

Agresivni bolesnik i metode sputavanja

Ribić, Valentina

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:122:568882>

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

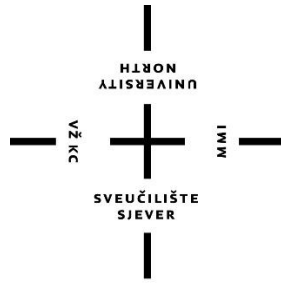
Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-10**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





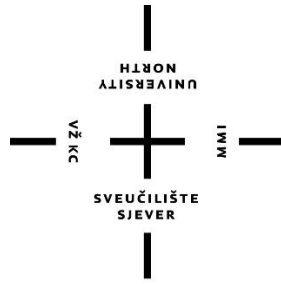
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1454/SS/2021

Agresivni bolesnik i metode sputavanja

Valentina Ribić, 3077/336

Varaždin, rujan 2021. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1454/SS/2021

Agresivni bolesnik i metode sputavanja

Student

Valentina Ribić, 3077/336

Mentor

Andreja Bogdan, dipl. psih.

Varaždin, rujan 2021. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Valentina Ribić	JMBAG	0336029459
DATUM	15.07.2021.	KOLEGIJ	Zdravstveni odgoj s metodama učenja i poučavanja
NASLOV RADA	Agresivni bolesnik i metode sputavanja		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Aggressive patient and methods of restraint		
MENTOR	Andreja Bogdan dipl.psih.	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marija Božičević, pred., predsjednik		
	2. Andreja Bogdan, v.pred., mentor		
	3. doc.dr.sc. Špiro Janović, član		
	4. dr.sc. Melita Sajko, v.pred. zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BRD	1454/SS/2021
OPIS	<p>Većina prijema u psihijatrijsku bolnicu je dobrovoljna, što znači da se pacijent svojom slobodnom voljom odlučio o liječenju u bolnici nakon što mu je psihijatar, na temelju rezultata pregleda psihičkog stanja, objasnio razloge zašto preporuča bolničko liječenje. Agresivno ponašanje se odnosi na bilo koje prijetuće ponašanje bez obzira da li je agresivnost izrečena verbalno, pokazana fizički i postoji li jasna agresivna namjera ili fizičko ponašanje koje aktualno ozljeđuje ili radi štetu osobi koja se agresivno ponaša, drugim osobama ili imovini. Posljedice agresivnog ponašanja mogu dovesti do oštećenja zdravlja i sigurnosti drugih osoba koje se nalaze u blizini osobe koja je agresivna kao što je to osoblje, drugi pacijenti i sama osoba koja pokazuje agresivno ponašanje. Ciljevi prevencije su anticipirati i prevenirati pojavu agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama i svesti primjenu mjera prisile na najmanju moguću mjeru, a prevencija ima za cilj sprječavanje psihičkih i fizičkih ozljeda pacijenata i osoblja i stvaranje sigurnog terapijskog okruženja za liječenje oboljelih. U radu će biti prikazani rezultati istraživanja s ciljem ispitivanja stavova i upućenosti opće populacije, zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, o agresivnom ponašanju pacijenata te intervencijama koje se koriste za upravljanje agresijom. Za potrebe istraživanja konstruirana je anketa koja je provedena online, a rezultati su obrađeni i uspoređeni s podacima iz relevantne literature.</p>

ZADATAK URUČEN 1.9.2021.



Predgovor

Veliko hvala mojoj mentorici, Andreji Bogdan, diplomiranom psihologu, jer me vodila, usmjeravala i podržavala u pisanju ovog rada. Nadalje, zahvala cijelom kolektivu odjela psihijatrije Županijske bolnice Čakovec na kolegijalnoj podršci tijekom obrazovanja. Mojim kolegama studentima i predivnim prijateljima, vaše društvo i naši razgovori učinili su mi studij prekrasnim razdobljem života.

Na kraju posebna zahvala suprugu Luki, kćeri Teni i ostatku obitelji što su bili uz mene i podržavali me.

Sažetak

Postoji niz bolesti i stanja koje mogu kulminirati agresivnim ponašanjem spram okoline. Agresivno ponašanje se svodi na namjeru u kojoj se nekome ili nečemu nanosi šteta, neugoda, povreda. Način reagiranja pojedinca u sukobu te suočavanje s njim ovisi hoće li ili ne doći do eskalacije situacije i mirnog i nenasilnog razrješenja situacije. Najčešće, najefikasniji postupak prevencije agresivnosti i smirivanja bolesnika je terapijska komunikacija. Ako ponašanje pacijenta postaje prijeteće i nije moguća uspostava dijaloga, tada se pristupa korištenju mjera prisile u svrhu sigurnosti bolesnika, zaštite zdravlja i okoline. Postoje razni oblici prisile a mogu diferencirati na formalne, neformalne i subjektivne prisile. U ovom radu istaknute su formalne metode prisile. Medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu učestalo su izložene agresiji pacijenata i moraju upravljati agresivnim situacijama. Da bi u tome bile uspješne služe se: metodama deeskalacije, procjenom rizika pomoću skala kao i poznavanjem ranih znakova upozorenja za mogući agresivni ispad a sve u svrhu da do eskalacije situacije ne dođe.

Ovaj rad je nastao nakon istraživanja literature i konstruiranja kraćeg upitnika za potrebe istraživanja stavova, upućenosti o agresiji i intervencijama za upravljanje agresijom, mišljenja o radu s agresivnim pacijentom i korištenju metoda sputavanja kod sudionika zdravstvene i nezdravstvene struke. U istraživanju je sudjelovalo 257 osoba, 245 sudionika 95,3% pripada zdravstvenoj struci i 12 sudionika 4,7% pripada nezdravstvenoj struci. Dobiveni rezultati ukazuju da se 98,1% sudionika susrelo s terminom agresije. 96,1% sudionika prepoznaje definiciju agresije dok 12,5% sudionika navodi definiciju nasilja. Mali broj sudionika 1,6% se nije susreo s agresijom. Susret s agresivnim pacijentom kod sudionika istraživanja izaziva različite emocionalne reakcije. Najviše sudionika 56,8% navodi da su osjećali strah, odnosno da su bili uplašeni, a 72,4% sudionika navodi da su imali potrebu izmaknuti se iz takve situacije. Tehniku upravljanja agresivnim pacijentom 52,9% sudionika ne poznaje. 97,3% sudionika smatra da nije lako upravljati agresivnim pacijentom. S mjerama prisile se susrelo 84% sudionika.

Stjecanjem potrebnih kompetencija, znanja i vještina, za rad s agresivnim i agitiranim pacijentima kod zdravstvenog osoblja doprinijet ćemo korištenje prisilnih mjera na najmanju moguću mjeru, a edukacijom pacijenata i članova njihovih obitelji ublažiti negativne stavove prema prisilnim mjerama i zdravstvenim djelatnicima koji ih provode u svrhu zaštite pacijenata i osoba iz njihove okoline.

Ključne riječi: agresija, agresivni bolesnik, deeskalacijska tehnika, mjere prisile

Summary

There are a number of diseases and conditions that can culminate in aggressive behavior toward the environment. Aggressive behavior comes down to the intention in which someone, something is harmed, embarrassed, injured. The way an individual reacts in a conflict and how to deal with it depends on whether or not the situation escalates and the situation is resolved peacefully and non-violently. Most often, the most effective procedure for preventing aggression and calming patients is therapeutic communication. If the patient's behavior becomes threatening and dialogue is not possible, then coercive measures are used for the purpose of patient safety, health and the environment. There are various forms of coercion and they can be differentiated into formal, informal and subjective coercion. In this paper, formal methods of coercion are highlighted. Nurses in the psychiatric ward are frequently exposed to patient aggression and must manage aggressive situations. In order to be successful in this, they use: de-escalation methods, risk assessment using scales as well as knowledge of early warning signs for a possible aggressive outburst, all with the aim of preventing the situation from escalating.

This paper was created after researching the literature and constructing a short questionnaire for research on attitudes, knowledge of aggression and interventions to manage aggression, opinions on working with aggressive patients and the use of restraint methods in participants in the health and non-health professions. 257 people participated in the research, 245 participants 95,3% belong to the health profession and 12 participants 4,7% belong to the non-health profession. The results obtained indicate that 98,1% of participants encountered the term aggression. 96,1% of participants recognize the definition of aggression while 12,5% of participants state the definition of violence. A small number of participants 1,6% did not encounter aggression. Encountering an aggressive patient provokes different emotional reactions in the research participants. Most participants, 56,8%, stated that they felt afraid, ie that they were scared, and 72,4% of participants stated that they needed to get out of such a situation. The technique of managing an aggressive patient is unknown to 52,9% of participants. 97,3% of participants find it difficult to manage an aggressive patient. Coercive measures were encountered by 84% of participants.

By acquiring the necessary competencies, knowledge and skills to work with aggressive and agitated patients in health care staff, we will contribute to the use of coercive measures to a minimum, and by educating patients and their families to alleviate negative attitudes towards coercive measures and health professionals. patients and people around them.

Key words: aggression, aggressive patient, deescalation technique, coercive measures

Popis korištenih kratica

BAP	Bipolarni afektivni poremećaj
BVC	Brøset Violence Checklist - instrument za predviđanje kratkotrajnog nasilja
OAS	Overt Aggression Scale - ljestvica otvorene agresije
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale- Revised - skala promatranja osoblja – revidirana
NICE	National Institute for Health and Care Excellence - Nacionalni institut za izvrsnost zdravlja i njege

Sadržaj

1.	Uvod	1
1.1.	Agresija.....	3
1.1.1.	Direktna i indirektna agresivnost.....	3
1.1.2.	Razlika između agresije i nasilja.....	4
1.1.3.	Agresivni bolesnik.....	4
1.1.4.	Deeskalacijska tehnika	5
1.2.	Mjere prisile (metode sputavanja).....	6
1.2.2.	Odvajanje.....	7
1.2.3.	Sputavanje.....	8
1.3.	Farmakoterapija.....	10
1.4.	Dokumentacija	10
1.5.	Uloga medicinske sestre.....	11
2.	Cilj istraživanja	13
3.	Metode istraživanja	14
3.1.	Instrumentarij	14
3.2.	Postupak.....	14
4.	Rezultati	15
5.	Diskusija.....	30
6.	Zaključak.....	32
7.	Literatura	33
8.	Prilozi.....	36
8.1.	Popis slika.....	36
8.2.	Popis tablica	37
8.3.	Popis grafikona.....	37
8.4.	Prilog 1- anketni upitnik.....	38
8.5.	Prilog 2 – izjava o autorstvu.....	41

1. Uvod

Osobe oboljele od psihičkih bolesti su stoljećima izložene negativnim stavovima i predrasudama u svim kulturama [1]. Njega duševnog bolesnika i liječenje se kasno razvila u obliku u kojem se danas provode. Poznata je činjenica da je nastanak gotovo svih bolesti u stara vremena čovjek tumačio utjecajem nekih demonskih sila [2]. Stanje psihomotorne uzbuđenosti (agitiranosti) se pojavljuje neočekivano, s velikom opasnošću za ljude i imovinu, okolinu ali i za samog bolesnika [3]. Agresivno ponašanje se svodi na namjeru u kojoj se nekome ili nečemu nanosi šteta, neugoda, povreda, te se nameću vlastite ideje, aktivnosti ili rješenja [4]. Pojam agresija potječe iz latinskog jezika (ad- + gradi) što znači: kretati se naprijed, koračati. Dakle, iako se za riječ agresija veže negativna konotacija, u osnovi riječi nema ništa loše, poželjno je i potrebno željeti kretati se naprijed [5]. Način reagiranja pojedinca u sukobu te suočavanje s njim ovisi hoće li ili ne doći do eskalacije situacije ili mirnog i nenasilnog razrješenja situacije [6]. Vrlo se teško može predvidjeti nastup agresivnog i nasilnog ponašanja. Najbolji prediktori, precipitanti ili uzročnici ovakvih stanja, su konzumacija alkohola ili drugih psihoaktivnih supstancija, prethodni nasilni ispadi prema ljudima ili predmetima, slušne imperativne obmane i paranoidnost, BAP, razdražljiva manija, katatona agitacija, agitirana depresija, agresivni poremećaj osobnosti. Postoji niz bolesti i stanja koje mogu kulminirati agresivnim ponašanjem spram okoline. [7]

