



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**STRES PRI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI  
NEGI OB NEŽELENIH DOGODKIH PRI  
PACIENTIH Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI**

Mentor: dr. Radojka Kobentar, viš. pred.

Kandidatka: Zorica Filipovič

Jesenice, maj 2011

## **ZAHVALA**

Mentorici dr. Radojki Kobentar se zahvaljujem za vso pomoč, podporo in napotke pri izdelavi diplomskega dela ter njeno zaupanje vame.

Psihiatrični bolnišnici Idrija in mag. Viktoriji Gorjup se zahvaljujem za finančni vložek pri mojem študiju.

Glavni medicinski sestri mag. Vesni Čuk se zahvaljujem za vso pomoč, podporo in zaupanje v času študija in pri izdelavi diplomskega dela.

Posebna zahvala je namenjena mojim domačim za vso podporo in razumevanje v času študija.

Hvala Jaki za vso, ampak res vso podporo.

Hvala vsem sodelavkam in sodelavcu za vse podarjene proste dneve in podporo.

Hvala Ani, Robiju, Taši, Taju, Anji, Gašperju, Maji, Nataši V., Nataši K., Jani, Urški, Katjuši, Janiti, Sabrini, Maji, Jadranki, Alenki, Gregu ... in vsem drugim, ki ste me tekom študija spremljali in spodbujali.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Medicinska sestra dan danes ni več le v vlogi medicinske sestre, ampak je strokovnjak, zaupnik in prijatelj pacientu, njene naloge in kompetence pa vsakodnevno dobivajo večje razsežnosti. Kako se medicinska sestra odziva na vsakodnevne potrebe pacienta in kliničnega okolja, pa je odvisno od njene psihosocialne in osebnostne zrelosti, znanja, profesionalnosti ter kliničnega okolja in delovnih pogojev v njem.

**Cilj:** Namen diplomskega dela je bil raziskati neželene dogodke, ki obremenjujejo zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Ugotavljali smo, kaj zaposleni občutijo ob neželenem dogodku s strani pacienta in katere intervencije ter ukrepi so bili izvedeni ob tem dogodku za zmanjšanje stresne reakcije pri posameznikih. Prav tako smo analizirali, na katerih enotah oziroma oddelkih bolnišnice so medicinske sestre najpogosteje izpostavljene stresnim dogajanjem

**Metode:** Uporabili smo kvantitativno metodo dela, uporabili smo kavzalno-eksperimentalni pristop dela, podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika. V anketnem vprašalniku, smo zaposlene v zdravstveni negi spraševali po njihovem srečevanju z neželenimi dogodki s strani pacienta, stresom in načinom sproščanja po stresnem dogodku. Anketiranci so svoje odgovore podajali s pomočjo ocenjevalne lestvice, kjer je 0 pomenila nikoli, 1 včasih, 2 pogosto in 3 vedno. Raziskava je bila izvedena v Psihiatrični bolnišnici Idrija v času od 1. 12. 2010 do 31. 12. 2010. Razdeljenih je bilo 82 anketnih vprašalnikov, od tega smo jih nazaj dobili 57, kar predstavlja 69,50-odstotno odzivnost.

**Rezultati:** Najpogostejši neželeni dogodki s strani pacienta so žalitev (PV = 1,84), grožnje (PV = 1,72), heteroagresija (PV = 1,49), avtoagresija (PV = 1,32), zdrsi/padci (PV = 1,30), poškodbe inventarja (PV = 1,23), poškodbe lastnine (PV = 1,11) in nastanek razjede zaradi pritiska (PV = 0,89). Neželeni dogodki se najpogosteje pojavljajo na sprejemnih oddelkih (PV = 1,51), gerontopsihiatričnem oddelku in splošnem psihiatričnem oddelku (PV = 1,28) ter na oddelku za zdravljenje odvisnosti in psihoterapevtskem oddelku (PV = 1,25). Anketiranci se na neželeni dogodek najpogosteje odzivajo z vznemirjenostjo (PV = 1,54), razdražljivostjo (PV = 1,30), utrujenostjo (PV = 1,25), nespečnostjo (PV = 1,04), glavobolom (PV = 0,77), napadalnostjo (PV = 0,53), apatičnostjo (PV = 0,44) in napadom joka (PV = 0,26).

Najpogostejše intervencije in ukrepi za zmanjšanje stresnosti so terapevtski pogovor z udeleženci dogodka (61,4 %), pogovor z vodilno medicinsko sestro (35,1 %), timski sestanek (22,8 %), pogovor s svojci pacienta (12,3 %), supervizijsko srečanje (3,5 %), bolniški stalež (3,5 %), premestitev na drug oddelek (1,8 %), napotitev na specialistični pregled (1,8 %) in predčasna zapustitev delovnega mesta (0,0 %).

**Razprava:** Izvedena raziskava je bila prva tovrstna raziskava v delovnem okolju. Ugotovili so, da se zaposleni zelo pogosto srečujejo z neželenim dogodki, povzročenimi s strani pacienta. Kot najpogostejše neželene dogodke navajajo verbalno nasilje, in sicer žalitve in grožnje, sledita heteroagresija in avtoagresija, ki spadata v skupino fizičnega nasilja. Sprejemni oddelki veljajo za oddelke, kjer se beleži najvišja pojavnost neželenih dogodkov, sledita gerontopsihiatrični oddelek in splošni psihiatrični oddelek ter oddelek za zdravljenje odvisnosti in psihoterapevtski oddelek. Zaposleni se na neželeni dogodek odzivajo z vznemirjenostjo, razdražljivostjo, utrujenostjo in nespečnostjo, kar je vsekakor prevlada psihičnih znanilcev stresa nad telesnimi. Kot najpogostejši ukrep – intervencijo za zmanjševanje vpliva stresnosti na delovnem mestu in samoobvladovanje stresnih situaciji zaposleni navajajo pogovor, terapevtski pogovor z udeleženci dogodka, pogovor z vodilno medicinsko sestro, pogovor s svojci pacienta, pogovor s sodelavcem na delovnem mestu.

**Ključne besede:** stres, neželeni dogodek, duševna motnja, zdravstvena nega.

## ABSTRACT

**Theoretical premises:** Nowadays, nurses do not only carry out the role of the nurse, but also act as experts, confidantes and friends to the patients, with their tasks and competences gaining in scope on a daily basis. How a nurse responds to daily needs of the patient and the clinical environment depends on her psychosocial and personal maturity, knowledge and professionalism, as well as the clinical environment and its working conditions.

**Aim:** The purpose of the thesis was to explore the adverse events straining the employees in medical care in the field of psychiatry. We established the feelings of employees relating to an adverse event caused by a patient and which interventions and measures were taken at the occurrence of the event to decrease the individuals' stress reaction. We also analyzed in which hospital units or wards the nurses are most frequently exposed to stressful events.

**Methods:** We used a quantitative work method, utilized a causally non-experimental approach and gathered the data by means of a structured questionnaire. The questionnaire was aimed at medical care employees and encompassed questions on their dealing with adverse events caused by patients, on stress and on release methods after a stressful event. The respondents answered by using an evaluation scale with 0 standing for “never”, 1 for “occasionally”, 2 for “frequently” and 3 for “always”. The survey was carried out in the Idrija Psychiatric Hospital in the period from December 1, 2010 to December 31, 2010. 82 questionnaires were distributed, from which 57 were returned, which represents a 69.50 % response rate.

**Results:** The most common adverse events caused by patients were insults (PV = 1.84), threats (PV = 1.72), heteroaggression (PV = 1.49), autoaggression (PV = 1.32), slips/falls (PV = 1.30), damages to the inventory (PV = 1.23), damages to the property (PV = 1.11), and development of an ulcer due to stress (PV = 0.89). Adverse events most frequently occur in the admitting wards (PV = 1.51), the gerontopsychiatric ward and the general psychiatric ward (PV = 1.28), the addiction treatment ward and the psychotherapeutic ward (PV = 1.25). The respondents most frequently respond to the adverse event with agitation (PV = 1.54), irritability (PV = 1.30), tiredness (PV = 1.25), insomnia (PV = 1.04), headaches (PV = 0.77), aggressiveness (PV = 0.53), apathy (PV = 0.44) and crying fits (PV = 0.26). The

most common interventions and measures taken to prevent stress are a therapeutic conversation with the event participants (61.4 %), conversation with the head nurse (35.1 %), team meeting (22.8 %), conversation with the patient's family (12.3 %), supervisory meeting (3.5 %), sick leave (3.5 %), transfer to a different ward (1.8 %), referral to a specialist examination (1.8 %) and premature voluntary redundancy (0.0 %).

**Discussion:** The survey represented the first survey of its kind in the working environment. The findings show that the employees very frequently face adverse events caused by patients. As the most common adverse events, the respondents list verbal violence, specifically insults and threats, followed by heteroaggression and autoaggression, which belong to the domain of physical violence. The admitting wards are regarded as the wards noting the highest occurrence rate of adverse events, and are followed by the gerontopsychiatric ward, the general psychiatric ward, the addiction treatment ward and the psychotherapeutic ward. The employees respond to adverse events with agitation, irritability, tiredness and insomnia, which certainly signifies that the psychological signs of stress dominate over the physical. As the most common measure or intervention to reduce the influence of stress at the workplace and increase self-control of stressful situations, the employees list conversations, therapeutic conversations with the event participants, conversation with the head nurse, conversations with the patient's family and conversations with co-workers at the workplace.

**Keywords:** stress, adverse event, mental disorder, nursing care.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNA IZHODIŠČA</b> .....	<b>3</b>
2.1	STRES .....	3
2.1.1	Vrste stresa .....	4
2.1.2	Faze stresa.....	5
2.2	VZROKI STRESA .....	5
2.2.1	Reakcije na stres .....	7
2.3	STRES NA DELOVNEM MESTU .....	8
2.3.1	Medicinska sestra in stres .....	9
2.4	NEŽELENI DOGODKI .....	10
2.4.1	Obravnava neželenih dogodkov .....	11
2.4.2	Neželeni dogodki v zdravstveni negi pri pacientih .....	12
2.4.3	Neželeni dogodki v zdravstveni negi pri izvajalcih zdravstvene nege .....	13
2.5	DUŠEVNA MOTNJA.....	13
2.6	ZDRAVSTVENA NEGA NA PODROČJU PSIHIATRIJE/ PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA .....	15
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>17</b>
3.1	PROBLEM IN CILJ RAZISKOVANJA .....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	18
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	18
3.3.2	Opis instrumentarija .....	18
3.3.3	Opis vzorca.....	19
3.3.4	Potek raziskave .....	20
3.3.5	Opis obdelave podatkov .....	21
3.4	REZULTATI.....	21
3.5	RAZPRAVA .....	32
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>1</b>
6.1	PROŠNJA ZA IZVEDBO ANKETE.....	1
6.2	ANKETNI VPRAŠALNIK.....	2

## **Kazalo tabel**

Tabela 1: Izračun zanesljivosti vzorca po sklopih s Cronbach $\alpha$ .....	19
Tabela 2: Opis vzorca.....	21
Tabela 3: Rezultati najpogosteje pojavljenih neželenih dogodkov s strani pacientov..	22
Tabela 4: Rezultati občutenj ob pojavu neželenega dogodka.....	22
Tabela 5: Občutenje stresa pri anketirancih.....	23
Tabela 6: Rezultati stresnih kazalnikov.....	24
Tabela 7: Absolutna števila in delež intervencij ob neželenem dogodku za zmanjšanje stresa.....	25
Tabela 8: Rezultati trditev v načinih spoprijemanja s stresom.....	26
Tabela 9: Povprečne vrednosti tehnik samoobvladovanja stresa.....	27
Tabela 10: Povprečne vrednosti občutenj ob neželenem dogodku glede na spol.....	28
Tabela 11: Pearsonov korelacijski koeficient neželenih dogodkov glede na starost anketirancev.....	30
Tabela 12: Absolutna števila in delež intervencij in ukrepov za zmanjšanje stresa glede na delovno mesto/izobrazbo.....	31



## 1 UVOD

Zdravstvena nega je definirana dejavnost glede na njeno funkcijo, poslanstvo medicinske sestre pa je pomagati posamezniku, zdravemu ali bolnemu, pri tistih aktivnostih, ki bi jih le-ta izvedel, če bi imel za to voljo, moč in znanje (International Council of Nurses 2002; povz. po Čuk, 2006, str. 45).

Zdravstvena nega na področju psihiatrije je specialno področje zdravstvene nege, ki obravnava posameznike z bolezensko spremenjenim mišljenjem, čustvovanjem, zaznavanjem in motnjami spomina, njena osnovna značilnost pa je vzpostavljanje terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, kateri je usmerjen v pospeševanje in podpiranje vedenja, ki pospešuje cilje in izide zdravstvene nege (WHO, 2007). Medicinska sestra prek izvrševanja različnih vlog spoznava pacienta, med tem ko pomaga pacientu in uvideva njegove občutke, pa se mora tudi sama zavedati svojih občutkov in misli (Gorše-Muhič, 2009). Pacient je v proces zdravljenja vključen kot neodvisen subjekt, ki sodeluje v terapevtskem načrtu in ima v njem aktivno vlogo (Štiglic, 2006).

