utjecaja faktora okoline uključujući i načine komunikacije osoblja s pacijentom. [3]

Identificiranje uzroka agresivnog ponašanja u konkretnoj kliničkoj situaciji važno je za prevenciju i izbor adekvatnog postupka prevencije i kontrole agresivnog ponašanja. Više od 50% osoba s agresivnim ponašanjem poput verbalne agresivnosti, pretjerane aktivnosti i invazije personalnog prostora neće ići prema ozljedi osoblja. Stoga je važno razviti svijest o okidačima koji imaju veliku vjerojatnost da će dovesti do agresivnog ponašanja i ranog postupanja s agresivnim ponašanjem kako bi prevenirali daljnje pogoršanje i primjenu mjera prisile. [3]

3. Postupanje s agresivnim pacijentom

3.1. Neprisiljavajuće metode - metode deeskalacije

Deeskalacijski postupak je prva linija pristupa agresivnom pacijentu, a kada ne uspijeva tada je potrebno primijeniti najmanje restriktivne mjere prisile kroz što kraći vremenski period primjene. Deeskalacija se odnosi na verbalnu i neverbalnu interakciju s uznemirenim pacijentom koja ako se koristi prikladno reducira opasnost od agresivnog ponašanja, uključujući pacijentovu ljutnju i povratak na smireno stanje. Deeskalacijski postupak ili komunikacija u krizi s agresivnim pacijentom je efikasno korištenje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina kako bi se pomoglo smanjiti uznemirenost agresivne osobe ili osobe s rizikom agresivnog ponašanja kako bi se smanjila mogućnost za agresivno ponašanje ili daljnje napredovanje agresivnog ponašanja, odnosno prevencije agresivnog ponašanja. Deeskalacijski postupak s agresivnim pacijentom ima za cilj smanjiti nivo uznemirenosti, smanjiti mogućnost ozljede pacijenta i drugih osoba kao i fizičke okoline, te omogućiti adekvatne terapijske postupke koje će dovesti do otklanjanja agresivnog ponašanja. [3]

Deeskalacijska tehnika se odnosi na postupno rješavanje potencijalno nasilnih, agresivnih situacija kroz izražavanje empatije, terapijskog dogovora i postavljanja granica ponašanja na način koji se temelji na poštovanju. Cilj tehnike je prevenirati pogoršanje stanja i omogućiti pacijentu dovoljno vremena da ponovno zadobije kontrolu nad svojim ponašanjem. Deeskalacijska tehnika također pomaže u stvaranju terapijskog odnosa. Terapijska komunikacija najčešće je najefikasniji postupak smirivanja pacijenta i prevencije agresivnosti. Cilj ovog postupka je umirivanje pacijenata u interaktivnom komunikacijskom procesu koji mu pomaže da se psihološki smiri. Tijekom razgovora potrebno je opservirati i verbalne i neverbalne znake agresivnosti i odgovor na komunikaciju i prema tome prilagoditi svoju komunikaciju. [3]

Za provođenje deeskalacije potrebne su međuljudske vještine koje se uče teorijski i praktično, a uključuje interpersonalno ponašanje koje je učinkovito za smirivanje uznemirenih osoba. Pacijentu treba pristupiti na smireni način s kontrolom svog ponašanja, paziti na dostojanstvo pacijenta, te mu ponuditi mogućnosti izbora koje mu mogu pomoći da se smiri. Važno je govoriti smirenim glasom i paziti na izbor riječi. Poznavanje pacijenta je važno, pa prednost kod primjene deeskalacije treba dati osoblju kojeg pacijent pozna i s kojim ima dobar

terapijski odnos od ranije. Cilj psihološkog pristupa je pomoći pacijentu povećati kapacitete za kontrolu nad svojim agresivnim ponašanjem. Izglednije je da će pacijent povećati kapacitete za bolju kontrolu agresivnosti ako doživljava da je tretiran kao osoba s kojom se može razgovarati čak i u situaciji u kojoj pokazuje agresivnost. [3]

3.2. Prisiljavajuće metode

Mjere prisile treba koristiti samo kada deeskalacija nije bila uspješna odnosno kada je to jedini način da se spriječi agresivno ponašanja jer ako se ne poduzmu mjere prisile postoji ozbiljni rizik ozljede pacijenta ili drugih osoba. Paralelno s mjerama prisile treba i dalje koristiti deeskalacijski pristup. Mjere prisile odnose se na primjenu izdvajanja i primjenu fizičkog sputavanja.

3.2.1. Demonstracija snage

U metodi demonstracije snage se zapravo radi o posljednjoj metodi deeskalacije. Kroz demonstraciju snage, koja treba biti napravljena na ne konfrontirajući način, tim za fizičko sputavanje dolazi na poziv te samom svojom pojavom mogu djelovati smirujuće na agresivno ponašanje. Potrebno je bolesnika moliti za suradnju te mu objasniti daljnju proceduru.

3.2.2. Farmakološko obuzdavanje

Farmakološko obuzdavanje podrazumijeva primjenu lijeka u svrhu kontrole ponašanja ili ograničavanja pacijentove slobode ili kretanja i nije standardni lijek za pacijentovu psihijatrijsku bolest/lijek (terapija) za umirivanje agresivnog ili agitiranog pacijenta. [1]

Cilj farmakološkog obuzdavanja je brza trankvilizacija. Istraživanja iz prakse pokazuje da se najčešće koriste diazepam, haloperidol, zatim droperidol i klorpromazin. Kombinacija benzodiazepina i antipsihotika je djelotvornija od monoterapije i ima manje nuspojave.

Učinkovitost:

1. Haloperidol + Lorazepam;
2. Lorazepam,
3. Haloperidol. [1]

Benzodiazepini:

Koriste se kao monoterapija ili u kombinaciji s antipsihotikom. Kao monoterapija se koriste kad nema podataka o točnoj dijagnozi, kod PTSP-a i kod agitacije uslijed organske bolesti (bez psihijatrijske dijagnoze). Kratkoročne nuspojave: sedacija, smetnje paćenja, paradoksalna reakcija i depresija disanja, a kao antidot se koristi flumazenil (Anexate amp 0.5 mg/1ml), indikacija - depresija disanja uzrokovana benzodiazepimima. Doziranje 0.2 mg i.v., polako kroz 15 sekundi. Čekati 45 sekundi, ponoviti ako je potrebno. Maksimalna dozvoljena doza je doza 1 mg.

Diazepam

- Per os, intravenska primjena;
- Doziranje: 5-10mg maksimalno 30mg odjednom;
- Intravenska primjena 5mg tijekom 1 minute.

Lorazepam

- jedini benzodiazepin čija apsorpcija je pouzdana nakon intramuskularne primjene
- doziranje: 1-2mg svakih 1-6 sati per os, i.m., i.v.

midazolam i.m.

klonazepam i.m.