Neke studije i ispitivanja podupiru ideju da su heteroagresivno ponašanje i suicidalnost način na koji se manifestira isti agresivni impuls, ali u razlici usmjerenosti impulsa. U studijama se navodi da je visok stupanj preklapanja hetero i autoagresivnosti pa tako 86 % bolesnika s homicidnim idejama ima i suicidalne ideje, dok je 55 % agresivnih bolesnika sa shizofrenijom refrakternih na terapiju, ima suicidalne ideje. Shodno tome ima drugih autora koji navode da ne postoji poveznica između nasilnog ponašanja prema drugima i prema sebi. Osnova oba ponašanja bi mogla biti pojačana impulzivnost koja se temelji na poremećaju serotoninskog sustava. [8]

S. Freud, otac psihoanalize, temelji svoju teoriju agresivnosti na tezi da sva živa bića posjeduju destruktivan nagon i da agresivnost ima biološku osnovu [9]. U početku svojih otkrića povezo ju je sa seksualnim nagonom [10]. U svojoj teoriji agresivnosti S. Freud (prilog u knjizi Anatomija ljudske destruktivnosti od E. Fromma) polazi od dva temeljna instinkta: instinkta života i instinkta smrti. Ova dva instinkta u neprestanom su konfliktu. Instinkt smrti navodi na autoagresivnost, na autodestrukciju, međutim, pod utjecajem instinkta života dolazi do preusmjerenja agresivnosti i destruktivnosti prema drugim ljudima. [11] Agresija nam je pomagala u doba špiljskog čovjeka kada smo se morali boriti kako bismo preživjeli, međutim, danas nam prijeti uništavanjem čovječanstva [10]. Naše agresivne reakcije često pokreće druga osoba ili grupa ljudi, ali su one naša odgovornost, s obzirom da nastaju u našem tijelu kao i sve druge emocionalne reakcije [12].

Svi ljudi, dakle i djeca mogu biti agresivni [13]. Već kod dojenčeta se mogu promatrati oblici izražavanja srdžbe, koji u daljnjem razvoju mogu biti povezani s agresivnim oblicima ponašanja [14]. Mala djeca razvijaju i uče učinkovite socijalne strategije, u tim ranim međuljudskim konfliktima, pomoću kojih se mogu izboriti za svoja prava i rješavati socijalne konflikte. Također uče lekcije koje ima olakšavaju kasnije kretanje u širem krugu socijalne zajednice. [15] Od davnina je fenomen nasilja obilježio našu povijest pa je i stoga područje od interesa za razne struke kao što su: psihologija, sociologija, pravo itd. [5].

Nije uvijek vrlo jasna razlika između nasilja i agresije. Agresija se može manifestirati kao uvredljiv jezik, oštećenje predmeta, nasilne prijetnje drugima ili napadi na osobe (uključujući samog agresora). Nasilje je fizički napad s namjerom da se naudi. [16]

Najčešće, najefikasniji postupak prevencije agresivnosti i smirivanja bolesnika je terapijska komunikacija [17]. Preporučena i široko korištena intervencija u upravljanju agresijom je deeskalacija, kao prva mjera koja se koristi u kriznim situacijama s bolesnikom [18,19]. Deeskalacijski postupak se odnosi na korištenje neverbalnih i verbalnih komunikacijskih vještina u krizi s agresivnim bolesnikom, kako bi se smanjila uznemirenost kod osobe s rizikom agresivnog ponašanja ali i agresivne osobe [17]. Ako ponašanje pacijenta postaje prijeteće i nije moguća uspostava dijaloga, tada se pristupa korištenju mjera prisile u svrhu sigurnosti bolesnika, zaštite zdravlja i okoline [19]. Skrb za pacijenta se provodi u jedinici intenzivnog liječenja psihijatrijskog odjela tzv. „zatvoreni odjel“. U sklopu intenzivnog odjela provodi se 24 satna opservacija pacijenta, dijagnostika i liječenje a moguće je odvajanje pacijenta kao i fizičko sputavanje. [7] Prisila se primjenjuje, samo i isključivo, u situacijama neposredne ugroženosti zdravlja i života osobe i drugih ljudi. S gledišta medicinske struke velika je osjetljivost ove tematike s ciljem: „primum non nocere“. [19] Bolesnik se po dolasku na odjel najprije susreće s medicinskom sestrom. Zato je važna uloga medicinske sestre/tehničara da pravilnim pristupom zadobije povjerenje bolesnika ali i članova obitelji bolesnika. [3] Na psihijatrijskom odjelu su i dalje veliki problem agresija i nasilje. Korištenje alata za procjenu rizika može pomoći u rješavanju ovog problema. Alati za procjenu rizika su razvijeni za praćenje mogućnosti agresivnog ponašanja kod pojedinih pacijenata i omogućuju medicinskoj sestri/tehničaru da predvidi probleme i spriječi daljnju eskalaciju. [20]

U radu će biti opisani pojam agresije, intervencije za upravljanje agresivnim ponašanjem kao i formalne metode sputavanja. Također će biti prikazani rezultati istraživanja s ciljem ispitivanja stavova i upućenosti opće populacije, zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, o agresivnom ponašanju pacijenata te intervencijama koje se koriste za upravljanje agresijom.

1.1. Agresija

Postoji neslaganje oko jedinstvene definicije agresivnosti; autori u definicijama naglašavaju one aspekte koje smatraju ključnima za pojavu agresivnog ponašanja, no danas je u znanosti uglavnom prihvaćeno određenje agresivnosti kao onog ponašanja kod kojeg postoji namjera da se drugoj osobi nanese šteta određene vrste (prema Žužul, 1989). Coie i Dodge (1997; prema Keresteš, 2002) smatraju da agresivnost treba definirati kao heterogenu kategoriju ponašanja tj. za označavanje nekog ponašanja kao agresivnog trebaju biti ispunjeni određeni uvjeti: mora postojati mogućnost nanošenja štete, namjera da se nanese šteta, zatim ponašanje mora uključivati određeno fiziološko uzbuđenje te mora biti averzivno za žrtvu. [21] Neki su autori opisali agresiju kao ciklus napada koji se sastoji od pet faza (faza okidača, faza eskalacije, faza krize, faza oporavka i faza depresije) [18].

1.1.1. Direktna i indirektna agresivnost

Unutar kategorije agresivnog ponašanja postoje podjele prema raznim kriterijima, pa se tako prema načinu izražavanja razlikuju direktna (otvorena) i indirektna (skrivena) agresivnost (Björqvist, Lagerspetz i Kaukiainen, 1992a). Pod pojmom direktne agresivnosti podrazumijevaju se tjelesna (udaranje, guranje itd.) i verbalna agresivnost (vikanje, vrijeđanje, pogrdne riječi itd.) a pod indirektnom agresivnosti socijalno manipulativna ponašanja kao što su ogovaranje, odavanje tajni, ignoriranje itd. (Björqvist i sur, 1992a). [21] Agresija može biti namjerna. Neka uznemirujuća vanjska situacija može biti uzrok namjerne agresije, dok je unutarnja napetost uzrok nenamjerne agresije. Samopovređivanje ili autoagresija je agresivno ponašanje najuobičajenijih formi: čupanja kose, lupanja glavom, griženja noktiju, griženje itd. Umjesto prema vanjskom očitovanju, potisnuta agresivnost se okreće prema unutra. [4] Feshbach je podijelio agresivnost na ekspresivnu (ona kojoj je cilj nanijeti štetu nekome ili nečemu) i instrumentalnu (usmjerenu postizanju neagresivnih ciljeva), no ni one nisu posve zasebni entiteti [22]. Vrlo se teško može predvidjeti nastup nasilnog i agresivnog ponašanja, a najbolji prediktori, koji mogu biti i uzročnici ili precipitanti takvog stanja, su konzumacija alkohola ili drugih psihoaktivnih supstancija, podaci o prethodnim nasilnim aktivnostima prema ljudima i predmetima, paranoidnost i slušne imperativne obmane, katatona agitacija, razdražljiva manija, agitirana depresija, agresivni poremećaj osobnosti. Postoji veliki niz bolesti i stanja i koje mogu rezultirati agresivnim ponašanjem prema okolini. [7] U svakodnevnoj kliničkoj praksi se učestalo pojavljuje agresivno ponašanje, ono privlači sve veću pozornost struke ali i šire javnosti zbog posljedica koje za sobom nosi i opravdano povlači pitanje sprečavanja ili ublažavanja agresivnog ponašanja [8]. Važno je

da zdravstveni djelatnici mogu riješiti i pravodobno prepoznati agresivno ponašanje kod svojih bolesnika jer ono može imati utjecaj na ishod liječenja, bez obzira o kojoj vrsti bolesti govorimo. Takvo ponašanje ometa postavljanje dijagnoze bolesniku ali i procjenu njegova zdravstvenog i psihičkog stanja. [17]

1.1.2. Razlika između agresije i nasilja

Razlika između nasilja i agresije nije uvijek vrlo jasna. Pojmovi agresija i nasilje često se koriste naizmjenično, premda nisu sinonimi. Oba su koncepta također subjektivna, s preklapajućim značenjima koja različite osobe mogu različito protumačiti. Agresija je svako ponašanje koje potencijalno može naštetiti ljudima ili predmetima. Ovo se ponašanje može dogoditi na fizičkoj ili psihološkoj razini. Agresija se može manifestirati kao uvredljiv jezik, oštećenje predmeta, nasilne prijetnje drugima ili napadi na osobe (uključujući samog agresora). Nasilje je fizički napad s namjerom da se naudi. Ne dovodi sva agresija do nasilja, nasilje je korak dalje od agresije. [16]

1.1.3. Agresivni bolesnik

Kada se bolesnik nađe u situaciji povećanog stresa, tada načini koji su uobičajeni za nošenje sa stresom zakazuju i rizik od agresivnog ponašanja je povećan. Stoga su u toj fazi veoma važne intervencije profesionalaca za smanjenje rizika od agresivnog ponašanja. Važno je koristiti psihosocijalne intervencije kako bi se negativan učinak stresa smanjio jer postoji velika vjerojatnost da će stanje napredovati prema agresivnosti kod izostanka istih. A u tom slučaju je potrebno puno više napora da se agresivnost zaustavi. Kod iskazivanja ranih znakova agresivnosti bolesnik još uvijek može sudjelovati u procesu povratka kontrole nad stanjem i procesu prevencije agresivnosti te mu je potrebno manje vremena i napora da se vrati na početnu poziciju povratka kontrole svog ponašanja. Što implicira da rana primjena strategije prevencije dovodi do otklanjanja agresivnog ponašanja, također pomaže bolesniku da nauči kontrolirati ponašanje i da izradi adekvatan plan za prevenciju sljedećih epizoda uz prisustvu stručnjaka. Prema NICE rani se znakovi upozorenja odnose na promjene u mislima, osjećajima, ponašanju i percepciji koji precipitiraju agresivno ponašanje. U tim situacijama je potrebno primijeniti intervencije koje će obnoviti bolesnikov kapacitet i prevenirati agresivni ispad. [23] Prema istom izvoru slijedeći znakovi mogu ukazivati da bi pacijent mogao postati agresivan: ljutit i napeti izraz lica, povećanje

ili produženi period nemira, tjelesne napetosti, uznemireno kretanje, opće uznemirenje - povećanje disanja i pulsa, muskularna napetost, širenje zjenica, povećanje volumena govora, uznemireni pokreti, produženi kontakt s očima, nezadovoljstvo, odbijanje komunikacije, povlačenje, strah, iritacija, nejasan način razmišljanja, slaba koncentracija, deluzije ili halucinacije sa nasilnim sadržajem, verbalne prijetnje ili gestikulacije, ponavljanje ponašanja ili ponašanje slično koje je prethodilo ranijoj epizodi agresivnosti, iznošenje ljutnje ili nasilnih osjećaja, blokiranje puta izlaza. Isti znakovi upozorenja koji se odnose na govor tijela uključuju slijedeće: stisnute šake, stisnutu čeljust, kruto držanje tijela (napetost koja ukazuje na intenzivan napor da osoba kontrolira emocije), povećanje motorne aktivnosti: uznemireno šetanje i drugo. Paralelno je potrebno pratiti verbalno ponašanje: sklonost raspravljanju, verbalne prijetnje, provokativno ponašanje, izražavanje nezadovoljstva, preosjetljivost, pretjerano reagiranje. Cilj je prepoznati okidač ranih znakova i posvetiti posebnu pažnju utjecaju interpersonalnih i socijalnih faktora na pojavu uznemirenosti i ljutnje da bi se situacija razriješila na neagresivan način. Osoblje mora biti kompetentno i educirano da mogli pomoći bolesniku, kao i bolesnik da bi ga se educiralo o postupanju s ljutnjom mora biti smiren. [23]

