

Stavovi i znanje studenata o radu medicinskih djelatnika na psihijatrijskom odjelu - hitna stanja

Tkalčec, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:298489>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-08**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1369/SS/2020

**Znanje i stavovi studenata o radu zdravstvenih djelatnika
na psihijatrijskom odjelu-hitna stanja**

Petra Tkalčec, 2477/336

Varaždin, travanj 2021.



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1369/SS/2020

Znanje i stavovi studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu-hitna stanja

Student

Petra Tkalčec, 2477/336

Mentor

Andreja Bogdan, univ. spec. psych.

Varaždin, travanj 2021.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestринство

STUDIJSKI: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK: Petra Tkalcic

MATIČNI BROJ: 2477/336

DATUM: 16.9.2020.

KOLEGIJ: Zdravstvena psihologija

NASLOV RADA: Stavovi i znanje studenata o radu medicinskih djelatnika na psihijatrijskom odjelu - hitna stanja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Attitudes and knowledge of students about working in psychiatry - emergencies

MENTOR: Andreja Bogdan, univ. spec. psych.

ZVANJE: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. prof.dr.sc. Andreja Brajša Žganec, predsjednik
2. Andreja Bogdan, univ. spec. psych., mentor
3. Marija Božičević, mag.ses., član
4. Melita Sajko, mag.soc.geront., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1369/SS/2020

OPIS

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba s psihičkim teškoćama. U psihijatriji se neka stanja klasificiraju kao hitna stanja. Hitna stanja su sva ona stanja koja sadrže promjene misaonog i emocionalnog sadržaja te interakciju s okolinom. Obilježja psihički poremećaja su stalna nepredvidivost, agresivnost (opasnost za samog bolesnika i njegovu okolinu) te je takvo stanje potrebno hitno intrvenirati. Hitnost ujedno i označava pravodobnost pružanja pomoći kako bi se spriječila različna ponašanja (abuzus alkohola, suicid i sl.) i progresija bolesti. Zdravstveni djelatnici imaju vrlo važnu ulogu u procesu zdravstvene skrbi u kojem je uspostavljanje terapijskog odnosa s pacijentom od ključne važnosti za sam tjeck i ishod liječenja. Cilj istraživanja je ispitati stavove i znanja studenta o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu s naglaskom na hitna stanja. Za potrebe istraživanja izrađena je anketa koja će se provesti online pomoću Google obrasca. Prikupljeni podaci bit će obrađeni, analizirani, interpretirani te uspoređeni s prikupljenim podacima iz literature.

ZADATAK USUČEN

12.10.2020.



POTRIS MENTORA

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

Najveća hvala mojoj obitelji što su mi omogućili željeno obrazovanje i bili mi podrška. Hvala i svim mojim kolegama uz koje je studentski život bio lakši i lijepši. Posebice hvala i mojoj mentorici Andreji Bogdan na stručnim savjetima i cjeloukupnoj pomoći prilikom izrade završnog rada.

Hvala i svim profesorima i mentorima na pruženom znanju i nesebičnom dijeljenju iskustva tijekom studiranja.

Sažetak

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba s psihičkim poteškoćama. U psihijatriji se neka stanja klasificiraju kao hitna stanja. Hitna stanja su sva ona stanja koja sadrže promjene misaonog i emocionalnog sadržaja, te interakciju s okolinom. Obilježja psihičkih poremećaja su stalna nepredvidivost, agresivnost (opasnost za samog bolesnika i njegovu okolinu), te je takvo stanje potrebno hitno intervenirati. Hitnost ujedno i označava pravodobnost pružanja pomoći kako bi se spriječila rizična ponašanja (abuzus alkohola, suicid i sl.) i progresija bolesti. Zdravstveni djelatnici imaju vrlo važnu ulogu u procesu zdravstvene skrbi u kojem je uspostavljanje terapijskog odnosa s pacijentom od ključne važnosti za sam tijek i ishod liječenja.

Literatura je pretraživana prema temi i predmetu istraživanja, autorima i časopisu. Ciljana pretraga provedena je na bazama MEDLINE/PubMed, Science Direct, Google pretraživaču, na web stranicama, putem znanstvenih članaka, te dostupnim podacima autora iz prakse. Primarno istraživanje provedeno je putem ankete, te su pomoću deskriptivne metode i metode analize podataka donijeti određeni zaključci, prijedlozi za poboljšanje, te odgovori na postavljenu hipotezu, pretpostavke i ograničenja. Cilj istraživanja je ispitati stavove i znanja studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu s naglaskom na hitna stanja. Za potrebe istraživanja izrađena je anketa, koja je provedena *online* pomoću Google obrasca.

Prikupljeni podaci su obrađeni, analizirani, interpretirani, te uspoređeni s prikupljenim podacima iz literature.

KLJUČNE RIJEČI: psihički poremećaji, hitna stanja, terapijski pristup

Abstract

Psychiatry is a branch of medicine that deals with the study of mental disorders, treatment and rehabilitation of people with mental disabilities. In psychiatry, some conditions are classified as emergencies. Emergencies are all those conditions that contain changes in mental and emotional content, and interaction with the environment. Characteristics of mental disorders are constant unpredictability, aggression (danger to the patient and his environment), and such a condition needs urgent intervention. Urgency also means the timeliness of assistance in order to prevent risky behaviors (alcohol abuse, suicide, etc.) and disease progression. Healthcare professionals play a very important role in the healthcare process in which establishing a therapeutic relationship with the patient is crucial to the course and outcome of treatment itself. The literature was searched according to the topic and subject of the research, authors and journal. The targeted search was conducted on the basis of MEDLINE / PubMed, Science Direct, Google search engine, on websites, through scientific articles, and available data of authors from practice. The primary research was conducted through a survey and using the descriptive method and the method of data analysis, certain conclusions, suggestions for improvement, and answers to the hypothesis, assumptions and limitations were made. The aim of the research is to examine the attitudes and knowledge of students about the work of health professionals in the psychiatric ward with an emphasis on emergencies. For the purposes of the research, a survey was created, which was conducted online using the Google form. The collected data were processed, analyzed, interpreted, and compared with the collected ones data from the literature.

KEYWORDS: Mental disorders, emergencies, therapeutic approach

Popis korištenih kratica

ASD – mentalne bolesti iz autističnog spektra

BAD - bipolarna afektivna poremećaj

BPD - granični poremećaj ličnosti

DBT - dijalektička bihevioralna terapija

ECT - elektrokonvulzivna terapija

fMRI - funkcionalna magnetska rezonanca

MRI - magnetska rezonancija

PET - pozitronska emisija skatomografija

SPECT - računarska tomografija s jednim fotonom

SSRI - selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina

elektroencefalografiju (EEG).

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Opće značajke mentalnih bolesti	3
1.1.1. Rasprostranjenost mentalnih bolesti u populaciji	3
1.1.2. Znakovi upozorenja za mentalne bolesti	4
1.1.3. Dijagnosticiranje mentalnih bolesti	5
1.1.4. Uzroci mentalnih bolesti	6
1.1.5. Čimbenici rizika za mentalne bolesti.....	6
1.2. Hitna stanja u psihijatriji.....	7
1.2.1. Suicidalni pacijenti.....	9
1.2.2. Uznemireni i nasilni pacijenti.....	10
1.2.3. Pacijenti pod delirijem.....	12
1.2.4. Pacijenti koji se liječe od sredstava ovisnosti i apstinencijske krize.....	13
1.2.5. Pacijenti koji se predoziraju prekomjernom dozom propisanih psihoaktivnih lijekova.....	13
1.3. Pacijenti s depresijom	14
1.4. Bipolarni poremećaj.....	15
1.5. Shizofrenija i druge psihoze.....	15
1.6. Demencija	16
1.7. Postupanje sa hitnim stanjima u psihijatriji	16
1.7.1. Planiranje prije krize	17
1.7.2. Početna procjena	17
1.7.3. Neposredno upravljanje i raspolaganje.....	18
2. Cilj istraživanja.....	20
3. Metodologija istraživanja.....	20
3.1. Uzorak.....	20
3.2. Mjerni instrument.....	21
3.3. Obrada podataka.....	21
4. Rezultati istraživanja.....	22
5. Rasprava.....	30
6. Zaključak.....	32
7. Literatura	35
8. Prilog-anketa.....	38

1. Uvod

Mentalne bolesti su zdravstvena stanja koja uključuju promjene u osjećajima, razmišljanju ili ponašanju (ili njihovu kombinaciju). Mentalne bolesti povezane su s nevoljom i / ili problemima funkcioniranja u socijalnim, radnim ili obiteljskim aktivnostima. Najčešće dijagnoze mentalnih bolesti uključuju depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, shizofreniju i anksiozne poremećaje, ali postoje i mnogi drugi. Bez obzira na dijagnozu, simptomi mogu biti slični i mogu se preklapati, posebno u akutnoj fazi, odnosno hitnom stanju.

Pod pojmom hitnih stanja u psihijatriji podrazumijeva se akutni poremećaj ponašanja, misli ili raspoloženja pacijenta koji ako se ne liječi može dovesti do štete bilo za pojedinca ili za druge u okolini. Stoga se definicija hitnih stanja u psihijatriji razlikuje od ostalih hitnih medicinskih slučajeva po tome što se uzima u obzir i opasnost od štete po društvo[1].

Hitna stanja u psihijatriji obuhvaćaju situacije u kojima se pojedinac ne može suzdržati od postupanja na način koji je opasan za njega ili za druge. Pacijent može biti svjestan opasnosti koje njegovo ponašanje predstavlja, kao kod predoziranja s namjerom da umre. Međutim, nije neobičajeno da pacijentu nedostaje uvid u posljedice njegovih postupaka. Čak i ako pacijent shvati da su njegovi postupci opasni, može se usredotočiti na takvo ponašanje unatoč rizicima. Primjer je pacijent sa shizofrenijom koji slijedi naredbene halucinacije da bi počinio krađu.

Hitni se slučajevi mogu klasificirati kao glavni, ako postoji opasnost po život pacijenta ili drugih u njegovom okruženju ili kao sporedni ako ne prijeti životu, ali uzrokuje ozbiljnu onesposobljenost[2].

U većini slučajeva predstavljaju iznimnu ozbiljnost duševnih bolesti, povezani su s osjećajem straha, bijesa, predrasuda, pa čak i isključenosti. Među najrasprostranjenijim psihijatrijskim hitnim slučajevima spadaju suicidalno ponašanje, teške depresivne ili manične epizode, samoozlijeđivanje, ozbiljno oslabljena prosudba, ozbiljno zanemarivanje samoga sebe, opijanje tvarima ili apstinencijske krize i agresivna agitacija [3] .

Osnovni cilj rada zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu jest adekvatno upravljanje takvim situacijama, kako bi se smanjila patnja pacijenta i spriječio rizik po okolinu.

Cilj ovog istraživanja bio je prikazati stavove i specifična znanja studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu za hitna stanja.

Također je potrebno odrediti predviđene metode rada. Pregled teorije provest će kroz različite znanstvene članke i publikacije, kao i kroz mrežne izvore. Prilikom definicije i opisa teorijskog dijela, korištena je deskriptivna metoda, a prikupljeni podaci pomogli su u upoznavanju problematike rada. Osim metode opisa, korištena je i deduktivna metoda koja se temelji na logičkom zaključivanju te metoda usporedbe. Na temelju teorijskog dijela, provedeno je primarno istraživanje putem ankete te su pomoću deskriptivne metode i metoda analize podataka donijeti određeni zaključci, prijedlozi za poboljšanje te odgovori na postavljenu hipotezu, pretpostavke i ograničenja.

1.1. Opće značajke mentalnih bolesti

Mentalna bolest može se definirati kao zdravstveno stanje koje mijenja čovjekovo razmišljanje, osjećaje ili ponašanje (ili sve troje) i koje uzrokuje nevolju i poteškoće u funkcioniranju. Kao i kod mnogih bolesti, mentalna bolest je u nekim slučajevima teška, a u drugima blaga. Pojedinci koji imaju mentalnu bolest ne moraju nužno izgledati kao da su bolesni, pogotovo ako je njihova bolest blaga. Drugi pojedinci mogu pokazivati eksplicitnije simptome kao što su zbunjenost, uznemirenost ili povlačenje. Mnogo je različitih mentalnih bolesti, uključujući depresiju, shizofreniju, poremećaj hiperaktivnosti s nedostatkom pažnje (ADHD), autizam i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Svaka bolest na različite načine mijenja čovjekove misli, osjećaje i / ili ponašanje[4].

