



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZLIČNE OBLIKE NADZORA PACIENTOV
V PSIHIATRIJI – POGLED ŠTUDENTOV
ZDRAVSTVENE NEGE**

**DIFFERENT METHODS OF MONITORING
PSYCHIATRIC PATIENTS – NURSING
STUDENTS' VIEWS**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Monika Bergant

Jesenice, september, 2017

ZAHVALA

Najprej izrekam posebno zahvalo za svoj čas, pripravljenost za pomoč, usmeritve, koristne napotke, spodbudo in dobro voljo tekom pisanja diplomskega dela, mag. Branku Bregarju, viš. pred. Kljub vsem svojim obveznostim, ste si vedno vzeli čas tudi za nas študente in to vedno, ko smo potrebovali vašo pomoč. Bilo mi je v veselje delati z vami. Prav tako izrekam posebno zahvalo dr. Vesni Čuk, viš. pred. in Saneli Pivač, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Iskrena zahvala vsem udeležencem raziskave, za iskrenost in odprtost za pogovore, ki so pomembno vplivali na zastavljene cilje, ki smo jih dosegli z diplomskim delom. Brez vas mi vse to ne bi uspelo.

Na koncu pa bi se rada zahvalila moji veliki družini, ki me je spodbujala in mi stala ob strani, ter mojemu fantu Roku, za vso podporo in izrečene besede, ki so mi dajale moč in pogum za vztrajanje. Neizmerno sem vam hvaležna.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Temeljna vrednota zdravstvene nege na področju psihiatrije je zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih. Da jo lahko zagotovimo, se ni mogoče izogniti različnim prisilnim ukrepom in nadzorov pacientov z duševno motnjo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je odkriti odnos študentov do pacienta z duševno motnjo, v kolikšni meri so se študentje na praksi srečali s pojavom agresije ter njihovim razumevanjem različnih načinov zagotavljanja varnosti pacientov s poudarkom na različnih načinih opazovanja/nadzora pacientov.

Metoda: Raziskava diplomskega dela temelji na deskriptivni kvalitativni metodi empiričnega raziskovanja. Empirično gradivo je bilo zbrano s pomočjo polstrukturiranih individualnih intervjujev z vprašanji odprtega tipa, katerim so sledila podvprašanja. Izbran je bil namenski vzorec, v katerega je bilo vključenih osem rednih študentov, ki so v študijskem letu 2015/2016 zaključili 3. letnik študijskega programa Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin in so že imeli prakso na oddelku pod posebnim nadzorom. Vzorec je vključeval 3 študente moškega spola in 5 študentk ženskega spola. Analiza empiričnih podatkov je potekala s pomočjo procesa kodiranja in oblikovanja kategorij.

Rezultati: Pri analizi empiričnih podatkov so bile identificirane naslednje kategorije: občutki študenta, občutki pacienta, dinamika agresije, znanje študenta, posebni varovalni ukrepi, nadzor in kršenje pravic. Ugotovili smo, da je odnos študentov do pacientov z duševno motnjo večinoma pozitiven. Posebni varovalni ukrepi se še vedno zelo pogosto uporabljajo. Uporaba manj intenzivnih vrst nadzorov in tehnik je pomembna pri obravnavi pacienta, ki je agresiven.

Razprava: Študentje se ob začetku prakse srečujejo z različnimi občutki. V ospredju se pojavlja strah, ki je izrazit predvsem ob začetku prakse. Večina se je že srečala z uporabo posebnih varovalnih ukrepov in nekaterimi vrstami nadzora. Ker se z omejevanjem in nadzorom krši pacientove pravice, so pri študentih prisotne etične dileme. Raziskave na področju različnih oblik nadzora, ki jih izvajamo v klinični praksi, so še potrebne.

Ključne besede: duševna bolezen, posebni varovalni ukrepi, nadzor, varnost, agresija

ABSTRACT

Background: The core value of nursing care in the field of psychiatry is to ensure patient and employee safety. To achieve this goal it is not possible to avoid various coercive measures when controlling patients with mental disorders.

Aims: The aim of the diploma work is to discover the students' attitudes towards patients with mental disorders, determine to what extent students have encountered aggression in practice and study their understanding of different ways of ensuring patient safety with an emphasis on different ways of observing/controlling patients.

Methods: The research is based on a descriptive qualitative method of empirical research. Empirical material was collected through semi-structured individual interviews with open questions, followed by sub-questions. A purposive sample of eight participants was selected of the third year of the Angela Boškin Faculty of Health Care, who already completed practical work in a closed psychiatric ward. The sample included 3 male students and 5 females. Empirical data analysis was carried out using the process of coding and formatting categories.

Results: In the analysis of empirical data, the following categories were identified: student feelings, patient feelings, aggression dynamics, student knowledge, special safeguards, control and violation of rights. We have found that the attitude of students towards patients with mental disorders is mostly positive. Special precautionary measures are still very commonly used. The use of less intense types of controls and techniques is important in treating an aggressive patient.

Discussion: At the beginning of their practical work, students are confronted with different feelings. There is fear in the foreground, which is especially evident when they start their work. Most have already encountered using special safeguards and certain types of control. Limiting and controlling the patient is a violation of the patient's rights, which is why students face ethical dilemmas. Research of the various forms of control that we carry out in clinical practice is still needed.

Keywords: mental illness, special safeguards, control, security, aggression

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	OBRAVNAVA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO	3
2.1.1	Zdravstvena nega pacientov z duševno motnjo.....	3
2.1.2	Dejavniki tveganja za avtoagresivno in heteroagresivno vedenje.....	4
2.2	RAZLIČNE OBLIKE IN TEHNIKE OMEJEVANJA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO	5
2.2.1	Opredelitev in razlogi za izvajanje posebnega opazovanja/nadzora	5
2.2.2	Opredelitev in razlogi za uporabo posebnih varovalnih ukrepov.....	10
3	EMPIRIČNI DEL	14
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	14
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	15
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	15
3.3.2	Opis merskega instrumenta	15
3.3.3	Opis vzorca.....	16
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	17
3.4	REZULTATI	18
3.4.1	Občutki študenta.....	19
3.4.2	Posebni varovalni ukrepi	21
3.4.3	Občutki pacienta.....	24
3.4.4	Nadzor	25
3.4.5	Znanje študenta.....	28
3.4.6	Dinamika agresije.....	30
3.4.7	Kršenje pravic.....	31
3.5	RAZPRAVA	34
4	ZAKLJUČEK	40
5	LITERATURA	41
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Shematski prikaz kategorij	18
---	----

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
PVU	Posebni varovalni ukrepi
ZDZdr	Zakon o duševnem zdravju
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost« (Jeriček Klanšček, et al., 2009). Dobro duševno zdravje vpliva na telesno zdravje, medsebojne odnose, življenjski slog in zaposlovanje. Pomembno je, da živimo čim bolj kakovostno in to tudi prenašamo na okolico, na ljudi, ki nas obdajajo (Petrovčič, 2010). Šprah in sodelavci (2011) so odkrili, da slabo duševno zdravje lahko prinese posledice, ki vplivajo na kakovost življenja posameznika, družine in širše družbe, v kateri živimo. Številne posledice slabega duševnega zdravja zahtevajo celovito zdravstveno nego in oskrbo. Dobra in učinkovita zdravstvena nega, ki jo izvajamo na področju psihiatrije, je proces komunikacije med dvema človekoma, in sicer med pacientom ter medicinsko sestro. Najpomembnejši člen je pacient, h kateremu je zdravstvena nega usmerjena. Namen je doseči čim večjo samostojnost in neodvisnost pacienta z upoštevanjem njegovih zmožnosti in sposobnosti. Zdravstvena nega je usmerjena k spodbujanju pacienta, da prevzame odgovornost za lastno zdravje (Gnezda, 2009).

Pomemben člen zdravstvene nege v psihiatriji je zagotavljanje varnosti pacientov, ki je bistvenega pomena na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Pojavnost motenj v duševnem zdravju narašča, kar pa je posledica razvoja sodobne družbe. Kljub napredku psihiatrije agresija še vedno predstavlja velik problem v psihiatričnih ustanovah (Gabrovec, et al., 2014).

Potrebno je poudariti, kot navaja Groleger (2009), da »Velika večina pacientov z duševno motnjo ni nikoli agresivna, nevarna ali nasilna.« Če pa se agresija pojavi, pa je potrebno pravilno in hitro ukrepati, da zagotovimo varnost. Ahec s sodelavci (2007) ugotavlja, da osebje pri kakovostnem načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege, za zagotavljanje varnosti potrebuje znanje s področja prepoznavanja znakov in simptomov bolezni, veliko mero empatije in občutka za potrebe pacientov. Imeti mora etične in pravne sposobnosti ter močan občutek odgovornosti. Zagotavljanje varnosti je občasno

tudi v nasprotju s pacientovim prepričanjem. V takih primerih v psihiatriji uporabljamo tudi različne načine opazovanja oz. nadzora in oviranja pacientov. Najpogostejši razlog za opazovanje in omejevanje pacientov je zagotavljanje varnosti ob visokem tveganju za poškodbo pacientov ali zdravstvenega osebja.

Tako Zakon s področja duševnega zdravja določa dva ukrepa nadzora/opazovanja, ki se lahko uporabljata na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih. Mednje spadata telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora (ZDZdr, 2008).

Člani zdravstvenega tima ne bi smeli oklevati pri uporabi povečane ravni opazovanja/nadzora pacienta. Pomembno je zavedanje in prepričanje, da je to v korist pacienta. Običajno določi zdravnik, katera oblika opazovanja se izvaja pri pacientu, ki se mora tudi zavedati vseh možnih posledic opazovanja. Ker s tem posegamo v pacientovo pravico do zasebnosti, lahko to močno vpliva tudi na pacientovo psihično stanje. Zato je zelo pomembna pravilna odločitev glede opazovanja pacienta, saj je potrebno glede na njegovo psihično stanje v začetku določiti vrsto opazovanja na ravni, ki pacienta najmanj omejuje ter ga omejuje za najmanj časa. Ko zdravnik odredi poseben nadzor nad pacientom, imajo medicinske sestre veliko vpliva na to, kako se bo ta nadzor dejansko izvajal (Beech, 2011).

Ker gre pri opazovanju oziroma nadzoru pacienta v psihiatriji za izrazit poseg v njegovo zasebnost, bomo v diplomskem delu predstavili pomen različnih oblik opazovanja pacienta v psihiatriji v svetu in pri nas. Pri tem se bomo v raziskovalnem delu osredotočili na razumevanje študentov do različnih oblik nadzora pacientov.

2 TEORETIČNI DEL

Duševna bolezen je stanje, ki vključuje spremembo mišljenja, čustvovanja in vedenja, lahko tudi kombinacije obeh. Običajno so povezane s stisko ali težavam na področju socialnih, delovnih in družinskih aktivnostih. Duševna bolezen je ozdravljiva in velika večina pacientov, lahko opravlja vsakodnevne aktivnosti (Parekh, 2015).

2.1 OBRAVNAVA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO

Varna in učinkovita zdravstvena nega in promocija zdravja imata z vidika psihiatrije pomembno vlogo, saj spodbujata pozitivno duševno zdravje ter sodelujeta pri zdravljenju, rehabilitaciji in preprečevanju bolezni (Čuk, 2010).

2.1.1 Zdravstvena nega pacientov z duševno motnjo

Duševno zdravje je osnova za razmišljanje, učenje, komunikacijo ter za krepitev in ohranjanje zdrave samozavesti. Če pride do motenj v duševnem zdravju, je zelo pomembno, da jih čim prej odkrijemo in zdravimo (Parekh, 2015). Zdravstvena nega je skrbno načrtovana in poteka po procesu, ki vključuje ugotavljanje potreb, identifikacijo negovalnih problemov, načrtovanje zdravstvene nege, izvedbo intervencij in vrednotenje oz. dokumentiranje ciljev, ki smo jih dosegli (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011). Delo medicinske sestre v zdravstveni negi na področju psihiatrije temelji na načelih, ki jih narekuje profesionalna etika. Če medicinska sestra pri svojem delu izhaja iz sebe, tako tudi lažje razume pacientovo individualnost in neponovljivost. Ključnega pomena v procesu zdravstvene nege, je odnos medicinske sestre do pacienta (Gorše Muhič, 2009). Skozi proces zdravstvene nege medicinska sestra vodi pacienta, da ostane neodvisen pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnostih. Pri tem se opira na teorije zdravstvene nege, predvsem pa na modele Virginie Henderson in Hildegard Peplau (Hrovat & Žagar, 2006). Ob upoštevanju vsega naštetega je zelo pomembno sodelovanje med zaposlenimi oziroma timsko delo v zdravstvu. Delo je usmerjeno v dobrobit pacienta, ki je najpomembnejši član zdravstvene nege (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011). Seveda je učinkovita zdravstvena nega zelo pomembna, vendar pa moramo večjo pozornost namenjati preventivi kot kurativi (Turk & Albreht, 2010).