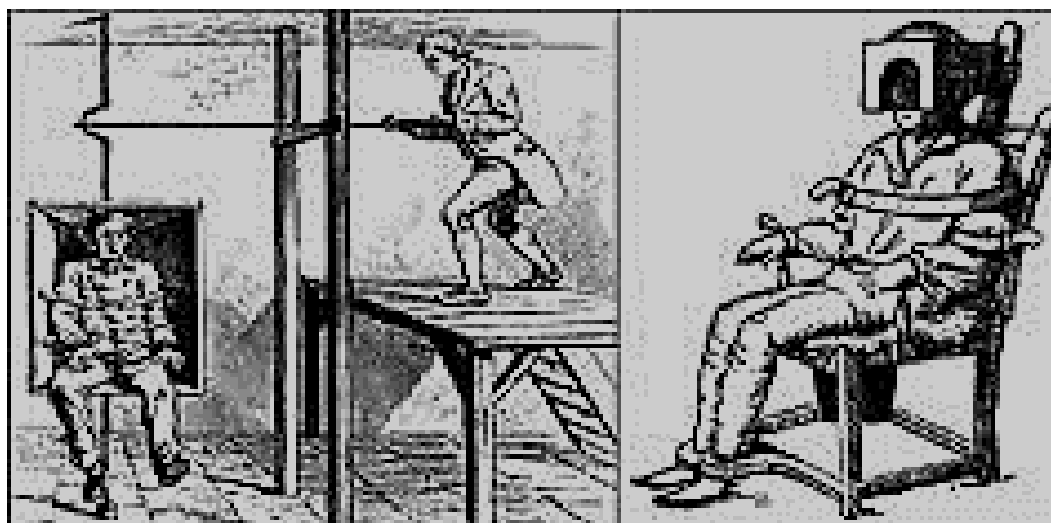
1.1.4. Deeskalacijska tehnika

Agresija se često događa u zdravstvenim i socijalnim ustanovama. To može rezultirati ozljedama pacijenata i osoblja i može negativno utjecati na rad i dobrobit osoblja. „Deeskalacija je široko korištena i preporučena intervencija za upravljanje agresijom“. [18] Deeskalacijska tehnika ili komunikacija s agresivnim bolesnikom u krizi, efikasno je korištenje neverbalnih i verbalnih komunikacijskih vještina kako bi se postiglo smanjenje uznemirenosti agresivne osobe ili osobe s rizikom agresivnog ponašanja. „Deeskalacijska tehnika se odnosi na postupno rješavanje potencijalno nasilnih, agresivnih situacija kroz izražavanje empatije, terapijskog dogovora i postavljanja granica ponašanja koje se temelji na poštovanju“. Tehnika se sastoji od cilja da se prevenira pogoršanje stanja, te se bolesniku daje dovoljno vremena da povрати kontrolu nad svojim ponašanjem. Stoga nam deeskalacijska tehnika može pomoći i u stvaranju terapijskog odnosa sa bolesnikom. Najčešće najefikasniji postupak kako prevencija agresivnosti pa tako i smirivanje bolesnika je terapijska komunikacija. Cilj interaktivnog komunikacijskog procesa je pomoći bolesniku da se psihološki smiri. Tijekom razgovora potrebno je opservirati i neverbalne i verbalne znake agresivnosti i prema tome prilagoditi svoju komunikaciju. Da bi se deeskalacija mogla provoditi potrebno je imati interpersonalne vještine koje uključuju ponašanje za učinkovito smirivanje uznemirenih osoba, a one se uče i teorijski i praktično. [17] Principi deeskalacijske

tehnike prema ranije navedenom autoru su: poštivanje bolesnikovog i vašeg osobnog prostora, nemojte biti provokativni, uspostavite verbalni kontakt, aktivno slušajte bolesnika, potrebno prepoznati bolesnikove želje i osjećaje, bolesniku pristupiti s poštovanjem, pokažite suosjećajnost i brigu, ne prikrivajte vlastiti strah, jasno postavite granice. [17]

1.2. Mjere prisile (metode sputavanja)

Prisilne mjere koriste se barem od početka pismenih zapisa o mentalnim bolestima i njihovom liječenju. Iako je danas primarni razlog njihove uporabe sprječavanje opasnosti, kada se agresivnim ili nasilnim ponašanjem prema sebi ili drugima ne može kontrolirati drugačije, u prijašnja vremena prisila se smatrala samo po sebi liječenjem ili se čak koristila kao kazna. U davna vremena Celsus je već savjetovao zaštitu pacijenta od štete tako što bi ga vezao i preporučio izazivanje straha i prestrašenosti, kao i nanošenje boli. U kasnom srednjem vijeku, kao i u moderno doba, mentalno oboljeli bili su okovani lancima i zaključani, a razvijeni su dijelovi opreme za liječenje koji podsjećaju na metode mučenja. [24] Joseph Mason Cox prvi je predstavio stolicu za ljuljanje koja kod bolesnika u vrtnji izaziva umor, iscrpljenost, bljedilo, horipilaciju, vrtoglavicu, povraćanje itd. Inačicu stolca za ljuljanje poboljšao je William Saunders. Još jedna sprava koristila se za smirivanje bolesnika, tzv. „trankvilizator“ izumitelja Benjamina Rush. U jedinicama za hidroterapiju nekoć su držali pacijente uronjene u vodu, tako da su im samo glave stršale kroz otvor u nepopustljivom materijalu. To su samo neki od primjera sprava koje su se koristile u svrhu smirivanja i liječenja bolesnika. [25]



Slika 1.2.1. Stolica za ljuljanje i trankvilizator

Izvor: <https://core.ac.uk/download/pdf/197791174.pdf> (24.08.2021.)

Postoje razni oblici prisile a mogu diferencirati na formalne, neformalne i subjektivne prisile, ali njihove se definicije i tumačenja razlikuju od zemlje do zemlje. Formalna prisila obično uključuje prisilno prihvaćanje, prisilno liječenje, povučenosť i sputavanje. Dvije potonje kategorije odnose se na metode koje ograničavaju slobodu fizičkog kretanja. Postoji nekoliko vrsta fizičkih ograničenja, bilo mehaničkih kada se uređaji koriste za imobilizaciju ili ručnih kada osoblje drži pacijenta. Izolacija je zatvaranje pacijenta u zaključanu sobu iz koje ne može sam izaći. Prisilni prijem odgovara hospitalizaciji pacijenta protiv njegove volje. Prisilno liječenje odnosi se na davanje lijeka protiv volje pacijenta. Koncept ove prisilne mjere vrlo je raznolik i može imati nekoliko oblika i definicija, ovisno o lokalnom ili državnom zakonodavstvu. Neformalna prisila pregrupira uvjeravanje, manipulaciju ili druge vrste kontrole ili utjecaja. Subjektivna prisila karakterizira stajališta ili osjećaje pacijenata, njegovatelja ili dionika u situacijama prisile. Subjektivna percepcija može se razlikovati od objektivnih događaja. [26] Zbog potencijalnih štetnih posljedica prisile, svjetski je trend spriječiti ili barem smanjiti uporabu prisile u psihijatriji [27]. Sigurnost pacijenata temeljno je načelo zdravstvene zaštite i sada se prepoznaje kao veliki i rastući globalni javnozdravstveni izazov. Sigurnost pacijenata okvir je koji dosljedno i održivo smanjuju rizike, smanjuju pojavu štete koja se može izbjeći. [28]

1.2.2. Odvajanje

Sekluzija ili izolacija je intervencija osamljivanja, gdje se pacijent izolira u zaključanoj prostoriji i promatra u redovitim intervalima. Izolacijom se osoba izdvoji na odvojeno mjesto u svrhu sprečavanja komunikacije ili utjecaj iz okoline osobe. [29] To je često korištena mjera prisile u psihijatrijskim jedinicama diljem svijeta. Prema jednoj studiji, najčešći razlozi korištenja osamljivanja, prema padajućem redoslijedu, su rizik od ozljeđivanja drugih, rizik od samoozljeđivanja i rizik od bijega. Bihevioralne intervencije ili dobrovoljni lijekovi trebaju se ponuditi pacijentima prije primjene mjera prisile, iako te intervencije često nisu dovoljne. [30] Metoda izdvajanja usko je povezana s razvojem psihijatrijskih ustanova, posebno s uspostavljanjem hitnih službi i terapijom miljea. Klinički koncept osamljenosti podrazumijeva zadržavanje stacionara u goloj sobi radi zadržavanja situacije koja može rezultirati hitnom situacijom. [31]

Standardni postupak kod odvajanja je definiran prema pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama iznosi sljedeće:

Članak 12.

- (1) „Odvajanje ili izolacija je privremena terapijska mjera prisile koja se primjenjuje u stanjima ekstremne eskalacije pacijentove agresivnosti“.
- (2) „Odvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neefikasne u očuvanju ili preusmjeravanju pacijentova ponašanja“.
- (3) „Soba za odvajanje je posebna prostorija na odjelu namijenjena samo za mjeru odvajanja pacijenta i ima videonadzor“.
- (4) „Na pacijenta smještenog u sobu za odvajanje ne smije se istovremeno primjenjivati mjera sputavanja“.

Članak 13.

„Pacijenti koji su suicidalni, intoksicirani, sa srčanim ili respiratornim smetnjama, koji imaju konvulzije ili drugu organsku bolest, ne smiju se odvajati“. [32]

1.2.3. Sputavanje

Korištenje tjelesnog sputavanja kao intervencije u njezi psihijatrijskih bolesnika datira od početka znanosti o psihijatriji. Fizičko ograničenje uključuje uređaje namijenjene ograničavanju tjelesnih pokreta pacijenta poput držača udova, sigurnosnih prsluka i zavoja. Koristi se za rukovanje nasilnim i neprilagođenim ponašanjem, upravlja pacijentima s ozbiljnim mentalnim poremećajima, sprječava ozljede i smanjuje uznemirenost i agresiju. [33] Uporaba fizičkog sputavanja učinkovit je pristup za izbjegavanje daljnjih ozljeda smanjenjem tjelesnog kretanja pacijenta. Učestalost korištenja tjelesnih ograničenja na pacijentima koji su primljeni u ustanove za mentalno zdravlje kreće se od 3,8% do 51,3% u cijelom svijetu. [34] Fizičko sputavanje, koje se također naziva i "mehaničko ograničenje", tehnika je kojom se pacijent fizički sputava tako da je raspon kretanja ograničen. Tipično, pacijent je ograničen na krevet, s remenom preko prsa i četiri remena sprečavajući svaki ekstremitet („točka vezanja pet“). [35] Postupak se mora provesti brzo i bez oklijevanja, kao rutinska i regularna procedura, uz prethodnu procjenu u kojim točkama je potrebno sputavanje (u 4 točke – obje ruke i noge, u 3 točke – obje ruke ili noge i jedna ruka ili noga, u 2 točke – ruka i noga na suprotnoj strani, u 1 točki – najčešće ruka, prsa) [32].



