



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZUMEVANJE POMOČI REŠEVALCEV  
PRI OBRAVNAVI PACIENTA, KI JE  
SAMOMORILNO OGROŽEN**

**UNDERSTANDING THE ROLE OF  
EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS IN  
THE TREATMENT OF PATIENTS WITH  
SUICIDAL IDEATION**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Barbka Rant

Jesenice, junij 2013

## **ZAHVALA**

Posebna zahvala gre mag. Branku Bregar, viš. pred., da me je vzel pod svoje mentorstvo, me odlično strokovno usmerjal, mi koristno svetoval, bil potrpežljiv, razumljiv in prijazen, da sem lahko dosegla svoj cilj.

Zahvaljujem se prof. Jožetu Bogataju za jezikovni pregled diplomske naloge in prevod povzetka, ter recenzentoma prim. Andreju Žmitku, dr. med., in Andreju Finku, MSHS (ZDA), pred., za usmeritve pri nastajanju diplomskega dela.

Posebna zahvala gre moji družini: možu Viliju, ki je verjel vame, mi zaupal, me spodbujal in mi bil vsak dan v oporo, sinu Ediju, ki je z velikim razumevanjem prevzel večji delež gospodinjanskega dela in hčeri Tjaši, za vso njeno pomoč in prenos znanja računalniških veščin.

Hvala sodelavcema Vojku Anderletu in Betki Mlakar za razumevanje in nesebično podporo v času mojega študija.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Pri preprečevanju in obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen je zelo pomembna prepoznava in strokovni pristop. Zaposleni v ekipah nujne medicinske pomoči so pogosto prvi, ki pridejo v stik s takšnim pacientom.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti in razumeti osebne občutke, čustvene odzive, prisotnost empatije in sočutja reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi in v nekaterih primerih tudi odklonilni.

**Metoda:** Raziskava diplomskega dela temelji na deskriptivni kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za zbiranje empiričnega gradiva smo uporabili polstrukturirani intervju z odprtimi vprašanji. Uporabili smo namenski vzorec v katerega smo vključili deset oseb. Zbrano gradivo smo analizirali po postopku kvalitativne analize, koda smo iskali s procesom kodiranja. Uporabili smo induktivno metodo.

**Rezultati:** Ekipa nujne medicinske pomoči na terenu prevzema odgovornost in skrb za pacienta, spoštuje pacientove pravice in upošteva etična načela. Čustveno jih najbolj prizadane, kadar so v obravnavo vključeni otroci in mladina, prav tako izkazujejo sočutje do socialno ogroženih, starejših in pacientov v terminalnem stadiju. Manj sočutja in razumevanja občutijo do ljudi, kateri samomorilna dejanja ponavljajo. Ob samomorilno ogroženem in nasilnem pacientu občutijo strah in negotovost.

**Razprava:** Člani ekipe nujne medicinske pomoči se zavedajo, da je pacienta, ki je samomorilno ogrožen, odklonilen ali nasilen, nujno potrebno hospitalizirati. V skrajni sili je potrebna hospitalizacija brez privolitve pacienta. Pri obravnavi je zelo pomembno zaupanje in razumevanje pacienta. Uspešnost obravnave je odvisna od znanja in veščin komunikacije, vzpostavitve pozitivnega odnosa in zaupanja. V raziskavi so se pojavili trije ključni problemi, kot je pomanjkljivo pisan Zakon o duševnem zdravju, vprašljivo je strokovno znanje ekipe nujne medicinske pomoči, najnujnejša pa je priprava protokola v skladu s strokovnimi smernicami in jasnimi navodili pripravljenimi izključno za delo na terenu. Rezultatov kvalitativne raziskave ne moremo posplošiti, lahko pa služijo kot osnova za kvantitativno raziskovanje.

**Ključne besede:** samomor, vedenje, nujna medicinska pomoč, nasilni pacient

## SUMMARY

**Theoretical background:** When preventing and dealing with a suicidal patient, the professional approach and recognition are two most important elements to deal with. An emergency medical team is usually the first to meet the patient.

**Objective:** The aim of diploma work is to find out and try to understand personal feelings, physical reactions and emphatic responses the rescuers have towards the suicidal patients and the patients who may refuse the help.

**Methods:** Research work is based on a descriptive quality methodology of emphatic research. In order to collect the empiric material we had semi-structured interview with open-ended questionnaires. We used a standard sample which included ten rescuers. The collected empirical material was analysed by using the qualitative methodology. We generated the code system by using the inductive methodology.

**Results:** An emergency medical team is responsible for the patient respecting the patient's rights and ethical behaviour. They are under strong stress when dealing with children and youth, the poor, the elderly and dying people. They show less feelings and understanding to the patients who have repeatedly tried to commit suicide. They have fears and feelings of uncertainty when dealing with the suicidal patient.

**Discussion:** Prehospital emergency medical teams feels obliged to hospitalize a violent and endangered suicidal patient, sometimes even against his will. When treating, it is very important to understand and trust the patient. The success depends on rescuer's knowledge and communication skills, trust and positive attitude towards him. In research three major problems have appeared, e.g.: badly presented and interpreted national legislation (The Law on Mental Health), professional knowledge and skills of a rescue team and thirdly, preparation of an exact protocol with clear instructions for the in-service practice. We can not generalize the results of the qualitative research; they can be used as the basis of the quantitative research.

**Key words:** suicide, behaviour, emergency medical aid, violent patient.

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	OPREDELITEV SAMOMORA.....	3
2.1.1	Obremenjenost držav s samomori.....	4
2.1.2	Pregled domače in tuje literature o samomoru.....	5
2.1.3	Vzroki samomora v različnih življenjskih obdobjih.....	7
2.2	PROBLEM OBRAVNAVE PACIENTA, KI JE SAMOMORILNO OGROŽEN, AGITIRAN IN NASILEN.....	9
2.3	VLOGA REŠEVALCEV PRI OBRAVNAVI SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA.....	11
2.4	UKREPANJE NUJNE MEDICINSKE POMOČI.....	12
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>15</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	17
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	18
3.3.3	Opis vzorca.....	18
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	19
3.4	REZULTATI.....	20
3.4.1	Odgovornost.....	21
3.4.2	Obravnavo posameznika.....	22
3.4.3	Čustva.....	23
3.4.4	Razumevanje.....	24
3.4.5	Komunikacija.....	25
3.4.6	Varnost.....	26
3.4.7	Medsebojno sodelovanje.....	27
3.4.8	Vpliv okolice.....	29
3.4.9	Obvladovanje posameznika.....	29
3.4.10	Strokovne usmeritve.....	31

3.4.11	Znanje.....	32
3.4.12	Zaposleni v zdravstveni negi.....	32
3.4.13	Osebno mnenje.....	33
3.5	RAZPRAVA .....	35
3.5.1	Interpretacija odnosov med kategorijami .....	38
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK.....</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGA .....</b>	<b>48</b>
6.1	INSTRUMENT .....	48
6.2	MATRIKA PODATKOV .....	48

## KAZALO SLIK

Slika 1: Občutki in prevzem odgovornosti zaposlenih v zdravstveni negi.....	21
Slika 2: Individualna obravnava in medsebojno zaupanje. ....	22
Slika 3: Odraz in nadzor čustev .....	23
Slika 4: Razumevanje samomorilno ogroženega pacienta .....	24
Slika 5: Sposobnost in znanje komunikacije .....	25
Slika 6: Široko področje zagotavljanja varnosti .....	26
Slika 7: Pomen medsebojnega sodelovanja.....	28
Slika 8: Reakcija bližje in širše okolice na postopek obravnave.....	29
Slika 9: Načini obvladovanja posameznika ter uporaba prisilnih sredstev .....	30
Slika 10: Pomen in pomanjkljivost strokovnih usmeritev .....	31
Slika 11: Zavedanje in priznanje pomanjkanja znanja .....	32
Slika 12: Timsko delo zaposlenih v zdravstveni negi .....	33
Slika 13: Osebna mnenja reševalcev v ekipi nujne medicinske pomoči .....	34

## 1 UVOD

Samomoru smo bili priča v daljni in v bližnji preteklosti, srečujemo ga danes, prav tako ga bomo srečevali tudi v prihodnosti. Pojavlja se povsod po svetu. Ostaja eno najbolj osebnih dejanj, za katerega se človek odloči (Marušič, Zorko, 2003). Samomor je danes velik in zaskrbljujoč javno-zdravstveni problem ter izziv zdravstvenih politik obremenjenih držav. Samomorilno vedenje ni le trenutni dogodek, temveč je dlje trajajoč proces. Najblažja oblika samomorilnega vedenja je pojav samomorilnih misli, ki se stopnjujejo do samomorilnega namena, načrta in poskusa samomora (Roškar, 2009). Samomorilni proces nastaja postopoma. Samomorilne misli se običajno pričnejo prikrito in izhajajo iz notranje stiske, ki jih bližnji težko ali pa sploh ne opazijo. Uspešno preprečevanje samomora pomeni pravočasno prepoznavo celotnega samomorilnega procesa in pomoč pri zmanjševanju ogroženosti (Groleger, 2009a). Walker in Payne (2007) sta zapisala, da se psihologija že od nekdaj ukvarja s spremembami vedenja, kot enega ključnih problemov v tej disciplini ter, da lahko prispeva k razumevanju nas samih in odnosov z drugimi ljudmi, le ustrezno jo moramo uporabiti.

Bregar (2012) navaja, da se strokovnjaki na področju zdravstvene nege vse več srečujejo s samomorilno ogroženimi pacienti. Pri preprečevanju samomorilnega vedenja izvajalci zdravstvene nege aktivno sodelujejo pri obravnavi pacienta tako na področju primarnega, kot tudi sekundarnega zdravstvenega varstva. Groleger (2004) poudarja, kako zelo pomembna je primarna preventiva. Roškar in Šmagelj (2003) opozarjata, da problem samomora že nekaj časa kliče po celostni obravnavi. Tudi Štigliceva (2008) v svojem prispevku navaja, da mora zdravstvena nega temeljiti na celostni obravnavi vsakega posameznika, da kakovostno zdravstveno nego zagotavlja le sistematičen pristop, ki vključuje ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje in evalvacijo.

Pomoč ljudem s povečano samomorilno ogroženostjo in samomorilnim vedenjem je nujna in v psihiatriji pomeni urgenco. Za uspešno preventivo, preprečevanje in prepoznavo samomorilnega vedenja je potrebno ustrezno znanje o dejavnikih tveganja in osnovah pomoči posamezniku. To znanje ni pomembno le za strokovnjake za delo z



ljudmi v stiski, temveč tudi za laike. Skupni cilj vseh je preprečiti čim več nepotrebnih smrti zaradi samomora (Groleger, 2009a). Zdravstveni delavci na vseh področjih zdravstvenega varstva se morajo zavedati, da njihove besede ali vedenje lahko pripomorejo k preprečevanju ali pa k spodbujanju pacienta k samomorilnosti in nasilnemu vedenju. S strani zaposlenih v zdravstvenem varstvu je prav zato izredno pomembna komunikacija, pridobitev pacientovega zaupanja, predvsem pa razumevanje in sočutje do pacienta (Simionov, 2009). Osvojeno znanje o odnosih med ljudmi, pridobljene spretnosti in veščine zagotovo pripomorejo zdravstvenim delavcem k uspešni komunikaciji s pacientom, ki je v tem primeru zelo pomembna. Zdravstveni delavec mora biti pacientu dober sogovornik, obenem mora biti tudi kreativen, se znati prilagoditi situaciji, prepoznati potrebo pacienta po komunikaciji, kajti z vsem tem pripomore k pacientovemu dobremu počutju, predvsem pa mu mora znati prisluhniti (Videčnik, 2008).

Reševalci spadajo med zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu in so pogosto prvi, ki se na mestu dogodka srečujejo s pacientom, ki je samomorilno ogrožen, lahko agitiran in tudi nasilen. Obravnava takšnega pacienta je zelo zahtevna, največkrat tudi stresna in neprijetna. Opažamo določene pomanjkljivosti, s katerimi se v praksi pri svojem delu lahko srečujejo (Bregar, 2012).

## 2 TEORETIČNI DEL

V teoretičnem delu opredelimo samomor, predstavimo, kaj o samomoru pravijo domači in tuji strokovnjaki ter opišemo značilnosti vzroka samomora zaradi različnih življenjskih okoliščin. Poglavje zaključimo z vlogo reševalcev in urgentnim ukrepanjem ekipe nujne medicinske pomoči pri pacientih s samomorilnim vedenjem.

### 2.1 OPREDELITEV SAMOMORA

Beseda suicid, suicidum iz latinskih besed sui (jaz, sam) ter caedere (ubiti) pomeni ubiti samega sebe. Različni avtorji samomor opredeljujejo kot namensko jemanje življenja, ki se konča s smrtjo. Delovna skupina Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization), ki ima vodilno vlogo na področju zdravstvenih vprašanj na globalnem nivoju, je izdala predlog za Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB-10), da se samomor opredeli kot dejanje s smrtnim izidom, katerega pokojni prične namenoma in ga tudi s smrtnim izidom izvede (Roškar, 2007). Za samomor velja, da je to zavestno dejanje, ki s svojo gotovostjo povzroči lastno smrt. Samomor je včasih lahko prikrit, zaradi česar v nekaterih primerih ni mogoče dokončno potrditi, da je bila neka smrt v resnici izvršena zaradi lastne volje. Pri nekaterih se izkaže, da jim je poskus spodletel, ker so samomor slabo načrtovali, pri nekaterih pa se izkaže, da si v resnici umreti sploh ne želijo, s poskusom samomora želijo le opozoriti na sebe, kar pomeni, da je to neke vrste klic k pozornosti, oziroma klic na pomoč (Valetič, 2009).

Izraz samomorilno vedenje pomeni proces, ki zajema različne oblike oz. stopnje. Začetna, najblažja oblika samomorilnega vedenja so samomorilne misli, ko posameznik prične razmišljati o zaključku svojega življenja. Misli se lahko stopnjujejo v samomorilni namen, ko želja v posamezniku narašča, ko se le-ta odloči, da bo svoje življenje končal. Naslednja stopnja je samomorilni načrt, kar pomeni časovno opredelitev ter načrtovano aktivnost in način, kako svoje življenje končati. Samomorilnemu načrtu sledi samomorilni poskus, ki se lahko s smrtjo posameznika konča ali pa posameznik poskus preživi. Preživeli se lahko ponovno vrne v samomorilni proces (Tančič Grum, Puštovan, Roškar, 2010).