1.1.1. Rasprostranjenost mentalnih bolesti u populaciji

Mnogi ljudi smatraju da su mentalne bolesti rijetke te vjeruju da iste pogađaju ljude s daleko drukčijim životnim situacijama. Studije epidemiologije mentalnih bolesti ukazuju da je ovo uvjerenje daleko od točnog. Mentalne bolesti zapravo su toliko česte, da je malo koja obitelj intaktna na pojavnost istih [6].

Znanstvenici procjenjuju da je svaka četvrta osoba izravno ili neizravno mentalno oboljela.

Čak i ako se unutar obitelji ili osobno nije doživjela mentalna bolest, vrlo je vjerojatno da svatko poznaje nekog, tko je bolovao ili još uvijek boluje od mentalne bolesti. Uzmu li se u obzir navedene statistike, razvidni su razmjeri i učinci mentalnih bolesti rašireni u društvu[6].

Prema procjenama, otprilike svaki peti čovjek stariji od 18 godina, pati od mentalnog poremećaja koji se može dijagnosticirati u određenoj godini.

Četiri od deset vodećih uzroka invalidnosti sumentalnebolesti: teška depresija, bipolarni poremećaj, shizofrenija i opsesivno-kompulzivni poremećaj [7].

Otprilike tri posto stanovništva istodobno ima više od jedne mentalne bolesti[7].

Otprilike pet posto odraslih pogođeno je mentalnom bolešću do mjere da ometa njihovu sposobnost funkcioniranja u društvu. Te teške i trajne mentalne bolesti uključuju shizofreniju,

bipolarni poremećaj, druge teške oblike depresije, panični poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj[7].

Otpriblike dvadeset posto pregleda kod liječnika povezano je s anksioznim poremećajima kao što su napadaji panike, dok od depresije godišnje oboli oko osam milijuna ljudi.

Mentalne bolesti nisu rijetkost ni među djecom i adolescentima. Problemi s mentalnim zdravljem pogađaju svakog petog mladog čovjeka u bilo kojem trenutku. Procjenjuje se da dvije trećine svih mladih ljudi s mentalnim problemima ne prima pomoć koja im je potrebna[7].

Prevalencija je da 1 od 33 djece može biti depresivno, dok depresija u adolescenata može biti i 1 prema 8. Samoubojstvo je treći uzrok smrti za djecu od 15 do 24 godine, a šesti uzrok smrti za djecu od 5 do 15 godina. Shizofrenija je rijetka u djece mlađe od 12 godina, ali se javlja u otprilike 3 od svakih 1.000 adolescenata. Od 100.000 tinejdžera u maloljetničkom pritvoru, procjenjuje se da 60 posto ima probleme u ponašanju, odnosno na kognitivnom ili emocionalnom području[8].

1.1.2. Znakovi upozorenja za mentalne bolesti

Svaka mentalna bolest ima svoje karakteristične simptome. Međutim, postoje neki opći znakovi upozorenja da nekome treba stručna pomoć. Neki od tih znakova uključuju: [4]

- značajnu promjenu osobnosti,
- nesposobnost suočavanja s problemima i svakodnevnim aktivnostima,
- čudne ili grandiozne ideje,
- pretjerane tjeskobe,
- dugotrajnu depresiju i apatiju,
- izražene promjene u načinu prehrane ili spavanja,
- razmišljanje ili razgovor o samoubojstvu ili nanošenje štete sebi,
- ekstremne promjene raspoloženja - visoke ili niske,
- zlouporaba alkohola ili droga i
- pretjerana ljutnja, neprijateljstvo ili nasilno ponašanje.

1.1.3. Dijagnosticiranje mentalnih bolesti

Da bi se dijagnosticirala mentalna bolest, osobu mora pregledati kvalificirani stručnjak koji ima odgovarajuću kvalifikaciju i iskustvo u području mentalnog zdravlja. Stručnjaci za mentalno zdravlje uključuju psihijatre, psihologe, psihijatrijske sestre, socijalne radnike i savjetnike za mentalno zdravlje. Obiteljski liječnici, internisti i pedijatri obično su kvalificirani za dijagnozu uobičajenih mentalnih poremećaja poput depresije, anksioznih poremećaja i ADHD-a. U mnogim slučajevima, ovisno o pojedincu i njegovim simptomima, stručnjak za mentalno zdravlje koji nije psihijatar uputit će pacijenta na psihijatra. Psihijatar je liječnik (MD) koji je prošao dodatnu obuku u području mentalnog zdravlja i mentalnih bolesti. Psihijatri procjenjuju mentalno stanje osobe u koordinaciji s njezinim fizičkim stanjem i mogu propisati lijekove. Samo psihijatri i drugi doktori medicine mogu propisivati lijekove za liječenje mentalnih bolesti[9].

Za razliku od nekih dijagnoza bolesti, liječnici ne mogu napraviti krvni test ili uzgojiti neke mikroorganizme kako bi utvrdili ima li osoba mentalnu bolest. Možda će znanstvenici u budućnosti razviti diskretne fiziološke testove za mentalne bolesti; do tada će, međutim, stručnjaci za mentalno zdravlje morati dijagnosticirati mentalne bolesti na temelju simptoma koje osoba ima. Zasnivanje dijagnoze na simptomima, a ne na kvantitativnom medicinskom testu, poput testa kemije krvi, brisa grla, X-zrake ili analize urina, nije neobično. Liječnici dijagnosticiraju mnoge bolesti, uključujući migrenu, Alzheimerovu bolest i Parkinsonovu bolest samo na temelju njihovih simptoma. Za ostale bolesti, poput astme ili mononukleoze, liječnici se oslanjaju na analizu simptoma kako bi stekli dobru ideju u čemu je problem, a zatim koriste fiziološki test kako bi pružili dodatne informacije ili potvrdili dijagnozu[9].

Kada stručnjak za mentalno zdravlje surađuje s osobom koja bi mogla imati mentalnu bolest, on će zajedno s pojedincem odrediti koje simptome pojedinac ima, koliko dugo simptomi traju i kako to utječe na njegov život. Stručnjaci za mentalno zdravlje često prikupljaju informacije putem razgovora tijekom kojeg pitaju pacijenta o njegovim simptomima, duljini pojavljivanja simptoma i težini simptoma. U mnogim će slučajevima stručnjak prikupiti informacije i od članova obitelji s namjerom da dobije sveobuhvatniju sliku. Liječnik će vjerojatno provesti fizički pregled i provjeriti povijest pacijenta kako bi isključio druge zdravstvene probleme[9].

1.1.4. Uzroci mentalnih bolesti

Znanstvenici vjeruju da su mentalne bolesti posljedica problema s komunikacijskim sustavom u mozgu, no potpuno saznanje o uzroku mentalne bolesti još uvijek nemaju. Ukoliko se razmišlja o strukturnoj i organizacijskoj složenosti mozga zajedno sa složenošću učinaka koje mentalne bolesti imaju na misli, osjećaje i ponašanje, nije iznenađujuće da je otkrivanje uzroka mentalnih bolesti izuzetno zahtjevan zadatak. Područja neuroznanosti, psihijatrije i psihologije bave se različitim aspektima odnosa između biologije mozga i ponašanja, misli i osjećaja pojedinaca i načina na koji njihova djela ponekad izmiču kontroli. Kroz ovo multidisciplinarno istraživanje znanstvenici pokušavaju pronaći uzroke mentalnih bolesti. Jednom kada znanstvenici mogu utvrditi uzroke mentalne bolesti, oni to znanje mogu koristiti za razvijanje novih tretmana ili za pronalazak lijeka[4].

1.1.5. Čimbenici rizika za mentalne bolesti

Iako znanstvenici u ovom trenutku ne znaju uzroke mentalnih bolesti, identificirali su čimbenike koji pojedince izlažu riziku. Neki od ovih čimbenika su okolišni, neki genetski, a neki socijalni. Zapravo, svi se ti čimbenici najvjerojatnije kombiniraju kako bi utjecali na to hoće li netko mentalno oboljeti. Genetski, okolišni i socijalni čimbenici utječu na to hoće li netko mentalno oboljeti[14].

Čimbenici okoliša poput ozljede glave, loše prehrane i izloženosti toksinima, uključujući olovo i duhanski dim mogu povećati vjerojatnost za razvoj mentalne bolesti[14].

Geni također igraju ulogu u određivanju razvija li netko mentalnu bolest. Bolesti za koje je najvjerojatnije da imaju genetsku komponentu uključuju autizam, bipolarni poremećaj, shizofreniju i ADHD. Studije blizanaca, pokazuju da je znatno vjerojatnija prisutnost ADHD-a kod jednojajčanih blizanaca nego kod dvojajčanih blizanaca. Isto se može reći za shizofreniju i depresiju. Mentalne bolesti nisu potaknute promjenom jednog gena; znanstvenici vjeruju da interakcija nekoliko gena može pokrenuti mentalnu bolest[15].

Nadalje, kombinacija genetskih, okolišnih i socijalnih čimbenika može odrediti je li slučaj mentalne bolesti lak ili težak.

Socijalni čimbenici također predstavljaju rizike i mogu naštetiti mentalnom zdravlju pojedinca, posebno djeteta. Društveni čimbenici uključuju: [16]

- tešku roditeljsku neslogu,
- smrt člana obitelji ili bliskog prijatelja,
- mentalnu bolest roditelja,
- kriminal roditelja,
- ekonomske poteškoće,
- zlostavljanje,
- zanemarivanje i
- izloženost nasilju.

1.2. Hitna stanja u psihijatriji

Hitna stanja u psihijatriji često su uzrokovana mentalnim bolestima. Ona zahtijevaju hitnu reakciju kako bi spasili pacijenta i druge osobe od smrtne opasnosti ili drugih ozbiljnih posljedica. Potreban je neposredan tretman usmjeren protiv akutnih manifestacija, kako za poboljšanje pacijentovih subjektivnih simptoma, tako i za sprečavanje ponašanja koje bi moglo naštetiti pacijentu ili drugima[17].

Hitna stanja u psihijatriji definiraju se kao „bilo koja prijetnja da pacijent nanese štetu sebi, zdravstvenom osoblju ili drugima u sferi utjecaja pacijenta“. Hitna stanja u psihijatriji mogu se nazvati i agitacijom ili agresivnim ponašanjem kod osoba koje imaju mentalnih problema poput shizofrenije / psihoze, poremećaja raspoloženja, kao i poremećaja ličnosti, za koje je dokazano da postoji povišeni rizik od nasilnog ponašanja oboljelog od 2 do 3 puta[18].

Uočeno je da se rizik od razvoja nasilnog ponašanja uvećava poremećajem komorbidne upotrebe supstance kod istog pojedinca. Problemi u ponašanju kod osoba s mentalnim zdravstvenim problemima uglavnom su prisutni u obliku impulzivnog ponašanja, agitiranog ili agresivnog ponašanja. Impulzivno ponašanje često je rezultat problema s izvršnim funkcioniranjem mozga i vidi se kod mentalnih zdravstvenih problema poput poremećaja hiperaktivnosti s deficitom pažnje (ADHD), poremećaja iz autističnog spektra (ASD), bipolarnog afektivnog poremećaja (BAD) i graničnog poremećaja ličnosti (BPD) [19].

Osobe sa impulzivnim ponašanjem često izvode akcije bez razmišljanja (poput iznenadnog prelaska prometne ceste bez prethodnog osiguranja da nema automobila koji dolaze), a to može dovesti do ozbiljnih ozljeda ili čak smrti. Agitacija se odnosi na osjećaj pogoršanja ili nemira, dok se agresija odnosi na radnju koja je namijenjena ili prijeti da nanese bol ili štetu. Agresija može biti verbalna, fizička ili seksualna. Agitacija može lako eskalirati do agresije ako su provokativni faktori uporni, otuda i svrstavanje u psihijatrijske slučajeve. Fizička agresija podrazumijeva nemir, uništavanje imovine ili bježanje, dok verbalna agresija može biti u obliku verbalnog neprijateljstva i verbalnih prijetnji prema prijateljima, obitelji, kolegama, osoblju klinike ili čak pacijentima, a to može eskalirati do fizičkog sukoba. Seksualna agresija može biti izložena u obliku neprimjerenog hvatanja, povlačenja ili dodirivanja dojki, genitalija i stražnjice, izlaganja erotskih ili privatnih dijelova tijela (poput grudi), ili ostvarivanja seksualnog odnosa uz prijetnju. Napadno ponašanje odnosi se na djela namjernog fizičkog ili seksualnog napada na ljude (obitelj / prijatelje / kolege / bolničko osoblje ili čak neznance). Uznemireni ili agresivni pacijenti često s potencijalno smrtonosnim oružjem nanose žrtvama različite stupnjeve povreda, što ponekad može rezultirati smrću žrtava[19].