Slika 1.2.3.1. Prikaz metode sputavanja magnetnim remenjem

Izvor: <https://bauerfeind.hr/proizvodi/rehabilitacija/oprema-bolesnicku-sobu/> (24.08.2021.)

Standardni postupak kod mjere fizičkog sputavanja navodi da se sputavanje pacijenta provodi se u slučajevima: nepredvidivog, agresivnog ponašanja, ponašanja koje je opasno za bolesnika ili druge osobe, samodestruktivnosti, ponašanja s slabo kontroliranim i ozbiljnim verbalnim ili fizičkim prijetnjama, slabo kontrolirano ponašanje uslijed intoksikacije alkoholom ili lijekovima, manično ponašanje, slaba samokontrola nakon primjene medikamentozne terapije i boravka u mirnijoj sobi, sprječavanje nehotičnog samoozljeđivanja bolesnika (npr. sprečavanje pacijenta da izvuče urinarni kateter i sl.), na vlastiti zahtjev bolesnika, ako se procjeni da je ugrožena sigurnost bolesnika, drugih osoba i bolesnikove okoline. [32]

Standardni postupak kod sputavanja je definiran prema pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama iznosi sljedeće:

Članak 9.

(1) „Sputavanje se može primijeniti kao fizičko sputavanje korištenjem fizičkih pomagala (magnetni remen, magnetni pojas, kožni remen za zglobove, platnene vezice i zaštitna košulja) te kemijskim putem, primjerice, brzom trankvilizacijom ili sedacijom“ [32].

(2) „U slučaju žurnosti primjene mjere sputavanja koju su odredili doktor medicine druge specijalnosti ili medicinske sestre/medicinski tehničari, psihijatar je obvezan u roku od 1 sata od primitka obavijesti o izvršenoj mjeri sputavanja doći i osobno procijeniti pacijentovo psihofizičko stanje te donijeti odluku o daljnjoj potrebi za primjenom mjere i dati smjernice za daljnje postupanje s pacijentom“ [32].

(3) „Maksimalno vrijeme na koje se može odrediti sputavanje je 4 sata. Nakon 4 sata psihijatar ponovno procjenjuje potrebu za daljnjim sputavanjem“ [32].

(4) „Ukupno vrijeme sputavanja ne smije biti dulje od 24 sata“ [32].

(5) „Nakon isteka 24 sata psihijatar je obavezan izvršiti obilazak pacijenta i ponovno procijeniti psihofizičko stanje pacijenta“ [32].

1.3. Farmakoterapija

Najčešće se nakon primjene neke od mjera prisile koristi i farmakoterapija. Farmakoterapija se u takvim stanjima koristi kako bi se bolesnik, u što kraćem vremenu smirio i snizio rizik od ozljeđivanja njega ili okoline. [36] Najčešće se primjenjuju kombinacije antipsihotika i benzodiazepina [37]. Tehnika liječenja kojom se to postiže jest brza trankvilizacija. Od benzodiazepina moguće je dati diazepam ili lorazepam. Od antipsihotika može se primijeniti haloperidol u dozi od 5 do 10 mg im., a doze se uz povećan oprez individualno prilagođavaju ovisno o intenzitetu simptoma i situaciji. Uvijek treba imati na umu i moguće neželjene učinke ordiniranih lijekova. [36] Korištenje kemijskog suzdržavanja može dovesti do smanjenja funkcionalnih i kognitivnih funkcija, padova i prijeloma, viška sedacije i depresije disanja, neuroleptički maligni sindrom, paradoksalne reakcije na benzodiazepine [36,37]. Nakon smirivanja bolesnika doze se postupno snižavaju te se i cjelokupna terapija prilagođava kliničkoj slici i simptomima koje bolesnik kasnije pokazuje. Nakon trankvilizacije, potrebno je pratiti tjelesne funkcije – disanje, puls, krvni tlak, tjelesnu temperaturu. [36]

1.4. Dokumentacija

Primjena mjera prisile za svakog pacijenta obvezno se evidentira u medicinskoj i sestrinskoj dokumentaciji. Dokumentacija se mora voditi precizno, stručno i uredno, za što su odgovorni doktori medicine i medicinske sestre/medicinski tehničari koji sudjeluju u primjeni mjera prisile. [32] Potrebne su pisane odredbe i postupci koji usmjeravaju uporabu suzdržavanja, procjenjuju i ponovno procjenjuju pacijenta koji je suzdržan ili usamljen [38]. U dokumentaciji se navode sljedeći podaci: zdravstveni djelatnik koji je odredio primjenu mjere prisile, razlozi primjene mjere prisile, zdravstveni radnici koji su bili sudionici u postupku primjene mjere prisile i osoba odgovorna za određivanje mjere prisile. Medicinska sestra/medicinski tehničar kontinuirano nadzire pacijenta i svakih 15 minuta upisuje zabilješke u sestrinskoj dokumentaciji. Dokumentiraju se podaci: ime i prezime bolesnika, datum i vrijeme primjene mjere prisile, razlog primjene mjere

prisile, alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku, trajanje mjere, sve promjene ponašanja i ponašanje pacijenta nakon primjene mjere prisile, cjelokupna njega pacijenta i mjere sigurnosti, unos i izlučivanje tekućine te pauze od primjene mjere prisile. Doktor medicine koji redovito obilazi pacijenta upisuje u medicinsku dokumentaciju postupke primjene mjere prisile, mentalno i fizičko stanje pacijenta, vrijeme obilaska, sve intervencije te datum i sat prekida primjene mjere prisile. U roku od 24 sata od prestanka mjere doktor medicine obvezan je upisati podatke o psihičkom statusu, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana zdravstvene njege. [32]

1.5. Uloga medicinske sestre

Medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu učestalo su izložene agresiji pacijenata i moraju upravljati agresivnim incidentima [39]. Bolesnik se po dolasku na odjel najprije susreće s medicinskom sestrom. Zato je važna uloga medicinske sestre/tehničara da pravilnim pristupom zadobije povjerenje bolesnika ali i članova obitelji bolesnika [3]. Edukacijom medicinskih sestara može se prevenirati i djelovati na smanjenje agresivnih ispada bolesnika kroz poznavanje tehnike deeskalacije, komunikacijom, detekcijom znakova agresije i provođenjem mjera prisile prema standardima. Cilj edukacije je omogućiti medicinskim sestrama/tehničarima da steknu specifična znanja i vještine u postupanju s agresivni pacijentom, mora biti kontinuirana i provedena u redovitim vremenskim intervalima. Sve je više istraživanja koja upućuju da primjena i poznavanje skala za procjenu agresivnog ponašanja povećavaju kompetencije i sigurnost osoblja i smanjuju potrebu za primjenom mjera prisile. [23] Upravljanje nasiljem ključna je komponenta kliničke prakse, a psihijatrijsko osoblje izvodi širok raspon intervencija kako bi moduliralo kontekst i interakciju s potencijalno nasilnim pacijentima. Preventivne mjere su od posebne važnosti. Pravovremena primjena preventivnih mjera pretpostavlja prethodnu procjenu rizika [39]. Brøset violence checklist (BVC) i OAS su se pokazale učinkovitima u procjeni kratkotrajnog rizika agresivnog ponašanja, a Staff observation aggression scale (SOAS-R) za monitoriranje učestalosti, prirode i ozbiljnosti agresivnih incidenata [23].

Broset violence checklist je instrument za predviđanje kratkotrajnog nasilja. BVC procjenjuje prisutnost šest vidljivih ponašanja pacijenata, naime je li pacijent zbunjen, razdražljiv, bučan, verbalno prijeti, fizički prijeti i napada objekte. [40] Kada je neki znak od navedenih prisutan, dodaje se jedan bod, ako je odsutan dodaje 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 kod pacijenata čiji je obrazac ponašanja dobro poznat osoblju. Bodovi se na kraju zbrajaju.

- 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). [41]

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 1.5.1. Brøset Violence Checklist

Izvor: <https://www.researchgate.net/publication/11302929> *The Broset violence checklist BVC*
(26.08.2021.)

Overt aggression scale (OAS), ljestvica otvorene agresije gdje je agresija podijeljena u četiri kategorije: verbalna, fizička agresija na objekte, fizička agresija na sebe i fizička agresija na druge. Osim toga, specifični zahvati vezani za svaki agresivni događaj mogu se zabilježiti u OAS -u [42]. Staff observation aggression scale - revised (SOAS-R) obrazac izvješća SOAS-R popunjava se kad zaposlenik opazi agresivno ponašanje pacijenta. Sastoji se od pet stupaca (kategorija), a svaki stupac sadrži nekoliko mogućnosti za karakterizaciju stvarnog incidenta. U svakom stupcu može se označiti nekoliko opcija. Pet kolona ima sljedeće teme: provokacija koja dovodi do agresivnog incidenta, sredstva koja je agresor koristio tijekom incidenta, meta agresije, posljedice za žrtve, hitne mjere poduzete za zaustavljanje ili kontrolu agresivnog ponašanja. [43]

Svaka opcija u stupcima dobiva bod, a rezultat stupca jednak je opciji najvećeg bodovanja svake kolone. Ukupna ocjena ozbiljnosti izvedena je zbrajanjem pet ocjena stupaca. Ukupna ocjena ozbiljnosti SOAS-R kreće se od 0 do 22 boda, pri čemu ocjene:

- 0–7 ukazuju na blagu
- 8–15 umjerenu
- 16–22 ozbiljnu težinu. [43]

2. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati stavove i upućenost djelatnika zdravstvene i nezdravstvene struke, o agresiji i intervencijama za upravljanje agresijom, informiranost i mišljenja o radu s agresivnim pacijentom i korištenja metoda sputavanja.

3. Metode istraživanja

U istraživanju koje je provedeno za potrebe ovog završnog rada sudjelovalo je 257 sudionika od kojih je 226 osoba ženskog spola i 31 osoba muškog spola.

3.1. Instrumentarij

Za potrebe istraživanja konstruirana je anketa sa 17 pitanja. Prva četiri pitanja odnosila su se na sociodemografska pitanja koja su uključivala spol, dob, razinu obrazovanja i pripadnost zdravstvenoj ili nezdravstvenoj struci. Ostala pitanja bila su vezana na informiranost (poznavanje termina agresija, vrste agresije, reakcije i osjećaje na agresiju, situacija u kojoj se primjenjuje metoda deeskalacije, upravljanje agresivnim pacijentom, primjena mjera prisile i njihova etičnost) vlastita iskustva s agresijom i agresivnim pacijentom te metodama koje se koriste za upravljanje agresijom.

3.2. Postupak

Anketa je provedena putem Google obrasca u razdoblju od 17.03.2021. do 02.04.2021. g. te je bila potpuno dobrovoljna i anonimna. Istraživanje je provedeno online, putem društvenih mreža. Anketa se sastojala od sociodemografskih pitanja sa ponuđenim odgovorima, ali i mogućnost da sudionici uz te odgovore daju i neki svoj odgovor koji nije bio ponuđen.

4. Rezultati

Tablica 4.1. sadrži sve podatke sociodemografskih karakteristika uzorka ovog istraživanja. U istraživanju je sudjelovalo 257 osoba. Od kojih je 226 osoba ženskog spola (87,9%) i 31 osoba muškog spola (12,1%). Najviše sudionika je bilo dobi od 18 do 30 godina, 98 osoba (38,1%). Sudionika dobi od 30 do 40 godina bilo je 87 (33,9%). Starijih sudionika od 40 godina bilo je 72 (28%). U istraživanju je sudjelovao podjednak broj sudionika više stručne spreme (43,2%) i srednje stručne spreme 107 (41,6%) a najmanje je bilo 39 (15,2%) osoba niže stručne spreme. Većinom su bili sudionici zdravstvene struke, 245 (95,3%), dok je svega 12 (4,7%) sudionika bilo nezdravstvene struke.