2.1.2 Dejavniki tveganja za avtoagresivno in heteroagresivno vedenje

V psihiatriji pogosto uporabljamo izraz nasilje in ne agresija. Pojavlja se pri različnih motnjah v duševnem zdravju, osebnostnih motnjah, shizofreniji, hudem stresu, manijah, demenci ter pri duševni manjrazvitosti (Saheed, 2013). Kar nekaj raziskovalcev, se je posvetilo odkrivanju dejavnikov tveganja za agresijo. Dejavnike za pojav agresije lahko razdelimo v 2 skupini in sicer v statično in dinamično. V prvo skupino spadajo tisti, na katere s kliničnimi intervencijami ne moremo vplivati. To so poškodbe glave v preteklosti, demografski podatki pacienta ter stopnja izobrazbe. V drugo skupino, pa uvrščamo halucinacije, blodnje, sprejem pacienta proti volji, brezup, depresija, načrt za samomor. Na dejavnike v tej skupini, lahko vplivamo s kliničnimi intervencijami (Anderson & West, 2011; Xing, et al., 2016). V našem prostoru je Lapanja (2012), v svojem prispevku izpostavil tri dejavnike tveganja, ki lahko sprožijo agresivno vedenje pacienta. Kot vir tveganja je lahko pacient sam, osebje in/ali okolje. Izpostavil je tudi pomembno dejstvo, da več kot ima pacient psihiatričnih diagnoz, tem večje je tveganje za agresijo, le-to pa je še večje pri tistih pacientih, ki kljub diagnozi duševne motnje zraven še zlorabljajo različne opojne substance. Lahko trdimo, da je zdravstvena nega na področju psihiatrije visoko tvegan poklic. Pa ne samo zaradi izražanja agresije nad zaposlenimi, ampak tudi zaradi stresa, ki ga zaposleni doživljajo na delovnem mestu. (Weinberg & Creed, 2000; Peterka Novak, et al., 2010; Bregar, et al., 2011; Rössler, 2012; Berring, et al., 2016).

Avtoagresijo ali heteroagresijo lahko sproži tudi pomanjkanje spoštovanja zaposlenih do pacientov ter pomanjkanje sočutja in empatije (Davison, 2016). Zato je zelo pomembno, kot navaja Robar (2011), da medicinska sestra že povsem ob prvem stiku s pacientom prevzame aktivno vlogo ter vzpostavi pristen stik s pacientom. Lapanja (2012) izpostavlja različne dejavnike za agresivno vedenje. Izpostavlja aplikacijo terapije proti volji ter pomanjkanje stika s pacientom. Kot pravi Balažič (2010), poznamo tudi različne dejavnike v okolju, ki lahko izzovejo agresijo pri pacientu. Sem spada razmerje med številom pacientov in osebjem, populacija pacientov, neustrezni odnosi in pomanjkljivo komuniciranje med osebjem in pacienti.

2.2 RAZLIČNE OBLIKE IN TEHNIKE OMEJEVANJA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO

Veščina strokovnega opazovanja pacientov je pomembna veščina za vse zdravstvene delavce. V akutni fazi duševne bolezni lahko pride do izpostavljenosti nevarnosti, ki jo pacienti povzročijo sebi ali drugim. V tem primeru je končni cilj preprečiti škodo za pacienta in druge udeležence procesa zdravstvene nege (Peate, 2013).

2.2.1 Opredelitev in razlogi za izvajanje posebnega opazovanja/nadzora

Opazovanje oz. nadzor pacientov je formalen proces, ki zagotavlja tesno spremljanje in sodelovanje z nekom, ki za določen čas potrebuje intenzivno nego in podporo (Beech, 2011; Zehnder, et al., 2015). Strmimo k temu, da je opazovanje pacientov varno in terapevtsko, pri čemer moramo upoštevati pravice pacienta do zasebnosti in jo upoštevati v tolikšni meri, kolikor je še varno za pacienta samega in za okolico (Beech, 2011).

Za izvajanje posebnega opazovanja poznamo različne vzroke, ki nas pripeljejo do točke, kjer je potrebno vzpostaviti nujno spremljanje in opazovanje pacienta. Kot navaja Kontio s sodelavci (2010), je najbolj pogost razlog za uporabo nadzora agresivno vedenje, ki je nevarno tako za pacienta kot tudi za osebje, saj lahko privede do visokega tveganja za poškodbo pacientov ali zdravstvenega osebja. Drugi razlogi so nezmožnost pacientovega sodelovanja v terapevtskem programu, obvladovanje agresivnega vedenja, moteče vedenje, preprečevanje tavanja, pomanjkanje osebja, agitiranost in nespečnost (Qureshi, 2009).

V tuji literaturi (Glezer & Brendel, 2010) za zagotavljanje varnosti opisujejo različne fizične in mehanske ukrepe. Poleg tega poznajo tudi različne načine posebnega opazovanja pacientov. Stewart s sodelavci (2010) ugotavlja, da je posebno opazovanje pacientov eden od načinov, s katerim tudi lahko zagotovimo varnost pacienta v določeni situaciji z izvajanjem posebnega nadzora in namenjanjem posebne pozornosti, dokler se njegovo stanje ne izboljša. Poznamo 3 stopnje opazovanja pacientov:

- I. Običajno opazovanje (v angleščini General Observation): osebje mora vedeti, kje se pacient nahaja, bodisi na oddelku bodisi izven oddelka.
- II. Stalno opazovanje (v angleščini Constant Observation): osebje mora ves čas vedeti in nadzorovati pacienta z opazovanjem ali s poslušanjem.
- III. Posebno opazovanje (v angleščini Special Observation): osebje mora imeti pacienta stalno na vidiku, ob vsakem času in v vseh okoliščinah (Stewart, et al., 2010; Stewart, et al., 2012; Löhr, et al., 2013).

Že znane oblike nadzora, pa lahko drugače opišemo tudi s 3 ravni:

- I. Nadzor s prekinitvami (v angleščini intermittent special observation), kjer občasno preverimo, kje se pacient nahaja.
- II. Nadzor z opazovanjem (v angleščini special observation within sight), kjer nam mora biti pacient stalno na vidiku, brez prekinitve.
- III. Nadzor, kjer nam je pacient tako blizu, da ga imamo na doseg roke ves čas (v angleščini special observation within arms length).

Zadnji dve obliki, sestavljata tako imenovani stalni nadzor pacienta, kjer imamo pacienta na vidiku in doseg roke stalno in brez prekinitvev (Stewart et al., 2010).

Običajno ali *splošno opazovanje* se uporablja za večino pacientov večino časa. Pacientom daje občutek odgovornosti za uporabo njihovega prostega časa. Osebje se mora zavedati, kje se pacient nahaja. To je mogoče z vzpostavitvijo sistema dodeljevanja pacientov, pri čemer je določena medicinska sestra zadolžena za določenega pacienta in mora biti o njem tudi obveščena. V to skupino opazovanja spadajo pacienti, ki naj ne bi predstavljali resne škode sebi in drugim, in je glede na njihovo stanje zelo majhna možnost, da bi zapustili oddelek brez predhodnega dovoljenja, spremstva ali obvestitve zaposlenih. Vse omejitve, ki jih ima pacient, so dokumentirane v načrtu zdravstvene nege.

Stalno opazovanje ali *nadzor* se uporablja pri pacientih, za katere velja, da predstavljajo veliko nevarnost za sebe ali druge. Namen in način izvajanja le-tega mora biti prav tako ustrezno dokumentiran. Pomemben dejavnik stalnega opazovanja je spoštovanje do zasebnosti, ker se pacienta spremlja ob vseh aktivnostih, ki jih izvaja. Pacient lahko

zapusti oddelek le izjemoma, ob spremstvu medicinske sestre ali drugega strokovnega delavca.

Posebna oblika opazovanja se uporablja bolj redko in sicer pri pacientih, ki so v hudi duševni stiski. Ob pacientu mora biti vsaj en član osebja, ki ga stalno spremlja. Ker je ta oblika zelo moteča za pacienta in osebje, se jo uporabi le v skrajnih primerih (Chu, 2016). Izvajanje posebnega opazovanja je intervencija, ki se najpogosteje uporablja pri pacientih, pri katerih obstaja tveganje za samomor ali samopoškodbo, vendar pa se uporablja tudi z namenom preprečitve pobega in preprečevanja agresivnega vedenja. Delo s takšnimi pacienti je zapletena in odgovorna naloga. Neposreden, takojšen in intenziven nadzor, znan tudi kot posebno opazovanje, je v takšnem okolju vedno priporočljivo (Stewart, et al., 2010; Stewart. et al., 2012; Löhr, et al., 2013).

Odločitev za uporabo povečane ravni opazovanja temelji na upoštevanju različnih dejavnikov. Glavni dejavnik je ocena pacientovega stanja v danem trenutku. Ocena tveganja je kompleksen proces, ki vključuje podatke s strani pacienta (njegova zgodovina, vedenje) ter s strani svojcev in osebja, ki sodelujejo. Odločitev naj bi bila vedno na strani multidisciplinarnega tima. Vendar pa lahko nastane problem ob koncih tedna, za vikende in zvečer, ko primanjkuje osebja. Takrat so za odločitev odgovorni zdravnik ali ekipa oddelka, kljub primanjkovanju osebja. Pomembno je, da se te odločitve načrtujejo že vnaprej, tako da tim sestavi listo za posameznega pacienta, na kateri so navedene spremembe obnašanja, pri katerih lahko uporabimo intenzivnejšo raven opazovanja. Še vedno pa ni čisto jasna meja med običajnim opazovanjem in stalnim nadzorom. Morda bi se morali bolj posvetiti podrobnemu definiranju vrst opazovanja in tako zmanjšati intenziteto nadzora iz stalnega na običajnega, če pacientovo stanje to dopušča (Chu, 2016).

Nekateri avtorji nasprotujejo intenzivni obliki opazovanja, saj menijo, da bi se morali bolj posluževati manj intenzivnih oblik nadzora, ki so za pacienta in za osebje manj obremenjujoče (Stewart, et al., 2010). Drugi pa pravijo, da z intenzivnejšo vrsto nadzora ne bi smeli odlašati, vendar pa je večina mnenja, da mora biti ta odločitev pravilna glede na pacientovo stanje in da čim manj posega v njegovo intimnost. Kot pravi Beech (2011), člani zdravstvenega tima torej ne bi smeli oklevati pri uporabi povečane ravni

opazovanja/nadzora pacienta. Pomembno je zavedanje in prepričanje, da je to v korist pacienta. Obliko opazovanja, ki se izvaja pri pacientu, določi zdravnik. Ta pa se mora zavedati vseh možnih posledic opazovanja. Zato je pomembna pravilna odločitev glede opazovanja pacienta, saj je potrebno glede na njegovo duševno stanje v začetku določiti vrsto opazovanja na ravni, ki pacienta najmanj omejuje ter ga omejuje za najmanj časa. Ko zdravnik odredi poseben nadzor nad pacientom, imajo medicinske sestre veliko vpliva na to, kako se bo ta nadzor dejansko izvajal.

Zasledili smo raziskavo Stewarta in sodelavcev (2012), ki je preučevala dogodke, ki so se dogajali pred in po izvajanju posebnega nadzora, pri pacientih hospitaliziranih na akutnih oddelkih za psihiatrijo. Pacienti so stalno obliko nadzora ocenili kot nečloveško, vsiljivo in neterapevtsko. Niso razumeli okoliščin, ki so pripeljale do nujnosti uporabe nadzora. Vzorec je vseboval 522 pacientov, 84 akutnih oddelkov ter 31 bolnišnic v Londonu in okolici v letih 2009-2010. Podatki so bili zbrani v prvih 2 tednih po sprejemu, in sicer iz zapisov pacientov. Rezultati, do katerih so prišli, so bili, da se je na 16 % pacientov v prvih 2 tednih po sprejemu izvajal posebni nadzor. Tako se je v 7 % to zgodilo že v času sprejema, preostalih 9 % pa po sprejemu na oddelek. Najpogostejši razlogi za stalni nadzor so bili poskus pobega, samopoškodovanje in agresija. Seveda pa so bile prej uporabljene tudi druge, manj intenzivne oblike posebnega opazovanja. V začetku je bil najprej uporabljen nadzor s prekinitvami (intermittent special observation). Pred uporabo nadzora pa so bile vedno uporabljene tudi deeskalacijske tehnike ter dodatna terapija. Agresija je bila veliko bolj izrazita v času izvajanja stalnega nadzora kot po prenehanju izvajanja. Poleg tega pa je bil poskus samopoškodovanja v času sprejema, ko se je izvajal stalni nadzor, skoraj izključen in se je pojavljal le v obdobju po sprejemu pacienta na oddelek. Trdimo lahko, da se stalna oblika nadzora vedno uporablja le v kombinaciji z ostalimi oblikami nadzora, torej le, če blažje oblike ne zadostujejo. Pri pacientih, ki so samomorilno ogroženi, pa ima lahko stalni nadzor, ki se prične že ob sprejemu pacienta, zanj zaščitni učinek.

Tudi Bowers s sodelavci (2008) je odkril, da je stalni nadzor zmanjšal možnost samopoškodovanja pacienta, vendar ne v tako veliki meri, kot je k temu pripomogla raven usposobljenosti osebja ter bolj intenziven program aktivnosti, ki jih izvajajo

pacienti v času zdravljenja. Izboljšave na tem področju bi lahko pripeljale do večje zaščite pacientov. Učinkovitost uporabe stalnega opazovanja pa ostaja dvomljiva. Do zelo podobnega spoznanja je prišel tudi Beech (2011), ki prav tako navaja, da je učinkovitost izvajanja posebnega nadzora dvomljiva, kljub temu je dokazano, da je bolj učinkovit nadzor, kjer pacienta spremljamo v časovnih presledkih, kot pa nadzor, kjer imamo pacienta stalno na očeh. Ko gre za pacienta, ki je samomorilen, so neposredna, takojšnja, intenzivna skrb in nadzor vedno priporočljivi. Seveda se mora ta nadzor izvajati v skladu s predpisanimi smernicami za izvajanje le-tega (Löhr, et al., 2013).