Antipsihotici:

Prije ere antipsihotika, u prvoj polovici XX. stoljeća, prognoza oboljelih od shizofrenije bila je vrlo loša. [9] Većina njih ostatak života su proveli u azilima. Otkriće klorpromazina, te potom i mnogih drugih antipsihotika, dovelo je do masovnog otpuštanja bolesnika iz psihijatrijskih ustanova te njihovog povratka u društvo. Antipsihotici su otkriveni slučajno, u potrazi za antihistaminikom sa sedativnim osobinama za primjenu u anesteziji. Tada se još nije ništa znalo o biologiji shizofrenije, kao niti o mehanizmu djelovanja antipsihotika. Antipsihotici

su među najučinkovitijim lijekovima u psihijatriji - u terapiji akutne psihotične epizode, terapiji manije, te terapiji održavanja kod shizofrenije. Iako nisu učinkoviti u svih bolesnika, te imaju nuspojave, nedvojbeno ublažavaju psihotične simptome i smanjuju vjerojatnost relapsa. Cilj liječenja shizofrenije jest odabrati antipsihotik koji će imati najveći učinak uz najmanji rizik nuspojava. Mogućnosti liječenja shizofrenije danas bogatije su nego ikada. Međutim, i mehanizam djelovanja antipsihotika je jedan od najsloženijih u medicini općenito. Prije svega zato što djeluju na mozak, koji je najsloženija struktura u svemiru. Zatim, zato što djeluju na druge neurotransmitske sustave u mozgu, prije svega direktnim učinkom na dopaminski, ali i na serotoninski, histaminski, noradrenergički i kolinergički sustav, a indirektnim učinkom na GABA i glutamatni sustav, te konačno složenim mehanizmom, na ekspresiju brojnih gena. Ciljno mjesto djelovanja antipsihotika su receptori u određenim neuronskim putovima. Ali, antipsihotici istovremeno djeluju i na receptore koji se nalaze izvan središnjeg živčanog sustava. Mehanizam djelovanja antipsihotika utvrđuje se in vitro studijama, na animalnim modelima, te u ljudi, pomoću PET i SPECT studija, fMRI, spektroskopije magnetskom rezonancom, te raznim biokemijskim pokazateljima u likvoru i krvi. Budući da učinak i nuspojave antipsihotika proizlaze iz mehanizma djelovanja, bitno je poznavati sličnosti i razlike među njima. [9]

Psihofarmaci u neuronima djeluju na četiri načina:

- ✚ Učinak na receptorima
- ✚ Blokada enzima
- ✚ Blokada transportera
- ✚ Blokada ionskih kanalića.

Antipsihotici pripadaju prvoj od navedenih skupina. Mehanizam djelovanja antipsihotika uključuje učinak na dopaminske receptore, te učinak na receptore drugih neurotransmiterskih sustava. [9]

- ✚ haloperidol
 - doziranje od 2.5 do 10mg i.m. u intervalima od 30-60 minuta
 - djelovanje obično vidljivo kroz 10 do 30 minuta
 - nije određena maksimalna doza
 - kod akutne psihoze davanje iznad 10-15mg i.m. nema dodatnu korist

✚ droperidol

- brže djeluje od haloperidola i od lorazepama
- doziranje 5-20mg i.m., za i.v. 1.25- 2.5mg kao početna doza
- češća ortostatska hipotenzija i sedacija
- prolongacija QT intervala – torsades de pointes

✚ risperidon

- peroralno učinkovit kao i.m. haloperidol kod agitiranih akutno psihotičnih pacijenata

✚ ziprasidon

- intramuskularna primjena kod agitacije u shizofrenih pacijenata
- doziranje 10-20mg i.m.
- 10mg može se dati svakih 2 sata, 20mg se može dati svaka 4 sata. Maksimalna doza i.m. je 40 mg. Daje se kontinuirano maksimalno tri dana!
- Prolongiran QT interval kod i.m. primjene je manji ili isti kao kod i.m. primjene haloperidola
- Oprez kod sklonosti hipotenziji (važnost i hidracije i tjelesne temperature)
- Ne davati kod produženog QT intervala ili ako pacijent uzima drugu terapiju koja može produžiti QT

✚ olanzapin

- agitacija kod shizofrenih i kod maničnih epizoda BAP-a
- i.m. primjena istog učinka kao i i.m. primjena haloperidola kod agitiranih shizofrenih pacijenata
- doziranje 10mg i.m. ili per os (kod intramuskularne primjene prva doza je 10mg, druga doza se može dati za 2 sata, od 5 do 10mg. Maksimalna dnevna doza je 20mg, s tim da u 24 sata se mogu dati maksimalno 3 amp.)
- ne preporuča se i.m. primjena s parenteralnom primjenom benzodiazepina! Ako ih je nužno davati, daju se barem 1 sat nakon i.m. aplikacije olanzapina
- Oprez kod sklonosti hipotenziji (važnost i hidracije i tjelesne temperature)
- Ne davati i.m. kod nestabilnih tjelesnih stanja (infarkt miokarda, nestabilna angina, bradikardija, hipotenzija)

3.2.3. Fizičko sputavanje

Fizičko sputavanje podrazumijeva direktnu primjenu fizičke sile da bi se ograničila pacijentova sloboda ili kretanje, s njegovom dozvolom ili bez nje. Detaljnije o fizičkom sputavanju biti će objašnjeno u slijedećoj cjelini.

3.2.4. Izolacija/sekluzija

Postupak uključuje sekluziju osobe u zaključanoj sobi protiv njezine volje. [10] Osim izdvajanja pacijenta radi zaštite, smanjuje i stimulaciju iz okoline. Kontraindikacije - kod pacijenata koji zahtijevaju intenzivan monitoring, kod znatne intoksikacije, suicidalni, autoagresivni. Odvajanje ili izolacija je privremena terapijska mjera prisile koja se primjenjuje u stanjima ekstremne eskalacije pacijentove agresivnosti. Odvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neefikasne u očuvanju ili preusmjeravanju pacijentova ponašanja. Soba za odvajanje je posebna prostorija na odjelu namijenjena samo za mjeru odvajanja pacijenta i ima video nadzor. Na pacijenta smještenog u sobu za odvajanje ne smije se istovremeno primjenjivati mjera sputavanja. Pacijenti koji su suicidalni, intoksicirani, sa srčanim ili respiratornim smetnjama, koji imaju konvulzije ili drugu organsku bolest, ne smiju se odvajati.