Procjenjuje se da agitacija / agresija uključuje akutnu psihozu, akutnu maniju, posttraumatski stresni poremećaj, zlouporabu / intoksikaciju supstancama, tešku anksioznost (s napadajima panike), demenciju i neuro-razvojne poremećaje kao što su ADHD i ASD. Također su utvrđeni medicinski uzroci akutne agitacije ili agresije, a oni uključuju bol, delirij, hipoglikemiju, hipoksiju, poremećaj metabolizma, napadaje, ozljedu glave ili akutne intrakranijalne patologije (poput vaskularnih događaja), sepsu, urođene greške od metabolizma i neželjene nuspojave lijekova[18].

Dostupni dokazi pokazuju da su specijalisti za mentalno zdravlje često prvi pružatelji usluga zdravstvene zaštite za osobe koje se u hitnim psihijatrijskim stanjima jave u zdravstvene ustanove. Pokazalo se da je timski pristup dragocjen u upravljanju takvim slučajevima[18].

Kako je uvodno naznačeno, hitna stanja moguće je klasificirati kao glavna ukoliko postoji opasnost po život pacijenta ili drugih u njegovom okruženju. S druge strane, moguće ih je klasificirati i kao sporedna, uz uvjet da nije prisutna neposredna opasnost po život, ali hitno stanje uzrokuje ozbiljnu onesposobljenost[1].

U tablici 1.2.1. prikazana su hitna stanja u psihijatriji.

Glavna hitna stanja	Sporedna hitna stanja	Hitna stanja u psihijatriji
Suicidalni pacijenti	Akutna stresna reakcija	Deliriji zbog stanja opasnih po život
Uznemireni i nasilni pacijenti	Silovanje	Neuroleptički maligni sindrom
	Katastrofalni događaji	Serotoninski sindrom
	Napad panike	Prevelike doze uobičajenih psihijatrijskih lijekova
		Predožiranja i odvikavanja od sredstava ovisnosti

Tablica 1.2.1. Hitna stanja u psihijatriji

Izvor: Sudarsanan, S. et al, Psychiatric Emergencies, Med J Armed Forces India. 2004.

1.2.1. Suicidalni pacijenti

Studije dovršenih samoubojstava pokazuju da je 90-94% pacijenata mentalno bolesno tijekom počinjenja djela. Depresija čini gotovo polovicu broja pacijenata koji počinju samoubojstvo, nakon čega slijedi zlouporaba alkohola (34%) i shizofrenija (13%) [20].

Rizik od suicida najveći je za primarne psihijatrijske poremećaje, a najmanji za organske poremećaje[21]. Istraživačke studije pokazuju da je samoubojstvo češće u neudatih (u braku gubitak supružnika povećava rizik tijekom prve godine gubitka). Stope su također visoke kod nezaposlenih i onih koji istovremeno pate od drugih medicinskih bolesti. Više muškaraca nego žena počinu samoubojstvo, iako više žena to pokušava. Psihosocijalni faktori koji predisponiraju samoubojstvo, uključuju kaotično kućno okruženje, iznenadni gubitak (smrt, razvod, posao, financije), nedavni ponižavajući životni događaj, nevjeran partner, HIV i pravni problemi[22].

Najčešći simptom kod pacijenata je beznađe, tj. uvjerenje da nikakvim postupkom pacijent ne može biti spašen od traume. Većina (56%) pokušava samoubojstvo kao bijeg iz nepodnošljive situacije, 13% to čini kako bi proizvelo promjenu u drugima ili okolini, a tu postoji kombinacija bijega i manipulativnih motiva. U 50 do 80% slučajeva, osoba svoju namjeru samoubojstva priopći obitelji ili svom psihijatru[1, 20].

Stručno upravljanje suicidalnim namjerama pacijenata pokazalo se adekvatnim odgovorom na rizik kakvo ovo stanje nosi. Svi psihijatrijski pacijenti trebaju biti pitani o samoubilačkim idejama kao dio rutinske procjene. Samodestruktivno ponašanje i prethodni pokušaji najsnažniji su prediktori budućeg samoubilačkog pokušaja. Potrebno je jasno shvatiti da pitanje o pokušaju samoubojstva ne provocira pacijenta na samoubojstvo niti mu ulijeva ideju o samoubojstvu. Mnogi pacijenti osjećaju olakšanje kad ih se pita o samoubojstvu i objasni im se da su njihove ideje dio bolesti[20].

U slučaju da pacijent stigne na odjel za hitne slučajeve s anamnezom pokušaja suicida, prvo što je potrebno jest procijeniti pacijenta zbog rizika po život i primiti ga na jedinicu intenzivnog liječenja pod pratnjom dok se zdravstveno stanje ne stabilizira. U najranijoj prilici upućuje se na procjenu kod psihijatra[1].

Teško depresivne pacijente moguće je liječiti elektrokonvulzivnom terapijom (ECT). Ukupna pozitivna stopa odgovora na ovaj postupak je 75-85%, no unatoč pouzdanim rezultatima, u odnosu na primjenu ove metode prisutna je izvjesna stigma uslijed neinformiranosti pacijenata [23]. U shizofreniji, osim ECT-a, izvještava se da se antipsihotici poput klopazina ponašaju kao specifični antidepresivi, s anti-suicidalnim učinkom. Centri za krizne intervencije i telefonske linije za pomoć dostupni su u većini gradova širom svijeta. Oni pružaju put osobama koje razmišljaju o samoubojstvu da povjere svoje probleme i omogućuju savjetniku da nagovori pacijenta da zatraži stručnu pomoć. Međutim, znanstvena valjanost njihove korisnosti još uvijek nedostaje[1].

1.2.2. Uznemireni i nasilni pacijenti

Nasilje pacijenata je manifestacija neposredne opasnosti s kojim se često suočavaju zdravstveni djelatnici. Rizik od nasilja posebno je visok u onim društvima u kojima je lakši pristup vatrenom oružju i zlouporabi alkohola / droga. Korištenje alkohola također predisponira nasilju [24].

U današnjem se društvu mentalne bolesti i nasilje često vide kao neraskidivo povezani, što stvara oštru stigmatu za pacijente, a ponekad i neugodno okruženje za psihijatre. Percepcija nosi ozbiljne posljedice za psihijatrijske pacijente u obliku daljnje diskriminacije i osjećaja izoliranosti od društva. Nasilje postaje sve veća zabrinutost u praksi psihijatrije. Veliki broj agresivnih pacijenata prisutno je na hitnim odjelima, a psihijatri su često pozvani na procjenu i liječenje nasilnih pacijenata. Tisuće napada svake se godine dogode u bolnicama diljem svijeta,

uključujući psihijatrijske jedinice i hitne službe, što rezultira time da se neka od takvih radnih mjesta označe kao profesionalno opasna[24].

Literatura sugerira da psihijatri imaju do 48% šansi da dožive fizički napad od strane pacijenta tijekom njihove karijere, kao i da će 40% do 50% zdravstvenog osoblja biti fizički napadnuto od strane pacijenta tijekom njihova programa obuke[25].

Ova vrsta pacijenta podrazumijeva specifične izazove za dijagnozu i liječenje psihijatrijskih poremećaja i njihove nasilne epizode, jer se od pružatelja usluga mentalnog zdravlja traži da identificira potencijalno opasne pojedince i intervenira kako bi se smanjio rizik[24].

Specifični psihički i medicinski poremećaji također su povezani s nasilnim ponašanjem te su kao takvi prikazani u tablicama 2 i 3. Određene karakteristike mogu pomoći predvidjeti napad u hitnim psihijatrijskim stanjima. Nezaposleni mladići (<40 godina), niskog socioekonomskog statusa, koji obično nisu konzistentno liječeni rizična su kategorija[1].

Prijetnju napadom uvijek treba shvatiti ozbiljno. Znakovi koji predviđaju predstojeću opasnost od napada, zahtijevaju neposrednu pažnju, a to su povišen ton glasa, uzbuđenje, zagledane oči, raširene nosnice, zacrvenjeno lice, stisnute ruke, koračanje po sobi, posjedovanje oružja, guranje namještajem, nekooperativnost i sumnjičavost, bacanje predmeta i nagli pokreti[20]. U tablici 1.2.2.1. prikazani su psihijatrijski poremećaji povezani s nasilnim ponašanjem.

Shizofrenija, posebno paranoična
Manija
Paranoidna psihoza
Poremećaj osobnosti, posebno antisocijalni tip
Alkoholna intoksikacija
Opijenost kokainom, amfetaminima, anaboliksteroidima, fenciklidinom
Apstinencijska stanja
Posttraumatski stresni poremećaj
Demencija
Poremećaj učenja

Tablica 1.2.2.1. Psihijatrijski poremećaji povezani s nasilnim ponašanjem

Izvor: Roy A., *Suicide. In : Sadock BJ & Sadock VA, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins publishers. 2010.*

Pri svemu navedenom, važno je zaštititi se od napada. Vidljivo je da su dostupni lijekovi, koji se koriste za kontrolu agresije. Možda će biti potrebna nespecifična sedacija da bi se pacijent prvo doveo pod kontrolu, prije nego što se može izvršiti procjena. Hitno osoblje trebalo bi biti upoznato s primjenom ovih lijekova koji bi se trebali lako nabaviti. Ako je pacijent voljan, lijekovi se mogu davati oralno, no obično je potreban parenteralni put. Najčešće korišteni lijek je haloperidol 10 mg, koji se daje u jednoj intramuskularnoj dozi i može se sigurno ponavljati u intervalima svakih pola sata do najviše 60 mg dnevno, zatim Lorazepam od 2 mg do najviše 10 mg, koji je jednako učinkovit kao i haloperidol. Posebno je korisno tamo gdje se sumnja na alkoholnu apstinencijsku krizu [1, 20].

Jednom kada je pacijent pod nadzorom, obvezno je izvršiti pažljiv fizički pregled i laboratorijske nalaze kako bi se isključili uobičajeni ranije nabrojani uzroci nasilnog ponašanja. Često, ako pacijenta prate rodbina ili prijatelji, dijagnoza može lakše biti otkrivena. U cilju sprječavanja napada na zdravstvene djelatnike, medicinske ustanove zadužene za tretiranja hitnih stanja u psihijatriji trebale bi imati odgovarajuće sigurnosno osoblje. Pristup prostorijama za pregled i liječenje trebali bi biti ograničeni. Sve prostorije za savjetovanje i ispitivanje trebale bi imati najmanje dva izlaza. Slično bi sve sobe trebale imati gumb za poziv, koji se može pritisnuti u nuždi, tako da raspoloživo osoblje može pozvati pomoć osobi koja je napadnuta [26].

Sve sumnjive pacijente treba detaljno promatrati i izvijestiti o budućim rizicima. Medicinsko osoblje također treba paziti da ne izazove napad tako što će uvijek biti pristojni i smireni, izbjegavajući dugotrajni kontakt očima s potencijalno nasilnim pacijentima, dajući jasne upute, ostajući na sigurnoj udaljenosti, osim ako je to neizbježno, uklanjajući iz svojih soba sve predmete koji bi se mogli upotrijebiti za napad. Svi slučajevi napada moraju se istražiti i raspraviti među osobljem i administracijom te izvući pouke za budućnost [62].