Posebno opazovanje, se pogosto uporablja tako pri nas kot v tujini. Zelo malo raziskovalcev se je posvetilo odkrivanju terapevtskega učinka posebnega opazovanja. V eni od tujih raziskav Snorrasona in sodelavcev (2007) so ugotavljali odnos pacienta do opazovanja ter odnos osebja do izvajanja posebnega opazovanja. Večina pacientov trdi, da je varnost najpomembnejši vidik posebnega opazovanja, ne glede na to, pod katero vrsto opazovanja so bili. V obdobju opazovanja jim je bila najpomembnejša družba osebja. Da niso bili sami. Na drugi strani pa je osebje trdilo, da je med nadzorom najpomembnejša skrb za pacienta in spoštovanje, ne glede na to, katera vrsta se uporablja. Trdimo lahko, da je izvajanje nadzora vedno v dobrobit pacienta in ostalih udeležencev. Izpostaviti je potrebno varnost, ki je eden najpomembnejših temeljev za dobro zdravstveno nego. Katerakoli oblika nadzora, ki se izvaja, mora biti usmerjena v zagotavljanje varnosti in preprečevanje negativnih posledic, ki jih nadzor lahko doprinese. Potrebno se je zavedati, koliko bolj pomembna je uporaba manj intenzivnih ukrepov za umiritev pacienta, kot pa uporaba posebnih varovalnih ukrepov (v nadaljevanju PVU). Zasedili smo tudi tujo raziskavo Bowersa in sodelavcev (2007), kjer so odkrivali statistično povezavo med stalnim opazovanjem pacienta in pobegom pacientov zaradi stalnega opazovanja. Vendar pa je potrebno poudariti, da v teh primerih poleg pobega ni bila izražena fizična agresija, verbalna agresija, samopoškodovanje in materialna škoda. Vse to bi se lahko izrazilo v primeru fizičnega ukrepa nad pacientom z namenom pomiritve agresivnega vedenja pacienta. Torej lahko trdimo, da manj škode povzročimo s stalnim opazovanjem pacienta, pa čeprav posegamo v njegov intimni prostor, kar lahko pacienta pripelje do tega, da pobegne, kot pa z uporabo fizičnega oviranja. Le-ta lahko povzroči agresijo proti sebi ali pa navzven.

V slovenski literaturi (Dolčič, 2011; Bregar & Možgan, 2012) v okviru strokovne literature o različnih načinih oviranja in opazovanja/nadzora ni veliko napisanega. Dostopnih je le nekaj prispevkov na raznih strokovnih srečanjih in seminarjih o PVU in v zakonu o duševnem zdravju, ki natančno opredeljuje uporabo PVU in uporabo različnih oblik opazovanja in nadzora, kar bomo podrobneje opisali in predstavili v naslednjem poglavju.

2.2.2 Opredelitev in razlogi za uporabo posebnih varovalnih ukrepov

Učinkovita ukrepa za zmanjšanje ali odpravljanja agresivnega vedenja pacienta sta tudi omejitev gibanja ali osamitev pacienta. Kot alternativno metodo preprečevanja uporabe PVU opisuje uporabo moči in avtoritete v povezavi s položajem zdravnika na oddelku. Predlagajo prevladujočo moško sestavo negovalnega tima in povečanje števila osebja. Menijo, da se z nastopom pozicije moči in avtoritete lahko umiri pacienta, ki je agresiven (Kontio et al., 2010). Za uporabo PVU so bile izdelane smernice o vrstah in razlogih za uporabo in izvajanje le-teh. Smernice omogočajo postavitve kriterijev, pregled ukrepov, kdaj jih smemo uporabiti ter njihovo izvajanje in dokumentiranje. Prav tako so zelo pomembne, saj z njimi zaščitimo pravice pacientov, hkrati pa lahko pravno zaščitijo tudi izvajalce teh ukrepov (Kusić, 2010). Vendar pa ostaja problem, saj so pravno PVU urejeni le v psihiatričnih bolnišnicah. Na drugih strokovnih področjih zaposleni tvegajo tožbe pacientov in svojcev zaradi poseganja v njihovo osebno integriteto z odvzemom pravice svobodnega gibanja (Dolčič, 2011; Bregar & Možgan, 2012). Najobičajnejši odvzem svobodnega gibanja v psihiatričnih bolnišnicah je sprejem pacienta na varovan oddelek. Intenzivnejši ukrep je omejitev gibanja znotraj enega prostora (izolacijska soba). Kot najintenzivnejši in skrajni ukrep se uporablja vezanje s pasovi (Glezer & Brendel, 2010). Ti ukrepi so namenjeni zagotavljanju varne obravnave pacientov, vendar pa lahko zaradi njihove uporabe pride do škodljivih posledic za pacienta. Pojavijo se lahko razjede zaradi pritiska, druge poškodbe ali celo smrt (Paterson & Duxbury, 2007).

Do škodljivih posledic za pacienta v večini primerov pride zaradi nepravilne uporabe PVU, kar potrjuje zelo zanimiva raziskava Berzlanovicha in sodelavcev (2012), ki so v letih od 1997 do 2010 naredili šestindvajset avtopsij pri ljudeh, ki so umrli, ko so bili

fizično ovirani. Izmed teh šestindvajsetih so trije pacienti umrli naravne smrti. Kar v dvaindvajsetih primerih so odkrili, da vzrok smrti tiči v samem fizičnem oviranju. Zelo kočljivo je spoznanje, da se v teh primerih sploh ni izvajal stalni nadzor, vzroki za smrt pa so bili zadušitev (11 primerov), direkten pritisk na prsni koš (8 primerov) ter visenje z glavo navzdol (3 primeri). V večini primerov ($n=19$), so ugotovili nepravilno oviranje, v dveh primerih pa tudi uporabo nestandardiziranih pasov. Pojavil se je tudi primer, ko je bil vzrok za smrt prevelik trebušni pas, ki je bil sicer pravilno nameščen. Zato je zelo pomembno, da PVU uporabljamo le v skrajnem primeru in z natančno preučitvijo razloga za izvajanje.

Razloge za uvedbo in trajanje PVU natančno opredeljuje Zakon o duševnem zdravju (2008), v katerem je natančno opredeljeno, da je to nujen ukrep, ki se ga uporabi v namen odprave ali za obvladovanje nevarnega vedenja osebe ter omogočanje zdravljenja. Uporabi se, kadar oseba s svojim nevarnim vedenjem ogroža lastno življenje ali življenje drugih, kadar huje ogroža lastno zdravje ali zdravje drugih, kadar s svojim vedenjem povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim ter kadar ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim blažjim ukrepom. Zakon določa, da se ga uporablja le na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih. Ukrep lahko traja le toliko časa, kot je nujno potrebno glede na razlog uvedbe. Telesno oviranje pa ne sme trajati več kot 4 ure. Po preteku tega obdobja mora zdravnik preveriti utemeljenost ponovne uvedbe PVU. Uporaba PVU mora biti karseda varna ob spoštovanju človekovih pravic in dostojanstva. V večini držav je določeno, da mora biti zdravnik, ki je odobril izvajanje PVU, prisoten ob izvajanju. Izvajanje zahteva veliko mero previdnosti, saj so smrti kot posledica PVU, povsem nepotrebne. Pacienti ne čutijo le telesnih posledic, pač pa tudi slabo izkušnjo, ki so jo doživeli zaradi poseganja v njihovo samospoštovanje, dostojanstvo ter osnovne človekove pravice. Zelo pomembno je poznavanje alternative in drugih metod, ki jih uporabimo pred uvedbo skrajnega ukrepa (Bregar & Možgan, 2012). Pacienta je po načelih sodobne zdravstvene nege potrebno obravnavati na način, ki je njemu najbolj učinkovit, prijazen in netravmatičen (Možgan, 2009).

PVU izvaja negovalni tim po predpisanih standardih, odredi pa jih zdravnik. Običajno se uporabljajo v obravnavi nujnih stanj. To pa označuje vsa urgentna stanja, ki potrebujejo takojšnjo obravnavo, kajti le tako lahko preprečimo slabšanje stanja ter tveganje za heteroagresivno ali avtoagresivno vedenje (Pregelj & Kobentar, 2009). Po pregledu tuje literature smo zaznali, da se za omejevanje pacientov nemalokrat pojavlja termin »prisilni ukrep«, kamor uvrščajo tudi izolacijo, ki se šteje kot fizično oviranje pacientov (Stewart et al., 2010). Zakon o duševnem zdravju (2008) določa dva ukrepa, ki se lahko uporabita le izjemoma in trajata toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na situacijo, v kateri pacient je.

Ta dva ukrepa sta:

- I. telesno oviranje s pasovi,
- II. omejitev gibanja znotraj enega prostora.

Telesno oviranje s pasovi, lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog uvedbe. Ne sme presegati več kot štiri ure, po preteku tega obdobja pa je potrebna zdravnikova utemeljitev o ponovni uvedbi PVU (Groleger, 2009).

Omejitev gibanja znotraj enega prostora pomeni, da pacientu omejimo gibanje v določenem prostoru, oblazinjeni sobi, preko katere pacienta spremljamo vizualno in preko zvočne kamere. Prostor je oblazinjen z materiali, ki so mehki in prijazni. V prostoru je pacient sam. Ko vstopi, mora predati vse nevarne predmete, ki jih ima pri sebi in s katerimi bi se lahko poškodoval. Prav tako mora oddati dele oblačil, s katerimi bi se lahko samopoškodoval, zadušil. Kot pravi zakon o duševnem zdravju PVU omejitev svobode gibanja, ne sme trajati več kot 12 ur nepretrgoma. Če se izkaže potreba po podaljšanju tega obdobja, je to možno le z dovoljenjem zdravnika, ki mora svojo odločitev utemeljiti (ZDZdr, 2008).

Čeprav so prisilni ukrepi že od nekdaj del oskrbe pacientov na področju psihiatrije, je etična dilema med uporabo "terapevtske" prisile in izgubo dostojanstva pacientov eden od glavnih spornih vprašanj (Luciano et. al., 2014). Kot poudarjajo tuji avtorji, se etična dilema v večini primerov pojavlja zaradi zavedanja zdravstvenega osebja o kršenju pacientove avtonomije in odločanja o sebi (Bloch & Green, 2006; Katsakou & Priebe,

2007; Prinsen & Van Delden, 2009). Poznajo tudi različne vrste zasebnosti, med katere spada tudi zaupnost in razkritje podatkov pacientu (Rich, 2008). Medicinska sestra se zaradi svoje odločitve o razkritju informacij pacientu počuti odgovorna za škodo, ki jo s tem lahko povzroči. Zato se po svoji etični in moralni presoji odloči, kdaj je razkritje informacij primerno. Zato se medicinska sestra lahko počuti odgovorna za škodo pacientu, zato bi bilo pravilno, da se medicinska sestra po svoji etični in moralni presoji odloči, kdaj je razkritje informacij pacientu primerno in potrebno (McHale, 2009). Ključnega pomena je tudi izboljšanje komunikacijskih veščin med zdravstvenimi delavci in pacienti ter izboljšanje terapevtskih odnosov (Hem et al., 2014). Pri nas smo zasledili velik poudarek na upoštevanju pacientove individualnosti in njegovih potreb ter s tem zmanjšanje pojava etične dileme pri zaposlenih (Šemrl, 2011).

3 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu bomo s kvalitativno metodo raziskali vidik študentov o različnih oblikah nadzora in omejevanja pacientov, ki jih uporabljamo v klinični praksi na področju psihiatrije.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati, v kolikšni meri so se študentje na praksi srečali s pojavom agresije ter njihovim razumevanjem različnih načinov zagotavljanja varnosti pacientov z duševno motnjo s poudarkom na različnih načinih opazovanja/nadzora pacientov. Cilji diplomskega dela so:

- Razjasniti stališča študentov do pacientov z duševno motnjo, ki so agresivni
- Razumeti doživljanje oz. občutke študentov, ko so se prvič srečali z uporabo PVU
- Odkriti študentovo poznavanje različnih načinov opazovanja pacientov z duševno motnjo
- Pojasniti razumevanje študentov do omejevanja svobodnega gibanja in posega v osebno integriteto pacientov z duševno motnjo

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo si postavili raziskovalna vprašanja, ki so se nanašala na problematiko, ki smo jo obravnavali. Omogočila so nam lažji pristop k raziskovanju občutkov, ki so jih zaznavali udeleženci naše raziskave in tako lažje dosegli naš namen.

Raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je odnos študentov do pacientov z duševno motnjo, ki so agresivni?
- Kako so študentje doživljali prvo srečanje z uporabo PVU pri pacientu ter kakšne občutke so opazili pri pacientu?
- Kakšno je poznavanje študentov o načinih opazovanja pacientov z duševno motnjo?

- Kako študentje razumejo omejevanje svobodnega gibanja in poseg v osebno integriteto pacientov z duševno motnjo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava temelji na kvalitativni metodi empiričnega gradiva, za katero je značilna interpretativna paradigma. Izkustveno gradivo je zbrano v raziskovalnem procesu, nato pa je obdelano brez uporabe merskih postopkov (Vogrinc, 2008).

