



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**DOJEMANJE VARNOSTI ZAPOSLENIH V  
ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU  
PSIHIATRIJE**

**PERCEIVED LEVEL OF SAFETY IN  
PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH  
NURSES**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Študent: Jan Trstenjak

Jesenice, maj, 2016

## **ZAHVALA**

Ob zaključku diplomskega dela se iskreno zahvaljujem mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred., za pomoč, usmeritve in potrpežljivost pri pisanju diplomske naloge.

Hvala Sedina Kalender Smajlović, mag. zdr. neg., pred. in doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za recenzijo diplomskega dela.

Ob tej priložnosti se zahvaljujem tudi vodstvu Psihiatrične bolnišnice Idrija, Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Psihiatrični bolnišnici Begunje, Socialno-varstvenemu zavodu Hrastovec, Psihiatrični bolnišnici Vojnik in Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, ki so mi omogočile izvedbo raziskave, ter vsem zaposlenim, ki so si vzeli čas za sodelovanje v raziskavi.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Pojav agresije, še posebej na področje psihiatrije, ni odvisen le od notranjih, zunanjih in situacijskih dejavnikov, ampak tudi od pristopa in načina dela zaposlenih k obravnavi pacienta.

**Cilj:** Raziskovalo se je, ali zaposleni v slovenskih psihiatričnih ustanovah vidijo svoje metode in način dela kot možen vir za pojav nasilja/agresije.

**Metoda:** V raziskavi se je uporabilo neeksperimentalno, kvantitativno raziskovalno metodo s strukturiranim vprašalnikom MAVAS. Med zaposlene v psihiatričnih bolnišnicah je bilo razdeljenih 320 vprašalnikov, od tega jih je bilo vrnjenih 215 vprašalnikov, kar predstavlja 67 % realizacijo vzorca. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS 20.0. Pri opisni statistiki se je izračunalo povprečno vrednost in standardni odklon. Za razlike med spremenljivkami smo uporabili Levenov test in ANOVA test.

**Rezultati:** Na delovnem mestu je agresijo nasilje doživelo 97,9 % ( $n = 210$ ) zaposlenih. Zaposleni se ne počutijo varne razen v Psihiatrični bolnišnici Begunje ( $PV = 3,77$ ). Med bolnišnicami obstajajo različna prepričanja o vzrokih za agresivna nasilna vedenja pacientov. Obstajajo statistično pomembne razlike med bolnišnicami v usposobljenosti zaposlenih za delo s pacientom, ki je agresiven/nasilen ( $p = 0,00$ ). Razlike med bolnišnicami obstajajo tudi pri obvladovanju načina agresivnega nasilnega vedenja ( $p = 0,01$ ). Mnenja zaposlenih v zdravstveni negi se razhajajo tudi glede opustitve fizičnega oviranja ( $p = 0,00$ ).

**Razprava:** Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije svojega dela in pristopa k pacientom ne vidijo kot potencialni vir za pojav nasilja/agresije. Sebe vidijo kot pasivne udeležence v zdravstvenem procesu, katerih naloga je odprava posledic nasilja/agresije, ne pa proaktivno preprečevanje, še preden se pojavita. Njihovo znanje je pomanjkljivo, kar kaže na težave v obstoječem sistemu za usposabljanje kadra.

**Ključne besede:** nasilje/agresija, zaposleni v zdravstveni negi, psihiatrija, dojetanje nasilja.

## SUMMARY

**Introduction:** Outbreak of aggression, especially in the field of psychiatry, is contingent not only upon the internal, external, and situational factors, but also upon the work methods of nurses and their approach to treating patients.

**Objective:** To verify whether nurses in Slovenian psychiatric institutions perceive their work methods and approach as a potential source of violent/aggressive behavior among psychiatric patients.

**Method:** In the study, a non-experimental, qualitative method has been adopted along with the structured MAVAS questionnaire. 320 questionnaires had been distributed among the healthcare workers in Slovenian psychiatric institutions, of which 215 have been returned, representing 67% realization rate. The acquired data has been processed by the SPSS 20.0 program. In descriptive statistics, average value and standard deviation have been calculated, whereas variances have been calculated by way of Levene and ANOVA tests.

**Results:** 97, 9% of the nurses ( $n = 210$ ) reportedly suffered violence/aggression at work. They do not feel safe apart from the employees in the Psychiatric hospital Begunje ( $PV = 3, 77$ ). There are statistically significant differences between psychiatric institutions in regard to the nurses' competences to work with violent/aggressive patients ( $p = 0, 00$ ). There are differences between the hospitals also in way of dealing with violent/aggressive behavior ( $p = 0, 01$ ). The opinions of nurses vary also as to the use of physical restraint ( $p = 0, 00$ ).

**Discussion:** The healthcare workers in the Slovenian psychiatric institutions do not hold their work methods and approach for a contributing factor in the outbreak of violent/aggressive episode(s) in patients. In fact, they conceive of themselves as passive participants in medical process, whose main role is to do away with the consequences of violent/aggressive behavior, and not to prevent it, before it occurs. Their professional knowledge is deficient, pointing to serious flaws in the educating system.

**Keywords:** violence/aggression, healthcare workers, psychiatry, perception of violence, sources of violence.

## KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>4</b>
2.1 VARNOST MEDICINSKIH SESTER V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH IN NJIHOVA PERCEPCIJA LASTNE VARNOSTI.....	5
2.2 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI NEGOVALNEMU OSEBJU V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH .....	11
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>17</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	17
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	17
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	18
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	18
3.3.3 Opis vzorca.....	19
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	19
3.4 REZULTATI .....	20
3.5 RAZPRAVA.....	36
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>50</b>
<b>5 LITERATURA.....</b>	<b>52</b>
<b>6 PRILOGA</b>	
6.1 INSTRUMENT	

## KAZALO TABEL

Tabela 1 : Odnos anketirancev v zdravstveni negi na področju psihiatrije do dela in varnosti ter delovnega mesta po posameznih bolnišnicah.....	20
Tabela 2 : Izkušnje anketirancev z agresijo na delovnem mestu po bolnišnicah .....	22
Tabela 3 : Izkušnje anketirancev z agresijo na delovnem mestu glede na izobrazbo.....	22
Tabela 4 : Vrste agresije nad anketiranci glede na delovno mesto po posameznih bolnišnicah.....	23
Tabela 5 : Pojavnost različnih vrst nasilja nad anketiranci glede na njihovo izobrazbo	24
Tabela 6 : Izvor agresije nad anketiranci po posameznih bolnišnicah .....	25
Tabela 7 : Koriščenje bolniške odsotnosti zaradi agresije med anketiranci v posameznih bolnišnicah.....	25
Tabela 8 : Povprečno število dni bolniškega staleža anketirancev v zadnjih petih letih	26
Tabela 9 : Pomoč anketirancem po agresivnih dogodkih .....	26
Tabela 10 : Znanje anketirancev o notranjih dejavnikih za pojav agresije pri pacientu.	28
Tabela 11 : Ocenjevanje anketirancev o povezanost zunanjih dejavnikov s pojavom agresije pacientov .....	29
Tabela 12 : Znanje anketirancev o povezanosti medsebojnih odnosov in agresije pri pacientih .....	30
Tabela 13 : Ocenjevanje anketirancev o kvaliteti obstoječih pristopov, ki se jih uporablja pri obvladovanju agresije pacienta .....	31
Tabela 14 : Odnos anketirancev do medikamentoznega oviranja pri agresivnih pacientih .....	32
Tabela 15 : Odnos anketirancev do uporabe fizičnega oviranja .....	33
Tabela 16 : Odnos anketirancev do uporabe fizičnega oviranja .....	33
Tabela 17 : Odnos in znanje anketirancev o uporabi nefizičnih metod.....	34

## 1 UVOD

Tako statistike kot individualne raziskave kažejo, da je poklic medicinske sestre eden najbolj nevarnih poklicev z največ poškodbami na delovnem mestu (OSHA, 2013; Spector, et al., 2014; Happell, 2008). Ker je agresija zelo pogost pojav na delovnem mestu zdravstvenih delavcev, ne preseneča, da je ta odstotek še večji v psihiatričnih ustanovah (Privitera, et al., 2005). Problemi z agresijo so zato vedno načenjali temo varnosti na delovnem mestu oz. raziskave agresije pacientov so vedno tesno povezane tudi z vprašanji varnosti in obratno. Zato ne preseneča dejstvo, da so v Mednarodni organizaciji dela že v 70-ih letih prejšnjega stoletja sprejeli Mednarodno konvencijo št. 149, ki medicinskim sestram zagotavlja varnost na delovnem mestu (International Labour Office (ILO), 2005). Toda raziskave o varnosti oz. agresiji pacientov nad medicinskimi sestrami se že od začetka soočajo z veliko težavo: podatki so namreč razkrili velik razkorak med podatki, ki so jih raziskovalci pridobili iz uradnih evidenc ustanov, in podatki o pojavnosti agresije po oceni delavcev samih (Roche, et al., 2010; Kennedy, 2005). Uradne statistike o pojavnosti agresije torej niso zanesljiv pokazatelj dejanskega stanja.

Ta ugotovitev je raziskovalce postavila pred izziv, da pojasnijo, zakaj se agresije v psihiatričnih ustanovah ne poroča. Razlog za to tiči v njuni percepciji. Zaradi visoke pojavnosti agresije med psihiatričnimi pacienti se je zato v širši javnosti in med izobraženim osebjem v psihiatriji uveljavilo prepričanje, da je agresivno vedenje tako rekoč vrojena značilnost pacientov v psihiatriji (Hinshaw & Stier, 2008) in zaradi tega neizbežno zlo pri delu z njimi (Kingma, 2001), zato se ga osebju ne zdi smiselno poročati vsakič, ko se pojavi. Taka percepcija nasilja pacientov pa po drugi strani ustvarja oz. temelji na zmotni predstavi, v skladu s katero se bolezen z duševnimi motnjami enači z agresivnim vedenjem, paciente se stigmatizira, odgovornost za pojav nasilja pa implicitno prelaga na bolezen samo (Karidi, et al., 2010; Link, et al., 1999). V končni fazi to pomeni, da za pojav agresije nikoli ne more biti odgovoren zdravstveni delavec, ki je vedno le pasivna žrtev, ki je prisiljena v aktivno reševanje problema po spletu naključij, oz. povedano drugače, v skladu s to tradicionalno predstavo o izvoru

agresije sploh ni možno zagotoviti varnega delovnega mesta zaposlenim v zdravstveni negi, še posebej v psihiatričnih ustanovah.

V nasprotju s takim gledanjem na varnost zaposlenih oz. agresijo pacientov pa so raziskave tako vzrokov kot poteka zdravljenja psihiatričnih bolezni razkrile, da je možno vplivati na potek zdravljenja psihiatričnih bolezni in z uporabo raznoraznih strategij in tehnik vnaprej preprečiti agresivno vedenje med pacienti (Beech & Leather, 2006). Ta spoznanja so vodila v uspešno implementacijo teh novih tehnik v klinično okolje, kar pa je pripravilo nekatere strokovnjake s področja zdravstvenega menedžmenta in varnosti delavcev oz. pacientov v zdravstvenih ustanovah do tega, da so v celoti zavrgli starejšo in zavzeli novo gledišče, po katerem pacient in njegova bolezen ne nosita več levjega deleža krivde za pojav agresije v psihiatriji (in drugod v zdravstvu), temveč zdravstveni delavci in bolnišnični menedžment (Tweedy, 2015). V tujini so ta nova spoznanja že začeli uvajati v klinično okolje z dodatnim izobraževanjem kadra (Espinosa, et al., 2015), a kljub temu najnovejše raziskave o dožemanju pacientov med psihiatričnim osebjem, npr. v Švedski, kažejo, da imajo zaposleni še vedno zelo negativen odnos do oz. negativno dojemajo paciente z duševno motnjo, v nekaterih ozirih celo bolj negativno kot laična javnost (Svensson, et al., 2014).

V kolikor nam ta podatek daje slutiti, da tradicionalno dožemanje pacienta oz. duševne bolezni kot poglavitnega krivca za pojav agresije v psihiatričnih ustanovah še ni v celoti izkoreninjeno v tujini, pa je stanje v Sloveniji še dosti bolj alarmantno. Glede na to, da šele v novejši literaturi zasledimo prve raziskave, ki kažejo, da se tudi pri nas uvaja različne tehnike in spoznanja s področja preprečevanja agresije v zdravstvenih ustanovah, smemo sklepati, da tradicionalno razumevanje agresije pacientov še vedno dominira tudi med slovenskimi delavci v zdravstveni negi (Pavšič-Mrevlje & Umek, 2011). To potrjuje tudi nedavna metaanaliza Pavšič-Mrevljeteve in Umeka (2011), ki sta ugotovila, da pri zaposlenih obstaja velik prepad med percepcijo nasilja pacientov nad njimi in dejanskim stanjem. Skratka, domnevati smemo, da zaposleni v zdravstveni negi



na področju psihiatrije v Sloveniji še vedno gledajo na pacienta z duševno motnjo in njegovo bolezen kot primarni vzrok za pojav agresije.

Toda ker je bila raziskava Pavšič-Mrevljetove in Umeka (2011) izvedena na osnovi treh preteklih raziskav v različnih obdobjih na zelo majhnem vzorcu (te omejitve priznavata tudi avtorja članka), se poraja dvom o točnosti njunih izsledkov in ugotovitev. Posledično smo se v pričujoči diplomski nalogi lotili istega problema in opravili raziskavo o občutku oz. dojemanju varnosti sočasno na dosti večjem vzorcu med zaposlenimi v zdravstveni negi v šestih od sedmih slovenskih psihiatričnih ustanov. Namen naše raziskave je bil preveriti, ali se zaposleni v zdravstveni negi počutijo varne na delovnem mestu, pri tem pa ugotoviti, kateri dejavniki povečujejo občutek varnosti med zaposlenimi in kateri ga zmanjšujejo. Še več, v raziskavi bomo preverili tudi, ali obstajajo kakšna razhajanja med zaposlenimi pri dojemanju varnosti glede na spol in izobrazbo. Na ta način bo pričujoča diplomatska naloga ne le metodološko bolj izpopolnjena kot pretekle raziskave pri nas na temo dojemanja varnosti med zaposlenimi, ampak jih bo tudi vsebinsko dopolnila in nadgradila.

## 2 TEORETIČNI DEL

Ker so po številu obolenj in poškodb na delovnem mestu zdravstveni delavci, še posebej medicinske sestre, v samem svetovnem vrhu, sta varnost in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi pereča tema ne le strokovnih, ampak tudi vse pogostejša tema političnih debat (Privitera, et al., 2005). Toda kot bomo videli skozi to poglavje, kjer bomo v prvi vrsti raziskali aktualno literaturo o pojmu varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na delu in percepcijo le-tega med zaposlenimi samimi, v teh debatah prihaja do velikih razhajanj, ki v osnovi izvirajo iz različnih definicij, oz. bolje rečeno, iz različnih predstav o tem, katere nevarnosti prežijo na zaposlene v zdravstveni negi. Med temi je najbolj razširjena laična predstava o agresivnem pacientu, zlasti obolelim za katero od duševnih bolezni. Vpliv te predstave se kaže tudi v strokovni literaturi pri nas, saj se raziskave o varnosti zaposlenih v psihiatričnih ustanovah pri nas še vedno primarno ukvarjajo s pojasnjevanjem izvora duševnih bolezni in etiologijo le-teh (Kores-Plesničar, 2006; Videčnik, 2007; Lapanja, 2012). Trdovratnost te predstave pa se zrcali tudi v negativnem odnosu, polnem predsodkov, do pacientov z duševnimi motnjami s strani ne le laične javnosti, ampak tudi zaposlenih samih (Hinshaw & Stier, 2008; Svensson, et al., 2014).

Toda četudi neizpodbitno velja, da pacienti z duševnimi motnjami predstavljajo svojevrstno nevarnost, pa različne statistike in raziskave kažejo, da je agresija pacientov manj pogost vzrok za nezgode na delovnem mestu (OSHA, 2013; Trinkoff, et al., 2008). Pravzaprav raziskave kažejo, da medicinske sestre večino poškodb na delovnem mestu utrpijo zaradi izčrpanosti ali poškodb, ki nastanejo zaradi več let dela v tem napornem poklicu, se pravi, še vedno trpijo v glavnem za poklicnimi poškodbami in deformacijami (OSHA, 2013; Trinkoff, et al., 2008). Posledično lahko trdimo, da je enačenje pojma varnosti medicinskih sester na delovnem mestu s pojmom agresije pacientov nad njimi preozko in zavajajoče. Skladno s to ugotovitvijo, ki se nanaša na varnost zaposlenih v zdravstveni negi nasploh, bomo v tem poglavju najprej preverili, ali so zaposleni v zdravstveni negi res bolj ogroženi kot v drugih poklicih in kako zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije dojemajo svojo varnost oz. kdo po njihovem mišljenju predstavlja največjo nevarnost njihovemu zdravju. V drugem delu

pa si bomo nato поблиže ogledali še nekatere najpogostejše ukrepe in prijeme, ki jih sprejemajo in izvajajo uprave bolnišnic na lokalni oz. državni ravni za zagotavljanje varnosti zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Na koncu sledi še krajša strnjena sinteza ugotovitev, ki bo uporabljena kot ozadje oz. izhodišče diskusije v pričujočem diplomskem delu.

## **2.1 VARNOST MEDICINSKIH SESTER V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH IN NJIHOVA PERCEPCIJA LASTNE VARNOSTI**

V zadnjih tridesetih letih se je izredno povečalo zanimanje stroke za varnost zdravstvenega osebja, še posebej v psihiatričnih ustanovah. Če je v 80-ih letih prejšnjega stoletja bil na letni ravni objavljen le kakšen ducat člankov, jih je v zadnjih petnajstih letih vsako leto objavljeno več sto (Duxbury, 2003). Toda ob pregledu najnovejše literature, sploh pri nas v Slovenji, pa ugotovimo, da se tako rekoč vse raziskave, ki se nanašajo na varnost medicinskih sester v psihiatričnih ustanovah, ukvarjajo prvenstveno z agresivnimi pacienti oz. agresijo pacientov nad negovalnim osebjem, pa še takrat, ko se ukvarjajo z drugimi vidiki njihove varnosti, se vzroke za poklicne poškodbe (ne-)posredno išče v nasilju pacientov (Kores-Plesničar, 2006; Videčnik, 2007; Lapanja, 2012). Na tej točki se zastavlja ključno vprašanje, ali so medicinske sestre v psihiatričnih ustanovah res bolj ogrožene kot njihovi kolegi in kolegice, ki delajo na drugih področjih. V ta namen bomo predstavili različne podatke o agresiji nad medicinskimi sestrami iz različnih držav v zadnjih petnajstih letih.