Prije odvajanja pacijenta treba pregledati i obavezno evidentirati sve njegove povrede, ako postoje. Prije odvajanja pacijenta se presvlači u pidžamu i čarape, a sve njegove osobne stvari čuvaju se na određenom mjestu. Potrebno je odmah popisati sve vrijednosti i dragocjenosti uzete od pacijenta - ovaj dio pravilnika nije u skladu s međunarodnim preporukama da se pacijentu dozvoli ako želi njegova odjeća kada to nije prijetnja sigurnosti. Nakon smještaja u sobu za odvajanje, vrata sobe moraju biti zaključana. Medicinska sestra/medicinski tehničar obvezno promatra pacijenta svakih 15 minuta kroz prozor zaključanih vrata ili pomoću videonadzora, a položaj monitora mora biti takav da samo zdravstveni radnik vidi pacijenta. Ako je pacijent vidno uznemiren ili agresivan potreban je stalni nadzor jedne medicinske sestre/medicinskog tehničara. Pacijentu koji je u sobi za odvajanje daje se pauza u trajanju od 15 minuta svakih 1 do 2 sata da se razgiba pod nadzorom zdravstvenih radnika, a prije i poslije pauze radi se procjena stanja pacijenta da bi se moglo utvrditi da li postupak odvajanja treba nastaviti. U sobi za odvajanje obroci se serviraju u plastičnom posuđu, a pacijentu se mora osigurati dovoljna količina tekućine. Ako to zdravstveno stanje pacijenta dopušta, doktor

medicine može dogovoriti s pacijentom i medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima da se pacijentu omogući uzimanje obroka s drugim pacijentima. Uvijek je potrebna prisutnost barem dvije medicinske sestre/dva medicinska tehničara kada se pacijenta odvodi u sobu za odvajanje ili ga se pušta na pauzu ili obroke iz sobe za odvajanje. Pacijent treba biti pušten iz sobe za odvajanje što prije, a odluku o prestanku mjere odvajanja donosi psihijatar. Službe koje koriste sobu za izdvajanje moraju imati sobu koja dozvoljava da osoblje može opservirati stanje pacijenta i komunicirati s njim.

Europski standardi za sobu za izdvajanje traže da soba mora biti dobro izolirana i ventilirana s mogućnošću kontrole temperature izvan sobe, pristupom toaletu i prostoru za mogućnost održavanje higijene te s namještajem, prozorima i vratima koji se ne mogu uništiti, niti koristiti kao oruđe za ozljeđivanje. [7] Prema članku 64. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, a o primjeni mjera prisile potrebno je obavijestiti osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika i etičko povjerenstvo. [10]



Slika 3.2.4.1. Ilustracija prikaza sobe za odvajanje. Izvor: https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcThRckzZajt1i8BLOEOA2Hy4FJLaM_RTHvgHUg0ESziegHKnn9Pgg (Datum pristupa: 18.5.2018.)

4. Fizičko sputavanje pacijenta

Mjere prisile treba koristiti samo kada deeskalacija nije bila uspješna odnosno kada je to jedini način da se spriječi agresivno ponašanja jer ako se ne poduzmu mjere prisile postoji ozbiljni rizik ozljede pacijenta ili drugih osoba. [10] Paralelno s mjerama prisile treba i dalje koristiti deeskalacijski pristup. [3] Mjere prisile odnose se na primjenu izdvajanja i primjenu fizičkog sputavanja. Mjere prisile su sredstva i metode za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja osobe s težim duševnim smetnjama koja je smještena u psihijatrijskoj ustanovi. Ciljevi primjene mjera prisile su prevenirati mogućnost ozljede pacijenta i drugih osoba te omogućiti prikladno liječenje. Mjere prisile primjenjuju se prema osobi s težim duševnim smetnjama u osobito hitnim slučajevima ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti, kada je to jedini način sprječavanja pacijenta da svojim postupcima ugrozi svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Mjere prisile mogu se primijeniti samo iznimno i to ako se samo njihovom primjenom može otkloniti neposredna opasnost koja proizlazi iz ponašanja pacijenta, kojom ozbiljno i izravno ugrožava svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Mjere prisile smiju trajati samo dok je to nužno da se otkloni neposredna opasnost koja proizlazi iz ponašanja zbog kojeg su se primijenile mjere prisile. Osoba na koju će se primijeniti sila kada god je to moguće treba na to biti upozorena.

Čl. 60 st. 1 kaže da fiksaciju pacijenta provodi medicinsko osoblje koje je educirano za izvođenje postupka po pisanom protokolu. [10] Odluku o primjeni fizičke sile i mehaničkih sredstava za sputavanje donosi liječnik – psihijatar. Medicinska sestra/tehničar donosi odluku o primjeni fizičke sile isključivo kada je situacija od iznimne opasnosti i hitrosti te nije moguće čekati odluku psihijatra (bolesnik ugrožava život druge osobe, sebe ili šteti imovinu veće vrijednosti). Tijekom provođenja postupka medicinsko osoblje pazi na sigurnost i poštovanje prava bolesnika te primjenjuje silu tek onoliko koliko je potrebno za neutralizaciju prijetećeg ponašanja. U tom slučaju, služba po završetku fiksacije dužna je odmah po završetku protokola obavijestiti odjelnog ili dežurnog liječnika (ovisno o nadležnosti) – psihijatra. Tijekom postupka vrlo je važno izbjeći povređivanje bilo koje osobe koja sudjeluje u provođenju protokola. [11]

U cilju sigurnosti pojedini zahvati nisu dopušteni:

- ✚ uvrtnje zglobova
- ✚ sjedenje na pacijentu
- ✚ povlačenje za kosu
- ✚ davljenje
- ✚ štipanje
- ✚ riječi koje vrijeđaju pacijenta

Primjena fizičkog obuzdavanja predstavlja rizik ozljeđivanja za osoblje i za pacijenta. [12] Sredstva za fizičko ograničavanje sačinjena su od tkanina, kože, metala i magneta u obliku pojaseva. Sputani pacijent je pod intenzivnim nadzorom, intenzivno mu se nadziru vitalni parametri i procjenjuje se njegovo psihičko stanje te čim dođe do smirivanja simptoma agitacije i agresije, sputavanje se prekida. Svako sputavanje se bilježi na za to predviđenom protokolnom obrascu. Radnim danom u 16h, a subotom i nedjeljom u 9h kod izmjenjivanja dežurne službe liječnika, odjelna služba dužna je obavijestiti dežurnog psihijatra ima li sputanih pacijenata na odjelu, a tijekom radnih dana (ponedjeljak – petak) tijekom smjenske primopredaje službe liječnik koji napušta službu dužan je obavijestiti liječnika koji nastavlja dežurstvo o svakom sputanom pacijentu. Ako pacijent odbija sudjelovati u poštivanju kućnog reda, odbija se presvući, odbija uzimanje terapije ili neke druge obveze u propisanom programu liječenja (predaja mobitela), ne treba primjenjivati fizičku silu već obavijestiti nadležnog liječnika – psihijatra o nesuradljivosti pacijenta.