1.2.3. Pacijenti pod delirijem

Delirijem se upravlja manipulacijom okoliša kako bi se pomoglo orijentirati pacijenta (npr. ostavljanjem noćne lampe da gori, čestom orijentacijom na vrijeme, mjesto i osobe) i lijekovima. Lijekove treba propisivati tek nakon što se dijagnosticira osnovni poremećaj ili započne postupak utvrđivanja dijagnoze. Haloperidol u malim dozama (0,5 do 2 mg) često je odabrani lijek. Lorazepam 0,5 do 2 mg može smanjiti agitaciju i poželjno je kada je uzimanje

supstance uzrok delirija. Antiholinergičke lijekove (npr. Benztropin) treba s oprezom primjenjivati kod deliričnih bolesnika, osobito starijih osoba, jer se može javiti antikolinergična toksičnost (atropin psihoza) [20].

1.2.4. Pacijenti koji se liječe od sredstava ovisnosti i apstinencijske krize

Opijenost uslijed korištenja sredstava ovisnosti i apstinencijskih kriza koje se javljaju, može nastati u okviru postojećeg psihijatrijskog poremećaja ili kao primarno inducirani poremećaj. Alkohol, kokain i fenciklidin su supstance koje najčešće dovode do nasilnog ponašanja [27].

Takve pacijentekoji se liječe od sredstava ovisnosti i pritom zapadnu u apstinencijsku krizu, treba staviti na promatranje u sigurnu sobu dalje od izvora stimulacije. Fizička ograničenja ili sedativ mogu biti potrebni nasilnim pacijentima. Lorazepam od 2 do 4 mg ili diazepam od 10 do 20 mg preporučuje se za liječenje agitacije. Apstinencijske krize uslijed prestanka uzimanja barbiturata, drugih sedativa i hipnotika (uključujući benzodiazepine) i alkohola klinički su slični. Kada su simptomi ozbiljni, liječenje u bolnici je najsigurnije i obvezno je ako je pacijent febrilan ($> 38,3$ ° C ili 101 ° F), ne može uzimati tekućinu kako bi spriječio dehidraciju ili ako ima ozbiljni fizički poremećaj. Odvikavanje od alkohola može biti opasno po život. Mogu se dogoditi napadi. Delirium tremens, sindrom povlačenja koji započinje unutar 7 dana od odvikavanja (obično u roku od 24 do 72 h), zahtjeva hitnu medicinsku pomoć, te je ovo stanje potrebno liječiti u jedinicama intenzivnog liječenja pomoću benzodiazepina, parenteralnog tiamina, kao i održavanjem ravnoteže tekućine i elektrolita [27].

1.2.5. Pacijenti koji se predoziraju prekomjernom dozom propisanih psihoaktivnih lijekova

Pacijenti koji se predoziraju prekomjernom dozom propisanih psihoaktivnih lijekova također mogu predstavljati prijetnju životu. Stoga bi takvim intoksiciranim pacijentima trebao zajednički upravljati cijeli zdravstveni tim, uz psihijatra. Ako je pacijent konzumirao prekomjernu dozu, a pritom je budan, liječenje se sastoji od izazivanja povraćanja nakon čega slijedi davanje aktivnog ugljena [20].

Predoziranje tricikličkim antidepressivima ili karkarbamazepinom zahtijeva nadzor srca. Predoziranje barbituratima ili benzodiazepinima i alkoholom može uzrokovati zastoj disanja. Uzimanje antipsihotičnih lijekova, bilo da se radi o terapijskim ili toksičnim dozama, može uzrokovati akutne štetne učinke, uključujući distoniju, okulogičnu krizu, tortikolis i akineziju [28].

Akatizija je uobičajeni štetni učinak antipsihotika visoke snage, a kada se pojavljuje u ozbiljnim razmjerima, popraćena je ekstremnom tjeskobom.

1.3. Pacijenti s depresijom

Depresija je čest mentalni poremećaj i jedan od glavnih uzroka invaliditeta u svijetu. Na globalnoj razini, procjenjuje se da je 264 milijuna ljudi pogođeno depresijom. Više žena je pogođenih nego muškaraca [28].

Depresiju karakteriziraju tuga, gubitak interesa ili užitka, osjećaj krivnje ili niske vrijednosti vlastite vrijednosti, poremećeni san ili apetit, umor i loša koncentracija. Osobe s depresijom mogu imati i više fizičkih tegoba bez očitog fizičkog uzroka. Depresija može biti dugotrajna ili recidivirajuća, što bitno narušava sposobnost ljudi da funkcioniraju na poslu ili u školi i da se nose sa svakodnevnim životom. U najtežem obliku, depresija može dovesti do samoubojstva [7].

Pokazalo se da programi prevencije smanjuju depresiju, kako za djecu (npr. zaštitom i psihološkom podrškom nakon fizičkog i seksualnog zlostavljanja), tako i za odrasle (npr. psihosocijalnom pomoći nakon katastrofa i sukoba).

Postoje i drugi učinkoviti tretmani. Blaga do umjerena depresija može se učinkovito liječiti terapijama razgovora, poput kognitivne terapije ponašanja ili psihoterapije. Antidepressivi mogu biti učinkovit oblik liječenja umjerene do teške depresije, ali nisu prva linija liječenja u slučajevima blage depresije. Ne smiju se koristiti za liječenje depresije u djece i nisu prva linija liječenja kod adolescenata, među kojima ih treba koristiti s oprezom.

Upravljanje depresijom treba uključivati psihosocijalne aspekte, uključujući prepoznavanje čimbenika stresa, kao što su financijski problemi, poteškoće na poslu ili fizičko ili mentalno zlostavljanje, te izvore podrške, poput članova obitelji i prijatelja. Važno je održavanje ili reaktivacijadruštvenih aktivnosti [7].

1.4. Bipolarni poremećaj

Ovaj poremećaj pogađa oko 45 milijuna ljudi širom svijeta. Tipično se sastoji od manične i depresivne epizode odvojene razdobljima normalnog raspoloženja. Manične epizode uključuju povišeno ili razdražljivo raspoloženje, pretjeranu aktivnost, brz govor, napuhano samopoštovanje i smanjenu potrebu za snom. Osobe koje imaju manične napade, ali ne doživljavaju depresivne epizode, također su klasificirane kao osobe s bipolarnim poremećajem [7].

Na raspolaganju su učinkoviti tretmani za liječenje akutne faze bipolarnog poremećaja i prevenciju relapsa. To su lijekovi koji stabiliziraju raspoloženje. Psihosocijalna podrška je važna komponenta liječenja [7].

1.5. Shizofrenija i druge psihoze

Shizofrenija je ozbiljan mentalni poremećaj koji pogađa 20 milijuna ljudi širom svijeta [7]. Psihoze, uključujući shizofreniju, karakteriziraju iskrivljenja u razmišljanju, percepciji, osjećajima, jeziku, osjećaju sebe i ponašanju. Uobičajena psihotična iskustva uključuju halucinacije (čuti, vidjeti ili osjetiti stvari kojih nema) i zablude (lažna uvjerenja ili sumnje koje se čvrsto drže čak i kada postoje suprotni dokazi). Poremećaj ljudima koji su pogođeni može otežati normalan rad ili učenje.

Stigma i diskriminacija mogu rezultirati nedostatkom pristupa zdravstvenim i socijalnim uslugama. Nadalje, osobe s psihozom imaju visok rizik od izloženosti kršenju ljudskih prava, poput dugotrajnog zatvaranja u institucije [7].

Shizofrenija obično započinje u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Učinkovito je liječenje lijekovima i psihosocijalna podrška. Uz odgovarajući tretman i socijalnu podršku, pogođene osobe mogu voditi produktivan život i biti integrirane u društvo. Olakšavanje života uz pomoć uzdržavanja i zapošljavanje uz potporu mogu djelovati kao osnova na kojoj osobe s teškim mentalnim poremećajima, uključujući shizofreniju, mogu postići brojne ciljeve oporavka jer se često suočavaju s poteškoćama u pronalaženju ili zadržavanju mjesta za život i uobičajenog zaposlenja [30].

1.6. Demencija

U svijetu približno 50 milijuna ljudi ima demenciju. Demencija je obično kronične ili progresivne prirode u kojoj dolazi do pogoršanja kognitivnih funkcija (tj. sposobnosti obrade misli) izvan onoga što se može očekivati od normalnog starenja. Utječe na pamćenje, razmišljanje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja, jezik i prosudbu. Oštećenje kognitivne funkcije obično prati, a povremeno mu prethodi i pogoršanje emocionalne kontrole, socijalnog ponašanja ili motivacije. Demenciju uzrokuju razne bolesti i ozljede koje utječu na mozak, poput Alzheimerove bolesti ili moždanog udara [7].

Iako trenutno nema lijekova za liječenje demencije ili za promjenu njenog progresivnog tijeka, mnogi su tretmani u različitim fazama kliničkih ispitivanja. Međutim, može se učiniti puno za podršku i poboljšanje života osoba s demencijom i njihovih njegovatelja i obitelji.

Demencija može sa godinama donijeti različite komplikacije koje zahtijevaju hitnu psihijatrijsku obradu, a to su depresija, delirij, psihotično stanje i kronični nemir. Najčešći hitni simptomi su opasnost od samoubojstva, poremećaji svijesti, poremećaji hranjenja i druge tjelesne tegobe, uznemirenost, lutanje i motorički nemir, psihotični simptomi, te agresivnost [31].

1.7. Postupanje sa hitnim stanjima u psihijatriji

Kad se prepozna hitna situacija u psihijatriji, medicinska sestra/ tehničar mora:[32]

- Izvršiti cjelovitu procjenu odnosnog ponašanja
- Smanjiti rizik premještanjem pacijenta na hitni odjel ili u psihijatrijsku bolnicu po potrebi
- Osigurati ili organizirati praćenje kontinuiteta skrbi

Agitacija je čest element mnogih psihijatrijskih hitnih slučajeva i predstavlja nenamjernu opasnost kako za sebe, tako i za druge. Namjerno samo-ugrožavanje često prati razmišljanje o samoubojstvu [32].

1.7.1. Planiranje prije krize

Proces sigurne procjene i uspješnog rješavanja mnogih psihijatrijskih hitnih slučajeva započinje znatno prije dolaska pacijenta. Fizičko okruženje je važno razmatranje. Prostorije za procjenu bolesnika mogu se izgraditi tako da onemoguće bijeg uznemirenom pacijentu i da na siguran način zadrže opasnu osobu. Uz to, čekaonica se može urediti tako da su sva područja vidljiva. To omogućuje ranu intervenciju za pacijente koji postanu uznemireni [33].

Odgovarajuća obuka zdravstvenih djelatnika neprocjenjiva je. Trebaju biti osposobljeni da prepoznaju znakove uznemirenosti. Oni bi također trebali znati upozoriti i ostalo osoblje o hitnoj situaciji u razvoju. S obzirom na to da se pacijenti mogu uznemiriti tijekom razgovora, jednako je važno da zdravstveni djelatnici imaju mehanizam za priopćavanje nevolje, npr. upotrebom telefonske linije ili gumba za paniku [33].

Zdravstvenim djelatnicima treba dodijeliti jasne uloge u slučaju nužde. Na primjer, neki bi mogli usmjeravati druge pacijente od uznemirenog pacijenta, dok drugi kontaktiraju službu osiguranja ili policiju. Provođenje vježbi sličnih situacija, pomaže u učvršćivanju ovih uloga i može otkriti nedostatke prije nego što se razvije istinska kriza. Takav trening može smanjiti učestalost napada na radnom mjestu [34].

1.7.2. Početna procjena

Zdravstveni djelatnici imaju dvije ključne odgovornosti kod hitnih stanja u psihijatriji, a to su održavati fizičku sigurnost svih uključenih i procijeniti mentalno stanje pacijenta za odgovarajuću trijažu naknadne skrbi [33].

Odgovarajuće mjere za održavanje sigurnosti osoblja i ostalih pacijenata ovise o situaciji. Teško depresivan ili tiho deliričan pacijent može se uputiti u privatnu sobu na daljnju procjenu i upravljanje. S druge strane, psihotični ili na drugi način uznemireni pacijent nepredvidiv je i potencijalno opasan za druge ako ga se ograniči na boravak u sobi.

Početna procjena trebala bi se usredotočiti na čimbenike koji povećavaju rizik od namjerne ili nenamjerne opasnosti pacijenta. Uz tvrdnje o samoubilačkim ili ubilačkim mislima, značajni čimbenici rizika za neposrednu opasnost uključuju dokaze o opijenosti, izraze beznađa, razdražljiv afekt, neorganiziranost misli, raščupani izgled i psihomotornu agitaciju [33].