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabili primarne in sekundarne vire. Primarne vire oz. podatke smo pridobili s pomočjo individualnih polstrukturiranih intervjujev študentov. Sekundarne vire na področju duševnih bolezni, zagotavljanja varnosti pacientov in zdravstvenih delavcev, uporabe posebnih varovalnih ukrepov, izvajanja posebnega opazovanja/nadzora v klinični praksi pa smo pridobili s pomočjo strokovne in znanstvene literature, dostopne v strokovnih, splošnih knjižnicah in prek spleta. Vire smo iskali s pomočjo baz podatkov, kot so: PROQUEST, COBISS, CINAHL, PubMed. Osredotočili smo se na ključne besede: duševna bolezen, PVU, varnost, nadzor, zdravljenje, duševno zdravje, suicidalnost, agresija, heteroagresija, deeskalacijske tehnike, obvladovanje pacienta, ukrepanje. Pri izvedbi tuje raziskave so nam bile v pomoč ključne besede: mental illness, suicidal behavior, de-escalation techniques, security, surveillance, medical treatment, mental health, aggression, violence, management of patient response, special precautionary measures, special observation.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za raziskavo smo zbrali s polstrukturiranimi intervjuji z odprtimi vprašanji, katerim so sledila podvprašanja, s katerimi smo udeležence raziskave usmerjali v problem, ki smo ga želeli raziskati in razumeti. Ta vrsta intervjuja je zelo prilagodljiva tehnika za zbiranje podatkov in mnenj, saj omogoča poglobljanje in razumevanja problema. Z njo smo pridobili natančne opise o občutkih in izkušnjah, ki so jih doživeli udeleženci na klinični praksi. Za preizkus, ali so vprašanja smiselno sestavljena in razumljiva, smo prvi intervju opravili pri posamezniku, ki ni bil vključen v našo

raziskavo. Za kvalitativno raziskovanje je značilno pridobivanje podatkov, ki so sestavljeni iz opisov situacij in dogodkov ljudi in niso statistično obdelani (Vogrinc, 2008). Posvetili smo se razumevanju študentov, kako oni doživljajo problem, ki ga bomo raziskovali, ter kaj o tem mislijo, kako ga razumejo. Skozi intervjuje smo preučili subjektivne ter objektivne vtise študentov. Ta tehnika je časovno najzahtevnejša, vendar pa smo zanjo potrebovali manjši vzorec in zato lahko trdimo, da je bila ta tehnika zbiranja podatkov za našo raziskavo najprimernejša. Glede na postavljene cilje smo zasnovali raziskovalna delovna vprašanja, ki smo jih zastavili udeležencem raziskave:

- Kakšen je vaš pogled na pacienta z duševno boleznijo, kakšni občutki vas preplavijo, ko srečate pacienta z duševno motnjo s poudarkom na pacientu z izraženo agresijo?
- Kolikokrat ste se na klinični praksi že srečali z uporabo PVU (podvprašanja: Če ste se, kako ste doživljali prvo srečanje z uporabo PVU pri pacientu, kako ste pristopili ter kako bi opisali pacientovo doživljanje fizičnega oviranja?)?
- S katerimi načini opazovanja oziroma nadzora ste se srečali na klinični praksi (podvprašanje: Kaj menite o tej vrsti nadzora, ki ga uporabljamo v kliničnem okolju?)?
- Kaj razumete pod pojmom omejevanje svobodnega gibanja in poseg v osebno integriteto pacientov z duševno motnjo (podvprašanja: Opišite po vašem mnenju situacijo, kjer lahko pravico kršimo? Katere so situacije, ko lahko po vašem mnenju to pravico absolutno kršimo?)?

3.3.3 Opis vzorca

V diplomskem delu smo uporabili namenski vzorec. Ta pa največkrat vsebuje udeležence, ki nam o temi, ki jo preučujemo, znajo največ povedati. Izbrani so bili na podlagi poznanstev iz šole, kar je v primeru kvalitativnih raziskav dovoljeno in celo dobrodošlo, saj smo z njimi brez težav vzpostavili zaupen in iskren odnos. Bistveno je pridobiti čim več informacij o področju, ki ga raziskujemo. Mesec (1998) v svoji raziskavi navaja, da je za kvalitativno raziskovanje pomembna relevantnost primerov. Naš vzorec je vključeval osem udeležencev, in sicer 3 moške in 5 žensk. Vključeval je redne študente 3. letnika na prvi stopnji študijskega programa Zdravstvena nega (VS) na

Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, ki so že opravili prakso na področju psihiatrije. Večina je bilo takšnih, ki so že opravili klinično prakso na različnih oddelkih, tako na sprejemnem oddelku v Psihiatrični bolnišnici Begunje kot tudi na sprejemnem oddelku v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. Iskali smo študente z bogatim besednim zakladom, z izkušnjami na področju psihiatrije ter tiste, ki so lahko sproščeno govorili o problemu in so nam zaupali, kajti le tako smo lahko prišli do potrebnih podatkov. Zasičenost podatkov je bila že nekje na polovici izvedenih intervjujev zadovoljiva.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Empirično gradivo smo zbrali s pomočjo polstrukturiranih individualnih intervjujev, ki so temeljili na vprašanih odprtega tipa in podvprašanih, s katerimi smo poskušali spodbuditi samostojno razmišljanje in svobodno podajanje odgovorov. Glavna vprašanja so bila pri vseh udeležencih enaka, podvprašanja pa so bila različna glede na potek intervjuja. Prvi intervju smo izvedli poskusno na osebi, ki ni bila vključena v raziskavo, da smo se prepričali o doslednosti zastavljenih vprašanj in da smo se prepričali, da intervjuvancu omogočijo prosto govorjenje ter svobodno razmišljanje. Predhodno smo se seznanili, da udeleženec pozna tematiko, ki jo raziskujemo, saj je to bistvenega pomena pri iskanju odgovorov in pridobivanju podatkov. Prav tako smo vsakega udeleženca seznanili s pomenom njegove vloge v naši raziskavi, ter s pravicami do odklonitve sodelovanja, ki pa je prostovoljna. Pred vsakim intervjujem smo pridobili tudi dovoljenje za snemanje pogovora. Poskrbeli smo za anonimnost, zasebnost in zaupnost vsakega pogovora. Podatke o udeležencih intervjuja smo skrbno varovali. Obdelava podatkov je temeljila na dobesednem prepisu, zato so izjave udeležencev ostale nespremenjene. Pridobljene intervjuje smo prvič prebrali in si poskušali ustvariti glavne zaznamke, ki so bili pomembni za cilj naše raziskave. Obdelavo podatkov smo izvedli z vsebinsko analizo kvalitativnega empiričnega raziskovanja, kjer smo empirične podatke analizirali s pomočjo kod in kategorij. Kode smo pridobili s sistemom odprtega kodiranja in sicer tako, da smo iz vsakega odstavka izločili bistvo, ter ga poimenovali s pojmom. Te pojme smo pregledali in enake oziroma podobne oblikovali v kategorije, ki se med seboj dokaj smiselno povezujejo. S pomočjo kod in kategorij smo iskali bistvo pridobljenih podatkov, ter oblikovali teoretično razlago (Vogrinc, 2008).

3.4 REZULTATI

Z analizo empiričnega gradiva, ki smo ga pridobili, smo oblikovali 7 kategorij, s katerimi lahko razložimo naš namen (slika 1). Razvrstili smo jih v smiselno zaporedje, po pomembnosti, kar se kaže tudi v številu posameznih kod v določeni kategoriji. Z interpretacijo pridobljenih kategorij in kod, ki jim pripadajo, smo odgovorili na namen in raziskovalna vprašanja diplomskega dela. Pri analizi smo odkrili tudi druge kategorije, ki po našem mnenju dodatno pripomorejo k pojasnitvi našega namena, zato smo jih vključili v rezultate.



Slika 1: Shematski prikaz kategorij

Na prvo raziskovalno vprašanje »Kakšen je odnos študentov do pacientov z duševno motnjo, ki so agresivni?« lahko odgovorimo z naslednjo kategorijo: občutki študenta.

Na drugo raziskovalno vprašanje »Kako so študentje doživljali prvo srečanje z uporabo posebnih varovalnih ukrepov pri pacientu ter kakšne občutke so opazili pri pacientu?« lahko odgovorimo z naslednjimi kategorijami: občutki študenta, občutki pacienta, dinamika agresije, PVU.

Na tretje raziskovalno vprašanje »Kakšno je poznavanje študentov o načinih opazovanja pacientov z duševno motnjo?« lahko odgovorimo z naslednjimi kategorijami: znanje študenta, PVU, nadzor.

Na četrto raziskovalno vprašanje »Kako študentje razumejo omejevanje svobodnega gibanja in poseg v osebno integriteto pacientov z duševno motnjo?« lahko odgovorimo z naslednjima kategorijama: znanje študenta, kršenje pravic.

3.4.1 Občutki študenta

Po številu in vsebini kod, ki smo jih identificirali in jih združili v tej kategoriji, ugotavljamo, da v prvo in za nas najpomembnejšo kategorijo uvrščamo občutke, ki jih študentje zaznavajo, in sicer ob začetku prakse ter ob prvem srečanju s pacientom z duševno motnjo ter s pacientom z izraženo agresijo. Udeleženci raziskave so poudarjali občutek strahu, ki je bil izrazitejši ob začetku prakse.

Št. 1-Ž-RŠ-1

»Ja, ko sem pričela prakso na zaprtem oddelku, lahko povem, da je bil občutek zelo strašen. Težko sem se navadla na te bolnike, zmeri sem imela zadi nek strah.«

Prav tako so občutek strahu udeleženci poudarjali ob prvem stiku s pacientom z agresivnim vedenjem, saj jih je bilo strah za lastno varnost, da jih bo pacient poškodoval.

Št. 7-M-RŠ-2

»Najprej seveda pomisliš na strah, saj se bojiš, da te bo poškodoval, vendar moraš kljub temu nekako izključiti ta strah, da mu lahko pomagaš.«

Nekateri udeleženci so poudarili, da se ne počutijo čisto sproščeno, zaradi občutka, da se bo pacient negativno odzval na njihove besede, dejanja.

Št. 3-M-RŠ-3

»Kr ne morm se čist sprostit, ker ne vem kako se bo on odzvau name, na moje besede, ali bo sploh hotel vzpostaviti stik, ali mu je ljubše, da ga pustim pri miru in da ne drezam vanj.«

Pri večini udeležencev je bilo zaznati pozitiven odnos do oseb z duševno motnjo ter odsotnost strahu. Sprejemajo jih enakovredno ostalim ljudem, brez kakršnihkoli predsodkov in stigmatizacije.

Št. 4-Ž-RŠ-1

»Tud takih ljudi, če bi jih srečala v vsakdanjem življenju, me ni strah, ker sem se s tem že srečala, poznam tudi nekaj ljudi z duševno boleznijo, zato me takih stvari ni strah, tud nimam kšnih predsodkov do takih ljudi, se ne oziram na to, enakovredno jih sprejemem, tako kot vse ostale ljudi.«

Prisoten je tudi pristen občutek empatije, ki jo študentje doživljajo ob stiku s pacientom. Še vedno pa je zaznati previdnost pri izbiri besed in dejanj pri takem pacientu, zaradi strahu pred nepredvidljivim odzivom pacienta.

Št. 4-Ž-RŠ-3

»To so samo ljudje in z njimi moramo delovati z neko stopnjo empatije, moramo pa bit tud previdni, malo bolj pozorno moramo izbrati besede, ko se z njimi pogovarjamo, ker nikol ne vemo, kako bo človek reagiral.«

3.4.2 Posebni varovalni ukrepi

Pod to kategorijo opisujemo, kako so udeleženci doživljali prvo srečanje z uporabo PVU v praksi. Za lažje razumevanje le-te, smo jo glede na število posameznih kod, smiselno razdelili v podkategorije.

1. Podkategorija: Vrste PVU
2. Podkategorija: Vzroki za uporabo PVU
3. Podkategorija: Odnos študenta do uporabe PVU

V prvi podkategoriji smo pridobili podatke o različnih vrstah PVU, s katerimi so se udeleženci že srečali in jih poznajo. Vrste PVU, ki se pojavljajo, so naslednje: fizični ukrep, medikamentozni ukrep ter kombinacija obeh.

Udeleženci so se v največji meri srečali z uporabo fizičnih ukrepov, in sicer standardno oviranje na postelji z uporabo magnetnega sistema pasov.

Št. 2-Ž-RŠ-23

» Na konc ni preostal drugga, kot to, da ga telesno oviramo s pasovi.«

Št. 4-Ž-RŠ-10

»Ovirali smo jo z uporabo segufix pasov.«

Sicer ne tako pogosto kot fizični ukrep se pojavlja tudi medikamentozni ukrep, s katerim so se udeleženci na klinični praksi že srečali.

Št. 5-Ž-RŠ-12

»In takrat je potem zdravstveni tehnik vzel injekcijo in mu jo dal v glutealno mišico. To je ene vrste medikamentozni ukrep, al kako se že reče.«

Pojavila pa se je tudi kombinacija fizičnega in medikamentoznega ukrepa.

