



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POGLED ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI
NA AGRESIVNO VEDENJE STANOVALCEV
DOMA STAREJŠIH**

**AGGRESSIVE BEHAVIOUR AMONG NURSING
HOME RESIDENTS: CAREGIVERS'
PERSPECTIVES**

Mentorica: dr. Radojka Kobentar viš. pred. Kandidatka: Anita Ključanin

Jesenice, april 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici dr. Radojki Kobentar, viš. pred. za pomoč, vodenje in potrpežljivost med pisanjem diplomskega dela in za vse spodbudne besede, s katerimi me je vodila tudi v trenutkih, ko sem se znašla pred ovirami.

Zahvaljujem se mag. Branetu Bregarju, viš. pred. in doc. dr. Ireni Grmek Košnik za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se zaposlenim Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice in Domu starejših Viharnik Kranjska Gora za sodelovanje pri raziskavi.

Posebna zahvala pa gre moji mami in hčerki za vso podporo in spodbudo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Agresivno vedenje stanovalcev v domovih za starejše je problem, katerega je potrebno preučiti. Za doseg kakovostne zdravstvene nege in oskrbe je pomembno, da zaposleni pravočasno zaznajo agresivnega stanovalca, poiščejo vzrok za agresivno vedenje in pravilno ukrepajo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kako pogosto zaposleni zaznavajo agresivno vedenje starostnika, kaj je vzrok za pojav agresivnega vedenja, kakšne so razlike zaznavanja agresivnega vedenja glede na nastanitev stanovalcev na vitalnem, negovalnem in varovanem oddelku ter razlike v zaznavanju in obravnavi agresivnega stanovalca glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih.

Metoda: V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda dela z uporabo vprašalnika POPAS – Perception of Prevalence of Aggression Scale, namenjen zaposlenim v zdravstveni negi in oskrbi v Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice in v Domu upokojencev Viharnik Kranjska Gora. S testom ANOVA za neodvisne vzorce smo preverili ali obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi z nižjo strokovno izobrazbo (gospodinje, bolničarji/negovalci) in srednjo strokovno izobrazbo (tehniko zdravstvene nege) ter ali obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi na negovalnem, vitalnem ali varovanem oddelku. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS, verzija 20.0 in Microsoft Excel.

Rezultati: Najpogostejša oblika agresije, s katero se srečujejo zaposleni v domovih za starejše, je verbalna agresija stanovalcev brez resne ogroženosti, najmanj zastopana oblika agresije pa je seksualni napad. Najpogostejši vzrok za agresivno vedenje stanovalcev po mnenju anketirancev je izvajanje oskrbe proti volji stanovalca, temu sledi sprememba okolja in demenca ali druge kognitivne motnje. Statistično pomembna razlika v zaznavanju agresivnega vedenja glede na izobrazbo zaposlenih ne nastopi pri nobeni izmed vedenjskih oblik. Medtem ko statistično pomembne razlike nastopijo pri zaznavanju agresivnega vedenja stanovalcev glede na njihovo nastanitev (negovalni, vitalni in varovani oddelek). Statistično pomembne razlike ($p < 0,05$) so nastopile pri sedmih primerih vrste agresije, in sicer pri trditvah: ponižujoče agresivno vedenje ($p = 0,001$), grožnje s fizičnim napadom ($p = 0,000$), uničevalno agresivno vedenje ($p = 0,000$), zmerni telesni napad ($p = 0,000$), zmerna agresivnost

stanovalcev usmerjena v sebe ($p=0,004$), težja agresivnost stanovalcev zoper sebe ($p=0,000$) ter seksualno ustrahovanje in nadlegovanje ($p=0,004$).

Razprava: Anketiranci se pogosto srečujejo z agresivnim vedenjem stanovalcev na delovnem mestu. Menijo, da potrebujejo več izobraževanj o zaznavanju in pravilnem ukrepanju ob pojavu agresije. V domovih za starejše nekateri že izvajajo preventivne ukrepe, vendar opozarjajo na premajhno število zaposlenih, da bi lahko izvajali kakovostno zdravstveno nego pri agresivnem stanovalcu.

Ključne besede: agresivnost, agresivno vedenje, zdravstvene nega, starostnik, dom starejših občanov.

SUMMARY

Theoretical basic: Aggressive behavior of residents in nursing homes is a problem which has to be examined. To achieve quality health care, it is important that employees timely detect aggressive resident, find the cause of aggressive behavior and act appropriately.

Aims: The aim of the thesis was to determine how often employees perceive the aggressive behavior of the elderly, what is the reason for the occurrence of aggressive behavior, what are the differences of perception of aggressive behavior in relation to the accommodation of residents in the vital, nourishing and secure department and the differences in the perception and treatment of aggressive resident regardless the level of education of employees.

Methods: The study used descriptive method of work by using a questionnaire POPAS- Perception of Prevalence of Aggression Scale, dedicated employees in nursing and care in Retirement home dr. France Bergelj Jesenice and Retirement home Viharnik Kranjska Gora. The ANOVA test for independent samples, was checked whether there is a statistically significant difference between employees with lower professional education (housewives, paramedics/nurses) and secondary professional education (nursing technicians) and whether there is a statistically significant difference between employees in nursing, vital or the buffer section. For the analysis of the results was used program SPSS, version 20.0 and using Microsoft Excel.

Results: The most common form of aggression faced by employees in nursing homes, is verbal aggression of residents without serious danger, the least represented form of aggression is sexual assault. The most common cause of aggressive behavior of residents, according to respondents, is the provision of care against the will of the resident, followed by environmental changes and dementia or other cognitive disorders. A statistically significant difference in the perception of aggressive behavior in relation to the education of employees, does not appear in any of the behaviors. While statistically significant differences occur in detecting aggressive behavior of residents, regardless of their accommodation (care, vital and buffer section). Statistically significant differences ($p < 0.05$) occurred in seven cases of the type of aggression, namely the contention that: humiliating aggressive behavior ($p = 0.001$), threats of physical attacks ($p = 0.000$), destructive aggressive behavior ($p = 0.000$), moderate physical assault ($p = 0.000$), moderate aggression directed at residents themselves ($p = 0.004$),

serious aggression against the residents themselves ($p=0.000$) and sexual bullying and harassment ($p = 0.004$).

Discussion: Respondents are often confronted with aggressive behavior of residents in the workplace. They feel that they need more training on detection and proper response to the occurrence of aggression. In nursing homes, some already implemented preventive measures, but they warn of an insufficient number of employees in order to enable quality health care in an aggressive resident.

Keywords: aggression, aggressive behavior, health care, elderly, homes for the elderly.

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
	2.1 POJMOVANJA AGRESIVNOSTI	3
	2.1.1 Oblike in smeri agresivnega vedenja	4
	2.1.2 Verbalna ali besedna agresija	5
	2.1.3 Fizična agresija	5
	2.1.4 Instiktivna teorija agresivnosti.....	6
	2.1.5 Agresija kot odgovor na frustracije	7
	2.1.6 Naučeno agresivno vedenje	7
	2.2 OBRAVNAVA AGRESIVNEGA VEDENJA V DOMOVIH ZA STAREJŠE	8
	2.2.1 Institucionalno varstvo.....	8
	2.2.2 Zaznavanje in pogostost agresivnega vedenja v institucionalnem varstvu	9
	2.2.3 Vzroki za pojav agresivnega vedenja pri starostniku	9
	2.2.4 Ukrepi in občutki zaposlenih ob agresivnem vedenju stanovalcev	12
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 merskega instrumenta.....	17
	3.3.3 Opis vzorca	18
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov.....	19
	3.4 REZULTATI	20
	3.5 RAZPRAVA	29
4	ZAKLJUČEK.....	33
5	LITERATURA.....	34
6	PRILOGE	40
	6.1 INSTRUMENT.....	40

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n=67).....	19
Tabela 2: Pogostost doživetja ene ali več oblik vedenja s strani stanovalcev v zadnjem letu .	21
Tabela 3: Vzroki za agresivno vedenje stanovalcev (n = 66)	23
Tabela 4: Načrtovani in izvedeni preventivni ukrepi zaposlenih za zmanjšanje agresivnega vedenja	24
Tabela 5: Primerjava razlik zaznavanja vrste agresivnega vedenja stanovalcev glede na njihovo nastanitev na negovalnem, vitalnem in varovalnem oddelku	26
Tabela 6: Primerjava razlik zaznavanja vrste agresivnega vedenja stanovalcev glede na izobrazbo zaposlenih.....	27

KAZALO SLIK

Slika 1: Shematski prikaz usmerjenosti agresije	4
Slika 2: Ali ste že bili na izobraževanju iz agresivnosti?	29

1 UVOD

Agresija ima številne definicije. Starejše definicije označijo agresijo kot fizično ali besedno vedenje, ki ima namen povzročanja fizične ali psihične škode. Ena izmed njih navaja: »agresija je opredeljena kot verbalni ali fizični napad na drugo živo bitje ali predmete, agresivnost pa pomeni, da je nekdo v pripravljenost biti agresiven« (Kompore et al., 2011, str. 282). V ožjem smislu agresivnost vključuje namerno poškodovanje ali uničenje in je združena z negativnimi čustvi, kot so jeza, strah, obup, bes in sovražnost. V širšem pomenu agresija pomeni vsak aktiven pristop, kar pove že sam izvor pojma v latinskem jeziku »ag-gredior«, ki pomeni pristopiti, približevati se, začeti in tudi napasti (prav tam).

Agresija in nasilje v zdravstvu in zdravstveni negi je prisotno v Sloveniji in drugod po svetu. Agresivno vedenje je emocija, kateri morajo zaposleni nameniti veliko pozornosti (Kores Plesničar, 2006). Vsak, ki opravlja delo z ljudmi, kjer lahko pride do nestrpnosti in nesoglasij ter različnih mnenj, je lahko izpostavljen nasilju in agresiji (Košir, 2012). Zaposleni v zdravstvu se z agresijo najpogosteje srečujejo v psihiatričnih ustanovah in urgentnih ambulantah, na tretjem mestu so domovi za starejše (Camerino et al., 2008). Ob koncu 20. stoletja so začeli raziskovati agresijo in druge destruktivne odnose na delovnem mestu. Začeli so ugotavljati vpliv na zdravje zaposlenih pri pojavljanju nasilja ter pogostost teh pojavov. (Winstanley, Whittington, 2004 povz. po Košir, 2012). Agresivno vedenje stanovalcev ogroža varnost zaposlenih v delovnem okolju in je povezano z negativnimi posledicami, kot so stres, izgorevanje ter obstanek na delovnem mestu (Nakahira et al., 2008).

Ravnanje zaposlenih v zdravstveni negi je usmerjeno v preventivo in s tem pravočasno odkrivanje agresivnosti. Da bi le to dosegli, je potrebno znanje o dejavnikih tveganja za agresivno vedenje. Ob pojavu pa je potrebno ustrezno ukrepanje (Duxbury, Whittington, 2005).

V diplomskem delu želimo ugotoviti, kakšen pogled imajo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi na pojav agresivnega vedenja stanovalcev v domovih za starejše dr. Franceta Bergelja Jesenice in Viharnik Kranjska Gora. Agresivnost stanovalcev predstavlja obremenitev zaposlenih, zato je pomembno, da se seznanimo, s katero vrsto agresivnega vedenja se najpogosteje soočajo, kakšen je vzrok za pojav, ter kako ravnati ob pojavu agresivnega vedenja in s tem poskušati izboljšati kakovost zdravstvene nege in oskrbe.

2 TEORETIČNI DEL

Delo zdravstvenih delavcev je zelo humano, strokovno in vsak si želi po najboljših močeh pomagati drugi osebi. Vendar je v zdravstveni negi prisotno tudi nasilje in agresija usmerjena v zaposlene. Ves čas, od kar obstajajo ljudje in življenje na svetu, se živa bitja srečujejo z nasiljem in različnimi oblikami agresije (Babnik, Štemberger Kolnik, Kopač, 2012).