1.7.3. Neposredno upravljanje i raspolaganje

Kada se identificira uznemireni pacijent, potrebno je odrediti način na koji će ta osoba biti smještena. Na tom mjestu ne smije biti potencijalnog oružja, poput svjetiljki, kabela ili stolica, koje se lako može podići. Potrebni su jasni izlazi i za zdravstvene djelatnike i za pacijenta. Zdravstveni djelatnici će možda trebati pobjeći ako uznemirenost eskalira, a pacijent se također može opustiti ako se ne osjeća pod prisilom [34].

Konačno, prisutnost ostalih članova osoblja često odvraća uznemirenog pacijenta da zapravo postane borben. Ispitivač se ne bi trebao ustručavati potražiti ovu pomoć prilikom intervjuiranja uznemirenog pacijenta. Naravno, ako se pacijent vrlo brzo uznemiri, malo je vremena za planiranje i provođenje evaluacije. To povećava važnost dizajniranja prostora s pažnjom na sigurnost i izrade unaprijed uvježbanog plana upravljanja hitnim situacijama [34].

Postupanje sa uznemirenom osobom započinje verbalnim intervencijama. Ukazivanje na bolesnikov nemir ili glasan glas potiče ga da prepozna i modulira svoje ponašanje i otvori dijalog o onome što ga muči. To bi trebalo činiti što je više moguće s poštovanjem, bez provokativnosti. Zdravstveni djelatnik može ponuditi izbore koji će odgovoriti na potrebe pacijenta, istovremeno postavljajući ograničenja u pogledu nerazumnih zahtjeva. To može rezultirati boljom komunikacijom, snažnijim odnosima i napretkom prema rješavanju akutne krize [35].

Oralni benzodiazepini i antipsihotični lijekovi učinkovito smanjuju uznemirenost. Ako uznemirena osoba ne reagira na ove intervencije, može se zatražiti daljnja procjena [36].

Pacijenti samoubojice poseban su problem. Pacijenti koji su samoubilački nastrojeni, ali nisu uznemireni, obično predstavljaju manji izazov, premda predstavljaju psihičku hitnost jednake važnosti, kao i uznemireni pacijent. Pacijenta treba držati na mirnom mjestu ali ga pažljivo promatrati. Važno je održavati snažne odnose s pacijentom kako bi mu bilo ugodno raspravljati o njegovim mislima [32].

Kad pacijent iskaže samoubilačke ideje, ispitivanje treba biti usmjereno na utvrđivanje akutnog rizika. Važni čimbenici uključuju učestalost suicidalnih misli i sposobnost njihovog preusmjeravanja. Nadalje, važna razmatranja su prisutnost plana, proba plana i ubojitost predviđenih sredstava. Potrebno je raspitati se o broju i težini prethodnih pokušaja samoubojstva ako ti podaci već nisu poznati. Obiteljska povijest samoubojstva je još jedan čimbenik rizika. Važni su i zaštitni čimbenici poput socijalne potpore.

Moguće je ambulantno liječenje nekih pacijenata sa samoubilačkim idejama. Na primjer, pacijent s potporom kod kuće i bez prethodnih pokušaja samoubojstva, koji opisuje samo nejasne, pasivne, suicidalne ideje, može biti kandidat za otpust uz blisko kliničko praćenje. Općenito, pacijente s većim rizikom za samoubojstvo treba prebaciti na jedinicu liječenja za hitna stanja, radi daljnje procjene i moguće hospitalizacije.

Način na koji se pacijent prevozi na psihijatrijsku jedinicu za hitna stanja, ovisi o njegovom mentalnom statusu. Članovi obitelji mogu prevoziti pacijenta koji predstavlja opasnost samo za sebe. Međutim, ozbiljno suicidalni pacijenti mogu uvjeriti članove obitelji da ih odvedu kući. Štoviše, medicinska stabilnost pacijenata koji su pokušali samoubojstvo prije nego što su se pojavili u bolnici ne može se zajamčiti dok se ne izvrši medicinska procjena. Mnogi pacijenti odobravaju prijevoz hitnim medicinskim službama [32].

2. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je ispitati stavove i znanja studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu s naglaskom na hitna stanja.

3. Metodologija istraživanja

3.1. Uzorak

Ciljani uzorak istraživanja predstavljaju studenti studija sestrinstva. Podatci za analizu prikupljeni su pomoću prigodnog uzorka sudionika te na temelju njega nećemo moći raditi generalizacije i primijeniti ga na cjelokupnu populaciju. Sudjelovanje u anketnom upitniku je dragovoljno i anonimno.

	Ukupan uzorak N=205	N	%
Spol	Muško	22	10,7
	Žensko	183	89,3
Starost	18-25 godine	76	37,1
	26-35 godina	49	23,9
	36-45 godina	45	22,0
	46 i više	35	17,1
Obrazovanje	Srednja stručna sprema (SSS)	88	42,9
	Viša stručna sprema (VŠŠ)	86	42,0
	Visoka stručna sprema (VSS)	31	15,1

Tablica 3.1.1. Struktura uzorka prema spolu, starosti i obrazovanju anektirane populacije.

Osnovne karakteristike uzorka s obzirom na sociodemografske varijable predstavljene su u Tablici 3.1.1. U istraživanje je bilo uključeno 205 studenata studija sestrinstva. Struktura uzorka pokazuje veći udio ženskih sudionika. Spolna struktura uzorka bila je 183 (89,3%) ženskih i 22 (10,7%) muških sudionika. S obzirom na starost sudionika najviše je onih u starosnom razredu od 18 do 25 godina 76 (37,1%), dok je gotovo jednak broj sudionika s završenom srednjom stručnom spremom 88 (42,9%) i onih s višom stručnom spremom 86 (42,0%).

3.2. Mjerni instrument

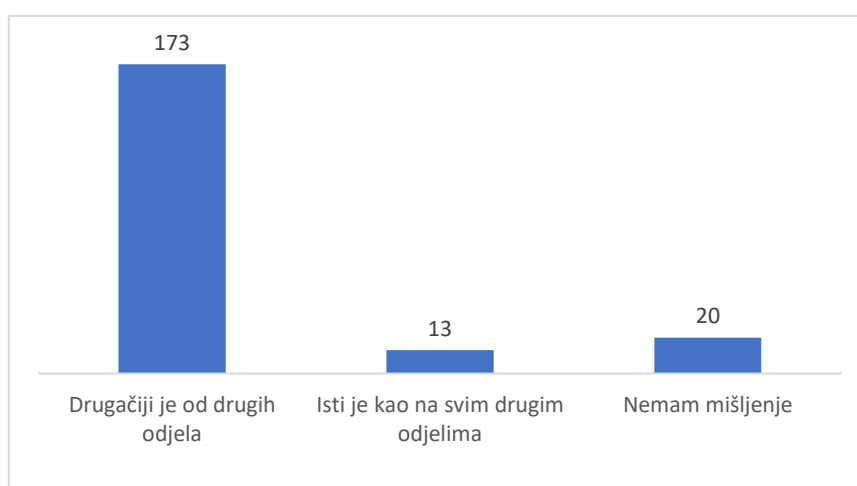
Za potrebe ovog istraživanja osmišljen je i korišten nestandardizirani anketni upitnik. Upitnik sadrži pitanja koja se odnose na opće podatke, pitanja koja obuhvaćaju mišljenje i stavove studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu (Prilog 1). Demografska obilježja sudionika obuhvaćena su pitanjima koja se odnose na: spol, dob i stručnu spremu. Stavovi studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu ispitani su skalom Likertovog tipa (pet stupnjeva) te pitanjima otvorenog tipa. Upitnik je sastavljen od ukupno dvadeset pitanja/tvrdnji pomoću Google obrasca koji je postavljen na web stranicu.

3.3. Obrada podataka

Prikupljeni rezultati statistički su obrađeni su i grafički prikazani. Za prikaz smo koristili apsolutne frekvencije, postotke ili srednje vrijednosti. Povezanost određenih varijabli provjerena je Cronbachovim Alfa koeficijentom. Podatci su obrađeni u programskom paketu IBM SPSS Statistics 22.

4. Rezultati istraživanja

Jedan od temeljnih ciljeva istraživanja ispitati je smatraju li studenti da postoji razlika između psihijatrijskog odjela u odnosu na druge odjele. Analiza pitanja (vidi Sliku 4.1.) pokazuje da visokih 173 (83,9%) sudionika smatra da je psihijatrijski odjel drukčiji od ostalih odjela, tek niskih 13 (6,3%) sudionika ne slaže se s tom tvrdnjom, dok 20 (9,8%) sudionika nema mišljenje.



Slika 4.1. Mišljenje o radu na psihijatrijskom odjelu u odnosu na druge odjele

Analiza ovog pitanja s obzirom na spol, starost i razinu obrazovanja, spol ($U=1956,00$; $p>0,05$) i razina obrazovanja ($\chi^2(2)=0,598$; $p>0,05$) ne pokazuju statistički značajne rezultate. Starost sudionika ($\chi^2(3)=0,561$; $p<0,05$) pokazuje statistički značajne rezultate. Stariji sudionici, 6 (17,1%) smatraju da je psihijatrijski odjel jednaki kao i svi ostali odjele.

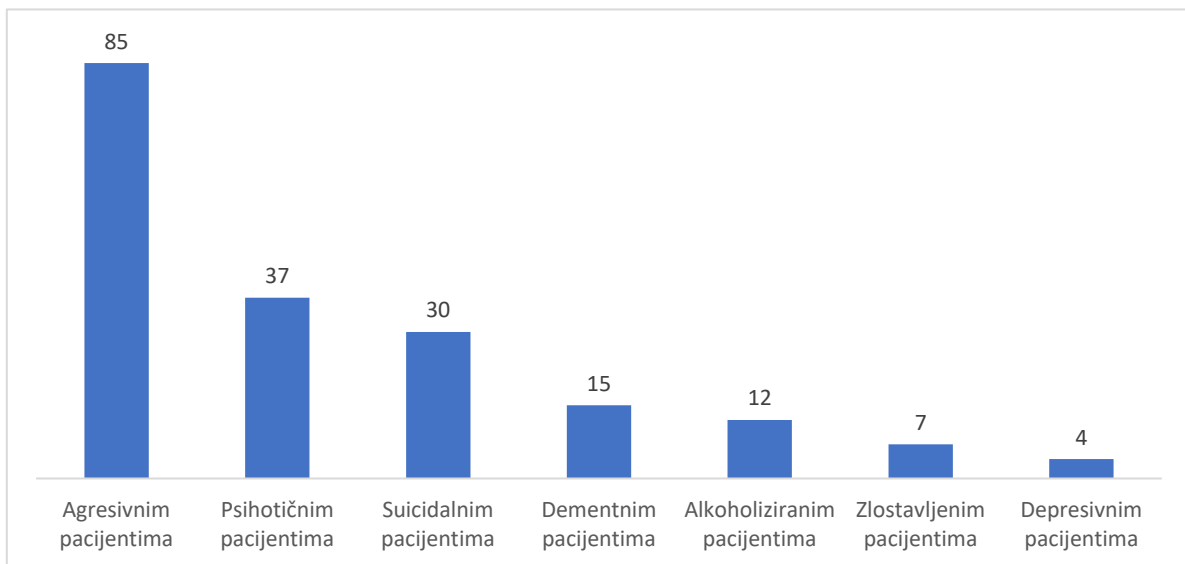
Sljedeće pitanje koje smo analizirali je mišljenje studenata o postojanju specifičnosti u radu na psihijatrijskom odjelu u odnosu na ostale odjele prikazane su u tablici 4.1.

Mišljenje	f
Učestalost nepredvidljivih situacija/potrebne dodatne mjere opreza	30
Različiti pristupi liječenja, pacijenti su sudionici u procesu liječenja	29
Kod osoblja je nužno da su dobro razvijene vještine komunikacije, tolerancije i djelovanja u kriznim situacijama	19
Pacijenti s specifičnim potrebama	19
Psihički pritisak na osoblje	10
Dodatna edukacija zdravstvenih djelatnika	6
Pacijenti nespremni za suradnju	5
Agresivni pacijenti	5
Potrebno znanje i iskustvo o psihijatrijskim dijagnozama, promatranju i uočavanju promjena u ponašanju	5
Kompleksniji pristup	4
Nije toliko zahtjevan u odnosu na druge odjele	1
Stigmatizirani pacijenti	1

Tablica 4.1. Razlike između psihijatrijskog i ostalih odjela iz perspektive studenata sestrištva

Iz perspektive anketiranih sudionika najveći dio navodi kako je učestalost nepredvidljivih situacija, potreba dodatnih mjera opreza kao i različiti pristupi u liječenju pacijenata ono što čini psihijatrijski odjel drukčiji od drugih odjela.

