



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTA
PO POSKUSU SAMOMORA NA ODDELKIH V
BOLNIŠNICI**

**ENSURING PATIENT SAFTEY AFTER
SUICIDE ATTEMPTS IN HOSPITAL WARDS**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Mateja Zupanc

Jesenice, maj, 2013

ZAHVALA

Izjemno sem hvaležna mentorju mag. Branetu Bregarju, viš. pred., za izjemno potrpežljivost in za pomoč, ter nasvete pri pisanju diplomskega dela. Najlepša hvala.

Hvaležna sem Mihi Jesenšku za strokovno in hitro obdelavo podatkov v programu SPSS. Najlepša hvala.

Hvaležna sem dr. Radojki Kobentar, viš. pred., in dr. Simoni Hvalič Touzery, viš. pred., za recenziranje diplomskega dela.

Hvaležna sem lektorici za kakovostno lektoriranje mojega diplomskega dela. Najlepša hvala.

Hvaležna sem tudi družini za razumevanje in podporo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaposleni v zdravstveni negi se pogosto srečujejo z osebami, ki so samomorilno ogrožene. Zato smo želeli izvedeti, ali znajo poskrbeti za varnost in dobro obravnavo takih pacientov.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, kako zaposleni v zdravstveni negi zagotovijo varnost samomorilnih pacientov in ali prepoznajo ogrožene paciente.

Metoda: Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno metodo. Anketiranje smo izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na oddelkih Urgentna interna medicina, Center za zastupitve in Center interne internistične medicine. Po metodi namenskega vzorca smo med zaposlene v zdravstveni negi razdelili 50 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 40, kar je 80% realizacija vzorca. Anketiranje je bilo izvedeno v septembru in oktobru 2012. Podatke smo obdelali v računalniških programih Excel in SPSS 20.0. Podatke smo analizirali glede na spol, starost, izobrazbo in glede na to, ali so anketirani zaposleni kot diplomirane medicinske sestre ali tehniki zdravstvene nege.

Rezultati: Zanesljivost ankete smo preverili s testom Kronbachova alfa. Kronbachova alfa znaša .698 in nakazuje zanesljivost ankete. Frekvenčna porazdelitev odgovorov na vprašanje pokaže, da se je v zadnjih treh letih organiziranega izobraževanja na temo samomorov in zastupitve udeležilo zgolj 5 (12,5 %) anketiranih in tako prevladuje odgovor, da se izobraževanja niso udeležili (35 anketiranih, 87,5 %). Vrednost hi-kvadrat testa za vprašanje »*Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?*« znaša 9,00 in je ob treh prostostnih stopnjah statistično pomembna. Vidimo tudi, da nobena teoretična frekvenca ni manjša od pet. Frekvenčna porazdelitev odgovorov na vprašanje pokaže, da prevladuje odgovor 21 ali več pacientov (18 anketiranih, 45 %).

Razprava: Ugotovili smo, da zaposleni kljub pogosti obravnavi pogosto ne prepoznajo samomorilno ogroženega pacienta, kar lahko pripišemo pomanjkljivemu dodatnemu izobraževanju na tem področju. Zaželeno je, da se podobne raziskave izvedejo tudi po drugih zdravstvenih ustanovah, saj so zdravstveni delavci tisti, ki so ob pacientu največ časa.

Ključne besede: suicid, medicinska sestra, zdravstvena obravnava, samomorilna ogroženost, zdravstvena nega.

SUMMARY

Theoretical background: Workers in nursing care often meet people who are endangered due to suicidal risk. Therefore, we wanted to know whether they can ensure safety and proper treatment of such patients.

Objective: The aim of the diploma thesis was to find out how workers in health care provide safety to suicidal patients and how skilled they are at identifying patients at risk.

Method: We used a quantitative research. The survey was performed at the University Medical Centre Ljubljana in the following departments: Emergency Department of Internal Medicine, Department of Intensive Internal Medicine and the Poison control Unit. We used 50 questionnaires, non-randomly distributed to all employees in health care. The survey was conducted in September and October of 2012. The data was processed by computer software Excel and SPSS 20.0. The data was analyzed according to gender, age, education and employment status as registered nurse or medical technician.

Results: Reliability survey was checked by means of the Cronbach's alpha test. Cronbach's alpha was .698 which indicated reliability of the survey. Frequency distribution of responses to the question showed that in the last three years only 5 (12.5%) of respondents participated in the organized education on the topic of suicide and poisoning, while a majority of them answered that they did not participate in this kind of education (35 respondents, 87.5%). The value of Chi-square test for the question: "How many times a year do you treat a suicidal patient?" was 9.00 and by three degrees of freedom statistically significant. We also realized that value of every theoretical frequency was at least 5. Frequency distribution of answers to the question showed that the value of 21 or more patients prevailed (18 respondents, 45%).

Discussion: We realized that workers in many cases do not recognize suicidal patients although they frequently meet them, which can be attributed to a lack of additional education in this field. It is desirable that similar research is carried out also by other medical institutions because health workers spend the most time with patients.

Keywords: Suicide, nurse, medical treatment, risk of suicide, health care.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	2
2.1 OPREDELITEV SAMOMORA.....	2
2.2 OPREDELITEV PROBLEMATIKE V SVETU IN PRI NAS	4
2.3 PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA SAMOMOR.....	5
2.4 OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA IN PACIENTA PO POSKUSU SAMOMORA.....	8
2.4.1 Primarno zdravstveno varstvo	8
2.4.2 Obravnava pacienta po poskusu samomora v bolnišnici.....	10
2.4.3 Zagotavljanje varnosti pacienta po poskusu samomora.....	12
2.5 OBRAVNAVA PACIENTA PO POSKUSU SAMOMORA V CENTRU ZA ZASTRUPITVE.....	14
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis merilnega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4 REZULTATI	19
3.4.1 Rezultati prvega tematskega sklopa o izkušnjah s samomorilnimi pacienti ..	19
3.4.2 Rezultati drugega sklopa ankete.....	20
3.4.3 Preverjanje raziskovalnih vprašanj.....	26
3.4.4 Analize glede na spol, delovno mesto, starost, izobrazbo in delovno dobo v zdravstvu	29

3.4.5 Rezultati odprtih vprašanj	32
3.5 RAZPRAVA	33
4 ZAKLJUČEK	37
5 LITERATURA	38
6 PRILOGE	42
6.1 INSTRUMENT	42

KAZALO TABEL

Tabela 1: Predstavitev rezultatov trditev	22
Tabela 2: Povezanost med demografskimi spremenljivkami, izkušnjami in trditvami o obravnavi in varnosti samomorilnega pacienta	25
Tabela 3: Izobraženost in znanje	26
Tabela 4: Obravnava samomorilno ogroženega pacienta.....	27
Tabela 5: Ali imajo anketiranci izkušnje s samomorom v kliničnem okolju	28
Tabela 6: Pomembnost razlik glede na spol	30
Tabela 7: Razlike med diplomiranimi medicinskimi sestrami (dms) in tehnikami zdravstvene nege (tzn).....	31
Tabela 8: Pomembnost razlik v trditvah o samomoru glede na starost.....	31
Tabela 9: Pomembnost razlik v trditvah glede na delovno dobo v zdravstvu.....	32

SEZNAM KRAJŠAV

WHO	World Health Organization
PVU	Posebni varovalni ukrep
CZ	Center za zastupitve
UIM	Urgentna interna medicina
CIIM	Center za intenzivno interno medicino
DMS	Diplomirana medicinska sestra
TZN	Tehnik zdravstvene nege

1 UVOD

Namen diplomskega dela je bil ugotoviti, ali zaposleni v zdravstveni negi na oddelku bolnišnice, kjer se pogosto srečujejo z pacienti po poskusu samomora, prepoznajo samomorilno ogroženega pacienta in mu znajo nuditi potrebno oskrbo ter mu zagotoviti varnost.

Samomor je dejanje, aktivnost ali ukrepanje, s katerim človek po svoji volji ali odločitvi, zavestno, namerno in načrtovano želi sam sebe usmrtiti, namen pa opazi tudi okolica (Sauler, 2011).

Predstavlja velik javnozdravstveni problem po vsem svetu, njegova obravnava pa je zapletena zaradi psiholoških, socialnih, bioloških, kulturnih in okoljskih dejavnikov (World Health Organization, 2012). Slovenija se glede na podatke mednarodnih organizacij že nakaj časa uvršča med evropske države, kjer je samomor velik problem (Statistični urad Republike Slovenije, 2010).

Dejavniki tveganja za samomor so številni in raznoliki ter se razlikujejo tudi glede na starost. Bolj so ogroženi tisti pacienti, ki imajo globok občutek brezupa in nemoči, imajo v anamnezi depresijo, zasvojenost, travmatične izkušnje iz otroštva ali kasneje v življenju ter poskus samomora. Razdelimo jih na neposredne in posredne (Captain, 2006; Krysinska, Lester, Martin, 2009; Lombar et al., 2009).

S samomorilno ogroženim pacientom se pogosto srečujejo zaposleni na področju psihiatrije. S pacienti, ki so samomorilno ogroženi ali sprejeti po poskusu samomora, nimajo stika zgolj zaposleni v psihiatriji, ampak se z njimi srečajo tudi zaposleni z drugih področij, kjer običajno nimajo tako dobrega znanja s področja psihiatrije (Bregar, 2012b). Zdravstvena obravnava pacienta po poskusu samomora je zahtevna in jo lahko izvaja zgolj osebje, ki je za to strokovno usposobljeno (Hermanns, Russell-Broadus, 2006).

2 TEORETIČNI DEL

Samomor je eden izmed pomembnih javnozdravstvenih problemov v mnogo državah. Zato bomo najprej razložili pojme in predstavili razsežnost tega problema pri nas in po svetu. Če želimo, da bi zmanjšali samomorilnost, moramo poznati dejavnike tveganja ogroženosti za samomor. Razložili bomo, kako zagotoviti varnost pacientov po poskusu samomora v bolnišnici, predstavili bomo tudi obravnavo pacientov v primarnem in sekundarnem zdravstvu.

2.1 OPREDELITEV SAMOMORA

Samomor je zavestno in namerno uničenje lastnega življenja. Za uresničenje tega je potrebno veliko izpolnenih pogojev. Prisotni morajo biti zavest in vednost o življenju in smrti ter spoznanje, da smrt dokončno osvobaja življenje. Potrebna sta tudi znanje in sposobnost za uničenje svojega življenja. Vsako dejanje, pri katerem človek izgubi življenje, a tega ni ne želel in ne nameraval, moramo šteti za nezgodo. Samomorilni poskus pa je hoteno dejanje ali ravnanje z namenom, da človek uniči svoje življenje, pri čemer pa si zdravje samo okvari – neuspelo nameravano uničenje lastnega življenja, torej, na kratko povedano, neuspeli samomor. Nasprotno pa je hoteno dejanje z namenom, da si človek zgolj oškoduje svoje zdravje, samopoškodba (Milovanović, 1929 povz. po Milčinski, 1985, str. 116-7). Marušič in Zorko (2003) pravita, da gre pri samomoru za eno najbolj osebnih dejanj, za katerega se človek odloči.

Letovšek (2000) pravi: "Samomor je dejanje s smrtnim izidom, s katerim si je pokojnik z določenim znanjem in načrtovanim in usodnim koncem povzročil želeno spremembo. Samomorilni poiskus oziroma parasuicid je nefatalno in prostovoljno dejanje, s čimer si posameznik brez tuje pomoči ali volje povzroči samopoškodbo."

Durkheim (1992) je menil, da se človek lahko ubije, če je izločen iz družbe ali pa če je nanjo preveč navezan. Meni tudi, da ima vsaka skupina določeno mero kolektivnega

nagnjenja do samomora in to naj bi bil vir vseh individualnih nagnjenj in ne obratno. Tako rekoč delovanje celotne družbe neposredno ustvarja koeficient samomorilnosti.