V poročilu irske delovne skupine o napadih na medicinske sestre v psihiatriji iz leta 2003 zbrani podatki kažejo, da se je v letu 2001 zgodilo 1662 napadov na medicinske sestre (Irish Department of Health, 2003). V 108 primerih je žrtev po napadu vzela bolniški dopust, v 106 primerih zaradi lažje ali hujše telesne poškodbe. Od teh 108 primerov napada na osebje so kar 77 teh napadov, t. j. 71 %, zagrešili pacienti v prvem mesecu od svoje hospitalizacije, medtem ko po drugi strani podatki razkrivajo, da se je od vseh 1662 napadov kar 709 napadov, t. j. 42,6 %, zgodilo v sprejemnih pisarnah, 223, t. j. 13,5 %, na oddelkih s kontinuirano zdravstveno nego pacientov, kar 204, t. j. 12,4 %, pa na psihiatričnih oddelkih v splošnih bolnišnicah (Irish Department of Health, 2003). Po drugi strani so Grassi in njegovi kolegi (2006), ki so raziskovali agresivno

vedenje pacientov v manjši italijanski psihiatrični enoti s 15 posteljami v obdobju 7 let, ugotovili, da je od 3507 hospitalizacij pacientov do agresivne epizode prišlo »le« v 409 primerih, ki jih je zagrešilo 160 različnih pacientov. Za konec omenimo še raziskavo od Bowersa in njegovih sodelavcev (2011), ki so na podlagi primerjave več tovrstnih raziskav dognali, da kar 71 % osebja v različnih zdravstvenih ustanovah doživi verbalno nasilje v teku svoje poklicne poti in kar 66 % tudi fizično nasilje.

Medtem ko so ti podatki sami po sebi zaskrbljujoči, pa je na osnovi takih raziskav v bistvu nemogoče oceniti dejansko (ne-)varnost zaposlenih v zdravstveni negi brez primerjalnih podatkov, vsaj z drugimi oddelki. Ker so take raziskave redke, so njihovi izsledki še toliko bolj pomembni. Naj omenimo vsaj dve tovrstni raziskavi (Hesketh, et al., 2003; Schablon, et al., 2015). Prva raziskava, denimo, ki so jo naredili Hesketh in njegovi sodelavci (2003) v Kanadi oz. natančneje, v psihiatričnih bolnišnicah v zveznih deželah Alberta in Britanska Kolumbija je razkrila, da je agresija nad negovalnim osebjem na urgentnih oddelkih le malenkost bolj pogosta kot na psihiatričnih oddelkih. Tarča največ agresivnih epizod (kar 24,2 % vseh primerov) so medicinske sestre, ki sodelujejo pri zdravljenju ali operacijah na urgentnih oddelkih, medtem ko so zaposleni v zdravstveni negi na urgentnih oddelkih tarča napadov v 21,9 % primerov, zaposleni v psihiatriji v 20,3 %, v intenzivni negi 11,8 %, ostali delež pa odpade na druge ali mešane oddelke. Nadalje raziskava razkriva, da so za večino fizičnih napadov na negovalno osebje na urgentnih in psihiatričnih oddelkih odgovorni pacienti, medtem ko je za večino verbalnega nasilja nad negovalnim osebjem krivo bolnišnično osebje, t. j. zdravniki in sodelavci. Pravzaprav je raziskava pokazala, da so zdravniki in sodelavci odgovorni za 56,7 % primerov čustvih zlorab in kar 53,6 % primerov spolnega nadlegovanja. Še bolj presenetljivi pa so podatki nemške raziskave od Schablonove in njenih sodelavcev (2015), objavljene lani, o agresiji nad negovalnim osebjem v različnih zdravstvenih ustanovah. Ta raziskava razkriva, da se kar 63 % vseh agresivnih epizod nad negovalnim osebjem v Nemčiji zgodi na geriatričnih oddelkih, verjetnost napada pa znaša kar 95 %. Večino teh napadov zagrešijo pacienti z okrnjenimi kognitivnimi sposobnostmi. Se pravi, če potegnemo zaključek iz tega, lahko ugotovimo, da agresija nad negovalnim osebjem nista omejena le na psihiatrične ustanove, ampak ju najdemo na vseh oddelkih, od teh pa prednjačijo predvsem geriatrični, urgentni in psihiatrični oddelki.

Kljub tem ugotovitvam, ki izpodbijajo mit o »agresivnem psihiatričnem pacientu«, pa različne raziskave, ki se ukvarjajo z vprašanjem, kako zaposleni v zdravstveni negi dojemajo svojo varnost (in varnost pacientov), kažejo, da zaposleni v zdravstveni negi pacientov z duševno motnjo še vedno vidijo pacienta in njegovo bolezen kot primarno grožnjo svojemu zdravju in varnosti (Duxbury, 2005; Hinshaw & Stier, 2008). V skladu s tem se je stroka v raziskavah osredotočala sprva le na agresivnega pacienta in skušala pojasniti vzroke za pojav njegovega agresivnega vedenja (Duxbury 2002). Ta model razlage je v strokovni literaturi znan kot interni model, ki je v praksi znan najbrž toliko časa, kolikor obstajajo psihiatrične ustanove, še v 90-ih letih prejšnjega stoletja pa so ga zagovarjali nekateri ugledni znanstveniki (Link & Steuve 1995; Hansen 1996). Sočasno s tem modelom razlage je od sredine 20. stoletja cvetel tudi eksterni model razlage, katerega zagovorniki so vzroke za agresivno vedenje pacientov skušali najti v fizičnem okolju, potem ko so ameriški raziskovalci odkrili, da k nasilju zapornikov močno prispeva sam prostor oz. njegova zaprtost (Dickens, et al., 2013). Kot zadnji poskus razlage se je v 70-ih letih 20. stoletja pojavil situacijski/interakcijski model razlage agresije, v skladu s katerim je stroka trdila, da je agresija priučena in da se kot »vedenjski« vzorec ohranjata skozi interakcijo oz. naključne situacije, ki smo jim izpostavljeni (Bandura, 2001). Primerno temu so bili tudi prvi vprašalniki, ki so namenjeni raziskavam tega problema, zasnovani tako, da se je večina vprašanj osredotočala na agresijo pacientov, izpolnjujejo pa jih zaposleni sami (Jansen, et al., 2006). Najpogosteje uporabljena v tovrstnih raziskavah sta bila t. i. »self-report« vprašalnik, v katerem so zaposleni sami poročali o napadih, in Vprašalnik o odnosu do fizičnega nasilja pacienta (The Attitudes Toward Patient Physical Assault), ki sestoji iz 31 vprašanj, na katera anketiranci odgovarjajo z Likertovo petstopenjsko lestvico, vprašanja pa se nanašajo na varnost, kompetentnost osebja, pravne zadeve in odgovornost pacienta za lastno vedenje (Jansen, 2005). Poleg tega se uporablja še Vprašalnik o odnosu do fizičnega napada (Attitudes Toward Physical Assault Questionnaire), Vprašalnik o odnosu do agresivnega vedenja (The Attitudes Toward Aggressive Behaviour Questionnaire) in Lestvico o odnosu do nasilja (Attitudes Toward Aggression Scale) (Jansen, et al., 2006). Vseeno pa tem modelom razlage (in vprašalnikom kot raziskovalnim pripomočkom), kot kažejo prej omenjene statistike (OSHA 2013), v praksi ni uspelo ponuditi rešitve za problem agresije pacientov nad

zaposlenimi v psihiatriji, t. j. omejiti oz. zmanjšati pogostost agresivnih epizod, da si so na različne načine pomembno osvetlili njegove različne aspekte.

Toda ravno zaradi vprašanja, zakaj zaposlenim v psihiatriji kljub njihovi usposobljenosti ne uspeva preprečiti ali vsaj omejiti agresije pacientov, je prišlo na koncu 20. stoletja in začetku 21. do fundamentalnega preobrata v raziskavah, kajti raziskovalci so se prvič v vsej zgodovini raziskav tega problema nehali spraševati, zakaj je pacient agresiven, in se vprašali, zakaj zdravstvenemu osebju ne uspe v praksi implementirati spoznanj stroke. Čeprav gre za star vir, je vsekakor pri tem potrebno omeniti, da sta Grainger in Whiteford (1993) že pred več kot dvema desetletjema opazila, da je pojavnost agresije pri pacientih nad zaposlenimi višja pri izvajanju različnih prisilnih ukrepov. Nadalje so O'Brien-Pallasova in sodelavci (2004) dokazali, da se medicinske sestre počasneje odzivajo na incidente, v katere so vpleteni pacienti, ki so bili do njih v preteklosti že agresivni, medtem ko so Grenyerjeva in sodelavci (2004) odkrili, da medicinske sestre takim pacientom zaradi strahu pred agresijo nudijo slabšo nego. Še več, v kolikor so te raziskave neizpodbitno dokazale, da je vloga medicinskih sester dosti večja pri pojavu agresije, so po drugi strani Jonker in sodelavci (2008) v svoji raziskavi namignili, da uporaba medosebnih, deeskalacijskih tehnik namesto prisilnih ukrepov pomembno vpliva na manjšo pojavnost agresije pri pacientih, njihovo priporočilo pa je naletelo na posluš nekaterih psihiatričnih ustanov v zahodnoevropskih in skandinavskih državah, ki so se tudi spopadala s kroničnim nasiljem. Z implementacijo najnovejših priporočil in smernic stroke jim je tako, denimo, v le nekaj letih uspelo ne le omejiti, ampak celo močno zmanjšati število agresivnih epizod pri pacientih (Espinosa, et al., 2015).

V skladu s temi spoznanji stroke se je tako fokus raziskav o agresiji pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi skoraj v celoti preusmeril s pacientov v negovalno osebje, in še posebej v njihovo znanje ter obvladovanje medosebnih, deeskalacijskih tehnik omejevanja oz. preprečevanja agresije. Glede na te trende je že leta 2002 britanska raziskovalka Joy Duxbury zasnovala in predstavila nov vprašalnik Management of Aggression and Violence Attitude Scale, t. j. Lestvica obvladovanja agresije in odnosa do nasilja (MAVAS), ki za razliko od ostalih prej omenjenih vprašalnikov predstavlja že pomemben odmik od tradicionalnega, poenostavljenega

razumevanja agresije pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi, saj agresije pacientov ne »meri« le kot produkt situacijskih/interakcijskih, zunanjih (npr. fizično in družbeno okolje) in notranjih dejavnikov (bolezen in osebnost pacienta) ter pristopa menedžmenta k temu problemu, ampak ugotavlja tudi, v kolikšni meri odnos zaposlenih v negi vpliva na njuno obvladovanje (Duxbury, 2002). Ker se je slednji vprašalnik uporabilo tudi v tej diplomski nalogi, bomo v nadaljevanju na kratko predstavili nekatere najbolj pomembne ugotovitve raziskav, ki so uporabile ta vprašalnik pri raziskovanju odnosa oz. percepcije varnosti zaposlenih v psihiatričnih ustanovah.

V svojem pionirskem članku iz leta 2002 je tako Duxburyjeva poročala, da medicinske sestre v Veliki Britaniji še vedno vidijo agresijo pacientov kot produkt notranjih dejavnikov, primarno karakternih potez pacienta. V članku iz leta 2008 je Duxburyjeva hotela preveriti uporabnost svojega vprašalnika tudi v tujini, zato je naredila mednarodno primerjalno raziskavo o odnosu zaposlenih v negi do agresije pacientov med medicinskimi sestrami v Veliki Britaniji in Švici v letih 2001 in 2003. Ugotovila je, da so anketiranci v Švici videli kot poglavitni razlog za agresivno vedenje pacientov v internih dejavnikih (se pravi, tistih, ki izvirajo iz pacienta), medtem ko so zaposleni v zdravstveni negi iz Velike Britanije tokrat izpostavili notranje in okolijske dejavnike kot poglavitni razlog za agresivno vedenje pacientov. Ne glede na to pa so se oboji strinjali z uporabo fizičnih sredstev za omejevanje nasilja. Duxburyjeva (2008) je razhajanja v odnosu švicarskih in britanskih medicinskih sester do agresije pacientov skušala pojasniti kot posledico različnih stopenj agresije, s katerim se soočajo v omenjenih državah, potem kot posledico razlik v pristopu menedžmenta ter kot posledico načina izobraževanja osebja. MAVAS vprašalnik pa so nedavno v svoji raziskavi uporabili tudi Pulsford in njegovi sodelavci (2013), ki pa v svojo raziskavo v Veliki Britaniji niso vključili le osebja, ampak tudi paciente. Rezultati omenjene raziskave so razkrili, da delavci v zdravstveni negi, ki sicer bolj cenijo nefizično obvladovanje agresije, vidijo agresijo pacientov kot produkt različnih dejavnikov, vseeno pa v primeru agresivnih epizod nimajo nobenih pridržkov do uporabe fizičnega obvladovanja agresije. Najbolj presenetljiva ugotovitev te raziskave pa je zagotovo, da se odnos pacientov do agresije skoraj v celoti sklada z odnosom zaposlenih, saj so se strinjali celo s fizičnim omejevanjem agresivnih pacientov, vendar se za razliko od zaposlenih niso strinjali s

tem, da je agresija izključno in samo produkt internih dejavnikov, kajti večjo težo so pripisovali eksternim in situacijsko/interakcijskim dejavnikom (Pulsford, et al., 2013).

Preden potegnemo črto pod dosedanjo razpravo, pa je treba omeniti še raziskave agresije pacientov nad zaposlenimi v psihiatričnih ustanovah pri nas v Sloveniji. Kot prvo je treba poudariti, da se podatke o nezgodah na delovnem mestu medicinskih sester že zbira na Ministrstvu za delo v skladu z Zakonom o delovnih razmerjih (2013), toda nobena uradna institucija v Sloveniji statistično ne obdeluje teh podatkov. Nadalje smo zaznali, da tudi naša stroka še vedno gleda na varnost medicinskih sester na »tradicionalen«, poenostavljen način, saj se varnost zaposlenih v negi v osnovi enači z agresijo pacientov, še posebej v psihiatriji. Čeprav to ni nobena posebnost slovenskega okolja, kot smo lahko videli v dosedanjem pregledu strokovne literature, ni nobeno presenečenje, da so se vse dosedanje raziskave o varnosti medicinskih sester tudi pri nas osredotočale na agresijo pacientov nad njimi, kot nam kaže, denimo, raziskava Pavšič-Mrevljeto in Umeka (2011), v kateri sta skozi metaanalizo treh predhodnih raziskav, opravljenih v Psihiatrični bolnišnici Begunje, Psihiatrični kliniki Ljubljana in Psihiatrični bolnišnici Ormož, avtorja skušala dognati, ali se zaposleni v psihiatrični zdravstveni negi počutijo varne na delu in kateri dejavniki prispevajo k občutku pomanjkanja varnosti. Temeljni izsledki so, da so zaposleni v psihiatričnih ustanovah v Sloveniji podvrženi agresiji na tedenski, včasih dnevni bazi, na samo agresijo pa večina gleda kot na nekaj samoumevnega, zato se ne poroča vseh agresivnih epizod, še posebej ne verbalnega nasilja. Nadalje raziskava ugotavlja, da zaposleni v negi praviloma gledajo kot na vzrok agresivnega vedenja pacientov njihovo bolezen, vseeno pa kljub tem izsledkom le redki dojemajo svoje delo kot nevarno, zato ne razmišljajo o zamenjavi poklica. Kljub občutku varnosti pa zaposleni v psihiatrični zdravstveni negi priznavajo, da jim primanjkuje prepotrebni znanj za obvladovanje agresije, zato so izrazili željo po povečanju varnostnega osebja in dodatnem izobraževanju. Ker so v preteklih raziskavah bili uporabljeni različni vprašalniki, sam vzorec pa je bil relativno majhen, so izsledki njune metaanalize problematični.



## 2.2 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI NEGOVALNEMU OSEBJU V PSIHIATRIČNIH USTANOVAH

Ker sta, kot smo že omenili, varnost in zdravje pacientov, ki sta v središču zdravstvenega procesa, tesno odvisna od varnosti in zdravja zaposlenih v zdravstveni negi, je ena od najbolj pomembnih nalog vsakega vodstva in menedžmenta v zdravstvu zagotavljanje varnosti negovalnemu osebju na delovnem mestu (Tweedy, 2015). Toda odgovornost za varnost in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi ne nosita zgolj vodstvo in menedžment, čeprav sta velikokrat ravno ta dva subjekta zakonsko odgovorna za to kot sinonim za delodajalca (kot npr. v Sloveniji), ampak tudi negovalno osebje samo (Tweedy, 2015). Vseeno pa je zaradi zakonske odgovornosti ravno vodstvo tisto, ki običajno samo in brez vključevanja ostalih činiteljev samostojno sprejema različne pravne akte, s katerimi želi zagotoviti tako varnost vseh zaposlenih kot tudi pacientov. Pri tem seveda veliko vlogo igrajo razpoložljiva finančna sredstva, še bolj pa zbiranje podatkov o nezgodah na delu (Trinkoff, et al., 2008; Tweedy, 2015). Namreč, če zdravstvena ustanova ne zbira in ne analizira tovrstnih podatkov, so učinki sprejetih predpisov in aktov s strani vodstva lahko ne le ničelni, ampak celo kontraproduktivni. Ker pa se ti ukrepi razlikujejo ne le od bolnišnice do bolnišnice, ampak pogosto tudi od oddelka do oddelka, se bomo v nadaljevanju posvetili izključno ukrepom, ki jih vodstvo oz. menedžment sprejemata za zagotavljanje varnosti negovalnemu osebju v psihiatričnih ustanovah.