Št. 6-M-RŠ-17

»Uspešno smo jo ovirali s segufix trakovi na posteljo in ji dali terapijo.«

V podkategoriji vzroki za uporabo PVU smo raziskovali vzroke, ki pripeljejo do situacije, kjer je potrebno uporabiti PVU. Večina udeležencev je poudarila, da jih je nujno potrebno uporabiti, ko oseba ogroža svoje ali tuje zdravje, ali pa ogroža življenje sebi in drugim udeležencem. Pa tudi v primeru, ko pacient noče sprejeti terapije. Če uporabi fizično silo, ga je na tak način potrebno tudi ustaviti.

Št. 3-M-RŠ-23.

»Ja, takrat k pacient ogroža sebe in druge. K poskuša škodt svojmu zdravju in zdravju drugih. Al pa celo življenju. Pa če ga ne mormo prpravit do tega da bi ga drgač umiril in mu je treba aplicirat zdravilo, da ga pomirimo in ga drgač ne mormo kot tako. Ko uporabi fizično silo smo ga primorani tud sami fizično ustavit, da preprečmo še hujše posledice zanj in ostale udeležence v procesu zdravstvene nege.«

V naši raziskavi so udeleženci bolj nezavedno izpostavili tudi prvotne vzroke, ki pripeljejo do že prej omenjenega ravnanja pacienta, kjer uporabi fizično silo ter škoduje sebi in drugim. S podrobnim pregledom izjav smo zaznali kar nekaj dejavnikov, ki pacienta pripeljejo do takega ravnanja. Pogosto se pojavi nestrinjanje pacienta s hospitalizacijo, z zdravljenjem, s terapijo, pa tudi nevarnost neželene ekstubacije ter poslabšanje stanja pacienta z duševno motnjo.

V tretji podkategoriji smo izpostavili *odnos udeležencev do uporabe PVU*. Poudarili so, da je pomembno, da se najprej poslužujemo drugačnega pristopa, manj intenzivnega in obremenjujočega za pacienta in osebje. Poudarek je na deeskalacijskih tehnikah, s katerimi lahko po njihovem mnenju zmanjšamo uporabo PVU. Če pa le-ta ni učinkovita, pa zaznavamo pozitiven odnos do uporabe PVU v nujnih primerih, kjer drugih možnosti več ne vidijo.

Št. 3-M-RŠ-22

»Mislem, da zlo veliko vlogo igra tud pogovor in druge tehnike, ki jih uporabmo, da probamo preprečt ali zmanšat uporabo teh ukrepov. Sam če ne gre drgače, pa to podpiram, ker se ne gre sam za pacienta samga, ampak tud za zaposlene

pa okolico. Tuki pa ne mormo gledat sam na pravice pacientov. Tko pač to je, in tko je prov.»

Po navedbah udeležencev ne zaznavamo le pozitivnega odnosa do PVU. Pojavi se tudi nestrinjanje z odločitvijo zdravnika o odreditvi fizičnega oviranja na postelji. Tukaj bi lahko že skoraj govorili o malomarnosti zdravnika. Čuti se izrazit negativen odnos do uporabe PVU v primeru, da je pacient fiksiran v terminalni fazi z nezmožnostjo mobilnosti ter posledično nezmožnostjo škodovanja zoper življenja ali zdravja sebi ali drugim.

Št. 4-Ž-RŠ-28

»Bil je čisto nepokreten in ni imel nikakršne moči, da bi lahko zlezel iz postelje ali kakorkoli škodoval zdravju ali življenju sebi ali drugim, ampak imel pa je predpisano fiksiranje s pasovi. V načrtu zdravstvene nege je zdravnik vsakič, ko je prišel, naredil samo puščico naprej in s tem določil nadaljevanje fiksiranja. Takrat se mi je to zdelo čisto mimo. In pacient je biu ubistvu brez nekega velikega razloga fiksiran, dokler ni umrl.»

Večina udeležencev pa se ni znašla v takšni situaciji, zato vselej poudarjajo, da je pomembno zaupanje zdravstvenemu osebju o pravilni odločitvi glede uporabe PVU. K pravilni odločitvi pripomorejo tudi izkušnje ter izobraževanje zaposlenih na tem področju.

Št. 5-Ž-RŠ-39

»Seveda je pa pomembno, da zaupamo zdravstvenemu osebju o pravilni odločitvi glede oviranja in nadzora, kar je pa tud zelo pomembno.»

Št. 4-Ž-RŠ-27

»Se mi pa zdi, da tud zdravstveno osebje tekom vseh izobraževanj in šolanj, ki jih imajo, da se znajo odločet, kere vrste nadzor bojo uporabljati.»

3.4.3 Občutki pacienta

V tej kategoriji smo želeli odgovoriti na naše raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na občutke, ki so jih udeleženci raziskave zaznali pri pacientih z duševno motnjo, ki so bili fizično ovirani. Poudarjali so neprijetne občutke pri pacientu, občutek ogroženosti, predvsem so izpostavljali strah. Ko so se postavili v kožo pacienta, so čutili neko nemoč, ter neuspešen boj pacienta za svobodo.

Št. 2-Ž-RŠ-28

»Hm, ja sigurn ni blo prijetno. Niti mal. Zato k na nek način s tem vstopimo v njegovo intimnost, njegov osebni prostor. Mislem da se človek počuti ogroženga in predusem zelo prestrašenga. K ne morš nč narest, z ničemer se ne morš borit. Čist si nemočen in ponižan.«

Udeleženci raziskave so poudarjali, da se pacienti v danem trenutku niso zavedali, kaj se z njimi dogaja. Bili so presenečeni nad dogajanjem, ki se je odvijalo okoli njih.

Št. 1-Ž-RŠ-22

»Pacient je biu kot sem že omenila zlo prestrašen, zdelo se mi je, kot da ne ve kaj se z njim dogaja, kot da mu ni nič jasno, še najmanj pa mu je blo jasno to, da smo ga sploh zvezali.«

Št. 4-Ž-RŠ-13

»Aha. No, ko smo fiksirali pacienta z duševno motnjo se on ubistvu v tistem trenutku ni zavedal, zato je bil agresiven sploh pa se ni zavedal same fiksacije.«

Kot najpogostejši razlog za neprijetne občutke, ki so jih zaznavali pri pacientu, so navajali poseg v pacientov osebni prostor, intimo. To lahko povzroči različne neprijetne občutke, najbolj pa so izpostavili pacientovo nemoč in neuspešen boj za svobodo.

Št. 2-Ž-RŠ-27

»Hm, ja sigurn ni blo prijetno. Niti mal. Zato k na nek način s tem vstopimo v njegovo intimnost, njegov osebni prostor.«

3.4.4 Nadzor

Za lažje razumevanje smo kategorijo razčlenili v 3 podkategorije:

1. Oblike nadzorov
2. Vzroki za nadzor
3. Vidik študenta o nadzoru

Udeleženci raziskave so pokazali, da poznajo več oblik nadzora.

Št. 7-M-RŠ-11

»Vse to mi je poznano. Poznam stalen, diskreten nadzor in nadzor, ki ga izvajamo v določenih časovnih presledkih.«

V največji meri pa se je pojavljala stalna oblika nadzora, pri kateri so poudarjali, da je pri tej obliki nadzora pomembno, da je stalno nekdo prisoten pri pacientu.

Št. 4-Ž-RŠ-19

»Izvajal pa smo tud stalni nadzor, ko je bil u bistvu skos en od zaposlenih prisoten pri pacientu.«

Zaznali pa smo tudi uporabo diskretnega nadzora, sicer ne v tako veliki meri kot stalnega. To so udeleženci opisali kot obliko nadzora, pri kateri je bilo potrebno spremljati in opazovati pacienta na tak način, da on tega ne opazi. Pomembno je, da vemo, kje se pacient nahaja, ni pa potrebno stalno spremljanje in opazovanje.

Št. 8-Ž-RŠ-16

»Izvajali smo ga. Tega diskretnega. Enega pacienta smo morali opazovati in ga spremljati kaj počne in kje se nahaja.«

Št. 5-Ž-RŠ-22

»Ja, diskretni nadzor vem da je to, ko pacient u bistvu ne ve, da je pod nadzorom. Pač tle je pomembno, da vemo kje se pacient nahaja ne da ga skos spremlamo pa opazujemo.«

Odkrili smo tudi različne vzroke za uporabo nadzora. Udeleženci raziskave so kot glavni vzrok za poostreno opazovanje in nadzor pacienta izpostavili suicidalne misli, grožnje, ki jih izražajo pacienti. V takem primeru je potreben nadzor pacienta, in sicer v smislu preprečitve škodovanja zoper lastnemu zdravju ali življenju.

Št. 3-M-RŠ-11

»Mel smo pa, kot sm že reku, pacienta ki smo ga na novo sprejel, ker je meu samomorilne grožnje. Zato smo ga neki časa opazval tko, da sploh ni vedu da ga.«

Št. 4-Ž-RŠ-18

»V psihiatrični bolnišnici na praksi, smo na oddelku izvajal diskretni nadzor pri pacientih, za katere smo vedl, da majo bolj temačne misli, suicidalne misli.«

Ko smo ugotovili, kateri dve vrsti nadzora so udeleženci največkrat uporabljali in sta najpomembnejši, smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos udeležencev raziskave do različnih vrst nadzora. Nekateri so zagovarjali kar obe obliki nadzora, saj je po njihovem mnenju oblika nadzora, ki je najboljša za pacienta v največji meri odvisna od stanja v katerem pacient je.

Št. 4-Ž-RŠ-26

»Ne morm zdj primerjat, pa rečt, da je diskretno bolj k stalno, ker je nekdo potreben samo diskretnega nadzora, medtem ko nekdo drug pa nujno potrebuje stalni nadzor. Se mi zdi tole kar težko vprašanje. Lahko samo rečem, da je vsaka stvar za nekaj dobra.«

Ker pacient ne ve, da ga opazujemo, lahko dobimo realno sliko pacientovega stanja. Stalni nadzor je neprijeten in naporen za pacienta, hkrati pa se pacient lahko obnaša drugače kot bi se sicer, če ne bi vedel, da ga opazujemo.

Št. 6-M-RŠ-35

»Ker pacient ne ve, da ga opazujemo, dobimo realno sliko o vedenju pacienta. Vidimo kako se obnaša, ko ne ve, da ga opazujemo. Stalni nadzor je pa neprijeten zanj in mogoče se tud oni lepga delajo pa lepš obnašajo zato k vejo,

da jih gledamo. Če pa ga opazujemo diskretno, pa vemo, kako se obnašajo v resnici. Zato je po mojem mnenju diskretni nadzor boljša izbira.«

Iz izjav udeležencev smo razbrali, da je stalen nadzor naporen tudi za osebje, saj mora biti pri izvajanju stalnega nadzora stalno nekdo prisoten pri pacientu. To pa lahko vpliva tudi na pacientovo stanje. Izpostavljajo tudi pomanjkanje zasebnosti pri takšni obliki nadzora.

Št. 5-Ž-RŠ-28

»Hm, ja men se diskretni nadzor zdi zelo primeren. Nič ne vidim spornega v tem. Zelo se mi zdi pomembno, da vemo kje je pacient pa da ga opazuješ. Stalen je pa ubistvu tudi zelo naporen za osebje, ker more biti skoraj eno z zdravnikom. Pa tudi za pacienta. Res je tudi, da nimajo zasebnosti.«

Udeleženci raziskave so nekako zagovarjali obe obliki nadzora glede na pacientovo stanje. Diskretni nadzor je manj obremenjujoč tako za pacienta kot za osebje. Z njim pridobimo realno sliko pacienta, saj ne ve, da je opazovan. Stalni nadzor pa zahteva veliko obremenitve s strani pacienta in zaposlenih, dobimo pa lahko zlagano ali nerealno sliko pacienta, ker se zaradi našega stalnega opazovanja lahko obnaša drugače kot bi se sicer. Vseeno pa je tudi ta oblika v nekaterih primerih pomembna in nujna, da ohranimo in zavarujemo zdravje ali življenje pacienta ter njegove okolice. Udeleženci večinoma poznajo stalni nadzor, ki se izvaja ob fiksaciji pacienta.

Št. 4-Ž-RŠ-21

»Smo ga opazoval, ker je imel izražene samomorilne grožnje, bil je agresiven, do sebe do drugih, skoraj je lezu iz postelje, večkrat smo ga imeli fiksiranega, tako da smo meli res eno stalno nadzor, skoraj pred očmi. Spomnem se, da sem skoraj mogla popravlat te sugifix trakove.«

Zanimalo nas je, katere intervencije so udeleženci raziskave izvajali med stalnim nadzorom pri pacientu. Ugotovili smo, da je pri stalnem nadzoru nekdo od osebja stalno poleg. Pacienta se v času nadzora ne sme pustiti samega. Osebje v času nadzora meri vitalne funkcije in sicer na začetku vsakih 15 minut, nato pa se to obdobje podaljša. Zelo pomembno je opazovanje barve kože okončin, ter tipanje pulza. Tako lahko

ugotovimo, če so pasovi morda preveč zategnjeni in s tem preprečimo poškodbe, ki lahko nastanejo na pacientu zaradi nepravilno nastavljenih pasov.