Terminologija na področju neželenih dogodkov v zdravstveni negi še ni dorečena, zato se v klinični praksi srečujemo z različnimi izrazi, kot so napake v zdravstveni negi, neljubi dogodki, napake pri pacientu in neželeni dogodki (Robida, 2004). V zdravstveni negi na področju psihiatrije neželeni dogodek poimenujemo tudi varnostni zaplet ali incident. Neželen dogodek v zdravstveni negi je dogodek, ki se zgodi v delovnem procesu in pomeni motnjo v učinkovitosti in nezgodo, ki ima lahko za posledico prizadetost delavcev, sodelavcev, pacientov, njihovih svojcev in predmetnega okolja (Molan, 2002). Pogosti vzroki za pojavnost neželenih dogodkov s strani pacienta so lahko agresivnost, ki se stopnjuje do nasilnosti, provokacije iz okolja, nakopičena napetost, pestrost patologije, motnje v komunikaciji, nenaden dotik, zloraba psihoaktivnih substanc ter mnoge druge. V sklop aktivnosti in intervencij zdravstvene nege, kjer se pogosteje pojavlja možnost neželenega dogodka, lahko štejemo že sam sprejem v psihiatrično bolnišnico, aplikacijo predpisane terapije proti volji pacienta in fizično oviranje oziroma izvajanje posebnega varovanega postopka (Groleger, 2009). Velik pomen za nastanek neželenega dogodka imajo tudi interakcije medicinske sestre

in pacienta v intervencijah zdravstvene nege v katerih se pacient počuti ogrožen (Kores - Plesničar, 2006). Neželene dogodke s strani pacienta pri zaposlenem delimo na fizično nasilje, kot je udarec, uščip, ugriz, namerno poškodovanje izvajalca zdravstvene nege s predmetom in poškodba lastnine zaposlenega (očala), ter na verbalne grožnje, zmerjanje, žaljenje in poniževanje. Prav tako pa med neželene dogodke štejemo tudi splošne zaplete, kot so zdrs, padeč, nastanek razjede zaradi pritiska, izguba pacientove lastnine, bolnišnične okužbe (Robida, 2006). Vsi ti dejavniki so lahko zelo obremenilni za zaposlene, saj lahko pri njih vzbudijo občutek nemoči, neznanja, neprofesionalnosti in nezadovoljstva, kar pa lahko posledično na posameznika vpliva kot stresni dejavnik na katerega se zaposleni v zdravstveni negi zelo različno odzivajo (Koban, 2005).

»Delovni stres je definiran kot emocionalno stanje, ki je rezultat razlike med zahtevami in sposobnostmi posameznika za prenašanje stresa.« (Bilban, 2009, str. 24). Osnova za obvladovanje stresa, tudi pri medicinski sestri, je poznavanje virov, ki vodijo v stresne situacije (Bilban, 2009). Pogoji za učinkovito delo niso samo profesionalno znanje in spretnosti, ampak tudi zmožnost in obvladovanja čustev nekoristnosti in nezmožnost obrambe (Skoberne, 2001). Stres na delovnem mestu v zdravstvu zajema več kot četrtno odsotnosti od dela, ki trajajo dva tedna ali dlje zaradi zdravstvenih težav, povezanih z delom (Ćopić, 2007). Večina ljudi dojema stres kot nekaj slabega, drugi spet kot izziv. Stres spremljajo psihični in telesni simptomi, občasno pa se pri zaposlenem razvijejo tudi negativna stališča in vedenje do prejemnikov storitev (Černigoj-Sadar, 2002). Fizični simptomi se pri zaposlenem kažejo kot glavobol, povečano kajenje, vrtoglavica, nespečnost, psihični simptomi, ki prizadenejo posameznika, pa so pogosti napadi joka, apatičnost, depresivnost, razdražljivost, napadalnost (Bilban, 2009).

## 2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

### 2.1 STRES

Izraz stres izvira iz latinščine. V angleščini ga prvič uporabijo v 17. stoletju za opis napetosti, pritiska. Skozi 18. in 19. stoletje je stres opisoval silo, pritisk ali močan vpliv, ki deluje na predmet ali osebo. Šele v 19. stoletju so se pojavila razmišljanja o vplivu stresa na človeški organizem in duševnost. V medicino je stres leta 1949 uvedel kanadski zdravnik Hans Seleye in ga opisal kot program telesnega prilagajanja novim okoliščinam, ki motijo osebno ravnotežje (Knežević, Golubić, Milošević, Matec in Mustajbegović, 2009). Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu opredeljuje stres kot stanje, ki ni bolezen, lahko pa resno poslabša fizično in duševno stanje posameznika. Določena mera pritiska lahko začasno celo poveča storilnost posameznika. Ko ta pritisk prestopi meje spremenljivega, lahko povzroči neprijetno izkušnjo, ki jo poimenujejo stres (Evropska agencija za zdravje in varnost pri delu, 2002–2006). Starc (2007) opozarja, da sta stres in stresna reakcija značilna za vsa biološka bitja ne glede na spol in raso. Srečati ga je moč v vseh starostnih skupinah, je lastnost posameznika, da se odzove na okolje oziroma na lastnost, ki presega človekove zmogljivosti in se odvija po posebnem bojnem načrtu, če oseba dejavnik oceni kot izziv, vreden odziva.

Novakova (2002) je mnenja, da je stres poseben fizični, psihični ali vedenjski pojav. Vir stresa je lahko vsak vpliv na posameznika, ki je lahko pozitiven ali negativen in učinkuje na organizem. Določena prisotnost stresa ima lahko pozitiven učinek na ljudi in s svojo prisotnostjo posameznika ne obremenjuje. Ko se količina prisotnega stresa poveča, lahko postane močno obremenjujoča in ima negativen vpliv na zdravje.

Stres je kot univerzalni fenomen, ki ga opredeljuje množica definicij. Stresa se ne da meriti, ne da bi merili napetost, zato je potrebno interakcijsko razumevanje procesa, ki ga opredeljujejo doživetje psihosocialne narave in ima za posledico psihično trpljenje in neprijetne, za organizem ogrožajoče fiziološke procese ter deluje na celotno biopsihosocialno naravo človeka. Možno ga je opisati kot dogajanje, ki ga sproži vsaka sprememba, ki zmoti človekovo notranje ravnotežje in sproži njegove prilagoditvene potenciale. Vsak posameznik se na stres odziva v svoji telesni, duševni in socialni celostnosti. Zato stres najlažje razložimo kot sintezo večjega števila elementov, ki so

med seboj v neki interakciji (Selič, 1999; Selič, 2010). Stres je izjemno močno čustveno stanje, ki naše telo in duševnost preusmeri v preživetje, je celo koristna reakcija, ki se sproži takrat, ko smo ogroženi. Ima pa stres brez razloga mnoge nepotrebne in škodljive vplive na organizem in zavre marsikatero normalno dejavnost organizma, zato delovanje organizma v stresu ni optimalno, ampak izrazito enostransko. Stres ni situacija, ampak je reakcija organizma, saj je naša pozornost v stresu osredotočena predvsem na nevarnost, povečajo pa se tudi vse fiziološke aktivnosti našega telesa (Ihan, 2004).

»Stresni dogodki so kot adaptacijske zahteve, zaradi katerih pride do psihofiziološke napetosti (strain-a), ki lahko vodi v somatsko bolezen. Pot od stresnega dogodka do bolezenske slike je kompleksna in odvisna od mnogih vidikov, ki jih je potrebno skrbno proučevati.« (Selič, 2010, str. 8).

#### 2.1.1 Vrste stresa

Starc (2009) stres opredeljuje glede na njegov učinek na organizem, vzroke, način nastajanja in trajanje. Najpomembnejša delitev stresa je po njegovem mnenju delitev glede na učinke na telo, ki jih za seboj pusti stres:

- pozitiven stres (eustres) je stres, ki ima na vsa živa bitja pozitiven, spodbuden in koristen učinek na telo in organizmu omogoča prilagajanje na nove situacije (prilagoditev na mraz, prilagoditev na bolezen),
- negativen stres (distres) – njegov učinek na telo je negativen in škodljiv za zdravje.

Ostale delitve stresa so odvisne od njegovega trajanja (akutni in kronični stres), izvora stresogenega dejavnika (zunanji in notranji stres) in pojavnosti (realni (dejanski), imaginarni (v mislih), duševni (smrt svojca), telesni (čezmerne telesne obremenitve)), vzročnosti (fizikalni stresorji (hrup), kemijski stresorji (kemikalije), biološki stresorji (bakterije, virusi)).

Seličeva (1999) stres opredeljuje kot:

- pozitiven stres (eustres) – pozitiven učinek stresnega dogajanja,
- negativen stres (distres) – negativni učinki dogajanja,

- nevtralne učinke – stresni dogodki, ki na posamezniku ne pustijo posledic in izzvenijo brez opaznih učinkov.

### 2.1.2 Faze stresa

Hans Seleye je že davnega leta 1974 opisal in poimenoval tristopenjski model stresa kot splošni adaptacijski sindrom, ki je sestavljen iz treh faz, ki si sledijo v točno določenem zaporedju:

- prva faza – faza alarma,
- druga faza – faza prilagoditve,
- tretja faza – faza izčrpanosti (Knežević, Golubić, Milošević, Matec in Mustajbegović, 2009).

»Tri stopnje stresne reakcije obvladujejo večino dejavnosti, ki jih opravljajo. V prvi fazi (alarmni) dobi človek moč in zagon. V stopnji v stopnji odpornosti se dejavnosti odvijajo in v zadnji fazi (izčrpanosti) se človek utruji in omaga.« (Gregson in Lookner, 1993; cit. po Jerman, 2005, str. 476)

Po mnenju Jermana (2005) vsi organizmi na škodljive snovi odreagirajo enako, razlika je le v jakosti reagiranja:

- alarmna reakcija ali preplah: telo prepozna neko reakcijo kot grožnjo in se pripravi na reagiranje (beg ali boj). V tej fazi organizem lahko ostane le nekaj časa, če pa okvara traja dlje, je lahko smrtno nevarna,
- rezistenčna reakcija ali odpor: pojavljajo se znaki spoprijemanja s stresom ter se poveča prizadevanje organizma, da bi uspešno obvladoval učinke stresorjev. Do te faze je lahko učinek stresa pozitiven (eustres); če stresna situacija kljub prilagoditvi traja dlje, je stres negativen (distres),
- faza izčrpanosti: telo kljub prizadevanjem za obvladovanje stresorjev prične slabeti in pešati, pojavijo pa se tudi znaki izčrpanosti in motnje v delovanju telesa. Prehuda izčrpanost lahko celo pripelje do odpovedi dela telesa ali smrti.

## 2.2 VZROKI STRESA

»Večinoma nastane stres v naših glavah, vseeno pa je treba priznati okoliščinam, da so neodvisne od naše presoje in so objektivni vzrok stresa.« (Jerman, 2005, str. 474).

Vzrok stresa ali tako imenovani stresor je lahko dogodek, situacija, oseba ali predmet, ki zamaje posameznikovo ravnovesje. Ne glede na raznolikost njihove vsebine izkušnje kažejo, da je najboljša metoda v borbi proti stresu odprava čim več stresorjev, ki ustvarjajo obstoječi ali potencirajo prihajajoči stres (Arandelović in Ilić, 2006). Stres je neizogiben del našega življenja, ki je posledica dojetanja in doživljanja pojavov, kateri nas spremljajo v našem okolju. Nekateri posamezniki zaradi svojih lastnih prepričanj zaznavajo okoliščine kot negativne in izzivne, pa čeprav za to ne obstajajo nobeni resnični razlogi. Najpogostejša pojavnost stresnih okoliščin nastane v odnosu z ljudmi, saj je glavno doživljanje stresa povezano z ogroženostjo človekove samozavesti, samospoštovanja ter bojznijo pred izgubo socialne varnosti ali domačega okolja (Jerman, 2005). Seličeva v svoji literaturi navaja, da je izvor stresa najpogosteje kar v osebi sami, stresorje pa opisuje kot majhne, zanemarljive, vedno prisotne probleme, ki povzročajo vznemirjenje (Selič, 1999; Selič, 2010).

Zotovičeva (2004) faktorje občutljivosti za stres deli na tri skupine. Prvi dve skupini opisuje kot moderatorje stresa, medtem ko tretjo skupino opisuje kot posledico percepcije moderatorjev stresa:

- notranji dejavniki (vključujejo dejavnike na področju osebnosti, zgodovine osebnosti in dednosti);
- zunanji dejavniki (vključuje zunanja dejavnike kot so denar, življenjski standard in delovne razmere. Kot osebne dejavnike v tej skupini pa Zotovičeva poudarja prisotnost dodatnih stresov in socialno podporo);
- vedenjski dejavniki (v to skupino spadajo vzorci vedenja, usmerjenega v odpravo, ali zmanjševanje fizične ali psihične stresne grožnje (strategije z vnaprej določenim ciljem za odpravo stresa)).

Pomembno je tudi, da se zavedamo, da je razmejitev med skupinami dejavnikov samo pogojno prekinjena in da so skupine dejavnikov med seboj dvosmerno povezane.

Stresorje vsak posameznik doživlja popolnoma drugače. Določa jih posameznikova osebnost, starost, izkušnje, širše in ožje okolje in posameznikovo gledanje na svet. Kar je nekomu stresor, je lahko drugemu dobrodošla spodbuda v življenju (Kamin, Jeriček-Klanšček, Zorko, Bajt, Roškar in Dernovšek, 2009).

Stres večina ljudi, kateri se z njim ukvarjajo, razume kot obremenitev in s tem misli na psihično obremenitev. Danes pa se stres opisuje kot odziv organizma na vsak stresogeni dejavnik, odziv na ta dejavnik je biološki in zajema celotno telo in ne samo dušo. Stres je naravno dejstvo, ki ga moramo jemati kot nekaj pozitivnega. Je nekaj povsem normalnega in vsakodnevnega, pa naj se tega zavedamo ali ne. Majhen stres sili posameznika k motiviranosti, kreativnosti in dvigu uspešnosti (Starc, 2007).

Boben-Bardutzky (2007) opisuje stresor kot vse, kar ogroža ali izziva normalno delovanje živih bitij. Stresorje deli na:

- fizični stresorje: so stresorji na fizikalnem nivoju, ki lahko resno poškodujejo organizem ali pa celo povzročijo smrt (poškodba, akutna bolezen, krvavitev),
- psihični stresorji so izzivi, ki lahko spremenijo delovanje organizma in škodijo zdravju zaradi pomena, ki jim ga pripisuje posameznik v življenju.