### 2.1.1 Obremenjenost držav s samomori

Samomor je velik in zaskrbljujoč javno-zdravstveni problem ter izziv zdravstvenih politik obremenjenih držav današnjega časa. Med slednje spada tudi preventiva in preprečevanje samomorilnega vedenja. Vključuje strokovnjake z različnih področij ter sodelovanje med različnimi institucijami, ozaveščanje širše javnosti in oseb, ki prihajajo v stik z ogroženim posameznikom (Roškar, 2009). Epidemiološki podatki Svetovne zdravstvene organizacije kažejo, da je en milijon ljudi svetovnega prebivalstva umrlo zaradi samomora. To pomeni na 100.000 prebivalcev kar 16 smrti zaradi samomora. Slovenija spada med države Evropske unije, kjer je problematika samomorov visoka. Statistični podatki kažejo, da je Slovenija s samomori močno obremenjena, saj je na 100.000 prebivalcev kar 18,4 smrti zaradi samomorov. Svetovna zdravstvena organizacija na podlagi današnjih trendov samomora ocenjuje, da bo do leta 2020 zaradi samomorov umrlo približno petnajst milijonov ljudi, več kot desetkrat toliko ljudi pa bo samomor poskusilo, kar bo pomenilo tri samomore na minuto in en poskus samomora na dve sekundi (Bajt et al., 2009). Samomorilnost pri starostnikih je visoka, vendar so epidemiološki podatki zaskrbljujoči tudi za mlade, kar nekateri strokovnjaki potrjujejo (Marušič, Landau, Tomori 2003). Ocenjujejo, da je samomor pri mladostnikih od 15 do 19 let tretji najpogostejši vzrok smrti (Shain, 2007). Leta 2011 je v Sloveniji zaradi samomora umrlo 436 prebivalcev, v povprečju starih 57 let, od tega 347 moških in 89 žensk. Spodbuden je podatek, da je to za četrtnino manj kot pred dvema desetletjema, vendar še vedno si povprečno na vsakih 20 ur ena oseba vzame življenje. Med statističnimi regijami so bile v letu 2011 v samomorilnosti velike razlike. Največja samomorilnost je bila samomorilnost v spodnje posavski (32,8), najnižja pa v goriški statistični regiji (12,6) (Kalin, 2012).

Narode in kulturo je glede pogostosti samomora težko primerjati med seboj, saj vsaka družba zase goji svojevrsten odnos do problematike samomorilnega vedenja. Države uporabljajo različne metode za spremljanje umrljivosti, odvisno tudi od zanesljivosti in veljavnosti zdravstvene statistike, na katero pa posredno vpliva zakonodaja v zvezi s samomori (Marušič, Zorko, 2003).

### 2.1.2 Pregled domače in tuje literature o samomoru

Pogostost slovenskih samomorov vse do osamosvojitve (op. 1991) v svetu ni bila deležna prav velike pozornosti, tako kot jo ima danes. Govorili smo o dokaj stabilnem količniku, okrog 30 samomorov na 100.000 prebivalcev na leto (Marušič, Zorko, 2003). V zadnjih nekaj letih so spodbudni podateki o zmanjšanem številu umrlih zaradi samomora. Leta 2010 je količnik samomora v Sloveniji znašal 20,3 (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011).

V Sloveniji je sistem zdravstvenega varstva organiziran tako, da se posameznik z zdravstvenimi težavami najprej zateče po pomoč k izbranem splošnem zdravniku in šele ob resnejših in dolgotrajnih težavah se ga napoti k specialistu ali v bolnišnico. V primerih, ko posameznik nujno potrebuje pomoč neposredno pri specialistu psihiatru, lahko zavarovanci poiščejo pomoč tudi brez napotnice osebnega zdravnika. S tem ukrepom se je skušala povečati dostopnost do psihiatričnih služb (Kamin et al., 2009). Avtorji ugotavljajo, da je za neiskanje pomoči več razlogov. Duševne motnje so v našem okolju močno stigmatizirane. Poleg tega ljudje svoje težave skrivajo, menijo namreč, da je to njihova osebna stvar, da je to nekaj negativnega in zato pomoči niti ne iščejo. Vzrok je lahko tudi slaba prepoznava duševnega zdravja, saj se odraža tako na telesni ravni, kot tudi preko nespecifičnih simptomov, kot so na primer: nemir, bolečina v želodcu, alergije, glavobol, slabost in podobno. Zato se pogosto lahko zgodi, da tudi osebni zdravnik spregleda duševne motnje (ibid.).

Neeleman, De Graaf, in Vollebergh (2004) so v svojem članku zapisali, da je samomor le ena izmed stopenj v samomorilnem procesu. Pred samim samomorilnim dejanjem se mnogokrat pojavlja blažja oblika samomorilnosti, to pomeni razmišljanje in načrtovanje samomora. Pri osebah, ki prvič poskušajo narediti samomor so pomembni socialni in ekonomski dejavniki tveganja ter tudi negativni življenjski dogodki, kar pa ne velja za osebe, katere so v preteklosti kdaj že poskusile narediti samomor. Obstajajo tudi razlike v samomorilnem procesu, ki so vezane na spol. Samomor poskuša več žensk kot moških, tveganje za ponoven poskus pa je pri ženskah manjše kot pri moških. Tudi v študiji The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders so ugotovili, da je bila povprečna življenjska prevalenca samomorilnih misli in samomorilnega poskusa

pogostejša pri ženskah, mlajših osebah, ločenih in ovdovelih. Pokazale so se pomembne razlike med državami. Države zahodne in osrednje Evrope poročajo o življenjski prevalenci samomora okrog 10 %, države južne Evrope poročajo o bistveno manjšem odstotku, to je okrog 4%. Podoben trend je opaziti tudi glede poskusov samomora (Bernal et al., 2007).

Levy, Jurkovic in Spirito (1995) navajajo dejavnike, ki vplivajo na povečano tveganje samomorilnega vedenja:

- Individualna kategorija se nanaša na stabilnost osebe in trenutno duševno stanje posameznika. Tveganje se še povečuje z negativnim stanjem, kot sta obup in brezup, impulzivnost in s pretiranimi dejanji, kot je nasilje.
- Medosebna kategorija se nanaša na socialno izolacijo, neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, izgubo partnerja, ter izgubo zaposlitve. Tveganje se še poveča z nesposobnostjo vzpostavljanja vzajemnega odnosa, kronično nepripradnostjo družbi ali družbeno osamitvijo.
- Sociokulturna kategorija se nanaša na družbene značilnosti okolja, v katerem posameznik živi. Kadar je družbeno okolje neugodno, kot na primer brezposelnost, nizki dohodki, porast ločitev, to izzove neugodno duševno stanje, spodbuja neugodne medosebne odnose in s tem se povečuje tudi tveganje za samomorilno vedenje.
- Sociodemografska kategorija se nanaša na spol, pri katerem je večje tveganje za moške, ki prevladujejo v skupini dokončnih samomorov, v skupini poskusa samomora pa prevladujejo ženske. Sociodemografska kategorija se nanaša še na starost. Tveganje s starostjo narašča, prav tako tveganje narašča z nizko izobrazbo, slabim ekonomskim statusom ter revščino, zlasti kadar je dolgotrajna. Tveganje povečujejo tudi neugodni življenjski dogodki, na katere ni moč vplivati, največkrat različne vrste izgub ali prisotnost telesnih bolezni.

### 2.1.3 Vzroki samomora v različnih življenjskih obdobjih

V Sloveniji so samomori med otroki zelo redki, med mladostniki pa beležimo od petnajst do dvajset samomorov letno. Med mladostniki gre največkrat za impulzivno odločitev za samomor, lahko pa je v ozadju tudi resna psihopatologija. Kadar gre za duševno motnjo, so to največkrat depresije, vedenjska motnja, uživanje ali zloraba psihoaktivnih snov in osebnostne motnje. Samomorilno vedenje je lahko tudi posledica kopičenja neugodnih dejavnikov kot so akutne travmatske izkušnje ali subjektivno pomembne izgube. Pomembna je ocena samomorilne ogroženosti mladostnika, katero ugotavljamo tudi z neposrednimi, jasnimi, nedvoumnimi vprašanji o samomoru. Občasna samomorilna razmišljanja pri mladostnikih še ne pomenijo visokega tveganja, saj so v tem obdobju dokaj pogosta. Visoko tveganje pomenijo pogoste, intenzivne, dalj časa trajajoče samomorilne misli, z visokim samomorilnim namenom, izdelanim načrtom kjer je možnost rešitve majhna. Nasprotno je pri otrocih, pri katerih je vsako samomorilno razmišljanje potrebno obravnavati kot visoko tveganje (Gregorič Kumperščak, 2012).

Za uspešno preprečevanje in preventivo samomora moramo dobro poznati dejavnike tveganja vseh skupin prebivalstva. Pri mladostnikih prevladujejo različni psiho-socialni dejavniki, kot so neurejene družinske razmere, neuspeh v šoli, razvojne značilnosti v obdobju odraščanja, pomanjkanje socialnih stikov in nekatere osebnostne značilnosti, kot so na primer impulzivnost, agresivnost in drugi dejavniki. Ti dejavniki se prepletajo in pri vsakem posamezniku, ki je naredil samomor, bi lahko ugotovili več med seboj povezanih motivov za njegovo odločitev (Weaver, Wright, 2009). Psihiatrična služba mora mladostniku zagotoviti vse vrste obravnave, od bolnišnične, zunajbolnišnične in skupnostne, mora se povezati s primarno zdravstveno službo, svetovalnimi centri, šolami, centri za socialno delo in družinami. Obravnava mladostnika z duševno motnjo je celostna, ne zagotavlja le ustreznega zdravljenja duševne motnje, temveč tudi ustrezen razvoj, ki je lahko oviran. To dosežemo, da vse aktivnosti usmerimo v krepitev dejavnikov, ki ščitijo pred samomorilnim vedenjem, krepimo samopodobo, mehanizme spoprijemanja in reševanja težav, socialno in šolsko uspešnost, občutek pripadnosti, podporo bližnjih in usmerjamo v aktiven slog življenja (Groleger, Landau, Tomori, 2003).

Med starejšimi je večina samomorov posledica zapletene medsebojne igre bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije v zadnjih letih število samomorov postopoma upada, vendar število smrtnih primerov pri osebah starejših od petinšestdeset let narašča. Samomorilni poskusi starejših se pogosto končajo s smrtjo, kajti zaradi številnih dejavnikov tveganja in zaradi zmanjšane telesne zmogljivosti samopoškodbo redkeje preživijo. Učinkovitost preventivnih ukrepov je odvisna od prepoznave vzorčnih dejavnikov. Preventivni ukrepi so usmerjeni predvsem v pozornost na motnje razpoloženja, obupanost, značilnost osebnih lastnosti, telesnim obolenjem, funkcionalnim okvaram ter preteklim samomorilnim dejanjem (Pišljarič, 2003). Pomemben dejavnik tveganja je duševna motnja, ki je ena izmed najpomembnejših napovednih dejavnikov za samomor. Tako v svetu kot pri nas med napovedne dejavnike uvrščamo depresivno motnjo, shizofrenijo, ter motnjo odvisnosti od alkohola. Pomembna so tudi depresivna stanja, ki lahko nastanejo zaradi izgube ljubljene osebe, socialne izolacije, telesnih bolezni, zlasti tistih, v povezavi s kronično bolečino (Marušič, Zorko, 2003). Obup iz najrazličnejših vzrokov, kot so neizpolnjeni cilji, duševne motnje, zloraba psihoaktivnih substanc, klimakterij pri ženskah, socialne stiske, izguba ljubljene osebe in drugo, so lahko rizični dejavniki za samomor posameznikov v srednjih letih življenja. Pri starostnikih je močan rizični dejavnik predvsem osamljenost. Izguba življenjskega partnerja je lahko najhujši udarec. Obup lahko povzroči tudi neozdravljiva bolezen. Stiske lahko vodijo v depresivnost, iz katerega starostniki ne najdejo več izhoda (Počivavšek, 2007).

Moški naredijo samomor pogosteje kot ženske, medtem ko ga ženske poskušajo narediti do trikrat pogosteje kot moški. Šestdeset do sedemdeset procentov ljudi ki so umrli zaradi samomora, ga je pred tem že poskušalo narediti. V Slovenji je najpogostejša metoda za samomor obešenje, sledi utopitev, zastrupitev z ogljikovim monoksidom, skok in ustrelitev. Skoraj vsi se zgodijo v stanju akutnega alkoholnega opoja (Groleger, 2009a).

Splošna preventiva samomora pri starejših je reševanje psihosocialnih problemov, kot so osamljenost, revščina, odvisnost od drugih oseb, omejena gibljivost, marginalizacija itd. Posredna preventiva pri starejših pa se nanaša na zniževanje samomora posameznih

rizičnih skupin. Starejši si zaslužijo več spoštovanja. Zavedati se moramo, da so nam zgradili družbo, v kateri živimo, zagotovili dobrine za pogoje našega dela in ustvarjanja. Tega jim premalo priznavamo. Zavzemati bi se morali za oživljanje vrednot, ki bogatijo in dvigajo raven bivanja, predvsem kulturno in duhovno razsežnost. Realen cilj preventivnega programa samomora je ustvarjanje sodelovanja med primarnim zdravstvom, psihiatričnimi in socialnimi ustanovami ter prostovoljske organizacije (Pišljari, 2003).

## **2.2 PROBLEM OBRAVNAVE PACIENTA, KI JE SAMOMORILNO OGROŽEN, AGITIRAN IN NASILEN**

Ekipe nujne medicinske pomoči se v praksi srečujejo s problemom obravnave pacienta, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in nasilen. Trdimo lahko, da je samomorilno ogrožena oseba takrat, ko posamezniku z duševno boleznijo bolezen povzroča hudo škodo. V takšnem stanju obstaja nevarnost, da bo v kratkem času pacient ogrožen, prav tako lahko tudi ljudje v njegovi okolici. Kadar je pacient depresiven, motorično zavrt, poln samoobtoževalnih blodenj, odklanja hrano, razmišlja o samomoru, lahko zanj zagotovo presodimo, da je življenjsko ogrožen. V takšnih primerih zdravnik presodi, kdaj je primeren čas za poseg in zdravljenje bolezenskega stanja, odločitev pa je odvisna predvsem od ocene pacientove ogroženosti. Začetek zdravljenja je težavnejši, kadar pacient odklanja zdravniško pomoč. V takšnih primerih mora zdravnik še toliko bolj znati izbrati primeren trenutek za posredovanje. V primeru, da pacient postaja vedno bolj agitiran, posledično temu lahko tudi nasilen, ko s tem ogroža sebe in okolico, zdravnik lahko zaprosi za asistenco policije. Za obvladovanje posameznika in vstop v reševalno vozilo se uporablja najmanjša možna stopnja prisile, ki je v danem trenutku glede na dogajanje potrebna (Mohor, 1999).

Agitacija je stanje izrazite duševne vznemirjenosti s pridruženo motorično aktivnostjo, ki se lahko pri nekaterih posameznikih stopnjuje tudi do nasilja. Tako kot pri nas, tudi po svetu narašča verbalno in fizično nasilje pacientov do zdravstvenega osebja. Nasilje v zdravstvu pomeni vsak dogodek, v katerem so zaposleni ozmerjani, kakorkoli ogroženi in fizično napadeni, vključno z neposrednimi in posrednimi grožnjami njihove



varnosti, dobrobiti in zdravja. Prav zato je zelo pomemben terapevtski pristop zdravstvenega osebja, pomembna je pravočasna prepoznava in ustrezno pravočasno ukrepanje. Vznemirjenost pacienta lahko zmanjšamo, dokler ima pacient še ohranjen stik z realnostjo in je komunikacija z njim še možna (Pukl Gabrovšek, 2011).

Agresija je dejanje, ki ji je zaradi njene potencialne destruktivnosti potrebno nameniti veliko pozornost. Najbolj rizična skupina v nasilnosti so moški, osebe samskega stanu, socialna izolacija, zloraba alkohola in predhodni poskusi samomora. Kdaj in na kakšen način bo posameznik odreagirala nasilno je odvisno od njegove osebne strukture, narave bolezenskih motenj ter od zunanjih obremenitev in pretresov, ki lahko izzovejo takšno vedenje (Balažic, 2008). Za nasilno vedenje obstajajo različni vzroki, ki privedejo pacienta do takšnih dejanj. Kasnejše zaplete preprečujeta zgodnja prepoznava tveganja za nasilno vedenje in ustrezno ukrepanje (Groleger, 2009b).

