

Obravnava heteroagresivnega otroka in mladostnika z duševno motnjo na oddelku pod posebnim nadzorom

Strokovni članek /
Professional article

Treating a hetero-aggressive child and adolescent with a mental disorder in a unit with specialized supervision

Matejka Pintar Babič, Žiga Rosenstein,
Maja Drobnič Radobuljac

Izvleček

Otroci in mladostniki zaradi različnih izkušenj, pričakovanj, kognitivnih sposobnosti in razumevanja zdravstvene obravnave, le to pogosto odklanjajo in se na različne pristope zdravstvenega osebja lahko odzovejo agresivno. Kadar je otrok ali mladostnik v slabem telesnem stanju, prestrašen, pod vplivom psihopatološkega doživljanja ali različnih psihoaktivnih snovi, je verjetnost za agresiven odziv večja. Obravnava zato zaposlenim predstavlja kompleksen izziv, ki zahteva individualen in celosten pristop. Najpomembnejši cilj zdravstvene nege je vzpostavitev varnega okolja. Ta pripomore, da otrok ali mladostnik ostane nepoškodovan, oziroma da se prepreči poslabšanje trenutnega psihičnega stanja, zaradi katerega je bil sprejet na enoto. Varnost se zagotavlja z vrsto sočasno potekajočih intervencij zdravstvene nege. Na Enoti za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo so v ta namen prostori tehnično prilagojeni. Med obravnavo zaposleni uporabljajo deeskalacijske tehnike, s katerimi ustvarjajo terapevtsko okolje, ki omogoča otrokom in mladostnikom izraziti stisko na varen način. V pomoč so tudi lestvice za ugotavljanje napovednih dejavnikov za pojav avto ali heteroagresivnega vedenja. Po navodilu zdravnika se ob stopnjevanju agresivnega vedenja aplicira zdravilo in/ali v skrajnem primeru uvede posebni varovalni ukrep. Ta je definiran v Zakonu o duševnem zdravju in se izvede v skladu s Standardom zdravstvene nege in Nacionalnim protokolom Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Ključne besede: otrok in mladostnik, psihiatrična zdravstvena nega, agresivno vedenje, deeskalacijske tehnike, telesno oviranje.

Abstract

Children and adolescents often reject healthcare interventions due to various experiences, expectations, cognitive abilities and understanding of medical treatment. They may respond aggressively to different approaches from healthcare staff. The likelihood of an aggressive response is particularly high when a child or adolescent is in poor physical condition, frightened, under the influence of psychopathological experiences or psychoactive substances. Managing such situations poses a complex challenge for healthcare professionals, requiring an individualized and holistic approach. The goal of healthcare is to establish a safe environment. This ensures that the child or adolescent remains uninjured and it prevents worsening of the current mental state for which they were admitted. Safety is ensured through a series of concurrent nursing interventions. The facilities at the Unit for Intensive Child and Adolescent Psychiatry are therefore technically adapted. During treatment, staff employ de-escalation techniques to create a therapeutic environment, allowing children and adolescents to express distress in a safe manner. Predictive factor scales for the occurrence of auto or heteroaggressive behavior are also used. Following the doctor's instructions, medications are administered in cases of escalating aggressive behavior, and/or in extreme cases, a specific protective measure is implemented in accordance with legal standards and nursing protocols.

Keywords: child and adolescent, psychiatric health care, aggression, de-escalation techniques, physical disability.

Uvod

V razvojnem obdobju med otroštvom in mladostništvom poteka v duševnosti vrsta sprememb na področju čustvenega, socialnega in kognitivnega delovanja z namenom doseči čim samostojnejše življenje v odrasli dobi. Večina jih te razvojne naloge opravi brez težav, nekateri pa se zaradi različnih razlogov srečujejo z manjšimi ali večjimi stiskami, ki jih rešujejo na bolj ali manj zdrave načine (1). Glede na poročilo Svetovne zdravstvene organizacije mladi pogosto doživljajo izzive v zvezi s stresom, šolskimi pritiski, težavami v odnosih, z identiteto in drugimi vidiki njihovega življenja, kar lahko vpliva na njihovo duševno dobrobit (2).

Otroci in mladostniki v šolskem obdobju so namreč z vidika zdravja ranljiva skupina. Njihove zdravstvene težave so v glavnem povezane z značilnostmi rasti in razvoja, načinom življenja in s širšimi družbenimi doganjanji (3).