2.1 POJMOVANJA AGRESIVNOSTI

Agresivnost je eden najbolj nejasnih in protislovnih pojmov, saj ga ne srečujemo samo v zdravstvu, temveč tudi v drugih poklicih. »V najširšem pomenu je agresivnost vsak aktivni pristop k okolju, ki zajema vse oblike gibanja, tudi iztegnitev rok, grizenje hrane ter izražanje nekaterih čustev kot so bes, jeza in tudi telesno nasilje nad drugimi« (Zupančič, 2009, str. 8).

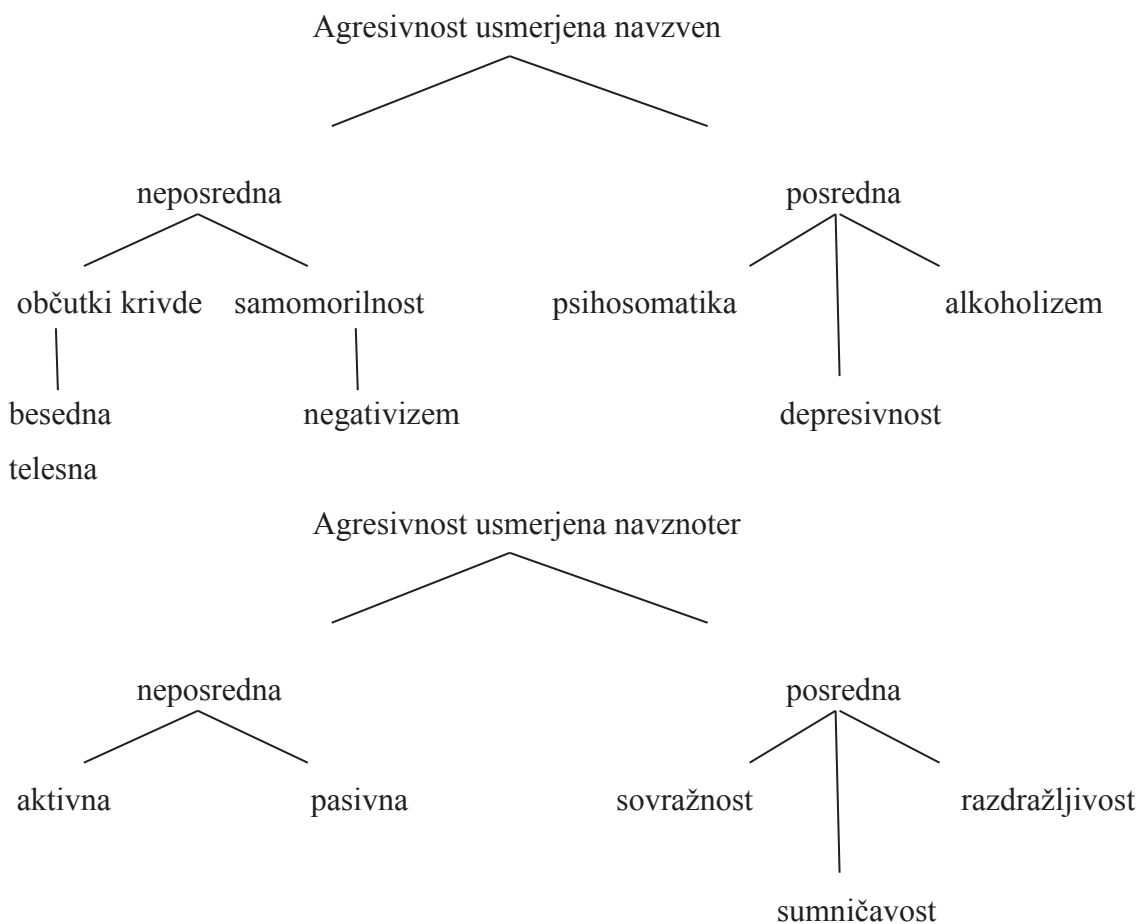
V definicijah se istočasno pojavljata dva pojma: agresija in nasilnost, pri čemer sama pojma znotraj definicije nista vedno razmejena in pojasnjena, kot da bi bili sopomenki. Definicija nasilja se opisuje kot simptom agresivnih in sovražnih dejavnosti posameznih skupin in njihovih članov in je ena od oblik izražanja agresije in sovraštva (Lamovec, 1978 povz. po Kočever, 2005). »Agresija je katera koli oblika vedenja, katere namen je nekomu škodovati. Je napadalni proces, v katerem prevladuje premoč nad nekom. Temeljna razlika med agresijo in nasiljem je v tem, da se agresija ne konča vedno z nasiljem« (Močnik, 2009, str. 18). Potrebno je ločiti fizično agresijo, grožnje, žaljenje in socialno agresijo kot širjenje govoric, izključevanje iz družbe in manipuliranje z odnosi. »Čeprav je več vrst pojmovanja agresivnosti je skupno, da je agresija različno vedenje, ki jo izzove strah, jeza ali frustracija, želja, da bi pri drugih sprožili strah, umik ali želja, da bi v ospredje postavili svoje ideje in interese« (Reber, 1978 povz. po Kompare et al., 2011, str. 283). Agresivnost je pri človeku integrirana v celotno osebnost. Agresivnost

je družbeni in zdravstveni problem, ki ga je potrebno pravilno razumeti, ter se z njim pravilno spopasti, saj lahko začne delovati destruktivno (Kores Plesničar, 2011).

2.1.1 Oblike in smeri agresivnega vedenja

Poznamo več vrst in oblik agresivnosti. Razlikujemo lahko:

- verbalno ali besedno agresijo; žaljenje, grožnje, vpitje, neprimerne opazke, šale ali pripombe;
- fizično agresijo; poškodovanje, napadanje, praskanje, potiskanje, pljuvanje;
- agresijo usmerjeno navzven; proti drugim ljudem;
- agresijo usmerjeno proti sebi; samomorilnost, samopoškodbe (Andrejek Grabar, 2009).



Slika 1: Shematski prikaz usmerjenosti agresije
Vir: Lamovec (1978 povz. po Kočevar, 2005, str. 8)

Agresija ima običajno negativen pomen, vendar ima lahko tudi pozitivne učinke. Usmerjena je lahko v spreminjanje neke negativne situacije, ki nam ni všeč. Največkrat je to lahko posledica nekega čustva, ki je v nasprotju naših želja ali strahu kadar se počutimo ogrožene (Kompore et al., 2011).

2.1.2 Verbalna ali besedna agresija

Verbalna agresija je usmerjena v negativni odnos do druge osebe, ki se izraža v načinu ali vsebini govora. Govor agresivne osebe je lahko kričav ali prepirljiv, vsebina pa vključuje preklinjanje, grožnje ter pretirano kritičnost (Lamovec, 1978 povz. po Kočevar, 2005). Pri verbalni agresiji so povezana čustva, kot so strah, jeza, razdražljivost, maščevalnost in se izražajo tudi z izrazom obraza, telesa in mimiko (Močnik, 2009).

Lachs in sodelavci (2012) so opravili raziskavo v petih velikih domovih za starejše, ki so bili naključno izbrani v dveh regijah New Yorka. Navajajo, da je bila najbolj pogosta verbalna agresija stanovalcev. Zaposleni so opisali več različnih vrst verbalne agresije, najpogosteje pa so poročali o kričanju stanovalcev in slabe, neprimerne besede namenjene zaposlenim. Zeller in sodelavci (2012) so opravili raziskavo v 21 različnih domovih za starejše, kjer je bila v obdobju enega leta zelo visoka stopnja agresivnega vedenja stanovalcev namenjen zaposlenim.

2.1.3 Fizična agresija

Fizično agresijo imenujemo takrat, ko se uporablja fizična sila ali se grozi z uporabo fizične sile. Usmerjeno je v človekovo telo, lahko povzroči telesne poškodbe, fizične bolečine in tudi ogrozi življenje. Med fizično agresijo štejemo porivanje, brcanje, praskanje, klofutanje, ščipanje, suvanje, stresanje, udarjanje s pestmi, pretepanje (Močnik, 2009). Fizična agresija je navadno v povezavi z verbalno in ima cilj fizično poškodovati osebo ali predmet (Lapanja, 2010). Fizična agresija je lahko usmerjena

proti samemu sebi, ko govorimo o samomoru, samopoškodbi. Nekateri avtorji razdelijo agresijo usmerjeno proti sebi na posredno in neposredno. Neposredna agresija nastane ob občutku krivde in takrat, ko govorimo o samomoru. Posredna oblika agresija pa je povezana s psihosomatiko, depresivnostjo, alkoholizmom in zlorabo drog (Kompore et al., 2011).

V slovenskem prostoru so zaposleni v zdravstveni negi bolj izpostavljeni verbalni kot fizični agresiji (Babnik, Štemberger Kolnik, Kopač, 2012). V raziskavi po domovih v New Yorku so zaposleni navedli, da stanovalci najpogosteje udarjajo z rokami (3,9%) in brcajo z nogami (2,6%) (Lachs et al., 2012).

O izvoru človeške agresivnosti poznamo več teorij, ki jih lahko razvrstimo v tri večje skupine, in sicer:

- instinktivno teorijo agresivnosti,
- agresija kot odgovor na frustracije,
- naučeno agresivno vedenje.

2.1.4 Instinktivna teorija agresivnosti

Freud razlaga agresivnost prek delovanja dveh instinktov, in sicer življenja (Eros) in smrti (Thanatos). Freud je svojo teorijo opisal z besedami: »Začeni z domnevami o začetku življenja in iz bioloških vzporednic sem ugotovil, da mora poleg gona po ohranitvi žive materije obstajati še en, nasprotni gon, ki poskuša razgraditi te enote in jih pripeljati nazaj v njihovo prvotno, neorgansko stanje« (Freud 1930 cit. po Fromm, 2013, str. 36). To se pravi, da poleg erosa obstaja tudi gon smrti ali thanatos. Freud oblikuje teorijo dveh gonov, povezuje tudi seksualno energijo in samoohranitveno energijo s seksualnostjo in slo po življenju, agresivnost pa vidi kot samodestruktivno slo po smrti (tanatos). Menil je, da je s stališča gona smrti, agresivnost prirojena značilnost in neprestano prisoten vzgib pri človeku (Kompore et al., 2011).

2.1.5 Agresija kot odgovor na frustracije

Socialni psihologi John Dolard in njegovi sodelavci iz univerze Yale so razumeli agresivno vedenje kot posledico frustracij, kadar je človeku zaprta pot do želenega cilja (Kompore et al., 2011). »Frustracij ne določa samo frustracijska situacija ali psihološki pritisk na človeka, ampak tudi psihični odziv na izpostavljenost oviram, ogrožanju in pritisku. O frustraciji govorimo takrat, ko določena situacija pri človeku povzroči napetost in neugodje« (Fromm, 2013, str. 38). Agresija ni vedno usmerjena k izvoru frustracije, ampak takrat, ko se oceni, da je izvor premočan, se preusmeri agresija v nadomestni objekt (Kompore et al., 2011). Berkovitz pa med frustracijo in agresijo vključi še dejavnik sprožilni dražljaj, ki pri posamezniku izzove frustracija določeno vznurjenje, napetost, jezo, ki pripelje do notranje pripravljenosti na agresivno obnašanje. Vendar pa se ta pripravljenost uresniči takrat, če celotna situacija vsebuje sprožilne dražljaje, ki imajo agresivni pomen (Fromm, 2013). Vse frustracije ne vodijo vedno v agresivnost, saj se ljudje na frustracije pogosto odzovejo na kakšne druge načine kot na primer s pasivnostjo in ne z agresivnostjo. Kritiki prav tako poudarjajo, da se agresivno vedenje pogosto pojavi kot odgovor na agresivnost (Kompore et al., 2014).