### 2.2.1 Reakcije na stres

»Izpostavljenost stresu se pri človeku kaže na različne načine, posledice pa so vidne na fizičnem in duševnem področju.« (Bilban, 2009, str. 31)

Bilban (2009) simptome stresa opisuje kot:

- fizični simptomi (spremembe v apetitu, vrtoglavica, spremembe telesne teže, pogosti glavoboli, prebavne motnje, alergije, povečano uživanje alkohola, mamil, kajenja),
- duševni simptomi (nemir, napetost, nočne more, jok depresija, nezadovoljstvo, pretirana občutljivost, negativizem, pozabljenost, zmedenost),
- simptomi, ki se kažejo na področju medosebnih odnosov (netolerantnost, nezaupanje, izolacija, skrivanje, težave v komunikaciji),
- simptomi, ki se kažejo na področju dela (občutek preobremenjenosti, utrujenosti, neučinkovitost, neuspešnost, izguba perspektive, težave s koncentracijo, odpor do dela in mnoge druge).

Patogene reakcije na stres se kažejo kot fiziološke, emocionalne in kognitivne spremembe ter kot spremembe v vedenju. Fiziološke reakcije zajemajo spremembe v delovanju organskih sistemov, iz katerih se lahko razvijejo določena bolezenska stanja. Emocionalne spremembe in spremembe obnašanja se v začetku kažejo kot

generalizirane anksiozne motnje in lahko kasneje preidejo v resne psihične težave. Spremembe v obnašanju se lahko kažejo kot nezmožnost prilagajanja, pretirano poudarjenost kvalitet, pretirano skrb za telesno zdravje, izmikanje delu. Spremembe v obnašanju lahko pustijo trajne posledice na kognitivnem, socialnem in družbenem področju (ibid., str. 32).

Odziv na stres ob krajših obvladljivih stresorjih omogoča ohranjanje integritete organizma in pomembno prispeva k njegovemu razvoju. Vendar prav ti mehanizmi, ki nam omogočajo preživetje ob srečanju z nevarnostjo, lahko ob kronični izpostavljenosti stresorjem povzročijo bolezenska stanja, kot so povišan tlak, povišane maščobe v krvi in druge. Poleg tega pa lahko premočan in predolg stresni učinek bolezensko stanje poslabša in povzroči zdravstveno težavo, h kateri smo sicer nagnjeni, pa se dotlej še ni razvila (astma, alergija, sladkorna bolezen) (Rakovec-Felser, 2002; povz. po Meško, Videmšek, Štihec, Meško-Štok in Karpljuk, 2010. str. 153).

### **2.3 STRES NA DELOVNEM MESTU**

V Evropi so zaposleni vse pogosteje dela nezmožni ali celo odsotni z delovnega mesta zaradi stresa. O stresu na delovnem mestu govorimo takrat, ko delovne zahteve presežejo ali obremenijo osebne prilagoditvene vire (Lazarus in Folkman, 1984; povz. po Černigoj-Sadar, 2002, str: 86). Mc Daid (2008) povezuje stresnost na delovnem mestu predvsem z visoko zahtevnostjo, slabim ravnovesjem med vloženim naporom in nagrado za opravljeno delo ter nezanesljivostjo delovnega mesta. Stres povezan z delom lahko definiramo kot čustveno, kognitivno, vedenjsko ali psihofizično reakcijo na nenaklonjen ali škodljiv vidik dela, delovnega okolja ali organizacije dela (European Commission - Employment & Social Affairs, Health and Safety at Work, 2000; povz. po Novak, 2004, str. 3).

Prvi dejavniki profesionalnega stresa – stresa na delovnem mestu je vsekakor količina dela, kateri je izpostavljen posameznik. Prav tako pa velik pomen nastanka stresa na delovnem mestu pripisujejo tudi spolu posameznika (ženske, ki opravljajo nič manj zahtevno delo v domačem gospodinjstvu), slabi organizaciji in delitvi dela, neprimerni organizaciji delovnega časa, težavnost dela, nejasnost opredelitve dela ter preobremenjenosti (Bilban, 2009).

Cooper in Marshall (2002) sta vire stresa na delovnem mestu razdelila na šest kategorij:



- stres, ki izhaja iz dela,
- stres, ki izhaja iz vloge odgovornosti,
- stres, ki izhaja iz odnosov na delovnem mestu,
- stres, iz kariernega odnosa,
- stres iz organizacijske klime in strukture dela
- družine kot stresor (Maslach in Leiter, 2002).

### 2.3.1 Medicinska sestra in stres

Pettinger je v svoji lestvici poklicev glede na stresnost delo medicinske sestre uvrstil na 11. mesto, kar nazorno kaže, da spada delo medicinske sestre med najbolj stresne poklice. Medicinska sestra je na svojem delovnem mestu neprestano izpostavljena nenehnim dejavnikom stresa, ki ogrožajo njeno zdravje (Pettinger, 2002).

V raziskavi leta 2000 so Edwards in sodelavci raziskovali stresne dejavnike v skupnostni psihiatrični oskrbi. Opisujejo, da zaposlenim v zdravstveni negi največje stresne dejavnike predstavljajo: delovne obremenitve, pomanjkanje varnosti, nedorečene kompetence, papirologija, pomanjkanje materialnih virov, časovne omejitve in neprofesionalni delovni odnosi (Edwards, Burnard, Coyle, Fortegill in Hannigan, 2000).

Peterka-Novak, Bregar, Možgan in Vajda (2010) v svoji raziskavi kot najpogostejše dejavnike stresa navajajo agresijo (avtoagresija, heteroagresija), izvajanje posebnega varovalnega ukrepa nasilnega pacienta, sprejem pacienta proti volji in napetost na delovnem mestu povzročeno s strani pacienta. Lapanja (2010) kot potencialne vzroke stresa pri medicinskih sestrah zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi navaja spopadanje medicinskih sester s specifičnimi obremenitvami, kot so heteroagresija, avtoagresija in delovanje proti volji pacienta. Knežević, Golubić, Milošević, Matec in Mustajbegović (2009) v svoji raziskavi medicinske sestre in zdravstvene tehnike opisujejo kot kader, ki je pogosto izpostavljen stresu na delovnem mestu. Najpogosteje kot stresni dejavnik na delovnem mestu omenjajo pomanjkanje zaposlenih v zdravstvu (zdravstveno-negovalnega osebja in zdravniki), izpostavljenost ionizirajočem sevanju, citostatikom, okužbam in incidentom ter slabim finančnim nadomestilom in neustrezni organizacijski kulturi.

## 2.4 NEŽELENI DOGODKI

»Družba od zdravstvene službe in zdravnikov pričakuje varno delo in pošteno obravnavo neugodnih izidov.« (Kersnik, 2002, str. 6)

Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika zdravstveno nego opisuje kot tvegano, zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica zdravljenja, kar pa lahko pripelje do hudih okvar, zapletov, smrti in bolnikovega trpljenja (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005). Zdravstvena dejavnost je področje z velikim tveganjem, zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo samo zaradi bolezni, ampak so lahko posledica procesa zdravljenja, kar lahko privede do resnih poškodb, okvar, s katerimi pacientu povzročamo še dodatno trpljenje ali celo smrt (Mihelič, 2006). Znano je, da zdravstvena oskrba nikoli ne bo potekala povsem brez tveganj za pacienta, vendar se moramo zavedati, da veliko število neželenih dogodkov lahko preprečimo le z odkritim priznavanjem in obravnavanjem (Prah, 2008).

Lapanja opozarja, da terminologija na področju neželenih dogodkov v zdravstvu še vedno ni dorečena, zato se pogosto srečujemo z različnimi poimenovanji neželenih dogodkov. V psihiatriji neželeni dogodek s strani pacienta najpogosteje poimenujemo incident ali varnostni zaplet (Lapanja, 2006).

»Neželeni dogodek ali varnostni zaplet v bolnišničnem okolju je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko pacientu povzročil škodo ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni.« (Čuk, 2008, str. 21).

Robida označuje za opozorilni nevarni dogodek vsak dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne funkcije, je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom pacientove bolezni. Pomeni nepredvideno odstopanje v procesu ali izidu zdravstvene ali katere koli druge oskrbe. Opozorilni pa se imenuje zato, ker zahteva takojšnje ukrepanje, je resnejši kot medicinska napaka in ob ponovitvi lahko privede do resne škodljivost za pacienta. Najpogosteje nastanejo zaradi opustitve in napake izvršitve nekega dejanja, posega ali ukrepa (Robida, 2002).

Kobanova (2006) neželeni dogodek v zdravstveni negi opisuje kot nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko povzročil pacientu škodo v času zdravstvene oskrbe oziroma zdravstvene nege in posledice njegove bolezni.

»Neželene dogodke v zdravstveni negi je velikokrat težko ločiti, ločeno reševati oziroma preprečevati od neželenih dogodkov v zdravstveni oskrbi pacienta, saj je pojav neželenega dogodka lahko posledica timske obravnave pacienta, ki jo izvajajo številni strokovnjaki v zdravstvu.« (Koban, 2006, str. 13). Neželeni dogodki so dogodki, ki imajo lahko neprijetne ali celo travmatične posledice. Njihova pojavnost predstavlja velik izziv organizacijam v smislu pravočasnega in ustreznega odziva na njihov nastanek ter primerno obravnavo njihovih posledic (Vincent, 2003).

»Opozorilni nevarni dogodek je resen varnostni incident pri pacientu, ki privede ali bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode za pacienta. Opozorilni se imenuje zato, ker zahteva takojšnjo analizo in ukrepe, da se prepreči njegova ponovitev.« (The Joint Commission, 2009; cit. po Velikanje, 2009, str. 17).

Neželeni dogodek je nepričakovan, neprijeten dogodek, ki prekine normalen potek dela ali potek neke aktivnosti. Ti dogodki zajemajo večjo skupino dogodkov, ob katerih lahko pride do negativnega vpliva na načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege (Rajkovič, 2005; povz. po Župančič-Knavs, 2010, str. 16).

#### 2.4.1 Obravnava neželenih dogodkov

»Učinkovito obvladovanje neželenih dogodkov pri pacientih zahteva celovit in nekoliko drugačen pristop obvladovanja neželenih dogodkov pri pacientih.« (Koban, 2006, str. 29).

Kabinetne analize neobičajnih dogodkov so sistematični postopki, ki opišejo dogajanja v procesu in opozarjajo na nepravilnosti in pomanjkljivosti, katere je potrebno odpraviti, in so diagnostični postopek, ki odgovori na temeljna vprašanja, kje, kaj, kako, kdaj se je v sistemu zgodilo in kdo je bil udeležen (Molan, 2005). Slovenske bolnišnice podatke o neželenih dogodkih zbirajo interno v namen izboljšave kakovosti in obravnave bolnika (Čuk, 2008). Večina slovenskih bolnišnic ima izdelan interni obrazec za poročanje o neželenem dogodku, kateri služi natančni predelavi nastalega dogodka in preprečitvi ponovne pojavnosti le-tega (Robida, 2006).

V raziskavi iz leta 2005, ki je bila izvedena v Psihiatrični kliniki Ljubljana, Lapanja in Mohar ugotavljata, da padci in druge poškodbe predstavljajo tretjino vseh incidentov oziroma neželenih dogodkov. Sledijo nasilje, usmerjeno na ljudi, besedna agresija,

samovoljni odhod iz oddelka, agresija, uničevanje opreme in ostali (Lapanja, Mohar, 2005). Tudi spremljanje neželenih dogodkov v kliničnem centru od leta 2001 do 2005 je dokazalo, da je bilo v tem času evidentiranih največ padcev kot neželenih dogodkov s strani pacienta (Mlakar, 2006). Iste rezultate pa kažejo tudi kazalniki kakovosti splošne bolnišnice Slovenj Gradec (Kakovost in varnost pri obravnavi pacientov v zdravstveni in babiški negi splošne bolnišnice Slovenj Gradec, 2008).

Velikanje (2009) v svoji raziskavi analiza neželene dogodke v Psihiatrični bolnišnici Idrija kot najpogostejši neželeni dogodek navaja padec/zdrs pacienta.

Z analizo neželenih dogodkov iz leta 2008 na področju zdravstvene nege v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji so bili ugotovljeni trije najmanj zaželeni neželeni dogodki s strani pacienta. Kot najpogostejši se opisuje padec v bolnišničnem okolju, na drugem mestu mu sledijo dogodki, ki so povezani z nasilnim vedenjem pacientov usmerjenim, proti drugi osebi, in kot tretji dogodki, ki so povezani z nasilnim vedenjem pacienta proti samemu sebi (Čuk, 2008).

Lapanja in sodelavki so mnenja, da se bo število neželenih dogodkov zmanjšalo z permanentnim izobraževanjem strokovnega osebja, zaposlenega v zdravstveni negi, ki bi bilo usmerjeno na preventivo incidentov, zgodnje prepoznavanje znakov nasilnega vedenja, strokovno ukrepanje ob incidentih, učenje ustreznih medosebnih odnosov in komunikacije s pacientom (Lapanja, Blagojević in Peterka-Novak, 2009).

Čukova opozarja, da se število evidentiranih neželenih dogodkov pri zdravstveni negi vsako leto povečuje, kar pa ne pomeni slabše kakovosti, ampak večjo odgovornost zdravstvenih delavcev. Zato kot koncept reševanja neželenih dogodkov v zdravstveni negi uporablja spiralni model. Glavni razlog za izbiro spiralnega modela pa vidi v tem, da vključuje odpravljanje tveganj v poteku procesa, kar vnaprej predvideva možne napake, lahko pa načrtujemo tudi to, kako jih bomo odpravili (Čuk, 2008).

#### 2.4.2 Neželeni dogodki v zdravstveni negi pri pacientih

Neželeni dogodki v večini primerov povzročijo škodo za pacienta, mu podaljšajo čas bivanja v bolnišnici in povečajo stroške zdravstvene oskrbe. Cilji sodobne prakse strmiijo k povezanemu delu brez odklonov oziroma delu brez neželenih dogodkov (Čuk, 2008).

