

Proces zdravstvene njege u forenzičkoj psihijatriji

Wagner, Karlo

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:266383>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-20**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE U FORENZIČKOJ
PSIHIJATRIJI**

Završni rad br. 99/SES/2022

Karlo Wagner

Bjelovar, travanj 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Karlo Wagner**

JMBAG: 0314014520

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege u forenzičkoj psihijatriji**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl. med. techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ksenija Eljuga, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl. med. techn., mentor**
3. **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 99/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Objasniti važnost poznavanja osobitosti forenzičke psihijatrije i područja koje istražuje.
2. Prikazati Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.
3. Opisati kazneno pravo te protokol s bolesnicima koji su u trenutku počinjenja kaznenog djela bili neuračunljivi radi pozadine svoje bolesti.
4. Opisati liječenje forenzičkih bolesnika.
5. Prikazati proces zdravstvene njege u forenzičkoj psihijatriji.
6. Objasniti važnost uloge prvostupnika sestrinstva prilikom vještačenja u psihijatriji i liječenju forenzičko psihijatrijskih bolesnika.

Datum: 18.10.2022. godine

Mentor: **Tamara Salaj, dipl. med. techn.**



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici Tamari Salaj, dipl. med. techn. na pomoći, suradnji, kvalitetnom vodstvu te korisnim savjetima i sugestijama tijekom pisanja ovog završnog rada. Također se zahvaljujem svojim radnim kolegama koji su uvijek bili na raspolaganju. Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji na bezuvjetnoj podršci tijekom studiranja.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE	3
4. FORENZIČKA PSIHIJARIJA	4
4.1. Mjere prisile.....	5
5. ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA.....	7
6. NAČELA ZDRAVSTVENE NJEGE PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA	10
7. LIJEČENJE FORENZIČKIH BOLESNIKA.....	13
7.1. Psihofarmakoterapija	13
7.2. Psihoterapija	15
7.3. Socioterapijske metode.....	16
8. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE FORENZIČKIH BOLESNIKA	18
8.1. Sestrinske dijagnoze	19
9. RASPRAVA.....	26
10. ZAKLJUČAK	28
11. LITERATURA.....	29
12. OZNAKE I KRATICE.....	31
13. SAŽETAK.....	32
14. SUMMARY	33
15. PRILOZI.....	34

1. UVOD

Forenzička psihijatrija je grana psihijatrije koja egzistira još od samih početaka znanstvene psihijatrije [1]. To je znanstvena disciplina koja prati razvoj psihijatrije, a ujedno i zakonodavne promjene te se primjenjuje i u pravnim sadržajima. Psihijatrija je doživjela znatne promjene od vremena Pinela, kako u razumijevanju etiologije duševnih poremećaja, tako i u odnosu društva prema duševnim bolesnicima i liječenju istih [1]. Liječenje forenzičko-psihijatrijskih bolesnika provodi se u četiri psihijatrijske bolnice u Republici Hrvatskoj (RH): Popovača, Vrapče, otok Rab, otok Ugljan, dok se liječenje ovisnika o alkoholu i drogama provodi u psihijatrijskim ustanovama i zatvorskim sustavima [2].

Suvremena psihijatrija dosegla je bitne spoznaje o prirodi pojedinih mentalnih poremećaja, njihovih uzroka, prognoza kliničkih očitovanja i ishoda, a najznačajnije je unaprjeđenje metoda liječenja i pristupa oboljelima u skladu sa Zakonom i pisanim normama [1]. Područje kaznenog prava je temeljni segment u forenzičkoj psihijatriji, budući da se ostvaruju obilježja kaznenog djela, zbog čega se često nameće potreba za vještačenjem psihijatrijskih bolesnika kako bi se utvrdila njihova neubrojivost u kaznenom postupku, odnosno njihova nesposobnost shvaćanja počinjenog djela i nemogućnost upravljanja vlastitim postupcima [2]. Na odjelima forenzičke psihijatrije liječe se osobe koje su se zbog duševne bolesti, nedovoljnog duševnog razvoja ili koje druge teške duševne smetnje, sukobile s pozitivnim normama iz pojedinih područja prava: kaznenog, obiteljskog, građanskog, radnog [1].

Liječenje forenzičko-psihijatrijskih bolesnika je vrlo zahtjevno i odgovorno te se sastoji od više različitih tretmana. Uz medikamentozno liječenje provodi se psihoterapija i druge različite socioterapijske aktivnosti u svrhu resocijalizacije i rehabilitacije bolesnika. Forenzička psihijatrija intenzivno surađuje s drugim srodnim psihijatrijskim, ali i pravosudnim institucijama. Potrebno je naglasiti interdisciplinarnost u postupku i shvaćanju socijalne patologije kriminaliteta, aspektima vještačenja i tretmanu [2,3]. Procesom zdravstvene njege rješavaju se problemi utemeljeni na znanju, sustavnosti, racionalnosti i logici, a on podrazumijeva pristup otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema na području zdravstvene njege. Ključni čimbenik u procesu zdravstvene njege je "problem", a on predstavlja svako stanje koje odstupa od poželjnog ili normalnog i zahtijeva intervencije medicinske sestre [3].

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je objasniti važnost poznavanja osobitosti forenzičke psihijatrije, područja koje istražuje, kao što je kazneno pravo te protokol s bolesnicima koji su u trenutku počinjenja kaznenog djela bili neuračunljivi radi pozadine svoje bolesti. Također se želi ukazati na važnost uloge prvostupnika sestrinstva prilikom vještačenja u psihijatriji te liječenju forenzičko-psihijatrijskih bolesnika, uz poseban osvrt na proces zdravstvene njege, s naglaskom na sestrinske dijagnoze i intervencije.

3. METODE

Tijekom pisanja završnog rada korištena je raspoloživa literatura (knjige, znanstveni časopisi, stručni internetski članci) povezani s temom forenzičke psihijatrije i procesa zdravstvene njege bolesnika. Odgovarajuća literatura preuzeta je sa znanstvenih platformi, kao što su Science Direct, Google Znalac, Pub Med, Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa - Hrčak. Ključne riječi korištene tijekom pretraživanja literaturnih izvora su: forenzika, psihijatrija, bolesnik, prvostupnik/ca sestinstva, proces zdravstvene njege.

4. FORENZIČKA PSIHIJARIJA

Forenzička psihijatrija u najširem smislu uključuje sva psihijatrijska područja koja su bilo kojim načinom povezana s teorijskim ili praktičnim dimenzijama pravnog sustava na globalnoj razini. To je grana medicine koja se razvila već s početkom psihijatrije u znanstvenoj eri [1,2]. Prilikom rješavanja sudskih slučajeva uočena je sve veća potreba za znanjem na području medicine, pa se tako forenzička psihijatrija sve do danas razvija i istovremeno dovodi i do razvoja sudske medicine [3]. Poima se kao granična točka između prava i psihijatrije, proučava psihijatrijske poremećaje i njihov odnos prema pravu. Forenzička psihijatrija se aktivno bavi psihički oboljelim osobama koje su zbog svoje bolesti ušle u sukob s pravnim normama. Do povrede normi može doći u različitim područjima prava, poput obiteljskog, radnog, građanskog ili kaznenog prava. Kazneno pravo zauzima najznačajnije mjesto u forenzičkoj psihijatriji [4]. Unatoč tome što se u povijesti bavila isključivo duševnim poremećajima i kaznenim djelima, danas veću ulogu ima u dijagnosticiranju i liječenju duševnih bolesnika, u bolnicama, zatvorima ili zajednici. Koristi se različitim vještinama koje provode stručnjaci, kompetentni za liječenje forenzičkih bolesnika. Individualnim pristupom pojedincu forenzička psihijatrija postaje interdisciplinarna znanost [3,4].

Kada se govori o forenzici općenito, jedan od najčešće korištenih termina je vještačenje. Vještačenje se ne provodi isključivo u svrhu dokazivanja neubrojivosti počinitelja kaznenog djela, već i radi procjene njegove opasnosti za sebe i okolinu te preporuke za forenzičko liječenje [4]. Utemeljenim Zakonom o zaštiti osoba s duševnim poremećajima, psihijatrijski bolesnici dobivaju poseban status u zaštiti slobode i ljudskih prava. Temeljna zadaća forenzičke psihijatrije je povećati kvalitetu uvođenja novih zakonskih okvira u već određenu praksu vještačenja i kompletne forenzičke obrade [5]. Forenzička psihijatrija u RH djeluje sukladno suvremenim svjetskim standardima u liječenju duševnim bolesnika, počiniteljima kaznenih djela. Razvoj ove znanstvene discipline započeo je proučavanje mentalnog zdravlja osoba koje su počinile kaznena djela te od tada nastoji utvrditi njihovu odgovornost pred sudom [4].