Študije kažejo, da so otroci mladostniki z duševnimi motnjami bolj dovzetni za izražanje nasilnega vedenja v primerjavi z njihovimi vrstniki, ki so brez teh težav (4). Agresivno vedenje je v zdravstvenih ustanovah sicer pogost pojav (5, 6), najpogosteje pa se pojavlja na področju psihiatrije (7). Izraža se kot reakcija posameznika, ki vključuje agresivno verbalno izražanje, grožnje s poškodovanjem ali s fizičnim napadom (8). Ob pojavu vznemirjenosti oz. agitacije pri otroku ali mladostniku je pomembno razmisliti, ali gre za odraz stiske in motenj v njegovem delovanju. Že samo bolnišnično okolje, ki je tuje in nepoznano, lahko zanj predstavlja dejavnik tveganja za pojav agitiranosti. Hkrati je treba prej izključiti možnost nastanka iz telesnih vzrokov in duševnih motenj (9).

Obravnava heteroagresivnega otroka in mladostnika z duševno motnjo na oddelku pod posebnim nadzorom (Enoti za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo)

Enota za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo (EIOAP) je namenjena izvajanju intenzivnega diagnosticiranja in zdravljenju nujnih psihiatričnih stanj. Gre za edino tovrstno enoto za otroke in mladostnike do dopolnjenega 18. leta v Sloveniji, na kateri se hospitalizacija izvaja izključno v skladu z določili 39. člena Zakona o duševnem zdravju (10). Indikacije za hospitalizacijo so, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji: a) če oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim; b) če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje, in c) če navedenih vzrokov ogrožanja iz prve alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici zunaj oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem, z zdravljenjem v skupnosti ali z nadzorovano obravnavo) (11).

Ob sprejemu otroka ali mladostnika na enoto je potrebno učinkovito oceniti stanje ter prilagoditi izvajanje ukrepov. Začetno triažiranje mora vključevati oceno sposobnosti za sodelovanje, ki temelji na opazovanju in verbalni interakciji, ter oceno tveganja za morebitno nasilno vedenje (12). Agitiranost oz. vznemirjenost otroka ali mladostnika se namreč lahko hitro stopnjuje v nasilno vedenje, ki se usmeri proti samemu sebi ali v okolico. Zato je ključnega pomena, da zaposleni izkoristijo vse razpoložljive možnosti za zagotavljanje varnosti (13). Ob tem je zaposlenim na voljo vrsta ukrepov in aktivnosti.

Zagotavljanje varnosti s prilagoditvijo okolja

Predpogoj za varno obravnavo je prilagojeno fizično okolje, ki omogoča varno obravnavo vznemirjenega otroka/mladostnika, ki lahko postane nasilen (14, 15). Prostori morajo biti zasnovani tako, da omogočajo najvišjo stopnjo varnosti. Pohištvo mora omogočati preprost in prilagodljiv dostop do izhodov tako za bolnike kot tudi za zaposlene. Materiali v prostorih morajo biti lahki, nelomljivi, brez steklenih površin in brez ostrih robov. Potrebno je odstraniti ali zavarovati vse potencialno nevarne predmete (15, 16). Pomembna je primerna osvetlitev, uporaba mirnih barv, primerne temperatura in prezračevanje ter odsotnost glasnih zvokov, da se izogne čezmerni senzorični stimulaciji (13). Prav tako morajo biti na voljo ustrezne vstopne in izstopne poti, ki omogočajo popolnoma neoviran izhod otroku/mladostniku kot tudi umik zdravstvenemu osebju v primeru, da situacija postane nevarna (13, 16).

Kako zagotavljajo varnost zaposleni (deeskalacijske tehnike)

Zaposleni se morajo v izogib poškodbam ob nasilnem vedenju zaščititi tako, da ne nosijo visečih uhanov, ogrlic in nimajo dolgih razpuščenih las (17). Pri svojem delu oz. terapevtski interakciji z otroki/mladostniki uporabljajo deeskalacijske tehnike, ki so eno od najmočnejših orodij za zmanjševanje agresivnega vedenja. Njihova uporaba zahteva empatičen in profesionalen odnos osebja, ne glede na otrokovo/mladostnikovo vedenje, ter zato omogoča kljub vznemirjenju vzpostaviti terapevtski odnos (9, 13). Usposabljanje o deeskalacijskih tehnikah nudi zaposlenim pogoje za izvajanje komunikacijskih veščin in jim daje samozavest za učinkovito obvladovanje agresivnega vedenja (18). Deeskalacijske tehnike (9, 16) ustrezno prilagodimo otoku ali mladostniku:

1. Spoštujte otroka/mladostnika in njegov osebni prostor!

Pri interakciji z vznemirjenim otrokom/mladostnikom je pomembno ohraniti dovolj veliko medosebno razdaljo (vsaj dve dolžini rok). Ne dotikajte se ga brez njegove privolitve! Potrebno je preprečiti, da v prostor med obravnavo vstopajo drugi bolniki ali osebje, ki ne vedo, kaj se v prostoru dogaja. To lahko povzroča dodatno vznemirjenje.

2. Ne bodite provokativni!

Neverbalna komunikacija se mora ujemati z verbalno. Pozorni morate biti na držo telesa. Roke naj bodo vidne in ne stisnjene v pest, tudi prekrizane roke ali roke za hrbtom lahko delujejo grozeče ali konfliktno. Izogibati se treba intenzivnemu neposrednemu stiku z očmi, ki je že sam po sebi lahko provokativen.

3. Vzpostavite besedni stik z otrokom/mladostnikom.

Deeskalacijo naj vedno začne, vodi in konča ista oseba. Zaposleni, ki komunicira, naj se otroku/mladostniku predstavi tako, da pove svoje ime, vlogo in namen v dani situaciji. Nikoli ne izpodbijajte od njega izrečenih besed. Večkrat ponovite, da mu ne boste škodili, da ste tukaj zato, da mu pomagate. Ne obljublajte, česar ne morete izpolniti, vendar pokažite, da vam je mar za njegovo počutje.

4. Bodite kratki in jedrnat!

Uporabljajte preproste besede in kratke stavke. Preobširne informacije lahko dodatno vznemirijo. Govorite počasi, vendar odločno, in se izogibajte tonu ali besedam, ki zvenijo preveč avtoritativno. Vsebinsko po potrebi večkrat ponovite in dajte čas, da bolnik predela informacije. Pri otroku ali mladostniku za razliko od odrasle populacije uporabljamo tikanje in govor prilagodimo glede na starost in kognitivno sposobnost.

5. Skušajte prepoznati želje in občutke!

Vprašajte po njegovih željah (žeja, lakota, uporaba stranišča, zdravljenje bolečine itd.). Empatična vprašanja zmanjšujejo agitiranost. Bodite pozorni na govorico telesa in na vsebine, o katerih pripoveduje, in so za zdravstveno obravnavo na videz nepomembne.

6. Aktivno in pozorno poslušajte!

Ob komunikaciji se izogibajte zapisovanju in zagotovite, da se iz vaše verbalne in neverbalne komunikacije čuti, da ima zagotovljeno vso vašo popolno pozornost.

7. Dogovorite se mirno, če se s čim ne strinjate.

Ne ugovarjajte načelom ali tistemu, kar verjame, da je resnica, vendar ga pri očitnih neresnicah ne spodbujajte. Kadar se resnično ne morete strinjati, se strinjajte, da se s njim ne strinjate.

8. Postavite jasna pravila in meje!

Z bolnišničnimi pravili glede nesprejemljivega vedenja se ob sprejemu otroka ali mladostnika seznanijo tako bolnik sam kot njegovi starši ali zakoniti zastopniki. Pomembno je, da so jasno informirani glede nesprejemljivega vedenja in njegovih posledicah. Potrebno je povedati, da poškodovanje drugih ali sebe ni sprejemljivo vedenje in da boste ukrepali, da to preprečite. Pojasnite, da boste, če se bo nadaljevalo nasilno vedenje poklicali policijo, vendar to povejte kot dejstvo, ne kot grožnjo. Posledice razložite na jasn, razumljiv in spoštljiv način. Kadar se nasilno vedenje nadaljuje, zavarujte ostale bolnike in osebje, se umaknite in zahtevajte intervencijo policije.

9. Ponudite izbiro!

Izbira je eden redkih virov za krepitev občutka nadzora. Pri osebi, ki je prepričana, da je nasilno dejanje zanj edini izhod, je možnost izbire tudi močno orodje za zmanjševanje agitiranosti.