Zaradi incidentov se pacientom podaljša ležalna doba v bolnišnicah, kar ima za posledico večjo izgubo delovnih dni, povečajo se tudi stroški zdravljenja. V raziskavah ugotavljajo, da pacienti, zaradi pojava neželenega dogodka trpijo bolečine, doživljajo psihološke travme, zaradi nezmožnosti za delo in aktivnosti, doživljajo neprijetno izkušnjo in izgubljajo zaupanje (International Council of Nurses, 2006; povz. po Velikanje 2009, str: 14). Čukova (2008) ugotavlja, da izvajalci zdravstvene nege s svojim vedenjem vplivajo na varnost pacientov in varnost zdravstvene nege. Kot najbolj vpliven faktor opisuje človeške faktorje povezane z usposobljenostjo izvajalcev, navodili za delo in organizacijo dela. Neželene dogodke pa opisuje v pogosti povezavi z napetostjo, časovno stisko, delovnimi obremenitvami in poškodbami.

#### 2.4.3 Neželeni dogodki v zdravstveni negi pri izvajalcih zdravstvene nege

Tveganje za nastanek poškodb in bolezni zaposlenih v zdravstvenem varstvu je za 34 % večje kod drugod. Rizični faktorji in posledice so visoka možnost za razvoj poklicne bolezni (Čuk, 2008). Nezadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu zaradi neustreznih pogojev dela in velikih obremenitev prav tako. Zdravstveni delavci so na svojem delovnem mestu vsakodnevno izpostavljeni številnim bolezenskim povzročiteljem. Največ incidentov oziroma neželenih dogodkov pri izvajalcih zdravstvene nege so okužbe, ki so posledice poškodb oziroma vboda z injekcijsko iglo. Med poklicnimi okužbami zdravstvenih delavcev pa se kot najpogostejše obolenje opisuje virusni hepatitis (Lesničar, 2005).

## 2.5 DUŠEVNA MOTNJA

Svetovna federacija za duševno zdravje opisuje, da so za duševno motnjo značilne predvsem motnje mišljenja, volje, vedenja in njihova kombinacija v povezavi s stisko ali/in neustreznim funkcioniranjem (World Federation for Mental Health, 2006).

Zakon o duševnem zdravju opredeljuje duševno motnjo, kot začasno ali trajno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

»Pacient z duševno motnjo s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem lahko v neukem človeku vzbudi obsodbo in odpor namesto sočutja in prijateljske pomoči.« (Edšid in Križanec, 2002; cit. po Križišnik in Čuk, str. 31).

Lešer (2008) opisuje duševno motnjo kot oznako za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja ter prizadetost spoznavanja in spomina. Vsi ti simptomi bolnika prizadenejo, zmanjšajo njegovo funkcioniranje ter mu onemogočajo reševanje vsakodnevnih problemov.

»Duševna motnja preide v duševno bolezensko težavo ali bolezen takrat, ko prične presežati v vse več segmentov posameznikovega življenja in delovanja in takšen posameznik prične spreminjati svoje vedenje, življenjske navade, odzivanje in se začne sčasoma tudi osebnostno spreminjati.« (Švab, Gorše-Muhič in Mrevlje, 1996; cit. po Sedlar 2002, str. 186).

Duševne motnje se kažejo predvsem v strahu, napetosti, nezaupljivosti, spremenjenem doživljanju sebe in drugih, čustveni neobvladljivosti, kar bistveno vpliva na pacientov odnos do drugih, njemu samemu pa povzroča trpljenje. Žal pravih vzrokov duševnih motenj ne poznamo, zato tudi na »povzročitelja« motnje ne moremo vplivati. Izjema pa so nekatere organske duševne motnje, katerih vzroki so v večini primerov poznani (Kogovšek in Škrbinek, 2002).

Kobal razlaga, da motnje v duševnosti razlagamo na popolnoma enak ali vsaj na zelo podoben način kot druge znake in simptome kjerkoli v medicini, posamezni znaki in simptomi duševnih motenj so mnogokrat realni in objektivni, kot na primer znaki neke telesne bolezni (Kobal, 1999).

Žmitek lastnosti duševnih motenj predvsem v akutni fazi bolezni opisuje kot izrazito okvaro bolnikovega stika z realnostjo, ki se kaže zlasti kot po vsebini moteno mišljenje v smislu blodenj, katerim se pridružujejo še druge motnje psihičnega funkcioniranja (Žmitek, 2007).

Glavna značilnost duševne motnje je zmanjšana sposobnost socialnega funkcioniranja obolelih, njihova nesposobnost izvajanja socialnih vlog, slabša skrb za telesno zdravje ne prepoznavanje simptomov, ki kažejo na poslabšanje bolezni. Bolniki z duševno motnjo so v večini moteči za širšo družbeno skupnost, nezaželeni na delovnem mestu, ostajajo brez družin, nezdravo živijo in pogosto zbole vajo za druge bolezni in odvisnosti

(Klančar, 2007). "Izraz duševne bolezni se nanaša na vse duševne motnje, ki jih lahko diagnosticiramo in za katere so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju in/ali vedenju." (Erzar, 2007)

Znaki in simptomi duševnih motenj se kažejo kot spremembe ali odkloni v vedenju, delovanju, reagiranju in doživljanju osebe. Ti znaki in simptomi se pojavljajo v tipičnih zaporedjih in kombinacijah in predstavljajo duševno bolezen. Diagnoza duševne motnje nikoli ne sme biti postavljena na podlagi enega znaka ali simptoma (Mrevlje, 2009).

## **2.6 ZDRAVSTVENA NEGA NA PODROČJU PSIHIATRIJE/ PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA**

Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege sega daleč v preteklost. Prvotno so zdravstveno nego duševno bolnih izvajali neizobraženi jetniški pazniki in strežniki. Kasneje pa so skrb za bolne prevzele izobražene medicinske sestre, ki so prvotno skrbele le za telesne potrebe pacientov, dnevne aktivnosti, higieno in prehrano. Velik pomen razvoju psihiatrične zdravstvene nege literatura in zapiski pripisujejo gospe Lindi Richards (1873), imenujejo jo tudi prva psihiatrična medicinska sestra, ki je že v takratnem obdobju opozarjala, da si psihične potrebe pacientov zaslužijo enako obravnavo kot fizične. Po drugi svetovni vojni pa so bile spremembe v psihiatrični zdravstveni negi očitne, pojavlja se skupinsko psihosocialno delo, učne vsebine psihiatrične zdravstvene nege postanejo del izobraževanja medicinskih sester, sprejme se listina o duševnem zdravju, izide knjiga Hildegard Peplau z naslovom *Medsebojni odnosi*, oblikuje se metoda dela po procesu zdravstvene nege (Škerbinek, 1999).

Zdravstvena nega na področju psihiatrije od negovalnega osebja zahteva moralno-etično trdnost, sposobnost čustvovanja in empatije. Njihova strokovna usposobljenost, osebna zrelost in strpnost pa so nenehno na preizkušnji. Zdravstvena nega je toliko bolj pomembna, ker ima negovalno osebje največ neposrednih stikov s pacientom (Gnezda 2009; povz. po Kržišnik 2010, str. 33).

Štigličeva zdravstveno nego na področju psihiatrije opisuje kot specifično področje sestrskes teorije in prakse, kot zdravstveno nego ljudi, ki trpijo zaradi patoloških miselnih procesov ali drugih motnjah osebnosti, ki se manifestirajo tako močno, da onemogočajo normalno in zdravo življenje (Štiglic, 2006). Gnezda (2009) opisuje psihiatrično zdravstveno nego kot proces človeške komunikacije, ki vključuje dva

človeka, in sicer medicinsko sestro in pacienta. Je specialno področje prakse zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom z duševnimi težavami in motnjami, z družino ali širšo skupnostjo tako na primarnem, sekundarnem kot na terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost pa je odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki je usmerjen v prizadevanje, pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje pacienta. Ameriška zveza medicinski sester v ciljih in standardih psihiatrične zdravstvene nege psihiatrično zdravstveno nego definira kot specialno področje zdravstvene nege, v kateri se prepleta širok spekter teorij, ki opisujejo človeško delovanje v luči znanosti in njeno uporabnost v praksi zdravstvene nege (The American Nurses Association, b. l.).

Psihiatrični bolniki so zaradi specifične problematike bolj obremenjujoči za zdravstveno osebje. Medicinska sestra mora pri svojem delu poznati psihiatrična obolenja, sindrome, prvine terapevtske komunikacije in medosebnih odnosov, razumeti pacientovo duševnost, njegovo osebnost in ga spoštovati. Kar pa nikakor ne pomeni, da se smemo omejiti zgolj na psihične težave v ožjem pomenu, ampak smo dolžni pacienta obravnavati kot celoto (Škerbinek, 1999). Naloge medicinske sestre v psihiatrični zdravstveni negi so, da uči paciente in pomembne druge, ustrezne komunikacije in pravih interakcij, svetuje v konfliktih, ki jih doživlja pacient, uči in daje podporo pri življenjskih aktivnostih, ki jih izvaja pacient, ali izvaja delno ali popolno pomoč, izvaja medicinsko tehnične posege, omogoča terapevtsko komunikacijo na oddelku, zagotavlja varnost za paciente, na področju duševnega zdravja izvaja zdravstveno vzgojne aktivnosti ter vodi zaposlene in organizira delo (Čuk, 2006).



### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 PROBLEM IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomske naloge je raziskati neželene dogodke, ki obremenjujejo zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Ugotavljali smo, kaj zaposleni občutijo ob neželenem dogodku s strani pacienta in katere intervencije ter ukrepi so bili izvedeni ob tem dogodku za zmanjšanje stresne reakcije pri posamezniku. Prav tako smo analizirali, na katerih enotah oziroma oddelkih bolnišnice je zdravstveno osebje najpogosteje izpostavljeno stresnim dogajanjem. Glede na pridobljene podatke in na njihovo analizo smo oblikovali obrazec za beleženje neželenih dogodkov pri zaposlenih, vpliv neželenega dogodka na zaposlenega ter reakcijo posameznika ob neželenem dogodku.

**Cilji diplomske naloge so:**

- ugotoviti vse neželene dogodke, ki se pojavljajo med delom srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov in diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov;
- ugotoviti, na katerih bolniških oddelkih se neželeni dogodki najpogosteje pojavljajo;
- ugotoviti intervencije in ukrepe pri zaposlenih po tem, ko so utrpeli neželeni dogodek.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

**Raziskovalno vprašanje 1:**

Ali so neželeni dogodki pogosteje prisotni na sprejemnih oziroma na intenzivnih enotah ali na ostalih oddelkih/enotah?

**Raziskovalno vprašanje 2:**

Ali se pogosteje pojavljajo verbalni ali fizični neželeni dogodki s strani pacienta?

**Raziskovalno vprašanje 3:**

Kako se zaposleni odzivajo na neželeni dogodek in katere intervencije/ukrepi za zmanjšanje stresnosti so bili deležni po dogodku?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za pregled literature smo uporabili bibliografske baze podatkov CINAHL, PubMed, COBISS in ProQuest, uporabili smo tudi znanstvene in strokovne članke na konferencah z recenzijo, monografske publikacije ter druga zaključna dela in elektronske dokumente. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: stres/stres, stres na delovnem mestu/stres on position, neželeni dogodek/adverse events, zdravstvena nega/nursing care.

Za empirični prikaz smo uporabili kavzalno-eksperimentalno raziskovalno metodo. Podatki za raziskavo so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika.

#### 3.3.2 Opis instrumentarija

Uporabili smo strukturiran anketni vprašalnik, sestavljen z dveh delov. V prvem delu vprašalnika smo anketirance spraševali po demografskih podatkih, kot so spol, starost, delovno mesto, delovna doba in delovna doba na psihiatriji. Drugi del vprašalnika je bil sestavljen iz več sklopov vprašanj, ki so nastala na podlagi predelane literature (Arandelovič idr., 2006; Čuk, 2008; Tomas idr., 2003). Anketiranci so s pomočjo ocenjevalne lestvice ocenjevali priložene odgovore. Ocene so sledile v zaporedju od 0 do 3, kjer je 0 pomenila – nikoli, 1 – včasih, 2 – pogosto in 3 – vedno. Izjema je bilo deseto vprašanje, ki je vsebovalo devet trditev, pri katerih so se anketiranci po sistemu ček-kontrolne liste odločali za podane odgovore da ali ne. Anketni vprašalnik je anketiranim osebam zagotavljal popolno anonimnost. V Tabeli 1 je predstavljena zanesljivost oblikovanih vprašanj, ki je bila preverjena s pomočjo koeficienta Cronbach  $\alpha$  (alfa). Koeficient je bil izračunan za vsak sklop vprašanj posebej (glej Tabelo 1), koeficienti Cronbach  $\alpha$  so se nahajali znotraj 0,6 in 0,7, kar po literaturi predstavlja zadostno stopnjo zanesljivosti vzorca (Bullinger, Power, Aaronson, Cella, Anderson, 1996).

**Tabela 1: Izračun zanesljivosti vzorca po sklopih z Cronbach  $\alpha$** 

Sklop	n	Cronbach $\alpha$
S katerimi neželenimi dogodki s strani pacienta se na svojem delovnem mestu najpogosteje srečujete?	8	0,6
Občutki, ki vas spremljajo, ko se na vašem delovnem mestu pripeti neželeni dogodek?	9	0,7
Kateri izmed naštetih znanihcev stresa so prisotni pri vas ob pojavu neželenega dogodka?	8	0,7
Intervencije in ukrepi, na vašem delovnem mestu, ki so bile izvedene v vašem primeru za namen zmanjševanja stopnje stresnosti?	9	0,6
Način spoprijemanja s stresom?	13	0,6

### 3.3.3 Opis vzorca

Izbor vzorca merjencev je bil izbran neslučajnostno – priložnostno. Anketne vprašalnike smo z dovoljenjem glavne medicinske sestre Psihiatrične bolnišnice Idrija razdelili med zaposlene v zdravstveni negi (zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik), z izjemo bolniških oskrbovalcev v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Zajeli smo vse zdravstvene tehnike/ srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre/ diplomirane zdravstvenike, ki so bili v tistem času vključeni v delovni proces.

Skupno je bilo razdeljeno 82 anketnih vprašalnikov na šest bolniških oddelkov, in sicer je bilo na psihoterapevtski oddelek oddanih 6 anketnih vprašalnikov, na sprejemni moški oddelek 18 anketnih vprašalnikov, na sprejemni ženski oddelek 25 anketnih vprašalnikov, na splošni psihiatrični oddelek 11, na oddelek za gerontologijo 22 in na oddelek za zdravljenje 8 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 57 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 69,50-odstotno odzivnost. Na anketne vprašalnike je odgovorilo 12 oseb moškega spola, kar znaša 21,10 %, in 45 oseb ženskega spola v 78,90 %, kar je v skladu z zasedenostjo delovnih mest po spolu v zavodu. Glede na izobrazbo zaposlenih je anketne vprašalnike izpolnilo 44 zdravstvenih tehnikov/

srednjih medicinskih sester, kar znaša 77,20 %, in 13 diplomiranih medicinskih sester/ diplomiranih zdravstvenikov ali 22,80 %. Povprečna starost anketirancev je 39,2 let, kar ustreza starostnem razponu zaposlenih v letih od 24 do 53, povprečna delovna doba zaposlenih je 18,8 let, skupna delovna doba anketiranih na psihiatriji je 17,5 let. Vzorec je predstavljen v Tabeli 2.

**Tabela 2: Opis vzorca**

<b>Vzorec</b>	<b>n = 57</b>	<b>%</b>
	Frekvenca	Odstotek
<b>Spol</b>		
Moški	12	21,1 %
Ženske	45	78,9 %
<b>Delovno mesto</b>		
SMS/ZT	44	77,2 %
VMS/DMS/DZ	13	22,8 %
<b>Oddelek</b>		
Oddelek za zdravljenje odvisnosti	7	12,3 %
Gerontopsihiatrični oddelek	13	22,8 %
Splošni psihiatrični oddelek	10	17,5 %
Sprejemni ženski oddelek	12	21,1 %
Sprejemni moški oddelek	11	19,3 %
Psihoterapevtski oddelek	4	7,0 %
	PV (SO)	Razpon
<b>Starost v letih</b>	39,2 (8,5)	[24–53]
<b>Skupna delovna doba v letih</b>	18,8 (8,6)	[3–24]
<b>Delovna doba na psihiatriji v letih</b>	17,5 (8,5)	[3–24]

### 3.3.4 Potek raziskave

Anketiranje je potekalo en mesec, in sicer v času od 1. 12. 2010 do 31. 12. 2010. Na vsak bolniški oddelek smo razdelili toliko anket, kolikor zaposlenih v zdravstveni negi je bilo na dan 1. 12. 2010 aktivno prisotnih v delovnem procesu (seštevek zdravstvenih

tehnikov/srednjih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov). Anketiranci so izpolnjene ankete oddajali v zaprti ovojnici v anketni zaboj, kar je zagotavljalo najvišjo stopnjo anonimnosti.

### 3.3.5 Opis obdelave podatkov

Rezultati so prikazani na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve za kategorične dejavnike oziroma povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SD) za numerične dejavnike. Primerjava evalvacije mnenj po spolu, starosti in delovnem mestu je bila napravljena s pomočjo hi-kvadrata, t-testa za neodvisne vzorce, analize variance (ANOVA) in Pearsovega korelacijskega koeficienta glede na vrsto analiziranih dejavnikov. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 15.0. P-vrednost je pomenila statistično pomembnost.

## 3.4 REZULTATI

V Tabeli 3 so prikazani neželeni dogodki povzročeni s strani pacienta, s katerimi se anketiranci najpogosteje srečujejo na svojem delovnem mestu. Najpogosteje se pojavljajo žalitve s strani pacienta (PV = 1,84) in grožnje (PV = 1,72). Sledijo heteroagresija (usmerjena v druge) (PV = 1,49), avtoagresija (PV = 1,32), poškodbe inventarja (PV = 1,23) in zdrsi/padci (PV = 1,30). Lestvico zaključujejo poškodba lastnine (PV = 1,11) in nastanek razjede zaradi pritiska (PV = 0,89).

**Tabela 3: Rezultati najpogosteje pojavljenih neželenih dogodkov s strani pacientov**

Neželeni dogodek	Mini	Maxi	PV	SO	Modus
Avtoagresija	0	3	1,32	0,540	1
Heteroagresija (usmerjena v druge)	1	2	1,49	0,504	1
Poškodbe lastnine	0	2	1,11	0,524	1
Poškodbe inventarja	1	3	1,23	0,464	1
Grožnje	1	3	1,72	0,590	2
Žalitve	1	3	1,84	0,591	2
Zdrsi/ Padci	0	2	1,30	0,566	1
Nastanek RZP	0	2	0,89	0,451	1

RZP: razjeda zaradi pritiska

Mini: najnižja vrednost; Maxi: najvišja vrednost; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon; M: modus.

**Tabela 4: Rezultati občutenj ob pojavu neželenega dogodka**

Občutek	Mini	Maxi	PV	SO	Modus
Občutek jeze	0	3	0,98	0,719	1
Občutek strahu	0	3	1,21	0,559	1
Občutek nemoči	0	3	1,32	0,631	1
Občutek negotovosti	0	3	1,12	0,629	1
Občutek žalosti	0	2	0,81	0,549	1
Občutek groze	0	2	0,51	0,601	0
Občutek besa	0	2	0,51	0,601	0
Občutek agresije	0	2	0,32	0,506	0
Občutek ogroženosti	0	3	1,14	0,667	1

Mini: najnižja vrednost; Maxi: najvišja vrednost; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon; M: modus

V Tabeli 4 so prikazani rezultati občutenj anketirancev ob pojavu neželenega dogodka s strani pacienta. Anketiranci so intenziteto pojavljanja občutkov ocenjevali s pomočjo ocenjevalne lestvice. Iz Tabele 4 lahko sklepamo, da je minimalna vrednost znašala nič,

maksimalna pa tri. Najpogosteje se pri anketirancih zaposlenih v zdravstveni negi ob neželjenem dogodku pojavlja občutek nemoči (PV = 1,32), kar lahko povežemo s tem, da neželjenega dogodka s strani pacienta v večini primerov ne moremo predvideti. Sledi občutek strahu (PV = 1,21), nato občutek ogroženosti (PV = 1,14), občutek negotovosti (PV = 1,12) in občutek jeze (PV = 0,89). Kot šesti najpogostejši občutek ob neželjenem dogodku s strani pacienta anketiranci navajajo občutek žalosti (PV = 0,81), sledita občutek groze (PV = 0,51) in občutek besa (PV = 0,51), na dnu tabele pa najdemo občutek agresije (PV = 0,32).

**Tabela 5: Občutenje stresa pri anketiranci**

Stres je	n	%
Napetost	48	84,2
Strah	31	54,4
Razburljivost	28	49,1
Nemir	21	36,8
Ponižanje	19	33,3
Razvrednotenje	18	31,6
Glavobol	14	24,6
Apatičnost	10	17,5
Žalost	9	15,8
Obup	8	14,0
Tremor	6	10,5
Neješčost	6	10,5
Potenje	5	8,9
Visok krvni pritisk	4	7,0

Pri vprašanju številka osem v vprašalniku je bilo naštetih sedem čustvenih in sedem telesnih znakov stresa. Anketiranci so izmed teh štirinajstih znakov izbrali tiste štiri, ki za njih pomenijo stres. Stres anketiranci najpogosteje občutijo kot napetost v 84,2 %, strah v 54,4 %, razburljivost v 49,1 %, nemir v 36,8 %, ponižanje v 33,3 % in razvrednotenje v 31,6 %. Na sedmem mestu se nahaja prvi telesni znak kot znanilec

stresa, in sicer glavobol v 24,6 %, sledi apatičnost v 17,5 %, žalost v 15,8 % obup v 14,0 %, tremor v 10,5 %, neješčost v 10,5 %, potenje v 8,9 %. Lestvico zaključuje visok krvni tlak s 7,0 % pojavljanja.

Tabela 6 prikazuje pojavnost znanilcev stresa pri anketirancu ob pojavu neželenega dogodka s strani pacienta na delovnem mestu. Anketiranci so s pomočjo ocenjevalne lestvice pri vsakem odgovoru označili stopnjo strinjanja s stresnim kazalnikom. Kot najpogostejši znanilec stresa se pri anketirancih pojavlja vznemirjenost (PV = 1,54), sledijo ji razdražljivost (PV = 1,30), utrujenost (PV = 1,25), nespečnost (PV = 1,04) in glavobol (PV = 0,77). Lestvico znanilcev stresa zaključujejo napadalnost (PV = 0,53), apatičnost (PV = 0,44) in napad joka (PV = 0,26).

**Tabela 6: Rezultati stresnih kazalnikov**

Znanilec stresa	Mini	Maxi	PV	SO	Modus
Glavobol	0	3	0,77	0,866	0
Utrujenost	0	3	1,25	0,786	1
Nespečnost	0	3	1,04	0,886	1
Napad joka	0	2	0,26	0,552	0
Apatičnost	0	2	0,44	0,598	0
Razdražljivost	0	3	1,30	0,680	1
Napadalnost	0	3	0,53	0,758	0
Vznemirjenost	0	3	1,54	0,734	1

Mini: najnižja vrednost; Maxi: najvišja vrednost; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon; M: modus

V Tabeli 7 je prikazan delež intervencij in ukrepov pri anketirancih za namen zmanjšanja stresnosti ob pojavu neželenega dogodka. Pri desetem anketnem vprašanju so anketiranci po metodi kontrolne-ček liste izbirali intervencije oziroma ukrepe, ki najbolj ustrezajo njihovem načinu zmanjševanja stopnje stresnosti po neželenem dogodku s strani pacienta, tako da so na posamezne odgovore odgovarjali z da ali ne. Najpogosteje se poslužujejo terapevtske komunikacije z udeleženci dogodka (61,4 %), pogovora z vodilno medicinsko sestro (35,1 %), timskega sestanka (22,8 %) in



pogovora s svojci pacienta (12,3 %). Sledijo jim supervizijsko srečanje (3,5 %), odhod v bolniški stalež (3,5 %), odhod na specialistični pregled (1,8 %) ter premestitve na drugi bolniški oddelek (1,8 %). Nihče od anketiranih pa ni predčasno zapustil delovnega mesta zaradi pojava neželenega dogodka (0,0 %).

**Tabela 7: Absolutna števila in delež intervencij ob neželenem dogodku za zmanjševanje stresa**

Aktivnosti/ Ukrepi	DA	DA v %
Terapevtski pogovor z udeleženci dogodka	35	61,4 %
Supervizijsko srečanje	2	3,5 %
Pogovor z vodilno medicinsko sestro	20	35,1 %
Timski sestanek	13	22,8 %
Predčasna zapustitev delovnega mesta	0	0,0 %
Premestitev na drug oddelek	1	1,8 %
Napotitev na specialistični pregled	1	1,8 %
Bolniški stalež	2	3,5 %
Pogovor s svojci pacienta	7	12,3 %

Tabela 8 prikazuje dobljene rezultate enajstega vprašanja v anketnem vprašalniku. Anketiranci so s pomočjo ocenjevalne lestvice označili svojo stopnjo strinjanja spoprijemanja s stresom. V največ primerih anketirancev ob pojavu stresa pri sebi skuša ostati kritičnih do sebe (PV = 1,82), z nekom se poskušajo pogovoriti in izvedeti čim več v zvezi s tem problemom (PV = 1,72), usmerijo se na drugo delo, da bi prenehali misliti na nastali problem (PV = 1,3), dovolijo si izraziti čustva (PV = 1,28) in se pogovarjajo o svojih čustvih (PV = 1,21). Sledijo opozarjanje samega sebe, da bi lahko bile stvari še slabše (PV = 1,11), na problem gledajo s svetle strani (PV = 1,05), svoje mnenje zadržijo zase (PV = 1,02), na osebo, ki je povzročila problem, se razjezijo (PV = 0,81), ne morejo verjeti, da se to dogaja prav njim (PV = 0,77), na vse skupaj poskušajo pozabiti (PV = 0,75), ugotovijo, da pravzaprav problem povzročajo sami (PV = 0,70), in za rešitev problema naredijo nekaj tveganega (PV = 0,44).

**Tabela 8: Rezultati trditev v načinih spoprijemanja s stresom**

<b>Trditev</b>	<b>Mini</b>	<b>Maxi</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>	<b>Modus</b>
Usmerim se na drugo delo, da bi prenehal/a misliti na nastali problem.	0	3	1,30	0,732	1
Z nekom se skušam pogovoriti in izvedeti čim več v zvezi s tem problemom.	0	3	1,72	0,744	2
Skušam biti kritična do sebe.	0	3	1,82	0,710	2
Na problem gledam s svetle strani.	0	3	1,05	0,895	1
Svoje mnenje zadržim zase.	0	2	1,02	0,668	1
Na osebo, ki je povzročila problem, se razjezim.	0	3	0,81	0,639	1
Na vse skupaj preprosto skušam pozabiti.	0	3	0,75	0,763	0
Dovolim si izraziti čustva.	0	3	1,28	0,750	1
Običajno ugotovim, da problem povzročam sam/a.	0	2	0,70	0,597	1
Za rešitev problema naredim nekaj tveganega.	0	3	0,44	0,627	0
Pogovarjam se o svojih čustvih.	0	3	1,21	0,725	1
Ne morem verjeti, da se prav meni to dogaja.	0	3	0,77	0,708	1
Samega/Samo sebe opozarjam, da bi lahko bile stvari še slabše.	0	3	1,11	0,724	1

Mini: najnižja vrednost; Maxi: najvišja vrednost; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon; M: modus

V Tabeli 9 so prikazane povprečne vrednosti samoobvladovanja stresnih situacij anketirancev. Kot najpogostejši ukrep za samoobvladovanje stresnih situaciji izberejo anketiranci pogovor s sodelavci na delovnem mestu (PV = 1,77), sprehod (PV = 1,68), glasbo (PV = 1,26), pogovor z domačimi (PV = 1,11), povečano kajenje (PV = 1,05) in daljše spanje (PV = 1,04). Sledijo pogovor ob kavi s prijatelji (PV = 0,81), tek (PV = 0,74), ples (PV = 0,63) in osamitev (PV = 0,58). Na dnu lestvice so aktivnosti, ki se jih

anketiranci najpogosteje poslužujejo, in sicer pitje alkohola (PV = 0,35), pomoč strokovnjaka (PV = 0,11), odhod v bolniški stalež (PV = 0,04) in jemanje tablet/pomirjeval (PV = 0,02). Najbolj razpršene odgovore smo dobili pri aktivnosti povečanega kajenja.