V pregledani literaturi se kot najpogostejši ukrepi za zagotavljanje varnosti medicinskemu osebju, ki jih sprejemajo vodstva psihiatričnih ustanov širom sveta, pojavlja vzpostavitev varnostnega sistema, kar v praksi običajno pomeni, da se psihiatrične (in druge zdravstvene) ustanove odločajo za nakup in vgradnjo detektorjev kovinskih predmetov (t. j. orožja) ali za najem varnostnikov (Lipscomb, et al., 2010). Kot smo omenili v prejšnjem podpoglavju, je povečanje varnostnega osebja po poročanju Pavšič-Mrevljetove in Umeka (2011) tudi eden od ukrepov, ki si ga želijo in močno podpirajo zaposleni v slovenskih psihiatričnih ustanovah. Toda kot avtorja opozarjata, tak ukrep je, denimo, v Sloveniji nesmiseln, kajti zakonodaja dovoljuje edino izobraženemu osebju, da posreduje oz. skuša obvladovati agresivnega pacienta,

zato je vloga varnostnega osebja v slovenskih psihiatričnih ustanovah reducirana izključno na preprečevanje pobegov pacientom oz. onemogočanje vstopa nekvalificiranim osebam. Kar zadeva nakup in vgradnjo detektorjev kovine, jih v slovenskih javnih zdravstvenih zavodih ni, so pa pogost varnostni ukrep v bolnišnicah v anglo-saksonskem svetu (Lipscomb, et al., 2010). Toda že raziskava od Rankinsa in Hendleyja (1999) izpred sedemnajstih let je pokazala, da vgradnja tovrstnih varnostnih sistemov v ZDA ni v nobenem oziru zmanjšala število agresivnih epizod, katerih žrtve so bili zaposleni v zdravstveni negi, zato sta že takrat avtorja sugerirala, da je namesto vgradnje detektorjev kovin bolj smiselno zdravstveno osebje izobraževati v obvladovanju kriznih situacij z elementi agresije.

Drug najpogostejši ukrep vodstva ali menedžmenta psihiatričnih ustanov je bila uvedba dodatnih izobraževanj za negovalno osebje (Björkdahl, et al., 2012). Ta izobraževanja so obsegala tako tečaje samoobrambe kot strokovna izobraževanja s poudarkom na teoriji in praksi o obvladovanju agresivnih pacientov (Beech & Leather, 2006; Paterson, et al., 2010). Ker so ta izobraževanja obrodila več sadov kot, denimo, prej omenjeni ukrep, so v nekaterih državah po svetu postala obvezna ne le za negovalno osebje, ampak za celoten kader (Björkdahl, et al., 2012). Eden od najbolj znanih modelov tovrstnih obveznih izobraževanj v Evropi je Bergenski model, ki je obvezen v skandinavskih državah (Björkdahl, 2010). Ta program je zasnovan tako, da se v praksi pristopa preventivno h kritičnim situacijam s pomočjo teoretičnega modela, imenovanega Mestni model, ki temelji na pozitivnem vrednotenju pacientov, obvladovanju čustev in učinkoviti sestavi negovalnega osebja. Povezanost tega izobraževalnega programa na percepcijo agresije med negovalnim osebjem v izobraževalnih ustanovah so nedavno raziskovali tudi Björkdahl in sodelavci (2012) in rezultati te raziskave so pokazali, ne le da se je osebje dosti bolj učinkovito spoprijemalo s kriznimi situacijami (v bistvu ta program spodbuja zgodnjo intervencijo osebja pred nastopom agresivne epizode), ampak tudi da se je spremenila njihova percepcija lastne učinkovitosti.

V okviru tovrstnih formalnih izobraževanj pa je zagotovo najpomembnejša pridobitev za zaposlene v zdravstveni negi razvoj in izpolnitev njihovih komunikativnih sposobnosti, s katerimi lahko proaktivno preprečijo pojav agresivne epizode med pacienti z duševno motnjo. Gre za t. i. deescalacijske tehnike, ki se jih uvaja tudi že v

Sloveniji. Strokovna literatura navaja, da je za njihovo učinkovito uporabo potrebnih sedem veščin, od katerih se prve tri nanašajo na veščine osebj, preostale pa na sam proces intervencije: 1.) obvladovanje verbalne komunikacije in 2.) neverbalne komunikacije, 3.) sposobnost ohranjanja samonadzora, 4.) pravilna vzpostavitev stika s pacientom, ki je napet, 5.) pravilna ocena, kdaj posredovati, 6.) zagotovitev varnih pogojev za deeskalacijo in 7.) uporaba ustrezne deeskalacijske strategije (Price & Baker, 2012). Čeprav se večina medicinskih sester intuitivno poslužuje teh tehnik, obstajajo dokazi, da je znanje in obvladovanje teh tehnik pomanjkljivo brez ustreznega treninga, njihova ustrezna uporaba v praksi pa dokazano zmanjšuje pojavnost agresivnega vedenja in pozitivno vpliva na samozavest celotnega osebj (Horvat, 2014). V skladu s temi ugotovitvami je tako, denimo, Ameriško psihiatrično združenje (APA) izdelalo niz smernic in pravil, ki se jih je treba držati pri aplikaciji deeskalacijskih tehnik:

- a) V bližini se mora nahajati izurjen tim, da lahko ob morebitnem izbruhu uporabnika posreduje;
- b) Med pogovorom naj strokovni delavec vzdržuje primerno razdaljo s pacientom. Ustrezna razdalja naj bi bila 2 metra;
- c) Pot do vrat naj bo pacientu prosto prehodna, vrata pa naj so nekoliko odprta, da se pacient ne bi počutil, kot da je zaprt ali da se mu omejuje svobodo;
- d) Neprimerno je kakršnokoli rokovanje ali fizični kontakti s pacientom, saj bi jih lahko dojel kot osebni napad;
- e) Ko pacient govori, ga je potrebno pozorno poslušati, ne sme se mu oporekati zato, da dobi občutek, da smo na njegovi strani. Pusti se mu, da pove svoje (da si verbalno »da duška«), strokovni delavec pa naj ob tem govori mirno, zmerno glasno, brez posebnih poudarkov, pomirjujoče in brez strahu;
- f) Med pogovorom se mora strokovni delavec izogibati neposrednemu očesnemu stiku, saj lahko uporabnik to razume kot provokacijo ali celo grožnjo;
- g) Če je pacient močno razburjen in začne postajati agresiven, mu je potrebno dati delno prav, da se pridobi na času in da prispe dodatna pomoč, če se jo zaprosi;

- h) Ker je med pogovorom z razburjenim pacientom pomembna tudi mimika in simbolika naših gibov, ki jih pacient lahko razume kot posmehovanje ali kot provokacijo, je priporočljivo, da se uporablja ustrežljivo in razumevajočo držo, da uporabniku pokažemo, da mu ne želimo ničesar žalega;
- i) Pomembno je tudi vzdrževati stik in pozorno opazovanje uporabnika, da smo stalno na tekočem o njegovem stanju;
- j) Če pa je uporabnik postal agresiven, je pomembno, da se ukrepa hitro in odločno;
- k) Ko je pacient ustrezno pomirjen, je treba nadaljevati obravnavo, a je še vedno treba biti pozoren na pacienta (Dernovšek, 2009).

Poleg doslej naštetih varnostnih ukrepov, ki jih sprejemajo psihiatrične ustanove, pa se v zadnjem času pojavlja oz. uveljavlja še en prijem za preprečevanje agresije nad zaposlenimi v zdravstveni negi, ki se je izkazal za dokaj učinkovitega. Potem ko se je izkazalo, da se največ epizod agresije pacientov nad zaposlenimi v psihiatričnih ustanovah zgodi v sprejemnih pisarnah, kot smo to videli na primeru irskega poročila v prejšnjem podpoglavju, je stroka razvila različne obrazce in formularje za zaposlene, s pomočjo katerih lahko ocenijo možnost pojava agresivnega vedenja pri ravnokar sprejetem pacientu (Björkdahl, et al., 2006). Eden od takšnih testov je norveški Bresetov test nasilja (Brøset Violence Checklist – BVC), ki so ga testirali tudi v Nemčiji (Abderhalden, et al., 2004). Pri testu gre v bistvu za seznam simptomov, ki so značilni za paciente pred agresivno epizodo, na osnovi rezultatov pa potem zaposleni razvrstijo sprejete paciente v sedem skupin, označenih z 0–6, pri čemer oznaka 0 pomeni, da je verjetnost agresivne epizode nična, medtem ko klasifikacija pacienta v skupino z oznako 6 pomeni, da obstaja zelo velika verjetnost agresivne epizode. Analiza točnosti testa je pokazala, da je verjetnost agresivne epizode pri pacientih, ki ne kažejo simptomov in padejo v skupini 0–1, 1 : 208, pri pacientih, ki so razvrščeni v skupini 2–3, je verjetnost 1 : 10,5, verjetnost za agresivno epizodo pri pacientih, ki so razvrščeni v 4. ali višjo rizično skupino, pa je kar 1 : 3 (Abderhalden, et al., 2004).

Po tem krajšem pregledu najpogostejših ukrepov in prijemov, ki jih sprejemajo oz. uvajajo ne le psihiatrične, ampak tudi druge zdravstvene ustanove, lahko ugotovimo, da

so tako rekoč vsi usmerjeni v preprečevanje agresije pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi kljub temu, da npr. statistični podatki za ZDA kažejo, da je poškodb na delovnem mestu in odsotnost od dela zaradi agresije le (9 %), je večji odstotek rezultatov pokazal odsotnost od dela, zaradi izčrpanosti (48 %), zdrsov oz. padcev (25 %), neustreznega ravnanja z različnimi predmeti (13 %) (OSHA, 2013). Razlog za to najverjetneje tiči v dejstvu, da ta dela v tujini praviloma ne opravljajo medicinske sestre, ampak skupina pomočnic oz. zdravstvenih asistentov, katerih poglavitne naloge so skrb za higieno pacientov in vzdrževanje čistoče okolja. Prav tako se premalo pozornosti posveča pomenu in vplivu fizične oz. psihične izčrpanosti medicinskih sester, ki prav tako ogroža varnost in zdravje negovalnega osebja, posredno pa seveda tudi pacientov (Trinkoff, et al., 2008). Tako so Drake in njegovi sodelavci (2004) ugotovili, da sta izmensko delo in predolg delavnik ena glavnih dejavnikov tveganja za pojav nesreč oz. nezgod, saj prispevata k pojavu motenj v spanju, posledično pa se pojavijo znaki utrujenosti in zaspanosti, kar pa negativno vpliva na živčni, kardiovaskularni, presnovni in imunski sistem delovanja. Sprememba delovnega ritma lahko negativno vpliva tudi na socialno življenje in družino posameznika, saj preživi manj časa z družino, kar pa posledično lahko privede do stresnih dejavnikov in z njimi povezanih duševnih obolenj. Še več, zaradi predolgega delavnika se poveča verjetnost nezgode tudi pri delu s kemikalijami, prihaja pa tudi do infekcij. Poleg tega se lahko poveča tudi stres zaradi neurejenega prehranjevanja in posledično večjega tveganja za uživanje kofeina, alkohola in kajenja. Drake in njegovi sodelavci (2004) so tako dokazali, da je tveganje za nastanek poškodbe v nočni izmeni kar za 34 % večje kot v jutranji izmeni.

Ker je nevarnosti, ki ogrožajo varnost in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi v zdravstvenih ustanovah nedvomno veliko, je ukvarjanje menedžmenta izključno z agresivnimi pacienti ne le napačen, ampak tudi nevaren pristop k reševanju problema varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Za bolnišnični menedžment je zato ključnega pomena, da uporablja različne instrumente in vzvode za zbiranje informacij, na osnovi katerih lahko se presodi oz. oceni, ali se dosega zastavljene cilje in standarde zagotavljanja varnosti negovalnemu kadru. Zaradi tega je zaželeno, da se vsaj enkrat letno odda poročilo o vseh incidentih in nezgodah, na osnovi katerih se lahko zastavi nove cilje in uvede potrebne ukrepe za doseganje zastavljenih ciljev. Vsekakor pa vsa odgovornost za varnost ne leži na bolnišničnem menedžmentu oz. vodstvu. Ker so

medicinske sestre vsakodnevno podvržene stresnim dejavnikom na delovnem mestu, lahko tudi same prispevajo k večji lastni varnosti na delu, če skrbijo za lastno duševno in telesno zdravje tudi zunaj delovnega mesta, tako da vodijo zdrav način življenja (Trinkoff, et al., 2008).

Če strnemo ugotovitve iz tega pregleda domače in tuje literature, lahko potegnemo naslednje zaključke:

1. Poklic medicinske sestre je nevaren, toda agresivni pacienti, zlasti pacienti z duševno motnjo, niso niti glavni niti edini vir nevarnosti za zaposlene v zdravstveni negi, kot se tradicionalno gleda nanje ne le v laični, ampak tudi v strokovni javnosti.
2. Percepcija agresivnih pacientov kot glavnega vira nevarnosti za medicinske sestre prevladuje tudi med zaposlenimi v psihiatrični zdravstveni negi, čeprav raziskave kažejo, da so medicinske sestre, ki delajo na urgentnih in geriatričnih oddelkih, v enaki ali še večji meri izpostavljene nasilju.
3. Percepcija agresivnih pacientov se odraža oz. jo določa tudi politika vodstva in menedžmenta v psihiatričnih ustanovah širom sveta, ki sprejemajo oz. uvajajo pretežno le ukrepe, ki so usmerjeni v preprečevanje agresije pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi.

Na osnovi teh ugotovitev lahko trdimo, da »mit o agresivnem psihiatričnem pacientu« še vedno obvladuje tako strokovne debate o varnosti zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi kot tudi percepcijo lastne varnosti samih zaposlenih, čeprav so se v okviru izobraževanj osebja v zdravstveni negi na področju psihiatrije nekateri ukrepi in prijemi, ki temeljijo na dekonstrukciji tega mita (npr. uporaba deeskalacijskih tehnik), izkazali za najbolj učinkovito sredstvo za preprečevanje agresije pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Toda ti premiki ne spremenijo dejstva, da je pojem varnosti zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi še vedno razumljen preozko, zaradi česar veliko perečih problemov v zvezi z varnostjo zaposlenih v zdravstveni negi še naprej ostaja nenaslovljenih.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen pričujočega diplomskega dela je raziskati dožemanje varnosti in odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov, ki se vedejo agresivno.

Cilji diplomskega dela, ki smo si jih zastavili v predlogu diplomskega dela, so bili:

1. Zbrati relevantno literaturo in se seznaniti ter kritično predstaviti najnovejša teoretična in praktična spoznanja s področja študija teme oz. problema, ki smo ga naslovili v uvodu;
2. Kritično pojasniti vzroke in izvor dožemanja varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije;
3. Ugotoviti odnos zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije do pacienta, ki je agresiven;
4. Ugotoviti nivo znanja zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije o poznavanju preventivnih tehnik oz. prijemov za obvladovanje pacientov, ki so agresivni.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kako zaposleni v psihiatrični zdravstveni negi na različnih delovnih mestih dojemajo pojem varnosti?
- Kakšna je razlika v dožemanju varnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije glede na izobrazbo?
- Kakšen je odnos zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije do pacienta, ki je agresiven?
- Kakšno je poznavanje preventivnih tehnik med zaposlenimi v zdravstveni negi?
- Kako je povezan občutek varnosti s poznavanjem tehnik o preventivi nasilja pacientov z duševno motnjo?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni, kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pregled in iskanje literature sta potekala od meseca decembra 2014 do meseca novembra 2015. Za potrebe teoretičnega dela smo uporabili pregled literature, in sicer v podatkovnih bazah Cinahl, Eric, Medline, Pub Med, Springer Link. Literaturo smo pridobili tudi s pomočjo pregleda spletnega bibliografskega sistema COBISS.SI, strokovnih monografij ter diplomskih in magistrskih del. Uporabili smo naslednje ključne besede v angleškem jeziku: *safety, aggression, violence, patient, education, preventive techniques, de escalation techniques*. V slovenskem jeziku smo izbrali naslednje ključne besede: *varnost, zaposleni, agresija, nasilje, pacient, izobraževanje, preventivne tehnike, deeskalacijske tehnike*. V empiričnem delu smo podatke zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je opisan v nadaljevanju.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik smo pripravili s pomočjo pregledane domače in tuje literature, ki smo jo iskali v domačih in tujih podatkovnih bazah (Cinahl, Eric, Medline, Pub Med, Springer Link) (Abderhalden, et al., 2004; Černoga, 2013; Pulsford, et al., 2013). V prvem sklopu smo zbrali demografske podatke o anketirancu: spol, starost, izobrazba, delovno mesto in delovna doba v psihiatriji. Drugi sklop je obsegal vprašanja zaprtega tipa, pri katerih smo v povezavi z Likertovo lestvico od 1 do 5 (pri čemer 1 pomeni, da se anketiranec s trditvijo nikakor ne strinja, 5 pa da se z njo v celoti strinja) pridobili informacije o odnosu zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi do dela in delovnega mesta, o njihovih izkušnjah z različnimi oblikami agresije, s katerim se zaposleni v zdravstveni negi srečujejo na delovnem mestu, in o vplivu agresije na njihovo zdravje ter storilnost. Zadnji oz. tretji sklop obsega standardiziran vprašalnik MAVAS, ki je sestavljen iz 27 trditev. Prvih 13 trditev je oblikovanih glede na notranji, zunanji in situacijski model, ki pojasnjujejo vzroke agresije pacientov. Ostalih 14 trditev je



oblikovanih glede na različne pristope v managementu agresije (Pulsford, et al., 2013). Za MAVAS vprašalnik se je izmerilo zanesljivost vzorca na podlagi koeficienta Cronbach alfa, ki je znašal 0,84, kar v strokovni literaturi pomeni, da gre za zanesljiv vprašalnik (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec vključuje anketirance iz Psihiatrične bolnišnice Idrija (PBI), z Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (UKCM), Psihiatrične bolnišnice Begunje (PBB), Socialno-varstvenega zavoda Hrastovec (SVZH), Psihiatrične bolnišnice Vojnik (PBV) in Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPKL). Uporabili smo nenaključni namenski vzorec. V raziskavi je sodelovalo 69 moških (32,1 %) in 146 žensk (67,9 %). Povprečna starost anketiranih je znašala 40,47 let (SO = 9,85). Sodelovalo je 121 anketirancev s srednješolsko izobrazbo (56,3 %), 94 (43,72 %) anketiranih pa je imelo višjo oz. visokostrokovno izobrazbo. Največji odstotni delež anketiranih z višjo oz. visokostrokovno izobrazbo je v raziskavi imel Socialno-varstveni zavod Hrastovec, 91,18 % anketiranih. Med zaposlene v zdravstveni negi smo razdelili 320 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 215, kar predstavlja 67 % realizacijo vzorca.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v različnih psihiatričnih bolnišnicah in socialno-varstvenih zavodih od junija 2015 do avgusta 2015. Od vseh vključenih zdravstvenih zavodov smo pridobili dovoljenje za anketiranje razen od Oddelka za psihiatrijo UKCM. Anketirance iz tega okolja smo dobili na strokovnem srečanju Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, kjer smo dobili dovoljenje od organizatorja strokovnega srečanja. Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije so prostovoljno sodelovali v anketi. Pri zbiranju in obdelavi podatkov smo zagotavljali anonimnost. Vprašalnik MAVAS je bil v našem okolju prvič uporabljen, zato smo za njegovo uporabo v našem prostoru upoštevali vsa pravila za pripravo strokovnega prevoda in uporabo vprašalnika v slovenskem jeziku. Opravljen je bil strokoven prevod

v obe smeri. Pred uporabo smo razumljivost vprašalnika dali preveriti petim zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije.