Na kratko bomo naštetili in opisali oblike samomorilnega vedenja (Gloleger, 2009):

- *Misli na smrt* pogosto srečamo pri ljudeh v stiski, vendar pa ljudje ne načrtujejo, kako bi umrli (npr.: bolje umreti, kot tako trpeti).
- *Samomorilne misli* že jasno vključujejo lastno aktivnost, s pomočjo katere bi posameznik lahko umrl. Ločimo samomorilne misli brez načrta in tiste z načrtom.
- *Samomorilne grožnje* pomenijo na glas izrečene ali napisane samomorilne misli.
- *Parasuicidalna pavza* je že ena od oblik odkritega samomorilnega vedenja, pomeni pa umik iz neugodne situacije, najpogosteje v spanje.
- *Samopoškodbeno vedenje* je vedenje, pri katerem si posameznik sam aktivno zadaja poškodbe in pogosto ne vključuje zavestnega samomorilnega namena ali želje po smrti.
- *O prekinjenem poskusu samomora* govorimo, ko posameznik sam prekine že začeti poskus samomora.
- *O preprečenem poskusu samomora* govorimo, ko se že začeti poskus samomora ustavi zaradi spremenjenih okoliščin ali ljudi.
- *Poskus samomora* je vedenje, s katerim si posameznik poskuša vzeti življenje.
- *O samomoru* govorimo, ko posameznik umre, smrt pa je posledica lastnega suicidalnega dejanja z jasno izraženim samomorilnim namenom ali željo po smrti.

Captain (2006) opredeljuje še samomorilne geste kot dejanja, ki običajno ne vodijo v smrt, kot so vzeti nekaj tablet ali narediti plitke zareze v zapestje. To kaže na to, da oseba nima namena umreti, saj želi biti rešena, je pa v hudi duševni stiski. Zato se tak način imenuje tudi klic na pomoč, saj se oseba bori z neobvladljivostjo stresa. Samomor je dejanje, ko oseba namerno ubije samega sebe. Pri teh osebah lahko poskuse samomora zasledimo že v preteklosti. 30 % pacientov verjame, da jim je samomor uspelo narediti že prvič. Samomor naredijo tisti, ki ne vidijo več izhoda iz svojih težav.

Za uporabo v klinčnem okolju lahko uporabimo naslednji definicijo: „Samomorilni poskus je vsako dejanje samopoškodovanja, napravljeno z namenom samouničenja. Namen je pogosto nejasen in dvoumen, zato pogosto sklepamo iz bolnikovega vedenja.” (Kaplan, Sadock, 1993, povz. po Žmitek, 1998, str. 20)

2.2 OPREDELITEV PROBLEMATIKE V SVETU IN PRI NAS

Javnozdravstveni podatki dokazujejo, da je samomorilnost velik problem, s katerim se srečujejo številne države. Zato World Health Organization (WHO) daje poseben poudarek na to temo. Samomor je zapleten zaradi psiholoških, socialnih, bioloških, kulturnih in okoljskih dejavnikov (WHO, 2012).

Podatki WHO kažejo, da vsako leto približno milijon ljudi umre zaradi samomora, "globalna" stopnja umrljivosti je 16 oseb na 100.000 prebivalcev ali ena smrt na vsakih 40 sekund. V zadnjih 45 letih se je stopnja samomorilnosti povečala za 60 % po vsem svetu. Samomor je med tremi vodilnimi vzroki smrti med osebami, starimi 15–44 let (WHO, 2012). V nekaterih državah pa drugi najpogostejši vzrok smrti v starostni skupini 10–24 let. Podatki ne vključujejo samomorilskih poskusov, ki so do 20-krat bolj pogosti kot samomor. Samomor po vsem svetu je po ocenah 1,8 % celotnega svetovnega bremena bolezni v letu 1998 in 2,4 % v državah kapitalizma in nekdanjih socialističnih gospodarstev v letu 2020. Tradicionalno je stopnja samomorov najvišja med starejšimi moškimi, po zadnjih ocenah pa se je med mladimi v zadnjih letih samomor razvil do te mere, da so zdaj v skupini z najvišjim tveganjem v tretjini držav, v razvitih državah in v državah v razvoju. Duševne motnje (zlasti depresija in motnje zaradi uživanja alkohola) so glavni dejavnik tveganja za samomor v Evropi in Severni Ameriki, vendar pa v azijskih državah impulzivnost igra pomembno vlogo (WHO, 2012).

Slovenija se glede na mednarodno primerljive podatke o umrljivosti zaradi samomorov že več desetletij uvršča med bolj ogrožene države zaradi samomora, in sicer med deset najbolj ogroženih evropskih držav (Statistični urad Republike Slovenije, 2010). V

zadnjem polstoletju (1959–2009) je v Sloveniji zaradi samomora umrlo 27.309 ljudi (21.067 moških in 6.266 žensk – torej približno trikrat več moških kot žensk). Kljub temu pa je spodbuden podatek, da umrljivost zaradi samomora pri nas v zadnjem desetletju nekoliko upada. V zadnjih letih so namreč vrednosti stopnje umrljivosti zaradi samomora (število samomorov na 100.000 prebivalcev) za Slovenijo nekoliko nižje, a še vedno presegajo 25 umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev. Upad števila umrlih zaradi samomora v Sloveniji je bil prvič izrazitejši leta 2004. Stopnja umrljivosti zaradi samomora se je v zadnjih letih znižala pri moških in ženskah (nekoliko izraziteje pa pri moških). V letu 2009 je v Sloveniji zaradi samomora umrlo 448 ljudi, in sicer 351 moških in 121 žensk. Povprečno vsaka 42. smrt je bila posledica samomora (Statistični urad Republike Slovenije, 2010).

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja se samomorilnost med moškimi v Sloveniji s starostjo povečuje. Pri starejših moških je samomorilnost pogostejša kot pri starejših ženskah. Hkrati s staranjem se pojavlja tudi vse več dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, kot so kronične telesne bolezni, slabši socialno-ekonomski status, partnerjeva smrt, osamljenost in pešanje fizičnih moči ipd. V svetu in v Sloveniji so statistične vrednosti samomorilnosti (število smrti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) med starostniki (osebe, stare 65 let in več) na splošno višje kot v celotni populaciji. Samomorilni poskusi se pri starejših osebah pogosteje končajo s smrtjo kot v celotni populaciji. Razmerje med samomori pri starejših moških in samomori pri starejših ženskah je skoraj 5 : 1. Ugotovljeno je, da je depresija pri starejših pogosteje (70 %) povezana s samomorilnostjo kot pri mlajših. Višja stopnja umrljivosti zaradi samomora je značilna tudi za ločene in ovdovele moške. S samomorom se v Sloveniji življenje skrajša za povprečno 20 let. Precej mlajši so tisti, ki poskusijo storiti samomor, pa dejanje preživijo (Statistični urad Republike Slovenije, 2010).

2.3 PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA SAMOMOR

Dejavnik tveganja je značilnost, ki je statistično povezana s obolevnostjo in umrljivostjo, vendar pa ni nujno vzrok za povečano tveganje obolevnosti in umrljivosti

(WebMD, 2013). Za razvoj samomorilnega vedenja in procesa je značilno, da ga ni mogoče povezati zgolj z enim dejavnikom, saj je posledica različnih dejavnikov, ki se med seboj prepletajo (Kiselak, 2012; Gibbson, Mann, 2011). V kolikor želimo samomorilnost zmanjšati, moramo najprej prepoznati dejavnike tveganja za samomorilnost, zato jih bomo v tem poglavju podrobno predstavili.

Pomembno je, da se javnost ozavešča glede samomorilnosti in dejavnikov tveganja za samomor, saj bomo le tako poskrbeli, da samomor ne bo več tabu. Ljudje pa bodo tudi znali prepoznati opozorilne znake in osebi pomagali. Pomembno je tudi, da o tem ozaveščamo tudi najstnike, saj so ti bolj odprti za opazovanje stvari v svoji okolici in bi nevarnost za samomor med svojimi vrstniki hitreje opazili kot odrasli, ki večino vedenja pripišejo zgolj puberteti (Miers, Abbott, Springer, 2012; Sauer, 2011).

Skupni dejavniki tveganja so: občutki obupa in brezupa, večja impulzivnost, večja agresivnost, slaba socialna mreža, zloraba ali odvisnost od alkohola in drog, samomorilno vedenje v preteklosti, samomorilno vedenje v družini ter neugodna perspektiva v prihodnosti in neugodno okolje (Gloleger, 2009).

Dejavniki tveganja so številni in raznoliki ter se razlikujejo tudi glede na starost. Večina oseb pred samomorom nakaže svoja dejanja, vendar le redko direktno. Pozorni moramo biti, kadar neka oseba govori o smrti ali umiranju ter o nesmislu življenja. Poleg tega moramo biti pozorni tudi, če oseba razdaja svoje stvari ali napiše oporoko, se začne oblačiti v črno, je agresivna, se izolira od družbe ali napiše poslovilno pismo, spremeni vedenje. Posebno pozorni moramo biti na osebe, ki uživajo droge ali alkohol, so duševno bolne oz. so imele v preteklosti psihiatrično zdravljenje, imajo dostop do orožja, imajo težko fizično bolezen s slabo prognozo, so v kratkem času doživele veliko izgub ali pa so v preteklosti že poskušale narediti samomor. Raziskave statistično pomembno dokazujejo povezanost nerednega jemanja zdravil pri ljudeh z depresijo z ogroženostjo samomorov (Bregar, 2012a; Captain, 2006; Krysinska et al., 2009; Kiselak, 2012; Lombar et al., 2009; Sauer, 2011).

Ogrožene skupine ljudi, pri katerih obstaja večje tveganje za samomor so: belci nad 85 let, mladi med 15 in 24 letom starosti (smrt zaradi samomora je med njimi na tretjem mestu), belci imajo število samomorov podvojeno s številom ostalih ras, razen ameriških Indijancev. Pri najstnikih črncev je samomor tretji razlog smrti. Podatki pa tudi govorijo, da so bolj so ogroženi ljudje, ki so osamljeni, ločeni ali ovdoveli ter imajo v anamnezi psihiatrično diagnosticirano bolezen (Captain, 2006).

Medtem ko pri starejših osebah do samomora privede več različnih vzrokov, pa je pri otrocih in mladostnikih vzrokov bolj malo. Pri otrocih so razlogi: hiperaktivnost, socialna izolacija, depresivnost, samomor enega od staršev, neuspeh v šoli. Pri mladostnikih pa so razlogi naslednji: obremenitev v šoli, stres, ločitev od doma, razočaranje v ljubezni, depresivnost, uživanje drog in alkohola, samomor enega od staršev ali ločitev staršev v zgodnjih najstniških letih. Problem pri otrocih in mladostnikih je tudi v tem, da so impulzivni in samomor naredijo nenadoma, ga ne načrtujejo (Bregar, 2012a; Miers et al., 2012; Sauer, 2011).

Dejavnike tveganja lahko razdelimo tudi na neposredne (pomanjkanje smisla življenja, občutek nemoči, čustvena prizadetost, občutek krivde, osamljenost, bolečine, finančna stiska, izguba ljubljene osebe ...) in posredne (starostno-spolno-socialni razred, ki vpliva na neposredne vzroke) (Captain, 2006; Krysinska et al., 2009; Lombar et al., 2009). Na podlagi posrednih vzrokov lahko opazujemo populacijske značilnosti samomora – pri Slovencih sta pogosta: alkoholizem (in njegove posledice) ter značilna slovenska miselnost (perfekcionizem, introvertiranost, občutek majhnosti in nezmožnosti obrambe). Zelo pomemben dejavnik so duševne motnje, ki so prisotne pri 90 % samomorilcev. Možna pa je tudi genetska obremenjenost (Huntingtonova bolezen) (Lombar et al., 2009).