Kroz psihijatrijsko vještačenje obuhvaćena je procjena ubrojivosti i opasnosti počinitelja kaznenog djela, a po utvrđivanju počiniteljeva stanja, traži se preporuka psihijatra za daljnje liječenje i smještaj u predviđenu ustanovu. S obzirom na to da graniči sa psihijatrijom i pravom, sve su češće prisutne etičke dvojbe u radu s bolesnicima [3]. Etika u forenzici se temelji na istini, poštivanju osobe i svih njezinih prava, iako mnogi stručnjaci smatraju kako je dužnost prema pravnom sustavu u prednosti pred terapijskim ciljevima medicinske struke. U radu s forenzičkim

bolesnicima teško je, ali neophodno biti objektivan i racionalan, a to se posebno odnosi na specijaliste psihijatrije koji ordiniraju liječenje. Psihijatrijski vještaci moraju posjedovati znanje iz psihijatrije, prava i etike kako bi u potpunosti ispunili svoju odgovornost [4]. Bolesnici su često agitirani, što dodatno otežava cijeli proces za medicinski tim koji mora biti u potpunosti spreman na takve intervencije, koje ponekad uključuju i mjere prisile. Mjera prisile je termin koji obuhvaća sredstva i metode uz pomoć kojih se u psihijatrijskoj ustanovi ograničava fizička sloboda bolesnika s duševnim smetnjama [5,6]. Bolesnik svojim agresivnim ponašanjem može potencijalno ugroziti sebe i druge unutar svoje okoline, stoga takvo destruktivno ponašanje mora biti pod nadzorom. Mjera prisile može biti fiksacija (tjelesno sputavanje) i izolacija (odvajanje) [6]. Ovakvi postupci se provode onda kada je drugim oblicima nemoguće ostvariti adekvatnu suradnju s bolesnikom i zaustaviti neželjeno ponašanje.

Liječenje nebrojivih osoba zbog redukcije neželjenih ishoda sud određuje prisilno liječenje na odjelima forenzičke psihijatrije. Takvi bolesnici nisu kazneno odgovorni, ali su procijenjeni opasnim za sebe i okolinu [6]. Duševni bolesnici nisu u mogućnosti izboriti se za svoja prava niti prosuditi vlastiti interes, a još k tome svojim ponašanje ugrožavaju svoje zdravlje, kao i život i sigurnost drugih. Slijedom navedenog, prisilan smještaj je opravdan i odgovarajuć te se provodi u psihijatrijskim ustanovama ili zatvorskim ustanovama, ovisno o odluci suda. Prisilan smještaj mora biti odobren od suda i utemeljen na Ustavu. Kompletan tijek liječenja određen je Zakonom te podvrgnut redovnoj sudskoj kontroli kako bi se utvrdilo stanje bolesnika i eventualne izmjene [4,5].

4.1. Mjere prisile

Sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, o primjeni mjera prisile odlučuje liječnik psihijatar, kao posljednju mjeru, kada su sve druge prethodno poduzete, a učinak nije postignut. Iznimno u stanjima hitnosti, prilikom njegove odsutnosti, tu odluku može donijeti doktor medicine neke druge specijalnosti ili medicinske sestre/tehničari, a pritom su obavezni o tome obavijestiti psihijatra. Medicinske sestre/tehničari mogu odlučiti o primjeni mjera prisile isključivo u hitnim i iznenadnim situacijama, kada prema vlastitoj procjeni utvrđuju da pacijent može ozbiljno ugroziti sebe i svoju okolinu. Procjenjuju se znakovi samodestruktivnog i nasilnog ponašanja te potencijalne posljedice koje bi nastale ukoliko se ne provedu mjere prisile.

Ponašajni obrasci bolesnika su nepredvidivi u svakom trenutku, stoga je potrebno uvijek biti na oprezu i u pripravnosti za postupanje [6].

Mjera prisile (humano sputavanje) termin je koji podrazumijeva metode i sredstva pomoću kojih se u prisijatrijskoj ustanovi ograničava fizička sloboda bolesnika s duševnim smetnjama [6]. Izvodi se primjenom nekog fizičkog pomagala, kao što su remen, magnetni pojas, platnene vezice, kožni zglobni remen i zaštitna košulja. Uz navedeno mogu se primjenjivati i psihofarmaci kako bi se bolesnik sedirao [7]. Humano sputavanje ne bi smjelo trajati duže od 24 sata, a svaka 4 sata psihijatar vrši ponovnu procjenu za sputavanjem. Postupak humanog sputavanja traje otprilike 15-20 minuta, a potrebno je barem 5 medicinskih sestara/tehničara za izvođenje istog. Svaki član u timu je odgovoran za kontroliranje jednog uda, bolesnik se potom spušta na pod, a vođa u timu pazi da se bolesnik dodatno ne ozljedi (posebice glava) te izbjegava vršenje pritiska na glavu, vrat i prsa [7]. Bolesnik se zatim podiže s poda te postavlja u krevet u ležeći položaj. Najprije se veže zdjelični pojas, ručni zglobovi, a nakon toga skočni zglobovi. Vezanje se vrši na velikim zglobovima kako bi se osigurao pristup venskom putu i primjeni farmakoterapije. Bolesnik bi u pravilu trebao biti smješten u sobi za opservaciju, uz poseban nadzor. Medicinska sestra/tehničar kontinuirano prati bolesnikovo stanje, vitalne funkcije te evidentira zatečeno stanje [6,7].

Izolacija (odvajanje) se izvodi u slučaju ekstremnih oblika agresije. Bolesnik se izdvaja iz prostorije jedino ako su preostale neprisilne mjere neučinkovite. Suicidalni i intoksicirani bolesnici u s organskim poremećajima (kardiovaskularni, respiratorni) ili u epizodama konvulzija ne smiju biti izolirani [7]. Prije postupka izolacije moraju biti evidentirane sve prisutne povrede na ekstremitetima, kao i popis stvari koje je bolesnik po dolasku posjedovao. Stvari se pohranjuju na predviđeno, sigurno mjesto, a bolesnika se promatra kroz prozor zaključanih vrata prostorije u kojoj se nalazi ili putem videonadzora [6]. Prostorija mora biti u potpunosti sigurna, bez prisustva bilo kakvih oštrih predmeta. Provođenjem mjera prisile bolesniku je oduzeto pravo na slobodu, za njegovu dobrobit i dobrobit svih osoba u njegovoj neposrednoj blizini. O svemu navedenom bolesnik je informiran, a u svakom trenutku poštuje se njegovo dostojanstvo i osnovna ljudska prava [5-7].

5. ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u RH se prvi put spominje u rujnu 1997. godine na sjednici Sabora RH, a proveden je od 01. siječnja 1998. godine. Dopuna Zakona novim odredbama izvršena je 2015. godine te je od tada na snazi novi Zakon koji se sastoji od nekoliko odredbi [7].

Prema članku 3. iz Općih odredbi navedene su sljedeće stavke [7]:

- *Neubrojiva osoba* je osoba kojoj je tijekom kaznenog postupka utvrđeno stanje neubrojivosti u počinjenju kaznenog djela
- Prijem u psihijatrijskoj ustanovi je postupak od dovođenja ili dolaska osobe u ustanovu zbog liječenja ili pregleda do donošenja odluke o otpustu iz psihijatrijske ustanove ili dobrovoljnom smještaju, prisilnom zadržavanju ili smještaju bez pristanka u ustanovi.
- Prisilni smještaj je smještaj osobe s težim oblikom duševnih smetnji u psihijatrijskoj ustanovi temeljen sudskom odlukom
- Prisilno zadržavanje znači zadržavanje osobe s težim oblikom duševnih smetnji u psihijatrijskoj ustanovi do donošenja odluke psihijatra o prisilnom zadržavanju do odluke suda o otpustu ili prisilnom smještaju.

Prema članku 50. iz točke "Prisilni smještaj i liječenje na slobodi neubrojive osobe" navedeno je sljedeće [7]:

- Odredbe Zakona primjenjuju se na neubrojivoj osobi koja je prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ili se liječi na slobodi odredbom suda, ukoliko odredbama ove točke nije nešto posebno propisano

Prema članku 51. iz točke Određivanja i provođenja prisilnog smještaja ili liječenja na slobodi navedene su sljedeće stavke [7]:

- U kaznenom postupku sud određuje prisilni smještaj neubrojive osobe u psihijatrijskoj ustanovi u trajanju od 6 mjeseci, ukoliko je temeljem mišljenja psihijatrijskog vještaka utvrdio da postoji vjerojatnost od ponovnog počinjenja težeg kaznenog djela i opasnosti radi duševnih smetnji te da je za otklanjanje istih prikladno nastavno liječenje u psihijatrijskoj ustanovi
- U kaznenom postupku sud određuje psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi u trajanju od 6 mjeseci, ukoliko je temeljem mišljenja psihijatrijskog vještaka utvrdio da ne postoji vjerojatnost od ponovnog počinjenja težeg kaznenog djela i opasnosti radi duševnih smetnji te da je za otklanjanje istih dovoljno liječenje na

slobodi. Ova odluka podrazumijeva upozorenje neubrojivoj osobi da će, ako ne započne liječenje na slobodi od dana donesenog rješenja, biti prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu

Prema članku 56. iz točke "Trajanje prisilnog smještaja ili liječenja na slobodi" navedeno je sljedeće [7]:

- Prisilni smještaj u psihijatrijskoj ustanovi može trajati najduže do isteka najviše propisane kazne na kazneno djelo koje je počinila neubrojiva osoba, računajući početak psihijatrijskog liječenja. Po isteku danog roka, ukoliko su i dalje prisutni razlozi za prisilan smještaj, isti se provodi prema odredbama glave VI. ovog Zakona.