Podatke smo zbrali v Excelovih tabelah. Pridobljene podatke smo obdelali v statističnem računalniškem programu SPSS 20.0. Za spremenljivke smo ugotavljali frekvence, odstotke, mere srednjih vrednosti (aritmetično sredino) in mere razpršenosti (standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost). Za ugotavljanje razlik med bolnišnicami in zaposlenimi smo uporabili enojno analizo variance (ANOVA). Statistično značilno povezanost in statistične značilne razlike smo preverjali na stopnji 5-% tveganja. Statistični prikaz podatkov je podan v tabelah.

### 3.4 REZULTATI

Demografske podatke o anketirancih smo predstavili v poglavju 3.3.3. V nadaljevanju bomo najprej predstavili trditve na vprašanja drugega sklopa vprašalnika, kjer smo zbirali informacije o odnosu zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije do dela in delovnega mesta, o njihovih izkušnjah z različnimi oblikami agresije, s katerim se zaposleni v zdravstveni negi srečujejo na delovnem mestu, in o vplivu agresije na njihovo zdravje ter storilnost. Pri teh trditvah so nas zanimale tudi razlike med posameznimi bolnišnicami. Odločili smo se za ANOVO test, ker smo primerjali več kot 2 neodvisni skupini in sicer, kar 6 različnih zdravstvenih ustanov. Z analizo variance (ANOVA) smo ugotovili ali so aritmetične sredine teh 6 zdravstvenih ustanov med seboj statistično pomembno razlikujejo. Preverili smo tudi homogenost in nehomogenost varianc z Levenovim testom.

Tabela 1 : Odnos anketirancev v zdravstveni negi na področju psihiatrije do dela in varnosti ter delovnega mesta po posameznih bolnišnicah

Trditve	PBI (n = 39)	UKCM (n = 54)	PBB (n = 22)	SVZH (n = 34)	PBV (n = 39)	UPKL (n = 27)	Skupaj (n = 215)	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Svoj poklic imam rad(a).	4,21 (0,80)	4,59 (0,63)	4,32 (0,78)	4,76 (0,55)	4,46 (0,68)	4,70 (0,47)	4,51 (0,68)	3,70	0,00
Moje delo je psihično naporno.	4,49 (0,76)	4,37 (0,81)	4,09 (1,06)	4,56 (0,66)	4,54 (0,68)	4,19 (0,88)	4,40 (0,80)	1,67	0,14

Trditve	PBI (n = 39)	UKCM (n = 54)	PBB (n = 22)	SVZH (n = 34)	PBV (n = 39)	UPKL (n = 27)	Skupaj (n = 215)	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Moje delo je fizično naporno.	3,77 (0,84)	3,19 (1,13)	3,05 (1,13)	4,03 (0,94)	3,31 (1,10)	2,74 (1,13)	3,38 (1,12)	6,53	0,00
Na delovnem mestu se počutim varno.	3,23 (0,90)	3,44 (1,04)	3,77 (1,11)	3,21 (0,88)	3,21 (0,88)	3,48 (0,80)	3,36 (1,01)	1,37	0,24
Za delo z agresivnim pacientom sem usposobljen(a).	3,10 (0,94)	3,43 (1,19)	4,41 (0,73)	3,18 (1,14)	2,95 (1,26)	3,11 (0,93)	3,30 (1,15)	6,08	0,00
Po incidentu z agresivnim pacientom sem deležen(a) podpore sodelavcev.	3,03 (0,87)	2,70 (1,16)	2,64 (1,14)	3,76 (1,26)	3,28 (1,34)	3,07 (1,27)	3,07 (1,22)	4,28	0,00
Delo z agresivnim pacientom vpliva na moje zasebno življenje.	2,97 (1,16)	3,59 (1,24)	4,05 (1,05)	3,24 (1,35)	2,87 (1,08)	3,52 (0,94)	3,33 (1,21)	4,35	0,00
V naši ustanovi na podlagi analiz incidentov z agresivnim pacientom izvajamo korektivne ukrepe.	3,28 (1,07)	4,43 (0,77)	4,27 (1,08)	3,26 (1,08)	3,85 (1,18)	3,96 (0,94)	3,86 (1,10)	9,06	0,00

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od (1-5), 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa, da se scela strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Iz tabele 1 je pri trditvi, ali imajo anketiranci svoj poklic radi je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, ali je delo fizično naporno, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, ali so za delo z agresivnim pacientom usposobljeni, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, ali so po

incidentu z agresivnim pacientom deležni podpore sodelavcev, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, ali delo z agresivnim pacientom vpliva na njihovo zasebno življenje, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, ali se v njihovi ustanovi na podlagi analiz incidentov z agresivnim pacientom izvajajo korektivne ukrepe, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ).

Tabela 2 : Izkušnje anketirancev z agresijo na delovnem mestu po bolnišnicah

Soočenje anketirancev z agresijo na delovnem mestu po bolnišnicah		Da	Ne
PBI (n=39)	n	215	0
	%	100	0
UKCM (n=54)	n	211	4
	%	98,1	1,9
PBB (n=22)	n	205	10
	%	95,5	4,5
SVZH (n=32)	n	202	13
	%	94,1	5,9
PBV (n=38)	n	209	6
	%	97,4	2,6
UPKL (n=27)	n	215	0
	%	100	0
Skupaj (n=215)	n	210	5
	%	97,9	2,3

Legenda: PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; n = velikost vzorca; % = odstotni delež.

V tabeli 2 je prikazano, da se je večina anketirancev že soočila z agresijo na delovnem mestu, in to kar 210 (97,9 %) vseh anketiranih. Največ anketirancev se je soočilo z agresijo v UPKL 27 (100 %) anketirancev in PBI 39 (100 %) anketirancev, kjer so bili že vsi anketiranci soočeni z agresijo, najmanj pa v SVZH, vendar še vedno 202 (94,1 %) anketiranih.

Tabela 3 : Izkušnje anketirancev z agresijo na delovnem mestu glede na izobrazbo

Soočenje anketirancev z agresijo na delovnem mestu glede na izobrazbo			Da	Ne	Skupaj
Izobrazba	Srednješolska	n	120	1	121
		%	99,2	0,8	100

Soočenje anketirancev z agresijo na delovnem mestu glede na izobrazbo			Da	Ne	Skupaj
Izobrazba	Višja ali visoko-strokovna in več	n	90	4	94
		%	95,7	4,3	100
Skupaj		n	210	5	215
		%	97,7	2,3	100

Legenda: PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; n = velikost vzorca; % = odstotni delež.

Iz tabele 3 je razvidno, da se je z agresijo soočilo 210 (97,7 %) anketirancev v vseh bolnišnicah skupaj. Od tega jih je agresijo izkusilo 120 (99,2 %) anketirancev s srednješolsko izobrazbo. Z višjo oz. visoko strokovno izobrazbo in več se je soočilo 90 (95,7 %) anketirancev.

Tabela 4 : Vrste agresije nad anketiranci glede na delovno mesto po posameznih bolnišnicah

Bolnišnice		Psihično nasilje		Fizično nasilje		Verbalno nasilje		Spolno nasilje	
		Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne
PBI	n	26	13	37	2	38	1	6	33
	%	66,7	33,3	94,9	5,1	97,4	2,6	15,4	84,6
UKCM	n	38	16	49	5	53	1	6	48
	%	70,4	29,6	90,7	9,3	98,1	1,9	11,1	88,9
PBB	n	14	8	21	1	19	3	4	18
	%	63,6	36,4	95,5	4,5	86,4	13,6	18,2	81,8
SVZH	n	22	12	25	9	29	5	1	33
	%	64,7	35,3	73,5	26,5	85,3	14,7	2,9	97,1
PBV	n	32	7	28	11	36	3	4	35
	%	82,1	17,9	71,8	28,2	92,3	7,7	10,3	89,7
UPKL	n	21	5	21	6	25	2	6	21
	%	80,8	19,2	77,8	22,2	92,6	7,4	22,2	77,8
Skupaj	n	153	61	181	34	200	15	27	188
	%	71,5	28,5	84,2	15,8	93,0	7,0	12,6	87,4

Legenda: PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; n = velikost vzorca; % = odstotni delež.

Iz tabele 4 je razvidno, da je največji odstotni delež anketirancev glede na vrsto agresije

v vseh bolnišnicah skupaj, 200 anketirancev (93 %), doživel verbalno nasilje, najmanjši skupni odstotni delež glede na vse bolnišnice pa predstavlja spolno nasilje, 27 anketirancev (12,6 %). Glede na posamezne bolnišnice je bil največji odstotni delež psihičnega nasilja zaznan v UPKL pri 21 anketirancev (80,8 %), medtem ko najnižji odstotni delež tvori 14 anketirancev v PBB (63,6 %). Glede fizičnega nasilja je največji odstotni delež pripadel PBI, 37 anketirancev (94,9 %), najnižji odstotni delež pa PBV, 28 anketirancev (71,8 %). Glede verbalnega nasilja je največji odstotni delež pripadel UKCM-jevemu Oddelku za psihiatrijo, 53 zaposlenih (98,1 %), najnižji odstotni delež pa SVZH, 29 anketirancev (85,3 %). Glede spolnega nasilja je največji odstotni delež pripadel UPKL, 6 anketirancev (22,2 %), najnižji odstotni delež pa SVZH, 1 anketiranec (2,9 %).

Tabela 5 : Pojavnost različnih vrst nasilja nad anketiranci glede na njihovo izobrazbo

Izobrazba		Psihično nasilje		Fizično nasilje		Verbalno nasilje		Spolno nasilje	
		Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne
Srednješolska	n	89	32	105	16	114	7	21	100
	%	73,6	26,4	86,8	13,2	94,2	5,8	17,4	82,6
Višja ali visoko strokovna in več	n	64	29	76	18	86	8	6	88
	%	68,8	31,2	80,9	19,1	91,5	8,5	6,4	93,6
Skupaj	n	153	61	181	34	200	15	27	188
	%	71,5	28,5	84,2	15,8	93,0	7,0	12,6	87,4

Legenda: n = velikost vzorca; % = odstotni delež.

V tabeli 5 so podatki razvrščeni glede na izobrazbo in vrsto agresije, ki so ga doživeli anketiranci. Pri psihičnem nasilju je največji odstotni delež pripadel anketirancem s srednješolsko izobrazbo, 73,6 % anketirancev, sledijo jim anketiranci z višjo ali visoko strokovno in več, ki predstavljajo 68,8 % anketirancev. Pri fizičnem nasilju največji odstotni delež pripada anketirancem s srednješolsko izobrazbo, 86,8 % anketirancev, sledijo jim spet tisti z višjo ali visoko strokovno in več, ki tvorijo 80,9 % anketirancev. Pri verbalnem nasilju je največji odstotni delež pripadel srednješolski izobrazbi, 94,2 % anketirancev, sledi ji višja- ali visoka strokovna in več, 91,5 % anketirancev, pri spolnem nasilju pa je največji odstotni delež pripadel srednješolski izobrazbi, 17,4 %

anketirancev, sledi ji višja ali visoko strokovna in več s 6,4 % anketirancev.

Tabela 6 : Izvor agresije nad anketiranci po posameznih bolnišnicah

Trditve	št.navedb v %	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj
S strani pacientov	n	38	53	21	29	38	26	205
	n v %	97,4	98,1	95,5	85,3	97,4	96,3	95,3
S strani pacientovih svojcev	n	12	31	8	4	22	11	88
	n v %	30,8	57,4	36,4	11,8	56,4	40,7	40,9
S strani sodelavcev	n	9	1	3	4	5	4	26
	n v %	23,1	1,9	13,6	11,8	12,8	14,8	12,1

Legenda: n = velikost vzorca; % = odstotni delež; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

V tabeli 6 je bilo možno odgovoriti na več trditev hkrati. V tabeli je prikazano, da največji skupni odstotni delež anketirancev, 205 anketirancev (95,3 %), doživelo agresijo s strani pacientov, medtem ko je bilo agresije s strani pacientovih svojcev deležnih 88 anketirancev (40,9 %) in s strani sodelavcev 26 anketirancev (12,1 %). Med posameznimi bolnišnicami je največji odstotni delež agresije s strani pacientov odpadel na 53 anketirancev (98,1 %) v UKCM-jevem Oddelku za psihiatrijo, najmanjši odstotni delež pa na anketirance v SVZH, katerih je bilo 21 anketirancev (95,5 %). Največji odstotni delež agresije s strani pacientovih svojcev je doživelo 22 anketirancev v PBV (56,4 %), najmanjši odstotni delež pa 4 anketiranci v SVZH (11,8 %). Največji delež agresije s strani sodelavcev ima PBI, 9 anketirancev (23,1 %), najmanjši delež pa pripada UKCM-jevemu Oddelku za psihiatrijo z 1 anketirancem (1,9 %).

Tabela 7 : Koriščenje bolniške odsotnosti zaradi agresije med anketiranci v posameznih bolnišnicah

Bolniška odsotnost anketiranja	Da		Ne	
	n	%	n	%
PBI (n=39)	2	5,1	37	94,9
UKCM (n=54)	2	3,7	52	96,3
PBB (n=21)	1	4,5	21	95,5
SVZH (n=32)	8	23,5	26	76,5
PBV (n=38)	2	5,1	37	94,9
UPKL (n=27)	7	25,9	20	74,1
Skupaj (n=215)	22	10,2	193	89,8

Legenda: PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; n = velikost vzorca; % = odstotni delež;

Tabela 7 kaže, da je v povprečju v vseh bolnišnicah skupaj, ki so sodelovale v anketi, zaradi agresije potrebovalo 22 anketirancev (10,2 %) bolniški dopust, 193 anketirancev (89,8 %) pa ga ni potrebovalo ali pa ga ni koristilo. Največji odstotni delež med bolnišnicami je imela UPKL s 7 anketiranimi (25,9 %), najnižjega pa UKCM-jev Oddelek za psihiatrijo z 2 anketirancema (3,7 %).

Tabela 8 : Povprečno število dni bolniškega staleža anketirancev v zadnjih petih letih

	število anketirancev	povprečna vrednost (PV) v dnevih v zadnjih petih letih
PBI	2	2,05
UKCM	2	0,69
PBB	1	0,45
SVZH	8	14,53
PBV	2	0,69
UPKL	7	9,04
Skupaj	22	4,15

Legenda: PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Iz tabele 8 je razvidno, da je 22 anketirancev v vseh bolnišnicah v povprečju potrebovalo 4,15 dni bolniškega dopusta zaradi agresije. Največji delež po posameznih bolnišnicah je pripadal SVZH, kjer so anketiranci v zadnjih petih letih v povprečju koristili 14,53 dni bolniškega dopusta zaradi agresije na delovnem mestu, najnižji odstotni delež pa je pripadal PBB z 0,45 dni bolniškega dopusta v zadnjih petih letih.

Tabela 9 : Pomoč anketirancem po agresivnih dogodkih

Trditve	število navedb v %	PBI	UKC M	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj
S posameznimi sodelavci, ki jim zaupam	n	34	44	16	24	37	27	182
	%	87,2	81,5	72,7	70,6	94,9	100	84,7
Na timskih sestankih	n	31	46	16	25	30	22	170
	%	79,5	85,2	72,7	73,5	76,9	81,5	79,1
Doma	n	11	9	7	11	18	14	70
	%	28,2	16,7	31,8	32,4	46,2	51,9	32,6



Trditev	število navedb v %	PBI	UKC M	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj
Se ne pogovarjam	n	3	1	0	1	1	0	6
	%	7,7	1,9	0	2,9	2,6	0	2,8
Nimam možnosti, da bi se s komerkoli pogovoril	n	1	1	0	1	1	0	4
	%	2,6	1,9	0	2,9	2,6	0	1,9
Drugo	n	4	1	2	1	0	2	10
	%	10,3	1,9	9,1	2,9	0	7,4	4,7

Legenda: PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; n = velikost vzorca; % = odstotni delež.

Tabela 9 kaže, da je največji odstotni delež vseh anketirancev skupaj podala trditev, da se o agresiji na delovnem mestu pogovarja s posameznimi sodelavci, ki jim zaupajo. Teh je bilo 182 (84,7 %), medtem ko najnižji odstotni delež pripada trditvi, da nimajo možnosti, da bi se s komerkoli pogovorili. Taki so 4 anketiranci (1,9 %). Med posameznimi bolnišnicami je največji odstotni delež pri trditvi, da se anketiranci pogovarjajo o agresiji s posameznimi sodelavci, ki jim zaupajo, pripadel UPKL s 27 anketiranci (100 %), najnižji odstotni delež pa SVZH s 24 anketiranci (70,6 %). Pri trditvi, da se o nasilju zaposleni pogovarjajo na timskih sestankih, je največji odstotni delež zabeležil UKCM-jev Oddelek za psihiatrijo s 46 anketiranci (85,2 %), najmanjši odstotni delež pa PBB s 16 anketiranci (72,7 %). Pri trditvi, da se o agresiji zaposleni pogovarjajo doma, je največji odstotni delež pripadel UPKL s 14 anketiranci (51,9 %), najmanjši odstotni delež pa UKCM-jevemu Oddelku za psihiatrijo z 9 anketiranci (16,7 %). Pri trditvi, da se zaposleni o agresiji ne pogovarjajo, pripada največji odstotni delež PBI s 3 anketiranci (7,7 %), najmanjši pa PBB in UPKL z 0 anketiranimi (0 %). Pri trditvi, da se zaposleni nimajo možnosti, da bi se s komerkoli pogovorili o agresiji, je največji odstotni delež pripadel SVZH z 1 anketirancem (2,9 %), najnižji odstotni delež pa PBB in UPKL z 0 anketiranimi (0 %). Pri trditvi, drugo je največji delež pripadel PBI s 4 anketiranci (10,3 %), najnižji pa PBV z 0 anketiranimi (0 %).