U nastavku analize postavili smo pitanje što studenti misle s kojom kategorijom pacijenata bi oni najteže radili na psihijatrijskom odjelu.



Slika 4.2. Percepcija studenata sestринства o kategorijama pacijenata s kojima bi najteže radili.

85 (41,5%) sudionika (vidi Sliku 2) navodi da su to agresivni pacijenti, zatim slijede psihotični pacijenti koje navodi 36 (17,6%) sudionika. Analiza ovog pitanja s obzirom na spol ($U=1803,00$; $p>0,05$), starost ($\chi^2(3)=1,292$; $p>0,05$) i razinu obrazovanja ($\chi^2(2)=0,903$; $p>0,05$) sudionika ne pokazuju statistički značajne rezultate.

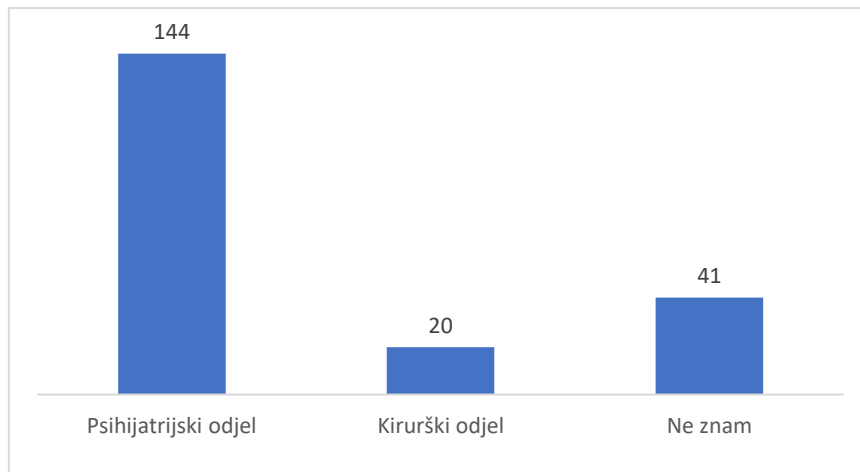
U nastavku istraživanja željeli smo da studenti nabroje hitna stanja koja se mogu naći na odjelu psihijatrije te ispitati studente o prepoznavanju simptoma depresije. Prepoznata hitna stanja na odjelu psihijatrije od strane studenata prikazana su u tablici 4.2.

Hitna stanja u psihijatriji	f
Suicidalne misli	78
Akutni psihotični sindrom	37
Alkoholni delirij	27
Agresivno ponašanje	15
Shizofrenija	9
Predoziranje narkoticima	8
Alkoholna intoksikacija	6
Depresija	6
Akutno opijeno stanje	5
Manija	4
Apstinencijska kriza	2
Panični napadi	2
Opsesivno kompulzivni poremećaj	1
Promjene raspoloženja	1
Stanje šoka	1
Psihoirganski sindrom	1
Pokušaj ubojstva	1
Poremećaj ličnosti	1
Nervni slom	1
Deluzije	1
Demencija	1
Bipolaran poremećaj	1

Tablica 4.2. Hitna stanja u psihijatriji.

Najveći broj studenata percipira postojanje suicidalnih misli i akutni psihotični sindrom kao hitno stanje u psihijatriji. Veliki broj anketiranih sudionika također kao hitno stanje navodi agresivno ponašanje pacijenta i alkoholni delirij.

Sljedećim pitanjem željeli smo također i ispitati slaganje sudionika s tvrdnjom da je čestina fizičkih napada češća na psihijatrijskom odjelu u odnosu na druge odjele. Od ukupnog broja sudionika (vidi Sliku 4.3.) visokih 144 (70,2%) navodi da su fizički napadi na zdravstvene djelatnike češći na psihijatrijskom u odnosu na kirurškom odjelu, dok samo 20 (8,9%) sudionika smatra da kirurški odjel nosi veći rizik za moguće fizičke napade zdravstvenih djelatnika od strane pacijenata, dok se petina studenata 41 (20,9%) ne može odlučiti jesu li fizički napadi na zdravstvene djelatnike češće na psihijatrijskom ili kirurškom odjelu.



Slika 4.3. Percepcija studenta sestринства o riziku fizičkog napada na psihijatrijskom odjelu.

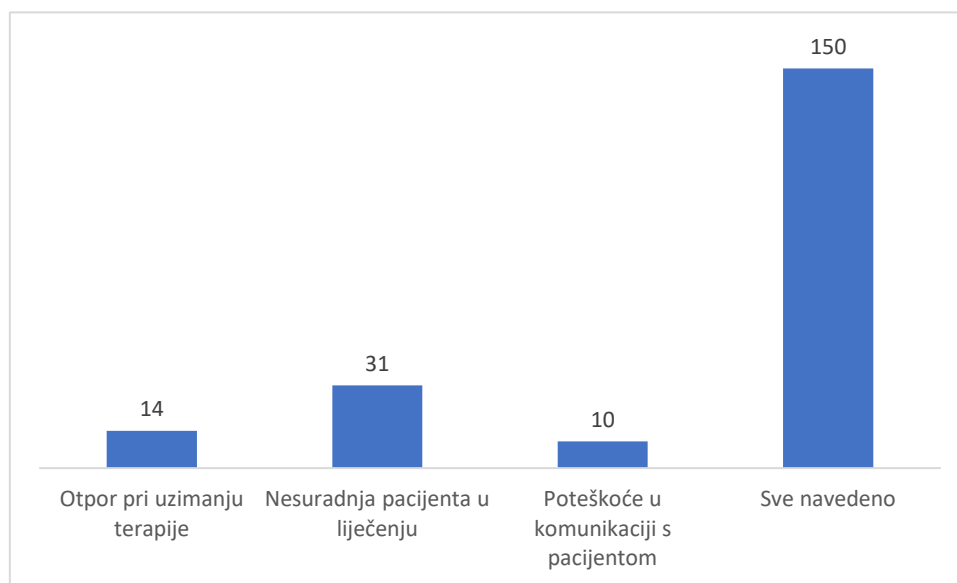
Analiza ovog pitanja s obzirom na spol, starost i razinu obrazovanja, spol ($U=1649,00$; $p>0,05$) i starost ($\chi^2(3)=4,934$; $p>0,05$) ne pokazuju statistički značajne rezultate. Razina obrazovanja studenata pokazuje statistički značajne rezultate ($\chi^2(2)=5,805$; $p<0,05$). Studenti srednje 66 (75,%) i više 61 (70,9%) stručne spreme u većoj mjeri u odnosu na zdravstvene studente visoke stručne spreme 17 (54,8%) smatraju da je učestalost fizičkih napada na zdravstvene djelatnike češća na psihijatrijskom nego na kirurškom odjelu. O povezanosti s percepcijom studenata o riziku fizičkog napada na psihijatrijskom odjelu, također smo željeli provjeriti što studenti smatraju visokozahvatnim (stresnim) situacijama na odjelu psihijatrije. Mišljenje studenata o visokozahvatnim (stresnim) situacijama na odjelu psihijatrije prikazana je u tablici 4.3.

Mišljenje	f
Verbalno i fizički agresivni pacijenti	81
Akutno stanje dijagnoze	14
Prijem pacijenata (uzimanje anamneze)	13
Hitne situacije	11
Suicidalna stanja	10
Psihlotična stanja	9
Rad s alkoholiziranim pacijentima	6
Prisilne hospitalizacije	6
Nepredvidive i neočekivane situacije	4
Osobe koje imaju halucinacije	3
Pacijente sa demencijom	2
Sve situacije su jednako stresne	2
Razgovor s obitelji oboljele osobe	1
Rad sa djecom	1
Mogućnost zaraze COVID-19 virusom	1
Njega pacijenata	1
Depresivna stanja	1
Bijeg pacijenta	1

Tablica 4.3. Mišljenje studenata o visokozahvatnim (stresnim) situacije na odjelu psihijatrije

Kao visokozahthjevne (stresne) situacije na odjelu psihijatrije anketirani studenti u najvećoj mjeri navode verbalno i fizički agresivne pacijente, slijede akutne dijagnoze, a visok broj spominje prijem pacijenta te uzimanje anamneze kao visoko stresnu i zahtjevnu situaciju na odjelu psihijatrije.

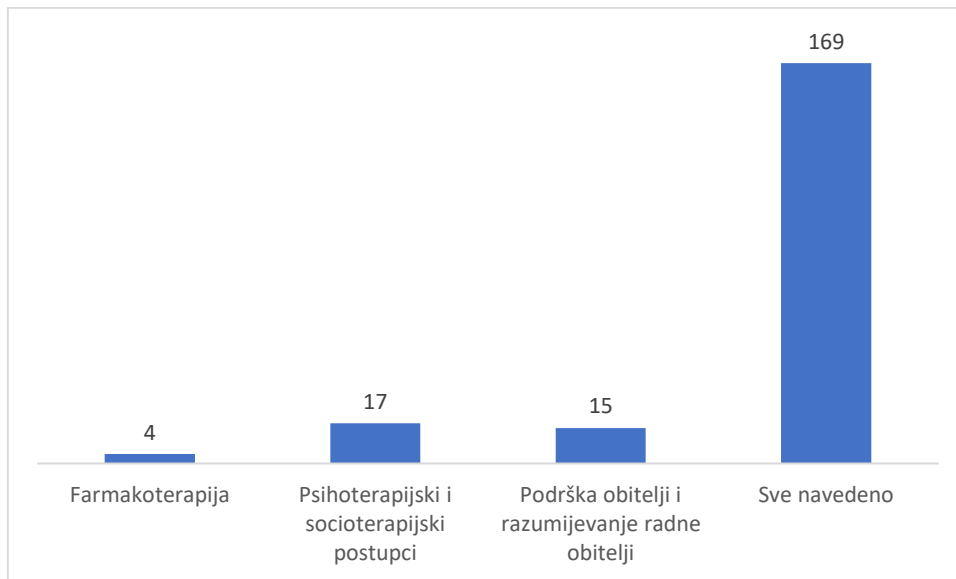
Sljedećim pitanjem željeli smo ispitati studente koji je najveći problem kod uzimanja farmakoterapije na psihijatrijskom odjelu. Velika većina anektiranih studenata 150 (73,2%) smatra kako je najveći problem pacijenata prilikom uzimanja farmakoterapije na psihijatrijskom odjelu rezultat skupa učinaka (otpor, nesuradnja i poteškoće u komunikaciji s zdravstvenim djelatnicima). Tek 31 (15,1%) studenata smatra da je najveći problem upravo nesuradnja pacijenta u liječenju, 14 (6,8%) studenata vidi problem u otporu od farmakoterapije, dok 10 (4,9%) studenata smatra da problem kod uzimanja farmakoterapije na psihijatrijskom odjelu proizlazi iz poteškoća u komunikaciji s pacijentom (vidi Sliku 4.4.). Analiza ovog pitanja s obzirom na spol, starost i razinu obrazovanja, spol ($U=1910,00$; $p>0,05$), starost ($\chi^2(3)=1,394$; $p>0,05$) i razinu obrazovanja ($\chi^2(2)=3,820$; $p>0,05$) ne pokazuju statistički značajne rezultate.



Slika 4.4. Percepcija studenata o teškoćama ne uzimanja farmakoterapije kod pacijenata na psihijatrijskom odjelu.

Na pitanje „Što mislite, što ima najveći učinak za liječenje psihijatrijskih pacijenata?“ (vidi Sliku 4.5.) velika većina sudionika 169 (82,4%) navodi da je učinak uspješnosti liječenja rezultat skupa različitih učinaka, kao što su redovito uzimanje farmakoterapije, primjena psihoterapijskih i socioterapijskih postupaka te podrška obitelji i radne obitelji. Nadalje, 17 (8,2%) ispitanih studenata smatra da najveći učinak za liječenje psihijatrijskih pacijenta leži u psihoterapijskim i socioterapijskim postupcima, 15 (7,3%) smatra da je to podrška obitelji i

razumijevanje radne obitelji, dok samo 4 (2,1%) vjeruje da najveći učinak ima farmakoterapija pacijenta.