Prema članku 57. iz točke "Privremeni izlazak iz psihijatrijske ustanove" evidentirano je sljedeće [7]:

- bolesnik privremeno može izaći iz psihijatrijske ustanove zbog rehabilitacije, terapije i socijalne adaptacije ili nekih drugih opravdanih razloga, ukoliko ne postoji vjerojatnost da životno ugrozi vlastiti ili tuđi život, sigurnost ili zdravlje
- o prvom i kasnijim izlascima neubrojive osobe (duljim od 15 dana), temeljem pisanog, obrazloženog prijedloga voditelja odjela, odlučuje sud. Odluku o ostalim izlascima donosi voditelj odjela, o čemu se obavezno obavještava sud

Prema članku 58. iz točke "Produžetak prisilnog smještaja u psihijatrijskoj ustanovi, liječenja na slobodi, otpust iz psihijatrijske ustanove ili prestanak psihijatrijskog liječenja na slobodi i zamjena prisilnog smještaja psihijatrijskim liječenjem na slobodi", navedeno je sljedeće [7]:

- prijedlog za otpuštanje bolesnika iz psihijatrijske ustanove ili prijedlog za zamjenu prisilnog smještaja liječenjem na slobodi, ustanova uvijek može podnijeti nadležnom sudu, dok prijedlog za otpust, zamjenu prisilnog smještaja za liječenje na slobodi ili prestanak liječenja na slobodi, može podnijeti neubrojiva osoba, odvjetnik ili zakonski zastupnik, jednom u 6 mjeseci

Iz članka 59. navedeno je sljedeće [7]:

- na temelju provedene rasprave, primjenjujući odredbe Zakona (članak 37.-41.), sud donosi odluku o prijedlogu za produženje prisilnog smještaja ili produženje psihijatrijskog liječenja na slobodi, za zamjenu prisilnog smještaja liječenjem na slobodi, otpust iz psihijatrijske ustanove ili prestanak psihijatrijskog liječenja na slobodi

- Sud može donijeti odluku o produženju prisilnog smještaja, odnosno psihijatrijskog liječenja na slobodi u trajanju od jedne godine, ako i dalje postoje opravdani razlozi za to. Svako sljedeće produljenje može se produžiti na rok od godinu dana, uz naglasak da se ne smije prekoračiti rok iz članka 56. ovog Zakona
- Ako nakon provedenog postupka sud utvrdi da ne postoji pretpostavka za prisilni smještaj (članak 51.), ali postoji pretpostavka za određivanje psihijatrijskog liječenja na slobodi (članak 51.), donijet će rješenje o zamjeni prisilnog smještaja psihijatrijskim liječenjem na slobodi u trajanju od jedne godine
- Ako nakon provedenog postupka sud utvrdi da ne postoji pretpostavka za prisilni smještaj (članak 51.), niti pretpostavka za određivanje psihijatrijskog liječenja na slobodi (članak 51.), donijet će rješenje o otpustu neubrojive osobe iz psihijatrijske ustanove

6. NAČELA ZDRAVSTVENE NJEGE PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Prilikom zbrinjavanja bolesnika medicinska sestra provodi različite intervencije, međutim bitno je naglasiti da bez navođenja prema temeljnim načelima zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika niti jedan postupak se ne smatra stručnim [8]. Isključivanjem samo jednog načela iz procesa zdravstvene njege strogo se krši osnova sestrinske profesije. Načela ili norme koje sestra poštiva su sljedeća [8,9]:

Poimanje klijenta kao cjelovitog bića (holistički pristup) - glavni cilj svakog zdravstvenog djelatnika je zadovoljiti bolesnikove osnovne potrebe. Sestra je neprestano u krugu bolesnika i usredotočena je na njega samoga, a ne samo na njegovu bolest. Potrebe koje zadovoljava mogu biti različite (psihološke, biološke, kulturalne i socijalne) i one se kod svakog pojedinca pojavljuju u drugačijoj mjeri, vremenu i intenzitetu. Na primjer, kod zadovoljavanja potrebe za konzumiranjem hrane, medicinska sestra obraća pozornost na sve potrebne aspekte; hranu koju bolesnik voli, prezentacija obroka, broj obroka, kalorijski unos, nutrijenti, svakodnevnice navike, namirnice koje bolesnik smije ili ne smije jesti i slično [8,9].

Uvažavanje slobode klijenta, podržavanje samopoštovanja i čuvanje profesionalne tajne - opće stanje bolesnika, osobitosti bolesti, mentalni status i mnogi drugi čimbenici nikako ne smiju biti razlog kršenja čovjekove slobode i dostojanstva. Uistinu, postoje određene situacije kada se ovo načelo opravdano krši i tada nastupaju postupci primjene mjera prisile zbog zaštite bolesnika i njegove okoline. Dakle, takve situacije se događaju na psihijatrijskim odjelima, no svakako treba naglasiti da je liječnik psihijatar onaj koji primarno procjenjuje potrebu za takvim događajima, kada je dozvoljeno prekršiti ovo načelo, a isto tako prepoznaje i vrijeme prestanka indikacija za kršenje istog [8,9].

Poštivanje klijenta kao jedinstvene ljudske jedinice - načelo koje obuhvaća prihvaćanje klijenta onakvog kakav jest, sa svim svojim vrijednostima, različitostima i osobitostima. Ni u kojem slučaju se ne može reći da postoje dvije identične ljudske jedinice, iako su možda fizički toliko slične. Ovakva jedinstvenost je glavno polazište individualnog pristupa pojedincu i u svakom trenutku se mora poštivati [8,9].

Pomaganje klijentu pri usvajanju novih oblika ponašanja - novo okruženje za mnoge bolesnike predstavlja veliki izazov i izrazito teško razdoblje, budući da se moraju prilagoditi na nove ljude i situacije. Medicinske sestre su educirane o pravilnom pristupu bolesnicima i članovima njihovih obitelji, te ih motiviraju na sudjelovanje u svim aktivnostima koje se provode

tijekom hospitalizacije. Strah je normalna i prihvatljiva reakcija na novu okolinu, ali se uz kvalitetan terapijski pristup može umanjiti [8,9].

Terapijska komunikacija - načelo koje se posebno ističe jer je sastavni dio svakog prethodno objašnjenog. Naime, svaka aktivnost koja se provodi u radu s bolesnikom zahtijeva njegovu suradnju. Adekvatna suradnja se teško postiže bez unaprijed stvorenog odnosa povjerenja između medicinske sestre i bolesnika. Taj odnos se mora uvijek iznova njegovati jer je kod psihijatrijskih bolesnik stalno prisutan izvor straha i sestra je u pojedinim trenucima jedina osoba uz koji osjećaju sigurnost [8,9].

Agresivni bolesnici nemaju sposobnost racionalnog percipiranja događaja niti normalnog sudjelovanja u društvu u trenutku agresivne epizode. Međusobni odnos sestre i bolesnika mora u konačnici pozitivno djelovati na bolesnika i cjelokupni terapijski protokol. Terapijska komunikacija je jedan sasvim poseban oblik interakcije koji se ne prakticira u svakodnevnom životu. To znači da iziskuje mnogo podrške, utjehe, razgovora, strpljenja i suosjećanja. To su odlike medicinske sestre kada je najteže postupiti prema bolesniku koji ne poznaje granice tolerancije, a uz to je etiketiran i nesuradljiv. Sestre time snose veliku odgovornost, kako za oboljele, tako i za sebe i članove tima u kojem radi, jer se tijekom bilo kakvih aktivnosti mora uvijek pozivati na etički kodeks i strogo poštivati sva ljudska prava. Vrlo je važno da ima na umu vlastitu sigurnost. Nije jednostavno zadobiti bolesnikovo povjerenje u kratkom vremenu. Bolesnik mora vjerovati da mu sestra želi samo najbolje [8,9].

Terapijska komunikacija sa sobom nosi mnoge izazove koje je ponekad teško savladati. Sredina u kojoj bolesnik boravi je fundamentalna točka u kojoj se stvari moraju posložiti, postaviti rutina najbolja za bolesnika. Bez razumijevanja i osjećaja pripadnosti i sigurnosti gotovo je nemoguće postići bilo kakve rezultate emocionalnog i socijalnog sazrijevanja. Da bi se postigao pozitivan ishod, najprije mora biti formiran dobar terapijski tim koji dalje zajednički planira plan oporavka [8,9].

Tijekom prvog kontakta s medicinskom sestrom bolesnik stvara automatsku sliku koju pamti. Sestra objašnjava bolesniku tko je, što je njezina uloga i koja su njezina očekivanja od njihove suradnje. Zatim u suradnji s bolesnikom dogovara određena pravila ponašanja i dnevni red kojeg će se pridržavati tijekom hospitalizacije. U očima zdravstvenog djelatnika svaki pojedinac je jednako vrijedan i prihvaćen, neovisno o svojim političkim, gospodarskim i vjerskim uvjerenjima, mogućnostima i djelima. Komunikacija se odvija prilikom hranjenja, njegovanja, podjele terapije. Drugim riječima, kad god su sestra i bolesnik zajedno. Osim razgovora treba naglasiti važnost neverbalne komunikacije, jer upravo je ponekad jedini način na

koji bolesnik želi i može iskomunicirati određene probleme [10]. Medicinska sestra obraća pažnju na gestikulaciju i poruke koje bolesnici žele iskazati neverbalnom komunikacijom. Terapijska komunikacija je veoma snažno terapijsko sredstvo i uvelike pomaže u promjeni negativnih raspoloženja i smanjenju razine anksioznosti, promjenama u neželjenim ponašanjima, porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja, stjecanju novih vještina i znanja, boljoj orijentaciji i prilagodbi bolesnika u vremenu i prostoru, učinkovitijem suočavanju s vlastitom bolesti i podizanju svijesti, neovisnosti i autonomiji ličnosti [8,9].