Tabela 10 : Znanje anketirancev o notranjih dejavnikih za pojav agresije pri pacientu

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Težko je preprečiti, da bi pacienti postali nasilni ali agresivni.	3,15 (1,11)	3,19 (1,03)	2,45 (1,14)	3,48 (1,03)	2,85 (1,01)	2,52 (1,01)	3,00 (1,09)	4,37	0,00
Pacienti so agresivni, ker so bolni.	3,54 (1,10)	3,37 (1,10)	3,77 (1,02)	3,21 (1,07)	3,74 (1,09)	2,85 (0,95)	3,42 (1,09)	3,11	0,01
Zdi se, da obstajajo določeni tipi pacientov, ki pogosto postanejo agresivni do osebja.	3,56 (1,25)	3,67 (1,12)	3,50 (1,14)	3,82 (0,94)	3,59 (1,04)	3,74 (0,90)	3,65 (1,07)	0,37	0,87
Pacienti, ki so agresivni do osebja, bi se morali potruditi obvladati svoja čustva.	3,13 (1,17)	3,28 (1,16)	2,73 (0,98)	3,53 (1,26)	2,95 (1,23)	3,00 (0,92)	3,14 (1,16)	1,80	0,11
Agresivni pacienti se pomirijo sami od sebe, če jih pustimo pri miru.	1,77 (0,84)	1,37 (0,76)	1,77 (0,92)	2,12 (0,84)	1,54 (0,94)	1,85 (0,95)	1,69 (0,89)	3,68	0,00

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od 1-5, 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa, da se v celoti strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Tabela 10 nam kaže znanje anketirancev o notranjih dejavnikih za pojav agresije ali nasilja pri pacientu. Izpostavili bomo le statistične pomembne razlike. Glede na trditve, ali je težko preprečiti, da bi pacienti postali nasilni ali agresivni je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, da so pacienti agresivni, ker so bolni je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,01$ ). Pri trditvi, da se agresivni pacienti pomirijo sami od sebe, če jih pustimo pri miru je enojna analiza variance (ANOVA)

pokazala, da obstaja statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ).

Tabela 11 : Ocenjevanje anketirancev o povezanost zunanjih dejavnikov s pojavom agresije pacientov

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Pacienti so agresivni zaradi okolja, v katerem se nahajajo.	2,51 (0,97)	2,35 (0,87)	2,36 (1,00)	2,76 (0,96)	2,33 (1,11)	2,19 (0,96)	2,42 (0,98)	1,37	0,24
Zaprti oddelki lahko prispevajo k agresiji in nasilju pacientov.	2,77 (1,09)	2,37 (0,94)	2,55 (1,18)	2,59 (1,16)	2,62 (1,09)	3,00 (1,00)	2,62 (1,07)	1,47	0,20
Če bi bilo fizično okolje drugačno, bi bili pacienti manj nasilni.	2,64 (0,93)	2,46 (1,22)	2,14 (0,94)	3,15 (1,02)	2,28 (0,97)	2,85 (0,99)	2,59 (1,08)	3,98	0,00

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od (1-5), 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa popolno ali v celoti strinja; PBI= Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM Odd. za psihi.= Univerzitetni klinični center Maribor oddelek za psihiatrijo; PBB= Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH= Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV= Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL= Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

V tabeli 11 je prikazano, kako ocenjujejo anketiranci vpliv zunanjih dejavnikov na pojav agresije pacientov. Pri trditvi, da so pacienti agresivni zaradi okolja, v katerem se nahajajo, je povprečna vrednost vseh bolnišnic 2,42 (SO = 0,98), kar pomeni, da so pod vrednostjo 3,5, zato lahko sklepamo, da se anketiranci s to trditvijo v povprečju ne strinjajo. Pri trditvi, da zaprti oddelki lahko prispevajo k agresiji in nasilju pacientov, je povprečna vrednost vseh bolnišnic skupaj 2,62 (SO = 1,07), kar pomeni, da se anketiranci v povprečju s trditvijo ne strinjajo. Pri trditvi, da bi bili pacienti manj nasilni, če bi bilo fizično okolje drugačno, je povprečna vrednost vseh bolnišnic 2,59 (SO = 1,08), kar pomeni, da se anketiranci v povprečju niti s to trditvijo ne strinjajo. Pri tej trditvi je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami, saj je  $p = 0,00$ .

Tabela 12 : Znanje anketirancev o povezanosti medsebojnih odnosov in agresije pri pacientih

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Agresivno ali nasilno vedenje pri pacientih povzročijo drugi ljudje.	2,54 (0,79)	2,30 (0,74)	2,55 (0,91)	2,91 (1,00)	2,31 (0,89)	2,44 (0,89)	2,48 (0,87)	2,60	0,03
Pacienti pogosto postanejo agresivni, ker jim osebje ne prisluhne.	2,26 (0,94)	1,76 (0,82)	2,41 (0,85)	2,56 (1,05)	2,15 (0,99)	2,04 (0,81)	2,15 (0,95)	3,87	0,00
Agresijo pri pacientih povzroča nezadostna komunikacija med osebjem in pacienti.	2,54 (1,05)	1,87 (0,87)	2,68 (1,21)	2,74 (0,90)	2,15 (0,84)	2,11 (0,70)	2,29 (0,97)	5,52	0,00
Izboljšani medsebojni odnosi med osebjem in pacienti lahko zmanjšajo pojavnost agresije in nasilja pri pacientih.	3,28 (1,15)	2,57 (1,04)	3,18 (1,10)	3,56 (0,99)	3,54 (1,23)	3,22 (0,89)	3,18 (1,13)	5,19	0,00
Večinoma so situacije tiste, ki prispevajo k izražanju agresije in nasilja pri pacientih.	3,00 (1,03)	2,65 (1,01)	2,82 (1,01)	3,47 (1,05)	2,67 (1,13)	3,11 (1,12)	2,92 (1,08)	3,27	0,01

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od 1-5, 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 p, da se v celoti strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

V tabeli 12 je prikazano znanje anketirancev o povezanosti medsebojnih odnosov z agresijo pri pacientih. Pri trditvi, da agresivno ali nasilno vedenje pri pacientih povzročijo drugi ljudje je enojna analiza variance (ANOVA) pri tej trditvi pokazala, da

obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,03$ ). Pri trditvi, da so pacienti pogosto agresivni, ker jim osebje ne prisluhne, je enojna analiza variance (ANOVA) test pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, da agresijo pri pacientih povzroča nezadostna komunikacija med osebjem in pacienti je enojna analiza variance (ANOVA) test pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi, da izboljšani medsebojni odnosi med osebjem in pacienti lahko zmanjšajo pojavnost agresije in nasilja pri pacientih, je enojna analiza variance (ANOVA) test pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,00$ ). Pri trditvi večinoma so situacije tiste, ki prispevajo k izražanju agresije in nasilja pri pacientih, je enojna analiza variance (ANOVA) test pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,01$ ).

Tabela 13 : Ocenjevanje anketirancev o kvaliteti obstoječih pristopov, ki se jih uporablja pri obvladovanju agresije pacienta

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Na tem oddelku se uporablja različne pristope k obvladovanju agresije in nasilja pri pacientih.	3,59 (0,88)	4,17 (0,95)	4,00 (1,20)	3,53 (1,19)	3,85 (0,81)	3,81 (0,88)	3,84 (0,99)	2,54	0,03
Na tem oddelku bi se dalo bolj učinkovito opraviti z agresijo pacientov.	2,51 (1,02)	2,06 (0,94)	2,18 (0,91)	2,65 (1,15)	2,23 (1,09)	2,56 (0,70)	2,34 (1,01)	2,24	0,05

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od 1-5, 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa, da se v celoti strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

V tabeli 13 je prikaz ocenjevanja zaposlenih o kvaliteti obstoječih pristopov, ki se jih uporablja pri obvladovanju agresije pacienta. Pri trditvi, da se na oddelku uporablja različne pristope k obvladovanju agresije/nasilja pri pacientih, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,03$ ). Pri trditvi, da bi se na oddelku dalo bolj

učinkovito opraviti z agresijo pacientov, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da niti ne obstajajo niti niso prisotne statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,05$ ).

Tabela 14 : Odnos anketirancev do medikamentoznega oviranja pri agresivnih pacientih

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Medikamentozno oviranje je koristen ukrep pri obvladovanju agresivnega in nasilnega vedenja.	3,92 (1,04)	3,83 (1,16)	3,91 (1,06)	3,50 (1,13)	3,95 (1,19)	3,56 (1,15)	3,79 (1,13)	1,01	0,42
V nekaterih primerih lahko do agresije in nasilja pri pacientih vodi predpisana medikamentozna terapija.	2,62 (1,18)	2,26 (1,14)	1,95 (1,00)	2,94 (0,78)	2,59 (1,12)	2,56 (0,97)	2,50 (1,08)	3,07	0,01
Predpisano medikamentozna terapijo bi se morale uporabljati pogosteje, da bi se pomagalo pacientom, ki so agresivni in nasilni.	3,23 (1,16)	3,31 (1,21)	3,18 (1,26)	3,56 (0,93)	3,41 (1,16)	3,63 (0,84)	3,38 (1,11)	0,77	0,57

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od 1-5, 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa, da se v celoti strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Tabela 14 kaže, da je pri trditvi, v nekaterih primerih lahko do agresije pri pacientih vodi predpisana medikamentozna terapija, je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami ( $p = 0,01$ ).

Tabela 15 : Odnos anketirancev do uporabe fizičnega oviranja

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Kadar je pacient nasilen, je fizično oviranje eden od najučinkovitejših ukrepov.	3,05 (1,21)	3,54 (1,24)	3,32 (1,36)	3,15 (1,13)	2,95 (1,23)	3,04 (0,98)	3,20 (1,21)	1,47	0,20
Prakso fizičnega oviranja nasilnih pacientov je treba opustiti.	1,72 (1,00)	1,24 (0,64)	1,32 (0,72)	2,32 (1,36)	1,31 (0,69)	2,04 (1,02)	1,62 (1,00)	8,37	0,00

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od (1-5), 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa popolno ali v celoti strinja; PBI= Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM Odd. za psihi. = Univerzitetni klinični center Maribor oddelek za psihiatrijo; PBB= Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH= Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV= Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL= Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana;

V tabeli 15 je prikazan odnos anketirancev do uporabe fizičnega oviranja. Pri trditvi, da je fizično oviranje eden od najučinkovitejših ukrepov, kadar je pacient nasilen, je povprečna vrednost trditve v vseh bolnišnic 3,20 (SO = 1,21), kar je pod mejno vrednostjo 3,5, to pa pomeni, da se anketiranci v povprečju s trditvijo ne strinjajo. Oddelek za psihiatrijo v UKCM ima povprečno vrednost 3,54 (SO = 1,24), kar pomeni, da se anketiranci s trditvijo v povprečju strinjajo, medtem ko se anketiranci v ostalih bolnišnicah v povprečju ne strinjajo. Pri trditvi, da je treba prakso fizičnega oviranja nasilnih pacientov opustiti, je povprečna vrednost v vseh bolnišnicah 1,62 (SO = 1,00), kar pomeni, da se anketiranci s trditvijo v povprečju ne strinjajo. Pri tej trditvi je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami (p = 0,01).

Tabela 16 : Odnos anketirancev do uporabe fizičnega oviranja

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Pacienti, ki so nasilni, so pogosto fizično ovirani, da se jim da pomirjevalo.	3,10 (1,19)	3,28 (1,00)	3,32 (1,43)	2,91 (0,97)	3,33 (1,18)	2,89 (1,01)	3,15 (1,11)	1,08	0,37

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Fizično oviranje se včasih uporablja pogosteje, kot je potrebno.	1,72 (0,94)	1,59 (0,84)	1,50 (0,80)	1,97 (1,19)	1,79 (1,17)	1,96 (1,22)	1,75 (1,03)	1,07	0,38

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od 1-5, 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa, da se v celoti strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

V tabeli 16, ki kaže podatke o tem, kakšen odnos gojijo anketiranci do uporabe fizičnega oviranja, je povprečna vrednost vseh bolnišnic pri trditvi, da so pacienti, ki so nasilni, pogosto fizično ovirani, da se jim da pomirjevalo, 3,15 (SO = 1,11), kar pomeni, da je povprečna vrednost pod mejno vrednostjo 3,5, to pa pomeni, da se anketiranci v vseh bolnišnicah s trditvijo v povprečju ne strinjajo. Pri trditvi, da se fizično oviranje včasih uporablja pogosteje, kot je potrebno, je povprečna vrednost vseh bolnišnic 1,75 (SO = 1,03), kar pomeni, da se anketiranci v povprečju ne strinjajo s trditvijo. Pri obeh trditvah je enojna analiza variance (ANOVA) pokazala, da v povprečju ne obstajajo statistične pomembne razlike med posameznimi bolnišnicami saj je  $p < 0,05$ .

Tabela 17 : Odnos in znanje anketirancev o uporabi nefizičnih metod

Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Uporaba pogajalskih veščin bi bila bolj učinkovita pri obvladovanju agresije in nasilja.	2,82 (1,21)	2,37 (0,88)	2,59 (0,85)	2,62 (0,89)	2,74 (1,14)	2,59 (0,93)	2,61 (1,00)	1,11	0,36



Trditve	PBI	UKCM	PBB	SVZH	PBV	UPKL	Skupaj	ANOVA	
	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	F	p
Znamenja agresivnega vedenja ne zahtevajo vedno posredovanja osebja.	2,13 (1,20)	2,00 (1,01)	2,36 (1,14)	2,59 (1,05)	2,05 (1,07)	2,26 (0,94)	2,20 (1,08)	1,58	0,17
Namesto fizičnega in medikamentoznega oviranja bi se pri obvladovanju nasilnih pacientov lahko večkrat uporabilo druge prijeme.	2,28 (1,00)	2,06 (0,96)	2,09 (0,92)	2,79 (1,15)	2,15 (1,04)	2,67 (1,14)	2,31 (1,06)	3,17	0,01
Pri preprečevanju nasilja se uporaba deeskalacijskih tehnik obnese.	3,51 (1,14)	3,07 (1,06)	3,18 (0,85)	3,15 (0,61)	3,13 (0,95)	3,59 (0,97)	3,25 (0,98)	1,83	0,11

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F = F-statistika Levenovega testa enakosti varianc razmerja; p = stopnja značilnosti; lestvica od 1-5, 1 pomeni, da se nikakor ne strinja, 5 pa, da se v celoti strinja; PBI = Psihiatrična bolnišnica Idrija; UKCM = Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo; PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; SVZH = Socialno-varstveni zavod Hrastovec; PBV = Psihiatrična bolnišnica Vojnik; UPKL = Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

V tabeli 17, ki se nanaša na nefizične metode, je pri trditvi, da bi bila uporaba pogajalskih veščin bolj učinkovita pri obvladovanju agresije in nasilja je povprečna vrednost vseh bolnišnic 2,61 (SO = 1,00), kar pomeni, da se v povprečju anketiranci ne strinjajo s trditvijo. Pri trditvi, da znamenja agresivnega vedenja ne zahtevajo vedno posredovanja osebja, je povprečna vrednost vseh bolnišnic 2,20 (SO = 1,08), kar pomeni, da se v povprečju anketiranci v vseh bolnišnicah ne strinjajo s trditvijo. Pri trditvi, da bi se namesto fizičnega in medikamentoznega oviranja pri obvladovanju nasilnih pacientov lahko večkrat uporabilo druge prijeme, je povprečna vrednost vseh bolnišnic 2,31 (SO = 1,06), kar pomeni, da se v povprečju anketiranci v vseh bolnišnicah ne strinjajo s trditvijo. Pri tej trditvi je enojna analiza variance (ANOVA)

pokazala, da obstajajo statistične pomembne razlike med bolnišnicami ( $p = 0,01$ ). Pri trditvi, da se pri preprečevanju nasilja uporaba deeskalacijskih tehnik obnese, je povprečna vrednost vseh bolnišnic 3,25 (SO = 0,98), kar pomeni, da se v povprečju anketiranci v vseh bolnišnicah ne strinjajo s trditvijo. Gledano po posameznih bolnišnicah se v povprečju anketiranci v UPKL (PV = 3,59; SO = 0,97) in PBI (PV = 3,51; SO = 1,14) strinjajo s to trditvijo, medtem ko se ostali anketiranci v povprečju v preostalih štirih bolnišnicah ne strinjajo z njo.

### 3.5 RAZPRAVA

Eno od temeljnih spoznanj o agresiji pacientov z duševno motnjo nad zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije v teoretičnem delu je bilo, da sta tako agresija kot nasilje pacientov nad zaposlenimi v skladu s tradicionalnim videnjem, po katerem se na agresijo in nasilje pacientov z duševno motnjo gleda kot na nekaj »naravnega« in »samoumevnega«, tako rekoč nujen in neizbežen pojav. Toda vse več raziskav kaže, da se število agresivnih epizod drastično zmanjša kmalu po hospitalizaciji pacientov, ali povedano drugače, čim dlje traja zdravljenje, tem manjša ali skoraj nična je verjetnost agresivne epizode, v kolikor je zdravljenje ustrezno in uspešno (Cujún Carter, et al., 2011, Volavka & Citrome, 2008). Pri zmanjševanju pogostosti incidentov v zdravstveni negi na področju psihiatrije so se v tujini izkazali kot ključni razni ukrepi, od katerih smo v teoretičnem delu izpostavili predvsem dva: uvedba obveznih dodatnih oz. funkcionalnih izobraževanj, med katerimi si zaposleni pridobijo veščine za obvladovanje preventivnih prijemov za preprečevanje nasilja, in uvedba testov, s pomočjo katerih medicinska sestra na podlagi opazovanja ob sprejemu pacienta oceni verjetnost agresivne epizode v kritičnem obdobju med pacientovo hospitalizacijo in pričetkom zdravljenja (Davison 2005; Abderhalden et al., 2004; Björkdahl et al., 2006). Po drugi strani pa to pomeni, da nadzorovana hospitalizacija pacienta v povezavi z ustreznim zdravljenjem občutno reducira verjetnost agresivne epizode, zaradi česar smemo trditi, da bi se zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije ob uvedbi in upoštevanju vseh protokolov ob hospitalizaciji pacienta in uspešnem zdravljenju morali počutiti varnejše na svojem delovnem mestu.