V psihiatriji se agresivnost in nasilno vedenje ocenjuje v smislu psihopatologije kot del morebitne psihiatrične motnje in kot vedenje, ki ga je potrebno pravočasno prepoznati, oceniti in preprečevati. Agresivnost ni le psihiatrična motnja, vendar je ena od oblik človeškega vedenja. Predstavlja lahko simptom ali znak različnih motenj bolezni, tako psihiatričnih, kot tudi nevroloških in telesnih. Agresivnost ima nek negativni prizvok, kajti nasilno vedenje se lahko prične z verbalnimi grožnjami, ustrahovanjem, nadaljuje pa v fizično nadlegovanje in napad, lahko celo do načrtovanega nasilnega vedenja in sadizma. Agresivnosti in nasilnega vedenja med psihiatričnimi pacienti na splošno ni nič več kot v splošni populaciji, čeprav se zaradi stigmatizacije duševnih pacientov in strahu pred duševno boleznijo pojavljajo različne zgodbe o nasilju in psihiatrični bolezni (Groleger, 2009b). Pacient je lahko nasilen če je pod vplivom opojnih substanc, kot so alkohol ali psihoaktivne snovi, lahko pa je vzrok za nasilje bolezensko psihično stanje. Pogosto so to težka bolezenska stanja, pacienti so nezmožni uvideti, kakšno je njihovo realno stanje. Za obravnavo takšnih stanj je potrebno veliko znanja, dela, časa, včasih tudi pomoč in asistenca policije. Pri vseh postopkih in pristopih do takšnega pacienta je zelo pomembna lastna varnost zdravstvenega osebja ter uporaba zaščitnih sredstvih, ki so v tistih trenutkih na razpolago (Crnić, Kandido, Tulliani, 2004).

## 2.3 VLOGA REŠEVALCEV PRI OBRAVNAVI SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA

Nujna stanja v psihiatriji so stanja, ko pacient zaradi duševne motnje ogroža sebe ali kogarkoli drugega v okolici, so stanja, ki so posledica primarne ali sekundarne duševne motnje. Najpomembnejši nujni stanji na terenu sta samomorilnost in agitacija. Nepravilno ukrepanje ali neprepoznava pacientovega stanja pomeni, da je pacientovo življenje resno ogroženo (Aplenc, 2012). Reševalci morajo predvsem dobro prepoznati dejavnike, ki pacienta vodijo v samomorilno vedenje, da lahko ocenijo mogočo samomorilno ogroženost, pri čemer je pomembno ugotoviti tudi prisotnost posameznih simptomov, poleg že obstoječih dejavnikov tveganja (Marušič, Zorko, 2003).

Ekipe nujne medicinske pomoči mora imeti na mestu dogodka veliko znanja in izkušenj s področja prepoznavanja in samomorilno ogroženega ter učinkovitega ukrepanja. Člani ekipe so prvi, ki pridejo v stik s samomorilno ogroženim pacientom. Le-ta je lahko lahko tudi agitiran ter posledično potencialno nasilen. Pomemben je njihov pravilen pristop k pacientu glede na stanje in njegovo pripravljenost k sodelovanju. Razlika v zahtevnosti intervencije je v pristopu k pacientu, ki se sam odloči in je pripravljen za zdravstveno obravnavo v psihiatrični ustanovi in v pristopu k tistemu, ki jo zavrača. V določenih primerih, ko pacient ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih, se zdravnik lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti pacientovi volji. Takšne intervencije so stresne tako za ekipo nujne medicinske pomoči, kakor za pacienta samega (Kregar, 2012). Prav na vseh področjih zdravstvenega varstva se zdravstveni delavci morajo zavedati, da njihove besede ali vedenje lahko pripomorejo ali k preprečevanju ali pa spodbujajo pacienta k samomorilnosti in nasilnim vedenjem. S strani zaposlenih v zdravstvenem varstvu je prav zato tako izredno pomembna komunikacija, pridobitev pacientovega zaupanja, predvsem pa razumevanje in sočutje do pacienta (Simionov, 2009).

Obravnavo in oceno samomorilno ogroženega je za urgentno ekipo večkrat velik problem, kajti na terenu se običajno k osebi pristopa kjer ni primernih pogojev, niti ni časa za pogovor, v katerem naj bi zdravnik presodil ogroženost pacienta. Če je le mogoče, se hospitalizacijo izvede brez prisile, tudi hospitalizacijo proti volji pacienta. Ekipe nujne medicinske pomoči poskuša pacienta najprej umiriti s pogovorom, ga

prepričati, da se bo strinjal s hospitalizacijo, poskuša si pridobiti pacientovo zaupanje. Zdravnik v ekipi nujne medicinske pomoči običajno odloča o tem ali je hospitalizacija potrebna ali bo izvedena hospitalizacija proti volji pacienta in ali bo na intervenciji potrebna asistenca policije. Odgovoren je za varnost pacienta, kakor tudi za varnost celotne ekipe nujne medicinske pomoči. Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno za vse prisotne, ukrepi morajo biti čim bolj obzirni, stopnjujejo se glede na nasilje pacienta (Aplenc, 2012). Zdravnik sme, v nekaterih primerih celo mora urediti hospitalizacijo pacienta, za katerega oceni, da je v stanju, ko zaradi svojih lastnosti ni sposoben dojeti potrebe po hospitalizaciji, ko ne zmore vzpostaviti komunikacije, ko je nekritičen do svojega zdravstvenega stanja, nasilen in je s tem njegovo življenje ogroženo. Po zakonu o duševnem zdravju zdravnik lahko uporabi tudi posebni varovalni ukrep (Žmitek, 2005). Skrajni ukrep za obvladovanje vedenja pacienta je uporaba pasov za vezanje pacienta (Glezer, Brendel, 2010).

## 2.4 UKREPANJE NUJNE MEDICINSKE POMOČI

Ekipo nujne medicinske pomoči sestavljajo zdravnik splošne medicine in dva zdravstvena tehnika. Na sami intervenciji je zelo pomembno, da je ekipa dobro uigrana. Praviloma samomorilno ogrožene osebe do zdravstvenega osebja niso nasilne, vendar so napadi kljub temu možni, zato ekipa vedno poskrbi tudi za svojo varnost (Prestor, 2006). V takšnih primerih mora ekipa nujne medicinske pomoči pristopiti odločno, predvsem pa strokovno, pokazati veliko mero strpnosti in potrpežljivosti ter dokazati, da znajo in zmorejo uporabiti tudi pravilne tehnike komunikacije (Simionov, 2009). Komunikacija je ena izmed najpomembnejših aktivnosti pri samomorilno ogroženi osebi. Reševalci si pri komunikaciji s psihiatričnim pacientom in osebi v stiski pomagamo s teorijo Hildegard E. Paplau, ki govori o interakcijskem modelu medosebnega odnosa. V odnosu s samomorilno ogroženim moramo biti sposobni slišati, znati poslušati, uporabljati osebi razumljiv jezik in znati zastavljati in oblikovati vprašanja. Pomembno je, da negujemo in poglobljamo medsebojni odnos, ki smo ga vzpostavili ob prihodu na mesto dogodka (Prestor, 2006).

Kusić (2012) navaja, da izvajalci zdravstvene nege pri pacientih, ki so nasilni, kljub neprijetni situaciji morajo ostati mirni ter profesionalni. Pacienta morajo spodbujati, da razume, kontrolira in sprejme odgovornost za lastno vedenje. Mora vedeti, da sam odloča o svojem vedenju in da je odgovoren zanj. Pri pacientu morajo vzpodbujati pozitivno vedenje, poudarjati pacientove sposobnosti, kar povečuje njegovo spoštovanje, vzpostavljati zaupanje in občutek varnosti. V primerih, ko na intervenciji izčrpamo vse možnosti pomiritve, spodbud k sodelovanju, preusmeritve pozornosti, komunikacije, skratka, ko smo neuspešni, takrat sledi posebni varovalni ukrep s telesnim oviranjem s pasovi, katerega odredi zdravnik in je pri izvajanju prisoten.

Neželeni dogodki, povezani z obvladovanjem pacientov z nasilnim vedenjem in izvajanje fizičnega oviranja sta sestavni del psihiatrije in psihiatrične zdravstvene nege. Humana, strpna in prijazna obravnava pacienta pri fizičnem oviranju je pogoj za ohranjanje terapevtskega odnosa s pacientom. Naloga reševalcev je zagotavljanje varnosti pacienta, ostalih prisotnih pacientov, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Posebne varovalne ukrepe uporabimo šele, ko so izčrpane vse druge možnosti ukrepanja in v primeru, ko je izbruh nasilja nenaden. Obvladovanja pacientov se vedno lotevamo timsko in v sodelovanju čim večjega števila osebja (Gabrovec, 2009). V primeru, ko smo izkoristili vse metode prepričevanja in je pacient nekomunikativen, nasilen, blodnjav, suicidalen, sledi hospitalizacija proti volji. Pričnemo z uporabo najmanjše stopnje prisile in jo glede na stanje pacienta postopoma zvišujemo. S silo nikakor ne smemo ogroziti zdravja pacienta. Ohranimo spoštljiv in korekten odnos do pacienta. Za uporabo ovirnic, zdravil za umiritev in asistenco policije se glede na situacijo odloči zdravnik, kajti vsak primer hospitalizacije proti volji pacienta je specifičen. Splošnih pravil, ki bi bila uporabna v vseh primerih, ni (Prestor, 2006). Vsekakor so za obvladovanje pacientov z nasilnim vedenjem potrebna določena znanja in spretnosti zaposlenih v zdravstveni negi, kot so: doslednost v dogovorih, aktivno poslušanje, usmerjanje pozornosti, postavljanje meja, vzdrževanje zaupanja, učenje samodiscipline, izražanje razumevanja, sprejemanje, upoštevanje pričakovanj in možnosti (Horvat, Kostov, 2009). V primerih, ko so pacienti razdražljivi, agitirani, posledično temu lahko tudi nasilni, za pomoč na mestu dogodka lahko zaprosimo policijo, saj je zagotavljanje varnosti vseh prvi cilj pred kakršnim koli drugim

ukrepanjem (Polenčič, 2007). Asistenca policije pomeni, da policisti s svojim znanjem in opremo zaustavijo ogrožene osebe, ji onemogočijo, da bi poškodovale sebe ali kogarkoli drugega iz okolice ter ekipi nujne medicinske pomoči zagotovijo, da lahko napravijo razgovor, pregled in posege, ki so indicirani (Prestor, 2006). Aplenc (2012) iz svojih izkušenj razlaga, da velikokrat že sama prisotnost policije vpliva na paciente, da je manj agresiven, bolj vodljiv in hitreje privoli v hospitalizacijo. Ekipa nujne medicinske pomoči pri izvedbi fizičnega oviranja in izvajanju hospitalizacije proti volji pacienta krši predvsem načelo avtonomije, vendar ob tem upošteva načelo dobronamernosti v korist pacienta, načelo neškodljivosti, zagotovi mu varnost in pravičnost pri obravnavi. Fizično oviranje pacientov je eno od etično in pravno najbolj problematičnih področij, ki močno posega v osnovne človekove pravice in posameznikovo pravico do avtonomije in dostojanstva. Zaradi resnosti problematike ter številnih možnih zapletov in škodljivih posledic, ki jih oviranje povzroča, je nujno vsako oviranje izvesti v skladu z zakonodajo in pravili stroke, ki so obravnavani v zakonih države in protokolih posameznih ustanov (Naka, 2012).

Pojavlja se dilema ali je fizično omejevanje svobode sploh aktivnost zdravstvene nege? Odnos do nasilne osebe je etična dilema, ki ne zadeva le dejavnosti zdravstvene nege, temveč celotne družbe (Balažic, 2008). Najbrž Prestor (2006) ni edini od reševalcev, ki v svojem članku ugotavlja, da smo reševalci zelo šibak člen v oskrbi osebe v stiski s komunikacijo. Sprašuje se ali sploh znamo slišati in prisluhniti in ali smo sposobni pozitivno vplivati na brezhiben položaj pri ogroženi osebi. Smo psihično sploh dovolj sposobni, ko se na terenu srečamo v najtežjih trenutkih? Ugotavlja, da je o suicidologiji in prevenciji samomora sicer zelo veliko napisanega, vendar večinoma le za bolnišnično okolje. Zelo malo ali skoraj nič ni zaslediti raziskav o znanju, izkušnjah, občutkih in čustvenih odzivih reševalcev, prav to pa so področja, ki jih bomo v nadaljevanju raziskovalnega dela poizkušali raziskati in razumeti, kar pa lahko naredimo le s kvalitativnim raziskovalnim pristopom.

### 3 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu bomo razložili namen in cilje diplomskega dela. Predstavili bomo raziskovalna vprašanja, katera smo si postavili na podlagi zastavljenih ciljev. Pojasnili bomo kvalitativno raziskovalno metodologijo, opis merskega instrumenta in opis vzorca. Zaključili bomo z natančnim opisom poteka raziskave in obdelave podatkov. Kvalitativno analizo smo opravili po usmeritvah Vogrinca (2008) »Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju«. V teoretičnem delu diplomske naloge smo obravnavali vsebino, s pomočjo katere bomo v nadaljevanju z rezultati empiričnega dela poizkušali razumeti in razjasniti problem, ki smo si ga v diplomskem delu zastavili.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je razumeti doživljanje zaposlenih v ekipah nujne medicinske pomoči pri obravnavi pacienta s samomorilnim vedenjem, kateri zavrača strokovno pomoč, kar se posledično lahko izraža tudi z nasiljem. Namen je ugotoviti njihove osebne občutke, doživljanje in razumevanje do pacienta, ki je samomorilno ogrožen in zavrača pomoč, kar se lahko kaže tudi v nasilnem vedenju pacienta na mestu dogodka pomoči ter ugotoviti ali ti njihovi osebni občutki mogoče vplivajo na odločitev, za katero tehniko obvladavanja se bodo odločili. Ugotoviti želimo tudi raznolikost, kako soočanje s samomorilno ogroženim, odklonim in nasilnim pacientom doživlja ženska v primerjavi z moškim. Z ugotovitvami bomo lahko razumeli stiske reševalcev in s tem pripomogli k razumevanju in k učinkovitejši pomoči pacientov, ki so samomorilno ogroženi.

Cilj v teoretičnem delu je raziskati, kaj o izpostavljenem problemu pišejo domači in tuji strokovnjaki:

- Pregled domače in tuje literature s področja samomora in pacientov, ki so samomorilno ogroženi, odklonilni in ob tem lahko tudi nasilni;
- Opredelitev vzrokov samomora v različnih življenjskih obdobjih;
- Opisati različne tehnike obvladovanja in zagotavljanja varnosti samomorilno ogroženim in nasilnim pacientom;

- Opisati značilnosti dela zdravstvenih delavcev ekipe nujne medicinske pomoči pri zagotavljanju varnosti in obvladovanju pacienta, ki je samomorilno ogrožen, odklonilen in nasilen.