**Tabela 9: Povprečne vrednosti tehnik samoobvladovanja stresa**

Aktivnost	Mini	Maxi	PV	SO	Modus
Pogovor s sodelavci na delavnem mestu	0	3	1,77	0,756	2
Pogovor z domačimi	0	3	1,11	0,900	1
Pogovor s prijatelji ob kavi	0	3	0,81	0,766	1
Sprehod	0	3	1,68	0,909	2
Tek	0	3	0,74	0,955	0
Glasba	0	3	1,26	0,745	1
Jemanje tablet/pomirjeval	0	1	0,02	0,132	0
Ples	0	2	0,63	0,616	1
Pitje alkohola	0	3	0,35	0,719	0
Pomoč strokovnjaka	0	1	0,11	0,310	0
Daljše spanje	0	3	1,04	0,801	1
Osamitev	0	2	0,58	0,680	0
Povečano kajenje	0	3	1,05	1,187	0
Odhod v bolniški stalež	0	1	0,10	0,186	0

Mini: najnižja vrednost; Maxi: najvišja vrednost; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon; M: modus

Tabela 10 prikazuje primerjavo občutkov po spolu anketirancev glede na njihove odgovore. Pri moškem spolu se ob pojavu neželenih dogodkov najpogosteje pojavljata občutka jeze (PV = 1,4) in ogroženosti (PV = 1,4), občutek strahu (PV = 1,2) ter občutek besa (PV = 1,0) in negotovosti (PV = 1,0). Ženski spol ob neželenem dogodku s stran pacienta najpogosteje spremlja občutek nemoči (PV = 1,4), občutek negotovosti (PV = 1,2) in strahu (PV = 1,2) ter občutek ogroženosti (PV = 1,1).

Ženski spol s povprečno oceno 1,4 spremljajo občutki nemoči glede na moške kolege, ki to doživljajo manj intenzivno, z 0,9. T-test za neodvisne vzorce je med skupinama

pokazal statistično pomembno razliko ( $p = 0,009$ ). Statistično pomembna razlika se kaže tudi v doživljanju občutka jeze, saj jo moški spol doživlja precej intenzivneje (1,4) kot ženski (0,9) ( $p = 0,017$ ).

Ženske zelo redko ob pojavu neželenega dogodka občutijo bes (0,4) glede na moški spol (1,0), kar se kaže tudi v statistično pomembni razliki ( $p = 0,001$ ). Ženski spol s povprečno oceno 0,4 spremljajo občutki agresije, moški spol pa občutek agresije doživlja z večjo intenziteto 0,7, zato se med spoloma pri občutenju agresije kaže statistično pomembna razlika ( $p = 0,042$ ).

**Tabela 10: Povprečne vrednosti občutenj ob neželenem dogodku glede na spol**

Občutek	Moški n = 12		Ženske n = 45		p-vrednost
	PV	SO	PV	SO	
Občutek jeze	1,4	0,8	0,9	0,7	0,017
Občutek strahu	1,2	0,7	1,2	0,5	0,763
Občutek nemoči	0,9	0,5	1,4	0,6	0,009
Občutek negotovosti	1,0	0,6	1,2	0,6	0,451
Občutek žalost	0,7	0,5	0,8	0,6	0,323
Občutek groze	0,6	0,7	0,5	0,6	0,633
Občutek besa	1,0	0,7	0,4	0,5	0,001
Občutek agresije	0,7	0,7	0,2	0,4	0,042
Občutek ogroženosti	1,4	0,7	1,1	0,7	0,107

n: število anketirancev

Tabela 11 prikazuje povezavo med starostjo anketirancev in srečevanjem z najpogostejšim neželenim dogodkom s strani pacienta. Pearsonov korelacijski koeficient je pokazal statistično pomembno povezavo med starostjo anketirancev in srečevanjem heteroagresije s strani pacientov. Povezava je negativna, kar pomeni, da se anketiranci nižje starosti pogosteje srečujejo s heteroagresijo ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,033$ ). Absolutna moč povezave sodi v kategorijo šibkih povezav. Pomembna statistična razlika se kaže tudi v povezavi med starostjo in pojavnost zdrsa/padca. Tudi tukaj je

povezava negativna, kar pomeni, da je srečevanje z zdrsi/padci pogostejše pri anketirancih nižje starosti ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,036$ ).

Iz tabele je razvidna tudi statistično pomembna pozitivna korelacija med avtoagresijo in heteroagresijo ( $r = 0,27$ ;  $p = 0,040$ ) ter heteroagresijo in poškodbo lastnine ( $r = 0,41$ ;  $p = 0,002$ ). Statistično pomembna povezanost se kaže tudi med heteroagresijo in poškodbami inventarja ( $r = 0,35$ ;  $p = 0,007$ ), heteroagresijo in grožnjami ( $r = 0,35$ ;  $p = 0,007$ ) in med heteroagresijo in žalitvami ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,014$ ). Iz navedenega lahko povzamemo, da pri pacientih, pri katerih je prisotno heteroagresivno vedenje, pogosto zasledimo tudi poškodbe lastnine, inventarja, grožnje in žalitve. Heteroagresija se torej kaže tudi s poškodbami lastnine, poškodbami inventarja, grožnjami in žalitvami. Statistično pomembna pozitivna povezanost je razvidna tudi med poškodbami lastnine in poškodbami inventarja ( $r = 0,63$ ;  $p = <0,001$ ), med poškodbami lastnine in grožnjami ( $r = 0,33$ ;  $p = 0,013$ ) in poškodbami inventarja in grožnjami ( $r = 0,37$ ;  $p = 0,005$ ). Statistično pomembna povezanost se kaže tudi med pojavom žalitev in groženj ( $r = 0,69$ ;  $p = <0,001$ ), iz česar lahko sklepamo, da so ob pojavu žalitev pogosto sočasno prisotne tudi grožnje. Korelacijski koeficient med zdrsi/padci in nastankom RZP ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,011$ ) prav tako kaže na statistično pomembno pozitivno povezanost med navedenima dvema neželenima dogodkoma s strani pacientov.

**Tabela 11: Pearsonov korelacijski koeficient neželenih dogodkov glede na starost anketirancev**

		starost	Avto- agresija	Hetero- agresija	Poškodbe lastnine	Poškodbe inventarja	Grožnje	Žalitev	Zdrsi/ padci	Nastanek RZP
starost	r	1	-0,07	-0,28	-0,10	-0,11	-0,15	-0,16	-0,28	-0,11
	p		0,582	0,033	0,458	0,397	0,255	0,242	0,036	0,429
Avtoagresija	r		1	0,27	0,26	0,14	0,23	0,21	-0,20	-0,08
	p			0,040	0,051	0,316	0,089	0,108	0,142	0,548
Heteroagresija	r			1	0,41	0,35	0,35	0,32	0,04	-0,08
	p				0,002	0,007	0,007	0,014	0,764	0,541
Poškodbe lastnine	r				1	0,63	0,33	0,17	-0,05	-0,03
	p					<0,001	0,013	0,206	0,725	0,837
Poškodbe inventarja	r					1	0,37	0,20	0,08	-0,14
	p						0,005	0,138	0,572	0,301
Grožnje	r						1	0,69	-0,01	-0,11
	p							<0,001	0,928	0,402
Žalitev	r							1	-0,07	-0,06
	p								0,604	0,639
Zdrsi/padci	r								1	0,34
	p									0,011
Nastanek RZP	r									1

r = Pearsonov korelacijski koeficient; p = p vrednost

Rezultati v Tabeli 12 kažejo, da zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre kot najpogostejši ukrep zmanjševanja stresnosti navajajo terapevtski pogovor z udeleženci dogodka v 61,4 %, medtem ko se diplomirane medicinske terapevtskega pogovora z udeleženci dogodka poslužujejo v 61,5 % primerov. Hi-kvadrat test je med skupinama pokazal statistično pomembno razliko ( $p = 0,023$ ). Statistično pomembna razlika, ki jo prikaže Hi-kvadrat, se kaže tudi pri udeležitvi na timske sestanke, zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre se timskega sestanka udeležujejo precej manj pogosteje (13,6 %) kot diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (53,0 %) ( $p = 0,002$ ). Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki intervencijo pogovora s svojci pacienta izvajajo dokaj pogosteje (46,2 %) kot njihovi sodelavci zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre (2,3 %). Statistično pomembna razlika je na nivoju ( $p = <0,001$ ). Razlika med izvajanjem intervencije je očitna in v prid diplomiranim medicinskim sestram/diplomiranim zdravstvenikom.

**Tabela 12: Absolutno število in delež intervencij in ukrepov za zmanjšanje stresa glede na delovno mesto/ izobrazbo**

Intervencije in ukrepi po neželenu dogodku (da v %)	ZT/SMS n = 14	DMS/ /DZ n = 13	p- vrednost
Terapevtski pogovor z udeleženci dogodka (da v %)	61,4	61,5	0,991
Supervizijsko srečanje (da v %)	2,3	7,7	0,351
Pogovor z vodilno medicinsko sestro (da v %)	27,3	61,5	0,023
Timski sestanek	13,6	53,0	0,002
Predčasna zapustitev delovnega mesta (da v %)	0,0	0,0	/
Premestitev na drug oddelek	2,3	0,0	0,583
Napotitev na specialistični pregled (da v %)	2,3	0,0	0,583
Bolniški stalež (da v %)	4,5	0,0	0,434
Pogovor s svojci pacienta (da v %)	2,3	46,2	<0,001

ZT/SMS: zdravstveni tehnik/ srednja medicinska sestra; DMS/DZ: diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik

### 3.5 RAZPRAVA

Stres dan danes velja za bolezen sodobnega časa. Strokovnjaki na različnih področjih porabijo ogromno časa v namen proučevanja njegove pojavnosti in preprečevanja. Stres je osebna izkušnja, ki s svojim pojavljanjem vpliva na čustveno in fizično stanje osebe. Vsak posameznik skozi čas pri sebi izdela sistem za spoprijemanje in predelavo stresa. O tem, ali bomo neko stresno situacijo uspešno predelali ali pa ja bomo v sebi potlačili in bo ta povzročila resno poškodbo na našem zdravju, je odvisno od naše izkušenosti, volje, profesionalnosti in osebnostne zrelosti (Selič, 1991; Selič, 2010). Poklic medicinske sestre velja za enega najbolj stresnih, saj je bil ocenjen z oceno 6,5 na lestvici od 0–10. Značilnost dejavnikov delovnega okolja, položaj medicinske sestre na delovnem mestu, specifičnost bolniškega oddelka, kjer je zaposlena, nove naloge, novi sodelavci so le nekateri obremenilni dogodki na delovnem mestu, ki obremenjujejo medicinske sestre in s tem povečujejo možnost nastanka stresa (Pittinger, 2002; Bilban, 2009).

Z raziskavo v okviru diplomskega dela smo poizkušali prikazati, kako zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Idrija (PBI) doživljajo stres na delovnem mestu ob pojavu neželenih dogodkov s strani pacienta z duševno motnjo, kako ga občutijo, kako nastali stres predelajo in kako se po stresu regenerirajo. Rezultati raziskave kažejo, da se anketiranci v psihiatrični zdravstveni negi pogosto srečujejo z neželenimi dogodki s strani pacienta, vendar pa zaradi velikosti vzorca dobljenih rezultatov nikakor ne moremo posploševati, lahko pa rezultati predstavljajo realno sliko pojavljanja stresa pri zaposlenih ob neželenih dogodkih s strani pacienta v raziskovanem okolju.

V naši raziskavi ugotavljamo, da anketiranci kot najpogostejši neželeni dogodek opisujejo verbalni nasilje, in sicer žalitve in grožnje. Navedena neželena dogodka se najpogosteje pojavljata na intenzivnih enotah sprejemnih oddelkov. Delno bi naše rezultate lahko primerjali z raziskavo Zeller, Hahn, Needham, Kok, Dassen in Halfens (2009), ki so ugotovili, da zaposlene v psihiatrični zdravstveni negi najbolj obremenjujejo agresivno vedenje in verbalno nasilje geriatričnih pacientov (grožnje, žalitve).

Glede na dobljene rezultate lahko sklepamo, da zaposlene žalitve in grožnje prizadenejo in imajo nanje negativen vpliv. Anketiranci le redko poročajo o teh



neželenih dogodkih (v bolnišnici obstaja obrazec Poročilo o neželenem dogodku – varnostnem zapletu), kar je lahko posledica ne doslednega izpolnjevanja obrazca ali pa žalitve in grožnje enostavno preslišijo, kljub temu da imajo nanje negativen vpliv. Anketiranci kot neželene dogodke opisujejo še avtoagresijo, heteroagresijo, poškodbe inventarja in mnoge druge. Vsak neželeni dogodek, ki se pripeti v delovnem okolju, zmoti delovni proces, dodatno oteži delovne pogoje in postavi na preizkušnjo našo profesionalnost in strokovno znanje. Tukaj se nam poraja vprašanje, ali je neželene dogodke na delovnem mestu mogoče preprečiti. Nekateri neželeni dogodki na delovnem mest, kot recimo zdrs/padec, nastanek razjede zaradi pritiska so predvidljivi, medtem ko neželenega dogodka, kot je izbruh agresije, verbalne in fizične grožnje s strani pacienta ni mogoče predvideti. V raziskavi Koban (2003, 2004, 2005) glede na rezultate kot najpogostejši neželeni dogodek s strani pacienta omenja zdrs/padec, ki se najpogosteje pojavlja v bolniški sobi na oddelku v dopoldanskem času. Lapanja (2005) v svoji raziskavi prav tako kot najpogostejši neželeni dogodek navaja zdrs/padec, katerega najpogosteje storijo pacientke ženskega spola v bolniški sobi na sprejemnem ženskem oddelku v popoldanskem času. Tudi Čuk (2008) v svoji raziskavi kot najpogostejši neželeni dogodek s strani pacienta opisuje padec/zdrs, kateremu sledi nasilje pacientov in pobeg – odhod pacienta iz oddelka. Iz zgornjih rezultatov predhodnih raziskav in naše raziskave lahko sklepamo, da se neželeni dogodki s strani pacientov najpogosteje pojavljajo na intenzivnih enotah sprejemnih oddelkov. Po ugotovitvah Lapanje (2006) strategija preprečevanja neželenih dogodkov temelji na usmerjenem izobraževanju o strokovnega kadra, zgodnjem prepoznavanju znakov nasilnega vedenja, strokovnem ukrepanju ob pojavu neželenega dogodka, organiziranih dejavnostih, razbremenitvah osebja, holistični in timski obravnava ter posebni pozornost na osebe, ki so nagnjene k povzročanju neželenih dogodkov, ter mnoge druge.

Anketiranci v raziskavi se na neželeni dogodek odzovejo z različnimi znanilci stresa, med katerimi prevladujeta vznemirjenost in razdražljivost. Glede na dobljene odgovore lahko sklepamo, da so reakcije anketiranih posledica narave pojava neželenega dogodka, saj se ti v večini primerov pojavijo nenadno, nepredvidljivo, hitro in s tem zmotijo zbranost, osredotočenost in nadzor nad delom. Rezultati v raziskavi prikazujejo prevlado psihičnih znanilcev nad telesnimi. Pri diplomiranih medicinskih sestrah/diplomirani zdravstvenikih se ob pojavu neželenega dogodka nikoli ne pojavlja

občutek agresije, medtem ko zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre občasno občutijo ta občutek ( $p = <0,001$ ). Občutek besa in groze se pri anketirancih pojavlja v popolnoma enakem obsegu ob pojavu neželenega dogodka ( $p = 0,026$ ;  $p = 0,026$ ). Kot edini telesni znanilec anketiranci navajajo glavobol. Bilban (2009) kot najpogostejše duševne simptome stresa navaja tesnobo, nemir, napetost, potrto nemoč, obup, spremembe razpoloženja, jok in zaskrbljenost.

Razvoju stresa pri posamezniku botruje stanje njegove telesne in psihične kondicije ter sposobnost predelave stresnih dejavnikov. Kopičenje le-teh lahko najprej vodi v majhna odstopanja na delovnem področju in zasebnem življenju, kasnejši vpliv stresnih dejavnikov pa lahko vodi v psihično in fizično izčrpanost, kar ima lahko za posledico mnogo katero kronično bolezen (Dernovšek in Jelen, 2009). Anketiranci v raziskavi stres opisujejo kot nekaj neprijetnega in škodljivega njihovem zdravju. Opisujejo ga kot napetost, strah, razburljivost in nemir. V primerjavi odgovorov anketirancev, kaj za njih pomeni stres in kateri znanilci stresa so prisotni pri njih ob pojavu neželenega dogodka lahko, razberemo, da se odgovori med seboj prepletajo. Vsak posameznik stres opiše na sebi primeren način. Doživljanje stresa je lahko pozitivno ali negativno. Pozitivno doživljanje stresa lahko prebudi pozitivna čustva glede nastale situacije, ki nas vzpodbudijo k pozitivnemu razmišljanju, medtem ko negativno doživljanje stresa izčrpa. Neurejene delovne razmere, izmensko delo, nedorečene kompetence, pomanjkanje kadra, nezadovoljstvo z sodelavci so le nekateri izmed vzrokov, ki pripomorejo k negativnemu doživljanju stresa (Edwards, Burnard, Coyle, Fortegill, Hannigan, 2000).

Obvladovanje stresa zajema več področji, kot so intervencije in ukrepi za zmanjševanje stresa na delovnem mestu, spopadanje s stresom v domačem okolju, iskanje in odpravljanje stresorjev v naši okolici. Anketiranci kot najpogostejši ukrep za zmanjševanje stresnosti, ko se je na delovnem mestu pripetil neželeni dogodek, navajajo terapevtski pogovor z udeleženci neželenega dogodka. Sklepamo lahko, da se zaposleni najpogosteje poslužujejo terapevtskega pogovora v namen odkrivanja vzroka in preprečitev ponovnega pojava istega neželenega dogodka. Pomembno je tudi, da se pogovor opravi po določenem časovnem obdobju na istem mestu, kjer se je ta zgodil. Pri pogovoru moramo vsekakor upoštevati psihofizično stanje sogovornika (pacienta).

Gorše-Muhič (2009) terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom opisuje kot

pospeševanje in podpiranje vedenja, ki pospešuje osebnostni razvoj in prilagojenost. Medicinska sestra prek izvrševanja različnih vlog in uvideva njegovo osebnost. Terapevtski pogovor v večini primerov deluje pomirjujoče, sogovornika pripelje do tega, da opiše poreklo neželenega dogodka in kaj ga je do njega privedlo. Zaposleni kot najpogostejši ukrep za zmanjšanje stresnosti na delovnem mestu izbirajo pogovore, bodisi z udeleženci neželenega dogodka, vodilno medicinsko sestro ali s svojci udeleženca dogodka. Stresni dogodek na delovnem mestu najbolj temeljito predelamo, če se o njem pogovarjamo, pri tem pa je pomembno, da si za ta pogovor izberemo nekoga, ki mu zaupamo. Zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre za pogovor najprej izberejo nekoga iz isto izobrazbo, šele nato izberejo nekoga z višjo izobrazbo ali vodilno medicinsko sestro, medtem ko diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki za pogovor najprej izberejo vodilno medicinsko sestro, šele nato izberejo nekoga s sebi primerno izobrazbo. Rezultati naše ankete so primerljivi z raziskavo Peterka-Novak, Bregar, Možgan in Vajda (2009), saj tudi oni v svoji raziskavi dokazujejo, da se pogovora z nadrejenimi pogosteje poslužujejo anketiranci z visoko izobrazbo, medtem ko zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre pogovor raje opravijo med seboj ali nekom drugim. S tem, ko si za sogovornika izberemo nekoga iz svojega delovnega okolja, pričakujemo, da nas bo ta najboljše razumel, nas podprl in nam pomagal najti pravi način za predelavo stresne situacije. Ugotavljamo tudi, da se zaposleni zelo redko poslužujejo konkretnih ukrepov za preprečevanje stresa na delovnem mestu, kot so odhod v bolniški stalež, premestitev na drug oddelek in predčasne zapustitve delovnega mesta, iz česar lahko sklepamo, da občasne stresne situacije nimajo močnega vpliva na posameznika. Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki zaradi pojava neželenega dogodka občasno zapustijo delovno mesto, medtem ko se zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre skoraj nikoli ne poslužujejo tega ukrepa ( $p = 0,001$ ). Iz odgovorov lahko sklepamo, da se zaposleni v zdravstveni negi stresnosti na delovnem mestu zavedajo in jo na primeren način ozaveščajo in predelujejo.

Samoobvladovalni načini stresnih situacij izven delovnega mesta lahko zelo pozitivno vplivajo na naš način spoprijemanja stresnosti na delovnem mestu. Kar nekomu ugaja kot način sproščanja, lahko drugemu dodatno povečuje stresnost (Selič, 1999; Selič 2007). Z našo raziskavo smo ugotovili, da zaposleni kot najpogostejši način

samoobvladovanja stresa navajajo pogovor s sodelavci na delovnem mestu, iz česar lahko sklepamo, da med njimi na oddelkih prevladujejo prijateljski in zaupni odnosi. Že zavedanje zaposlenih, da nekoga skrbi zanje, da mu je mar za njegova čustva zmanjša stresne občutke in čustva, kar v nekaterih primerih celo pomaga rešiti problem (Barham, 1994; Košmrlj, 2004; povz. po Lapanja 2010). Večkrat ko stresno situacijo opišemo, jo ozaveščamo, o njej govorimo, lažje jo predelamo in s tem lažje pridemo do bistva, zakaj je do nje sploh prišlo. Anketiranci za sogovornike pogosteje izbirajo sodelavce kot domače. Ugotavljamo tudi, da anketiranci v namen samoobvladovanja stresa pogosteje izbirajo zdrave metode zmanjševanja stresnosti (sprehod, poslušanje glasbe, pogovor z domačimi) in zanemarjajo nezdrave (pitje alkohola, jemanje tablet/pomirjeval). Spol anketirancev prav tako vpliva na način samoobvladovanja stresa, medtem ko moški spol v namen obvladovanja stresa posega po alkoholu, se ženski spol tega ukrepa skoraj popolnoma izogiba ( $p = 0,029$ ). Ženski spol pogosteje poišče pomoč strokovnjaka kot moški ( $p = 0,013$ ).

Velik pomen za čim prejšnje okrevanje po doživetju stresa ima tudi podpora družine. Razumevanje družine močno pripomore k bistrejšemu razmišljanju in hitrejšemu razumevanju, saj najbližji najbolj poznajo naše osebne lastnosti. Kljub vsej pomoči iz okolja je pomembno, da najprej prisluhnemo samemu sebi, svojemu telesu in trezno razmislimo o težavi, ki nas pesti. Priznati si moramo, da se z nami nekaj dogaja, da odstopamo od svoje delovne uspešnosti, izgubljammo samozaupanje in samozavest in predvsem da potrebujemo strokovno pomoč. Občasno je priznanje, da se v nas kopiči negativizem in napetost težko, vendar je to edini način, ki nas lahko pripelje do razbremenitve (Bilban, 2009).

Področje odkrivanja in predelave stresa je dan danes že zelo razvito. Na tržišču je moč dobiti na stotine terapij, adaptacijskih metod, različnih srečanj in telesnih aktivnosti za preprečevanje stresa.

Zadovoljstvo na delovnem mestu, sproščenost, življenje brez nepotrebnih skrbi, zadovoljstvo na osebni plati so le nekateri dejavniki, ki zmanjšujejo stres. Če stresa ne obravnavamo dovolj resno, lahko ta na našem zdravju pusti posledice in s tem zmanjša naša delovno sposobnost.

## **4 ZAKLJUČEK**

V naši raziskavi smo pokazali, da neželeni dogodek s strani pacienta na oddelku, kjer se zdravijo pacienti z duševno motnjo, zaposlenim povzroča stres. Najpogosteje se neželeni dogodki pojavljajo na sprejemnih oddelkih, kar ima za posledico večjo obremenjenost zaposlenih v zdravstveni negi na oddelku, pojavnost neželenega dogodka pri zaposlenih prebudi popolnoma različne občutke. Medtem ko ženski spol preplavi občutek nemoči, se moški spol srečuje z občutkom jeze. Tako kot zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre, tudi diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki kot najpogostejši neželeni dogodek s strani pacienta navajajo žalitev. Zaposleni se stresnosti na svojem delovnem mestu zavedajo, jo obvladujejo in predelujejo. Kot najučinkovitejši način sproščanja in samoobvladovanja navajajo pogovor. Glede na to lahko povzamemo, da stres najlažje predelamo, če se o njem pogovorimo na mestu, kjer je nastal, in z osebo, ki je naš stres povzročila. Ugotovili smo tudi, da zaposleni zaradi stresa nikoli predčasno ne zapustijo delovnega mesta, kar je vsekakor pohvalno, vendar ima ta naša ugotovitev tudi drugo plat. Ali pa, da zaposleni resnično tako dobro predelujejo stres ali pa ga v sebi potlačijo, ga ne predelajo in čez čas izbruhne kot neka somatska bolezen. Delovne in življenjske izkušnje, učenje, delovna doba, osebna rast skozi čas posamezniku omogočijo, da zna predvideti marsikatero nepredvidljivo stvar in doseči zadovoljstvo na delovnem mestu z obvladovanjem okolja in situacij, kot jih predstavljajo neželeni dogodki.

## **5 LITERATURA**

Arandelovič M, Ilić I. Stress in Workplace – Possible prevention. *Facta Universitatis*. 2006;13 (3):139-44.

Bilban M. Kako prepoznati stres v delovnem okolju. In: Kavš A, Sima Đ, Kavčič BM, eds. *Preprečimo, da nas stresa stres na delovnem mestu – Strokovno srečanje*; 2009 Okt 16; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester v managementu; 2009: 21-32.

Beer MD, Paton C, Pereira SM. Management of actualy disturbed behaviour In: Beer MD, eds *Psychiatric Intensive care*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2008; 17-22.

Boben – Bardutzky D. Celostni pogled na posledice in obvladovanje stresa. In: Turk H, Stepanović A, eds. *Družinska medicina 2007 – IX Fajdigovi dnevi*; 2007 Okt 26-27; Kranjska Gora, Slovenija. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008: 95-100.

Černigoj -Sadar N. Stres na delovnem mestu. *Teor in Pra* 2002; 39 (1): 81-102.

Čopić S. Primerjava kakovosti zdravstvene nege pacienta v domu upokojencev z negovalnim oddelkom v bolnišnici [diplomsko delo]. Izola: Univerza na Pimorskem; 2008.

Čuk V. Kako se nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi izvajajo v praksi. In: Čuk V, ed. *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi – Strokovno srečanje*; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester,

babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 45-51.

Čuk V. Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2008. Dostopno na: <http://diplome.fov.uni-mb.si/mag/13107Cuk.pdf> (17.4.2010).

Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fortegill A, Hanningan B. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Helth Nurs* 2007; 7(1):7-14.

Erzar T. Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. Celje: Celjska mohorjeva družba; 2007.

Evropska komisija za zdravje in varnost pri delu. Stres, 2002-2006. Dostopno na: [http://europa.eu/agencies/community\\_agencies/osha/index\\_sl.htm](http://europa.eu/agencies/community_agencies/osha/index_sl.htm). (17.2.2011).

Groleger U. Agresivnost. In: Kobentar R, Pregelj P, eds *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus-Klett; 2009: 288-94.

Gnezda S. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In Kobentar R, Pregelj P, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus-Keltt; 2009: 14-8.

Hanrahan PN, Aiken HL. Psychiatric Nurse Reports on the Quality of Psychiatric Care in General Hospitals. *Qual Manag Health Care* 2008 ; 17(3): 210-7. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582015> (17.5.2010).

Hill P. Shizofrenija, moja sopotnica: Popotovanje od diagnoze učnih težav skozi duševne bolezni do kariere poklicnega socialnega delavca. Celje: Celjska mohorjeva družba; 2007.

Ihan A. Do odpornosti z glavo. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2004.

Jerman J. Stres pri strokovnih delavcih v vzgojnoizobraževalnih in prevzgojnih zavodih. Socialna Pedagogika 2005; 9(3-4): 449-68.

Jovanović J, Lazaridis K, Stefanović V. Approaches to problem of occupational stress. Acta Fac Med Nass 2006; 23(3): 163-9.

Kamin T, Jeriček-Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar T, Dernovšek MZ. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009.

Kakovost in varnost pri obravnavi pacientov v zdravstveni in babiški negi splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, 2009. Dostopno na : [http://www.sb-sg.si/UserFiles/File/KAKOVOST %20IN %20VARNOST %20PRI %20OBRAVNAVI %20PACIENTOV %20V %20ZBN %20SB %20SG, %202008 %202009.pdf](http://www.sb-sg.si/UserFiles/File/KAKOVOST_%20IN_%20VARNOST_%20PRI_%20OBRAVNAVI_%20PACIENTOV_%20V_%20ZBN_%20SB_%20SG,%202008%202009.pdf)

Klančar D. Vključevanje psihiatričnega bolnika v zdravljenje. In: Bulc M, Trurk H, Kersnik J, eds. Vključevanje bolnika v zdravljenje - 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2007 Okt; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2007: 1-7.

Kersnik J. Obravnavanje zdravstvene napake skozi zgodovino. In Kersnik J, ed. Zdravstvene napake – 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2002 Avg 1; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2002

Koban B. Model obvladovanja neželenih dogodkov v zdravstveni negi [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2005.

Koban B. Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vliv na kakovost dela. In: Čuk V, ed. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi – Strokovno srečanje; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške

---

*Zorica Filipovič: Stres pri zaposlenih v zdravstveni negi ob neželenih dogodkih pri pacientih z duševnimi motnjami* stran 40



nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 13-7.

Knežević B, Golubić R, Milošević M, Matec L, Mustajbegović J. Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: Istraživanje u Zagrebu. *Sigurnost* 2009; 51:85-95.

Kores PB. *Osnove farmakologije*. Maribor: Univerza v Mariboru; 2006.

Kržišnik K, Čuk V. Obremenitve in izgorevanje zdravstveno negovalnega osebja v psihiatriji. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu – Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*; 2010 Nov 12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 2010: 30-46.

Lapanja A. Doživljanje in soočanje medicinske sestre s stresom na intenzivnem psihiatričnem oddelku. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu – Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*; 2010 Nov 12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 2010: 47-57.

Lapanja A, Mohar M. Neželeni dogodki v psihiatrični zdravstveni negi in strategija za zmanjševanje ponovnega nastopa neželenega dogodka. In: Čuk V, ed. *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi – Strokovno srečanje*; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 18-26.

Lapanja A, Blagojevič S, Peterka-Novak J. Uporabnost podatkov na psihiatrični kliniki Ljubljana. Bilten 2008; 24: 164-9.

Lesničar G. Pogostost incidentov pri zdravstvenih delavcih in drugih osebah na celjskem njihovo preprečevanje in poizpostavljena zaščita. Zdrav Vestn 2005; 74(4): 211-20.

Lešer I. Duševna motnja. Psihatrija na spletu, 2006. Dostopno na: <http://www.psihiater-leser.com/index2.html> (12.2.2011).

Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. Varnost bolnika - zagotovimo jo. Zdrav Vestn 2005; 74: 413-4.

Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje: Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.

Meško M, Videmšek M, Štihec J, Meško-Štok Z, Karpljuk D. Razlike med spoloma pri nekaterih simptomih stresa in intenzivnost doživljanja stresnih simptomov. Management 2010; 5(2): 149-61.

Mervlje GV. Znaki in simptomi duševnih motenj. In Kobentar R, Pregelj P, eds Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus-Klett; 2009: 71-80.

Mihelič M. Neželeni dogodki v operacijski dvorani. In: Rebernik – Milič M, ed. Zbornik XXI Zagotovimo varnost pacienta – strokovno srečanje; 2006 Nov 26; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 55-6.

Merevlje GV. Znaki in simptomi duševnih motenj. In Kobentar R, Pregelj P, eds Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus-Klett; 2009: 71-80.

Pettinger R. Stress Management. Oxford: Capstone Publishing; 2002.

Maslach M, Leiter MP. Resnica o izgorevanju na delovnem mestu. Ljubljana: Educy; 2002.

Mc Daid D. Mental Health in workplace settings. Luxemburg: European Communities; 2008.

Mlakar J, Kakovost zdravstvene nege v kliničnem centru Ljubljana za varnost pacienta [interno gradivo] Varnost pacientov – Konerenca; 2006 Jun 6; Ljubljana, Slovenija

Molan M, Človekovo vedenje. In: Kolosej V, ed. Priročnik za varno in zdravo delo. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2002: 379-451.

Novak N, Stres pri delu zdravnikov [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2004.

Peterka-Novak J, Bregar B, Možgan B, Vajda A. Dejavniki, ki povzročajo stres pri zaposlenih v zdravstveni negi. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu – Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010 Nov 12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 2010: 24-30.

Prah A. Vzroki in posledica padcev [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2002.

Robida A. Opozorilni nevarni dogodki. Zdrav Vestn 2004; 73: 681-7. Dostopno na: <http://vestnik.szd.si/st4-9/st4-9-681-687.htm> (17.4.2010).

Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.

Sarafino E. Biopsychosocial interactions. New York: Wiley; 1990.

Selič P. Psihologija bolezni našega časa. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče; 1999.

Selič P. Stres in izgorelost: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu – Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010 Nov 12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 2010: 7-19.

Sedlar T. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Obzor Zdr N 2002; 36(3): 143-51.

Starc R. Stres in bolezni. Ljubljana: Sirius; 2007.

Škerbinek A, Kogovšek B. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2002

Štiglic V. Psihiatrična zdravstvena nega danes. In: Čuk V, ed. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi – Strokovno srečanje; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006: 40-3.

Švab V, Gorše Muhič M, Mrevlje GV. Duševno bolne osebe. In: Kraševac-Ravnik E, ed. Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji. Ljubljana: IVZ RS; 1996: 183-207.

Tomori M, Zihel S. Psihijatrija: Littepractica: Medicinska fakulteta; 1999.

Tomas EJ, Petersen L. Measuring Errors and Adverse events in Health Care. J Gen Intern Med. 2003; 18(1): 61-7. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494808/> (14.4.2010).

Velikanje N. Analiza neželenih dogodkov v psihiatrični bolnišnici Idrija [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2009.

Vincent C. UnUnderstanding and Responding to Adverse Events. N Engl J Med 2003; 348(11): 1051-6. Dostopno na: [http://www.marylandpatientsafety.org/html/collaboratives/perinatal/workshop\\_jan\\_25\\_2006/presentations/JeniferFaheyChartReviewHandout.pdf](http://www.marylandpatientsafety.org/html/collaboratives/perinatal/workshop_jan_25_2006/presentations/JeniferFaheyChartReviewHandout.pdf) (15.1.2011).

World Health Organization (WHO). Nurses in mental health. Atlas 2007. Dostopno na : [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/nursing\\_atlas\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf) (24.5.2010).

Zotivić M. PTSP i depresivnost posle nato bombardovanja: Činioci individualnih razlika u reagovanju na stres. Psihologija. 2005; 36(1): 93-109.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

Žmitek A. Zdravljenje psihotičnih motenj. In: Turk H, Stepanović A, eds. Družinska medicina 2007 – IX Fajdigovi dnevi; 2007 Okt 26-27; Kranjska Gora, Slovenija. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2008: 63-6.

Župančič-Knavs I. Poškodbe pri medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih. In: Petkovšek-Gregorin R, ed. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega – Strokovno

srečanje; 2010 April 15; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2010: 10-8.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 PROŠNJA ZA IZVEDBO ANKETE**

Zorica FILIPOVIČ  
Mladinska ulica 14  
5281 Spodnja Idrija  
Vpisna številka:88070032

Datum: 30.11.2010

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA  
Pot sv. Antona 49  
5280 Idrija

asist. mag. Vesna Čuk, prof. zdravstvene vzgoje  
glavna medicinska sestra Psihiatrične bolnišnice Idrija

Zadeva: Prošnja za dovoljenje za izvedbo ankete

Spodaj podpisana Zorica Filipovič, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, prosim za dovoljenje za izvedbo ankete med zdravstvenimi tehnikami in diplomiranimi medicinskimi sestrami. Pridobljene podatke bom uporabila izključno za namen izdelave moje diplomske naloge z naslovom Stres pri zaposlenih v zdravstveni negi ob neželenih dogodkih pri pacientih z duševnimi motnjami.

Prilagam anketni vprašalnik.

Za ugodno rešitev se že vnaprej zahvaljujem.

Lep pozdrav!.

Zorica Filipovič

## 6.2 ANKETNI VPRAŠALNIK

### ANKE ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V svoji diplomski nalogi z naslovom Stres pri zaposlenih v zdravstveni negi ob neželenih dogodkih pri pacientih z duševnimi motnjami bi rada raziskala pojav stresa pri zaposlenih ob neželenem dogodku pri pacientih z duševno motnjo. Pridobljeni podatki se bodo uporabili izključno za potrebe diplomske naloge, zato je anketa anonimna.

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Zorica Filipovič

1. **Spol** (obkrožite): M                      Ž

2. **Starost** (dopišite): \_\_\_\_\_

3. **Vaše delovno mesto:**                      ZT                                      VMS/DMS

4. **Skupna delovna doba:** \_\_\_\_\_

Delovna doba na psihiatriji: \_\_\_\_\_

5. Na katerem oddelku ste zaposleni (obkroži):

- a) Oddelek za zdravljenje odvisnosti      b) Gerontopsihiatrični oddelek  
c) Splošni psihiatrični oddelek              d) Sprejemni ženski oddelek  
e) Sprejemni moški oddelek                  f) Psihoterapevtski oddelek

6. S katerimi neželenimi dogodki s strani pacienta se na svojem delovnem mestu najpogosteje srečujete (Obkrožite stopnjo strinjanja pred vsakim dogodkom posebej)?

Ocena/Trditev	0 nikoli	1 včasih	2 pogosto	3 vedno
Fizično nasilje:	/	/	/	/
Avtoagresija				
Heteroagresija				
Poškodbe lastnine				
Poškodbe inventarja				
Verbalno nasilje:	/	/	/	/



Grožnje				
Žalitev				
Zdrsi, Padci				
Nastanek RZP				

7. Občutki, ki vas spremljajo, ko se na vašem delovnem mestu pripeti neželjeni dogodek.

( Označite vsak odgovor posebej).

Ocena /Trditvev	0 nikoli	1 včasih	2 pogosto	3 vedno
Občutek jeze				
Obč. strahu				
Obč. nemoči				
Obč. negotovosti				
Obč. žalosti				
Obč. groze				
Obč. besa				
Obč. agresije				
Obč. ogroženosti				

8. Označite štiri besede, ki za vsa pomenijo stres.

\_Žalost

\_Glavobol

\_Strah

\_Visok Krvni tlak

\_Razvrednotenje

\_ Nemir

\_Obup

\_Potenje

\_Ponižanj

\_Tremor

\_Napetost

\_Apatičnost

\_Razburljivost

\_Neješčost

9. Kateri izmed naštetih znanilcev stresa so prisotni pri vas ob pojavu neželenega dogodka?

Ocena/Trditev	0 nikoli	1včasih	2 pogosto	3 vedno
Glavobol				
Utrujenost				
Nespečnost				
Napad joka				
Apatičnost				
Razdražljivost				
Napadalnost				
Vznemirjenost				

10. Intervencije in ukrepi, ki so bile izvedene v vašem primeru za namen zmanjševanja stopnje stresnosti. (Označi ustrezen odgovor)

Odgovor/ Aktivnosti	DA	NE
Terapevtski pogovor z udeleženci dogodka		
Supervizijsko srečanje		
Pogovor z vodilno medicinsko sestro		
Timski sestanek		
Predčasna zapustitev delovnega mesta		
Premestitev na drug oddelek		
Napotite na specialistični pregled		

Bolniški stalež		
Pogovor s svojci pacienta		

11. Napisanih imate nekaj trditev načina spoprijemanja s stresom. Označite vašo stopnjo strinjanja pri vsaki trditvi.

Ocena /Trditev	0 nikoli	1 včasih	2 pogosto	3 vedno
Usmerim se na drugo delo, da bi prenehal/a misliti na problem.				
Z nekom se skušam pogovoriti in izvedeti čim več v zvezi s tem problemom.				
Skušam biti kritičen/a do sebe.				
Na problem gledam s svetle plati.				
Svoje mnenje zadržim zase.				
Na osebo, ki je naredila problem, se razjezim.				
Na vse skupaj skušam preprosto pozabiti.				
Dovolim si izraziti čustva.				
Običajno ugotovim, da problem povzročam sam/a.				
Da rešim problem, vedno naredim nekaj tveganega.				
Z nekom se pogovorim o svojih čustvih.				
Ne morem verjeti, da se meni kaj takega dogaja.				
Samega(o) sebe opozarjam, da bi lahko bile stvari tudi slabše.				

12. Vaš najpogostejši način samoobvladovanja stresnih situacij pa je (Označi strinjanje s trditvijo):

Ocena /Aktivnost	0 nikoli	1 včasih	2 pogosto	3 vedno
Pogovor s sodelavci na delovnem mestu				
Pogovor z domačimi				
Pogovor ob kavi s prijatelji				
Sprehod				
Tek				
Glasba				
Ples				
Pitje alkohola				
Pomoč strokovnjaka				
Daljše spanje				
Osamitev				

Zahvaljujem se Vam za vaš čas!