

Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu psihijatrije

Vedriš, Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:093877>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1278/SS/2020

**Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu
psihijatrije**

Sara Vedriš, 2364/336

Varaždin, rujan, 2020.



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1278/SS/2020

Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu psihijatrije

Student

Sara Vedriš, 2364/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, rujan, 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Sara Vedriš

MATIČNI BROJ 2364/336

DATUM 11.7.2020.

KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu psihijatrije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Aggression towards nurses on psychiatry ward

MENTOR Melita Sajko, mag.soc.geront.

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Marija Božičević, mag.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko, mag.soc.geront., mentor
3. doc.dr.sc. Špiro Janović, član
4. dr. sc. Irena Canjuga, zamjenski član
5. _____

Zadatak završnog rada

BROJ 1278/SS/2020

OPIS

Agresija se može opisati kao destruktivan akt usmjeren prema okolini i/ili samome sebi, neovisno radi li se o verbalnom ili fizičkom obliku. Suočavanje s agresivnim ponašanjem dio je svakodnevnog rada medicinskih sestara/tehničara na psihijatrijskom odjelu. Intervencije podrazumijevaju komplementarne postupke koji zahtijevaju stručna znanja i vještine iz prepoznavanja uzroka, znakova i procjene rizika od agresivnog ispada, tehnika deeskalacije ponašanja, te provođenja mjera prisile. Krajnji cilj je osiguravanje najbolje moguće sigurnosti pacijenta i okoline koja ga okružuje. Pošto su medicinske sestre/tehničari najviše izloženi nasilju od strane bolesnika, a dugotrajno izlaganje istome nosi rizik od profesionalnog sagorijevanja, važno je usmjeriti pažnju prema kreiranju suportivne sredine. Upravo stvaranje sustava podrške i pozitivne klime na psihijatrijskom odjelu može reducirati agresivnost, psihološku traumu, smanjiti broj dana bolovanja i omogućiti zdravstvenim radnicima osjećaj sigurnosti.

- U radu je potrebno:
- definirati agresiju i objasniti uzroke agresivnog ponašanja
 - opisati postupke prevencije i deeskalacije agresivnog ispada
 - navesti potencijalne znakove i procjenu rizika za eskalaciju ponašanja
 - opisati postupke mjera prisile i naglasiti važnost edukacije
 - objasniti učinak agresije na medicinske sestre i tehničare

ZADATAK URUČEN

16.07.2020.

POTPIS MENTORA

[Signature]

SVEUČILIŠTE
S J E V E R

Predgovor

Prije svega zahvaljujem mentorici Meliti Sajko, mag.soc.geront., na velikoj pomoći, trudu i angažmanu prilikom izrade ovog završnog rada, kao i na brojnim sugestijama i izdvojenom vremenu.

Zahvaljujem svim profesorima i mentorima vježbovne nastave na iscrpnom prijenosu znanja i vještina koji će mi predstavljati nit vodilju u budućem profesionalnom radu.

Od srca zahvaljujem majci, ocu i braći, te ostalim članovima obitelji na nesebičnoj podršci tijekom sve tri godine studiranja. Hvala vam na svemu, bez vas ovo ne bi bilo moguće!

Zahvaljujem prijatelju Luki na uzajamnoj podršci, savjetima i razmjeni iskustva tijekom ovog studija.

Hvala mojim prijateljicama i ostalim kolegama koji su na bilo koji način svojim prisustvom olakšali ovo iskustvo.

Sažetak

Agresija je pojam koji podrazumijeva destruktivno ponašanje s ciljem nanosa štete osobama ili predmetima. Takav događaj u prijetećem ili već eskalirajućem stadiju često je prisutan na odjelima psihijatrije. Najčešće je upućen zdravstvenim djelatnicima, osobito medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima koji su obično prvi u kontaktu s agresivnim bolesnikom, te pokreće slijed standardiziranih postupaka u prevenciji i redukciji istog. Ophođenje s takvim bolesnicima mijenjalo se tijekom povijesti. Primitivna plemena u počecima su postupala s agitiranim i agresivnim stanjima kao nečim nadnaravnim, dok su kasnije narodi zahvaljujući brojnim spoznajama i psihološkim teorijama uvidjeli uzroke takvog ponašanja. Danas se agresija u psihijatriji tretira kroz brojne terapijske metode u svrhu postizanja što bolje integracije i reintegracije u zajednici. Važno je prije svega prepoznati njen uzrok, čime se može utjecati na smanjenje rizika od eskalacije ponašanja. Osim toga, pažnja se pridaje stvaranju terapijskog okruženja koje se postiže adekvatnim prostornim uređenjem i uspostavom pozitivnog odnosa između medicinske sestre i pacijenta. Medicinska sestra autonoman je član psihijatrijskog zdravstvenog tima koji ima značajnu ulogu u prepoznavanju i procjeni rizika od eskalacije agresivnog ponašanja. Tehnikama deeskalacije pokušava se djelovati umirujuće na bolesnika. Ponekad, kada su se sve prethodne metode pokazale neuspješnima, javlja se potreba za primjenom mjera prisile koje obuhvaćaju humano sputavanje, farmakoterapiju i humanu sekluziju. To su složeni postupci koji zahtijevaju stručna znanja i vještine koji se postižu čestim uvježbavanjem, te kontinuiranom edukacijom zdravstvenog osoblja. Kako su medicinske sestre i tehničari posebno izloženi agresiji na psihijatrijskim odjelima, važno je obratiti pozornost na utjecaj uzastopnih agresivnih incidenata na njih. Osim fizičkih posljedica, moguća je pojava onih psiholoških, čime se, ukoliko izostanu određene intervencije, povećava vjerojatnost pojave profesionalnog izgaranja i posttraumatskog stresnog poremećaja. Osjećaji koji se javljaju obično budu vezani uz strah, što ima racionalnu podlogu rizika od ozljede. Nadalje, moguća je pojava negativnih osjećaja vezanih uz agresivni ispad poput ljutnje, protuagresije, gubitka povjerenja između medicinskih sestara i pacijenta, osjećaj krivnje i inkompetentnosti, što utječe na procjenu medicinske sestre, ponašanja i stajališta. Taj fenomen naziva se kontratransfer ili protuprijenos. Kako bi se osigurala najbolja moguća razina skrbi za bolesnika na psihijatrijskom odjelu, važno je educirati zdravstvene djelatnike o prepoznavanju negativnog kontratransfera, te razvoju svijesti o uporabi vlastitih mehanizama obrane.

Ključne riječi: agresija, odjel psihijatrije, ophođenje, posljedice, medicinska sestra

Summary

Aggression is a phenomenon that implies destructive behavior with the aim of causing damage to properties or objects. Such an event in a threatening or already escalating stage is often present in psychiatric wards. It is most commonly referred to healthcare professionals, especially nurses who are usually the first to come into contact with an aggressive patient, and initiates a sequence of standardized procedures in its prevention and reduction. The treatment of such patients has changed throughout history. Primitive tribes in the beginning treated agitated and aggressive conditions as supernatural, but later, thanks to numerous insights and psychological theories, people begin to see the causes of such behavior. Today, aggression in psychiatry is treated through a number of therapeutic methods in order to achieve the best possible integration and reintegration into the community. It is important, above all, to identify its cause, which can have the effect of reducing the risk of escalating behavior. In addition, attention is paid to creating a therapeutic environment that is achieved through adequate spatial planning and the establishment of a positive relationship between the nurse and the patient. Nurse is an autonomous member of the psychiatric health team who has a significant role in recognizing and assessing the risk of escalating aggressive behavior. Using deescalation techniques nurses try to have a calming effect on the patient. Sometimes, when all previous methods have proved unsuccessful, there is a need to apply coercive measures that include human restraint, pharmacotherapy, and human seclusion. These are complex procedures that require professional knowledge and skills that are achieved through frequent training and continuous education of health care staff. As nurses and technicians are particularly exposed to aggression in psychiatric wards, it is important to pay attention to the impact of successive aggressive incidents on them. Except physical consequences, the occurrence of psychological ones is possible, which, in the absence of certain interventions, increases the likelihood of occupational burnout and post-traumatic stress disorder. The feelings that occur are usually related to fear, which has a rational basis of the risk of injury. Furthermore, negative feelings related to aggressive outbursts such as anger, counter-aggression, loss of trust between nurses and patient, guilt and incompetence are possible, which affects the nurse's assessment, behavior, and attitude. This phenomenon is called countertransference. In order to ensure the best possible level of care for patients in the psychiatric ward, it is important to educate health professionals about recognizing negative countertransference, and developing awareness of the use of their own defense mechanisms.