S podatki, s katerimi razpolagamo, v Sloveniji nobena od psihiatričnih bolnišnic ob sprejemu agitiranih pacientov ne uporablja niti testa niti kekega drugega protokola, s katerim bi ocenili verjetnost agresivne epizode pri novo hospitaliziranih pacientih izvemši UPK Ljubljana, kjer se priporoča uporabo BVC testa (Gošte Kostanjevič, 2015). Prav tako v Sloveniji ni formalnih ali vsaj funkcionalnih obveznih dodatnih izobraževanj, med katerimi bi si zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije pridobili znanje in veščine v preventivnih tehnikah (Bregar, et al., 2013). Glede na ta dejstva so bili izsledki preteklih raziskav pri nas na temo varnosti v zdravstveni negi na področju psihiatrije presenetljivi, saj so tako Pavšič-Mrevlje in Umek (2011) kot tudi nedavno Černoga (2013) poročali, da se zaposleni pri nas počutijo varne, pri čemer pa sta že Pavšič-Mrevlje in Umek jasno opozorila, da obstaja velik prepad med percepcijo lastne varnosti pri zaposlenih in dejanskim stanjem v zdravstveni negi na področju psihiatrije. V nasprotju s temi poročili pa anketiranci v naši raziskavi ne izražajo več popolnega strinjanja s trditvijo, da se počutijo varne na svojem delovnem mestu, da stanje nikakor ni alarmantno oz. ni možno sklepati, da bi se zaposleni počutili ogrožene. Izjemo predstavlja Psihiatrična bolnišnica Begunje, saj se statistično gledano njeni zaposleni edini počutijo varne na svojem delovnem mestu. Kljub temu iz naše raziskave lahko sklepamo, da se je prepad med percepcijo lastne varnosti zaposlenih in dejanskim stanjem, na katerega sta opozorila Pavšič-Mrevljjetova in Umek, zmanjšal, vendar tega zblizanja percepcije varnosti in dejanskega stanja ne smemo razumeti kot odraz kakšnega drastičnega poslabšanja delovnih pogojev v zdravstveni negi na področju psihiatrije. K takemu zaključku nas navajata, denimo, primerjava podatkov v Črnogini raziskavi (2013) in naši anketi o tem, koliko zaposlenih se je doslej srečalo s tako ali drugačno obliko agresije. Medtem ko je Černoga še pred tremi leti poročala, da se je »le« 81,5 % njenih anketirancev srečalo z agresijo, pa naša anketa razkriva, da so se skoraj že vsi anketiranci v naši raziskavi, že srečali z agresijo na delovnem mestu. Ta porast v tako zelo kratkem obdobju nikakor ni možno pripisati spremembam v zdravstveni negi na področju psihiatrije, ker teh ni bilo, zato je dosti bolj verjetna razlaga, da je prišlo do spremembe v sami percepciji koncepta oz. pojma varnosti na delovnem mestu med zaposlenimi samimi ali v njihovem odnosu do agresije, s tem pa zagotovo tudi samo dojetje lastne varnosti. Domnevamo, da so k tej spremembi morale prvenstveno prispevati določene inovacije v delovnem procesu, kot je npr.

uvedba analiz incidentov z agresivnimi pacienti, za katere naši anketiranci v vseh bolnišnicah izvzemši Psihiatrično bolnišnico Idrija in Socialno-varstveni zavod Hrastovec poročajo, da se jih v njihovih ustanovah redno izvaja. Tovrstne analize namreč niso le priložnost za izboljšanje kvalitete dela in delovnih pogojev, ampak so tudi oblika neformalnega izobraževanja, s pomočjo katerega si zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije lahko oblikujejo bolj jasno in točno sliko o tem, kaj agresija in nasilje sta in kakšen odnos je treba gojiti do njiju.

V kolikor lahko opazimo, da zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije postajajo bolj občutljivi na nasilje in agresijo, nam naša anketa omogoča tudi vpogled v to, s katerimi oblikami agresije se zaposleni največkrat srečujejo oz. s strani koga so ju deležni. Analiza rezultatov tako razkriva, da se zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije med svojim delom največkrat srečajo z verbalnim in s fizičnim nasiljem, nekaj manj je psihičnega nasilja, medtem ko je spolno nasilje napram drugim oblikam nasilja relativno redek pojav. Pri tem se zaposleni redno soočajo z agresijo s strani pacientov, sledijo jim žrtve svojcev pacientov, medtem ko je žrtev nasilja s strani sodelavcev najmanj. Podrobnejši pregled podatkov o agresiji glede na njihovo obliko sicer razkriva odstopanja med posameznimi bolnišnicami v primerjavi s povprečjem pri posameznih oblikah nasilja, toda pri teh odstopanjih niti ena bolnišnica nima pri vseh oblikah nasilja niti konsistentno nižjega niti višjega povprečja od izračunanega za vse bolnišnice. V nasprotju s tem pa lahko iz podatkov o tem, s strani koga so zaposleni doživeli agresijo, razberemo, da v kolikor so zaposleni v skoraj vseh anketiranih psihiatričnih bolnišnicah več ali manj v enaki meri izpostavljeni agresiji s strani pacientov, izstopa v tem oziru predvsem Socialno-varstveni zavod Hrastovec, ki v primerjavi z vsemi ostalimi ustanovami, beleži izredno nizek delež zaposlenih, ki so izkusili agresijo svojcev, medtem ko je ta delež v vseh ostalih ustanovah višji. Največ odstopanj pa je zaznati pri nasilju s strani sodelavcev, ki nam razkrivajo tudi kvaliteto delovnih pogojev, v katerih zaposleni delajo. Tu lahko ugotovimo, da imajo skorajda idealne odnose in s tem tudi pogoje za delo delavci na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor, saj je le vsak stoti zaposleni žrtev svojih sodelavcev, medtem ko imajo najslabše odnose in s tem tudi slabše pogoje za delo zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Idrija, kjer je skoraj vsak četrti zaposleni izkusil nasilje s strani svojih sodelavcev.

Iz teh podatkov lahko potegnemo naslednji zaključek: v kolikor lahko opazimo, da obstajajo posamezni primeri psihiatričnih ustanov, ki kažejo, da se je agresiji s strani svojcev in sodelavcev možno izogniti, in take primere (Socialno-varstveni zavod Hrastovec in Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor) bi bilo treba podrobneje raziskati, da se razume, v čem tiči njihov uspeh, medtem ko dokaj enolični podatki o agresiji s strani pacientov kažejo, da nobeni od naših psihiatričnih ustanov ne uspeva vidno obvladovati te težave. Visok odstotek agresije s strani pacientov je torej splošen pojav in možni sta dve razlagi: prva je, da pripišemo visok odstotek agresije s strani pacientov temu, da sta pri njih nekaj »naravnega« in »samoumevnega«, čemur se pač ni možno ogniti, druga pa je, da dopustimo možnost, da obstoječi sistem oz. način dela ni uspešen pri obvladovanju te težave. Vendar če upoštevamo najnovejše raziskave iz tujine, ki kažejo, da je agresijo s strani pacientov v psihiatriji možno ne le omejiti, ampak tudi občutno zmanjšati (Espinosa, et al., 2015), potem prva razlaga ni sprejemljiva, to pa pomeni, da naši delavci v zdravstveni negi na področju psihiatrije še vedno ne posedujejo ustreznih znanj in veščin za obvladovanje te težave, čeprav podatki iz naše ankete razkrivajo, da so zaposleni dokaj močno prepričani, da so primerno usposobljeni za delo z agresivnimi pacienti. Ta podatek je sila zaskrbljujoč, kajti iz njega lahko razberemo, da zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije v raziskavi lastne (ne) zmožnosti preprečevanja oz. omejevanja agresivnih epizod pri pacientih ne vidijo kot merilo ali vsaj pokazatelj svoje usposobljenosti za delo, kar po drugi strani pomeni, da na agresije s strani pacientov v psihiatriji zaposleni očitno še vedno gledajo kot na nekaj neizogibnega v svojem poklicu. Povedano drugače, anketiranci še vedno verjamejo, da četudi so žrtve nasilja, to še ne pomeni, da ne delajo strokovno in kvalitetno, kar pa ni le popoln absurd, ampak v bistvu skrajno nevaren pristop v tem poklicu tako za paciente kot za zaposlene same.

Poleg tega, kako zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije dojemajo lastno varnost na delovnem mestu oz. kakšen odnos gojijo do pojavnosti nasilja in agresije, pa smo si v okviru naše raziskave zastavili tudi vprašanje, ali obstajajo razlike v dojemanju varnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije in pojavnosti agresije glede na izobrazbo. Kot smo že omenili uvodoma v tej razpravi, smo tako v domači kot v tuji literaturi namreč zasledili, da obvezna funkcionalna izobraževanja npr. v Skandinaviji po Bergenskem modelu uspešno prispevajo ne le k boljšemu

obvladovanju agresivnih pacientov, ampak s poznavanjem deeskalacijskih tehnik pomagajo občutno znižati njihovo pojavnost (Espinosa, et al., 2015; Gabrovec & Lobnikar, 2014). Po drugi strani, kar zadeva spol, pa strokovna literatura brez izjeme poroča, da so ženske pogosteje soočene z nasiljem in agresijo pacientov v psihiatriji (Edward, et al., 2016; Hesketh et al., 2003). Toda v nasprotju s temi izsledki tujih raziskav je naša anketa razkrila, da je odstotek pogostosti nasilja pri tistih zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije, ki imajo višjo ali visoko strokovno izobrazbo, pri vseh oblikah agresije v povprečju le za nekaj odstotkov nižji v različnih psihiatričnih ustanovah, kjer smo izvedli anketo, kot pri tistih delavcih, ki imajo srednješolsko izobrazbo. Čeprav bi lahko to (v bistvu) zanemarljivo razliko v odstotkih pripisali bolj strokovnemu in kvalitetnemu delu višje izobraženih delavcev, obstaja možnost, da je ta razlika v bistvu rezultat organizacije dela, saj delavci s srednješolsko izobrazbo običajno preživijo več časa s pacienti kot pa tisti delavci, ki imajo višjo ali strokovno izobrazbo, zato obstaja več možnosti za agresijo nad njimi. Se pravi, sklepati smemo, da se delavci z višjo izobrazbo v zdravstveni negi na področju psihiatrije po načinu dela in pristopu k pacientom ne razlikujejo bistveno od delavcev s nižjo izobrazbo, kar po eni strani kaže na to, da znotraj kolektivov prihaja do neformalnega pretoka oz. prenosa znanj med delavci, na osnovi česar lahko sklepamo, da timi niso hierarhično razdeljeni ali hermetično zaprti, toda po drugi strani v povezavi s podatkom, koliko zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije je izkusilo agresijo s strani pacientov, ta podatek kaže na to, da znanje, ki je v obtoku, ni niti kvalitetno niti ustrezno za preprečevanje oz. omejevanje nasilja in agresije pri pacientih.

Zagotovo pa smo najbolj osupljive podatke v naši anketi pridobili v povezavi s pojavnostjo agresije glede na spol. Čeprav so odstopanja bila pričakovana, pa so naši izsledki povsem v nasprotju s tujimi raziskavami (Fute, et al., 2015; Hesketh, et al., 2003), ki kažejo, da so ženske pogosteje deležne različnih oblik nasilja v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Tako denimo, iz naših podatkov lahko razberemo, da so kar štirje od petih moških v povprečju žrtev psihičnega nasilja, medtem ko bosta od treh »le« dve ženski, moški spol v odstotkih naše raziskave prevladuje tudi kot žrtev fizičnega nasilja. Nadalje anketa kaže, da so moški večkrat žrtev tudi verbalnega nasilja, čeprav je ta razlika v primerjavi z ženskami v tem oziru dosti manjša. Zagotovo pa je najbolj osupljiv podatek ta, da je bil skoraj vsak četrti moški, zaposlen v zdravstveni

negi na področju psihiatrije, izpostavljen spolnemu nasilju, medtem ko je bila »zgolj« vsaka dvajseta ženska soočena s spolnim nasiljem. Iz naše ankete ni možno razbrati razlogov oz. pojasniti vzrokov, zakaj so ti podatki za naše psihiatrične ustanove diametralno nasprotni podatkom raziskav iz tujine, zato bi bilo potrebno opraviti ponovno oz. dodatno raziskavo, ki bi z vnovičnim preverjanjem potrdila pristnost tega podatka in ga hkrati pojasnila.

Kljub vsem doslej navedenim podatkom o nasilju in agresiji, katerih so deležni zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije, pa je bolniški dopust zaradi agresije v zadnjih 5 letih koristilo zelo malo ali skoraj nič zaposlenih. Čeprav ta podatek namiguje, da večina epizod agresije pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije naj ne bi bila resnega značaja, pa je treba tak preuranjen sklep zavrnil. Poglavitni razlog, zakaj bi bil tak sklep napačen, je dejstvo, da so psihiatrične ustanove pri nas že tradicionalno kadrovske podhranjene (Dvojmoč & Draginc, 2015), v zadnjih petih letih, odkar se je celotna Evropa znašla v gospodarski recesiji, pa se je celotna situacija še dodatno poslabšala, potem ko je bila sprejeta prepoved novih zaposlovanj v javnem sektorju, kamor spadajo tudi slovenske psihiatrične ustanove (Zakon za uravnoteženje javnih financ, 2012). Zaradi tega je majhno število bolniških dopustov, ki so obenem tudi sila kratki, lahko tudi odraz trenutnih družbeno-ekonomskih razmer, ki ta hip vladajo v javnem in privatnem sektorju.

Naslednji cilj, ki smo si ga zastavili, je bilo kritično pojasniti vzroke in izvor dojemanja varnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Tukaj se nam je prvenstveno zastavljalo vprašanje, kakšno je njihovo znanje o dejavnikih agresije in ali je njihovo znanje o preventivi agresije pacienta z duševno motnjo povezano z občutkom varnosti. Kot smo ugotavljali v teoretičnem uvodu, se je na osnovi primerov dobre prakse in primerjave raziskav o varnosti zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije na različnih oddelkih v zadnjem desetletju ali dveh pojavila huda kritika »klasičnega« pristopa k obravnavi pacientov z duševno motnjo. Ta klasični pristop izvira, kot smo poimenovali, iz tradicionalnega načina gledanja na paciente v psihiatriji, ki ga je v preteklosti favorizirala tudi stroka, zanj pa je značilno, ne le da se tako v laični kot strokovni javnosti na agresijo gleda kot na inherentno karakteristiko teh pacientov, ampak tudi da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije navkljub nominalni

ničelni toleranci v bistvu kažejo visoko toleranco do nasilja in agresije pri pacientih s psihično motnjo. V skladu s tem pristopom oz. gledanjem, ker sta nasilje in agresija neizbežna, je del stroke in zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije še vedno prepričan, da nasilja in agresije ni možno izkoreniniti, razen tega pa je za pristaše tradicionalnega pristopa značilno, da svojo pozornost usmerjajo predvsem v intervencijo in sanacijo posledic agresivne epizode pri psihiatričnih pacientih. V praksi to pomeni, da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije kot svojo primarno nalogo vidijo to, da agresivnega pacienta, potem ko se incident že zgodi, fizično obvladajo, praviloma s pomočjo medikamentoznega ali fizičnega oviranja. Posledično je za delavce, ki tako rekoč bolezen pacientov z duševno motnjo enačijo z nasiljem, značilno, da hkrati gojijo tudi bolj pozitiven odnos do omenjenih metod obvladovanja nasilnih pacientov s psihično motnjo (Happell & Koen, 2011).

V nasprotju s tem pa vse več primerov dobre prakse kaže (Espinosa, et al., 2015), da implementacija ustreznih varnostnih ukrepov v povezavi z obvladovanjem predvsem deeskalacijskih tehnik in prijemov uspešno preprečuje pojav agresivnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo. Ta pristop je doprinesel k občutnemu znižanju pojavnosti agresije in nasilja pri pacientih, sočasno pa raziskave kažejo (Espinosa, et al., 2015), ne le da se je povečal občutek varnosti zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije, ampak tudi da se je med zaposlenimi temeljito spremenila percepcija pacientov z duševno motnjo in odnos zaposlenih do klasičnih metod obvladovanja agresivnih pacientov na psihiatriji, saj le-te praviloma odklanjajo.

Z uporabo vprašalnika MAVAS, ki nam omogoča vpogled v to, katere dejavnike zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije smatrajo za ključne pri pojavu agresije in nasilja pri pacientih in katere metode, tehnike in/ali prijeme imajo za najbolj učinkovite, smo tako v naši raziskavi skušali dognati, ali zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Sloveniji še vedno gojijo oz. favorizirajo t. i. klasični pristop k obravnavi pacientov s psihično motnjo ali pa se nagibajo k uporabi metod in tehnik, ki so značilne za novejši, preventivni pristop. Sočasno, seveda, pa to pomeni, da smo skušali dognati, ali slovenski negovalci v psihiatriji še vedno enačijo agresijo pacientov z njihovo boleznijo.



Pri analizi trditev na vprašanja, s katerimi smo preverili, ali dojemajo bolezen pacientov na psihiatriji kot vzrok za njihovo agresivno vedenje in s tem ali jemljejo njihovo agresijo kot nekaj samoumevnega, smo prišli do sledečih ugotovitev. Pri najbolj neposrednem vprašanju, ali so pacienti agresivni, ker so bolni, je povprečna vrednost vseh trditev pokazala, da se anketiranci v zdravstveni negi s področja psihiatrije še strinjajo s to izjavo, ampak ne povsem. Toda podrobnejši pregled razkriva, da je ta povprečna vrednost nižja zaradi izredno nizkega povprečja pri trditvah anketirancev v UPK Ljubljana, kar kaže, da edino dobršen del zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v UPK Ljubljana ne enači agresije svojih pacientov z njihovo boleznijo. Če bi torej izvzeli trditve anketirancev UPK Ljubljana, bi ugotovili, da se v bistvu zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije vsepovsod drugod po Sloveniji strinjajo s trdijo, da je bolezen glavni vzrok za agresivno vedenje pacientov z duševno motnjo. Seveda pa to ne pomeni, da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije gledajo na vse agresivne paciente enako, kot nam to razkrivajo trditve na vprašanje, ali se zdi, da obstajajo določeni tipi pacientov, ki pogosto postanejo agresivni do osebja. Tako rekoč brez izjeme se s to trditvijo strinjajo vsi anketiranci v bolnišnicah, ki smo jih zajeli v naši raziskavi. Se pravi, ne glede na to, ali zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije vidijo duševno motnjo kot vzrok za agresivno vedenje, je jasno, da zaposleni ločijo med bolj agresivnimi tipi pacientov in manj agresivnimi, ampak žal iz naše ankete ni razvidno, po katerih kriterijih. Ta podatek pa vzbuja skrb, če upoštevamo ugotovitve raziskav od Grenyerjeve in njenih sodelavcev (2004) ter od O'Brien-Pallasove in njenih sodelavcev (2004), ki sta pokazali, kot smo omenili v teoretičnem uvodu, da medicinske sestre obravnavajo agresivne paciente drugače oz. celo slabše od neagresivnih pacientov. Namreč, če zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije res ločujejo paciente po kriteriju bolj agresivni in manj agresivni, potem smemo domnevati, da so bolj agresivni pacienti pri nas deležni slabše nege kot neagresivni pacienti.

Pri trditvah, kateri od zunanjih dejavnikov, kot so npr. okolje samo, zaprtost oddelka ali ljudje vključno z zaposlenimi v psihiatričnih ustanovah, največ doprinese k pojavnosti agresije pri pacientih z duševno motnjo, lahko razberemo iz rezultatov naše ankete, da anketiranci ne mislijo, da je kateri koli od teh dejavnikov vzrok za pojav agresivnih epizod pri pacientih z duševno motnjo. Zaznavamo le nekatera odstopanja: tako npr.

anketiranci v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec v primerjavi z drugimi psihiatričnimi ustanovami, zajetimi v naši raziskavi, v večji meri menijo, da je fizično okolje (se pravi, objekt sam s svojo opremo) eden od pomembnejših dejavnikov za pojav nasilja. V nasprotju z našimi izsledki pa so Pulford in njegovi sodelavci (2012) v svoji raziskavi, v katero so vključili tako osebje kot paciente v angleških psihiatričnih ustanovah, poročali, da sta se obe skupini strinjali, da fizično okolje igra pomembno vlogo pri pojavu agresije med pacienti. S tem so potrdili le nekaj let starejše izsledke Duxburyjeve in njenih sodelavcev (2008), ki pa so v svoji raziskavi, v katero so vključili ne le angleške medicinske sestre, temveč tudi švicarske, ugotovili, da medtem ko angleški delavci v zdravstveni negi s področja psihiatrije pripisujejo velik pomen vplivu fizičnega okolja, švicarski po drugi strani menijo, da samo okolje na noben način ne prispeva k pojavu agresije med pacienti. Vzrok za ta razhajanja med angleškimi in švicarskimi anketiranci so Duxburyjeva in njeni sodelavci (2008) hipotetično pojasnili kot posledico tega, da so švicarski delavci v zdravstveni negi s področja psihiatrije pripisovali večji pomen internemu modelu razlage za pojav agresije pri pacientih (se pravi, bolezen pacienta je primarni vzrok za pojav agresije), medtem ko so njihovi angleški kolegi gledali na pojav nasilja kot na dosti bolj kompleksen pojav. Torej, če sprejmemo to hipotetično razlago Duxburyjeve in njenih kolegov (2008), lahko trdimo, da tudi slovenski delavci v zdravstveni negi s področja psihiatrije s tem, ko omalovažujejo vpliv eksternih dejavnikov na pojav nasilja, v bistvu kažejo, da po njihovem mnenju vzrok za pojav agresije še vedno tiči prvenstveno v pacientovih internih dejavnikih.

Prav tako so si naši anketiranci dokaj enotni, da niti drugi ljudje niti sami zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije ne prispevajo bistveno k pojavu agresije. Pravzaprav so si anketiranci skoraj složni, da ni res, da bi bili pacienti pogosto agresivni, ker jim osebje ne bi prisluhnilo oz. ker z njimi naj ne bi komuniciralo. Kljub temu pa se zaposleni delno strinjajo, da boljši odnosi lahko zmanjšajo pojavnost agresivnega vedenja pri pacientih, izjema so spet zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Socialno-varstvenem zavodu Hrastovec in tudi v Psihiatrični bolnišnici Vojnik, ki se strinjajo, da boljši medosebni odnosi med osebjem in pacienti zmanjšujejo pojavnost agresije. Kljub temu je iz teh dveh trditev možno razbrati, da so zaposleni v anketiranih psihiatričnih ustanovah po Sloveniji očitno prepričani, da vzroki

za visok delež agresije nad njimi s strani pacientov ne tiči v njihovem delu oz. pristopu k pacientom s psihičnimi motnjami. Do skoraj identičnih rezultatov so prišli tudi Duxburyjeva in njeni sodelavci (2008) v prej omenjeni mednarodni primerjalni raziskavi angleških in švicarskih delavcev v zdravstveni negi s področja psihiatrije. Čeprav so angleški anketiranci pokazali nekaj dvomov o tem, ali sami res ne nosijo nobene odgovornosti za pojav nasilja, so oboji, tako angleški kot švicarski anketiranci še vedno prepričani, da interakcija osebja s pacienti nikakor ni odgovorna za pojav agresije pri pacientih. Seveda to pomeni, da če za agresijo niso odgovorni niti okoliš niti ljudje vključno z osebjem, je očitno, ne le da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije še vedno v pretežni meri gledajo na pacienta kot na vir nasilja in agresije oz. njegovo bolezen, kar lahko sklepamo tudi pri trditvah naših anketirancev na vprašanje, ali so situacije tiste, ki prispevajo k izražanju agresije in nasilja pri pacientih, ampak tudi da zavračajo vsakršno krivdo oz. soodgovornost za pojav agresije. Ker se anketiranci ne strinjajo s to trditvijo, je očitno, da na epizode nasilja in agresije pri pacientih ne gledajo kot na ločene, individualne dogodke, ampak kot na niz dogodkov, ki imajo le en skupni imenovalec, t. j. pacient in njegova bolezen. Toda pri tem je potrebno izpostaviti, da ponovno izstopa povprečna vrednost pri anketirancih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec, kjer manjka le malo, da bi lahko trdili, da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Hrastovcu gledajo na epizode agresije pri svojih pacientih drugače od svojih kolegov drugod po Sloveniji. Slika pri nas torej ni tako črno-bela, kot nam to razkriva primer Socialno-varstvenega zavoda Hrastovec, toda to ne spremeni dejstva, da med zaposlenimi v zdravstveni negi s področja psihiatrije pri nas še vedno dominira interni model razlage o pojavu agresije pri pacientih. Čeprav je stanje v naših psihiatričnih ustanovah tako rekoč identično tistemu v švicarskih ustanovah, kot lahko ugotovimo iz raziskave Duxburyjeve in njenih sodelavcev (2008), ta primerjava v tem primeru ni laskajoča, saj so avtorji omenjene raziskave skozi primerjavo švicarskih in angleških delavcev v zdravstveni negi s področja psihiatrije jasno nakazali, da četudi je stanje v obeh državah zaskrbljujoče, so angleški anketiranci pokazali vsaj bolj kompleksno razumevanje problema agresije pri pacientih za razliko od svojih švicarskih kolegov.

Kar zadeva različne pristope k obvladovanju agresije in nasilja pri pacientih, pa so si bili vsi naši anketiranci enotni, da se uporablja dovolj različnih prijemov in da poznajo

različne oblike obvladovanja agresije pri pacientih, niso pa se strinjali s trditvijo, da bi se dalo še bolj učinkovito opraviti z agresijo pacientov, kar pomeni, da so zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije mnenja, da delajo optimalno. Toda vprašanja tako o klasičnih metodah oz. prijemih za obvladovanje agresivnih pacientov (npr. medikamentoznem in fizičnem oviranju) kot tudi o nefizičnih metodah razkrivajo, da anketiranci ne gojijo enakega odnosa do vseh tehnik. Kot je pokazala že omenjena raziskava Duxburjeve in njenih sodelavcev (2008), v kateri so primerjali odnos angleških in švicarskih delavcev v zdravstveni negi s področja psihiatrije do agresije pacientov, obstajajo očitne korelacije med razumevanjem pojava agresije in odnosom do uporabe fizičnih oz. nefizičnih metod za njuno obvladovanje. Duxberyjeva in njeni sodelavci (2008) so tako dokazali, da so švicarski anketiranci, ki so še vedno trdni pristaši tradicionalnega internega modela razlage o pojavu agresije pri pacientih, kazali obenem tudi pozitiven odnos do »klasičnih« fizičnih metod pri obvladovanju agresivnih pacientov, medtem ko so njihovi angleški kolegi, ki so se bolj nagibali k eksternemu modelu razlage, zavračali fizične metode obvladovanja agresivnih pacientov in pokazali več naklonjenosti do nefizičnih, medosebnih oz. deeskalacijskih tehnik. V skladu s temi ugotovitvami ne preseneča, da so naši slovenski anketiranci, za katere smo ugotovili v naši anketi, da še vedno trdno vztrajajo pri klasičnem, internem modelu razlage agresije pri pacientih, pokazali tako kot njihovi švicarski kolegi več naklonjenosti fizičnim metodam obvladovanja agresivnih pacientov. Denimo, pri vprašanjih o uporabi medikamentoznega oviranja so naši anketiranci izrazili strinjanje s trditvijo, da je to koristno pri obvladovanju agresivnih pacientov, medtem ko se s trditvijo, da bi medikamentozno oviranje samo lahko kdaj bilo vzrok agresije, niso strinjali. To naklonjenost zaposlenih v zdravstveni negi pri nas s področja psihiatrije seveda lahko zlahka pojasnimo kot posledico njihovega strahu oz. nelagodja, ki ga čutijo ob delu z agresivnimi pacienti in o katerem so poročali že Grenyerjeva in njeni sodelavci (2004). Vendar čeprav so si bile povprečne vrednosti pri trditvah slovenskih anketirancev sila podobne pri vseh, je treba izpostaviti, da povprečna vrednost pri teh dveh vprašanjih ponovno vidno odstopa od povprečja pri zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec, prav tako pa se opaža manjše strinjanje pri zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v UPK Ljubljana glede koristnosti medikamentoznega oviranja. A navkljub temu se ravno anketiranci iz

Socialno-varnostnega zavoda Hrastovec in UPK Ljubljana edini strinjajo, da bi se medikamentozno oviranje moralo uporabljati pogosteje pri obvladovanju agresivnih pacientov, medtem ko se anketiranci iz preostalih psihiatričnih ustanov, vključenih v našo raziskavo, niso strinjali s tem. Čeprav se zdijo ti rezultati pri trditvah zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v UPK Ljubljana in v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec na prvi pogled kontradiktorni, pa si je te rezultate možno razložiti tudi kot rezultat po eni strani očitnega poskusa vodstva zmanjšati uporabo fizičnih prisilnih ukrepov in po drugi strani kot odraz nezaupanja negovalnega kadra v nove metode, ki ga motivira strah pred agresivnimi pacienti. Če ta domneva drži, potem lahko trdimo, da po eni strani znotraj UPK Ljubljana in v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec obstajajo posamezni vodilni kadri, ki ne le sledijo najnovejšim trendom na področju zdravljenja pacientov s psihično motnjo, ampak ta nova znanja tudi širijo in uvajajo v praksi znotraj svojih timov, in po drugi strani, da ta implementacija novih znanj poteka ob nezaupanju in strahu negovalnega kadra.

Do sila podobnih rezultatov smo prišli tudi pri trditvah glede uporabe fizičnega oviranja, čeprav so zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije manj naklonjeni uporabi tega prijema za obvladovanje agresivnih pacientov, kot nam to kaže pri njihovih trditvah na vprašanje, ali je fizično oviranje eden najučinkovitejših ukrepov, da se obvlada agresivnega pacienta. Ampak četudi se naši anketiranci niso scela strinjali z uporabo fizičnega oviranja, so si bili povsem enotni glede tega, da se prakse fizičnega oviranja ne sme opustiti. Pri tem vprašanju sta ponovno odstopala Socialno-varstveni zavod Hrastovec in UPK Ljubljana: čeprav se zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije v teh dveh psihiatričnih ustanovah statistično gledano še vedno strinjajo s svojimi kolegi drugod po Sloveniji, povprečni vrednosti trditev v njihovih primerih ponovno kažejo občuten odklon od drugih anketirancev. Podobno ugotavljamo pri analizi trditev na vprašanji, ali se fizično oviranje uporablja primarno za aplikacijo pomirjevala in ali se fizično oviranje po mnenju zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije uporablja prekomerno. V kolikor se s prvim od teh vprašanj anketirani strinjajo delno, pa se nikakor ne strinjajo z drugim vprašanjem, se pravi, anketiranci so mnenja, da se fizično oviranje uporablja ustrezno oz. pravilno. Še enkrat več tudi pri teh dveh trditvah opazamo, da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec in UPK Ljubljana ne mislijo

povsem enako kot njihovi kolegi drugod, se pravi, fizično oviranje ne vidijo kot sredstvo za aplikacijo pomirjeval, prav tako pa so manj naklonjeni pogosti uporabi fizičnega oviranja, dasi je odklon pri zadnjem vprašanju manj očiten od povprečnih vrednosti njihovih kolegov drugod po Sloveniji. Vseeno pa navzlic tem odstopanjem, ki jih opažamo vseskozi v naših rezultatih pri trditvah zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Socialno-varnostnem zavodu Hrastovec in UPK Ljubljana in ki kažejo, da vseh zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije niti vseh anketiranih psihiatričnih ustanovah ne smemo metati v isti koš, je treba imeti v mislih, da podatki na splošno še vedno kažejo, da so negovalci v psihiatriji pri nas še vedno zelo naklonjeni tako medikamentoznemu kot tudi fizičnemu oviranju, ko pride do agresivne epizode pri pacientu s psihično motnjo.

K takemu zaključku nas navaja tudi analiza zadnje skupine vprašanj v naši anketi, ki se dotika uporabe nefizičnih metod, natančneje, deeskalacijskih tehnik. Vsi sodelujoči v anketi so namreč zavrnilo možnost, da bi uporaba pogajalskih veščin bila učinkovita pri obvladovanju agresije in nasilja. Navzkrižno s tem pa so se anketiranci delno strinjali s trditvijo, da se pri preprečevanju nasilja obnese uporaba deeskalacijskih tehnik. Izjema so bili edino zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije v UPK Ljubljana, ki menijo, da so deeskalacijske tehnike uspešna metoda za obvladovanje agresije s strani pacientov. Ne glede na to pa trditve na vprašanje, ali bi se namesto fizičnega in medikamentoznega oviranja lahko večkrat uporabilo druge prijeme, kažejo, da zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije, ki se ne strinjajo s to trditvijo, še vedno ne zaupajo deeskalacijskim tehnikam v tolikšni meri kot fizičnemu ali medikamentoznemu oviranju. Skratka, iz naše ankete je več kot razvidno, da se pri nas v zdravstveni negi na področju psihiatrije še vedno favorizira klasični pristop k obvladovanju agresije s strani pacientov, kar pa je, kot smo dejali, značilnost pristašev internega modela razlage, ki psihične bolezni pri svojih pacientih enačijo z agresijo.

Med omejitve raziskave vsekakor prištevamo to, da nismo imeli reprezentativnega vzorca, saj bi bilo v slovenskem prostoru po našem mnenju nujno za raziskovanje tega področja podatke posplošiti. Le tako bi bilo lažje narediti premike v novo smer. Prav tako nas moti, da v posameznih okoljih v vprašalniku niso videli priložnosti za izboljšave in zaposlene niso spodbujali k anketiranju. Tako na primer v UPK Ljubljana,

kjer je največ zaposlenih, smo dobili najmanjši vzorec. Tudi statistične pomembne razlike v rezultatih so v tem primeru manj zanesljive. Postavili bi lahko tudi bolj uravnovešen vzorec po spolu in delovnemu mestu.

## 4 ZAKLJUČEK

Osnovno vprašanje, ki smo si ga zastavili v tej diplomski nalogi, je, kako zaposleni v zdravstveni negi v psihiatriji dojemajo lastno varnost. Skozi pregled domače in tuje strokovne literature na temo agresije pacientov nad zaposlenimi in analizo rezultatov ankete, ki smo jo izvedli v šestih od sedmih slovenskih psihiatričnih ustanov, smo prišli do naslednjih zaključkov:

1. Med zaposlenimi v zdravstveni negi iz področja psihiatrije v Sloveniji še vedno dominira mit o pacientu s psihično motnjo, ki je neizogibno agresiven, vendar se opaža prizadevanja in napore posameznikov v posameznih psihiatričnih ustanovah pri nas, ki skušajo uvajati novejša znanja in pristope k obravnavi pacientov s psihično motnjo. Tu izstopa predvsem Socialno-varstveni zavod Hrastovec in v nekoliko manjši meri Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, kajti anketa je v trditvah anketirancev v omenjenih ustanovah že zaznala določen odmik od klasičnega, internega modela razlage o pojavu agresije pri pacientih s psihično motnjo.
2. Pri obvladovanju agresivnega pacienta s duševno motnjo se še vedno uporablja pretežno metode medikamentoznega in fizičnega oviranja, medtem ko nefizične metode uživajo nezaupanje, četudi je kader v zdravstveni negi seznanjen z njimi in jih pozna.
3. Znanje o boleznih pacientov v psihiatriji in o obvladovanju agresije na delovnem mestu je med zaposlenimi v psihiatričnih ustanovah z vidika najnovejših spoznanj in dognanj stroke pomanjkljivo, če ne celo zastarelo.

Na osnovi teh zaključkov postaja vse bolj jasno, da je nujna korenita sistemska preobrazba naših psihiatričnih ustanov. Ta je v bistvu neizbežna, saj zaposleni v zdravstveni negi iz področja psihiatrije že zdaj kažejo vse manjšo toleranco do agresije s strani pacientov, zato je le vprašanje časa, kdaj se bo pojavila dejanska zahteva po uvedbi varnostnih ukrepov, ki ne bodo usmerjeni v sanacijo poškodb zaradi agresije, ampak v njihovo preventivo. Toda ta preobrazba sistema ne bo izvedljiva brez participacije negovalnega kadra, katerega znanje pa ta hip ne omogoča izvedbe te spremembe, zato bi moral biti eden prvih ukrepov menedžmenta ali pristojnih državnih organov ponovna uvedba vsaj funkcionalnih dodatnih izobraževanj ali pa reorganizacija



izobraževalnega sistema, tako da bi se uvedli posebni izobraževalni moduli za pridobivanje kadra, ki bi bil usposobljen delati v skladu z najnovejšimi smernicami in dobrimi praksami iz tujine. Konec koncev, kot smo že dejali, s tako spremembo si lahko obetamo ne le bolj kvalitetno in varno delovno okolje za zaposlene v zdravstveni negi iz področja psihiatrije, ampak tudi boljše rezultate pri zdravljenju pacientov z duševnimi motnjami.

## 5 LITERATURA

Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H.J. & Fischer J.E., 2004. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), pp. 422–427.

Bandura, A., 2001. Social cognitive theory and clinical psychology. In: N.J. Smelser & N.J. Baltes, eds. *International Encyclopedia of the Social and Behavioural Sciences*. Oxford: Elsevier Sciences, 21, pp. 14250–14254.

Beech, B. & Leather, P., 2006. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11, pp. 27–43.

Björkdahl, A., Olsson, D. & Palmstierna, T., 2006. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 113(3), pp. 224–229.

Björkdahl, A., ed. 2010. *Violence prevention and management in acute psychiatric care: Aspects of nursing practice*. Stockholm: Department of clinical neuroscience - Karolina Institut.

Björkdahl, A., Hansebo, G. & Palmstierna T., 2012. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), pp. 396–404.

Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H. & Jeffery, D., 2011. *Inpatient Violence and Aggression: A Literature Review: Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme*. London: Institute of Psychiatry at The Maudsley, King's College London. [pdf] King's College London. Available at:

<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/litrevagg.pdf>. [Accessed 28 March 2015].

Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljić, S., Stopar Stritar, A. Stevanović, N. & Peterka Novak, J., 2013. Specializacije v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: B. Skela Savič, & S. Hvalič Touzery, eds. *6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – Quo vadis*. Ljubljana, 27.3.2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 63–77.

Cencič, M., 2009. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. *Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo*, pp. 168–169.

Cuyún Carter, G.B., Milton, D.R., Ascher-Svanum, H. & Faries, D.E., 2011. Sustained favorable long-term outcome in the treatment of schizophrenia: a 3-year prospective observational study. *BMC Psychiatry*, 11, p. 143.

Černoga, A., 2013. *Analiza varnosti zaposlenih v zdravstveni negi s področja mentalnega zdravja pri obravnavi nasilnega vedenja pacienta: magistrsko delo*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru.

Davison, S.E., 2005. The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), pp. 362–370.

Dernovšek, M.Z., 2009. *Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti*. [pdf] Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana. Available at: [http://www2.vsznje.si/nimages/static/vsz/140/files/preprecevanje\\_nasilnega\\_vedenja.pdf](http://www2.vsznje.si/nimages/static/vsz/140/files/preprecevanje_nasilnega_vedenja.pdf) [Accessed 14 October 2015].

Dickens, G., Piccirillo, M. & Alderman, N., 2013. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), pp. 532–544.

Drake, C.L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J.K. & Roth, T., 2004. Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27(8), pp. 1453–1462.

Duxbury, J., 2002. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(3), pp. 325–337.

Duxbury, J., 2003. Testing a new tool: the Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS). *Nurse researcher*, 10(4), pp. 39–52.

Duxbury, J., Hahn, S., Needham, I. & Pulsford, D., 2008. The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study. *Journal of advanced nursing*, 62(5), pp. 596–606.

Dvojmoč, L.G. & Draginc, A., 2015. Vpliv ekonomske krize na pojav izgorelosti medicinskih sester. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 2(2), pp. 59–70.

Edward, K.L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P. & Giandinoto, J.A., 2016. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of clinical nursing*, 25(3-4), pp. 289–299.

Espinosa, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong-Muth, J., Brous, E., Moran, J. & Giorgi-Cipriano, J., 2015. Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: the long and winding road of culture change. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), pp. 202-207.

Fute, M., Mengesha, Z.B., Wakgari, N. & Tessema, G.A., 2015. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nursing*, 3(14), p. 9.

Gabrovec, B. & Lobnikar, B., 2014. Organizational model of ensuring safety and quality of treatment of aggressive psychiatric patients in psychiatric health care in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 286-293.

Gošte Kostanjevič, V., 2015. Posebnosti sprejema in obravnave agitiranega pacienta. In: J. Peterka Novak, & B. Bregar, eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 95–102.

Grainger, C. & Whiteford, H., 1993. Assaults on staff in psychiatric hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(2), pp. 324–328.

Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Kotrotsiou, V., Zanchi, P., Peron, L., Marangoni, C., Vanni, A. & Barbui, C., 2006. Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(9), pp. 698–703.

Grenyer, B.F., Ilkiw-Lavalle, O., Biro, P., Middleby-Clements, J., Comminos, A. & Coleman, M., 2004. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38(10), pp. 804–810.

Happell, B., 2008. Putting all the pieces together: exploring workforce issues in mental health nursing. *Contemporary Nurse*, 29(1), pp. 43–52.

Happell, B. & Koehn, S., 2011. Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *Journal of advanced nursing*, 67(6), pp. 1222–1231.

Hansen, B., 1996. Workplace violence in the hospital psychiatric setting. An occupational health perspective. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 44(12), pp. 575–580.

Hesketh, K.L., Duncan, S.M., Estabrooks, C.A., Reimer, M.A., Giovannetti, P., Hyndman, K. & Acorn, S., 2003. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63(3), pp. 311–321.

Hinshaw, S.P. & Stier, A., 2008. Stigma as related to mental disorders. *Annual review of clinical psychology*, 4, pp. 367–393.

Horvat, A., 2014. *Sprejem agresivnega pacienta na oddelek za psihiatrijo. Diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

International Labour Office (ILO), 2005 [1977]. *ILO Nursing Personnel Convention No. 149*. [pdf] ILO. Geneva: International Labour Office.

Irish Department of Health, 2003. *The Report of the Task Force on Assaults on Psychiatric Nurses*. [pdf] Department of Health and Children. Available at: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Jan&Klemen/My%20Documents/Downloads/Irish%20Department%20of%20Health%20\(2003\)%20-%20The%20Report%20of%20the%20Task%20Force%20on%20Assaults%20on%20Psychiatric%20Nurses%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Jan&Klemen/My%20Documents/Downloads/Irish%20Department%20of%20Health%20(2003)%20-%20The%20Report%20of%20the%20Task%20Force%20on%20Assaults%20on%20Psychiatric%20Nurses%20(1).pdf) [Accessed 20 Oct. 2015].

Jansen, G.J., ed. 2005. *The Attitude of Nurses towards Inpatient Aggression in Psychiatric Care, the development of an instrument*. Groningen: general introduction and outline.

Jansen, G.J., Middel, B., Dassen, T.W. & Reijneveld, M.S., 2006. Cross-cultural differences in psychiatric nurses' attitudes to inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(2), pp. 82–93.

Jonker, E.J., Goossens, P.J., Steenhuis, I.H. & Oud, N.E., 2008. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(6), pp. 492–499.

Karidi, M.V., Stefanis, C.N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A.D. & Stefanis, N.C., 2010. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), pp. 19–30.

Kennedy, M.P., 2005. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. *The Medical journal of Australia*.183(7), pp. 362–365.

Kingma, M., 2001. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International nursing review*, 48(3), pp.129–130.

Kores-Plesničar, B., 2006. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: V. Čuk, ed. *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Podtema: Pravice bolnikov in zaposlenih: Zbornik prispevkov. Maribor, 26. oktober 2006*. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 56–63.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: V. Čuk, ed. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 33–50.

Link, B.G. & Stueve, A. 1995. Evidence bearing on mental illness and possible causes of violent behaviour. *Epidemiology Reviews*, 17(1), pp. 172–181.

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B.A., 1999. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), pp. 1328–1333.

Lipscomb, J., Rosen, J., London, M. & McPhaul, K., 2010. Preventing Workplace Violence in the Health Care Workplace. In: W. Charney, ed. *Handbook of Modern Hospital Safety*. Boca Raton: CRC Press, pp. 370–385.

O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X. & Meyer, R., 2004. *Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance*. [pdf] Canadian Health Services Research Foundation. Available at: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Jan&Klemen/My%20Documents/Downloads/O'Brien-Pallas%20et%20al.%202004.pdf> [Accessed 20 Feb. 2016].

Paterson, B., Leadbetter, D., Miller, G. & Bowie, V., 2010. Re-framing the problem of workplace violence directed towards nurses in mental health services in the UK: a work in progress. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), pp. 310-320.

Pavšič Mrevlje, T. & Umek, P., 2011. Safety Issues in Psychiatric Settings. *Journal of Criminal Justice and Security*, 13(4), pp. 431–443.

Price, O. & Baker, J., 2012. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), pp. 310-319.

Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X. & Groman, A., 2005. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 55(6), pp. 480–486.

Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K. & Duxbury, J., 2013. Agression in a High Secure Hospital: Staff and Patient Attitudes. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(4), pp. 296–304.



Rankins, R.C. & Hendey, G.W., 1999. Effect of a security system on violent incidents and hidden weapons in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 33(6) pp. 676–679.

Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C., 2010. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of nursing scholarship*, 42(1) pp. 13–22.

Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohler, C., Harling, M. & Nienhaus, A., 2015. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2(5), pii: e001420.

SOSHA, 2013. *Facts About Hospital Worker Safety*. [pdf] U.S. Department of Labor. Available at:  
[https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2\\_Factbook\\_508.pdf](https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf) [24.10.2015].

Spector, P.E., Zhou, Z.E. & Che, X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1) pp. 72-84.

Svensson, B., Brunt, D., Bejerholm, U., Eklund, M., Lundvik Gyllensten, A., Leufstadius, C., Markström, U., Sandlund, M., Östman, M. & Hansson, L., 2014. Health Care Students' Attitudes towards People with Schizophrenia — A Survey of Eight University Training Programs. *Open Journal of Psychiatry*, 4, pp. 309–316.

Trinkoff, A.M., Geiger-Brown, J.M., Caruso, C.C., Lipscomb, J.A., Johantgen, M., Nelson, A.L., Sattler, B.A. & Selby, V.L., 2008. Personal Safety for Nurses. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US)*, 39, pp. 473–508.

Tweedy, T.J., 2015. *Healthcare Safety for Nursing Personnel: An Organizational Guide to Achieving Results*. CRC Press: Taylor & Francis Group.

Videčnik, I., 2007. Varnost v psihiatriji. In: V. Čuk, ed. *Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi: Zbornik prispevkov z recenzijo. Vojnik, 8. junij 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 32–34.

Volavka, J. & Citrome, L., 2008. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *International journal of clinical practice*, 62(8), pp. 1237–1245.

*Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)*, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 21.

*Zakon za uravnoteženje javnih financ*, 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

## 6 PRILOGA

### 6.1 INSTRUMENT

#### Anketa

Sem študent Fakultete za zdravstvo Jesenice. V svoji diplomski nalogi z naslovom *Dojemanje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije* raziskujem odnos osebja do dela z agresivnimi pacienti. Ker se bo pridobljene podatke uporabilo le za potrebe diplomske naloge, je anketa anonimna.

Za sodelovanje se Vam zahvaljujem.

Jan Trstenjak

#### I. Demografski podatki

1. **Spol.** (Obkrožite ustrezen odgovor.)

Moški	Ženski
-------	--------

2. **Starost v letih** \_\_\_\_\_.

3. **Izobrazba.** (Obkrožite ustrezen odgovor.)

- a) Srednje šolska izobrazba;
- b) Višja ali visoko strokovna izobrazba;
- c) Univerzitetna izobrazba ali več.

4. **Delovno mesto.** (Obkrožite ali dopišite ustrezen odgovor.)

- a) Oddelek pod posebnim nadzorom (zaprt oddelek);
- b) Varovan oddelek (zaprt oddelek v socialno varstvenih zavodih);
- c) Odprt oddelek;
- d) Drugo: \_\_\_\_\_

5. **Delovna doba v psihiatriji v letih** \_\_\_\_\_.

## II. Sklop

1. V desnem stolpcu obkrožite številko, ki odraža Vaše stališče do vprašanja ali trditve. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo nikakor ne strinjate, ocena 5 pa, da se popolnoma oz. v celoti strinjate (1 - nikakor se ne strinjam; 2 – deloma se strinjam; 3 - se strinjam 4 - pretežno se strinjam; 5 - v celoti se strinjam).

1.) Svoj poklic imam rad(a).	1 2 3 4 5
2.) Moje delo je psihično naporno.	1 2 3 4 5
3.) Moje delo je fizično naporno.	1 2 3 4 5
4.) Na delovnem mestu se počutim varno.	1 2 3 4 5
5.) Za delo z agresivnim pacientom sem usposobljen(a).	1 2 3 4 5
6.) Ocenite, ali na podlagi analiz incidentov izvajate preventivne ukrepe?	1 2 3 4 5
7.) Po incidentu z agresivnim pacientom sem deležen(a) podpore sodelavcev.	1 2 3 4 5
8.) Delo z agresivnim pacientom vpliva na moje zasebno življenje.	1 2 3 4 5

2. Ali ste se kdaj soočili z agresijo/nasiljem na delovnem mestu? (Obkrožite ustrezen odgovor. Če ste odgovorili z DA, Vas prosim, da odgovorite še na dodatna vprašanja.)

DA	NE
----	----

3. Katero vrsto agresije/nasilja ste doživeli? (Obkrožite ustrezen odgovor. Možnih je več hkrati.)

PSIHIČNO	FIZIČNO	VERBALNO	SPOLNO	DRUGO
----------	---------	----------	--------	-------

4. S strani koga ste doživeli agresijo/nasilje? (Obkrožite ustrezen odgovor. Možnih je več hkrati.)

S strani pacientov.	S strani pacientovih svojcev.	S strani sodelavcev.
---------------------	-------------------------------	----------------------

5. Ste zaradi agresije/nasilja potrebovali bolniški dopust? (Obkrožite.)

DA	NE
----	----

6. Koliko časa ste bili na bolniškem dopustu zaradi agresije/nasilja na delovnem mestu?

V zadnjih petih letih (približno) \_\_\_\_\_ dni.

7. S kom se pogovarjate o agresiji/nasilju na oddelku? (Z  $\surd$  odključajte ustrezen odgovor. Možnih je več hkrati.)

S posameznimi sodelavci, ki jim zaupam.	Se ne pogovarjam.
Na timskih sestankih.	Nimam možnosti, da bi se s komerkoli pogovoril.
Doma.	Drugo.

### III. Sklop

V desnem stolpcu obkrožite številko, ki odraža Vaše stališče do vprašanja ali trditve. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo nikakor ne strinjate, ocena 5 pa, da se popolnoma strinjate (1 - nikakor se ne strinjam; 2 - deloma se strinjam; 3 - se strinjam 4 - pretežno se strinjam; 5 - v celoti se strinjam).

1.) Pacienti so agresivni zaradi okolja, v katerem se nahajajo.	1 2 3 4 5
2.) Agresivno ali nasilno vedenje pri pacientih povzročijo drugi ljudje.	1 2 3 4 5
3.) Pacienti pogosto postanejo agresivni, ker jim osebje ne prisluhne.	1 2 3 4 5
4.) Težko je preprečiti, da bi pacienti postali nasilni ali agresivni.	1 2 3 4 5
5.) Pacienti so agresivni, ker so bolni.	1 2 3 4 5
6.) Agresijo pri pacientih povzroča nezadostna komunikacija med osebjem in pacienti.	1 2 3 4 5
7.) Zdi se, da obstajajo določeni tipi pacientov, ki pogosto postanejo agresivni do osebja.	1 2 3 4 5
8.) Na tem oddelku se uporablja različne pristope k obvladovanju agresije in nasilja pri pacientih.	1 2 3 4 5
9.) Pacienti, ki so agresivni do osebja, bi se morali potruditi obvladovati svoja čustva.	1 2 3 4 5
10.) Kadar je pacient nasilen, je fizično oviranje eden od najučinkovitejših ukrepov.	1 2 3 4 5
11.) Pacienti, ki so nasilni, so pogosto fizično ovirani, da se jim da pomirjevalo.	1 2 3 4 5
12.) Prakso fizičnega oviranja nasilnih pacientov je treba opustiti.	1 2 3 4 5
13.) Medikamentozno oviranje je koristen ukrep pri obvladovanju agresivnega in nasilnega vedenja.	1 2 3 4 5
14.) Agresivni pacienti se pomirijo sami od sebe, če jih pustimo pri miru.	1 2 3 4 5
15.) Uporaba pogajalskih veščin bi bila bolj učinkovita pri obvladovanju agresije in nasilja.	1 2 3 4 5
16.) Zaprti oddelki lahko prispevajo k agresiji in nasilju pacientov.	1 2 3 4 5
17.) Znamenja agresivnega vedenja ne zahtevajo vedno posredovanja osebja.	1 2 3 4 5
18.) Fizično oviranje se včasih uporablja pogosteje, kot je potrebno.	1 2 3 4 5
19.) Namesto fizičnega in medikamentoznega oviranja bi se pri obvladovanju nasilnih pacientov lahko večkrat uporabilo druge prijeme.	1 2 3 4 5
20.) Izboljšani medsebojni odnosi med osebjem in pacienti lahko zmanjšajo pojavnost agresije in nasilja pri pacientih.	1 2 3 4 5
21.) Na tem oddelku bi se dalo bolj učinkovito opraviti z agresijo pacientov.	1 2 3 4 5

22.) V nekaterih primerih lahko do agresije in nasilja pri pacientih vodi predpisana medikamentozna terapija.	1 2 3 4 5
23.) Večinoma so situacije tiste, ki prispevajo k izražanju agresije in nasilja pri pacientih.	1 2 3 4 5
24.) Fizično oviranje se včasih uporablja pogosteje, kot je potrebno.	1 2 3 4 5
25.) Predpisano medikamentozna terapijo bi se moralo uporabljati pogosteje, da bi se pomagalo pacientom, ki so agresivni in nasilni.	1 2 3 4 5
26.) Pri preprečevanju nasilja se uporaba deeskalacijskih tehnik obnese.	1 2 3 4 5
27.) Če bi bilo fizično okolje drugačno, bi bili pacienti manj nasilni.	1 2 3 4 5

Hvala za sodelovanje!