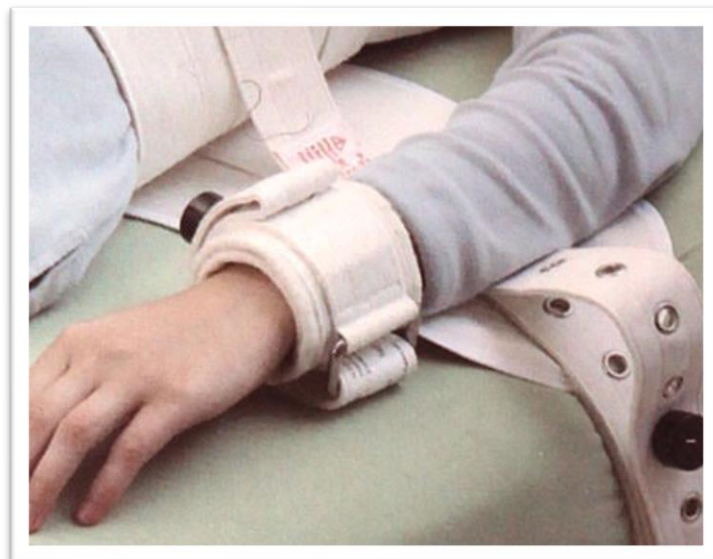


Slika 4.1. Prikaz metoda humanog sputavanja. Izvor: <https://bauerfeind.hr/kategorija-proizvoda/rehabilitacija/oprema-za-bolesnicku-sobu/pojasevi-za-humano-vezivanje/> (Datum pristupa: 27.6.2018.)

Svaka incidentna situacija (fizički napad, pokušaj suicida, bijeg s odjela, uništavanje imovine i sl.) treba opisati u obrazac o incidentnim situacijama, upisati u sestrinsku listu pacijenta i upisati u izvještaj službe kako bi spriječili naknadne komplikacije oko opisa događaja pod kojim je došlo do incidenta (u slučaju sudskog postupka) i kako bi služba koja dolazi u sljedeću smjenu mogla biti u potpunosti informirana o incidentnom događaju.

Psihijatrijski pacijent će u rijetkim slučajevima imati potpuno neočekivane reakcije, odnosno, rijetko da će agresivno ponašanje biti prethodno „nenajavljeno“. Agresivno ponašanje moguće je predvidjeti iz uočljivih promjena u ponašanju, govoru tijela kao i verbalnom dijelu komunikacije (povišeni ili prijeteći ton glasa). Vanjski poticaji na agresiju pacijenta uvjetovani su manjkom organizacije rada na odjelu: nedostatan broj službe, slaba educiranost, nejasna hijerarhija, loša komunikacija između djelatnika tima, nedostatak životnog prostora, izmiješanost pacijenata specifičnih psihopatologija. [12]

Rizičnu situaciju koja ima potencijal za eskalaciju u fizičko nasilje treba prethodno procijeniti u kratkom vremenu. [13] Procjenjuje se stanje pacijenta kao i okolina u kojoj se situacija događa. Pacijentov govor tijela: tonalitet glasa, stiskanje šaka, stiskanje zubi, „prijeteći pogled“, sadržaj komunikacije (psovke, uvrede, prijetnje). Oblik prostorije i količina slobodnog prostora (vrata, prolazi, prozori), namještaj i oprema kao potencijalna prepreka ili opasnost za ozljedu (rubovi stolova, stolice, stalci za infuziju, ogradice bolesničkog kreveta, itd.)



Slika 4.2. Prikaz metoda humang sputavanja. Izvor: <http://www.panon-trade.hr/humano-vezanje-pacijenata.htm> (Datum pristupa: 27.06.2018.)

Medicinska sestra/tehničar djelatnik psihijatrije vlastiti strah mora prepoznati kao najbitniji znak prijeteće opasnosti. Iz straha krivo procjenjujemo situaciju te se možemo osjećati ugroženima kada to možda i nije stvarna slika situacije. Napete osobe, osobe koje su nesigurne u sebe, emocionalno labilne osobe češće primjećuju prijeteće ponašanje nego što je ono u stvarnosti prisutno. [14]

U komunikaciji s potencijalno agresivnim pacijentom koristimo sljedeće tehnike:

- ✚ govoriti razgovjetno i normalnim tonom glasa
- ✚ izbjegavati vikanje i psovanje
- ✚ izražavati se jednostavnim i kratkim rečenicama
- ✚ nemojte se verbalno suprotstavljati niti lažno slagati
- ✚ prijetnje sugovornika shvatiti ozbiljno
- ✚ dati si dovoljno vremena i uzeti kratku stanku

Dvije ključne stavke zašto razdvajanje medicinskih i sigurnosnih uloga nije moguće:

1. Angažmanom posebno obučениh djelatnika (zaštitara) za sigurnost na odjelu dovelo bi do antiterapijskog ozračja.
2. Povećali bi se troškovi liječenja zbog dodatnog zapošljavanja djelatnika zaduženih za sigurnost.

Da bi se medicinske sestre/tehničari osigurali na radnom mjestu, odnosno, da bi posao obavljali s većom sigurnošću organizirane su radionice unutar ustanova koje pružaju znanja i vještine samoobrane. Medicinske sestre/tehničari sputavanje obavljali kao tim. Potrebno je sudjelovanje pet djelatnika, jedan od njih kao koordinator situacije (vođa tima) koji je zadužen za sigurnost glave pacijenta dok su ostala četiri djelatnika odgovorna za po jedan pacijentov ekstremitet.

Odluku o tome je li potrebno sputavanje u hitnoj situaciji donosi voditelj sestrinskog tima (uz suglasnost ostalih medicinskih sestara/tehničara). Ukoliko pomoć u intervenciji tražimo od djelatnika s drugog odjela, potrebno je kolege po dolasku na odjel ukratko uputiti o situaciji. Prije same intervencije potrebno je skinuti nakit (prstenje, naušnice), ručni sat, naočale, identifikacijsku oznaku (pločica s imenom) itd.



Slika 4.3. Sustav za humano sputavanje pacijenta. Izvor: <http://www.panon-trade.hr/images/segufix.jpg> (Datum pristupa: 27.06.2018.)

Djelovanje mora biti:

- ✚ brzo i bez oklijevanja
- ✚ bez pokušaja daljnjeg pregovaranja s pacijentom
- ✚ da se izbjegne poniženje pacijenta
- ✚ da se izvede rutinska i regularna procedura

Grupa mora intervenirati istovremeno i kao tim da bi se spriječile ozljede pacijenta i/ili djelatnika koji sudjeluju. Druge pacijente u trenutku provođenja sputavanja potrebno je udaljiti da bi ih zaštitili od potencijalne opasnosti. Pacijentu koji će biti fiksiran voditelj tima daje do znanja da će se provesti sputavanje i zbog čega se provodi mjera sputavanja. U tom trenutku s pacijentom više nema dodatne rasprave. Ukoliko pacijent ne surađuje i opire se polazemo ga na pod bez ozljeđivanja ili pokušaja zahvata koji bi uzrokovali tjelesnu bol te ga zatim podižemo na krevet i sputavamo magnetnim i/ili kožnim remenjem za krevet. Po završetku provjeravamo jačinu zategnutosti remenja (ni preslabo, ni prejako) te nakon toga provjeravamo postoji li kakva ozljeda na pacijentu kao i na osoblju i postoji li u krevetu ili nadohvat u blizini bilo kakav oštar ili nedozvoljen predmet (žilet, nož, škare, upaljač...). [15]

Uspješno sputavanje agresivnog pacijenta moguće je izvesti i sa samo dva dobro uvježbana i koordinirana djelatnika. Dok jedan vodi razgovor s pacijentom u frontalnom položaju, drugi stoji s pacijentove desne strane, spreman da se dani (prethodno dogovoreni) znak uključi u akciju neutralizacije pacijentova potencijalnog opasnog ponašanja. Kada čuje lozinku, prilazi pacijentu i desnom mu rukom pokriva oči, a lijevu ruku mu stavlja na potiljak. Pritiskom na čelo pacijentovu glavu potiskuje prema dolje čime se lumbalna kralježnica dovodi u konkavni položaj, koji uz dodatnu laganu rotaciju omogućuje da se pacijent spusti na pod. Pri takvim iznenadnim zahvatima pacijenti najčešće „zaborave“ da su im ruke slobodne, pa ih stoga niti ne koriste za pružanje otpora. Tada ponovno pristupa djelatnik koji je vodio razgovor, te pacijentove ruke izvlači ispod trbuha i stavlja mu ih na leđa. Pritom nastavlja umirujuću komunikaciju kako bi pacijenta uvjerio da i dalje vodi brigu o njemu u toj za njega vrlo neugodnoj situaciji. Zatim oba djelatnika jednom rukom (svaki sa svoje strane) hvataju pacijentov ručni zglob, a drugu stavlja na ključnu kost. Pacijent se u tom položaju može dodatno „mobilizirati“ pritiskom djelatnikova tijela i dodatnim potiskivanjem pacijentove glave prema podu. Pritom se jednom rukom pritišće ključna kost, dok se podlakticom vrši pritisak na donju čeljust. [15]

4.1. Reakcije medicinskih sestara/tehničara na primjenu sile

Pojedine medicinske sestre/tehničari i članovi tima koji svakodnevno provode humano sputavanje svoju ulogu u aktu provođenja mjera prisile doživljavaju kao dio rutinski svakodnevice radnog odnosa, dok u drugu ruku imamo članove tima koji to proživljavaju emocionalnije od ostalih kolega. Kod pojedinih je prisutna anksioznost, osjećaj opterećenja,

krivnje pa čak i straha, ljutnje, agresije, gubitak kontrole nad vlastitim emocijama. Priroda i intenzitet reakcija najviše ovise o profesionalnom iskustvu, prethodnim iskustvima pri humanim sputavanjima, o stupnju educiranosti, a osobito i strukturi ličnosti pojedinca (o ljudskoj prirodi, međuljudskim odnosima, ideološkim stajalištima, agresiji, pravednosti, itd.). [3]

4.2. Reakcije članova obitelji na agresivno ponašanje

Članovi obitelji psihijatrijskih bolesnika češće su u situacijama životne ugroze no što bismo zaključili iz anamneze, heteroanamneze ili informacija kojih dobivamo o pacijentu. Razlog tome je izbjegavanje priznanja o agresivnom ponašanju od strane pacijenta, a također i obiteljsko zaštitničko ponašanje prema pacijentu. Pacijent izbjegava reći istinu o svojem agresivnom ponašanju iz straha od posljedica i sukoba sa zakonom, dok obitelj izbjegava reći istinu zbog stigmatiziranja od strane društva ili također straha da člana obitelji ne bi doveli u probleme s zakonom. [3]



Slika 4.2.1. Sustav za humano sputavanje pacijenta. Izvor: <http://www.panon-trade.hr/images/segufix02.jpg> (Datum pristupa: 27.06.2018.)

Komunikacija s agresivnim pacijentom:

- ✚ Govoriti razgovijetno i dovoljno glasno (ne vikati)
- ✚ Smanjiti okolnu buku i smetnje u komunikacijskom kanalu
- ✚ Pacijentu pristupiti s prijedlogom, empatijom, poštovanjem
- ✚ Promijeniti temu razgovora od one koja bi vodila konfliktu, predložiti promjenu prostora
- ✚ Pružiti pacijentu dovoljnu udaljenost da se osjeća sigurno pa tako i sam medicinski tehničar/sestra koji vodi razgovor
- ✚ Obratiti pozornost na vlastiti govor tijela, izbjegavati nagle pokrete
- ✚ Postaviti granice i upozoriti na moguće posljedice ako se granice prekrše
- ✚ Upozoriti pacijenta da izaziva strah kod drugih prisutnih ljudi/pacijenata u okolini

Agresija u eskalaciji:

- ✚ Izbjegavati prijetnje, demonstraciju moći, nadmetanje, konfrontacije
- ✚ Zaštititi sebe – bez junačkih pothvata
- ✚ Pozvati pomoć
- ✚ Iskusniji kolega/kolegica preuzima kontrolu nad situacijom do dolaska liječnika
- ✚ Ponovno upozoravanje pacijenta na moguće posljedice ukoliko nastavi s agresivnim ponašanjem

Ukoliko pacijent prijeti oružjem bez odgađanja zvati policijske djelatnike u ustanovu, razoružavanje prepustiti policijskim djelatnicima. Ukoliko tijekom postupka dođe do ozljeđivanja medicinskog tehničara/sestre nadležni liječnik dužan je pružiti odgovarajuće medicinske mjere, a zatim obavijestiti hitnu službu od nesreći. Ukoliko je došlo do veće materijalne štete potrebno je obavijestiti bolničku tehničku službu o nastanku štete te se procjenjuje koliko je pacijent odgovoran za nastanak štete.

4.3. Sestrinska dokumentacija

Ispuniti sestrinski protokol o humanom sputavanju, događaj detaljno dekurzirati u sestrinskoj listi, ako je došlo do incidenta (tjelesnih ozljeda osoblja/pacijenta, materijalne štete) potrebno je popuniti obrazac o incidentnoj situaciji kojeg potpisuju i medicinski tehničar/sestra i liječnik. Svakom sputanom pacijentu mora biti pružena stalna opservacija. Sve vitalne parametre, psihičko stanje, promjene u ponašanju, primjenu ordiniranih medikamenata, promjene koje su tijekom sputavanja nastale na koži, razgibavanje ekstremiteta i izlučevine bilježimo u sestrinsku dokumentaciju.

Sestrinska skrb sputanog pacijenta dodjeljuje se po mogućnosti sestri/tehničaru istog spola kao i pacijent. Tim pristupom dajemo pacijentu do znanja da nam je stalo do njegovog dostojanstva i intime. Potrebno je osigurati mirnu atmosferu, osigurati intimu (zaštita od znatiželjnih pogleda drugih pacijenata), okolina pacijenta mora biti čista i uredna. Posjete pacijentu se odobravaju ovisno o procjeni situacije (ponekad posjeta određenog člana obitelji može izazvati još veću agresiju u pacijentu), posjete također dokumentiramo u sestrinsku dokumentaciju. Za vrijeme obroka ponuditi pacijentu da jede samostalno i prekinuti sputanost ako je moguće. Pacijenta odvesti da obavi nuždu u toaletu uz pratnju medicinske sestre/tehničara ako to zatraži te po završetku nastaviti s sputavanjem. Svakako obratiti pozornost na odjeću u kojoj pacijent leži sputan, nije nužno da mora biti u bolničkoj pidžami, ali odjeća bi morala biti dovoljno prozračna i „topla“ kako pacijentu ne bi bilo niti hladno niti vruće. Pacijent mora imati jastuk ispod glave dok leži sputan u krevetu i mora biti primjereno prekriven posteljinom te ako izrazi da mu je hladno ili vruće dodatno ga pokriti ili maknuti višak posteljine. Ako je pacijent izrazito agresivan i nije suradljiv sputavamo ga u odjeći u kojoj je u trenutku same provedbe protokola. Bolesnički krevet za koji je pacijent sputan mora biti dostupan sa svih strana i kotači kreveta moraju biti zaključeni. Za vrijeme akutne faze agresije pacijentu dajemo jesti plastičnim priborom za jelo kako bi izbjegli moguće neželjene događaje. U sestrinskoj dokumentaciji o provedbi sputanosti potrebno je točno napisati tko je od osoblja provodio mjere prisile (imenom i prezimenom). Ako pacijent odluči surađivati i prekida s agresivnim ponašanjem te ugrožavanjem sebe ili ostalih prisutnih oko sebe, sputavanje se odgađa. Ukoliko krenemo s primjenom sputavanja, postupak se nikada ne prekida.

Faktori rizika za agresivno ponašanje:

- ✚ nedostatak prostora
- ✚ previše vanjskih podražaja
- ✚ slaba ventilacija
- ✚ neadekvatna opremljenost prostora
- ✚ neadekvatna dnevna aktivnost
- ✚ neadekvatan psihoterapijski rad
- ✚ slab kontakt s osobljem
- ✚ ne izražavanje osjećaja
- ✚ ograničavanje slobode kretanja (pod ključem)
- ✚ neadekvatna ili promjenjena doza terapije
- ✚ apstinencija od psihoaktivnih tvari
- ✚ neslaganje s ordiniranom terapijom
- ✚ pacijentovo ponašanje (pacijent provocira drugog pacijenta)
- ✚ prilagođavanje kućnom redu
- ✚ provokacije od osoblja
- ✚ nerazumijevanje od strane osoblja
- ✚ slabe komunikacijske vještine osoblja
- ✚ neadekvatno upravljanje
- ✚ nedostatak osoblja

Uočavanje promjena u ponašanju i prijetnji:

1. Verbalni: verbalne se prijetnje shvaćaju ozbiljno jer je pacijent svjestan da smo ga čuli i ne treba pomisliti da smo prijetnju shvatili olako. Uvrede treba shvatiti ozbiljno jer češće one prethode fizičkom napadu.
2. Neverbalni: nemir, agitacija, provokativno ponašanje, prijeteće kretnje, prijeteći pogled, ulaženje u intimni prostor, stvaranje buke udaranjem o predmete u okolini, stiskanje šaka.

4.4. Postupci nakon primjena mjera prisile

Nakon završetka primjene mjera prisile potrebno je razgovarati s pacijentom o iskustvu sputavanja/izdvajanje te izraditi preventivni plan za prevenciju ponovljenih agresivnih epizoda. Osoblje također treba imati priliku za razgovor i ventilaciju. Stoga je nakon primjene mjere prisile potrebno je u standardnom postupku uz prisutnost voditelja odjela analizirati uzroke i rekonstruirati početak konflikta, rane znakove eskalacije, poduzete mjere, potencijalne pogreške i sve druge okolnosti.

Cilj analize je emocionalno rasterećenje i postizanje što bolje pripreme zdravstvenih radnika za buduće slične situacije. Voditelj odjela obavezan je osigurati empatijsko razumijevanje i emocionalno rasterećenje traumatiziranih zdravstvenih radnika i ako je to potrebno, osigurati kontinuiranu stručnu pomoć. Nakon agresivnog incidenta potreban je razgovor o incidentu s osobljem koje je sudjelovalo u incidentu, razgovor treba biti povjerljiv, podržavajući, bez okrivljavanja. [16]

Agresivno ponašanje i incidenti bez prorade nose rizik sagorijevanja. Također je potrebno razgovarati o incidentu s pacijentom i drugim pacijentima koji su svjedočili incidentu. Sa svim osobama (osoblje i pacijenti) koji su bili sudionici agresivnog incidenta treba razgovarati nakon incidenta što ranije, a nikako ne duže od 72 sati. Cilj je sprječavanje negativnih posljedica incidenta posebno redukcije psihološke traume. Intervencije mogu uključiti suportivni pristup, savjetovanje, postupak "debrifinga" i po potrebi psihoterapijski postupak.

Kreiranje suportivne sredine na radnom mjestu može reducirati agresivnost i psihološku traumu, reducirati bolovanja i omogućiti radniku da se na poslu osjeća sigurno. Bitno je sudionicima incidenta i žrtvi kada se radilo o ozljedi bilo osoblja i/ili pacijenta pružiti brzu intervenciju nakon incidenta. [16]

Intervencija nakon incidenta također uključuje izvještaj o incidentu, analizu incidenta, razgovor o mogućem programu prevencije i cijelom programu prevencije vezano za učinkovitost. U razgovoru nakon incidenta potrebno je utvrditi postojanje fizičke ozljede pacijenta, osoblja ili drugih pacijenata, procijeniti daljnji rizik i emocionalne posljedice incidenta na samog pacijenta, osoblje i druge pacijente koji su bili prisutni kod incidenta.

Važno je analizirati faktore koje su dovele do incidenta. Važno je dati priliku pacijentu da iznese svoje viđenje incidenta, ako želi treba dobiti priliku i da pismeno opiše incident. Također je potrebno o incidentu razgovarati i sa drugim pacijentima koji su bili prisutni . Također treba dati priliku osoblju koje je sudjelovalo u incidentu da mogu iznijeti svoja iskustva, da mogu dobiti emocionalnu potporu i obnoviti osjećaj sigurnosti kako bi se mogli ponovno vratiti svojim obavezama na poslu. Važno je razgovarati o tome što osoblje/pacijent misli da je dovelo do incidenta i što bi se moglo napraviti drugačije, da li su postojale neke druge alternative. Ovo je posebno važno za evaluaciju strategije, edukacije osoblja i postupaka liječenja.



Slika 4.4.1. Prikaz grupne terapije. Izvor: <http://www.obpula.hr/wp-content/uploads/2017/06/obpslika30.jpg> (Datum pristupa 25.5.2018.)

4.5. Edukacija

Postoji obaveza psihijatrijskih institucija da educiraju osoblje iz psihosocijalnih postupka u cilju prevencije i redukcije primjene mjera prisile, kao i primjena mjere prisile. Cilj edukacije u postupku s agresivnim pacijentima je osposobljavanje osoblja da se bolje nosi s agresivnim pacijentima u službama za mentalno zdravlje. Edukacija treba omogućiti osoblju da postigne znanja i vještine koje će dovesti do uspješne komunikacije i postupanja s agresivnim pacijentom. Edukacija iz postupanja s agresivnim pacijentom je neophodan dio u prevenciji agresivnog ponašanja, te mora biti kontinuirana i provedena u redovitim vremenskim razmacima. Evaluacija edukacije pokazuje učinak na promjenu stavova osoblja, poboljšanje atmosfere na odjelu i smanjenje učestalosti agresivnih incidenata. [3]

Edukacija treba uključiti različita područja: multidimenzionalni pristup razumijevanju agresivnosti, prepoznavanje ranih znakova agresivnosti i postupanja s njima, procjena rizika, tehnike komunikacije s agresivnim pacijentom/deeskalacijske tehnike, tehnike primjene mjera prisile, pokazivanje empatije, reakcije na agresivno ponašanje/ kontratransfer i kontrola emocionalnog reagiranja, osjećaji i stavovi prema agresivnom bolesniku i postupak s njima, poznavanje legislative i rizika fizičke okoline. Dokumentiranje postupaka i evaluacija. Edukacija također treba uključiti osiguranje vlastite sigurnosti i sigurnosti okoline, dokumentiranje incidenta. Odnos terapeut pacijent pokazao se kao faktor rizika i protektivni faktor u povećanju i smanjenju rizika, pa je u edukaciji posebno važno obratiti pažnju na odnos terapeut osoblje i na kontratransfer osoblja, te podučavati osoblje o uspostavljanju terapijskog odnosa koji je povezan s manjim rizikom agresivnog ponašanja. [3]

5. Zaključak

Tijekom vremenskog perioda humanog sputavanja bolesnik je potpuno ovisan o skrbi medicinske sestre/tehničara. Zbog ograničenja u kretanju i poremećenog psihofizičkog stanja bolesnik nije u mogućnosti obavljati osnovne fiziološke potrebe samostalno te je uloga medicinske sestre/tehničara da bolesniku omogući što lakše i sigurnije provođenje istih. Hranjenje, davanje dovoljnih količina tekućine, pomoć pri obavljanju nužde, presvlačenje posteljine i/ili odjeće, razgibavanje fiksiranih ekstremiteta, održavanje integriteta kože, promatranje psihofizičkog stanja, mjerenje vitalnih funkcija, primjena propisane terapije enteralno ili parenteralno.

Tijekom vremena kojeg bolesnik provede sputan za bolesnički krevet medicinska sestra/tehničar konstantno procjenjuje njegovo psihofizičko stanje te u skladu s procjenom donosi odluku je li bolesnik u mogućnosti provoditi potrebe samostalno ili uz pomoć.

Hranjenje se može provoditi uz pomoć medicinske sestre/tehničara ili samostalno, ali uz nadzor. Po procjeni bolesniku se prekida sputavanje ekstremiteta i nudi mu se da pokuša uzeti obrok samostalno uz nadzor uz krevet ili ga se hrani sputanog ukoliko surađuje pri hranjenju. Poteškoća i komplikacija hranjenja u agitiranom i/ili dezorijentiranom stanju je zakašljavanje ili u težem slučaju gušenje hranom. U akutnim fazama agresije i agitacije hranjenje se najčešće vrši parenteralno infuzijskim otopinama dok bolesnikovo stanje svijesti ne dođe u poboljšanje. Za sve navedeno vrlo je važno iskustvo i dobra procjena liječnika i medicinske sestre o vrsti i načinu hranjenja.

Prvi kontakt nakon postupka humanog sputavanja s bolesnikom ima medicinska sestra/tehničar u kojem se bolesniku nudi čaša vode, a u svrhu nekoliko razloga: bolesnika nudimo čašom vode kako se nakon postupka humanog sputavanja ne bi osjećao odbačen ili ne bi imao osjećaj krivnje i postupak humanog sputavanja prihvaćao kao kaznu; bolesnik nije samostalno u mogućnosti poslužiti se vodom te je potpuno ovisan o skrbi medicinske sestre/tehničara; nuđenjem čaše vode s bolesnikom na topao način stupamo u komunikaciju te iz "prve ruke" dobivamo informaciju o njegovom stanju svijesti nakon samog postupka sputavanja.

Pošto je humano sputavanje bolesniku ograničeno kretanje medicinska sestra/tehničar je dužna/dužan omogućiti bolesniku obavljanje nužde na njegov zahtjev. Sputavanje se na zahtjev o nuždi prekida i bolesnika se odvodi na obavljanje nužde u toalet uz stalni nadzor te se nakon obavljene nužde ponovno nastavlja sputavanje ukoliko je to potrebno.

Tijekom vremena provedenog u bolesničkoj postelji za vrijeme sputavanja bolesnik se pojačano znoji u stanju agitacije, ponekad nekontrolirano vrši nuždu ili u slučaju intoksikacije može doći i do povraćanja što dovodi za češćom potrebom mijenjanja odjeće i posteljine na krevetu u kojem bolesnik leži. Bolesnika se odvezuje i uz pomoć osoblja ga se presvlači u čistu odjeću kao i bolesnički krevet kojem zamjenjujemo prljavu posteljinu čistom.

Kako je bolesniku tijekom sputavanja ograničeno kretanje, uloga medicinske sestre/tehničara je sprječavanje nastanka posljedica dugotrajnog ležanja. Uz poticaj na suradnju bolesniku se svakih 2 sata oslobađa svaki ekstremitet te se vrši razgibavanje kao prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja.

Bolesnika se ne oslobađa iz remenja samo kako bi mu se ekstremiteti razgibali, već i zbog održavanja integriteta kože. Tijekom agitiranog stanja bolesnik se pokušava osloboditi iz magnetnih i/ili kožnih remena te na taj način oštećuje kožu fizičkom silom kojom djeluje na remen. Zbog toga je bitno pratiti stanje kože ekstremiteta koji su sputani te po potrebi otpustiti zategnutost ili potpuno osloboditi ekstremitet koji je sputan po odredbi liječnika, primijeniti hladan oblog ili lokalni pripravak u obliku masti ili kreme.

Za vrijeme humanog sputavanja prvih 2 sata od početka primjene mjera prisile mjerimo vitalne funkcije svakih 15 minuta. Po isteku prvih 2 sata humanog sputavanja vitalne funkcije mjerimo svakih 2 sata. Mjerimo puls, broj i ritam udisaja u minuti, krvni tlak, tjelesnu temperaturu te sve parametre bilježimo u sestrišnu dokumentaciju i ukoliko postoji odstupanje od uobičajenih vrijednosti obavještavamo nadležnog liječnika.

U svrhu poboljšanja psihofizičkog stanja tijekom humanog sputavanja primjenjuje se i ordinirana terapija, enteralno (ako je bolesnik u mogućnosti) i parenteralno.

Sputanog bolesnika je potrebno odvojiti paravanom od pogleda ostalih bolesnika odjela kako bi mu sačuvali privatnost, vanjske čimbenike koji bi mogli dodatno pojačati agitaciju treba što je više moguće smanjiti - buka, ometanje od strane drugih bolesnika u prolazu, itd.

Pojedine medicinske sestre/tehničari i članovi tima koji svakodnevno provode humano sputavanje svoju ulogu u aktu provođenja mjera prisile doživljavaju kao dio rutinski svakodnevice radnog odnosa, dok u drugu ruku imamo članove tima koji to proživljavaju emocionalnije od ostalih kolega. Kod pojedinih je prisutna anksioznost, osjećaj opterećenja, krivnje pa čak i straha, ljutnje, agresije, gubitak kontrole nad vlastitim emocijama.

Priroda i intenzitet reakcija najviše ovise o profesionalnom iskustvu, prethodnim iskustvima pri humanom sputavanju, o stupnju educiranosti, a osobito i strukturi ličnosti pojedinca (o ljudskoj prirodi, međuljudskim odnosima, ideološkim stajalištima, agresiji, pravednosti, itd.).

Članovi obitelji psihijatrijskih bolesnika češće su u situacijama životne ugroze no što bismo zaključili iz anamneze, heteroanamneze ili informacija kojih dobivamo o pacijentu. Razlog tome je izbjegavanje priznanja o agresivnom ponašanju od strane pacijenta, a također i obiteljsko zaštitničko ponašanje prema pacijentu. Pacijent izbjegava reći istinu o svojem agresivnom ponašanju iz straha od posljedica i sukoba sa zakonom, dok obitelj izbjegava reći istinu zbog stigmatiziranja od strane društva ili također straha da člana obitelji ne bi doveli u probleme s zakonom.

6. Literatura

1. M. Goreta: Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Naklada Zadro, Zagreb, 2009.
2. K. Herry: What's Maslow's Hierarchy of Needs? (Internet). About.com Education. 2015. Dostupno na: http://psychology.about.com/od/theoriesofpersonality/ss/maslows-needs-hierarchy_5.htm#step-heading (Datum pristupa: 3.7.2018.)
3. S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, N. Buzina, i sur. Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije. (Internet). Zagreb: Klinička bolnica Vrapče. Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2017/03/Strategija-prevencije-agresivnosti.pdf> (Datum pristupa: 1.7.2018.)
4. J. Bektić-Hodžić, S. Štrkalj- Ivezić, K. Radić; O provođenju primjene mjera prisile prema pravilniku Ministarstva zdravlja RH i usporedba sa europskim standardima. Zagreb: 2016.
5. M. Božičević, Z. Bradaš; Upravljanje kvalitetom i sigurnost psihički oboljelih osoba: zbornik radova/ 19. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara, 1. Regionalni kongres, HUMS Hrvatska udruga medicinskih sestara. Trakošćan; 2013.
6. Narodne novine 76/2014: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. (Internet). Zagreb: Narodne novine. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_06_76_1414.html (Datum pristupa: 15.05.2018.)
7. NICE guidelines Violence. The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in Psychiatric In-patient and Emergency Departments. (Internet). National Institute for Clinical Excellence, 2005. Dostupno na: www.nice.org.uk. (Datum pristupa: 3.7.2018.)
8. A. Savić, V. Jukić; Neurobiologija agresivnosti i nasilja. Socijalna psihijatrija, vol. 42, br. 2, 2014, str. 109-113. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/127734> (Datum pristupa 03.07.2018.)

9. M. Šagud, A. Mihaljević Peleš; Mehanizam djelovanja antipsihotika. (Internet). Dostupno na: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/10944/Mehanizam-djelovanja-antipsihotika.html> (Datum pristupa: 30.05.2018.)
10. Narodne novine 16/2015: Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. (Internet). Zagreb: Narodne novine. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_02_16_303.html (Datum pristupa: 2.6.2018.)
11. V. Grozdanić, D. Rittossa; Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj - empirijska analiza. (Internet). Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, vol. 38, br. 3, 2017, str. 947-981. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/193704> (Datum pristupa: 28.6.2018.)
12. V. Šendula Jengiđ, S. Katalinić; Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji. (Internet) Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. (1991) v. 38, br. 3, 1225-1240 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/285802> (Datum pristupa: 14.05.2018.)
13. LL. Berring, L. Pedersen, N. Buus; Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices. (Internet). Arch Psychiatr Nurs. 2016 Oct;30(5):499-507. doi: 10.1016/j.apnu.2016.05.005. Epub 2016 May 20. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088394171630053X?via%3Dihub> (Datum pristupa: 30.06.2018.)
14. M. Fereidooni Moghadam, M. Fallahi Khoshknab, M. Pazargadi; Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. (Internet). Int J Community Based Nurs Midwifery. 2014 Jan;2(1):20-30. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC25349842/> (Datum pristupa: 2.7.2018.)
15. Vijeće Europe - Europski odbor za sprječavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Sredstva za ograničenje slobode kretanja u psihijatrijskim ustanovama za odrasle. (Internet). Dostupno na: <https://rm.coe.int/16806ccea9> (Datum pristupa: 27.6.2018.)

16. J. Bektić Hodžić; Diplomski rad: Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja. (Online). Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu. Zagreb: 2015. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:809926> (Datum pristupa: 1.6.2018.)