Key words: aggression, psychiatry ward, behavior, consequences, nurse

Popis korištenih kratica

- DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje
- BAP – Bipolarni afektivni poremećaj
- SAD – Sjedinjene Američke Države
- BVC - Brøset Violence Checklist za procjenu rizika od agresije
- OAS - Overt aggression skala za procjenu rizika od agresije
- SOAS-R - Staff Observation Aggression Scale – Revised za procjenu rizika od agresije
- HCR-20 - Historical Clinical Risk Management-20
- RH – Republika Hrvatska

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Povijest psihijatrije.....	4
2.1. Povijest psihijatrije na području Republike Hrvatske	5
3. Uzroci agresije.....	7
4. Prevencija agresije.....	8
4.1. Uređenje okoline – stvaranje terapijskog okruženja i organizacija rada	8
4.2. Administrativni postupci	11
5. Znakovi agresivnog ponašanja	13
5.1. Procjena rizika za eskalaciju.....	13
5.1.1. Instrumenti za procjenu rizika.....	15
6. Postupak s agresivnim bolesnikom	18
6.1. Tehnike deeskalacije.....	18
7. Mjere prisile	20
7.1. Odluka i priprema za primjenu mjera prisile.....	20
7.2. Postupak primjene mjera prisile	21
7.2.1. Humano sputavanje.....	21
7.2.2. Humana sekluzija.....	24
7.2.3. Farmakoterapija	24
8. Edukacija zdravstvenih djelatnika.....	26
9. Utjecaj bolesnikove agresije na osoblje	27
9.1. Strah.....	28
9.2. Kontratransfer	28
10. Zaključak.....	29
11. Literatura	33
12. Popis slika i tablica.....	36

1. Uvod

Kako živimo u vremenu užurbanog života, sve većih zahtjeva i očekivanja od strane okoline, nerijetko možemo biti svjedoci raznih odstupanja u mentalnom zdravlju pojedinaca i same populacije. Ljudi postaju nesretni, napeti i iscrpljeni pokušavajući dostići i održavati ponekad nepodnošljivi ritam svakodnevice. Takve situacije mogu utjecati na karakteristike osobe na biološkoj, psihološkoj i socijalnoj razini [1]. Posljedično tome mogu se javiti razni poremećaji koji se manifestiraju promjenama raspoloženja, nemirom, razdražljivošću, agresivnim ponašanjem i slično [2]. Psihijatrija kao grana medicine bavi se „proučavanjem psihičkih poremećaja na preventivskoj i etiološkoj razini, u dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji osoba s psihijatrijskim poremećajima.“ Kako bi bilo moguće shvatiti određena stanja važno je shvatiti međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika patologije uma. Poremećaji u psihijatriji bitno se razlikuju od somatskih poremećaja. Jedna od možda najbitnijih stavki je da tjelesna bolest ne mijenja čovjeka kao cjelovito jedinstveno biće, koliko ga promijene određene psihičke bolesti. Oboje mogu dovesti do destrukcije tjelesnih poremećaja, no specifičnost psihijatrijske grane medicine leži u degradaciji razuma, volje, te odnosa s okolinom i samim sobom [1].

Agresija (*lat. agredior, aggressus sun – navaliti na nekoga*) definira se kao „ponašanje koje se očituje neprijateljskom akcijom prema osobama ili predmetima [3].“ Zajedničko obilježje takvih postupanja jest tendencija nanošenja povrede drugima ili oštećivanje okoline [4]. Hoće li se agresivno ponašanje tretirati kao normalno ili patološko, ovisi o okolnostima u kojima se ono zbilo. U slučaju ugroženosti, kada osoba reagira u svrhu samoobrane, smatra se prirodnim instinktivnim nagonom, dok se takav oblik ponašanja u normalnim situacijama smatra neprihvatljivim [1]. Agresivnost bolesnika upućena zdravstvenim djelatnicima predstavlja učestali događaj u psihijatriji, a nerijetko je izražena već pri samom prijemu na odjel. Važno je shvatiti je kao izražavanje nemogućnosti da se uspostavi kontrola nad vlastitim ponašanjem [5]. Smatra se hitnim stanjem koje zbog ugrožavanja tjelesnog zdravlja i psihosocijalne egzistencije bolesnika i okoline nalaže hitnu intervenciju [3]. Hitno stanje u psihijatriji podrazumijeva „svako stanje u kojem su prisutne promjene u misaonom sadržaju, emocionalnom stanju, interakciji s okolinom i načinu na koji se osoba odnosi prema okolini“ [2]. Agresivno ponašanje praćeno je najčešće psihomotornim nemirom, te predstavlja hitnu indikaciju za bolničko liječenje koje se može odvijati dobrovoljno uz pisani pristanak ili protiv bolesnikove volje [3,2]. Medicinske sestre/tehničari ravnopravni su i neizostavni članovi psihijatrijskog tima koji imaju potpunu autonomiju u svom području rada – zdravstvenoj njezi.

Njihova funkcija na psihijatrijskom odjelu mijenjala se usporedno sa razvojem medicinske grane, te se dijeli u tri uloge s obzirom na vremensko razdoblje [1]:

- Razdoblje čuvanja – fokus se stavljao na zaštitu okoline i osoblja od bolesnika, a zadaće medicinske sestre nisu puno odstupale od zadaća tamničara
- Razdoblje somatskog tretiranja – obilježava otkriće novih terapijskih metoda pri čemu su se medicinske sestre intenzivnije počele baviti njihovom primjenom, opservacijom i uočavanjem simptoma
- Razdoblje socioterapijskog tretiranja – uz osnovnu ulogu, uviđa se važnost medicinske sestre u stvaranju obiteljske atmosfere, individualiziranom pristupu, te reintegraciji bolesnika u zajednicu [1]

Američko udruženje psihijatara, prema DSM-V klasifikaciji mentalnih poremećaja, svrstava agresiju u poremećaje ponašanja koji su obilježeni ponavljajućim i ustrajnim obrascem ponašanja prilikom kojeg se krše osnovna ljudska prava i norme, ili pravila koja su u skladu s dobi, što se očituje prisutnošću najmanje tri od sljedećih kriterija u proteklih 12 mjeseci, s najmanje jednim kriterijem u posljednjih 6 mjeseci [6]:

- Agresija prema ljudima i životinjama:
 - Često zlostavljanje, prijetnje i zastrašivanje drugih
 - Često iniciranje tučnjava
 - Upotreba oružja koje može uzrokovati ozbiljnu tjelesnu ozljedu
 - Fizička okrutnost prema ljudima
 - Fizička okrutnost prema životinjama
 - Krađa koja podrazumijeva suočavanje sa žrtvom
 - Prisiljavanje na seksualnu aktivnost
- Destrukcija imovine
 - Uzrokovanje požara s namjerom da se nanese šteta
 - Namjerno uništavanje tuđe imovine (ostalim načinima)
- Prijevara ili krađa
- Ostala ozbiljna kršenja pravila

Psihijatrijski bolesnici posebna su kategorija bolesnika među kojima postoje oni koji zbog prirode svoje bolesti nisu u mogućnosti uvijek racionalno sagledati situaciju ili kontrolirati frustracije. Neki rezultati istraživanja ukazuju na 3 do 4 puta veću vjerojatnost pojave agresivnog ponašanja u anksioznih i depresivnih bolesnika naspram zdrave populacije, dok je

rizik pojave u bolesnika s BAP i ovisnošću o alkoholu čak 8 puta veći [7]. Valja imati na umu da iako je pojava agresije na psihijatrijskim odjelima češća [8], ne bi trebalo sve psihički oboljele osobe doživljavati kao prijetnju.

2. Povijest psihijatrije

Psihijatrija kao znanost stara je tek nešto više od 200 godina, no uočavanje promjena u ponašanju seže daleko u prošlost [1]. Primitivni narodi nisu u potpunosti shvaćali uzroke takvog ponašanja, zbog čega su oboljeli pojedinci često bili prozvani opsjednutima i nehumano tretirani [2]. Tadašnja plemena oslanjala su se na razne obrede od istjerivanja duhova do kirurških postupaka trepanacije lubanje, no nije im bilo strano niti korištenje ljekovitog bilja. U brojnim tekstovima pronađeni su opisi psihičkih poremećaja iz kojih se da naslutiti začetak interesa o uzrocima i liječenju psihičkih bolesti. Već u antičkom dobu javljaju se prva racionalna povezivanja tijela i uma s ponašanjem, koja djelomično mijenjaju dotadašnje poimanje psihičkih bolesti [1].

Agresija se od najranijih vremena ispoljavala kroz akutne epizode psihičkih bolesti [2]. Tehnike savladavanja pretežito su se sastojale od vezanja lancima, kamenovanja, batinanja, egzorcizma, zatvaranja u tamnice, itd. Iako kao zaseban problem nije posebno naglašavan u povijesnoj literaturi, spominju se neke pogodne metode suzbijanja, poput smještavanja duševnih bolesnika u mirnu, svijetlu prostoriju iz koje je potrebno prethodno ukloniti sve što bi ih moglo uznemiriti. Thomas Willis (1621.-1675.) predlaže fizičko sputavanje koje je prethodilo današnjoj humanoj sekluziji [1]. Od 16. stoljeća javlja se napredak u ophođenju s takvim bolesnicima za što je djelomično zaslužan utemeljitelj moderne psihijatrije dr. Johannes Weyer (1515.- 1588.) zagovaranjem liječenja i humanog postupanja. Najpoznatiji, no ne i prvi čovjek koji je bio korak ispred svog vremena u tretiranju psihijatrijskih bolesnika bio je Philippe Pinel (1745.-1826.). On ih je, kao ravnatelj pariške bolnice Bicetre, 1793. godine oslobodio lanaca i time potencirao prvu revoluciju u toj grani medicine [2]. Zagovarao je fiksaciju i izolaciju kao privremene metode i isključivo kod agitiranih i agresivnih bolesnika [1]. Slijedi nova era psihijatrije u kojoj se znanstvenim i tehnološkim napretkom uvode revolucionarne tehnike i terapijske metode. Paralelno s napretkom medicine, uvidjela se potreba za medicinskim sestrama osposobljenima za rad s bolesnicima na psihijatrijskim odjelima, stoga se nakon II. svjetskog rata prvi puta osniva specijalizacija iz psihijatrijske zdravstvene njege u SAD-u. Sedamdesetih godina prošlog stoljeća u Velikoj Britaniji javila se zasebna edukacija za medicinske sestre i tehničare iz područja psihijatrije u zajednici [1,2].

2.1. Povijest psihijatrije na području Republike Hrvatske

Prostori današnje države tijekom većeg dijela povijesti bili su pod utjecajem medicine mnogih naroda. Iako je razvoj psihijatrijske grane medicine u Hrvatskoj kasnio naspram drugih razvijenijih zemalja, ipak su određeni revolucionarni tretmani, poput tadašnje elektrokonvulzivne terapije, uvedeni u praksu gotovo odmah. Najznačajniji predmet iz Srednjeg vijeka je škrinja svetog Šimuna iz Zadra. Sadrži prikaz bolesnika u psihomotornom nemiru, u praksi često praćen agresivnim ponašanjem, kojeg pridržavaju dva čovjeka. Na slici je vidljivo da iz bolesnika izlazi demon, što govori o značajnom utjecaju Crkve na tadašnju medicinu (Slika 2.1.1.) [1].



Slika 2.1. 1. Prikaz opsjednutog čovjeka sa škrinje svetog Šimuna

Izvor: D. Karlović i sur. Psihijatrija, Naklada Slap, 2019.

Prva hrvatska psihijatrijska ustanova, hospital Tanzlinger-Zanotti, osnovana je u 17. stoljeću u Zadru pod vodstvom svećenika. Do tada se prakticiralo privremeno zadržavanje duševnih bolesnika u sklopu bolnica. 1807. godine u Zadru donesen je zakon o hospitalizaciji psihički oboljelih osoba. Krajem 19. stoljeća počinje organizirana psihijatrijska zdravstvena zaštita u punom smislu riječi. Sagrađene su prve psihijatrijske ustanove nalik današnjima - Zavod za umobolne Stenjevec (današnja Klinika za psihijatriju Vrapče) i Pokrajinska psihijatrijska bolnica u Šibeniku. Poslije toga otvaraju se ostale psihijatrijske bolnice u Hrvatskoj u Šibeniku, Pakracu, Jankomiru, Popovači, Zemuniku, na Rabu i Ugljanu. Isprva je

psihijatrijska medicina bila spojena s neurologijom, što je dovelo do davanja prednosti neurološkim bolesnicima, dok su oni psihijatrijski bili u drugom planu. Prva intenzivna njega za psihijatriju uvodi se tek 1949. godine. 50-ih godina prošlog stoljeća počinje ukidanje mrežnih kreveta, ukidanje zaključavanja odjela, uvodi se terapijska zajednica. U rad s psihijatrijskim bolesnicima uvode se isključivo medicinske sestre, dok se bolničare prebacuje na odjel neurologije [1].

3. Uzroci agresije

Svako ponašanje koje predstavlja prijetnju vlastitom ili tuđem integritetu te destrukciji imovine, predstavlja problem u psihijatriji, neovisno radi li se o verbalnom ili fizičkom ispadu. Ono može i ne mora biti povezano sa određenom psihijatrijskom dijagnozom [5]. Rezultati istraživanja u SAD-u pokazali su da se svega 3-5% rizika za nasilje može pripisati psihičkim poremećajima, dok se sociodemografskim i ekonomskim odrednicama pripisuje znatno više [9]. Najviše incidencija u onih oboljelih povezano je s akutnim psihotičnim epizodama, intoksikacijom alkoholom i psihoaktivnim supstancama pridruženima s nekim poremećajima ličnosti, te apstinencijskom krizom. Kod somatskih bolesti može biti prisutna kao posljedica traumatskih ozljeda glave i tjelesne boli. Shvaćanje uzroka agresije kod određenog bolesnika, u određenoj situaciji, predstavlja odlučujući korak u daljnjem slijedu intervencija. Psihološki gledano, na agresiju mogu utjecati osobine ličnosti pacijenta, tj. način na koji percipira određenu situaciju, kao i način suočavanja sa stresom. Ona ima svoju osjećajnu komponentu koju je potrebno uzeti u obzir prilikom kontakta s takvim bolesnikom. Nerijetko joj prethodi jak osjećaj poniženosti, bespomoćnosti i nepravde. Osobitu tendenciju agresivnih ispada imaju uplašeni bolesnici. Oni, naime, svojim silovitim ponašanjem pokušavaju nadvladati vlastiti osjećaj straha i prikriti ga od okoline. Sve navedeno, uz neadekvatnu bolničku sredinu predstavlja četiri osnovne varijable koje doprinose agresivnim ispadima pacijenata (Tablica 3.1.) [1,5]:

VARIJABLE	OPIS
Bolest i simptomi bolesti	Težina simptoma, komorbiditet
Crte ličnosti bolesnika	Način reagiranja u stresnim situacijama, percepcija hospitalizacije, stavovi i mišljenja, iskustvo
Interpersonalni odnosi	Komunikacija sa zdravstvenim djelatnicima i drugim bolesnicima, loša „klima“ na odjelu
Bolnička okolina	Prisilna hospitalizacija, nesvršishodne aktivnosti, ograničena sloboda kretanja

Tablica 3. 1. Varijable koje doprinose agresivnom ponašanju.

Izvor: S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, N. Buzina, i sur: Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije, Klinička bolnica Vrapče, Zagreb, 2016.

4. Prevencija agresije

Medicinske sestre moraju težiti prije svega svrsishodnoj i pravovremenoj prevenciji agresivnog ponašanja kada god je to moguće. Strategija prevencije obuhvaća postupke koji utječu na sprječavanje agresivnog ponašanja u psihijatrijskim ambulantomama i odjelima. Ona uključuju [5]:

- **Uređenje okoline i administrativne procedure** – pod tim se podrazumijeva uređenje okoline u kojoj bolesnici borave na način koji odgovara terapijskom okruženju i organizacija rada na odjelu
- **Primjenu kliničkih smjernica za postupanje s agresivnim bolesnikom:**
 - poznavanje zakonske regulative
 - identificiranje uzroka
 - prepoznavanje najranijih znakova agresivnog ponašanja i procjena rizika od realizacije
 - primjenu preventivnih metoda - deeskalacijske tehnike
 - premještanje u zaseban prostor, tzv. “time out“ prostor
 - protokol o fizičkom sputavanju i izdvajanju, praćenje stanja tijekom trajanja mjera prisile uz dokumentiranje učinjenog
 - primjenu farmakoterapije
 - postupke nakon primjene prisile - prijava i analiza incidenta, dokumentiranje i bilježenje statistike na nivou ustanove, evaluaciju efikasnosti strategije prevencije, te zajednički zaključak
- **Edukaciju osoblja** [5]

4.1. Uređenje okoline – stvaranje terapijskog okruženja i organizacija rada

Kod bolesnika s dijagnozom ili stanjem koje predstavlja povećan rizik od agresivnog ispada važan utjecaj ima okolina u kojoj se nalazi. Hospitalizacija, osobito ona prisilna, kao takva često izaziva osjećaj frustracije. Ponekad propusti poput nemogućnosti izlaska na svježi zrak i skućene prostorije mogu djelovati kao okidači impulzivnosti [5]. Zato je važna uloga medicinskih sestara/tehničara i ostalog zdravstvenog osoblja u osiguravanju terapijskog okruženja koje povoljno utječe na bolesnikovo ponašanje i uspješnost liječenja [2]. Terapijsku

okolinu zajedno čine ona fizička, zatim svo osoblje i bolesnici na odjelu, te brojni terapijski postupci koji pomažu liječenju i stvaranju ugodne „klime“ [5].

Fizička okolina mora biti uređena na način koji najbolje odgovara sigurnosti liječenja i stvaranju pozitivne klime (Tablica 4.1.1.) [5]:

FIZIČKA OKOLINA

- Dovoljno mjesta u sobama i dnevnom boravku
- Široki hodnici
- Adekvatna osvijetljenost prostorija, uključujući i prirodno sunčevo svjetlo
- Posebne sobe za izdvajanje bolesnika u akutnoj epizodi bolesti
- „Time out“ sobe u kojima je namještaj isključivo fiksiran za pod
- Posebni sanitarni čvorovi za žene i muškarce, bez ključa i ogledala
- Prozori sa neprobojnim staklom, s nemogućnošću širokog otvaranja i rešetkama s vanjske strane, bez zavjesa
- Dostupno dvorište ili adekvatno ograđene terase
- Zidovi nenapadnih boja
- Nepomične dekoracije otporne na lomljenje
- Dezinfekcijska sredstva nedostupna bolesniku
- Namještaj bez oštrih rubova, raspoređen da se ne nalazi na putu
- Službene prostorije i ambulante kao i ormarići s lijekovima i drugim materijalima trebaju biti pod ključem
- Sustav dojave/tihog alarma dostupan u svakom trenutku
- Adekvatna prostorija za terapijski program
- Dostupan dnevni boravak za bolesnike koji ne mogu spavati
- Kamere u hodnicima i sobama

Tablica 4.1. 1. Uređenje fizičke okoline na psihijatrijskom odjelu.

Izvor: S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, N. Buzina, i sur: Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije, Klinička bolnica Vrapče, Zagreb, 2016.



Slika 4.1. 1. Prikaz idealnog dnevnog boravka

Izvor: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494418303955> (Pristupljeno 17.7.2020.)



Slika 4.1. 2. Hodnik odjela za psihijatriju Opće bolnice "Dr. Tomislav Bardek"

Izvor: <https://epodravina.hr/foto-dr-mirjana-gasparic-sikavica-sefica-psihijatrije-podravci-i-prigorci-najvise-boluju-od-alkoholizma-i-depresije-jer-smo-stalno-pod-pritiskom-da-moramo-sve-stici/> (Pristupljeno 17.7.2020.)

Osim fizičkog, važno je pridavati pažnju onom psihosocijalnom aspektu koje podrazumijeva odnos medicinska sestra-pacijent, osjećaj bezuvjetnog prihvaćanja, odnos povjerenja, jednakost, poštovanje i uvažavanje pacijenta kao pojedinca [2].

Pošto su medicinske sestre na „prvoj crti“ kod ophođenja s agresivnim bolesnicima, vrlo je važno prethodno osigurati adekvatne uvjete za siguran rad. Na odjelu mora biti dovoljan broj medicinskih sestara, a ni u jednom trenu ne bi smio ostati samo jedan djelatnik. Kao dodatna potpora potrebno je organizirati posebne timove i zaštitare koji su prošli edukaciju iz tehnika deeskalacije i mjera prisile [5].

4.2. Administrativni postupci

Prema Pravilniku ministarstva zdravlja o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, svaka ustanova dužna je donijeti detaljne pisane upute o pravilima postupanja djelatnika u situacijama agresivnog ponašanja pacijenta prije, u tijeku i nakon primjena mjera prisile. Svi protokoli i smjernice moraju biti dostupni u svakom trenutku u pisanom obliku svim članovima zdravstvenog tima [10]. Također, važno je da tijelo nadležno za kontrolu provođenja strategije podnese redovito godišnje izvješće o provedenom nadzoru [5]. Što se tiče dokumentacije, djelatnici odjela dužni su pismeno zabilježiti svaki agresivni incident u medicinsku i sestrinsku listu. Liječnici u medicinsku dokumentaciju upisuju:

- razloge primjene mjere prisile
- zdravstvenog radnika koji je odredio primjenu mjere prisile
- zdravstvene radnike koji su sudjelovali
- odgovornu osobu za njezino određivanje
- sve provedene intervencije
- mentalno i fizičko stanje bolesnika
- vrijeme obilaska
- datum i vrijeme prekida mjera [10]

Prema članku 16, stavku 4 navedenog Pravilnika doktor medicine ima obavezu „u roku od 24 sata od prestanka mjere prisile, upisati podatke o psihičkom statusu, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana zdravstvene njege [10].“

Sestrinska lista mora sadržavati:

- ime i prezime pacijenta
- datum i vrijeme primjene mjere prisile
- razlog primjene mjere prisile
- alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku
- trajanje mjera
- promjene ponašanja i ponašanje pacijenta nakon primjene mjere prisile
- cjelokupnu njegu pacijenta i mjere sigurnosti
- unos i izlučivanje tekućine
- pauze od primjene mjere prisile [10]

Istraživanje Antoniusa i suradnika iz 2010. godine ukazalo je na sklonost neprijavlivanja događaja, što se povezuje sa mišljenjem djelatnika kako su djelomično sami odgovorni za incident, te da je agresija dio profesije koju su odabrali [11]. Dosljedno vođenje i analiza dokumentacije važan su faktor u evaluaciji efektivnosti mjera i unaprjeđivanju edukacije zdravstvenih djelatnika [5].

5. Znakovi agresivnog ponašanja

Način na koji pojedina osoba iskazuje ljutnju ovisi o kombinaciji unutarnjih i vanjskih faktora, poput osobnih karakteristika ličnosti, ponašanja osoblja, ograničenje slobode i slično [12]. Ono je individualno za svakog pojedinca, no ipak postoje određena obilježja koja najčešće prethode eskalaciji [5]:

- hiperaktivnost vegetativnog živčanog sustava – tahipneja, tahikardija, napetost mišićne, mišićne zjenice
- dugotrajan opći nemir i psihička napetost
- povećanje motorne aktivnosti – žustar hod, agitacija
- govor tijela – stisnuta čeljust, stisnute šake, facijalna ekspresija koja ukazuje da je bolesnik ljut, dug, neprekidan kontakt očima
- impulzivne reakcije
- povećani volumen i glasnoća govora, verbalne prijetnje, težnja raspravljanju
- odbijanje komunikacije, povlačenje, strah, osjećaj ugroženosti i poniženja, osjetljivost
- nejasno razmišljanje, slaba koncentracija
- deluzije i/ili halucinacije s nasilnim sadržajem
- ponašanje koje je prethodilo prijašnjoj agresivnoj epizodi
- iskazivanje ljutnje i nasilnih osjećaja
- blokiranje puta izlaza
- posjedovanje potencijalnog oružja

Prepoznavanjem ovih znakova i adekvatnim tehnikama deeskalacije moguće je pravovremeno spriječiti agresivni ispad, stoga je važno educirati svo osoblje psihijatrijskog odjela o mogućim znakovima koji se smatraju rizičnima.

5.1. Procjena rizika za eskalaciju

Svaka hospitalizacija, pa tako i psihijatrijska, predstavlja određeni stres za bolesnika. Pošto povećana razina stresa pogoduje riziku od ispoljavanja agresije, od iznimne važnosti su intervencije medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika usmjerene njenom smanjenju. Istraživanje u Velikoj Britaniji pokazalo je da 50% bolesnika zaprimljenih zbog psihijatrijskog liječenja pokazuje autodestruktivne, a jedna trećina heterodestruktivne misli, što naglašava

opsežnost problematike [9]. Procjena rizika za agresivno ponašanje ključan je faktor u predviđanju i prevenciji neželjenog događaja. Podrazumijeva zaštitnu ulogu u ophođenju s pacijentima koji pokazuju određene karakteristike agresivnosti i smanjenju vjerojatnosti napada na osoblje. Važno je naglasiti da se ono ne može uvijek sa sigurnošću predvidjeti, no koristeći određena znanja, vještine i instrumente, moguće je povećati vjerojatnost detektiranja sumnjivog ponašanja. Temelj procjene čini intervju s bolesnikom, kojeg dopunjuju heteroanamnestički podatci od bolesniku bliske osobe [5]. Kod procjene rizika mogu poslužiti tradicionalan klinički pristup, razni instrumenti procjene rizika i strukturirana profesionalna prosudba [9]. Procjena rizika za agresivno ponašanje sadrži podatke o povijesti (tablica 5.1.1.) [13]:

OSOBNNA POVIJEST	KLINIČKI PODATCI	SITUACIJSKI FAKTORI
Povijest nasilnog ponašanja	Zloupotreba psihoaktivnih tvari ili alkohola	Stupanj socijalne podrške
Povijest zlorabe alkohola i droga	Utjecaj lijekova dezinhibicija, akatizija	Laka dostupnost oružja
Podatci dobiveni od obitelji o osjećajima ljutnje ili nasilja	Aktivni simptomi shizofrenije, manije; deluzije ili halucinacije fokusirane na određenu osobu	Odnos s potencijalnom žrtvom (npr. teškoće u odnosu)
Promjena boravišta i socijalni nemir	Komandne halucinacije	Dostupnost potencijalne žrtve
Ranija upotreba oružja	Preokupacija s nasilnim fantazijama	Ograničenje sredine u kojoj se liječi
Negiranje ranijeg nasilja koje je počinjeno	Deluzije kontrole posebno s nasilnim temama	Odnos osoblja
Poznati osobni faktori okidači	Uzbuđenje, agitacija, otvoreno neprijateljstvo ili sumnjičavost	
Nedavni stresni događaji, posebno značajni gubitci ili prijetnja gubitkom	Loša suradnja s predloženim liječenjem	
Ranije izjave o namjerama da se nekoga ozlijedi	Antisocijalni, eksplozivni ili impulzivne crte ličnosti ili poremećaj ličnosti	

Tablica 5.1. 1. Procjena rizika za agresivno ponašanje.

Izvor: C.D. Webster, K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart: Procjena rizika nasilnog ponašanja, HCR-20 Hrvatsko izdanje uredile: Koić E, Mužinić L, Krka farma, Grafoprojekt, Virovitica, 2003.

5.1.1. Instrumenti za procjenu rizika

U novije vrijeme pokušava se provoditi što objektivnija procjena rizika od agresije, koju će moći implementirati svi zdravstveni djelatnici, neovisno o stupnju obrazovanja i iskustvu rada. Osim u svrhu procjene, mjerne skale koriste povećanju osjećaja kompetencije i sigurnosti kod zdravstvenih radnika, te posljedično smanjuju potrebu za primjenom mjera prisile [5].

Brøset Violence Checklist (BVC) procjenjuje rizik na osnovu prisutnosti ili odsutnosti konfuzije, iritabilnosti, bučnosti, fizičke i verbalne prijetnje i napada na objekte. Ukoliko je neki od navedenih znakova prisutan, dodaje se jedan bod, a ukoliko je odsutan, stavlja se nula bodova. Kod pacijenata čiji je profil ponašanja dobro poznat osoblju, znakovi u okviru nenasilnog ponašanja označuju se sa nula, a svako povećanje istih, bilježi se jednim bodom. Bodovi se zbrajaju [14].

Filled in by:	Day one, dayshift	Date:
	To be filled in before 10 a.m.	
Confused		
Irritable		
Boisterous		
Physically threatening		
Verbally threatening		
Attacking objects		
SUM:		

Slika 5.1.1. 1. Broset Violence Checklist

Izvor:

<https://www.researchgate.net/publication/11302929> *The Broset violence checklist BVC*

- 0 bodova – mali rizik
- 1-2 boda – umjeren rizik, potrebne mjere prevencije
- 3 i više bodova – vrlo visok rizik, neposredno potrebne mjere prevencije i razrađen plan u slučaju napada [14]

Overt aggression scale (OAS) sadrži sljedeće čimbenike: verbalna agresija, fizička agresija prema sebi, prema objektima i prema drugima. Prepoznaje četiri stupnja ozbiljnosti

rizika za svaki oblik agresije. Ujedno sadrži popis prikladnih intervencija. Zajedno s Brøset Violence Checklist služi procjeni kratkotrajnog rizika [15].

Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R) ima mogućnost kontinuiranog praćenja učestalosti, prirode te ozbiljnosti agresivnih ispada usmjerenih ljudima ili predmetima u psihijatrijskom okruženju. Sastoji se od pet kategorija od kojih svaka sadrži nekoliko opcija koje karakteriziraju incident. Kategorije su: provokacija koja je dovela do incidenta, sredstva koja agresor upotrebljava tijekom incidenta, meta agresije, posljedice incidenta za žrtve i neposredne mjere poduzete u svrhu zaustavljanja/kontrole agresivnog ponašanja. Svakoju opciji u stupcu dodijeljena je ocjena, a rezultat stupca jednak je najvećoj ocjeni unutar stupca. Ukupna ocjena rezultat je zbroja svih stupaca [16].

SOAS-RE column	Categories
1. Provocation	Had to wait/ was denied something/disagrees about advice
	No understandable provocation
	Involuntary assessment
2. Means used by aggressor	Verbal aggression
	Threats/ordinary objects
	Parts of the body (hand, foot, other)
	Dangerous objects or methods
3. Target of aggression/victim	Nothing/nobody
	Objects
	Staff member/security/police
	Other patients/persons
4. Consequence(s) for victim(s)	None
	Object(s) damaged
	Psychological stress
	Felt threatened
	Physical consequences (pain, injury, need for treatment, taken off duty)
5. Measure(s) to stop aggression	None/talk with patient/took the person aside/complied with the person's wish
	Asked the person to leave/medication
	Held with force/forced to leave

Slika 5.1.1. 2. Staff Observation Aggression Skala - Revised

Izvor: T. Morken, V. Baste, G.E. Johnsen, et al: The Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R) – adjustment and validation for emergency primary health care. BMC Health Service Research, vol. 18, br. 335, 2018.

- 0 – 7 bodova – blaga ozbiljnost
- 8 – 15 – umjerena ozbiljnost
- 16 – 22 – teška ozbiljnost [16]

HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20) instrument je procjene uzroka eskalacije ponašanja koji omogućuje planiranje fokusiranih intervencija. Podijeljen je u tri domene [16]:

- Povijesna domena
 - Povijest nasilnog ponašanja uz specificiranje dobi pri prvom incidentu
 - Drugo disocijalno ponašanje u prošlosti
 - Prethodni problemi u vezama
 - Problemi u zapošljavanju ili na poslu
 - Anamneza ovisnosti ili štetne uporabe psihoaktivnih tvari
 - Anamneza ozbiljnog psihičkog poremećaja (shizofrenija, BAP)
 - Anamneza poremećaja ličnosti
 - Anamneza traumatskih događaja tijekom života (npr. zlostavljanje)
 - Prethodni nasilni stavovi
 - Loš odgovor na tretman u prošlosti, loša suradljivost
- Klinička domena
 - Nedostatan uvid
 - Nasilne ideacije ili planovi
 - Aktivni simptomi psihičkog poremećaja
 - Nestabilnost
 - Loš odgovor na liječenje i loša suradljivost
- Upravljanje rizicima
 - Profesionalni planovi i njihova izvedivost
 - Životna situacija
 - Dostupna podrška
 - Odgovor na liječenje i suradljivost
 - Stres i mehanizmi nošenja sa stresom

6. Postupak s agresivnim bolesnikom

Agresivni ispad, kao neželjeni događaj u psihijatriji, predstavlja opasnost za zdravstveno osoblje, ostale pacijente i samog bolesnika. Najviše su izložene medicinske sestre i tehničari [17]. Istraživanje provedeno 2016. godine na području RH pokazalo je da je čak 58% medicinskih sestara ozlijeđeno prilikom primjene mjera prisile, što ide u prilog podatku da je njih 89% mišljenja da postoji nedostatak osoblja. Njih 69% nije prošlo adekvatnu edukaciju o postupku s agresivnim bolesnikom, a oni koji jesu, ne obavljaju je redovito. Kod većine incidenata koji zahtijevaju mjeru prisile sudjeluju samo tri zdravstvena djelatnika, iako standardi određuju minimalno pet. 88% ustanova koje su bile dio istraživanja kao metodu poziva u pomoć koriste telefonski poziv, što europski standardi klasificiraju rizičnim. 78% medicinskih sestara smatra da opremljenost odjela ne zadovoljava sigurnosne standarde, dok manji dio smatra da djelomično zadovoljavaju [18]. U svrhu prevencije i primjene minimalnih mjera prisile javila se potreba za izradom smjernica koje će jasno opisati uzroke, procjenu rizika i postupak s takvim bolesnicima.

6.1. Tehnike deeskalacije

Deeskalacija podrazumijeva upotrebu verbalnih i neverbalnih vještina komunikacije u kriznim situacijama, sa svrhom smanjivanja rizika i u konačnici sprječavanja ispada bolesnika koji pokazuje ponašanje u smjeru agresije. Kao dio terapijskog odnosa između medicinske sestre i bolesnika, zasniva se na uzajamnom poštovanju, empatičnom odnosu, dogovaranju i postavljanju granica ponašanja. Takva interakcija osigurava uznemirenom pacijentu dovoljno vremena da se smiri i zadrži kontrolu nad vlastitim ponašanjem. Kao preduvjet uspjeha, medicinske sestre moraju biti svojevrsni stručnjaci u komunikaciji, usavršiti vještine opservacije i prepoznavanja znakova, te učinkovito kontrolirati svoje ponašanje koje ne smije biti rezultat osobnih stavova i mišljenja, već odraz profesionalnosti, etičnosti i kompetentnosti [5].

Kod pristupa agresivnom bolesniku, prednost se daje onim zdravstvenim djelatnicima koji su mu najpoznatiji i s kojima je najbolje uspostavio odnos povjerenja. Najvažnije je prije svega procijeniti vlastitu sigurnost, sigurnost bolesnika koji je agresivan i potencijalnu opasnost za druge bolesnike. Potrebno je zauzeti položaj koji omogućava brzo napuštanje prostorije ukoliko stvari izmaknu kontroli. U takvim situacijama nikada ne valja pacijentu okretati leđa.

Od iznimne važnosti je dobra procjena vlastitih mogućnosti. Ukoliko se one procijene kao nedovoljne, potrebno je putem tihog alarma pozvati dodatnu pomoć. U mnogim literaturama se spominje važnost fizičkog kontakta prema bolesnicima, no to nije slučaj kod potencijalno agresivnih radi mogućnosti pogoršanja situacije. Preporučuje se držanje sigurne distance. Stav tijela treba biti opušten, ali odlučan, bez mahanja rukama. Govor mora biti staložen, topao, nešto sporiji, bez povisivanja tona, uz korištenje jednostavnih, nedvosmislenih rečenica. Potrebno je saznati razlog uznemirenosti i zajedno doći do kompromisa. Dokle god bolesnik više, potrebno je šutjeti i pričekati priliku za smiren odgovor. Nikako ga ne bi trebali pokušati nadglasati. Kritike valja uvažiti, a pogrđne izraze ignorirati. Kod postavljanja pitanja koriste se tehnike reflektiranja i otvorena pitanja. Korisno je kod pauze ne prekidati pacijenta u organiziranju misli. Preporučljivo je uputiti blagi pogled uz održavanje kontakta očima. Važno je dati mu do znanja da ga želimo saslušati i da smo mu spremni pomoći, uz diskretno isticanje mogućih posljedica neželjenog ponašanja. Potreban je dodatan oprez prilikom pokazivanja autoriteta zbog povećane opasnosti od eskalacije ponašanja. Budući da je sposobnost slušanja i procesuiranja informacija osobe u stanju uznemirenosti reducirana, a percepcija okoline ograničena, bitno je težiti jasnoj i nekonfrontirajućoj komunikaciji. Prilikom postavljanja granica, najbolje je naglasiti trenutno ponašanje kao neprihvatljivo, razlog zbog kojeg je neprihvatljivo te posljedice kojima će morati rezultirati. Kako bi se spriječio osjećaj prijetnje od strane osoblja, bolesniku se ljubazno predlažu alternativne mogućnosti. Naime, kada se osobi predstavi nekoliko mogućnosti izbora, ona će automatski početi razmišljati, što osigurava kratku stanku koja može biti ključna u smanjenju ljutnje. Suprotno tome, ako joj se nameće samo jedna opcija, može rezultirati obrambenim stavom i intenzivnijim razbuktavanjem ponašanja. Poboljšanje situacije može doprinijeti ako medicinska sestra kaže bolesniku da ima pravo verbalizirati ljutnju i da razumije razloge uzrujanosti. Empatičan pristup, aktivno slušanje, postavljanje pitanja, refleksija i parafraziranje ključni su faktori u kontroli bolesnikovih emocija [5].

7. Mjere prisile

Postupci deeskalacije ne garantiraju uvijek uspješnu prevenciju agresivnog ispada. U tom slučaju, poseže se za restriktivnim mjerama koje podrazumijevaju humano sputavanje i humanu sekluziju. Obje se ne smiju upotrebljavati u isto vrijeme. Potreba za primjenom navedenih mjera ne znači prestanak preventivnih, tj. tehnika deeskalacije ponašanja [5]. Prisilne mjere za pacijenta znače djelomičan trenutni prestanak njegovih prava i slobode kretanja. Svaki incident, kao i postupci koji su uslijedili, je potrebno dokumentirati [19]. Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama iznosi sljedeće tvrdnje:

Članak 2.

(1) „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 [10].“

(2) „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 [10].“

Članak 4.

(3) „U cilju zaštite dostojanstva i sigurnosti pacijenta, kod primjena mjera prisile nisu dopušteni postupci koji diskriminiraju ili vrijeđaju ljudsko dostojanstvo u verbalnom ili fizičkom obliku [10].“

(4) „Ustanova je obvezna donijeti detaljne pisane upute o pravilima postupanja radnika ustanove u situacijama agresivnog ponašanja pacijenta prije, u tijeku i nakon primjena mjera prisile [10].“

(5) „Pisane upute moraju biti istaknute u ordinaciji odnosno odjelu ustanove i svi zdravstveni radnici moraju biti upoznati s istima [10].“

7.1. Odluka i priprema za primjenu mjera prisile

Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile, svi zdravstveni djelatnici prije same primjene mjera moraju biti upoznati sa zdravstvenim stanjem pacijenta, anamnezom,

lijekovima koje uzima i nalazima laboratorijskih pretraga. Odluku o mjerama prisile donosi specijalist psihijatrije. S obzirom da liječnik nije uvijek u blizini, zbog hitnosti indikaciju je kompetentna donijeti medicinska sestra, nakon čega obavezno obavještava psihijatra. Primopredaja službe vrši se uz krevet pacijenta [10].

7.2. Postupak primjene mjera prisile

7.2.1. Humano sputavanje

Humano sputavanje pacijenta provodi se u slučajevima:

- nepredvidivog, agresivnog ponašanja
- ponašanja koje predstavlja opasnost za izvršitelja i druge
- samodestruktivnosti
- slabo kontrolirane verbalne ili fizičke prijetnje
- slabe kontrole ponašanja uslijed intoksikacije alkoholom ili lijekovima
- maničnog ponašanja sa slabom kontrolom
- neadekvatne samokontrole ponašanja nakon primjene terapije ili boravka u mirnoj „time out“ prostoriji
- sprječavanja nehotičnog samoozljeđivanja
- kada pacijent sam zahtijeva, ako se procjeni da postoji opasnost za njega ili okolinu [10]

Upotrebljavaju se fizička pomagala poput magnetnih pojasa i remena, kožnih remena za zglobove, vezicama od platna, posebnim košuljama. Osim fizičkih mjera, rabe se i kemijske u svrhu trankvilizacije i sedacije. Najduži vremenski period tijekom kojeg pacijent može biti sputan do ponovne procjene psihijatra iznosi 4 sata. Kontinuirano sputavanje ne smije se primjenjivati duže od 24 sata, nakon kojeg psihijatar vrši ponovnu procjenu pacijentovog stanja [10].



Slika 7.2.1. 1. Magnetni pojas za trup

Izvor: <https://medivita.hr/medicinska-oprema/proizvodi/sigurnosni-pojasevi-za-pacijenta/>

(Pristupljeno 17.7.2020.)



Slika 7.2.1. 2. Magnetni pojas za ruke

Izvor: <https://medivita.hr/medicinska-oprema/proizvodi/sigurnosni-pojasevi-za-pacijenta/>

(Pristupljeno 17.7.2020.)



Slika 7.2.1. 3. Magnetni pojas za noge

Izvor: <https://medivita.hr/medicinska-oprema/proizvodi/sigurnosni-pojasevi-za-pacijenta/>

(Pristupljeno 17.7.2020.)

Zakonski, potrebno je minimalno pet medicinskih sestara za izvođenje postupka koji obično traje oko 15 do 20 minuta. Nerijetko već dostatan broj osoblja daje bolesniku do znanja vlastite fizičke inferiornosti [9]. Provedba mora biti uvježbana i brza. Moguće su četiri točke sputavanja [10]:

- 4 točke – svi ekstremiteti
- 3 točke – obje ruke/noge + jedna ruka/noga
- 2 točke – suprotna ruka i noga
- 1 točka – ruka ili prsa [10]

Svaka medicinska sestra obuhvaća jedan ekstremitet od stražnje strane pacijenta, čime se umanjuje mogućnost ozljede. Na navedeni način se pacijenta spušta na pod, iako NICE smjernice preporučuju izbjegavanje [10]. Kako u hitnim situacijama ponekad nismo svjesni vlastite snage, a s obzirom na trenutnu situaciju u svijetu, potrebno je naglasiti važnost ne stvaranja pritiska na vrat, prsa ili trbuh zbog neposrednog ugrožavanja života i zdravlja osobe. Asfiksija je najčešći uzrok smrti pacijenta koja je rezultat neadekvatnog sputavanja [9]. Postupak je nužno provesti na način koji osigurava najveći stupanj sigurnosti svih sudionika. Nakon uspješnog savladavanja, pacijenta se prebacuje na krevet u ležeći položaj, a potom biva

fiksiran u ručnom i skočnom zglobu, te zdjeličnom pojasu ili obučen u zaštitnu košulju. Potrebno je provjeriti zategnutost pomagala. Takvog pacijenta smješta se u zasebnu prostoriju koja omogućuje kontinuirano promatranje. Vitalne funkcije, stanje kože, diureza i bol provjeravaju se u prva dva sata svakih 15 minuta, a dalje po potrebi. Tijekom hranjenja valja dobro procijeniti mogućnost oslobađanja jedne ruke [10]. Ukoliko je moguće, potrebno je uvjeriti ga da je fiksacija provedena za njegovo dobro i dobro njegove okoline, naglasiti prednosti i objasniti uvjete prekida primjene mjera prisile [9].

Stabilizacijom pacijenta, smanjuju se točke sputavanja ili naizmjenično oslobađaju prilikom razgibavanja – jedna točka svakih sat vremena. Medicinske sestre provode razgibavanje barem svaka dva sata po 15 minuta [10].

7.2.2. Humana sekluzija

Kao privremena metoda koristi se isključivo ukoliko manje restriktivne mjere nisu pokazale efikasnost. Njome se nastoji smanjiti prekomjerna stimulacija pacijenta vanjskim podražajima [9]. Kontraindikacije za izolaciju pacijenta predstavljaju suicidalnost, intoksikacija, kardijalne ili respiratorne smetnje praćene konvulzijama ili drugim bolestima. Najprije valja zabilježiti eventualne modrice i povrede pacijenta, a zatim ga uputiti da odjene udobnu odjeću i čarape. Dragocjene stvari potrebno je popisati i pohraniti na sigurno mjesto. Pacijent se, u prisutnosti dva zdravstvena djelatnika, smještava u zasebnu prostoriju, tzv. „time out“ soba u kojoj ne postoji opasnost od nanosa štete i koja ima videokamere za praćenje. Vrata moraju biti zaključana. Medicinske sestre vrše procjenu svakih 15 minuta kroz prozorčić ili putem videonadzora. Pravo na pauzu od 15 minuta pacijent može dobiti svakih 1 do 2 sata. Prije i poslije pauze vrši se procjena potrebe nastavka terapijske metode. Posuđe u kojem se serviraju hrana i voda mora biti od meke plastike. Konačnu odluku o prestanku mjera sekluzije donosi psihijatar [10].

7.2.3. Farmakoterapija

Odmah nakon fizičkog savladavanja potrebno je primijeniti farmakoterapiju. U te svrhe liječnik određuje antipsihotike sa sedativnim učinkom (haloperidol, pomazin, olanzapin, ziprazidon) i benzodijazepine (diazepam ili lorazepam) koji su prvi izbor ukoliko nema postojanja psihotičnih simptoma. Unutar 10-20 minuta od primjene, očekuje se smirivanje

bolesnika. Kod odabira lijeka, gleda se da ima brz početak djelovanja i visok stupanj pouzdanosti. Ukoliko je moguće, bolesniku treba ponuditi mogućnost odabira peroralne terapije, no često se zbog nesuradljivosti prednost daje parenteralnoj primjeni čija je apsorpcija puno brža. Kao što je prethodno navedeno, potrebna je česta provjera vitalnih parametara, osobito zbog mogućnosti respiratorne depresije, hipotenzije i bradikardije [9]. Od ostalih nuspojava antipsihotika, mogući su ekstrapiramidni simptomi - distonija, akatizija, jatrogeni parkinsonizam, tardivna diskinezija i maligni neuroleptički sindrom. Nuspojave anksiolitika se češće odnose na sedaciju, somnolenciju, paradoksalno pogoršanje, te anterogradnu amneziju [1]. Kada se postigne cilj farmakoterapijske metode, postupno se smanjuju doze lijeka. Sedacija psihofarmacima kontraindicirana je u bolesnika s ozljedom glave zbog promjene kliničke slike [9].

8. Edukacija zdravstvenih djelatnika

Pošto su prevencija i redukcija agresivnog incidenta veoma zahtjevni postupci, važno je usmjeriti pažnju na edukaciju osoblja koje ih provodi. Edukacijom medicinskih sestara moguće je djelovati na prevenciju i smanjenje broja agresivnih ispada. Ona se odnosi na unaprjeđenje tehnika komunikacije/deeskalacije, detekciju ranih znakova agresije, procjenu rizika, provođenje mjera prisile sukladno standardima i razradu mjera sigurnog poziva u pomoć. Osim učenja vještina, važno je razumjeti zašto se agresija uopće pojavljuje, te prepoznati utjecaj vlastitih stavova i reakcija u vidu kontratransfera [5]. Introspekcija ili samoopažanje podrazumijeva zahvaćanje vlastitih psihičkih doživljaja, stanja vlastite svijesti i vlastitog unutarnjeg iskustva, koje je moguće osvijestiti jedino unutar sebe samih [2]. Ishod ne podrazumijeva samo smanjenje učestalosti, već mnogi autori naglašavaju pozitivan utjecaj na stavove djelatnika i stvaranje pozitivne klime na odjelu. Kao osnovno sredstvo svake edukacije koriste se pisane upute (smjernice, zakoni, pravilnici) s kojima trebaju biti upoznati svi zdravstveni djelatnici. Preporučuje se vježbanje komunikacije kroz igranje uloga uz demonstraciju postupaka mjera prisile i samoobrane [5]. Primjerice, miran i povučen zdravstveni djelatnik preuzima ulogu koju „ne igra“ u stvarnom životu – ambiciozan, prodoran, energičan. Time vježba prilagođavanje pojedinim situacijama i podiže osjećaj samopouzdanja [2]. Od izrazite važnosti je provoditi kontinuiranu edukaciju sukladno novim spoznajama [10]. Preporučuje se provođenje iste jednom godišnje [5]. U svrhu razmjene iskustva mogu se organizirati studijski posjeti sličnim ustanovama [2]. Valja iskoristiti svaki neželjeni događaj za analizu postupaka i mogućnost učenja. Krajnji cilj je pravovremeno prepoznavanje eskalacije agresivnog ponašanja bolesnika, te stjecanje vještina brzog interveniranja [10].

9. Utjecaj bolesnikove agresije na osoblje

Kada se promišlja o hitnim stanjima u psihijatriji, najčešće se fokus stavlja na probleme bolesnika. Mnoga istraživanja govore o utjecaju visoke stope agresivnih ispada na kvalitetu pružene skrbi [20]. Međutim, važno je istaknuti poteškoće s kojima je suočena pacijentova okolina. Svaki agresivni ispad bolesnika predstavlja ugrozu i određenu dozu stresa medicinskim sestrama i tehničarima koji su obično prvi na mjestu događaja. Istraživanja pokazuju kako postoji veća incidencija napada na medicinske sestre/tehničare nego na psihijatre [9]. Podaci o napadu na zdravstvene djelatnike u Engleskoj 2013. i 2014. godine pokazali su incidenciju od 69% u ustanovama za mentalno zdravlje, 27% prema osoblju hitne pomoći, 25% u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 26% na akutnim odjelima. Najveći broj incidenata javljao se na psihijatrijskim odjelima, dok su oni najteži slučajevi najviše na hitnim bolničkim odjelima [12]. Studija provedena u Švedskoj u kojoj je sudjelovalo više od 2600 medicinskih sestara pokazala je da je 30% sestara u psihijatrijskom sustavu doživjelo nasilje na radnom mjestu, od čega je u 61% slučajeva došlo je do ponovnog incidenta više puta [21]. Rezultati trećeg istraživanja ukazuju na to da je svaki treći zaposlenik na urgentnim odjelima psihijatrije tijekom petnaestogodišnjeg razdoblja bio žrtvom. Iako je to rijetkost, u bolnici Vrapče zabilježena su dva ubojstva zdravstvenih djelatnika od strane bolesnika [9]. Određene krizne situacije karakteristične psihijatrijskim odjelima, među kojima su agresivni ispadi jedni od najčešćih, povećavaju izgleda od pojave profesionalnog izgaranja i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a) u zdravstvenih djelatnika [22]. Pošto dugotrajno izlaganje agresiji na odjelima nosi povećan rizik od profesionalnog sagorijevanja, od izrazite važnosti je razviti učinkovite metode sprječavanja istog [5]. Ukoliko se ne poduzmu određene mjere, moguća je pojava psihičkih i emocionalnih posljedica poput krivnje, žalosti, sumnja u vlastitu sposobnost odluke, što naposljetku može dovesti do privremene radne nesposobnosti [9]. Negativni osjećaji straha, bijesa, frustracije, očajja i bespomoćnosti mogu poticati na korištenje neučinkovitih mehanizama suočavanja kao što su zlouporaba sredstva ovisnosti, izostajanje s posla, osvećivanja, te razvoj apatije prema poslu [20]. Sa svim sudionicima potrebno je razgovarati unutar 72 sata od događaja. Komunikacija se može provoditi individualno i grupno. U komunikaciji se revidira što se dogodilo, provodi debriefing, pruža međusobna podrška, djelatnici iznose vlastita mišljenja i savjete, evaluiraju, te zajedno donose zaključke o daljnjim strategijama. Razgovor ne mora biti uvijek formalan, već može poslužiti u svrhu „team buildinga.“ „Kreiranje suportivne sredine na radnom mjestu može reducirati agresivnost i psihološku traumu, reducirati bolovanja i omogućiti radniku da se na poslu osjeća sigurno [5].“

9.1. Strah

Strah je posebno duševno stanje koje je nelagodno, te u sebi sadrži prijetnju, a posljedica je unutarnjeg ili vanjskog podražaja. Normalna je psihička aktivnost odgovorna za egzistenciju. Nerijetko se javlja kao posljedica izravne agresije bolesnika prema zdravstvenom djelatniku. Pošto takvo ponašanje sa sobom nosi rizik od stradavanja, strah biva racionalan odgovor na eskalaciju ponašanja. Na osjećaj straha u ugrožavajućim situacijama utječu frustracije tijekom ranog djetinjstva i iskustvo u kasnijem životu. Manifestira se ovisno o prirodi, intenzitetu, strukturi ličnosti i životnom iskustvu. Onaj strah koji se javlja kod medicinskih sestara i tehničara neposredno prije incidenta ima ulogu korisnog signala, koji će pokrenuti uhodane obrasce postupanja, čime se osigurava najbolja moguća sigurnost osoblja i bolesnika [9].

9.2. Kontratransfer

Protuprijenos ili kontratransfer označuje nesvjesni odgovor terapeuta (u ovom slučaju medicinske sestre/tehničara) na pacijentov prijenos, tj. na njegovo prenošenje osjećaja i stajališta. Navedeni termin uveo je poznati austrijski neurolog i osnivač psihoanalize, Sigmund Freud, 1910. godine. Osjećaji koje pacijent izaziva u zdravstvenih djelatnika neizbježni su, te često negativno utječu na njih u vidu podcjenjivanja ili precjenjivanja situacije. Ophođenje s agresivnim pacijentima može izazvati negativne reakcije straha i ljutnje, pa čak i agresije. Incident sam po sebi uzrokuje gubitak povjerenja između osoblja i pacijenta, što čini osnovu terapijskog odnosa. Nakon sputavanja, moguća je pojava osjećaja povrede prava i dostojanstva čovjeka, iako je jasno da je razlog intervencije dobronamjeran. Ostali osjećaji koji se mogu pojaviti jesu poricanje, identifikacija s agresorom, strah i frustracija, bespomoćnost, inkompetentnost i krivnja. Također, može doći do kontradiktornog stajališta između osoblja vezano uz daljnje postupanje. U literaturi se navodi kako postoji mogućnost prijenosa agresije iz agresivnog pacijenta na zdravstvenog djelatnika, koji je počinje doživljavati kao vlastitu, što se manifestira mržnjom prema pacijentu, željom da se pobjegne od njega, da ga se kazni ili njime dominira. Navedena ponašanja nazivaju se još i „acting out“ [9]. Osim negativnih kontratransfernih osjećaja, prepreku mogu izazvati i oni pozitivni poput želje za brigom o bolesniku, koji ipak djeluju manje zastrašujuće zdravstvenom djelatniku [23]. Razgovor s medicinskim sestrama o njihovim osjećajima i stavovima, pravodobno prepoznavanje negativnog kontratransfera, te razvoj svijesti o uporabi vlastitih mehanizama obrane od nasilnog ponašanja čine uvjet za pružanje profesionalne skrbi [9].

10. Zaključak

Psihijatrija je specifično područje medicine koja se po nekim obilježjima ističe od ostalih medicinskih djelatnosti. Iako podatak ne ide u korist destigmatizaciji osoba oboljelih od psihičkih poremećaja, iz mnogih istraživanja može se zaključiti da postoji znatno veća incidencija agresivnog ponašanja na odjelima psihijatrije. Često ono ne bude izravna posljedica neke psihičke bolesti, već rezultat više čimbenika koji se mogu odnositi na pacijentovu ličnost, temperament, očekivanja i stavove, percepciju hospitalizacije, određenih okolinskih i komunikacijskih propusta i slično. Ipak, kod onih bolesnika koji zbog prirode svoje bolesti ne mogu kontrolirati afekte, najčešće se radi o težim psihijatrijskim dijagnozama i stanjima. Bolesnici na odjele dolaze na različite načine (službom hitne pomoći, u pratnji policije, protiv vlastite volje...), što ima značajnu ulogu u eskalaciji ponašanja. Često se osjećaju posramljeno, stigmatizirano i generalizirano, nevažavano, prisutan je osjećaj straha, neizvjesnosti i krivnje koji dodatno kočće već i onako otežanu uspostavu odnosa između medicinske sestre i bolesnika. Valja imati na umu da je ponekad razumljivo, očekivano, čak i poželjno da bolesnik izrazi nezadovoljstvo i ljutnju u neprijetećem obliku, a iskusna medicinska sestra znati će prepoznati granicu između izražavanja osjećaja i ponašanja koje predstavlja prijatnu okolini i njemu samome. O agresiji kao problemu govori se sve češće i uzastopno se vrši validacija postojećih metoda njezina sprječavanja i rješavanja.

Agresivnog bolesnika nije se oduvijek tretiralo kao danas. U prošlosti su postojala razna tumačenja uzroka takvog ponašanja. Ona su najčešće bila religijsko-magijskog karaktera. Oboljeli su se smatrali nesposobnima, neizlječivima, neravnopravnim članovima društva koji su vlastitim lošim postupcima prouzročili takvu nesreću. Sukladno tom razmišljanju, tretirani su nehumano, zatvarani u tamnice i azile, bez pokušaja bilo kakvog tretmana koji bi omogućio eventualno poboljšanje stanja. Kroz više stoljeća mijenjao se način postupanja s agresivnim bolesnicima – počeo se primjenjivati humaniji pristup, težilo se liječenju i terapijskom pristupu, te reintegraciji bolesnika u zajednicu, što je jedan od glavnih ciljeva psihijatrijske njege i liječenja. Javnost je postala svjesna problema stigmatizacije i učestalosti psihičkih poremećaja, koji su danas sve manje „tabu tema“.

Potreba za medicinskim sestrama koje imaju specifična znanja iz područja psihijatrijske zdravstvene njege, uvidjela se porastom psihičkih bolesti, osobito u poslijeratnom vremenu. One su, kao ravnopravni članovi tima, svojim stručnim znanjem podigle kvalitetu skrbi za takve

bolesnike. Njihova uloga se mijenja iz uloge čuvara i zaštitnika okoline, u ulogu svojevrsnog terapeuta i promotora mentalnog zdravlja.

Kao jedna od važnijih stavki postizanja terapijske klime na odjelu, pokazalo se uređenje prostora u kojem bolesnici borave. Ne djeluje samo na prevenciju pojave frustracije, već i na unaprjeđenje liječenja. Prostor mora biti maksimalno prilagođen bolesnicima, a da pritom ne ometa kontinuirani rad osoblja. Zbog prirode nekih psihičkih bolesti, valja posvetiti dodatnu pažnju uređenju u svrhu osiguravanja sigurnosti svih koji tamo borave ili rade. Osim prostorne organizacije, organizacija samog rada čini temelj za uspješno provođenje zdravstvene njege.

Kompetencije medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu obuhvaćaju brojne postupke. Jedno od njih je procjena rizika od eskalirajućeg ponašanja. Iako se ono ne može uvijek u potpunosti predvidjeti, adekvatnom naobrazbom medicinska sestra će pravovremeno detektirati rane znakove agresivnog ponašanja i postupiti u skladu s njima. Na taj način štiti sebe, bolesnika i okolinu od mogućih neželjenih posljedica. Što boljoj procjeni rizika od agresivnosti pomažu brojne mjerne skale sastavljene na osnovu rezultata više istraživanja. One omogućuju zdravstvenim djelatnicima dodatnu sigurnost i objektivniju procjenu, neovisno o stupnju obrazovanja ili znanja. Deeskalacijske metode podrazumijevaju uporabu znanja i vještina iz profesionalne komunikacije. Obuhvaćaju njenu verbalnu i neverbalnu komponentu. Provode se gotovo na dnevnoj bazi na svim odjelima, a medicinskim sestrama i tehničarima u psihijatriji služe za prevenciju i redukciju nasilnog ponašanja. Navedene vještine se uče kao i svake druge, te zahtijevaju konstantno uvježbavanje između djelatnika na odjelu.

Mjere prisile koriste se kao posljednja metoda suzbijanja agresivnosti. Naime, ponekad sve metode koje im prethode nemaju učinka, pa je njihova primjena u psihijatrijskoj medicini vrlo poznata zdravstvenom osoblju. Obuhvaća postupke humane fiksacije, primjene farmakoterapije i humane sekluzije. Svaki postupak propisan je detaljnim smjernicama, pravilnicima i zakonom. Takvi postupci povode za sobom niz etičkih pitanja, pitanja dostojanstva i prava čovjeka. Ipak, kod razmišljanja o takvim delikatnim temama, potrebno je imati na umu da se ona vrše u svrhu dobrobiti pacijenta, te da se sigurnost njega samog i ostalih pacijenata na odjelu uvijek stavlja u prvi plan. Jednako tako, svi postupci moraju se dokumentirati u svrhu prikupljanja podataka, te daljnjeg poboljšanja postojećih smjernica.

Temelj svih navedenih postupaka čini kvalitetna i neprekidna edukacija. Samo dobro educirana medicinska sestra može biti kompetentna i savjesno obavljati posao. Već je više puta naglašeno kako je psihijatrija kao grana medicine različita od drugih grana. Isto tako,

psihijatrijska zdravstvena njega zahtijeva posebna znanja i vještine iz komunikacije, opservacije i procjene rizika, mjera prisile, primjene lijekova i prepoznavanje specifičnih nuspojava. Edukacija medicinskih sestara ključna je za smanjenje incidencije agresivnih ispada na psihijatrijskom odjelu, te se kao takva mora provoditi kontinuirano i sukladno novim saznanjima.

Iako je uglavnom uvijek naglasak na bolesniku, bilo je potrebno istaknuti poteškoće s kojima su suočene medicinske sestre i tehničari u radu sa psihijatrijskim bolesnicima. U okruženju gdje imaju stalnu ulogu terapeuta, često ne primijete koliko i kako okolina utječe na njih. Agresivnost predstavlja izniman stresni događaj za sve sudionike, a prvi koji se susretnu s njime jesu upravo medicinske sestre. Kada je napetost situacije najveća, svoje osjećaje stavljaju po strani i interveniraju sukladno pravilima struke, riskirajući vlastitu sigurnost. Nakon određenog vremena moguća je pojava neadekvatnih mehanizama obrane od stresnih situacija koje, naravno, ograničavaju medicinsku sestru u njenom profesionalnom radu. Važno je ustrajati u međusobnom razgovoru nakon incidenta, pružanju podrške i verbalizaciji osjećaja vezanih za događaj. Samo takvim pristupom se može razviti svijest o neizbježnom utjecaju agresije na zdravstvene djelatnike, kao i pronaći adekvatan način suočavanja s istim.



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski 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, Sara Vedriš (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu psihijatrije (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sara Vedriš
(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/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Sara Vedriš (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Agresija prema medicinskim sestrama na odjelu psihijatrije (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sara Vedriš
(vlastoručni potpis)

11. Literatura

- [1] D. Karlović i sur. Psihijatrija, Naklada Slap, 2019.
- [2] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [3] D. Degmečić: Hitna stanja u psihijatriji, Medicus, br. 26 (2 Psihijatrija danas), 2017, str. 199-204 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189047> [Datum pristupa: 20.04.2020.]
- [4] A. Lozančić: Agresivno ponašanje oboljelih od PTSP-a na području Vukovarsko-srijemske županije/Aggressive behavior PTSD in the area of Vukovar-Srijem County, Sestrinski glasnik, vol. 22, br. 1, 2017, str. 7-12. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/179969> [Datum pristupa: 20.04.2020.]
- [5] S. Štrkalj Ivezić, V. Jukić, N. Buzina, i sur: Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile u području psihijatrije, Klinička bolnica Vrapče, Zagreb, 2016. Dostupno na: <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2017/03/Strategija-prevencije-agresivnosti.pdf> [Datum pristupa: 20.4.2020.]
- [6] American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- [7] P.W. Corrigan, A.C. Watson: Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders, Psychiatry Research, vol. 136, br. 2-3, 2005, str. 153-162. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.005> [Datum pristupa: 21.4.2020.]
- [8] J. Choe, L. Teplin, K. Abram: Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns, Psychiatric Services, vol. 59., br. 2, 2008, str. 153-164. Dostupno na: https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.2.153?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed [Datum pristupa: 16.5.2020.]
- [9] V. Jukić, D. Ostojić i sur: Hitna stanja u psihijatriji, Medicinska Naklada, Zagreb, 2018.

- [10] Ministarstvo zdravlja: Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, Narodne Novine, 16/2015 Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/eli/sluzbeni/2015/16/303> [Datum pristupa: 27.6.2020.]
- [11] D. Antonius, L. Fuchs, F. Herbert, J. Kwon, J.L. Fried, P.R. Burton, et al. Psychiatric assessment of aggressive patients: a violent attack on a resident. *American Journal of Psychiatry*, vol. 167, br. 3, 2010, str. 253-259. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010063> [Datum pristupa: 20.4.2020.]
- [12] National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline[NG10], 2015. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10> [Datum pristupa: 6.5.2020.]
- [13] C.D. Webster, K.S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart: Procjena rizika nasilnog ponašanja, HCR-20 Hrvatsko izdanje uredile: Koić E, Mužinić L, Krka farma, Grafoprojekt, Virovitica, 2003
- [14] P. Woods, R. Almvik: The Brøset violence checklist, *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol. 106, br. 412, 2002, str. 103-105. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/11302929_The_Broset_violence_checklist_BVC Datum pristupa [19.6.2020.]
- [15] J. Volavka: Neurobiology of violence, American Psychiatric Association Publishing, vol. 11, br. 3, 1999, str. 307-314. Dostupno na: <https://doi.org/10.1176/jnp.11.3.307> [Datum pristupa 19.6.2020.]
- [16] T. Morken, V. Baste, G.E. Johnsen, et al: The Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R) – adjustment and validation for emergency primary health care. *BMC Health Service Research*, vol. 18, br. 335, 2018. Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3157-z> [Datum pristupa: 19.6.2020.]
- [17] K.A. Benveniste, P.D. Hibbert, W.B. Runciman: Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis, *The Medical Journal of Australia*, vol. 183, br. 7, 2005, str. 348- 351. Dostupno na: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb07081.x> [Datum pristupa: 16.5.2020.]
- [18] 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

- [19] Narodne novine 76/2014: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb, Narodne novine. Dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/eli/sluzbeni/1997/111/1672> [Datum pristupa: 4.7.2020.]
- [20] E. Bimenyimana, M. Poggenpoel, A. Temane, C. Myburgh: A model for the facilitation of effective management of aggression experienced by Psychiatric Nurses from patients in a psychiatric institution, *Curationis*, vol. 39, br. 1, 2016. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091695/> [Datum pristupa 21.7.2020.]
- [21] S. Ekić, A. Primorac, B. Vučić: Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara, *Journal of Applied Health Sciences/Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, vol. 2, br. 1, 2016, str. 39-46. Dostupno na: <https://doi.org/10.24141/1/2/1/5> [Datum pristupa: 21.07.2020.]
- [22] J.R. Maldonado: Psychiatric Aspects of Critical Care Medicine: Update, *Critical Care Clinics*, vol. 33, br. 3, 2017, str. 14-15. Dostupno na: [https://www.criticalcare.theclinics.com/article/S0749-0704\(17\)30029-5/fulltext](https://www.criticalcare.theclinics.com/article/S0749-0704(17)30029-5/fulltext) [Datum pristupa: 20.4.2020.]
- [23] R. Gregurek: Psihološka medicina, Medicinska Naklada, Zagreb, 2011.

12. Popis slika i tablica

Popis slika

Slika 2.1. 1. Prikaz opsjednutog čovjeka sa škrinje svetog Šimuna.....	5
Slika 4.1. 1. Prikaz idealnog dnevnog boravka	10
Slika 4.1. 2. Hodnik odjela za psihijatriju Opće bolnice "Dr. Tomislav Bardek"	10
Slika 5.1.1. 1. Broset Violence Checklist.....	15
Slika 5.1.1. 2. Staff Observation Aggression Skala - Revised	16
Slika 7.2.1. 1. Magnetni pojas za trup	22
Slika 7.2.1. 2. Magnetni pojas za ruke	22
Slika 7.2.1. 3. Magnetni pojas za noge.....	23

Popis tablica

Tablica 3. 1. Varijable koje doprinose agresivnom ponašanju.	7
Tablica 4.1. 1. Uređenje fizičke okoline na psihijatrijskom odjelu.....	9
Tablica 5.1. 1. Procjena rizika za agresivno ponašanje.....	14