2.4 OBRAVNAVA SAMOMORILNO OGROŽENEGA PACIENTA IN PACIENTA PO POSKUSU SAMOMORA

Obravnavanje samomorilnega pacienta je zahtevna, saj zahteva da se v posameznikovo zdravstveno obravnavo vključi zdravstveno osebje, ki pacienta obravnava celostno, kot tudi njegovi bližnji. Celostna obravnava je mišljena z vidika, da mora potekati kakovostno tako na primarni kot sekundarni ravni zdravstvene obravnave. Še prej pa je potrebno, da se znake samomorilnosti prepozna. Večina oseb vidi samomor kot rešitev pred nezno bolečino, to pa se kaže kot agresivnost, jeza, brezup in nemoč (Bregar, 2012b; Captain, 2006; Krysinska et al., 2009; Kiselak, 2012; Lombar et al., 2009; Sauer, 2011).

2.4.1 Primarno zdravstveno varstvo

Raziskave dokazujejo, da večina samomorilnih pacientov v roku meseca dni pred samomorom obišče tudi osebnega zdravnika. Zato je zelo pomembno, da je tudi primarno zdravstveno varstvo in zaposleni v njem seznanjeni z prepoznavanjem samomorilnih oseb in da jim znajo pomagati (Krysinska et al., 2009; Kiselak, 2012; Lombar et al., 2009; Lake, 2008; McDowell et al., 2011; Sauer, 2011). Dokazano je, da imajo izvajalci zdravstvenega varstva težave s prepoznavanjem samomorilno ogroženih pacientov. Osebni zdravniki so eni izmed prvih, s katerimi pride samomorilno ogroženi pacient v stik. Velikokrat se je zgodilo, da zdravnik ni prepoznal znakov ogroženosti, zaradi česar se danes krivi izobraževalni sistem (Lake, 2008). Menijo, da bi morali spremeniti že uveljavljen sistem izobraževanja zdravnikov, in sicer v smeri, da bi bili zdravniki družinske medicine izobraženi tudi o psihiatričnih boleznih, kot so motnje razpoloženja in depresija, ki pogosto vodita do samomorilnega vedenja. S tem bi lahko rešili marsikatero življenje (Lake, 2008).

Ugotovljeno je, da dodatno izobraževanje zaposlenih v primarnem zdravstvu s področja psihiatričnih obolenj pripomore k boljšemu prepoznavanju depresivnih pacientov ter lažjemu, usmerjenemu pogovoru o njihovih težavah, kar privede do zmanjšanja samomorilnosti v populaciji (Bregar, 2012a). Pomembno je, da so družinski zdravniki

povezani tudi s psihiatri v primeru, če bi njihov pacient potreboval nadaljnjo obravnavo (Bregar, 2012a).

Po odpustu iz bolnišnice so pacienti običajno prepuščeni sami sebi. Zato bi bilo dobro, da bi ti pacienti poleg rednih pregledov pri psihiatru bili vključeni tudi v razna društva, kjer bi se srečevali z ljudmi, ki imajo podobne težave, hkrati pa bi imeli na voljo telefon, na katerega bi lahko poklicali, ko bi bili v stiski. Varna in kakovostna obravnava pacienta po poskusu samomora vključuje tako zdravljenje z zdravili kot obravnavo pri psihiatru in povečano pozornost spremljanja osebe po odpustu iz bolnišnice s strani primerno izobraženih zaposlenih v primarnem zdravstvenem varstvu, kar bi privedlo do zmanjšanja samomorov. Dokazano je, da ima tak način obravnave poleg psihoterapije izjemno ugoden učinek na preprečevanje ponovnega poizkusa samomora. Vendar pa se pojavlja problem, ker bi bil tak način zdravljenja izjemno drag. Zato bi bilo potrebno narediti več raziskav na to temo, ker bi s tem našli način, kako bi tem pacientom izboljšali življenje in hkrati preprečili nove samomore (Daigle et al., 2011). Pregled pri psihiatru je priporočljiv za vse osebe, ki so poskušale narediti samomor, ter za osebe s samomorilnimi nagnenji. Če gre za duševno bolezen, je potrebno zdravljenje z zdravili. Tako kot zdravljenje z zdravili je tudi urgentni psihoterapevtski pristop le začetek daljšega obdobja zdravljenja (Perovšek-Šolić, Šteblaj, 1976; Rund, Hutzler, 1983 povz. po Žmitek, 1998). Pri pacientih po poskusu samomora, ki so tudi po odpustu iz bolnišnice vključeni v nadaljnjo sistematično spremljanje, kot sta svetovanje in spremljanje pacientov na domu, se pričakujejo boljši izidi kot pri tistih, ki nimajo tako intenzivne podpore (Fleischmann et al., 2008).

Pri najstnikih se motnje v duševnem zdravju kažejo tudi kot samopoškodba, kar nazadnje privede do samomora. Zato je pomembno da zaposleni v primarnem zdravstvu znajo prepoznati težave pri najstnikih in se o tem ne bojijo govoriti z njimi (Bregar, 2012a). Pri obravnavi najstnikov, ki so poskusili narediti samomor, moramo v obravnavo vključiti tako starše kot širšo okolico. Pomembno je, da starše prepričamo o pomembnosti psihiatrične obravnave, ker nekateri starši menijo, da bi ta povzročila stigmatizacijo med njihovimi vrstniki. Kot izjemno pozitivno se je izkazala metoda, ki najstnike po poskusu samomora vključi v skupine za pomoč mladim v stiski, ker jim

izjemno dvigne samozavest, ko drug drugemu pomagajo v težavah, saj jih tudi lažje razumejo (Milers et al., 2012).

2.4.2 Obravnava pacienta po poskusu samomora v bolnišnici

S pacientom po poskusu samomora se pogosto srečujejo zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Toda skrb za paciente po poskusu samomora ni omejena zgolj na psihiatrične bolnišnice, saj pridejo v stik z njimi tudi zaposleni v zdravstveni negi z drugih področij, ki običajno nimajo tako dobrega znanja s področja psihiatrije. Znanje in veščine na področju prepoznavanja in učinkovitega ukrepanja pri samomorilno ogroženih je potrebno izpopolniti. Predvsem pri zaposlenih v zdravstveni negi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ki so največkrat prvi zdravstveni delavci, s katerimi pacienti prihajajo v stik (Bregar, 2012a).

Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije imajo velik vpliv na zdravstveno obravnavo pacientov po poskusu samomora pri oskrbi v bolnišnici. Vendar nekateri avtorji navajajo, da obstaja pomanjkanje znanja o tem, kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo paciente po poskusu samomora (Bregar, 2012b; Carlen, Bengtsson, 2007). Raziskava je pokazala, da se zaposleni v zdravstveni negi čustveno distancirajo od pacientovih doživljanj in se s tem zavarujejo pred čustvenim izgorevanjem. To pa lahko privede do stigmatizacije pacientov, ker se ne počutijo razumljene. Zato predlagajo, da zaposleni v zdravstveni negi začnejo poslušati paciente ter jih spodbudijo k samointerpretaciji, ki je del vsakega človeka (Carlen, Bengtsson, 2007).

Avtor Gupitll (2011) daje velik poudarek na travmatološke oddelke, kjer se zaposleni pogosto srečujejo s pacienti, ki imajo raznovrstne poškodbe, katerih razlog nastanka je lahko tudi poskus samomora. Pacienti, ki so obravnavani na travmatološkem oddelku, potrebujejo obravnavo multidisciplinarne ekipe. Pomembno je, da se osebje izobražuje in usposablja s ciljem, da se destigmatizira samomor. S tem je poskrbljeno za boljšo obravnavo pacienta. Obravnava pacienta mora zagotoviti občutek varnosti za pacienta, medtem ko poskuša ugotoviti, ali je šlo zgolj za poškodbo ali pa je razlog poskus samomora (Gupitll, 2011).

Zaposleni v bolnišnicah menijo, da nimajo dovolj znanja za komunikacijo s samomorilno ogroženimi pacienti. Njihova velika želja so dodatna izobraževanja s področja komunikacije in obravnave samomorilno ogroženega pacienta (Dervarič, 2011). Delodajalec mora poskrbeti, da so zaposleni v bolnišnicah deležni dodatnega izobraževanja, ki jim olajša delo s samomorilno ogroženimi pacienti (Tzeng et al., 2009). Zaposleni v zdravstveni negi se morajo začeti zavedati pomena terapevtske komunikacije, saj s tem marsikateremu pacientu vlijejo novo upanje ali mu celo rešijo življenje (Sun et al., 2006). Pomembno je, da samomorilno ogroženega pacienta poslušamo in mu pokažemo zanimanje za njegove težave, saj s tem vzpostavimo zaupanje med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacientom (Hermanns, Russell-Broadus, 2006).

Velika težava je prepoznavanje pacienta s samomorilnimi nagnjenji med zaposlenimi v zdravstveni negi. Zato naj zaposleni v zdravstveni negi, kadar niso prepričani, ali je novo sprejeti pacient samomorilno ogrožen, preverijo in se osredotočijo tudi na podatke v negovalni anamnezi, ali je pacient že poskušal narediti samomor, če uživa alkohol ali droge, je depresiven oz. ima v anamnezi katero izmed psihiatričnih bolezni. Pri svojcih pa naj se pozanimajo, ali se je pacient v zadnjem času vedel drugače kot sicer. Čeprav je za mnoge zaposlene v zdravstveni negi težko govoriti s pacientom o samomoru, jih naj tega ne bo strah vprašati. To namreč pacienta še ne bo privedlo do tega, da bi poskušal storiti samomor. S tem lahko pravočasno razjasnimo, ali je pacient samomorilno ogrožen, ter mu zagotovimo varno okolje. Pri zagotavljanju varnosti samomorilnega pacienta upoštevamo standarde in protokole, ki jih ima za take primere določena ustanova. Poleg tega pa se z njim tudi pogovarjamo in mu vzbudimo zaupanje v nas in ga navdamo z novim upanjem (Captain, 2006).

Raziskava je pokazala, da dnevna obravnava pacientov po poskusu samomora ne prinese bistveno boljših rezultatov kot hospitalizacija pacienta, kjer pacient ostane v bolnišnici tudi čez noč, ko gre za preprečevanje ponovnega poskusa samomora (Gemma et al., 2008).

Pri pacientu po poskusu samomora je treba istočasno oceniti telesno in psihično stanje. Spregledana akutna psihotičnost ali izrazite samomorilne tendence lahko hudo zapletejo postopke telesne oskrbe. Pri obravnavi pacienta po samomorilnem poskusu je treba posebej paziti na ustrezen terapevtski odnos. Izkušnje namreč kažejo, da imajo nekatere ekipe pogosto negativen odnos do takšnih pacientov in svoj odnos tudi izrazijo. Osnova takšnega odnosa je verjetno naslednji vzorec mišljenja: ker si je pacient sam namenoma povzročil škodo, manj zasluži zdravljenje kot tisti, ki je zbolel ali se ponesrečil brez lastne krivde. Tako razmišljanje je sicer mogoče razumeti, vendar pa je v klinični situaciji neproduktivno, neterapevtsko in ni primerno medicinskemu osebjju. Negativen odnos ob oskrbi lahko poviša tveganje ponovnih poskusov samomora. Zdravnik predstavlja pacientu avtoriteto, njegova odklonitev v čustvenem smislu okrepi pacientove občutke krivde, s tem se zniža pacientovo samospoštovanje in poviša stopnja samomorilne ogroženosti. Pacient po poskusu samomora potrebuje čustveno podporo, sprejemajoč, neobsojajoč odnos (Šteblaj, Perovšek-Šolic, 1976 povz. po Žmitek, 1998, str. 20-1).

2.4.3 Zagotavljanje varnosti pacienta po poskusu samomora

Pri pacientih po poskusu samomora izvajamo različne intervencije, s katerimi zagotovimo varnost pacienta, kot so pogovor, terapevtska komunikacija, neposredno opazovanje. Če ne moremo zagotoviti varnosti pacienta, uporabimo PUV (Bregar, 2012b). Paciente po poskusu samomora ali sumu na poskus samomora redno nadzorujemo z namenom, da bi preprečili morebitni ponovni poskus samomora. Zdravnik z ostalimi člani zdravstvenega tima ob takih primerih odredi stalni nadzor pacienta oziroma po potrebi tudi posebni varovalni ukrep (PVU) (Kusić, 2010; Zakon o duševnem zdravju, 2008).

PVU je nujen poseg, ki se ga uporabi zaradi omogočanja obravnave osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, zaradi katerega je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo škodo sebi ali drugim. PVU se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe. Oseba, pri

kateri je bil uporabljen PVU, mora imeti zagotovljen stalen nadzor (Kusić, 2010; Zakon o duševnem zdravju, 2008).

Druge pogoste aktivnosti so:

- odstraniti vse ostre ali nevarne predmete (plastične vrečke, kovinske obešalnike) iz pacientove okolice;
- jedilni pribor naj bo iz plastike ali papirja;
- pacientu odvzamemo vse potencialno nevarne osebne predmete. kot so: vezalke, pas, stekleni predmeti, vžigalniki;
- preverimo vse pacientove stvari oz. stvari, ki jih prinesejo svojci;
- pacient naj od svojcev prejema stvari le ob strinjanju in seznanjanju zdravstvenega osebja;
- nadzor pacienta pri jemanju terapije, prepričamo se, da zdravila resnično zaužije;
- pacienta namestimo v sobo, kjer ni sam;
- soba naj bo blizu sestrske sobe (Captain, 2006; Hermanns, Russell- Broaddus, 2006).

Vrsto PVU odredi zdravnik in ga predpiše na temperaturni list, izvede ga skupina medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov po točno določenih pravilih in standardih. Med PVU, ki se najpogosteje pojavljajo pri samomorilno ogroženih pacientih, sta stalni nadzor v gibanju in oviranje pacienta s pasovi v postelji (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

Stalni nadzor v gibanju

Stalni nadzor v gibanju predpiše na temperaturni list zdravnik. Stalni nadzor v gibanju pomeni, da mora pacienta ves čas spremljati negovalno osebje. V ta namen je izstavljen list stalnega opazovanja, kjer je natančno časovno opredeljeno, kdo izmed članov negovalnega osebja spremlja pacienta. Opazovanje razpiše timska medicinska sestra, odgovornost za pacienta pa v celoti prevzame oseba, ki je v nadzoru. Ta ob zaključku opazovanja vpiše vedenje pacienta in se podpiše. Običajno se menjava osebja izvaja na eno do dve uri. S pacientom poskušamo ustvariti pristen odnos in mu kljub stalni

prisotnosti zagotoviti spoštovanje. Običajno se pojavi vprašanje: Kaj storiti, ko gre pacient na stranišče ali v kopalnico? Ob tem seveda pacientu zagotovimo dostojanstvo in nismo neposredno prisotni, počakamo pa ga pred kopalnico in večkrat vprašamo, ali je vse v redu, ter ga s tem opomnimo, da smo ob njem. Če zaradi kakršnih koli znakov – npr. nepredvidljiv ropot ali daljša tišina – sumimo, da bi bilo s pacientom lahko kaj narobe, ga pokličemo. Če se na klic ne odzove, imamo pravico in dolžnost nemudoma vstopiti (Kusić, 2010).

Oviranje pacienta s pasovi v postelji

Pacienta je občasno potrebno še dodatno zaščititi, da ne poškoduje sebe ali drugih. V ta namen so poleg zdravil v uporabi tudi ovirnice. Pri nas so v uporabi telesni pasovi, s katerimi je pacient oviran na postelji. Pred časom so se za oviranje uporabljale zamrežene postelje, še prej tudi prisilni jopiči, kar je danes po Zakonu o duševnem zdravju prepovedano. Treba se je zavedati, da noben PVU ni dober in prijeten za pacienta, saj je to za pacienta huda izkušnja, ki prizadene njegovo samospoštovanje, osebno integriteto in njegovo dostojanstvo. Oviranje pacienta opravimo ob prisotnosti zdravnika, ki ukrep pacientu tudi predhodno razloži in ga predpiše na temperaturni list. Izjema so primeri, ko je potrebno pacienta iz varnostnih razlogov ovirati takoj in tega nismo mogli predvideti. Takrat v najkrajšem možnem času o tem obvestimo zdravnika, ki ukrep tudi predpiše na temperaturni list. Ta ukrep uporabljamo pri avtoagresivnih, heteroagresivnih in zelo agitiranih pacientih (Kusić, 2010).

2.5 OBRAVNAVA PACIENTA PO POSKUSU SAMOMORA V CENTRU ZA ZASTRUPITVE

Na oddelkih Urgentna interna medicina (UIM) in na Centru za zastrupitve (CZ) Univerzitetnega kliničnega Centra Ljubljana zaposleni pogosto prihajajo v stik z zdravstveno obravnavo pacientov po zastrupitvah in s pacienti po poskusu samomora. Zato je za zaposlene zelo pomembno, da poleg tega, da znajo zagotoviti varno in kakovostno zdravstveno obravnavo, tudi prepoznajo razne zaplete, ki se pojavijo pri določenih vrstah zastrupitve, in da prepoznajo samomorilno ogrožene paciente ter na to

opozorijo tudi zdravnika, ki odredi nadaljnje ukrepe. Ukrepi pa so glede na razlog in vrste zastrupitev, ter stanje pacienta različni. Dejavnost Centra za zastrupitve je zelo raznolika, saj vključuje 24-urno konzultacijsko službo v primeru zastrupitev za Slovenijo, vodijo register zastrupitev, nadzorujejo depo antidotov, vodijo evidence zastrupitev, hospitalno obravnavajo akutne zastrupitve idr. (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2012).

Od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2011 je bilo na Centru za zastrupitve hospitaliziranih 523 pacientov v starosti od 16 let do 93 let. Od tega je bilo 371 (70,9%) internističnih primerov, dva pacienta sta bila hospitalizirana zaradi alergije. Zastrupitev je bilo 150 (28,7%), od tega jih je bilo 65 (10,7%) diagnosticiranih kot poskus samomora (Center za zastrupitve, 2012).

3 EMPIRIČNI DEL

Ker je samomor velik javnozdravstveni problem, smo se odločili, da bomo problematiko raziskali na oddelkih v bolnišnici, kjer se najpogosteje srečujejo z samomorilnimi pacienti.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je, ugotoviti znanje in izkušnje, ki jih imajo zaposleni v zdravstveni negi s pacienti po poskusu samomora. Končni namen je, na osnovi rezultatov predlagati rešitve za izboljšanje klinične prakse na tem področju.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti, ali zaposleni v zdravstveni negi prepoznajo samomorilno ogroženega pacienta in kako ukrepajo;
- ugotoviti in opredeliti, kakšne izkušnje imajo zaposleni v zdravstveni negi s pacientom po poskusu samomora;
- ugotoviti, ali zaposleni v zdravstveni negi prepoznajo dejavnike tveganja, ki privedejo do tega, da neka oseba stori samomor;
- ugotoviti, ali zaposleni v zdravstveni negi poznajo varnostne ukrepe, s katerimi poskrbijo za pacientovo varnost po poskusu samomora.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovano vprašanje 1: Kako prepoznati osebo, ki je samomorilno ogrožena?

Raziskovalno vprašanje 2: Kako pogosto se zaposleni v zdravstveni negi srečujejo s pacienti po poskusu samomora?

Raziskovalno vprašanje 3: Kateri so dejavniki tveganja za poskus samomora?

Raziskovalno vprašanje 4: Kateri varnostni ukrepi se uporabljajo pri pacientih po poskusu samomora?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi. To pomeni, da smo preučevali na nivoju opisnega razlaganja oziroma iskanja odgovorov na vprašanja s pomočjo vprašalnika. Izvedli smo presečno raziskavo.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za pregled literature smo uporabili tuje podatkovne baze ACADEMIC SAERCH PREMIER, CINAHL, HEALTH SOURCE: NURSING/ACADEMIC EDITION, MEDLINE. Pri iskanju slovenske literature smo uporabili internetno knjižnico – COBISS. Uporabili smo tudi splošne internetne brskalnike, kot sta Najdi.si in Google.com, z upoštevanjem kriterijev verodostojnosti vira in avtorja.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje slovenske ključne besede: samomor, pacient po poskusu samomora, zagotavljanje pacientove varnosti po poskusu samomora, znaki samomorilnosti, zdravstvena nega pacienta po poskusu samomora. Uporabili smo tudi angleške ključne besede, ki so nam prinesle še več rezultatov: suicide, the patient after suicide attempts, ensuring safety of the patient after suicide attempts, suicide symptoms, patient care after suicide attempts.

3.3.2 Opis merilnega instrumenta

Uporabili smo metodo anketiranja v obliki strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik smo pripravili na osnovi pregleda literature (Bregar, 2012b; Captain, 2006; Gloleger, 2009; Kusić, 2010; Zakon o duševnem zdravju, 2006) o samomorih in zagotavljanju varnosti

samomorilnih pacientov ter prepoznavanju dejavnikov tveganja za poskus samomora. Anketa je vsebovala tri sklope – en sklop z demografskimi podatki in dva tematska sklopa. Vprašanja so bila tako zaprtega kot odprtega tipa. Prvi sklop je vseboval demografske podatke o anketirancu: spol, starost, izobrazbo in delovno dobo na področju zdravstvene nege. Prvi tematski sklop je vseboval trditve o izkušnjah s samomorilnimi pacienti, medtem ko je drugi tematski sklop vprašanj vseboval Likertovo lestvico ter vprašanja odprtega tipa. Likertova lestvica (lestvica stališč) je vsebovala 23 trditev, ki so jih lahko anketiranci ocenili z ocenami od 1 do 5. Ocene pomenijo: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Vprašanja odprtega tipa smo postavili, da bi še bolj spoznali in razumeli problematiko.

Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena s pomočjo testa Kronbachova alfa. Kronbachova alfa nam pove, da je merilni instrument zanesljiv, če vrednost testa presega vrednost 0,7. V primerih, ko zanesljivost merimo na majhnem številu spremenljivk, je lahko vrednost Kronbachove alfe tudi manjša. Kronbachova alfa znaša .698 in nakazuje zanesljivost vprašalnika.

3.3.3 Opis vzorca

Anketiranje smo izvedli v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na oddelkih UIM, CZ in CIIM (Center za intenzivno interno medicino). Anketirali smo vse zaposlene v zdravstveni negi (zdravstvene tehnike in diplomirane medicinske sestre). Po metodi namenskega vzorca smo med zaposlene v zdravstveni negi nenaključno razdelili 50 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 40, kar je 80 % realizacija vzorca. Nekaj več kot polovica anketiranih je medicinskih sester z visoko izobrazbo ali več ter nekaj manj kot polovica tehnikov zdravstvene nege. V vzorec je bilo zajetih 33 (82,5 %) žensk in 7 (17,5 %) moških. 25 (62,5 %) anketiranih je starih med 19 in 29 let, 8 (20 %) jih je starih med 30 in 39 let, 5 (12,5 %) jih je starih med 40 in 49 let. Najmanj anketiranih je v starostni skupini nad 49 let – 2 (5,0 %). 19 (47,5 %) anketiranih ima srednješolsko izobrazbo, 18 (45,0 %) jih ima visokošolsko izobrazbo in 3 (7,5 %) imajo univerzitetno

izobrazbo. Dobra polovica (21) ima od 1 do 5 let delovne dobe, 15 (37,5 %) anketiranih ima od 6 do 15 let in 2 (5,0 %) anketirana imata 16 do 25 let oziroma nad 26 let celotne dobe v zdravstvu. Anketiranje je bilo izvedeno v septembru in oktobru 2012.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Ker smo se želeli prepričati o razumevanju ankete, smo prosili štiri študente zdravstvene naj jo rešijo in naj nam posredujejo informacije, če bi bilo potrebno kaj spremeniti za boljše razumevanje. Ko smo dobili odgovore, smo izvedli par manjših popravkov in ankete z vso potrebno dokumentacijo smo posredovali vodstvu Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Pridobili smo vsa potrebna dovoljenja za opravljanje ankete na oddelkih UIM, CZ in CIIM. Ankete smo nato razdelili po oddelkih ter zagotovili anonimnost pri reševanju.

Podatke smo obdelali v računalniških programih Excel in SPSS 20.0. Podatke smo analizirali glede na spol, starost, izobrazbo in ali so zaposleni kot diplomirane medicinske sestre ali kot tehniki zdravstvene nege. Poleg tega smo preverili, kakšni so rezultati raziskovalnih vprašanj. Razlike smo obdelali s hi-kvadrat testom, uporabili pa smo tudi: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon, Z – vrednost za Kolmogorov-Smirnov test odstopanja od normalne porazdelitve, p – vrednost statistične pomembnosti za Kolmogorov-Smirnov test odstopanja od normalne porazdelitve, t – vrednost za t-test odklonov od sredine lestvice, df – stopnja prostosti, p – vrednost statistične pomembnosti za t-test odklonov od sredine lestvice; uporabljena je bila 5-stopenjska lestvica.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Rezultati prvega tematskega sklopa o izkušnjah s samomorilnimi pacienti

Na vprašanje *Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?* je 18 (45,0 %) anketiranih odgovorilo, da na leto obravnavajo 21 pacientov ali več, 9 (22,5 %)

anketiranih je odgovorilo, da so samomorilne paciente v preteklem letu obravnavalo 11- do 20-krat, 6 (15,0 %) anketiranih je odgovorilo, da so samomorilno ogrožene paciente v preteklem letu obravnavalo 6- do 10-krat in 7 (17,5 %) anketiranih je odgovorilo, da so jih obravnavali 1- do 5-krat.

V zadnjih treh letih se je udeležilo organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastrupitev 5 (12,5 %) anketirancev, 35 (87,5 %) zaposlenih v zdravstveni negi, ki so bili vključeni v anketo, se tega izobraževanja ni udeležilo.

Na vprašanje *Ali menite, da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne ter kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta?* je 17 (42,5 %) anketiranih odgovorilo, da imajo dovolj znanja in izkušenj, medtem ko jih 23 (57,5 %) meni, da nimajo dovolj izkušenj in znanja, da bi lahko zagotovili varno in kakovostno oskrbo samomorilno ogroženega pacienta.

Na vprašanje, ali je kateri pacient v preteklem letu med vašo izmeno poskušal narediti samomor, so 3 (7,5 %) anketirani odgovorili z da, medtem ko jih je 37 (92,5 %) odgovorilo z ne.

3.4.2 Rezultati drugega sklopa ankete

Na »Trditve o obravnavi in zagotavljanju varnosti samomorilnega pacienta« (glej tabelo 1) so anketirani odgovorili kot je prikazano v tabeli. Modus (najpogostejša ocena) je najvišji (5) pri dvanajstih trditvah: »Prepoznavanje dejavnikov tveganja za samomorilnost je pomembno«, »Pomembno je, da se zdravnik pogovori s pacientom«, »Pomembno je, da medicinska sestra dovolj časa posveti pacientu«, »Samomorilno ogroženi pacienti potrebujejo pogostejši nadzor«, »Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez odobritve zdravnika«, »Samomorilni pacient potrebuje pogovor«, »Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo«, »V zdravljenje moramo vključiti tudi njegove bližnje sorodnike in partnerje«, »Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi, je potrebno nadzorovati

jemanje zdravil», Pomembno je, da izvajamo različne stopnje nadzora«, »Pacient ima pravico izraziti željo glede obiskov«, »Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno«.

Modus je najnižji pri treh trditvah: »Spraševanje ali pogovor o samomoru bosta posameznika, ki je samomorilno ogrožen, napeljala k samomoru«, »Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat izboljša stanje, ni več v nevarnosti«, »Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom«.

Na podlagi testa Kolmogorov-Smirnova lahko iz tabele razberemo, da spremenljivke niso normalno porazdeljene ($p < 0,05$), kar upoštevamo pri izbiri nadaljnjih metod in analiz.

Tabela 1: Predstavitev rezultatov trditvev

	M	Me	Mo	SD	Z	P	t	Sredina lestvice = 3	df	p
Prepoznavanje dejavnikov tveganja za samomorilnost je pomembno.	4,7	5	5	0,758	0,454	0	14,187	39	39	0
Pomembno je, da se zdravnik pogovori z pacientom.	4,8	5	5	0,516	0,501	0	22,045	39	39	0
Pomembno je, da medicinska sestra dovolj časa posveti pacientu.	4,5	5	5	0,641	0,357	0	14,811	39	39	0
Samomorilni pacienti imajo predhodno znane psihiatrične bolezni.	2,85	3	3	1,145	0,202	0	-0,829	39	39	0,412
Samomorilno ogroženi pacienti potrebujejo bolj pogoste nadzore.	4,6	5	5	0,778	0,396	0	13,008	39	39	0
Pacient po poskusu samomora ima lahko pri sebi razne predmete, ki bi mu lahko omogočili ponoven poskus samomora.	2,7	3	1	1,539	0,24	0	-1,233	39	39	0,225
Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod, brez odobritve zdravnika.	4,15	5	5	1,167	0,317	0	6,233	39	39	0
Pacient po poskusu samomora nikoli noče govoriti o tem, zakaj je poskušal narediti samomor.	2,95	3	3	1,061	0,206	0	-0,298	39	39	0,767
Samomorilni pacient potrebuje pogovor.	4,58	5	5	0,594	0,388	0	16,761	39	39	0
Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo.	4,63	5	5	0,838	0,448	0	12,267	39	39	0
V zdravljenju moramo vključiti tudi njegove bližnje sorodnike in partnerje.	4,53	5	5	0,877	0,381	0	11,002	39	39	0
Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi je potrebno nadzorovati jemanje terapije.	4,6	5	5	0,591	0,401	0	17,136	39	39	0
Pomembno je, da izvajamo različne stopnje nadzora.	4,43	5	5	0,675	0,328	0	13,35	39	39	0
Pacient ima pravico izraziti voljo glede obiskov.	4,5	5	5	0,716	0,382	0	13,248	39	39	0
Zelo težko je zagotoviti intimitet pri obravnavi samomorilnega pacienta.	3,4	4	4	1,081	0,236	0	2,34	39	39	0,025
Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno.	4,6	5	5	0,591	0,401	0	17,136	39	39	0
Spraševanje ali pogovor o samomoru bo posameznika, ki je samomorilno ogrožen napeljal k samomoru.	2,1	2	2	1,033	0,239	0	-5,511	39	39	0
Tisti, ki grozijo s samomorom ga ne bodo zares storili.	2,63	3	3	0,925	0,282	0	-2,564	39	39	0,014
Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti.	3,38	3	3	1,314	0,167	0,007	1,804	39	39	0,079
Če je posameznik enkrat samomorilen, tak vedno ostane.	2,78	3	3	1,143	0,228	0	-1,245	39	39	0,221
Samomor je povsem nepričakovano dejanje.	2,8	3	3	1,091	0,202	0	-1,16	39	39	0,253
Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat izboljša stanje, ni več v nevarnosti.	2,4	2	2	0,982	0,258	0	-3,865	39	39	0
Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. Psihiatrično), so varni pred samomorom.	2,2	2	1	1,203	0,241	0	-4,207	39	39	0

Legenda: M – aritmetična sredina, Me – mediana, Mo – modus, SD – standardni odklon, Z – vrednost za Kolmogorov-Smirnov test odstopanja od normalne porazdelitve, p – vrednost statistične pomembnosti za Kolmogorov-Smirnov test odstopanja od normalne porazdelitve, t – vrednost za t-test odklonov od sredine lestvice, df – stopnja prostosti, p – vrednost statistične pomembnosti za t-test odklonov od sredine lestvice; uporabljena je bila 5-stopenjska lestvica

V nadaljevanju smo opravili analizo povezanosti med demografskimi spremenljivkami, izkušnjami in trditvami na drugi strani. Spremenljivke niso normalno porazdeljene, zato povezanost preverjamo s Spearmanovim koeficientom korelacije. Statistično pomembne povezave med spremenljivkami so v tabeli 2 označene z zvezdico. Razberemo, da obstaja povezava med spolom in tremi trditvami (*»Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno«, »Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat izboljša stanje, ni več v nevarnosti«, »Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom«*); med starostjo in trditvijo *»Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo«*; med delovno dobo v zdravstvu in trditvijo *»Pacient po poskusu samomora ima lahko pri sebi razne predmete, ki bi mu lahko omogočili ponovni poskus samomora«*; med vprašanjem *»Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?«* in trditvijo *»Pacient ima pravico izraziti željo glede obiskov«*; med vprašanjem *»Ali ste se v zadnjih treh letih udeležili organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastrupitev?«* in tremi trditvami (*»Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez odobritve zdravnika«, »Pacient po poskusu samomora nikoli noče govoriti o tem, zakaj je poskušal narediti samomor«, »Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti«*).

Povzamemo, da so moški manj naklonjeni dostojanstveni obravnavi pacientov po poskusu samomora in se bolj strinjajo s trditvijo, da se z izboljšanjem stanja depresivnosti po daljšem obdobju zmanjša nevarnost za poskus samomora. Ugotovimo tudi, da se moški bolj strinjajo z trditvijo, da so pacienti, ki so vključeni v določeno zdravljenje, varni pred samomorom. Mlajši kot so anketirani, bolj so prepričani, da potrebujejo pacienti psihiatrično obravnavo po poskusu samomora. Daljša kot je delovna doba v zdravstvu, bolj so anketirani prepričani, da pacienti po poskusu samomora pri sebi ne bi smeli imeti predmetov, ki bi jim lahko omogočili ponovni poskus samomora. Večkrat ko anketirani obravnavajo samomorilnega pacienta, bolj se nagibajo k temu, da ima le-ta pravico izraziti željo glede obiskov. Kaže se tudi povezanost med tistimi, ki se v zadnjih treh letih niso udeležili organiziranega izobraževanja, in tistimi, ki menijo, da lahko pacient po poskusu samomora brez nadzora in odobritve zdravnika odide na sprehod. Na drugi strani se kaže povezanost

med tistimi, ki se v zadnjih treh letih niso udeležili organiziranega izobraževanja, in tem, da se bolj strinjajo s trditvama, da pacient noče govoriti o tem, zakaj je poskušal narediti samomor, in da nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti.

Tabela 2: Povezanost med demografskimi spremenljivkami, izkušnjami in trditvami o obravnavi in varnosti samomorilnega pacienta

	spol		starost		izobrazba		T1		T2		T3		T4		T5		T6	
	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Pacient po poskusu samomora ima lahko pri sebi razne predmete, ki bi mu lahko omogočili ponoven poskus samomora.	0,166	0,307	-0,222	0,169	-0,019	0,906	-0,349*	0,028	0,155	0,338	-0,082	0,617	0,121	0,459	-0,12	0,463	-0,018	0,912
Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod, brez odobritve zdravnika.	0,044	0,788	-0,036	0,827	-0,061	0,71	-0,245	0,127	0,19	0,24	-0,325*	0,041	0,005	0,976	-0,245	0,128	0,1	0,538
Pacient po poskusu samomora nikoli neče govoriti o tem, zakaj je poskušal narediti samomor.	0,223	0,166	0,016	0,921	-0,039	0,812	-0,001	0,997	-0,13	0,425	0,026	-0,041	0,801	0,064	0,693	0,059	0,718	
Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo.	-0,066	0,684	-0,382*	0,015	0,063	0,697	-0,266	0,097	-0,02	0,9	-0,202	0,211	0,105	0,519	0,051	0,756	-0,086	0,597
V zdravljenje moramo vključiti tudi njegove bližnje sorodnike in partnerje.	-0,069	0,671	0,051	0,755	0,297	0,063	-0,029	0,86	-0,182	0,262	0,08	0,625	0,165	0,309	0,24	0,136	-0,329	0,038
Pacient ima pravico izraziti voljo glede obiskov.	-0,166	0,307	-0,005	0,977	-0,029	0,859	-0,14	0,39	0,314*	0,049	-0,152	0,348	-0,076	0,639	-0,048	0,769	0,025	0,877
Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno.	-0,361*	0,022	-0,022	0,891	0,02	0,902	-0,186	0,25	0,079	0,629	-0,071	0,665	0,21	0,194	-0,207	0,201	-0,073	0,656
Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti.	0,167	0,302	0,048	0,767	-0,133	0,412	0,102	0,529	-0,243	0,131	0,411**	0,008	-0,14	0,389	0,021	0,897	0,143	0,379
Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat izboljša stanje, ni več v nevarnosti.	0,322*	0,043	-0,156	0,336	-0,111	0,496	-0,041	0,803	-0,085	0,601	-0,035	0,831	-0,089	0,586	0	1	0,093	0,57
Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. Psihiatrično), so varni pred samomorom.	0,330*	0,037	-0,192	0,236	-0,13	0,425	-0,101	0,535	-0,308	0,053	0,103	0,529	0,128	0,431	0,021	0,895	0,104	0,523

Legenda: T1: delovna doba v zdravstvu, T2: Kolikokrat na leto obravnava vate samomorilnega pacienta?, T3: Ali ste se v zadnjih treh letih udeležili organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastrupitev?, T4: Ali menite, da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta?, T5: Ali je kateri pacient v preteklem letu med vašo izmenno poskušal narediti samomor?, T6: dms vs. tzn, N = 40, p – vrednost Spearmanov koeficient korelacije, p – vrednost statistične značilnosti za Spearmanov koeficient korelacije. Opomba: * Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,05. ** Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,01.

3.4.3 Preverjanje raziskovalnih vprašanj

Raziskovalno vprašanje 1

Kako prepoznati osebo, ki je samomorilno ogrožena?

- Ali ste se v zadnjih treh letih udeležili organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastрупitev?
- Ali menite, da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta?

Za preverjanje prvih dveh vprašanj izberemo preizkus hi-kvadrat test (glej tabelo 3), s katerim preverimo, kateri izmed odgovorov na vprašanje prevladuje. Vrednost hi-kvadrat testa za vprašanje »Ali ste se v zadnjih treh letih udeležili organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastрупitev?« znaša 22,500 in je ob prostostni stopnji statistično pomembna. Vidimo tudi, da nobena teoretična frekvenca ni manjša od 5. Frekvenčna porazdelitev odgovorov na vprašanje pokaže, da se je v zadnjih treh letih organiziranega izobraževanja na temo samomorov in zastрупitve udeležilo zgolj 5 (12,5 %) anketiranih in tako prevladuje odgovor, da se izobraževanja ni udeležilo 35 anketiranih (87,5 %). Hi-kvadrat test za vprašanje »Ali menite, da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta?« pokaže, da je med anketiranimi enak delež tistih, ki menijo da imajo dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta, kot tistih, ki mislijo, da nimajo dovolj znanja in izkušenj.

Tabela 3: Izobraženost in znanje

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	p
Ali ste se v zadnjih treh letih udeležili organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastрупitev?	Hi kvadrat ^(a)	22,500 ^a	1	0
Ali menite, da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta?	Hi kvadrat ^(a)	,900 ^a	1	0,343

a 0 celic (0%) nima pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najnižja pričakovana frekvenca je 20,0.

Raziskovalno vprašanje 2

Kako pogosto se zaposleni v zdravstveni negi srečujejo s pacientom po poskusu samomora?

- Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?
- Ali je kateri pacient v preteklem letu med vašo izmeno poskušal narediti samomor?

Za preverjanje prvega vprašanja izberemo preizkus hi-kvadrat test (glej tabelo 4), s katerim preverimo, kateri izmed odgovorov na vprašanje prevladuje. Vrednost hi-kvadrat testa za vprašanje »Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?« znaša 9,00 in je ob treh prostostnih stopnjah statistično pomembna. Vidimo tudi, da nobena teoretična frekvenca ni manjša od 5. Frekvenčna porazdelitev odgovorov na vprašanje pokaže, da prevladuje odgovor 21 ali več pacientov (18 anketiranih, 45 %).

Tabela 4: Obravnava samomorilno ogroženega pacienta

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	p
Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?	Hi kvadrat ^(a)	9,000 ^a	3	0,029

a 0 celic (,0%) nima pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najnižja pričakovana frekvenca je 10,0.

Za preverjanje drugega vprašanja izberemo preizkus hi-kvadrat testa (glej tabelo 5), s katerim preverimo, kateri izmed odgovorov na vprašanje prevladuje. Vrednost hi-kvadrat testa za vprašanje »Ali je kateri pacient v preteklem letu med vašo izmeno poskušal narediti samomor?« znaša 28,900 in je ob prostostni stopnji statistično pomembna. Vidimo tudi, da nobena teoretična frekvenca ni manjša od 5. Frekvenčna porazdelitev odgovorov na vprašanje pokaže, da prevladuje odgovor ne (37 anketiranih, 92,5 %).

Tabela 5: Ali imajo anketiranci izkušnje s samomorom v kliničnem okolju

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	P
Ali je kateri pacient v preteklem letu med vašo izmeno poskušal narediti samomor?	Hi kvadrat ^(a)	28,900 ^a	1	0

a 0 celic (,0 %) nima pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najnižja pričakovana frekvenca je 20,0

Raziskovalno vprašanje 3

Kateri so dejavniki tveganja za poskus samomora?

- Samomorilni pacienti imajo predhodno znane psihiatrične bolezni (trditev 4).
- Tisti, ki grozijo s samomorom, ga ne bodo zares storili (trditev 18).
- Samomor je povsem nepričakovano dejanje (trditev 21).
- Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat stanje izboljša, ni več v nevarnosti (trditev 22).
- Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom (trditev 23).

Raziskovalno vprašanje preverjamo s pomočjo t-testa, ki preverja statistično pomembnost razlik med aritmetično sredino in sredino lestvice posamezne spremenljivke. Anketirani se ne strinjajo z naslednjimi trditvami: »Tisti, ki grozijo s samomorom, ga ne bodo zares storili«, »Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat stanje izboljša, ni več v nevarnosti« in »Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom«.

T-test pokaže, da lahko s 95 % gotovostjo trdimo, da se anketirani ne strinjajo s trditvijo, da ne obstaja povezava med grožnjo in dejanjem samomora, zavračajo tudi trditev, da se pacient po izboljšanju depresivnega stanja izogne nevarnosti samomora, poleg tega se ne strinjajo s trditvijo, da so ljudje, ki so vključeni v zdravljenje, varni pred samomorom. Za trditvi »Samomorilni pacienti imajo predhodno znane psihiatrične bolezni« in »Samomor je povsem nepričakovano dejanje« t-test pokaže, da se

aritmetična sredina od srednje vrednosti lestvice statistično pomembno ne razlikuje. To pomeni, da se anketirani s trditvama niti ne strinjajo niti jima ne nasprotujejo (glej tabelo 1, str. 27).

Raziskovalno vprašanje 4

Katere varnostne ukrepe uporabljamo pri pacientih po poskusu samomora?

- Samomorilno ogroženi pacienti potrebujejo pogostejši nadzor (trditev 5).
- Pacient po poskusu samomora ima lahko pri sebi razne predmete, ki bi mu lahko omogočili ponovni poskus samomora (trditev 6).
- Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez odobritve zdravnika (trditev 7).
- Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi, je potrebno nadzorovati jemanje zdravil (trditev 12).
- Pomembno je, da izvajamo različne stopnje nadzora (trditev 13).

Anketirani se strinjajo z večino trditev. T-test pokaže, da lahko s 95 % gotovostjo trdimo, da se anketirani strinjajo, da samomorilno ogroženi pacienti potrebujejo pogostejši nadzor, da pacienta ne smemo pustiti samega na sprehod brez odobritve zdravnika, da je potrebno nadzorovati jemanje zdravil in izvajati različne stopnje nadzora, saj je statistično pomembno, da je aritmetična sredina pri navedenih odgovorih večja od srednje vrednosti lestvice. Za trditev »Pacient po poskusu samomora ima lahko pri sebi razne predmete, ki bi mu lahko omogočili ponovni poskus samomora«

t-test pokaže, da se aritmetična sredina od srednje vrednosti lestvice statistično pomembno ne razlikuje. To pomeni, da se anketirani s to trditvijo niti ne strinjajo niti ji ne nasprotujejo (glej tabelo 1, str. 27).

3.4.4 Analize glede na spol, delovno mesto, starost, izobrazbo in delovno dobo v zdravstvu

Analize za posamezne trditve vprašalnika smo preverili še glede na spol, glede na delovno mesto (dms vs. tzn), glede na starost, izobrazbo in glede na delovno dobo v

zdravstvu. Na ta način smo želeli preveriti, ali katera trditev posebej izstopa na katerem raziskovalnem področju.

Med ženskami in moškimi lahko na vzorcu interpretiramo statistično pomembne razlike pri treh trditvah (označene so z *). S trditvijo »Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno« se bolj strinjajo ženske. S trditvama »Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat stanje izboljša, ni več v nevarnosti« in »Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom« se bolj strinjajo moški. Pri vseh ostalih trditvah glede na spol ni mogoče interpretirati pomembnih razlik. Glej tabelo 6.

Tabela 6: Pomembnost razlik glede na spol

	Spol	N	M rang	Vsota rangov	U	p
Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno.	Ženski	33	22,11	729,5	62,5	,024*
	Moški	7	12,93	90,5		
	Skupaj	40				
Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat stanje izboljša, ni več v nevarnosti.	Ženski	33	18,89	623,5	62,5	,044*
	Moški	7	28,07	196,5		
	Skupaj	40				
Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom.	Ženski	33	18,82	621	60	,039*
	Moški	7	28,43	199		
	Skupaj	40				

Legenda: N – število udeležencev, M rang – aritmetična sredina rangov, U – statistika Mann-Whitneyjevega testa za testiranje razlik med povprečnimi rangi dveh skupin, p – nivo statistične pomembnosti, * – statistična pomembnost za $p < 0,05$.

Med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege lahko na vzorcu interpretiramo statistično pomembne razlike pri trditvi »V zdravljenje moramo vključiti tudi njegove bližnje sorodnike in partnerje« (označena je z *). S trditvijo se bolj strinjajo diplomirane medicinske sestre. Pri vseh ostalih trditvah glede na delovno mesto ni mogoče interpretirati pomembnih razlik. Glej tabelo 7.

Tabela 7: Razlike med diplomiranimi medicinskimi sestrami (dms) in tehniki zdravstvene nege (tzn)

dms vs. tzn		N	M rang	Vsota rangov	U	p
V zdravljenje moramo vključiti tudi njegove bližnje sorodnike in partnerje.	dms	21	23,48	493	137	,040*
	tzn	19	17,21	327		
	Skupaj	40				

Legenda: N – število udeležencev, M rang – aritmetična sredina rangov, U – statistika Mann-Whitneyjevega testa za testiranje razlik med povprečnimi rangi dveh skupin, p – nivo statistične pomembnosti, * – statistična pomembnost za $p < 0,05$.

Med različnimi starostnimi skupinami lahko na vzorcu interpretiramo statistično pomembne razlike pri treh trditvah (označene so z *). Z vsemi tremi trditvami (*»Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez odobritve zdravnika«*, *»Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo«* in *»Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi, je potrebno nadzorovati jemanje zdravil«*) se najmanj strinjajo anketirani iz starostne skupine od 30 do 39 let. Pri vseh ostalih trditvah ni mogoče interpretirati pomembnih razlik. Glej tabelo 8.

Tabela 8: Pomembnost razlik v trditvah o samomoru glede na starost

	Starost	N	M rang	H	df	p
Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez zdravnikove odobritve.	19–29 let	25	21,66	8,13	3	,043*
	30–39 let	8	11,75			
	40–49 let	5	25,1			
	nad 49 let	2	29,5			
	Skupaj	40				
Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo.	19–29 let	25	23,4	10,482	3	,015*
	30–39 let	8	12,5			
	40–49 let	5	20,6			
	nad 49 let	2	16			
	Skupaj	40				
Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi, je potrebno nadzorovati jemanje zdravil.	19–29 let	25	21,42	10,6	3	,014*
	30–39 let	8	11,5			
	40–49 let	5	27,5			
	nad 49 let	2	27,5			
	Skupaj	40				

Legenda: N – število udeležencev, M rang – povprečni rang, H – statistika za Kruskal-Wallisov test, df – število stopenj svobode, p – nivo statistične pomembnosti, * – statistična pomembnost za $p < 0,05$.

Med anketiranimi z različno vrsto izobrazbe ni mogoče interpretirati pomembnih razlik pri odgovorih na posamezno trditev.

Med različnimi razredi skupne delovne dobe v zdravstvu lahko na vzorcu interpretiramo statistično pomembne razlike pri trditvi »Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez odobritve zdravnika« (označena je z *). S trditvijo se bolj strinjajo anketirani, ki so v zdravstvu zaposleni 5 do 15 let. Pri vseh ostalih trditvah ni mogoče interpretirati pomembnih razlik. Glej tabelo 9.

Tabela 9: Pomembnost razlik v trditvah glede na delovno dobo v zdravstvu

	Delovna doba v zdravstvu	N	M rang	H	df	p
Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez zdravnikove odobritve.	1–5 let	21	24,21	13,167	3	,004*
	6–15 let	15	12,9			
	16–25 let	2	29,5			
	Nad 26 let	2	29,5			
	Skupaj	40				

Legenda: N – število udeležencev, M rang – povprečni rang, H – statistika za Kruskal-Wallisov test, df – število stopenj svobode; p – nivo statistične pomembnosti, * – statistična pomembnost za $p < 0,05$.

3.4.5 Rezultati odprtih vprašanj

Pri treh vprašanjih odprtega tipa smo dobili naslednje odgovore:

Odgovori na prvo vprašanje odprtega tipa »Kateri so znaki ogroženosti za samomor?« so bili naslednji. Trinajst jih ni odgovorilo na to vprašanje. Medtem ko so ostali kot svoje odgovore navedli naslednje trditve: apatija, depresija, zapiranje vase, stres, žalost, govor o samomoru, nakup pripomočkov za izvedbo samomora, agresivnost, odklonilnost, nemir, socialna izolacija, izguba volje do življenja, utrujenost, oseba razdaja svoje stvari in ureja dediščino, samomorilne misli, poslavljanje od svojcev oz. prijateljev, nezmožnost spoprijeti se z lastnimi težavami, spremembe vedenja, slabe razmere v primarni družini, potrto, brezvoljnost, prejšnji poskus samomora, težke fizične bolezni, obup, pesimizem, psihiatrično obolenje.

Odgovori na drugo vprašanje odprtega tipa »Kakšne so vaše izkušnje s pacienti po poskusu samomora?« so bili naslednji. Štirinajst jih na to vprašanje ni odgovorilo. Pri ostalih pa lahko odgovore razdelimo na tiste, ki so imeli slabe izkušnje s pacienti, in na tiste, ki so imeli dobre izkušnje. Nekateri so menili, da je bila premestitev pacienta prehitra, da bi lahko obravnavo samomorilnega pacienta ocenili. Poleg tega menijo, da so pacienti čustveno ranljivi, depresivni, ne želijo govoriti o tem, zakaj so poskusili narediti samomor, pacienti tudi potrebujejo pogovor in razumevanje. Nekateri pacienti si želijo umreti, medtem ko so se drugi pacienti zaprli vase. Kot slabe izkušnje pa omenjajo odklonilnost in agresivnost pacientov med obravnavo.

Na tretje vprašanje odprtega tipa »Če bi lahko, kaj bi naredili, da bi bila obravnava takega pacienta boljša?« so odgovorili naslednje: želijo si več izobraževanj na to temo, poudarjajo preventivo in izobraževanje javnosti. Povečali bi število zaposlenih na oddelkih za bolj kakovostno in varno obravnavo pacientov po samomoru. Nekateri bi povečali psihiatrično obravnavo pri samomorilnih pacientih in povečali bi tudi zasebnost pri obravnavi pacientov. Drugi bi spremljali paciente tudi po odpustu iz bolnišnice ter vključili prostovoljce za pogovor s pacienti v stiski. Poleg tega bi povečali razumevanje samomora s strani sorodnikov in javnosti.

3.5 RAZPRAVA

Samomor je eden izmed resnejših problemov pri nas in po svetu (WHO, 2012). Znano je, da zaposleni v zdravstveni dejavnosti redko prepoznajo samomorilno ogrožene osebe, čeprav se v svojem delovnem okolju pogosto srečujejo z njimi (Bregar, 2012a). Odločil smo se, da bomo problematiko raziskali. Pri diplomskem delu z naslovom *Zagotavljanje varnosti pri pacientih po poskusu samomora na oddelkih v bolnišnici* smo s pomočjo raziskave prišli do ugotovitev, ki jih bomo predstavili v nadaljevanju. Vsi sodelujoči so v anketi sodelovali prostovoljno, zagotovili pa smo jim anonimnost.

V okviru raziskave smo ugotovili, da se zaposleni v zdravstveni negi na izbranih oddelkih pogosto srečujejo s pacienti po poskusu samomora. 45 % anketiranih namreč na leto obravnava več kot 21 pacientov po poskusu samomora. Slovenija se glede na

mednarodno primerljive podatke o umrljivosti zaradi samomorov že več desetletij uvršča med bolj ogrožene države zaradi samomora, in sicer med deset najbolj ogroženih evropskih držav (Statistični urad Republike Slovenije, 2010).

V okviru raziskave smo ugotovili, da je obravnava pacientov po poskusu samomora na teh oddelkih, ki smo jih zajeli v raziskavo pogosta, zato smo se odločili, da bomo preverili znanje zaposlenih in udeležbo na izobraževanju. Kljub temu da je bil rezultat na odgovor glede udeležbe na izobraževanju nizek, pa smo na vprašanje, ali menite da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene nege, dobili presenetljivo visok rezultat, in sicer so anketirani odgovorili z da v več kot tretjini primerov, pričakovali smo namreč precej nižji rezultat. V kolikor pogledamo odgovore na odprta vprašanja, ugotovimo, da imajo anketiranci pomanjkanje znanja o tem, kako prepoznati samomorilno ogroženega pacienta. Ti rezultati so nasprotujoči, saj menijo, da imajo dovolj znanja, vendar se pogosto ne udeležijo organiziranih izobraževanj, iz česar lahko sklepamo, da izobraževanje zaposlenih poteka na oddelku. Rezultati nas napeljujejo na misel, da so zaposleni v zdravstveni negi dobro poučeni o zagotavljanju varnosti pacientov po poskusu samomora in ukrepe tudi konkretno izvajajo. Pri raziskavi smo ugotovili, da so anketirani dobro seznanjeni z zagotavljanjem pacientove varnosti po poskusu samomora, kar vodi v bolj kakovostno in bolj varno zdravstveno obravnavo pacientov. Poleg tega so seznanjeni tudi z internimi navodili, ki veljajo na oddelkih ob sprejemu pacientov, ki so samomorilno ogroženi. Poznajo tudi posebne varovalne ukrepe, ki jih izvajajo ob odobritvi zdravnika, saj se zavedajo njihove pomembnosti pri zagotavljanju pacientove varnosti po poskusu samomora. V literaturi (Kusić, 2010) smo zasledili, da moramo izvajati stalni nadzor pacientov po poskusu samomora ali sumu na poskus samomora, da bi preprečili morebitni ponovni poskus samomora. Bregar in Možgan (2012) pa v svojem delu navajata, da zdravnik z ostalimi člani zdravstvenega tima ob takih primerih odredi stalni nadzor pacienta oziroma po potrebi tudi posebni varovalni ukrep. Vrsto PVU odredi zdravnik in ga napiše na temperaturni list, izvedeta pa ga medicinska sestra in zdravstveni tehnik po točno določenih protokolih in standardih. Vrsta stalni nadzor v gibanju in oviranje pacienta s pasovi v postelji (Klančnik et al., 2011).

V nekaterih virih smo zasledili, da so pogovor s pacientom navajali kot pomemben del zdravljenja, ki pripomore k pacientovi samorefleksiji in iskanju drugačnih rešitev za njegov problem (Dervarič, 2011; Hermanns, Russell-Broaddus, 2006; Sun et al., 2006). Zaposleni v bolnišnicah menijo, da nimajo dovolj znanja za komunikacijo s samomorilno ogroženimi pacienti. Njihova velika želja so dodatna izobraževanja s področja komunikacije in obravnave samomorilno ogroženega pacienta (Dervarič, 2011). V okviru raziskave smo tudi ugotovili, da anketirani menijo, da je pogovor pomemben del obravnave pacienta po poskusu samomora. Želijo tudi, da bi bili bolj izobraženi na področju terapevtske komunikacije, kar bi jim omogočilo kakovostnejši pristop do pacientov, ki so samomorilno ogroženi. Anketirani poudarjajo tudi pomen psihiatrične obravnave, medtem ko se diplomirane medicinske sestre bolj strinjajo s trditvijo kot tehniki zdravstvene nege, da je v zdravstveno obravnavo treba vključiti tudi svojce in pacientove bližnje osebe, kar nakazuje, da se diplomirane sestre bolj zavzemajo za celostno obravnavo pacienta.

V okviru raziskave smo tudi ugotovili, da vsi zaposleni v zdravstvu ne prepoznajo samomorilno ogroženega pacienta. Ugotovili smo, da moški bolj podležejo stereotipnim trditvam in so manj izobraženi na tem področju kot ženske, zaradi česar verjetno tudi ne dajo takšnega pomena dostojanstveni obravnavi samomorilnih pacientov. To lahko pripišemo pomanjkljivemu dodatnemu izobraževanju zaposlenih o tej temi, kar smo razbrali tudi iz odgovorov na odprta vprašanja. V odprtih vprašanjih so izrazili željo, da bi se izobraževali na področju obravnave pacienta po poskusu samomora, kar bi po našem mnenju lahko pripomoglo k bolj kakovostni obravnavi pacientov in k večji samozavesti pri tem. Nekateri avtorji navajajo (Bregar, 2012a; Tzeng et al., 2009; Dervarič, 2011), da je pomanjkanje znanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki niso zaposleni na področju psihiatrije, znano. Zaposleni so navajali tudi željo po dodatnem izobraževanju in izpostavili odgovornost delodajalca, da izobraževanja tudi zagotovi (Tzeng et al., 2009).

V okviru raziskave smo ugotovili, da anketirani poznajo dejavnike tveganja ogroženosti za samomor. Ravno tako vedo, da je samomor razlog spleta različnih dejavnikov tveganja in ne zgolj enega dogodka, kar smo razbrali tudi iz literature. Za razvoj

samomorilnega vedenja in procesa je značilno, da ga ni mogoče povezati zgolj z enim dejavnikom, saj je posledica različnih dejavnikov, ki se med seboj prepletajo (Kiselak, 2012; Gibbson, Mann, 2011). Dejavniki tveganja so številni in raznoliki ter se razlikujejo tudi glede na starost. Večina oseb pred samomorom nakaže svoja dejanja, vendar le redko direktno (Bregar, 2012a, 2012b; Captain, 2006; Krysinska et al., 2009; Kiselak, 2012; Lombar et al., 2009; Sauer, 2011). Dejavnike tveganja lahko razdelimo tudi na neposredne (pomanjkanje smisla življenja, občutek nemoči, čustvena prizadetost, občutek krivde, osamljenost, bolečine, finančna stiska, izguba ljubljene osebe ...) in posredne (starostno-spolno-socialni razred, ki vpliva na neposredne vzroke) (Captain, 2006; Krysinska et al., 2009; Lombar et al., 2009).

4 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo predstavili, kaj je samomor, kaj ljudi privede do njega, kateri so dejavniki tveganja za samomor, kako prepoznamo samomorilno osebo in kakšna je njena obravnava v bolnišnici ali izven nje. Poleg tega smo predstavili tudi varnostne ukrepe, ki jih moramo upoštevati ob sprejemu samomorilno ogroženega pacienta na oddelek, in kako jih izvajamo.

V okviru raziskave smo ugotovili, da zaposleni poznajo dejavnike tveganja za samomor, znajo zagotoviti pacientovo varnost ter se zavedajo pomena komunikacije s pacientom. Redko pa se posvetijo pacientu, delno zaradi pomanjkanja časa in osebja, delno zaradi občutka, da imajo premalo znanja o obravnavi takega pacienta. Ravno tako ne prepoznajo vsi samomorilno ogroženih pacientov in se distancirajo od njih. V povprečju želijo več znanja na tem področju. Omejitvi, ki smo jih imeli, sta: izbira vzorca (zgolj zaposleni v zdravstveni negi) in majhen vzorec. Priporočamo, da bi se zaposleni v zdravstveni negi izobraževali tudi na področju obravnave pacienta po poskusu samomora in samomorilno ogroženega pacienta, s čimer bi zagotovili bolj kakovostno obravnavo pacientov. Poleg tega predlagamo, da bi se podobne raziskave izvedle tudi na drugih oddelkih in v bolnišnicah ter drugih zdravstvenih ustanovah, saj bi s tem ugotovili, kakšno je stanje izobraženosti zaposlenih v zdravstveni negi glede zagotavljanja varnosti pacientom, ki so samomorilni. Hkrati bi ugotovili, ali prepoznajo dejavnike tveganja za samomor in načine, kako posredovati ob samomorilnem pacientu. Zdravstvena nega je namreč dejavnost, ki zagotavlja 24-urno prisotnost ob pacientu, zato je znanje izvajalcev zdravstvene nege pomembno. Dobro bi bilo, da bi raziskali tudi zmožnost prepoznavanja ogroženosti za samomor med širšo populacijo ljudi. Samomor in poskus samomora sta namreč še vedno tabu tema, ki vzbuja strah in nelagodje.

5 LITERATURA

Bregar B. Primarno zdravstvo in ukrepi za zmanjšanje stopnje samomorilnosti: [seminarska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2012a.

Bregar B. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzor Zdr N.* 2012b;46(1):67–74.

Bregar B, Možgan B. Posebni varovalni ukrepi – primerjava s tujino. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo, 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: 13–21.

Captain C. Is your patient a suicide risk? *Nursing.* 2006;36(8):43–7.

Carlén P, Bengtsson A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *Int J Ment Health Nurs.* 2007;16(4):257–65.

Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can J Psychiatry.* 2011;56(10):621–9.

Dervarič T. Komunikacija pri samomorilno ogroženih pacientih: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2011: 58.

Durkheim E. Samomor-prepoved incidenta in njeni izviri. Ljubljana: ŠKUC, Filozofska fakulteta Ljubljana; 1992:17.

Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):703–9.

Gemma J, Gabrilovic Jankovic J, Maccabe R, Becktas C, Priebe S. Treating suicidal patients in an acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care. *JMH*. 2008;17(4):375–87.

Gibbons RD, Mann JJ. Strategies for quantifying the relationship between medications and suicidal behaviour: what has been learned? *Drug Saf*. 2011;34(5): 375–95.

Groleger U. Samomorilno vedenje. In: Kobentar R, Pregelj P, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, d. o. o. ; 2009: 298-300.

Guptill J. After an attempt: caring for the suicidal patient on the medical-surgical unit. *Medsurg Nurs*. 2011;20(4):163–7.

Hermanns MS, Russell-Broadus CA. "But I'm not a psych nurse"! RN. 2006;69(12):28–31.

Kiselak A. Samomorilnost pri starejših v Podravski regiji: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2012: 20–3, 27–8, 62.

Klančnik Gruden M, Bregar B, Peternelj A, Marinšek N. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Krysinska K, Lester D, Martin G. Suicidal behavior after a traumatic event. *J Trauma Nurs*. 2009;16(2):103–10.

Kusić Z. Posebni varovalni ukrepi v psihiatrični zdravstveni negi. In: Petkovšek - Gregorin R, ed. *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega*, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev

medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti; 2010: 40–51.

Lake CR. How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part II: a course in ultra-brief initial diagnostic screening suitable for future primary care physicians. *Behav Med.* 2008;34(3):101–16.

Letovšek F. Sociološki vidiki samomorilnosti na Slovenskem: [doktorska dizertacija]. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2000: 15.

Lombar R, Omersa D, Šern M, Šuštar A, Jerman A, Korošec N, et al. Samomorilno vedenje: [seminarska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2009. Dostopno na: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/b8aacfd7664fa1bcce28f944bfbcb49.pdf> (10. 4. 2012).

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.

McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clin Proc.* 2011;86(8):792–800.

Miers D, Abbott D, Springer RP. Phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager. *Death Studies.* 2012;36(2):118–33.

Milčinski L. Milovanovičev poskus psihosocialne opredelitve samomora. In: Milčinski L., ed. *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985: 116-17.

Sauer A. Samomorilno ogroženi pacient in vloga zdravstvene nege: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2011: 1, 3, 14, 79–81.

Statistični urad Republike Slovenije. Svetovni dan preprečevanja samomora 2010. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3380 (10. 4. 2012).

Sun F K, Long A, Boore J, Tsao L-I. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. JAN. 2006;53(6): 680–90.

Tzeng WC, Yang CI, Tzeng NS, Ma HS, Chen L. The inner door: toward an understanding of suicidal patients. J Clin Nurs. 2010;19(9–10):1396–404.

Univerzitetni klinični center Ljubljana. Center za zastrupitve – Dejavnost. Dostopno na: http://www4.kclj.si/index.php?t_id=20&id=20&0=3&! =2 (10. 4. 2012).

WebMD. Medical Dictionary. Risk factor. Dostopno na: <http://dictionary.webmd.com/terms/risk-factor> (21. 1. 2013).

World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (30. 5. 2012).

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

Žmitek A. Samomorilnost-klinični vidik.1998; 20, 22-23. Dostopno na: <http://www.pb-begunje.si/Osnova/stran.php?tid=271> (11. 05. 2013).

VIRI:

Center za zastrupitve. Podatki o številu sprejetih pacientov na oddelek Center za zastrupitve od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2011 [interno gradivo]. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2012.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Sem Mateja Zupanc, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela želim z anketo odkriti vaše izkušnje z obravnavo pacientov po poskusu samomora, zagotavljanjem varnosti in s prepoznavanjem ogroženosti za poskus samomora ter kako preprečujete samomore.

Anketa je anonimna, sodelovanje v anketi je prostovoljno. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela. Na vprašanja, pri katerih imate podane odgovore, odgovarjate z obkrožitvijo ustreznega odgovora. Vprašalnik med drugim vsebuje tudi različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo vašega strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Zadnja vprašanja so namenjena izražanju vašega menja po lastni presoji.

Najlepše se vam zahvaljujem za vložen trud in čas, ki ste ga porabili pri reševanju ankete.

S spoštovanjem

Mateja Zupanc

Demografski podatki o anketirancu

Obkrožite ustrezen odgovor.

1. Spol:

- a) ženski
- b) moški

2. Starost:

- a) 19–29 let
- b) 30–39 let
- c) 40–49 let
- d) nad 49 let

3. Izobrazba:

- a) srednješolska izobrazba
- b) visokošolska izobrazba
- c) univerzitetna izobrazba
- d) podiplomska izobrazba

4. Kako dolgo že delate v zdravstvu?

- a) 1–5 let
- b) 6–15 let
- c) 16–25 let
- d) nad 26 let

I. Izkušnje s samomorilnimi pacienti

1. Kolikokrat na leto obravnavate samomorilnega pacienta?

- a) 1–5
- b) 6–10
- c) 11–20
- d) 21 ali več

2. Ali ste se v zadnjih treh letih udeležili organiziranega izobraževanja na temo samomorov ali zastrupitev?

- a) Da.
- b) Ne.

3. Ali menite, da imate dovolj znanja in izkušenj za izvajanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave samomorilno ogroženega pacienta?

- a) Da.
- b) Ne.

4. Ali je kateri pacient v preteklem letu med vašo izmeno poskušal narediti samomor?

- a) Da.
- b) Ne.

II. Trditve o obravnavi in zagotavljanju varnosti samomorilnega pacienta

Ovrednotite spodnje trditve.

Obkrožite:

1 – popolnoma se ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – delno se strinjam

4 – se strinjam

5 – popolnoma se strinjam

	Trditve	
1.	Prepoznavanje dejavnikov tveganja za samomorilnost je pomembno.	1 2 3 4 5
2.	Pomembno je, da se zdravnik pogovori s pacientom.	1 2 3 4 5
3.	Pomembno je, da medicinska sestra dovolj časa posveti pacientu.	1 2 3 4 5
4.	Samomorilni pacienti imajo predhodno znane psihiatrične bolezni.	1 2 3 4 5
5.	Samomorilno ogroženi pacienti potrebujejo pogostejši nadzor.	1 2 3 4 5
6.	Pacient po poskusu samomora lahko ima pri sebi razne predmete, ki bi mu lahko omogočili ponovni poskus samomora.	1 2 3 4 5
7.	Pacienta po poskusu samomora ne smemo pustiti samega na sprehod brez zdravnikove odobritve.	1 2 3 4 5
8.	Pacient po poskusu samomora nikoli noče govoriti o tem, zakaj je poskušal narediti samomor.	1 2 3 4 5
9.	Samomorilni pacient potrebuje pogovor.	1 2 3 4 5
10.	Pacient po poskusu samomora potrebuje psihiatrično obravnavo.	1 2 3 4 5

se nadaljuje

nadaljevanje

	Trditve	
11.	V zdravljenje moramo vključiti tudi njegove bližnje sorodnike in partnerje.	1 2 3 4 5
12.	Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi, je potrebno nadzorovati jemanje zdravil.	1 2 3 4 5
13.	Pomembno je, da izvajamo različne stopnje nadzora.	1 2 3 4 5
14.	Pacient ima pravico izraziti željo glede obiskov.	1 2 3 4 5
15.	Zelo težko je zagotoviti intimnost pri obravnavi samomorilnega pacienta.	1 2 3 4 5
16.	Pacient po poskusu samomora mora biti obravnavan dostojanstveno.	1 2 3 4 5
17.	Spraševanje ali pogovor o samomoru bosta posameznika, ki je samomorilno ogrožen, napeljala k samomoru.	1 2 3 4 5
18.	Tisti, ki grozijo s samomorom, ga ne bodo zares storili.	1 2 3 4 5
19.	Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti.	1 2 3 4 5
20.	Če je posameznik enkrat samomorilen, tak za vedno ostane.	1 2 3 4 5
21.	Samomor je povsem nepričakovano dejanje.	1 2 3 4 5
22.	Če se posamezniku po daljšem obdobju depresivnosti naenkrat stanje izboljša, ni več v nevarnosti.	1 2 3 4 5
23.	Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom.	1 2 3 4 5

Kateri so znaki ogroženosti za samomor?

Kakšne so vaše izkušnje s pacienti po poskusu samomora?

Če bi lahko, kaj bi naredili, da bi bila obravnava takega pacienta boljša?