Št. 7-M-RŠ-14

»Pri tem pacientu se je osebje menjavalo na približno 2 ure, da je pacient imel res stalen nadzor. Med nadzorom sem moral spremljati stanje pacienta, meriti njegove vitalne funkcije, opazovati barvo in videz okončin, pa seveda, da trakovi niso bili preveč zategnjeni. Ostalo osebje pa je ta čas skrbelo za druge paciente na oddelku.«

Uporabili so tudi obračalno listo, ki preprečuje nastanek poškodb kože pri pacientu. Udeleženci raziskave so beležili in opazovali stanje pacienta ter morebitno izboljšanje stanja, da so potem lahko svetovali zdravniku o trajanju nadzora in morebitni prekinitvi nadzora. Razvidno je tudi sodelovanje študentov in zaposlenih ter pravična delitev dela, kar je razvidno iz naslednjega odstavka.

Št. 4-Ž-RŠ-22

»Ja, imeli smo obračalno listo za pacienta, potem smo mu na 15 minut merili vitalne funkcije, pulz je biu še posebi pomemben, pa barva kože, okončin, pa kašno je njegovo stanje, če je že kaj bolj priseben to smo beležili, pa njega smo opazoval, da smo vedl svetovat pol zdravniku in pomagat pri odločitvi glede trajanja in potrebnosti fiksacije v nadaljnje.

Takrat sem bila pacientu stalno poleg, blizu, v isti sobi. Nikoli nisem zapustila sobe razen, ko me je nekdo od osebja zamenjal. Tako smo bli zmenjeni, da smo se menjaval.«

3.4.5 Znanje študenta

Pomembno in široko področje je znanje študenta. Posredovanje teoretičnega znanja v prakso je številnim udeležencev predstavljalo kar velik problem. Udeleženci so poudarjali, da je teorija čisto nasprotje praksi ter da je v psihiatriji to še toliko bolj težko. Po besedah udeležencev na prakso nikoli ne moreš biti popolnoma pripravljen zaradi nepredvidljivosti situacij in individualnosti vsakega posameznika.

Št. 1-Ž-RŠ-13

»Ne morm pa rečt, da smo bli na to pripravleni. Sicer pa tud, če ti povejo, praksa je čist drugo, kot teorija in jaz lahko povem, da nikol nisi čist prpravlen.«

S tem povezano pa je tudi pomanjkanje izkušenj študentov, kar priznajo tudi sami. Zaradi pomanjkanja se ne znajo pravilno odzvati na določeno situacijo. Ne poznajo pravilnega pristopa k pacientu. Po njihovem mnenju z dolgoletnimi izkušnjami, pridobimo sposobnost predvidevanja, s katero si pomagamo, da lahko situacijo vnaprej predvidimo. Tako smo tudi pripravljeni na morebiten negativen odziv ali agresijo, ki jo lahko izrazi pacient.

Št. 3-M-RŠ-8

»Seveda pa lahko predvidevaš nekatere situacije, ampak to šele po dolgoletnih izkušnjah, ki pa jih mi študentje še nimamo.«

Zanimalo nas je tudi znanje udeležencev o PVU ter o nadzoru, ki ga poznajo. Večina udeležencev, kar nas je presenetilo pozna kratico PVU ter njen pomen. To poznajo kot posebni varovalni ukrepi, ki jih uporabljamo le na varovanih oddelkih pri pacientih z izraženo agresijo ter pri osebah, ki nočejo sprejeti terapije. Poznajo tudi različne vrste teh ukrepov. Presenetilo nas je, da so omenili tudi manj agresivne ukrepe, ki jih lahko uporabimo, preden se poslužujemo PVU, ki so za pacienta najbolj intenzivni.

Št. 6-M-RŠ-11

»To so posebni varovalni ukrepi, ki jih uporabljamo, kadar so kšni pacienti agresivni pa kadar nočejo sprejet zdravljenja, ko nimajo uvida v svojo bolezen in postanejo agresivni. V takem primeru jih uporabljamo in mislem, da sam na zaprtih oddelkih. Lahko so medikamentozni z zdravili, al pa fizični. Vedno poskusimo naprej z manj agresivnimi ukrepi, če pa to ni uspešno, pa uporabimo hujše ukrepe.«

Udeleženci raziskave poznajo tudi različne oblike nadzora, ki jih uporabljamo v klinični praksi. Večina se je z uporabo le-teh tudi že srečala na klinični praksi. V grobem poznajo, ali pa so izvajali diskretni ali pa stalni nadzor.

Št. 4-Ž-RŠ-17

»Am, ja, sem že slišala ,za diskreten, stalni nadzor in sem jih tud že izvajala.«

3.4.6 Dinamika agresije

Obsega več področij, ki jih bomo prikazali in poskušali razložiti. Pojav agresije je stanje, do katerega lahko privede več različnih vzrokov. Med opisovanjem različnih situacij, s katerimi so se udeleženci raziskave srečali na klinični praksi, so nam nezavedno podali informacije o vzrokih za pojav agresije, ki smo jih nato s podrobnim pregledom tudi našli. Vzroki za agresijo so bili naslednji: poslabšanje demence, izvajanje različnih intervencij na pacientu (merjenje krvnega tlaka, odvzem krvi ...), alkoholni opoj, nestrinjanje z zdravljenjem ali hospitalizacijo, konflikti s pacienti ali osebjem, poseg v osebno integriteto, intimnost. Poudarjali so tudi strah pred stopnjevanjem agresije, saj niso vedeli, kaj lahko še pričakujejo, do katere točke je pacient zmožen iti.

Št. 5-Ž-RŠ-11

»V glavnem, najprej je bil samo verbalno agresiven, povzdilgoval je glas, js sem takrat lih mimo pršla in sm vidla, da je skos hujš.«

Strah pred napačnim pristopom študenta do pacienta z izraženo agresijo je morda upravičen zaradi različnosti vsakega posameznika. V psihiatriji je zelo pomembna individualnost, saj je vsak pacient individualen in neponovljiv. Vsak potrebuje drugačen pristop in drugačno tehniko, ki ga pripelje do tega, da se umiri.

Št. 8-Ž-RŠ-11

»Itak je vsak posameznik drugačen. Reagira drugače in tudi potrebuje vsak svojo metodo, ki ga pripelje do tega, da se umiri. To je zelo kompleksno delo.«

Po izjavah udeležencev smo našli različne odzive študentov na agresijo pacienta. Nekateri so se prav zaradi strahu pred samo agresijo ali stopnjevanjem le-te raje umaknili in to prepustili ostalemu osebju. Običajno se je ta umik pojavljal pri prvem srečanju z agresijo.

Št. 2-Ž-RŠ-11

»Se spomnem, da čisto prvič, ko sem se srečala s takim pacientom sem se tokrat ustrašila, da sem šla stran, sem se umaknila.«

Pri ostalih udeležencih pa je bilo zaznati, da so v takih situacijah poskušali ostati mirni in uporabili umirjen pristop. Poudarjali so pogovor s pacientom, ki je temeljil na umirjenem tonu in drži, da bi s tem preprečili poslabšanje stanja in ponoven izpad agresije.

Št. 6-M-RŠ-3

»V takih situacijah sem poskušal ostati čim bolj miren, zato da ne vzpodbudim te agresije in ne poslabšam stanja. To je bilo moje načelo in sem se ga probal čim bolj držati v takih primerih. Poskušam pristopiti z umirjenim glasom, s pogovorom ga poskušam umiriti.«

3.4.7 Kršenje pravic

Kategorija se nanaša na odvzem pravice do gibanja ter poseg v osebno integriteto pacientov, ki pa jo odvezamo z uporabo PVU pri pacientu. Spoštovanje pravic pacientov je temelj za dobro prakso in karseda učinkovito zdravstveno nego, ki deluje v prid pacienta. Kar nekaj udeležencev raziskave se sploh ni zavedala, da z uporabo PVU kršimo osnovne pacientove pravice.

Št. 5-Ž-RŠ-36

»Ubistvu do zdaj sploh nisem razmišljala v to smer, da bi te stvari lahko ble v nasprotju z njegovimi pravicami. Sej ni sam v tem, ampak so tudi drugi. In ostali pacienti in zaposleni, ki smo vključeni v tem in smo u bistvu zaradi tega pacienta ogroženi. Nikoli nisem sploh pomislila, da bi bilo to lahko kšno kršenje pravic. Vsak človek ma pa seveda drugačen pogled na to.«

Potem, ko smo jih vprašali o pojmi poseg v osebno integriteto in odvzem pravice do gibanja, je bilo zaznati, da se udeleženci postopoma zavedajo, da so morda nezavedno kršili osnovne človekove pravice. Čutiti je bilo, da jim ni vseeno, ker se tega prej niso zavedali. Pri nekaterih udeležencih smo zaznali krivdo, ki se je pojavila zaradi ne-

zavedanja o kršenju pacientovih pravic, saj so bili do upoštevanja le-teh seznanjeni ob začetku prakse.

Pojem odvzem svobodnega gibanja udeleženci razumejo kot odvzem svobode, pravice do gibanja po lastni volji, s katero lahko preprečimo škodo, ki jo pacient lahko povzroči sebi ali drugim.

Št. 4-Ž-RŠ-31

»No, u bistvu to jst uzamam tko, da človeku odvzamemo svobodo ali ga fiksiramo, omejimo njegovo gibanje v prostoru recimo v izolacijski sobi, pač da se pacient ne giba svobodno in ne deluje po svoji lastni volji. S tem lahko preprečimo marsikatero nespametno dejanje, ki ga je pacient želel storiti.«

Pojem poseg v osebno integriteto pacienta pa razumejo kot poseg v osebni prostor, intimo, kjer nikoli nisi sam.

Št. 5-Ž-RŠ-32

»Poseg v osebno integriteto pa razumem kot to, da en posega v tvoje življenje, v tvoje okolje, navade, zasebnost, ne morš it normaln u miru na wc, ker te skos en spremlja in opazuje. Nikoli nisi sam.«

Zavedajo se, da v realni praksi sploh na področju psihiatrije pride do situacij, kjer je potrebno te pravice kršiti v dobro pacienta ter ostalih udeležencev v procesu zdravstvene nege.

Št. 1-Ž-RŠ-32

»Ne rečem, da je to prou sam učasih pride do take situacije, ko enostavn ne morš dovolt, da bi se tak pacient v stanju kakršnem je, svobodno sprehajal po oddelku. Treba je gledat tud na druge pa seveda u prvi vrsti na pacienta, k s tem ne škod sam drugim, lahko tud seb.«

Št. 8-Ž-RŠ-28

»Če je bila pravica odvzeta v dobro pacienta in drugih, potem se mi zdi tako ravnanje pravilno.«

Našli smo različne vzroke, ki pripeljejo do nujnosti kršenja pravic pacientov. To odobravajo v primeru, če je pacient v stanju, kjer ogroža svoje zdravje ali življenje ali pa zdravje in življenje drugih udeležencev v procesu zdravstvene nege. To odobravanje je razvidno tudi v primeru, kjer pacient povzroča hudo premoženjsko ali materialno škodo in pa seveda, če ne sodeluje pri zdravljenju, ki je zanj nujno potrebno in neizogibno.

Št. 8-Ž-RŠ-30

»Če je pacient v stanju, kjer ogroža zdravje ali življenje sebi ali drugih, potem jo lahko. Pa če povzroča hudo premoženjsko škodo. Al pa če noče sodelvat pri zdravljenju.«

Po izjavah udeležencev smo prišli do spoznanja, da če pravico kršimo v dobro pacienta ter ostalih, se jim zdi tako ravnanje pravilno, kljub temu da smo s tem kršili pravice pacientov. Pride do situacij, kjer lahko te pravice absolutno kršimo in jih tudi moramo. Seveda je pomembno, da te pravice kršimo v čim manjši meri ter čim manj škodljivo za pacienta. Pri omejevanju svobodnega gibanja smo zaznali poudarek udeležencev na omejevanju za čim krajši čas ter s čim manj posledicami za pacienta, kar pa je v veliki meri odvisno od odločitve zdravnika, ki trajanje nadzora, omejitve pacienta, odredi.

Št. 5-Ž-RŠ-30

»Sj ponavad zdravnik odredi, da se pacienta čimmanj ovira pa za čimkrajši čas.«

Tudi z načinom, kako pacientu odvzamemo pravico lahko pacientu omogočimo, da vsega skupaj ne doživlja tako tragično kot bi sicer. To pa dosežemo z veliko mero empatije ter s pogovorom s katerim lahko dosežemo pozitiven učinek na pacienta. Kako bo pacient to doživljal, je v veliki meri odvisno tudi od izvajalca zdravstvene nege, ki v danem trenutku t.i. krši njegove pravice.