Cilji v empiričnem delu:

- Razumeti s kakšnim vedenjem pacienta se srečuje ekipa nujne medicinske pomoči po poizkusu samomora;
- Ugotoviti kako ženska v primerjavi z moškim doživlja soočanje s pacientom, ki je samomorilno ogrožen in zavrača pomoč;
- Ugotoviti in razumeti osebne občutke, čustvene odzive, prisotnost empatije, sočutja in razumevanja zdravstvenih delavcev do samomorilno ogroženih in nasilnih pacientih pri obvladovanju in zagotavljanju varnosti, kadar le ti zavračajo pomoč;
- Ugotoviti in razumeti katero tehniko zagotavljanja varnosti in obvladovanja pri samomorilno ogroženem in nasilnem pacientu zdravstveni delavci v nujni medicinski pomoči največkrat uporabijo;

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi postavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja, ki so nam omogočila, da smo lahko podrobneje raziskali znanje in izkušnje iz vsakodnevne prakse udeležencev raziskave, njihove čustvene odzive in občutke – tiste, ki so bili relevantni v raziskavi.

Raziskovalna vprašanja:

1. Kakšno je razumevanje in kakšni so občutki reševalcev do pacienta po poskusu samomora?
2. Kaj reševalci občutijo ob pacientu, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in lahko tudi nasilen?
3. Kako reševalci doživljajo in kaj občutijo pri nujenju nujne medicinske pomoči, kadar se ob pacientu počutijo ogrožene?

4. Kako reševalci v praksi zagotovijo varnost pacientu, ki je samomorilno ogrožen in kako ekipi nujne medicinske pomoči?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava temelji na deskriptivni (opisni) kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za kvalitativno izvedbo raziskave je značilna interpretativna paradigma (Vogrinc, 2008). V našem kontekstu smo izpostavili pomembnost proučevanja subjektivnih in objektivnih doživetij medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ugotavljanje pomena in razumevanje konteksta, ki ga je vsak posameznik izrazil za posamezni dogodek iz lastnih izkušenj. Kvalitativna raziskovalna metoda nam je omogočila poglobljeno razumevanje zastavljene problematike. S kvalitativno metodo raziskovanja pridobljenih podatkov ne moremo posplošiti, lahko nam služijo za razumevanje problematike ali pa kot izhodišče, da določeno problematiko tudi kvantitativno raziščemo.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za potrebe diplomskega dela smo za metodo zbiranja podatkov izbrali polstrukturiran intervju, zbrali in analizirali smo sekundarne in primarne vire. Sekundarne vire smo zbrali s pomočjo strokovne in znanstvene literature, dostopne v strokovnih in splošnih knjižnicah na področju Slovenije. Primarne vire (podatke) smo si pridobili s polstrukturiranimi individualnimi intervjuji zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov iz različnih prehospitalnih enot nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Za sekundarne vire smo uporabili tuje podatkovne baze: CINAHL, ERIC, MEDLINE, PUBMED, SpringerLink idr., v katerih smo iskali tuje objavljene članke. Za iskanje literature v slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije-COBISS, svetovni splet- internet, ter preko iskalnikov Google. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: samomor, samomorilno vedenje, samomorilno ogrožen, nujna medicinska pomoč, neprostoVOLjna hospitalizacija, nasilni pacient, nasilje v zdravstvu, komunikacija, v angleškem jeziku pa: suicide, suicidal behaviour, suicidal threat, first aid, unwilling hospitalization, violent patient, violence in health care, communication.



### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje empiričnega gradiva smo uporabili polstrukturirani intervju z odprtimi vprašanji, katerim so sledila podvprašanja, z njimi smo se usmerili v problem, ki smo ga želeli raziskati in razumeti. Na podlagi zastavljenih ciljev smo si zastavili štiri glavna raziskovalna vprašanja:

1. Kakšno je vaše razumevanje in kakšni so vaši občutki do pacienta po poskusu samomora?
2. Kaj občutite ob pacientu, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in lahko tudi nasilen?
3. Kako doživljate in kaj občutite pri nujenju nujne medicinske pomoči, kadar se ob pacientu počutite ogrožene?
4. Kako v praksi zagotovite varnost pacientu, ki je samomorilno ogrožen in kako ekipi nujne medicinske pomoči?

Za preverjanje ali so raziskovalna vprašanja razumljiva in smiselna ali so časovno primerna smo pred izvedbo prvega intervjuja opravili preizkusni intervju s prijateljico, katere intervju ni vključen v raziskavo.

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec, v katerega smo vključili deset aktivno zaposlenih na reševalnih postajah prehospitarnih enot nujne medicinske pomoči. Želeli smo zajeti široko področje Slovenije, zato smo vključili tri različne Slovenske regije. Vključili smo pet oseb ženskega in pet oseb moškega spola, polovica od njih ima zaključeno srednjo izobrazbo, preostala polovica ima naziv diplomiranega zdravstvenega tehnika. Vsi imajo že najmanj sedem let ali več delavnih izkušenj s področja nujne medicinske pomoči. Dela in naloge vseh intervjuvanih oseb obsegajo delo v primarnem zdravstvenem varstvu, kar pomeni, da se na terenu srečujejo z različnimi obravnavami in imajo lastno prakso s pacienti, ki so samomorilno ogroženi, zavračajo pomoč in so ob tem lahko tudi nasilni. Predvideno je bilo opraviti šest intervjujev, vendar, ker nismo dosegli zadovoljivo zasičenost podatkov, smo se odločili namenski vzorec povečati tako, da

smo opravili deset intervjujev. S triangulacijo po lokaciji, spolu in izobrazbi smo povečali verodostojnost podatkov. Intervjuje smo opravili v dopoldanskem času, v mesecu decembru in januarju, za čas in kraj izvedbe intervjuja se je upoštevala želja udeležencev. Pri vseh je bil intervju opravljen na njihovem delavnem mestu, po zaključku delavne obveznosti.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za zbiranje empiričnega gradiva smo uporabili individualni polstrukturirani intervju z odprtimi vprašanji, s katerimi smo udeležence pred izvedbo intervjuja seznanili, med samim intervjujem smo jim zastavljali podvprašanja, ki so dopuščala bolj svobodne odgovore, samostojno razmišljanje, brez kakršnegakoli našega usmerjanja. Predhodno smo si s pisnim zaprosilom pridobili soglasje za sodelovanje, vsakega udeleženca smo seznanili z njihovo vlogo, vsebino, namenom in pravicami v raziskavi. Prav tako smo jih seznanili tudi o pravici do odklonitve sodelovanja, ki je prostovoljna in neobvezujoča. Seznanjeni so bili, da se bo pogovor snemal, za kar smo si prav tako predhodno pridobili dovoljenje intervjuvane osebe. Identiteta udeleženihi je skrbno varovana, zagotovljena je anonimnost. Zaradi zavarovanja zasebnosti smo vsakemu intervjuju določilo lastno šifro. Šifra je zgrajena iz slučajno izbrane številke intervjuja od ena do deset, spola, izobrazbe, kraja in številke kode v prepisu teksta. Vsi podatki intervjuvanih oseb so shranjeni v skladu z Zakonom o varovanju podatkov. Intervjuvane osebe med vsebino intervjuja niso nikogar od pacientov poimensko imenovali. V dveh mesecih smo opravili vseh deset intervjujev, sledila je obdelava podatkov, ki je potekala z dobesednim prepisom (transkripcijo) in večkratnim branjem intervjujev. Zbrano gradivo smo analizirali po postopku kvalitativne analize. Bistvo našega dela je bilo iskanje kod s procesom kodiranja, kar pomeni, da smo v empiričnem gradivu podobnim si dogodkom pripisovali enake ali podobne pojme. Uporabili smo induktivno metodo, kode smo preverjali na empiričnih podatkih ter sorodne pojme združevali v kategorije, le-te pa so bolj abstraktne in imajo višjo raven od pojmov. S kodiranjem in kategoriziranjem besed smo iskali globlji pomen podatkov in tako oblikovali teoretično razlago (Vogrinc, 2008). Izjave udeležencev smo pustili nespremenjene, kar je pri kvalitativni analizi dopuščeno. Pri vsaki kategoriji smo izpostavili le najbolj značilne

izjave, katere opisujejo posamezne kode. Vse ostale se hranijo v arhivu empiričnega gradiva.

### 3.4 REZULTATI

Pri analizi empiričnega gradiva smo oblikovali naslednje kategorije, ki se smiselno povezujejo:

Odgovornost → Obravnava posameznika → Čustva → Razumevanje → Komunikacija  
→ Varnost → Medsebojno sodelovanje → Vpliv okolice → Obvladovanje posameznika  
→ Strokovne usmeritve → Znanje → Zaposleni v zdravstveni negi → Osebno mnenje

Na prvo raziskovalno vprašanje *Kakšno je vaše razumevanje in kakšni so vaši občutki do pacienta po poizkusu samomora?* lahko razložimo z naslednjimi kategorijami: odgovornost, čustva in razumevanje.

Na drugo raziskovalno vprašanje *Kaj občutite ob pacientu, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in lahko tudi nasilen?* najdemo odgovor v kategoriji čustva.

Tretje raziskovalno vprašanje *Kako doživljate in kaj občutite pri nudenju nujne medicinske pomoči, kadar se ob pacientu počutite ogrožene?* najbolj natančno opisujejo naslednje kategorije: odgovornost, obravnava posameznika, čustva, razumevanje in medsebojno sodelovanje.

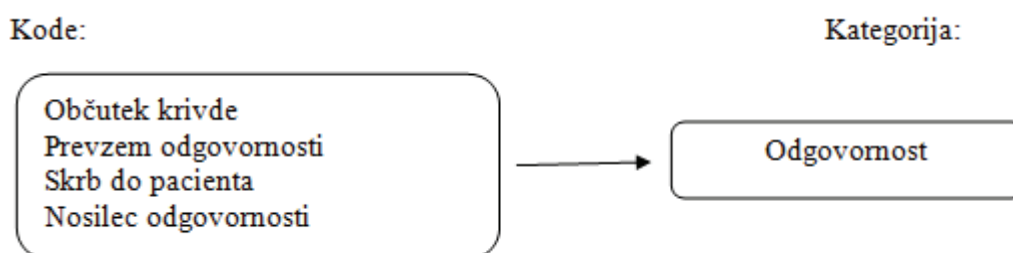
Četrto raziskovalnega vprašanje *Kako v praksi zagotovite varnost samomorilno ogroženemu pacientu in ekipi nujne medicinske pomoči?* pojasnjujejo kategorije: odgovornost, varnost, medsebojno sodelovanje in obvladanje posameznika.

Pri analizi smo identificirali/ugotovili tudi nekatere druge kategorije, ki so se nam zdele pomembne za celostno pojasnitev problematike, zato smo jih vključili v diplomsko delo.

V nadaljevanju sledi podrobno razumevanje posameznih kategorij. Zaradi preobseženosti empiričnega gradiva bomo izpostavili le najbolj značilne citate, vsi ostali bodo hranjeni v arhivu naše raziskave za možnost dokazovanja veljavnosti raziskave.

### 3.4.1 Odgovornost

Odgovornost reševalcev se kaže v njihovi skrbi do pacienta, občutku krivde, prevzemanju odgovornosti, čeprav menijo, da niso nosilci dejavnosti (Slika 1).



**Slika 1: Občutki in prevzem odgovornosti zaposlenih v zdravstveni negi.**

Zaposleni v zdravstveni negi v ekipah nujne medicinske pomoči med potekom celotne obravnave prevzemajo odgovornost nase, marsikdaj so prisiljeni presežati svoje kompetence. Menijo:

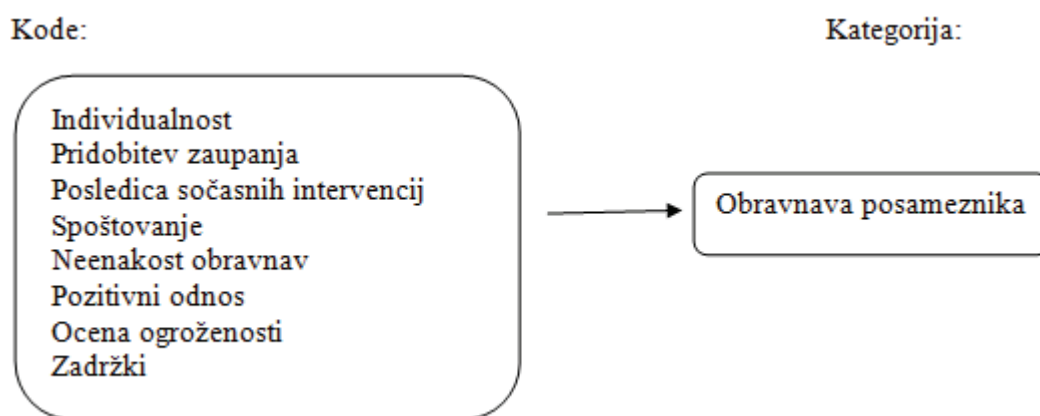
INT.št.10/M/DZT/CE (16)

*Nosilec dejavnosti pri nas je zdravnik, ni reševalec in potem tud vse kar delamo, delamo z zdravnikom, včasih ga ne morš dobit ne na telefon in mormo delat po domač povedan, na svojo pest, klicat policijo, pa, bom reku, pridržanje pacienta, fizično oviranje.*

Čutijo se odgovorne za varnost pacienta od prvega stika z njim, do predaje pacienta. V primeru, da bi med posredovanjem obvladovanja nevarnega vedenja nastala kakršnakoli škoda, ki bi jo pacient utrpel, bi imeli občutek lastne krivde, počutili bi se odgovorne in krive za nastalo škodo.

### 3.4.2 Obravnava posameznika

Obravnavo posameznika lahko razložimo s kodami, ki govorijo, da je potrebno vsakega posameznika obravnavati individualno, si pridobiti njegovo zaupanje, ga spoštovati in imeti do njega pozitiven odnos. Različne okoliščine, sočasne intervencije ter osebni zadržki ne smejo vplivati na prepoznavo in oceno ogroženosti samomorilnega vedenja pacienta (Slika 2).



**Slika 2: Individualna obravnava in medsebojno zaupanje.**

Reševalci opisujejo, da se zaradi različnih okoliščin, ter individualne obravnave vsakega posameznika obravnave med seboj zelo razlikujejo. Vsakega posameznika se obravnava individualno, ni intervencije, ki bi bila enaka drugi, vsak nujni klic se obravnava resno.