Nikoli ne zahtevajte sodelovanja, temveč ponudite izbiro tudi pri obliki obravnave (npr: »Ali bi vzel zdravilo v obliki tablete/kapljic ali injekcije?«).

10. Podajte povzetek dogovora!

Spodbujajte otroka/mladostnika, da izrazi svoje misli z besedami, hkrati poudarite in pohvalite njegov trud in sposobnost za samokontrolo. Ponovite, kar sta se uspela dogovoriti (13).

Zagotavljanje varnosti z uporaba ocenjevalnih lestvic

V literaturi se pojavljajo različna orodja, ki zaposlenim omogočajo hitrejšo prepoznavo nasilnega vedenja. Med njimi izstopata lestvici OAS (*angl.* Overt Aggression Scale) in BVC (*angl.* Broset Violence Checklist (19), ki se uporabljata v psihiatričnih bolnišnicah. V EIOAP je v uporabi tudi posebna napovedna lestvica, prilagojena preprečevanju agresivnega vedenja pri otrocih in mladostnikih, Dinamično vrednotenje situacijske agresije – verzija za mladostnike (*angl.* The Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Youth Version, DASA-YV) (15). Potencial za pojav nasilnega vedenja opazujemo in vrednotimo z naslednjimi merili: razdražljivost, impulzivnost, neupoštevanje napotkov, občutek izzvanosti, jezavost, negativna naravnost, besedne grožnje, nizka stopnja empatije, zavrnitev s strani vrstnikov, zunanji stresorji in anksioznost/prestrašenost. Lestvica zaposlene vodi v povečano pozornost otrokovega/mladostnikovega vedenja ter prilagoditev ukrepov za preprečevanje nasilnega vedenja (20).

Zagotavljanje varnosti s posebnimi varovalni ukrepi

V primeru, da se otrok ali mladostnik, kljub uporabi deeskalacijskih tehnik, še vedno ni pomiril in je ob tem neva-

ren sebi ali drugim, se po navodilih pedopsihiatra uvede posebni varovalni ukrep (PVU), ki ga Zakon o duševnem zdravju opredeljuje kot »nujen ukrep, ki se uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom« (16). Izbor in uvedba posebnega varovalnega ukrepa je odvisna od stopnje ogroženosti otrokovega stanja. Delimo ju na: (15).

- Diskretni nadzor je povečana pozornost osebja, pri čemer ima otrok/mladostnik še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Opazuje se na najmanj 15 minut.
- Stalni nadzor v gibanju pomeni stalno varovanje otroka/mladostnika. Izvaja se na varovanih oz. intenzivnih oddelkih.

Med posebne varovalne ukrepe spada tudi omejitev gibanja znotraj enega prostora. Namen ukrepa je odpraviti ali obvladovati nevarno vedenje bolnika, preprečiti neposredno nevarnost poškodovanja bolnika in osebja ter povzročiti resno škodo na inventarju (21). Čeprav ZDZdr omejitev gibanja znotraj enega prostora opredeljuje kot obliko PVU, se ta v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah ne izvaja (22). Nekateri avtorji pri otrocih in mladostnikih, ki so v preteklosti doživeli travmatično izkušnjo, odsvetujejo uporabo telesnega oviranja in priporočajo namesto tega omejitev gibanja znotraj enega prostora, ki mora biti za tovrstni ukrep posebej prilagojen (23). Prav tako so v študiji, opravljeni v Izraelu leta 2013, na podlagi mnenj mladostnikov ugotovili, da je uporaba izolacijske sobe bolj primerna kakor telesno oviranje in da so se lahko hitreje pomirili (24). Razvijanje in izvajanje strategij za preprečevanje in obvladovanje agre-

sivnih vedenj morata imeti prednost za izboljšanje celotne oskrbe in dobrega počutja mladostnikov v psihiatričnih okoljih (25).