Slika 4.5. Percepcija studenata o uspješnosti liječenja pacijenata na psihijatrijskom odjelu.

Analiza ovog pitanja s obzirom na spol ($U=1977,00$; $p>0,05$) i razinu obrazovanja ($\chi^2(2)=1,703$; $p<0,05$) ne pokazuju statistički značajne rezultate. Starost ($\chi^2(3)=14,860$; $p<0,05$) pokazuje statistički značajne rezultate. Mlađi sudionici za razliku od starijih veću važnost u uspješnom liječenju pacijenata na psihijatrijskom odjelu daju podršci obitelji i radne obitelji 11 (14,5%) te primjeni psihoterapijskih i socioterapijskih postupaka u liječenju 11 (14,5%).

U nastavku analize smo na osnovi slaganja s različitim mišljenjima o radu na psihijatrijskom odjelu povezali sedam različitih mišljenja o uvjetima rada u novu ljestvicu (*djelatnici na psihijatrijskom odjelu se osjećaju manje sigurnima nego djelatnici na ostalim odjelima; medicinske sestre i tehničari su na svom radnom mjestu (psihijatriji) izloženi različitim rizicima, od verbalnog do fizičkog nasilja, prijetnjama, a u novije vrijeme i riziku od zaraze od coronavirusa; psihijatrijski pacijenti su u hitnim stanjima često razdražljivi, vrlo zahtjevni, higijenski zapušteni i u svakom pogledu neprijatni za zdravstvene djelatnike; kod zdravstvenih djelatnika koji rade sa psihijatrijskim pacijentima postoje predrasude ili strahovi prema istima u istoj mjeri kao u ostaloj populaciji; zdravstveni radnici zaposleni na psihijatrijskim odjelima trebaju imati beneficirani radni staž obzirom na stalnu izloženost riziku od fizičkog ozljeđivanja i visokoj razini stresa; zdravstvenim djelatnicima na psihijatrijskom odjelu treba supervizija i stalni psihološki suport; prikupljanje podataka kod psihijatrijskih pacijenata puno zahtjevnije*

nego od kirurških pacijenata). Analizom Cronbachovog Alfa koeficijenta ($\alpha=0,700$) utvrđujemo da između varijabli postoji vrlo jaka unutarnja povezanost. Za analizu hipoteze u nastavku uvodimo novu varijablu koju nazivamo *Uvjeti rada na psihijatrijskom odjelu*.



Napomena: 5-stupanjska ljestvica (1=nikada, 2=rijetko, 3=ponekad, 4=gotovo uvijek, 5=uvijek). Srednje vrijednosti slaganja sa ponuđenim izjavama.

Slika 4.6. *Uvjeti rada na psihijatrijskom odjelu.*

U nastavku analizom srednjih vrijednosti slaganja s ponuđenim mišljenjima (vidi Sliku 4.6.) iz grafikona možemo iščitati da se najviše sudionika slaže s mišljenjem „Zdravstvenim djelatnicima na psihijatrijskom odjelu treba supervizija i stalni psihološki suport“ ($M=4,50$; $SD=0,74$) te mišljenjem „Prikupljanje podataka kod psihijatrijskih pacijenata puno zahtjevnije nego od kirurških pacijenata“ ($M=4,41$; $SD=0,90$). Najmanje anketiranih se slaže s mišljenjem „Kod zdravstvenih djelatnika koji rade sa psihijatrijskim pacijentima postoje predrasude ili strahovi prema istima u istoj mjeri kao u ostaloj populaciji“ ($M=2,73$; $SD=1,18$) te mišljenjem „Djelatnici na psihijatrijskom odjelu se osjećaju manje sigurnima nego djelatnici na ostalim odjelima“ ($M=3,65$; $SD=1,10$).

Analiza ovog pitanja s obzirom na spol, starost i razinu obrazovanja, spol ($U=1460,00$; $p<0,05$), pokazuju statistički značajne rezultate. Starost ($\chi^2(3)=2,632$; $p>0,05$) i razina obrazovanja ($\chi^2(2)=4,473$; $p>0,05$) ne pokazuju statistički značajne rezultate. Veći dio muških 16 (72,8%) u odnosu na ženske 100 (54,7%) sudionike se slaže ili se u potpunosti slaže s tvrdnjom da se djelatnici na psihijatrijskom odjelu osjećaju manje sigurnima nego djelatnici na ostalim odjelima. Dok veći dio ženske populacije 148 (80,9%) u odnosu na mušku populaciju 21 (72,7%) smatra da su medicinske sestre i tehničari na svom radnom mjestu (psihijatriji) izloženi različitim rizicima, od verbalnog do fizičkog nasilja, prijetnjama, a u novije vrijeme i riziku od zaraze od coronavirusa.

U istraživanju smo također željeli ispitati znanje studenata o simptomima depresije.

Kao simptom depresije kod pacijenata najveći dio anketiranih sudionika navodi povlačenje u sebe, bezvoljnost, tugu i nezainteresiranost za osnovne životne aktivnosti.

Simptomi depresije	f
Povlačenje u sebe	48
Bezvoljnost	47
Tuga	35
Nezainteresiranost za osnovne aktivnosti	32
Nesanica	25
Gubitak apetita	22
Suicidne misli	18
Umor	17
Anksioznost	14
Plačljivost	13
Sniženo raspoloženje	12
Apatija	10
Razdražljivost	10
Tjeskobnost	8
Strah	7
Gubitak energije	5
Nisko samopouzdanje	5
Pesimizam	5
Depresija	4
Ravnodušnost	3
Smanjena sposobnost brige o higijeni	2
Nervoza	2
Osjećaj samoće	2
Osjećaj krivnje	2
Nezadovoljstvo	2
Psihoza	1
Iluzije	1
Gubitak interesa	1
Praznina	1
Sklonost samoozljeđivanju	1
Stres	1
Agresija	1

Tablica 4.4.. Simptomi depresije

5. Rasprava

Rezultati istraživanja upućuju da je prema percepciji studenata prisutna velika razlika u radu između psihijatrijskog odjela u odnosu na druge odjele. Cilj ovog istraživanja bio je prikazati stavove i specifična znanja studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu za hitna stanja. Zabrinjavajući je podatak da je po percepciji studenata vezano uz kategorije pacijenata s kojima bi najteže radili na psihijatrijskom odjelu, najviše istaknut faktor agresivnost. Važno je ukazati i na razlike između odgovora prema stupnju obrazovanja ispitanika, obzirom da razina obrazovanja studenata pokazuje statistički značajne rezultate. Prema provedenom istraživanju, studenti srednje i više stručne spreme u 20% većoj mjeri u odnosu na studente visoke stručne spreme, smatraju da je učestalost fizičkih napada na zdravstvene djelatnike češća na psihijatrijskom nego na kirurškom odjelu. Literatura pokazuje da psihijatri imaju do 48% veće šanse da dožive fizički napad od strane pacijenta tijekom njihove karijere, kao i da će 40% do 50% zdravstvenog osoblja biti fizički napadnuto od strane pacijenta tijekom njihova radnog vijeka [25]. Rad s psihijatrijskim pacijentima podrazumijeva specifične izazove, kako u dijagnostici, tako i u liječenju. Nasilne epizode također nisu neuobičajena pojava te se upravo iz tog razloga od pružatelja mentalnog zdravlja očekuje da identificira potencijalno opasne pojedince i intervenira u svrhu smanjenja rizika [24]. I u drugim je studijama uočeno da se rizik od razvoja nasilnog ponašanja uvećava poremećajem komorbidne upotrebe supstance kod istog pojedinca. Problemi u ponašanju kod osoba s mentalnim zdravstvenim problemima uglavnom su prisutni u obliku impulzivnog ponašanja, agitiranog ili agresivnog ponašanja. Impulzivno ponašanje često je rezultat problema s funkcioniranjem mozga i vidi se kod mentalnih zdravstvenih problema poput poremećaja hiperaktivnosti s deficitom pažnje (ADHD), poremećaja iz autističnog spektra (ASD), bipolarnog afektivnog poremećaja (BAD) i graničnog poremećaja ličnosti (BPD)) [19]. Iz priloženih rezultata također vidimo da studenti hitnim stanjem u psihijatriji smatraju akutni psihotični sindrom te postojanje suicidalnih misli. Studenti u istraživanju također navode kako su fizički napadi na zdravstvene djelatnike bitno češći na psihijatrijskom odjelu u odnosu na primjerice, kirurški odjel. I druge studije dovršenih samoubojstava pokazuju da je 90-94% pacijenata bilo mentalno bolesno tijekom počinjenja djela. Depresija čini gotovo polovicu broja pacijenata koji počinju samoubojstvo, nakon čega slijedi zlouporaba alkohola (34%) i shizofrenija (13%) [20]. Rizik od suicida najveći je za primarne psihijatrijske poremećaje [21]. U slučaju da pacijent stigne na odjel za hitne slučajeve s anamnezom pokušaja suicida, prvo što je potrebno jest procijeniti pacijenta zbog rizika po život i primiti ga na jedinicu intenzivnog

liječenja pod pratnjom dok se zdravstveno stanje ne stabilizira. U najranijoj prilici upućuje se na procjenu kod psihijatra [1]. Teško depresivne pacijente moguće je liječiti elektrokonvulzivnom terapijom (ECT). Ukupna pozitivna stopa odgovora na ovaj postupak je 75-85%, no unatoč pouzdanim rezultatima, u odnosu na primjenu ove metode prisutna je izvjesna stigma uslijed neinformiranosti pacijenata [23]. Rezultati provedenog istraživanja u ovom radu ukazuju da kao visokozahjevne (stresne) situacije na odjelu psihijatrije anketirani studenti u najvećoj mjeri navode verbalno i fizičko agresivne pacijente, slijede akutne dijagnoze, a visok broj spominje prijem pacijenta te uzimanje anamneze kao visoko stresnu i zahjevnu situaciju na odjelu psihijatrije. Velika većina anektiranih studenata (preko 70%) smatra kako je najveći problem pacijenata prilikom uzimanja farmakoterapije na psihijatrijskom odjelu rezultat skupa učinaka (otpor, nesuradnja i poteškoće u komunikaciji sa zdravstvenim djelatnicima). Tek 15,1% studenata smatra da je najveći problem upravo nesuradnja pacijenta u liječenju. Velika većina ispitanika (preko 80%) navodi da je učinak uspješnosti liječenja rezultat skupa različitih učinaka, kao što su redovito uzimanje farmakoterapije, primjena psihoterapijskih i socio-terapijskih postupaka te podrška obitelji i radne obitelji. Kao simptom depresije kod pacijenata najveći dio anketiranih sudionika navodi povlačenje u sebe, bezvoljnost, tugu i nezainteresiranost za osnovne životne aktivnosti. Vezano uz simptome depresije i u drugim je istraživanjima depresija utvrđena kao čest mentalni poremećaj i jedan od glavnih uzroka invaliditeta u svijetu. Na globalnoj razini, procjenjuje se da je 264 milijuna ljudi pogođeno depresijom te je pritom više pogođenih žena nego muškaraca[28]. Na raspolaganju su učinkoviti tretmani za liječenje akutne faze depresije. To su lijekovi koji stabiliziraju raspoloženje. Uz to valja naglasiti da je i psihosocijalna podrška veoma važna komponenta liječenja[7].

6. Zaključak

Hitna psihijatrijska stanja obuhvaćaju sva stanja u kojima je ugrožen bolesnik ili njegova okolina. Hitnost, vrsta intervencije i kategorija hitnosti ovisi o tome gdje se pacijent nalazi. Kao terapijske intervencije primjenjuju se medikamentozna terapija te u krajnjem slučaju i fizičko sputavanje pacijenata (ukoliko je pacijent agresivan). Takav pacijent smješta se u psihijatrijsku ustanovu s ciljem liječenja duševne bolesti i unapređenja duševnog zdravlja. U ovom su radu bila prisutna dva glavna cilja. Cilj istraživačkog dijela rada bio je prikazati razinu skrbi i specifičnih znanja i stavov studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu za hitna stanja. Cilj kvalitativne obrade u radu bio je steći teorijski uvid u spoznaje više primarnih istraživača, kako bi se pridonio oblikovanju učinkovitijeg modela upravljanja hitnim stanjima u psihijatriji. Također, prikazane su i temeljne značajke hitnih stanja u psihijatriji kroz pojmovno određenje takvih stanja. Njima se pridružuju klasifikacija i analiza pojedinih stanja te zadaci medicinske sestre i tima u cijelosti u tretmanu pojedinih hitnih stanja. Medicinska sestra ima ulogu procijeniti bolesnikovo stanje u svrhu pružanja adekvatne zdravstvene njege korištenjem različitih intervencija. Također mora imati empatičan pristup prema pacijentu. Njezine su zadaće uz brigu o pacijentu i briga o odjelu te stvaranje pozitivnog ozračja za bolesnika. Mentalni poremećaji relativno su visoke prevalencije, često počinju u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg su kroničnog tijeka, smanjuju kvalitetu života i znatno sudjeluju u korištenju zdravstvenih resursa. U Hrvatskoj, kao i globalno, mentalni poremećaji predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdravstvenih izazova pa bi njima trebalo posvetiti i više pozornosti. Ovaj rad je stavio svjetlo na značaj timske suradnje zdravstvenih djelatnika kod upravljanja hitnim stanjima u psihijatriji. Pored toga, proizlazi da bi trebalo periodično obavljati prekvalifikaciju osoblja kako bi se osiguralo optimalno timsko upravljanje psihijatrijskim hitnim slučajevima i izbjegle ili ublažile štete koje bi mogle proizaći iz naglih problema u ponašanju kod osoba koje pate od mentalnih bolesti. Obzirom da se ovaj rad piše u godini obilježenoj pandemijom, vrijedi ukazati i na probleme koji proizlaze iz toga. Kao i druge specijalnosti, i psihijatrijske usluge su pogođene širom svijeta. Pored toga, postoji više izvještaja o ljudima koji se prepuštaju samoozljeđivanju, bilo zbog straha od COVID-19, korištenja nedozvoljenih supstanci ili pogoršanja primarnog psihijatrijskog poremećaja ili pojave novih psihijatrijskih bolesti. Rad sa COVID-19 pacijentima također je povećao prevalenciju psihološkog morbiditeta među zdravstvenim radnicima, bilo zbog straha od zaraze infekcijom, straha od nošenja infekcije kući i upotrebe osobne zaštitne opreme. Vidljivo je kako

nenadani stresori potenciraju mentalna oboljenja ljudi, ali uzrokuju također i simptomatologiju kod zdravstvenog osoblja.

U Varaždinu, 21. travanj 2021.

Petra Tkalčec

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, Petra Tkalčec (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Znanje i stavovi studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu-hitna stanja (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Petra Tkalčec
(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, Petra Tkalčec (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Znanje i stavovi studenata o radu zdravstvenih djelatnika na psihijatrijskom odjelu-hitna stanja (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Petra Tkalčec
(vlastoručni potpis)

7. Literatura

- [1] - Sudarsanan, S. et al, Psychiatric Emergencies, Med J Armed Forces India. 2004 Jan; 60(1): str. 59–62.
- [2] - <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Publications/mental-health-ed-guide.pdf>, pristup 30.10.2020
- [3] - Baldacara L, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. Braz J Psychiatry (2019) 41(2): str.153–67
- [4] - National Institutes of Health (US); Biological Sciences Curriculum Study. Bethesda (MD): National Institutes of Health (US); 2007.
- [5] - Bolton, Derek, What Is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values, Oxford: Oxford University Press, (2008.), Apr; 15(3): str. 200-210
- [6] - <https://www.mentalhealth.gov/basics/mental-health-myths-facts>, pristup 15.10.2020
- [7] - <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, pristup 15.10.2020
- [8] - Mullen, S., Major depressive disorder in children and adolescents, Ment Health Clin. 2018 Nov; 8(6): str. 275–283.
- [9] - Cho, G. et al, Review of Machine Learning Algorithms for Diagnosing Mental Illness, Psychiatry Investig. 2019 Apr; 16(4): str.262–269.
- [10] – Stiles, J. i Jernigaan, T.L., The Basics of Brain Development, Neuropsychol Rev. 2010 Dec; 20(4): str. 327–348.
- [11] <https://courses.lumenlearning.com/boundless-psychology/chapter/brain-imaging-techniques/>, pristup 18.10.2020
- [12] - <https://www.sciencedaily.com/releases/2020/10/201012120004.htm>, pristup 19.10.2020
- [13] - <http://themedicalbiochemistrypage.org/biochemistry-of-nerve-transmission/>, pristup 20.10.2020
- [14] - https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=3166EE4EC4627F6990E1DA745917165C?sequence=1, pristup 21.10.2020
- [15] - <https://www.nimh.nih.gov/about/advisory-boards-and-groups/namhc/reports/genetics-and-mental-disorders-report-of-the-national-institute-of-mental-healths-genetics-workgroup.shtml>, pristup 22.10.2020
- [16] - Alegria, M. et al., Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go, Curr Psychiatry Rep. 2018 Sep 17; 20(11): 95.

- [17] - Mavrogiorgou, P. et al., The Management of Psychiatric Emergencies, *DtschArzteblInt*. 2011 Apr; 108(13): 222–230.
- [18] - Downes M.A. et al. Structured Team Approach to the Agitated Patient in the Emergency Department. *Emerg Med Australas*. 2009; 21: 196-202
- [19] - Ekore, R.I. Managing Psychiatric Emergencies in Persons with Mental Health, *NJFP Vol 8 No 2*, 2017, str.1-5
- [20] - Roy A., Suicide. In : Sadock BJ & Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th ed.* Lippincott Williams & Wilkins publishers. 2010; 2031-40
- [21] - Harris EC, Barraglouh B. Suicide as an outcome for mental disorders, a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28
- [22] - van Orden, K.A., The Interpersonal Theory of Suicide, *Psychol Rev.* 2010 Apr; 117(2): 575–600.
- [23] - Griffiths, C. i O'Neill-Kerr, A., Patients', Carers', and the Public's Perspectives on Electroconvulsive Therapy, *Front Psychiatry*. 2019; 10: 304.
- [24] - Rueve, M.E. i Welton, R.S., Violence and Mental Illness, *Psychiatry (Edgmont)*. 2008 May; 5(5): 34–48.
- [25] - Whittington, R. i Wykes, T., Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients, *Br J Clin Psychol.* 1996 Feb; 35(1): 11-20.
- [26] - https://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/hcworker.html, pristup 02.11.2020
- [27] - Miczek, K. et al., Alcohol, cocaine and phencyclidine are the substances that most often lead to violent behavior, Chapter: Alcohol, Drugs of Abuse, Aggression, and Violence, Understanding and Preventing Violence, Volume 3: Social Influences (1994), dostupno na: <https://www.nap.edu/read/4421/chapter/5>, pristup 6.11.2020
- [28] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44095/9789241547697_eng.pdf;sequence=1, pristup 8.11.2020
- [29] - GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*.
- [30] - Cook, J.A. i Raazzano, L., Vocational Rehabilitation for Persons With Schizophrenia: Recent Research and Implications for Practice, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 26, No.1, 2000, str. 87-103
- [31] - Bergman Marković., B. Hitna stanja – pravodobno i pravilno, Alfa, Zagreb, 2011
- [32] – Newman, M., Managing a Psychiatric Emergency, *Psychiatric Times*, Volume 27, Issue 7, July 2010, str.9-18

[33] – Wright NM, Dixon CA, Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *Br J Gen Pract.* 2003;53:557-562

[34] - Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28:701-711.

[35] - Glick R.L. et al., *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:125-136.

[36] - Brice J.H et al. Management of the violent patient. *Prehosp Emerg Care.* 2003;7:48-55.

[37]- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. Cognitive-behavioral therapy of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:1060-1064.

8. Prilog – anketa

1. Spol

a) M

b) Ž

2. Godine starosti

a) 18-25

b) 26-35

c) 36-45

d) 45 i više

3. Razina obrazovanja

a) srednja stručna sprema (SSS)

b) viša stručna sprema (VŠŠ)

c) visoka stručna sprema (VSS)

4. Što mislite o radu na psihijatrijskom odjelu?

a) Drugačiji je od drugih odjela

b) Isti je kao na svim drugim odjelima

c) Nemam mišljenje

5. Ako je odgovor na prethodno pitanje bio " drugačiji je od drugih odjela", napišite po čemu se po Vašem mišljenju razlikuje rad na psihijatrijskom odjelu u odnosu na druge odjele?

6. Mislite li da se djelatnici na psihijatrijskom odjelu osjećaju manje sigurnima nego na ostalim odjelima?

- 1 nikada
- 2 vrlo rijetko
- 3 povremeno
- 4 često
- 5 uvijek

7. Slažete li se da su medicinske sestre i tehničari na svom radnom mjestu(psihijatriji) izloženi različitim rizicima, od verbalnog do fizičkog nasilja, prijetnjama, a u novije vrijeme i riziku od zaraze od coronavirusa?

- 1 nikada
- 2 vrlo rijetko
- 3 povremeno
- 4 često
- 5 uvijek

8. Slažete li se sa tvrdnjom da su psihijatrijski pacijenti u hitnim stanjima često razdražljivi, vrlo zahtjevni, higijenski zapušteni i u svakom pogledu neprijatni za zdravstvene djelatnike?

- 1 nikada
- 2 vrlo rijetko
- 3 povremeno
- 4 često
- 5 uvijek

9. Koje situacije po Vašem mišljenju smatrate visokozahajevnim (stresnim) u radu na psihijatriji?

10. Smatrate li da kod zdravstvenih djelatnika koji rade sa psihijatrijskim pacijentima postoje predrasude ili strahovi prema istima u istoj mjeri kao u ostaloj populaciji?

- 1 nikada
- 2 vrlo rijetko
- 3 povremeno
- 4 često
- 5 uvijek

11.Što mislite s kojom kategorijom psihijatrijskih pacijenata bi Vi najteže radili?

- a) suicidalnim pacijentima
- b) alkoholiziranim pacijentima
- c) psihotičnim pacijentima
- d) agresivnim pacijentima
- e) zlostavljenim pacijentima
- f) dementnim pacijentima
- g) depresivnim pacijentima

12.Nabrojite barem 2 hitna stanja u psihijatriji

13.Navedite barem 2 simptoma depresije

14.Prema Vašem mišljenju, jesu li fizički napadi na zdravstvene djelatnike češće na psihijatrijskom ili kirurškom odjelu?

- a) na psihijatrijskom odjelu

- b) na kirurškom odjelu
- c) ne znam

15. Što mislite koji je najveći problem kod uzimanja farmakoterapije na psihijatrijskom odjelu?

- a) otpor pri uzimanju terapije
- b) nesuradnja pacijenta u liječenju
- c) poteškoće u komunikaciji s pacijentom
- d) sve navedeno

16. Slažete li se sa tvrdnjom da bi zdravstveni radnici zaposleni na psihijatrijskim odjelima trebali imati beneficirani radni staž obzirom na stalnu izloženost riziku od fizičkog ozljeđivanja i visokoj razini stresa?

- 1 nikada
- 2 vrlo rjetko
- 3 povremeno
- 4 često
- 5 uvijek

17. Slažete li se sa tvrdnjom da zdravstvenim djelatnicima na psihijatrijskom odjelu treba supervizija i stalni psihološki suport?

- 1 nikada
- 2 vrlo rjetko
- 3 povremeno
- 4 često
- 5 uvijek

18.1 Slažete li se sa tvrdnjom da je prikupljanje podataka od psihijatrijskih pacijenata puno zahtjevnije nego od kirurških pacijenata?

- 1 nikada

2 vrlo rijetko

3 povremeno

4 često

5 uvijek

19.Što mislite što od navedenog ima najveći učinak za liječenje psihijatrijskih pacijenata?

- a) farmakoterapija
- b) psihoterapijski i socioterapijski postupci
- c) podrška obitelji i razumijevanje radne obitelji
- d) sve navedeno

20.Što sve medicinska sestra/ tehničar procjenjuju u intervjuu sa psihijatrijskim pacijentom?