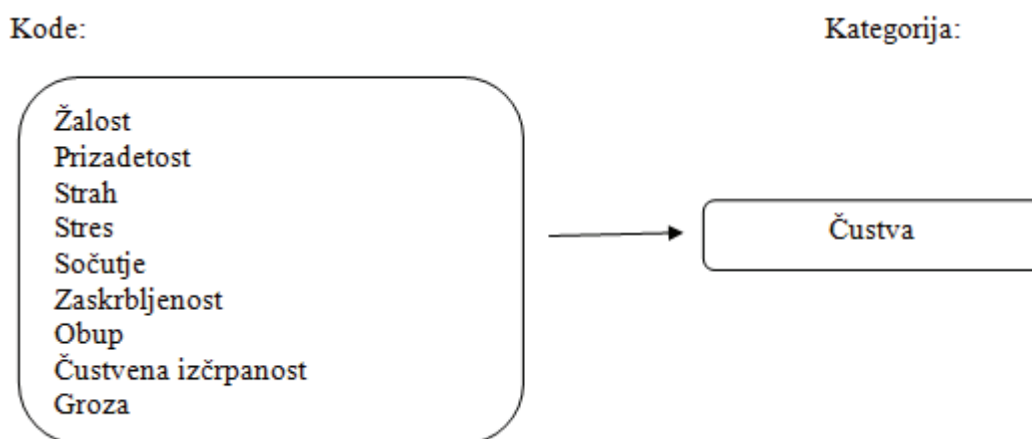
INT.št.7/M/ZT/KR (9)

*V prvem trenutku v tem času k mi mam opravka s tem pacientom absolutno nismo u priložnosti, da bi ocenjevali njegovo resnost, vsak klic na pomoč jemljemo resno.*

Udeleženci raziskave s svojimim izjavami izpostavljajo pomembnost medsebojnega zaupanja med pacientom, ki je samomorilno ogrožen, in reševalcem, ki ga spremlja do zdravstvene ustanove, kjer bo hospitaliziran.

### 3.4.3 Čustva

Pri delu s pacienti, ki so samomorilno ogroženi, so udeleženci raziskave izpostavili različna čustva s katerimi se srečujejo, kot so: sočutje, prizadetost, žalost, zaskrbljenost, strah, stres, obup, groza in čustvena izčrpanost (Slika 3).



**Slika 3: Odras in nadzor čustev**

Odras čustev je pri zdravstvenih delavcih ekipe nujne medicinske pomoči stalno prisotno, so njihova vsakodnevna izkušnja. Predvsem pri otrocih in mladostnikih občutijo žalost, zaskrbljenost in sočutje.

INT.št.4/Ž/ZT/Šk.L (14)

*Čustva delajo po svoje ampak najbl sigurno pa gane, me gane pri otrocih.*

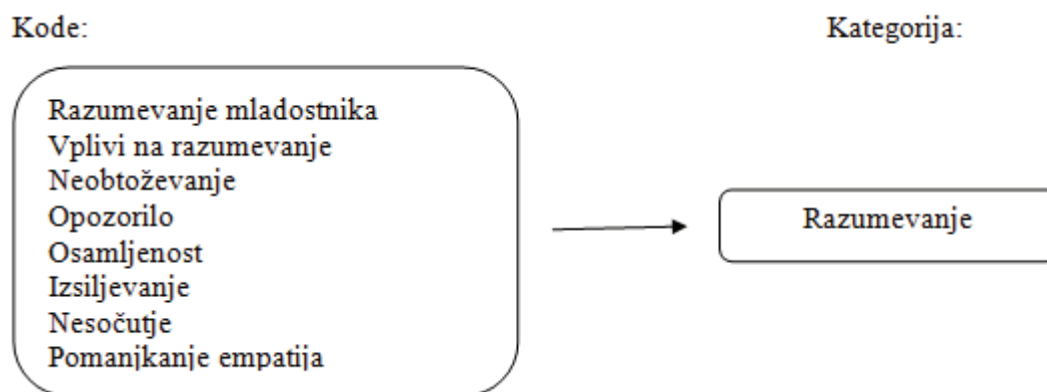
Kadar je s strani pacienta prisotno nasilje občutijo strah in negotovost, to opisujejo kot stresno doživetje. Svoja čustva poizkušajo nadzorovati, jih obvladati, vendar to ne zadostuje, da ne bi bili občasno z določenimi dogodki obremenjeni tudi v domačem okolju.

INT.št.8/Ž/ZT/KR (6)

*Čist odvisen od situacije no, včasih se zgodi kakšen dogodek da doma tud razmišljaš, sicer pa res to probam ločet, no, tko de probam pustit v službi, no, je pa kdaj kakšna stvar k se te dotakne pač, to smo ljudje*

### 3.4.4 Razumevanje

Kategorijo razumevanje pojasnjujejo kode, kot so: osamljenost, opozorilo, neobtoževanje, razumevanje mladostnika, vplivi na razumevanje, pomanjkanje empatije, nesočutje, izsiljevanje (Slika 4).



**Slika 4: Razumevanje samomorilno ogroženega pacienta**

Razumevanje zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester do samomorilno ogroženega pacienta je v veliki meri odvisno od samega vzroka samomorilnega dejanja.

INT.št.5/Ž/DZT/MS (1)

*Vedno gledam ozadje, ker eem, razmišljam dosti o tem sama em, če se ti zgodi v življenju, ne vem, ali težka bolezen, ali socialne stiske, takrat se mi zdi ka se tudi lažje poistovetim s tem pacientom.*

S pomočjo primerne sposobnosti empatije ohranjajo razumevanje do samomorilno ogroženih pacientov, pri katerih je namen samomorilnega dejanja resen in je iz situacije razvidno, da so v stanju popolnega obupa.

INT.št.7/M/ZT/KR (5)

*Poskušaš nekako, vendarle se te dotakne do te mere da, aaa da le mav sočustvuješ z njimi in poskušaš nekako ga razumet, sej v bistvu to tud, to tud ljudje rabijo.*

Zavedajo se, da pomanjkanje empatije začutijo pri pacientih, katerih se samomorilna dejanja ponavljajo, predvidevajo, da je njihova grožnja samomora le izsiljevanje in da s tem iščejo le pozornost.

INT.št.2/M/DZT/Šk.L (4)

*Nimam pa tacga enakga občutka do tistih ki nekak skušajo pozornost uzbujat.*

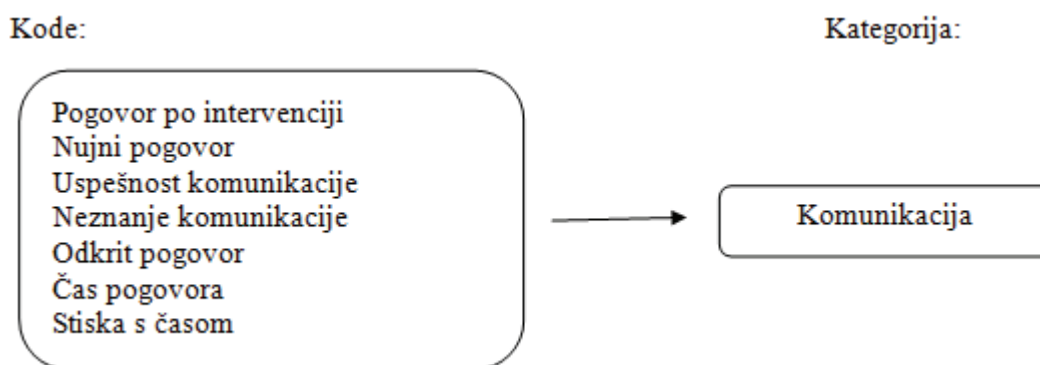
Nikakor in nikdar pa nikogar za odločitve in storjena dejanja ne obtožujejo, vedno iščejo ozadje, kaj se je v preteklosti dogajalo, da se posameznik sploh odloča za takšna dejanja.

INT.št.4/Ž/ZT/Šk.L (5)

*Jaz mislm da nimam pravice bit obtožujoča do teh, pač (vzdih), samo življenje jih pripelje do te faze.*

### 3.4.5 Komunikacija

Za komunikacijo, ki smo jo kot kategorijo analizirali, so značilne kode, ki govorijo o pomanjkanju znanja o komunikaciji, o posledični uspešnosti oziroma neuspešnosti komunikacije. Za komunikacijo je značilno, da mora biti odprta. Prepoznavajo, da je lahko komunikacija s pacientom zahtevna in dolgotrajna ter je njena intenzivnost lahko odvisna tudi od sodelavcev, predvsem zdravnikov, katerim pa tudi največkrat prepuščajo vodenje komunikacije pacienta, ki je samomorilno ogrožen, odklonilen in zavrača pomoč, posledično temu pa lahko postane tudi nasilen (Slika 5).



**Slika 5: Sposobnost in znanje komunikacije**

Člani ekipe nujne medicinske pomoči po opravljeni intervenciji komunicirajo med seboj, predvsem o poteku dogodka in strokovnih izboljšavah, skoraj nikoli pa o osebnih občutkih, počutju in stiskah, za kar nekateri priznavajo, da to pogrešajo.

INT.št.7/M/ZT/KR (22)



*Ekipa se pogovori, ne samo pri psihiatričnih, tudi pri ostalih intervencijah, predusem z namenom da bi nekatere stvari izboljšali, kakšno slabšo odpravel in tko, se pogovarjamo.*

Na mestu dogodka jim komunikacija s pacientom vzame veliko časa, zgodi se, da kljub dolgotrajnemu pogovoru še vedno niso uspešni, posledica tega je hospitalizacija proti volji pacienta.

INT.št.8/Ž/ZT/KR (15)

*Tud je odvisen od zdravnika, eni zlo hiter, eni pa za moje pojme si preveč časa vzamejo.*

Reševalci na mestu dogodka izvajanje komunikacije prepuščajo zdravnikom. V primeru neuspeha, se vključijo v pogovor tudi sami.

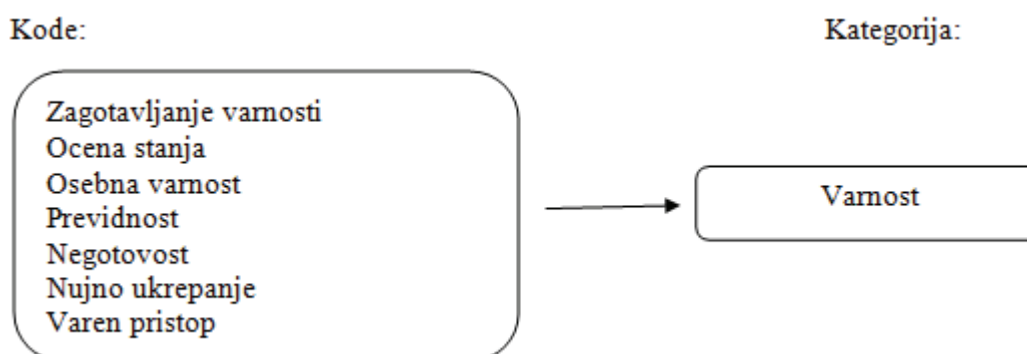
INT.št.4/Ž/ZT/Šk.L (31)

*Drgač pa mislim da to tehniko bolj pripisujemo zdravniku no, d zdravnik te stvari pač izvede.*

Opažajo, da jim v komunikaciji s samomorilno ogroženo osebo manjka znanja in spretnosti, prav takšno mnenje imajo tudi o zdravnikih.

#### 3.4.6 Varnost

Kategorija varnost govori o zagotavljanju varnosti, ko reševalci glede na oceno stanja pacienta ugotovijo, da je ukrepanje nujno. Udeleženci raziskave poudarijo predvsem negotovost, previdnost, varen pristop in osebno varnost (Slika 6).



**Slika 6: Široko področje zagotavljanja varnosti**

Varnost na mestu dogodka za ekipo nujne medicinske pomoči ima širok pojem, pomeni opazovanje okolice ob prihodu, varen pristop do samomorilno ogroženega pacienta, spremljanje obnašanja in kretenj pacienta med obravnavo, izključevanje možnosti samopoškodb ter odstranitev vseh nevarnih predmetov.

INT.št.9/Ž/DZT/CE (16)

*Ja, ja, u glavnem treba je pazit, da če je človk agresiven, to se pravi nevaren za sebi al drugim, da ga na nek način pač obvladaš.*

Reševalci v prvi vrsti poudarja svojo osebno varnost, nato varnost pacienta in tudi vseh ostalih prisotnih v okolici.

INT.št.6/M/DZT/MS (7)

*Na prvem mestu pa nam je oziroma bi nam naj bila naša lastna varnost, tak.*

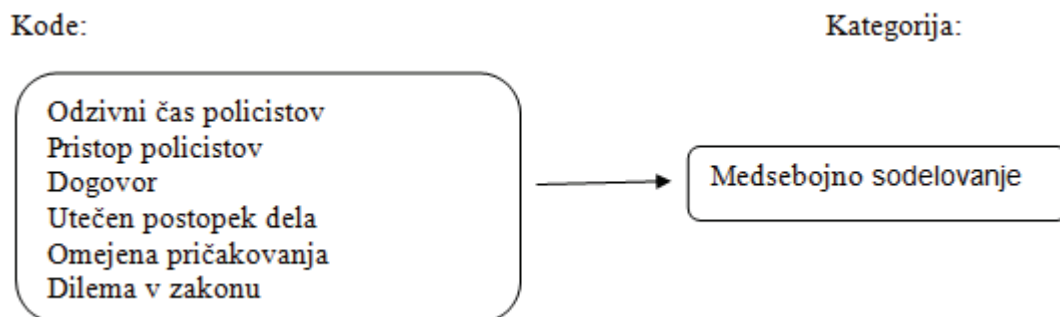
Ko reševalci presodijo, da ne bodo in da niso sposobni zagotoviti varnosti vsem prisotnim, takrat vedno zaprosijo za asistenco policije. V nujnih situacijah, ko pacient ogroža sebe ali druge, so mnenja, da je takšnega pacienta za vsako ceno potrebno nujno hospitalizirati in temu primerno zdraviti.

INT.št.7/M/ZT/KR (12)

*Za prisilno hospitalizacijo sodelujemo s policijo, ki nam omogoča še bolj varen pristop do pacienta.*

#### 3.4.7 Medsebojno sodelovanje

Medsebojno sodelovanje je kategorija, ki dokazuje, da je za potek učinkovitega dela občasno potrebna tudi pomoč drugih strokovnjakov. Udeleženci raziskave imenujejo policiste, kot njim najpomembnejše za sodelovanje pri obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen in nasilen. Svoj pomen imajo kode kot so: dogovor, odzivni čas policistov, pristop policistov, utečen postopek dela, omejena pričakovanja in dilema v zakonu (Slika 7).



**Slika 7: Pomen medsebojnega sodelovanja**

Po mnenju članov zdravstvene ekipe, bi se policija marsikdaj morala v posredovanje vključiti že prej, ko pacient še ni popolnoma agitiran, neobladljiv ter nasilen, kajti s čakanjem do začetka nasilja je izvedba prisilne hospitalizacije veliko bolj rizična in neprijetnejša.

INT.št.6/M/DZT/MS (16)

*Bi pričakoval, da se večkrat odzovejo in bi tudi, ne vem, mogoče pacienta lahko prej obvladali, če bi prej pristopili kot pa da se čaka, da je potem še mogoče bolj agitiran.*

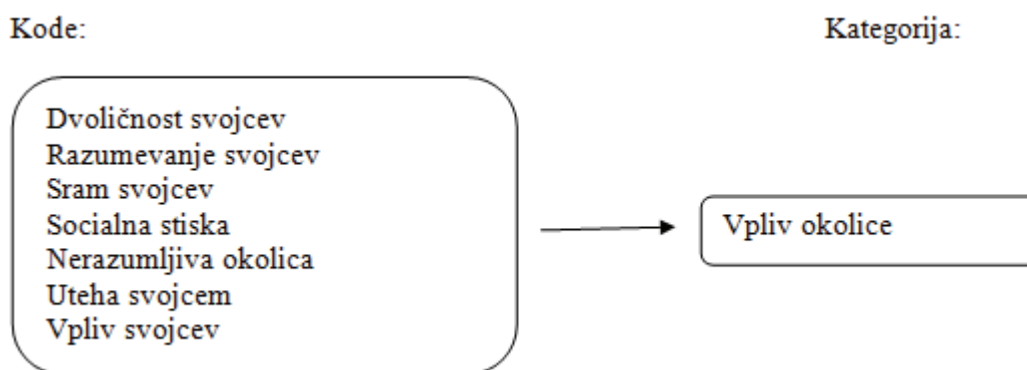
Kadar so pacienti neobvladljivi, agitirani ali celo nasilni, ekipa nujne medicinske pomoči za pomoč zaprosi policijo, od katere ne pričakuje nič drugega, kot da jim pacienta dostojanstveno, s spoštovanjem in profesionalnim znanjem fizično obvladajo in ga pomagajo pospremiti v rešilni avto.

INT.št.7/M/ZT/KR (17)

*Od njih pa pravzaprav jaz pričakujem samo to, čisto prvi, prvo varovanje mene, pacienta in tko da, sem z njihovim sodelovanjem zadovoljen v tistih mejah, kot od njih pričakujem, jaz od njega ne pričakujem nič drugega kot da mi pomaga varno spravliti tega človeka iz hiše, iz stanovanja, da ga potem na en človeški način, dostojanstven način brez prisile velike spravimo v reševalno vozilo in potem do bolnice.*

### 3.4.8 Vpliv okolice

Vpliv okolice pojasnujemo predvsem s kodami, ki kažejo na vedenje in doživljanje svojcev ob pacientu, kako zelo je različno in kako se skozi čas obravnave njihovo mnenje spreminja (Slika 8).



**Slika 8: Reakcija bližje in širše okolice na postopek obravnave**

Reakcija navzočih ob ogroženemu posamezniku je zelo različna. Med obravnavo, ko se situacija zaostre, se mnogokrat zgodi, da prisotni svoja mnenja in odločitve spreminjajo, zato je že v samem začetku potrebna hitra ocena ali bo njihova prisotnost med potekom obravnave koristna ali škodljiva.

INT.št.2/M/DZT/Šk.L (19)

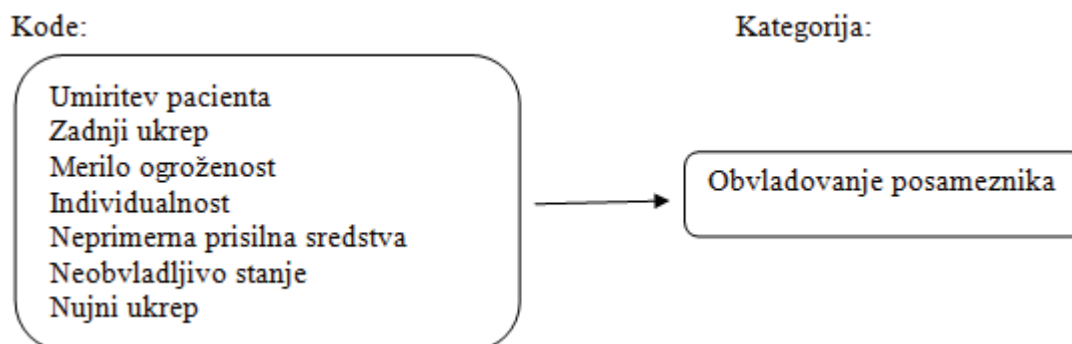
*Svojci zelo različno reagirajo, ponavadi mam občutek da tudi razmišljajo da mu hočemo mogoče kaj slabga, no, vedno ne sprejmejo to kot naš pozitiven pristop, ane.*

Širša okolica največkrat ne pozna bistva problema, dogajanje spremlja iz ozadja, zato na zdravstveno pomoč in posredovanje policije gleda negativno. Ekipe nujne medicinske pomoči se z okolico ne obremenjuje, vsa pozornost in koncentracija je usmerjena izključno le v pacienta in bližnje svojce.

### 3.4.9 Obvladovanje posameznika

Pacient, ki je samomorilno ogrožen, se lahko pomoči tudi upira, jo vztrajno zavrača in ob tem lahko postane tudi nasilen. Takšno stanje udeleženci raziskave opisujejo kot

neobvladljivo stanje pacienta, ki ga pojasnujemo s kodami: individualnost, merilo ogroženosti, neprimerna prisilna sredstva, zadnji ukrep in nujni ukrep (Slika 9).



**Slika 9: Načini obvladovanja posameznika ter uporaba prisilnih sredstev**

Pomisleki za uporabo prisile s pomočjo policije ima ekipa nujne medicinske pomoči pri otrocih, ženskah ter fizično in telesno šibkejših pacientih.

INT.št.6/M/DZT/MS (24)

*Mogoče pri otrocih je nek pomislek od zadej da jih ne uporabljaš, ker vseeno mhm, je otrok ne, drugače pa, ne vem, vseeno delaš tud z uporabo teh prisilnih sredstev v dobro pacienta in je to nekak vodilo teh primerof.*

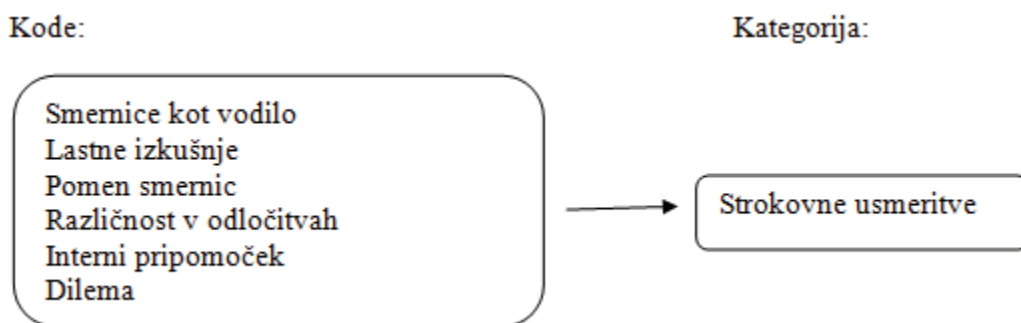
Udeleženci so mnenja, da so v praksi overnice, kot so lisice in prisilni jopič, prepovedane. Menijo tudi, da je uporaba moralno in etično sporna. Že kar nekaj let je od tega, ko so opustili uporabo le teh.

INT.št.10/M/DZT/CE (26)

*Ovirnce se uradno ne sme uporabljati že vrsto let, se pravi kot razne jopiče za zadrževanje, pa seveda pri agresivnih pacientih aa kvečjemu kak povoj, ruto, pa seveda fizično oviranje pacienta, ko pač sami znamo, pa koko lahko, tek da uradno se v medicinski nujni pomoči ne uporablja ovirnic. Edino kjer je tud ovirnica, kemična ovirnica, ki seveda pod nadzorom zdravnika lahko damo pomirjevala al karkoli, ostalo pa ne.*

## 3.4.10 Strokovne usmeritve

Udeleženci raziskave kot glavni problem izpostavijo pomanjkljive strokovne usmeritve. Poudarijo pomen kliničnih smernic, na podlagi katerih bi obravnava pacienta zagotovo potekala bolj usklajeno, izognili bi se raznolikosti v odločitvah. Mnenja so, da je najvišje vodstvo dolžno urediti politiko kakovosti (Slika 10).



**Slika 10: Pomen in pomanjkljivost strokovnih usmeritev**

Obvladovanje ogroženega, agitiranega in nasilnega pacienta se tako v pristopu kot v obravnavi s strani ekipe nujne medicinske pomoči zelo razlikuje. Vsak posameznik v ekipi bi ravnal drugače, po svoji presoji, po svojih preteklih izkušnjah.

INT.št.5/Ž/DZT/MS (13)

*To je glih problem d mi še smernic nimamo nekih dorečenih in aa, vedno se najde oseba ki bodo rekla jest pa tega ne bi tko naredil, jaz bi to naredil tako, ampak mogoče v dani situaciji ko se pa njemu zgodi pa enako reagira.*

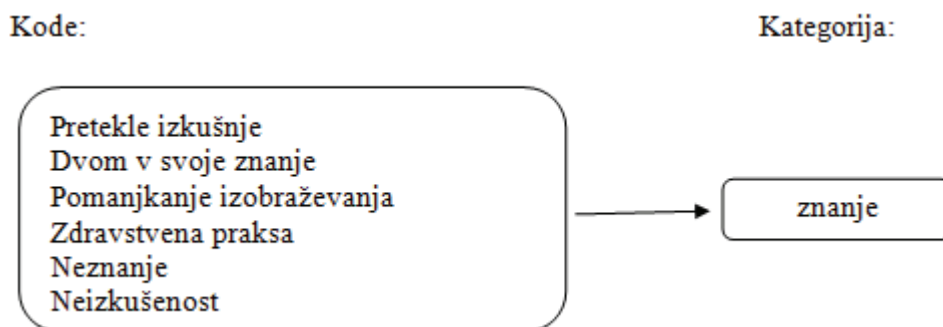
Marsikdaj se z odločitvami zdravnika ne strinjajo, so v podrejenem položaju, zato postopek dela in odločitve prepuščajo zdravnikom. Prepričani so, da se vsa ta nesoglasja med jimi ne bi dogajala, če bi imeli jasno določen protokol ukrepanja ob takšnem pacientu, smernice kot vodilo ter strokovna naodila, po katerih bi se lahko ravnali.

INT.št.7/M/ZT/KR (34)

*V teh časih zdej, ko poskušamo bit še bolj profesionalni bi blo prav, da bi, da bi čim manj prihajalo do teh individualnih načinov reševanja, smernica je krasna, nudi ti oporo, slediš in si nekako tudi v strokovnem in v pravnem pogledu ščiten.*

## 3.4.11 Znanje

Za kategorijo znanje so značilne kode kot so: zdravstvena praksa, pretekle izkušnje, pomanjkanje izobraževanja, dvom v svoje znanje, neizkušenost, neznanje. Le te potrjujejo mnenje udeležencev raziskave, da je zanje za prepoznavo in učinkovito ukrepanje pri samomorilno ogroženih pacientih potrebno nadgraditi (Slika 11).



**Slika 11: Zavedanje in priznanje pomanjkanja znanja**

Reševalci se zavedajo in priznavajo, da imajo premalo znanja iz področja dela, ki zahteva obravnavo psihiatričnega pacienta.

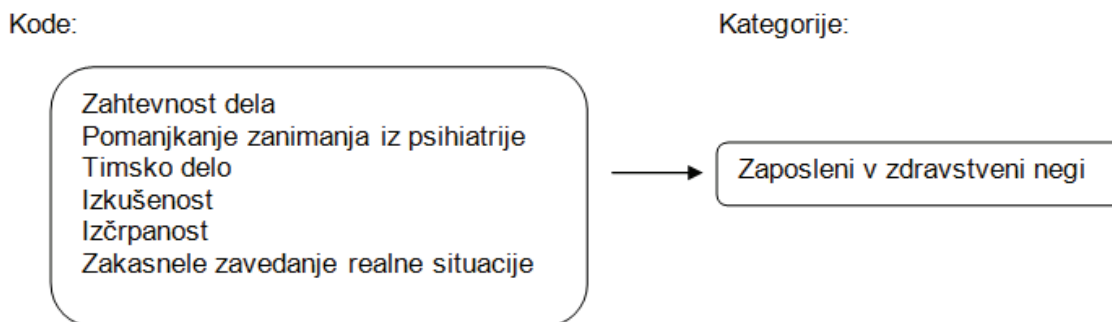
INT.št.8/Ž/ZT/KR (10)

*Mislím, da j tud premal znanja kar se tega tíče, ne znamo komunicirat s temi ljudmi, nimamo nobenih izobraževanj, ane, kar se tega tíče, vsak dela pač po enih občutkih, po,po izkušnjah.*

Problem nastane že v sami komunikaciji s pacientom. Dvomijo, če svoje delo sploh pravilno opravljajo, če kot zdravstveni tehniki takemu pacientu sploh lahko pomagajo, predvsem zato, ker za to niso usposobljeni, nimajo teoretičnih izobraževanj in praktičnega usposabljanja s področja komunikacije, fizičnega oviranja in samoobrambe. Počutijo se izgubljene, prav tako opisujejo tudi zdravnike in policijo.

## 3.4.12 Zaposleni v zdravstveni negi

Iz kod, kot so: pomanjkanje zanimanja iz psihiatrije, zakasnelo zavedanje realne situacije, zahtevnost dela, izkušenost, izčrpanost, timsko delo, smo analizirali kategorijo zaposleni v zdravstveni negi. Poudarek je na timskem delu in prepoznavi, da je zdravstvena nega duševnega pacienta zahtevna in psihofizično naporna (Slika 12).



**Slika 12: Timsko delo zaposlenih v zdravstveni negi**

V ekipi nujne medicinske pomoči prevlada timsko delo, ko nekdo nekaj ne zmore, se vključi drugi član ekipe. Delo s psihiatričnimi pacienti opisujejo kot zelo zahtevno in naporno.«

INT.št.9/Ž/DZT/CE (8)

*Zelo, zelo, je s psihiatričnimi bolniki je izredno težko delo.*

Takšne intervencije jih kljub nefizičnim naporom izčrpajo. O situacijah, v katerih se počutijo ogrožene in so stresne, največkrat razmišljajo šele po končani intervenciji, šele takrat se namreč zavedajo o resnosti ogroženosti.

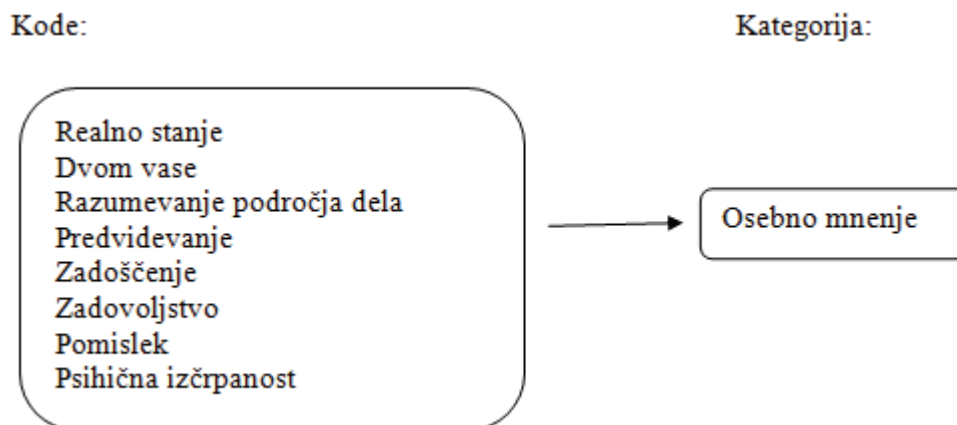
INT.št.2/M/DZT/Šk.L (23)

*Da običajno smo zelo malo, nekak psihično utrujeni po takih intervencijah, kljub temu, da bom reku da nismo v narekovajih nič posebenga počel, ampak enostavno te taki pacienti zmatrajo.*

#### 3.4.13 Osebno mnenje

Po analizi intervjujev, so se izoblikovale kode, ki smo jih poimenovali osebno mnenje. Kategorija temelji na lastni prepoznavi moralnih in etičnih vrednot udeležencev raziskave. Njihove izjave dokazujejo, da v okviru kompetenc delo na področju nujne medicinske pomoči radi opravljajo, zavedanje pomoči ljudem v stiski jih osrečuje. Zato, svojega področja dela zagotovo ne bodo zamenjali, dokler bo temu tako in dokler bodo zmogli (Slika 13).





**Slika 13: Osebna mnenja reševalcev v ekipi nujne medicinske pomoči**

Zaposleni tehniki in medicinske sestre na področju dela nujne medicinske pomoči kot reševalci svoje delo radi opravljajo, pravzaprav, ni jim žal, da opravljajo ta poklic.

INT.št.6/M/DZT/MS (25)

*Da bi mi žal blo zaradi tega da opravljam to delo, to ne.*

Le v redkih primerih, ko so bili ogroženi ali so doživeli stresni dogodek. Na primer, nasilje nad otroki, so se vprašali:« Zakaj sploh opravljam to delo?«, vendar kljub temu, zaenkrat, ne bi zamenjali te službe. To bi storili le v primeru, če bi se takšni dogodki številčno povečali in bi bili s tem psihično preobremenjeni.

INT.št.8/Ž/ZT/KR (19)

*Ja, da bi jih blo več, da b se res počutla tko, da b me začel to preganat, verjeten bi začela razmišljat o tem da bi zamenala službo, ampak, ne vem, jest res se nisem nikol počutla ne ogroženo niti razmišljala nisem o tem.*

Psihiatrične paciente obravnavajo enakovredno pacientu s kakršnokoli drugo vrsto bolezni, pomembno je le, da pomagajo ljudem, kar jim je v veliko zadoščenje.

INT.št.10/M/DZT/CE (36)

*Aaa to, drugač pa, recimo, jemljem službo nekaj dobrega, nekaj ka pač pomagaš ljudem.*

### 3.5 RAZPRAVA

V empiričnem delu smo si zastavili namen in cilj raziskave, menimo, da smo ga z raziskavo dosegli. Poleg doseženega cilja smo ugotovili, da v preteklosti iz področja, kako zdravstveni delavci doživljajo, razumejo in kaj občutijo ob samomorilnem pacientu, skorajda ni zaslediti raziskav ne v domači in ne v tuji literaturi. Prav tako je zelo malo strokovne literature, ki bi opisovala pristop k samomorilno ogroženeni in nasilni osebi ter urgentna stanja v psihiatriji izključno na terenu. Več domače in tuje strokovne literature smo našli o zdravstveni negi in o obvladovanju nevarnega vedenja hospitaliziranih pacientov v bolnišničnem okolju.

Z doseženim namenom in ciljem smo v raziskavi ugotovili, da so v ekipi nujne medicinske pomoči na terenu zaposlene zdravstvene osebe tako moškega kot ženskega spola. Ekipo sestavljajo trije člani, zdravnik, voznik, ki je zdravstveni tehnik in spremljevalec, ki je lahko zdravstveni tehnik ali medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstveni tehnik ali diplomirana medicinska sestra. Vsi so usposobljeni za izvajanje nujne medicinske pomoči. Iz rezultatov raziskave lahko potrdimo, da pri obravnavi samomorilno ogroženega, agitiranega in nasilnega pacienta vsi člani ekipe delo na terenu opravljajo enakovredno, ne glede na spol osebe. Prav tako smo ugotovili, da so si njihovi občutki, razumevanje, sočutje, mišljenja in empatični odnos do pacienta zelo podobni.

Ekipa nujne medicinske pomoči na terenu vsakega posameznika, ki je samomorilno ogrožen, agitiran ali nasilen obravnava individualno. Že od samega začetka poskušajo vzpostaviti zaupanje, marsikdaj se to pri ponavljajočih se samomorilnih pacientih obrestuje. Iz lastnih izkušenj je Balantič (2012) v svojem članku zapisal, da se je potrebno zavedati, da prvi vtis, ki ga naredimo na pacienta, lahko odločilno vpliva na nadaljnje zdravljenje. Uspešnost vzpostavitve dobrega odnosa in zaupanja je v veliki meri odvisna od osebnih dejavnikov, kot so znanje, večšine, spoštovanje, etične občutljivosti ter od delavnih izkušenj (Mlinar, Bohinc, 2008). Tudi udeleženci v naši raziskavi opisujejo podobne občutke, ki jih ob pacientu, ki je samomorilen občutijo. Zelo razumevajoči so do otrok in mladostnikov, predvsem se jim smilijo. Prizadenejo jih žalostne zgodbe otrok, ki so na začetku svoje življenjske poti in že doživljajo

občutke nemoči, stisk, jeze in obupa. V ZDA so od leta 1960 do 1980 ugotovili kar trikratno povečanje samomora med mladimi. To so pripisovali družbeno-socialnim spremembam ter povečanju uživanja alkohola, ki je za to obdobje značilno. Deset let kasneje so študijo ponovili in ugotovili, da se je število samomorov od leta 1990 do 1998 zmanjšalo za kar 20%, na to zmanjšanje ni vplivalo nič drugega, kot povečano predpisovanje antidepresivov med mladimi (Martin, Volkmar, 2007). Prav tako razumevajoči so do socialno ogroženih, starejših in do pacientov v terminalnem stadiju. S sposobnostjo empatije še toliko bolj razumejo njihove odločitve, empatični odnos pripomore k globjemu zaupanju, hitrejšemu in boljšemu vpogledu v pacientovo trenutno stanje. Priznavajo, da pa za malenkost manj sočutja in razumevanja občutijo do tistih ljudi, ki ponavljajo samomorilna dejanja in se po poskusu ne končajo s smrtjo. Menijo, da s tem iščejo le pozornost, pravzaprav, na nek način izsiljujejo in s tem zastrašujejo svojece ali bližnjo okolico. To ravnanje zmanjšuje njihovo sočutje, razumevanje, za delček manj je prisotne empatije, kar pa ne pomeni, da bi jih obtoževali. Mnenja so, da nimajo pravice za obtoževanja. Kljub vsemu vedno iščejo vzroke, razmišljajo o ozadju, zakaj pri posamezniku prihaja do ponavljajočih se samomorilnih dejanj. Gabor (2000) je zapisala, da nobene etične odločitve ni mogoče predpisati s kodeksi in zakoni, vsak se odloča po svoji presoji in s tem nosi osebno odgovornost. Nekatere situacije zahtevajo takojšnjo ukrepanje. V takšnih situacijah se člani ekipe nujne medicinske pomoči zanašajo predvsem na svoj »instinkt«, v dobro pacienta, bolj kot pa na navodila, smernice in doktrino (Tschudin, 2004). Udeleženci v naši raziskavi se zavedajo, da pacient, ki je samomorilno ogrožen in agitiran lahko postane tudi nasilen. Opisujejo, da se ob tem počutijo neprijetno, poudarjajo zagotavljanje lastne varnosti, občutijo strah in negotovost. V psihiatričnih bolnicah so v ZDA v sedemdesetih letih načrtno pričeli z izobraževanjem osebja v primeru nasilnega vedenja pacientov. Na urgentnih enotah so uvedli protokole za omejevanje nasilnega vedenja pacientov. Ugotovili so, da so psihiatri v vsej svoji karieri kar v 40% doživeli telesni napad, med najbolj ogrožene pa se je izkazalo da spadajo medicinske sestre, ki so v kar 80% doživele vsaj en telesni napad v vsej svoji karieri (Rey, 1996). Zavedajo se, da so takšni pacienti nepredvidljivi, da v trenutku njihove nepozornosti lahko pride do samopoškodb, možen je tudi napad na člana zdravstvene ekipe. Poudarili so dvom v svoje sposobnosti in znaje, predvsem pa poudarili vprašanje ali so oni sploh tiste prave ključne osebe, ki lahko pripomorejo v

dobro pacientu, ki je samomorilno ogrožen in nasilen. Na mestu dogodka je nosilec dejavnosti zdravnik. Tudi Aplenc (2012) pravi *«Zdravnik na terenu odreja, ali je hospitalizacija potrebna. Odgovoren je tudi za varnost ekipe in za to, da se uporabljajo le nujno potrebni prisilni ukrepi»*, čeprav je znano, da je za kakovostno zdravstveno obravnavo timska obravnavna najboljša. Reševalci pravijo, da so pri posredovanju v podrejenem položaju, so le izvajalci nalog po naročilu zdravnika, v pogovor se vključijo le v primeru neuspešne komunikacije zdravnika, kot v pomoč in podporo zdravniku. Kljub temu, da opravlja delo po navodilih zdravnika prevzemajo popolno odgovornost (Černoga, Bohinc, 2009). Odgovornost pa pomeni dolžnost odgovarjati za svoje opravljeno delo, kar pomeni, da si tudi po naročilu nekoga drugega odgovoren (Gabor, 2000). Torej, odgovorni so, kljub temu, da reševalci opisujejo, da se občasno z odločitvami zdravnika ne strinjajo, vendar, ker so del ekipe in so v podrejenem položaju, v takšni obravnavi sodelujejo. Udeleženci raziskave se svoje odgovornosti zavedajo in navajajo, da si vedno, ko na mestu dogodka začutijo ogroženost, zagotovijo prisotnost policije, kar je celotni ekipi v veliko olajšanje. Strah, negotovost in napetost malce popusti, pomoč policije pa omogoči varen pristop do pacienta, kar zagotavlja uspešnejšo obravnavo in komunikacijo z njim. Prav zato, ker je vključena asistenca policije, lahko potrdimo, da je delo zdravstvenih delavcev na terenu enakovredno, kajti obravnavo pacienta ni odvisno od fizične moči zdravstvenega delavca, temveč od spretnosti in znanja komunikacije, ter vzpostavitvi pozitivnega odnosa, ki vpliva na pacienta. Poleg tega udeleženci raziskave pojasnjujejo, na kaj vse člani ekipe morajo biti pozorni ob samem prihodu na mesto dogodka, kjer se ugotavlja vzrok samomorilnega dejanja posameznika. Zagotoviti je potrebno varnost vseh navzočih, oceniti ne le ogroženost pacienta, temveč tudi, kakšen vpliv nanj imajo navzoči, naj si bodo to svojci, prijatelji, znanci ali socialna okolica. V primerih ocene negativnega vpliva prisotnih jih na primeren in spoštljiv način morajo odstraniti. V situacijah z agitiranim in nasilnim pacientom so previdni, pozornost usmerijo predvsem v obnašanje pacienta, neprestano spremljajo njegove kretnje, nevpadljivo odstranijo vse predmete, ki bi jih možno uporabiti za samopoškodovanje. Kadar je komunikacija neuspešna in so fizično neobvladljivi, nasilni in hospitalizacija na miren način s prepričevanjem ni možna, takrat se zagotovi možnost pristopa k pacientu z asistenco policije. Od policije se ne pričakuje nič več, kot le to, da jim pacienta dostojanstveno, s spoštovanjem in

profesionalnim znanjem fizično obvladajo in ga pomagajo pospremiti v rešilni avto. Kontio in sodelavci (2010) so v svoji študiji zapisali, da se pacienta z nasilnim vedenjem lahko umiri tudi z nastopom s pozicije moči in avtoritete. V očeh pacienta policija predstavlja moč in avtoriteto, že njihova prisotnost lahko zmanjša napetost in umiri dogajanje. Tudi intervjuvanci so iz lastnih izkušenj povedali, da se je v nekaj primerih izkazalo, da je že sama prisotnost policije pripomogla, da se je pacient umiril, prisluhnil navodilom in se strinjal s hospitalizacijo. Pomisleke z uporabo prisile s pomočjo policije imajo člani ekipe nujne medicinske pomoči pri otrocih, ženskah ter fizično in telesno šibkejših pacientih. V takšnih primerih časovno podaljšujejo intervencijo, iščejo vsako najmanjšo možno rešitev za hospitalizacijo na umirjen način, kar za njih pomeni še toliko bolj čustveno stresno doživljanje kasnejše prisilne hospitalizacije. Reševalci svoje področje dela opisujejo kot službo, ki jo radi opravljajo in jo zaenkrat ne bi zamenjali. To bi storili le v primeru, če bi se stresni dogodki številčno močno povečali in bi bili psihično preobremenjeni. Šadl (2002) je zapisala, da je za zdravstvenega delavca najbolj pomembno, da svoj odnos s pacienti nadzira in se ob tem zaveda, da je to del njegove službe.

### 3.5.1 Interpretacija odnosov med kategorijami

Kategorije, ki smo jih pri analizi empiričnega gradiva dobili, se med seboj smiselno povezujejo, odvisne so druga od druge. Kodeks etike in skrbi uči, da naj bi bili izvajalci zdravstvene nege **odgovorni** ne le do pacientov, temveč tudi do svojih sodelavcev, delodajalca, širše družbe, svoje stroke, predvsem pa sami do sebe. V raziskavi smo ugotovili, da se člani ekipe nujne medicinske pomoči na terenu pri svojem delu trudijo spoštovati pacientove pravice in upoštevati etična načela. S tem, ko prevzemajo etično in strokovno odgovornost nudijo kakovostno in varno zdravstveno **obravnavo posamezniku**. Pogosto se srečujejo s pacienti v težkih in negotovih situacijah, ki od njih zahtevajo neprestano upravljanje in nadzorovanje tako lastnih kot pacientovih **čustev**. Zelo pomembno pri obravnavi pacienta je njihovo sočutje, zaupanje, skrb, predvsem pa **razumevanje** do pacienta, zato v praksi delajo s primerno mero uporabe empatije. Na mestu dogodka je nosilec dejavnosti zdravnik, zato se reševalci v izvajanje **komunikacije** vključijo šele takrat, kadar je zdravnik v komunikaciji s pacientom neuspešen, le to prinaša globlje spoznavanje pacienta samega, posledično temu toliko

bolj zagotavlja **varnost** pacientu. Zagotavljanje varnosti je prav zato marsikdaj odvisna od **medsebojnega sodelovanja**. V zdravstvu skupna obavnava pacienta pomeni uporabo strokovnega znanja strokovnjakov različnih strok, odvisno, za katero področje bolezni gre, oziroma kakšno obliko pomoči pacient potrebuje. Ekipe nujne medicinske pomoči tako največ sodeluje s policijo, glede na široko področje dela se v veliki meri srečuje tudi z okolico, v kateri pacient živi. **Vpliv okolice** je lahko zelo pomemben dejavnik za neko problematiko stanja pacienta. Prisotni na mestu dogodka lahko pozitivno ali pa tudi negativno vplivajo na posameznika, kar člani ekipe morajo čim prej oceniti. V primerih, ko gre za **obvladovanje posameznika**, je prav socialno okolje lahko vzrok za otežen pristop k neobvladljivemu pacientu, lahko pa tudi nasprotno, da pristop k pacientu olajša. Ekipi nujne medicinske pomoči so kot velik pripomoček **strokovne usmeritve**, želijo si le pripravo bolj natančnih navodil za delo na terenu, prepričani so, da najbrž obstaja razlika med terenskim delom in bolnišničnim okoljem v pristopu, obravnavi in oskrbi pacienta. Strinjajo se, da je prav da Zakon o duševnem zdravju določa izvajanje posebnih varovalnih ukrepov zgolj za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacienta. Vendarle pa, bilo bi nujno potrebno prisluhniti pomanjkljivostim, ki so se v praksi že pokazale in nekateri nanje opozarjajo. Zakon je pomanjkljiv in po mnenju udeležencev v raziskavi zadovoljivo ne varuje ne pacienta in ne **izvajalcev zdravstvene nege**. Sporno naprimer je že samo to, da zakon določa, da se posebne varovalne ukrepe lahko uporablja le na oddelkih pod posebnimi nadzori, z večjim številom ljudi in na varovanih oddelkih. Kako potem ukrepati v skrajni sili na terenu? Uporabiti znanje? Potrebno **znanje** člani ekipe nujne medicinske pomoči pridobivajo predvsem z rednim usposabljanjem in izkušnjami. Udeleženci ugotavljajo in priznavajo, da je izobraževanj premalo, da bi se bilo izobraževati potrebno neprestano. Obravnava pacienta z duševno motnjo je zahtevna. Delo z njimi udeležence duševno izčrpuje ter lahko predstavlja dejavnik stresa. Predvidevajo, da bi z dodatnimi znanji, delo s temi pacienti bilo manj stresno. Ne počutijo se dovolj sposobne, v svoje znanje niso prepričani, so se pa pripravljene izobraževati. Velik pomen pri opravljanju svojega dela imajo tudi **osebna mnenja** članov ekipe nujne medicinske pomoči. O opravljenih intervencijah se pogovarjajo predvsem o izboljšavah, manj ali skoraj nikoli pa o osebnih občutkih, stiskah, žalosti in čustveni prizadetosti.

## 4 ZAKLJUČEK

V razsikavi smo spoznali, da se udeleženci srečujejo z različnimi čustvi pri obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen. Pojavljajo se neprijetna čustva kot so: žalost, prizadetost, strah, obup, zaskrbljenost in druga, kar menimo, da lahko povzroči tudi čustveno izčrpanost in je lahko posledično pri posameznikih tudi vzrok za stres. Pri pacientih, ki so agitirani in lahko tudi nasilni so v stiski, počutijo se neprijetno, vendar se zavedajo odgovornosti za varno in kakovostno obravnavo takega pacienta, pri katerem upoštevajo različne postopke in ukrepe, ki zagotavljajo varnost pacienta.

Potrebno je omeniti nekatere omejitve, ki so značilne za kvalitativne raziskave in imajo lahko vpliv tudi na naše rezultate. Rezultati temeljijo na pogledu le ene skupine zaposlenih, to je zaposlenih v zdravstveni negi. V kolikor bi v raziskavo vključili tudi zdravnike, bi lahko dobili drugačne rezultate. Z večino udeležencev v raziskavi smo se osebno poznali, kar lahko tudi vpliva na določene vsebine. Sama sodim v isto skupino zaposlenih kot udeleženci razsikave, zato sem lahko nevede pri določenih ugotovitvah pristranska. S kvalitativno raziskovalno metodologijo sem se razen med študijem prvič srečala, vendar mi je to pomenilo izziv. Že pri ponovnem pregledu empiričnega gradiva in rezultatov so se mi pojavljale nove misli in vprašanja. Posploševanje rezultatov razsikave je omejeno, saj so kvalitativne razsikave izvedene na malih vzorcih, brez statistične obdelave. Namenjene so razumevanju globine zastavljene problematike.

Priporočamo pripravo nekaterih strokovnih smernic, ki smo jih že poudarili: več izobraževalnih vsebin s področja samomorilnosti, predvsem s poudarkom na znanju in veščinah iz komunikacije. Potrebna bi bila dopolnitev nekaterih pravnih dokumentov, s katerimi bi formalizirali postopke in pravno zaščitili tako paciente kot izvajalce zdravstvene obravnave. Kategorije, ki smo jih identificirali, so potencialno lahko tudi predmet nadaljnjih kvantitativnih razsikav. Priporočamo več poudarka na vključevanje celotne družbe v promocijo zdravja in preventivo samomora. Najbrž bo zaskrbljujoča gospodarska kriza, brezposelnost, šibko socialno stanje, v katerem se bo v prihodnosti glede na situacijo znašlo veliko družin vplivalo na porast samomorov.

## 5 LITERATURA

Aplenc P. Obravnava nujnih stanj v psihiatriji na terenu. In: Marinič M, ed. Duševno zdravje in skupnost 2012: aktualne dileme pri izvajanju zakona o duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2012: 41–51.

Bajt M, Gabrijelčič Blenkuš M, Jeriček Klanšček H, Kovše K, Kofol Bric T, Pribaković Brinovec R, et al. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 71.

Balantič M. Fizično oviranje pacienta v klinični praksi. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi. Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 39–45.

Balažic I. Obravnava duševno manjrazvitih oseb z agresivnim vedenjem-etične dileme. In: Keček M, ed. Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata. Dvorec Jeruzalem, 17. oktober 2008. Ormož: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 46–7.

Bernal M, Haro J M, Bernert S, Brugha T, De Gtaaf T, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3): 27–34.

Bregar B. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzor Zdrav Neg.* 2012;46(1):67–75.

Crnić I, Kandido A, Tulliani A. Pristop k bolniku pod vplivom opojnih substance v predbolnišničnem okolju. In: Bručan A, Gričar M, Vajd R, eds. Multidisciplinarni pristop k bolniku pod vplivom opojnih substanc. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2004: 339–46.



Černoga A, Bohinc M. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. *Obzor Zdrav Neg.* 2009;43(3):223–8.

Gabor G. Moralna in strokovna odgovornost zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi:[diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede; 2000: 42–5.

Gabrovec B. Smernice fizičnega oviranja. In: Poček U, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks.* Celjska koča, 6. november 2009. Ljubljana Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009: 25–6.

Glezer A, Brendel RW. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harv Rev Psychiatry.* 2010;18(6):353–8.

Gregorič Kumperščak H. Samomori in samomorilno vedenje pri mladostnikih. *Med razgl.* 2012;51(1):81–8.

Groleger U. Samomorilno vedenje. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009a: 295-302.

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

Groleger U. Development of Slovene national program for suicide prevention. *The View.* 2004;2(1-2):45-6.

Groleger U, Landau DP, Tomori M. Preprečevanje samomora med mladimi z duševnimi motnjami. In: Marušič A, Roškar S, eds. *Slovenija s samomorom ali brez.* Ljubljana: Državna založba Slovenije; 2003: 100-1.

Horvat T, Kostov P. Pristopi k agresivnim vedenjem v službi pomoči. In: Majcen Dvoršak S, et al., eds. Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 11. – 13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 223.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora 2011: Večkulturne družbe predstavljajo poseben izziv. Dostopno na: [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=86&pi=3&\\_3\\_id=1719&\\_3\\_PageIndex=0&\\_3\\_groupId=241&\\_3\\_newsCategory=&\\_3\\_action>ShowNewsFull&pl=86-3.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=86&pi=3&_3_id=1719&_3_PageIndex=0&_3_groupId=241&_3_newsCategory=&_3_action>ShowNewsFull&pl=86-3.0). (06.04.2012).

Kalin K. Svetovni dan preprečevanja samomora 2012. Statistični urad Republike Slovenije. 2012. Dostopno na: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=4953](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4953) (03.01.2013).

Kamin T, Jeriček KH, Zorko M, Bajt M, Roškar S, Dernovšek MZ. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009: 98–102.

Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Grigori J. Patients restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics*. 2010;17(1):65–76.

Kregar B. Obravnava agresivnega pacienta v nujni medicinski pomoči [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012: 55.

Kusič Z. Posebni varovalni ukrepi v klinični praksi v psihiatrični kliniki v Ljubljani - izkustveno učenje v delavnicah. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi. Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 47–9.

Levy SR, Jurkovic GL, Spirito A. A multisystems analysis of adolescent suicide attempters. *J Abnorm Child Psychol.* 1995; 23(2):221–34.

Martin A, Volkmar FR. *Levis s child and adolescent psychiatry.* London: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 83.

Marušič A, Zorko M. Slovenski samomor skozi prostor in čas. In: Marušič A, Roškar S, eds. *Slovenija s samomorom ali brez.* Ljubljana: Državna založba Slovenije; 2003: 10–20.

Marušič A, Landau S, Tomori M. Long-term trends, seasonality, weekly distribution and methods of suicide in Slovenia: A comparison between younger and older population. *Arch Suicide Res.* 2003;7(2):135–43.

Mlinar S, Bohinc M. Zaznavanje etičnih problemov rednih študentov zdravstvene nege na klinični praksi. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega:* Bled, 25.-26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 280–92.

Mohor M. Psihiatrična urgentna stanja in zdravnik splošne medicine. In: Romih J, Žmitek A, eds. *Urgentna stanja v psihiatriji.* Begunje, 16.-17. oktober 1989. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1999: 155–7.

Naka S. Uporaba fizičnega oviranja na oddelku splošne bolnišnice. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi.* Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 29–32.

Neeleman J, De Graaf R, Volleberg W. The suicidal process: prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disorders.* 2004;82(1):43–52.

Pišljar M. Preprečevanje samomora med starejšimi. In: Marušič A, Roškar S, eds. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 2003: 104–15.

Počivavšek L. Pogrebni nagovori: samomor. Maribor: Pivec; 2007: 19–21.

Polenčič B. Obravnava bolnikov pod vplivom psihoaktivnih drog na terenu. In: Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina izbrana poglavja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2007: 382–5.

Prestor J. Pristop k samomorilno ogroženi osebi na terenu in njen prevoz v bolnišnico. Reševalec. 2006;2(1):11–7.

Pukl Gabrovšek V. Izkušnja zdravstvenega osebja ob agitiranem bolniku. In: Novak Grubič V, ed. Urgentna stanja v psihiatriji – agitacija. Ljubljana, 21. oktober 2010. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2011: 54–7.

Rey LD. What Social Workers Need to Know About Client Violence. Fam Soc-J Contemp H. 1996;77(1):33–9.

Roškar S. Senca na sončni strani Alp. In: Tančič A, Poštuvan V, Roškar S, eds. Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 17–20.

Roškar S. Nevropsihološka osnova samomorilnih misli in vedenja: [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2007: 15.

Roškar S, Šmagelj J. Uvod. In: Marušič A, Roškar S, eds. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 2003: 66–7.

Shain BN. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics. 2007;105(4):871. Dostopno na: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/3/669.full> (17.07.2012).

Simionov Z. Ogroženost zdravstvenega osebja v Psihiatrični kliniki Ljubljana [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede; 2009: 35–6.

Šadl Z. Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. Teorija in praksa. Družboslovna revija. 2002;39(1):55–6.

Štiglic V. Veliki mali človek. In: Keček M, ed. Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata. Dvorec Jeruzalem, 17. oktober 2008. Ormož: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 32.

Tančič Grum A, Puštovan V, Roškar S. Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010: 25.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 10–3.

Valetič Ž. Samomor: večplastni fenomen. Maribor: Ozara Slovenija; 2009: 30.

Videčnik I. Podporna komunikacija pri osebah z motnjami v duševnem razvoju. In: Keček M, ed. Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata. Dvorec Jeruzalem, 17. oktober 2008. Ormož: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 56.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008: 30.

Walker J, Payne S. Psychology for nurses and the caring professions. New York: Open University Press; 2007: 3–4.

Weaver J, Wright D. Histories of suicide. Internationale Perspectives on Self-Destruction in the Modern World. Toronto: University of Toronto Press; 2009: 4–9.

Žmitek A. Neprosto voljna hospitalizacija: osnovni principi. In: Bručan A, Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina: izbrana poglavja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2005: 64–6.

## 6 PRILOGA

### 6.1 INSTRUMENT

Raziskovalna vprašanja za intervju iz področja razumevanja pomoči reševalcev pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta:

1. Kakšno je vaše razumevanje in kakšni so vaši občutki do pacienta po poizkusu samomora?
2. Kaj občutite ob pacientu, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in lahko tudi nasilen?
3. Kako doživljate in kaj občutite pri nudenju nujne medicinske pomoči, kadar se ob pacientu počutite ogrožene?
4. Kako v praksi zagotovite varnost pacientu, ki je samomorilno ogrožen in kako ekipi nujne medicinske pomoči?

### 6.2 MATRIKA PODATKOV

Informirano soglasje za sodelovanje v kvalitativni raziskavi:

Priloga 1:

ga./g

Vabilo za sodelovanje v kvalitativni raziskavi:

Spoštovani/a!

Vabim vas, da sodelujete v individualnem polstrukturiranem intervjuju.

Moje ime je Barbka Rant, sem študentka 3. letnika izrednega dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Zaposlena sem v Zdravstvenem domu Škofja Loka v ambulanti Nujne medicinske pomoči. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo na temo »Razumevanje pomoči reševalcev pri obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen«. Moj mentor je mag. Branko Bregar dipl. zn., pred. zaposlen v zdravstveni negi.

V raziskavi bom kot tehniko dela uporabila individualni polstrukturirani intervju, kateri se bo snemal in kasneje dobesedno pretipkal. Bistvena vprašanja bodo odprta, dopolnjevala jih bom s podvprašanji med samim intervjujem.

Bistvena raziskovalna vprašanja so:

1. Kakšno je vaše razumevanje in kakšni so vaši občutki do pacienta po poizkusu samomora?
2. Kaj občutite ob pacientu, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in lahko tudi nasilen?
3. Kako doživljate in kaj občutite pri nujenju nujne medicinske pomoči, kadar se ob pacientu počutite ogrožene?
4. Kako v praksi zagotovite varnost pacientu, ki je samomorilno ogrožen in kako ekipi nujne medicinske pomoči?

Pridobljeni podatki bodo zaupni, uporabljeni izključno le za namene raziskave. Vaša identiteta ne bo razkrita v nobenem dokumentu, tonskem zapisu ali prepisu, skrbno bodo shranjeni pri raziskovalki in nihče ne bo imel dostopa do njih. Po prepisu dobesednega vašega transkripta vam bomo prepisan transkript izročili, če ga boste želeli.

Za vaše sodelovanje v raziskavi se odločate prostovoljno, od nje lahko odstopite kadarkoli, brez obrazložitve, tudi v primeru, ko ste že privolili in že podpisali soglasje.

Za kakršnekoli nejasnosti ali vprašanja me lahko kontaktirate na:

GSM - 041 603 228 ali po e-mailu [rant.barbara@gmail.com](mailto:rant.barbara@gmail.com)

V primeru, da ste se odločili sodelovati v raziskavi vas prosim za vračilo podpisanega soglasja za sodelovanje, za tem pa bi se glede na vaše želje dogovorili-a, kdaj in kje vas obiščem za izvedbo intervjuja.

S spoštovanjem in lepimi pozdravi,

Barbara Rant \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



## Priloga 2:

Soglasje za sodelovanje v raziskavi:

S podpisom potrjujem prostovoljno privolitev za sodelovanje v raziskavi.

Prebral/a in razumel/a sem vsebino vabila za sodelovanje v raziskavi, seznanjen/a sem bila s pravicami, z načrtovanim potekom in vsebino intervjuja. Imel/a sem priložnost vprašati kakršnakoli vprašanja, na katera sem dobil/a zadovoljive odgovore.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Priloga 3:

Izjava raziskovalca:

S podpisom potrjujem, da so vsi udeleženci v raziskavo privolili prostovoljno, nihče v sodelovanje ni bil prisiljen.

Pred raziskavo so bili vsi udeleženci seznanjeni s točnimi in zanesljivimi informacijami o raziskavi, imeli so možnost za dodatna vprašanja, na katera sem jim v celoti odgovorila. Seznanjeni so bili tudi o pravici prekinitve sodelovanja in o shranjevanju podatkov v skladu z Zakonom o varovanju podatkov.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_