2.1.6 Naučeno agresivno vedenje

»Po mnenju Bandure je najpomembnejša vrsta socialnega učenja agresije socialno modeliranje. To pomeni, da nekdo opazuje druge osebe pri agresivnem vedenju in si zapomnijo posledice le tega. Če so posledice pozitivne, jim je lahko vzor za posnemanje« (Bučar-Ručman, 2004 povz. po Žalig, 2011, str. 13). S tem lahko dobijo tudi občutek pripadnosti. Ljudje se lahko vedejo agresivno zaradi različnih vzrokov. Agresivnosti se lahko naučijo iz izkušenj iz preteklosti in so bili celo nagrajeni za agresivne reakcije, lahko pa jih tudi okolica neposredno vspodbuja k agresivnosti (prav tam).

2.2 OBRAVNAVA AGRESIVNEGA VEDENJA V DOMOVIH ZA STAREJŠE

Odločitev za premestitev v dom za starejše je težka tako za starostnika kot za njegove svojce. Kadar so potrebe po pomoči večje in zahtevnejše, navadno svojci starostnika premestijo v institucionalno varstvo, kjer je zagotovljena celovita, strokovna in kakovostna zdravstvena nega in oskrba. Preselitev starostnika v dom za starejše pogosto povzroči občutek strahu, negotovosti, žalosti in pomeni veliko stisko, saj starostnik najraje živi v svojem domačem okolju, v katerem se počuti varnega. (Fink, Jelen Jurič, Kolar, 2012). Ob premestitvi v institucionalno varstvo starostniki spoznajo nove ljudi in se vključujejo v nov način življenja. Vse to lahko povzroča strah in skrb, kako se bo starostnik razumel s sostanovalci. Zaradi spremembe okolja se lahko agresivno odzovejo na določene situacije (Močnik, 2009).

2.2.1 Institucionalno varstvo

Institucionalno varstvo obsega osnovno oskrbo, socialno oskrbo in zdravstveno nego. Je oblika obravnave v zavodu, ki upravičencem nadomešča ali dopolnjuje vlogo doma in lastne družine (Fink, Jelen Jurič, Kolar, 2012).

»Dom za starejše ljudi je institucija. Vsaka institucija je organiziran sistem napisanih in nenapisanih pravil dnevnega bivanja, ki omogočajo maksimalno prostorsko povezanost (skupna jedilnica, skupni prostori za popoldanski počitek, skupna rekreacija) in določeno stopnjo zasebnosti in samostojnosti« (Hojnik - Zupanc, 1999, cit. po Milavec Kapun, 2011). Mali (2008) meni, da je veliko domov zaradi svoje tipične gradnje podobni bolnišnicam. Za starostnika je to lahko zavajajoče, saj so prostori več funkcionalni in ne vedo, kakšno vedenje je v njih primerno. Domovi, ki so socialno usmerjeni so prilagojeni za bivanje vsakemu posamezniku, saj odločajo o videzu sobe in opreми.

Ob začetku leta 2013 je bilo v Sloveniji na voljo 20.077 mest v 99 domovih in posebnih zavodih na 122 lokacijah. Osnovne storitve, ki ji morajo domovi zagotavljati:

- bivanje v eno-, dvo- ali več posteljnih sobah;
- vzdrževanje in čiščenje prostorov in perila;
- ustrezno prehrano;
- osebno pomoč, socialno oskrbo ter varstvo;
- zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo;
- osnovno zdravstveno in specialistično konziliarno dejavnost, ki jo v domovih izvajajo zdravstveni domovi ali zasebni zdravnik (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

2.2.2 Zaznavanje in pogostost agresivnega vedenja v institucionalnem varstvu

Zeller in Hahn (2009) sta pri pregledu 21 člankov (10 iz Severne Amerike, 10 iz Evrope in enega iz Japonske) objavljenih med letoma 1996 in 2006, ugotovila, da se stopnja razširjenosti agresivnega vedenja stanovalcev do zaposlenih v domovih precej razlikuje. Najbolj pogosto se v domovih za starejše pojavlja verbalna agresija, vendar pa se velikokrat pojavi tudi fizična agresija.

Lachs in sodelavci (2012) so v svoji raziskavi poročali, da je najpogostejše mesto agresivnega vedenja v stanovalčevi sobi. Najpogosteje pa se pojavlja v dopoldanskem času, in sicer med izvajanjem jutranje nege vključno s kopanjem, prhanjem, oblačenjem in ustni higieni. Najbolj pogost dejavnik za sprožitev agresivnega vedenja je opredeljen kot vstop zaposlenih v njihovo sobo in s tem v njihov prostor, kjer se počutijo varni (Košir, 2012).

2.2.3 Vzroki za pojav agresivnega vedenja pri starostniku

Agresivno vedenje se lahko pojavi tudi kot posledica demence. V starosti nad 65 let zbolijo za demenco 1 – 5% ljudi. S staranjem se pogostost demence veča. V starosti nad

80 let jih ima težje oblike demence že 20%. Statistični urad Republike Slovenije navaja, da je demenca najpogostejša bolezen med duševnimi motnjami starejših oseb. Po ocenah v Sloveniji trpi za demenco okoli 30.000 oseb in številka se vsako leto povečuje. Spremembe v vedenju obolelih z demenco so zelo pogoste. Navadno jih spremljajo spremembe v čustvovanju in navezovanju stikov. »Pri demenci se lahko pojavijo halucinacije in težave z motoriko, agresivnost, vznemirjenost, nespečnost in druge vedenjske motnje. Pogosto se izražajo brez zadržkov, spontano, kar zaposleni lahko doživljajo kot nesramnost, agresivnost, napadalnost« (Mali, Mešel, Rihter, 2011, str. 41). Pri napredovanju bolezni se pojavijo naslednji simptomi: agresivno vedenje, vznemirjenost, socialno neustrezno vedenje, tavanje, neprimerno spolno vedenje, blodnje, tesnoba, halucinacije. Posledice teh so različne in običajno poslabšajo kvaliteto življenja stanovalcev ter povečujejo stres zaposlenih. Vzroki za vznemirjenost stanovalcev z demenco, ki se lahko stopnjujejo v agresivno vedenje so različni in so posledica upada spoznavnih sposobnosti kot so pomanjkljiva orientiranost, napačna interpretacija okoliščin, ne sporazumevanje. Agresija se lahko pojavi tudi kot posledica bolečine, zato je pomembno prepoznavanje pravega vzroka ter pravilno in pravočasno ukrepanje (Kogoj, Vodušek, 2011). Doživljanje bolečine pri osebah z demenco je subjektivno, ko niso zmožni verbalnega komuniciranja in je njihovo izražanje omejeno. Bolečine so prepoznavne po glasnem dihanju, mimiki obraza, nemiru, agresivnosti (Pieper et al., 2011).

Veliko agresivnih dejanj se zgodi pod vplivom nekaterih čustev: strah, sovraštvo, razočaranje, jeza, ljubosumje. Vendar pa čustva niso nujno sprožilci agresivnega vedenja. K agresivnosti lahko privedejo in povečujejo določene okoliščine, ki niso pomensko ali vzročno povezane z agresijo, kot so povišana temperatura, hrup, bolečina. So nespecifične okoliščine, ki skupaj z čustveno napetostjo lahko privedejo do agresivnega vedenja (Klemenc, Pahor, 2004).

Kako agresivno bo nekdo reagiral, ali bo verbalno ali sledi fizična reakcija je tudi odvisna od siceršnje osebnosti in provokativnosti okolja. Agresivno odreagirajo osebe,

ki svojih čustvenih reakcij niso sposobne razumeti. Tako lahko nekdo, ki je na primer epileptik in v času zamračene zavesti in bolezenskega stanja, drugače razume dogajanje v okolju in zaradi občutka ogroženosti agresivno odreagira na določene situacije. Agresivno vedenje lahko izzovejo tudi naslednje okoliščine:

- populacija stanovalcev (če je na oddelku več agresivnih stanovalcev, so medsebojne napetosti pogostejše);
- razmere med številom osebja in stanovalcev (stanovalec ni deležen zadostne pozornosti), pomanjkanje komunikacije, dolgočasje, neustrezni odnosi kot nestrpnost osebja (Balevska, 2014).

Rosen in sodelavci (2008) opišejo nekaj dejavnikov in sprožilcev, ki pripomorejo k nastanku agresivnega vedenja pri stanovalcih. Situacijski vzroki in sprožilci:

- tavanje v zasebni prostor ali sobo drugega stanovalca,
- nestrpnost,
- poskusi družabnega nadzora,
- težave in različno mnenje s sostanovalcem,
- glasen sostanovalec, hrup,
- sprememba okolja.

Drugi vzroki in sprožilci:

- slabše kognitivne funkcije,
- komunikacijske težave,
- osamljenost in občutek zapuščenosti,
- psihiatrične bolezni, alkoholizem, zloraba zdravil (Rosen et al., 2008).

Pomembno je prepoznavanje vzroka agresivnosti. Kadar je mogoče, odstranimo vzrok ali se situacijam, ki povzročajo agresivnost, raje izognemo. Napetost lahko zmanjša umirjen pristop. Nekateri stanovalci telesni dotik lahko še bolj vznemiri ali pa deluje sproščujoče. Zelo pomembna je drža zaposlenih in nebesedno sporočanje, saj ga

stanovalec lahko doživlja kot ogrožajočega (Kogoj, Vodušek, 2011). Opozorilni znaki agresivnega vedenja:

- živčni gibi in geste, neprestana hoja,
- tesno približevanje k drugi osebi,
- zvišan ton glasu,
- premikanje pohištva in udarci v prsni koš,
- neprimeren smeh,
- pretiran sarkazem,
- nenaden premor dejavnosti, ki mu sledi obdobje agitacije. Tak premor lahko pomeni, da oseba načrtuje agresivno vedenje (Stathopoulou, 2007).

2.2.4 Ukrepi in občutki zaposlenih ob agresivnem vedenju stanovalcev

Zaposleni pogosto ne vedo, kako reagirati, ko nekdo ogroža lastno varnost, varnost drugih in zaposlenih. Ukrepi ob pojavu agresivnega vedenja:

- zaposleni morajo odreagirati takoj;
- osebi se približa na ne ogrožajoč način, dovoli se mu fizični prostor, izogibati se je potrebno položaju z rokami na pasu, s stisnjenimi pestmi ali prekrizanimi rokami;
- če se zaposleni odzivajo čustveno, lahko oseba postane izgubljena, ker je medicinska sestra zaposlena z lastnimi potrebami in mu ne namenja dovolj pozornosti;
- zaposleni morajo biti odločni, razumevajoči in ne smejo kazati strahu;
- vzdržati se je potrebno dokazovanja, ker to povzroči povečanje agresivnega vedenja;
- potrebna je vztrajnost pri uveljavljanju pravil: potrebno je razložiti, da zaposleni ne bo dovolil, da poškoduje sebe ali druge;
- potrebno je odkriti vzrok vznemirjenosti ali agresivnosti;
- poskušati pomagati imenovati občutke in se pogovoriti o težavah, potrebno je dati priložnost, da razloži, kaj ga moti;

- potrebno ga je umirjati, ga podpirati in komunicirati tako, da ne bo izgubil nadzora nad svojim vedenjem;
- potrebno je priskrbeti ustrezno razvedrilo;
- dati občutek, da se sprejema kot posameznik, vendar da se ne odobrava agresivno vedenje;
- potrebno ga je spodbujati, da razume in sprejme odgovornost za svoje vedenje;
- spodbujati je potrebno pozitivno vedenje;
- ustvarjati zaupanje in občutek varnosti ter poudarjati pozitivne lastnosti (prav tam).

»Človeške reakcije na agresivno vedenje so lahko strah, jeza, občutek ponižanja in sramu. Pri izpostavljenosti agresivnemu reagiranju se lahko pri zaposlenih pojavijo ti navedeni občutki, kar vpliva na sposobnost ocene situacije in pravilnega reagiranja« (Štrkalj Ivezič, Mužinič, Gruber, 2010, str. 44). Jansen (2005) navaja dolgoročne in kratkoročne reakcije zaposlenih, ki občutijo različne vrste agresije na delovnem mestu. Kratkoročne reakcije, kot so: jeza, tesnoba, občutek nemoči, apatija, depresija, samoobtoževanje in strah pred drugimi stanovalci. Dolgoročne reakcije: spremembe pri socialnem odnosu s sodelavci, težave z vračanjem na delovno mesto, glavoboli ter telesne napetosti.

Lachs in sodelavci (2012) opozarjajo, da zaposleni v domovih, ki so bili žrtve agresivnega vedenja stanovalcev, ne prijavijo in dokumentirajo dogodka, kadar je to mogoče, celo ignorirajo, ker smatrajo, da je to del njihovega poklica. Nezdostno poročanje o agresivnosti stanovalcev je lahko tudi povezano s strahom zaposlenih na reakcije svojcev stanovalca, svojih nadrejenih in celo možnostjo izgube delovnega mesta.

Da bi poskušali preprečiti ali zmanjšati agresivno vedenje na delovnem mestu, je potrebno agresivnost prepoznati, se nanj pravilno odzvati in ukrepati. Agresijo je potrebno zaznati, opredeliti in poskušati preprečiti, omiliti ter omogočiti ustrezno

pomoč tistim, ki se s tem srečajo (Klemenc, Pahor, 2004). Pri agresivnem vedenju v zdravstveni negi in oskrbi je pomembno kontinuirano spremljanje in dokumentiranje incidentov. S pridobljenimi podatki lahko ob nastopu samega dogodka oblikujemo smernice in ukrepe za delo na področju preventive in kakovostnega delovanja (Lapanja, 2010).

Neprijetne situacije in neželene dogodke lahko omilimo z uporabo deeskalacijskih tehnik. Zaposleni, ki imajo dovolj izkušenj in znanja bi lahko prepoznali potencialno agresivnega stanovalca in bi lahko že s pogovorom preprečili ali ublažili njegovo vedenje (Kovač, 2012).

Stanovalce, ki izražajo agresivno vedenje, ki kažejo strah, se počutijo osamljene in agresijo izražajo preko komunikacije je potrebno obravnavati na različne načine. Zdravstveno nego in obravnavo je potrebno individualno načrtovati, potreben je pogovor s stanovalci ter prisluhniti njihovim zgodbam in pojasnilom, zakaj mislijo, da se včasih odzovejo na agresiven način (Graneheim, Hornsten, Isaksson, 2012).

Agresivno vedenje stanovalca lahko negativno vpliva na kakovost oskrbe in zdravstvene nege ter prav tako na zadovoljstvo in dobro počutje zaposlenih. Ravno zaradi tega so potrebne dodatne študije in raziskave za razumevanje agresivnega vedenja, zakaj in kako se pojavlja ter razvoj preventivnih ukrepov za preprečevanje ali blaženje posledic (Lachs et al., 2012). Za poznavanje dejavnikov tveganja, ki sprožijo agresivno vedenje je pomembno kontinuirano izobraževanje zaposlenih.

Lepping, Needham, Flammer (2009) navajajo načine, ki bi lahko povečali občutek varnosti za zaposlene:

- hitro in ustrezno ukrepanje ob pojavi agresivnega vedenja,
- redno usposabljanje in izobraževanje zaposlenih za izboljšanje zaupanja,
- standardi in smernice za upravljanje agresije,
- ocene tveganja za nastanek agresivnega vedenja,

- uporaba deeskalacijskih tehnik, komunikacijskih spretnosti,
- protokoli ob agresivnem dogodku.

V domovih za starejše se izvaja delo z ljudmi in se je nemogoče izogniti pojavu agresivnega vedenja. Ob ustreznem prepoznavanju in ukrepanju lahko pojave omejimo oziroma zmanjšamo (Kobentar, 2014b). Ob pojavu agresivnega vedenja je pomemben pravilen pristop in osredotočenost na verbalno in neverbalno komunikacijo. Za učinkovito obvladovanje agresivnega vedenja in preprečevanje poškodb mora imeti medicinska sestra multidisciplinarno znanje, temelječe na izkušnjah, tim zdravstvene nege pa mora delovati hitro, usklajeno in strokovno (Lapanja, 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

Ker v diplomski nalogi želimo predstaviti pogled zaposlenih v zdravstveni negi na agresivno vedenje stanovalcev doma starejših, smo se odločili, da bomo to raziskali s pomočjo zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v Domu upokojencev Viharnik Kranjska Gora in Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je prikazati problematiko agresivnega vedenja pri starostnikih v domovih, pomen kakovostne zdravstvene nege in oskrbe ter vlogo zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi. Z raziskavo želimo ugotoviti, kako pogosto zaposleni zaznavajo agresivno vedenje starostnika, kaj je vzrok za pojav agresivnega vedenja, kakšne so razlike zaznavanja agresivnega vedenja glede na nastanitev stanovalcev na vitalnem, negovalnem in varovanem oddelku ter razlike v zaznavanju in obravnavi agresivnega stanovalca glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih.

Cilji diplomskega dela:

1. ugotoviti razloge za pojav in pogostost agresivnega vedenja stanovalcev glede na nastanitev;
2. ugotoviti vrsto agresivnega vedenja stanovalcev, ki je najbolj pogosta;
3. ugotoviti zaznavanje in ukrepe zaposlenih pri agresivnem vedenju stanovalcev.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1: S katero vrsto agresivnega vedenja stanovalcev se najpogosteje srečujejo zaposleni v domovih za starejše?

2: Kakšne so razlike zaznavanja agresivnega vedenja glede na nastanitev stanovalcev v negovalnem oddelku, vitalnem oddelku in varovanem oddelku?

3: Kateri so najpogostejši vzroki za pojav agresivnega vedenja stanovalcev?

4: Kakšne so razlike glede zaznavanja vrste agresivnosti in način ukrepanja pri agresivnem stanovalcu med zaposlenimi z nižjo strokovno izobrazbo (gospodinje, bolničarji/negovalci) in srednjo strokovno izobrazbo (tehniki zdravstvene nege)?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi, kar pomeni, da smo proučevali na nivoju opisnega razlaganja oz. iskanja odgovorov na vprašanja s pomočjo vprašalnika.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalno delo je temeljilo na splošni raziskovalni metodi spoznavnega procesa zbiranja dejstev, podatkov, informacij, definicij. Za potrebe teoretičnega dela na izbrano temo je bila zbrana strokovna literatura, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah s pomočjo virtualne knjižnice Slovenija - COBISS in podatkovnih baz: CINAHL, PubMed, MEDLINE in SpringerLink. Literaturo smo iskali tudi preko spleta, in sicer s pomočjo iskalnika Google. Podatke za raziskovalni del smo zbrali s pomočjo vprašalnika.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskava je bila izvedena na podlagi strukturnega vprašalnika, ki je bil namenjen zaposlenim v zdravstveni negi in oskrbi v Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice in v Domu upokojencev Viharnik Kranjska Gora. Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov. Prvi sklop je namenjen zbiranju demografskih podatkov, kot so spol, starost, čas delovne dobe in dosežena stopnja izobrazbe. Pri drugem sklopu je bil uporabljen vprašalnik, ki je prosto dostopen na spletu: Agresivnost – stališča in izkušnje

zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, POPAS – Perception of Prevalence of Aggression Scale (Oud, 2000). Ta vprašalnik obsega vprašanja od 7 do vključno 22. Anketiranci so v tem sklopu s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice ocenjevali, kako pogosto so doživeli eno ali več oblik vedenja pri stanovalcih. Pri ocenjevanju je ocena 1 pomenila nikoli, 2 redko, 3 včasih, 4 pogosto in 5 zelo pogosto. V tretjem sklopu je podanih 21 vzrokov, ki privedejo do agresivnega vedenja stanovalcev. Anketiranci so označevali, katerih 5 od vseh podanih razlogov za agresivno vedenje stanovalcev je po njihovem mnenju najpogostejši - 1 točko za najmanj pogost vzrok, 2, 3, 4, 5 točk za najpogostejši vzrok. V zadnjem sklopu je podanih 19 trditev glede preventivnih ukrepov za zmanjšanje agresivnega vedenja, kjer so anketiranci označili, če jih izvajajo v njihovi organizaciji in v primeru, da jih, kdo opravlja preventivo. Ta sklop vsebuje tudi odprto vprašanje, kjer so anketiranci lahko dodali svoje mnenje o agresivnosti stanovalcev in obravnavi varnosti. Zanesljivost pridobljenih podatkov je bila izračunana za 16 trditev II. sklopa anketnega vprašalnika na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Cronbach alfa koeficient je za ta sklop spremenljivk, ki merijo pogostost doživetja določenih vedenjskih oblik s strani stanovalcev dosegel vrednost 0,905. S tem je Cronbach alfa koeficient presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Razdelili smo 80 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 67. Realizacija je bila 83,75%. V Domu upokojencev Viharnik Kranjska Gora smo razdelili 40 vprašalnikov, od tega je bilo 35 vrnjenih. Realizacija v tej ustanovi je bila 87,5%. V Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice smo prav tako razdelili 40 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 32. Realizacija je bila 80%.

Demografski podatki anketirancev so razvidni v tabeli 1. Med anketiranimi je večina sodelujočih ženskega spola. Skoraj polovica anketirancev je po izobrazbi bolničar negovalec, magister zdravstvene nege ni nihče izmed vprašanih. Največ anketirancev

ima nad 21 let delovne dobe. Večina sodelujočih pri vprašalniku je zaposlena na negovalnem oddelku.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n=67)

		Število	%
Spol	Ženski	58	86,6
	Moški	9	13,4
Starost	Do 25 let	14	20,9
	26 - 35 let	23	34,3
	36 - 45 let	10	14,9
	46 - 55 let	16	23,9
	Nad 56 let	4	6
Stopnja izobrazbe	Gospodinja	4	6
	Bolničar negovalec	33	49,3
	Tehnik zdravstvene nege	25	37,3
	Diplomirana medicinska sestra	5	7,5
	Magister zdravstvene nege	0	0
Delovna doba	Do 5 let	19	28,4
	6 - 10 let	13	19,4
	11 - 15 let	7	10,4
	16 - 20 let	6	9
	Nad 21 let	22	32,8
Naziv oddelka, kjer delate	Negovalni	49	73,1
	Vitalni	6	9
	Varovalni	12	17,9

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Za izvedbo raziskave je bilo potrebno predhodno pridobiti vsa potrebna soglasja direktorjev in glavnih medicinskih sester Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja in Doma upokojencev Viharnik Kranjska Gora. Raziskava je potekala v času od 1. 7. 2014 do 31. 8. 2014. Vprašalniki so bili vročeni glavni medicinski sestri Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja in timski sestri Doma upokojencev Viharnik, v katerih smo zaposlene zaprosili za sodelovanje. Izpolnjenje vprašalnikov so anketiranci vrnili v zaprtih kuvertah v zato pripravljen zabojnik, s čimer je bila zagotovljena popolna

anonimnost. Podatke izpolnjenih vprašalnikov smo obdelali s statističnim programom SPSS, verzija 20.0 in s pomočjo Microsoft Excela. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično. Demografski podatki vzorca so podani na podlagi frekvenčne (n) in procentualne (%) porazdelitve.

S testom ANOVA za neodvisne vzorce smo preverili ali obstaja statistično pomembna razlika pri zaznavanju vrste agresivnosti glede na nastanitev stanovalcev v negovalnem, vitalnem ali varovanem oddelku ter ali obstaja statistično pomembna razlika pri zaznavanju agresivnega vedenja med zaposlenimi z nižjo strokovno izobrazbo (gospodinje, bolničarji/negovalci) in srednjo strokovno izobrazbo (tehnik zdravstvene nege). Pogoji za izvedbo ANOVE sta dve predpostavki, in sicer vse meritve morajo biti normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene.

Pri opisnih statistikah trditev, ki merijo pogostost doživetja ene ali več oblik vedenja s strani stanovalcev v zadnjem letu so podane tudi povprečne vrednosti (PV) in standardni odkloni (SO) odgovorov.

3.4 REZULTATI

V drugem sklopu vprašalnika so anketiranci ocenjevali pogostost 16. različnih oblik vedenja s strani stanovalcev.

Po Likertovi lestvici od 1 (nikoli) do 5 (zelo pogosto) so anketiranci v zadnjem letu ocenjevali, kako pogosto so doživeli eno ali več oblik vedenja s strani stanovalcev Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja in Doma upokojencev Viharnik Kranjska Gora. S tem sklopom smo želeli ugotoviti, katere vrste agresije se pri stanovalcih pojavljajo najpogosteje.

Tabela 2: Pogostost doživetja ene ali več oblik vedenja s strani stanovalcev v zadnjem letu

	Pogostost – število (%)					
	Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Zelo pogosto	PV ± SO
Prisotna besedna agresivnost stanovalca brez resne ogroženosti (preklinjanje, žalitve, vpitje)	2 (3%)	11 (16,4%)	21 (31,3%)	20 (29,9%)	13 (19,4%)	3,46 ± 1,078
Prisotni besedni napadi z resno ogroženostjo (jezne, nespodobne besede, jasne grožnje, napadi besa)	9 (13,4%)	19 (28,4%)	23 (34,3%)	12 (17,9%)	4 (6%)	2,75 ± 1,092
Ponižujoče agresivno vedenje (osebne žalitve, pljuvanje, žaljive pripombe)	4 (6%)	28 (41,8%)	17 (25,4%)	12 (17,9%)	6 (9%)	2,82 ± 1,086
Izzivalno agresivno vedenje (provokacije, hud prepir)	22 (32,8%)	30 (44,8%)	12 (17,9%)	2 (3%)	1 (1,5%)	1,96 ± 0,878
Pasivno agresivno vedenje (vznemirjenost, moteče vedenje brez zunaj vidne agresivnosti)	8 (11,9%)	27 (40,3%)	20 (29,9%)	12 (17,9%)	0	2,54 ± 8,927
Občasno (manipulativno) agresivno vedenje (zaigrano vedenje s ciljem pridobitve zaposlenih)	15 (22,4%)	22 (32,8%)	27 (40,3%)	3 (4,5%)	0	2,27 ± 0,863
Grožnja s fizičnim napadom (metanje pohištva, loputanje z vrati, udarjanje brez poškodbe, uriniranje po tleh, grožnja z orožjem)	29 (43,3%)	21 (31,3%)	12 (17,9%)	5 (7,5%)	0	1,9 ± 0,956
Uničevalno agresivno vedenje (uničevanje pohištva, zanetenje ognja)	34 (50,7%)	21 (31,3%)	11 (16,4%)	1 (1,5%)	0	1,69 ± 0,802
Zmerni telesni napad (ugriz, lasanje, praskanje, ščipanje) z malimi poškodbami kot podplutbe, praske	15 (22,4%)	25 (37,3%)	10 (20,9%)	14 (20,9%)	3 (4,5%)	2,48 ± 1,185
Težji telesni napad (napad s težjo poškodbo) zlomi, globoka rana, poškodbe zob, nezavest	59 (88,1%)	8 (11,9%)	0	0	0	1,12 ± 0,327
Zmerna agresivnost stanovalcev zoper sebe (usmerjena nase, se grizejo, tepejo, se praskajo, pulijo lase, mečejo po tleh) z majhnimi poškodbami	25 (37,3%)	27 (40,3%)	15 (22,4%)	0	0	1,85 ± 0,764
Težja agresivnost stanovalcev zoper sebe (globoke ureznine, krvavitve iz rane, opekline s cigareto, nezavest) morajo biti medicinsko oskrbljeni	40 (59,7%)	22 (32,8%)	5 (7,5%)	0	0	1,48 ± 0,636

	Pogostost – število (%)					
	Nikoli	Redko	Občasno	Pogosto	Zelo pogosto	PV ± SO
Poskus samomora z velikim odmerkom zdravil, rezanje žil na zapestju, skok iz sobe	38 (56,7%)	27 (40,3%)	2 (3%)	0	0	1,46 ± 0,559
Dokončan samomor (izvršen samomor)	51 (76,1%)	13 (19,4%)	3 (4,5%)	0	0	1,28 ± 0,545
Seksualno ustrahovanje in nadlegovanje (razgaljanje spolnih organov, geste v zvezi s spolnostjo, pornografski material, risanje organov na zid)	43 (64,2%)	16 (23,9%)	6 (9%)	2 (3%)	0	1,51 ± 0,786
Seksualni napad (spolni) na vas s ciljem spolnega odnosa brez privolitve	65 (97%)	2 (3%)	0	0	0	1,03 ± 0,171

V tabeli 2 so prikazani rezultati, kako pogosto so anketiranci doživeli eno ali več oblik agresivnega vedenja s strani stanovalcev Doma upokoencev dr. Franceta Bergelja in Doma upokoencev Viharnik Kranjska Gora v zadnjem letu. Najpogosteje, po mnenju zaposlenih v zdravstveni negi, se od vseh naštetih oblik pojavlja besedna agresivnost stanovalca brez resne ogroženosti, do katere pride občasno do pogosto ($3,46 \pm 1,078$). Tej vrsti agresije sledi ponižujoče agresivno vedenje ($2,82 \pm 1,086$), tretja najpogostejša oblika agresije pa je prisotnost besednega napada z resno ogroženostjo ($2,75 \pm 1,092$). Redko do občasno pride do zmernega telesnega napada ($2,48 \pm 1,185$). Nikoli ali pa le v izjemno redkih primerih ($1,03 \pm 0,171$) pride do seksualnega napada s ciljem spolnega odnosa brez privolitve.

Pri tretjem sklopu smo želeli ugotoviti, kateri so najpogostejši vzročni dejavniki, ki pripeljejo do agresivnega vedenja stanovalcev. V vprašalniku so morali anketiranci od vseh naštetih izbrati 5 vzrokov, ki so po njihovem mnenju najpogostejši. Tem petim izbranim vzrokom so nato podelili točke, od 5 točk za najbolj pogost vzrok do 1 točke za najmanj pogost vzrok.

Tabela 3: Vzroki za agresivno vedenje stanovalcev (n = 66)

Vzročni dejavniki	Št. označb	Točke
Stanovallec je spremenil okolje (težje prilagajanje)	38	93
Nenadni dogodek v družini, domu (smrt, huda nesreča)	15	49
Škodljiva raba alkohola, tablet	17	56
Demenca in/ali druge kognitivne motnje	44	90
Delirij	15	58
Depresivnost	13	44
Prisotnost bolečine	23	81
Nespečnost	8	23
Premalo pozornosti	13	54
Odvisnost od drugih pri osnovnih življenjskih aktivnostih	13	47
Postavljanje prepovedi (uživanje alkohola, sladic, tekočine)	15	53
Postavljanje fizičnih omejitev (hoja, vstajanje)	23	62
Previsoke zahteve glede samooskrbe, hišnega reda, obiskov	7	15
Izvajanje oskrbe proti volji stanovalca (umivanje, menjava plenice)	38	96
Pogosto kritiziranje (uživanje hrane, pitje, oblačenje)	5	16
Glasno, hitro govorjenje in kričanje	16	59
Pogosto menjavanje predmetov in oseb v okolju	13	49
Drugi sostanovalci ali obiskovalci	8	29
Neupoštevanje diskretnosti in intimnega prostora	2	4
Hrup, glasna glasba ali RTV programi	1	4
Slabša osvetljenost prostorov	3	8

Na ta sklop vprašanj ena oseba ni podala odgovora, zato je vzorec zmanjšan na 66 anketirancev. Iz tabele 3 je razvidno, da je najpogostejši vzrok, ki vodi do agresivnega vedenja stanovalcev po mnenju anketirancev, izvajanje oskrbe proti volji stanovalca. Za točkovanje vzroka se je odločilo 38 oseb, skupaj mu je bilo podeljenih 96 točk. Drugi najpogostejši vzrok je sprememba okolja, ki je prejel 93 točk od skupno 38 vprašancev, sledi pa mu demenca in/ali druge kognitivne motnje z 90 točkami, zbranih od kar 44. oseb v vzorcu. Nobeden od naštetih razlogov ni ostal ne točkovan.

Z zadnjim četrtem sklopom smo želeli ugotoviti, katere preventivne ukrepe za zmanjševanje agresivnega vedenja stanovalcev v organizacijah že izvajajo oz. katere preventivne ukrepe načrtujejo. Na ta sklop vprašanj ni odgovorilo 8 anketirancev, zato vzorec, na katerem je bila izvedena analiza vsebuje 59 pravilno rešenih anketnih vprašalnikov. Anketiranci so izmed naštetih preventivnih (preprečevalnih) ukrepov s križcem označevali ali se v njihovi organizaciji že izvajajo ali pa se mogoče šele načrtujejo. V primeru, da napisanega ukrepa v organizaciji še ne izvajajo in ne načrtujejo, so polji pustili prazni.

Tabela 4: Načrtovani in izvedeni preventivni ukrepi zaposlenih za zmanjšanje agresivnega vedenja

Aktivnosti	Načrtovane (n=59)	Izvedene (n=59)
Načrtno opazovanje	3 (5,08%)	38 (64,41%)
Načrtno povečanje pozornosti v smislu odvracanja pozornosti (s pogovorom, igro, zaposlitvijo)	1 (1,7%)	38 (64,41%)
Terapevtski sprehod s posameznikom	1 (1,7%)	42 (71,19%)
Terapevtski sprehod s skupino	1 (1,7%)	35 (59,32%)
Zmanjševanje zahtev do stanovalca	4 (6,78%)	15 (25,42%)
Telesna sprostitvev (sprostitveno kopanje, masaža, športna aktivnost, gibalne delovne naloge)	2 (3,39%)	29 (49,15%)
Načrtovani pogovor o pravilih na oddelku/enoti	1 (1,7%)	25 (42,37%)
Načrtovani pogovor o tveganjih napadalnega vedenja	2 (3,39%)	21 (35,59%)
Načrtovani daljši pogovor z desekacijo in pomirjanjem (vsaj pol ure)	3 (5,08%)	39 (66,1%)
Premestitev na intenzivni/negovalni oddelek/enoto	2 (3,39%)	13 (22,03%)
Varovanje in opazovanje 1:1 (ena na ena)	0	21 (35,59%)
Povišanje odmerka zdravil (vedno zdravnikovo naročilo)	6 (10,17%)	28 (47,46%)
Preventivno dajanje zdravil predpisanih po potrebi (bolnika pregleda zdravnik)	3 (5,08%)	42 (71,19%)
Odperta izolacija ali zadrževanje v svoji sobi (osamitev)	4 (6,78%)	15 (25,42%)
Oskrbovana izolacija (zaperta izolirna soba)	2 (3,39%)	12 (20,34%)
Dajanje psihofarmakov s (prisila = P ali privoljenje=P1)	3 (5,08%)	14 (23,73)
Uporaba posebnih varovalnih ukrepov (oviranje) po standardu	1 (1,7%)	20 (33,9%)

* Vsi odgovori P1

Iz tabele 4 je razvidno, da je najpogostejši preventivni ukrep, ki se izvaja v njihovi organizaciji, terapevtski sprehod s posameznikom, to meni kar 42 (71,19%) oseb v vzorcu. Enako število anketirancev pravi, da po zdravnikovem pregledu in naročilu, stanovalcem preventivno dajejo zdravila predpisana po potrebi. Izmed naštetih preventivnih ukrepov za zmanjšanje agresivnega vedenja stanovalcev, ki se v instituciji še ne izvajajo, se pa načrtujejo, je največ označb dobil ukrep povišanje odmerka zdravil 6 (10,17%). Od naštetih preventivnih ukrepov so bili vsi označeni ali tako, kot da se preventivni ukrepi v instituciji že izvajajo ali, kot da se njihovo izvajanje šele načrtuje, anketiranci niso pustili praznih polj.

Ta sklop vsebuje tudi odprto vprašanje, s katerim smo želeli pridobiti konkretne predloge oz. morebitne rešitve anketirancev, s katerimi bi lahko v praksi povečali varnost zaposlenih v zdravstveni negi, ki prihajajo v stik s stanovalci agresivnega vedenja. Svoje mnenje je podalo le 12 anketirancev, kar predstavlja 18% vseh sodelujočih pri raziskavi. Med najpogostejšimi odgovori so naslednji predlogi:

- več izobraževanj na temo agresije;
- zaposlitev novega kadra v instituciji;
- zaposlitev moškega kadra;
- več predpisovanj terapije po potrebi;
- boljše poznavanje zdravstvenega in osebnega stanja stanovalcev, saj bi s tem lahko odstranili marsikateri vzrok, ki vodi v agresijo;
- izdelovanje biografije stanovalca s pomočjo svojcev;
- več prostega časa za individualne pogovore;
- bolj pogosta uporaba deeskalacijskih tehnik.

Preverili smo tudi, kako so spremenljivke povezane z demografskimi dejavniki. S testom ANOVA za neodvisne vzorce smo preverili ali obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi z nižjo strokovno izobrazbo (gospodinje, bolničarji/negovalci) in srednjo strokovno izobrazbo (tehnik zdravstvene nege) ter ali obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi na negovalnem, vitalnem ali varovalnem oddelku.

Pri tem sta morali biti izpolnjeni dve predpostavki, in sicer vse meritve so morale biti normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene. V tabeli 5 in 6 so rezultati navedeni s povprečno vrednostjo (PV) in standardnim odklonom (SO) za vsak demografski razdelek posebej. Zraven pa je navedeno, ali znotraj demografskih razdelkov obstaja statistično pomembna razlika (p).

Tabela 5: Primerjava razlik zaznavanja vrste agresivnega vedenja stanovalcev glede na njihovo nastanitev na negovalnem, vitalnem in varovanem oddelku

	Negovalni oddelek (n=49) PV ± SO	Vitalni oddelek (n=6) PV ± SO	Varovalni oddelek (n=12) PV ± SO	p
Prisotna besedna agresivnost stanovalca brez resne ogroženosti (preklinjanje, žalitve, vpitje)	3,35 ± 1,032	3,17 ± 0,983	4,08 ± 1,165	0,08
Prisotni besedni napadi z resno ogroženostjo (jezne, nespodobne besede, jasne grožnje, napadi besa)	2,71 ± 1,173	2,33 ± 0,516	3,08 ± 0,9	0,365
Ponižujoče agresivno vedenje (osebne žalitve, pljuvanje, žaljive pripombe)	2,59 ± 0,956	2,67 ± 0,816	3,83 ± 1,193	0,001
Izzivalno agresivno vedenje (provokacije, hud prepir)	1,92 ± 0,909	1,5 ± 0,548	2,33 ± 0,778	0,141
Pasivno agresivno vedenje (vznemirjenost, moteče vedenje brez zunaj vidne agresivnosti)	2,59 ± 0,977	2 ± 0,632	2,58 ± 0,793	0,335
Občasno (manipulativno) agresivno vedenje (zaigrano vedenje s ciljem pridobitve zaposlenih)	2,2 ± 0,935	2,17 ± 0,753	2,58 ± 0,515	0,382
Grožnja s fizičnim napadom (metanje pohištva, loputanje z vrati, udarjanje brez poškodbe, uriniranje po tleh, grožnja z orožjem)	1,67 ± 0,826	1,67 ± 0,816	2,92 ± 0,9	0,000
Uničevalno agresivno vedenje (uničevanje pohištva, zanetenje ognja)	1,47 ± 0,616	1,5 ± 0,837	2,67 ± 0,778	0,000
Zmerni telesni napad (ugriz, lasanje, praskanje, ščipanje) z malimi poškodbami kot podplutbe, praske	2,2 ± 1	2 ± 1,265	3,83 ± 0,937	0,000
Težji telesni napad (napad s težjo poškodbo) zlomi, globoka rana, poškodbe zob, nezavest	1,12 ± 0,331	1 ± 0	1,17 ± 0,389	0,597
Zmerna agresivnost stanovalcev zoper sebe (usmerjena nase, se grizejo, tepejo, se praskajo, pulijo lase, mečejo po tleh) z majhnimi poškodbami	1,71 ± 0,677	1,67 ± 0,816	2,5 ± 0,798	0,004
Težja agresivnost stanovalcev zoper sebe (globoke ureznine, krvavitve iz rane, opekline s cigareto, nezavest) morajo biti medicinsko oskrbljeni	1,31 ± 0,508	1,67 ± 0,816	2,08 ± 0,669	0,000
Poskus samomora z velikim odmerkom zdravil, rezanje žil na zapestju, skok iz sobe	1,49 ± 0,582	1,17 ± 0,408	1,5 ± 0,522	0,403
Dokončan samomor (izvršen samomor)	1,37 ±	1 ± 0	1,08 ± 0,289	0,11

	Negovalni oddelek (n=49) PV ± SO	Vitalni oddelek (n=6) PV ± SO	Varovalni oddelek (n=12) PV ± SO	p
Seksualno ustrahovanje in nadlegovanje (razgaljanje spolnih organov, geste v zvezi s spolnostjo, pornografski material, risanje organov na zid)	1,35 ± 0,561	1,5 ± 0,837	2,17 ± 1,193	0,004
Seksualni napad (spolni) na vas s ciljem spolnega odnosa brez privolitve	1,02 ± 0,143	1 ± 0	1,08 ± 0,289	0,48

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, p = p – vrednost (vrednost < 0,05 pomeni statistično značilnost)

Iz tabele 5 je razvidno, da se ponižujoče agresivno vedenje pojavlja občasno do pogosto na varovanem oddelku, le občasno pa na vitalnem in negovanem oddelku. Do grožnje s fizičnim napadom na varovanem oddelku pride občasno, na vitalnem ter negovalnem oddelku pa zelo redko ali nikoli. Uničevalno agresivno vedenje se na varovanem oddelku zaznava redko do občasno. Na varovanem oddelku pogosto prihaja do zmernih telesnih napadov z malimi poškodbami, kot so podplutbe zvezi s spolnostjo, pornografski material, risanje organov na zid. Na varovanem oddelku redko prihaja do zaznavanja spolno agresivnega vedenja, na vitalnem in negovalnem oddelku pa zelo redko ali nikoli.

Tabela 6: Primerjava razlik zaznavanja vrste agresivnega vedenja stanovalcev glede na izobrazbo zaposlenih

	Bolničar negovalec, gospodinja (n=37) PV ± SO	Tehnik zdravstvene nege (n=25) PV ± SO	p
Prisotna besedna agresivnost stanovalca brez resne ogroženosti (preklinjanje, žalitve, vpitje)	3,51 ± 1,017	3,52 ± 1,122	0,981
Prisotni besedni napadi z resno ogroženostjo (jezne, nespodobne besede, jasne grožnje, napadi besa)	2,84 ± 1,191	2,68 ± 0,988	0,586
Ponižujoče agresivno vedenje (osebne žalitve, pljuvanje, žaljive pripombe)	2,92 ± 1,115	2,76 ± 1,128	0,586
Izzivalno agresivno vedenje (provokacije, hud prepir)	1,95 ± 0,941	2,04 ± 0,841	0,689
Pasivno agresivno vedenje (vznemirjenost, moteče vedenje brez zunaj vidne agresivnosti)	2,49 ± 0,932	2,72 ± 0,936	0,538
Občasno (manipulativno) agresivno vedenje (zaigrano vedenje s ciljem pridobitve zaposlenih)	2,22 ± 0,886	2,4 ± 0,866	0,722

	Bolničar negovalec, gospodinja (n=37) PV ± SO	Tehnik zdravstvene nege (n=25) PV ± SO	p
Grožnja s fizičnim napadom (metanje pohištva, loputanje z vrati, udarjanje brez poškodbe, uriniranje po tleh, grožnja z orožjem)	1,92 ± 0,924	1,92 ± 1,077	0,997
Uničevalno agresivno vedenje (uničevanje pohištva, zanetenje ognja)	1,65 ± 0,753	1,76 ± 0,926	0,605
Zmerni telesni napad (ugriz, lasanje, praskanje, ščipanje) z malimi poškodbami kot podplutbe, praske	2,35 ± 1,136	2,68 ± 1,345	0,504
Težji telesni napad (napad s težjo poškodbo) zlomi, globoka rana, poškodbe zob, nezavest	1,19 ± 0,397	1,04 ± 0,2	0,788
Zmerna agresivnost stanovalcev zoper sebe (usmerjena nase, se grizejo, tepejo, se praskajo, pulijo lase, mečejo po tleh) z majhnimi poškodbami	1,89 ± 0,774	1,84 ± 0,8	0,899
Težja agresivnost stanovalcev zoper sebe (globoke ureznine, krvavitve iz rane, opekline s cigareto, nezavest) morajo biti medicinsko oskrbljeni	1,43 ± 0,603	1,52 ± 0,714	0,605
Poskus samomora z velikim odmerkom zdravil, rezanje žil na zapestju, skok iz sobe	1,57 ± 0,603	1,32 ± 0,476	0,59
Dokončan samomor (izvršen samomor)	1,43 ± 0,647	1,12 ± 0,332	0,73
Seksualno ustrahovanje in nadlegovanje (razgaljanje spolnih organov, geste v zvezi s spolnostjo, pornografski material, risanje organov na zid)	1,57 ± 0,801	1,4 ± 0,816	0,826
Seksualni napad (spolni) na vas s ciljem spolnega odnosa brez privolitve	1,03 ± 0,164	1,04 ± 0,2	0,981

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, p = p – vrednost (vrednost < 0,05 pomeni statistično značilnost)

Iz tabele 6 je razvidno, da statistično pomembna razlika v zaznavanju agresivnega vedenja glede na izobrazbo zaposlenih, ne nastopi pri nobeni izmed navedenih vedenjskih oblik.

Na vprašanje iz prvega sklopa anketnega vprašalnika, ali so se anketiranci že kdaj udeležili izobraževanja o agresivnosti, smo dobili sledeč rezultat. Slika 2 prikazuje, da se je 25 (37%) anketirancev že udeležilo predavanja o agresiji, 42 (63%) vprašanih pa se takšnega izobraževanja še ni udeležilo.



Slika 2: Ali ste že bili na izobraževanju o agresivnosti?

3.5 RAZPRAVA

Zaposleni v domovih starejših so pogosto udeleženi pri obravnavi agresivnega vedenja stanovalcev, kar vpliva na njihovo počutje in zadovoljstvo na delovnem mestu. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako pogosto se pri stanovalcih v domovih za starejše pojavlja agresivno vedenje usmerjeno na zaposlene. V naši raziskavi se je izkazalo, da je najbolj pogosto doživljanje verbalne agresije stanovalcev brez resne ogroženosti. Redko pride do izzivalnega agresivnega vedenja in do grožnje s fizičnim napadom. Še redkeje pride do uničevalnega agresivnega vedenja, ko stanovalci uničujejo pohištvo in predmete. Kot smo pričakovali, se zelo redko zgodi, da bi bili zaposleni spolno ustrahovani ali nadlegovani z neprimernimi opazkami, do samega spolnega napada pa nikoli ni prišlo v nobenem od domov. Podobno navajajo tudi Lachs in sodelavci (2012) v svoji raziskavi, kjer so ugotavljali pojav agresije stanovalcev v obdobju dveh tednov. Ugotovili so, da je najbolj pogosta verbalna agresija namenjena zaposlenim, kjer so najbolj pogoste neprimerne žaljive besede in komentarji namenjeni zaposlenim ter kričanje stanovalcev, pogosto se je pojavljala tudi fizična agresija kot: praskanje,

ščipanje, ter seksualna oblika z spolnimi namigovanji. Spolno usmerjena agresija se je pojavljala zelo redko. Zeller in sodelavci (2012) so ugotovili, da je stopnja agresivnega vedenja stanovalcev zelo visoka, kar 81,6% v obdobju enega leta. Kar pa je podobno rezultatom, ki so jih v slovenskem prostoru pridobili z raziskavo Babnik in sodelavci (2012). Kot v naši raziskavi tudi Kobentar (2014b) navaja podobne rezultate, kjer je bilo največ verbalnega ne ogrožajočega vedenja stanovalcev. Pojav fizične ogrožajoče avto in heteroagresivnosti je bilo manj izraženo, saj se najhujša agresivna dejanja pojavljajo zelo redko.

Kot navajajo Mali in sodelavci (2011) je vzrok za agresivno vedenje stanovalca pogosto bolezen demenca ali Alzheimerjeva bolezen. Kaže se s potiskanjem, kričanjem, ali grožnjami. Agresivno vedenje lahko nastopi brez opozorila. Nekdo z demenco lahko nenadoma začne preklinjati, kričati, metati predmete na druge, saj so spremembe v vedenju pri demenci zelo pogoste. V naši raziskavi je kar 44 oseb mnenja, da je vzrok za agresivno vedenje stanovalcev demenca. Vendar so za najbolj pogost vzrok agresivnega vedenja navedli, izvajanje osebne higiene stanovalca (tuširanje, menjava inkontinenčnega materiala). Enako navajata tudi Košir (2012) in Zeller (2009), kjer sta vsak v svoji raziskavi prav tako ugotvila, da je vstop v stanovalčevo sobo z namenom izvajanja osebne higiene lahko za stanovalce zelo neprijeten dogodek, ki izzove agresivno reakcijo stanovalca. Zaposleni v domovih starejših opravljajo svoje delo neposredno ob stanovalcu, ki sodijo med razloge za pojav agresivnosti (Holden, 2005; Voyer et al., 2005; Adelman, Legg, 2010; Zeller et al., 2012, povz po Kobentar, 2014a). Anketiranci so bili mnenja, da je vzrok lahko tudi sprememba okolja in prilagajanje na novo okolje. Kot navaja Rosen (2008), da je lahko sprememba okolja sprožilec za agresivno vedenje. Zanimiv je podatek, da je samo 23 anketirancev mnenja, da je vzrok agresivnega vedenja lahko prisotnost bolečine pri stanovalcu. Pieper in sodelavci (2011) so opozorili na pozornost pri ugotavljanju prisotnosti bolečine, saj nekateri stanovalci ne morejo ali ne znajo drugače odreagirati kot z agresivnim in nasilnim obnašanjem in s tem opozarjajo, da je nekaj narobe. Menimo, da je potrebno več pozornosti nameniti ocenjevanju bolečine. Pri osebah z demenco je bolečina pogosto prisotna, saj jo po

raziskavah doživlja 45 do 80 % obolelih v domovih starejših (Kobentar, 2014a). Zato smo mnenja, da je to zelo pomemben podatek, ki potrebuje več raziskav.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti tudi ali obstajajo statistično pomembne razlike pri zaznavanju vrst agresivnosti in načinu ukrepanja ob pojavu agresivnosti, med različno izobraženim zdravstvenim kadrom. Po prikazu rezultatov smo ugotovili, da statistično pomembna razlika v zaznavanju agresivnega vedenja glede na izobrazbo zaposlenih ne nastopi pri nobeni izmed navedenih vedenjskih oblik. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v drugih raziskavah, kjer ni bilo razlik zaznavanja agresivnega vedenja glede na izobrazbo zaposlenih. Bolj so se pojavljale razlike doživljanja agresivnega vedenja na različnih oddelkih in glede na spol zaposlenih (Zeller et al., 2012).

Ugotovili smo, da je veliko število anketirancev mnenja, da je terapevtski sprehod s stanovalcem učinkovit preventivni ukrep pri agresivnem stanovalcu. Zelo zaskrbljujoč pa je podatek, da zaposleni v enakem številu ukrepajo z dajanjem terapije predpisne po potrebi. Salzman in sodelavci (2008) navajajo, da bi moralo biti dajanje terapije zadnji ukrep, ki se ga izvede, ko ostali pristopi in metode niso učinkovite. V raziskavi smo ugotovili da zaposleni izvajajo načrtovani daljši pogovor z desekacijsko tehniko in pomirjanjem. Vsakega stanovalca je potrebno individualno obravnavati, potreben je pogovor s stanovalci ter si vzeti čas, da se prisluhne njihovim težavam (Graneheim et al., 2012). S tem se strinjajo tudi anketiranci, ki so mnenja, da je potrebno deeskalacijske tehnike uporabljati bolj pogosto. Za načrtno opazovanje in načrtno povečanje pozornosti v smislu odvrčanja pozornosti s pogovorom, igro, zaposlitvijo, menimo, da je premajhno število anketirancev, ki so navedli, da se v njihovi organizaciji že izvaja. Zaposleni, ki imajo dovolj izkušenj in znanja bi lahko prepoznali potencialno agresivnega stanovalca in bi lahko že s pogovorom preprečili ali ublažili njegovo vedenje (Kovač, 2012). Za poznavanje dejavnikov tveganja, ki sprožijo agresivno vedenje je tudi pomembno kontinuirano izobraževanje zaposlenih. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da je bil majhen delež zaposlenih na izobraževanjih o agresiji. Menimo, da bi večje število izobraževanj na temo pristopa in preprečevanja agresivnega vedenja

izboljšalo varnost vseh - stanovalcev in zaposlenih, s tem pa bi dosegli tudi izboljšanje počutja le-teh.

Ugotovili smo, da se agresivno vedenje bolj pogosto pojavlja na varovanih oddelkih, kjer so stanovalci oboleli z demenco, kar smo tudi pričakovali. Ponižujoče agresivno vedenje (osebne žalitve, pljuvanje, žaljive pripombe) v zadnjem letu doživljajo v varovanem oddelku, le občasno pa na vitalnem oddelku in negovalnem oddelku. Do grožnje s fizičnim napadom (metanje pohištva, loputanje z vrati, udarjanje brez poškodbe, uriniranje po tleh, grožnja z orožjem) prav tako bolj pogosto prihaja na varovanem oddelku, saj se na vitalnem ter negovalnem oddelku ti dogodki pojavljajo zelo redko ali nikoli. Raziskavo ali pride do različnega zaznavanja agresivnega vedenja glede na nastanitev stanovalcev v različnih oddelkih, je treba vzeti z malo rezerve, saj so razlike med vzorci zaposlenih v negovalnem oddelku, vitalnem oddelku in varovanem oddelku precejšnje. Zeller in sodelavci (2012) so v svoji raziskavi ugotovili, da se agresivno vedenje bolj pogosto pojavlja, kjer je več obolelih z demenco in potrebujejo pomoč zaposlenih kot pri stanovalcih, ki so samostojni pri opravljanju življenjskih aktivnosti. Pri slednjih se le občasno pojavlja besedna agresija.

Glavna omejitev raziskave je bilo majhno število sodelujočih, saj je bila raziskava opravljena samo v dveh domovih za starejše. S povečanjem števila sodelujočih v večjem številu domov po Sloveniji bi pridobili rezultate, ki bi bili bolj zanesljivi in pridobili boljši vpogled o problematiki agresivnega vedenja stanovalcev do zaposlenih.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati v raziskavi so pokazali, da zaposleni v Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice in v Domu upokojencev Viharnik Kranjska Gora pogosto doživljajo agresivno vedenje stanovalcev.

Zaposleni preživijo precej časa na delovnem mestu in je pomembno, da se tam počutijo varno. Pravilno in pravočasno zaznavanje agresivnega vedenja starostnika je pomemben dejavnik zagotavljanja varne, kakovostne in celostne oskrbe in zdravstvene nege starostnikov v domovih za starejše občane. Prav tako pa je zelo pomembna seznanjenost zdravstvenega kadra s problematiko agresivnega vedenja. Za izboljšanje varnosti in počutja, tako kot anketiranci, smo tudi mi mnenja, da je potrebno več izobraževanj na temo pristopa in preprečevanja agresivnega vedenja.

Menimo, da je najboljši ukrep izobraževanje tako v šolah kot tudi na delovnem mestu. Izobraženi in ozaveščeni zaposleni bodo pripomogli k zavedanju problematike in preprečevanju le-te. Pri preprečevanju agresivnih dogodkov bi bilo potrebno imeti več intervizijskih skupin, supervizijo ter se o problematiki odkrito pogovarjati v timu. Prav tako so potrebne delavnice za obvladovanje agresivnega vedenja. Upoštevati je treba konstantno opozarjanje zaposlenih na pomankanje kadra, slabega znanja o uporabi deeskalacijskih tehnik, komunikacijskih spretnosti.

Menimo, da bi bilo potrebno mnenja zaposlenih v domovih za starejše prenesti tudi v prakso. V domove za starejše bi bilo smiselno uvesti standarde in smernice za preprečevanje agresivnega vedenja stanovalcev in ukrepe ob pojavu le-teh, ocene tveganja za potencialno agresivne stanovalce. V prihodnosti bi bilo smiselno kvantitativno raziskavo ponoviti na večjem bolj reprezentativnem vzorcu, saj je bila naša raziskava omejena na majhen vzorec oseb iz dveh domov.

5 LITERATURA

Andrejek Grabar E. Terapevtski ukrepi pri agresivnem pacientu. In: Čelan Stropnik S, ed. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije, Maribor, 18. september 2009. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, oddelek za psihiatrijo; 2009: 119-27.

Babnik K, Štemberger Kolnik T, Kopač N. Predstavitev rezultatov dela raziskave Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzor Zdr N.* 2012;46(2):147-56.

Balevska V. Vpliv strukturalnega nasilja na kakovost dela v terciarnem zdravstvu: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede Maribor; 2014. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=67908> (20. 10. 2014).

Camerino D, Estryn-Behar M, Conway P, van Der Heijden B, Hasselhorn H. Work-related factors and violence among nursing staff in the Europ. A longitudinal cohort study. *Int J Adv Nurs.* 2008;45(1):35-50.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 168-9.

Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs.* 2005; 50(5):469–78.

Fink A, Jelen Jurič J, Kolar. Socialna varnost starostnika. In: Grafenauer Korošec E, ed. Zdravstvena nega starostnika: Učbenik za izbrani modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu zdravstvena nega. Ljubljana: Grafenauer založba; 2012: 28-33.

Fromm E. Vrste agresivnosti in destruktivnosti ter njihove značilnosti. In: Pucer M, ed. Anatomija človekove uničevalnosti. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2013: 237-41.

Graneheim U, Hornsten A, Isaksson U. Female caregivers perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. J Psyc Men Health Nurs. 2012;19(2):154-61.

Jansen GJ, Dassen TWN, Jebbink GG. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(1):3-13.

Jeriček Klanšček H. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2013. Dostopno na: http://www.nijz.si/mediji/sporocila_za_javnost?pi=21&_21_view=item&_21_newsId=2364&pl=85-21.0 (20. 10. 2014).

Klemenc D, Pahor M. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Obzor Zdr N. 2004;38(1):43-52.

Kobentar R. Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. Obzor Zdr N. 2014a;48(3):227-37.

Kobentar R. Zaznavanje agresivnega vedenja pri stanovalcih domov za starejše. In: Skela-Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege: zbornik predavanj, Bled 12.-13. junij 2014. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2014b: 309-15.

Kočevar V. Verbalno nasilje v interaktivnih forumih: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2005: 8-11. Dostopno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/dela/Kocevar-Valentina.PDF> (16. 10. 2014).

Kogoj A, Vodušek V. Obravnava in (psiho) terapevtski ukrepi za bolnika z demenco in njegove svojce. In: Žmitek A, ed. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3: zbornik. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 2011: 13-27.

Kompare A, Stražišar M, Dogša I, Vec T, Curk J. Agresivnost in agresivno vedenje. In: Šmagelj J, ed. Psihologija. Spoznanja in dileme. Ljubljana: DZS; 2011: 282-8.

Kompare A, Stražišar M, Dogša I, Vec T, Curk J. Agresivno vedenje. In: Šmagelj J, ed. Uvod v psihologijo. Učbenik za psihologijo v 2. letniku gimnazijskega in srednje tehniškega oz. strokovnega izobraževanja. Ljubljana: DZS; 2014: 164-7.

Kores Plesničar B. Motnje razpoloženja (afektivne motnje). In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvena vede; 2011: 13-5.

Kores Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Čuk V, ed. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi - Pravice bolnikov in zaposlenih: zbornik prispevkov, Maribor, 26. oktober 2006. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006: 27-8.

Košir I. Pojav fizičnega nasilja nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu. Obzor Zdr N. 2012;46(2):157-64.

Kovač P. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. 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: 7-11.

Lachs M, Rosen T, Teresi J, Eimicke J, Ramirez M, Silver S. Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *J G Inter Med.* 2012;28(5):660-7.

Lapanja A. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: Petkovič-Gregorin R, ed. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitacijski in zdraviliški dejavnosti; 2010: 18-25.

Lepping P, Needdham I, Flammer E. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzeland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(7):629-35.

Mali J. Od hiralnic do domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2008: 85-91.

Mali J, Mešl N, Rihter L. Socialno delo z osebami z demenco: raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2011: 39-57.

Milavec Kapun M. Socialni vidiki staranja. In: Erjavec B, ed. Starost in staranje. Ljubljana: 2011: B.I.: 38-41.

Močnik M. Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnovarstvenem zavodu z vidika dela medicinske sestre. In: Poček U, ed. Nasilno vedenje v duhu novih praks: zbornik prispevkov, Celjska koča, 6. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009: 17-24.

Nakahira M, Moyle W, Creedy D, Hitomi H. Nurse knowledge and attitudes. Attitude toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *J Clin Nurs*. 2008;18(6):807-16.

Oud N. Aggression-Wahrnehmungs-Skala. POPAS Fragebogen (Perception of Prevalence of Aggression Scale). Amsterdam-Niederlande; 2000. Dostopno na: http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/6_4_3b.pdf (22. 12. 2013).

Pieper M, Achterberg P, Francke A, Van der Steen J, Scherder A, Kovach R. The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2011;11(2):417-31.

Rosen T, Pillemer K, Lachs M. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem, aggression and violent behaviour. *J G Inter Med*. 2008;13(2):77-87.

Salzman C, Jeste D, Meyer R, Cohen Mansfield J, Cummings J, Grossberg G, et al. Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: Consensus statement on treatment options, clinical trials, methodology and policy. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):889-98.

Stathopoulou H. Violence and aggression towards health care professionals. *Health Science Journal*, 2007. Dostopno na: <http://www.hsj.gr> (19. 8. 2014).

Statistični urad Republike Slovenije. Svetovni dan zdravja. Ljubljana; 2012. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4617 (4. 5. 2014).

Štrkalj Ivezić S, Mužinić L, Gruber E. Sigurnost liječenja pacijenata u sustavu mentalnog zdravlja. *Medix*. 2010;86(16):144–51.

Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I, Halfens R. Factors associated with resident aggression toward caregivers in nursing homes. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44(3):249-57.

Zeller A, Hahn S. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatr Nurs.* 2009;30(3):174-87.

Zupančič R. Nasilje. In: Poček U, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks: zbornik prispevkov*, Celjska koča, 6. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009: 7-11.

Žalig M. *Upravljanje z agresijo in nasiljem v zavodih zapora in prevzgojnega doma: [diplomsko delo]*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede Maribor; 2011: 13-15. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=28128> (19. 8. 2014).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

sem Anita Ključanin, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom POGLED ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI NA AGRESIVNO VEDENJE STANOVALCEV DOMA STAREJŠIH. Z raziskavo želimo ugotoviti, kako pogosto zaposleni zaznavajo agresivno vedenje starostnika, kaj je vzrok za pojav agresivnega vedenja, kakšne so razlike zaznavanja agresivnega vedenja glede na nastanitev stanovalcev na vitalnem, negovalnem in varovanem oddelku ter razlike v zaznavanju in obravnavi agresivnega stanovalca glede na stopnjo izobrazbe zaposlenih.

Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela.

1. Spol M Ž

2. Starost: _____ let

3. Delovna doba: _____

4. STROKOVNA IZOBRAZBA

Vaša dosežena poklicna izobrazba (obkrožite eno)

- a) Gospodinja
- b) Bolničar negovalec
- c) Tehnik zdravstvene nege
- d) Diplomirana medicinska sestra
- e) Magister/ica zdravstvene nege

5. Udeležba na izobraževanjih o agresivnosti: da ne
6. Naziv oddelka kjer sedaj delate (obkrožite): negovalni, vitalni, varovani ali dopišite: _____

Prosim vas zapišite ali ste doživeli eno ali več oblik vedenja s strani stanovalcev v zadnjem letu (obkrožite pogostost in zapišite število)

7. Prisotna besedna agresivnost stanovalca brez resne ogroženosti (preklinjanje, žalitve, vpitje)

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

8. Prisotni besedni napadi z resno ogroženostjo (jezne nespodobne besede, jasne grožnje, napadi besa)

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

9. Ponižujoče agresivno vedenje (osebne žalitve, pljuvanje, žaljive pripombe)

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

10. Izzivalno agresivno vedenje (provokacije, hud prepir)

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

11. Pasivno agresivno vedenje (vznemirjenost, moteče vedenje, brez zunaj vidne agresivnosti)

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

12. Občasno (manipulativno) agresivno vedenje (zaigrano vedenje s ciljem pridobitve pri zaposlenih)

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

13. Grožnja s fizičnim napadom (metanje pohištva, loputanje z vrati, udarjanje brez poškodbe, uriniranje po tleh, grožnja orožjem)

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

14. Uničevalno agresivno vedenje (uničenje pohištva, zanetenje ognja, se dela škoda)

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

15. Zmerni telesni napad (ugriz, udarec, lasanje, praskanje, uščip) z malimi poškodbami kot podplutbe, praske.

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

16. Težji telesni napad (napad s težjo poškodbo) kot zlomi, globlja rana, poškodbe zob, nezavest .

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

17. Zmerna agresivnost stanovalcev zoper sebe (usmerjena nase, se grizejo, se tepejo, se praskajo, si pulijo lase, mečejo po tleh) z majhnimi poškodbami.

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

18. Težja agresivnost stanovalcev zoper sebe (globoke ureznine, krvavitev iz rane, opekline s cigareto, nezavest) in mora biti medicinsko oskrbljena.

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

19. Poskus samomora s prevelikim odmerkom zdravil, rezanjem žil na zapetju, skok iz sobe.

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

20. Dokončan samomor (izvršen samomor).

nikoli **redko** **občasno** **pogosto** **zelo pogosto**

21. Seksualno (spolno) ustrahovanje in nadlegovanje (razgaljanje spolnih organov, geste v zvezi s spolnostjo, pornografski material, risanje organov na zid).

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

22. Seksualni napad (spolni) na vas s ciljem spolnega odnosa brez privolitve.

nikoli redko občasno pogosto zelo pogosto

23. Izmed naštetih vzročnih dejavnikov, ki vodijo do agresivnega vedenja stanovalcev podarite točke 5 najpogostejšim po vašem mnenju (1 točko za najmanj pogost vzrok, 2, 3, 4, 5 točk za najpogostejši vzrok).

Vzročni dejavniki	Vnesite točke
Stanovalec je spremenil okolje (težje prilagajanje)	
Nenadni dogodek v družini, domu (smrt, huda nesreča)	
Škodljiva raba alkohola, tablet	
Demenca in/ali druge kognitivne motnje	
Delirij	
Depresivnost	
Prisotnost bolečine	
Nespečnost	
Premalo pozornosti	
Odvisnost od drugih pri osnovnih življenjskih aktivnostih	
Postavljanje prepovedi (uživanje alkohola, sladic, tekočine)	
Postavljanje fizičnih omejitev (hoja, vstajanje)	
Previsoke zahteve glede samooskrbe, hišnega reda, obiskov	
Izvajanje oskrbe proti volji stanovalca (umivanje,	

menjava plenice)	
Pogosto kritiziranje (uživanje hrane, pitje, oblačenje)	
Glasno, hitro govorjenje in kričanje	
Pogosto menjavanje predmetov in oseb v okolju	
Drugi sostanovalci ali obiskovalci	
Neupoštevanje diskretnosti in intimnega prostora	
Hrup, glasna glasba ali RTV programi	
Slabša osvetljenost prostorov	

24. Izmed naštetih preventivnih ukrepov za zmanjševanje agresivnosti stanovalcev, označite s križcem tiste, ki so že izvedeni in pripišite, kdo jih izvaja oz. označite, če se preventivne ukrepe ne izvaja, se pa načrtujejo.

Aktivnosti	Načrtovane/katere	Izvedene/katere	Poklic /kdo izvaja
Načrtno opazovanje			
Načrtno povečanje pozornosti v smislu odvratanja pozornosti (s pogovorom, igro, zaposlitvijo).			
Terapevtski sprehod s posameznikom			
Terapevtski sprehod s skupino			
Zmanjševanje zahtev do stanovalca			
Telesna sprostitvev (sprostitveno kopanje, masaža, športna aktivnost, gibalne delovne naloge)			
Načrtovani pogovor o pravilih na oddelku/enoti			
Načrtovani pogovor o tveganjih napadalnega vedenja			
Načrtovani daljši pogovor z deeskalacijo in pomirjanjem (vsaj pol ure)			
Premestitev na intenzivni/negovalni oddelek/enoto			
Varovanje in opazovanje 1:1 (ena na ena)			
Povišanje odmerka zdravil (vedno zdravnikovo naročilo)			

Preventivno dajanje zdravil predpisanih po potrebi (bolnika pregleda zdravnik)			
Odrta izolacija ali zadrževanje v svoji sobi (osamitev)			
Oskrbovana izolacija (zaprta izolirna soba)			
Dajanje psihofarmakov s (prisila=P ali privoljenje=P1)			
Uporaba posebnih varovalnih ukrepov (oviranje) po standardu			
Dopišite vaše uspešne ukrepe			
Drugo, zapišite kaj			

Prosim dopišite vaše predloge za zmanjšanje agresivnosti stanovalcev

Hvala za sodelovanje in uspešno delo vam želim.