- Intervencija telesnega oviranja s pasovi se izvaja v skladu z Zakonom o duševnem zdravju (ZDZdr/2008) v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov. Na drugih oddelkih splošnih bolnišnic se telesno oviranje s pasovi izvaja v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP; 31.a člen) (11). Ukrep z nazivom intervencija telesnega oviranja s pasovi poteka po Nacionalnem protokolu aktivnosti zdravstvene in babiške nege in sicer (26):

Priprava na izvedbo intervencije

Pred oz. ob izvedbi ukrepa se oceni tveganje za bolnika in zdravstveno osebje. Za izvedbo zagotovimo zadostno število zdravstvenega osebja (5 oseb – glede na oceno tveganja).

a) Priprava prostora in pripomočkov:

Na oddelku morata biti v posebni sobi za nadzor v naprej pripravljeni vsaj ena posteljna enota s pravilno nameščenimi standardiziranimi pasovi za oviranje. Iz okolice bolniške postelje odstranimo vse nevarne in nepotrebne predmete.

b) Priprava bolnika:

Bolnika seznanimo s cilji in namenom ukrepa v skladu z njegovim zdravstvenim stanjem in situacijo v danem trenutku. Skušamo ga pomiriti in motivirati za sodelovanje. Odstranimo mu nakit in druge pripomočke, če je to mogoče, ter ga zaščitimo pred morebitnimi poškodbami in okužbami. Namestimo ga v ustrezen položaj.

c) Priprava izvajalcev:

Zaposleni se dogovorijo za koordinacijo in zagotovijo zadostno število osebja. Vsak član izvaja točno določeno nalogo, ki jo predhodno pozna. Pre-

prečuje se možnost nastanka okužb in poskrbi se za osebno varovalno opremo zdravstvenega osebja).

Izvedba intervencije

Med izvajanjem ukrepa delujemo strokovno, ravnamo spoštljivo in humano ter zagotavljamo varnost bolnika in sodelujočega osebja. Pri bolniku, ki je neposredno heteroagresiven in nevaren pokličemo policijo na 113. Med telesnim oviranjem bolnika mora vsaj en član osebja poskrbeti za preostale bolnike na oddelku oz. v ambulantni, jih pomiriti in odmakniti od kraja dogajanja.

Izvedba intervencije in namestitve standardiziranih pasov je natančno opisana v nacionalnem protokolu Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, ki se uporablja najmanj do 18. 5. 2027.

Organiziranje stalnega nadzora bolnika

Diplomirana medicinska sestra v evidenco uporabe posebnih varovalnih ukrepov dokumentira začetek uvedbe ukrepa in razporedi po enega člana negovalnega tima za stalni nadzor telesnega oviranega bolnika v eno- ali dvourne časovne presledke. Člani negovalnega tima izvajajo pri bolniku stalni nadzor, ki ga sprotno dokumentirajo v veljavno zdravstveno dokumentacijo. Glede na negovalno oceno bolnika se vodi tudi list intenzivne zdravstvene nege (dokumentiranje vitalnih funkcij, izvajanje zdravljenja z zdravili, vnos tekočin in hrane ter ostale izvedene negovalne ukrepe oz. diagnostično-terapevtske posege pri bolniku). Zaposleni izpolnijo dnevno poročilo zdravstvene nege, v katerega vpišejo vse izvedene ukrepe v povezavi s telesnim oviranjem s pasovi.

Intervencije zdravstvene nege pri telesno oviranem bolniku

Z bolnikom se pogovarjamo med potekom intervencije telesnega oviranja s pasovi in v času izvajanja stalnega nadzora. Pri tem uporabljamo terapevtsko komunikacijo in deeskalacijske teh-

nike, s katerimi ga pomirjamo in mu zagotavljamo občutek varnosti. Vitalne funkcije izmerimo ob uvedbi PVU in ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja oz. glede na navodila zdravnika v rednih časovnih presledkih (krvni tlak, srčni utrip, oksigenacija, frekvenca dihanja, telesna temperatura). Posebno pozornost namenimo kontroli srčnega utripa in barvi kože na oviranih udih, in sicer v prvi uri oviranja na 15 minut, nato pa na 1 uro, in sicer zaradi nevarnosti zastoja pretoka krvi, pri čemer se spremlja položaj pasov na udih, kar dokumentiramo s podpisom v vsaki uri stalnega nadzora. Član negovalnega tima, razpisan za stalni nadzor, je odgovoren za zadovoljevanje vseh življenjskih aktivnosti in potreb bolnika v največji možni meri, pri čemer ga poskuša čim bolj aktivno vključiti v izvajanje negovalnih ukrepov.

Intervencija telesnega oviranja s pasovi poteka v skladu s standardom zdravstvene nege Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana ter po Nacionalnem protokolu aktivnosti zdravstvene in babiške nege.

Pogovor v zdravstvenem timu

V zdravstvenem timu se po vsaki intervenciji telesnega oviranja opravi pogovor, v katerem se ocenijo izvedena intervencija, dejavniki tveganja, priloženosti za izboljšave in občutki ter morebitne etične dileme udeležениh (26). Pogovor in podpora znotraj tima je izredno pomembna, saj zaposleni intervencijo dojemajo kot telesno in duševno neprijetno (27).

Zagotavljanje varnosti z usposobljenostjo in razbremenitvijo zaposlenih

Raziskave kažejo, da agresivno vedenje bolnikov lahko vpliva na duševno zdravje zaposlenih (28) ter tudi na njihov življenjski slog (29). Ob prisotnosti psihomotorično vznemirjenih bolnikov se zaposleni lahko počuti ogroženega ali prestrašenega. V takšnih primerih je supervizija zunanje strokovnjaka

pogosto v neprecenljivo pomoč timom, ki se redno srečujejo z obravnavo nasilnih bolnikov. Ključnega pomena za učinkovito obravnavo so dobro usposobljeni zaposleni, ki s svojim vedenjem soustvarjajo terapevtsko okolje. To okolje omogoča otrokom in mladostnikom, da se počutijo razumljene, sprejete ter predvsem varne med svojim bivanjem.

Zaključek

Obravnavo otrok in mladostnikov s težavami na področju duševnega zdravja je izredno kompleksna in predstavlja svojevrsten izziv. Stanja obravnavanih otrok in mladostnikov na enoti pod posebnim nadzorom so raznolika. Osnovna prilagoditev pri zaposlenih je odvisna od starosti otroka in njegove zmožnosti razumevanja okolja in interakcij. Zagotavljanje varnosti temelji na prilagojenih prostorih, sočasni deeskalaciji, oceni tveganja za agresivno vedenje ter izvajanju posebnih varnostnih ukrepov v skladu s predpisanimi postopki in zakonodajo. Hkrati pa situacije, v katerih se znajdejo otroci, pri zaposlenih spodbudijo lastne spomine in predvsem etične dileme, ko je varnost potrebno zagotoviti z ukrepom zadnje izbire, tj. s telesnim oviranjem s pasovi. Za vzpostavitev varnega okolja, v katerem se otroci in mladostniki počutijo razumljene in sprejete so ključnega pomena za zaposlene. Občutljivost in visoko etične norme multidisciplinarnega tima so zato izrednega pomena za zagotavljanje varne in kakovostne obravnave otrok in mladostnikov na področju duševnega zdravja.

Literatura

1. Drobnič Radobuljac M, Pintar Babič M. Samomorilno vedenje in samopoškodovno vedenje brez samomorilnega namena v otroštvu in mladostništvu: duševno zdravje v vrtcu in šoli. Šolsko svetovalno delo; 2017 (21) 2/3: 54–61.
2. World Health Organization. Mental health of young people: A global public-health challenge, 2018. Dosegljivo na: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/>

maternal-and-reproductive-health/adolescent-health/mental-health.

3. Jeriček Klančič H, Roškar S, Vinko M, Konec Juričič N, Hočevar Grom A, Bajt M. Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018; 27.
4. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 48(3): 254–61.
5. Pines R, Giles H, Watson B. Managing patient aggression in healthcare: Initial testing of a communication accommodation theory intervention. Psychology of Language and Communication 2021; 25(1): 62–81.
6. Civilotti C, Berlanda S, Iozzino L. Hospital-Based Healthcare Workers Victims of Workplace Violence in Italy: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(11): 5860.
7. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. Clin Pract Epidemiol Mental Health 2005; 1: 11.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings 2015 Dosegljivo na: www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-short-term-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389.
9. Tomašević Kramer A. Urgentna obravnavo otroški in mladostniški psihiatriji. V: Vseprisilno Zdrženja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu 2022; 30(66): 7–13.
10. Pintar Babič M, Rosenstajn Ž. Zdravstvena nega v enoti za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo. Obravnavo duševnih motenj otrok in mladostnikov v zdravstveni negi. XIX. Srečanje medicinskih sester v pediatriji v Mariboru. Zbornik predavanj. 2023; 21–4.
11. Uradni list RS. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Dosegljivo na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
12. Government of Western Australia, Department of Health. The management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. East Perth, 2006. Dosegljivo na: https://www.acas.edu.au/AA_old/staff_area/legislation_and_regulations/HP8973_The_management_of_disturbed_violent_behaviour.pdf
13. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. World J Biol Psychiatry 2016; 17(2): 86–128.
14. Baldacara L, Ismael F, Leite V, Pereira L, dos Santos R, Gomes Junior V et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. Braz J Psychiatry 2019; 41(2): 153–67.
15. Pintar Babič M, Rosenstajn Ž, Drobnič Radobuljac M. Nefarmakološki ukrepi pri heteroagresivnem vedenju v zdravstveni ustanovi. Jubilejni XI. Derčevi dnevi, Ljubljana. 2023.
16. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med 2012; 13(1): 17–25.
17. Baldaçara L, Cordeiro DC, Calfat ELB, Cordeiro Q, Tung TC. Emergências psiquiátricas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018; 70–3.
18. Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L. Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. J Emerg Nurs 2019; 45(1): 24–30.

19. Coccaro EF. The Overt Aggression Scale Modified (OAS-M) for clinical trials targeting impulsive aggression and intermittent explosive disorder: Validity, reliability, and correlates. *J Psychiatr Res* 2020; 124:50–7.
20. d’Ettorre G, Pellicani V. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Saf Health Work* 2017; 8(4): 337–42.
21. Stevenson S, Otto MP. Finding ways to reduce violence in psychiatric hospital. *J Healthc Qual* 1998; 20(4): 28–32.
22. Združenje psihiatrov pri SZD. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. VICEVERSA 2018; Dosegljivo na: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AF85z2BDnPx6sY&id=10DCE71240B4C91%21143659&cid=010DCE71240B4C91&parId=root&parQt=sharedby&o=OneUp>
23. Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41(2): 4S–25S.
24. Vishnivetsky S, Shoval G, Leibovich V, Giner L, Mitrany M, Cohen D et.al. Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients’ attitudes. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2013; 50(1): 6–10.
25. Furre A, Sandvik L, Friis S, Knutzen M, Hanssen-Bauer K. A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint. *Psychiatry Res* 2016; 237: 60–6.
26. Nacionalni protokol zdravstvene in babiške nege. Posebni varovalni ukrepi - telesno oviranje na področju psihiatrije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2022.
27. Kodua M, Eboh WO. „It’s not a nice thing to do, but...”: A phenomenological study of manual physical restraint within inpatient adolescent mental health care. *J Adv Nurs* 2023; 79(12): 4593–606.
28. Havaei F. Does the Type of Exposure to Workplace Violence Matter to Nurses’ Mental Health? *Healthcare (Basel)* 2021; 9(1): 41.
29. Lamothe J, Boyer R, Guay S. A longitudinal analysis of psychological distress among healthcare workers following patient violence. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 2021; 53(1): 48–58.

**mag. Matejka Pintar Babič, dipl. m. s.,
univ. dipl. org. dela**

Enota za intenzivno otroško in
adolescentno psihiatrijo, Center
za mentalno zdravje, Univerzitetna
psihiatrična klinika Ljubljana,
Ljubljana, Slovenija

Žiga Rosenstein, mag. zdr. nege
(kontaktna oseba / *contact person*)

Enota za intenzivno otroško in
adolescentno psihiatrijo,
Center za mentalno zdravje,
Univerzitetna psihiatrična klinika
Ljubljana,
Grablovičeva 44a, Ljubljana, Slovenija
e-naslov: ziga.rosenstein@psih-klinika.si

**izr. prof. dr. Maja Drobnič Radobuljac,
dr. med.**

Katedra za psihiatrijo, Medicinska
fakulteta, Univerza v Ljubljani in
Enota za intenzivno otroško in
adolescentno psihiatrijo, Center
za mentalno zdravje, Univerzitetna
psihiatrična klinika Ljubljana,
Ljubljana, Slovenija

prispelo / *received*: 11. 4. 2024
sprejeto / *accepted*: 26. 4. 2024

Pintar Babič M, Rosenstein Ž, Drobnič Radobuljac
M. Obravnava heteroagresivnega otroka in mladost-
nika z duševno motnjo na oddelku pod posebnim
nadzorom. *Slov Pediatr* 2024; 31(2): 66–71. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2024-2-04>.