Št. 1-Ž-RŠ-38

»Pacientu moramo omogočt, da čim laži prenese to situacijo, da zaradi nje ne bo čutil psihičnih in fizičnih posledic. Pomembn je tud, da mu v tem času, ko je v stanju, ko se ne zaveda, kaj počne, kakšno škodo s tem povzroča, damo vedet, da

ga razumemo in da v nastali situaciji ni sam, da se pacient zaveda, da smo na njegovi strani in da ne delujemo proti njemu, tako kot si on predstavlja.«

3.5 RAZPRAVA

Študentje so se na klinični praksi že srečali s pojavom agresije ter z različnimi načini zagotavljanja varnosti pacientov z duševno motnjo s poudarkom na različnih načinih opazovanja/nadzora pacientov. Poleg osnovnega namena smo prišli tudi do nekaterih drugih podatkov, ki dodatno pojasnjujejo namen naše raziskave, kar bomo v nadaljevanju pojasnili. Najpogosteje izražen občutek, ki ga navajajo udeleženci pri vstopu v psihiatrično klinično okolje, je strah. Udeleženci navajajo, da se na klinični praksi v psihiatriji srečujejo s povsem novimi in z njim tujimi situacijami. Pojavlja se pomanjkanje samozavesti in strah pred napačnim odzivom pacienta. Menimo, da je strah, ki se pojavlja na začetku prakse popolnoma upravičen, saj so pacienti z duševno motnjo zaradi narave bolezni ter izraženosti stranskih učinkov zdravil, nepredvidljivi (Saarnio & Isola, 2010). Podobne občutke študentov opisuje avtorica, ki opisuje vlogo mentorja in šolskega koordinatorja pri izvajanju kliničnih vaj študentov Fakultete za zdravstvene vede v Mariboru na področju duševnega zdravja, »Študenti se ob prihodu na klinične vaje srečujejo z nečim novim in neznanim in tega jih je zelo pogosto strah. Mentor in zdravstveni delavci naj s svojim pristopom prispevajo k zmanjševanju letega« (Čuček Trifkovič & Strauss, 2007). Pojavljajo se tudi različni dvomi in pomanjkanje samozavesti, ko je potrebno pristopiti v situacijo, kjer je udeležen pacient z izraženo agresijo. Študente je strah, da ne bodo ravnali pravilno ali pa da bodo situacijo še poslabšali. Da lahko zagotovimo lastno varnost in varnost pacientov ter okolice, je potrebno posvetiti veliko pozornosti k preprečevanju varnostnih zapletov in ustreznemu ravnanju, ko do njih pride. Pomembno je ukrepanje za zmanjševanje posledic (Kramar, 2013).

Kljub izraženemu strahu, ki ga navajajo udeleženi študentje v raziskavi, nas preseneča, njihov pozitiven odnos do pacientov z duševno motnjo. Nismo zaznali stigmatizacije in predsodkov. Sprejemajo jih enakovredno. Do njih gojijo visoko mero empatije. Kljub odobravanju je zaznati, da je vedno prisotna neka previdnost do pacientov z duševno motnjo. Bega jih njihova nepredvidljivost. Za osebe s težavami v duševnem zdravju še

danes velja prepričanje, da so nepredvidljive in nevarne. Vendar je potrebno poudariti, kar so dokazale tudi raziskave, da to ne drži. Te osebe so lahko nevarne, ko so pod vplivom psihoaktivnih snovi ali če so zaradi psihotičnih simptomov zelo prestrašeni. V takem primeru lahko reagirajo agresivno (Švab, 2009). Zelo podobnega mnenja so tudi Fazel in sodelavci (2009), katerih ugotovitve kažejo, da so osebe z duševno motnjo povezane z agresijo, ampak v največji meri takrat, ko zlorablajo psihoaktivne snovi in se borijo proti različnim oblikam zasvojenosti. Kot pravita tudi Glied in Frank (2014) razprava o reševanju duševnih bolezni in z njim povezane agresije, pogosto ne upošteva ključnih dejstev. Duševna motnja ni specifičen napovednik agresivnega vedenja. Večina ljudi s težavami v duševnem zdravju ni agresivna, kar lahko potrdimo tudi z dejstvom, da najbolj nasilna dejanja niso povzročena s strani pacientov z diagnozo duševne motnje.

Prav zaradi obvladovanja takšnih situacij v psihiatriji poznamo različne ukrepe, s katerimi pacienta umirimo. V kliničnem okolju se poslužujemo različnih vrst ukrepov, ki smo jih obravnavali v naši raziskavi. Naš namen je bil osredotočiti se na različne oblike nadzora in opazovanja pacienta, s katerimi so se udeleženi študentje srečali na klinični praksi. Z njihovo uporabo lahko zagotovimo kakovostno in varno obravnavo pacientov in ostalih udeležencev v procesu zdravstvene nege ter tako tudi preprečimo različne varnostne zaplete pri zdravljenju. Tudi državljanom Evropske unije predstavlja varnost zdravstvene obravnave pomembno vrednoto. Kar štiri petine ljudi meni, da so varnostni zapleti pri zdravljenju problem v njihovi državi (Kociper, 2007). Zdravstvena dejavnost mora biti usmerjena v preprečevanje nastanka tveganj, napak in neželenih dogodkov. Ključnega pomena je uveljavitev kulture varnosti, katere prvi pogoj je učenje iz neželenih dogodkov, ki niso pripeljali do škode pacienta. Ta kultura ne temelji na iskanju krivcev pač pa v iskanje dejanskih vzrokov. Zagotavljanje varnosti pacientov pripomore k izboljšanju kakovosti življenja (Loncnar, 2016).

Ena od oblik zagotavljanja varnosti pacienta in osebja je uporaba PVU. Spoznali smo, da so se udeleženci raziskave srečali z več različnimi oblikami PVU. Najpogosteje uporabljena oblika je standardno oviranje na postelji, ki so jo udeleženci tudi najpogosteje izvajali. Poleg te pa se pojavlja tudi medikamentozni ukrep ter

kombinacija obeh. Zanimali so nas predvsem vzroki, ki so pripeljali do nujnosti uporabe PVU. Večina udeležencev je mnenja, da je PVU nujno potrebno uporabiti, kadar oseba ogroža svoje ali tuje zdravje ali pa življenje sebi in drugim udeležencem. Nujnost uporabe se pojavlja tudi v primeru zavrnitve zdravljenja, ko pacient noče sprejeti obvezne terapije. Vendar so udeleženci raziskave poudarjali tudi uporabo blažjih, manj intenzivnih ukrepov. Nagibajo se k zmanjšanju uporabe restriktivnih ukrepov, saj lahko pustijo fizične in psihične posledice za pacienta in zaposlene. Podobnega mnenja je tudi Strout (2010), ki pravi, da medtem ko želimo pacientu zagotoviti varnost, lahko vse to pusti škodljive posledice zanj. Sem spadajo različne infekcije, padci, poškodbe kože, mišic, kosti, lahko pa tudi smrt. Vse to ne predstavlja nelagodja samo pri pacientih, ampak tudi pri zaposlenih, ki se srečujejo s stresom in nesproščenostjo na delovnem mestu. V raziskavi Bregarja in sodelavcev (2011) so obravnavali doživljanje stresa zaposlenih v psihiatriji. Prišli so do spoznanja, da se medicinske sestre dnevno soočajo s stresom, ki pa ima posledično velik vpliv tudi v njihovem zasebnem življenju. Izpostavili so agresivno vedenje pacienta, sprejem pacienta proti volji ter seveda kot smo že omenili, uporabo PVU. Zaznati je poudarek udeležencev na manj intenzivnih ukrepih, in sicer najpogosteje uporabljajo termin deeskalacijske tehnike, s katerimi po njihovem mnenju lahko zmanjšamo uporabo PVU. Kot to omenja tudi Johnson (2010), ki kot zelo učinkovito metodo za zmanjševanje potrebe po uporabi PVU poudarja izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah deeskalacije, poleg tega pa poudarja tudi zaznavanje zaposlenih o možni nevarnosti ter poznavanje stopnje agresije. Vendar v klinični praksi poznamo tudi različne oblike nadzora, ki jih uporabljamo v klinični praksi in so lahko alternativa PVU.

Udeleženci naše raziskave so se najpogosteje srečevali s stalnim nadzorom, ki so ga opisovali kot vrsto nadzora, kjer je nekdo stalno prisoten ob pacientu. Običajno se navezuje na nadzor med oviranjem pacienta s pasovi. Iz njihovih izjav je razvidna pomembnost pravilnega izvajanja nadzora zaradi zagotavljanja varnosti pacienta med oviranjem. Kot pravita tudi Bregar in Možgan (2012), lahko zaradi nepravilno nameščenih pasov in izvedbe oviranja ter zaradi prevelike sile in nepravilnega položaja v času oviranja pride do škodljivih posledic in poškodb za pacienta. Obliko nadzora, ki jo opisujejo udeleženci, lahko primerjamo z obliko nadzora, ki jo v angleškem prostoru

imenujejo stalni nadzor ali constant observation. Naslednja pogosta vrsta nadzora, ki se pojavlja v našem prostoru po mnenju udeležencev, je diskretni nadzor. To so udeleženi študentje opisali kot obliko nadzora, pri kateri pacient ne ve, da je opazovan, saj ga opazujemo skrivaj oziroma na prikrit način ali diskreten način. Od stalnega nadzora se razlikuje po značilnosti, da pri tej vrsti nadzora ni potrebno stalno opazovanje, ampak opazovanje po presledkih, s prekinitvami. Tudi to obliko lahko primerjamo v angleškem prostoru, ki jo imenujemo nadzor s prekinitvami ali intermittent special observation.

Udeleženci raziskave so večinoma mnenja, da s stalnim nadzorom močno posegamo v pacientovo zasebnost in osebni prostor, kar se ujema s tujimi avtorji (Strout, 2010). Z intenzivnejšo obliko nadzora želimo zagotoviti varnost za vse udeležence procesa zdravstvene nege, vendar pa z izvajanjem nadzora kršimo pacientove pravice do svobodnega odločanja, intimnosti in zasebnosti. Podobnega mnenja je tudi Naka (2012), ki pravi, da je potreben tehten premislek, ko govorimo o fizičnem oviranju pacientov saj gre tukaj vedno za kršitev načela avtonomije. Tako udeleženci naše raziskave kot tudi naši in tuji avtorji zelo velik pomen pripisujejo izobraževanju osebja. Udeleženci zaupajo izobraženemu osebju, ki se na podlagi znanja in izkušenj, pravilno odloči o omejevanju pacienta. Prav tako pa znajo uporabiti tudi tehnike, s katerimi umirijo pacienta in fizično omejevanje in strogi nadzor nista potrebna. Kot pravi tudi Gabrovec (2014), se je z izobraževanjem zmanjšala incidenca poškodb pri pacientih in osebju. Nova strokovna znanja omogočajo pacientom humano in prijazno obravnavo. Pridobijo samozavest in odločnost pri pomembnih odločitvah v korist pacientu. Najpomembnejši za pomiritev pacienta je ustrezen dialog, fizična sila pa se uporabi le kot izhod v sili, ko ne vidimo druge možnosti za zagotovitev varnosti. Podobno navajajo udeleženci raziskave, saj tudi sami dajejo prednost različnim tehnikam, s katerimi lahko pomirimo pacienta, fizični ukrep pa bi tudi sami uporabili kot zadnji izhod.

Eden od naših namenov je bil raziskati tudi področje opazovanja oziroma nadzora pacientov v psihiatričnem kliničnem okolju ter ugotoviti pogled udeležencev raziskave na kršenje pacientovih pravic. Udeleženci se ne zavedajo, da z omejevanjem pacientov, kršimo tudi njihove pravice do svobodnega gibanja in posega v osebno integriteto. Ko smo jim to podrobneje razložili, je bilo čutiti občutek krivde, saj se tega prej niso

zavedali. Vsi udeleženci so bili pred začetkom prakse seznanjeni s pravicami pacientov ter dolžnostjo upoštevanja le-teh. Deloma poznajo pojem posega v osebno integriteto, kar opisujejo kot poseg v osebni prostor, intimo. Odvzem svobodnega gibanja pa kot to, da pacientu onemogočimo, da bi se svobodno, po lastni volji gibal po oddelku ali izven oddelka. Razloge, kjer te pravice lahko kršimo, so navedli zelo podobne tistim, ki jih upoštevamo ob uporabi PVU. Kot pravi Qureshi (2009), je najpogostejši razlog za omejevanje oziroma v našem primeru kršenje pravic, zagotavljanje varnosti, kjer obstaja visoko tveganje za poškodbo in padec. Sem pa uvršča tudi agresivno vedenje, nemir, nespečnost, pomanjkanje osebja, preprečevanje tavanja in zavračanje sodelovanja v terapevtskem programu. V primeru, kjer gre za zaščito zdravja ali življenja pacienta ali ostalih udeležencev, lahko te pravice pri pacientu kršimo. Pomembno pa je, da jo kršimo v čim manjši meri ter s pravilnim izvajanjem. Kot pravi tudi Dolčič (2011), »vsak poseg, ki posega v pravico ali svoboščino posameznika ne glede na njegove osebne okoliščine, mora biti predviden z zakonom, prav tako pa tudi način njegovega izvajanja, trajanje posega in nadzor nad posegom.«

Seveda do pravih odločitev pripeljejo le dolgoletne izkušnje in veliko znanja, kar študentom primanjkuje, ko praviloma prvič vstopajo v psihiatrično klinično okolje. Zanimal nas je torej tudi obseg znanja, ki ga imajo udeleženci raziskave, ter kako ga potem vključijo v klinično prakso. Razlika med teorijo in prakso je zelo očitna. Teoretično so precej podkovani, saj poznajo različne izraze s področja psihiatrije in jim tudi predpišejo pravi pomen. Vendar je kljub temu zaznati trud in željo po pridobivanju novega znanja in vključevanju v delo. Le z izkušnjami in spoprijemanjem s situacijo bodo pridobili ustrezne izkušnje in znanje, s katerim bodo kasneje lahko pomemben člen zdravstvenega osebja. Tako kot meni Dujceva (2007), »je velikega pomena, da študenti v času študija spoznajo delo na področju duševnega zdravja. Zaposleni jim z veliko strokovnega znanja in pridobljenimi delovnimi izkušnjami lahko približamo in prikažemo to področje v praksi.«

Omejitve raziskave so v metodološkem pristopu, ki onemogoča posploševanje rezultatov raziskave. Vendar nam omogočajo razumevanje tega področja v psihiatriji z vidika študentov, kar je tudi pomembno. Omejitev je tudi v naši nespretnosti pri

kvalitativnem raziskovanju, saj smo se prvič srečali s to metodologijo raziskovanja. Prav gotovo bi bil nabor udeležencev z vseh fakultet bolj »reprezentativen« vzorec, če lahko pri tem tako govorimo.