7. LIJEČENJE FORENZIČKIH BOLESNIKA

Pristup forenzičkim bolesnicima jednak je kao kod svih drugih bolesnika u svim granama medicine - *interdisciplinaran* [10]. To znači da u terapijskom procesu sudjeluje više različitih stručnjaka (psihijatar, psiholog, socijalni radnik, defektolog, medicinska sestra/tehničar). Ovdje se posebno naglašava uloga medicinskih sestara/tehničara jer najviše vremena provode uz bolesnika, dobro poznaju oblike ponašanja i simptome bolesti te prvi reagiraju na eventualne promjene [10]. Tretman forenzičkih bolesnika izrazito je kompleksan i specifičan, jer su bolesnici smješteni u psihijatrijsku ustanovu rješanjem suda, uglavnom prisilno, to jest protiv svoje volje, što dodatno otežava pristup, planiranje i provedbu zdravstvene njege [11]. Osobe neubrojive tijekom počinjenja kaznenog djela smještene su na liječenje kako bi se uspostavilo njihovo psihičko zdravlje i povratilo normalno funkcioniranje u zajednici. Liječenje je podijeljeno na nekoliko oblika: *farmakoterapija, psihoterapija i socioterapijske metode* [11].

7.1. Psihofarmakoterapija

Farmakološki pristup psihijatrijskom bolesniku podrazumijeva primjenu lijekova s ciljem djelovanja na primarne simptome bolesti, a potom i kontroliranja ponašanja ili ograničavanja bolesnikove slobode (kretnje), te nije standardna metoda liječenja za umirivanje agitiranog ili agresivnog bolesnika. [12]. Primarni cilj farmakološkog liječenja je brza trankvilizacija. Dosadašnja istraživanja u praksi dokazuju da se najčešće primjenjuju haloperidol, diazepam, klorpromazin i droperidol. Kombiniranjem antipsihotika i benzodiazepina postiže se djelotvorniji učinak od monoterapije i zabilježen je manji broj nuspojava lijekova [12]. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na psihičke funkcije, ponašanje i doživljavanje. Imaju psihoaktivni učinak u terapijskoj dozi i koriste se u liječenju duševnih poremećaja [13].

Benzodiazepini (anksiolitici) se koriste u kombinaciji s antipsihoticima ili kao monoterapija. U varijanti monoterapije dolaze kada ne postoje točni podaci o dijagnozi bolesti, kod posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) ili agitiranog bolesnika uslijed neke organske bolesti [13]. Moguće nuspojave su depresija disanja, paradoksalna reakcija, smetnje u pamćenju, sedacija, a kao antidot se uzima flumazenil (0.5 mg/1ml). Indiciran je kod depresije disanja uzrokovane benzodiazepinima, a maksimalna dozvoljena doza je 1 mg. Najučestaliji u primjeni su [13]:

- Diazepam - intravenska primjena, per os
- Lorazepam - jedini lijek pouzdane apsorpcije nakon primjene intramuskularno
- Midazolam - intramuskularna primjena
- Klonazepam - intramuskularna primjena

Antipsihotici se navode kao najučinkovitija skupina lijekova u liječenju psihotičnih simptoma. U prvoj polovici 20. stoljeća, prognoza oboljelih od shizofrenije bila je veoma loša. Otkrićem antipsihotika nastupilo je masovno otpuštanje bolesnika iz raznih psihijatrijskih ustanova i njihovog povratka u zajednicu [14]. Antipsihotici se koriste u liječenju akutnih psihotičnih epizoda, manije, shizofrenije.. Unatoč slabijoj djelotvornosti kod nekih bolesnika i određenim nuspojavama, njihov učinak je nedvojbjen jer ublažavaju simptome i smanjuju vjerojatnost za relaps [14].

Cilj je uvesti u terapiju antipsihotik koji ima najbolji učinak uz najmanje nuspojava. Njihov mehanizam je jedan od najkompleksnijih u medicini današnjice, prije svega zbog djelovanja na mozak koji je najsloženija struktura u ljudskom organizmu [12]. Nadalje, djeluju i na druge neurotransmitterske sustave (serotoninski, dopaminski, kolinergički, noradrenergički, histaminski, glutamati i GABA sustav i ekspresiju raznih gena). Oni istovremeno djeluju i na receptore izvan središnjeg živčanog sustava, a budući da nuspojave i učinak proizlazi iz mehanizma djelovanja, važno je poznavati razlike i sličnosti među antipsihoticima [14].

Neki od najčešćih u uporabi su [15]:

- Haloperidol - doza 2.5 - 10 mg intramuskularno u vremenskom intervalu od 30-60 minuta, djelotvornost uglavnom vidljiva kroz 10-30 minuta
- Droperidol - brži učinak od lorazepama i haloperidola
- Risperidon - per os, djelotvornost kao kod haloperidola (i.m.) kod agitiranih bolesnika
- Ziprasidon - intramuskularna primjena kod agitiranih bolesnika, doza 10-20 mg intramuskularno
- Olanzapin - kod maničnih i agitiranih bolesnika, oprez kod bolesnika sklonih hipotenziji

Antidepresivi su lijekovi koji se koriste za liječenje depresivnih poremećaja. Zajednički mehanizam djelovanja velike većine antidepresiva je povećanje koncentracije monoamina (serotonina, noradrenalina, dopamina) na sinapsi sprječavanjem inaktivacije. To se postiže. Inhibicijom enzima monoamina u presinaptičke završetke. Antidepresivi se klasificiraju u 3 generacije [15]:

- Antidepresivi prve generacije - triciklički antidepresivi (amitriptilin, klomipramin i dr.), neselektivni inhibitori monoaminooksidaze (IMAO)

Karakteristike ove generacije antidepresiva su neselektivnost učinka i ozbiljne nuspojave: hipertenzivne krize s mogućim letalnim ishodom pri primjeni IMAO te kardiotoksičnost i izražene antikolinergične nuspojave kod triciklika [15].

- Antidepresivi druge generacije - maprotilin (ladiomil), mianserin, trazodon itd.
- Antidepresivi treće generacije - selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS): fluvoksamin (fevarin), fluoksetin (prozac, portal, fluval), paroksetin (seroxat), sertralin (zoloft), pojačivači ponovne pohrane serotonina: tianeptin (coaxil), selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina (SIPPNa): reboksetin (edronax), reverzibilni i selektivni inhibitori monoaminooksidaze tipa A (RIMA): moklobenid

Opće je prihvaćen stav da su svi antidepresivi podjednako djelotvorni, to jest da nema bitne razlike među različitim skupinama antidepresiva, kao ni među pojedinim lijekovima, kada se govori o terapijskoj učinkovitosti i brzini djelovanja [16]. Među antidepresivima treće generacije danas se najčešće primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina; osim kod depresije, indicirani su i kod svih drugih poremećaja za koje se smatra da je serotonin glavni ili vrlo bitan etiopatogenetski medijator (opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, PTSP, poremećaji hranjenja i drugi) [17]. Bolesnici koji se liječe na forenzičkim odjelima većinom su ovisni o opijatima. Kako ne bi došlo do razvoja apstinencijske krize, na odjelima postoje takozvani supstitucijski lijekovi koji se primjenjuju kod ovisnika. Najčešći u upotrebi je buprenorfin, a općenito se koriste za detoksikaciju, odvikavanje ili održavanje razine opijata [16,17].

7.2. Psihoterapija

Psihoterapija je jedna od najstarijih metoda liječenja bolesnika. Osnovni instrument u psihoterapiji je "riječ" - verbalna komunikacija između psihoterapeuta i bolesnika [15]. Psihoterapija se provodi planski sa svrhom, kako bi se postigao željeni cilj. Predstavlja psihološku metodu liječenja, a kombinira se uz ostale metode liječenja [17]. Ovim oblikom liječenja prvotno se želi umanjiti smetnje i tegobe kod bolesnika. Može se provoditi individualno ili grupno, a terapiju može provoditi medicinska sestra, posebno educirana za grupnog terapeuta. Prije početka terapije potrebno je s bolesnicima odrediti pravila ponašanja, kako ne bi došlo do neželjenih situacija [18]. Tako terapeut štiti sebe i ostale bolesnike. Forenzički bolesnici su

nerijetko samo formalno prisutni na grupnoj ili individualnoj psihoterapiji, jer su na odjelu protiv svoje volje. Bolesnike treba potaknuti i motivirati kako bi shvatili dobrobit terapijskog procesa [18].

7.3. Socioterapijske metode

Socioterapija je oblik liječenja koji podrazumijeva skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom resocijalizacije, to jest rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika [17]. Metodama socioterapije moguće je djelovati na pojedinca i njegovu okolinu sa svrhom da ga se uključi u proces vlastitog liječenja. Bolesnik s vremenom mora naučiti kako se nositi sa socijalnim pritiskom, a da pri tome reagira primjereno [15]. Također je bitno educirati bolesnika o prihvatanju uloge koju treba preuzeti, ovisno o situaciji u kojoj se nalazi. Najčešće metode socioterapijskog liječenja na odjelima forenzičke psihijatrije su: terapijska zajednica, radna terapija, okupacijska terapija [19].

Terapijska zajednica je metoda socioterapijskog liječenja koja zahtijeva timski pristup bolesniku (psiholog, psihijatar, socijalni radnik, medicinska sestra, okupacijski terapeut, glazboterapeut i drugi) [17]. U terapijskoj zajednici formira se odbor bolesnika koji aktivno surađuju u terapijskom postupku. Bolesnike se nastoji priviknuti na radne navike i uspostavljanje što kvalitetnijeg odnosa s članovima obitelji i radnom sredinom. Tako se postiže samostalnost bolesnika prilikom rješavanja životnih problema, a ujedno i njegovo bolje prihvatanje i adaptacija u zajednici [19].

Okupacijska terapija se primjenjuje radi opuštanja bolesnika. Daje mogućnost bolesnicima da sami izaberu aktivnost kojom se žele baviti i tijekom koje se osjećaju ugodno [18]. Ovaj oblik terapije svodi se na jednostavne mehaničke aktivnosti; bolesnici se okupiraju raznim aktivnostima, poput igranja šaha, crtanja, uređivanja panoa, izrađivanja figura, igranja stolnog tenisa. Okupacijska terapija se razlikuje od rada u stvarnom životu tako što pruža veću slobodu u izboru rada, dozvoljava uništavanje materijala radi kanaliziranja agresije i omogućuje lagani povratak u radnu sredinu [19].

Radna terapija se provodi s ciljem povećanja stupnja samostalnosti bolesnika u onim aktivnostima koje u stvarnom životu svakodnevno provodi. Kroz radnu terapiju želi se pronaći idealna uloga u kojoj se bolesnik osjeća sigurno, produktivno i ugodno, uz pomoć koje će

poboljšati interpersonalne odnose i komunikaciju. Dogovara se individualno s bolesnikom u odnosu na njegovo zdravstveno stanje i želje [18,19].



Slika 7.1. Radna terapija [20]

8. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE FORENZIČKIH BOLESNIKA

Zdravstvena njega forenzičkih bolesnika izrazito je odgovorna, teška i izazovna te iziskuje predanost, potrebno znanje i vještine za svakodnevni rad. Forenzički bolesnici nisu u mogućnosti racionalizirati stvarnost niti razumjeti svoje stanje, postupke i mogućnosti [21]. S njima je općenito puno teže surađivati u odnosu na bilo koju drugu medicinsku disciplinu jer se ne može postići odnos povjerenja s bolesnikom, objasniti dijagnozu bolesti ili intervencije koje se provode u svrhu ozdravljenja ili poboljšanja zdravstvenog stanja [21]. Bolesnici su nesigurni, uznemireni i anksiozni u nepoznatom okruženju, posebice u nakon počinjenja kaznenog djela iz nejasnog i nepoznatog razloga. Tjeskobni su, uzrujani i osjećaju veliki strah, što može dodatno narušiti kvalitetu života i uzrokovati veće komplikacije s obzirom na dijagnozu. Već po samom prijemu bolesnika potrebno je sačuvati samopouzdanje i smirenost [19,22]. Motiviranost bolesnika i aktivna suradnja u procesu liječenja dokazano doprinosi konačnom ishodu. Unatoč edukacijama, iskustvu i dobrom poznavanju ovakvih psihijatrijskih stanja, simptoma duševnih bolesti i rezultata liječenja, potrebno je uvijek biti otvoren za nove spoznaje i principe liječenja, s obzirom na rapidan razvoj suvremene medicine i tehnologije [22].

Medicinska sestra je neizostavni član multidisciplinarnog tima i najviše vremena provodi uz bolesnika. Kako bi mogla pružiti adekvatnu sestrinsku skrb, mora dobro poznavati psihijatrijske poremećaje, klinički značaj dijagnoza i protokol u procesu zdravstvene njege, uz obavezno pridržavanje osnovnih načela u zdravstvenoj njezi psihijatrijskih bolesnika radi uspješnog zadovoljavanja bolesnikovih potreba [18,22]. S obzirom na to da je forenzička psihijatrija specifično područje, potrebna su i dodatna znanja, kao što je terapijska komunikacija, kako bi se prepoznali problemi i razumjelo što bolesnik želi, očekuje ili treba. U procesu zdravstvene njege najprije se *utvrđuju bolesnikove potrebe, planira zdravstvena njega, provode se definirane intervencije te evaluira postignuto* [21,23]. Utvrđivanje potreba bolesnika označava prikupljanje potrebnih podataka i analiziranje prikupljenih podataka, te definiranje problema (sestrinska dijagnoza). Planiranje zdravstvene njege označava definiranje postavljenih ciljeva, planiranje intervencija i izradu plana zdravstvene njege. Provođenje zdravstvene njege podrazumijeva validaciju plana, analizu uvjeta i provođenje planiranih intervencija. Evaluira se cilj i plan zdravstvene njege [23].

8.1. Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze su klinička prosudba onoga što pojedinac, zajednica ili obitelj pružaju kao odgovor na potencijalne ili aktualne životne procese/zdravstvene probleme [24]. Prilikom planiranja zdravstvene njege medicinska sestra prikuplja sve anamnestičke podatke o bolesniku i utvrđuje njegove potrebe za zdravstvenom njegom. Potom se definiraju aktualni i potencijalni problemi, to jest sestrinske dijagnoze. Na temelju sestrinskih dijagnoza definiraju se mjerljivi, realni i vremenski uvjetovani ciljevi u svrhu rješavanja postojećih problema te se planiraju sestrinske intervencije kojima se postižu zadani ciljevi [22]. Nakon provođenja plana zdravstvene njege, utvrđuje se evaluacija. Evaluacija (cilj i plan zdravstvene njege) označava trajnu procjenu procesa zdravstvene njege. Evaluacija cilja podrazumijeva provjeru bolesnikovog stanja te usporedbu s predviđenim ciljem, a evaluacija plana zdravstvene njege označava vršenje provjere cjelokupnog plana, što podrazumijeva i mogućnost mijenjanja istog, ako se ukaže potreba za tim. Najčešće sestrinske dijagnoze kod forenzičkih bolesnika su [24,25]:

1. PROMIJENJENI PROCESI SHVAĆANJA, MIŠLJENJA I RAZUMIJEVANJA

Poremećaj misaonog procesa definira se kao nemogućnost precizne i točne obrade misli. Ukoliko medicinska sestra primijeti dezintegraciju procesa shvaćanja i mišljenja, krivo prosuđivanje, psihološke konflikte, poremećaj u spavanju, konfuzno stanje, ambivalenciju i prateću ovisnost, pogrešno interpretiranje okoline i poremećaj sposobnosti donošenja odluka, riječ je o sestrinskoj dijagnozi promijenjenih procesa shvaćanja, mišljenja i razumijevanja [24]. Medicinska sestra dužna je prikupiti podatke o neurološkom statusu, ozljedama glave, mentalnom statusu, stresu, spavanju, psihosocijalnom statusu, svakodnevnim aktivnostima, podatke o ovisnosti (droge, alkohol..) i drugim psihijatrijskim poremećajima. Kritični čimbenici za ovu sestrinsku dijagnozu su [24]:

- demencija,
- mentalne bolesti,
- multipla skleroza,
- Alzheimerova bolest,
- Huntingtonova bolest,
- epilepsija,

- infekcija CNS-a,
- bolesti jetre,
- cerebralna hipoksija,
- trauma glave,
- nesanica,
- intrakranijalne lezije,
- zlouporaba alkohola i/ili droga,
- bolesti štitnjače,
- starenje,
- socijalna izolacija,
- emocionalna trauma,
- zlostavljanje.

Kod bolesnika je prisutna smanjena sposobnost poimanja pojmova, nemogućnost fokusiranja i praćenja zadanih uputa, dezorijentiranost u prostoru i vremenu, promjene u pamćenju, obrascu spavanja, nemogućnost samostalnog donošenja racionalnih odluka, nemogućnost prepoznavanja ljudi i okoline, prisutne halucinacije, fobije, deluzije, misaoni proces je izrazito ograničen, društveno ponašanje neprikladno i neprihvatljivo [23]. U svrhu poboljšanja bolesnikovog stanja medicinska sestra provodi terapijsku komunikaciju, uz poseban oprez na pristup bolesniku zbog iskrivljenog shvaćanja i razmišljanja [18]. Nadalje, osigurava sigurno ozračje u emocionalnom smislu; pruža sigurnost, utječe na smanjenje otuđivanja i pruža mogućnost interpersonalnih interakcija. Medicinska sestra pokazuje interes za shvaćanjem bolesnikovog razmišljanja, stavova; pažljivo sluša bolesnika te ukoliko je potrebno, regulira slijed misli. Odbija svađe, diskusije i rasprave, kao i slaganje s dezintegriranim shvaćanjima i mišljenjem [25].

2. DRUŠTVENA IZOLACIJA

Društvena izolacija se definira kao stanje u kojem bolesnik izražava subjektivan osjećaj usamljenosti i pokazuje želju ili potrebu za većom povezanošću s drugima, ali nije sposoban uspostaviti kontakt [24]. Vodeća obilježja su povlačenje u sebe, okupiranost vlastitim mislima, nesigurnost u sebe i druge oko sebe, osjećaj dosade i tuge, nekomunikativnost. Medicinska sestra prikuplja podatke o bolesnikovim životnim navikama, obiteljskim odnosima, socioekonomskom statusu, prisutnosti stresa, mentalnom statusu, u razgovoru s bolesnikom saznaje razloge društvenog izoliranja. Kritični čimbenici su [24]:

- socioekonomski čimbenici,
- ovisnosti,
- anksioznost,
- jezične barijere,
- nuspojave lijekova,
- kirurški ožiljci,
- zarazna bolest,
- dijaliza,
- psihijatrijske bolesti,
- kronične bolesti,
- gubitak dijela tijela,
- završni stadij bolesti,
- intelektualne poteškoće,
- gubitak tjelesne funkcije,
- boravak u bolnici,
- gubitak bliske osobe.

Kod bolesnika je jasno vidljiva anksioznost, iluzije, halucinacije, manjak motivacije, manjak brige o sebi, osjećaj beznađa i odbačenosti, smanjena je samokontrola, neorganiziran je tijekom misli, ponašanje je društveno neprihvatljivo, bolesnik nije sposoban uspostaviti stabilan odnos s drugima u okolini jer osjeća nelagodu, izbjegava kontakt očima te osjeća tugu [21]. Neposredno prije provođenja bilo kakve intervencije, medicinska sestra mora najprije osigurati sigurnu okolinu za sebe i bolesnika. Kada bolesnik osjeća sigurnost lakše je umiriti ga te uspostaviti empatijski i suradnički odnos [17,21]. Kroz umirujuć, utješan i bolesniku prihvatljiv razgovor, medicinska sestra potiče bolesnika da verbalizira svoje strahove, misli i osjećaje, ohrabruje ga za napredak te zajedno planiraju terapijski proces. Grupna terapija potiče bolesnike na razmjenu iskustava, podiže samopouzdanje i ukazuje na pozitivne aspekte života. U radu je potrebno uključiti socijalnog radnika, psihologa i psihijatra, a tijekom provođenja bilo kakvih aktivnosti, omogućiti bolesniku dovoljno vremena za razgovor i odmor. Interakcija bi u pravilu trebala biti, kratka, sažeta i jasna. Cilj provedbe intervencija je da bolesnik pokaže interes za ostvarivanjem socijalnih odnosa s medicinskim osobljem i ostalim bolesnicima [21].

3. VISOK RIZIK ZA SUICID

Visok rizik za suicid je stanje pri kojem bolesnik ukazuje na znakove potencijalnog samoozljeđivanja uz željeni krajnji smrtni ishod [24]. Vodeća obilježja su poremećaj svijesti, tjeskoba, povišena tjelesna temperatura, tahikardija, tahipneja, gušenje, nedostatak zraka i drugo. Najučestaliji oblici samoozljeđivanja su udaranje glavom, rezanje, bodenje, čupanje kose, bulimično/anoreksično ponašanje, konzumiranje većih doza droga/lijekova. Kritični čimbenici za pokušaj suicida su [24]:

- manija,
- suicidalni nagoni,
- psihoza,
- napadi srdžbe i ljutnje,
- depresija,
- panika,
- psihoorganski sindrom,
- zlostavljanje.

Medicinska sestra putem razgovora, odnosno intervjuja provjerava postojanost suicidalnih ili autodestruktivnih ideja ili misli. Kroz precizna i unaprijed isplanirana pitanja dobiva na odgovor o pokušaju suicida, prethodnim pokušajima suicida, planu za izvršavanje suicida, stupanj kontrole nad vlastitim mislima, nagonima i osjećajima [22]. Također se prikupljaju podaci o prisustvu rizičnih faktora za počinjenje suicida (neobjašnjive euforije, prijetnje suicidom, prethodni pokušaji suicida). Ova sestrinska dijagnoza je jedna od najzastupljenijih kod psihijatrijskih bolesnika. Kako bi prevenirala mogućnost pokušaja izvršavanja suicida, medicinska sestra mora uvijek održavati bolesnikovu okolinu sigurnom [23]. Osim što na mjestu gdje bolesnik boravi ne smiju biti prisutni predmeti kojima bi si potencijalno mogao nauditi, iz okoline je neophodno ukloniti ili umanjiti sve čimbenike stresa. U trenucima povlačenja u sebe ili pak agitiranosti, potrebno je smiriti bolesnika, nadzirati i dokumentirati redovitost konzumiranja propisane terapije, poticati bolesnika da verbalizira što osjeća, omogućiti mu dovoljno sna i odmora, obavijestiti obitelj o pokušaju suicida, educirati obitelj o mogućim znakovima samoozljeđivanja, procijeniti potrebu za primjenom mjera prisile, postupati u skladu s načelima zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika. Cilj provedbe navedenih sestrinskih intervencija je da bolesnik tijekom hospitalizacije ne pokazuje želju za nasiljem usmjerenom

prema sebi ili drugima te da otkrije vlastitu snagu i sposobnosti koje će usmjeriti na pozitivna zdravstvena ponašanja [23,24].

4. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE - OSOBNA HIGIJENA

Redovito provođenje osobne higijene, prije svega održavanje urednosti čistoće tijela, sluznica doprinosi normalnom funkcioniranju tjelesnog i mentalnog zdravlja, daje osjećaj zadovoljstva i samopoštovanja [25]. Uredna i čista osoba prihvatljivija je društveno jer ostavlja utisak pozitivnog ozračja, ugodne vanjštine, bez neugodnih mirisa. Mnogi bolesnici nemaju naviku niti interes za očuvanje tjelesne čistoće, što povećava rizik od nastanka infekcija. Svakodnevna higijena ima različite povoljne učinke na zdravlje i funkciju čovjeka i stoga medicinska sestra uvijek iznova naglašava važnost provođenja iste i potiče bolesnika na aktivnu suradnju. Kritični čimbenici su [25]:

- dob,
- kognitivni, motorni i senzorni deficit,
- ordinirano mirovanje,
- okolinski čimbenici,
- bol,
- poremećaj svijesti (kvantitativni, kvalitativni),
- smanjeno podnošenje napora,
- dijagnostičko-terapijski postupci (mehanička ventilacija, nazogastrična sonda, drenažni sustavi, primjena kisika..)
- neurološke bolesti (demencija, ALS, CVI),
- traume i bolesti lokomotornog sustava (reumatoidni artritis, amputacija ekstremiteta, hemipareze, pareze, kontrakture, frakture..).

Bolesnik nije u mogućnosti samostalno provoditi aktivnosti održavanja osobne higijene (odlazak do kupaone, reguliranje protoka i temperature vode, samostalno sušenje tijela), niti razumije shvaćanje potrebe za održavanjem osobne higijene [25]. Medicinska sestra prikuplja podatke o stupnju samostalnosti i pokretljivosti bolesnika, procjenjuje sposobnost uporabe pomagala i pribora (četkica za zube, ručnik, sapun voda..) za izvođenje osobne higijene, postojanju boli, motivaciji za sudjelovanjem u održavanju osobne higijene te podatke o senzornom, kognitivnom i vizualnom deficitu [24]. Potrebno je definirati konkretnu situaciju u kojoj bolesnik treba pomoć, dogovoriti način i vrijeme održavanja osobne higijene kako bi usvojio protokol kao svakodnevnu rutinu. Ako je prisutna bol, primijeniti propisani analgetik 30

minuta prije obavljanja osobne higijene. Privatnost uvijek mora biti osigurana bolesniku, a prostorija u kojoj se higijena obavlja mora biti optimalne temperature [18,24]. Potrebna pomagala i pribor trebaju biti na dohvat ruke bolesniku i na korištenje istih sestra potiče pacijenta. Tijekom kupanja uočavaju se i dokumentiraju promjene na koži, stoga je potrebno biti cijelo vrijeme uz pacijenta. Nokti na rukama i nogama moraju biti uredni, kosa čista i uredna, a krevet namješten s čistom posteljinom. Provođenje aktivnosti se posebno dogovara s bolesnicima koji imaju kognitivne, senzorne ili vidne deficite. Bolesnik tijekom hospitalizacije mora uvijek biti čist i uredan, integritet kože i sluznica mora biti očuvan [25].

5. NEUČINKOVITO SUČELJAVANJE

Neučinkovito sučeljavanje definira se kao nemogućnost pridržavanja terapijskog plana radi postojanja pojedinih čimbenika. Bolesnik se ne pridržava dogovora ili uputa, neredovito konzumira propisane lijekove, dolazi do pogoršanja simptoma, razvoja komplikacija i neuspjeha. Kritični čimbenici su [25]:

- vremenski uvjetovano liječenje,
- financijsko opterećenje,
- razvojne i osobne sposobnosti,
- zdravstvena uvjerenja,
- religijske i kulturne vrijednosti,
- osobni vrijednosni sustav,
- relevantno znanje i vještine za pridržavanje terapijskog plana,
- složenost i intenzitet terapijskog plana i plana promicanja zdravlja,
- motivacija,
- nedostatak samopoštovanja,
- prisutnost kroničnih bolesti,
- nuspojave lijekova,
- prijašnja negativna iskustva povezana s liječenjem.

Medicinska sestra prikuplja podatke o fizičkom i mentalno stanju bolesnika, socijalnom statusu, terapiji koju konzumira, kognitivno-perceptivnim disfunkcijama, nuspojavama lijekova, bolesnikovoj percepciji vlastitog stanja, stupnju motivacije, bolesnikovim mogućnostima za izvođenje vještina i učenje, procjenjuje verbalne i neverbalne (napetost, izraz lica) znakove

nezadovoljstva te podatke o preprekama za ispunjavanje zadanog plana [24,35]. Potrebno je ostvariti odnos povjerenja s bolesnikom, ohrabriti ga, ukloniti čimbenike koji uzrokuju frustraciju i nezadovoljstvo, ublažiti anksioznost i strah, definirati ciljeve zajedno s bolesnikom, osigurati privatnost, odgovoriti na sve nejasnoće i upite. Tijekom liječenja bolesnik bi trebao pokazati interes za ostvarivanjem socijalnih odnosa sa zdravstvenim osobljem i ostalim bolesnicima [24].

9. RASPRAVA

Na odjelima forenzičke psihijatrije medicinska sestra je neizostavni član terapijskog tima. Kako bi dobro poznavala duševne poremećaje, uočila neuobičajene i neželjene promjene kod bolesnika te pružila zadovoljavajuću sestrinsku skrb, provodi najviše vremena uz bolesnika i stječe odnos povjerenja s bolesnikom [19]. Ovo je specifična grana medicine koja zahtjeva i specifična znanja na području forenzičke psihijatrije, kako bi se što bolje pristupilo bolesniku, razumjelo njegove probleme i potrebe. Prilikom provedbe sestrinskih intervencija bespogovorno se poštivaju načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika, zasnovana prvenstveno na holističkom pristupu. Sva načela su jednako bitna i međusobno se nadopunjuju. S obzirom na počinjena kaznena djela, bolesnici se često susreću sa osudama i stigmom. Bezuvjetno prihvaćanje i terapijska komunikacija su temelj u radu sa psihijatrijskim bolesnicima, jer je iznimno teško postići bilo kakav rezultat ukoliko osoba živi u uvjerenju da je u potpunosti odbačena od društva te da ne zavrjeđuje dostojanstvo, poštovanje i pomoć [24]. Prihvatiti bolesnika bez osude prema njegovim postupcima ovisno je o vlastitim moralnim standardima zdravstvenoj djelatnika koji surađuje s bolesnikom. Ako medicinska sestra nije u mogućnosti zauzeti neutralan stav prema bolesniku, najbolje rješenje je da se zatraži premještanje u drugu zdravstvenu ustanovu ili na drugi odjel. Kako bi adekvatno obavljala svoj posao, medicinska sestra mora prvenstveno očuvati svoje mentalno zdravlje, a to se postiže zadovoljstvom na radnom mjestu, uvjetima na poslu, međuljudskim odnosima u kolektivu i drugim okolnostima koji utječu na izgradnju identiteta i stavova pojedinca [17].

Proces zdravstvene njege u forenzičkoj psihijatriji važan je korak u cjelokupnom terapijskom protokolu. Promjene kod forenzičkih bolesnika su česte, zbog čega su pod stalnim nadzorom. Medicinska sestra kontinuirano prikuplja podatke te vrši procjenu zdravstvenog stanja bolesnika uz pomoć različitih metoda; strukturirani intervjui stvaraju pozitivan odnos i povjerenje, promatra se verbalna komunikacija i neverbalni znakovi tijekom procjene ponašajnih obrazaca i promjene raspoloženja, koriste se razni dijagnostički instrumenti kojima se određuju problemi povezani s osnovnim ljudskim potrebama [24]. Na temelju anamneze formiraju se odgovarajuće sestrinske dijagnoze. Na odjelima forenzičke psihijatrije planovi zdravstvene njege planiraju se

individualno, bolesniku se posvećuje puno pažnje, razgovora i empatije. Ponekad je potrebno mnogo vremena da bi se uočio neznatni napredak, što iziskuje strpljenje. Medicinska sestra mora biti spremna na stalne i iznenadne promjene u stanju bolesnika i nazadovanje, s obzirom na prirodu duševnih bolesti i dugotrajnost liječenja [24].

Anksioznost, socijalna izolacija, neučinkovito sučeljavanje, depresija i visok rizik za suicid najčešća su stanja kod psihijatrijskih bolesnika i predstavljaju veliki problem u procesu liječenja. Medicinska sestra u svakodnevnom radu s bolesnicima pomaže u razvijanju pozitivnih zdravstvenih ponašanja i stjecanju novih, zdravih životnih navika. Djeluje povoljno i motivirajuće u suočavanju bolesnika sa stresnim situacijama, frustracijama, razvijanju samopouzdanja i samopoštovanja, djeluje kao odgajatelj, zastupa i brani bolesnika, smanjuje/uklanja simptome duševnih poremećaja, provodi terapijsku komunikaciju s bolesnikom te sve ostale potrebne mjere u svrhu što potpunijeg i bržeg oporavka. Terapijska komunikacija izrazito je zahtjevna jer podrazumijeva posjedovanje odgovarajućih znanja i vještina kako bi se prilagodila svakom pojedinom bolesniku. Potrebna je volja, strpljenje, iskustvo i motivacija za kvalitetno izvršavanje istog [24,25].

Proces zdravstvene njege na forenzičkoj psihijatriji je specifičan jer se provodi u suradnji multidisciplinarnog tima. Medicinska sestra/tehničar s članovima tima smisljeno planira zdravstvenu njegu i aktivnosti u koje je bolesnik uključen, ovisno o stanju i mogućnostima. Cilj je uspostaviti rutinu koja odgovara bolesniku i u kojoj će se osjećati sigurno, zaštićeno i produktivno. Svaki dan je ispunjen različitim aktivnostima koje se provode se grupno ili individualno te su prilagođene potrebama bolesnika. Forenzički "tretman" se provodi u svrhu ponovne uspostave mentalnog zdravlja, modificiranja društveno prihvatljivih ponašanja i smanjenja rizika od nasilnih i rizičnih ponašanja [25].

Osobni stav medicinskih sestara/tehničara koji rade na odjelima forenzičke psihijatrije s vremenom se zasigurno mijenja i jača. S većim brojem godina prakse u kliničkoj i teorijskoj praksi, lakše je razumjeti teret s kojim se nose psihijatrijski bolesnici zbog svog stanja i neuračunljivosti. Duševnu ranu je puno teže zacijeliti u odnosu na fizičku, za koju je također potrebno vrijeme i kvalitetna skrb. Ova spoznaja je vrlo važna za rad na forenzičkoj psihijatriji, ali i za funkcioniranje u zajednici općenito. Unatoč širokoj dostupnosti stručnih, znanstveno utemeljenih literatura, objašnjenju duševnih poremećaja i stanja kroz koja se manifestiraju, još uvijek je prisutan nedostatak znanja, neupućenost, nezainteresiranost i primitivni stavovi opće populacije o psihijatrijskim bolesnicima. Potrebno je podići svijest i promociju mentalnog

zdravlja bez kojeg nije moguće graditi funkcionalne odnose u zajednici i očuvati kvalitetu života pojedinca [26].

10. ZAKLJUČAK

Forenzička psihijatrija specifična je grana medicine, usko povezana sa psihijatrijom i pravom. Forenzičko-psihijatrijskih bolesnici su osobe s duševnim smetnjama, definirane kao neubrojive u trenutku počinjenja kaznenog djela. Većina takvih bolesnika se prisilno smješta na odjel forenzičke psihijatrije, gdje su podvrgnuti posebnim terapijskim procesima, u svrhu smanjenja mogućnosti ponovnog pokušaja istog ili čak težeg kaznenog djela. Temeljni cilj liječenja u forenzičkoj psihijatriji je ponovna resocijalizacija i reintegracija bolesnika u zajednicu, sa što manjim stupnjem rizika za remisiju bolesti. Odluku o liječenju/produljenju liječenja/otpusta bolesnika donosi nadležni sud, na temelju prosudbe vještačenja od strane specijalista psihijatrije i svih drugih dokaza neubrojivosti osobe.

Medicinske sestre/tehničari su neizostavni članovi terapijskog tima jer najviše vremena provode s bolesnikom te se svakodnevno susreću s brojim izazovima. Većina forenzičkih bolesnika se liječi dugotrajno u psihijatrijskim ustanovama, pa ponašanje i raspoloženja osciliraju iz dana u dan, što se očituje u fazama pogoršanja i poboljšanja. Medicinska sestra je educirana da pravovremeno ustanovi promjene kod bolesnika te o istima obavijesti nadležnog liječnika. Posebno je važno naglasiti sestrinsku ulogu u procesu zdravstvene njege, jer se provodi od samog prijema bolesnika na odjel. Proces u zdravstvenoj njezi je veoma širok pojam i obuhvaća brojne segmente koje medicinska sestra savjesno i odgovorno vrši u suradnji s bolesnikom. Sestra u forenzičkoj psihijatriji ima specifičnu odgovornost koja zahtijeva ulaganje mnogo napora, motiviranosti, želje za napretkom i pozitivnim ishodom za bolesnika.

U liječenju psihijatrijskih bolesnika specifičan je pristup i postupak s bolesnicima u skladu s normama (načelima) zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika. Niti jedna intervencija se ne može smatrati stručnom ukoliko je zanemareno samo jedno od navedenih načela. Priroda bolesti ponekad zahtijeva "kršenje" načela, ali to mora biti opravdano i dokumentirano, te se o tome mora obavijestiti nadležnog liječnika i sud. Zdravstveni djelatnici, a posebice medicinske sestre/tehničari koji pružaju 24-satnu skrb bolesnicima moraju biti kontinuirano educirani kako bi se unaprijedila kvaliteta zdravstvene skrbi u forenzičkoj psihijatriji te povećala kvaliteta života bolesnika i njihovih obitelji.

11. LITERATURA

1. Choe J, Teplin L, Abram K. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*. 2008;59(2):153-164.
2. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*. 2005;136(2-3):153-162.
3. Antonius D, Fuchs L, Herbert F, Kwon J et al. Psychiatric assessment of aggressive patients: a violent attack on a resident. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(3):253-259.
4. Šaćić P. Psihijatrijska vještačenja u kaznenom postupku. *Pravnik*. 2009;43(87):59-73.
5. Maldonado JR. Psychiatric Aspects of Critical Care Medicine: Update. *Critical Care Clinics*. 2017;33(3):14-15.
6. Goreta M. Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu. Psihijatrijska bolnica Vrapče. Naklada Zadro, Zagreb; 2009.
7. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine 76/2014.
8. Jukić V. Prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika s naglaskom na psihijatrijskom vještačenju njezine opravdanosti. *Socijalna psihijatrija*. 2007;1(2):29-34.
9. Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice*. 2011;13:1-23.
10. Grah M, Restek-Petrović B. Neka obilježja dugotrajne analitičke grupne psihoterapije u liječenju pacijenata sa psihotičnim poremećajem. *Psihoterapija*. 2019;33(2):265-275.
11. Kovač M, Kovačević D, Krešo A, Magerle A, Mlakar V. Iz forenzičke psihijatrije (ur): Tretman forenzičkih pacijenata, Naklada Ceres, Zagreb, 2010. str. 317-355.
12. Kovač M, Kovačević D, Krešo A, Magerle A, Mlakar V. Iz forenzičke psihijatrije (ur): Tretman forenzičkih pacijenata, Naklada Ceres, Zagreb, 2010. str. 363-371.
13. Arbanas G. Dinamički orijentirana grupna terapija u forenzičkoj psihijatriji. *Psihoterapija*. 2020;34(1):31-49.

14. Jukić V, Herceg M, Jevtović S. Psihofarmaci u kontekstu zakonskih i etičkih normi. *Medicus*. 2002;11(2):237-243.
15. Neuberg M, Filej B. Zahtjevnost zdravstvene njege u zbrinjavanju bolesnika s teškim poremećajem svijesti u odnosu na osnovne ljudske potrebe. *Sestrinski glasnik*. 2015;20:8-14.
16. Chaimowitz GG. Informed consent to treatment in Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(4):1-11.
17. Hall JK. Caring for corpses or killing patients? *Nursing management*. 1994;25(10):81-82:85-89.
18. Šmalc - Folengović V. Poslovna sposobnost duševnih bolesnika. *Medix*. 2009;15(84/85):203-206.
19. Ekić S, Primorac A, Vučić B. Profesionalni stres kod medicinskih sestara i tehničara. *Journal of Applied Health Sciences*. 2016;2(1):39-46.
20. Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Stubičke toplice. Radna terapija (Online). 2020. Dostupno na: <https://sbst.hr/lijecnicke-usluge/fizikalna-medicina-i-rehabilitacija/radna-terapija/> (05.10.2022)
21. Welldon E, Wilson P. Group analysis in forensic settings: Introduction. *Group Analysis*. 2005;38(3):355- 357.
22. Šilje M. Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima. *Sestrinski glasnik*. 2018;23:173-180.
23. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište; 2007.
24. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B et al. Hrvatska komora medicinskih sestara. *Sestrinske dijagnoze 3* (Online). 2015. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf (28.09.2022)
25. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M et al. Hrvatska komora medicinskih sestara. *Sestrinske dijagnoze* [Online]. 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf (03.10.2022)
26. Antolić B, Novak M. Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. *Psihologijske teme*. 2016;1(2):317-339.

12. OZNAKE I KRATICE

ALS - amiotrofična lateralna skleroza

CVI - cerebrovaskularni inzult

GABA - gama-aminomaslačna kiselina

HMP - hitna medicinska pomoć

IMAO - neselektivni inhibitori monoaminooksidaze

PTSP - postraumatski stresni poremećaj

RH - Republika Hrvatska

RIMA - reverzibilni i selektivni inhibitori monoaminooksidaze tipa A

SIPPNa - selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija (eng. World health organization)

13. SAŽETAK

Forenzička psihijatrija specifična je i vrlo kompleksna grana medicine. Obuhvaća poseban tretman i pristup duševnim bolesnicima, koji su istovremeno počinitelji kaznenih djela, a sudskim rješenjem proglašeni neubrojivima zbog svoje bolesti u trenutku prekršaja. Zdravstveni djelatnici na forenzičko-psihijatrijskim odjelima educirani su za rad i pružanje posebne skrbi bolesnicima, s obzirom na to da su zbog svoje bolesti u svakom trenutku spremni nauditi sebi i osobama koje se nalaze u njihovoj neposrednoj blizini, zbog čega im je potrebno adekvatno liječenje i pomoć. Radi forenzičkog statusa i zakonskih ograničenja bolesnici često odbijaju bilo kakav oblik suradnje te iskazuju nezainteresiranost i nezadovoljstvo. To dodatno otežava cjelokupni terapijski proces. Medicinske sestre/tehničari imaju posebnu odgovornost i angažman, naročito u okviru procesa zdravstvene njege. Na forenzičko-psihijatrijskim odjelima svaki je dan izrazito težak, pogotovo zbog nedostatka motivacije i želje za liječenjem, edukacijom, pa i životom. Stoga zdravstveni djelatnici moraju uložiti velike napore kako bi prvenstveno stekli odnos povjerenja s bolesnikom te ga potaknuli da sudjeluje u planiranim intervencijama te da se uspješno suočava sa svojim strahovima i bolešću.

Agresivno ponašanje na forenzičko-psihijatrijskim odjelima nije nepoznanica. Bolesnici su skloni takvom ponašanju iz brojnih razloga. Uglavnom je agresivno ponašanje manifestacija prisutnih strahova, nove sredine, nesigurnosti, zabrinutosti, gubitka zdravlja, uskraćivanja skrbi, dijagnostičkih i terapijskih postupaka, posljedice izvršenih kaznenih djela ili pokušaja izvršavanja istih. Nasilničko ponašanje indikacija je za prisilnu hospitalizaciju i primjenu mjera prisile. Zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba i poštivanje ljudskih prava temelj je sestrinske profesije. Iako se to odnosi i na psihijatriju, ona se od ostalih grana medicine razlikuje jer se ta prava ponekad opravdano krše, ali u interesu bolesnika i okoline u kojoj boravi. Medicinske sestre/tehničari kao i svi drugi članovi zdravstvenog tima na odjelima forenzičke psihijatrije moraju biti u kontinuitetu s novitetima u kliničkoj praksi kako bi svaki postupak izvršili s terapijskim ciljem i smisljeno.

Ključne riječi: forenzika, psihijatrija, proces zdravstvene njege, sestrinske dijagnoze, prvostupnik/ca sestrinstva

14. SUMMARY

Forensic psychiatry is a specific and very complex branch of medicine. It includes special treatment and access to the mentally ill, who are at the same time perpetrators of criminal acts, and were declared unaccountable by court decision due to their illness at the time of the offense. Health workers in forensic psychiatric departments are trained to work and provide special care to patients, considering that due to their illness, they are ready to harm themselves and the people in their immediate vicinity at any moment, which is why they need adequate treatment and help. Due to their forensic status and legal restrictions, patients often refuse any form of cooperation and express disinterest and dissatisfaction. This further complicates the entire therapeutic process. Nurses/technicians have a special responsibility and commitment, especially within the health care process. In forensic psychiatric departments, every day is extremely difficult, especially due to the lack of motivation and desire for treatment, education, and even life. Therefore, healthcare professionals must make great efforts in order primarily to gain a relationship of trust with the patient and to encourage him to participate in the planned interventions and to successfully face his fears and illness.

Aggressive behavior in forensic psychiatric wards is not unknown. Patients are prone to such behavior for a number of reasons. Aggressive behavior is mainly a manifestation of present fears, a new environment, insecurity, anxiety, loss of health, denial of care, diagnostic and therapeutic procedures, as a result of committed criminal acts or attempts to commit them. Violent behavior is an indication for forced hospitalization and the application of coercive measures. Meeting basic human needs and respecting human rights is the foundation of the nursing profession. Although this also applies to psychiatry, it differs from other branches of medicine because these rights are sometimes justifiably violated, but in the interest of the patient and the environment in which he resides. Nurses/technicians, as well as all other members of the health team in forensic psychiatry departments, must be in continuity with novelties in clinical practice in order to perform each procedure with a therapeutic goal and meaningfully.

Keywords: forensics, psychiatry, health care process, nursing diagnoses, bachelor's degree in nursing


15. PRILOZI

Popis slika

Slika 7.1. Radna terapija (Izvor: <https://sbst.hr/lijecnicke-usluge/fizikalna-medicina-i-rehabilitacija/radna-terapija/>; datum pristupa: 05.10.2022)

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>17. 3. 2023.</u>	KARLO KALINIK	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MARKO ULAGIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 17.3.2023.

Marko Ulagić
potpis studenta/ice