Sociodemografske karakteristike	Spol	muški	12,1%	31
		ženski	87,9%	226
	Životna dob	18-30	38,1%	98
		30-40	33,9%	87
		>40	28%	72
	Razina obrazovanja	srednja stručna sprema	41,6%	107
		viša stručna sprema	43,2%	111
		visoka stručna sprema	15,2%	39
	Pripadanje zanimanja	zdravstvenoj struci	95,3%	245
		nezdravstvenoj struci	4,7%	12

Tablica 4.1. Ukupne sociodemografske karakteristike uzorka

Izvor: Autor V.R.

U drugom djelu ankete sudionicima su bila postavljena pitanja o tome što je agresija, koje vrste agresije postoje, jesu li se susreli s agresijom, kako su reagirali i kako su se u tom

trenutku osjećali. Sudionicima su također bila postavljena pitanja o informiranosti o deeskalacijskoj tehnici, metodama sputavanja i njihovom stajalištu o etičnosti korištenja metoda sputavanja.

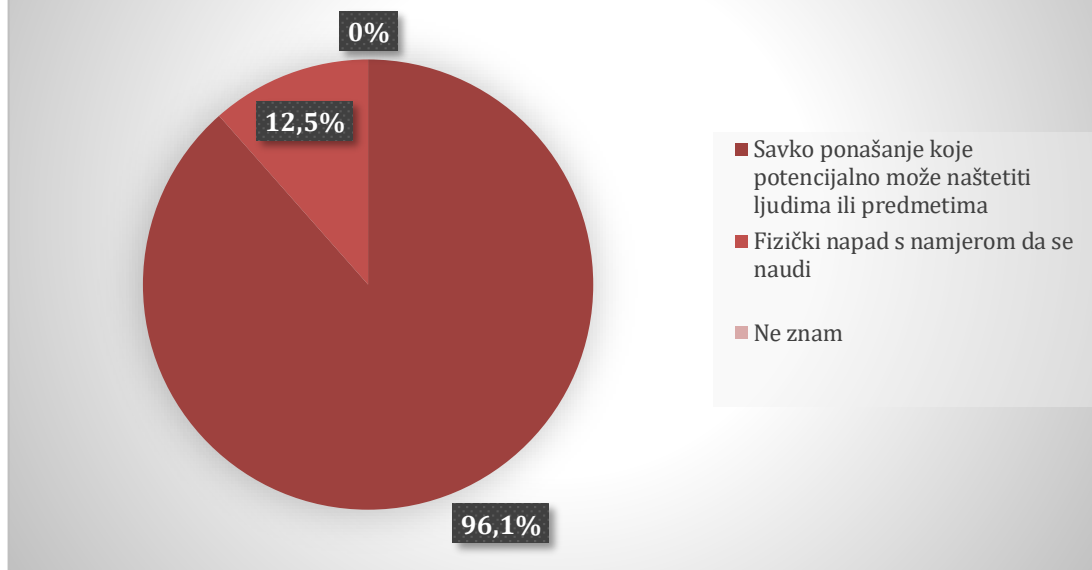


Grafikon 4.2. „Jeste li se susreli s terminom agresija?“

Izvor: Autor V.R.

Na peto pitanje „Jeste li se susreli s terminom agresije?“. Većina ispitanika navodi da se susrela sa terminom agresije 252 osobe (98,1%), dok se s terminom nije susrelo 5 sudionika (1,9%)

6. Što je prema Vašem mišljenju agresija?

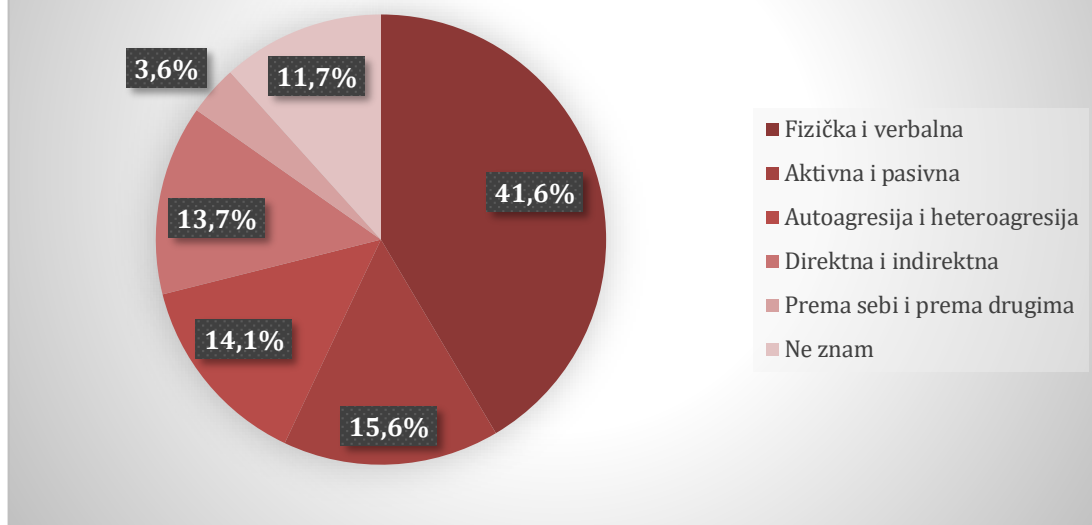


Grafikon 4.3. „Što je prema Vašem mišljenju agresija?“

Izvor: Autor V.R.

Na šesto pitanje „Što je prema Vašem mišljenju agresija?“ ni jedan sudionik nije odgovorio da ne zna. Većina sudionika 247 (96,1%), je odgovorila da je agresija: *Svako ponašanje koje potencijalno može naštetiti ljudima ili predmetima*, dok je 32 sudionika (12,5%) odgovorilo da je agresija: *Fizički napad s namjerom da se naudi*.

7. Možete li nabrojati neke vrste agresije?

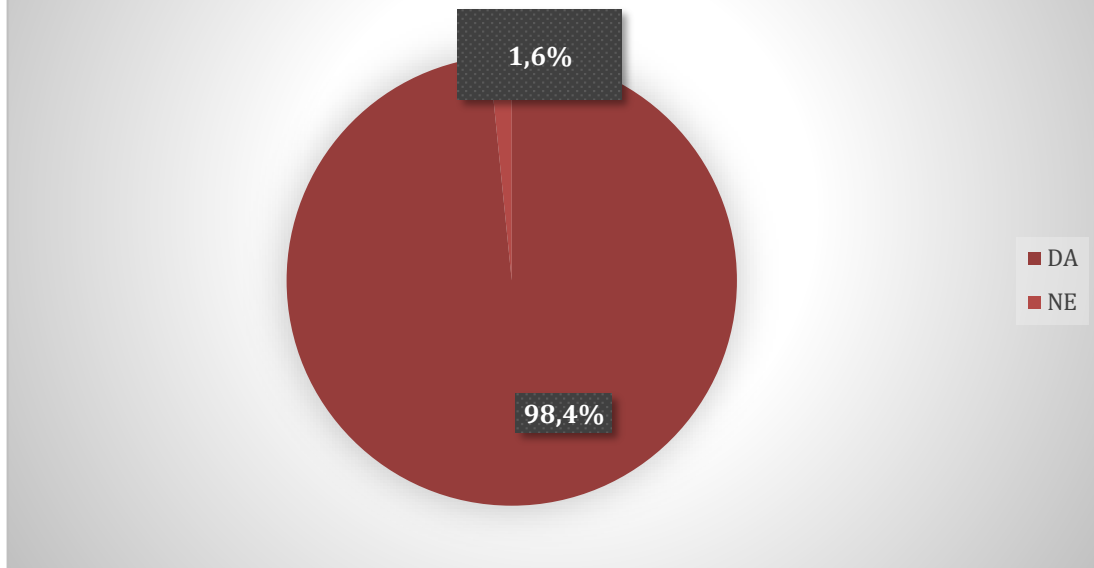


Grafikon 4.4. „Možete li nabrojati neke vrste agresije?“

Izvor: Autor V.R.

Na sedmo pitanje „Možete li nabrojati neke vrste agresije?“ sudionici su naveli sljedeće: 107 sudionika (41,6%) navodi fizičku i verbalnu agresiju, 40 sudionika (15,6%) navodi aktivnu i pasivnu agresiju, autoagresiju i heteroagresiju navodi 36 sudionika (14,1%), direktnu i indirektnu agresiju 35 sudionika (13,7%), agresiju usmjerenu prema sebi ili drugima navodi 9 sudionika (3,6%) dok ih 30 (11,7%) navodi da ne zna.

8. Je li netko prema Vama bio agresivan?

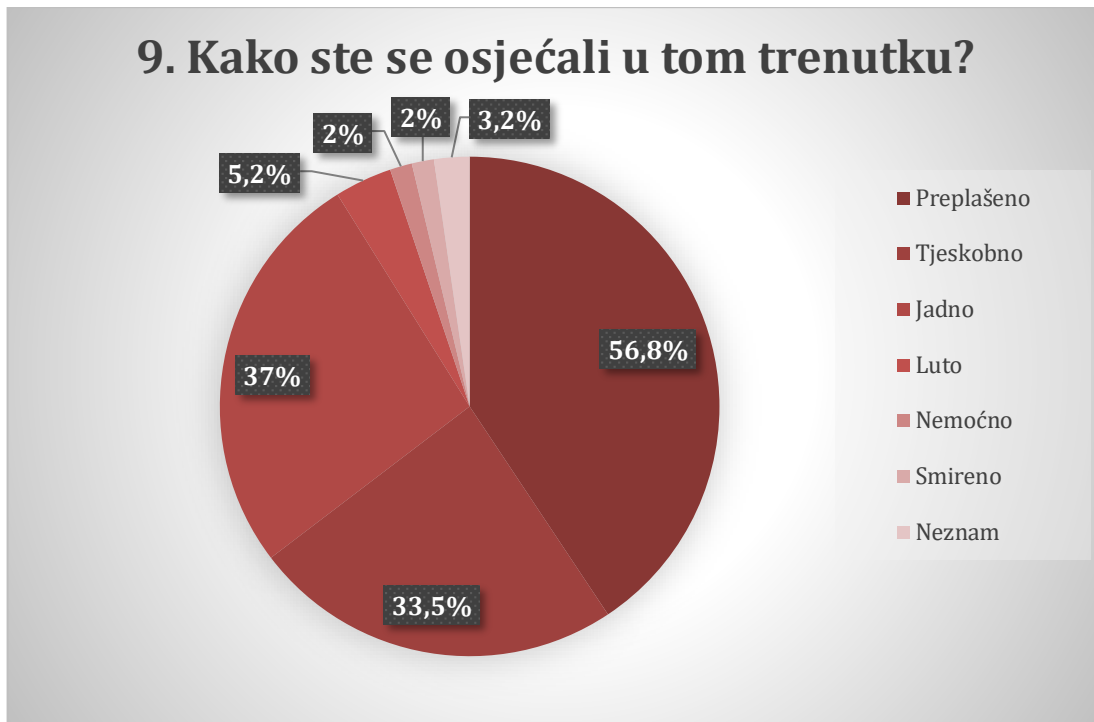


Grafikon 4.5. „Je li netko prema Vama bio agresivan?“

Izvor: Autor V.R.

Na osmo pitanje „Je li netko prema Vama bio agresivan?“ čak 253 sudionika (98,4%) je odgovorilo da je netko prema njima bio agresivan dok je 4 sudionika (1,6%) odgovorilo da nitko prema njima nije bio agresivan.

9. Kako ste se osjećali u tom trenutku?

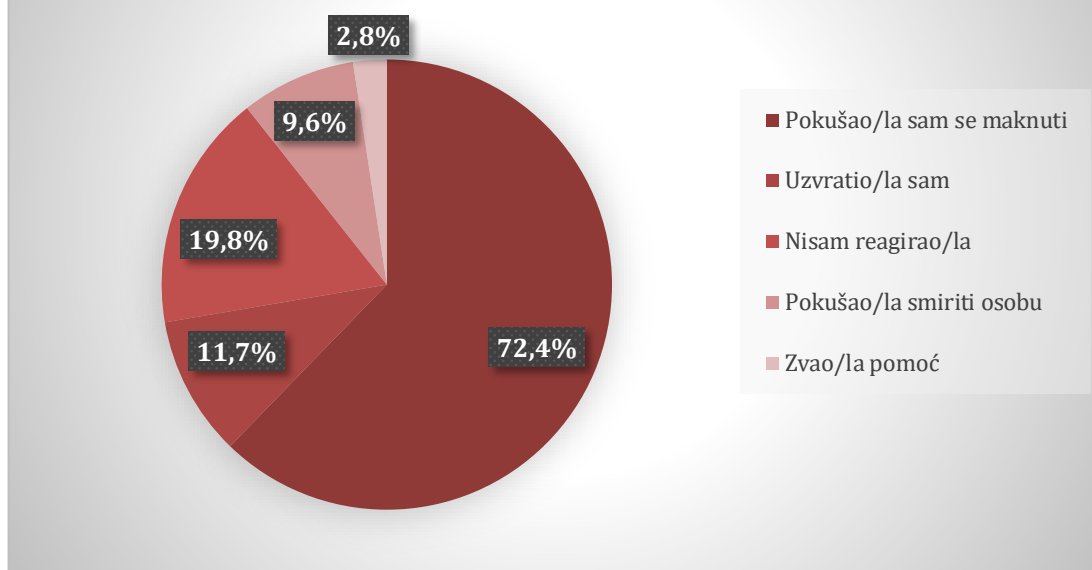


Grafikon 4.6. „Kako ste se osjećali u tom trenutku?“

Izvor: Autor V.R.

Grafikon 4.6. prikazuje rezultate na pitanje “Kako ste se osjećali u tom trenutku?“ na koje je 146 (56,8%) sudionika naveli da se osjećalo preplašeno, 86 (33,5%) osjećalo se tjeskobno, 95 (37%) sudionika se osjećalo jadno, 13 (5,2%) sudionika se osjećalo ljuto, 5 (2%) sudionika se osjećalo nemoćno, 5 (2%) sudionika se osjećalo smireno, dok njih 8 (3,2%) navodi da ne zna kako su se osjećali u toj situaciji.

10. Na koji način ste reagirali na agresiju?



Grafikon 4.7. „Na koji način ste reagirali na agresiju?“

Izvor: Autor V.R.

Na deseto pitanje “Na koji način ste reagirali na agresiju?“ 186 (72,4%) sudionika se pokušalo maknuti iz takve situacije, 30 (11,7%) osoba je uzvratilo agresivnim ponašanjem na agresiju, 51 (19,8%) nije reagiralo na agresiju, 24 (9,6%) sudionika je pokušalo smiriti osobu, dok je 7 (2,8%) osoba zvalo pomoć.

11. Jeste li upoznati s terminom deeskalacijska tehnika?

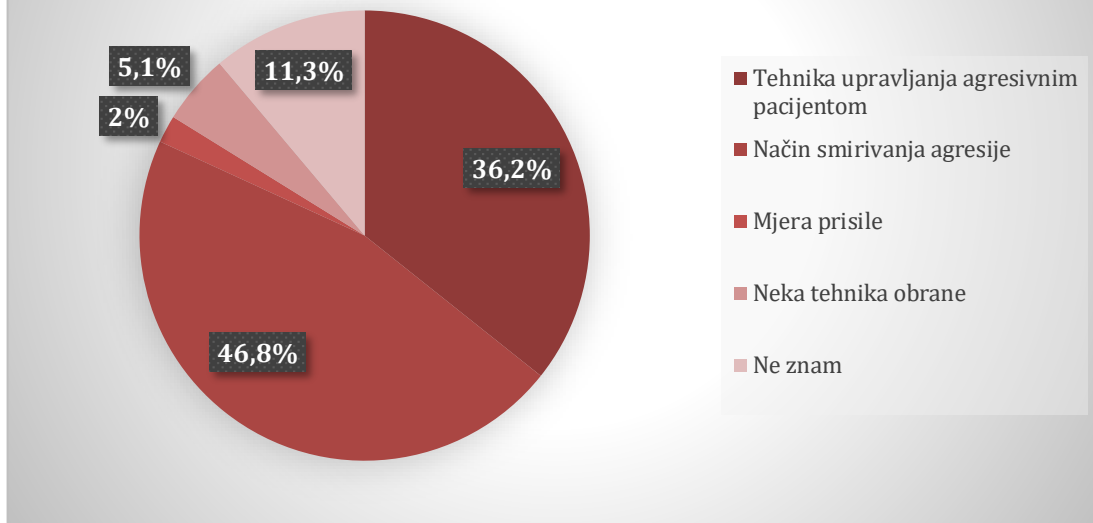


Grafikon 4.8. „Jeste li upoznati s terminom deeskalacijska tehnika?“

Izvor: Autor V.R.

Na pitanje o poznavanju termina deeskalacijske tehnike većina sudionika 136 (52,9%) odgovara da nije upoznata se terminom deeskalacijska tehnika, njih 121 (47,1%) odgovara da je upoznat se terminom.

12. Što je po Vama deeskalacijska tehnika?

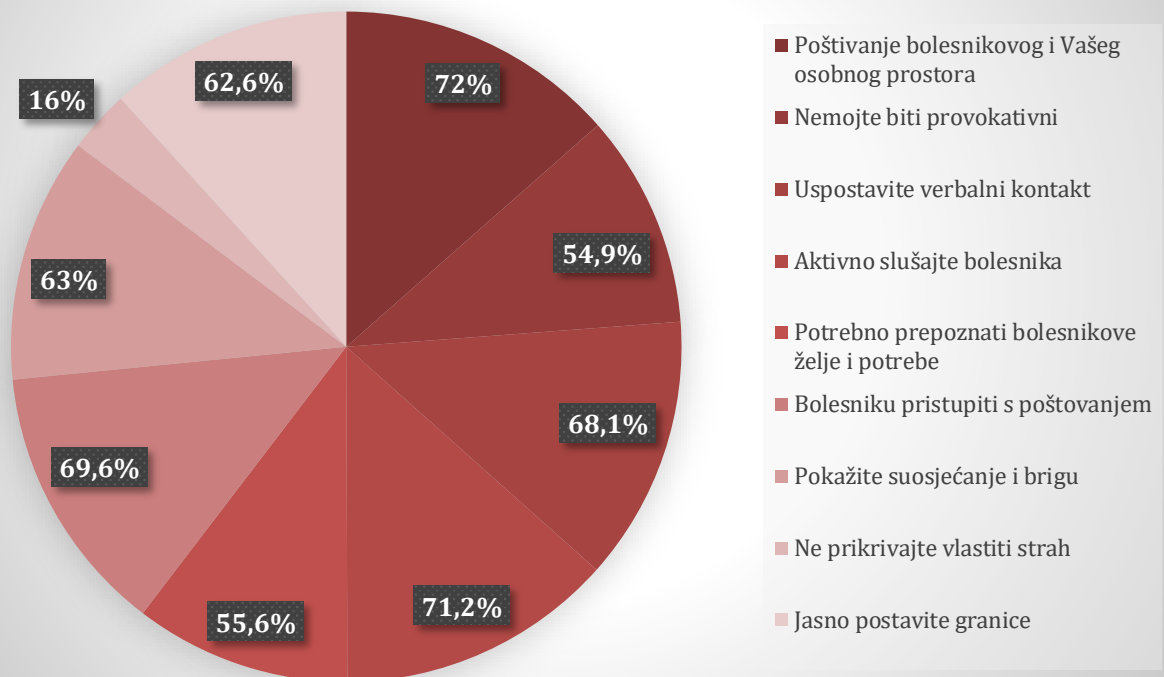


Grafikon 4.9. „Što je po Vama deeskalacijska tehnika?“

Izvor: Autor V.R.

Na dvanaesto pitanje „Što je po Vama deeskalacijska tehnika?“ 93 (36,2%) sudionika navelo je točan odgovor da je to tehnika upravljanja agresivnim pacijentom, 117 (46,8%) sudionika navodi da je to način smirivanja agresije, 5 (2%) osoba je reklo da su to mjere prisile, 13 (5,1%) sudionika da je to neka tehnika obrane dok 29 (11,3%) sudionika navodi da ne zna što je deeskalacijska tehnika.

13. Koji od principa deeskalacijske tehnike ste u svom radu koristili?



Grafikon 4.10. „Koji od principa deeskalacijske tehnike ste u svom radu koristili?“

Izvor: Autor V.R.

Na trinaesto pitanje „Koji od principa deeskalacijske tehnike ste u svom radu koristili?“ sudionici su mogli odabrati jedan ili više odgovora (principa deeskalacijske tehnike). Većina sudionika je odgovorila da u radu koriste principe deeskalacijske tehnike. *Poštivanje bolesnikovog i Vašeg osobnog prostora* je navelo 187 (72%) sudionika. *Nemojte biti provokativni* je navelo 141 (54,9%) sudionik. *Uspostavite verbalni kontakt* je navelo 175 (68,1%) sudionika. *Aktivno slušajte bolesnika* je navelo 183 (71,2%) sudionika. Da je *potrebno prepoznati bolesnikove želje i potrebe* navodi 143 (55,6%) sudionika, a da *bolesniku treba pristupiti s poštovanjem* navodi 179 (69,6%) sudionika, a gotovo isti broj sudionika 162 (63%) u kontaktu sa agresivnom osobom sudionika *pokazuju suosjećanje i brigu*, 161 (62,6%) sudionika navodi da treba *jasno postaviti granice*, 41 (16%) sudionik *ne prikriva vlastiti strah*.

14. Smatrate li da je lako upravljati agresivnim pacijentom?

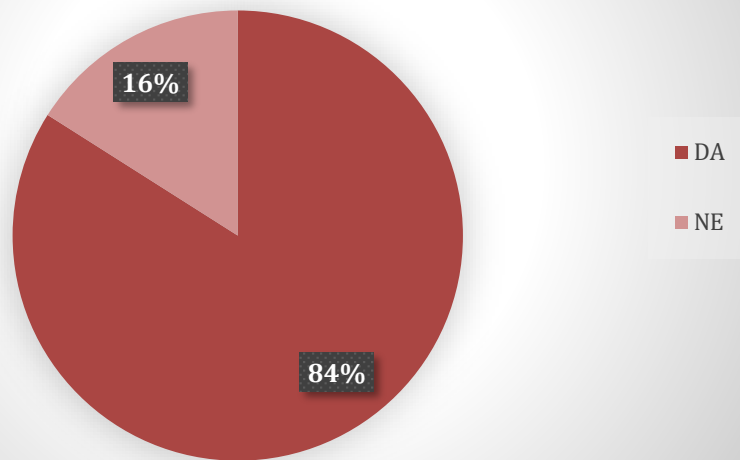


Grafikon 4.11. „Smatrate li da je lako upravljati agresivnim pacijentom?“

Izvor: Autor V.R.

Na četrnaesto pitanje “Smatrate li da je lako upravljati agresivnim pacijentom?“ većina sudionika 250 (97,3%) navodi da smatra da nije lako upravljati agresivnim pacijentom, dok 7 (2,7%) sudionika smatra da je lako upravljati agresivnim pacijentom.

15. Jeste li se susreli s mjerama prisile? (sputavanje, sekluzija)



Grafikon 4.12. Jeste li se susreli s mjerama prisile? (sputavanje, sekluzija)

Izvor: Autor V.R.

Većina sudionika, njih 216 (84%) se susrelo s mjerama prisile, dok 41 (16%) sudionik navodi da se nije susreo s mjerama prisile.

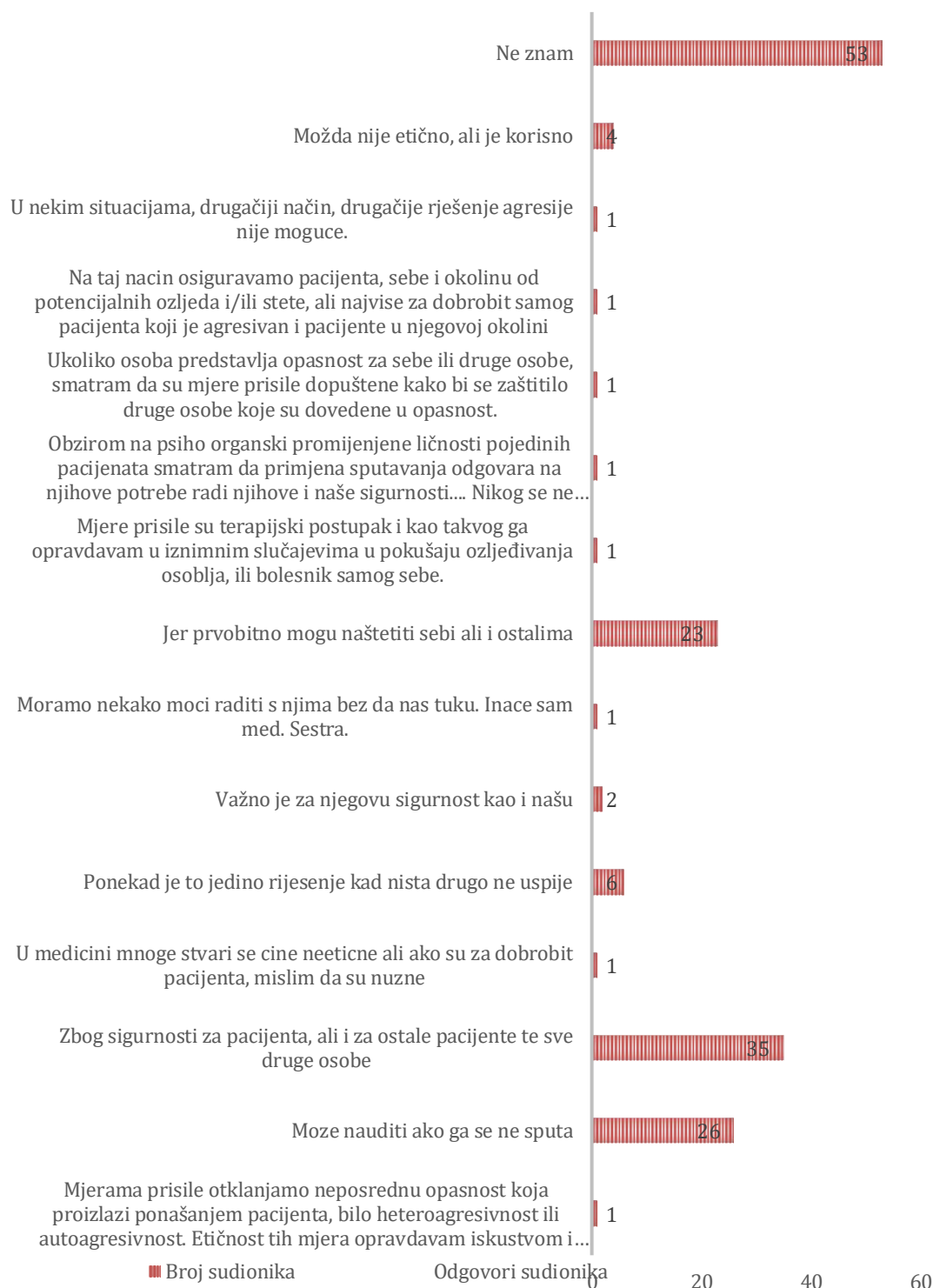
16. Smatrate li etičnim koristiti mjere prisile kod agresivne osobe?



Grafikon 4.13. „Smatrate li etičnim koristiti mjere prisile kod agresivne osobe?“ Izvor:
Autor V.R.

Na pitanje o etičnosti korištenja mjera prisile kod agresivne osobe 177 (68,9%) sudionika smatra da je etično, dok njih 27 (10,5%) navodi da nije etično koristiti mjere prisile, a 53 (20,6%) sudionika navode da ne znaju.

17. OBRAZLOŽITE VAŠ ODGOVOR NA PRETHODNO PITANJE



Grafikon 4.14. „Obrazložite Vaš odgovor na prethodno pitanje.“

Izvor: Autor V.R.

Kvalitativnom analizom obrazloženja odgovora na pitanje o moralnosti primjene mjera prisile dobiveni su podaci koji ukazuju na najčešće navedena obrazloženja: Od 257 sudionika 101 sudionik (39,3%) nije navela obrazloženje za mišljenje o etičnosti sputavanja. Sudionika koji navode da ne znaju je bilo 53 (20,6%). Najveći broj osoba od 103 (40,1%) koji su dali odgovor 35 (33,9%) osoba navodi: „Zbog sigurnosti za pacijenta, ali i za ostale pacijente te sve druge osobe“, 26 (25,2%) sudionika navodi „Može nauditi ako ga se ne sputa“. „Jer prvobitno mogu naštetiti sebi ali i ostalima.“ odgovor je 23 (22,3%) sudionika.

„Ponekad je to jedino rješenje kad ništa drugo ne uspije“ navodi 6 (5,8%) sudionika. „Možda nije etično, ali je korisno.“; navod je 4 (3,8%) sudionika. „Važno je za njegovu sigurnost kao i našu“, odgovorili su 2 (1,9%) sudionika. Od preostalih navoda istaknuo se 1 (0,9%) navod: „U medicini mnoge stvari se čine neetične ali ako su za dobrobit pacijenta, mislim da su nužne“.

5. Diskusija

Za potrebe ovog završnog rada konstruirana je anketa kojom smo nastojali dobiti što više podataka o agresiji, načinu na koji smanjiti agresiju, postupcima koji nam u tome pomažu te poznavanju kontrole agresivnog pacijenta. Većina sudionika 245 (95,3%) bila je zdravstvene struke što je utjecalo i na same rezultate. Većina 247 (88,5%) sudionika prepoznaje definiciju agresije dok je manji broj sudionika 32 (11,5%) naveo definiciju nasilja. Prema rezultatima provedenog istraživanja većina 107 (41,6%) točno navodi vrste agresije. Zanimljiv broj sudionika 5 (1,9%) navodi da se nije susreo s agresijom. Sudionici su iznijeli razne osjećaje kod susreta s agresijom, pri čemu se najviše sudionika se u tom trenutku osjećala preplašeno 146 (56,8%) sudionika, 86 (33,5%) osjećalo se tjeskobno, 95 (37%) sudionika se osjećalo jadno, 13 (5,2%) sudionika se osjećalo ljuto, 5 (2%) sudionika se osjećalo nemoćno, 5 (2%) sudionika se osjećalo smireno, dok njih 8 (3,2%) navodi da ne zna kako su se osjećali u toj situaciji. Agresivne osobe doživljavamo i kao potencijalno opasne pa nas stoga ne treba čuditi da 186 (72,4%) osoba nastoji izaći iz takve situacije.

Većinu sudionika istraživanja činili su zdravstveni djelatnici 245 (95,3%) ali unatoč tome 136 (52,9%) sudionika navodi da ne poznaje tehniku upravljanja agresivnim pacijentom. Ovakav rezultat ukazuje na dodatnu potrebu edukacije o radu s agresivnim pacijentima. Bez obzira što se često misli da je poznavanje rada s agresivnim pacijentima primarno vezano za djelatnike na psihijatrijskim odjelima, pacijenti s agresivnim ponašanjem liječe se i na svim ostalim odjelima. Na povećanu agresivnost može utjecati konzumacija alkohola ili drugih psihoaktivnih supstancija, prethodni nasilni ispadi prema ljudima ili predmetima, slušne imperativne obmane i paranoidnost, BAP, razdražljiva manija, katatona agitacija, agitirana depresija, agresivni poremećaj osobnosti.

Iako sudionici ne poznaju 136 (52,9%) tehniku upravljanja agresivnim pacijentom, naveli su da koriste neke principe deeskalacijske tehnike u svom radu. Tome u prilog govore odgovori sudionika koji su na pitanje „Koje od principa deeskalacijske tehnike ste u svom radu koristili?“ *Poštivanje bolesnikovog i Vašeg osobnog prostora* je navelo 187 (72%) sudionika. *Nemojte biti provokativni* je navelo 141 (54,9%) sudionik. *Uspostavite verbalni kontakt* je navelo 175 (68,1%) sudionika. *Aktivno slušajte bolesnika* je navelo 183 (71,2%) sudionika. *Da je potrebno prepoznati bolesnikove želje i potrebe* navodi 143 (55,6%) sudionika, a *da bolesniku treba pristupiti s poštovanjem* navodi 179 (69,6%) sudionika, a gotovo isti broj sudionika 162 (63%) u kontaktu sa agresivnom osobom sudionika *pokazuju suosjećanje i brigu*, 161 (62,6%) sudionika navodi da treba jasno

postaviti granice, 41 (16%) sudionik *ne prikriva vlastiti strah*. Većina sudionika 250 (97,3%) slaže se sa tvrdnjom da nije lako upravljati agresivnim pacijentom.

Također su se susreli s mjerama prisile. Smatraju ih etičnim za koristiti 177 (68,9%) sudionika, dok njih 27 (10,5%) navodi da nije etično koristiti mjere prisile, a 53 (20,6%) sudionika navode da ne znaju.

Od 257 sudionika 101 sudionik (39,3%) nije navela obrazloženje za mišljenje o etičnosti sputavanja. Sudionika koji navode da ne znaju je bilo 53 (20,6%). Najveći broj osoba od 103 (40,1%) koji su dali odgovor, obrazlažu da 35 (33,9%) osoba navodi „*Zbog sigurnosti za pacijenta, ali i za ostale pacijente te sve druge osobe*“, 26 (25,2%) sudionika navodi „*Može nauditi ako ga se ne sputa*“. „*Jer prvobitno mogu naštetiti sebi ali i ostalima.*“ odgovor je 23 (22,3%) sudionika.

„*Ponekad je to jedino rješenje kad ništa drugo ne uspije*“ navodi 6 (5,8%) sudionika. „*Možda nije etično, ali je korisno.*“; navod je 4 (3,8%) sudionika. „*Važno je za njegovu sigurnost kao i našu*“, odgovorili su 2 (1,9%) sudionika. Od preostalih navoda 1 (0,9%) navodi: „*U medicini mnoge stvari se čine neetične ali ako su za dobrobit pacijenta, mislim da su nužne*“.

6. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove i upućenost djelatnika zdravstvene i nezdravstvene struke, o agresiji i intervencijama za upravljanje agresijom, informiranost i mišljenja o radu s agresivnim pacijentom i korištenja metoda sputavanja. U istraživanju koje je provedeno od 17.03.2021. do 02.04.2021. g. Većina sudionika bila je zdravstvenih djelatnika 245 (95,3%). Sudionici 247 (88,5%) prepoznaju definiciju agresije. Prema rezultatima provedenog istraživanja većina 107 (41,6%) točno navodi vrste agresije. Zanimljivo je da je samo 5 (1,9%) sudionika navodi da se nije susreo s agresijom. Iako sudionici ne poznaju 136 (52,9%) tehniku upravljanja agresivnim pacijentom, naveli su da koriste neke principe deeskalacijske tehnike u svom radu. Većina sudionika 250 (97,3%) slaže se sa tvrdnjom da nije lako upravljati agresivnim pacijentom. Rezultati također navode da većina ne razlaže etičnost mjera. Od 257 sudionika 101 sudionik (39,3%) nije navela obrazloženje za mišljenje o etičnosti sputavanja. Sudionika koji navode da ne znaju je bilo 53 (20,6%). Broj osoba, od 257 sudionika, koji su iznijeli mišljenje o etičnosti mjera 97 (37,7%) sudionika .

Rezultati istraživanja upućuju na nedovoljnu educiranost zdravstvenih djelatnika o komunikaciji i ponašanju s agresivnim pacijentima te ukazuje na dodatnu potrebu edukacije i usavršavanja. Bez obzira na to na kojem odjelu će raditi medicinska sestra ili tehničar, agresivne situacije nije moguće izbjeći te je stoga edukacija važna.

7. Literatura

- [1] S. Štrkalj-Ivezić: Život bez stigme psihičke bolesti, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
- [2] D. Moravek: Psihijatrija za medicinske škole, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
- [3] B. Muk: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Školska knjiga, Zagreb, 2014.
- [4] <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/37/agresija.htm>
- [5] V. Jukić, A. Savić: Psihološko-psihijatrijski aspekt nasilja: Socijalna psihijatrija, vol. 42, br. 2, 2014, str. 102-108.
- [6] V. Buljubašić Kuzmanović, et al.: Ispitivanje učestalosti verbalne agresije kod djece i mladeži: Život i škola, vol. LV, br. 22, 2009, str. 116-141.
- [7] J. Prološčić, et al.: Intenzivna psihijatrijska skrb – hitna stanja u psihijatriji: Medicina Fluminensis, vol. 49, br. 4, 2013, str. 463-467.
- [8] M. Sisek-Šprem, V. Jukić, Z. Petrović, M. Milošević, P. Bilić: Klinička slika kao mogući prediktor agresivnosti bolesnika sa shizofrenijom: Socijalna psihijatrija vol. 43, br. 1, 2015, str. 0-11
- [9] M. Žilić, J. Janković: Nasilje: Socijalne teme, vol. 1, br. 3, 2016, str. 67-87.
- [10] D. Pavelić: Razvoj teorijskog koncepta pojma agresije (reprint) Duška Blažević (1920. – 1981.) prisjećanje, ponavljanje i prorada: Psihoterapija, vol. 30, br. 1, 2016, str. 4-16.
- [11] M. Mejvošek: Povezanost između nekih osobnih obilježja osuđenih za kaznena djela razbojstva i razbojničke krađe i prognoze uspjeha resocijalizacije: Kriminologija & socijalna integracija, vol. 3, br. 1, 1995, str. 21-35.
- [12] J. Juul: Agresivnost! Novi i opasan tabu?, Harfa, Split, 2018.
- [13] J. Rumpf: Vikati, udarati, uništavati, Naklada slap, Jastrebarsko, 2006.
- [14] F. Petermann, U. Petermann: Trening s agresivnom djecom, Naklada slap, Jastrebarsko, 2010.
- [15] C. A. Essau, J. Conradt: Agresivnost u djece i madeži, Naklada slap, Jastrebarsko, 2006.
- [16] L. De Jager, M. Deneyer, R. Buyl, S. Roelandt, R. Pacqueu & D. Devroey: Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: physician characteristics and aggression types, *BMJ Open* 2019, 9(12), e025942.
- [17] <https://edu.hkms.hr/course/view.php?id=51#section-0>
- [18] S. Spencer, P. Johnson & I. C. Smith: De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults: The Cochrane database of systematic reviews, 2018, 7(7), CD012034
- [19] Š. Jengiće, V. Katalinić, S. Katalinić: Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji: Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, vol. 38, br. 3, 2017, str. 1225-1237.
- [20] J.R.F. Esther, P. Delespaul: Monitoring risk assessment on an acute psychiatric ward: Effects on aggression, seclusion and nurse behaviour: *PloS one*, 2020;15(10):e0240163.

- [21] <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/443/1/KnezovicDaliborka.pdf>
- [22] Z. Kušević, M. Melša: Agresivnost kod djece i adolescenata: Socijalna psihijatrija, vol. 45, br. 2, 2017, str. 105-116.
- [23] <http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2017/03/Strategija-prevencije-agresivnosti.pdf>
- [24] X. Kersting, S. Hirsch, & T. Steinert: Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 2019, 10, str. 400
- [25] A. Scull: Ludilo u civilizaciji, Sandorf, Zagreb, 2018.
- [26] M. Chieze, S. Hurst, S. Kaiser & O. Sentissi: Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 2019, 10, str. 491
- [27] C. Zheng, et al.: Ethical consideration on use of seclusion in mental health services: *International journal of nursing sciences*, vol. 7, br. 1, 2019, str. 116-120.
- [28] https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
- [29] A. E. Cullen, et al.: Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services: *Epidemiology and psychiatric sciences*, vol. 27, br. 1, 2018, str. 51-61.
- [30] B. S. Barnett et al.: Factors associated with the use of seclusion in an inpatient psychiatric unit in Lilongwe, Malawi: *Malawi medical journal*, vol. 30, br.3, 2018, str. 197-204.
- [31] W. Haugom, E., Ruud, T. & Hynnekleiv: Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals: *BMC health services research*, 2019, 19(1), str. 879
- [32] Ministarstvo zdravlja, Narodne novine, Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, NN 16/2015, br. dokumenta 303, 11.02.2015.
- [33] M. Fereidooni Moghadam, M. Fallahi Khoshknab & M. Pazargadi: Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint, A Qualitative Study: *International journal of community based nursing and midwifery*, 2014, 2(1), str. 20-30
- [34] J. Ye, et al.: Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis: *International journal of nursing sciences*, vol. 6, br. 3, 2019, str. 343-348.
- [35] R. Eynn: The use of physical restraint in Norwegian adult psychiatric hospitals: *Psychiatry journal*, vol. 10, br. 3, 2015, str. 1-19.
- [36] D. Degmečić: Hitna stanja u psihijatriji: *Medicus*, vol. 26, br. 2, 2017, str. 199-204.
- [37] L. M. Robins, D. A. Lee, J. S. Bell, V. Srikanth, R. Möhler, K. D. Hill & T. P. Haines: Definition and measurement of physical and chemical restraint in long-term care: A Systematic Review: *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18(7), 3639.

- [38] Woldekirkos, Lielt Mersha et al.: “Knowledge, Attitude, and Practice of Nurses Working in the Adult Intensive-Care Unit and Associated Factors towards the Use of Physical Restraint in Federally Administered Hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A Multicenter Cross-Sectional Study.” *Critical care research and practice*, vol. 2021 5585140. 24 May. 2021
- [39] R. Jalil, J. W. Huber, J. Sixsmith, G. L. Dickens: Mental health nurses’ emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey: *International Journal of Nursing Studies*, vol. 75, br. 7, 2017, str. 130-138.
- [40] Abderhalden, Christoph et al.: “Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist, instrument development and clinical application”: *BMC psychiatry*, 2006, vol. 6, str. 17.
- [41] P. Woods, & R. Almvik: The Brøset violence checklist (BVC): *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 2012, 412, str. 103–105
- [42] S. C. Yudofsky, J. M. Silver, W. Jackson, J. Endicott & D. Williams: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression: *The American journal of psychiatry*, 1986, 143(1), str. 35–39
- [43] 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 Serv Res*, 2018, 18, str. 335

8. Prilozi

8.1. Popis slika

Slika 1.2.1. Stolica za ljuljanje i trankvilizator,

Izvor: <https://core.ac.uk/download/pdf/197791174.pdf> (24.08.2021.).....5

Slika 1.2.3.1. Prikaz metode sputavanja magnetnim remenjem,

Izvor: <https://bauerfeind.hr/proizvodi/rehabilitacija/oprema-bolesnicku-sobu/> (24.08.2021.).....7

Slika 1.5.1. Brøset Violence Checklist,

Izvor: https://www.researchgate.net/publication/11302929_The_Broset_violence_checklist_BVC (26.08.2021.).....11

8.2. Popis tablica

Tablica 4.1. Ukupne sociodemografske karakteristike uzorka , *Izvor: Autor V.R.*

8.3. Popis grafikona

Grafikon 4.2. „Jeste li se susreli s terminom agresija?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.3. „Što je prema Vašem mišljenju agresija?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.4. „Možete li nabrojati neke vrste agresije?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.5. „Je li netko prema Vama bio agresivan?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.6. „Kako ste se osjećali u tom trenutku?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.7. „Na koji način ste reagirali na agresiju?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.8. „Jeste li upoznati s terminom deeskalacijska tehnika?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.9. „Što je po Vama deeskalacijska tehnika?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.10. „Koji od principa deeskalacijske tehnike ste u svom radu koristili?“,

Izvor: Autor V.R.

Grafikon 4.11. „Smatrate li da je lako upravljati agresivnim pacijentom?“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.12. Jeste li se susreli s mjerama prisile? (sputavanje, sekluzija)“, *Izvor: Autor V.R.*

Grafikon 4.13. „Smatrate li etičnim koristiti mjere prisile kod agresivne osobe?“,

Izvor: Autor V.R.

Grafikon 4.14. „Objasnite Vaš odgovor na prethodno pitanje.“, *Izvor: Autor V.R.*

8.4. Prilog 1- anketni upitnik

Poštovani,

za potrebe istraživanja u svrhu završnog rada na preddiplomskom studiju Sestrinstva Sveučilišta Sjever, Varaždin, izrađen je upitnik na temu "*Agresivni bolesnik i metode sputavanja*" pod mentorstvom Andreje Bogdan dipl. psih. Upitnik je anonim i dobrovoljan te se sastoji od 17 pitanja, a rezultati će se isključivo koristiti u svrhu izrade završnog rada. Unaprijed zahvaljujem na uloženom vremenu i sudjelovanju.

Valentina Ribić, studentica 3.godine preddiplomskog studija Sestrinstva, Sveučilišta Sjever.

1.Spol? *

M

Ž

2.Vaša dob? *

18-30

30-40

>40

3.Vaša razina obrazovanja? *

Srednja stručna sprema

Viša stručna sprema

Visoka stručna sprema

4.Vaše zanimanje pripada? *

Zdravstvenoj struci

Nezdravstvenoj struci

5.Jeste li se susreli s terminom agresija? *

Da

Ne

6.Što je prema Vašem mišljenju agresija? *

Svako ponašanje koje potencijalno može naštetiti ljudima ili predmetima

Fizički napad s namjerom da se naudi

Ne znam

7. Možete li nabrojati neke vrste agresije? *

8. Je li netko prema Vama bio agresivan? *

Da

Ne

9. Kako ste se osjećali u tom trenutku? *

Preplašeno

Tjeskobno

Jadno

Ostalo:

10. Na koji način ste reagirali na agresiju? *

Pokušao/la sam se maknuti

Uzvratio/la sam

Nisam reagirao/la

Ostalo:

11. Jeste li upoznati s terminom deeskalacijska tehnika? *

Da

Ne

12. Što je po Vama deeskalacijska tehnika? *

13. Koje od principa deeskalacijske tehnike ste u svom radu koristili? *

poštivanje bolesnikovog i vašeg osobnog prostora

nemojte biti provokativni

uspostavite verbalni kontakt

aktivno slušajte bolesnika

potrebno prepoznati bolesnikove želje i osjećaje

bolesniku pristupiti s poštovanjem
pokažite suosjećajnost i brigu
ne prikrivajte vlastiti strah
jasno postavite granice

14.Smatrate li da je lako upravljati agresivnim pacijentom? *

Da

Ne

15.Jeste li se susreli s mjerama prisile? (sputavanje, sekluzija) *

Da

Ne

16.Smatrate li etičnim koristiti mjere prisile kod agresivne osobe? *

Da

Ne

Ne znam

17.Obrazložite Vaš odgovor na prethodno pitanje. *

8.5. Prilog 2 – izjava o autorstvu

Sveučilište Sjever

+

SVEUČILIŠTE
SIEVER

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, Valentina Ribić, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom Agresivni bolesnik i metode sputavanja te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Valentina Ribić
Valentina Ribić
(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, Valentina Ribić, neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom Agresivni bolesnik i metode sputavanja čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Valentina Ribić
Valentina Ribić
(vlastoručni potpis)