4 ZAKLJUČEK

Prišli smo do spoznanja, da je delo na področju psihiatrije lahko z varnostnega vidika tvegano in stresno. Predvsem zaradi izpostavljenosti agresivnemu vedenju, ki ga doživljajo zaposleni v zdravstveni negi. Z uporabo različnih nadzorov in z omejevanjem pacientov zagotavljamo varno in kakovostno obravnavo pacientov. Študenti se na klinični praksi srečujejo z občutkom strahu, ki je še posebej izrazit ob začetku prakse. Le-ta pa temelji predvsem na pomanjkanju izkušenj na področju psihiatrije. Za uspešno in učinkovito obravnavo in obvladovanje agresivnega vedenja so ključnega pomena dolgoletne izkušnje in usposobljenost zaposlenih na tem področju. Z ustreznim izobraževanjem zaposlenih lahko zmanjšamo uporabo PVU pri pacientu. Zelo velik poudarek je tudi na uporabi različnih metod, s katerimi lahko umirimo pacienta brez uporabe sile. Mednje spada tudi uporaba deeskalacijskih tehnik, ki je v psihiatriji zelo zaželena. Uporaba manj intenzivnega nadzora in omejevanja je manj obremenjujoča tako za pacienta kot za zaposlene. Ob tem pa ne smemo pozabiti na etično dilemo, ki je pri izvajalcih zdravstvene nege vedno prisotna. Dovolj je že samo zavedanje, da z nadzorom in omejevanjem pacienta kršimo njegovo pravico do svobodnega gibanja in posegamo v njegovo osebno integriteto. Potrebno je še veliko raziskav na področju različnih oblik nadzora, ki jih izvajamo na klinični praksi. Potrebno bi bilo podrobneje raziskati občutke pacientov, ki jih doživljajo v času intenzivnega nadzora in omejevanja, ter njihovo mnenje o tem, s katerim ukrepom bi ga najhitreje lahko pomirili v tistem času, ko je bil agresiven. Tako bi dobili natančnejše odgovore o učinkovitosti intenzivnega omejevanja in nadzora. Prav tako je zelo malo raziskav, ki bi se osredotočale na zaposlene v psihiatriji ter njihov pogled na izvajanje PVU ter intenziven nadzor. Morda tudi o tem, kakšen je njihov pogled na študente na klinični praksi na področju psihiatrije, ali jim lahko zaupajo, katere aktivnosti jim lahko zaupajo ter v kolikšni meri in kakšen je obseg njihovega znanja s primerjavo različnih fakultet za zdravstvo po Sloveniji. Menimo, da bi bil za zdravstveno nego zelo koristen napredek na tem področju.

5 LITERATURA

Anderson, A. & West, S.G., 2011. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), pp. 34–39.

Ahec, L., Kramar, Z. & Ribič, H., 2007. Pomen izobraževanja pri obvladovanju bolnišničnih okužb. In: B. Filej & P. Kersnič, eds. *Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, 10. in 11. maj 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 743-744.

Balažič, I., 2010. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem. *Utrip*, 10(4), pp. 28-30.

Beech, C., ed. 2011. *Psychiatric observations - mental health services*. NHS Forth Valley: Clackmannanshire CHP Clinical Governance committee.

Berring, L.L., Pedersen, L. & Buus, N., 2016. Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), pp. 499–507.

Berzlanovich, A.M., Schöpfer, J. & Keil, W., 2012. Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(3), pp. 27-32.

Bloch, S. & Green, S.A., 2006. An ethical framework for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 188(5), pp. 7-12.

Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., Hackney, D., Allan, T. & Simpson, A., 2008. Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *British Journal of Psychiatry*, 193(5), pp. 395-401.

Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253–262.

Bregar, B. & Možgan, B., 2012. Posebni varovalni ukrepi- primerjava s tujino. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi; zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana, 11. april 2012.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 13-21.

Chu, S., 2016. Special Observations in the Care of Psychiatric Inpatients: A Review of the Literature and Developments in Practice. *ARC Journal of Psychiatry*, 1(1), pp. 21-31.

Čuček Trifkovič, K. & Pišlar, M., 2011. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 14-16.

Čuk, V., 2010. Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 145-146.

Davidson, R.J., 2016. Mindfulness-based cognitive therapy and the prevention of depressive relapse: Measures, mechanisms, and mediators. *Jama Psychiatry*, 73(6), pp. 547-548.

Dolčič, T., 2011. *Delo s stanovalci z demenco. Posvet MDDSZ in skupnosti socialnih zavodov.* [pdf] Hotel Mons. Available at: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/govori__sporocila__izjave/Demenca_-_ugotovitve_maj_2011.pdf [Accessed 28 April 2017].

Dujc, A., 2007. Rezultat uspešnega povezovanja strok = dobra praksa (1.del). In: V. Čuk, ed. *Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: zbornik prispevkov. Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007.* Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 52.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R. & Grann, M., 2009. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 6(8), pp. 32-34.

Gabrovec, S., 2014. *Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Gabrovec, B., Eržen, I. & Lobnikar, B., 2014. The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMED Journal*, 8(2), pp. 228-234.

Glezer, A. & Brendel, R.W., 2010. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(6), pp. 353-358.

Glied, S. & Frank, R.G., 2014. Mental illness and violence: lessons from the evidence. *American Journal of Public Health*, 104(2), pp. 5-6.

Gnezda, S., 2009. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 14-18.

Gorše Muhič, M., 2009. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. In: P. Pregelj, R. Kobentar, A. Kobal & O. Šušteršič, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 40-47.

Groleger, U., 2009. Agresivnost. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 288-294.

Hem, M.H., Molewijk, B. & Norvoll, R., 2014. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *Bio Medical Central Med Ethics*, 15(4), pp. 82-83.

Hrovat, N. & Žagar, M., 2006. Zdravstvena nega mladostnika s psihotično motnjo – Prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih. In: V. Čuk, ed. *Obravnava mladostnika s psihozo. Psihiatrična bolnišnica Begunje, 15. junij 2006*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 22-29.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S., eds. 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Johnson, M.E., 2010. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), pp. 181-197.

Katsakou, C. & Priebe, S., 2007. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiologia, Psichiatria, Sociale*, 16(2), pp. 172-178.

Kociper, B., 2007. Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. In: V. Čuk, ed. *Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi. Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 8. junij 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 22.

Kontio, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott A. & Joffe, G., 2010. *Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?* [pdf] Nursing Ethics. Available at: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=32745ea6-4046-47bd-a991-60ae592b64ea%40sessionmgr4002&hid=4207> [Accessed 10 May 2016].

Kusić, Z., 2010. Posebni varovalni ukrepi v psihiatrični zdravstveni negi. In: R. Petkovšek Gregorin, ed. *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj. Ljubljana, 15. april 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 40-50.

Kramar, Z., 2013. Kakovost, vodenje in varnost v zdravstveni negi: kaj lahko pokažemo v klinični praksi. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *12. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj. Brdo pri Kranju, 11. -12. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 18-20.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi; zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 33-38.

Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A. & Nienaber, A., 2013. German translation of Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) - an instrument for practice. *Pflege*, 26(6), pp. 401-410.

Loncnar, D., 2016. Kakovost in varnost v zdravstvenih ustanovah – iz teorije v prakso. In: D. Loncnar & B. Bregar, eds. *Kakovost in varnost zdravstvene obravnave pacienta z duševno motnjo v zdravstvenih ustanovah. Psihiatrična bolnišnica Ormož, 10. oktober 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 17-19.

Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C. & De Rosa, C., 2014. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), pp. 131–141.

McHale, J., 2009. Patient confidentiality and mental health. Part 2: dilemmas of disclosure. *British Journal of Nursing*, 18(16), pp. 996-997.

Možgan, B., 2009. Posebni varovalni ukrepi. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, pp. 439-443.

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

Parekh, R., 2015. *What Is Mental Illness?* [online] Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> [Accessed 25 April 2017].

Paterson, B. & Duxbury, J., 2007. Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14(4), pp. 535-545.

Peate, I., 2013. Special observations: people with mental illness. *British journal of healthcare assistants*, 3(5), pp. 214 -216.

Peterka Novak, J., Bregar, B., Možgan, B. & Vajda, A., 2010. Dejavniki, ki povzročajo stres pri zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 12. november 2010*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 24–29.

Petrovčič, M., 2010. *Varovanje zdravja in okolja. Vzgoja za zdravje. 3. vsebinski sklop*. [online] Available at: <http://www.odraslih.com/uporabnik/file/2%20VZO%20vzgoja%20za%20zdravje.pdf> [Accessed 7 April 2016].

Pregelj, P. & Kobentar, R., eds. 2009. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 85-89.

Prinsen, E.J. & Van Delden, J.J., 2009. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), pp. 69-73.

Qureshi, H., ed. 2009. *Restraint in care homes for older people: a review of selected literature*. London: Social Care Institute for Excellence.

Rich, K.L., 2008. Psychiatric/Mental health nursing ethics. In J. B. Butts & K. L. Rich, eds. *Nursing Ethics: across the curriculum and into practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, pp.311-352.

- Robar, A., 2011. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 43-47.
- Rössler, W., 2012. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(2), pp. 65–69.
- Saheed, M., 2013. Management of agitation and violence. In: A. Chanmugam, P. Triplett & G. Kelen, eds. *Emergency Psychiatry. Cambridge, May 2013*. Cambridge University Press, pp. 25-40.
- Saarnio, R. & Isola, A., 2010. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of clinical nursing*, 19(21), pp. 3197-3207.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H. J., Carta, M.G. & Angermeyer, M.C., 2012. Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), pp. 440–452.
- Snorrason, J., Grímsdóttir, G.U. & Sigurdsson, J.F., 2007. Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff. *Laeknabladid*, 93(12), pp. 833-839.
- Stewart, D., Bilgin, H. & Bowers, L., eds. 2010. *Special observation in psychiatric hospitals: A literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme*. London: Institute of Psychiatry at the Maudsley.
- Stewart, D., Bowers, L. & Ross, J., 2012. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), pp. 1340-1348.

Strout, D.T., 2010. Perspectives on the experience of being physically restrained: An Integrative review of the qualitative literature. *International Journal of mental Health nursing*, 19(6), pp. 416-427.

Šemrl, S., 2011. Moralno etični vidik fiksacije pacientov. In: Z. Kramar, B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Varnost-rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7. - 8. april 2011*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 43-48.

Šprah, L., Novak, T. & Dernovšek, M.Z., eds. 2011. *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti.

Švab, V., 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: Šent, Slovensko združenje za duševno zdravje.

Turk, E. & Albreht, T., 2010. Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravniški vestnik*, 79(8), pp. 531–536.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Wahl, O.F., 2012. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), pp. 9-10.

Weinberg, A. & Creed, F., 2000. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355(9203), pp. 533–537.

Xing, K., Zhang, X., Jiao, M., Cui, Y., Lu, Y. & Liu, J., 2016. Concern about workplace violence and its risk factors in Chinese Township Hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), p. 811.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.

Zehnder, U., Rabenschlag, F. & Panfil, E.M., 2015. Between control and therapy: an evolutionary concept analysis of special observation in acute psychiatric wards. *Psychiatrische Praxis*, 42(2), pp. 68-75.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Raziskovalna vprašanja namenjena udeležencem raziskave:

- Kakšen je vaš pogled na pacienta z duševno boleznijo, kakšni občutki vas preplavijo, ko srečate pacienta z duševno motnjo s poudarkom na pacientu z izraženo agresijo?
- Kolikokrat ste se na klinični praksi že srečali z uporabo PVU (podvprašanja: Če ste se, kako ste doživljali prvo srečanje z uporabo PVU pri pacientu, kako ste pristopili ter kako bi opisali pacientovo doživljanje fizičnega oviranja?)?
- S katerimi načini opazovanja oziroma nadzora ste srečali na klinični praksi (podvprašanje: Kaj menite o tej vrsti nadzora, ki ga uporabljamo v kliničnem okolju?)?
- Kaj razumete pod pojmom omejevanje svobodnega gibanja in poseg v osebno integriteto pacientov z duševno motnjo (podvprašanja: Opišite po vašem mnenju situacijo, kjer lahko pravico kršimo? Katere so situacije, ko lahko po vašem mnenju to pravico absolutno kršimo?)?

MATRIKA PODATKOV

Soglasje za sodelovanje v kvalitativni raziskavi:

Priloga 1:

Spoštovani!

Sem Monika Bergant, absolventka dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru svojega diplomskega dela z naslovom » Različne oblike nadzora pacientov, ki jih uporabljamo v psihiatriji - pogled študentov zdravstvene nege« pod mentorstvom mag. Branka Bregarja, dipl. zn., viš. pred., bi z vami, z namenom pridobitve pomembnih podatkov za raziskavo, želela opraviti intervju. Polstrukturirani intervju bo anonimen in uporabljen izključno v raziskovalne namene. V pogovoru, ki bo sneman in dobesedno pretipkan, bomo vašo identiteto skrbno varovali.

Datum:

Podpis: